



Fakultät für Gesundheit

Institut für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

Abschlussbericht

Glück in der Arztpraxis (GAP):

Eine „mixed methods“-Studie zu Glück und Zufriedenheit, Stressoren und Ressourcen von Ärzt*innen sowie nicht-ärztlichen Mitarbeitenden in Hausarztpraxen

Dr. PH Lena Werdecker

Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Esch

Zusammenfassung

Das Forschungsprojekt „Glück in der Arztpraxis“ befasst sich mit dem Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit von denjenigen, die sich mit großem Engagement täglich für die Gesundheit von anderen Menschen einsetzen: Hausärzt*innen und ihren Mitarbeitenden. Das Projekt hatte zum einen das Ziel, den Status quo zu Glück und Zufriedenheit, Belastungen und Ressourcen von hausärztlichen Praxisteams (Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden) zu untersuchen. Zum anderen sollte eine gesundheitsförderliche Intervention zur Stärkung der Stressbewältigung (Stärkung der gesundheitsbezogenen Ressourcen) erprobt und evaluiert werden.

Als Ergebnis der deutschlandweiten schriftlichen Befragung von 10.000 eingeladenen Hausärzt*innen und deren Teams zeigte sich, dass Hausärzt*innen im Vergleich zu ihren nicht-ärztlichen Mitarbeitenden weniger glücklich sind. Sie sind hingegen zufriedener mit Ihrer Arbeit als ihre Mitarbeitenden. Belastungen und Ressourcen sind bei Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden zum Teil unterschiedlich verteilt. Nicht-ärztliche Mitarbeitende zeigen eine höhere Prävalenz von emotionaler Erschöpfung (Burnout) im persönlichen Bereich als Hausärzt*innen. Hausärzt*innen hingegen weisen eine höhere Prävalenz von Burnout-Symptomen in Bezug auf die Arbeit und die Arbeit mit Patient*innen auf. Bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden liegt häufiger eine Gratifikationskrise vor als bei Hausärzt*innen, d.h. die Verausgabungen überwiegen der wahrgenommenen Belohnung bzw. Entschädigung. Nicht-ärztliche Mitarbeitende verfügen über eine höhere Erholungsfähigkeit am Feierabend als Ärzt*innen. Im Hinblick auf das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl sowie das Arbeitsengagement zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Aus den in Nordrhein-Westfalen durchgeführten leitfadengestützten Interviews und offenen Beobachtungen in Hausarztpraxen lässt sich eine hohe Zufriedenheit aufgrund der Beziehung zu den Patient*innen, die häufig über viele Jahre betreut werden, festhalten. Auch die Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen prägt die Zufriedenheit mit der Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis sowohl bei Ärzt*innen als auch bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden. Die Wirksamkeit des eigenen Handelns steht beispielhaft für die Sinnhaftigkeit, die Hausärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitenden in ihrer Tätigkeit wahrnehmen. In der schriftlichen Befragung zeigt sich die Relevanz und Bedeutung illegitimer Aufgaben in der Hausarztpraxis, die insbesondere bei Ärzt*innen als Stressor bzw. Belastung auftreten. In Verbindung mit den Ergebnissen der qualitativen Datenerhebung und -analyse zeigt sich, dass das Thema illegitime Aufgaben hauptsächlich über Aufgaben ohne Patient*innenbezug beschrieben wird. Auf Dokumentationen, Kommunikationswege oder ökonomische Aspekte einer Praxis bezieht sich vermutlich ein Großteil der Zuschreibung als unnötig oder unzumutbar. Dennoch wäre es angezeigt, in weiteren Untersuchungen der Frage nachzugehen, was Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitenden als unnötige und unzumutbare Aufgaben in der Praxis definieren.

Insgesamt deuten die Ergebnisse der mixed methods-Untersuchungen zum Status quo darauf hin, dass Maßnahmen mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitsbezogenen Ressourcen (hier im Rahmen der schriftlichen Befragung am Beispiel des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls, des Arbeitsengagements und der Erholungsfähigkeit untersucht) für das Setting „Hausarztpraxis“ entwickelt werden sollten. Hierbei gilt es, unterschiedliche Bedarfe in Bezug auf

das Geschlecht, die Praxisart, die Dauer der Niederlassung und die aktuelle Lebensphase anzupassen. In der Forschungslandschaft zur Gesundheit von Healthcare Professionals hat das Konzept der Salutogenese bislang noch eine untergeordnete Rolle. Die vorliegenden Ergebnisse stärken diesen Forschungsansatz. Einige Erkenntnisse aus dieser Studie können für die Nachwuchsgewinnung in der hausärztlichen Primärversorgung genutzt werden. Die positiven Aspekte wie die kollegiale Zusammenarbeit im Praxisteam, die Freiräume, die sich in der Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis ergeben, die hohe Sinnhaftigkeit in der Tätigkeit sowie die Vielfältigkeit der Behandlungsanlässe könnten für die Bewerbung des Fachgebiets genutzt werden. Maßnahmen könnten entwickelt werden, die die hausärztliche Praxis attraktiver gestalten und dabei das Verbesserungspotenzial hinsichtlich Einkommen, Arbeitsstunden und illegitimen Aufgaben aufgreifen.

Im Anschluss an die Status quo-Erhebung sollte eine verhaltensbezogene, gesundheitsförderliche Intervention, die potenziell die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Ressourcen von Hausarzt*innen und deren nicht-ärztlichen Mitarbeitenden stärken kann, untersucht werden. Aufgrund der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 konnte nicht, wie bereits geplant, ein Stressbewältigungsprogramm (Elemente der Mind-Body-Medizin) über acht Wochen mit je zwei Stunden pro Woche in ausgewählten Hausarztpraxen erprobt und evaluiert werden. In einer explorativen Interviewstudie wurden schließlich Erwartungen hinsichtlich der Umsetzung und Voraussetzungen für die Durchführung von Stressbewältigungskursen bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Hausarztpraxis herausgearbeitet.

Im Rahmen der Anbahnung der Interventionsstudie und auch in den Interviews wurde deutlich, dass die Gruppe der Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden für Gesundheitsförderung und Stressbewältigung wenig sensibilisiert sind. Es konnte herausgearbeitet werden, dass ein achtwöchiger Kurs im Praxisteam ein guter Einstieg in die Thematik Stressbewältigung sein kann und auch Anregungen für die Integration der Themen in den Arbeitsalltag bieten kann. Gleichzeitig wurde jedoch deutlich, dass die Hürde zu einer Kursteilnahme sehr hoch ist. Der Zeitaufwand und die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit sich selbst, die Unkenntnis und Unsicherheit über Inhalte, keinerlei Berührungspunkte mit Mind-Body-Medizin und die gemeinsame Arbeit im Praxisteam (Vorgesetzte und Angestellte) sind hier anzuführen.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Planung der Interventionsstudie sowie den geführten Interviews können für weitere Interventionsstudien mit Healthcare Professionals im Kontext der Stressbewältigung und Gesundheitsförderung genutzt werden. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung konnten Erkenntnisse zur Planung der Rekrutierung und für die konkrete Gestaltung des Kurses, z. B. Terminierung der Kurstermine, gewonnen werden. Darüber hinaus lässt sich festhalten, dass die Haltung der Praxisinhaber*innen ein wichtiger Faktor ist, der bei der praktischen Umsetzung beachtet werden muss.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die Faktoren Gesundheitsförderung, Stressmanagement und Selbstfürsorge für Ärzt*innen und ihre Mitarbeitenden in Hausarztpraxen von großer Bedeutung sind und zu einem veränderten Umgang mit Belastungen in einem bekanntermaßen sehr fordernden Arbeitsumfeld führen können.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Status quo zu Glück und Zufriedenheit in der Hausarztpraxis (Projektteil 1)	9
2.1	Ziel der Untersuchung und Fragestellung.....	11
2.2	Methodische Vorgehensweise	11
2.2.1	Deutschlandweite Befragung	12
2.2.1.1	Datenerhebung	12
2.2.1.2	Datenaufbereitung	20
2.2.1.3	Datenauswertung	20
2.2.2	Beobachtungen und Einzelinterviews in Nordrhein-Westfalen	20
2.2.2.1	Datenerhebung	21
2.2.2.2	Datenaufbereitung	23
2.2.2.3	Datenauswertung	23
2.3	Ergebnisse.....	24
2.3.1	Deutschlandweite Befragung	24
2.3.1.1	Beschreibung der Studienpopulation.....	24
2.3.1.2	Allgemeines und arbeitsbezogenes Wohlbefinden	40
2.3.1.3	Gesundheitliches Wohlbefinden: Burnout und psychisches Wohlbefinden	42
2.3.1.5	Arbeitsbezogene Ressourcen: Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl, Erholungsfähigkeit und Arbeitsengagement.....	44
2.3.1.6	Persönlichkeit.....	45
2.3.1.7	Zusammenfassung.....	46
2.3.2	Beobachtungen und Einzelinterviews in Nordrhein-Westfalen	49
2.3.2.1	Beschreibung des Samples.....	50
2.3.2.2	Beziehung zu Patient*innen	50
2.3.2.4	Kollegiales Miteinander im Team	54
2.3.2.5	Wirksamkeit des eigenen Handelns, Erfolg und Anerkennung	55
2.3.2.3	Lokale Verbundenheit	56
2.3.2.6	Einzelpraxis vs. Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	58
2.3.2.7	Abrechnungen, Zusammenarbeit mit KV (Selbstständigkeit), Schriftverkehr	59
2.4	Diskussion	60
2.5	Fazit und Ausblick	64
2.6	Publikationen und Aktivitäten	66
3	Stressbewältigung in der allgemeinmedizinischen Praxis (Projektteil 2)	67
3.1	Ziel der Untersuchung und Fragestellung.....	67
3.2	Methodische Vorgehensweise: Interventionsstudie	68
3.2.1	Beschreibung der Intervention	68
3.2.2	Datenerhebung.....	70
3.2.2.1	Erhebungsinstrumente	70
3.2.2.2	Fallzahlkalkulation.....	71
3.2.2.3	Feldzugang	72
3.2.3	Datenauswertung	72

3.3 COVID-19-Pandemie: Veränderte Zielsetzung und Fragestellung	73
3.4 Methodische Vorgehensweise: Explorative Untersuchung	73
3.4.1 Datenerhebung	73
3.4.1.1 Erhebungsinstrumente	74
3.4.1.2 Feldzugang	74
3.4.2 Datenaufbereitung	74
3.4.3 Datenauswertung	75
3.5 Ergebnisse der explorativen Untersuchung	75
3.5.1 Sample / Studienpopulation	75
3.5.2 Bedarfslage der Ärzt*innen und Mitarbeitenden	76
3.5.3 Motivation zur Auseinandersetzung mit Stressbewältigung	77
3.5.4 Platzierung von Stressbewältigung in der Hausarztpraxis	80
3.5.5 Stressbewältigung im Arbeitskontext: im Praxisteam oder praxisübergreifend	87
3.5.6 Potenziale der Kursteilnahme	90
3.6 Diskussion	96
3.7 Fazit und Ausblick	99
3.8 Publikationen und Aktivitäten	99
4 Gesamtdiskussion	99
4.1 Glück und Zufriedenheit	99
4.2 Stressoren	100
4.3 Ressourcen	101
4.4 Persönlichkeit	102
4.5 Gesundheitsverhalten	102
4.6 Relevanz der Ergebnisse	103
4.7 Limitationen	103
5 Gesamtfazit und Ausblick	104
6 Danksagung	104
Literaturverzeichnis	106

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mixed-methods-Ansatz	11
Abbildung 2: Generierung der Datensätze.....	19
Abbildung 3: Datenbereinigung bis zur Analysestichprobe	20
Abbildung 4: Rekrutierung über das Westfälische Ärzteblatt.....	22
Abbildung 5: Rekrutierung über KVWL Kompakt	22
Abbildung 6: Geschlechtsverteilung in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	25
Abbildung 7: Altersgruppen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	25
Abbildung 8: Familienstand in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	26
Abbildung 9: Kinder in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	27
Abbildung 10: Wöchentliches Bewegungs- und Entspannungsverhalten in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	28
Abbildung 11: Gewicht in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	28
Abbildung 12: Rauchen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	29
Abbildung 13: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	30
Abbildung 14: Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	30
Abbildung 15: Präsentismus im vergangenen Jahr in Abhängigkeit von der Berufsgruppe...	31
Abbildung 16: Arbeitsumfang in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	31
Abbildung 17: Wöchentliche Arbeitszeit in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	32
Abbildung 18: Dauer der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung.....	34
Abbildung 19: Dauer der Berufsausübung und Dauer der beruflichen Tätigkeit einer hausärztlichen Praxis innerhalb der Gruppe der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden	34
Abbildung 20: Verbleib in der hausärztlichen Versorgung in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	35
Abbildung 21: Praxisort in Abhängigkeit von Berufsgruppe	36
Abbildung 22: Praxisart in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	37
Abbildung 23: Scheine pro Quartal in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	38
Abbildung 24: Patient*innenkontakte pro Tag in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	38
Abbildung 25: Anzahl der ärztlichen Kolleg*innen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	39
Abbildung 26: Anzahl der nicht-ärztlichen Kolleg*innen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	39
Abbildung 27: Teambesprechungen und Pauseneinhaltung in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	40
Abbildung 28: Aspekte der Arbeitszufriedenheit nach den Berufsgruppen.....	41
Abbildung 29: Prävalenz von hohen und niedrigen Burnout-Symptomen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe.....	42
Abbildung 30: Gratifikationskrise in Abhängigkeit von der Berufsgruppe	43
Abbildung 31: Ergebnisübersicht der Beobachtungen und der Einzelinterviews	50
Abbildung 32: Vorher-Nachher-Vergleich mit Follow-up-Erhebung (nach 3 Monaten, t2)	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zu den Themenbereichen des Fragebogens	13
Tabelle 2: Übersicht der qualitativen Datenerhebung	21
Tabelle 3: Allgemeines und arbeitsbezogenes Wohlbefinden	41
Tabelle 4: Gesundheitliches Wohlbefinden.....	43
Tabelle 5: Arbeitsbezogene Stressoren.....	44
Tabelle 6: Arbeitsbezogene Ressourcen	45
Tabelle 7: Persönlichkeit	46
Tabelle 8: Zusammenfassung der Ergebnisse der deutschlandweiten Befragung	47
Tabelle 9: Elemente des Stressbewältigungsprogramms	69
Tabelle 10: Übersicht des Erhebungsinstruments.....	71

1 Einleitung

Mitarbeitende im Gesundheitswesen sind in ihrer alltäglichen Arbeit mit hohen physischen und psychischen Anforderungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Interaktion mit Patient*innen konfrontiert. Sie haben einen hohen Arbeitsumfang, arbeiten häufig unter Zeitdruck und tragen dabei eine hohe Verantwortung. Emotional herausfordernde Situationen wie die Begleitung von kranken und sterbenden Menschen gehören zu den Tätigkeiten der Gesundheitsberufe. Diese psychosozialen Belastungssituationen und eine eingeschränkte Arbeitszufriedenheit können zahlreiche negative Folgen haben. Dazu gehören, auf Seite des Mitarbeiter*innen, eine Verminderung der Gesundheit bis hin zu Arbeitsunfähigkeit oder Kündigungen, im Hinblick auf die Patient*innen eine beeinträchtigte Versorgungsqualität (Wallace et al. 2009; Loerbroks et al. 2016; Dewa et al. 2014). Dies wiederum kann die Zufriedenheit und Sicherheit von Patient*innen gefährden..

Artikel zu dem Thema „Unhappy doctors“ wurden bereits zu Beginn des 21. Jahrhunderts veröffentlicht (Edwards et al. 2002; Zuger 2004; Nylenna et al. 2005; Smith 2001). Im Jahr 2007 beauftragte die Bundesärztekammer eine Übersichtsarbeit zum Thema „*Physician Factor*“, die Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit und Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung beleuchtete (Gothe et al. 2007). Zwei Jahre später arbeiteten Wallace et al. (2009) die Bedeutung des Wohlbefindens von Ärzt*innen als einen wichtigen Indikator für die Versorgungsqualität heraus und prägten den Begriff „*physician wellness*“ (Wallace et al. 2009). Im Jahr 2018 sprach der amtierende Präsident des Weltärztebundes von einer Burnout-Pandemie unter Ärzt*innen (WMA - The World Medical Association 2018). Der Deutsche Ärztetag 2019 in Münster befasste sich ebenfalls mit der Gesundheit von Ärzt*innen und setzte damit ein Signal für die Wichtigkeit des Themas im deutschen Versorgungssystem.

Auch wenn in regelmäßigen Untersuchungen die Interessenvertretungen der Ärzteschaft (u.a. Marburger Bund („MB-Monitor¹“), Kassenärztliche Bundesvereinigung, NAV-Virchowbund („Ärztemonitor“)) der Frage nach Arbeitszufriedenheit und -belastung nachgehen (infas - Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH 2018; Marburger Bund 2017), sind unabhängige, wissenschaftliche Untersuchungen, die das gesundheitliche Wohlbefinden von „Healthcare Professionals“ fokussieren, von hoher Relevanz. Sowohl Mitarbeitende in Krankenhäusern (Domagala et al. 2018; Bauer und Groneberg 2015; Rosta und Gerber 2008) als auch die in der ambulanten Versorgung Tätigen rückten immer mehr ins Blickfeld (Goetz et al. 2018; Löffler et al. 2015; Behmann et al. 2012; Goetz et al. 2011; Szecsenyi et al. 2011).

Ziel dieses Forschungsvorhabens war es, ein tieferes Verständnis von Belastungen und Ressourcen sowie Glück und Zufriedenheit bei Hausärzt*innen und deren Mitarbeitenden in Deutschland zu erhalten. Weiterhin sollte der Frage nachgegangen werden, ob qualifizierte beziehungsweise qualifizierende Angebote eine etwaige Lücke zwischen Ist- und möglicher Soll-Situation schließen helfen (prinzipielle Veränderbarkeit, Trainierbarkeit).

Hausärzt*innen und ihre Teams sind im deutschen Gesundheitswesen die erste Anlaufstelle bei Gesundheitsfragen für einen Großteil der Bürger*innen. Die Anlässe für Konsultationen

¹ Marburger Bund-Monitor

sind vielfältig. Hausärztliche Praxen sind in der Prävention z. B. bei Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen aktiv, behandeln akute wie chronische Gesundheitsbeschwerden, betreuen im häuslichen Umfeld und begleiten palliativ in der letzten Lebensphase. In Deutschland arbeiten Hausärzt*innen vornehmlich in Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften. Wenige hausärztlich tätige Ärzt*innen arbeiten in Medizinischen Versorgungszentren. Im Jahr 2019 arbeiteten insgesamt 55.073 Hausärzt*innen in Deutschland (KBV 2020b).

Der Bericht ist in zwei Teile aufgeteilt. Zunächst wird ein Überblick über gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen, Burnout, psychisches Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit bei Angehörigen von Hausarztpraxen in Deutschland gegeben, um im Anschluss das Thema Gesundheitsförderung und Stressbewältigung in der Hausarztpraxis (Intervention) näher zu betrachten.

2 Status quo zu Glück und Zufriedenheit in der Hausarztpraxis (Projektteil 1)

In Deutschland gibt es bereits erste Datenerhebungen in einzelnen Bundesländern bzw. Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen. Behmann und Kolleg*innen (2012) schlussfolgerten auf Grundlage ihrer schriftlichen Befragung zu einzelnen Aspekten der Tätigkeit sowie zur Gesamtzufriedenheit in Niedersachsen, dass Hausärzt*innen insgesamt zufrieden mit ihrer Arbeit sind. Besonders zufrieden waren die Befragten mit dem Kontakt zu Patient*innen und der Arbeitsatmosphäre. Weniger zufrieden waren sie mit administrativen Tätigkeiten. Löffler et al. (2015) führten eine weitere Studie in Mecklenburg-Vorpommern durch und zogen ebenfalls das Fazit, dass Hausärzt*innen eine hohe Arbeitszufriedenheit aufweisen. Götz et al. (2018) befragten Hausärzt*innen in Schleswig-Holstein zur Arbeitszufriedenheit und fanden heraus, dass sie am zufriedensten mit den Kolleg*innen sind und am wenigsten zufrieden mit den Arbeitsstunden. Unrath et al. (2012) führten eine ähnliche Befragung in Rheinland-Pfalz zur Arbeitssituation und Gesundheit bei Hausärzt*innen durch. Sie konnten eine hohe subjektive Stresswahrnehmung, eine hohe wöchentliche Arbeitslast sowie einen hohen Anteil an administrativen Tätigkeiten aufzeigen. Eine hohe Stressbelastung fanden Viehmann et al. (2017) ebenfalls bei Hausärzt*innen und ihren Mitarbeitenden. Hausärztinnen zeigten ein höheres Stresslevel als Hausärzte und Mitarbeitende (ebd.). Sie arbeiteten ebenfalls heraus, dass Hausärzt*innen und Mitarbeitende im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein höheres Stresslevel aufweisen (ebd.). In einer Untersuchung mit Medizinischen Fachangestellten wiesen mehr als zwei Drittel eine Gratifikationskrise² auf (Vu-Eickmann und Loerbroks 2017). Dieser arbeitsbezogene Stress war assoziiert mit geringerer Versorgungsqualität und Gesundheitsbeeinträchtigungen (ebd.). Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit von nicht-ärztlichen Mitarbeiter*innen in Hausarztpraxen fanden heraus, dass diese Berufsgruppe am zufriedensten mit ihren Kolleg*innen sind und am wenigsten zufrieden mit ihrem Einkommen/Gehalt sowie der Anerkennung ihrer Tätigkeit (Mergenthal et al. 2014; Gavartina et al. 2013; Goetz et al.

² Arbeitsbezogenes Stressmodell: Modell beruflicher Gratifikation nach Siegrist et al. (2009). Eine psychosoziale Arbeitsbelastung liegt dann vor, wenn Verausgabung gegenüber Belohnung überwiegt. Der arbeitsbezogene Stress kann gesundheitsgefährdend sein (Siegrist 2012).

2013; Goetz et al. 2011). Insgesamt wird die Arbeitszufriedenheit im „mittleren Bereich“ eingeordnet (Mergenthal et al. 2014). Die Arbeitszufriedenheit ist assoziiert mit organisatorischen Aspekten wie einer guten Arbeitsatmosphäre, Verbesserungsvorschläge unterbreiten zu können und dass diese auch berücksichtigt werden (Goetz et al. 2013). Szecsenyi et al. (2011) haben den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit bei Hausärzt*innen und Praxismitarbeitenden mit der Zufriedenheit von Patient*innen untersucht. Sie konnten zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden mit der Patientenzufriedenheit positiv korreliert, hingegen zeigte sich bei der Zufriedenheit der Ärzt*innen mit der Patientenzufriedenheit kein Zusammenhang. Bei einem Vergleich des Arbeitsstress von amerikanischen, britischen und deutschen Hausärzt*innen wurde herausgearbeitet, dass die deutschen nach Selbstauskunft die höchsten Stresswerte aufwiesen (Siegrist et al. 2010). Ein Vergleich von deutschen und norwegischen Hausärzt*innen zeigte, dass die Arbeitszufriedenheit und die Belohnung bei deutschen Ärzt*innen geringer ist. Auch konnte herausgearbeitet werden, dass ein deutlich höherer Anteil an deutschen Ärzt*innen eine Gratifikationskrise und somit einen Risikofaktor für gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweist (Vollmer et al. 2012). Eine Untersuchung zu Burnout-Symptomen bei deutschen Hausärzt*innen fand heraus, dass diejenigen, die in Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften arbeiten und angestellt sind, ein höheres Risiko für Burnout-Symptome haben (Dreher et al. 2019). Ebenso zeigte diese Studie, dass Frauen, jüngere Altersgruppen und Teilzeitarbeitende ein erhöhtes Risiko für Burnout haben (ebd.).

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Studien aus verschiedenen Regionen Deutschlands bereits Erkenntnisse zur Arbeitszufriedenheit und Stressbelastung von Hausärzt*innen und deren Mitarbeitenden liefern. Kaum Beachtung fanden in diesen Untersuchungen gesundheitsbezogene Ressourcen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang jedoch die Studie von Zwack et al. (2011), in der Resilienzstrategien von Ärzt*innen in einer qualitativen Studie herausgearbeitet wurden. Als weitere Untersuchungen in diesem Bereich sind folgende zu nennen: O'Dowd et al. (2018); Scheepers et al. (2015); Jensen et al. (2008).

Vor dem Hintergrund der Trends zur Anstellung, der Zunahme an Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften und der weltweiten hohen Prävalenz von Burnout bei Ärzt*innen ist es angezeigt, Zufriedenheit und Glück, Belastungen und Ressourcen von Hausärzt*innen und deren Mitarbeitenden weitergehend zu untersuchen. Angesichts des Mangels an Ärzt*innen in der hausärztlichen Versorgung sind Erkenntnisse zu diesen Aspekten wertvoll, um sie für die Nachwuchsgewinnung zu nutzen. Da die Diskussion zu Burnout bei Ärzt*innen und der Gesundheit von Healthcare Professionals allgemein in den letzten Jahren erneut an Aufmerksamkeit gewonnen hat, sowie die Zufriedenheit der Healthcare Professionals als Qualitätsindikator in der Gesundheitsversorgung betrachtet wird (Bodenheimer und Sinsky 2014; Wallace et al. 2009), erscheint es notwendig, den Status quo in Deutschland zu erheben. Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse können dann Interventionen zur Steigerung von Glück und Zufriedenheit, zur Stärkung von Schutzfaktoren und Reduzierung von Risikofaktoren abgeleitet werden.

2.1 Ziel der Untersuchung und Fragestellung

Ziel des ersten Projektteils war es, mehr über Ressourcen und Belastungen, Glück, Wohlbefinden und Zufriedenheit von Hausärzt*innen sowie ihren Mitarbeitenden zu erfahren.

Die Forschungsfragen lauten:

- a) Wie glücklich und zufrieden sind Hausärzt*innen und deren Mitarbeitenden in Deutschland?
- b) Wie ist das gesundheitliche Wohlbefinden bei Hausärzt*innen und deren Mitarbeitenden?
- c) Über welche Gesundheitsressourcen verfügen Hausärzt*innen und deren Mitarbeitende?
- d) Welchen Belastungen sind Hausärzt*innen und deren Mitarbeitende ausgesetzt?
- e) Welche Bedeutung haben personen-, organisations- und berufsgruppenbezogene Faktoren in Bezug auf Belastungen und Ressourcen sowie Glück, Wohlbefinden und Zufriedenheit bei Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden in der allgemeinmedizinischen Primärversorgung?

2.2 Methodische Vorgehensweise

Das Studiendesign folgte dem mixed-methods-Ansatz (Abbildung 1) und kombinierte daher quantitative Forschungsmethoden mit qualitativen Forschungsmethoden. Im Jahr 2018 wurden neben einer schriftlichen Befragung von bundesweit 10.000 angeschriebenen Hausärzt*innen in allgemeinmedizinischen Praxen offene Beobachtungen durchgeführt. Zusätzlich haben wir Interviews mit Ärzt*innen sowie nicht-ärztlichen Mitarbeitenden geführt. Im Nachfolgenden wird die methodische Vorgehensweise detailliert erläutert. Zunächst wird auf die deutschlandweite Befragung eingegangen, um anschließend das Vorgehen bei den Beobachtungen und Interviews in Nordrhein-Westfalen zu verdeutlichen.

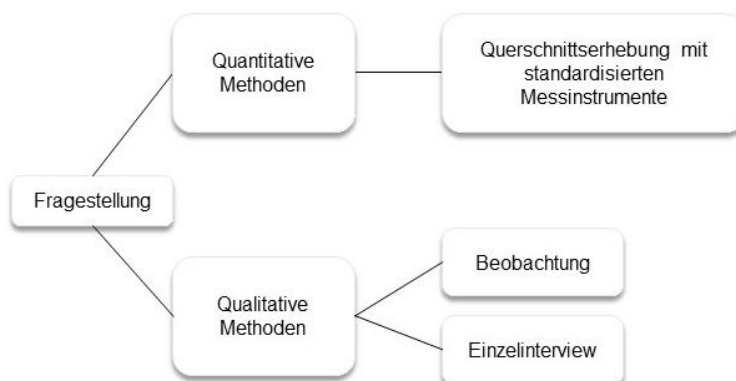


Abbildung 1: Mixed-methods-Ansatz

Es wurde ein Votum der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke eingeholt. Dieses Votum zeigte keine Bedenken bei der Durchführung der Untersuchung (Nr. 134/2017).

2.2.1 Deutschlandweite Befragung

Ziel der deutschlandweiten Befragung war es, Erkenntnisse über den aktuellen Stand hinsichtlich Ressourcen, Belastungen, Glück, Zufriedenheit und Wohlbefinden bei Hausärzt*innen und deren Mitarbeitenden zu gewinnen.

2.2.1.1 Datenerhebung

Anhand einer schriftlichen Befragung wurden Ärzt*innen, sowie Mitarbeitende, die in der allgemeinmedizinischen Primärversorgung in Deutschland tätig sind, zu ihren Belastungen und Ressourcen sowie Wohlbefinden und Zufriedenheit befragt.

Alle Teilnehmenden an der schriftlichen Befragung wurden über forschungsethische Fragen aufgeklärt. Das Ausfüllen und Absenden des Fragebogens (online wie analog) wurde als Einwilligung zur Studienteilnahme gewertet.

Erhebungsinstrumente

Für die Fragebogenkonstruktion wurden validierte Erhebungsinstrumente verwendet. Es wurde auf die jeweils deutsche Version zurückgegriffen. Je ein Fragebogen für Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende wurde erstellt. Die Erstellung des Fragebogens wurde im interdisziplinären Projektteam abgestimmt und vor Verwendung des Bogens wurde dieser in einem Pre-Test getestet. Insgesamt nahmen 26 Personen an der online-Befragung teil, davon 23 Ärzt*innen und 3 nicht-ärztliche Mitarbeitende.

Beide finalen Fragebögen sind im Anhang einsehbar (Papierversion). Bei der online-Version wurde eine Fortschrittsanzeige integriert. Pro Seite wurde eine Fragenbatterie verwendet. Im Online-Fragebogen erfolgte eine automatische Filterführung. Pre-Tests auf verschiedener Hard- und Software wurde durchgeführt (Smartphone, Tablet, Notebook, Standrechner; Apple, Microsoft, Android, iOS), um die Kompatibilität zu testen.

Im Folgenden werden die verwendeten Instrumente kurz erläutert. Eine Übersicht ist in Tabelle 1 zu finden.

Allgemeines und arbeitsbezogenes Wohlbefinden

Lebenszufriedenheit wurde mit dem Item „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?“ erfasst. Es handelt sich dabei um die Itemformulierung, die im Sozioökonomischen Panel verwendet wird (Beierlein et al. 2015). Die Befragten geben ihre Bewertung auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 9 (völlig zufrieden)³ an. Je höher der Wert, desto höher die Lebenszufriedenheit.

³ Abweichend von Beierlein et al. (2015). Sie verwenden eine elfstufige Likert-Skala (0-10).

Tabelle 1: Übersicht zu den Themenbereichen des Fragebogens

Inhalt	Konstrukt	Instrument
Allgemeines und arbeitsbezogenes Wohlbefinden	Lebenszufriedenheit	angelehnt an Kurzskala Lebenszufriedenheit (L-1), Beierlein et al. 2015
	Glück	Subjective Happiness Scale (SHS), Swami et al. 2009; Lyubomirsky und Lepper 1999
	Arbeitszufriedenheit	Job satisfaction Scale, Warr et al. 1979
Gesundheitliches Wohlbefinden	Burnout	Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Kristensen et al. 2005
	Subjektives Wohlbefinden/Depression	WHO 5, Topp et al. 2015; WHO - World Health Organization 1998
Arbeitsbezogene Stressoren	Gratifikationskrise	Effort-Reward Imbalance (ERI 10), Siegrist et al. 2014; Siegrist et al. 2009
	Illegitime Aufgaben	Berne Illegitimate Task Scale (BITS), Semmer et al. 2010
Arbeitsbezogene Ressourcen	Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl	Work-related Sense of Coherence (Work-SoC), Bauer et al. 2015
	Erholungsfähigkeit	Recovery Experience Questionnaire (REQ), Sonnentag und Fritz 2007
	Arbeitsengagement	Angelehnt an Utrecht Work Engagement Scale (UWES 9), Schaufeli et al. 2006
Persönlichkeit	Persönlichkeitsdimensionen	Big Five Inventory (BFI 10), Rammstedt et al. 2014
	Verausgabungsneigung	Overcommitment, Siegrist et al. 2014; Siegrist et al. 2009
Soziodemografie	Fragen zu Alter, Geschlecht, Familienstand, Kindern	angelehnt an Soziodemografische Standards, Beckmann et al. 2016
Merkmale des Gesundheitsverhaltens	Fragen zu Gewicht, Bewegung, Entspannung,...	
Merkmale der Tätigkeit	Fragen zu Arbeitsverhältnis, Ausbildung,...	
Merkmale der Praxis	Fragen zu Praxisart, Praxisort, Praxisgröße,...	

Allgemeines und arbeitsbezogenes Wohlbefinden

Lebenszufriedenheit wurde mit dem Item „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?“ erfasst. Es handelt sich dabei um die Itemformulierung, die im Sozioökonomischen Panel verwendet wird (Beierlein et al. 2015). Die Befragten geben ihre Bewertung auf

einer Skala von 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 9 (völlig zufrieden)⁴ an. Je höher der Wert, desto höher die Lebenszufriedenheit.

Glück wurde als Globalurteil mithilfe der Subjective Happiness Scale von Lyubomirsky/Lepper (1999) erfasst. In der vorliegenden Befragung wurde die deutsche Übersetzung von Swami et al. (2009) verwendet. Glück wird hierbei mit vier Items auf einer 7-Punkt-Likert-Skala gemessen. Das erste Item fragt eine absolute Bewertung von Glück ab, das zweite Item bezieht sich auf eine relative Bewertung im Vergleich zu Gleichaltrigen. Die anderen zwei Fragen beschreiben glückliche und weniger glückliche Personen und die Befragten sollen einschätzen, inwiefern die Beschreibung auf sie zutrifft. Das vierte Item ist negativ gepolt und muss umcodiert werden. Für den globalen Glückswert wird der Mittelwert aller vier Items berechnet, sodass der Wertebereich zwischen 1 bis 7 liegt. Je höher der Wert, desto glücklicher die Person.

Arbeitszufriedenheit wurde mithilfe der deutschen Version der Job Satisfaction Scale von Warr, Cook und Wall (1979) gemessen. Sie umfasst insgesamt zehn Items. Davon fragen neun Items nach der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Arbeiten, wie z. B. physische Arbeitsbelastung, Einkommen, Arbeitsstunden. Im zehnten Item wird ein Globalurteil abgefragt. Eine Bewertung erfolgt auf einer siebenstufigen Likert-Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 7 (sehr zufrieden). Für einen Gesamtwert wird der Mittelwert aller 10 Items berechnet, sodass der Wertebereich zwischen 1 bis 10 liegt (Goetz et al. 2012). Je höher der Wert ist, desto höher ist die Arbeitszufriedenheit.

Gesundheitliches Wohlbefinden

Im Bereich „Gesundheitliches Wohlbefinden“ wird das *psychische Wohlbefinden* über den World Health Organisation Well-Being Index (WHO-5) abgefragt (Topp et al. 2015; WHO - World Health Organization 1998). Fünf Items werden von den Befragten anhand einer sechsstufigen Likert-Skala von 5 (die ganze Zeit) bis 0 (zu keinem Zeitpunkt) in Bezug auf die vergangenen zwei Wochen bewertet. Die Itemrohwerte werden addiert, sodass der Wertebereich zwischen 0 bis 25 liegt. Je höher der Wert, desto höher das Wohlbefinden. Ein Gesamtwert unter 13 (bzw. 50 bei einer Multiplikation der Werte mit 4) wird als ein geringes Wohlbefinden bewertet und als Anknüpfungspunkt zur gezielten Diagnostik in Bezug auf eine Major Depression verstanden (Topp et al. 2015; Brähler et al. 2007).

Zudem wird *Burnout* anhand des Copenhagen Burnout Inventory (CBI; Kristensen et al. 2005) erfasst. Der CBI bezieht sich auf die persönliche (sechs Items), arbeitsbezogene (sieben Items) und patientenbezogene Erschöpfung (sechs Items). Insgesamt besteht der CBI aus 19 Items. In dieser Untersuchung wurde die deutsche Version von Hanebuth et al. (2012) verwendet. Es erfolgt eine Selbstausskunft der Befragten auf einer fünfstufigen Likert-Skala zur Intensität (100 – sehr oft bis 0 nie/sehr selten) bzw. Häufigkeit (100 – in sehr hohem Maße bis 0 – in sehr geringem Maße). Für jede Skala wird ein Mittelwert berechnet, sodass der Wertebereich zwischen 0 bis 100 liegt (Kristensen et al. 2005). Je höher der Wert, desto höher die

⁴ Abweichend von Beierlein et al. (2015). Sie verwenden eine elfstufige Likert-Skala (0-10).

Erschöpfung. Zusätzlich wurde eine dichotome Variable mit niedriger Prävalenz von Symptomen (<50) und hoher Prävalenz von Symptomen (≥ 50) gebildet (Borritz et al. 2006). Der CBI wurde bereits mehrfach bei Ärzt*innen und weiteren Gesundheitsprofessionen eingesetzt (Wolfshohl et al. 2019; Wagner et al. 2019; Chambers et al. 2016; Chou et al. 2014; Wright et al. 2011; Klein et al. 2010; Winwood und Winefield 2004).

Arbeitsbezogene Stressoren

Die Arbeitssituation wird mit dem Fragebogen zu Gratifikationskrisen (Effort-Reward-Imbalance, ERI) erhoben (Siegrist et al. 2014; Siegrist et al. 2009). Verausgabung (Effort) wird mit drei Items auf einer 4-Punkt-Likert-Skala gemessen. Der Wertebereich liegt somit zwischen 3 und 12. Je höher der Wert, desto mehr Verausgabung wird wahrgenommen. Belohnung (Reward) wird anhand von sieben Items auf einer 4-Punkt-Likertskala gemessen. Der Wertebereich liegt zwischen 7 und 28. Je niedriger der Wert, desto weniger Belohnung wird wahrgenommen. Um nun das Verhältnis von Verausgabung und Belohnung zu errechnen, wird der Quotient von Verausgabung (Zähler) und Belohnung (Nenner) berechnet. Um den Unterschied in der Itemzahl zu berücksichtigen, wird ein Korrekturfaktor ($7/3$) berücksichtigt. Der rechnerische cut-off-Punkt liegt bei $ERI=1$; d.h. $ERI > 1$ zeigt eine Gratifikationskrise an, da mehr Verausgabung als Reward berichtet wird; $ERI \leq 1$ zeigt an, dass keine Gratifikationskrise vorhanden ist, da gleich oder mehr Belohnung als Verausgabung wahrgenommen wird (Siegrist et al. 2014).

Aus der Literatur ist bekannt, dass administrative Tätigkeiten wie Dokumentation und Abrechnungen die Zufriedenheit von Ärzt*innen und weiterem medizinischen Personal beeinträchtigen können (Behmann et al. 2012; Unrath et al. 2012). Aufgaben, die als unnötig oder unzumutbar eingestuft werden, können als *illegitime Aufgaben* beschrieben werden (Semmer et al. 2019; Semmer et al. 2015; Semmer et al. 2013). In dieser Untersuchung werden erstmals illegitime Aufgaben bei Hausärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden in der Hausarztpraxis erfasst. Illegitime Aufgaben werden der Theorie nach als Stressoren eingeordnet, da sie Situationen darstellen, die geringe Wertschätzung ausdrücken und das Selbstverständnis berühren (Semmer et al. 2013). Unnötige Aufgaben sind vermeidbar und unzumutbare Aufgaben entsprechen nicht dem Kernverständnis der eigenen beruflichen Aufgabe (ebd.). Die illegitimen Aufgaben wurden mithilfe der Berne Illegitimate Task Scale (BITS, Semmer et al. 2010) erfasst. Insgesamt besteht das Instrument aus 8 Items, pro Dimension (unnötig und unzumutbar) werden 4 Items abgefragt. Auf einer 5-Punkt-Likert-Skala mit Werten von 1 (nie) bis 5 (sehr häufig) erfolgt die Bewertung der Befragten. Es werden ein Mittelwert für jede Dimension und ein Gesamtwert berechnet, sodass der Wertebereich jeweils zwischen 1 bis 5 liegt. Je höher der Wert, desto mehr illegitime Aufgaben werden im Arbeitsalltag wahrgenommen.

Arbeitsbezogene Ressourcen

Im Bereich „Arbeitserleben“ wird die Skala zur Erfassung des *arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls* (Bauer et al. 2015) eingesetzt. Sie besteht aus neun Items mit drei Dimensionen. Die drei

Dimensionen sind Handhabbarkeit (beeinflussbar, steuerbar), Sinnhaftigkeit (sinnvoll, bedeutend, lohnenswert), Verstehbarkeit (strukturiert, übersichtlich, vorhersehbar, bewältigbar) (Bauer et al. 2015). Eine Bewertung erfolgt auf einer bipolaren, siebenstufigen Skala. Die Pole beschreiben gegensätzliche Adjektive, wie z. B. „bewältigbar“ vs. „nicht bewältigbar“. Der Gesamtscore wird durch Addition der Itemrohwerte berechnet (Schumacher et al. 2000). Sechs Items sind negativ gepolt und müssen umcodiert werden. Pro Dimension wird ein Mittelwert und zusätzlich wird ebenso ein Gesamtwert als Mittelwert errechnet, sodass der Wertebereich jeweils zwischen 1 bis 7 liegt. Je höher der Wert, desto höher das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl.

Neben dem arbeitsbezogenen Kohärenzgefühl wird zudem das *Arbeitsengagement* gemessen. Dafür wird die Kurzversion der Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli et al. 2006) mit neun Items eingesetzt. Die Skala besteht aus drei Dimensionen: Vitalität (vigour), Hingabe (dedication) und Absorbiertheit (absorption) (Schnell und Höge 2012; Schaufeli et al. 2006). Die Items werden mit einer 6-Punkt-Likert-Skala⁵ gemessen. Der Wertebereich eines einzelnen Items liegt zwischen 0 (nie) und 5 (immer). Es wird ein Gesamtmittelwert gebildet, sodass der Wertebereich zwischen 0 und 5 liegt. Entlang der Empfehlung von Sautier et al. (2015) werden keine Subskalen berechnet.

Die *Erholungsfähigkeit* im Feierabend wurde mithilfe des Recovery Experience Questionnaire (Sonnentag und Fritz 2007) erfragt. Sie wird als Ressourcen angesehen, um sich von der Arbeit im Feierabend oder am Wochenende von der Arbeit zu lösen. Das Instrument besteht aus 16 Items und eine Bewertung erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft völlig zu). Das Instrument beinhaltet vier Dimensionen: Abschalten von der Arbeit, Entspannung, Mastery⁶, Kontrolle (Sonnentag und Fritz 2007). Jede Dimension ist durch 4 Items abgebildet und bezieht sich in dieser Untersuchung auf den Feierabend. Es werden je ein Mittelwert für jede Dimension und ein Gesamtmittelwert berechnet, sodass der Wertebereich zwischen 1 bis 5 liegt. Je höher der Wert, desto höher ist die Erholungsfähigkeit.

Persönlichkeit

Die Persönlichkeit wurde anhand des *Big Five Inventory* nach dem Fünf-Faktoren-Modell (Rammstedt et al. 2014) erfasst. Das Modell enthält die fünf Dimensionen Extraversion⁷, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus⁸ und Offenheit. Das Instrument umfasst 10 Items, zwei für jede Dimension der Persönlichkeit. Jeweils ist ein Item positiv und eins negativ gepolt. Es wird eine 5-Punkt-Likert-Skala mit Werten von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu) verwendet. Pro Dimension wird ein Mittelwert aus den beiden Items berechnet. Der Wertebereich pro Dimension liegt zwischen 1 bis 5. Fünf Items müssen umcodiert werden. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass Neurotizismus negativ, Gewissenhaftigkeit,

⁵ Dies entspricht nicht der Skala von Schaufeli et al. (2006). Sie verwenden eine siebenstufige Likert-Skala (0-6). In dieser Untersuchung wurde die Stufe „fast nie“ nicht erfragt.

⁶ Herausforderung in der Freizeit suchen (die außerhalb des Arbeitskontextes liegt)

⁷ Gegenteil zu Introversion; hohe Ausprägungen sprechen für Abenteuerlust, Geselligkeit, Risikofreude, Ausdrucksstärke

⁸ Emotionale Labilität; hohe Ausprägungen sprechen für Nervosität, Reizbarkeit, Melancholie

Extraversion und Verträglichkeit hingegen positiv mit Zufriedenheitsmaßen und gesundheitlichem Wohlbefinden korrelieren (Rammstedt et al. 2014).

Zudem wurde die *Verausgabungsneigung* (Overcommitment) mit sechs Items auf einer 4-Punkt-Likert-Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme voll zu) erfasst (Siegrist et al. 2014; Siegrist et al. 2009). Ein Item ist negativ gepolt und muss umcodiert werden. Es wird ein Mittelwert berechnet, sodass der Wertebereich zwischen 1 bis 4 liegt. Je höher der Wert, desto höher ist die berufliche intrinsische Verausgabungsneigung.

Merkmale des Gesundheitsverhaltens

Im Bereich „Angaben zu Ihrer Gesundheit“ wurde das Gewicht, die Häufigkeit von Bewegung und Entspannung, Rauchen, das Vorhandensein chronischer Erkrankungen, Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen zwei Jahren und Präsentismus im vergangenen Jahr abgefragt. Zudem wurden Ärzt*innen nach einem eigenen Hausarzt/einer eigenen Hausärztin gefragt. Die Häufigkeit von Bewegung und Entspannung sowie Präsentismus wurden über Freitext abgefragt und nachträglich gruppiert.

Merkmale der Tätigkeit

Im Bereich „Angaben zu Ihrer Tätigkeit“ wurden Fragen zum Arbeitsumfang, den Arbeitsstunden pro Woche sowie zum Wunsch, die allgemeinmedizinische Tätigkeit bzw. Praxis zu verlassen und die Wahrscheinlichkeit, in den nächsten fünf Jahren nicht mehr in einer allgemeinmedizinischen Praxis bzw. nicht mehr allgemeinmedizinisch tätig zu sein, gestellt. Die Ärzt*innen wurden zudem zum Arbeitsverhältnis, der Ausbildung und der fachärztlichen Ausbildung, sowie zur Dauer der eigenen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung befragt. Nicht-ärztliche Mitarbeitende wurden zu ihrer Berufsbezeichnung, ihren Zusatzqualifikationen sowie der Dauer im jetzigen Beruf, in der allgemeinmedizinischen Praxis und der aktuellen Praxis befragt. Die Arbeitsstunden pro Woche, die Berufsbezeichnung und die Zusatzqualifikationen der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, sowie die Dauern wurden über einen Freitext erfasst und nachträglich gruppiert.

Merkmale der Praxis/des Arbeitsortes

Im Bereich „Angaben zu Ihrem Arbeitsplatz“ wurden die Praxisart, der Praxisort, die Praxisgröße (Scheine pro Quartal, Patient*innenkontakte, Anzahl der Ärzt*innen und des nicht-ärztlichen Personals) und weitere Aspekte wie Aktivitäten als Lehrpraxis (nur Ärzt*innen), regelmäßige Teambesprechungen und das Einhalten von Pausenzeiten erfragt. Die Anzahl ärztlicher und nicht-ärztlicher Kolleg*innen wurde über einen Freitext erfasst und nachträglich gruppiert.

Soziodemografische Merkmale

Zum Abschluss des Fragebogens wurden soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand und Kinder erfasst. Die Items wurden angelehnt an die Demografischen Standards (Beckmann et al. 2016) formuliert.

Feedback

Zum Abschluss des Fragebogens hatten die Befragten Gelegenheit, ein Feedback als Freitext zu geben.

Stichprobenwahl und Studienteilnehmende

Für das Panel der angeschriebenen hausärztlichen Praxen wurde vorab eine Fallzahlschätzung vorgenommen, wonach die Datenerhebung nach Eingang einer entsprechenden Zahl von Antwortbögen (Response) zu beenden war. Bei der Fallzahlkalkulation ergab sich eine Samplegröße von 372 Personen pro Berufsgruppe. Die angenommene Responserate lag bei 5 %. Somit ergab sich eine Stichprobengröße in Höhe von 7.440 Ärzt*innen und 7.440 nicht-ärztlichen Mitarbeitenden. Es wurden insgesamt 10.000 Ärzt*innen (Grundgesamtheit: alle in Deutschland tätigen Hausärzt*innen) angeschrieben, um so auch genügend nicht-ärztliche Mitarbeitende zu erreichen. Angenommen wurde bei dieser Gruppe eine geringere Responserate als 5 %.

Die Stichprobenziehung der anzuschreibenden Praxen erfolgte durch das Unternehmen Arzt-Data AG, von dem 10.000 Kontaktdaten (Postadresse, Fax- und Telefonnummer, E-Mailadresse) eingekauft wurden. Sie zogen eine gewichtete Stichprobe anhand der ersten beiden Ziffern der Postleitzahl repräsentativ nach den Postleitzahl-Gebieten (01xxx, 02xxx, 03xxx, etc).

Zur Teilnahme an der Befragung wurden hausärztlich tätige Ärzt*innen und deren Teams in Deutschland eingeladen. Zu den Teams gehörten ärztliche Kolleg*innen sowie nicht-ärztliche Mitarbeitende. Neben Ärzt*innen in Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen sowie Praxisgemeinschaften wurden Ärzt*innen in Versorgungszentren und deren Teams ebenfalls zur Teilnahme eingeladen. Die ebenfalls in Deutschland in der Primärversorgung arbeitenden Kinderärzt*innen und Gynäkolog*innen wurden von der Teilnahme ausgeschlossen.

Die Einladung zur Teilnahme des gesamten Praxisteam an einer Online-Befragung erfolgte per Post über die ärztliche Profession. Im Anschreiben wurde ein Universal-Link zum Fragebogen abgedruckt. Primär sollte die Befragung online erfolgen. Die Befragung wurde mithilfe des Portals „LimeSurvey“ durchgeführt. Alternativ zu der online-Befragung konnten die Praxen auch eine Papierversion des Fragebogens anfordern. Dafür war auf der Rückseite der Einladung zur Teilnahme an der Befragung ein Faxvordruck abgedruckt. Die Praxen konnten hier die Postadresse sowie die Anzahl an gedruckten Versionen für Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende angeben.

Die Praxen wurden in drei gleich großen Gruppen jeweils zeitversetzt um eine Woche angeschrieben. Das Versenden einer Erinnerung erfolgte ebenfalls zeitversetzt jeweils zwei Wochen nach Ersteinladung per Post. Aufgrund der erreichten Stichprobengröße wurde die zweite Erinnerung nach vier Wochen nicht mehr abgeschickt.

Die Ärzt*innen wurden von Mitte August (erste Aussendung an Post übergeben: 17.08.2018) bis Mitte September (letzte erste Erinnerung an Post übergeben: 14.09.2018) angeschrieben. Nach der letzten Aussendung (ca. 25.10.2018) von Papierfragebögen verging ca. ein Monat bis die Annahme an zurückgesendeten Fragebögen gestoppt wurde (30.11.2018).

Mit der Online-Befragung via LimeSurvey konnten 329 Datensätze generiert werden.

In Abbildung 2 ist ersichtlich, über welchen Weg die Fragebögen ausgefüllt wurden. Von den insgesamt 10.000 angeschriebenen hausärztlich tätigen Ärzt*innen forderten 366 Praxen Papierversion der Fragebögen an. Insgesamt wurden 615 Fragebögen für Ärzt*innen und 1.577 Fragebögen für nicht-ärztliche Mitarbeitende in den Praxen verschickt (insgesamt: 2.192 Fragebögen). Es sind 311 Fragebögen von Ärzt*innen und 614 Fragebögen von nicht ärztlichen Mitarbeitenden ausgefüllt zurückgesendet worden. Das entspricht bei der Papierbefragung einer Gesamt-Responderate von 42,20 % (Ärzt*innen: 50,57 %; nicht-ärztliche Mitarbeitende: 38,93 %).

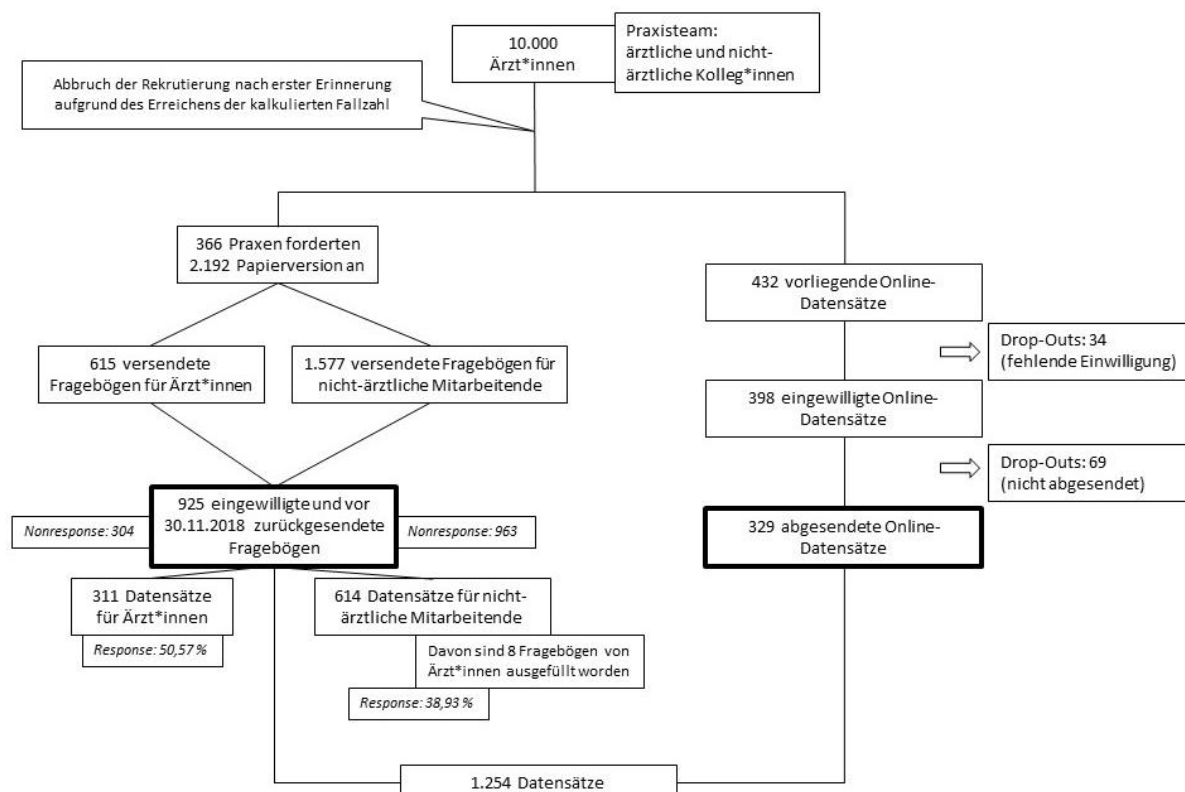


Abbildung 2: Generierung der Datensätze

2.2.1.2 Datenaufbereitung

Die Daten aus dem Onlineportal LimeSurvey wurden im Excel-Format heruntergeladen.

Die Eingabe der 925 ausgefüllten Papierfragebögen erfolgte von Oktober 2018 bis Februar 2019. Dabei wurden die Kreuze und Texte manuell in eine Excel-Tabelle übertragen. Freitextantworten wurden wörtlich übertragen. Die Kontrolle der Eingabe erfolgte unabhängig von einer zweiten Person und stichprobenartig von einer dritten Person.

Die Datensätze der Online-Befragung und der Papier-Befragung wurden zusammengefügt.

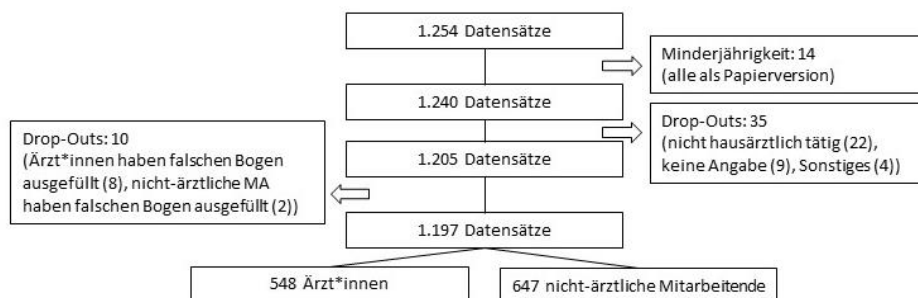


Abbildung 3: Datenbereinigung bis zur Analysestichprobe

Vor der Analyse wurde der Datensatz auf Plausibilität überprüft und fehlerhaft oder nicht plausibel erscheinende Daten wurden durch Einsicht in den Originalfragebogen kontrolliert.

Von der Datenanalyse ausgeschlossen werden mussten Angaben von minderjährigen Teilnehmenden, von Fachärzt*innen, die nicht hausärztlich tätig waren, sowie von Teilnehmenden, die den falschen Papierfragebogen ausgefüllt haben (Abbildung 3).

2.2.1.3 Datenauswertung

Die Analyse der quantitativen Forschungsdaten erfolgte mit Unterstützung der Software IBM SPSS Statistics, Version 26. Es erfolgte eine deskriptive Analyse der Daten anhand von Häufigkeiten bei kategorialen Variablen und Mittelwerten sowie Standardabweichungen bei metrisch und intervall- bzw. ordinal-skalierten Variablen. Um Gruppenunterschiede zwischen den beiden Professionen (Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden) zu untersuchen, wurde der Mann-Whitney-U-Test (nicht-parametrischer Test, unabhängige Stichproben) angewendet. In den jeweiligen Publikationen werden Korrelations- und Regressionsanalysen sowie Mittelwertvergleiche berechnet.

2.2.2 Beobachtungen und Einzelinterviews in Nordrhein-Westfalen

Ziel der Beobachtungen und Einzelinterviews war es, den Arbeitsalltag in hausärztlichen Praxen und subjektive Sichtweise auf die berufliche Tätigkeit zu untersuchen. Bei den Beobachtungen lag der Fokus auf der Erfassung der realen Arbeitsvorgänge, der Organisation und der sozialen Interaktion im Praxisteam. Mit den Interviews sollten ausführliche Beschreibungen

der befragten Personen zu ihrer beruflichen Tätigkeit erhoben werden. Die Datentriangulation diente dazu, den Forschungsgegenstand aus verschiedenen Perspektiven zu erfassen.

2.2.2.1 Datenerhebung

Es wurden qualitative Daten mit a) offener Beobachtung in Praxen und b) Einzelinterviews mit Ärzt*innen und Mitarbeitenden erhoben (Tabelle 2). Grundgesamtheit waren Ärzt*innen, sowie ihre nicht-ärztlichen Mitarbeiter*innen, die in der hausärztlichen Primärversorgung in Nordrhein-Westfalen tätig sind.

Tabelle 2: Übersicht der qualitativen Datenerhebung

Forschungsgegenstand	Forschungsinteresse	Methodischer Zugang - Datenerhebung
Individuelle Sichtweisen	Was sind die persönlichen Sichtweisen?	Leitfadengestützte (Einzel-)Interviews <i>(11 Ärzt*innen und 15 nicht-ärztliche Mitarbeitende)</i>
Praxis als Organisation	Welche Bedeutung hat die Praxis als Organisation? Wie interagieren die Personen?	Offene Beobachtung <i>(5 Praxen)</i>

Für die standardisierte Dokumentation der offenen Beobachtung (d.h. den Teilnehmenden der Situation ist bekannt, dass der/die Beobachtende die Situation beobachtet) wurde eine Struktur zur Protokollierung der Beobachtung erarbeitet. Da die Vorlage des Beobachtungsbogens nur als Orientierungshilfe diente, wurde kein Pre-Test durchgeführt.

Für die Durchführung der Einzelinterviews wurden Leitfäden für Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende entwickelt. Die Leitfäden wurden zunächst mithilfe des SPSS-Schemas entwickelt (Helfferich 2011), anschließend im Projektteam diskutiert, weitere Kolleg*innen kommentierten diese und in einem Pre-Test wurde der Leitfaden für Ärzt*innen mit einem Arzt getestet.

Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden erfolgte über Ärzt*innennetze, Qualitätszirkel, Lehrpraxen sowie Ausschreibungen in Newslettern, Homepages und Magazinen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und Verbänden (siehe Abbildung 4, Abbildung 5). Die Anfrage der Institutionen wie Verbände erfolgte per E-Mail oder telefonisch. Bei der Fallauswahl wurde eine größtmögliche Vielfalt angestrebt (Alter, Geschlecht, Profession, Ausbildungsstand, Arbeitsverhältnis, Praxisart, Praxisstandort).

Im Fokus: Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit von Praxisteams

„Wie geht es Ihnen?“ Mehrmals am Tag stellen Ärztinnen und Ärzte diese Frage ihren Patientinnen und Patienten. Jetzt sind sie selber an der Reihe: Ein Forscherteam um Prof. Dr. Tobias Esch, Institut und Lehrstuhl für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung der Universität Witten/Herdecke, untersucht im Rahmen des Forschungsprojekts „GAP – Glück in der Arztpraxis“ den Arbeitsalltag von Ärztinnen und Ärzten und Medizinischen Fachangestell-

ten (MFA) in der hausärztlichen Primärversorgung. Im Fokus der Untersuchung stehen Wohlbefinden, Glück und Zufriedenheit von Praxisteams. Neben einer schriftlichen Befragung sind Beobachtungen in Praxen, Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit Ärztinnen und Ärzten sowie Medizinischen Fachangestellten ein wichtiger Baustein des Projekts. Das Forscherteam lädt ein, an der Studie teilzunehmen. Gesucht werden:

■ Hausarztpraxen, die eine Begleitung ihrer alltäglichen Arbeit ermöglichen (z. B. teilnehmende Beobachtung eines Vormittags/ Nachmittags).

■ Hausärztinnen, Hausärzte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hausarztpraxen, die Interesse haben, an einem Interview teilzunehmen (Dauer: ca. 30 Minuten; Ort nach Wahl).

■ Hausärztinnen, Hausärzte und Mitarbeiterinnen und Mit-

arbeiter von Hausarztpraxen, die Interesse haben, an einer Fokusgruppe teilzunehmen (Dauer: ca. 90 Minuten; Universität Witten/Herdecke).

Interessenten, die Teil des Forschungsprojekts werden möchten, melden sich bei Dr. Lena Werdecker, Universität Witten/Herdecke, Institut für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, Tel.: 02302 926-843, E-Mail: lena.werdecker@uni-wh.de

WESTFÄLISCHES ÄRZTEBLATT 04|18

Abbildung 4: Rekrutierung über das Westfälische Ärzteblatt

Sind Sie glücklich?

Uni Witten/Herdecke sucht Studienteilnehmer zum Thema Glück in der Arztpraxis



Das Glück zeigt sich überall. Entsprechende Weisheiten füllen Kalenderblätter, Glückwunschkarten und Ratgeber von Autoren, die eine vermeintliche Glücksformel entdeckt haben. Doch zeigt sich das Glück auch im Alltag? Zum Beispiel in Ihrer Praxis? Kann man in einer Umgebung, die von Krankheit, Leid und Tod geprägt ist, sein persönliches Glück finden? Diese Fragen möchte die Universität Witten/Herdecke mit Ihrer Hilfe beantworten. „GAP – Glück in der Arztpraxis“ heißt eine Studie, für die das Institut für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung Teilnehmer sucht.

Arzt sein ist ein herausfordernder Beruf. Und Arzt sein ist ein erfüllender Beruf. Alle zwei Jahre lässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit dem NAV-Virchowbund und der Brendan-Schmittmann-Stiftung niedergelassene und ambulant tätige Ärzte zu den Rahmenbedingungen ihrer beruflichen Tätigkeit befragen. In puncto Zufriedenheit bringt dieser Ärztemonitor seit Jahren konstant hohe Werte hervor. So stimmten bei der letzten Befragung im Jahr 2016 98 Prozent der Aussage zu „Meine Arbeit ist nützlich und sinnvoll“. Und immerhin noch 96 Prozent bejahten den Satz „Meine Arbeit macht mir Spaß“.

Hausärzte und MFA gesucht

Die Voraussetzungen scheinen also gut zu sein, das Glück in der Arztpraxis zu finden. Aber was ist mit den Praxisteams? Sind auch die Mitarbeiterinnen, die manchmal den geballten Unmut der Patienten zu spüren bekommen, mit ihrer Arbeit glücklich? Und was fehlt jenen Ärztinnen und Ärzten, die keinen Spaß bei ihrer Arbeit empfinden? Anders gefragt: Wie müssten die Bedingungen in der ambulanten Versorgung denn aussehen, damit man mit ihnen glücklich sein kann?

Diesen und weiteren Fragen will das Team um Prof. Dr. med. Tobias Esch und Dr. PH Lena Werdecker auf den Grund gehen. Dazu suchen die Witten-Forscher insgesamt 1.500 Praxen, die bereit sind, ihre Erfahrungen zu berichten. Für die qualitative Datenerhebung werden konkret gesucht:

a) **Beobachtung:** Hausarztpraxen/ hausärztlich tätige Versorgungszentren

b) **Einzelinterview:** hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte UND Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (MFA) in Hausarztpraxen und hausärztlich tätigen Versorgungszentren

c) **Gruppendiskussionen:** hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte UND Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (MFA) in Hausarztpraxen und hausärztlich tätigen Versorgungszentren

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, die multiprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung zu verbessern und Programme zur Nachwuchsgewinnung für die hausärztliche Primärversorgung zu entwickeln. -ms

Ihr Kontakt

GAP – Glück in der Arztpraxis

Dr. PH Lena Werdecker
Universität Witten/Herdecke
Institut für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung
Alfred-Herrhausen-Straße 50,
58448 Witten
Tel: 02302 / 92 68 43
E-Mail: igi@uni-wh.de

KVWL kompakt 3/2018

19

Abbildung 5: Rekrutierung über KVWL Kompakt

Im April, Mai und Oktober 2018 erfolgte die Datenerhebung im Rahmen der Beobachtungen und Interviews.

Bei den Beobachtungen wurden alle Praxisangehörigen zuvor über Datenschutz und die Freiwilligkeit zur Teilnahme aufgeklärt. Alle Teilnehmenden erhielten eine schriftliche Information. Eine schriftliche Einwilligung wurde eingeholt. Zusätzlich wurden die Patient*innen über ein Informationsschreiben an der Anmeldung über die Anwesenheit der Forscherin informiert. Da

das Augenmerk der Beobachtung nicht auf den Patient*innen lag, wurde hier für bestimmte Situationen eine mündliche Einwilligung eingeholt.

Die Beobachtung erfolgte in den Praxisräumen. Es wurde an der Sprechstunde der Ärzt*innen (vormittags/nachmittags), Labor und Diagnostikeinheiten und Teambesprechungen teilgenommen. Während der beobachteten Situation wurde in der Regel nicht dokumentiert. Die Dokumentation erfolgte im Anschluss an die Situation in Stichpunkten (Feldnotiz). Die ausführliche Aufbereitung des Protokolls erfolgte dann im Anschluss an den Beobachtungstag.

Alle Interviewpartner*innen wurden ebenfalls zuvor über Datenschutz und die Freiwilligkeit zur Teilnahme aufgeklärt. Sie erhielten eine schriftliche Information und eine schriftliche Einwilligung wurde eingeholt. Die Einzelinterviews wurden jeweils in den Praxisräumen geführt und sie wurden mit einem digitalen Tonaufnahmegerät aufgezeichnet.

2.2.2.2 Datenaufbereitung

Die Tonaufnahmen der Interviews wurden wörtlich (verbatim) nach Dresing & Pehl (2001) transkribiert. Die Transkripte wurden von einem externen Schreibbüro sowie einer studentischen Hilfskraft erstellt, pseudonymisiert und von einer zweiten Person überprüft. Für die Auswertung wurden die Transkripte in die Software NVivo, Version 12 Plus, importiert. Es folgte eine Sortierung nach Berufsgruppen (Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende).

Die Beobachtungsprotokolle wurden ebenfalls pseudonymisiert. Für die Auswertung wurden die Beobachtungsprotokolle in NVivo importiert. Die Tondateien werden mit Abschluss des Projekts gelöscht.

2.2.2.3 Datenauswertung

Eine Auswertung der Interviews und Beobachtungen erfolgte bereits parallel zur Datenerhebung. Das Vorgehen basierte auf der inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014) und wurde mit der Software NVivo, Version 12 Plus, umgesetzt.

Zunächst wurden alle Interviews mit Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden entlang des Textes kodiert. Dabei wurden thematische Überschriften für die jeweiligen Textteile formuliert (Kodierung). Es wurden Hauptkategorien identifiziert und Subkategorien entstanden dann auf Grundlage der Strukturierung der Textstellen, die der Hauptkategorie zugeordnet wurden. Die Kodierung der Textstelle erfolgte nah am Wortlaut des Materials. Als erstes entstand das Kategoriensystem auf Grundlage der Interviews mit den Ärzt*innen. Anschließend wurden die Interviews der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden kodiert. Neue Kategorien wurden in das Kategoriensystem, das bei der Analyse der Interviews mit den Ärzt*innen entstanden ist, eingefügt.

Nach einer ersten Kodierung (LW) aller Interviewtranskripte erfolgte eine erneute Sortierung und Systematisierung der Kategorien. Eine erneute Kodierung (LW) aller Transkripte erfolgte mit dem finalen Kodiersystem.

Die Beobachtungsprotokolle wurden ebenfalls entlang des Textes kodiert (LW). Es erfolgte eine Zuordnung von Textstellen zu bestehenden Kategorien oder es wurden neue Kategorien geschaffen.

Die Auswertung erfolgte von einem Kodierer (LW).

2.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse des ersten Projektteils präsentiert. Zunächst werden die Ergebnisse der deutschlandweiten Befragung dargestellt, bevor auf die Ergebnisse der Beobachtungen und Interviews eingegangen wird.

2.3.1 Deutschlandweite Befragung

Zur Teilnahme an der deutschlandweiten Befragung wurden 10.000 Hausärzt*innen und ihre Praxisteams eingeladen.

2.3.1.1 Beschreibung der Studienpopulation

Insgesamt besteht die Analysestichprobe (n=1.195) aus 548 Hausärzt*innen sowie 647 nicht-ärztlichen Mitarbeitenden. Im Jahr 2019 waren laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung 55.073 Hausärzt*innen in Deutschland tätig (KBV 2020b).

Soziodemografische Angaben

Geschlechter- und Altersverteilung

Insgesamt haben mehr Hausärzte (54,0 %) als Hausärztinnen (46,0 %) an der Befragung teilgenommen (Abbildung 6). Unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden befinden sich lediglich vier Männer, 99,4 % der Befragten sind weiblich.

In der Hausärzteschaft zeigt sich laut Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2019 ein Verhältnis von 46,9 % Frauen und 53,1 % Männern (KBV 2020a). Die Analysestichprobe spiegelt dieses Verhältnis sehr gut wieder (repräsentativ).

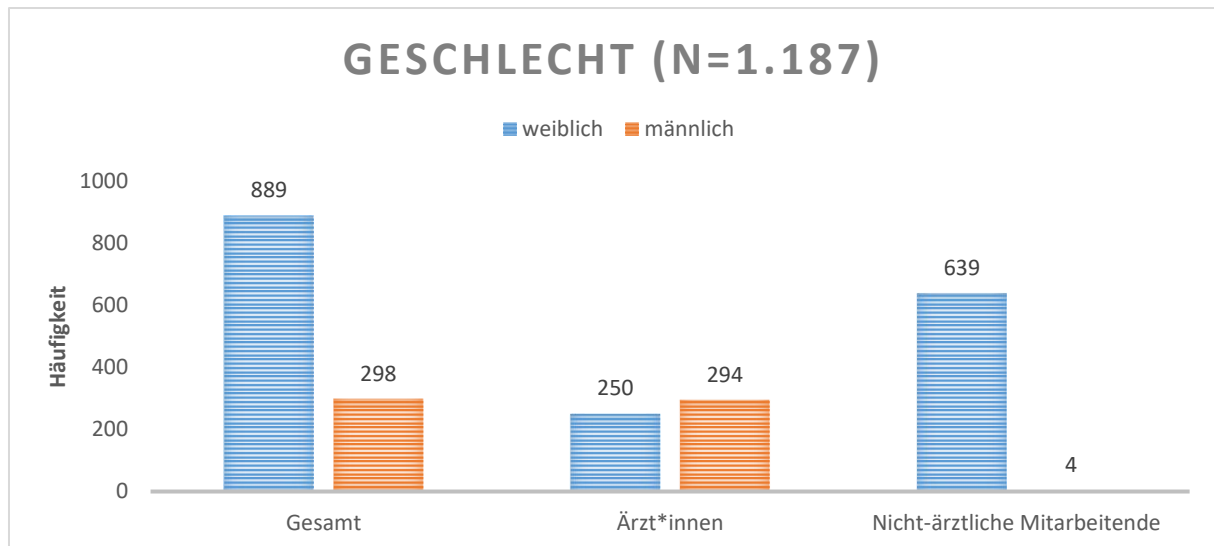


Abbildung 6: Geschlechtsverteilung in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Das Durchschnittsalter bei den Ärzt*innen liegt bei 54,38 Jahren (SD 9,12), bei den nichtärztlichen Mitarbeitenden bei 42,31 Jahren (SD 13,02). Bei den Ärzt*innen ist die Altersgruppe 50 bis 59 Jahre am stärksten ausgeprägt (46 %), 27,8 % sind über 60 Jahre alt (Abbildung 7).

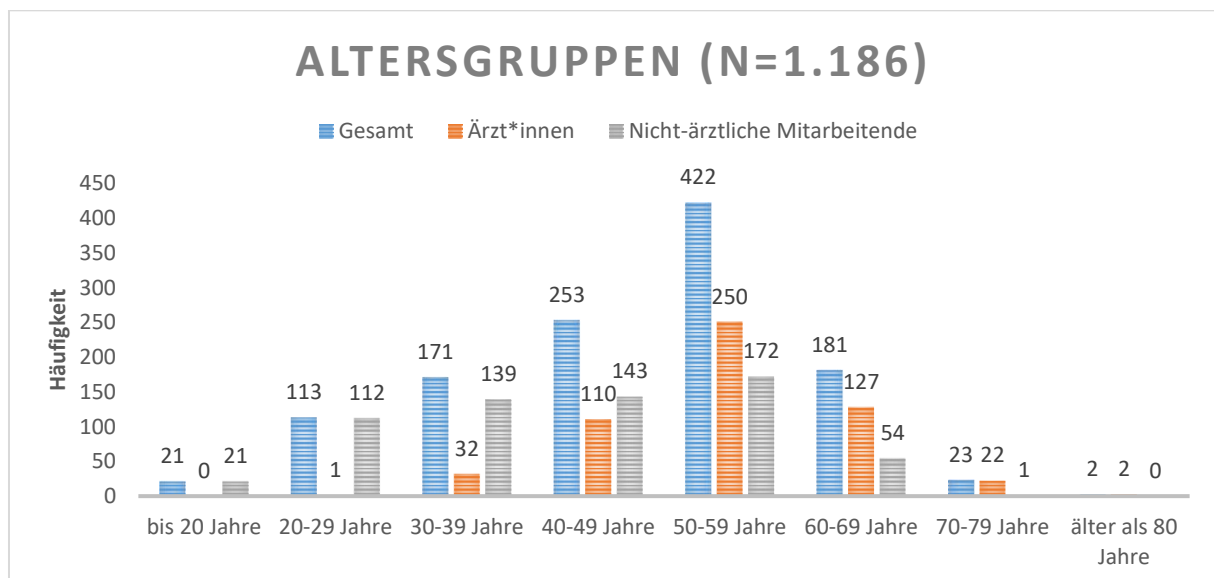


Abbildung 7: Altersgruppen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden sind 21,7 % der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre, 22,3 % der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre und 26,8 % der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre zuzuordnen.

In der Hausärzteschaft liegt das Durchschnittsalter laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2019 bei 55,4 Jahren (KBV 2020e). Die Altersgruppe der unter 40-Jährigen macht 6,4 % aus (ebd.). In der Altersgruppe 40 bis 49 Jahre befinden sich 21,4 %, in der Altersgruppe 50 bis 59 Jahre 37,0 % und in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen befinden sich 19,7 % der deutschen Hausärzt*innen (ebd.). 15,5 % sind über 65 Jahre alt (ebd.).

Der Vergleich der vorliegenden Analysestichprobe mit den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt, dass an der Befragung mehr Ärzt*innen aus der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen im Vergleich zur Grundgesamtheit teilgenommen haben (20,2 % vs. 37,0 %). Das Durchschnittsalter weicht hingegen nur leicht ab (54,38 Jahre vs. 55,4 Jahre).

Familienstand und Kinder

Unter den Ärzt*innen leben 82,1 % in einer Ehe, während nur 5,7 % ledig sind (Abbildung 8). Im Unterschied dazu sind 27,8 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden ledig und 62,2 % leben in einer Ehe. Zu erklären ist diese Beobachtung möglicherweise durch die Altersunterschiede. Die Gruppe der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden ist in der Analysestichprobe im Durchschnitt 12,07 Jahre jünger als die Gruppe der Ärzt*innen.

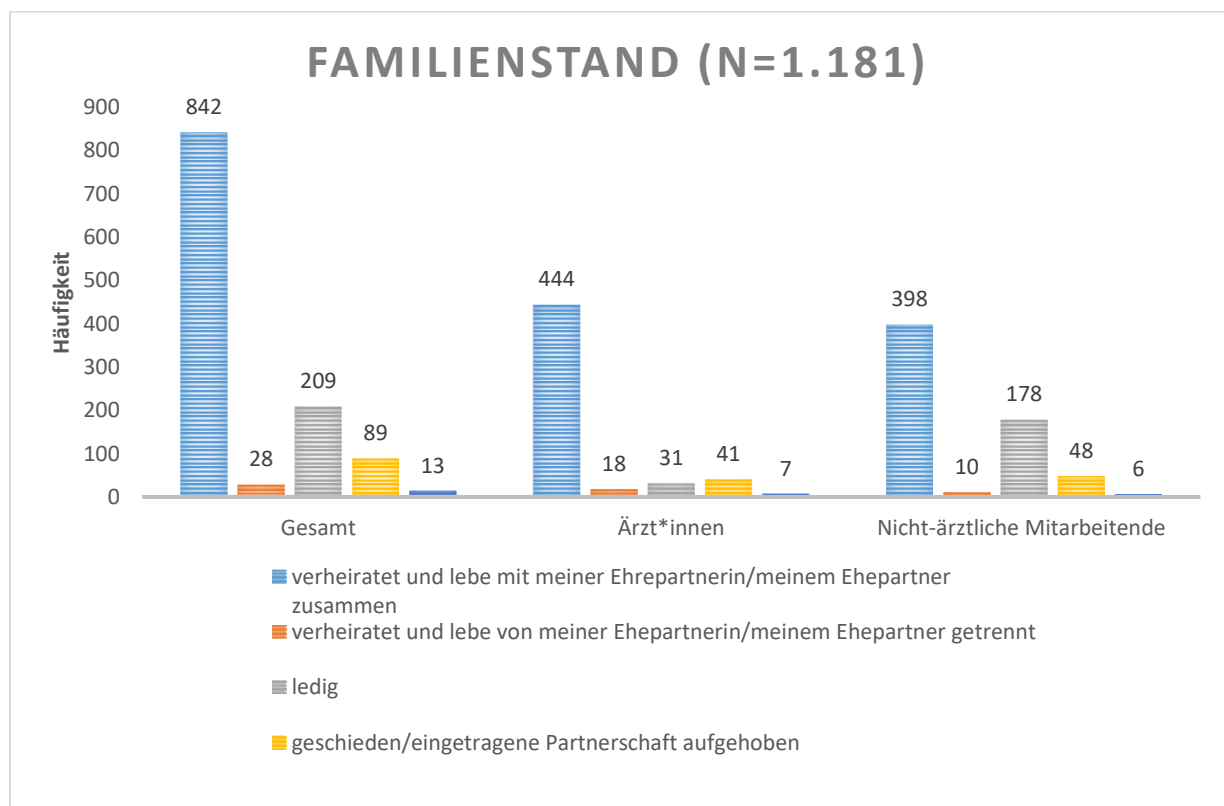


Abbildung 8: Familienstand in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Insgesamt haben viele der Befragten Kinder (79,5 %, Abbildung 9). Unter den Ärzt*innen gaben 89,3 % an, dass sie Kinder haben und bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden waren es 71,3 %.

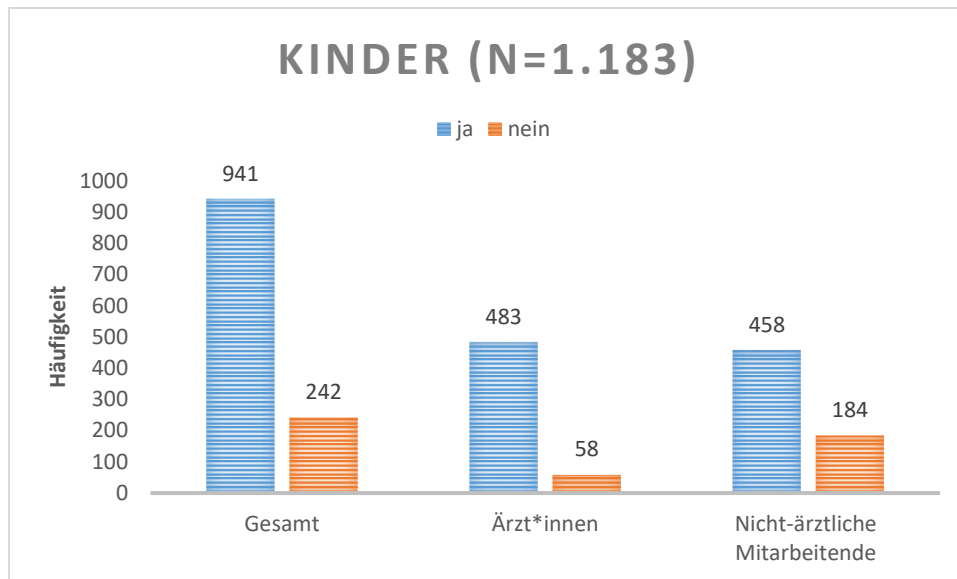


Abbildung 9: Kinder in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Merkmale des Gesundheitsverhaltens

Bewegung und Entspannung

Ärzt*innen nehmen sich häufiger pro Woche Zeit für mindestens 30 Minuten Bewegung als nicht-ärztliche Mitarbeitende (Abbildung 10). 16,4 % der Ärzt*innen und 15,3 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden nehmen sich mindestens 5 Mal pro Woche bewusst Zeit für Bewegung. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt für Erwachsene sich mindestens 150 Minuten moderat oder 75 Minuten intensiv pro Woche zu bewegen (WHO - World Health Organization 2020).

Betrachtet man die beiden Gruppen im Hinblick auf die wöchentliche Entspannung: Maximal ein Mal pro Woche wenden 80 % der Ärzt*innen und 90,9 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden Entspannungstechniken an (Abbildung 10). Nur 5,4 % der Befragten insgesamt gaben an, mehr als fünf Mal pro Woche Entspannungstechniken anzuwenden.

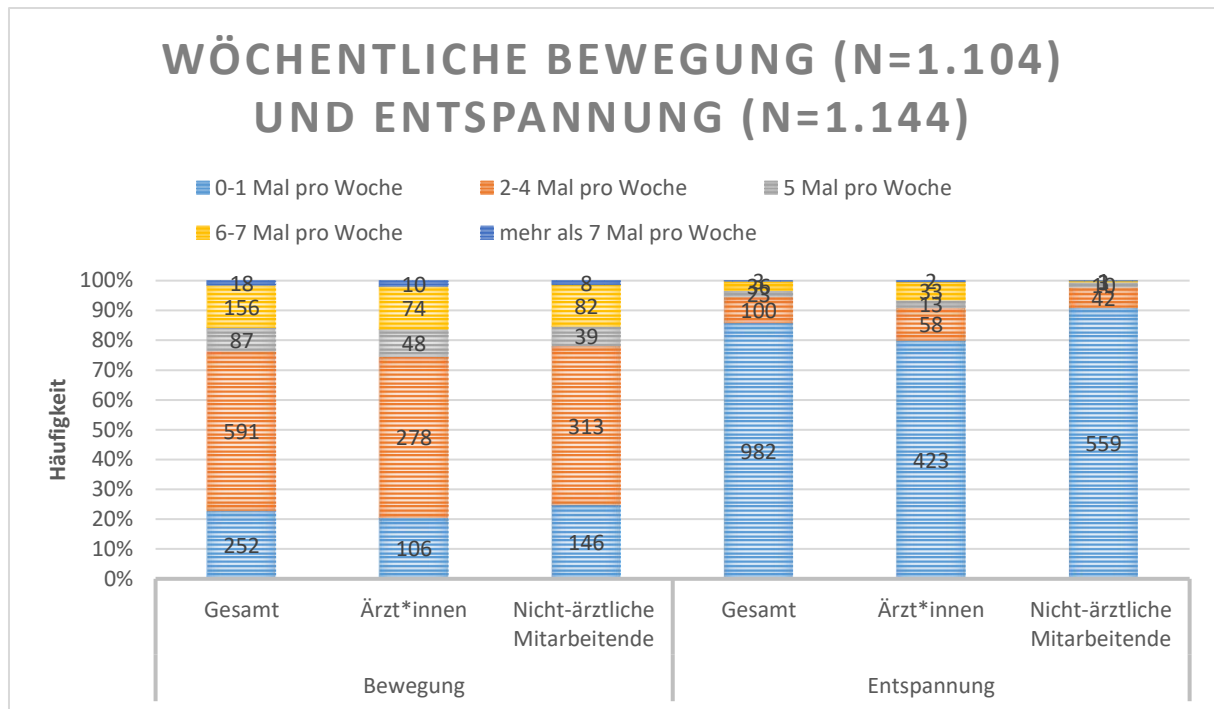


Abbildung 10: Wöchentliches Bewegungs- und Entspannungsverhalten in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Gewicht und Rauchen

Bei der Selbstausskunft zum Gewicht zeigt sich, dass 68,8 % der Ärzt*innen und 66,7 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden sich als normalgewichtig einschätzen (Abbildung 11). Als übergewichtig sehen sich hingegen 29,0 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden und 30,6 % der Ärzt*innen an.

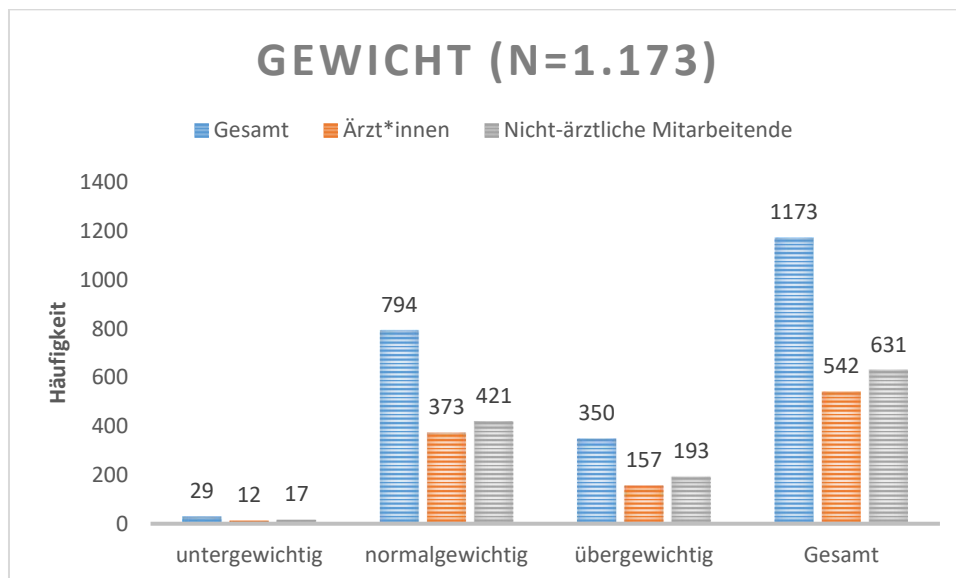


Abbildung 11: Gewicht in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Fast ein Drittel (29,8 %) der Befragten weist somit einen Risikofaktor für beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes Mellitus Typ II auf.

Insgesamt gab der Großteil der Befragten (55,8 %) an, nie geraucht zu haben (Abbildung 12). Unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden haben 49,9 % und bei den Ärzt*innen 62,2 % nie geraucht. 4,9 % der Ärzt*innen und 19 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden gaben an, regelmäßig zu rauchen. Insgesamt gaben 7,2 % an, gelegentlich zu rauchen.

Fast ein Fünftel der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden weist somit den Risikofaktor Rauchen, der beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumorerkrankungen begünstigen kann, auf.

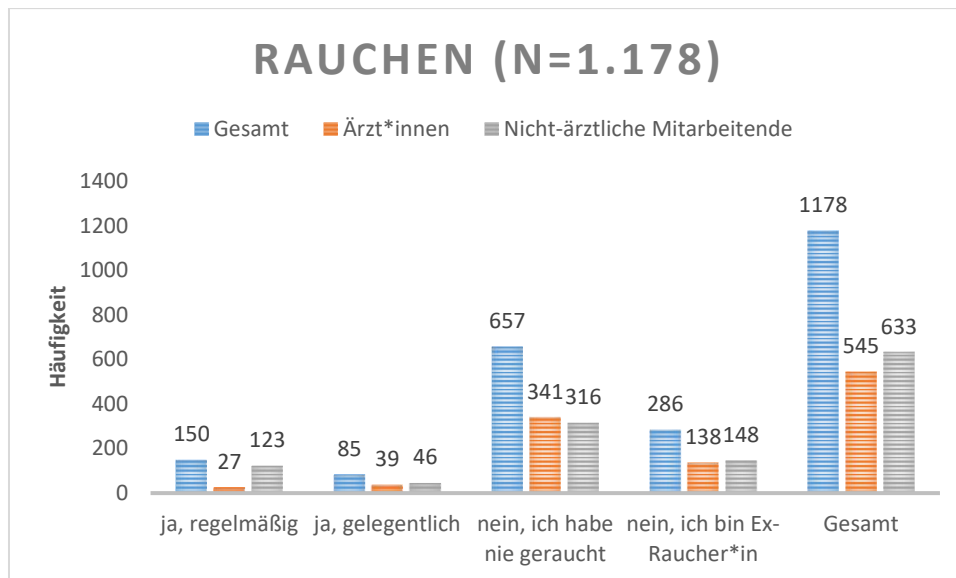


Abbildung 12: Rauchen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

In einer Kreuztabelle (n= 1.170) mit den Variablen „Rauchen“ und „Gewicht“ zeigt sich (gesamt, n=1.170), dass 6,8 % (n=79) der Befragten angaben, regelmäßig oder gelegentlich zu rauchen und übergewichtig zu sein. Sie weisen somit beide Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.

Chronische Erkrankungen

An chronischen Erkrankungen (n=1.177) leiden 17,8 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden und 16,0 % der Ärzt*innen (Abbildung 13).

Bei den Ärzt*innen zeigte sich (n=542), dass 17,7 % der Ärzt*innen selbst als Patient*innen in einer allgemeinmedizinischen Praxis sind. In einer Kreuztabelle mit den Variablen „chronische Erkrankung“ und „selbst in hausärztlicher Betreuung“ zeigt sich (nur Ärzt*innen, n=540), dass 18 (20,9 %) Personen mit einer chronischen Erkrankung auch Patient*innen in einer allgemeinmedizinischen Praxis sind. 68 Personen mit einer chronischen Erkrankung (79,1 %) nehmen hingegen keine hausärztliche Versorgung in Anspruch.

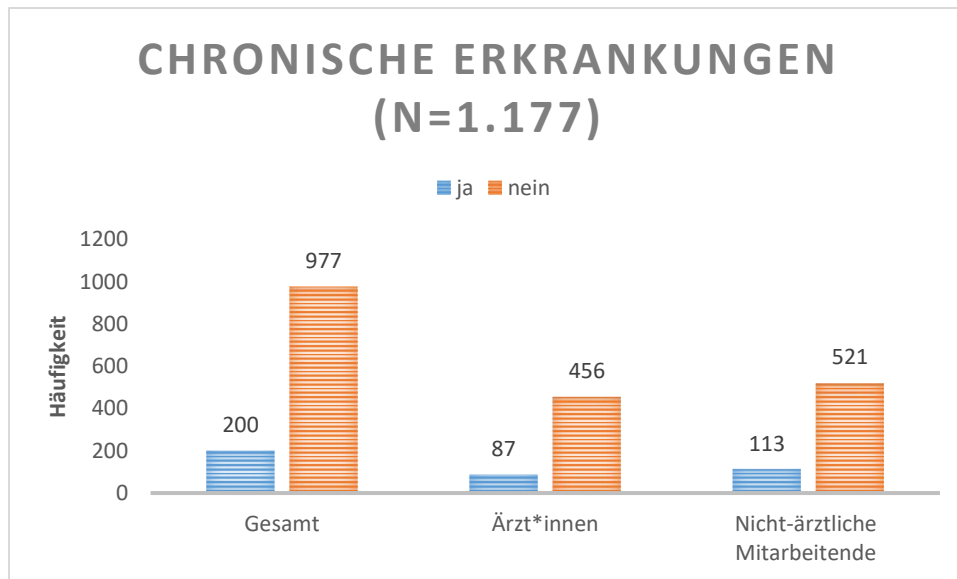


Abbildung 13: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Arbeitsunfähigkeit und Präsentismus

22,9 % der Ärzt*innen gaben an, innerhalb der letzten zwei Jahre krankgeschrieben gewesen zu sein, während bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden zwei Drittel (65,3 %) angaben, innerhalb der letzten zwei Jahre eine Krankschreibung gehabt zu haben (Abbildung 14).

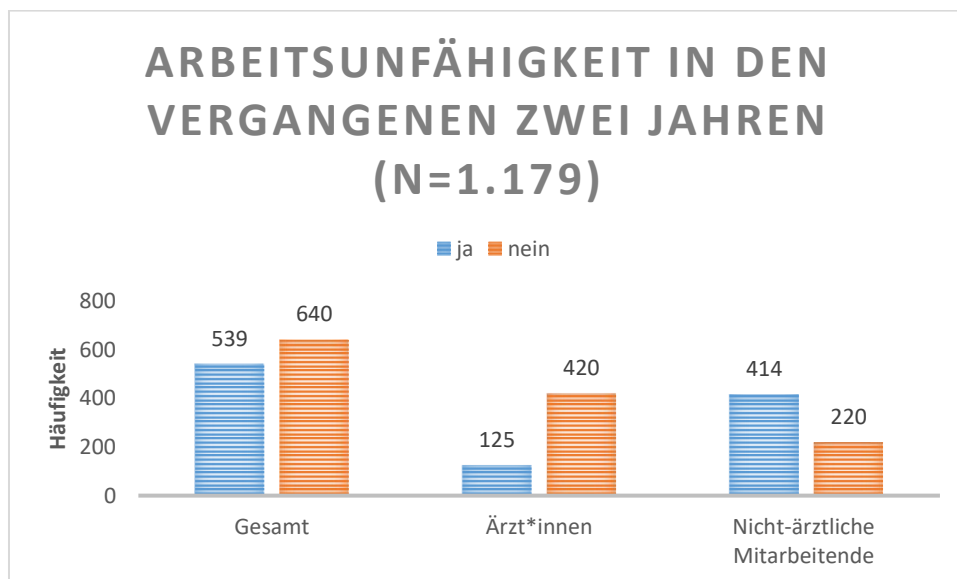


Abbildung 14: Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Mehr als die Hälfte der Ärzt*innen (58,1 %) gaben an, bis zu 3 Mal im vergangenen Jahr gearbeitet zu haben, obwohl sie krank waren (Abbildung 15). Bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden machte das einen Anteil von 53,6 % aus. Insgesamt gaben fast ein Fünftel (18,9 %) an, mehr als fünf Mal im vergangenen Jahr arbeiten gewesen zu sein, obwohl sie krank waren.

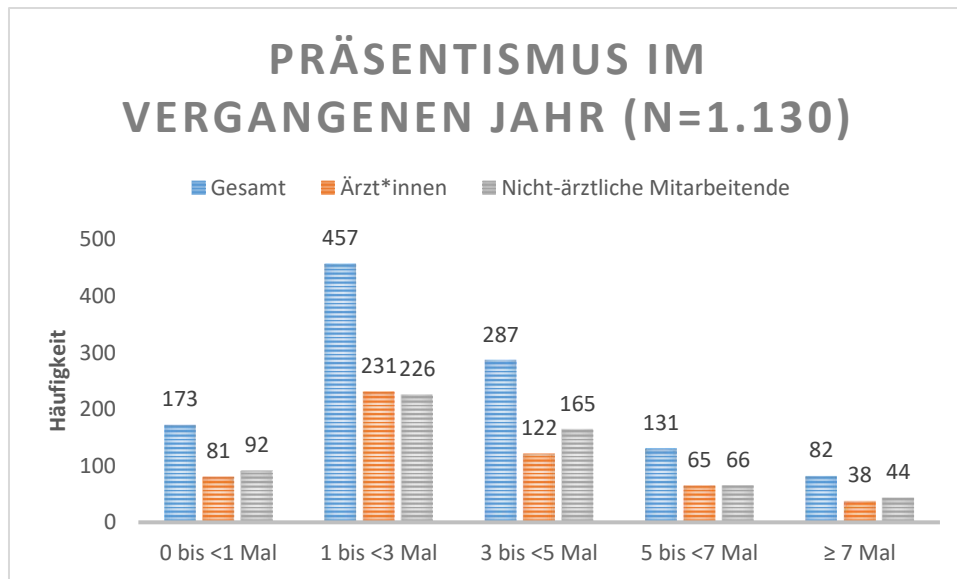


Abbildung 15: Präsentismus im vergangenen Jahr in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Merkmale der Tätigkeit

Arbeitsverhältnis und Arbeitsumfang

Unter den befragten Ärzt*innen (n= 542) ist der Großteil selbstständig (87,1 %, Abbildung 16). 85,2 % der Ärzt*innen arbeitet in Vollzeit. Bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden arbeitet die Mehrheit in Teilzeit (61,7 %).

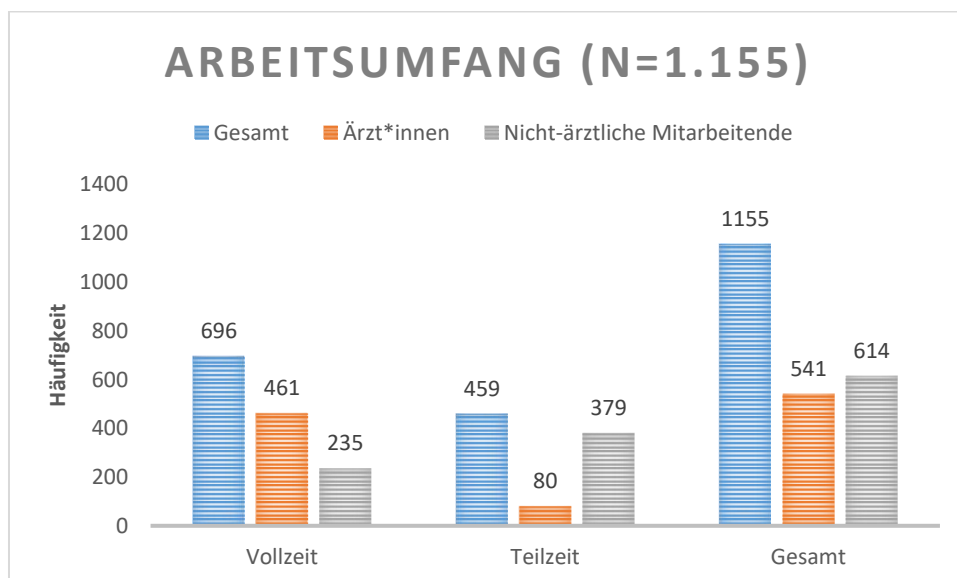


Abbildung 16: Arbeitsumfang in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

In einer Kreuztabelle (n= 538) mit den Variablen „Arbeitsverhältnis“ und „Arbeitsumfang“ in der Gruppe der Ärzt*innen zeigt sich, dass 91,2 % der selbstständigen Ärzt*innen (n=468) in Vollzeit und 8,8 % in Teilzeit arbeiten. Unter den angestellten Ärzt*innen (n=70) arbeiten 45,7 % in Vollzeit und 54,3 % in Teilzeit.

In der Hausärzteschaft nahmen im Jahr 2019 laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung 77,96 % einen vollen Versorgungsauftrag und 2,28 % einen hälftigen Versorgungsauftrag als Vertragsarzt/-ärztin wahr (KBV 2020c). 10,57 % waren mehr als 30 Stunden pro Woche und 5,69 % waren 10 bis 20 Stunden pro Woche angestellt (ebd.). Insgesamt machen die angestellten Ärzt*innen in der vertragsärztlichen Hausarztversorgung 18,02 % aus (ebd.). Der Vergleich der vorliegenden Analysedaten mit den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung zeigt, dass im Verhältnis mehr selbstständige Hausärzt*innen an der Befragung teilgenommen haben als angestellte Hausärzt*innen (ebd.). Die Vergleichsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung unterstreichen die Beobachtung in der Analysestichprobe, dass die angestellten Ärzt*innen der vorliegenden Befragung vermehrt in Teilzeit arbeiten, hingegen die selbstständigen Ärzt*innen zum Großteil Vollzeit tätig sind (ebd.).

Arbeitszeit

Unter den Ärzt*innen (n= 524) arbeitet die Mehrheit (59,9 %) 40 bis 60 Stunden pro Woche, während die meisten (79,7 %) nicht-ärztlichen Mitarbeitenden (n= 596) 20 bis 40 Stunden pro Woche arbeiten (Abbildung 17). 6,1 % der Ärzt*innen arbeiten mehr als 60 Stunden pro Woche.

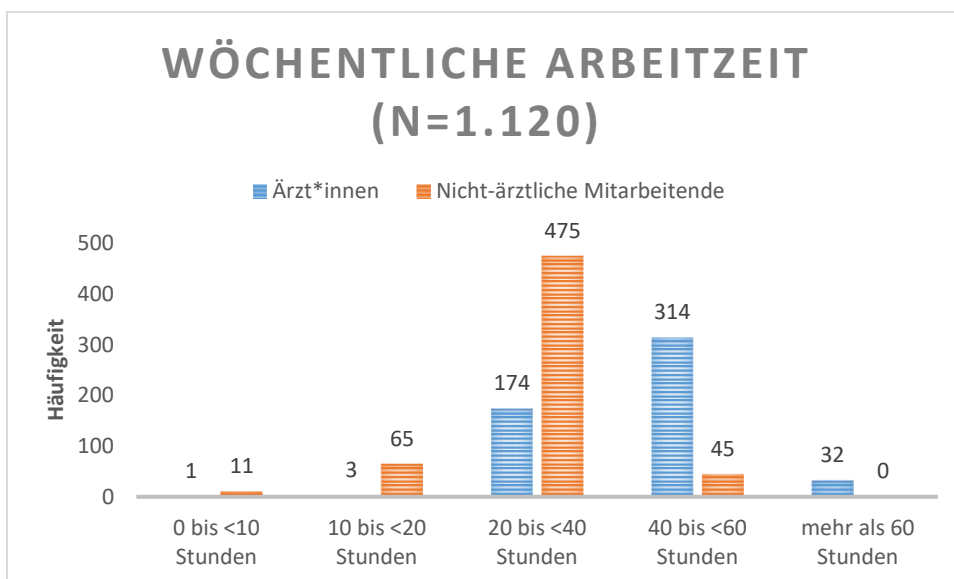


Abbildung 17: Wöchentliche Arbeitszeit in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

In einer Kreuztabelle (n=523) mit den Variablen „Arbeitsverhältnis“ und „wöchentliche Arbeitszeit“ in der Gruppe der Ärzt*innen zeigt sich, dass diejenigen, die mehr als 60 Stunden pro Woche arbeiten, alle selbstständig tätig sind. 18,8 % der angestellten Ärzt*innen (n= 69) arbeitet 40 bis 60 Stunden pro Woche. Bei den selbstständig tätigen Ärzt*innen (n= 454) liegt der Anteil derjenigen, die 40 bis 60 Stunden pro Woche arbeiten, bei 66,1 %.

Ausbildung

Unter den Ärzt*innen (n=527) geben 95,4% der Befragten an, eine fachärztliche Ausbildung zu haben, 6,4 % der Befragten sind Weiterbildungsassistent*innen in der Hausarztpraxis.

78,6 % der Ärzt*innen (n= 518) geben an, Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin zu sein. 21,4 % haben eine fachärztliche Ausbildung für Innere Medizin.

Die Berufsbezeichnung der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden wurde über einen Freitext erhoben. Ein Großteil der Befragten bezeichnet ihren Beruf als Medizinische Fachangestellte (Arzthelfer*in, Sprechstundehilfe) oder befinden sich gerade in der Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten. Zahnmedizinische Fachangestellte, Diabetesberater*innen (Ernährungsberater*innen), examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, examinierte Altenpfleger*innen sind weitere genannte Berufsgruppen.

Zudem sind medizinisch-technische Assistent*innen, medizinisch-technische Laboratoriumsassistent*innen, medizinisch-technische Radiologieassistent*innen, medizinisch-technische Assistent*innen für Funktionsdiagnostik und eine pharmazeutisch-technische Assistentin in der Untersuchungsgruppe vertreten. Kaufmännisch Angestellte (Kaufrau im Gesundheitswesen, medizinische Verwaltungskraft), Fachwirt*innen für ambulante medizinische Versorgung und Fachwirt*innen im Sozial- und Gesundheitswesen, Praxismanager*innen, Sekretär*innen, ein Systemadministrator haben ebenfalls an der Befragung teilgenommen. Eine Diplom-Agrarbiologin, Erzieherin, Familienpflegerin, Gymnastiklehrerin sowie Kräuterpädagogin und Armonaexpertin zählen ebenfalls zur Untersuchungsgruppe.

45,6 % (n=283) der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden haben eine zusätzliche Qualifikation erworben. Dazu zählen die Weiterbildungen zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NÄPA), Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VerAH), Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA), Betriebswirtschaftlichen Assistentin in der Hausarztpraxis (BEAH), Praxismanagerin, Case Managerin, Diabetes-Beraterin, Präventionsassistentin, Arztfachhelferin, Abrechnungsmanagerin, Heilpraktikerin, Impfassistentin, Hygienefachkraft, Endoskopieassistentin und OP-Assistentin. Einige der Befragten verfügten über eine Ausbildungsbefähigung. Weiterhin wurden als Themenfelder der Zusatzqualifikation genannt: Ergometrie, Datenschutz, Blutentnahme, Buchhaltung, COPD-Pfad, DMP, EDV, Erstkraft, Osteoporose, Hypnotherapie, Kinesiologie, KHK, Logotherapie, medizinische Fußpflege, Nordic Walking, Onkologie, Pain Care Assistant, Palliativ Care, Patient*innenschulungen, Psychotherapie, Qualitätsmanagement, Röntgenschein, Sanitäter, Spritzenschein, Trauerbegleitung, Verbandscheine, Wundmanagement, Notfallmedizin, Tai-Chi, Qigong, Yoga, Naturheilverfahren.

Tätigkeitsdauer in der ambulanten Versorgung

Ein Drittel (33,8 %) der befragten Ärzt*innen gab an, seit 10 bis 20 Jahren in der ambulanten Versorgung tätig zu sein, 16,5 % arbeiten seit mehr als 30 Jahren in der ambulanten Versorgung (Abbildung 18).

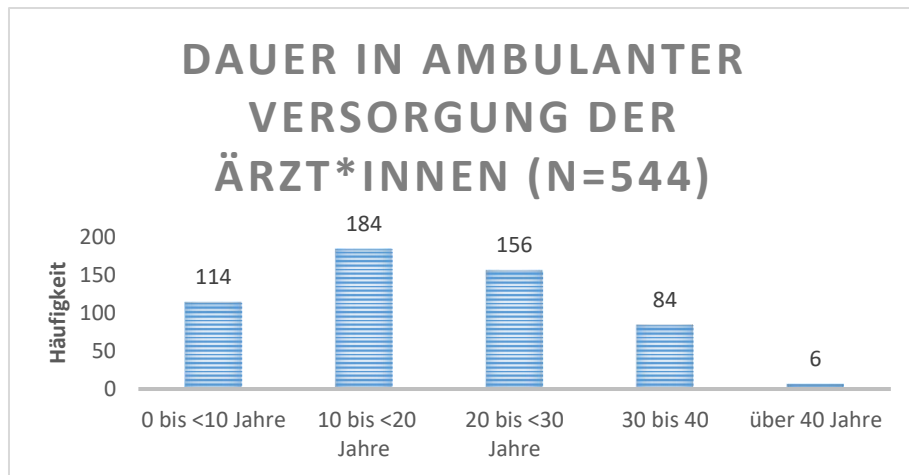


Abbildung 18: Dauer der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Versorgung

47,9 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden arbeiten seit mehr als 20 Jahren in ihrem Beruf (Abbildung 19). Mehr als ein Drittel (38,1 %) arbeiten seit bis zu zehn Jahren in der hausärztlichen Versorgung, 15,1 % arbeiten mehr als 30 Jahre in einer hausärztlichen Praxis.

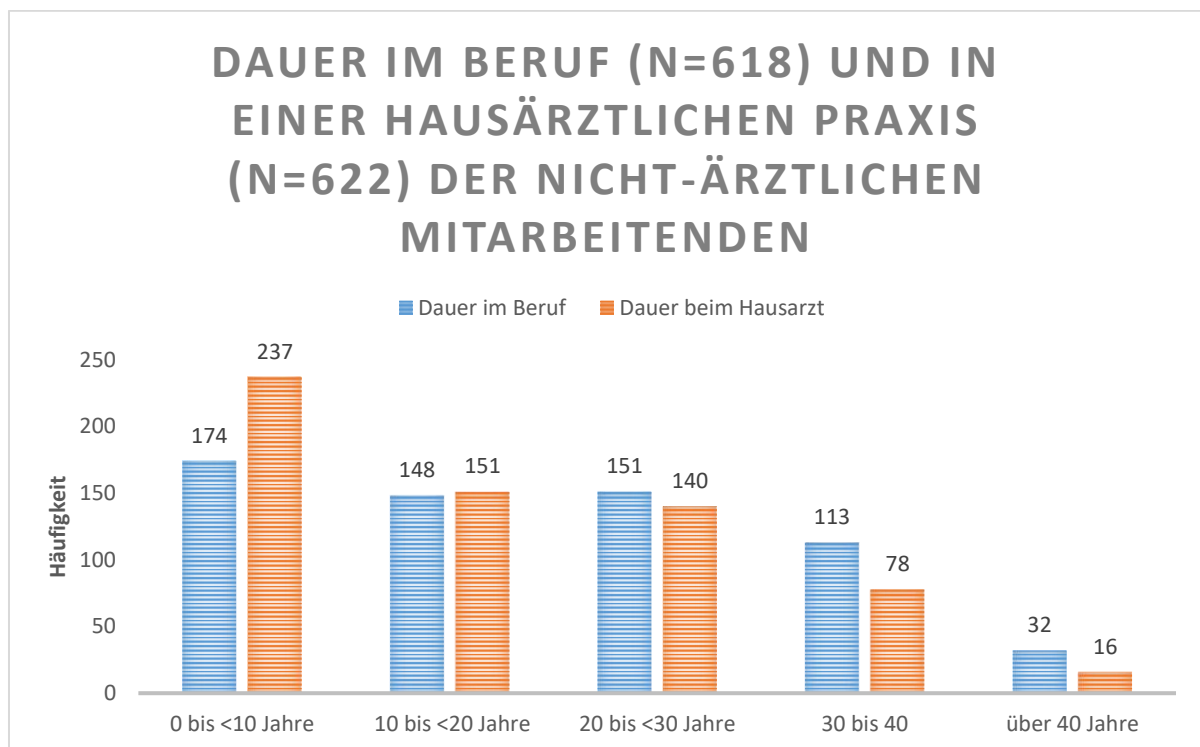


Abbildung 19: Dauer der Berufsausübung und Dauer der beruflichen Tätigkeit einer hausärztlichen Praxis innerhalb der Gruppe der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden

38,1 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden arbeiten in der aktuellen Praxis seit bis zu 10 Jahren. 37,6 % sind seit über 20 Jahren, 15,1 % seit über 30 Jahren bereits in der aktuellen Praxis tätig.

Verbleib in der hausärztlichen Versorgung

5,3 % der Ärzt*innen und 10,4 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden stimmen vollständig zu, den Wunsch zu haben, die hausärztliche Tätigkeit bzw. die Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis zu beenden (Abbildung 20). Die Mehrheit der Ärzt*innen (52 %) sowie der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden (69,1 %) hingegen stimmen dem Wunsch, die hausärztliche Praxis/Ver-sorgung zu verlassen, gar nicht zu.

20,3 % der Ärzt*innen und 10,4 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden stimmen vollständig zu, dass sie es für wahrscheinlich halten, dass sie in den nächsten fünf Jahren nicht mehr in einer hausärztlichen Praxis tätig sein werden (Abbildung 20). 44,5 % der Ärzt*innen und 53,0 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden stimmen hingegen gar nicht zu, dass sie es für wahr-scheinlich halten, dass sie in den nächsten fünf Jahren nicht mehr in einer hausärztlichen Praxis tätig sein werden.

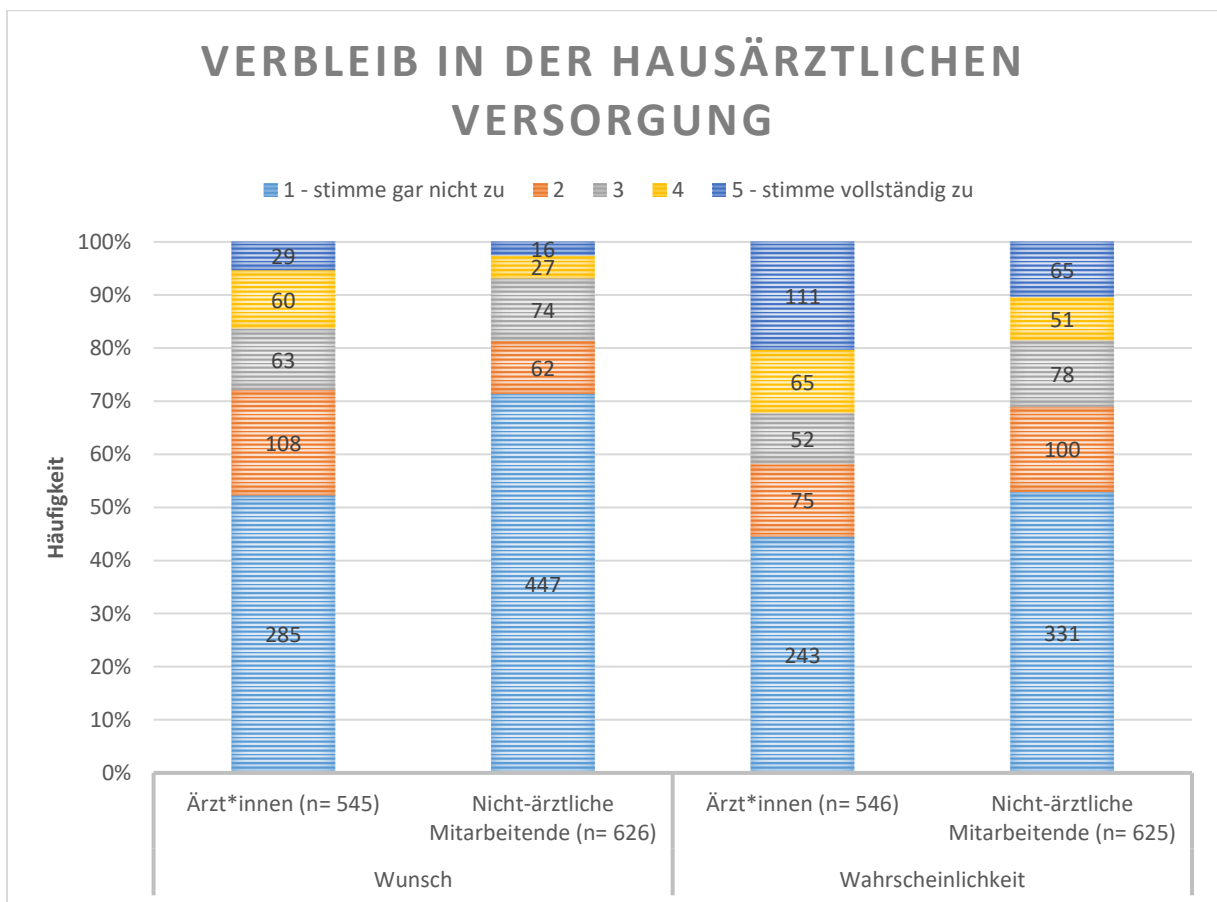


Abbildung 20: Verbleib in der hausärztlichen Versorgung in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

In einer Kreuztabelle (n=545) mit den Variablen „Wunsch“ und „Wahrscheinlichkeit“ im Themenbereich „Verbleib in der hausärztlichen Praxis“ zeigt sich in der Gruppe der Ärzt*innen, dass diejenigen (n=29), die den Wunsch haben, aus der hausärztlichen Tätigkeit auszusteigen, es zum Großteil (75,9 %) auch für wahrscheinlich halten, dass sie in den nächsten fünf Jahren aussteigen werden. Interessanterweise zeigt sich ebenfalls, dass 23,6 % derjenigen (n=110), die es für wahrscheinlich halten, in den nächsten fünf Jahren aus der hausärztlichen

Tätigkeit auszusteigen, nicht den Wunsch haben, auszusteigen. Diese Beobachtung lässt sich damit erklären, dass diese Ärzt*innen in den nächsten fünf Jahren das Rentenalter erreichen werden. Eine Kreuztabelle (n=543) mit den Variablen „Wahrscheinlichkeit“ und „Altersgruppen“ bestätigt diese Annahme. So zeigt sich, dass 94,6 % derjenigen (n=111), die einen Ausstieg in den nächsten fünf Jahren für wahrscheinlich halten, den Altersgruppen 50 bis 59 Jahre (15,3 %), 60 bis 69 Jahre (65,8 %), 70 bis 79 Jahre (12,6 %) und älter als 80 Jahre (0,9 %) angehören.

Merkmale der Praxis/des Arbeitsortes

Praxisort und Praxisart

Insgesamt arbeitet der größte Anteil (71,3 %) der Analysestichprobe in ländlichen Strukturen (Landgemeinde oder Kleinstadt), 14,4 % der Befragten arbeiten in einer Praxis in einer Großstadt (Abbildung 21).

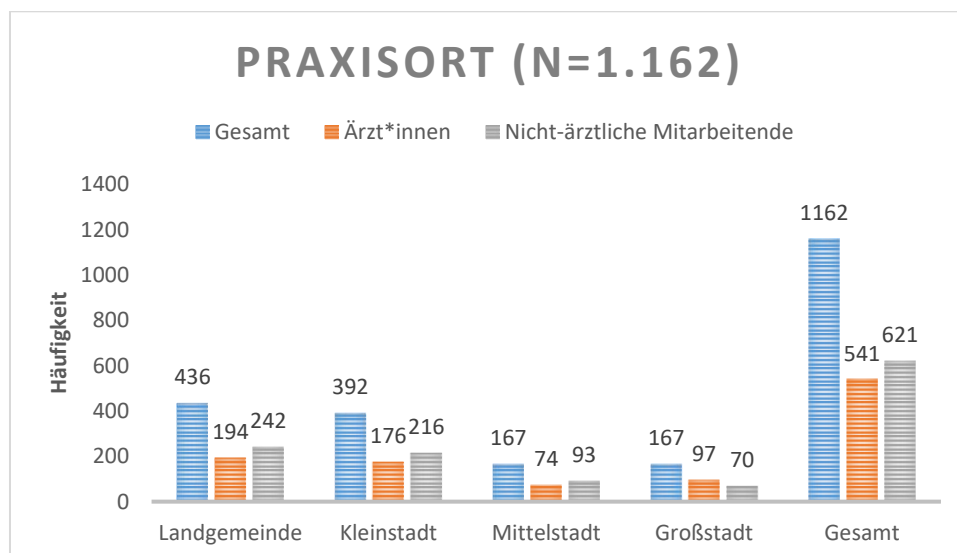


Abbildung 21: Praxisort in Abhängigkeit von Berufsgruppe

Die Hälfte der Ärzt*innen (50,5 %) arbeitet in Einzelpraxen gefolgt von Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften (45,1 %), nur 4,4 % arbeiten in einem medizinischen Versorgungszentrum (Abbildung 22). Bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden arbeitet ebenfalls der größte Anteil in Einzelpraxen (49,2 %), und der geringste Anteil in einem medizinischen Versorgungszentrum (4,4 %).

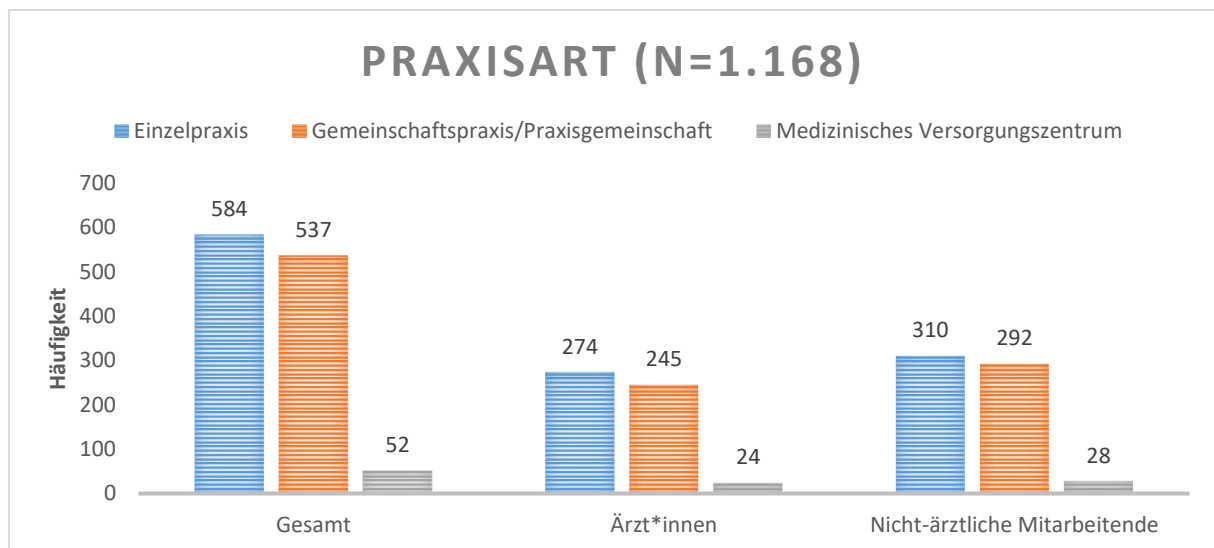


Abbildung 22: Praxisart in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung arbeiteten im Jahr 2018 55,0 % in einer Einzelpraxis, 39 % in einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft) und 5 % in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer Einrichtung (KBV 2020d). Im Vergleich von diesen Daten mit den Daten der vorliegenden Analysestichprobe zeigt sich, dass ein geringer Anteil der Ärzt*innen, die in Einzelpraxen arbeiten, und ein größerer Anteil, die in Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften arbeiten, an der Befragung teilgenommen haben (50,5 % vs. 55,0 % und 45,1 % vs. 39,0 %).

In einer Kreuztabelle (n=1.157) mit den Variablen „Praxisort“ und „Praxisart“ zeigt sich, dass 41,2 % der Befragten (n=575), die in einer Einzelpraxis arbeiten, diese Praxis in einer Landgemeinde ist. Im Vergleich dazu, befinden sich die Gemeinschaftspraxen /Praxisgemeinschaften der Befragten (n=530) zu 34,3 % in Landgemeinden. Der größte Anteil der Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften der Befragten befindet sich in Kleinstädten (37,2 %). Die Befragten von medizinischen Versorgungszentren (n=52) arbeiten zu 69,3 % in ländlichen Strukturen (Landgemeinde oder Kleinstadt).

Scheine pro Quartal und Patient*innenkontakte

Die Mehrheit der Ärzt*innen (46,3 %) und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden (39,1 %) gab an, pro Quartal über 1.400 Fälle in ihrer Praxis zu behandeln (Abbildung 23). 6,4 % der Befragten insgesamt konnten keine Auskunft darüber geben.

In einer Kreuztabelle (n=1.147) mit den Variablen „Praxisart“ und „Scheine pro Quartal“ zeigt sich, dass 67,8 % derjenigen (n= 487), die angaben, mehr als 1.400 Fälle pro Quartal in ihrer Praxis zu behandeln, in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft arbeiten. Ein Drittel (29,8 %), die angaben, mehr als 1.400 Fälle pro Quartal in ihrer Praxis zu behandeln, arbeiten hingegen in einer Einzelpraxis.

52,8 % der Ärzt*innen gaben an, pro Tag 30 bis 59 Patient*innenkontakte zu haben (Abbildung 24). Unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden gaben dies 48,9 % an. Knapp ein Viertel (23,1 %) gaben allerdings an, pro Tag zu über 75 Patient*innen Kontakt zu haben.

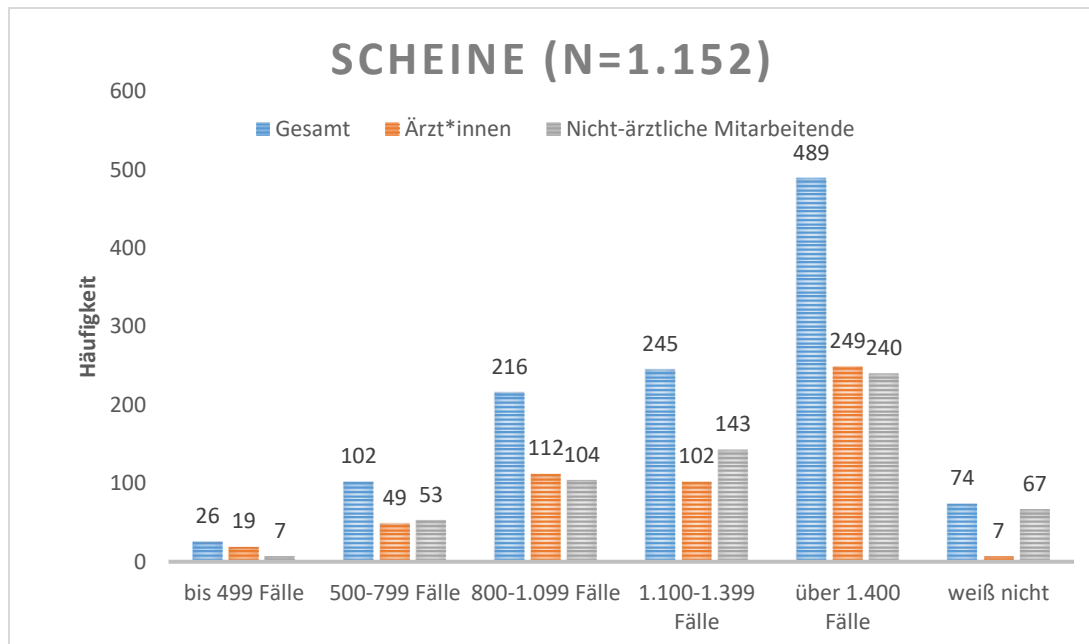


Abbildung 23: Scheine pro Quartal in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

In einer Kreuztabelle (n=539) mit den Variablen „Praxisart“ und „Patientenkontakte“ in der Gruppe der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden zeigt sich, dass der größte Anteil (62,1 %) derjenigen (n=24), die angaben, mehr als 75 Patientenkontakte pro Tag zu haben, in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft und weitere 5,6 % in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten.

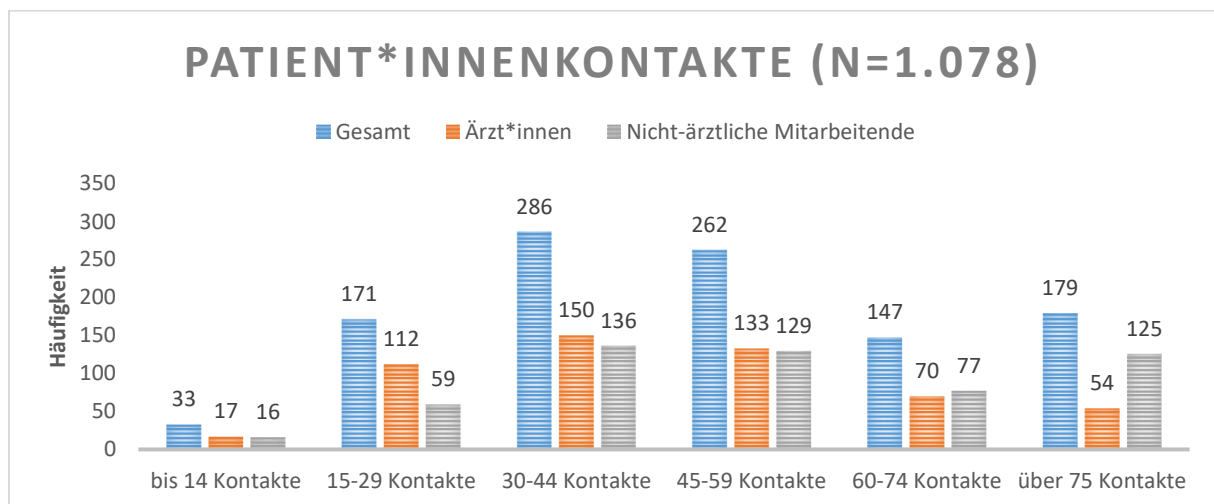


Abbildung 24: Patient*innenkontakte pro Tag in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Ärztliche und nicht-ärztliche Kolleg*innen

Die meisten (44,7 %) der Ärzt*innen und fast zwei Drittel (62,3 %) der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden arbeiten mit ein bis zwei ärztlichen Kolleg*innen zusammen (Abbildung 25). 33,2 % der Ärzt*innen haben keine weiteren ärztlichen Kolleg*innen.

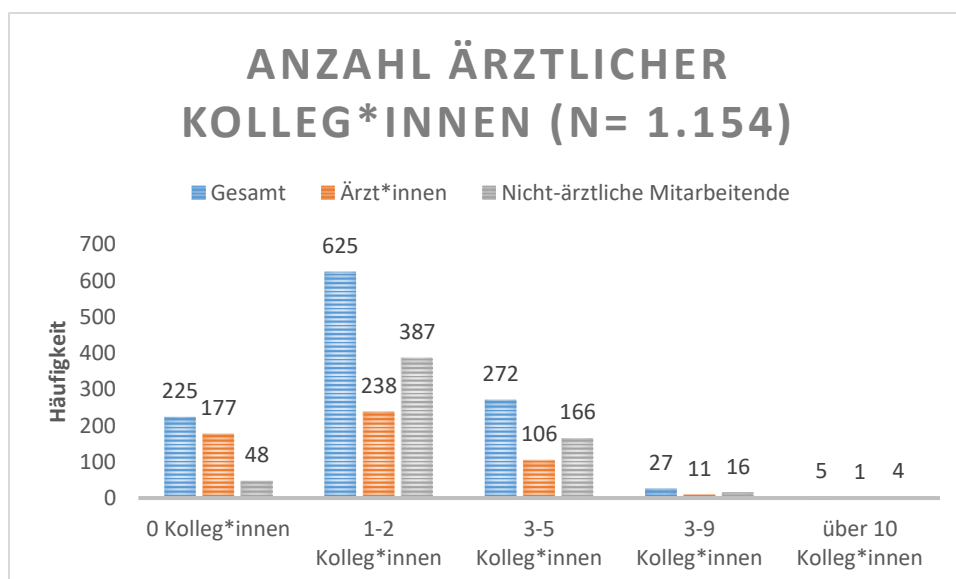


Abbildung 25: Anzahl der ärztlichen Kolleg*innen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Die meisten (43,8 %) der befragten Ärzt*innen hat vier bis sechs nicht-ärztliche Kolleg*innen (Abbildung 26). Ein Drittel (33,0 %) der Ärzt*innen arbeitet mit ein bis drei nicht-ärztlichen Kolleg*innen zusammen. Unter den befragten nicht-ärztlichen Mitarbeitenden arbeiten 38,6 % mit vier bis sechs nicht-ärztlichen Kolleg*innen und 32,2 % mit ein bis drei nicht-ärztlichen Kolleg*innen zusammen. Fast ein Viertel (23,9 %) der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden arbeitet mit sieben oder mehr nicht-ärztlichen Kolleg*innen zusammen. Unter den Ärzt*innen sind dies knapp ein Zehntel (9,9 %).

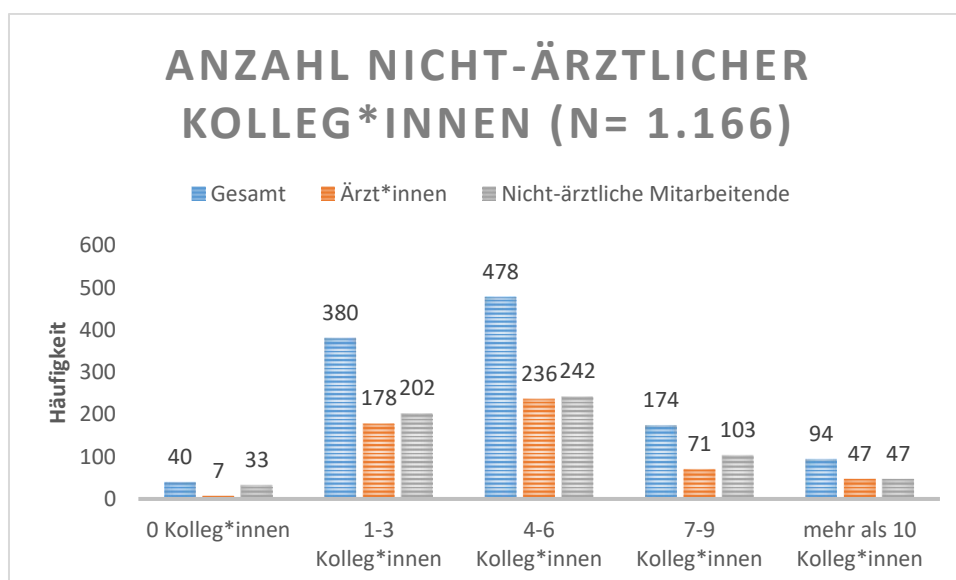


Abbildung 26: Anzahl der nicht-ärztlichen Kolleg*innen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Lehrpraxis, Teambesprechungen und Pausen

Die Mehrheit (63,2 %) der befragten Ärzt*innen (n=544) arbeitet nicht in einer Lehrpraxis, in der Medizinstudierende ausgebildet werden. Teambesprechungen werden mehrheitlich in beiden Berufsgruppen abgehalten (Abbildung 27). Bei den Ärzt*innen (n= 541) zu 84,5 % und bei

den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden (n=628) zu 83,1 %. Insgesamt geben fast zwei Drittel (60,8 %) der Befragten an, in ihrer täglichen Arbeit Pausenzeiten einzuhalten (Abbildung 27). Unter den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden sind dies 61,6 % und unter den Ärzt*innen schaffen es 60,0 %, Pausenzeiten einzuhalten.

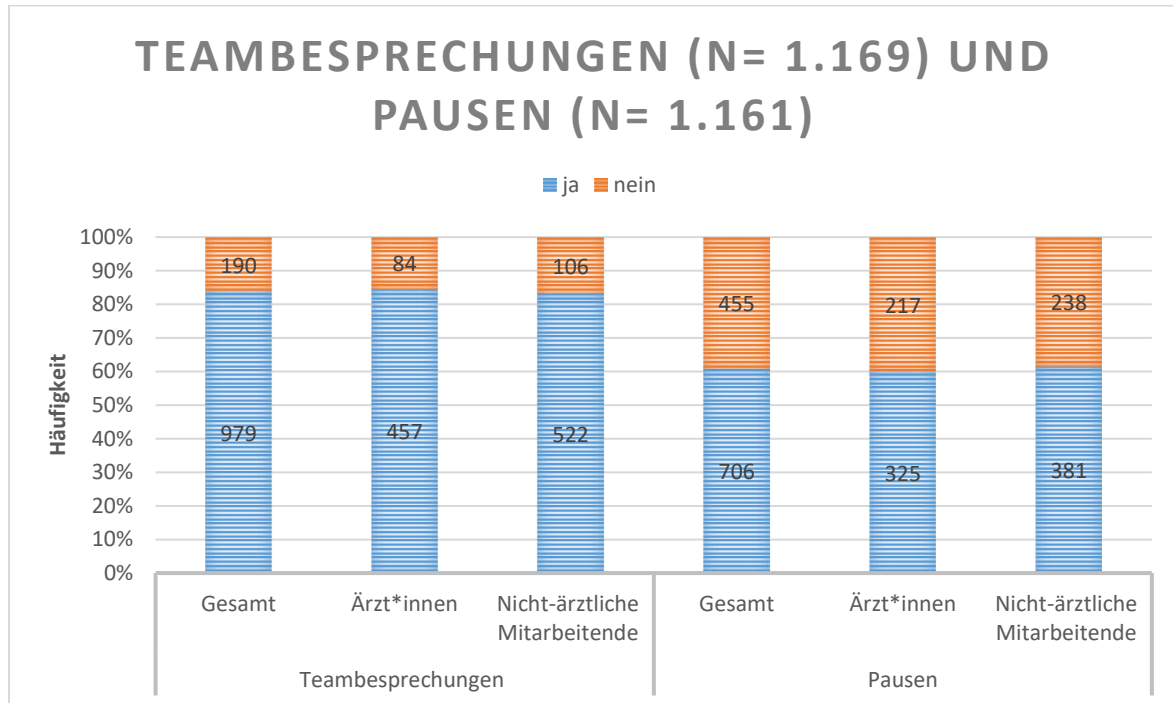


Abbildung 27: Teambesprechungen und Pauseneinhaltung in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

2.3.1.2 Allgemeines und arbeitsbezogenes Wohlbefinden

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse zum allgemeinen und arbeitsbezogenen Wohlbefinden dargestellt. Auf einer Skala von 0 bis 9 werteten die Hausärzt*innen und ihre Mitarbeiter*innen ihre Lebenszufriedenheit im Durchschnitt mit 6,8. Hier zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen ($U = 173704$; $z = -0,30$; $p = 0,763$; $r = -0,01$).

Auf der Skala (1-7⁹) zum globalen subjektiven Glück ergab sich bei den Hausärzt*innen ein Durchschnittswert von 5,14 und bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden ein Wert von 5,31. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($U = 158340,50$; $z = -2,75$; $p = 0,006$; $r = -0,08$). Hausärzt*innen sind somit weniger glücklich als Mitarbeitende.

Hausärzt*innen bewerteten ihre Arbeitszufriedenheit auf einer Skala von 1 bis 7 im Durchschnitt mit 5,32, nicht-ärztliche Mitarbeitende bewerteten ihre Arbeitszufriedenheit mit 5,00. Auch dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($U = 140223,00$; $z = -4,54$; $p < 0,000$; $r = -0,13$). Hausärzt*innen sind zufriedener mit Ihrer Arbeit als ihre nicht-ärztlichen Mitarbeitenden.

⁹ Die unterschiedlichen Skalen ergeben sich aus den verwendeten Fragebögen.

Tabelle 3: Allgemeines und arbeitsbezogenes Wohlbefinden

		Gesamt (n=1.195)			Hausärzt*innen (n=548)			Mitarbeitende (n=647)		
		M	SD	MD	M	SD	MD	M	SD	MD
Allgemeines Wohlbefinden	Lebenszufriedenheit ^a	6,80	1,79	6	6,80	1,81	4	6,80	1,77	2
	Glück ^b	5,23	1,08	10	5,14	1,13	2	5,31	1,04	8
Arbeitsbezogenes Wohlbefinden	Arbeitszufriedenheit ^c	5,14	1,09	39	5,32	0,99	18	5,00	1,16	21

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, MD= Fehlende Werte

^a 0 (überhaupt nicht zufrieden) bis 9 (völlig zufrieden) – je höher der Wert, desto zufriedener

^b 1 (z. B. nicht sehr glücklich) bis 7 (z. B. sehr glücklicher Mensch) – je höher der Wert, desto glücklicher

^c 1 (sehr unzufrieden) bis 7 (sehr zufrieden) – je höher der Wert, desto zufriedener

Ärzt*innen sind am zufriedensten mit ihren Kolleg*innen und Mitarbeitenden, gefolgt von der Möglichkeit, ihre Fähigkeiten nutzen zu können und dem Grad der Abwechslung in ihren Arbeitsaufgaben (Abbildung 28). Am wenigsten zufrieden sind sie mit den Arbeitsstunden und dem Einkommen.

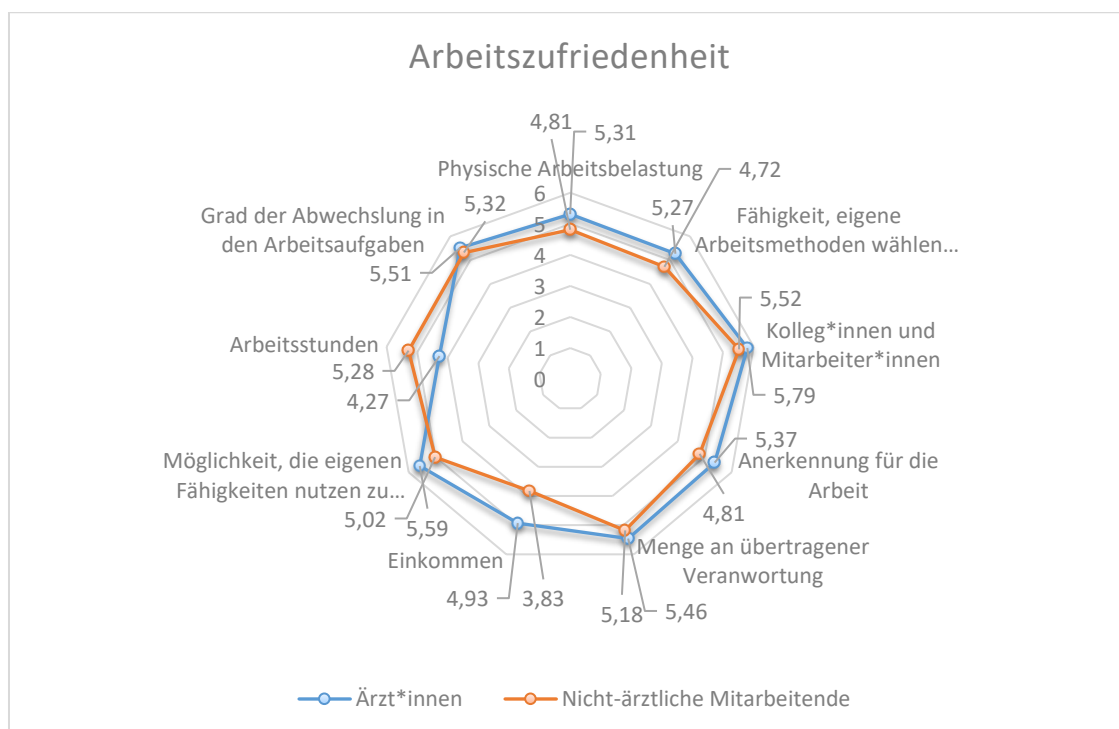


Abbildung 28: Aspekte der Arbeitszufriedenheit nach den Berufsgruppen

Nicht-ärztliche Mitarbeitende sind am zufriedensten mit ihren Kolleg*innen, gefolgt von dem Grad der Abwechslung in ihren Arbeitsaufgaben (Abbildung 28). Am wenigsten zufrieden sind sie mit ihrem Einkommen und der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können.

2.3.1.3 Gesundheitliches Wohlbefinden: Burnout und psychisches Wohlbefinden

Hausärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende zeigen die höchste Prävalenz von Burnout-Symptomen im persönlichen Bereich, gefolgt vom arbeitsbezogenem und patient*innenbezogenem Kontext (Abbildung 29).

Hausärzt*innen geben weniger Burnout-Symptome im persönlichen Bereich an als nicht-ärztliche Mitarbeitende (Tabelle 4). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($U= 153870,00$; $z= -3,24$; $p= 0,001$; $r= -0,09$). Im arbeitsbezogenen Bereich geben hingegen die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden eine statistisch signifikant niedrigere Prävalenz von Burnout-Symptomen an ($U= 142001,00$; $z= -4,85$; $p< 0,001$; $r= -0,14$). Ebenso zeigen die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden im Vergleich zu den Ärzt*innen weniger Burnout-Symptome in der Arbeit mit Patient*innen ($U= 134597,50$; $z= -6,35$; $p< 0,001$; $r= -0,19$).

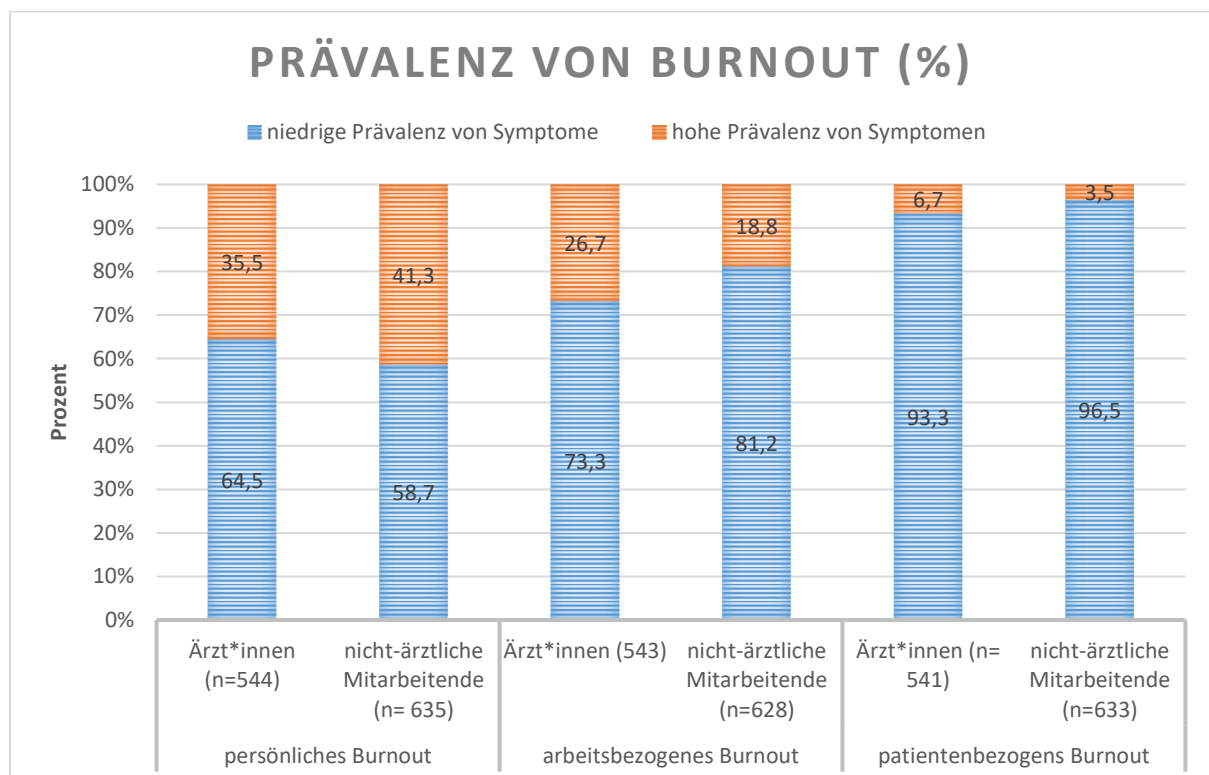


Abbildung 29: Prävalenz von hohen und niedrigen Burnout-Symptomen in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

Der Durchschnittswert für das psychische Wohlbefinden beträgt bei den Hausärzt*innen 14,99 und bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden 14,50 (Tabelle 4). Hier zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied ($U= 164243,00$; $z= -1,74$; $p= 0,082$; $r= -0,05$).

Tabelle 4: Gesundheitliches Wohlbefinden

		Gesamt (n=1.195)			Hausärzt*innen (n=548)			Mitarbeitenden (n=647)		
		M	SD	MD	M	SD	MD	M	SD	MD
Burnout	Persönliches Burnout ^a	44,62	20,22	16	42,49	20,00	4	46,44	20,25	12
	Arbeitsbezogenes Burnout ^{a,b}	34,22	18,81	26	37,07	19,19	7	31,77	18,13	19
	Patient*innenbezogenes Burnout ^{a,b}	19,97	15,49	21	22,81	15,58	7	17,54	15,00	14
Psychisches Wohlbefinden^c		14,73	5,14	10	14,99	5,08	2	14,50	5,18	8

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, MD= Fehlende Werte

^a 100 (sehr oft) bis 0 (nie/sehr selten) – je höher der Wert, desto höher die Prävalenz von Burnout-Symptomen

^b 100 (in sehr hohem Maße) bis 0 (in sehr geringem Maße) – je höher der Wert, desto höher die Prävalenz von Burnout-Symptomen

^c 5 (die ganze Zeit) bis 0 (zu keinem Zeitpunkt) – je höher der Wert, desto höher das Wohlbefinden

In Bezug auf die Gratifikationskrise zeigt sich bei der Berechnung einer dichotomen Variable (effort-reward-ratio ≤ 1 = keine Gratifikationskrise; effort-reward-ratio > 1 = Gratifikationskrise), dass 54,0 % der Hausärzt*innen und 61,7 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden eine Gratifikationskrise aufweisen (Abbildung 30). Nach dem Modell der Gratifikationskrise überwiegt bei ihnen die Verausgabung gegenüber der Belohnung, sodass es zu einem Ungleichgewicht und einer Stressbelastung kommt. In vorherigen Studien konnte bereits das gesundheitsgefährdende Potenzial einer Gratifikationskrise nachgewiesen werden (Siegrist und Li 2016; Siegrist 2012).

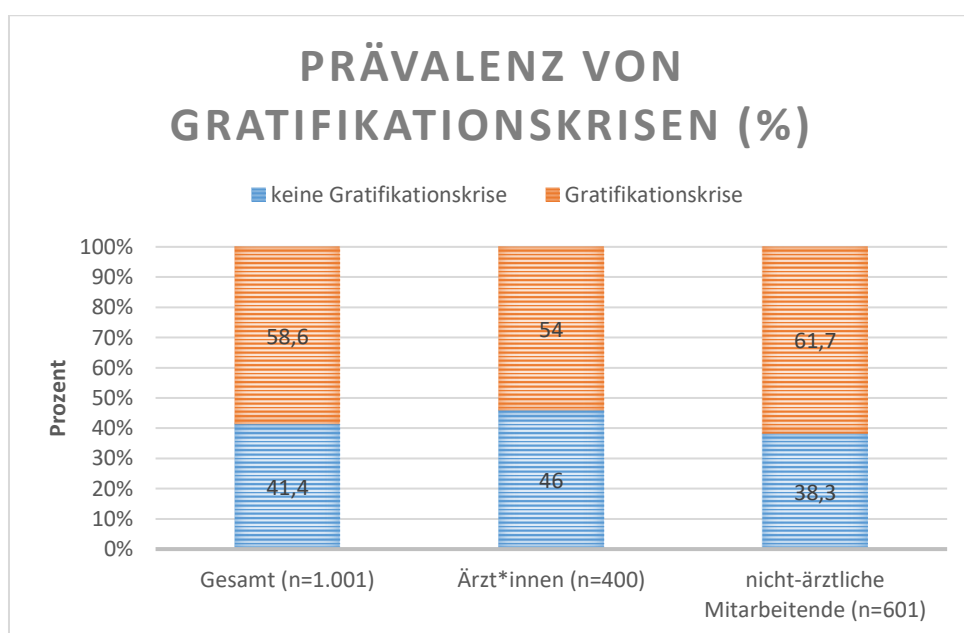


Abbildung 30: Gratifikationskrise in Abhängigkeit von der Berufsgruppe

In Bezug auf illegitime Aufgaben zeigt sich, dass sowohl Hausärzt*innen als auch nicht-ärztlichen Mitarbeitende häufiger unnötige als unzumutbare Aufgaben in ihrem Arbeitsalltag wahrnehmen (Tabelle 5). Hausärzt*innen geben statistisch signifikant mehr unnötige Aufgaben an als ihre Mitarbeitenden ($U = 95677,50$; $z = -13,37$; $p < 0,001$; $r = -0,39$). Ebenso nehmen sie auch statistisch signifikant mehr unzumutbare Aufgaben als nicht-ärztliche Mitarbeitende in ihrem Arbeitsalltag wahr ($U = 112630,00$; $z = -10,65$; $p < 0,001$; $r = -0,31$).

Tabelle 5: Arbeitsbezogene Stressoren

		Gesamt (n=1.195)			Hausärzt*innen (n=548)			Mitarbeitende (n=647)		
		M	SD	MD	M	SD	MD	M	SD	MD
Gratifikation^a	Verausgabung	9,23	1,97	24	9,21	2,02	14	9,24	1,92	10
	Belohnung	19,93	3,75	186	20,75	3,88	143	19,38	3,57	43
	Verhältnis von Verausgabung und Belohnung	1,15	0,42	194	1,11	0,42	148	1,18	0,41	46
Illegitime Aufgaben^b	unnötige Aufgaben	3,11	0,88	13	3,49	0,85	4	2,79	0,77	9
	Unzumutbare Aufgaben	2,35	0,83	8	2,63	0,85	3	2,11	0,73	5
	Gesamtwert	2,73	0,77	18	3,06	0,78	7	2,45	0,65	11

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, MD= Fehlende Werte

^a 1 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme voll zu) – je höher der Wert, desto höher die wahrgenommene Verausgabung bzw. Belohnung

^b 1 (nie) bis 5 (sehr häufig) – je höher der Wert, desto höher die Prävalenz von unnötigen bzw. unzumutbaren Aufgaben

2.3.1.5 Arbeitsbezogene Ressourcen: Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl, Erholungsfähigkeit und Arbeitsengagement

In Bezug auf das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl zeigt sich, dass die Befragten höhere Werte bei Sinnhaftigkeit im Vergleich zur Verstehbarkeit und Handhabbarkeit angeben (Tabelle 6). Am geringsten ausgeprägt ist die Handhabbarkeit. Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen in Bezug auf das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl.

Bei der Messung der Erholungsfähigkeit im Feierabend zeigt sich bei den Hausärzt*innen, dass sie die höchsten Durchschnittswerte für Kontrolle und psychologisches Abstandnehmen von der Arbeit angeben, hingegen Entspannung und Mastery¹⁰ geringer bewerten (Tabelle 6). Bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden wird ebenfalls die Kontrolle nach der Arbeit am höchsten bewertet, gefolgt von Entspannung und psychologischen Abstandnehmen von der Arbeit.

¹⁰ Herausforderung in der Freizeit suchen (die außerhalb des Arbeitskontextes liegt)

Auch bei dieser Gruppe ist Mastery (M=2,90) am geringsten ausgeprägt. Im Vergleich zeigt sich, dass nicht-ärztliche Mitarbeitende statistisch signifikant höhere Werte bei Entspannung im Feierabend angeben als Hausärzt*innen (U= 142716,50; z= -5,16; p< 0,001; r= -0,15). Sie geben ebenfalls statistisch signifikant höhere Werte bei der Kontrolle des Feierabends an als Hausärzt*innen (U= 125520,00; z= -8,18; p< 0,001; r= -0,24). Hingegen weisen Hausärzt*innen statistisch signifikant höhere Werte bei Mastery auf (U= 145853,00; z= -4,66; p< 0,001; r= -0,14). Auch beim Vergleich des Gesamtwerts für Erholungsfähigkeit zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Hausärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden (U= 145528,00; z= -3,21; p= 0,001; r= -0,09). Die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden weisen einen höheren Durchschnittswert auf und haben somit eine höhere Erholungsfähigkeit im Feierabend als Ärzt*innen.

Bei dem Arbeitsengagement zeigt sich, dass Hausärzt*innen einen niedrigeren Durchschnittswert aufweisen als Mitarbeitende (Tabelle 6). Der Unterschied ist allerdings nicht statistisch signifikant (U= 165476,00; z= -0,948; p= 0,343; r= -0,03).

Tabelle 6: Arbeitsbezogene Ressourcen

		Gesamt (n=1.195)			Hausärzt*innen (n=548)			Mitarbeitende (n=647)		
		M	SD	MD	M	SD	MD	M	SD	MD
Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl^a	Handhabbarkeit	4,66	1,36	23	4,66	1,41	4	4,67	1,32	19
	Verstehbarkeit	5,08	1,14	17	5,11	1,12	5	5,05	1,15	12
	Sinnhaftigkeit	5,90	1,04	16	5,91	0,99	5	5,88	1,08	11
	Gesamtwert	5,25	0,94	38	5,27	0,96	13	5,24	0,93	25
Erholungsfähigkeit^b	Psychologisches Abstandnehmen von der Arbeit	3,40	0,90	19	3,37	0,89	3	3,42	0,90	16
	Entspannung	3,39	0,90	16	3,25	0,87	5	3,51	0,90	11
	Mastery	3,01	0,87	15	3,14	0,85	6	2,90	0,88	9
	Kontrolle	3,78	0,91	15	3,55	0,90	7	3,97	0,88	8
	Gesamtwert	3,39	0,64	48	3,33	0,65	19	3,45	0,63	29
Arbeitsengagement	Gesamtwert	3,13	0,82	22	3,11	0,80	7	3,14	0,84	15

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, MD= Fehlende Werte

^a 1 (z. B. sinnlos) bis 7 (sinnvoll) – je höher der Wert, desto höher das Kohärenzgefühl

^b 1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft völlig zu) – je höher der Wert, desto höher die Erholungsfähigkeit

2.3.1.6 Persönlichkeit

Hausärzt*innen zeigen höchste Durchschnittswerte für Gewissenhaftigkeit, gefolgt von Offenheit, Verträglichkeit und Extraversion und geringen Werten für Neurotizismus (Tabelle 7). Gewissenhaftigkeit ist ebenfalls bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden am stärksten ausgeprägt, ge-

folgt von Extraversion und Verträglichkeit. Ebenfalls ist Neurotizismus bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden gering ausgeprägt. Hausärzt*innen geben statistisch signifikant niedrigere Werte bei Extraversion ($U=138135,50$; $z=-5,77$; $p<0,001$; $r=-0,17$), bei Gewissenhaftigkeit ($U=145135,00$; $z=-4,75$; $p<0,001$; $r=-0,14$) und bei Neurotizismus ($U=158296,00$; $z=-2,39$; $p=0,017$; $r=-0,07$) an als Mitarbeitende. Hausärzt*innen geben hingegen statistisch signifikant höhere Werte bei Offenheit an als Mitarbeitende ($U=136414,00$; $z=-6,23$; $p<0,001$; $r=-0,18$). Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf Verträglichkeit ($U=161885,00$; $z=-1,68$; $p=0,092$; $r=-0,05$).

Tabelle 7: Persönlichkeit

		Gesamt (n=1.195)			Hausärzt*innen (n=548)			Mitarbeitende (n=647)		
		M	SD	MD	M	SD	MD	M	SD	MD
Verausgabungsneigung ^a		14,34	3,63	38	14,54	3,80	13	14,18	3,48	25
Big Five ^b	Extraversion	3,46	0,96	22	3,28	0,97	3	3,61	0,92	19
	Verträglichkeit	3,52	0,74	21	3,48	0,73	3	3,55	0,73	18
	Gewissenhaftigkeit	4,21	0,69	19	4,12	0,70	3	4,30	0,66	16
	Neurotizismus	1,31	0,44	19	1,28	0,44	3	1,34	0,44	16
	Offenheit	3,46	0,94	18	3,65	0,87	4	3,30	0,96	14

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, MD= Fehlende Werte

^a 1 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme voll zu) – je höher der Wert, desto höher die Verausgabungsneigung

^b 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu) – je höher der Wert, desto höher die Ausprägung der Persönlichkeitsdimension

Bei der Verausgabungsneigung zeigt sich, dass im Durchschnitt von Hausärzt*innen ein Wert von 14,54 angegeben wird (Wertebereich 4-24, Tabelle 7). Nicht-ärztliche Mitarbeitende geben einen Wert von 14,18 an. Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Verausgabungsneigung ($U=158286,00$; $z=-1,43$; $p=0,152$; $r=-0,04$).

2.3.1.7 Zusammenfassung

Die Analysen zu der deutschlandweiten Befragung basieren auf insgesamt 1.195 Datensätzen (548 Hausärzt*innen sowie 647 nicht-ärztlichen Mitarbeitenden). Unter den Hausärzt*innen haben mehr Männer als Frauen an der Befragung teilgenommen. Das Durchschnittsalter bei den Hausärzt*innen lag bei 54,38 Jahren und bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden bei 42,31 Jahren. Fast ein Drittel der Befragten ist übergewichtig und fast ein Fünftel der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden raucht regelmäßig.

Die weiteren Ergebnisse sind zusammengefasst in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Zusammenfassung der Ergebnisse der deutschlandweiten Befragung

Untersuchungs- aspekt	Ergebnis
Glück und Lebenszufriedenheit	• Hausärzt*innen sind im Vergleich zu ihren nicht-ärztlichen Mitarbeitenden weniger glücklich • Hinsichtlich Lebenszufriedenheit zeigt sich kein Unterschied zwischen Hausärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden
Arbeitszufriedenheit	• Hausärzt*innen sind zufriedener mit Ihrer Arbeit als ihre Mitarbeitenden • Die Zufriedenheit der Hausärzt*innen ist am höchsten mit ihren Kolleg*innen und Mitarbeitenden, gefolgt von der Möglichkeit, ihre Fähigkeiten nutzen zu können und dem Grad der Abwechslung in ihren Arbeitsaufgaben. Am wenigsten zufrieden sind sie mit den Arbeitsstunden und dem Einkommen • Die Zufriedenheit der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden ist am höchstem mit ihren Kolleg*innen, gefolgt von dem Grad der Abwechslung in ihren Arbeitsaufgaben. Am wenigsten zufrieden sind sie mit ihrem Einkommen und der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können
Burnout	• Hausärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende zeigen die höchste Prävalenz von Burnout-Symptomen im persönlichen Bereich, gefolgt vom arbeitsbezogenem und patient*innenbezogenem Kontext • 35,5 % der Hausärzt*innen und 41,3 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden geben eine hohe Prävalenz von Burnoutsymptomen im persönlichen Bereich an • 26,7 % der Hausärzt*innen und 18,8 % der nicht-ärztliche Mitarbeitenden geben eine hohe Prävalenz von Burnoutsymptomen im arbeitsbezogenen Kontext an • 6,7 % der Hausärzt*innen und 3,5 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden geben eine hohe Prävalenz von Burnoutsymptomen in der Arbeit mit Patient*innen an
Psychisches Wohlbefinden	• Beim psychischen Wohlbefinden zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Hausärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden
Gratifikationskrise	• 54 % der Hausärzt*innen und 61,7 % der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden weisen eine Gratifikationskrise auf. Nach dem Modell der Gratifikationskrise überwiegt bei ihnen die Verausgabung gegenüber der Belohnung, sodass es zu einem Ungleichgewicht und einer Stressbelastung kommt
Illegitime Aufgaben	• Hausärzt*innen geben statistisch signifikant mehr unnötige Aufgaben an als ihre nicht-ärztlichen Mitarbeitenden • Hausärzt*innen nehmen statistisch signifikant mehr unzumutbare Aufgaben als nicht-ärztliche Mitarbeitende in ihrem Arbeitsalltag wahr
Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl	• Die Befragten geben höhere Werte bei Sinnhaftigkeit im Vergleich zur Verstehbarkeit und Handhabbarkeit an

	• Es zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen in Bezug auf das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl
Erholungsfähigkeit	• Hausärzt*innen geben die höchsten Durchschnittswerte für Kontrolle und psychologisches Abstandnehmen von der Arbeit an, hingegen bewerten sie Entspannung und Mastery geringer • Von den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden wird ebenfalls die Kontrolle nach der Arbeit am höchsten bewertet, gefolgt von Entspannung und psychologischen Abstandnehmen von der Arbeit
Persönlichkeit	• Hausärzt*innen zeigen im Hinblick auf die im Persönlichkeitsmodel der „Big Five“ genannten Eigenschaften die höchsten Durchschnittswerte für Gewissenhaftigkeit, gefolgt von Offenheit, Verträglichkeit und Extraversion und geringe Werte für Neurotizismus. • Gewissenhaftigkeit ist ebenfalls bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden am stärksten ausgeprägt, gefolgt von Extraversion und Verträglichkeit. Ebenfalls ist Neurotizismus bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden gering ausgeprägt.

Es lässt sich zusammenfassen, dass Hausärzt*innen im Vergleich zu ihren Mitarbeitenden weniger glücklich sind. Sie sind hingegen zufriedener mit Ihrer Arbeit als ihre Mitarbeitenden. Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit zeigt sich kein Unterschied.

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Belastungen und Ressourcen bei Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden zum Teil unterschiedlich verteilt sind. Nicht-ärztliche Mitarbeitende zeigen eine höhere Prävalenz von persönlicher Erschöpfung auf als Hausärzt*innen. Hausärzt*innen hingegen weisen eine höhere Prävalenz von Burnout-Symptomen in Bezug auf die Arbeit und die Arbeit mit Patient*innen auf. Sie nehmen im Gegensatz zu ihren Mitarbeitenden auch häufiger illegitime Aufgaben in ihrem Arbeitsalltag wahr. Bei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden stehen der Verausgabung weniger Belohnungen gegen und somit liegt häufiger eine Gratifikationskrise vor. Nicht-ärztliche Mitarbeitende verfügen über eine höhere Erholungsfähigkeit am Feierabend als Ärzt*innen. Im Hinblick auf das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl sowie das Arbeitsengagement zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Hausärzt*innen zeigen geringere Ausprägungen bei den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus an als Mitarbeitende. Sie haben jedoch eine stärkere Ausprägung bei Offenheit. Hinsichtlich Verträglichkeit und Verausgabungsneigung zeigen sich keine Gruppenunterschiede.

Am Ende des Fragebogens hatten die Befragten Gelegenheit, ein *Feedback* zu geben. Viele nutzten die Möglichkeit, belastende und frustrierende Aspekte ihrer Arbeit zu verdeutlichen: Dazu gehören die Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (Abrechnungen, Regressdrohungen, hoher Verwaltungsaufwand, Reglementierung (Quoten und Budgets), zunehmender „Kontrollwahnsinn“, Dokumentation im Qualitätsmanagement, undurchsichtige Kostenvergütung und dadurch keine Selbstbestimmung, Gesetzgebungen,

EDV, IT-Technik-Auflagen, Datenschutzauflagen, ungeklärte Frage der Nachfolge, Frauenfeindlichkeit von Kollegen, Minderwertung der sprechenden Medizin, anspruchsvolle Patient*innen, Zunahme an psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen sowie sozialmedizinischen Fragestellungen, zu geringes Gehalt bei hoher Verantwortung (Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende). Manche der Befragten schilderten eine zusätzliche private Belastung und die Doppelrolle in Familie und Beruf.

Als positive Aspekte wurden herausgearbeitet: die Arbeit mit Patient*innen (auch: die Zusammenarbeit statt nur Medikamente zu verordnen oder zu diagnostizieren), die höhere Work-Life-Balance im Vergleich zur Tätigkeit im Krankenhaus sowie die gute Organisation ermöglicht höhere Zufriedenheit.

2.3.2 Beobachtungen und Einzelinterviews in Nordrhein-Westfalen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung in Nordrhein-Westfalen dargestellt. Zunächst wird eine kurze Übersicht über das Sample gegeben, bevor in diesem Bericht ausgewählte Aspekte von Glück und Zufriedenheit in der hausärztlichen Praxis näher beleuchtet werden (Abbildung 31). Hierbei wird auf soziale Aspekte eingegangen wie die lokale Verbundenheit, das kollegiale Miteinander und die Beziehung zu Patient*innen. Weiterhin wird das Wirken im Sinne von Erfolg und Anerkennung für die eigene Arbeit thematisiert. Auf organisatorischer Ebene wird die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung dargestellt, sowie eine Gegenüberstellung von der Arbeit in der Einzelpraxis im Vergleich zur Gemeinschaftspraxis angestellt. Um den Interviewten eine Stimme zu geben, werden Zitate thematisch sortiert in die Ergebnisdarstellung eingebunden. Referenzen in Bezug auf die jeweiligen Interviews oder Beobachtungen sind jeweils in Klammern eingefügt (z. B. P4 oder I_A2).



2.3.2.1 Beschreibung des Samples

Es wurden insgesamt 25 (Einzel-)Interviews in Nordrhein-Westfalen geführt (11 Interviews mit Hausärzt*innen und 15 Interviews mit nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, davon ein Interview mit zwei Mitarbeiterinnen). Die Interviews dauerten 10-84 Minuten (Durchschnitt: 36 Minuten). Drei Interviews mit Ärzt*innen und ein Interview mit zwei nicht-ärztlichen Mitarbeitenden wurden unabhängig von einer Beobachtung geführt. Alle anderen Interviews erfolgten mit den Mitarbeitenden oder Inhaber*innen der Praxen, in denen eine Beobachtung erfolgte.

Die Beobachtung erfolgte in 5 Praxen. An einem Montag (P5), Donnerstag (P2, P3, P4) und Freitag (P1) wurde jeweils ganztägig beobachtet. Eine Teilnahme an der regulären Sprechstunde (vormittags/nachmittags) und an Teambesprechungen war möglich. Vier der fünf Praxen befanden sich in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner), eine Praxis in einer Mittelstadt (30.000 Einwohner). Zwei Praxen waren Einzelpraxen, bei den anderen handelte es sich um eine Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis. Eine Praxis versorgte einen großen Anteil an Privatpatient*innen.

2.3.2.2 Beziehung zu Patient*innen

In den Interviews und Beobachtungen wird deutlich, dass die Beziehung zu den Patient*innen ein wesentlicher Baustein für Glück und Zufriedenheit in der hausärztlichen Praxis ist. Sowohl die Ärzt*innen als auch die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden sind Ansprechpersonen für Patient*innen in allen Lebenslagen.

„Und (...) wie gesagt dadurch, dass ich schon so lange hier bin, habe ich auch ganz, ganz viele Patienten, die ich habe groß werden sehen, und mit denen duze ich mich auch. Als [Name] hier angefangen ist, weil, der hat [Jahr] die Praxis hier übernommen, da war ich ja schon lange hier, der hat immer gesagt, kann ich nicht verstehen, dass Sie sich mit so vielen Patienten duzen. Aber wie gesagt, das ist, ich habe die Kinder groß werden sehen. Die kommen jetzt schon mit eigenen Kindern, ne. Und wir sind hier wirklich eine große Familie. Hier weiß ich auch, was die Oma gemacht hat oder wann der Wellensittich gestorben ist. Also von daher, das ist hier einfach eine große Familie.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Gemeinschaftspraxis)

Diese Mitarbeiterin verdeutlicht anhand von Beispielen ihre langjährige Begleitung und die enge Beziehung zu verschiedenen Generationen einer Familie. Das sofortige Begrüßen der Patienten mit Namen konnte als Kennzeichen dafür identifiziert werden, dass bereits eine lange bzw. intensive Beziehung zwischen Mitarbeitenden und den Patient*innen besteht (P1; P2; P3; P4; P5). In den Beobachtungen wird deutlich, dass bei vertrauensvollen, fast freundschaftlichen Beziehungen das „Du“ zugelassen wird und auch Umarmungen als Begrüßungsritual zum Einsatz kommen (P2; P3).

„Denn man geht ja miteinander wirklich ein ganzes Stück Leben. Die kennen natürlich auch mich.“ (Hausärztin in einer Einzelpraxis)

Die Mitarbeitenden berichten in den Interviews, dass die langjährige Beziehung zu den Patient*innen von großer Dankbarkeit seitens der Patient*innen geprägt ist. Diese Dankbarkeit motiviert bei der täglichen Arbeit.

„Ist ganz OFT so, dass die Patienten dann sagen, ach Mädels, ihr seid da so nett und das ist immer toll. Ihr habt auch noch mal ein Ohr. Dass wir schon EIGENTLICH viele Probleme schon an der Anmeldung geklärt haben und der Rest dann so, klar, bei [Name] auch stattfindet, aber es passiert auch viel vorne oder durch die Gespräche mit uns, finde ich. Und das ist für UNS, finde ich, schön. Für die Patienten ist es toll.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Gemeinschaftspraxis)

In diesem Zitat wird die Wertschätzung der Tätigkeit der Mitarbeitenden seitens der Patient*innen deutlich. Sie übernehmen einen Teil an Aufgaben selbstständig, was eine Bestätigung ermöglicht, aber auch Entlastung für weitere Praxisabläufe schafft.

„dadurch, dass man eben den Luxus hat, dass man sich auch mal kurz unterhalten darf, wie eben mit dem älteren Ehepaar, was Sie auch kennenlernen durften, (...) man kriegt einfach viel Bestätigung auch zurück, dass die ankommen und sagen, mir geht es heute richtig gut, vielen Dank, das hat uns gut getan oder [...] Das ist einfach schön, dass man auch sieht, dass die Arbeit was (...) gebracht hat, dass es dem geholfen hatte, ist einfach schön zu sehen. Und dafür geht man da auch gerne arbeiten, weil, das ist einfach so besonders in dem Fall. Es kommen viele persönliche Rückmeldungen. Wer schreibt heutzutage noch Briefe? Kriegen wir viel und gerade auch, (...) ich sage mal, Weihnachten, Ostern, wenn so jeder was (macht?) aber es gibt auch viele, die zwischendurch mal ein Briefchen schreiben und nicht unbedingt immer ans komplette Praxisteam, das ist, das ist die Regel schon so, dass es dann eher allgemein gehalten wird, aber wir haben auch ganz viele dazwischen, die einem persönlich mal eine Karte dazulegen. Das finde ich einfach total schön, und das macht es besonders, (...) ja.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis)

Diese Gespräche „zwischendurch“ fordern Zeit, jedoch scheinen sie sowohl für Mitarbeitende als auch Patient*innen wertvoll zu sein.

Diese beschriebene Dankbarkeit bezieht sich auch auf die Behandlung bzw. Therapie, die in der Praxis angeboten wird. Eine Rückmeldung von den Patient*innen zur Behandlung zu erhalten, scheint für Mitarbeitende etwas Besonderes zu sein. Der Ausdruck eines Briefs als Wertschätzung der geleisteten Arbeit motiviert und trägt zur Freude an der Arbeit bei.

„Aber daran sieht man also einfach, dass da eine persönliche Bindung ist, die wirklich ganz viel Freude macht. Es ist natürlich immer eine Gratwanderung, ich habe gut auf mich aufzupassen und ich habe auf der anderen Seite aber auch einfach wirklich da zu sein und zu gucken, was braucht dieser Mensch jetzt. Letztendlich, wenn es um die Wurst ginge, müsste jetzt natürlich zu sagen, okay, und jetzt bin ich dran.“ (Ärztin in einer Einzelpraxis)

Es wird deutlich, dass die persönliche Beziehung zu Patient*innen immer auch eine professionelle Grenze hat und Freiräume für die eigenen Belange wichtig sind, um dann wieder für die Patient*innen da sein zu können.

Im Unterschied zu den zuvor sehr positiv beschriebenen Beziehungen zu den Patient*innen können aus der Zusammenarbeit mit Menschen auch Anforderungen entstehen. In den Daten zeigt sich, dass fordernde Patient*innen, die eine Erwartungshaltung haben, die mit der Erwartung des Praxisteam nicht übereinstimmt, eine Belastung darstellen.

„klar, es gibt einzelne Patienten, die einen tagtäglich herausfordern, ne, die wahn-sinnig anstrengend sind, wo man ruhig bleiben muss, die vielleicht auch superun-freundlich werden, wo man trotzdem noch freundlich (lachen) bleiben muss oder auch möchte, (...) weil, je man dagegen geht, desto mehr brausen die Leute natür-lich auch auf, und je freundlicher man ist, desto ruhiger werden die dann auch im Laufe des Gesprächs. Ja, das ist natürlich auch schon, ne, dann (...) auch, wenn man selber mal einen schlechten Tag hat und dann kommt so ein schwieriger Pa-tient, dass man dann nicht irgendwie mal alles hinschmeißt (lachen), das ist manchmal nicht so (lachen) einfach, ne, aber es lässt sich alles irgendwie (...) re-geln. Dann atmet man kurz tief durch und dann (lachen).“ (nicht-ärztliche Mitarbei-terin in einer Gemeinschaftspraxis)

Eine andere Mitarbeiterin beschreibt ähnliche Situationen von schimpfenden Patient*innen aufgrund von langen Wartezeiten und zusätzlich Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund begrenzter Deutschkenntnisse der Patient*innen.

„Also es ist manchmal nicht so einfach. Und dann ist das so ein Tag, wo ich dann sage, jetzt bist du froh, wenn du zu Hause bist, ja, aber es gibt auch wieder an-dere.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis)

Auch wenn die Herausforderungen in den jeweiligen Situationen gelöst werden können, ma-chen solche Situationen „so ein bisschen unzufrieden“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis).

Für die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden ist es eine Unterstützung, wenn sie Rückhalt durch den Vorgesetzten, also den Arzt oder die Ärztin, spüren und in ihrem Handeln bestärkt werden (I_MA1_MA_2). Der Umgang mit einer als ungerecht empfundenen zwischenmenschlichen Begegnung kann dadurch positiv aufgefangen werden. Der Zusammenhalt im gesamten Pra-xisteam scheint dadurch gestärkt zu werden und eine gemeinsames Verständnis von einer wohltuenden Arbeitsatmosphäre kann geschaffen und bewahrt werden.

„Teilweise werden wir da echt beschimpft und werden angeschrien. Ich meine, klar, wenn [Name] dann rauskommt, dann haut die auf den Tisch und sagt, so, und Sie reden jetzt vernünftig mit meinen Helferinnen, ansonsten überlegen Sie sich das DRAUSSEN noch mal, ne? Also dass die da auch HINTER uns steht. Aber DAS ist dann schon immer fies, weil wir geben echt 150 Prozent, um selbst DIE Patienten zufrieden zu stellen. Und dann haben sie da noch welche, die einen SO runterbuttern. Das finde ich dann immer, wo ich denke, nein, das finde ich jetzt total doof.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis)

Das Suchen des Austausches mit Kolleg*innen und Mitarbeitenden ist ein Weg, mit belastenden Situationen umzugehen. Der gemeinsame Austausch als Bewältigung wird als unterstützend im eigenen Bewältigungsprozess wahrgenommen und das Teamverständnis dadurch gestärkt. Es wird nicht nur den Patient*innen zugehört, sondern auch Kolleg*innen und Mitarbeitenden ein offenes Ohr geschenkt.

„Und es ist letztlich die Kunst, ausreichende Empathie und ausreichende Distanz zu wahren, dass man nicht alles mitnimmt, ja. Und wenn ich mich über etwas ärgere, dann kann ich mit meinen Damen oder jetzt eben auch mit [Name] und mit [Name], mit meinen Praxispartnern, darüber sprechen. Einige Dinge erzähle ich natürlich auch meiner Frau zu Hause, aber (...) es ist so, ich kann das dann aber auch, ich kann abschalten. Das macht mir keine schlaflosen Nächte. Das ist schon wichtig.“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis)

In den Interviewdaten wird deutlich, dass bei einigen Beziehungen zu Patient*innen eine Abgrenzung notwendig erscheint. Ein klares Rollenverständnis als Arzt bzw. Ärztin in Bezug auf Verantwortungen ist eine Strategie, die benannt wurde.

„Und [Name] sagte dann, das kennen Sie ja auch, dass man so einen Patienten hat, wo man anschließend leer ist. Ja, klar. Das kenne ich auch. Aber das gibt es bei mir so gut wie nicht mehr, weil da kann ich mich mental schützen. So, das heißt, ich lasse mich nicht leersaugen. Ich lasse die Verantwortung für das, was ist, bei dem Patienten. Das ist nicht meine. Das kann ich den Leuten, glaube ich, auch gut rüberbringen. Ich sage, ich unterstütze, aber ich packe mir keinen auf den Rücken. So und dann kommen die Leute auch und sagen dann ja, eigentlich ist ja in Ordnung.“ (Ärztin in einer Einzelpraxis)

Als weitere Strategie konnte in den Daten die bewusste Trennung von bestimmten Patient*innen identifiziert werden (I_A2, I_A3).

„Das ist natürlich auch_ wir haben schon lange jetzt einen Patientenaufnahmestopp und das heißt, wir haben unsere Patienten und ich habe mich auch von VIELLEN Patienten getrennt. Also das ist_ und gehört auch zur Glückstiftung hinzu, also Patienten, wo ich gemerkt habe, wir kommen nicht vom Fleck, es geht gar nicht mit uns. Denen habe ich dann immer mal wiedergesagt, passen Sie auf, ich glaube, ich bin nicht der richtige Arzt für Sie. Ich bin aber sicher, dass es einen richtigen Arzt für Sie gibt und ich würde Sie bitte, da sich auf die Suche zu machen.“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis)¹¹

Die Passung von Patient*innen zur Praxis war ein sehr relevantes Thema in den Interviews. Diese Passung scheint zur Harmonie in der Tätigkeit für die Ärzt*innen und Mitarbeitenden beizutragen. Abweichungen werden immer dann deutlich, wenn Vertretungszeiten für andere Praxen anstehen oder ein Wechsel im ärztlichen Bereich erfolgte.

¹¹ Unterstriche stehen für Wort- und Satzabbrüche

2.3.2.4 Kollegiales Miteinander im Team

In den Interviews und Beobachtungen wird deutlich, dass den Mitarbeitenden und Ärzt*innen eine Arbeitsatmosphäre, die von einem kollegialen Miteinander geprägt ist, wichtig ist. Ein „aufeinander verlassen können“ und sich abstimmen, Fragen stellen zu können und auch Freiräume für die Erledigung von Aufgaben zu haben, trägt zu einer gelingenden Teamarbeit im hausärztlichen Setting bei.

Wie in Kapitel 2.3.2.2 Beziehung zu Patient*innen verdeutlicht, unterstützen sich die Mitarbeitenden und Ärzt*innen im Umgang mit herausforderndem Verhalten von Patient*innen und tauschen sich dazu aus (P1, I_A2). In der hausärztlichen Praxis treten neben herausforderndem Patient*innenverhalten auch immer wieder emotional belastende Situationen aufgrund von Krankheitsverläufen bei Patient*innen auf, wie beispielsweise das Versterben einer Patientin oder schwerwiegende Diagnosen (P1; P2). Hier wird ebenfalls der Austausch unter Kolleg*innen gesucht.

Der Austausch unter Ärzt*innen war in einer Hausarztpraxis zu einem Ritual geworden. So trafen sich die Kolleg*innen zu einem „Kaffee“ in der Küche, um sich über Patient*innengespräche zu informieren oder das eigene Handeln zu reflektieren und sich zu supervidieren.

„Wir sehen uns vorne an der Anmeldung, Du, komm noch mal eben mit. Du brauchst jetzt auch mal eben einen Kaffee, oder man trifft sich da zufällig. Also, dass wir während des Vormittags in den jeweils anderen Raum gehen zum Quatschen, nein, das nicht, aber dafür haben wir diese Anlaufstelle, wo die Kaffeetaschen stehen. [...] Kann auch Emotion sein, kann auch was Rechtliches sein, kann auch, das sieht dann einfach so aus und (...) und das ist uns auch ganz wichtig, da einmal kurz einen Break zu machen.“ (Ärztin in einer Gemeinschaftspraxis)

Die Zusammenarbeit von Ärzt*innen mit nicht-ärztlichen Mitarbeiter*innen ist von den Rollen des/der Vorgesetzten und des/der Angestellten geprägt. Das entgegengebrachte Vertrauen für die Gestaltung des eigenen Arbeitsbereichs im nicht-ärztlichen Team (z. B. Labor, Abrechnungen, Anmeldung) wird als Wertschätzung wahrgenommen und trägt zur Freude an der Arbeit bei (P1; P2).

„Wir sind ein super Team. Wir sind eigentlich hier so wie eine kleine Familie, kann man schon so sagen, ne. Das ist jetzt nicht hier, eine Chefin, und dann tausend Stufen da unten wir vielleicht mal irgendwann, ne, und dann geht es auch nicht hier, ich bin länger da. Dann irgendwann du mal oder so, sondern, wir sind ein Team. Ne, jeder kann jedem vertrauen. Es läuft Hand in Hand. Wenn einer mal einen Termin hat, springt der andere ein. Es läuft. Ne, wir mögen uns. Wir verstehen uns. Wir können uns aufeinander verlassen, und das ist was anderes. Und das sagen auch die Patienten, und das schätzen die auch sehr und das lieben auch an uns einfach, dass es hier einfach anders ist. Ne, das ist, ja, wie so eine Familie halt, ne. Wie so eine, ja, zweite Familie. Einmal hat man eine Familie zu Hause und einmal hat man hier eine Familie.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis)

In den Beobachtungen wird deutlich, dass private Gespräche immer wieder Raum finden und zur guten Atmosphäre in der Praxis beitragen (P1; P2). Mitarbeitende einer Einzelpraxis beschreiben das gemeinsame Lachen als ein Beispiel für die gute Stimmung im Team, die auch von den Patient*innen wertgeschätzt wird.

„Es wurde gelacht, was ja hier OFT vorkommt. Wo Leute schon vor der Tür stehen und sagen, das ist aber nett. Noch gar nicht die Tür auf und ihr habt schon lautes Gelache. Also es macht dann auch Spaß, zur Arbeit zu gehen und man MACHT die Arbeit gerne. Und selbst, wenn es hier mal später wird oder so, das ist so, ja, machen wir gerne. Ja, finde ich schon. Das ist dann der Unterschied, dass man hier auch MENSCH ist, ne? Ja.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis)

In den Beobachtungen und Interviews wird deutlich, dass Teamzusammenkünfte als wertvolles Element zur Stärkung des kollegialen Miteinanders wahrgenommen werden. Aus Perspektive der Praxisinhabenden ist es auch eine Möglichkeit, Wertschätzung und Dankbarkeit zu zeigen (I_A2). In einer Praxis wurde das anberaumte gemeinsame Mittagsessen außer Haus, das alle zwei bis drei Monate stattfindet, als besonderes Event wahrgenommen, auf das sich die Mitarbeitenden freuten (P1). Zum einen war das darin begründet, dass zu einem Essen im Restaurant eingeladen wurde, zum anderen wurde die Zusammenkunft als Möglichkeit gesehen, sich über Themen der Zusammenarbeit auszutauschen. Es wurden Aspekte im Vorfeld gesammelt, die dann gemeinsam besprochen wurden. Hierzu gehören z. B. Anschaffungen (Telefonanlage, Bilder) oder Absprachen zu Praxisabläufen (Unterbrechung bei Patient*innengesprächen, Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Laboruntersuchungen etc.). Im Mittelpunkt steht der Austausch zwischen den Ärzt*innen und den Mitarbeitenden. Die Mitarbeitenden untereinander tauschen sich auch außerhalb dieser Teamzusammenkunft aus und geben sich Rückmeldung, wenn Abläufe oder Ähnliches einer Veränderung bedürfen.

2.3.2.5 Wirksamkeit des eigenen Handelns, Erfolg und Anerkennung

Aus den Interviews wird deutlich, dass die Wirksamkeit des eigenen Handelns einen wichtigen Beitrag zu Glück und Zufriedenheit in der hausärztlichen Tätigkeit ausmachen. Das eigene Handeln wird charakterisiert durch ein freundliches Wort oder Gespräch, das Zuhören bei Sorgen und Nöten, eine medizinische Behandlung oder Therapie sowie eine richtige/erfolgreiche Diagnostik.

„ja, ich freue mich immer am allermeisten, wenn ich jemand, dem es vorweg ganz schlecht gegangen ist, wie diese junge Frau, die heute Morgen da war, wenn die dann nach ein paar Wochen sagt, mein Leben ist wieder ganz anders. Das ist einfach schön.“ (Ärztin in einer Einzelpraxis)

Wie bereits im Zusammenhang mit der Beziehung zu Patient*innen erwähnt, ist die Rückmeldung der Patient*innen zur Wirksamkeit relevant für Freude und Glück am Arbeitsplatz.

„Also das wäre so ein Moment, wo man den Patienten geholfen hat, irgendwas notfallmäßig, Akutes erkannt hat, den Patient auch wirklich in den richtigen Weg geleitet hat, und im Anschluss dann nichts passiert ist, wenn der Patient kommt

und sagt, Danke, Sie haben mir geholfen. Das sind schon dann eben die glücklichen Momente in der Praxis.“ (Ärztin in einer Einzelpraxis)

Solche „Glücksmomente“ werden zum Teil auch im Team geteilt und das bestärkt alle, die einen Beitrag zu diesem Ergebnis geleistet haben. Das Registrieren und Verbalisieren solcher Momente unterstützt den Blick auf das eigene Wohlbefinden und Glück.

„wenn manche Patienten so reinkommen, und dann mit einem Lächeln wieder rausgehen, geht man mal eben hin und sagt, Mensch, ist wieder total klasse rausgegangen und so, ne, ist richtig gut geworden. Das sind dann solche positiven Kleinigkeiten eigentlich schon, ne. Das reicht dann schon total, ne.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis)

Bei diesem Zitat wird der bewusste Blick auf die einzelnen Momente deutlich und die Dankbarkeit für solche Erlebnisse in der täglichen Arbeit.

2.3.2.3 Lokale Verbundenheit

In den Daten wird deutlich, dass eine Verbundenheit mit dem Ort, in dem die Praxis wirkt, ein wesentlicher Faktor für das Wohlbefinden in der beruflichen Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung ausmacht. Das Kennen der Menschen vor Ort mit ihren Besonderheiten und das gemeinsame Wohnen und Leben wird für die kontinuierliche Begleitung über einen langen Zeitraum als wertvoll in den Interviews beschrieben. Man könnte hier auch von einem „Gemeinsam Leben und Wohnen mit den Patient*innen“ sprechen. Eine nicht-ärztliche Mitarbeiterin beschreibt dieses Phänomen beispielhaft:

„Na ja, ich werde darauf angesprochen auch, ne. Wenn ich nicht will, dann Kopf runter und um die Ecke und weg so, ne. Das ist aber ganz, ganz selten, dass ich das nicht will. Oft die Ömmakens, die mich dann fragen und, das finde ich schön, ist für mich okay. (...) Letzte Woche war eine, da haben wir hier Blut abgenommen, die hat sich nicht mehr getraut, dann hier anzurufen oder vorbeizukommen, so. Sage ich, Frau soundso, rufen Sie mich Montag an, ich gucke mir die Ergebnisse an und dann sprechen wir, wie es weitergeht. Och, das ist so lieb von Ihnen, blabla. Das finde ich schön. Das mache ich aber auch gerne. Ist keine Pflicht für mich, das mache ich aber auch gerne.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Einzelpraxis)

Es wird deutlich, dass das Gespräch mit den Patient*innen zum Leben dazugehört und ein Kümmern um die Patient*innenbelange das Arbeiten in der hausärztlichen Versorgung ausmacht. Der direkte Kontakt mit den Patient*innen auch außerhalb der Arbeitszeit wird in diesem Fall als erfüllend erlebt. An anderer Stelle betont die nicht-ärztliche Mitarbeiterin jedoch auch, dass die Kontrolle über die Kontaktaufnahme bei ihr liegt.

„Schauen Sie mal, ich bin jetzt (...) 32 Jahre hier im Dorf und da habe ich 90-Jährige, deren Eltern ich schon betreut habe (lachen). Ja, also ich sage mal, die ganze Familiengeschichte und mit den Menschen hier zu leben und ihnen zur Seite zu stehen, das ist für mich, dass ich als Hausarzt keine heroischen Dinge von

Herztransplantationen, was auch immer mache, nein, überhaupt nicht, aber ich kenne meine Menschen. Ich kenne meine Leute hier, ja. Und ich lebe hier im Dorf, ich gehe hier einkaufen und es ist einfach, man respektiert sich sehr. Es ist einfach eine erfüllende Tätigkeit.“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis)

In diesem Zitat wird deutlich, dass der hier zitierte Arzt eine bestimmte Rolle in der Gesellschaft, in "seinem Dorf", eingenommen hat und die Anerkennung seiner Rolle als wertvoll für seine Zufriedenheit mit seiner ärztlichen Tätigkeit ansieht. Interessant ist, dass er die Hochleistungsmedizin im Vergleich zu seiner Menschen zugewandten ärztlichen Tätigkeit thematisiert. Es wird deutlich, dass die Allgemeinmedizin, auch wenn sie keine medizinische Maximalversorgung bietet, eine besondere Nähe zum Patienten, eine Kontinuität in der Betreuung ermöglicht, die als erfüllend angesehen wird. Ebenso hält die Vielfältigkeit der Beratungsanlässe Freude an der Arbeit bereit. In einem anderen Interview wird beschrieben, dass gemeinsam mit den Patient*innen eine Entwicklung erfolgt, da Fragestellungen bearbeitet werden können, die das Leben bereithält und diese Auseinandersetzung auch für die eigenen Lebensfragen Entwicklungspotenzial ermöglicht.

„Also ich bin immer noch ziemlich glücklich, dass ich hier jeden Tag hin gehen darf (lachen). Ich bin nun wirklich, ich bin TOTAL begeistert für diesen Hausarztjob. Ich finde den GROßARTIG. Und ich_ was mich, glaube ich, am meisten fasziniert ist, dass ich mich weiterentwickle, weil ich so viele Entwicklungen von Menschen beobachte oder wahrnehme. Also ich (...) das_ also allein_ jeden Tag denke ich wieder, was ist das für ein Geschenk, hier, da stehen jetzt irgendwie gleich zehn Leute auf der Wartezimmerliste. Und ZEHN verschiedene Anlässe und zu (...) und mit jedem Anlass irgendwie umzugehen. Also dieses, das ist wirklich, das ist unglaublich BEGLÜCKEND. So, also von der einfachen Warze bis zum Ehekonflikt. Es ist ALLES DA. Es ist einfach das ganze LEBEN liegt hier immer wieder auf dem Tisch und sowohl körperlich, wie in eigentlich in allen Lebensbereichen. Wir sind ja nicht Hausarzt nur für den Körper“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis)

Im Kontext der Passung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen spielt die regionale Prägung des ärztlichen Personals möglicherweise auch eine bedeutende Rolle. Ein junger Arzt, der erst vor Kurzem in den niedergelassenen Bereich gewechselt hat, beschrieb dieses Phänomen sehr bildhaft.

„Ja, ich habe ja eben schon mal drauf angesprochen, wenn die Leute so vom gleichen Schlag sind, ne? [...] da sagte ich, ja, ich verordne Ihnen mal Gelomyrtol, nein, ist das das, wo einem die Tanne immer hochkommt? (lachen) Da musste ich so LACHEN, ja. Irgendwie ich dachte, ja, das ist so was von typisch hier, ne? Ich musste jetzt auch immer lachen, wenn die Leute, man hat halt so ein anderes Spektrum, ne? Die Menschen sagen einem nicht so, oh es ist besser geworden, nein, nein, nein, die Region sagt immer, das Beste was man erreichen kann ist, ja, schlimmer ist das nicht geworden. Ja, das ist schon, wow, (lachen) da hast du ja einen richtigen Therapieerfolg gemacht, ne? Man muss sich halt so ein bisschen

auf die Leute hier wieder so einstellen, aber das ist etwas, das macht wirklich Spaß, das macht wirklich Spaß, ja. [...] Aber da kann man nicht einfach so die Sprüche lassen wie hier, da versteht keiner was, was Gallern ist oder, ne, es gallert draußen, es regnet, oder was ein Pölter ist, ja? Ein Schlafanzug, ne? Solche, aber gerade diese Worte, wenn man die hier benutzt kommt man GUT an, dann schlägt man richtig schnell ein bei den Menschen und die fühlen sich gut aufgehoben. Deshalb bin ich auch jemand gewesen, der immer gesagt hat, so was wie Hausarzt kann man eigentlich nur in der Region machen, wo man herkommt, ne? Finde ich persönlich so.“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis)

Im dem Zitat wird deutlich, dass die Gemeinsamkeit der Herkunft ein wesentliches Verbindungsmerkmal mit den Patient*innen in der hausärztlichen Tätigkeit sein kann. Das „Ankommen“ vor Ort und das Verweben mit der örtlichen Community ist ein starkes Fundament für die hausärztliche Tätigkeit (P5). Gleichzeitig wird hier darauf eingegangen, welchen Vorteil es bietet, wenn man die Region kennt bzw. welche Schwierigkeiten auftreten, wenn man als Arzt oder Ärztin zuzieht und noch nicht „eine Sprache spricht“. Schließlich macht das Zitat auch deutlich, dass Zugezogene Sympathien gewinnen, wenn sie sich den regionalen Sprachduktus aneignen.

2.3.2.6 Einzelpraxis vs. Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft

In den Interviews und Beobachtungen war der Unterschied zwischen Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften immer wieder präsent.

Eine höhere Arbeitsbelastung des Arztes in der Einzelpraxis wird deutlich, da Vertretungsregelungen im Urlaub, bei Krankheit oder bei Fortbildungen in jedem Fall mit einer anderen Praxis abgestimmt werden müssen. Ein Austausch bei medizinischen Fragestellungen ist nicht so einfach und niederschwellig möglich wie in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft (P2). Eine Aufteilung oder Begrenzung von Arbeitszeiten für private Freiräume wird in Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften sehr geschätzt (P1_A2, P1_A3, P2_1, P2_A2).

„Habe meine Facharztprüfung [Jahr] abgeliefert und bin seit [Jahr] mit [Name] hier in der Gemeinschaftspraxis, weil, nach 18 Jahren Alleinkämpfertum war ich fertig und ausgebrannt. Wir hatten ja damals auch wahnsinnig viele Dienste. 10 Ärzte hier in unserer Großgemeinde mussten 365 Tage, 24 Stunden pro Tag abdecken. Es gab ja keinen, wie jetzt, zentral großräumig geregelten Notdienst, sondern jeder kleine Bezirk machte das alleine. Und da war ich wirklich alle und dann war glücklich, dass ich [Name] gefunden habe.“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis)

Auch wenn in diesem Zitat die Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft als besseres Modell gewertet wird, wird auch der Vorteil einer Einzelpraxis von Ärzt*innen betont. Die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von ärztlichen Kolleg*innen sowie keine Vorgesetzten zu haben, die Vorgaben machen, wurde positiv bewertet.

*„und ansonsten genieße ich das immer wieder, dass ich hier die Chefin bin, (...) dass ich (...) mir überlegen kann, dieses kann ich so oder jenes kann ich anders“
(Ärztin in einer Einzelpraxis)*

2.3.2.7 Abrechnungen, Zusammenarbeit mit KV (Selbstständigkeit), Schriftverkehr

In den Arztpraxen fallen viele Aufgaben, die dem administrativen Bereich zuzuordnen sind, an. In den Interviews berichten hauptsächlich die Mitarbeitenden über dieses Aufgabenfeld.

„Und (...) ansonsten mache ich sehr viel eben diese ganze Bürokratie, sämtliche Anfragen, Versorgungsämter, Versicherungsanfragen. Dann diese ganze DMP-Geschichte, ist Ihnen ein Begriff, muss ich nicht sagen, (...) alles sehr umfangreich, Privatrechnungen schreiben und solche Sachen eben. WAS natürlich auch noch unheimlich zugenommen hat, (...) ist dieser ganze Papierkram, das heißt, die (...) Arztberichte. (...) Manchmal bin ich am Scannen und dann schickt der Fax dann mir wieder neue (lachen) auf den Stapel, ja.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Gemeinschaftspraxis)

Es wird sowohl in den Interviews als auch den Beobachtungsprotokollen deutlich, dass diese administrativen Tätigkeiten, die aus Abrechnungen, Dokumentation, Kommunikation mit Kooperationspartner*innen oder anderen Institutionen bestehen, zusätzlich zur Patient*innenversorgung anfallen. Es handelt sich um Aufgaben, die in der Regel keinen Patient*innenkontakt zum Inhalt haben und somit auch als der eigentlichen Tätigkeit nachgeordnet wahrgenommen werden.

„dieser ganze Schriftkram, ne (...) das ist echt, wird immer mehr, habe ich das Gefühl und da dann wirklich einfach auch zu gucken, dass die Arbeit nicht liegen bleibt, (...) das ich echt schwierig, ne. Oder ich habe vor einiger Zeit ein bisschen länger gefehlt, und (...) ich habe immer noch nicht alles aufgearbeitet, ne, weil halt einfach der Patient, der vor mir steht, der geht vor vor dem Papierkram, der in meiner Schublade liegt, ne.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Gemeinschaftspraxis)

Die ökonomischen Aspekte einer Niederlassung scheinen ein Störfaktor für Glück und Zufriedenheit für manche Hausärzt*innen zu sein. Dieser Aufgabenbereich wird zum Teil als notwendiges Übel verstanden.

„Die Niederlassung hatte ich NIE angestrebt, (...) weil ich der Ansicht war, dass man da auch ein Kaufmann sein muss, was ich nicht wollte. (...) Und in der Klinikshierarchie aber, auch wenn man an der Spitze ist, hat man andere Probleme dann, die Hierarchieprobleme eben. (...) Und deswegen habe ich dann mich niedergelassen und muss mich eben wohl oder übel mit den kaufmännischen Sachen auch beschäftigen.“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis)

Auch bei einer Mitarbeiterin, die für diese Aufgaben in ihrer Praxis zuständig ist, wurde deutlich, dass es sich um eine unliebsame Aufgabe handelt:

„‘Macht kein anderer’. Da sie plant, in den nächsten zwei Jahren in den Ruhestand zu wechseln, möchte sie gerne jemanden anlernen. Es kam damals so, dass sie diese Aufgabe der Abrechnung und IT übernommen hat. ‚Einer musste es ja machen’. Sie hat sich eingearbeitet und die Fortbildungen gemacht“ (Gemeinschaftspraxis, Beobachtungsprotokoll).

Die Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung wurde im Bereich der Abrechnungen immer wieder thematisiert. Das nachfolgende Zitat verdeutlicht eine ambivalente Haltung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

„Die KV, also prinzipiell finde ich die, finde ich das eigentlich ein geniales System (...) mit der KV, die dazwischengeschaltet ist, dass ich nicht als Ärztin jedem Patienten hinterherrennen muss wegen einer Rechnung (...) und auch so Ausgleichen und so weiter, ne, Verhandlungen, aus_, finde ich prinzipiell wunderbar. (...) Eine Zeit lang wurde das mit der KV immer unangenehmer. Die haben sich manchmal so verhalten wie die Bürokraten in den Siebzigern, ja, wo da jemand hinter einem Schreibtisch thront und sagt, Würstchen, was willst DU denn, ne? Dann wurde das mit der KV, eine Zeit lang waren die richtig (...) kooperativ und freundlich, als die nämlich von diesen verschiedenen Ärztenetzen unter Druck gesetzt wurden und Leute da irgendwie Kassenzulassungen zurückgeben wollten und so. Da fand ich das richtig angenehm mit denen zu telefonieren.“ (Ärztin in einer Einzelpraxis)

2.4 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung folgte einem mixed-methods-Ansatz, da sie quantitative und qualitative Forschungsmethoden anwendet, um die Forschungsfragen zu beantworten. Im Fokus der Betrachtung standen Glück und Zufriedenheit, Stressoren und Ressourcen sowie der Arbeitsalltag der Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden in Hausarztpraxen. In der Diskussion steht die Verknüpfung der Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung, der Interview- und Beobachtungsauswertung im Vordergrund. Die Diskussion der einzelnen Befunde im Spiegel der aktuellen Literatur erfolgt in den jeweiligen Publikationen.

In der schriftlichen Befragung zeigt sich die Relevanz und Bedeutung illegitimer Aufgaben in der Hausarztpraxis. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass Ärzt*innen häufiger unnötige und unzumutbare Aufgaben in ihrem täglichen Tun wahrnehmen als nicht-ärztliche Mitarbeitende. In Verbindung mit den Ergebnissen der qualitativen Datenerhebung und -analyse zeigt sich, dass das Thema illegitime Aufgaben hauptsächlich über Aufgaben ohne Patient*innenbezug beschrieben wird. Auf Dokumentationen, Kommunikationswege, ökonomische Aspekte einer Praxis bezieht sich vermutlich ein Großteil der Zuschreibung als unnötig oder unzumutbar. Dennoch wäre es angezeigt, in weiteren Untersuchungen der Frage nachzugehen, was Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitenden als unnötige und unzumutbare Aufgaben in der Praxis definieren. Aufbauend auf den gewonnenen Erkenntnissen könnten Interventionen entwickelt werden, die illegitime Aufgaben reduzieren. Denkbar wäre es, dass Arbeitsabläufe und die Verteilung von Aufgaben umstrukturiert werden und Verantwortlichkeiten neu verteilt werden. Eine Weiterqualifizierung und Spezialisierung von nicht-ärztlichem Personal kann eine

Möglichkeit für Ärzt*innen sein, administrative Aufgaben zu delegieren und gleichzeitig Weiterentwicklung bei Mitarbeitenden zu fördern. Auch die Anerkennung ihrer Tätigkeit kann durch Verantwortungsübertragung gestärkt werden. Möglicherweise könnten einzelne Aufgaben aufgrund von IT-Infrastrukturen und digitalen Strukturverbesserungen auch ganz vermieden werden. Neue Versorgungsmodell mit weiteren Berufsgruppen in der Primärversorgung, die die ärztliche Tätigkeit ergänzen und Entlastung in dieser Hinsicht schaffen, sind ebenfalls denkbar.

In der qualitativen Analyse konnte herausgearbeitet werden, dass die Beziehung zu den Patient*innen glücksstiftend ist. Allgemeinmedizinischen Praxen ist es möglich, Patient*innen über lange Zeit zu begleiten und enge Beziehungen aufzubauen. Die Vielfältigkeit der Beratungs- und Behandlungsanlässe ist enorm und Lebensfragen stehen eher im Mittelpunkt als Hochleistungsmedizin. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den Erkenntnissen aus der schriftlichen Befragung. Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende berichten im Vergleich zu persönlichen oder arbeitsbezogenen Burnout-Symptomen von einer geringen Symptomlast im Bereich der patient*innenbezogenen Arbeit. Die Arbeit mit Patient*innen kann aber auch energieraubend erlebt werden, wenn die Passung zwischen Arzt/Ärztin und Patient*in oder die notwendige Abgrenzung zum Patienten/ zur Patientin nicht gegeben ist. Unzufriedene Patient*innen tragen besonders bei Mitarbeitenden zur Unzufriedenheit bei. Aus den Ergebnissen der Interviews lässt sich ableiten, dass es relevant ist, individuelle Strategien zu entwickeln, den Anforderungen, die in der Interaktion mit Patient*innen entstehen, zu begegnen. Aufgezeigt wurden Strategien wie klare Grenzen zu ziehen, wenn Zeit für die eigene Selbstfürsorge ist, eine klare Abgrenzung zwischen der eigenen und der Verantwortung der Patient*innen zu ziehen, und bei Bedarf auch eine Beendigung der Versorgungsbeziehung in Betracht zu ziehen. Für die Bearbeitung von derartigen patient*innenbezogenen Fragestellungen sei an dieser Stelle auf Balintgruppen¹² hingewiesen. Ebenfalls können solche Themen im Rahmen von Qualitätszirkeln besprochen werden. Hier können über einen kollegialen Austausch Lösungen entwickelt oder ein Netzwerk für die Weitervermittlung von Patient*innen zu anderen Ärzt*innen aufgebaut werden.

In den Beobachtungs- und Interviewdaten wurde deutlich, dass es von Hausärzt*innen als Entlastung wahrgenommen wird, wenn mindestens eine weitere Person in der Praxis tätig ist, die ebenfalls Verantwortung trägt. Diese Entlastung scheint sich im Besonderen auf der Ebene der zeitlichen Verfügbarkeit in der Praxis zu ergeben. Diese Beobachtung steht im Einklang mit dem Trend hin zur Anstellung und zu mehr Gemeinschaftspraxen/Praxisgemeinschaften. Eine wissenschaftliche Begleitung dieser Trends sollte beachtet werden, um mithilfe von politischen Maßnahmen gesundheitsgefährdende Entwicklungen entgegenzuwirken und entstehende Gesundheitsressourcen zu fördern. Eine Analyse des Zusammenhangs zwischen der Praxisart und des Beschäftigungsverhältnisses mit Arbeitszufriedenheit und gesundheitlichen Auswirkungen erscheint daher sinnvoll. Auch eine tiefergehende Untersuchung hinsichtlich der unterschiedlichen Organisations- und Managementstrukturen der Praxisarten und deren Auswirkungen auf die benannten Parameter wäre für zukünftige Untersuchung von hohem Interesse.

¹² Moderierte Arbeitsgruppen von Ärzt*innen, die Ärzt*in-Patient*in-Beziehungen detaillierter besprechen, um sie besser zu verstehen

In der Auswertung der Aspekte der Arbeitszufriedenheit wurde deutlich, dass die Ärzt*innen im Durchschnitt die höchsten Werte für den Aspekt „Kolleg*innen und Mitarbeitende“ vergeben haben. Das kollegiale Miteinander war in den Beobachtungen und den Interviews ebenfalls ein wesentlicher Aspekt für Glück und Zufriedenheit. Die Ärzt*innen verwiesen darauf, dass sie auf eine gute Zusammenarbeit mit den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden angewiesen sind. Die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden wussten um dieses Vertrauen und setzen es beispielsweise bei dem Ausgleich von Krankheitszeiten in eigenverantwortliches Handeln um. Die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden berichteten ebenfalls von einem enormen Wert, sich aufeinander verlassen zu können. Gemeinsame Aktionen wie Ausflüge scheinen dem kollegialen Miteinander zuträglich zu sein. Ebenso die Passung der Menschen in einem Team. Fehlt das kollegiale Miteinander, führt es zur Beeinträchtigung der Arbeitszufriedenheit, von Freude und Glück bei der Arbeit. Weitergehende Untersuchungen könnten sich der Frage widmen, wie das kollegiale Miteinander spezifisch in einer hausärztlichen Praxis gefördert werden kann.

In der schriftlichen Befragung zeigte sich, dass gesundheitsförderliches Potenzial in der Stärkung der Erholungsfähigkeit liegt. Die Erholungsfähigkeit am Feierabend wurde in den Interviews angesprochen, war jedoch nicht der Hauptfokus der qualitativen Erhebung. Es wurden jedoch Abgrenzungsstrategien und Tätigkeiten, die zur Erholung am Feierabend dienen, angesprochen. Um die Erholungsfähigkeit bei Hausärzt*innen und Mitarbeitenden zu fördern, wären Maßnahmen auf individueller Ebene angezeigt. Die schriftliche Befragung spricht dafür, dass die vier untersuchten Aspekte der Erholungsfähigkeit bei den Hausärzt*innen und Mitarbeitenden unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Gründe hierfür sollten in weiteren Untersuchungen eruiert werden und bei der Gestaltung der Maßnahmen berücksichtigt werden.

Das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl kann als Indikator für die gesundheitsförderliche Ausrichtung des Arbeitsplatzes gesehen werden. Besonders das Merkmal der Sinnhaftigkeit scheint bei den Befragten stark ausgeprägt zu sein. Dieses Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen der Interviews und Beobachtungen und bezieht sich stark auf die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung. Die Aufgabe als „Lebensbegleiter*in“, die von den Ärzt*innen in den Interviews beschrieben wird, und Ansprechperson bei ganz unterschiedlichen Anlässen zu sein, spiegelt die Sinnhaftigkeit wider. Auch die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden beschreiben die Sinnhaftigkeit in ihrer Tätigkeit, wenn sie über die Beziehung zu den Patient*innen sprechen. Sie sind ebenso Ansprechperson bei Gesundheitsfragen und handeln häufig eigenständig, um Praxisabläufe effizient zu gestalten. Die Merkmale „Verstehbarkeit“ und „Handhabbarkeit“ sind weniger stark ausgeprägt. Erklärbar ist dieses Ergebnis zum Beispiel mit dem Multitasking im Tätigkeitsbereich der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, mit ständigen Unterbrechungen (z. B. an der Anmeldung) und der hohen Priorität der Patient*innenversorgung, währenddessen andere Aufgaben nicht bearbeitet werden können. Weiterhin können auch die unterschiedlichen Erwartungen der Patient*innen und Beratungsanlässe in der ärztlichen Tätigkeit als Erklärung herangezogen werden.

Relevanz der Ergebnisse

Insgesamt deuten die Ergebnisse der Untersuchung darauf hin, dass Maßnahmen mit dem Ziel der Steigerung der gesundheitsbezogenen Ressourcen (hier im Rahmen der schriftlichen Befragung am Beispiel des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls, des Arbeitsengagements und der Erholungsfähigkeit untersucht) für das Setting „Hausarztpraxis“ entwickelt werden sollten. Hierbei gilt es, unterschiedliche Bedarfe in Bezug auf das Geschlecht, die Praxisart, die Dauer der Niederlassung und die aktuelle Lebensphase anzupassen. In der Forschungslandschaft zur Gesundheit von Healthcare Professionals hat die Salutogenese bislang noch eine untergeordnete Rolle. Die vorliegenden Ergebnisse stärken diesen Forschungsansatz.

Einige Erkenntnisse aus dieser Studie können für die Nachwuchsgewinnung in der hausärztlichen Primärversorgung genutzt werden. Es ist ein prioritäres Ziel der Gesundheitspolitik, mehr Hausärzt*innen auszubilden und in der Niederlassung zu unterstützen. Zum Beispiel die Aussagen in den Interviews und Ergebnisse der Beobachtungen können für die Darstellung der hausärztlichen Tätigkeit eingesetzt werden. Die positiven Aspekte wie die kollegiale Zusammenarbeit im Praxisteam, die Freiräume, die sich in der Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis ergeben, die hohe Sinnhaftigkeit in der Tätigkeit oder die Vielfältigkeit der Behandlungsanlässe könnten für die Bewerbung des Fachgebiets genutzt werden. Maßnahmen könnten entwickelt werden, die die hausärztliche Praxis attraktiver gestalten und dabei das Verbesserungspotenzial hinsichtlich Einkommen, Arbeitsstunden und illegitimen Aufgaben aufgreifen.

Limitationen

An dieser Stelle sollen auch die Limitationen des ersten Projektteils kurz diskutiert werden.

Eine Responserate in der deutschlandweiten Befragung lässt sich nicht ermitteln, da uns die jeweilige exakte Zusammensetzung der angeschriebenen Praxen nicht bekannt ist. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Antwortreaktion bei 10.000 zufällig angeschriebenen Ärzt*innen sehr gering ausfällt, wobei in diesem Zusammenhang betont werden muss, dass die errechnete Fallzahl bereits nach der ersten Erinnerung erreicht war und somit die Akquise von weiteren Antworten gestoppt wurde. Besonders zufriedene oder besonders unzufriedene Personen können an der Befragung teilgenommen haben. Es ist möglich, dass diejenigen, die wenig Zeit haben, aus Zeitmangel die Teilnahme an der Befragung nicht wahrgenommen haben. Die schriftliche Befragung dauert ca. 15 Minuten, die Interviews ca. 30 Minuten und die Beobachtung erfolgte an einem Arbeitstag. Dieser zeitliche Aufwand war für einige Ärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende vermutlich ein gewichtiger Grund, nicht teilzunehmen. Es ist möglich, dass sich Ärzt*innen durch das Thema und den Studientitel nicht angesprochen fühlten. Gleichzeitig ist es aber auch möglich, dass insbesondere Ärzt*innen teilgenommen haben, die sich besonders durch den positiven ausgerichteten Studientitel zur Teilnahme eingeladen fühlten. Ein Selektionsbias (Stichprobenverzerrung) kann vor dem Hintergrund der Ausführungen nicht ausgeschlossen werden.

Bei der schriftlichen Befragung und auch den Beobachtungen wählten wir den Zugang über den Arzt/die Ärztin bzw. den Praxisinhaber/die Praxisinhaberin. Für die schriftliche Befragung

bedeutete das, dass der angeschriebene Arzt/die Ärztin einer Teilnahme positiv gegenüberstehen musste, damit eine Weiterreichung oder Einladung der ärztlichen Kolleg*innen, sowie nicht-ärztlichen Mitarbeitenden erfolgte.

Es handelt sich bei der schriftlichen Befragung um ein Befragungsinstrument mit Selbstauskunft. Daher kann von den Teilnehmenden sozial erwünscht geantwortet worden sein. Fehlende Werte (Nichtbeantwortung von einzelnen Items) in der schriftlichen Datenerhebung können mit folgenden Ursachen erklärt werden: hohe Anzahl an Items, Fragen nicht verstanden, unzureichende Motivation, Fragen nicht als relevant eingestuft, Informationen zur Beantwortung der Frage liegen nicht vor bzw. sind unbekannt (z. B. Scheine pro Quartal), zu persönliche Fragen.

Aufgrund des Querschnittsstudiendesigns können keine Aussagen über kausale Zusammenhänge getroffen werden.

Der Zugang zum Feld für die qualitative Datenerhebung erfolgte über verschiedene Wege. Insgesamt wurden alle Interessensbekundungen zur Studienteilnahme vom Studienteam wahrgenommen. Eine Auswahl erfolgte nicht. Insgesamt zeigte sich im Feld ein geringes Interesse und eine geringe Bereitschaft an der Studie teilzunehmen. Überlegungen zum Vorabsampling konnten nicht umgesetzt werden. Daher ist mit der qualitativen Untersuchung kein umfängliches Abbild des Versorgungsalltags gelungen. Es lässt sich vermuten, dass insbesondere die Praxen, die für sich eine hohe Zufriedenheit feststellen würden, bereit waren, an der Beobachtung und den Interviews teilzunehmen. Zugleich gehörten keine größeren Praxen (mehr als drei Ärzt*innen) zu dem Studiensample. Somit sind Schlussfolgerungen auf Grundlage der qualitativen Forschungsdaten nicht angezeigt. Dennoch geben sie einen ersten Einblick in die subjektiven Sichtweisen der beiden Berufsgruppen, die auch in der schriftlichen Befragung befragt wurden.

In Bezug auf die Datenerhebung und -auswertung ist die nicht-ärztliche Profession der Untersucherin zu berücksichtigen. Sie hospitierte zu Projektbeginn in zwei hausärztlichen Praxen für je einen Tag. Die Interviewdaten wurden von einer Person analysiert. Eine kollegiale Validierung erfolgte bislang nicht, wird jedoch im Rahmen der Publikation in einer Fachzeitschrift angestrebt.

2.5 Fazit und Ausblick

Es konnten im Rahmen der Studie neue Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Stressoren und Ressourcen mit Burnout, Glück und Zufriedenheit bei Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden der hausärztlichen Versorgung gewonnen werden. In weiteren Studien sollten die gewonnen Erkenntnisse tiefergehend untersucht werden. Als Beispiel lassen sich die illegitimen Aufgaben nennen. Weiterhin sollten die Aktivitäten im privaten Bereich zum einen vor dem Hintergrund der Burnout-Symptome im persönlichen Bereich und zum anderen aufgrund der Erholungsfähigkeit am Feierabend stärker bei der Untersuchung von Glück und Zufriedenheit im Arbeitskontext eingebunden werden. Das Thema Familie und Arbeit ist für die interviewten Ärzt*innen von Relevanz. Eine Vereinbarung beider Lebensbereiche scheint in

der hausärztlichen Versorgung eher als in anderen Settings der Gesundheitsversorgung möglich zu sein. Die vorliegende Untersuchung hatte die Interaktion von Arbeit und Familie jedoch nicht zum Hauptforschungsinteresse. Daher sollten weiterführende Untersuchungen diesen Aspekt stärker in den Blick nehmen.

Weiterhin interessiert die Frage, wie das ärztliche Wohlbefinden die Patient*innenversorgung beeinflusst. Anknüpfend an die Status quo-Erhebung wäre es denkbar, den Brückenschlag zu der Patient*innenversorgung zu machen. Eine Verknüpfung zwischen der Zufriedenheit der Ärzt*innen und der Zufriedenheit der Patient*innen wäre ein relevanter Aspekt. Weiterhin ist auch vorstellbar, klinische Outcomes und Qualitätsindikatoren (Patient*innensicherheit) mit dem Wohlbefinden der Ärzt*innen in Beziehung zu setzen. Auch der Aspekt der Gesundheitsausgaben erscheint vor dem Hintergrund der Versorgungsqualität relevant. Entstehen möglicherweise Mehrkosten durch ein reduziertes Wohlbefinden der Healthcare Professionals?

Maßnahmen auf organisationaler und struktureller Ebene hinsichtlich von Aufgabenverteilungen könnten zur Reduktion von Burnout und zur Steigerung von Glück und Zufriedenheit beitragen. Denkbar sind hier Veränderungen in den Bereichen Arbeitsstunden pro Woche, Delegation von Aufgaben und Terminstrukturen. Interventionen, die auf Gesundheitsförderung abzielen, könnten ebenfalls zur Reduktion von Burnout und zur Steigerung von Glück und Zufriedenheit beitragen. Das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl und die Erholungsfähigkeit können durch Maßnahmen zur Förderung der Selbstwirksamkeit, Entspannung, Kontrollwahrnehmung etc. gestärkt werden. Achtsamkeitsbasierte und -informierte Verfahren können beispielsweise eingesetzt werden.

Gemeinsam mit dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde eine weitere Erhebung, aufbauend auf den Erkenntnissen der vorliegenden Studie, im Rahmen des Praxis-Panel angestrebt. Das Kooperationsprojekt würde die Möglichkeit bieten, Lebens- und Arbeitszufriedenheit in Verbindung zum Leistungsspektrum und der wirtschaftlichen Situation der jeweiligen Praxis zu setzen. Hervorzuheben ist, dass sich das Projekt auf die gesamte niedergelassene Ärzteschaft beziehen würde, sodass alle Fachgruppen berücksichtigt und die Erhebungsdaten zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung verglichen werden könnten. Weiterhin könnte ein regionaler Vergleich in Deutschland erfolgen, der im bisherigen Projekt nicht berücksichtigt wurde. Aufgrund zeitlicher Ressourcen und anderer prioritärer Befragungen seitens des Zentralinstituts ruhen aktuell die Unternehmungen, das Kooperationsprojekt umzusetzen.

Zudem wurde angedacht, in Kooperation mit den zahnärztlichen Kolleg*innen der Universität Witten/Herdecke ein Projekt mit ähnlichem Fokus in zahnmedizinischen Praxen durchzuführen. Auch gibt es bereits Überlegungen, Glück und Zufriedenheit bei Apotheker*innen zu erheben. Diese Überlegung knüpft an eine Promotionsarbeit an, in der der Wissenstand von Patient*innen zu ihrer Medikation (Neuverordnung und Dauermedikation) sowohl in Apotheken als auch in Praxen untersucht werden soll. Als weitere wichtige Gruppe der Healthcare Professionals wurden die Pflegenden identifiziert. Hier sind Projekte geplant bzw. angedacht im Kontext der stationären Akut- und Langzeitversorgung sowie im Ausbildungskontext. In Kooperation mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. startete das Projekt „Glück und Achtsamkeit

in Pflegeeinrichtungen“ im Jahr 2020. In einem weiteren Projekt wird die gesundheitsförderliche Maßnahme „Gesunder Start – Pflegeedition“ der BARMER und Moove GmbH für Auszubildende der Pflege evaluiert. Zudem wird das Modellprojekt „Stressprävention in der Pflege“ der BARMER und 7mind (Meditations-App) ebenfalls evaluiert. Beide Projekte starten im Januar 2021.

Auf methodischer Ebene soll nicht unerwähnt bleiben, dass ein Großteil der Ärzt*innen bzw. Praxen nach wie vor Befragungen in Form einer „paper-pencil“-Befragung bevorzugen anstatt an einer Online-Befragung teilzunehmen. Der vergleichsweise höhere Aufwand, der entstand, um Faxantworten zuzusenden, den schriftlichen Fragebogen auszufüllen und die Rücksendung per frankiertem Briefumschlag wurde dabei in Kauf genommen. Für die methodische Umsetzung von zukünftigen Forschungsvorhaben in der ambulanten Gesundheitsversorgung sind diese Erfahrungen zu berücksichtigen. Traditionelle Befragungsmethoden sollten daher weiterhin bei der Studienplanung ergänzend mit einbezogen werden. Aktuelle Entwicklungen im Kontext von der Telematik-Infrastruktur, den e-Health-Anwendungen und videobasierten Sprechstunden, App auf Rezept etc. können möglicherweise auch zu einer höheren Akzeptanz von online-Befragungen bei allgemeinmedizinischen Teams führen.

2.6 Publikationen und Aktivitäten

Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2020): Intention to leave practice among general practitioners – results from a cross-sectional study in Germany. Vortrag auf der 25. WONCA Europe Conference 2020, 17.-19.12.2020 in Berlin.

Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2020): State of the Art: Glück und Lebenszufriedenheit in der ärztlichen Praxis. Wie glücklich sind Ärzte? NeuroTransmitter 31 (1-2).

Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2020): Achtsamkeit in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Langer, Thorsten; Schnell, Martin W. (Hrsg.): Grundlagen der Arzt-Patient-Interaktion. Handlungsanleitungen für die Praxis. Kulmbach: MI Verlag. S. 263-275.

Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2019): Glück und Zufriedenheit von Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland. Vortrag auf dem 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 12.-14.09.2019 in Erlangen. Online unter: <http://www.egms.de/en/meetings/degam2019/19degam208.shtml>

Esch, Tobias; Werdecker, Lena (2018): State of the Art: Glück und Lebenszufriedenheit in der ärztlichen Praxis. Vortrag auf dem Symposium ‚Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung – Ärztegesundheit: präventive und therapeutische Ansätze‘. DGPPN Kongress 2018 – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. 28.11.-01.12.2018 in Berlin.

Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2018): Glück in der Hausarztpraxis - Erste Ergebnisse der Online-Befragung. Posterpräsentation auf dem 17. Kongress des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung. 10.-12.10.2018 in Berlin. German Medical Science GMS Publishing House.

Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2017): Glückserleben in der Hausarztpraxis - eine geplante mixed-methods Studie. Posterpräsentation auf dem 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Zukunft Regionale Versorgung - Forschung, Innovation, Kooperation. 04.-06.10.2017 in Berlin. Online unter: <http://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2017/17dkvf297.shtml> DOI: 10.3205/17dkvf297

Werdecker, Lena; Esch, Tobias (2017): Geplante mixed-methods-Studie: Glück in der Hausarztpraxis. Vortrag auf dem 51. Deutschen Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Der Mensch im Mittelpunkt? Hausärztliches Handeln zwischen Ansprüchen und Alltag. 21.-23.09.2017 in Düsseldorf. Abstractband, S. 134.

Werdecker, Lena (2017): Moderation der Session „Teampraxis: erfolgreich und glücklich zusammenarbeiten“ auf dem 51. Deutschen Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Der Mensch im Mittelpunkt? Hausärztliches Handeln zwischen Ansprüchen und Alltag. 21.-23.09.2017 in Düsseldorf. Abstractband, S. 134.

Weitere geplante Publikationen

Werdecker, Lena; Esch, Tobias: Burnout among general practitioners (GPs): Are illegitimate tasks, work-related sense of coherence and recovery experience associated with it? A cross-sectional survey (submitted)

Werdecker, Lena; Esch, Tobias: Life Satisfaction, Happiness and Job Satisfaction Among German GPs: A Comprehensive Cross-Sectional Survey (submitted)

Werdecker, Lena; Esch, Tobias: Unterschiedliche Belastungen und Ressourcen in Hausarztpraxisteams – Ergebnisse einer Querschnittserhebung

Werdecker, Lena; Esch, Tobias: Glück in der Hausarztpraxis – Qualitative Analyse

3 Stressbewältigung in der allgemeinmedizinischen Praxis (Projektteil 2)

Die Ergebnisse des ersten Projektteils deuteten vor dem Hintergrund der bestehenden Literatur darauf hin, dass das Wohlbefinden von Hausärzt*innen und Mitarbeitenden mit Maßnahmen gesteigert werden kann, die die Gesundheitsressourcen potenziell stärken können. Ein Resultat gestärkter Gesundheitsressourcen kann ein verbesserter Umgang mit Stressoren sein. Daher schloss sich an den ersten Projektteil eine Interventionsstudie an.

3.1 Ziel der Untersuchung und Fragestellung

Ziel der Untersuchung war es, zu prüfen, inwiefern eine verhaltensbezogene, gesundheitsförderliche Intervention gesundheitsbezogene Lebensqualität und Ressourcen von Hausärzt*innen und deren nicht-ärztlichen Mitarbeitenden stärken kann und inwiefern arbeitsbezogene Stressoren reduziert werden können.

Die Forschungsfrage lautete: Welche Veränderungen lassen sich im Vorher-Nachher-Vergleich hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität, Ressourcen und arbeitsbezogenen Stressoren beobachten?

3.2 Methodische Vorgehensweise: Interventionsstudie

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen zur Interventionsstudie beschrieben.

Es wurde ein Votum der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke eingeholt. Dieses Votum zeigte keine Bedenken bei der Durchführung der Untersuchung (Nr. 134/2017, Amendment).

3.2.1 Beschreibung der Intervention

Als Intervention wurde das multimodale Stressbewältigungsprogramm „Gesund im Stress nach Prof. Dr. Tobias Esch“ (BERN) gewählt (Esch et al. 2016). Dieses Stressbewältigungsprogramm ist von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert und mit dem Prüfsiegel „Deutscher Standard Prävention“ ausgezeichnet. Das Kursprogramm ist in der Universitätsambulanz für Integrative Gesundheitsversorgung und Naturheilkunde der Universität Witten/Herdecke konzeptionell im Bereich „Gesundheitsförderung“ verortet und ist somit Teil der regelhaften Primärversorgung.

In einer Untersuchung mit Studierenden der Hochschule Coburg konnten in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen bei den Studierenden hinsichtlich mentaler und physischer Lebensqualität, aktueller Stresswahrnehmung sowie emotionalen Stressreaktionen beobachtet werden (Esch et al. 2013).

Kursinhalte des Stressbewältigungsprogramms sind die vier zentralen „Lebensstil“-Säulen:

- Behavior – gesundes und stressreduzierendes Verhalten
- Exercise – ausreichend Bewegung
- Relaxation – reguläre innere Einkehr und Entspannung
- Nutrition – gesunde Ernährung

Im Rahmen dieser vier Bereiche werden gesundheitsförderliche Strategien vermittelt und aktiv geübt (Tabelle 9). Ziel der Kursteilnahme ist die Stärkung der eigenen Gesundheit und Selbstfürsorge sowie der Aufbau eines wirksamen Selbstmanagements.

Die Kursdurchführung in dieser Untersuchung orientierte sich an dem Manual von Esch/Esch (2016). Dieses Manual gliedert die Themenbereiche BERN in acht Module auf:

Modul 1: Stress und Einführung in die Stressbewältigung

Modul 2: Entspannung

Modul 3: Achtsamkeit und Bewegung

Modul 4: Ernährung

Modul 5: Soziales Netz: Freude, Stressabbau und Unterstützung durch das Umfeld

Modul 6: Sprache und Ausdruck

Modul 7: Selbsthilfe und Selbstheilung

Modul 8: Rückfallprävention

Tabelle 9: Elemente des Stressbewältigungsprogramms

BERN – zentrale Lebensstilsäulen	Entsprechende Inhalte aus dem Kursprogramm
Behavior: gesundes und stress-reduzierendes Verhalten	Stress und Stressreduktion (Theorie: Stress, Stressreaktion und Bewältigungsstrategien, eigene Stresssymptome einordnen, Bewegungsübungen, Atemmeditation nach H. Benson); Sprache und Ausdruck (Theorie: Sprache und Ausdruck, Gedankenmuster in Stresssituationen, kognitive Umstrukturierung, im Liegen ausgewählte Übungen aus dem achtsamen Yoga); soziale Unterstützung
Exercise: ausreichend Bewegung	Bewegung als Regulation (Theorie: Bewegung als Regulation – Merkmale und Kennziffern ausgewogener Bewegung, Gehmeditation als aktive Methode, Übungen aus dem Tai Chi Qigong);
Relaxation: reguläre innere Einkehr und Entspannung	Achtsamkeit (Theorie: Achtsamkeit, Übungen zur Muskelstärkungen, Body Scan als Achtsamkeitsübung / Aktive Entspannung), Entspannung (Theorie: Entspannung, aktive vs. passive Entspannung, Biofeedbackinstrument Biodot – Phantasiereise, Koordinationsübungen); Spiritualität
Nutrition: gesunde Ernährung	Gesunde und ausgewogene Ernährung (Theorie: gesunde und ausgewogene Ernährung Kennzeichen mediterraner Kost / ausgewogener Teller als Hilfestellung, Wahrnehmungsübung, Erleben und Trainieren des achtsamen Yogas im Stehen);

Den Teilnehmenden der Kurse wurde das Manual zur Verfügung gestellt. Der Kurs umfasste acht Wochen mit einer wöchentlichen Sitzung von 2 Stunden. Der Kurs sollte, individuell abgestimmt mit der teilnehmenden Praxis, entweder in den Räumlichkeiten der Praxis oder anderen Räumlichkeiten in der Nähe der Praxis stattfinden.

Der Kurs sollte von zertifizierten Mind-Body-Trainer*innen durchgeführt werden. Zu den Anforderungen gehörten ein abgeschlossenes Hochschulstudium (Dipl./Master, ggf. Bachelor bei Eignung) z. B. in Gesundheitsförderung, Ökotrophologie, Sportwissenschaft oder Psychologie/Sozialpädagogik. Eigenverantwortliche Erfahrung als Mind-Body-Medizin-Trainer*in oder Ordnungstherapeut*in in der stationären oder ambulanten Versorgung und das Beherrschen der Methoden der Mind-Body-Medizin. Zusätzliche Erfahrungen aus Bereichen wie Meditation,

Tabelle 10: Übersicht des Erhebungsinstruments

Konstrukt	Instrument
Burnout	Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Kristensen et al. 2005
Subjektiv wahrgenommener Stress	Perceived Stress Scale (PSS-10), (Cohen et al. 1983)
Lebensstil	Selbstentwickelte Fragen
Lebensqualität	Short Form Questionnaire zur Lebensqualität (SF-12), Morfeld et al. 2011
Achtsamkeit	Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA-14), Walach et al. 2006
Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl	Work-related sense of Coherence (Work-SoC), Bauer et al. 2015
Glück	Selbstentwickeltes Item (ESH)
Lebenszufriedenheit	Selbstentwickeltes Item (ESH)
Soziodemografie	Angelehnt an Demografische Standards, Beckmann et al. 2016
Praxis	Selbstentwickeltes Item
Tätigkeit	Selbstentwickelte Items
Profession	Selbstentwickeltes Item
Teilnahmehäufigkeit (t_1)	Selbstentwickeltes Item

Da von der Zielgruppe in der ersten Projektphase für die Datenerhebung häufiger die gedruckte Papierversion des Fragebogens im Vergleich zur Online-Befragung gewählt wurde, sollten bei der Evaluation der Intervention die quantitativen Daten ausschließlich mit einer gedruckten Papierversion des Fragebogens erhoben werden (siehe Anhang).

Für die Fokusgruppe wurde ein Leitfaden im Projektteam entwickelt, mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe diskutiert und anschließend finalisiert. Die Fokusgruppen sollten auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert werden.

3.2.2.2 Fallzahlkalkulation

Die Fallzahlkalkulation wurde anhand des Parameters Burnout vor dem Hintergrund des Mittelwertvergleichs errechnet. Ein t-Test für abhängige Stichproben, zweiseitig, ist das zu verwendende Verfahren. Die Fallzahlberechnung erfolgt zum Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ und einer Power von $\beta=0,80$. Um die Variabilität des Maßes zu bestimmen, bezogen wir uns auf Ergebnisse einer Untersuchung eines Resident-Programms zur Reduzierung von Burnout und Verbesserung des Wohlbefindens im Boston Healthcare System (Mari et al. 2019) sowie eines

leicht veränderten Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Kurses für Pflegende (Bazarko et al. 2013). Im Mittel wurden eine Effektstärke für „personal burnout“ von $\delta = 0,45$, für „work-related burnout“ von $\delta = 0,35$ und für „client-related burnout“ von $\delta = 0,2$ berechnet. Die Fallzahlkalkulation mit g*Power ergibt, dass 32 Personen benötigt werden, um mit einer Power von 80 % ein signifikantes Testergebnis in der Dimension „personal“ zu bekommen. Für ein signifikantes Testergebnis mit einer Power von 80 % in der Dimension „work“ wären 52 Personen notwendig. Für ein signifikantes Testergebnis mit einer Power von 80 % in der Dimension „client“ wären 156 Personen notwendig.

Vor dem Hintergrund von Teilzeittätigkeiten wurde die mittlere ermittelte Fallzahl von $n = 54$ angenommen, so hätten ca. sechs Praxen in die Untersuchung eingeschlossen werden sollen. Bei einem Einschluss von sechs Praxen sind bereits Drop-outs bis zum Zeitpunkt t_2 berücksichtigt.

3.2.2.3 Feldzugang

Deutschlandweit erfolgte die Rekrutierung der Trainer*innen über das Netzwerk von Tobias Esch. Als ehemaliger Studiengangsleiter des Bachelorstudiengangs „Integrative Gesundheitsförderung“ an der Hochschule Coburg konnten Absolvent*innen des Studiengangs (Ausbildung als Trainer*in für das Stressbewältigungsprogramm „Gesund im Stress“ im Rahmen des Curriculums) für eine Kursleitung angesprochen werden. Außerdem ist Tobias Esch als Dozent in der Weiterbildung Mind-Body-Medizin der Kliniken Essen Mitte aktiv, sodass Absolvent*innen dieser Weiterbildung ebenfalls angesprochen wurden.

Um Praxen in der Nähe der Trainer*innen, die deutschlandweit verteilt sind, für das Projekt zu gewinnen, wurden Praxen, die bereits im ersten Projektteil teilgenommen hatten und Interesse an dem zweiten Projektteil geäußert hatten, angesprochen. Zudem wurde über das Lehrpraxennetzwerk der Universität Witten/Herdecke, sowie über Vertreter*innen des Hausärzteverbands und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf das Projekt aufmerksam gemacht.

Die Rekrutierung zu den Fokusgruppen sollte über die teilnehmenden Praxisteamer erfolgen. Professionen und Geschlechter sollten verhältnismäßig in den Diskussionsgruppen vertreten sein.

3.2.3 Datenauswertung

Die Daten der schriftlichen Befragung sollten zunächst deskriptiv ausgewertet werden (Mittelwerte, Standardabweichung, Modus, Minimum, Maximum). Anschließend sollten Veränderungen zwischen Vorher-, Nachher- und Follow-up-Erhebung verglichen werden (Mittelwertvergleich). Die Auswertung sollte software-gestützt mit IBM SPSS Statistics 26 erfolgen.

Die Transkripte der Fokusgruppen sollten mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014) und ggf. mit rekonstruktiven Verfahren, wie z. B. der Dokumentarischen Methode (Bohnsack et al. 2013), ausgewertet werden. Die Auswertung sollte software-gestützt mit NVivo, Version 12, erfolgen.

3.3 COVID-19-Pandemie: Veränderte Zielsetzung und Fragestellung

Ein positives Votum der Ethikkommission lag vor, Trainer*innen und Praxisteams waren bereits zu einer großen Zahl rekrutiert, als die COVID-19-Pandemie im März 2020 Deutschland erreichte. Die ursprünglichen Pläne ließen sich aufgrund der Maßnahmen zur Einschränkung der COVID-19-Pandemie nicht mehr aufrechterhalten. Die verstärkte Einbindung der Versorgungseinrichtungen und zum Teil Unklarheiten in der Zuständigkeit, eine große Unsicherheit in der gesamten Gesellschaft und dem ungewissen Verlauf der Pandemie ließen aus methodischer Sicht ein Festhalten an den ursprünglichen Projektzielen nicht zu.

In Reaktion auf die veränderte Situation wurde schließlich ein explorativer Ansatz gewählt, um die Machbarkeit der Umsetzung eines Stressbewältigungsprogramms und Gesundheitsförderung im Allgemeinen in den allgemeinmedizinischen Praxen stärker in den Fokus zu rücken. Ziel der Untersuchung war es nun, Erwartungen hinsichtlich der Umsetzung und Voraussetzungen für die Durchführung von Stressbewältigungskursen bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Praxis zu identifizieren. Fördernde und hemmende Faktoren sollten beleuchtet und Potenziale der Gesundheitsförderung herausgearbeitet werden.

3.4 Methodische Vorgehensweise: Explorative Untersuchung

Aus dem neuen Fokus ergaben sich Veränderungen in der Studienplanung hinsichtlich der Wahl der Forschungsmethoden.

Zum einen wurde ein geplanter Kurs mit einer hausärztlichen Praxis mit anschließender Fokusgruppe entsprechend den Ausführungen in Kapitel 3.2 durchgeführt. Ergänzend wurden Einzelinterviews mit allen Teilnehmenden sowie der Trainerin geplant. Auf die schriftliche Datenerhebung wurde vor dem Hintergrund des explorativen Ansatzes verzichtet (zu geringe Stichprobe; Fallzahl nicht erreicht).

Zum anderen wurden telefonische Einzelinterviews mit der Zielgruppe der Intervention (Hausärzt*innen und nicht-ärztliche Mitarbeitende) und den Trainer*innen geführt.

3.4.1 Datenerhebung

Die Fokusgruppe mit dem Praxisteam erfolgte via zoom (online Konferenz). Das Praxisteam hatte sich in den Praxisräumen in zwei Gruppen aufgeteilt (vier und fünf Personen) und nahm über zwei Computer an der Fokusgruppe teil. Vom Forschungsteam haben eine Moderatorin und eine Protokollantin mit einem Computer teilgenommen.

Ärzt*innen der Praxis und die Trainer*in standen im Anschluss ergänzend für Telefoninterviews bereit. Die vertiefenden Telefoninterviews fokussierten sich auf die persönliche Sichtweise der Interviewpartner*innen und bezogen bei den Ärzt*innen ihre Aussagen während der Fokusgruppe mit ein.

3.4.1.1 Erhebungsinstrumente

Es wurden Leitfäden im interdisziplinären Team entwickelt: für die Kursteilnehmenden, die Trainer*innen und Ärzt*innen sowie nicht-ärztlichen Mitarbeitenden. Der Leitfaden für Ärzt*innen und Mitarbeitende ist sehr ähnlich und beinhaltet die Themenbereiche Erwartungen an den Kurs, Chancen und Herausforderungen, Organisation der Kurse, spezifische Bedarfe der Zielgruppe hinsichtlich Gesundheitsförderung, Verantwortlichkeit für und Finanzierung von Gesundheitsförderung, Formate der Gesundheitsförderung.

Der Leitfaden für die Trainer*innen beinhaltet die Themenbereiche Erfahrungen mit dieser spezifischen Zielgruppe, spezifische Themenfelder, Herausforderungen, Kursorganisation, Transfer in den Alltag, Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting der Praxis.

Der Leitfaden für die Fokusgruppe thematisiert Erwartungen, das Erleben des Kurses, den wahrgenommenen Nutzen und den Transfer in den Alltag bzw. die hausärztliche Versorgung.

Der Leitfaden an die Kursteilnehmenden bzw. die Trainerin des Kurses bezieht sich auf die Erwartungen, Chancen und Herausforderungen, Inhalte des Kurses und Integration in den Alltag. Zudem wurden Aussagen der Interviewten aus der Fokusgruppe aufgegriffen.

3.4.1.2 Feldzugang

Bei der explorativen Untersuchung wurde auf die bestehenden Kontakte aus dem oben skizzierten Vorgehen zurückgegriffen. Bereits interessierte Trainer*innen wurden zu einem Telefoninterview eingeladen. Die Trainer*innen konnten aufgrund der Pandemiesituation oder aufgrund einer fehlenden passenden Praxis in ihrer Umgebung keinen Kurs anleiten.

Es wurden alle Ärzt*innen und Mitarbeitende kontaktiert, die Interesse an einer Teilnahme an der Interventionsstudie bekundeten. Darunter waren zum einen Ärzt*innen, bei denen in der Nähe kein Trainer und keine Trainerin für die Kursleitung zur Verfügung standen und zum anderen Ärzt*innen und Mitarbeitende, die selbst großes Interesse an einer Teilnahme äußerten, deren Mitarbeitende bzw. Kolleg*innen hingegen kein Interesse an einer Teilnahme hatten.

3.4.2 Datenaufbereitung

Die Fokusgruppe wurde sowohl mit dem Konferenztool „zoom“ aufgezeichnet als auch mit einem Diktiergerät. Die Aufnahme wurde anschließend wörtlich entlang der Regeln von Dresing und Pehl (2001) verschriftlicht. Die Zuordnung der Sprechenden erfolgte mithilfe des Protokolls und das Transkript wurde pseudonymisiert.

Die Telefoninterviews wurden mithilfe eines Audioaufnahmegeräts aufgezeichnet. Die Audioaufnahmen wurden verschriftlicht (Dresing und Pehl 2001) und anschließend pseudonymisiert.

3.4.3 Datenauswertung

Die Auswertung der Daten orientierte sich an der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014). Es wurden einzelne Textpassagen induktiv codiert, d.h. es wurden inhaltliche Beschreibungen als Überschriften (Kategorien) gesucht. Im Prozess erfolgte eine Verdichtung des Kategoriensystems. Die zugeordneten Textpassagen zu einem Code wurden inhaltlich ausgewertet und ggf. wurden Unterkategorien gebildet.

3.5 Ergebnisse der explorativen Untersuchung

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse der explorativen Untersuchung dargestellt. Zunächst werden die Teilnehmenden an dem Kurs, sowie die Interviewpartner*innen charakterisiert. Anschließend werden Voraussetzungen für eine Kursteilnahme sowie Erwartungen an den Kurs erläutert. Potenziale der Kursteilnahme werden vorgestellt und Strategien zur Gewinnung von hausärztlichen Praxen für gesundheitsförderliche Maßnahmen thematisiert. Schließlich werden die Besonderheiten der Zielgruppe (hausärztliche Praxen) herausgearbeitet.

Um den Interviewten eine Stimme zu geben, werden Zitate thematisch sortiert in die Ergebnisdarstellung eingebunden. Referenzen in Bezug auf die jeweiligen Datenquellen sind jeweils in Klammern eingefügt (z. B. T_3 oder A_2).

3.5.1 Sample / Studienpopulation

Mit einer Praxis wurde ein Stressbewältigungskurs im Sinne einer Teamsupervision durchgeführt. Teilgenommen haben neun Teammitglieder, darunter vier Ärzt*innen sowie fünf Mitarbeitende. Weitere Mitarbeitende der Praxis haben aufgrund von zeitlichen Ressourcen (Kinderbetreuung) oder fehlendem Interesse/fehlender Motivation nicht teilgenommen.

Mit weiteren zwölf Personen konnte ein Telefoninterview geführt werden. Darunter waren sieben Trainer*innen, vier Ärzt*innen und eine Medizinische Fachangestellte. Eine/r der vier interviewten Ärzt*innen hatte ebenfalls eine Ausbildung für die Kursleitung „Gesund im Stress“. Unter den Trainer*innen befand sich ein ausgebildeter Arzt, die weiteren verfügten über einen Studienabschluss in Integrativer Gesundheitsförderung (Bachelorstudiengang)¹³ und waren zum Teil als Kursleitung bei der Zentralen Prüfstelle der Krankenkasse für den Gesundheitskurs „Gesund im Stress“ zertifiziert. Die Gruppe der Ärzt*innen und der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden bestand aus Personen, die an einer Kursdurchführung mit ihrem Praxisteam interessiert waren, aber es konnte kein Kurs zu Stande kommen, zum einen auf Grund der Entwicklungen im Kontext der COVID-19-Pandemie zum anderen, weil das weitere Praxisteam kein Interesse an einer Kursteilnahme hatte.

Die Erfahrungen der Trainer*innen in der Anleitung des Stressbewältigungskurses „Gesund im Stress“ war sehr unterschiedlich. Manche leiteten mehrmals wöchentlich diese Kurse im

¹³ Zur Absolvierung des Studiengangs gehört die Qualifizierung für die Kursleitung „Gesund im Stress“.

Rahmen ihrer angestellten Tätigkeit oder Selbstständigkeit an (bis zu 11 Jahre). Andere wiederum hatten erst wenig Erfahrungen gesammelt (ca. 1 Jahr). Zum Teil verfügten die Trainer*innen über Erfahrungen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, da sie ihre Kenntnisse u.a. aus der Ausbildung zur Trainer*in für den Stressbewältigungskurs „Gesund im Stress“ in diesem Bereich einbringen können. Die Trainer*innen verfügen über unterschiedliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Personen aus Gesundheitsberufen. Einige Trainer*innen verfügen über Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Patient*innen im Versorgungskontext (ambulant, stationär; Akutversorgung, Rehabilitation), andere sammelten hauptsächlich im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung Erfahrungen. Wiederum andere sind besonders im Bereich der Gesundheitskurse nach §20 SGB V aktiv.

3.5.2 Bedarfslage der Ärzt*innen und Mitarbeitenden

Auf Grundlage der Daten wird ersichtlich, dass die Gruppe der Healthcare Professionals aufgrund ihrer Tätigkeit und ihrer Persönlichkeit besondere Bedarfslagen hinsichtlich Stressbewältigung und Gesundheitsförderung mitbringen. Diese Bedarfslagen wurden in den geführten Interviews nicht umfassend herausgearbeitet, dennoch sollen zunächst einige Ansichten der Interviewpartner*innen hier vorgestellt werden.

Healthcare Professionals scheinen sich selbst nicht so wichtig zu nehmen und stellen eigene Bedürfnisse häufig hinten an. Sie sind mit ihrer Aufmerksamkeit vielmehr bei anderen, d.h. in der Regel bei den Patient*innen (I_5; T_5).

„Ja, deswegen finde ich dieses Thema Achtsamkeit im Kontakt bei der Berufsgruppe auch besonders relevant. Also Achtsamkeit in der Kommunikation, achtsames Zuhören, also auch wirklich diese Präsenz, wenn ich mit dem anderen in Kontakt bin, dann auch wirklich da zu sein, weil, in mich selber zu spüren und den anderen wirklich wahrzunehmen, dass das oftmals sehr viel befriedigender ist, als (...) unter Zeitdruck nur so mit halbem Ohr dabei zu sein. Das ist aber natürlich auch eine Sache, die Übung erfordert, dieses Ganz-präsent-sein im Kontakt mit anderen.“ (Trainerin)

Ärzt*innen scheinen eine besondere Persönlichkeitsstruktur mitzubringen, die sich durch einen hohen Leistungsanspruch charakterisieren lässt. Sie sind häufig in viele Dinge involviert und an verschiedenen Aspekten interessiert. Zudem kommt in der Selbstständigkeit hinzu, dass sie daran interessiert sind, Geld zu verdienen und dabei wenig auf sich selbst achten (A_4; T_7).

Medizinische Berufe werden als „gebende Berufe“ in den Interviewdaten bezeichnet (T_4) und erfordern daher gute Widerstandskraft und ausreichend Energie, um im Stress zu bestehen. Entspannung kann helfen, um Schutzfaktoren aufzubauen (T_3).

„Wenn die Menschen sich um sich kümmern und gut aufgestellt sind, wenn die gut bei sich sein können, wenn die gut ihre Bedürfnisse kennen und die gut versorgen können, dann können die VIEL besser sich um alle anderen kümmern. Sie können einfach ihren Job so viel besser machen. Die können geben, die können schenken,

können frei schenken, und erwarten nichts als Gegenleistung oder (...) sind nicht in der Not. Sie gehen nicht in der Not auf Arbeit und müssen dann aus der Not heraus jemanden noch was schenken, können satt da hingehen und können daraus schenken.“ (Trainerin)

In der allgemeinmedizinischen Praxis kann eine soziale Belastung durch die Konfrontation mit Gedanken über und Sorgen um Patient*innen entstehen (T_5). Eine Beschäftigung mit diesen Themen kann zum Teil auch über den Arbeitskontext hinaus bestehen (FG).

Im Umgang mit schwierigen Situationen, kann es hilfreich sein, Selbstmitgefühl zu entwickeln:

„Also da einfach auch mich mir selber zuzuwenden und dem, was in mir passiert, wenn ich mit diesem Leid konfrontiert bin, (...) mich selber da tröstend in den Arm zu nehmen oder einfach, ja, das auch anzunehmen, dass das auch in mir vielleicht das auslöst, was Schwieriges oder Erinnerungen hochholt an eigenen Schmerzen eigene, vielleicht auch Angst vor dem Tod. Ja, also genau, so eine Zuwendung (...) mir selbst gegenüber.“ (Trainerin)

Die Mitarbeitenden in der Praxis haben einen Arbeitsplatz mit viel Multitasking: PC-Arbeit, Kontakt mit Patient*innen persönlich wie telefonisch, zeitgleiche Anfragen von Patient*innen und Ungeduld in Kombination mit anspruchsvollen Aufgaben (z. B. Rezept ausstellen) (A_1; M_1). Sie bekommen wenig Wertschätzung für ihre Arbeit (T_4). Zudem wird bei Mitarbeitenden eine spezifische Bedarfslage der Doppelbelastung von Familie und Arbeit wahrgenommen (A_4).

„Und das ist manchmal so, dass die Mitarbeiterinnen bis an den Punkt kommen, wo sie denken, wieso soll ich da jemand krankschreiben? Mir geht es doch eigentlich viel schlechter.“ (Ärztin in einer Einzelpraxis)

Anhand dieser Aussage wird deutlich, in welchem Spannungsfeld sich Mitarbeitende in hausärztlichen Praxen befinden. Der Wunsch der Praxisinhaber*innen mit dem Kurs endlich mal etwas für die Mitarbeitenden und nicht nur immer für die Patient*innen anbieten zu können (I_3), lässt sich mit dieser Beobachtung in Verbindung bringen.

Ein weiterer Gedanke, der im Zusammenhang mit der spezifischen Bedarfslage in den Interviews genannt wurde, war der Kontakt zu infektiösen Patient*innen. Die Interviewpartnerin verwies auf die Bedeutung der Psychoneuroimmunologie. Abwehrkräfte bzw. Selbstheilungskräfte könnten durch Entspannung gestärkt werden (*„Zusammenhang zwischen Immunsystem und dem vegetativen Nervensystem“*, Trainerin).

3.5.3 Motivation zur Auseinandersetzung mit Stressbewältigung

Vor dem Hintergrund der verschiedenen Belastungssituationen und vorhandenen Schutzfaktoren in der allgemeinmedizinischen Praxis werden im Folgenden die Voraussetzungen für die Teilnahme an einem Stressbewältigungskurs beleuchtet.

In den Daten wird deutlich, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Stressbewältigung eine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit sich und den eigenen Verhaltensweisen voraussetzt. Die Erwartungen an den Kurs waren von persönlichen Wünschen sowie einem Anliegen für die gesamte Praxis (alle Mitglieder des Teams) geprägt. Die Erwartungen von Praxisinhaber*innen sind durch ihre Rolle als Vorgesetzte beeinflusst, sodass hier die Motivation erkennbar ist, den eigenen Mitarbeitenden „etwas Gutes“ zukommen zu lassen im Sinne einer Wertschätzung bzw. betrieblichen Gesundheitsförderung.

Insgesamt ist anzumerken, dass zum Teil keine genauen Vorstellungen zu Inhalten und Abläufen eines Stressbewältigungskurses vorlagen. Die Äußerungen in Bezug auf die Erwartungen sind somit eher kursorisch, nicht vollständig, zu verstehen und geben einen Einblick, welche Vorstellungen in Bezug auf den Kurs und Stressbewältigung in der Zielgruppe vorliegen.

Persönliche Wünsche und Wünsche für das Praxisteam

Die persönlichen Wünsche waren davon geprägt, den Umgang mit belastenden Situationen (Stressoren) zu lernen. Dabei ging es darum, Strategien für den Arbeitsalltag kennenzulernen, um sich in stressigen Momenten aus der Situation herausholen zu können und runterkommen zu können (M_1, A_1, FG). Es wurde beschrieben als Wechsel „[a]us dem Stress in den Entspannungsmodus irgendwie“ (A_1). Wie genau dieser Wechsel erfolgen könnte, wäre somit Inhalt des Kurses.

Weiterhin war es ein Anliegen einer Teilnehmerin, das eigene ideale Stresslevel zum Arbeiten zu finden: *„weil mir bewusst ist, dass ich gerne mit Stress arbeite, aber sozusagen den richtigen Level finden muss“* (Fokusgruppe, ärztliches Personal)

Zum Teil war den Ärzt*innen die Mind-Body-Medizin aus der Behandlung der eigenen Patient*innen bereits bekannt. Die eigenen Patient*innen berichteten begeistert von der Behandlung bzw. Therapie, sodass der Wunsch entstand, die Techniken selbst erlernen und die Wirkungen selbst erfahren zu dürfen (A_1).

Weiterhin wurde auch eine Auseinandersetzung mit „[l]ebensphilosophische[n] Aspekte[n]“ (Arzt in einer Einzelpraxis) im Rahmen des Stressbewältigungskurses erwartet. Eine „Sinnkrise“ (Arzt in einer Einzelpraxis) in der Hausarztpraxis führte zu der Auseinandersetzung mit der Thematik, sodass neue Denkanstöße im Rahmen des Kurses erhofft wurden.

Auf Ebene des Praxisteams konnte das Anliegen aus den Daten herausgearbeitet werden, durch einen verbesserten Umgang mit Stress auch das gemeinsame Arbeiten in der Praxis zu verbessern (M_1; I_1; FG). Es wurde als Wunsch für das Praxisteam geäußert, wieder gerne zur Arbeit zu gehen, Freude bei der Arbeit und einen ruhigeren Arbeitstag zu haben (FG, I_1; T_7).

Das Teamgefühl sollte durch das gemeinsame Üben von Entspannungstechniken und weiterer gemeinsamer Aktivität jenseits der Versorgung im Praxisteam wachsen (A_1).

Sicht der Praxisinhaber*innen

Die Praxisinhaber*innen sahen den Stressbewältigungskurs als Angebot für die Mitarbeitenden im Sinne einer Wertschätzung bzw. Gesundheitsförderung für die Angestellten (I_3; A_1). Es war den Ärzt*innen ein Anliegen, nicht immer nur für die Patient*innen einen Mehrwert zu schaffen, sondern die Mitarbeitenden sollten auch von den positiven Effekten bestimmter Behandlungsmaßnahmen profitieren können (FG).

Die Mitarbeitenden fordern diese Unterstützung durchaus ein, indem sie auch die Unterstützung des Vorgesetzten bei solchen Themen als wichtig ansehen:

„Also ich bin da ganz klar beim Chef. Also das muss eigentlich was sein, das ihm wichtig sein muss, weil wir sind ja, ohne uns geht nichts. Und das muss ganz klar von oben kommen. Also, und zwar nicht nur so nach dem Motto, ihr könnt das mal machen, sondern ich will, dass ihr das macht und ich halte euch den Rücken dafür frei.“ (nicht-ärztliche Mitarbeiterin in einer Gemeinschaftspraxis)

Bislang scheint das Thema Stressbewältigung und Gesundheitsförderung für die eigenen Mitarbeitenden, das eigene Praxisteam, noch nicht sehr präsent gewesen zu sein. So wurde das Kursangebot im Rahmen des Forschungsprojekts als gute Gelegenheit wahrgenommen, ein gesundheitsförderliches Angebot für das Praxisteam zu schaffen.

„selbst, wenn ich nicht das Gefühl habe, dass bei uns was im Argen ist, würde es ja überhaupt nicht schaden, gesundheitsfördernd irgendwas zu tun, zumal wir ja irgendwie als Haus-, ich bin selber Hausarzt, und wir reden ja immer davon, und vor der eigenen Haustür machen wir es dann wieder nicht. Also wir bieten halt in unserem Betrieb überhaupt nichts Gesundheitsförderndes (lachen) an, muss man irgendwie“ (Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum)

Das Kursangebot wurde als Gelegenheit wahrgenommen, das umzusetzen, was täglich Thema in der hausärztlichen Behandlung ist, jedoch im eigenen (Arbeits-)Leben nicht immer Umsetzung bzw. Raum findet. Die Annahme, dass noch nichts „im Argen“ sein muss, bevor eine Kursteilnahme sinnvoll erscheint, teilt ein Absolvent:

„Und ich würde das nicht nur stressbelasteten Praxen empfehlen, sondern auch den Praxen empfehlen, die denken „Bei uns läuft es eigentlich ganz gut“, weil ich glaube, man kann sich die Lebensqualität verbessern damit.“ (ärztliches Personal)

In den Daten wurde allerdings auch deutlich, dass das Angebot, dass seitens der Praxisinhaber*innenn als wertvoll und Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden angesehen wurde, jedoch nicht immer auf Akzeptanz bei den Mitarbeitenden stieß und stattdessen eher eine Zurückhaltung, Skepsis und Abwehr zu spüren war (I_3; A_2).

Es kostet Überwindung sich auf ein Angebot einzulassen, unter dem man sich zunächst nichts Konkretes vorstellen kann. Zu Beginn ist unbekannt, ob die Aspekte, die im Stressbewältigungskurs thematisiert und vermittelt werden, zur eigenen Person passen. Es ist ungewiss, ob den Ansprüchen genügt wird, da die Anforderungen und Ziele unklar sind.

„weil man ja nicht weiß, was auf einen zukommt, ob ich das überhaupt umsetzen kann dann oder was, ne. Also ein wenig so war es schon ein wenig komisch irgendwie so reinzugehen.“ (Fokusgruppe, nicht-ärztliche Mitarbeiterin)

Die Überzeugung, dass die Auseinandersetzung im Rahmen eines Kurses hilfreich sein kann, kann zu einer Kursteilnahme führen. Dennoch ist eine Kursteilnahme immer auch mit Ungewissheit verknüpft, ob der Kurs etwas ist, ob die Themen die Relevanz haben, die sich der Teilnehmende erhofft oder ob Theorie und Praxis dem Mix entsprechen, den er sich wünscht.

Der Kurs wurde von einem Praxisinhaber als ein Baustein der betrieblichen Gesundheitsförderung gesehen. Es könne mit einem solchen Gesundheitsangebot ein Vorteil bei der Mitarbeitendenzufriedenheit und -fluktuation sowie der Personalgewinnung einhergehen, Burnout bei Mitarbeitenden könne vermieden werden (T_7). Zudem könne die Stressbewältigung auch zum obersten Ziel, zufriedene Patient*innen, beitragen (T_7).

3.5.4 Platzierung von Stressbewältigung in der Hausarztpraxis

Im Laufe der Planung der Stressbewältigungskurse mit den Praxen wurde deutlich, dass die Gewinnung von Praxisteams und Praxisinhabenden bzw. Ärzteteams erschwert ist. Die Rückmeldungen und das Interesse an der Studienteilnahme war begrenzt (zumal die Trainer*innen lokal gebunden waren). Somit wurde die Gewinnung von der Zielgruppe für das Thema in der explorativen Untersuchung näher beleuchtet.

Zugänge zur Zielgruppe

Eine direkte Ansprache und Vor-Ort-Termine in der Praxis (T_3; I_5; T_6) sowie die Informationsverteilung über Ärzteverbände (T_6) werden als Möglichkeiten der Ansprache von allgemeinmedizinischen Praxen angeregt. Eine Integration in die Weiterbildung, sodass junge Ärzt*innen möglichst früh von solchen Angeboten profitieren (I_1), wird angedacht. Auch die Ansprache über Qualitätszirkel (A_2; I_5), Fortbildungsveranstaltungen (I_5) oder Treffen von Arztnetzen (FG), also Zusammenkünfte von Ärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten, sind als Bühne für das Gewinnen von Ärzt*innen für dieses Thema benannt worden. Schließlich wurde auch die Weiterempfehlung durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ als Zugangsweg zur Zielgruppe angeführt. Eine positive Erfahrung würde sich im Kollegenkreis herumsprechen und könne einen „*Dominoeffekt*“ (Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum) auslösen (I_3; FG; A_3).

Berührungspunkte mit dem Thema schaffen

Bei manchen Healthcare Professionals kann der Kontakt mit Mind-Body-Medizin über die eigenen zu behandelnden Patient*innen erfolgen, wie bei einer Interviewpartnerin geschehen. Die Behandlungsergebnisse und Berichte der Patient*innen stärken den Wunsch, selbst Erfahrungen in dem Bereich gewinnen zu können (A_1).

Sofern sich die Personen noch nicht mit dem Thema Stressbewältigung beschäftigen, muss zunächst der Inhalt und die Bedeutung erläutert werden, bevor eine Entscheidung über eine

Kursteilnahme getroffen werden kann. Dafür müssen Formate gefunden werden, in denen Berührungen mit der Thematik ermöglicht werden, sodass eine Auseinandersetzung mit Stressbewältigung stattfinden kann.

„Ich glaube sogar, dass in Arztpraxen das ja nicht so nicht so bekannt ist in diesem, meinetwegen, Säulensystem, also dass wirklich alle Bereiche unterstützt werden, Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressregulation, Naturheilkunde, also dass da erst mal ein Zugang geschaffen werden müsste, wirklich sich zu öffnen dafür, ein Interesse zu entwickeln, ja, was bedeutet das denn für mich. Für mich als Person, wie kann ich das denn für mich sinnvoll umsetzen, was könnte, wie könnte mich das unterstützen.“ (Trainerin)

Angebote zum Kennenlernen der Inhalte und Übungen sind eine Idee, wie Berührungspunkte geschaffen werden können. Das Schnupperangebot bezieht bestmöglich das gesamte Praxisteam mit ein, denn dann kann die Entscheidung gemeinsam von allen Beteiligten, Ärzt*innen und Mitarbeitenden, getroffen werden. Ideen für ein Schnupperangebot sind vielfältig. Es kann einen Vortrag z. B. allgemein zum Thema Stress beinhalten (T_3), erste Kursstunden mit inhaltlichem Input und praktischen Übungen (T_1) oder auch verschiedene Workshops mit praktischen Übungen zu den unterschiedlichen Themenschwerpunkten Ernährung, Bewegung, Entspannung, Verhalten (FG, I_4; I_1).

Eine wissenschaftliche Kontextualisierung kann eine Offenheit für den Themenbereich bei Ärzt*innen ermöglichen (T_1; I_3; I_2). Denkbar ist ein Berührungspunkt mit Stressbewältigung und Lebensstilveränderung auf wissenschaftlichen Kongressen, z. B. bei Ergebnispräsentationen von Studien, oder im Rahmen von anderen Vorträgen von Professor*innen.

„Ja, ich glaube, dann brauche ich eher wieder dieses kognitive, dieses aus dem System der Medizin, oh, das ist aber interessant, das steht ja da im Ärzteblatt, oh der Professor so und so hat darüber berichtet, oh, ja, oh.“ (Trainerin)

Die Aufmerksamkeit auf Stressbewältigung in der Patient*innenversorgung kann dann dazu führen, diese Behandlungsmaßnahmen nicht nur für Patient*innen anzubieten, sondern auch für sich selbst zu nutzen (T_1).

Die Einladung zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie ist ebenfalls eine Möglichkeit, das wissenschaftliche Setting zu nutzen, um die Thematik in die Praxis zu bringen (I_3). Die wissenschaftliche Untersuchung an sich stellt dann den Berührungspunkt mit der Thematik dar. Es steht dabei nicht die Motivation, etwas für sich selbst zu machen, im Vordergrund, sondern einen Dienst für die Wissenschaft zu leisten. Die Bedeutungszuschreibung der Zeit für sich selbst oder für jemanden anderen scheint relevant zu sein.

„Wir machen das für eine wissenschaftliche Untersuchung. (...) [...] Wenn ich dieses Angebot nur so gekriegt hätte ohne die Befragung vorher, wäre es wahrscheinlich im Papierkorb gelandet und dann denkt man sich so „Die Zeit ist es mir nicht wert“. Die Zeit ist es/ ICH bin mir die Zeit für mich nicht wert. Ist interessant. Meine Zeit ist knapp, aber wo es jetzt darum ging, ich bringe diese Zeit auf für eine wissenschaftliche Untersuchung, also da für andere was machen, dafür war es mir das plötzlich wert.“ (ärztliches Personal)

Um Ärzt*innen und das weitere Team mit der Thematik der Stressbewältigung und dahinterstehenden Konzepten vertraut zu machen, werden Probestunden bzw. Schnupperangebote

als eine geeignete Möglichkeit wahrgenommen, um Inhalte zu erläutern und zu verdeutlichen, welchen Mehrwert das BERN-Konzept/Mind-Body-Medizin haben kann. Außerdem wird es mit dieser Information erst möglich, die Relevanz der Thematik für das Praxisteam zu beurteilen und eine Entscheidung fällen zu können, ob eine tiefergehende Beschäftigung mit der Thematik verfolgt werden soll (A_3; FG).

Bereitschaft, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen und an sich und seinen Themen zu arbeiten

Persönliches Interesse zur Verbesserung der eigenen Situation scheint Voraussetzungen für eine Teilnahme am Kursangebot zu sein. Es muss eine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit eigenen Problemen geben.

Die Arbeit in einem System, das ein Innehalten und Selbstfürsorge nur wenig vorsieht, erschwert den Zugang zur Auseinandersetzung mit dem Thema Stressbewältigung. Es ist schwierig, das Rad zu stoppen. Die Aufmerksamkeitsverschiebung auf sich selbst erfordert Mut und Bewusstsein für sich selbst und seine Bedürfnisse.

„Ich glaube, dass der Antrieb zu funktionieren so hoch ist und alle so in ihrem Hamsterrad sich drehen, dass dieses Innehalten und Stillhalten, sich spüren, in Kontakt gehen wirklich mit sich selbst, Angst macht. Also, dass viele Respekt davor haben, mit sich da in die Stille zu gehen, in Kontakt zu gehen. Das ist so mein Gefühl, anders kann ich mir das nicht vorstellen, weil, im Grunde genommen merken alle, haben alle eine Sehnsucht, sie möchten das für ihre Patienten, haben aber einen Widerstand, das selbst für sich auszuprobieren oder zu machen.“ (Trainerin)

Die Aufmerksamkeitsverschiebung auf sich selbst erfordert somit Mut und Bewusstsein für sich selbst und seine Bedürfnisse.

„Also (...) nehme ich mir Zeit dafür? Habe ich die Zeit dafür? Wie nehme ich mir Zeit dafür, mich um mich selber zu kümmern? Und wie viel lasse ich mit mir machen?“ (Trainerin)

Die Kursteilnahme kann helfen, die Ohnmacht oder Hilflosigkeit „Es-geht-ja-nicht-anders“ (Trainerin) in Stresssituationen durch das Stärken der Eigenkompetenz zu überwinden (I_3; I_2). Die Teilnehmenden lernen, dass es Instrumente gibt, die helfen dem Stress zu begegnen und eine aktive Rolle in der Stressbewältigung zu übernehmen. Sie nehmen wahr, dass Stress nicht etwas ist, was mit ihnen passiert. Das Vertrauen, diese Befähigung im Rahmen des Kurses zu erlangen, lässt sich als weitere Voraussetzung für eine Teilnahme beschreiben.

Die Praxisinhaber*innen bzw. das Ärzteteam muss für das Thema bereit sein. Sie müssen davon überzeugt sein und müssen dann ihr Team, die Mitarbeitenden und Kolleg*innen ins Boot holen, um gemeinsam abzuwägen, ob das Thema Stressbewältigung relevant und sinnvoll erscheint (T_1; M_1).

In den Daten wurde deutlich, dass die Ausrichtung der Praxis bzw. die Haltung der Praxisinhaber*innen von hoher Relevanz ist.

„Ich glaube, dass diejenigen am meisten profitieren könnten, die halt gestresst sind bei der Arbeit, und dann gucken könnten, was können sie tun, um sie vielleicht wohler zu fühlen. Da müssten dann aber auch tatsächlich alle mitmachen, also auch die Ärzte, die dann dazugehören, weil ich jetzt für mich entdeckt habe, sozusagen im Laufe der Jahrzehnte, die ich jetzt schon tätig bin, das bin ich jetzt, glaube ich, seit [mehr als 20 Jahren] habe ich jetzt die Praxis, ist das halt einfach so, dass mit den Werten, die man da hochhängt in seiner eigenen Praxis, die bestimmen letztendlich dann auch den Ablauf. Und wenn der Wert ist, möglichst viel zu verdienen, wird es schwierig, mit so einem Programm zu starten, glaube ich. (...) Also ich müsste von vornherein die Motivation haben, dass ich mich hauptsächlich bei meiner Arbeit wohlfühle, und dann kann man mit dem Programm, glaube ich, sehr viel erreichen. Und zu gucken, wie geht das, also wenn das Wohlfühlen und die eigene Zufriedenheit und die Zufriedenheit der Patienten im Vordergrund steht, ist das sicherlich eine sehr, sehr gute Sache. Wenn ökonomische Ziele im Vordergrund stehen, glaube ich, hat man da wenig Chancen.“ (Arzt in einer Einzelpraxis)

In diesem Zitat wird deutlich, dass diejenigen mit dem Kursangebot angesprochen werden, denen Verbesserungen im Wohlbefinden und der Zufriedenheit in der Praxis wichtig sind. Bei Praxen, die beispielsweise ökonomische Ziele als prioritären Maßstab ausgeben, wäre es möglich, dass dieser Kurs keinen Anklang fände und somit auch nicht in Erwägung gezogen würde. Das System gibt somit vor, ob Stressbewältigung, Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung einen Raum haben oder nicht.

Der Leidensdruck wird ebenfalls in diesem Zusammenhang genannt. Ohne Handlungsbedarf ist eine Öffnung zu diesem Themenbereich eher unwahrscheinlich. Die Notwendigkeit muss erkannt sein, sich mit dem Thema der Stressbewältigung und Gesundheitsförderung auseinander zu setzen (T_7). Es muss die Entscheidung fallen, sich auf den Weg zu machen, um an der eigenen Situation etwas zu ändern und die Fäden selbst in die Hand nehmen. Ist der „Leidensdruck“ nicht groß genug, läuft das System weiter.

„also ich glaube, da muss man selber mal hingefallen sein. Mit einem Burnout oder mit chronisch, wo man selbst berührt ist aus welchem Grund auch immer, dann erreiche ich, glaube ich, die Menschen mit Mind-Body-Medizin sehr gut. Wenn ich aber selber noch nicht in Schwierigkeiten angekommen bin und mal mich hinterfragen muss, ob alles so richtig läuft, dann ist es in dem System schwierig, anzuhalten und zu sagen, ja, ich nehme das jetzt mal an.“ (Trainerin)

Personen, die sich von dem Kursangebot angesprochen fühlen, sind welche, die sich bereits auf den Weg gemacht haben und das Kursangebot als einen Impuls verstehen, diesen Weg weiterzugehen. Der Kurs kann also als Wegbegleiter verstanden werden, der dabei unterstützt, etwas für sich selbst zu tun. Das Gelernte kann dann sowohl für das eigene Leben als auch für die Arbeit in der Praxis nützlich sein.

„also ich denke mal, wenn man sich für so einen Kurs entschließt, muss man schon auch eine gewisse Art bereit sein etwas zu tun. Das heißt, da sind schon Menschen auf dem Weg, die angesprochen fühlen. [...] Also man braucht, glaube

ich, schon ein gewisses Bedürfnis in sich selber, das einen spüren lässt, ich muss was, ich möchte gerne was für mich tun. Und ich habe da vielleicht hier die Möglichkeit, ein paar Tools an die Hand zu kriegen, um mein Leben oder mein Arbeiten leichter zu machen.“ (Arzt in einer Einzelpraxis)

Zeit für sich investieren

Bei dem Thema „Zeit für sich investieren“ wird die Diskrepanz zwischen Praxisinhaber*innen bzw. Ärzteteams (Arbeitgebende bzw. Vorgesetzte) und Mitarbeitenden (Arbeitnehmende bzw. Angestellte) deutlich. Zum einen besteht ein unterschiedliches Selbstverständnis hinsichtlich persönlicher Weiterentwicklung und zum anderen steht die investierte Zeit in einem anderen Zusammenhang. Für Mitarbeitende kann es zusätzliche Zeit bedeuten, die unentgeltlich für die Arbeit bzw. die Arbeitgebenden geleistet wird (A_1; M_1). Ärzt*innen können es als Selbstständige hingegen möglicherweise eher als Investment in die eigene ärztliche Tätigkeit wahrnehmen. Die Arbeitgebenden, sofern sie die Kursteilnahme während der Arbeitszeit unterstützen, stellen Arbeitszeit, die nicht für die Patient*innenversorgung genutzt werden kann, für die persönliche Weiterentwicklung des Personals zur Verfügung.

„Ich zitiere, wann soll ich das denn auch noch machen? Also dass ist jetzt natürlich ein ganz spezifisches Problem, wenn jemand nicht erkennt, dass Zeit aufwenden muss, um etwas für sich zu tun. Dann haben wir glaube ich schon eines der Basisprobleme angesprochen.“ (Arzt in einer Einzelpraxis)

Neben der Diskrepanz zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden scheint auch die Bewertung des Potenzials eines Stressbewältigungskurses unterschiedlich zu sein. Die Einordnung, dass Stressbewältigung ein Lebensprozess ist, wird nicht von jedem geteilt.

„Während Arbeitnehmer, die Angestellten natürlich gucken, ich habe acht Stunden, die kriege bezahlt und dann ist Feierabend. Und da müsste dann Anreize schaffen müsste man natürlich verklickern, dass das für sie selber ist, für das Leben und nicht nur für die Arbeit.“ (Trainerin)

Insgesamt lässt sich festhalten, dass neben dem Erkennen des eigenen Bedarfs für die Auseinandersetzung mit Stressbewältigung und Selbstfürsorge die Bereitschaft, sich dem eigenen Selbst zu stellen, vorhanden sein muss, um an einem Stressbewältigungskurs teilzunehmen. Beide Berufsgruppen, Ärzt*innen wie Mitarbeitende, müssen diese Bereitschaft mitbringen, damit eine Kursteilnahme als Praxisteam gelingen kann. Zudem wurde in den Daten deutlich, dass als weitere Voraussetzung die Bereitschaft, Zeit in diesen Veränderungsprozess zu investieren, gegeben sein muss, damit eine Kursteilnahme zustande kommt. Die Kursdurchführung während der Arbeitszeit kann für Angestellte einen Anreiz darstellen, doch dies wird nicht alleinig als Voraussetzung angesehen. Die innere Haltung und der Mut, sich dem Veränderungsprozess zu stellen und an sich selbst zu arbeiten, ist davon unberührt.

Thematische Schwerpunktsetzung bei Healthcare Professionals

In den Daten ist deutlich geworden, dass Menschen in Gesundheitsberufen vor dem Hintergrund ihrer Ausbildung und ihrer täglichen Arbeit eine hohe Vorbildung in den Themenbereichen Bewegung, Ernährung, Naturheilkunde haben. Viele Themen sind bekannt (I_2; FG, I_7). Insbesondere die Ärzt*innen verfügen in diesen Bereich über ein breites Wissen (FG, I_1). Dennoch ist es aufgrund der professionsübergreifenden Ausrichtung wichtig, auch Grundlagen nochmal in dem Kurs aufzugreifen. Themenbereiche wie Entspannung und Achtsamkeit, soziales Netz und Kommunikation, Sprache und Ausdruck scheinen hingegen Themen zu sein, die weniger bekannt sind (T_2).

Es wird angenommen, dass das vorhandene Wissen helfen kann, *„schneller in einen Lebensstilprozess [zu] kommen, weil das Wissen sich nicht erst mal angeeignet werden muss und vielleicht auch holprig oder schwierig ist, sondern das ist schon da, das heißt, eine Barriere weniger in einen Lebensstilprozess zu kommen und diesen zu halten.“* (Trainerin)

Aus dem vorhandenen Wissen von denjenigen, die selbst täglich mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen zu tun haben, ergab sich die Einschätzung einer Trainerin sich noch mal intensiv mit der Evidenz für die Inhalte in Vorbereitung auf den Kurs auseinanderzusetzen (T_3). In dieser Aussage schwingt die Frage nach der Kompetenz und der Qualifikation der Trainer*innen und die Erwartungen von Ärzt*innen und Mitarbeitenden mit. Welche Profession ist aus ärztlicher Sicht legitimiert, über das Thema Stressbewältigung und Gesundheitsförderung zu sprechen?

Die Kursinhalte zu den Themen Bewegung und Ernährung werden von der Zielgruppe als weniger relevant eingestuft (A_1; A_2; A_4; T_1; T_6; T_7), wenngleich positiv angemerkt wurde, welche Rolle/Bedeutung die Ernährung im Kontext der Stressbewältigung spielen kann (A_2; I_3). Bewegung scheint ein Bereich zu sein, der außerhalb der Arbeit liegt und dem daher eine geringere Relevanz im Arbeitskontext zugewiesen wurde. Entspannung, Sprache, Gedanken und Ausdruck bzw. Kommunikation sowie soziales Netz wurden als wesentlich bedeutsamer, auch weil sie unbekannter und der Zugang als schwieriger eingeschätzt wird (T_1), genannt (T_2; T_6). Interessanterweise merkte ein Trainer an, dass das Thema Ernährung und Bewegung für die Praxis bzw. die Praxisinhaber*innen weniger im Vordergrund stehe. Viel wichtiger seien Präventionsmaßnahmen mit konkretem Bezug zur Praxistätigkeit.

„Und wenn, da ist dann die Frage, was bringt dann die Ernährung? Also dem Chef erstmal gar nichts, wenn der Mitarbeiter sich gut ernährt. [...] Jetzt rein aus Praxis-sicht, natürlich ist es schön, wenn ich meine Mitarbeiter schule, dass sie sich gut ernähren und dass die dann achtzig Jahre alt werden und fit im Alter sind mit Bewegung und Essen ist natürlich klar. Aber das jetzt hier im BGM mal, das ist ja mehr global präventiv, aber für die Praxis konkret ist eigentlich wichtig, wie die Abläufe sind und dass der Stresslevel sinkt. Und die Mitarbeiterzufriedenheit“ (Trainerin)

Dies kann eine Begründung sein, warum Bewegung und Ernährung stärker im Privatbereich gesehen werden und auch als Themen beschrieben werden, die bekannt und bereits umgesetzt werden.

Im durchgeführten Kurs stellte sich heraus, dass die Themen Entspannung und Meditation neu und mit die wichtigsten Elemente für die Teilnehmenden waren (FG). Der Kurs bietet das Potenzial, viele Entspannungstechniken auszuprobieren und für sich persönlich einen Favoriten zu finden (FG; I_2; T_6).

Kommunikation im Praxisalltag wird auch als ein relevantes Thema von der Zielgruppe, in der Zusammenarbeit im Team, z. B. Verständigung über Aufgaben, und mit den Patient*innen benannt (I_1, T_7).

Weiterhin als wichtig eingeschätzt wurde die kognitive Umstrukturierung bzw. Bewertung von Situationen (T_1, T_3; T_6). Im Kurs kann ein anderer Umgang mit emotional belastenden Situationen gelernt werden, die dann wiederum auch dabei helfen, Abstand von der Situation zu gewinnen, sodass belastende Gedanken und Gefühle nicht mit in den Feierabend genommen werden (T_1).

„Aber dann denke ich auch ganz wichtig gerade in so kognitiver Umstrukturierung, (unv.) Ausdruck eben für dieses Nichts-mit-nach-Hause-nehmen, [...] Und da eben auch mit den Patienten letztendlich gemeinsam so ein bisschen, dieses ABC-Modell verinnerlicht zu haben, um zu versuchen ihnen eine andere Bedeutung der Situation nahezulegen oder andere Konsequenzen, wie können sie besser damit umgehen. Ich denke, dass das, hätte ich mir jetzt so vorgestellt, wahrscheinlich Themen sind, die sowohl den Arzt selber als auch das Personal betreffen, um eben da einfach handlungsfähig zu sein, in solchen Situationen.“ (Trainerin)

Das SARW¹⁴-Modell als kleine Mini-Entspannung wird ebenfalls als relevant angesehen (T_2).

Als wichtiger Themenbereich für die Zielgruppe der Ärzt*innen und Mitarbeitenden wurde die Schulung der eigenen Körperwahrnehmung benannt.

„den eigenen Körper zu spüren, also verstärkt auch Übungen anzubieten, die die Körperwahrnehmung schulen oder auch das Körperempfinden. Auch die Bedürfnisse meines Körpers wahrzunehmen, möglichst frühzeitig, wenn der sich meldet, sich (...), ja, Schmerz oder Müdigkeit, Erschöpfung. Vielleicht könnte man da auch verstärkt so kleine Miniübungen vorstellen, die die Körperwahrnehmungen schulen, also so was wie Schüttelübungen oder Klopfen oder (...) Dehnübungen, (...) einfach die Körpersignale auch immer früher wahrzunehmen und ernst zu nehmen, wenn mein Körper mir sagt, hey, ich brauche jetzt gerade mal einen tiefen Atemzug (schmunzeln) oder ein Glas Wasser oder mich einmal zu strecken. Auch die eigenen Grenzen besser zu spüren und überhaupt auch einfach mehr bei mir zu sein über das Körperempfinden.“ (Trainerin)

Dieses „einfach mehr bei mir zu sein“ knüpft an die Aussage an, dass die Zielgruppe häufig aufgrund der Patient*innenkontakte im „außen“ ist und, dass das „in-sich-hineinspüren“ möglicherweise verloren geht, der Kurs aber über Übungen diese Fähigkeit wieder ausbilden bzw. trainieren kann.

¹⁴ Stopp – Atme – Reflektiere – Wähle

Als ein weiteres relevantes Thema bei der Zielgruppe wurde Salutogenese und Resilienz, das Stärken von Schutzfaktoren eingeschätzt (T_5; I_2). Auch dieses Thema ist bei der Zielgruppe weniger präsent (I_2).

3.5.5 Stressbewältigung im Arbeitskontext: im Praxisteam oder praxisübergreifend

Die Durchführung des Kurses im Praxisteam, also gemeinsam mit Kolleg*innen, Vorgesetzten und Mitarbeitenden, dient der Teambildung und Stärkung des Teamgefühls (I_2; FG). Ein Austausch über Inhalte und Hausaufgaben im Team kann ein Bindeglied während des Kurses werden (FG). Auch über den Kurs hinaus kann das gemeinsam Erlebte die Verbindung zwischen den Teammitgliedern stärken und die Integration von gemeinsamen Aktionen im Sinne der Stressbewältigung oder das Erinnern an die eigenen Ziele zum Gemeinschaftsgefühl beitragen.

In den Daten wurde deutlich, dass Gesundheitsförderung und Stressbewältigung Teamsache ist. Denn auf der einen Seite werden Mitarbeitende nur an einem Kurs teilnehmen dürfen und können, wenn Arbeitgebende zustimmen und das Thema für wichtig erachten (im Setting Betrieb). Auf der anderen Seite profitieren beide Seiten von der Veränderung im Stressbewältigungsverhalten.

„wenn ein Teil des Teams, zum Beispiel jetzt die ärztliche Seite unter Stress gerät und hektisch wird oder auch vielleicht dann emotional unausgeglichen, leiden dann alle drunter. Das bedeutet also, dass natürlich, je nachdem welche Seite des Teams, vielleicht auch dann überforderte Praxismitarbeiter, irgendwann ihren Dienst dann einstellen oder Fehler machen oder einfach irgendwie Dienst nach Vorschrift machen, dass dann auch dann der Arzt darunter zu leiden hat. Ich denke mal, das ist dann immer eine Sache, da profitieren beide davon. Also ich könnte mir nicht vorstellen, dass ein Chef oder eine Chefin oder ein Ärzteteam sagt, ja, hier Mitarbeiter, macht das mal, und was ihr da macht, interessiert mich aber nicht, das kann wahrscheinlich nicht funktionieren. Also da, denke ich, da müssten dann schon beide an einem Strang ziehen. Das würde also bedeuten, dass beide Bedarf haben, ihre Arbeit zu optimieren, dass sie ihnen wieder mehr Spaß macht, falls sie das vorher nicht getan hatten.“ (Arzt in einer Einzelpraxis)

Die Dynamik in der Gruppe ist ein Thema, was immer wieder in den Interviews genannt wird. In den Daten wurde deutlich, dass die Hierarchie aufgrund der Rollen im Team (Vorgesetzte/Angestellte) mit Hemmungen hinsichtlich der Beteiligung im Kurs einhergehen und den offenen Austausch untereinander und eine reichhaltige thematische Ausgestaltung der Kurstermine verhindern kann. Diese Hemmung der Öffnung gilt nicht nur einseitig von Mitarbeitenden gegenüber Vorgesetzten, sondern auch seitens der Ärzt*innen gegenüber Mitarbeitenden (A_2). Auseinandersetzung mit sich selbst im Kreise der Mitarbeitenden ist ein besonderer Kontext und „Berührungsängste“ (Arzt in einer Gemeinschaftspraxis) können einen davon abhalten, diesen Kurs zu besuchen oder sich in den Kursstunden zu beteiligen.

Die Beteiligung im Kurs kann aufgrund der professionellen Beziehung bei bestimmten Themen gering sein, sodass eine Atmosphäre geschaffen werden muss, die einen offenen Austausch

ermöglicht. Diese Integration der unterschiedlichen Hierarchien ist eine wesentliche Aufgabe der Kursleitung, wie im folgenden Zitat einer Kursleiterin deutlich wird.

„Wenn Vorgesetzte daneben sitzen, können die Leute sich einfach nicht so öffnen, und es braucht von mir sehr viel mehr Verbindungskultur. Also ich brauche am Anfang sehr viel länger, um die zu einem Team zu machen. Ich kann nicht einfach mit meinem Programm loslegen, weil, sonst öffnen die sich nicht, und dann können die Inhalte halt, dann sind die irgendwie sehr trocken, aber die berühren die nicht unbedingt wirklich.“ (Trainerin)

Eine Strategie, die für den Umgang mit Hemmungen aufgrund der hierarchischen Strukturen offensichtlich wurde, lässt sich mit „Alles kann, nichts muss“ umschreiben (FG)

„Man musste nicht immer was sagen, weil es geht ja auch teilweise ins Persönliche und, ich meine, wir kennen uns ja eigentlich alle, ne, dass man nicht alles offenlegen musste, wenn man wollte.“ (Fokusgruppe, nicht-ärztliche Mitarbeiterin)

Um Hemmungen in der Beteiligung zu überwinden, wurde als weitere Idee eingebracht, dass die Gruppe bei bestimmten Themen, die persönlichere Bereiche berühren, getrennt werden können (T_4). Weniger persönliche Bereiche wie Ernährung, Bewegung und Naturheilkunde, so die Bewertung der Interviewten, könnten hingegen im Gesamtteam besprochen werden. Als Lösung wurde auch eingebracht, dass die Übungen zunächst in Zweiergruppen bearbeitet werden und die Inhalte erst im zweiten Schritt in die große Gruppe eingebracht werden (T_5)

Wenn die hierarchischen Strukturen und die Beziehungen im Praxisteam keinen gemeinsamen Kurs zulassen, gibt es folgende Lösungsideen:

- Unterschiedliche Hierarchien trennen und dann praxisübergreifend Kursgruppen bilden (T_1; T_6)
- Praxisübergreifende Kursgruppen mit gemischten Berufsgruppen (T2)

Insgesamt wird es als inhaltliche Bereicherung angesehen, wenn unterschiedliche Berufsgruppen in einem Kurs sind.

„Also die sind Gleichgesinnte, die wissen, wie der Alltag ist, und die eine Praxis macht aber anders als die andere. Und deswegen ist da wahrscheinlich ein sehr fruchtbarer Austausch, und die Leute können persönlich vielleicht mehr mitnehmen.“ (Trainerin)

Es kann für die Platzierung und Einführung des Themas Stressbewältigung/ Gesundheitsförderung auch als Vorteil gesehen werden, wenn ein Kurs gemeinsam absolviert wird. Die Wichtigkeit des Kurses kann nämlich durch die Kursteilnahme der Vorgesetzten bzw. Praxisinhaber*innen unterstrichen werden. Auch sie investieren Zeit in die Gesundheitsförderung/Stressbewältigung und haben ein Interesse an veränderter Zusammenarbeit bei der Arbeit und Stressregulation. Und dennoch besteht ein Zwiespalt, da Vorgesetzte und Angestellte gemeinsam in einem Kurs sind.

„Also bevor der Kurs überhaupt anfing, hatte ich mir überlegt wegen dieser Problematik, ob es sinnvoll ist, dass ich teilnehme oder ob ich nicht teilnehme. Und

dann war ich halt in einem Zwiespalt, dass ich gedacht habe „Wenn ich dabei bin, blockiere ich möglicherweise Dinge“, aber wenn ich/ Andererseits, wenn ich dabei bin, werte ich das auch auf, wenn ich sage „Mir ist das auch wichtig und ich nehme mir auch die Zeit, um dahin zu gehen“. Da habe ich mich entschieden, dass ich teilnehme. Wenn nochmal so ein Kurs wäre, würde ich mich, glaube ich, wieder genauso entscheiden, (...) würde aber vielleicht vorher die andere Problematik mit den Mitarbeiterinnen nochmal ansprechen dann, um zu sehen, was ich dann von denen höre.“ (ärztliches Personal)

In einer neuen Gruppe, in der die Personen nicht untereinander bekannt sind, kann die Öffnung größer sein. Aber auch hier können Hemmungen entstehen, da die anderen Kursteilnehmenden nicht vertraut sind und ggf. ein Misstrauen hinsichtlich Schweigepflicht etc. bestehen kann (FG, I_7; I_4)

„weil natürlich der Druck in einem System groß ist, aufzupassen was ich sage, und mich zu öffnen in dem System.“ (Trainerin)

Eine Öffnung jedes Einzelnen ist Voraussetzung, damit der Kurs möglichst viel individuellen Nutzen stiftet.

„es geht ja darum, dass auch Teilnehmer ruhig mal von ihren Stresssituationen erzählen. Also auch von sich mal sagen, Mensch, das fällt mir aber schwer, umzusetzen zum Beispiel. Oder dass, also dass sie wirklich von sich erzählen, was ihnen schwerfällt, wie man, und dann halt zu merken, Mensch, anderen geht es genauso. Und sich da so bisschen, ja, halt auch öffnet.“ (Trainerin)

Ein anderer Interviewpartner arbeitete heraus, dass Stressbewältigung „Seelenarbeit“ (A_2) sei, die Arbeit bei den Kursteilnehmenden läge und keine Lösung auf dem Silbertablett präsentiert würde. Kein „sich-berieseln-lassen“ würde zur Lösung aller Probleme beitragen (A_2; A_3). Es koste Überwindung, selbst ins Handeln zu kommen und über das eigene Leben und kritische Situationen nachzudenken. Eigene Probleme könnten nicht von Fremden gelöst werden, sondern müssten selbst bearbeitet werden.

„Es ist aber jedem klar, denke ich, dass man selber was tun muss und dass man, ja, dass man vielleicht auch an Bereiche in sich selber stößt, die man vielleicht lieber, ja, jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt vielleicht dann mal angreift. Also jetzt nicht nur zu einem späteren Zeitpunkt angreifen möchte, aber auf jeden Fall ist das ja Seelenarbeit, und das ist nicht jedermanns Sache. Das muss auch passen, also auch vom Lebenszeitpunkt.“ (Arzt in einer Einzelpraxis)

In den Interviewdaten wird deutlich, dass die Trainer*innen Stressbewältigung und Lebensstilveränderung als einen Prozess sehen, den sie begleiten. Die Handelnden sind hierbei die Teilnehmenden. Ärzt*innen und auch Mitarbeitende nehmen eine neue Rolle ein in dem Kurs. Sie sind eigentlich selbst Wegbegleitende, werden aber im Rahmen des Kurses zu Handelnden. Um einen möglichen Konflikt zwischen den verschiedenen Rollen aufzugreifen und die jeweilige Person zum aktiv Gestaltenden der eigenen Lebensstilveränderung zu machen, kann es sinnvoll sein, die eigene Rollenwahrnehmung zu Beginn des Kurses zu reflektieren (T_2).

3.5.6 Potenziale der Kursteilnahme

Weitergabe an Patient*innen

Die Interviewpartner*innen haben eine Verbindung zwischen der Entwicklung der eigenen inneren Haltung mit der Versorgung von Patient*innen gesehen. So wurde beispielsweise angenommen, dass ein gelassener Arzt/eine gelassene Ärztin eine harmonische Atmosphäre verbreiten kann und sich diese beruhigend auf die Patient*innen auswirke (T_7). Weiter wird deutlich, dass die Healthcare Professionals auf Basis der Selbstfürsorge „gut aufgestellt sind“, um sich in der Versorgung zu engagieren (T_4). Sie können eine Kraftquelle entwickeln. Weiterhin können Ärzt*innen und Mitarbeitende aus eigener Erfahrung Inhalte und Instrumente an die Patient*innen weitergeben/empfehlen und dadurch den eigenen Handlungsspielraum in der Behandlung bzw. Therapie erweitern (T_2; I_1; I_2). Das Kennenlernen der Effekte am eigenen Leib ermutigt zur Weitergabe von Informationen und Wissen an Patient*innen.

Ein Bericht der Selbsterfahrung oder die Funktion als *role model* können hier genutzt werden, um Patient*innen mit Themen der Lebensstilveränderung zu erreichen.

„Und dann natürlich auch weiterführend, das den Patienten zu vermitteln. Also da ein anderes Gefühl für zu bekommen, das ist, ich glaube schon, dass gerade Arzthelferinnen und Arzthelfer, meistens Helferinnen (schmunzeln), immer da auch eine Schlüsselfunktion haben zu den Patienten. Wie geht der mit sich selbst um? Oder wie sieht der die Medizin? Und ich glaube, das könnte eine gute Hilfe sein, ja, ein anderes Bild zu vermitteln, halt so dieses, aus der Salutogenese, dieses Menschen zu retten aus dem Wasser, ist das eine, sondern ihnen schwimmen beizubringen. Also selbst das mal mitgemacht zu haben, wie bringt man mir schwimmen bei. Also dann komme ich gar nicht erst so in diese Situation, dass mich hier jemand retten muss. Und dieses Gefühl, glaube ich, dieses vermittelt zu bekommen, wirklich in einem Training oder in einem Setting, das selbst mitzerleben, das kann halt eine doppelte Auswirkung haben, auf sich selbst, wie auch dann auf die Patienten dann eine andere Haltung, eine innere andere Haltung bekommen.“ (Trainerin)

Integration in den Alltag

Es wurde deutlich, dass einige Themen bei den Ärzt*innen und Mitarbeitenden bereits bekannt waren, jedoch die Umsetzung im Alltag herausfordernd ist. Bei Ärzt*innen konkurriert die Gesundheitsförderung und Sorge für sich selbst mit langen und arbeitsintensiven Tagen. Nach einem anstrengenden Tag auch noch Zeit und Lust für einen Stressbewältigungskurs oder gesundheitsförderlichen Übungen aufzubringen, wurde als schwierig beschrieben (I_1).

„Und es konkurriert schon auch mit der Patientenversorgung beziehungsweise oft ist es dann halt wirklich so, wenn der letzte Patient raus ist und man da noch irgendwie anderthalb Stunden Papierkram gemacht hat, sich dann noch hinzusetzen und zu sagen, jetzt planen wir noch einen Gesundheitskurs oder gucken, was

es für Angebote gibt, das mache ich dann einfach nicht mehr.“ (Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum)

Lebensstilveränderung ist eine Herausforderung, da Routinen verändert werden. Diese Herausforderung besteht auch, wenn man eigentlich weiß, dass diese Stunden als Investment in sich selbst guttun (I_1).

Im Kurs ist bei einer Teilnehmerin sehr deutlich geworden, dass es Überwindung gekostet hat, nach der Praxistätigkeit und Müdigkeit noch zum Kurs zu gehen, doch diese Überwindung wurde belohnt und ein Nutzen nach dem Kurs im Sinne einer Entspannung wahrgenommen (I_5).

Die Teilnahme am Kurs wird daher als eine gute Möglichkeit wahrgenommen, sein Wissen aufzufrischen (I_5), aber auch ganz konkrete Anleitungen für Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen zu erhalten und bei der Integration in den Alltag begleitet zu werden (FG, I1). Die Themen Entspannung und Selbstfürsorge sind während des Kurses viel präsenter im eigenen Alltag.

„Wissen heißt nicht machen. Und dementsprechend finde ich sehr, sehr gut, dass man sich einfach durch den Kurs so viel mit den Themen beschäftigt hat und dementsprechend auch im Kurs dann immer wieder mit den Themen konfrontiert wurde und die dadurch im Unterbewusstsein im Alltag mitgenommen hat und sich, ja, selbst auch einfach jetzt mehr damit beschäftigt. Also dass es jetzt wirklich/ dass man einfach mehr dran denkt, mehr meditiert, sich mehr Zeit nimmt. Also das habe ich für mich mitgenommen, auch mit der Achtsamkeit als sehr wichtiger Punkt eben im Kontrast zu dem Stress oder dem beruflichen Stress, [...], wo man halt in diesem Arbeitsmodus ist, dass man dann eben diesen Achtsamkeitsmodus auch wieder mehr in sein Leben mit hineinnimmt.“ (Fokusgruppe, ärztliches Personal)

Im Rahmen eines achtwöchigen Kurses entsteht die Frage, wie das Gelernte in den Alltag ohne Kursbegleitung überführt werden kann. Während des Kurses gibt es Hausaufgaben und eine stärkere Verpflichtung, die Übungen selbst zu machen. Nach Kursende fällt diese externe Kontrolle weg. Auf Grundlage der Forschungsdaten konnte herausgearbeitet werden, wie ein Transfer des Gelernten in den Praxisalltag erfolgen kann. Eine individuelle Anpassung an die Gegebenheiten der Praxis und die individuellen Vorlieben erschien unbedingt notwendig, damit eine Fortführung Erfolg hat. Um die Integration in den Alltag nicht erst nach Kursende anzugehen, erscheint es sinnvoll, individuelle Maßnahmen für die allgemeinmedizinische Praxis bereits im Kurs zu entwickeln und auch das Thema Rückfallprävention (Modul 8) zu beleuchten. Eine Idee war auch, sich gemeinsam im Praxisteam bei der Umsetzung zu unterstützen:

„Ja, also (...) wertvoll wäre es natürlich schon, (...) wenn, also wenn so ein Kurs durchgeführt wird und man sich ja am Ende noch mal konkret ein Ziel setzt, wie ich jetzt weitermache nach dem Kurs, was ich gerne umsetzen möchte, was ich erfahren habe, das mir gut tut, das da auch immer mal wieder nachgehakt wird vielleicht auch im Kollegenkreis. Dass es dafür auch einen Raum gibt, (...) daran immer wieder erinnert zu werden.“ (Trainerin)

Auf Grundlage der Daten konnten Elemente identifiziert werden, die alltagstauglich nach Kursende in der Praxis umsetzbar wären:

Rituale schaffen (T_5)

- Minute der Stille vor Teambesprechung (T_1; T_5)
- Runde „Was bedrückt mich, was stimmt mich positiv?“ vor Teambesprechung (T_3)
- gemeinsame Team-Meditationen
- Bodyscan¹⁵ als Achtsamkeitsübung, z. B. gemeinsam morgens, wenn man zusammenkommt (T_2)

Pausen

- geregelte Pausenzeiten, um z. B. achtsam zu essen (T_5)
- Mittagspause nutzen, um den Arbeitsplatz zu verlassen (T_6)
- Pausen zwischendurch, um das Behandlungszimmer zu verlassen, z. B. Kaffee in der Küche holen/trinken (I_5)

Dankbarkeit (T_3)

- Dankbarkeitsbuch, in das jeder und jede positive Dinge (Wofür sind wir dankbar? Was hat gut geklappt?) schreiben kann (T_1)
- Runde der Dankbarkeit zum Wochenabschluss (T_5)
- Pinnwand mit positiven Erlebnissen (Kraftquellen) (T_5)

Mini-Entspannungen

- SARW¹⁶-Strategie (T_6)
- drei tiefe Atemzüge, z. B. am Schreibtisch, bevor der Telefonhörer abgenommen wird oder vor Hausbesuch (T_2; FG; I_4; T_6)
- Erinnerungen an Achtsamkeit, z. B. Notiz an Pinnwand (I_4)

Ernährung und Bewegung

- Gesundes Essen in der Praxis (Obst statt Schokolade) (A_2)
- Bewegungssequenzen und Krafttraining (M_1)
- Erinnerung an Bewegungsübungen (T_6)
- Entspannungs- oder Sportstunde einmal die Woche (T_6)
- Übungen aus dem Autogenen Training oder der Progressiven Muskelentspannung (T_6)

Es entstanden Überlegungen, jemanden aus dem Team für das Thema „Stressbewältigung/betriebliche Gesundheitsförderung“ weiterzubilden oder jemandem die Verantwortung dafür zu übertragen. Zum einen könnte sich jemand aus dem Team der Mitarbeitenden zuständig fühlen (A_2) oder im Rahmen der Weiterbildung/Funktion als Praxismanager*in das Thema der Stressbewältigung mit in den Verantwortungsbereich aufzunehmen (I_1). Kritisch

¹⁵ Achtsamkeitsübung, bei der der Übende gedanklich durch seinen Körper geht und in die einzelnen Körperteile hineinspürt.

¹⁶ Stopp – Atme – Reflektiere - Wähle

wird in diesem Zusammenhang gesehen, dass es zu Kompetenzzweifeln kommen kann, wenn ein Teammitglied z. B. das Anleiten von Übungen übernimmt (M_1). Stattdessen wurde als bessere Lösung angesehen, dass jemand außerhalb des Praxisteam einen Rahmen zur Auseinandersetzung mit dem Thema schafft. Weiterhin ist auch denkbar, dass die Ärzt*innen (Praxisinhabenden) oder jemand aus dem ärztlichen Team das Thema Stressbewältigung weiter vertieft und über die Entwicklung der inneren Haltung Veränderungen in der Praxis anstößt und Angebote für formale Übungen etabliert oder Verhältnisse anpasst (A_2).

Diese zuvor aufgeführten Möglichkeiten der Integration von Übungen der Stressbewältigung bzw. Veränderungen in der Struktur und Zusammenarbeit beziehen sich allesamt auf den Arbeitskontext und die Arbeit in der Praxis. In den Daten wird zudem deutlich, dass der Stressbewältigungskurs auch Möglichkeiten aufgezeigt hat, um nach Arbeitsende Abstand zu gewinnen und Entspannung zu finden.

„Also bei mir, ich denke mal, was die Praxis betrifft, werde ich nach wie vor in Stress SEIN, aber ich weiß, wie ich, wenn ich heimkomme, das ÄNDERN kann, dass ich wieder runterkomme durch Spaziergänge und die Meditation hilft mir inzwischen auch, was ich vorher nicht gekannt habe. Aber das ist ein Thema, was ich jetzt ÖFTER machen WILL und es hilft mir auch und ich denke, es ist ja auch schon mal was Gutes, wenn man einfach nach der Arbeit RUNTERkommt. Während der Arbeit werde ich es wahrscheinlich NICHT schaffen, da ist man angespannt und ich glaube, das geht allen so. Aber ich weiß jetzt, was ich danach machen kann, wenn ich heimkomme, dass das wieder besser wird, das Gefühl.“ (Fokusgruppe, nicht-ärztliche Mitarbeiterin)

Der Lebensstilprozess kann zwar im betrieblichen Setting gestartet werden, doch es handelt sich um Veränderungen im eigenen Leben.

„es muss irgendwie nicht nur in dem beruflichen Setting, sondern es muss auch in mein Leben passen, weil die, also BERN ist ja grundsätzlich zwar, in diesem Acht-Wochen-Konstrukt sozusagen ist es da zur Unterstützung, aber die Idee ist ja, es geht um meinen eigenen Lebensstil, also schaue ich, dass ich das sozusagen in meinem eigenen Leben nach und nach implementiere und ausprobiere und was Teil sozusagen, Teil meines Lebens wird, weil, es soll mich ja unterstützen. Es geht ja hier um Selbsthilfestrategien einfach.“ (Trainerin)

Innere Haltung entwickeln und in das System integrieren

Wenn die innere Haltung („Lebenseinstellung“, T_7) für eine erste Auseinandersetzung mit dem Thema Stressbewältigung gegeben ist (Kapitel 3.5.3), dann kann die innere Haltung auch das Setting prägen, in dem gearbeitet wird. Es kann eine Kultur entstehen, die die „Ressourcenorientierung“ betont und salutogene Strukturen ermöglicht. Die innere Haltung definiert nicht nur die Arbeit in der Hausarztpraxis, sondern begleitet das gesamte Leben (T_7).

„das Wichtigste ist, welche innere Haltung hat die Leitung. Also (...) welche Strukturen bringt der Arzt also mit und was sieht er als wichtig. Und ich glaube, wenn er

dieses Programm mitmacht und auch für gut empfindet, entsteht ja automatisch eine innere Haltung, auch mit seinen Mitarbeitern anders umzugehen, vielleicht auch mit Pausen anders umzugehen, einfach zum Beispiel diese innere Haltung zu verändern. Ja, wenn jemand krank ist oder wenn er merkt, er muss zu Hause bleiben, dann auch mit einem guten Gefühl denjenigen gehen zu lassen, anstatt dann demjenigen Druck zu machen, innerlich zumindest. So dieses, das ist ja diese innere Haltung, die sich dann verändert. [...] dann halt auch guckt, was kann ich für Strukturen vielleicht schaffen in der Klinik. Also dass man vielleicht guckt, ja, was machen, wie sieht eine Pause aus? Oder stellen wir Obst hin für uns? Oder haben wir ein Buch, wo wir uns schreiben, (...) wofür sind wir in dieser Woche dankbar, was hat gut geklappt als Beispiel? Also so, dass man im Grunde genommen diesen Fokus noch mal in diese Ressourcenorientierung setzt, oder, oder.“ (Trainerin)

Im Rahmen des Kurses kann die innere Stärke und Überzeugung entstehen, die dann auf das System verändernd wirken kann. Der Kurs wird als ein Wegbegleiter auf dem Weg hin zu Lebensveränderungen gesehen. Die Eigenverantwortung der Umsetzung und Integration in den Alltag liegt bei den Teilnehmenden hingegen selbst.

„Im Grunde kann man dann Keime sähen, der dann später dann, also es ist ein Projekt was jeder für sich jeder selber weiterentwickeln muss. Man macht den Kurs und lernt und findet dann halt den Zugang dazu. Und letztendlich ist das machen ja wichtig. Dass man meditiert, dass man sich damit auseinandersetzt, dass man wie gesagt Tagebuch schreibt et cetera. Dass man einfach da sich weiterentwickeln will.“ (Trainerin)

Durch das Üben und Praktizieren im Laufe des Kurses und darüber hinaus besteht das Potenzial des Stressbewältigungskurses darin, Veränderung bei sich zu merken, eine innere Gelassenheit und Selbstfürsorge zu erlernen.

„Sondern dass ich merke, das sind alles, also ob es Bewegung, Ernährung, Naturheilkunde, Stressregulation, das sind alles Mittel, die in mir eine Haltung von Ich-bin-mir-wichtig, Ich-möchte-mir-selber-etwas-Fürsorge-gönnen, also so Ich-schaue-mich-selber-an, und gucke, was ich brauche, so diese Selbsthilfe, Selbstfürsorge.“ (Trainerin)

Im Kurs kann „so ein Gespür für die eigenen Bedürfnisse und auch Grenzen“ erwachsen (T_5).

„Und auch, dass bei denen, dass bei vielen überhaupt erst mal so eine Erlaubnis entsteht, ich darf für mich sorgen, ich darf mich wichtig nehmen und, ja, darf da auch mal nein sagen (schmunzeln).“ (Trainerin)

Eine Trainerin beschreibt in diesem Zusammenhang das Potenzial des Kurses und der Elemente der Mind-Body Medizin darin, „wirklich ein Handwerkskoffer und auch ein Verständnis zu bekommen für das ganze Gesundheitssystem in mir. Und da halt auch schneller dann Warnsignale selbst bei mir festzustellen, selbst schneller für mich sorgen zu können“ (Trainerin).

Das Thema Arbeitsorganisation, inklusive Termin- und Zeitmanagement sowie Priorisierung, wurde als wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit Stressbewältigung auf Verhältnisebene gesehen (T_6; T_7). Im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in der Arztpraxis wurde auch Arbeitsergonomie sowie Raucherentwöhnung als relevant erachtet (T_6).

Ein Idealbild wurde von einem Gesundheitszentrum skizziert, in dem nicht nur Gesundheitsförderung für Patient*innen angeboten wird, sondern ebenfalls für Mitarbeitende:

„Also ich stelle mir es nach wie vor total gut vor, dass es so lokale Gesundheitszentren gäbe, in denen auch die Mitarbeiterinnen eine Stunde einmal im Monat haben und Ressourcen (...) fördernd da belehrt werden oder be-, üben können.“ (Arztin in einer Einzelpraxis)

Eine weitere bemerkenswerte Überlegung im Kontext von Stressbewältigung wurde von einem Interviewpartner entwickelt, bei der es darum geht, Balint-Gruppen, die ursprünglich für Ärzt*innen entwickelt wurden und von ihnen gestaltet werden, auch für Mitarbeitende zur Verfügung zu stellen:

„So wie es Balint-Gruppen für Ärzte gibt, wenn es sowas für Arzthelferinnen gäbe. (...) Wo man fallbezogen über Probleme reden kann und eine andere Einstellung kriegt.“ (Arzt in Gemeinschaftspraxis)

Als weiteres Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde das Thema Führung im Kontext der Stressbewältigung für Ärzt*innen und Mitarbeitende genannt.

„Wobei ich halt überlegt habe, dass ich, glaube ich, für Ärzte noch mal gezielt mir vorstellen könnte, Einheiten zu machen, wo es dann eher ein bisschen auch in betriebliches Gesundheitsmanagement geht. Und so Führungsthemen vielleicht auch ein bisschen aufgegriffen werden, [...], aber wo der Arzt einfach ein bisschen geschult wird, was kann er tun, um das für seine Mitarbeiter einfach noch gesünder zu gestalten, der Ablauf in der Arztpraxis.“ (Trainerin)

In diesem Zusammenhang wurden auch Überlegungen angestellt, durch die Umstrukturierung von Verantwortlichkeiten und Entscheidungsspielräumen Stressoren zu reduzieren und beispielsweise Mitarbeitenden die Verantwortlichkeit für bestimmte Aufgaben zu übertragen (T_3; A_2).

Zu der Gestaltung der Verhältnisse gab es einige Anmerkungen seitens der interviewten Trainer*innen. Hier wurde deutlich, dass die Rahmenbedingungen (Verhältnisse) auch eine Praxis der Stressbewältigung zulassen müssen bzw. dass mit der Zuwendung hin zur Stressbewältigung und Gesundheitsförderung nicht nur Veränderungen im eigenen Verhalten einhergehen, sondern auch Rahmenbedingung einer Veränderung bedürfen/geändert werden müssen. Dies ist eine Voraussetzung, um die neue innere Haltung auch leben zu können. Selbstständig tätige Ärzt*innen bzw. Praxisinhabende können das eigenverantwortlich/ selbstständig umsetzen. Angestellte bzw. Mitarbeitende sind in diesem Fall allerdings auf ihre Vorgesetzten angewiesen. Ein gemeinsam durchgeführter Kurs und eine gemeinsame Überzeugung von der

Sinnhaftigkeit einer gesundheitsförderlich ausgerichteten Praxis macht es leichter, neue Strukturen und Verhaltensweisen zu etablieren und zu leben. Wenn alle an dem Kurs teilgenommen haben, kann auf einen gemeinsamen Erfahrungsraum zurückgegriffen werden.

„Also ich kann mir zum Beispiel vorstellen, dass in einer Hausarztpraxis total wichtig wäre, die Rahmenbedingungen so anzupassen, dass zum Beispiel eine Mittagspause, auch einfach eine Zehn-Minuten-Pause gibt, wo jeder sich in Stille hinsetzen kann und eine Runde meditieren kann, oder so. Und wenn das alle machen und wenn es eine Räumlichkeit dafür gibt, dann ist das viel einfacher. Oder wenn die Mittagspausen gemeinsam gestaltet werden oder wenn sie sich alle darüber Gedanken machen, wie können wir unsere Mittagspause so gestalten, dass sie für uns leicht und gesundheitsförderlich ist.“ (Trainerin)

Die neuen Rahmenbedingungen erleichtern dann auch die Integration der Übungen und der Kultivierung einer neuen Haltung in den Alltag. Soziale Unterstützung z. B. durch gemeinsames Erinnern oder gemeinsames Üben ist ebenso ein Vorteil, wenn gemeinsam der Kurs absolviert wird und alle im gemeinsamen Boot sitzen (T_4).

Von besonderer Relevanz schien das Pausenmanagement zu sein (T_3; T_5M_1). Dies beinhaltete insbesondere, Pausen fest einzuplanen, einzuhalten und dann auch wahrzunehmen. Ein Rückzugsraum, um Entspannungs- oder Bewegungsübungen durchführen zu können, wurde als besonders wichtig herausgearbeitet.

„Aber auch so, sich aus dem Praxisalltag mal einen Moment zurückziehen können, wenn so alles zu viel wird, um mal tief durchzuatmen. [...] Weil ich ja trotzdem, gerade als Anmeldekraft oder auch Arzt, ich bin ja ständig im Kontakt mit anderen Menschen, das ist ja, die haben ja jetzt nicht so, wo man sagt, wir sind am Schreibtisch und dann kann ich auch mal durchatmen, das merkt keiner, die sind ja meistens mehr im Außen als im Innen.“ (Trainerin)

3.6 Diskussion

Ziel der explorativen Untersuchung war es, die Machbarkeit der Umsetzung eines Stressbewältigungskurses in der allgemeinmedizinischen Praxis näher zu beleuchten und dabei förderliche und hemmende Faktoren herauszuarbeiten.

Insgesamt wird in den Daten deutlich, dass Ärzt*innen und Mitarbeitende in hausärztlichen Praxen einen Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen haben. Der Zugang zum Thema in einem stark abgegrenzten Setting, in dem sich die Betroffenen bzw. die Zielgruppe bewegt, ist für die Gestaltung von Maßnahmen besonders wichtig. Es konnte herausgearbeitet werden, dass ein eigenes Investment notwendig ist, um sich im Sinne der Selbstfürsorge mit Stressbewältigung auseinanderzusetzen. Interessant war auch, dass die unterschiedliche Perspektive von Praxisinhaber*innen und Mitarbeitenden (Angestellten) hinsichtlich des Investments in sich selbst und in Bezug auf den Einsatz der Zeit in der explorativen Studie deutlich wurde.

Wie in der Fokusgruppe herausgearbeitet wurde, ist das „Abschalten können“ und in einen Entspannungsmodus wechseln zu können – während der Arbeit oder im Feierabend – sehr

bedeutsam bei der untersuchten Zielgruppe. Die Übungen im Rahmen des Kurses wurden von den Teilnehmenden als hilfreich eingeschätzt, diesen geäußerten Bedarf zu decken und über eine die Entspannungsantwort einleitende Übung einen individuellen Umgang zu finden.

Zu betonen ist, dass Themen wie Resilienz und Kohärenzgefühl möglicherweise bei der Zielgruppe der Hausärzt*innen und Mitarbeitenden weniger stark verankert/bekannt ist. Über den Kurs kann der Perspektivenwechsel zur Gesundheitsförderung, ergänzend zur Krankheitsvermeidung, ermöglicht werden. Die Sinnhaftigkeit der eigenen beruflichen Tätigkeit und im Leben kann somit im Rahmen des Kurses bearbeitet werden und denjenigen, die im beruflichen Leben eine Sinnkrise wahrnehmen oder Freude an der Arbeit verloren haben, einen neuen Zugang zu sich selbst, den eigenen Wünschen und Zielen eröffnen.

In den Interviewdaten und der Fokusgruppe wurden hierarchische Strukturen in Praxen angesprochen und in Beziehung zur Öffnung der Teilnehmenden im Rahmen des Kurses gesetzt. Hier scheinen insbesondere die Arbeitgebenden- und Arbeitnehmenden-Seite gegenüber zu stehen. Nichtsdestotrotz wird es als notwendig und gewinnbringender angesehen, wenn ein solcher Stressbewältigungskurs im Team im Sinne einer Supervision durchgeführt werden kann. Es wurde herausgearbeitet, dass bestimmte Themen, wie Ernährung und Bewegung, durchaus übergreifend bearbeitet werden können, jedoch Verhalten, Gedankenmuster und Entspannung gegebenenfalls berufsgruppenspezifisch bearbeitet werden sollten.

In der explorativen Untersuchung konnte herausgearbeitet werden, dass die Praxisinhaber*innen bzw. das ärztliche Team eine wesentliche Bedeutung für die Integration in die Gesundheitsförderung einnehmen. Die Einstellung gegenüber Stressbewältigung und Selbstfürsorge sowie gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen ist maßgeblich dafür verantwortlich, ob auch die Mitarbeitenden einen Zugang zu dieser Thematik im Arbeitskontext erhalten. Anlässe für die Orientierung hin zur Stressbewältigung reichen von einem hohen Leidensdruck über Erfolgserlebnisse bei eigenen Patient*innen bis hin zum wissenschaftlichen Beitrag als Studententeilnehmende. Die Erwartung hinter der Kursteilnahme ist zum einen, den Mitarbeitenden etwas „Gutes“ tun zu können, zum anderen aber auch, die Arbeitsfähigkeit in der Praxis zu erhalten bzw. zu verbessern. Das Eigenverständnis der Praxisinhaber*innen Verantwortung für sich und die Mitarbeitenden zu übernehmen, motiviert zu einer Kursteilnahme.

Insgesamt ist festzuhalten, dass im Rahmen der Anbahnung der Interventionsstudie und auch in den Interviews deutlich wurde, dass die Gruppe der Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden für Gesundheitsförderung und Stressbewältigung wenig sensibilisiert sind. Auch im Kontext der Arbeit Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben, schien ein untergeordnetes Thema zu sein. Selbst wenn Bewegung und Ernährung bereits als verbreitete Themen im Kontext Gesundheit und Selbstfürsorge bezeichnet wurden, so waren Kommunikation, soziales Netz und Achtsamkeit sowie Entspannung weniger bekannt. In den Interviews und der Fokusgruppe konnte herausgearbeitet werden, dass der Kurs ein guter Einstieg in diese Thematik sein kann und auch Anregungen für die Integration der Themen in den Arbeitsalltag bieten kann. Dennoch wurde auch deutlich, dass die Hürde zu einer Kursteilnahme sehr hoch ist. Der Zeitaufwand und die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit sich selbst, die Unkenntnis und Unsicherheit über Inhalte, keinerlei Berührungspunkte mit Mind-Body-Medizin und die

gemeinsame Arbeit im Praxisteam (Vorgesetzte und Angestellte) sind hier anzuführen. Besonders der letztgenannte Punkt ist bei verhaltensbezogenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen von hoher Relevanz. Die Öffnung im Team ist von Individuum zu Individuum unterschiedlich. Denkbar wäre es, unterschiedliche Angebote verfügbar zu machen, sodass jeder und jede nach eigenen Präferenzen wählen kann, ob das Thema Stressbewältigung im Team oder mit fremden Personen angegangen werden möchte. Weiterhin ist zu argumentieren, dass Gesundheitsförderung neben dem Kursformat und der Lebensstiländerung auch Veränderungen in Praxisstrukturen beinhalten kann und idealerweise auch sollte. Gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung wäre für allgemeinmedizinische Praxen ein geeignetes Mittel, um Stressoren gezielt zu bearbeiten und das Gesundheitspotenzial dadurch im Team zu stärken.

Relevanz der Ergebnisse

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Planung der Interventionsstudie sowie den geführten Interviews können für weitere Interventionsstudien mit Healthcare Professionals im Kontext der Stressbewältigung und Gesundheitsförderung genutzt werden. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung konnten Erkenntnisse zur Planung der Rekrutierung und für die konkrete Gestaltung des Kurses, z. B. Terminierung der Kurstermine, gewonnen werden. Auch wenn der Fokus auf dem spezifischen Stressbewältigungsprogramm „Gesund im Stress“ lag, lassen sich einige Erkenntnisse auch für weitere gesundheitsförderliche Maßnahmen übertragen. So wurde beispielsweise deutlich, dass die Bereitschaft im Sinne der Motivation ein Schlüsselaspekt ist. Ebenso ist die Haltung der Praxisinhabenden ein weiterer wichtiger Faktor, der bei der praktischen Umsetzung beachtet werden muss.

Limitationen

An dieser Stelle sollen auch die Limitationen der explorativen Studie kurz diskutiert werden. Als bedeutende Limitation ist die COVID-19-Pandemie zu nennen. Der Studienplan konnte nicht wie vorgesehen umgesetzt werden, sodass ein exploratives Verfahren gewählt wurde. Es handelt sich aufgrund der pandemiebedingten Situation bei dem Sample um ein *convenience sample*. Alle Interessierten und diejenigen, mit denen im Rahmen der Interventionsstudie bereits Kontakt bestand, wurden zu einer Teilnahme am Interview eingeladen. Darüber hinaus wurden keine weiteren Interviewpartner*innen, auch keine weiteren ausgebildeten Trainer*innen für Mind-Body-Medizin, Achtsamkeit oder Ähnliches, einbezogen. Mit allen, die für ein Interview zur Verfügung standen, wurde ein Interview geführt. Die Ansichten derjenigen, die nicht für ein Interview zur Verfügung standen, blieben unberücksichtigt.

Die Interviewerin und Analysierende der Forschungsdaten ist weder ausgebildete Trainerin für das Stressbewältigungsprogramm „Gesund im Stress“, noch verfügt sie über Arbeitserfahrung in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Dieser Erfahrungshintergrund wird Einfluss auf die Datenerhebung und Analyse der Daten gehabt haben und sollte bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Die Analyse der Interviewdaten erfolgt von einer Person. Eine kollegiale Validierung erfolgte bislang nicht, wird jedoch im Rahmen der Publikation in einer Fachzeitschrift angestrebt.

3.7 Fazit und Ausblick

Anknüpfend an die Forschungsergebnisse des ersten Projektteils wäre eine empirische Untersuchung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme angezeigt. Die zeitliche Überschneidung der COVID-19-Pandemie mit der Interventionsumsetzung hat die Erprobung des Stressbewältigungsprogramms „Gesund im Stress“ zunächst verhindert. In weiteren Projekten sollten Erfahrungen mit der Durchführung von Kursen mit der Zielgruppe der Healthcare Professionals gesammelt werden. Neben einer reinen Ergebnisevaluation wäre auch zu überlegen, ob Daten zur Prozessevaluation stärker bei der Studienplanung berücksichtigt werden sollten. Denkbar wäre es, auch im Verlauf des Kurses z. B. über ein Tagebuchformat zusätzlich Daten zu erheben oder ad hoc-Interviews zur Mitte des Kurses mit den Teilnehmenden einzuplanen, um so gezielt Erkenntnisse zu einzelnen Modulen des Stressbewältigungsprogramms zu erhalten.

3.8 Publikationen und Aktivitäten

Geplante Publikationen

Werdecker, Lena (2020): Glück und Zufriedenheit in der Gesundheitsversorgung: Wie sich das Wohlbefinden von Healthcare Professionals stärken lässt. Meditation & Wissenschaft 2020, 30.-31.10.2020 in Berlin. (*Absage der Konferenz aufgrund der COVID-19-Pandemie*)

Werdecker, Lena; Esch, Tobias: Stressbewältigung/Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis - eine explorative Analyse

4 Gesamtdiskussion

In der Diskussion beider Projektteile werden zunächst Glück und Zufriedenheit, Stressoren und Ressourcen, die Persönlichkeitsdimensionen sowie das Gesundheitsverhalten beleuchtet. Anschließend wird der Blick auf die Relevanz der Ergebnisse gelegt, bevor kurz Limitationen der Untersuchung skizziert werden.

4.1 Glück und Zufriedenheit

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Hausärzt*innen im Vergleich zu ihren Mitarbeitenden weniger glücklich sind. Sie sind hingegen zufriedener mit Ihrer Arbeit als ihre Mitarbeitenden. Hinsichtlich Lebenszufriedenheit zeigt sich kein Unterschied. In diesem Zusammenhang sollte der Frage nachgegangen werden, wie Glück und Lebenszufriedenheit in Beziehung stehen und welche Bedeutung die Arbeitszufriedenheit bei der Bewertung hat.

Die befragten Hausärzt*innen dieser Untersuchung gehören im Vergleich mit anderen Studien zu den glücklicheren Personen (Eckleberry-Hunt et al. 2016; Duffrin und Larsen 2014). Auch bei der Arbeitszufriedenheit liegen die Werte dieser Befragung im oberen Mittelfeld bei einem

Vergleich der Ergebnisse anderer Studien mit Hausärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden (Szecsenyi et al. 2011; Rosta et al. 2019; Goetz et al. 2018; Leutgeb et al. 2018; Nørøxe et al. 2018; Goetz et al. 2016; Voltmer et al. 2012; Rosta und Gerber 2008). In der Bewertung der verschiedenen Aspekte der Arbeit hinsichtlich der Zufriedenheit sind die vorliegenden Ergebnisse übereinstimmend mit vorherigen Studienergebnissen (Goetz et al. 2018; Leutgeb et al. 2018; Goetz et al. 2016; Voltmer et al. 2012; Szecsenyi et al. 2011; Rosta und Gerber 2008; van Ham et al. 2006). Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Verbesserungen in den Bereichen der Arbeitsstunden bei Ärzt*innen und einer höheren Eigenverantwortlichkeit bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden, sowie dem Einkommen vermutlich auch zu einer höheren Zufriedenheit führen können. Wie Maßnahmen zur Verbesserung dieser Aspekte ausgestaltet werden sollten, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

4.2 Stressoren

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Belastungen und Ressourcen bei Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden zum Teil unterschiedlich verteilt sind. Dieses Ergebnis verweist darauf, dass präventive und gesundheitliche Maßnahmen auf die unterschiedliche Verteilung der Stressoren ausgerichtet sein sollten.

Burnout

Nicht-ärztliche Mitarbeitende zeigen eine höhere Prävalenz bei persönlicher Erschöpfung als Hausärzt*innen. Sie sind jedoch weniger belastet von Burnout-Symptomen in Bezug auf die Arbeit und die Arbeit mit Patient*innen. Diese Beobachtung ist möglicherweise damit zu erklären, dass insbesondere Frauen in der familiären Sorge stärker eingebunden sind und neben ihrer beruflichen Tätigkeit sich um Kinder oder zu pflegende Angehörige kümmern. Diese Doppelbelastung wird auch in den qualitativ erhobenen Daten deutlich. Wenngleich dies auch auf Ärzt*innen mit Kindern zutrifft.

Der Zusammenhang der Burnoutsymptome mit der Arbeitszufriedenheit sollte in weiteren Auswertungen bzw. Untersuchungen näher beleuchtet werden, denn in der vorliegenden Studie weisen Hausärzt*innen eine höhere Arbeitszufriedenheit mit der Arbeit auf als nicht-ärztliche Mitarbeiter*innen, wenngleich beide eine hohe Sinnhaftigkeit in ihrer Tätigkeit wahrnehmen.

Illegitime Aufgaben

Hausärzt*innen nehmen im Gegensatz zu ihren Mitarbeitenden häufiger illegitime Aufgaben in ihrem Arbeitsalltag wahr. Interessant ist, dass die illegitimen Aufgaben, die im ersten Projektteil als relevant herausgearbeitet wurden, mit den im zweiten Projektteil erarbeiteten Ideen zur Integration der Stressbewältigung und der inneren Haltung (Selbstfürsorge) in Verbindung zu bringen sind. Mit der Gestaltung der Verhältnisse, die Selbstfürsorge ermöglichen, können möglicherweise auch illegitime Aufgaben vermieden werden. Hierfür wäre allerdings die Voraussetzung, besser zu verstehen, was konkret unter illegitimen Aufgaben in der Praxis verstanden wird. Aus den Interviews und Beobachtungen lässt sich der Verdacht ableiten, dass es sich um Dokumentationen, z. B. im Kontext von Disease Management Programmen, die

Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung hinsichtlich Abrechnung und Vergütung sowie gesetzliche Anforderungen, wie z. B. Datenschutzkonzepte, handelt. Eine weitere qualitative Untersuchung mit dem Fokus auf illegitime Aufgaben in der Hausarztpraxis wäre hier anzustreben, um im Anschluss die Häufigkeit von bestimmten Aufgabentypen quantifizieren zu können. Unterschiedliche Organisationstypen (Terminpraxis, Notfallsprechstunden etc.) sowie Praxisarten sollten dabei berücksichtigt werden.

Gratifikationskrise

Nicht-ärztliche Mitarbeitende weisen häufiger eine Gratifikationskrise auf als Hausärzt*innen. In den Interviews wurde deutlich, dass insbesondere bei Mitarbeitenden ein „Danke“ der Patient*innen als Wertschätzung erlebt wird. Es lässt sich vermuten, dass diese Dankbarkeit jedoch zu selten bei den Mitarbeitenden ankommt, sondern vermehrt gegenüber den Ärzt*innen geäußert wird. Schimpfende und verärgerte Patient*innen reduzieren die Gratifikation im Sinne der Anerkennung der geleisteten Arbeit. Außerdem ist der Arbeitsplatz der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden z. B. an der Praxisanmeldung von Unterbrechung gekennzeichnet und auch Zeitdruck durch die Gleichzeitigkeit von Aufgaben trägt zur Verausgabung bei. Im Kontext der Erhebung der Arbeitszufriedenheit zeigte sich im Bereich des Einkommens, dass beide Gruppen im Verhältnis zu den anderen Aspekten damit weniger zufrieden sind. Diese Form der Gratifikation dürfte bei beiden Gruppen eher als gering eingeschätzt werden.

4.3 Ressourcen

Erholungsfähigkeit nach der Arbeit

Die deutschlandweite Befragung verweist darauf, dass nicht-ärztliche Mitarbeitende über eine höhere Erholungsfähigkeit im Feierabend verfügen als Ärzt*innen. Auch im zweiten Projektteil wurde die Fähigkeit, nach der Arbeit abzuschalten und von einem Arbeitsmodus in einen Entspannungsmodus zu gelangen als ein bedeutender Motivator für die Teilnahme an dem Stressbewältigungskurs herausgearbeitet. Es gibt Hinweise in der Fokusgruppe, die mit Teilnehmenden eines Kurses geführt wurde, dass der Kurs darin unterstützen kann, das Abschalten nach der Arbeit (wieder) zu erlernen. Zukünftige Untersuchungen sollten diese Annahme prüfen.

Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl

In Bezug auf das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl zeigte sich in der deutschlandweiten Befragung, dass die Befragten höhere Werte bei Sinnhaftigkeit im Vergleich zur Verstehbarkeit und Handhabbarkeit angaben. Zu erklären ist diese Beobachtung damit, dass auch in den Interviews und Beobachtungen eine hohe Sinnhaftigkeit der ärztlichen und arzthelfenden Tätigkeit gesehen wird. Die Bestätigung der Wirksamkeit des eigenen Handelns (Zuhören, Diagnostik, Therapie), wie in der Analyse der Interviews herausgearbeitet werden konnte, trägt vermutlich zur empfundenen Sinnhaftigkeit bei. Geringere Werte für die Dimension „Handhabbarkeit“ lassen sich damit erklären, dass einige Prozesse, wie z. B. das Aufkommen administrativer Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Kassenärztlichen Vereinigung und weiteren Akteur*innen oder politischen Anforderungen, nur wenig beeinflussbar sind. Die Tätigkeit in der

Praxis ist in vielen Arbeitsaufgaben weniger vorhersehbar und strukturierbar als in anderen Berufsfeldern. Da allgemeinmedizinische Praxen für den Großteil der Bevölkerung die erste Anlaufstelle bei Gesundheitsfragen sind, ist immer nur schwer vorhersehbar wie hoch das Inanspruchnahmeverhalten der Patient*innen ist. Somit lassen sich auch die geringeren Werte in der Dimension „Verstehbarkeit“ erklären.

4.4 Persönlichkeit

Die befragten Hausärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden zeigen hohe Werte bei den Persönlichkeitsdimensionen Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Extraversion und Offenheit sowie geringe Werte bei Neurotizismus. Diese Beobachtung lässt sich mit den vergleichsweise hohen Zufriedenheitswerten in Verbindung bringen. Denn aus vorherigen Untersuchungen ist der positive Zusammenhang von Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Verträglichkeit sowie der negative Zusammenhang von Neurotizismus mit Zufriedenheitsmaßen und gesundheitlichem Wohlbefinden bereits bekannt (Rammstedt et al. 2014).

4.5 Gesundheitsverhalten

Bewegung und Ernährung

Im zweiten Projektteil konnte herausgearbeitet werden, dass das Thema „Bewegung“ bereits mit Gesundheitsförderung assoziiert ist. Insgesamt wurde der Bedarf in diesem Bereich als gering eingeschätzt. Bei der Betrachtung der Daten aus der schriftlichen Befragung zeigt sich allerdings, dass der Großteil der Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation von mindestens 150 Minuten moderater oder 75 Minuten intensiver Bewegung pro Woche nicht einhalten (WHO - World Health Organization 2020). Der Stressbewältigungskurs im Sinne einer Lebensstilveränderung könnte hier ein Anhaltspunkt sein, persönliche Gesundheitsziele in diesem Bereich zu entwickeln und eine Integration in den Alltag zu erleichtern.

In Kombination mit Ernährung könnte im Sinne der Prävention auch der Risikofaktor „Übergewicht“ im Rahmen des Kurses bearbeitet werden. Gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung im Arbeitsalltag sind beides Themen, die über den Stressbewältigungskurs angesprochen werden.

Raucherentwöhnung

Bei den nicht-ärztlichen Mitarbeitenden zeigt sich in den Daten zum Rauchverhalten, dass fast ein Fünftel regelmäßig raucht. Im Sinne der Prävention wäre es wichtig, auch hier Angebote zur Raucherentwöhnung anzubieten. Im Stressbewältigungsprogramm ist dieser Aspekt explizit nicht enthalten. Jedoch bieten sich hier Anknüpfungspunkte im Zusammenhang mit persönlichen Stressreaktionen und Entspannung.

Entspannung

Insgesamt scheint der Bereich Entspannung noch wenig Raum bei der untersuchten Zielgruppe einzunehmen. Nur ein ganz geringer Anteil der befragten Ärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden gaben in der deutschlandweiten Befragung an, regelmäßig Entspannungstechniken anzuwenden. Diese Beobachtung wird von den Aussagen der Trainer*innen gestützt, die mit Gesundheitsberufler*innen zusammenarbeiten. Die Relevanz von und Offenheit gegenüber Entspannung und Selbstfürsorge in diesem Bereich scheinen bei der Zielgruppe bislang hinderlich zu sein. Das Thema scheint unbekannt und die Zielgruppe damit noch nicht vertraut zu sein. Wie die Interviews im zweiten Projektteil verdeutlicht haben, wird es notwendig sein, um Entspannung als relevantes Element des Lebensstils zu etablieren, Berührungspunkte mit dieser Thematik zu schaffen. Verschiedene Formate wie z. B. Schnupperangebote (1-2 Stunden), samstägliche Veranstaltungen oder Integrationen in Fortbildungen, sollte zukünftig entwickelt werden, um die Zielgruppe mit der Theorie zur Entspannung, verschiedenen Entspannungstechniken und -übungen vertraut zu machen.

4.6 Relevanz der Ergebnisse

Aus beiden Projektteilen lässt sich zusammenführen, dass Stressoren im Sinne von illegitimen Aufgaben und Gratifikationskrisen sowie stressauslösende Situationen in der allgemeinmedizinischen Praxis gegenwärtig sind und der Umgang mit Stressoren im hausärztlichen Team potenziell gelernt werden kann. Auch über die Gestaltung der sogenannten Verhältnisse bzw. des Settings sind ebenfalls gestaltbar und können gesundheitsförderlich ausgerichtet sein. Dieser Aspekt wurde bislang in der geplanten Interventionsstudie noch nicht berücksichtigt, da sie auf eine Verhaltensänderung abzielte.

Auch wenn aufgrund der COVID-19-Pandemie die Interventionsstudie, die die Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Ressourcen zum Untersuchungsziel hatte, nicht durchgeführt werden konnte, ist die Forschungsfrage nach wie vor aktuell und sollte zu gegebener Zeit untersucht werden. Insbesondere in Krisenzeiten sind gesundheitsbezogene Ressourcen in der Bewältigung der Anforderungen gefordert und können mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen gezielt gefördert werden.

Weiterhin liefert die vorliegende Untersuchung wertvolle Hinweise, wie Glück und Zufriedenheit bei den Personen, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sind, verteilt sind. Die Zusammenhänge mit Belastungen und Ressourcen sollten weitergehend untersucht werden.

4.7 Limitationen

Eine wesentliche Herausforderung im ersten Projektteil war es, ein umfassendes Abbild von Glück und Zufriedenheit, Belastungen und Ressourcen sowie weiterer Parameter von Hausärzt*innen und deren Mitarbeitenden zu erhalten. Die avisierte Fallzahl bei der deutschlandweiten Befragung konnten wir schnell erreichen, da wir knapp ein Fünftel ($n=10.000$) der Grundgesamtheit ($n=55.073$) angeschrieben haben. Dennoch agierten die Ärzt*innen im gewählten Studiendesign als „gatekeeper“, um die Einladung an Mitarbeitende und weitere

Ärzt*innen im Team weiterzugeben. Auch der Feldzugang zu Teilnehmenden an Interviews und Beobachtungen war erschwert, sodass hier keine gezielte Auswahl stattfand.

Die Planung der Interventionsstudie konnte aufgrund der COVID-19-Pandemie zum aktuellen Zeitpunkt nicht umgesetzt werden. Die stattdessen umgesetzte qualitative Befragung der Beteiligten gibt einen Ausschnitt zu Überlegungen hinsichtlich des Stressbewältigungskurses „Gesund im Stress“ in der allgemeinmedizinischen Praxis wieder. Auch betriebliche Gesundheitsförderung in diesem Setting wurde beleuchtet. Dennoch ist auch hier einschränkend die Samplingstrategie zu nennen. Ausschließlich dem Programm und der Idee zugewandte Personen wurden interviewt.

5 Gesamtfazit und Ausblick

Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass die untersuchte Gruppe der Hausärzt*innen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden hohe Werte bei Glück und Zufriedenheit aufweisen. Stressoren im Sinne von illegitimen Aufgaben und Gratifikationskrisen wurden ebenso aufgedeckt wie vorhandene gesundheitsbezogene Ressourcen wie z. B. das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl und Erholungsfähigkeit. In beiden Bereichen lassen sich Verbesserungen anstreben. Im Sinne der Prävention sollten illegitime Aufgaben und Gratifikationskrisen reduziert und in Zukunft vermieden werden. Im Sinne der Salutogenese kann eine Stärkung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls und der Erholungsfähigkeit im Feierabend das Gesundheitspotenzial jedes und jeder Einzelnen verbessert werden. Neben verhaltensbezogenen Maßnahmen sind hier Veränderungen in den Strukturen von Praxen angezeigt.

Mit der vorliegenden Arbeit gelingt es, den Blick auf die salutogenen Faktoren zu richten und die Diskussion um Wohlbefinden bei Healthcare Professionals zu weiten. Die Einbeziehung der Erkenntnisse der Positiven Psychologie, Mind-Body-Medizin und Gesundheitsförderung können den Fokus auf die defizitorientierte Sichtweise überwinden und ressourcenorientierte Diskussionen anstoßen.

Weitere Untersuchungen sollten Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung prüfen und ein tiefergehendes Verständnis dazu gewinnen, wie gesundheitsbezogene Ressourcen in der Hausarztpraxis gefördert werden können. Weiterhin sollte tiefergehend verstanden werden, bei welchen Aufgaben es sich um illegitime Aufgaben in der Praxis handelt und wo diese vermieden werden können. Zusätzlich gilt es auch auf methodischer Ebene Zugangswege zur hausärztlichen Versorgung besser zu verstehen, um zukünftige Studienplanungen auf spezifische Anforderungen auszurichten.

6 Danksagung

Ein herzlicher Dank gilt allen Ärzt*innen und Mitarbeitenden, die am Forschungsprojekt teilgenommen haben. Insbesondere danken wir den allgemeinmedizinischen Praxen, bei denen hospitiert und beobachtet werden durfte. Ein großes Dankeschön richtet sich ebenfalls an alle,

die in einem Interview ihre persönlichen Sichtweisen mit den Forschenden geteilt haben. Vielen Dank für die Offenheit und Zeit. Weiterhin danken wir denjenigen ganz herzlich, die sich Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens genommen haben.

Für die anregenden Diskussionen im Projektverlauf danken wir den Kolleg*innen des Instituts für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung: Nina Altmann, Gudrun Berlinghoff, Maren M. Michaelsen, Michael Rauber und Lena von Bernus.

Wir danken ebenso Jan Schneider, Lisa Krause und Linda Beckmann als studentische Mitarbeitende im Forschungsprojekt für die Unterstützung bei Literaturrecherchen, der Dateneingabe und Transkription.

Für die finanzielle Unterstützung des Forschungsprojekts danken wir sehr herzlich Stephan Kohorst, Dr. Ausbüttel & Co. GmbH.

Literaturverzeichnis

- Bauer, Georg F.; Vogt, Katharina; Inauen, Alice; Jenny, Gregor J. (2015): Work-SoC-Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 23 (1), S. 20–30. DOI: 10.1026/0943-8149/a000132.
- Bauer, J.; Groneberg, D. A. (2015): Ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Ein Vergleich der Fachgebiete (iCept-Studie). In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) 140 (15), e150-8. DOI: 10.1055/s-0041-103165.
- Bazarko, Dawn; Cate, Rebecca A.; Azocar, Francisca; Kreitzer, Mary Jo (2013): The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. In: *Journal of Workplace Behavioral Health* 28 (2), S. 107–133. DOI: 10.1080/15555240.2013.779518.
- Beckmann, Katharina; Glemser, Axel; Heckel, Christiane; et al. (2016): Demographische Standards. eine gemeinsame Empfehlung des ADM, Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes. 6., überarb. Aufl. Wiesbaden.
- Beerheide, Rebecca (2017): Umfrage des Hartmannbundes. Junge Ärzte hadern mit Klinikalltag. In: *Dtsch Arztebl International* 114 (9), A-399-A-400.
- Behmann, Mareike; Schmiemann, Guido; Lingner, Heidrun; Kühne, Franziska; Hummers-Pradier, Eva; Schneider, Nils (2012): Berufszufriedenheit von Hausärzten. In: *Dtsch Arztebl International* 109 (11), S. 193–200. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0193.
- Beierlein, C.; Kovaleva, A.; László, Z.; Kemper, C. J.; Rammstedt, B. (2015): Kurzskala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1). Hg. v. gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Bodenheimer, Thomas; Sinsky, Christine (2014): From Triple to Quadruple Aim. Care of the Patient Requires Care of the Provider. In: *The Annals of Family Medicine* 12 (6), S. 573–576. DOI: 10.1370/afm.1713.
- Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hg.) (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Borritz, M.; Rugulies, R.; Christensen, K. B.; Villadsen, E.; Kristensen, T. S. (2006): Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. In: *Occupational and environmental medicine* 63 (2), S. 98–106. DOI: 10.1136/oem.2004.019364.
- Brähler, Elmar; Mühlan, Holger; Albani, Cornelia; Schmidt, Silke (2007): Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. In: *Diagnostica* 53 (2), S. 83–96. DOI: 10.1026/0012-1924.53.2.83.

- Chambers, Charlotte N. L.; Frampton, Christopher M. A.; Barclay, Murray; McKee, Martin (2016): Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. In: *BMJ open* 6 (11), e013947. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013947.
- Chou, Li-Ping; Li, Chung-Yi; Hu, Susan C. (2014): Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. In: *BMJ open* 4 (2), e004185. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004185.
- Cohen, S.; Kamarck, T.; Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. In: *Journal of health and social behavior* 24 (4), S. 385–396.
- Dewa, Carolyn S.; Loong, Desmond; Bonato, Sarah; Thanh, Nguyen Xuan; Jacobs, Philip (2014): How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. In: *BMC health services research* 14, S. 325. DOI: 10.1186/1472-6963-14-325.
- Domagała, Alicja; Bała, Małgorzata M.; Storman, Dawid; Peña-Sánchez, Juan Nicolás; Świercz, Mateusz J.; Kaczmarczyk, Mateusz; Storman, Monika (2018): Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (11). DOI: 10.3390/ijerph15112546.
- Dreher, Annegret; Theune, Mirjam; Kersting, Christine; Geiser, Franziska; Weltermann, Birgitta (2019): Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. In: *PloS one* 14 (2), e0211223. DOI: 10.1371/journal.pone.0211223.
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2001): Praxisbuch Transkription. Regel-systeme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. Marburg.
- Duffrin, Christopher; Larsen, Lars (2014): The effect of primary care fellowship training on career satisfaction, happiness and perceived stress. In: *Postgraduate medical journal* 90 (1065), S. 377–382. DOI: 10.1136/postgradmedj-2012-131512.
- Eckleberry-Hunt, Jodie; Kirkpatrick, Heather; Taku, Kanako; Hunt, Ronald; Vasappa, Rashmi (2016): Relation Between Physicians' Work Lives and Happiness. In: *Southern medical journal* 109 (4), S. 207–212. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000000437.
- Edwards, Nigel; Kornacki, Mary Jane; Silversin, Jack (2002): Unhappy doctors. What are the causes and what can be done? In: *BMJ (Clinical research ed.)* 324 (7341), S. 835–838.
- Esch, Tobias; Esch, Sonja Maren; Thees, Stefanie (2016): Stressbewältigung. Mind-Body-Medizin, Achtsamkeit, Selbstfürsorge. 2. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Esch, Tobias; Sonntag, Ulrike; Esch, Sonja Maren; Thees, Stefanie (2013): Stress management and mind-body medicine: a randomized controlled longitudinal evaluation of students' health and effects of a behavioral group intervention at a middle-size German university (SM-MESH). In: *Forschende Komplementarmedizin* (2006) 20 (2), S. 129–137. DOI: 10.1159/000350671.

- Gavartina, Amina; Zaroti, Stavria; Szecsenyi, Joachim; Miksch, Antje; Ose, Dominik; Campbell, Stephen M.; Goetz, Katja (2013): Practice assistants in primary care in Germany - associations with organizational attributes on job satisfaction. In: *BMC family practice* 14, S. 110. DOI: 10.1186/1471-2296-14-110.
- Goetz, K.; Campbell, S. M.; Broge, B.; Dorfer, C. E.; Brodowski, M.; Szecsenyi, J. (2012): The impact of intrinsic and extrinsic factors on the job satisfaction of dentists. In: *Community dentistry and oral epidemiology* 40 (5), S. 474–480. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2012.00693.x.
- Goetz, Katja; Campbell, Stephen; Broge, Bjoern; Brodowski, Marc; Steinhäuser, Jost; Wensing, Michel; Szecsenyi, Joachim (2013): Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. In: *Family Practice* 30 (4), S. 411–417. DOI: 10.1093/fampra/cmt015.
- Goetz, Katja; Campbell, Stephen M.; Steinhäuser, Jost; Broge, Bjoern; Willms, Sara; Szecsenyi, Joachim (2011): Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. In: *BMC family practice* 12, S. 137. DOI: 10.1186/1471-2296-12-137.
- Goetz, Katja; Jossen, Marianne; Szecsenyi, Joachim; Rosemann, Thomas; Hahn, Karolin; Hess, Sigrid (2016): Job satisfaction of primary care physicians in Switzerland. An observational study. In: *Family Practice* 33 (5), S. 498–503. DOI: 10.1093/fampra/cmw047.
- Goetz, Katja; Mahnkopf, Janis; Kornitzky, Anna; Steinhäuser, Jost (2018): Difficult medical encounters and job satisfaction - results of a cross sectional study with general practitioners in Germany. In: *BMC family practice* 19 (1), S. 57. DOI: 10.1186/s12875-018-0747-0.
- Gothe, Holger; Köster, Ann-Dorothee; Storz, Philipp; Nolting, Hans-Dieter; Häussler, Bertram (2007): Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. In: *Dtsch Arztebl International* 104 (20), A-1394.
- Hanebuth, Dirk; Aydin, Denis; Scherf, Thorsten (2012): Burnout and related conditions in managers: a five-year longitudinal study. In: *Psychology of Everyday Activity* 5 (2), S. 4–39.
- Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- infas - Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2018): Ärztemonitor. Ergebnisse zur vierten Befragung im Frühjahr 2018. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php>, zuletzt geprüft am 03.07.2019.
- Jensen, Phyllis Marie; Trollope-Kumar, Karen; Waters, Heather; Everson, Jennifer (2008): Building physician resilience. In: *Canadian Family Physician* 54 (5), S. 722–729.

- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a): Gesundheitsdaten. Die Medizin wird weiblicher. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>, zuletzt aktualisiert am 05.10.2020, zuletzt geprüft am 05.10.2020.
- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020b): Gesundheitsdaten. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, zuletzt aktualisiert am 10.07.2020, zuletzt geprüft am 10.07.2020.
- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020c): Gesundheitsdaten. Immer mehr Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten Teilzeit. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php>, zuletzt aktualisiert am 05.10.2020, zuletzt geprüft am 05.10.2020.
- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020d): Gesundheitsdaten. Mehr Ärzte in kooperativen Strukturen. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>, zuletzt aktualisiert am 05.10.2020, zuletzt geprüft am 05.10.2020.
- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020e): Gesundheitsdaten. Niedergelassene Ärzte werden immer älter. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>, zuletzt aktualisiert am 05.10.2020, zuletzt geprüft am 05.10.2020.
- Klein, Jens; Grosse Frie, Kirstin; Blum, Karl; Knesebeck, Olaf von dem (2010): Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. In: *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care* 22 (6), S. 525–530. DOI: 10.1093/intqhc/mzq056.
- Kristensen, Tage S.; Borritz, Marianne; Villadsen, Ebbe; Christensen, Karl B. (2005): The Copenhagen Burnout Inventory. A new tool for the assessment of burnout. In: *Work & Stress* 19 (3), S. 192–207. DOI: 10.1080/02678370500297720.
- Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchges. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Leutgeb, R.; Frankenhauser-Mannuß, J.; Scheuer, M.; Szecsenyi, J.; Goetz, Katja (2018): Job satisfaction and stressors for working in out-of-hours care - a pilot study with general practitioners in a rural area of Germany. In: *BMC family practice* 19 (1), S. 95. DOI: 10.1186/s12875-018-0777-7.
- Loerbroks, Adrian; Weigl, Matthias; Li, Jian; Angerer, Peter (2016): Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care. A cross-sectional study among physicians in Germany. In: *BMC Public Health* 16, S. 342. DOI: 10.1186/s12889-016-3016-y.
- Löffler, C.; Höck, J.; Hornung, A.; Kundt, G.; Drewelow, E.; Völker, S. et al. (2015): Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern - eine repräsentative Querschnittsstudie. In: *Gesundheitswesen* 77 (12), S. 927–931. DOI: 10.1055/s-0034-1387743.

- Lyubomirsky, Sonja; Lepper, Heidi S. (1999): A Measure of Subjective Happiness. Preliminary Reliability and Construct Validation. In: *Soc Indic Res* 46 (2), S. 137–155. DOI: 10.1023/A:1006824100041.
- Marburger Bund (2017): MB-Monitor 2017. Hg. v. Marburger Bund. Online verfügbar unter <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2017>, zuletzt geprüft am 09.08.2019.
- Mari, Sundus; Meyen, Rachel; Kim, Bo (2019): Resident-led organizational initiatives to reduce burnout and improve wellness. In: *BMC Medical Education* 19 (1), S. 437. DOI: 10.1186/s12909-019-1756-y.
- Mergenthal, Karola; Banduhn, Sabrina; Gerlach, Ingrid; Marini, Anita; März, Brigitte; Müller, Vera et al. (2014): Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 90 (11), S. 445–450.
- Morfeld, M.; Kirchberger, I.; Bullinger, M. (2011): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage: Hogrefe.
- Nørøxe, Karen Busk; Pedersen, Anette Fischer; Bro, Flemming; Vedsted, Peter (2018): Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. In: *BMC family practice* 19 (1), S. 130. DOI: 10.1186/s12875-018-0809-3.
- Nylenna, Magne; Gulbrandsen, Pal; Forde, Reidun; Aasland, Olaf G. (2005): Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994–2002. In: *BMC health services research* 5, S. 44. DOI: 10.1186/1472-6963-5-44.
- O'Dowd, Emily; O'Connor, Paul; Lydon, Sinéad; Mongan, Orla; Connolly, Fergal; Diskin, Catherine et al. (2018): Stress, coping, and psychological resilience among physicians. In: *BMC health services research* 18 (1), S. 730. DOI: 10.1186/s12913-018-3541-8.
- Rammstedt, B.; Kemper, C. J.; Klein, M. C.; Beierlein, C.; Kovaleva, A. (2014): Big Five Inventory (BFI-10). Hg. v. gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen).
- Rosta, J.; Gerber, A. (2008): Arbeitszufriedenheit bei Krankenhausärzten und -ärztinnen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006. In: *Gesundheitswesen* 70 (8-9), S. 519–524. DOI: 10.1055/s-2008-1077053.
- Rosta, Judith; Aasland, Olaf G.; Nylenna, Magne (2019): Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. In: *BMJ open* 9 (9), e027891. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027891.
- Sautier, L. P.; Scherwath, A.; Weis, J.; Sarkar, S.; Bosbach, M.; Schendel, M. et al. (2015): Erfassung von Arbeitsengagement bei Patienten mit hämatologischen Malignomen. Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version der Utrecht Work Engagement Scale 9 (UWES-9). In: *Rehabilitation* 54 (05), S. 297–303. DOI: 10.1055/s-0035-1555912.

- Schaufeli, Wilmar B.; Bakker, Arnold B.; Salanova, Marisa (2006): The Measurement of Work Engagement With a Short Questionnaire. In: *Educational and Psychological Measurement* 66 (4), S. 701–716. DOI: 10.1177/0013164405282471.
- Scheepers, Renée A.; Boerebach, Benjamin C. M.; Arah, Onyebuchi A.; Heineman, Maas Jan; Lombarts, Kiki M. J. M. H. (2015): A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. In: *International Journal of Behavioral Medicine* 22 (6), S. 683–698. DOI: 10.1007/s12529-015-9473-3.
- Schnell, Tatjana; Höge, Thomas (2012): Höge, T. & Schnell, T. (2012). Kein Arbeitsengagement ohne Sinnerfüllung. Eine Studie zum Zusammenhang von Work Engagement, Sinnerfüllung und Tätigkeitsmerkmalen. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 91-99. In: *Wirtschaftspsychologie* 1.
- Schumacher, Jörg; Wilz, Gabriele; Gunzelmann, Thomas; Brähler, Elmar (2000): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. In: *Psychother Psych Med* 50 (12), S. 472–482. DOI: 10.1055/s-2000-9207.
- Semmer, Norbert; Jacobshagen, Nicola; Meier, Laurenz L.; Elfering, Achim; Beehr, Terry A.; Kälin, Wolfgang; Tschan, Franziska (2015): Illegitimate tasks as a source of work stress. In: *Work and Stress* 29 (1), S. 32–56. DOI: 10.1080/02678373.2014.1003996.
- Semmer, Norbert; Tschan, Franziska; Jacobshagen, Nicola; Beehr, Terry A.; Elfering, Achim; Kälin, Wolfgang; Meier, Laurenz L. (2019): Stress as Offense to Self: a Promising Approach Comes of Age. In: *Occup Health Sci* 3 (3), S. 205–238. DOI: 10.1007/s41542-019-00041-5.
- Semmer, Norbert; Jacobshagen, Nicola; Meier, Laurenz L.; Elfering, Achim; Kälin, Wolfgang; Tschan, Franziska (2013): Psychische Beanspruchung durch illegitime Aufgaben. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesanstalt, Gisa Junghanns und Martina Morschhäuser (Hg.): Immer schneller, immer mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 97–112.
- Semmer, Norbert; Tschan, Franziska; Meier, Laurenz L.; Facchin, Stephanie; Jacobshagen, Nicola (2010): Illegitimate Tasks and Counterproductive Work Behavior. In: *Applied Psychology* 59 (1), S. 70–96. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2009.00416.x.
- Siegrist, Johannes (2012): Effort-reward imbalance at work - theory, measurement and evidence. Department of Medical Sociology, University Düsseldorf. Düsseldorf.
- Siegrist, Johannes; Li, Jian (2016): Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 13 (4), S. 432. DOI: 10.3390/ijerph13040432.
- Siegrist, Johannes; Li, Jian; Montano, Diego (2014): Psychometric properties of the Effort-Reward-Imbalance Questionnaire. Department of Medical Sociology, University Düsseldorf. Düsseldorf.

- Siegrist, Johannes; Shackelton, Rebecca; Link, Carol; Marceau, Lisa; dem Knesebeck, Olaf von; McKinlay, John (2010): Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. In: *Social science & medicine* (1982) 71 (2), S. 298–304. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.03.043.
- Siegrist, Johannes; Wege, Natalia; Puhlhofer, Frank; Wahrendorf, Morten (2009): A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. In: *International archives of occupational and environmental health* 82 (8), S. 1005–1013. DOI: 10.1007/s00420-008-0384-3.
- Smith, R. (2001): Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 322 (7294), S. 1073–1074.
- Sonnentag, Sabine; Fritz, Charlotte (2007): The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. In: *Journal of occupational health psychology* 12 (3), S. 204–221. DOI: 10.1037/1076-8998.12.3.204.
- Swami, Viren; Stieger, Stefan; Voracek, Martin; Dressler, Stefan G.; Eisma, Laura; Furnham, Adrian (2009): Psychometric Evaluation of the Tagalog and German Subjective Happiness Scales and a Cross-Cultural Comparison. In: *Soc Indic Res* 93 (2), S. 393–406. DOI: 10.1007/s11205-008-9331-7.
- Szecsényi, Joachim; Goetz, Katja; Campbell, Stephen; Broge, Bjoern; Reuschenbach, Bernd; Wensing, Michel (2011): Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? In: *BMJ quality & safety* 20 (6), S. 508–514. DOI: 10.1136/bmjqs.2009.038166.
- Topp, C. W.; Østergaard, S. D.; Søndergaard, S.; Bech, P. (2015): The WHO-5 Well-Being Index. A Systematic Review of the Literature. In: *Psychother Psychosom* 84 (3), S. 167–176.
- Unrath, M.; Zeeb, H.; Letzel, S.; Clauss, M.; Escobar Pinzón, L. C. (2012): Arbeitssituation und Gesundheit von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. Erste Ergebnisse einer landesweiten Befragung. In: *Gesundheitswesen* 74 (06), S. 389–396. DOI: 10.1055/s-0031-1280758.
- van Ham, Irene; Verhoeven, Anita A. H.; Groenier, Klaas H.; Groothoff, Johan W.; Haan, Jan de (2006): Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. In: *The European journal of general practice* 12 (4), S. 174–180. DOI: 10.1080/13814780600994376.
- Viehmann, Anja; Kersting, Christine; Thielmann, Anika; Weltermann, Birgitta (2017): Prevalence of chronic stress in general practitioners and practice assistants. Personal, practice and regional characteristics. In: *PloS one* 12 (5), e0176658. DOI: 10.1371/journal.pone.0176658.
- Voltmer, Edgar; Rosta, Judith; Siegrist, Johannes; Aasland, Olaf G. (2012): Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. In: *International archives of occupational and environmental health* 85 (7), S. 819–828. DOI: 10.1007/s00420-011-0725-5.

- Vu-Eickmann, Patricia; Loerbroks, Adrian (2017): Psychosocial Working Conditions and Quality of Care. Results of a Qualitative Study Among Physician Assistants (MFAs). In: *Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/s-0043-111232.
- Wagner, Anke; Rieger, Monika A.; Manser, Tanja; Sturm, Heidrun; Hardt, Juliane; Martus, Peter et al. (2019): Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. In: *BMC health services research* 19 (1), S. 53. DOI: 10.1186/s12913-018-3862-7.
- Walach, Harald; Buchheld, Nina; Buttenmüller, Valentin; Kleinknecht, Norman; Schmidt, Stefan (2006): Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). In: *Personality and Individual Differences* 40 (8), S. 1543–1555. DOI: 10.1016/j.paid.2005.11.025.
- Wallace, Jean E.; Lemaire, Jane B.; Ghali, William A. (2009): Physician wellness. A missing quality indicator. In: *The Lancet* 374 (9702), S. 1714–1721. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
- Warr, Peter; Cook, John; Wall, Toby (1979): Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. In: *Journal of Occupational Psychology* 52 (2), S. 129–148. DOI: 10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x.
- WHO - World Health Organization (1998): Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Office for Europe. Kopenhagen, zuletzt aktualisiert am 1998.
- WHO - World Health Organization (2020): Physical Activity and Adults. Hg. v. World Health Organization. World Health Organization. Online verfügbar unter https://www.who.int/diet-physicalactivity/factsheet_adults/en/, zuletzt aktualisiert am 30.07.2020, zuletzt geprüft am 30.07.2020.
- Winwood, Peter C.; Winefield, Anthony H. (2004): Comparing Two Measures of Burnout Among Dentists in Australia. In: *International Journal of Stress Management* 11 (3), S. 282–289. DOI: 10.1037/1072-5245.11.3.282.
- WMA - The World Medical Association (2018): WMA leader warns of global physician burn-out. Hg. v. WMA - The World Medical Association. Online verfügbar unter <https://www.wma.net/news-post/wma-leader-warns-of-global-physician-burnout/>, zuletzt geprüft am 03.07.2019.
- Wolfshohl, Jon A.; Bradley, Keegan; Bell, Charles; Bell, Sarah; Hodges, Caleb; Knowles, Heidi et al. (2019): Association Between Empathy and Burnout Among Emergency Medicine Physicians. In: *Journal of clinical medicine research* 11 (7), S. 532–538. DOI: 10.14740/jocmr3878.
- Wright, James Gardner; Khetani, Nicole; Stephens, Derek (2011): Burnout among faculty physicians in an academic health science centre. In: *Paediatrics & child health* 16 (7), S. 409–413. DOI: 10.1093/pch/16.7.409.

Zuger, Abigail (2004): Dissatisfaction with medical practice. In: *The New England journal of medicine* 350 (1), S. 69–75. DOI: 10.1056/NEJMSr031703.

Zwack, Julika; Abel, Christoph; Schweitzer, Jochen (2011): Resilienz im Arztberuf – salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. In: *Psychother Psych Med* 61 (12), S. 495–502. DOI: 10.1055/s-0031-1291276.

Anhang

Fragebogen „Ärzt*innen“	116
Fragebogen „Nicht-ärztliche Mitarbeitende“	132
Leitfaden Einzelinterview „Ärzt*innen“ (Projektteil 1)	148
Leitfaden Einzelinterview „Nicht-ärztliche Mitarbeitende“ (Projektteil1).....	156
Leitfaden Einzelinterview „Trainer*innen“ (Projektteil 2)	164
Leitfaden Einzelinterview „Ärzt*innen“ (Projektteil 2)	167
Leitfaden Fokusgruppe „Kursteilnahme“ (Projektteil 2).....	170
Leitfaden Einzelinterviews „Kursteilnehmer*innen“ (Projektteil 2).....	172
Leitfaden Einzelinterview „Trainer*in“ (Projektteil 2)	175

Fragebogen „Ärzt*innen“



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

herzlichen Dank für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft, an unserer Befragung teilzunehmen.

Die schriftliche Befragung findet im Rahmen der Studie „GAP – Glück in der Arztpraxis“ des Instituts für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung der Universität Witten/Herdecke statt. In dieser Befragung geht es um Ihre persönlichen Sichtweisen und Einstellungen bezüglich Ihres beruflichen Alltages. Wir möchten von Ihnen erfahren, wie Sie Ihre Arbeitssituation erleben und Ihr Wohlbefinden einschätzen. Es geht dabei um Ihre Meinung. Richtige oder falsche Antworten gibt es nicht.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Zugriff auf die Daten haben ausschließlich ProjektmitarbeiterInnen der Universität Witten/Herdecke. Die Daten werden anonymisiert bearbeitet und Ihre Angaben sind nicht auf Ihre Person zurückzuführen. Bitte nehmen Sie sich ca. 15 Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Vorab drei Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- ❖ Bitte kreuzen Sie pro Frage die (eine) am besten/ehesten zutreffende Antwort an. (☒)
- ❖ Tragen Sie bitte bei offenen Antwortmöglichkeiten entsprechende Zahlen oder Texte in die vorgesehenen Bereiche ein. ( _____)
- ❖ Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach. Für die Auswertung ist es wichtig, dass Sie den gesamten Fragebogen beantworten.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail (lena.werdecker@uni-wh.de) oder per Telefon (02302-926843) an Frau Dr. Lena Werdecker.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Prof. Dr. med. Tobias Esch

Dr. PH Lena Werdecker

Allgemeines

Bitte beantworten Sie die nachfolgende Frage.

Arbeiten Sie in der hausärztlichen Gesundheitsversorgung?

☐ ja

☐ nein

Sonstiges:  _____

Themenbereich 1: Zufriedenheit

Bitte kreuzen Sie den Punkt an, der Ihren Empfindungen am ehesten entspricht.

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

überhaupt
nicht zufrieden

völlig
zufrieden

Themenbereich 2: Glück

Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen oder Fragen jeweils an, was Sie selbst am besten beschreibt.

Im Allgemeinen bin ich ein:	1 nicht sehr glücklicher Mensch	2	3	4	5	6	7 sehr glücklicher Mensch
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verglichen mit Gleichaltrigen bin ich:	1 weniger glücklich	2	3	4	5	6	7 glücklicher
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Menschen sind generell sehr glücklich. Sie genießen ihr Leben, egal was passiert, und holen das Beste aus allem heraus. Inwieweit trifft dies auf Sie zu?	1 überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7 sehr
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Menschen sind generell nicht sehr glücklich. Obwohl sie nicht depressiv sind, scheinen sie nie so richtig glücklich zu sein, wie sie es sein könnten. Inwieweit trifft dies auf Sie zu?	1 überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7 sehr
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 3: Arbeitssituation

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Beruf. Bitte geben Sie für jede der Fragen an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	☐	☐	☐	☐
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	☐	☐	☐	☐
Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	☐	☐	☐	☐
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	☐	☐	☐	☐
Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	☐	☐	☐	☐
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	☐	☐	☐	☐
Diejenigen, die mir am nächsten stehen, sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	☐	☐	☐	☐
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 4: Arbeitsaufgaben

Bitte kreuzen Sie jeweils den Punkt, der am ehesten zutrifft.

Gibt es Arbeitsaufgaben in Ihrem Arbeitsalltag, bei denen Sie sich fragen, ob ...	nie	eher selten	ab und zu	eher häufig	sehr häufig
... diese überhaupt gemacht werden müssen?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese überhaupt Sinn machen?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese nicht gemacht werden müssten (oder mit einem geringeren Arbeitsaufwand erledigt werden könnten), wenn es anders organisiert wäre?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese nur existieren, weil andere es einfach so wollen?	☐	☐	☐	☐	☐
Gibt es Arbeitsaufgaben in Ihrem Arbeitsalltag, bei denen Sie der Meinung sind, dass ...	nie	eher selten	ab und zu	eher häufig	sehr häufig
... diese jemand anderes machen sollte?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese zu weit gehen, also eigentlich nicht von Ihnen erwartet werden können?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese Sie in eine unmögliche Situation bringen?	☐	☐	☐	☐	☐
... es unfair ist, dass Sie diese machen müssen?	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 5: Arbeitserleben

Wie empfinden Sie persönlich Ihre momentane Arbeit bzw. Arbeitssituation im Allgemeinen?
Kreuzen Sie bitte auf jeder Zeile an, was Ihren Empfindungen am ehesten entspricht.

bewältigbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	nicht bewältigbar
sinnlos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	sinnvoll
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	chaotisch
beeinflussbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	unbeeinflussbar
unbedeutend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	bedeutend
übersichtlich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	unübersichtlich
steuerbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	nicht steuerbar
nicht lohnend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	lohnenswert
vorhersehbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	unvorhersehbar

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte „nie“ an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an, wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

Wie oft haben Sie das Gefühl?	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr oft	immer
Bei der Arbeit strotze ich vor Energie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit fühle ich mich stark und lebhaft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin begeistert von meiner Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit ist für mich anregend und inspirierend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich morgens aufstehe, habe ich Lust zur Arbeit zu gehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich glücklich, wenn ich viel arbeite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin stolz auf die Arbeit, die ich mache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin in meine Arbeit vertieft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich arbeite, werde ich völlig mitgerissen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 6: Erholung

Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen jeweils an, inwiefern Sie ihnen zustimmen.

Am Feierabend...	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittel-mä- ßig zu	trifft über- wiegend zu	trifft völlig zu
... vergesse ich die Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐
... denke ich überhaupt nicht an die Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐
... gelingt es mir, mich von meiner Arbeit zu distanzieren.	☐	☐	☐	☐	☐
... gewinne ich Abstand zu meinen berufli- chen Anforderungen.	☐	☐	☐	☐	☐
... lass ich meine Seele baumeln.	☐	☐	☐	☐	☐
... unternehme ich Dinge, bei denen ich mich entspanne.	☐	☐	☐	☐	☐
... nutze ich die Zeit, um zu relaxen.	☐	☐	☐	☐	☐
... nehme ich mir Zeit zur Muße.	☐	☐	☐	☐	☐
... lerne ich Neues dazu.	☐	☐	☐	☐	☐
... suche ich die geistige Herausforderung.	☐	☐	☐	☐	☐
... tue ich Dinge, die mich herausfordern.	☐	☐	☐	☐	☐
... unternehme ich etwas, um meinen Hori- zont zu erweitern.	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich das Gefühl, selbst entscheiden zu können, was ich tue.	☐	☐	☐	☐	☐
... bestimme ich meinen Tagesablauf selbst.	☐	☐	☐	☐	☐
... bestimme ich selbst, wie ich meine Zeit verbringe.	☐	☐	☐	☐	☐
... erledige ich die Dinge, wie ich will.	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 7: Arbeitszufriedenheit

Bitte geben Sie an, wie unzufrieden oder zufrieden Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Arbeitsplatzes sind (1 = sehr unzufrieden; 7 = sehr zufrieden).

	sehr <u>un</u> zufrieden				sehr zufrieden		
	1	2	3	4	5	6	7
Physische Arbeitsbelastung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ihren Kollegen/innen und Mitarbeiter/innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ihrem Einkommen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ihren Arbeitsstunden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dem Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 8: Gesundheitliches Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Geben Sie bitten den Grad an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie / sehr selten
Wie oft fühlen Sie sich müde?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft sind Sie körperlich erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft sind Sie emotional erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft denken Sie: „Ich halte es nicht mehr aus?“	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft fühlen Sie sich ausgelaugt?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft fühlen Sie sich kränklich oder anfällig für eine Erkrankung?	☐	☐	☐	☐	☐

Geben Sie bitten an, in welcher Ausprägung die folgenden Belastungen im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit auftreten.

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie / sehr selten
Fühlen Sie sich am Ende eines Arbeitstages ausgelaugt?	☐	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich schon morgens beim Gedanken an einen neuen Arbeitstag erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
Empfinden Sie jede Arbeitsstunde als ermüdend?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie genügend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	☐	☐	☐	☐	☐
	in sehr hohem Maße	in hohem Maße	etwas	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
Ist Ihre Arbeit emotional erschöpfend?	☐	☐	☐	☐	☐
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausgebrannt?	☐	☐	☐	☐	☐

Geben Sie bitten an, wie Sie den Umgang mit Patientinnen und Patienten empfinden.

	in sehr hohem Maße	in hohem Maße	etwas	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
Finden Sie es schwierig, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Kostet es viel Ihrer Energie, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Frustriert Sie die Arbeit mit Patientinnen und Patienten?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Sie Patientinnen und Patienten mehr geben als Sie zurückbekommen?	☐	☐	☐	☐	☐
	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie / sehr selten
Sind Sie es leid, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Fragen Sie sich manchmal, wie lange Sie noch fähig sein werden, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 9: Ihre Persönlichkeit

Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen jeweils an, inwiefern Sie ihnen zustimmen.

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	eher zu- treffend	trifft voll und ganz zu
Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erledige Aufgaben gründlich.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde leicht nervös und unsicher.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.	☐	☐	☐	☐	☐

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.

Sie sind nach Ihrer Einschätzung...

☐ untergewichtig

☐ normalgewichtig

☐ übergewichtig

Wie häufig nehmen Sie sich pro Woche Zeit für mindestens 30 Minuten Bewegung?

 _____ Mal/Woche

Wie häufig wenden Sie pro Woche Entspannungstechniken an (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation)?

 _____ Mal/Woche

Rauchen Sie?

☐ ja, regelmäßig

☐ nein, ich habe nie geraucht

☐ ja, gelegentlich

☐ nein, ich bin Ex-Raucher/in

Sind Sie durch eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung im Alltag eingeschränkt?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie selbst eine eigene Hausärztin oder einen eigenen Hausarzt?

☐ ja

☐ nein

Waren Sie in den vergangenen zwei Jahren krankgeschrieben?

☐ ja

☐ nein

Wie häufig kam es im vergangenen Jahr vor, dass Sie arbeiteten, obwohl Sie krank waren (Schätzung)?

 _____ Mal

Angaben zu Ihrer Tätigkeit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Praxistätigkeit.

Sie sind...

☐ selbstständig

☐ Sonstiges:  _____

☐ angestellt

In welchem Umfang arbeiten Sie?

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

↳ Wie viele Stunden arbeiten Sie (laut Vertrag) pro Woche?
 _____ Stunden/Woche

Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche (inkl. Überstunden)?

 _____ Stunden/Woche

Sie sind...

☐ WeiterbildungsassistentIn

☐ Fachärztin oder Facharzt

☐ Sonstiges:  _____

Sie sind Fachärztin oder Facharzt / WeiterbildungsassistentIn für...

☐ Allgemeinmedizin

☐ Innere Medizin

☐ Sonstiges:  _____

Wie viele Jahre sind Sie bereits in der ambulanten Versorgung ärztlich tätig?

 _____ Jahre

Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen an, inwieweit Sie ihnen zustimmen.

	stimme gar nicht zu					stimme voll- ständig zu				
Ich wünsche mir, aus der hausärztlichen Tätigkeit auszu- steigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte es für wahrscheinlich, dass ich in den nächsten fünf Jahren aus der hausärztlichen Tätigkeit aussteigen werde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Angaben zu Ihrem Arbeitsplatz

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Arbeitsplatz.

Sie arbeiten in einer/einem...

- | | |
|---|--|
| ☐ Einzelpraxis | ☐ Medizinischen Versorgungszentrum |
| ☐ Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft | ☐ Sonstiges  _____ |

Wo befindet sich die Praxis?

- | | |
|--|---|
| ☐ Landgemeinde (unter 5.000 Einwohner) | ☐ Mittelstadt (20.000 - 100.000 Einwohner) |
| ☐ Kleinstadt (5.000 - 20.000 Einwohner) | ☐ Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner) |

Wie viele Arztfälle (Scheine) versorgt die Praxis insgesamt pro Quartal?

- | | |
|--|--|
| ☐ bis 499 Fälle | ☐ 1.100-1.399 Fälle |
| ☐ 500 - 799 Fälle | ☐ über 1.400 Fälle |
| ☐ 800 - 1.099 Fälle | ☐ weiß ich nicht |

Wie viele Patientenkontakte haben Sie persönlich an einem typischen, ganztägigen Arbeitstag?
(Teilzeit: an einem typischen Vormittag/Nachmittag)

- | | |
|---|---|
| ☐ bis 14 Kontakte | ☐ 45 - 59 Kontakte |
| ☐ 15 - 29 Kontakte | ☐ 60 - 74 Kontakte |
| ☐ 30 - 44 Kontakte | ☐ über 75 Kontakte |

Wie viele vertragsärztlich zugelassene und angestellte ÄrztInnen arbeiten in der Praxis (inkl. WeiterbildungsassistentInnen)?

 _____ ärztliche KollegInnen

Wie viele nicht-ärztliche Mitarbeitende arbeiten in der Praxis?

 _____ nicht-ärztliche KollegInnen

Arbeiten Sie in einer Lehrpraxis?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Finden in der Praxis regelmäßige Teambesprechungen statt?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Schaffen Sie es, während Ihrer täglichen Arbeit Pausenzeiten einzuhalten?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Angaben zu Ihrer Person

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Person.

Sie sind...

☐ weiblich ☐ männlich ☐ Sonstiges:  _____

Wie alt sind Sie?

 _____ Jahre

Welchen Familienstand haben Sie?

- ☐ verheiratet und lebe mit meiner Ehepartnerin/meinem Ehepartner zusammen ODER in eingetragener Lebenspartnerschaft zusammenlebend (gleichgeschlechtlich)
- ☐ verheiratet und lebe von meiner Ehepartnerin/meinem Ehepartner getrennt ODER eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend (gleichgeschlechtlich)
- ☐ ledig
- ☐ geschieden / eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben (gleichgeschlechtlich)
- ☐ verwitwet

Haben Sie Kinder?

☐ ja ☐ nein

Rückmeldung

Haben Sie Anmerkungen zu diesem Fragebogen oder unserer Untersuchung?



Bitte senden Sie den Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag an:

Institut für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung,
Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten.

Das Porto übernehmen wir für Sie.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mithilfe!

Haben Sie Rückfragen zur Studie oder dem Fragebogen? Dann kontaktieren Sie bitte Frau Dr. Lena Werdecker per E-Mail unter lana.werdecker@uni-wh.de oder telefonisch unter 02302-926843.

Haben Sie Interesse, an einem weiteren Baustein der Studie „Glück in der Arztpraxis“ teilzunehmen?

Wir suchen Arztpraxen, die an einer Interventionsstudie teilnehmen möchten.

Bei Interesse schreiben Sie eine kurze E-Mail an Frau Dr. Lena Werdecker (lana.werdecker@uni-wh.de). Sie wird sich dann mit Ihnen bezüglich weiterer Informationen in Verbindung setzen.

Fragebogen „Nicht-ärztliche Mitarbeitende“



Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

herzlichen Dank für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft, sich an unserer Befragung zu beteiligen.

Die schriftliche Befragung findet im Rahmen der Studie „GAP – Glück in der Arztpraxis“ des Instituts für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung der Universität Witten/Herdecke statt. In dieser Befragung geht es um Ihre persönlichen Sichtweisen und Einstellungen bezüglich Ihres beruflichen Alltages. Wir möchten von Ihnen erfahren, wie Sie Ihre Arbeitssituation erleben und Ihr Wohlbefinden einschätzen. Es geht dabei um Ihre Meinung. Richtige oder falsche Antworten gibt es nicht.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Zugriff auf die Daten haben ausschließlich ProjektmitarbeiterInnen der Universität Witten/Herdecke. Die Daten werden anonymisiert bearbeitet und Ihre Angaben sind nicht auf Ihre Person zurückzuführen.

Bitte nehmen Sie sich ca. 15 Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Vorab drei Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- ❖ Bitte kreuzen Sie pro Frage die (eine) am besten/ehesten zutreffende Antwort an. (☒)
- ❖ Tragen Sie bitte bei offenen Antwortmöglichkeiten entsprechende Zahlen oder Texte in die vorgesehenen Bereiche ein. ( _____)
- ❖ Bitte beantworten Sie alle Fragen der Reihe nach. Für die Auswertung ist es wichtig, dass Sie den gesamten Fragebogen beantworten.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte per E-Mail (lena.werdecker@uni-wh.de) oder per Telefon (02302-926843) an Frau Dr. Lena Werdecker.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Prof. Dr. med. Tobias Esch

Dr. PH Lena Werdecker

Allgemeines

Bitte beantworten Sie die nachfolgende Frage.

Arbeiten Sie in der hausärztlichen Gesundheitsversorgung?

☐ ja

☐ nein

Sonstiges:  _____

Themenbereich 1: Zufriedenheit

Bitte kreuzen Sie den Punkt an, der Ihren Empfindungen am ehesten entspricht.

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

überhaupt
nicht zufrieden

völlig
zufrieden

Themenbereich 2: Glück

Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Aussagen oder Fragen jeweils an, was Sie selbst am besten beschreibt.

Im Allgemeinen bin ich ein:	1 nicht sehr glücklicher Mensch	2	3	4	5	6	7 sehr glücklicher Mensch
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verglichen mit Gleichaltrigen bin ich:	1 weniger glücklich	2	3	4	5	6	7 glücklicher
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Menschen sind generell sehr glücklich. Sie genießen ihr Leben, egal was passiert, und holen das Beste aus allem heraus. Inwieweit trifft dies auf Sie zu?	1 überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7 sehr
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manche Menschen sind generell nicht sehr glücklich. Obwohl sie nicht depressiv sind, scheinen sie nie so richtig glücklich zu sein, wie sie es sein könnten. Inwieweit trifft dies auf Sie zu?	1 überhaupt nicht	2	3	4	5	6	7 sehr
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 3: Arbeitssituation

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Beruf. Bitte geben Sie für jede der Fragen an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	☐	☐	☐	☐
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	☐	☐	☐	☐
Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	☐	☐	☐	☐
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	☐	☐	☐	☐
Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	☐	☐	☐	☐
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	☐	☐	☐	☐
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	☐	☐	☐	☐
Diejenigen, die mir am nächsten stehen, sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	☐	☐	☐	☐
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	☐	☐	☐	☐
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 4: Arbeitsaufgaben

Bitte kreuzen Sie jeweils den Punkt, der am ehesten zutrifft.

Gibt es Arbeitsaufgaben in Ihrem Arbeitsalltag, bei denen Sie sich fragen, ob ...	nie	eher selten	ab und zu	eher häufig	sehr häufig
... diese überhaupt gemacht werden müssen?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese überhaupt Sinn machen?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese nicht gemacht werden müssten (oder mit einem geringeren Arbeitsaufwand erledigt werden könnten), wenn es anders organisiert wäre?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese nur existieren, weil andere es einfach so wollen?	☐	☐	☐	☐	☐
Gibt es Arbeitsaufgaben in Ihrem Arbeitsalltag, bei denen Sie der Meinung sind, dass ...	nie	eher selten	ab und zu	eher häufig	sehr häufig
... diese jemand anderes machen sollte?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese zu weit gehen, also eigentlich nicht von Ihnen erwartet werden können?	☐	☐	☐	☐	☐
... diese Sie in eine unmögliche Situation bringen?	☐	☐	☐	☐	☐
... es unfair ist, dass Sie diese machen müssen?	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 5: Arbeitserleben

Wie empfinden Sie persönlich Ihre momentane Arbeit bzw. Arbeitssituation im Allgemeinen?
Kreuzen Sie bitte auf jeder Zeile an, was Ihren Empfindungen am ehesten entspricht.

bewältigbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	nicht bewältigbar
sinnlos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	sinnvoll
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	chaotisch
beeinflussbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	unbeeinflussbar
unbedeutend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	bedeutend
übersichtlich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	unübersichtlich
steuerbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	nicht steuerbar
nicht lohnend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	lohnenswert
vorhersehbar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	unvorhersehbar

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte „nie“ an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an, wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

Wie oft haben Sie das Gefühl?	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr oft	immer
Bei der Arbeit strotze ich vor Energie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei meiner Arbeit fühle ich mich stark und lebhaft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin begeistert von meiner Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit ist für mich anregend und inspirierend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich morgens aufstehe, habe ich Lust zur Arbeit zu gehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich glücklich, wenn ich viel arbeite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin stolz auf die Arbeit, die ich mache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin in meine Arbeit vertieft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich arbeite, werde ich völlig mitgerissen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 6: Erholung

Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen jeweils an, inwiefern Sie ihnen zustimmen.

Am Feierabend...	trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittel-mä- ßig zu	trifft über- wiegend zu	trifft völlig zu
... vergesse ich die Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐
... denke ich überhaupt nicht an die Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐
... gelingt es mir, mich von meiner Arbeit zu distanzieren.	☐	☐	☐	☐	☐
... gewinne ich Abstand zu meinen beruflichen Anforderungen.	☐	☐	☐	☐	☐
... lass ich meine Seele baumeln.	☐	☐	☐	☐	☐
... unternehme ich Dinge, bei denen ich mich entspanne.	☐	☐	☐	☐	☐
... nutze ich die Zeit, um zu relaxen.	☐	☐	☐	☐	☐
... nehme ich mir Zeit zur Muße.	☐	☐	☐	☐	☐
... lerne ich Neues dazu.	☐	☐	☐	☐	☐
... suche ich die geistige Herausforderung.	☐	☐	☐	☐	☐
... tue ich Dinge, die mich herausfordern.	☐	☐	☐	☐	☐
... unternehme ich etwas, um meinen Horizont zu erweitern.	☐	☐	☐	☐	☐
... habe ich das Gefühl, selbst entscheiden zu können, was ich tue.	☐	☐	☐	☐	☐
... bestimme ich meinen Tagesablauf selbst.	☐	☐	☐	☐	☐
... bestimme ich selbst, wie ich meine Zeit verbringe.	☐	☐	☐	☐	☐
... erledige ich die Dinge, wie ich will.	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 7: Arbeitszufriedenheit

Bitte geben Sie an, wie unzufrieden oder zufrieden Sie mit verschiedenen Aspekten Ihres Arbeitsplatzes sind (1 = sehr unzufrieden; 7 = sehr zufrieden).

	sehr <u>un</u> zufrieden				sehr zufrieden		
	1	2	3	4	5	6	7
Physische Arbeitsbelastung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ihren Kollegen/innen und Mitarbeiter/innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anerkennung, die Sie für Ihre Arbeit bekommen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Menge an Verantwortung, die Sie übertragen bekommen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ihrem Einkommen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Möglichkeit, Ihre Fähigkeiten nutzen zu können	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ihren Arbeitsstunden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dem Grad der Abwechslung in Ihren Arbeitsaufgaben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 8: Gesundheitliches Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
In den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In den letzten zwei Wochen war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Geben Sie bitten den Grad an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie / sehr selten
Wie oft fühlen Sie sich müde?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft sind Sie körperlich erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft sind Sie emotional erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft denken Sie: „Ich halte es nicht mehr aus?“	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft fühlen Sie sich ausgelaugt?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie oft fühlen Sie sich kränklich oder anfällig für eine Erkrankung?	☐	☐	☐	☐	☐

Geben Sie bitten an, in welcher Ausprägung die folgenden Belastungen im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit auftreten.

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie / sehr selten
Fühlen Sie sich am Ende eines Arbeitstages ausgelaugt?	☐	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich schon morgens beim Gedanken an einen neuen Arbeitstag erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐
Empfinden Sie jede Arbeitsstunde als ermüdend?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie genügend Energie für Familie und Freunde in Ihrer Freizeit?	☐	☐	☐	☐	☐

	in sehr hohem Maße	in hohem Maße	etwas	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
Ist Ihre Arbeit emotional erschöpfend?	☐	☐	☐	☐	☐
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausgebrannt?	☐	☐	☐	☐	☐

Geben Sie bitten an, wie Sie den Umgang mit Patientinnen und Patienten empfinden.

	in sehr hohem Maße	in hohem Maße	etwas	in geringem Maße	in sehr geringem Maße
Finden Sie es schwierig, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Kostet es viel Ihrer Energie mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Frustriert Sie die Arbeit mit Patientinnen und Patienten?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie das Gefühl, dass Sie Patientinnen und Patienten mehr geben als Sie zurückbekommen?	☐	☐	☐	☐	☐

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie / sehr selten
Sind Sie es leid, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
Fragen Sie sich manchmal, wie lange Sie noch fähig sein werden, mit Patientinnen und Patienten zu arbeiten?	☐	☐	☐	☐	☐

Themenbereich 9: Ihre Persönlichkeit

Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen jeweils an, inwiefern Sie ihnen zustimmen.

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	weder noch	eher zutreffend	trifft voll und ganz zu
Ich bin eher zurückhaltend, reserviert.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin bequem, neige zur Faulheit.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe nur wenig künstlerisches Interesse.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich neige dazu, andere zu kritisieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich erledige Aufgaben gründlich.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde leicht nervös und unsicher.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine aktive Vorstellungskraft, bin fantasievoll.	☐	☐	☐	☐	☐

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.

Sie sind nach Ihrer Einschätzung...

☐ untergewichtig

☐ normalgewichtig

☐ übergewichtig

Wie häufig nehmen Sie sich pro Woche Zeit für mindestens 30 Minuten Bewegung?

 _____ Mal/Woche

Wie häufig wenden Sie pro Woche Entspannungstechniken an (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation)?

 _____ Mal/Woche

Rauchen Sie?

☐ ja, regelmäßig

☐ nein, ich habe nie geraucht

☐ ja, gelegentlich

☐ nein, ich bin Ex-Raucher/in

Sind Sie durch eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung im Alltag eingeschränkt?

☐ ja

☐ nein

Waren Sie in den vergangenen zwei Jahren krankgeschrieben?

☐ ja

☐ nein

Wie häufig kam es im vergangenen Jahr vor, dass Sie arbeiteten, obwohl Sie krank waren (Schätzung)?

 _____ Mal

Angaben zu Ihrer Tätigkeit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Praxistätigkeit.

In welchem Umfang arbeiten Sie?

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit



Wie viele Stunden arbeiten Sie laut Vertrag pro Woche?



_____ Stunden/Woche

Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche (inkl. Überstunden)?



_____ Stunden/Woche

Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?



Haben Sie eine (oder mehrere) spezifische Zusatzqualifikation(en)?

☐ ja

☐ nein



Welche Zusatzqualifikation(en) haben Sie?  _____

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits in Ihrem jetzigen Beruf?



_____ Jahre

Seit wie vielen Jahren sind Sie bereits in einer hausärztlichen Praxis tätig?



_____ Jahre

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits in der aktuellen Praxis?



_____ Jahre

Bitte geben Sie für die folgenden Aussagen an, inwieweit Sie ihnen zustimmen.

	stimme gar nicht zu					stimme voll- ständig zu				
Ich wünsche mir, die Tätigkeit in einer hausärztlichen Praxis zu beenden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich halte es für wahrscheinlich, dass ich in den nächsten fünf Jahren nicht mehr in einer hausärztlichen Praxis tätig bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Angaben zu Ihrem Arbeitsplatz

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Arbeitsplatz.

Sie arbeiten in einer/einem...

☐ Einzelpraxis

☐ Medizinischen Versorgungszentrum

☐ Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft

☐ Sonstiges  _____

Wo befindet sich die Praxis?

☐ Landgemeinde (unter 5.000 Einwohner)

☐ Mittelstadt (20.000 - 100.000 Einwohner)

☐ Kleinstadt (5.000 - 20.000 Einwohner)

☐ Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner)

Wie viele Arztfälle (Scheine) versorgt die Praxis insgesamt pro Quartal?

☐ bis 499 Fälle

☐ 1.100-1.399 Fälle

☐ 500 - 799 Fälle

☐ über 1.400 Fälle

☐ 800 - 1.099 Fälle

☐ weiß ich nicht

Wie viele Patientenkontakte haben Sie persönlich an einem typischen, ganztägigen Arbeitstag?

(Teilzeit: an einem typischen Vormittag/Nachmittag)

☐ bis 14 Kontakte

☐ 45 - 59 Kontakte

☐ 15 - 29 Kontakte

☐ 60 - 74 Kontakte

☐ 30 - 44 Kontakte

☐ über 75 Kontakte

Wie viele vertragsärztlich zugelassene und angestellte ÄrztInnen arbeiten in der Praxis (inkl. WeiterbildungsassistentInnen)?

 _____ ärztliche KollegInnen

Wie viele nicht-ärztliche Mitarbeitende arbeiten in der Praxis?

 _____ nicht-ärztliche KollegInnen

Finden in der Praxis regelmäßige Teambesprechungen statt?

☐ ja

☐ nein

Schaffen Sie es, während Ihrer täglichen Arbeit Pausenzeiten einzuhalten?

☐ ja

☐ nein

Angaben zu Ihrer Person

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Person.

Sie sind...

☐

weiblich

☐

männlich

☐

Sonstiges: 

Wie alt sind Sie?



_____ Jahre

Welchen Familienstand haben Sie?

☐

verheiratet und lebe mit meiner Ehepartnerin/meinem Ehepartner zusammen ODER in eingetragener Lebenspartnerschaft zusammenlebend (gleichgeschlechtlich)

☐

verheiratet und lebe von meiner Ehepartnerin/meinem Ehepartner getrennt ODER eingetragene Lebenspartnerschaft, getrennt lebend (gleichgeschlechtlich)

☐

ledig

☐

geschieden / eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben (gleichgeschlechtlich)

☐

verwitwet

Haben Sie Kinder?

☐

ja

☐

nein

Rückmeldung

Haben Sie Anmerkungen zu diesem Fragebogen oder unserer Untersuchung?



Bitte senden Sie den Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag an:

Institut für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung,
Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten.

Das Porto übernehmen wir für Sie.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Mithilfe!

Haben Sie Rückfragen zur Studie oder dem Fragebogen? Dann kontaktieren Sie bitte Frau Dr. Lena Werdecker per E-Mail unter lana.werdecker@uni-wh.de oder telefonisch unter 02302-926843.

Haben Sie Interesse, an einem weiteren Baustein der Studie „Glück in der Arztpraxis“ teilzunehmen?

Wir suchen Arztpraxen, die an einer Interventionsstudie teilnehmen möchten.

Bei Interesse schreiben Sie eine kurze E-Mail an Frau Dr. Lena Werdecker (lana.werdecker@uni-wh.de). Sie wird sich dann mit Ihnen bezüglich weiterer Informationen in Verbindung setzen.

Leitfaden Einzelinterview „Ärzt*innen“ (Projektteil 1)

Einleitung:

- Begrüßung
- Einleitung zum Projekt: Thema, Inhalt, Ziel des Interviews
- Aufklärung über Aufzeichnung und Umgang mit Daten
- Einverständniserklärung
- Aufnahmegerät anstellen

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, mehr über Ihre Sichtweisen und Einstellungen zu erfahren. Ich werde Ihnen Fragen stellen und Ihnen zuhören. Ich werde Sie nicht unterbrechen; das mag für Sie zunächst ungewohnt sein. Sie erzählen all das, was Ihnen wichtig ist und was Sie erzählen mögen. Es gibt dabei kein richtig oder falsch. Jede Geschichte ist einzigartig.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wie bereits angekündigt, würde ich dieses Interview gerne digital aufzeichnen, damit es anschließend abgeschrieben und für die Auswertung genutzt werden kann. Ihre personenbezogenen Angaben oder weitere Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden anonymisiert.

Gibt es noch Fragen Ihrerseits? Gut, dann beginnen wir.

Block I: Biografie

Ich möchte Sie bitten, mir zu erzählen, wie es dazu kam, dass Sie hier in der Praxis arbeiten und wie sich die Arbeit seitdem entwickelt hat. Erzählen Sie ruhig ausführlich alles das, was Ihnen wichtig erscheint. Beginnen Sie dort, wo Ihrer Meinung nach die Geschichte angefangen hat.

– Motivation – Bedeutungszuschreibung von Arbeit – Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität – Eigenverantwortlichkeit – Rahmenbedingungen	– Aus welchem Grund haben Sie sich dafür entschieden, Medizin zu studieren? – Mit welchen Erwartungen sind Sie damals als Ärztin/Arzt gestartet? – Welche Erwartungen haben sich erfüllt? – Welche blieben unerfüllt? – Wie kam es dazu, dass Sie sich niedergelassen haben? – Wie hat sich das/Was hat sich über die Jahre verändert? – Welche Rolle spielt Ihre Arbeit in Ihrem Leben?	– Können Sie das noch näher/ausführlicher/genauer beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie kam es dazu? – Wie ging das weiter? – Sie hatten bereits angedeutet, dass ... Erzählen Sie doch einmal, wie es zu dieser Situation kam.
---	---	--

Block II: Arbeitstag

Beschreiben Sie mir doch bitte einen typischen Arbeitstag. Ich möchte mir gerne vorstellen, wie der bei Ihnen aussieht.

– Haupttätigkeit – Arbeitsdichte, Pausen – Arbeitsorganisation – Dokumentation, Abrechnungen, Administration – Unsicherheiten – Unterbrechungen – Vielfältigkeit – Handlungsspielraum, Eigenverantwortlichkeit – Sinnerleben in der Arbeit, Respekt und Anerkennung – Interaktion mit Patienten und Angehörigen – Interaktion im Team, Arbeitsklima – Professionelles Selbstverständnis – Rolle als Führungskraft – Soziales Umfeld, außerberufliche Beziehungen, Aktivitäten außerhalb der Arbeit – Umgang mit Rahmenbedingungen – Fort- und Weiterbildung – Austausch mit KollegInnen	– Womit verbringen sie die meiste Zeit? – Was machen Sie besonders gerne? Warum? – Was sind für Sie eher ungeliebte Aufgaben? Warum? – Wie gehen Sie mit Unterbrechungen um? – Wie organisieren Sie Ihre Arbeit? – Wie gestaltet sich Ihre Fort- und Weiterbildung? – Wie arbeiten Sie mit KollegInnen zusammen? – Wie hat sich das über die Jahre verändert? – Was ist Ihnen im Arbeitsalltag wichtig? – Was machen Sie vor/nach der Arbeit?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie gehen Sie mit XY um? – Was passiert dann?
---	--	--

Block III: positives Erlebnis

Bitte erinnern Sie sich an eine Situation bei der Arbeit, die Sie glücklich gemacht hat. Bitte erzählen Sie mir davon.

– Flow-Erlebnis – Kontroll- und Wirksamkeitserlebnis – Beziehungen/Verbundenheit – Teamspirit – Anerkennung – Dankbarkeit – Glücksgefühl – Zufriedenheit	– Wie kam es dazu? Was war passiert? – Wie haben Sie sich gefühlt? – Wer war noch daran beteiligt? – Was glauben Sie, wie habt/haben er/sie // Ihre Kollegen // Ihre Mitarbeitenden das erlebt? – Was glauben Sie, was dazu geführt hat („Zutaten“)? – Was haben Sie danach gemacht? – Wie erleben Sie die Häufigkeit solcher Situationen?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Was meinen Sie damit? Wie meinen Sie das?
--	--	--

Block IV: negatives Erlebnis

Bitte erinnern Sie sich jetzt an eine belastende Situation bei der Arbeit. Bitte erzählen Sie mir davon.

– Anforderungen von Patientenseite – Unsicherheit – Psychische Belastungen – Kontrollverlust – Aktive/passive Eigenrolle – Stressreaktionen – Umgang mit Belastungen, Bewältigungsstrategien, Grenzziehung – Veränderungen im Verlauf – Finanzielle Sorgen, Regress, Budget, Abrechnung – Rahmenbedingungen – Fehler (critical incidence) – MitarbeiterInnen – Mobbing im Team / bei PatientInnen – Überforderung – Unterforderung – Burnout – Generation Y – Arztbewertungsportale – Mediale Darstellung / Wirkung – Chronizität	– Was war passiert? Wie kam es dazu? – Wie haben Sie gehandelt? – Wer war noch daran beteiligt? – Was glauben Sie, wie habt/haben er/sie // Ihre Kollegen // Ihre Mitarbeitenden das erlebt? – Was passierte danach? Was haben Sie danach gemacht? – Haben Sie das danach noch einmal erlebt? Was passierte da? – Wie erleben Sie die Häufigkeit solcher Situationen?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie meinen Sie das? Können Sie das noch etwas erläutern?
---	---	---

Block V: Praxisteam

Erinnern Sie sich bitte an eine Situation, die Sie nur als Team bewerkstelligen konnten/ in der Sie glücklich waren. Bitte erzählen Sie mir davon.

– Zusammenarbeit im Team / Interaktion – Beziehungen – Teamspirit – Team-Flow – Komplizenschaft – Soziale Ressource – Organisation – Rollenzuschreibungen – Erwartungshaltung	– Was war passiert? Wie kam es dazu? – Wer war alles daran beteiligt? – Warum hätten Sie nicht gedacht, dass es funktionieren wird? – Was passierte danach? – Was glauben Sie, wie haben Ihre Kollegen // Ihre Mitarbeitenden die Situation erlebt?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie meinen Sie das? Können Sie das noch etwas erläutern?
---	---	---

Block VI: Nachfragen

Zum Ende habe ich noch einige konkrete Fragen.

Was würden Sie sagen, was schätzen die KollegInnen // die Mitarbeitenden an Ihnen?

- Was würden Sie sagen, was schätzen die PatientInnen an Ihnen?

Was heißt es für Sie, einen „guten Job“ zu machen?

- Was tun Sie dafür, um einen guten Job zu machen?
- Was macht Sie stolz auf Ihre Arbeit?

Was schätzen Sie an Ihrer Arbeit?

- Wovon wünschen Sie sich mehr?
- Was schätzen Sie an dieser Praxis?
- Was gefällt Ihnen weniger gut?

Was müsste sich verändern, um Ihren Arbeitsalltag zu verbessern?

Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Glück denken?

- Was tun Sie selber, um glücklich zu sein?
- Was macht für Sie einen glücklichen und zufriedenen Arbeitsalltag aus?
- Was waren Ihre persönlichen Glücksmomente in der vergangenen Arbeitswoche?

Was ist Ihnen wirklich wichtig im Leben?

- Was motiviert Sie?
- Was gibt Ihrem Leben einen Sinn?
- Woraus ziehen Sie Kraft für Ihre Arbeit?

Block VI: Gesprächsabschluss

Wenn Sie sich etwas wünschen dürften: Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Sie haben jetzt ausführlich erzählt, wofür ich mich schon einmal herzlich bedanken möchte. Gibt es vielleicht noch andere Themen, die bislang nicht zur Sprache gekommen sind, die Ihnen aber wichtig sind?

Oder: Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?

Gesprächsabschluss:

- Bedanken für Gespräch und Offenheit
- Aufnahmegerät ausstellen
- Demografische Angaben

Demografische Angaben

Geschlecht:

Alter:

Praxisstruktur:

Qualifikation:

Position innerhalb der Praxis:

Soziales Umfeld/Soziale Situation (Familienstand, Kinder, Wohnsituation):

Ausbildungsweg:

Sonstiges:

Leitfaden Einzelinterview „Nicht-ärztliche Mitarbeitende“ (Projektteil1)

Einleitung:

- Begrüßung
- Einleitung zum Projekt: Thema, Inhalt, Ziel des Interviews
- Aufklärung über Aufzeichnung und Umgang mit Daten
- Einverständniserklärung
- Aufnahmegerät anstellen

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, mehr über Ihre Sichtweisen und Einstellungen zu erfahren. Ich werde Ihnen Fragen stellen und Ihnen zuhören. Ich werde Sie nicht unterbrechen; das mag für Sie zunächst ungewohnt sein. Sie erzählen all das, was Ihnen wichtig ist und was Sie erzählen mögen. Es gibt dabei kein richtig oder falsch. Jede Geschichte ist einzigartig.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wie bereits angekündigt, würde ich dieses Interview gerne digital aufzeichnen, damit es anschließend abgeschrieben und für die Auswertung genutzt werden kann. Ihre personenbezogenen Angaben oder weitere Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden anonymisiert.

Gibt es noch Fragen Ihrerseits? Gut, dann beginnen wir.

Block I: Biografie

Ich möchte Sie bitten, mir zu erzählen, wie es dazu kam, dass Sie hier in der Praxis arbeiten und wie sich die Arbeit seitdem entwickelt hat. Erzählen Sie ruhig ausführlich alles das, was Ihnen wichtig erscheint.

– Motivation – Bedeutungszuschreibung von Arbeit – Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität	– Aus welchem Grund haben Sie sich dafür entschieden, die Ausbildung als Medizinische Fachangestellte zu beginnen? – Mit welchen Erwartungen sind Sie damals als MFA gestartet? – Welche Erwartungen haben sich erfüllt? – Welche blieben unerfüllt? – Was hat sich über die Jahre verändert? – Welche Rolle spielt Ihre Arbeit in Ihrem Leben?	– Können Sie das noch näher/ausführlicher/genauer beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie kam es dazu? – Wie ging das weiter? – Sie hatten bereits angedeutet, dass ... Erzählen Sie doch einmal, wie es zu dieser Situation kam.
---	--	--

Block II: Arbeitstag

Beschreiben Sie mir doch bitte einen typischen Arbeitstag. Ich möchte mir gerne vorstellen, wie der bei Ihnen aussieht.

– Haupttätigkeit – Arbeitsdichte, Pausen – Arbeitsorganisation – Administrative Tätigkeiten – Unsicherheiten – Unterbrechungen – Vielfältigkeit – Handlungsspielraum, Eigenverantwortlichkeit – Sinnerleben in der Arbeit, Respekt und Anerkennung – Interaktion mit Patienten und Angehörigen – Interaktion im Team, Arbeitsklima – Professionelles Selbstverständnis – Rolle als Führungskraft – Soziales Umfeld, außerberufliche Beziehungen, Aktivitäten außerhalb der Arbeit – Umgang mit Rahmenbedingungen – Fort- und Weiterbildung	– Womit beschäftigen Sie sich die meiste Zeit? – Was machen Sie besonders gerne? Warum? – Was sind für Sie eher ungeliebte Aufgaben? Warum? – Wie gehen Sie mit Unterbrechungen um? – Wie organisieren Sie Ihre Arbeit? – Wie gestaltet sich Ihre Fort- und Weiterbildung? – Wie arbeiten Sie mit KollegInnen zusammen? – Wie hat sich das über die Jahre verändert? – Was ist Ihnen im Arbeitsalltag wichtig? – Was machen Sie vor/nach der Arbeit?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie gehen Sie mit XY um? – Was passiert dann?
--	---	--

Block III: positives Erlebnis

Bitte erinnern Sie sich an eine Situation bei der Arbeit, die Sie glücklich gemacht hat. Bitte erzählen Sie mir davon.

– Flow-Erlebnis – Kontroll- und Wirksamkeitserlebnis – Beziehung, Verbundenheit – Teamarbeit, Teamspirit – Anerkennung – Dankbarkeit – Glücksgefühl, Glücksmomente – Zufriedenheit	– Wie kam es dazu? Was war passiert? – Wie haben Sie sich gefühlt? – Was glauben Sie, was dazu geführt/beigetragen hat? – Wer war noch daran beteiligt? – Was glauben Sie, wie habt/haben er/sie // Ihre Kollegen das erlebt? – Was haben Sie danach gemacht?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Was meinen Sie damit? Wie meinen Sie das?
--	--	--

Block IV: negatives Erlebnis

Bitte erinnern Sie sich jetzt an eine belastende Situation bei der Arbeit. Bitte erzählen Sie mir davon.

– Anforderungen von Patientenseite – Unsicherheit – Psychische Belastungen – Kontrollverlust – Aktive/passive Eigenrolle – Stressreaktionen – Umgang mit Belastungen, Bewältigungsstrategien, Grenzziehung – Burnout – Veränderungen im Verlauf – Überforderung – Unterforderung – Mobbing im Team – Konflikte mit PatientInnen – Generation Y – Öffentlichkeit (z. B. Arztbewertungsportale)	– Was war passiert? Wie kam es dazu? – Wie haben Sie gehandelt? – Wer war noch daran beteiligt? – Was glauben Sie, wie habt/haben er/sie // Ihre Kollegen das erlebt? – Was passierte danach? Was haben Sie danach gemacht? – Haben Sie das danach noch einmal erlebt? Was passierte da?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie meinen Sie das? Können Sie das noch etwas erläutern?
---	--	---

Block V: Praxisteam

Erinnern Sie sich bitte an eine Situation, in der Sie als gesamtes Praxisteam etwas geschafft haben, obwohl Sie zunächst dachten, dass das nie funktionieren würde. Bitte erzählen Sie mir davon.

– Zusammenarbeit im Team / Interaktion – Soziale Ressource – Organisation – Rollenzuschreibungen – Erwartungshaltung – Teamspirit – Team-Flow – Komplizenschaft – Beteiligung an Entscheidungen	– Was war passiert? Wie kam es dazu? – Wer war alles daran beteiligt? – Warum hätten Sie nicht gedacht, dass es funktionieren wird? – Was passierte danach? – Was glauben Sie, wie haben Ihre Kollegen die Situation erlebt? – Was glauben Sie, wie hat Ihr Chef die Situation erlebt?	– Können Sie das noch ausführlicher beschreiben? – Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber. – Wie meinen Sie das? Können Sie das noch etwas erläutern?
---	--	---

Block VI: Nachfragen

Zum Ende habe ich noch einige konkrete Fragen.

Was würden Sie sagen, was schätzen die KollegInnen // die Mitarbeitenden an Ihnen?

- Was würden Sie sagen, was schätzen die PatientInnen an Ihnen?

Was heißt es für Sie, einen „guten Job“ zu machen?

- Was tun Sie dafür, um einen guten Job zu machen?
- Was macht Sie stolz auf Ihre Arbeit?

Was schätzen Sie an Ihrer Arbeit?

- Wovon wünschen Sie sich mehr?
- Was schätzen Sie an dieser Praxis?
- Was gefällt Ihnen weniger gut?

Was müsste sich verändern, um Ihren Arbeitsalltag zu verbessern?

Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Glück denken?

- Was tun Sie selber, um glücklich zu sein?
- Was macht für Sie einen glücklichen und zufriedenen Arbeitsalltag aus?
- Was waren Ihre persönlichen Glücksmomente in der vergangenen Arbeitswoche?

Was ist Ihnen wirklich wichtig im Leben?

- Was motiviert Sie?
- Was gibt Ihrem Leben einen Sinn?
- Woraus ziehen Sie Kraft für Ihre Arbeit?

Block VI: Gesprächsabschluss

Wenn Sie sich etwas wünschen dürften: Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Sie haben jetzt ausführlich erzählt, wofür ich mich schon einmal herzlich bedanken möchte. Gibt es vielleicht noch andere Themen, die bislang nicht zur Sprache gekommen sind, die Ihnen aber wichtig sind?

Oder: Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?

Gesprächsabschluss:

- Bedanken für Gespräch und Offenheit
- Aufnahmegerät ausstellen
- Demografische Angaben

Demografische Angaben

Geschlecht:

Alter:

Praxisstruktur:

Qualifikation:

Position innerhalb der Praxis:

Soziales Umfeld/Soziale Situation (Familienstand, Kinder, Wohnsituation):

Ausbildungsweg:

Sonstiges:

Leitfaden Einzelinterview „Trainer*innen“ (Projektteil 2)

Name: _____

Datum: _____

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Telefoninterview nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, mehr über Ihre Sichtweisen hinsichtlich der Machbarkeit einer Stressmanagement-Intervention im Setting „Hausarztpraxis“ zu erfahren.

Wir werden ca. 30 Minuten brauchen. Ich werde Ihnen Fragen stellen und Ihnen zuhören. Ich werde Sie nicht unterbrechen; das mag für Sie zunächst ungewohnt sein. Sie erzählen all das, was Ihnen wichtig ist und was Sie erzählen mögen. Es gibt dabei kein richtig oder falsch.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wie bereits angekündigt, würde ich dieses Interview gerne aufzeichnen, damit es anschließend verschriftlicht und für die Auswertung genutzt werden kann. Ihre personenbezogenen Angaben oder weitere Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden pseudonymisiert.

Ich stelle gleich für die Aufnahme mein Telefon auf Lautsprecher, Sie sollten mich aber ebenso gut verstehen. Das Aufnahmegerät liegt neben dem Hörer.

Gibt es noch Fragen Ihrerseits?

Gut, dann beginnen wir. Ich stelle das Telefon auf Lautsprecher und starte die Aufnahme.

➔ Lautsprecher einschalten und Aufnahmegerät anstellen.

Unser Interview gliedert sich in zwei Bereiche. Zunächst möchte ich konkret auf unseren angebotenen Stressmanagement-Kurs eingehen. Anschließend interessiert mich Ihre Sichtweise zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Mitarbeiter*innen in der hausärztlichen Versorgung im Allgemeinen.

Themenkomplex 1: BERN-Programm als Stressmanagement-Intervention

Leider können wir aufgrund der COVID-19-Pandemie den angedachten Kurs zur Stressbewältigung nicht durchführen. Eine Verschiebung ist aufgrund von Projektdeadlines auch nicht möglich. Dennoch interessieren uns Ihre Überlegungen zu der spezifischen Zielgruppe der Hausärzt*innen und ihren Mitarbeiter*innen.

- (1) Haben Sie bereits Erfahrungen mit Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen aus dem Gesundheitswesen in Ihren Kursen gesammelt? Erzählen Sie mir davon.
- (2) Mit welchen Besonderheiten hätten Sie auf Grundlage Ihrer bisherigen Erfahrungen mit BERN/BERN-Elementen bei der Kursdurchführung mit Hausärzt*innen und Mitarbeiter*innen gerechnet?
 - a. Inhaltlich?
 - b. Zeitmanagement?
 - c. Hierarchie (Chef und Angestellte)
 - d. unterschiedliche Bedarfe/Fragestellungen bei den beiden Berufsgruppen
 - e. Weitere Herausforderungen?

- (3) Welche Vorteile sehen Sie persönlich für Hausärzt*innen und Mitarbeiter*innen an einem 8-wöchigen BERN-Kurs teilzunehmen?
 - a. Welche Elemente wären für die Zielgruppe aus Ihrer Erfahrung besonders relevant?
- (4) Wir hatten unser Projekt so geplant, dass die Kurse in den jeweiligen Praxisteams durchgeführt werden, also Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen gemeinsam teilnehmen. Eine Alternative wäre gewesen, dass z. B. getrennte, praxisübergreifende Kurse für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen angeboten worden wären. Wie denken Sie darüber?

Themenkomplex 2: Gesundheitsförderung für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in der Hausarztpraxis

Nun haben wir Chancen und Herausforderungen des BERN-Kurses tiefergehend besprochen. Gerne möchte ich jetzt auf eine allgemeinere Ebene kommen und gesundheitsförderliche Maßnahmen im Allgemeinen in den Blick nehmen. Der Stressmanagement-Kurs, wie wir ihn für unser Forschungsprojekt gewählt haben, ist ein Beispiel für eine gesundheitsförderliche Maßnahme.

- (1) Welche Themen/Elemente der Gesundheitsförderung wären aus Ihrer Sicht für diese spezifische Zielgruppe wichtig?
- (2) Wie könnten Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in Hausarztpraxen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen erreicht werden?
- (3) Welche Formate fallen Ihnen zur Umsetzung von Maßnahmen ein? BERN als Beispiel ist ein Gruppenangebot über 8 Wochen mit einem zweistündigen physischen Treffen pro Woche.

Abschluss

Sie haben jetzt ausführlich erzählt, wofür ich mich schon einmal herzlich bedanken möchte. Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?

Soziodemografie

Abschließend würde ich mir gerne noch wenige Punkte zu Ihrer Person notieren.

Wie alt sind Sie?

 _____ Jahre

Wie lange arbeiten Sie bereits als BERN-Trainerin?

 _____ Jahre

Mit welcher Zielgruppe arbeiten Sie typischerweise?

 _____

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Ihre Zeit.

Notizen:

Leitfaden Einzelinterview „Ärzt*innen“ (Projektteil 2)

Name: _____

Datum: _____

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Telefoninterview nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, mehr über Ihre Sichtweisen hinsichtlich der Machbarkeit einer Stressmanagement-Intervention im Setting „Hausarztpraxis“ zu erfahren.

Wir werden ca. 30 Minuten brauchen. Ich werde Ihnen Fragen stellen und Ihnen zuhören. Ich werde Sie nicht unterbrechen; das mag für Sie zunächst ungewohnt sein. Sie erzählen all das, was Ihnen wichtig ist und was Sie erzählen mögen. Es gibt dabei kein richtig oder falsch.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wie bereits angekündigt, würde ich dieses Interview gerne aufzeichnen, damit es anschließend verschriftlicht und für die Auswertung genutzt werden kann. Ihre personenbezogenen Angaben oder weitere Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden pseudonymisiert.

Ich stelle gleich für die Aufnahme mein Telefon auf Lautsprecher, Sie sollten mich aber ebenso gut verstehen. Das Aufnahmegerät liegt neben dem Hörer.

Gibt es noch Fragen Ihrerseits?

Gut, dann beginnen wir. Ich stelle das Telefon auf Lautsprecher und starte die Aufnahme.

➔ Lautsprecher einschalten und Aufnahmegerät anstellen.

Unser Interview gliedert sich in zwei Bereiche. Zunächst möchte ich konkret auf unseren angebotenen Stressmanagement-Kurs eingehen. Anschließend interessiert mich Ihre Sichtweise zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Mitarbeiter*innen in der hausärztlichen Versorgung im Allgemeinen.

Themenkomplex 1: BERN-Programm als Stressmanagement-Intervention

Leider konnten wir aufgrund der COVID-19-Pandemie den angedachten Kurs zur Stressbewältigung nicht durchführen. Der Kurs hätte die Themen gesundes und stressreduzierendes Verhalten, ausreichend Bewegung, reguläre innere Einkehr und Entspannung sowie gesunde Ernährung beinhaltet. Die Treffen hätten aus Kurzvorträge, Gruppengespräche und praktische Übungen zu diesen Themen bestanden.

Eine Verschiebung ist aufgrund von Projektdeadlines auch nicht möglich. Dennoch interessieren uns Ihre Erwartungen und Ideen zur Umsetzbarkeit.

(1) Was hatte Sie überzeugt, sich bei uns zu melden?

- a. Welche Erwartungen hatten Sie an die Teilnahme an dem angebotenen Stressbewältigungskurs?
 - für sich persönlich?
 - für Ihr Praxisteam?
- b. Welche weiteren Chancen sehen Sie bei der Umsetzung eines solchen 8-wöchigen Kurses im Setting „Hausarztpraxis“?

- (2) Welche Herausforderungen/Hindernisse sehen Sie bei der Umsetzbarkeit eines solchen 8-wöchigen Kurses bei Ihnen in der Praxis?
 - a. im Setting „Hausarztpraxis“?
- (3) Wir hatten unser Projekt so geplant, dass die Kurse in den jeweiligen Praxisteams durchgeführt werden, also Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen gemeinsam. Eine Alternative wäre gewesen, dass z. B. getrennte, praxisübergreifende Kurse für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen angeboten worden wären. Wie denken Sie darüber?

Themenkomplex 2: Gesundheitsförderung für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in der Hausarztpraxis

Nun haben wir die konkrete Umsetzung des von uns gewählten Stressmanagement-Kurses tiefergehend besprochen. Gerne möchte ich jetzt auf eine allgemeinere Ebene kommen und gesundheitsförderliche Maßnahmen im Allgemeinen in den Blick nehmen. Ein Stressmanagement-Kurs, wie wir ihn für unser Forschungsprojekt gewählt haben, ist ein Beispiel für eine gesundheitsförderliche Maßnahme.

- a) Welche Themen wären Ihnen im Kontext von Gesundheitsförderung für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in Hausarztpraxen besonders wichtig?
 - Welche Unterschiede hinsichtlich der thematischen Interessen/Bedarfe sehen Sie zwischen Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen?
 - Welche Voraussetzungen müssten aus Ihrer Sicht geschaffen werden, damit Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in Hausarztpraxen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen erreicht werden?
 - Bei wem sehen Sie die Verantwortlichkeit, sich für gesundheitsförderliche Maßnahmen für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in der Hausarztpraxis zu engagieren/einzusetzen?
 - Wer könnten aus Ihrer Sicht gesundheitsförderliche Maßnahmen für Mitarbeiter*innen in Hausarztpraxis anbieten?
 - Wo könnten diese Maßnahmen veranstaltet werden?
 - Welche Qualifikation sollte die Person, die die Maßnahme leitet/veranstaltet aus Ihrer Sicht haben? eigener Beruf oder weitergebildeter Angestellter?
 - Welche Formate (in unserem Fall handelte es sich um einen Kurs mit ca. 10 Personen über 8 Wochen und einem zweistündigen physischen Treffen pro Woche) fallen Ihnen zur Umsetzung von Maßnahmen ein?
 - Wie kann eine Finanzierung solcher Maßnahmen realisiert werden?

Abschluss

Sie haben jetzt ausführlich erzählt, wofür ich mich schon einmal herzlich bedanken möchte. Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?

Soziodemografie

Abschließend würde ich mir gerne noch wenige Punkte zu Ihrer Person notieren.

Wie alt sind Sie?  _____ Jahre
Sie arbeiten in einer... ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft
Arbeiten sie eher im ☐ ländlichen Bereich ☐ städtischen Bereich?
Sie sind... ☐ selbstständig ☐ angestellt
In welchem Umfang arbeiten Sie? ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
Wie viele Jahre sind Sie bereits in der hausärztlichen Versorgung tätig?  _____ Jahre
Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Ihre Zeit.

Notizen:

Leitfaden Fokusgruppe „Kursteilnahme“ (Projektteil 2)

Leitfaden für Fokusgruppen

Material

- zoom
- Aufnahmegerät
- Protokoll
- Kurzfragebogen

Einleitung

Herzlich Willkommen zu unserer Fokusgruppe. Wir haben Sie eingeladen, um mit Ihnen die Teilnahme am Kurs zu reflektieren. Wir freuen uns, dass wir uns per zoom austauschen können und möchten Ihnen ganz herzlich dafür danken.

Ich werde das Gespräch moderieren und habe ein paar Frage mitgebracht. Alles, was Ihnen wichtig ist und Sie besprechen mögen, ist interessant und bedeutsam für uns. Es geht dabei um Ihre eigene Meinung und persönlichen Erfahrungen und daher gibt es weder „richtig“ noch „falsch“.

Wir möchten die Teilnahme am Kurs in einer Gruppe diskutieren, um möglichst alle Blickwinkel und Meinungen zu erfassen. Daher freuen wir uns, wenn Sie sich alle rege an der Diskussion beteiligen – auch, wenn Ihre Meinung von denen der anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer abweicht.

Die Diskussion soll etwa 60-90 Minuten dauern und wird per zoom als Video und mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet sowie protokolliert. Diese Aufnahme und das Protokoll benötigen wir für die Auswertung des Gesprächs. Die Aufzeichnung wird im Anschluss an das Gespräch verschriftlicht und dabei anonymisiert, sodass im Nachhinein einzelne Redebeiträge nicht mehr mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können.

Drei Hinweise noch:

Bitte lassen Sie sich gegenseitig ausreden und vermeiden Sie, parallel zu sprechen. Das erleichtert uns später das Aufschreiben des Gesagten.

Außerdem möchten wir Sie bitten, das hier im Rahmen der Diskussion Gesagte vertraulich zu behandeln und keine Informationen aus diesem Gespräch an andere weiterzugeben.

Bitte lassen Sie einander ausreden.

Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen, bevor die Aufnahme gestartet wird?

Okay, dann beginnen wir. Ich starte jetzt die Aufnahme.

Zoom Aufnahme plus Audioaufnahmegerät

Alle Namen in Fenster eintragen.

Vorstellungsrunde und ein Schlagwort zum Kurs

Themenbereich 1: Erwartungen an die Teilnahme

Welche Erwartungen hatten Sie vor der Kursteilnahme und wurden sie erfüllt?

- für sich persönlich?
- für Ihr Praxisteam?

Welche Befürchtungen hatten Sie?

Themenbereich 2: Erleben

Wie haben Sie den Kurs erlebt?

- Was war besonders hilfreich im/am Kurs?
- Gab es Schlüsselerlebnisse/Aha-Momente in den letzten 8 Wochen/seit Beginn des Kurses und würden Sie diese beschreiben können?
- Welcher Inhalt/welches Thema war für Sie besonders bedeutsam?
- Welche Themen würden Sie gerne vertiefen?

- Was hat Ihnen nicht so gut gefallen und könnte verbessert werden?

Themenbereich 3: Wahrgenommener Nutzen

Was haben Sie aus den 8 Wochen mitgenommen?

- für sich persönlich?
- für Ihren Arbeitsalltag?
- für die Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten?
- für den Praxisablauf?

Welche Elemente werden Sie in Zukunft für sich nutzen?

Themenbereich 4: Transfer/Machbarkeit

Würden Sie die Kursteilnahme weiterempfehlen? Bitte begründen Sie.

- Welche Hindernisse sehen Sie bei der Umsetzbarkeit solcher Kurse?

- Welche Vorteile sehen Sie hinsichtlich der Kursteilnahme für Kolleginnen und Kollegen?
- Welche Vorteile sehen Sie hinsichtlich der Kursteilnahme für andere Gesundheitsprofessionen?

Abschluss

Wir haben bereits viele Aspekte besprochen. Haben wir noch etwas Wesentliches vergessen?

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme am Gespräch.

Leitfaden Einzelinterviews „Kursteilnehmer*innen“ (Projektteil 2)

Name: _____

Datum: _____

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Telefoninterview nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, mehr über Ihre ganz persönliche Sichtweise hinsichtlich der Kursteilnahme zu erfahren.

Wir werden ca. 30 Minuten brauchen. Ich werde Ihnen Fragen stellen und Ihnen zuhören. Ich werde Sie nicht unterbrechen; das mag für Sie zunächst ungewohnt sein. Sie erzählen all das, was Ihnen wichtig ist und was Sie erzählen mögen. Es gibt dabei kein richtig oder falsch.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wie bereits angekündigt, würde ich dieses Interview gerne aufzeichnen, damit es anschließend verschriftlicht und für die Auswertung genutzt werden kann. Ihre personenbezogenen Angaben oder weitere Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden pseudonymisiert.

Ich stelle gleich für die Aufnahme mein Telefon auf Lautsprecher, Sie sollten mich aber ebenso gut verstehen. Das Aufnahmegerät liegt neben dem Hörer.

Gibt es noch Fragen Ihrerseits?

Gut, dann beginnen wir. Ich stelle das Telefon auf Lautsprecher und starte die Aufnahme.

➔ Lautsprecher einschalten und Aufnahmegerät anstellen.

Unser Interview gliedert sich in zwei Bereiche. Zunächst möchte ich konkret auf unseren angebotenen Stressmanagement-Kurs eingehen. Anschließend interessiert mich Ihre Sichtweise zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Mitarbeiter*innen in der hausärztlichen Versorgung im Allgemeinen.

Themenkomplex 1: BERN-Programm als Stressmanagement-Intervention

- (4) Was hatte Sie überzeugt, sich bei uns zu melden?
- (5) Welche Erwartungen hatten Sie an die Teilnahme an dem angebotenen Stressbewältigungskurs?
- (6) Welche Herausforderungen/Hindernisse gab es bei der Umsetzbarkeit des Kurses bei Ihnen in der Praxis?
- (7) Wir hatten unser Projekt so geplant, dass die Kurse in den jeweiligen Praxisteams durchgeführt werden, also Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen gemeinsam. Eine Alternative wäre gewesen, dass z. B. getrennte, praxisübergreifende Kurse für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen angeboten worden wären. Wie denken Sie darüber?
 - a. Inwiefern wäre eine Trennung aus Ihrer Sicht sinnvoll gewesen?
 - b. Welche Themenbereiche/Module waren kritisch?

Optional zur Fokusgruppe:

- (8) Was hat Ihnen besonders gut gefallen an dem Kurs?
 - a. Ort

- b. Trainerin
 - c. Ablauf
 - d. Inhalte
- (9) Was war besonders hilfreich im/am Kurs?
- (10) Gab es Schlüsselerlebnisse/Aha-Momente in den letzten 8 Wochen/seit Beginn des Kurses und würden Sie diese beschreiben können?
- (11) Welcher Inhalt/welches Thema war für Sie besonders bedeutsam?
- (12) Welche Themen würden Sie gerne vertiefen?
- (13) Was hat Ihnen nicht so gut gefallen und könnte verbessert werden?
- (14) Was nehmen Sie aus den 8 Wochen für sich ganz persönlich mit?

Themenkomplex 2: Gesundheitsförderung für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in der Hausarztpraxis

Nun haben wir den von uns gewählten Stressmanagement-Kurses tiefergehend besprochen. Gerne möchte ich jetzt auf eine allgemeinere Ebene kommen und gesundheitsförderliche Maßnahmen im Allgemeinen in den Blick nehmen. Ein Stressmanagement-Kurs, wie wir ihn für unser Forschungsprojekt gewählt haben, ist ein Beispiel für eine gesundheitsförderliche Maßnahme.

- (1) Welche Voraussetzungen müssten aus Ihrer Sicht geschaffen werden, damit Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in Hausarztpraxen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen erreicht werden?
- (2) Bei wem sehen Sie die Verantwortlichkeit, sich für gesundheitsförderliche Maßnahmen für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in der Hausarztpraxis zu engagieren/einzusetzen?
- (3) Welche Formate (in unserem Fall handelte es sich um einen Kurs über 8 Wochen und einem zweistündigen physischen Treffen pro Woche) fallen Ihnen zur Umsetzung von Maßnahmen ein?
- (4) Wie kann eine Finanzierung solcher Maßnahmen realisiert werden?

Abschluss

Sie haben jetzt ausführlich erzählt, wofür ich mich schon einmal herzlich bedanken möchte. Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?

Soziodemografie

Abschließend würde ich mir gerne noch wenige Punkte zu Ihrer Person notieren.

Wie alt sind Sie?  _____ Jahre
Sie arbeiten in einer... ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft
Arbeiten sie eher im ☐ ländlichen Bereich ☐ städtischen Bereich?
Sie sind... ☐ selbstständig ☐ angestellt
In welchem Umfang arbeiten Sie? ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
Wie viele Jahre sind Sie bereits in der hausärztlichen Versorgung tätig?  _____ Jahre
Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Ihre Zeit.

Notizen:

Leitfaden Einzelinterview „Trainer*in“ (Projektteil 2)

Name: _____

Datum: _____

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Telefoninterview nehmen. Ziel dieses Interviews ist es, mehr über Ihre Sichtweisen hinsichtlich des Kurses zu erfahren.

Wir werden ca. 30 Minuten brauchen. Ich werde Ihnen Fragen stellen und Ihnen zuhören. Ich werde Sie nicht unterbrechen; das mag für Sie zunächst ungewohnt sein. Sie erzählen all das, was Ihnen wichtig ist und was Sie erzählen mögen. Es gibt dabei kein richtig oder falsch.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Wie bereits angekündigt, würde ich dieses Interview gerne aufzeichnen, damit es anschließend verschriftlicht und für die Auswertung genutzt werden kann. Ihre personenbezogenen Angaben oder weitere Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden pseudonymisiert.

Ich stelle gleich für die Aufnahme mein Telefon auf Lautsprecher, Sie sollten mich aber ebenso gut verstehen. Das Aufnahmegerät liegt neben dem Hörer.

Gibt es noch Fragen Ihrerseits?

Gut, dann beginnen wir. Ich stelle das Telefon auf Lautsprecher und starte die Aufnahme.

➔ Lautsprecher einschalten und Aufnahmegerät anstellen.

Unser Interview gliedert sich in zwei Bereiche. Zunächst möchte ich konkret auf den BERN-Kurs eingehen. Anschließend interessiert mich Ihre Sichtweise zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Mitarbeiter*innen in der hausärztlichen Versorgung im Allgemeinen.

Themenkomplex 1: BERN-Programm als Stressmanagement-Intervention

(15) Welche Erwartungen hatten Sie an den Kurs mit einem Hausarzt-Praxisteam?

(16) Was lief gut?

(17) Welche Herausforderungen/Hindernisse gab es während des Kurses?

a. Haben Sie Barrieren, Mentalitätsprobleme, Abwehr oder ähnliches auf Seiten der Ärzte/Health Professionals wahrgenommen? Beschreiben Sie bitte eine Situation.

b. Welche Rolle haben die ÄrztInnen in dem Kurs eingenommen? Inwiefern gab es Co-Referate? Wurden Aspekte in Frage gestellt?

(18) Wir hatten unser Projekt so geplant, dass die Kurse in den jeweiligen Praxisteams durchgeführt werden, also Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen gemeinsam. Eine Alternative wäre gewesen, dass z. B. getrennte, praxisübergreifende Kurse für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen angeboten worden wären. Wie denken Sie darüber?

a. Inwiefern wäre eine Trennung aus Ihrer Sicht sinnvoll gewesen?

b. Welche Themenbereiche/Module waren kritisch?

- (19) Haben Sie Schlüsselerlebnisse/Aha-Momente während des Kurses bei den teilnehmenden beobachten können und würden Sie diese beschreiben können?
- (20) Welche Inhalte/welche Thema waren für die Teilnehmenden besonders bedeutsam?
- (21) Welche Themen hätten ausführlicher behandelt werden können?
- (22) Was würden Sie nächstes Mal anders machen?
- (23) Was nehmen Sie aus den 8 Wochen für sich ganz persönlich mit?

Themenkomplex 2: Gesundheitsförderung für Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in der Hausarztpraxis

Nun haben wir Chancen und Herausforderungen des BERN-Kurses tiefergehend besprochen. Gerne möchte ich jetzt auf eine allgemeinere Ebene kommen und gesundheitsförderliche Maßnahmen im Allgemeinen in den Blick nehmen. Der Stressmanagement-Kurs, wie wir ihn für unser Forschungsprojekt gewählt haben, ist ein Beispiel für eine gesundheitsförderliche Maßnahme.

- (4) Welche weiteren Themen/Elemente der Gesundheitsförderung wären aus Ihrer Sicht für diese spezifische Zielgruppe wichtig?
- (5) Wie könnten Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen in Hausarztpraxen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen erreicht werden?
- (6) Welche Formate fallen Ihnen zur Umsetzung von Maßnahmen ein? BERN als Beispiel ist ein Gruppenangebot über 8 Wochen mit einem zweistündigen physischen Treffen pro Woche.
- (7) Inwiefern könnte gemeinsam mit Hausärzten das BERN-Programm für PatientInnen weiterentwickelt werden? Was denken Sie, welche Rolle könnten HausärztInnen übernehmen?

Abschluss

Sie haben jetzt ausführlich erzählt, wofür ich mich schon einmal herzlich bedanken möchte. Haben wir etwas vergessen, was Sie gerne noch ansprechen würden?

Soziodemografie

Abschließend würde ich mir gerne noch wenige Punkte zu Ihrer Person notieren.

Wie alt sind Sie?

 _____ Jahre

Wie lange arbeiten Sie bereits als BERN-Trainerin?

 _____ Jahre

Mit welcher Zielgruppe arbeiten Sie typischerweise?

 _____

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Ihre Zeit.

Notizen: