

Diplomarbeit

Resilienz an der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am LKH Graz

eingereicht von

Marlene Laschtowiczka

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Drⁱⁿ. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Universitätsklinikum für Anästhesiologie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

ao. Univ. Prof. Dr. Andreas Sandner-Kiesling

und

Priv. Doz. Dr. Gregor Schitteck

Graz, am 19.2.2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 19.2.2024

Marlene Laschtowiczka eh.

Danksagungen

Ich bedanke mich zuallererst bei meinen Eltern und meiner Familie für die stetige Unterstützung, jedes offene Ohr und all die Hilfestellungen in den vielen Jahren meiner Ausbildung.

Merci bien und ein riesiges lachendes Danke auch an meine FreundInnen, MitbewohnerInnen sowie KollegInnen für die wunderbare Studienzeit in Graz.

Danke an meine Betreuer ao. Univ.-Prof Dr. Andreas-Sandner Kiesling und Priv. Doz. Dr. Gregor Schittek für die schnellen Antworten, hilfreichen Tipps und umfassende Unterstützung zur Erstellung dieser Diplomarbeit.

Zusammenfassung

Hintergrund

MitarbeiterInnen der Anästhesie und Intensivmedizin sind gegenwärtig einer stetig steigenden Arbeitsbelastung durch geringere Personalressourcen, zunehmende Bürokratie, Prozessoptimierung und fehlende Regenerationszeiten ausgeliefert.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Resilienzfaktoren zu identifizieren, welche AnästhesistInnen des Universitätsklinikums LKH Graz im Beruf stärken, um evidenzbasierte organisatorische Ansatzmöglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gegenwärtig und zukünftig zu bieten.

Methodik

Diese fragebogenbasierte Querschnittstudie wurde am LKH Universitätsklinikum Graz im Zeitraum Februar - August 2022 durchgeführt.

Anonymisierte Fragebögen wurden per Mail an alle in diesem Zeitraum angestellten AnästhesistInnen verschickt und diese so zur Teilnahme aufgefordert.

Die rund 128 Fragen waren in einen Fragenpool zur Demographie und sieben psychologische Tests unterteilt. Dabei wurden die TeilnehmerInnen zum aktuellen persönlichen Befinden, der Zufriedenheit, der psychischen Gesundheit, ihrem eigenen Leistungsdruck und der Arbeitsbelastung anhand von Fragen im Multiple-Choice-Stil befragt.

Ergebnisse

Identifizierte Resilienzfaktoren für die StudienteilnehmerInnen sind Berufserfahrung, stabile soziale Kontakte, Selbstwert und ein adäquates Arbeitspensum.

Der Familienstand zeigte in dieser Befragung keine signifikanten Ergebnisse als Resilienzfaktor. Berufserfahrung und Selbstwirksamkeit haben insbesondere unter älteren ArbeitnehmerInnen einen hohen Stellenwert für deren psychische Gesundheit.

In Bezug auf das Arbeitspensum zeigte sich unter weiblichen AnästhesistInnen eine signifikant positive Korrelation ($p=0.006$, $r= -0,29$). Der Faktor Selbstwert zeigte

geschlechterspezifisch signifikante Unterschiede. Hier gaben weibliche Studienteilnehmerinnen subjektiv einen geringeren Selbstwert an ($p=0,001$, $r= -0,36$).

Schlussfolgerung

Einzigartig macht diese Arbeit die Kategorisierung der demographischen Unterschiede bezüglich der Resilienzfaktoren, wobei jene identifizierten Faktoren auch im internationalen Vergleich beschrieben werden.

Anhand der erhobenen Daten lassen sich die Wichtigkeit externer sozialer Kontakte und der Berufserfahrung als bereits präsente Resilienzfaktoren identifizieren. Selbstwert und Arbeitspensum werden als essenziell, aber besonders unter weiblichen Anästhesistinnen als belastende Faktoren angeführt.

Demzufolge sollten strukturelle Maßnahmen in puncto flexiblere Gestaltung der Arbeitszeit und Beachtung des herrschenden Leistungsdruckes gesetzt werden. Dies kann die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen und folglich die gute Versorgung der PatientInnen sowie die Ausbildung junger KollegInnen durch AnästhesistInnen mit langjähriger Erfahrung sichern.

Abstract

Background

Currently anesthesiologists and employees of intensive care units are confronted with rising workload, sleep deprivation, loads of administrative work and the order to optimize all processes.

The aim of this study is to identify resilience factors, which encourage anesthesiologists of the University Hospital LKH Graz to continue working. This data should offer the opportunity to improve and secure the working conditions in the future for the employees.

Methods

This single center cross sectional study took place at the University Hospital of Graz in the period of february to august 2022.

All anesthesiologists were asked to participate voluntarily in an anonymous multiple choice questionnaire.

128 questions were categorized in demographic features and psychological tests.

Participants had to answer to personal questions about psychological well-being, current general satisfaction and feelings and working conditions.

Results

Four Resilience factors could have been identified: working experience, social contacts, self-esteem and workload.

Marital status seems not to be a resilience factor of significance. Eventually, work experience influences significantly the psychological well-being of experienced anesthesiologists. Furthermore workload ($p= 0,006$, $r=-0,29$) and self-esteem ($p= 0,001$, $r=-0,36$) are structural resilience factors which especially female participants are struggling with currently.

Conclusion

This study is unique because demographic differences concerning resilience factors for anesthesiologists could have been identified. In addition, these identified factors are quite present in the international literature.

The data shows the importance of stable social contacts and the presence of resilience in experienced anesthesiologists. Self-esteem and workload are of great importance but based on the study, factors that should be improved quickly. To start caring for the caregivers and improve these identified resilient factors will support the psychological well-being of employees.

Consequently, experienced anesthesiologists will preserve the high quality of medicine for the patients while educating the next generation successfully.

Inhaltsverzeichnis

1	Abkürzungen und deren Erklärung.....	1
2	Abbildungsverzeichnis	2
3	Tabellenverzeichnis	3
4	Einleitung	4
4.1	Aufzeigen der Kenntnisse und Forschungslücke.....	4
4.2	Zielsetzung dieser Diplomarbeit.....	5
5	Allgemeiner Teil.....	6
5.1	Burnout und Anästhesie.....	6
5.1.1	Definition von Burnout.....	6
5.1.2	Burnout unter AnästhesistInnen	6
5.2	Resilienz.....	8
5.2.1	Erklärung der Begrifflichkeit der „Resilienz“.....	8
5.2.2	Geschichte der Resilienzforschung	8
5.2.3	Resilienz als Produkt der Erziehung.....	10
5.2.4	Resilienz in Gesundheit und Krankheit	11
5.3	Resilienzfaktoren	12
5.3.1	Definitionsversuche	12
5.3.2	Flaschenhals: Resilienzfaktor	13
5.3.3	Training von Resilienzfaktoren	13
6	Material und Methoden	15
6.1	Datenerhebung	15
6.2	Fragebogen.....	15
6.3	Statistische Analyse	16
7	Ergebnisse.....	18
7.1	Resilienzfaktoren unter AnästhesistInnen	18
7.1.1	Berufserfahrung	18
7.1.2	Soziale Kontakte.....	20
7.1.3	Selbstwert	22
7.1.4	Arbeitspensum	23
8	Diskussion	26
8.2	Resilienzfähigkeit steigt mit der Berufserfahrung	26
8.3	Familienstand allein ist kein Resilienzfaktor.....	28

8.4	Geschlechterspezifität in Bezug auf den Selbstwert.....	29
8.5	Arbeitspensum – Resilienzfaktor im Sturzflug.....	30
9	Limitationen	32
10	Schlussfolgerungen.....	33
10.1	Implikationen für Theorie und Praxis	33
10.2	Ausblick und Anregungen für weiterführende Arbeiten.....	33
11	Literaturverzeichnis.....	34
12	Anhang	38
12.1	Fragebogen	38

1 Abkürzungen und deren Erklärung

AAC.....	Acceptance And Action Questionnaire
DUWAS	Dutch Workaholism Scale
franz.....	französisch
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
REMEDIA	Resilienz und Mentoring bei deutschsprachigen AnästhesistInnen
UWES.....	Utrecht Work Engagement Scale
WHO.....	World Health Organization

2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Drei Komponenten der psychologischen Abhärtung nach Antonovsky	9
Abbildung 2: Beispiele für Resilienzfaktoren laut Helmreich , et al.(2017:27-29)	13
Abbildung 3: Drei Gruppen von Resilienzfaktoren unter AnästhesistInnen (McKinley, et al., 2019).....	14
Abbildung 5: Aufschlüsselung der Berufsjahre von AnästhesistInnen an der Abteilung ...	19
Abbildung 4: Prozentuelle Verteilung des Anstellungsverhältnisses der MitarbeiterInnen	23

3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Korrelation Berufsjahre und Experiences Questionnaire	20
Tabelle 2: Anzahl der Kinder der StudienteilnehmerInnen.....	20
Tabelle 3: Aufschlüsselung des Familienstandes	21
Tabelle 4: Korrelation Dutch Workaholism Scale und Familienstand.....	22
Tabelle 5: Korrelation zwischen Selbstwert und weiblichen Anästhesistinnen	22
Tabelle 6: Aufschlüsselung der durchschnittlichen Arbeitsstunden pro Woche.....	23
Tabelle 8: Korrelation Psychological Well-Being und Geschlecht.....	25

4 Einleitung

Der Arztberuf kann so vielseitig bereichernd und außergewöhnlich belastend zugleich sein. Vor allem AnästhesistInnen sind langen schlaflosen Diensten, einem komplexen Patientenkollektiv zwischen Leben und Tod, einem hohen Stresslevel und wachsender Personalnot ausgesetzt. In diesem Spannungszustand den Spagat zwischen Professionalität und Achtsamkeit sich selbst gegenüber zu schaffen, ist eine enorme Herausforderung (McKinley, et al., 2019:140).

Trotzdem bleibt der größte Teil der MedizinerInnen gesund und übt den Arztberuf über Jahrzehnte aus. Wie es gelingt, diese Gesundheit zu erhalten und die eigene Lebensqualität zu fördern, ist die Basis der Resilienzforschung (Zwack, et al., 2011:496).

4.1 Aufzeigen der Kenntnisse und Forschungslücke

National sowie international steigt in den letzten Jahren das Interesse an der Resilienzforschung. Es wurden zahlreiche Reviews, Pilotstudien und Befragungen in der internationalen medizinischen Forschung durchgeführt. Besonders bezogen auf die zunehmende Kündigungswelle sowie Belastungen während der Covid19-Pandemie und jährlich steigender Infektionszahlen während der Wintermonate. Starke Kündigungswellen und wachsender Personalmangel, sind offensichtliche Folgen. Doch welche Faktoren bzw. Eigenschaften zeichnen den aktuellen Personalstand im Sinne von Resilienz bzw. Vulnerabilität aus? Diese Frage rückt die Gesundheitsförderung im Gesundheitspersonal in den Fokus (Kaltwasser, et al., 2021:753).

„The Covid 19 Outbreak is an opportunity to reaffirm the importance of caring for the caregivers” (Douillet et al., 2021:283). Übersetzt bedeutet dies, dass der Ausbruch der Covid19-Pandemie wiederum die Wichtigkeit zur (Vor)sorge um das Gesundheitspersonal bestätigt.

Diese Aussage rückt die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung im Gesundheitspersonal in den Fokus und bildet, gemeinsam mit dem Fehlen von aktuellen Daten zur Resilienz unter belasteten MitarbeiterInnen der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum LKH Graz, die Grundlage für diese Studie.

4.2 Zielsetzung dieser Diplomarbeit

In dieser Diplomarbeit wird versucht, anhand von Studiendaten Resilienzfaktoren unter dem ärztlichen Personal zu erfragen, um zu identifizieren, welche Punkte ÄrztInnen der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums LKH Graz in ihrem Beruf halten. Weiters ist das Ziel dieser Arbeit, „vulnerable“ Faktoren zu analysieren, welche zu Unzufriedenheit bzw. mangelnder Resilienz am Arbeitsplatz führen können, um somit einen evidenzbasierten Ansatz zur Verbesserung dieser Punkte zu bieten.

5 Allgemeiner Teil

5.1 Burnout und Anästhesie

Um Resilienz besser zu verstehen, bedarf es zuerst der Begriffserklärung von Burnout. Diese psychische Erkrankung ist der Grund für die Suche nach Faktoren, welche jemanden resilient, also psychisch gesund und widerstandsfähig halten.

5.1.1 Definition von Burnout

Burnout kann laut Hartog (2019:693), als ein arbeitsbezogener Zustand der totalen psychischen sowie körperlichen Erschöpfung beschrieben werden. Ursächlich hierfür sind aktuell bekannte Punkte wie Personalmangel, größere Arbeitslasten und folglich verminderte Regenerationszeiten. Dieser circulus vitiosus verschärft die Kündigungswellen und Krankenstandszahlen enorm.

Burnout tritt vor allem auch bei ArbeitnehmerInnen ohne psychiatrische Vorgeschichte auf und wird seit den 1970er Jahren in der Psychoanalyse als eine Krankheit, welche zu einer lähmenden Erschöpfung führt, beschrieben. Ursächlich ist hierfür der chronische Stress am Arbeitsplatz. Dieser multidimensionelle Zustand zeigt sich anhand von drei Hauptsymptomen. Das erste Kriterium ist „emotionale Erschöpfung“, was als Müdigkeit, Ausgebranntheit und Kraftlosigkeit beschrieben wird. Als zweiter Punkt gilt die Depersonalisierung in Form von der Distanz zur geleisteten Arbeit sowie den PatientInnen gegenüber. Die Symptomtrias komplimentiert das Gefühl der persönlichen Leistungsunfähigkeit bzw. der mangelnden Effektivität (Vargas, et al., 2020:57).

5.1.2 Burnout unter AnästhesistInnen

Bedingt durch die hohe psychische Arbeitsbelastung mit PatientInnenpopulationen in lebensgefährlichen Situationen zeigt sich besonders unter jungen AnästhesistInnen und IntensivmedizinerInnen eine höhere Tendenz zu Burnout verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. (vgl. Heinke, et al., 2011:1109).

Gründe hierfür sind die oft unplanbar langen, pausenlosen Arbeitsphasen sowie das Arbeiten mit schwerkranken Personen, wobei Fehler rasch zu lebensgefährlichen Situationen führen können. Außerdem ist man stets mit HochrisikopatientInnen konfrontiert und arbeitet in einem kognitiv fordernden Arbeitsumfeld. All dies geschieht

zusätzlich unter hohem zeitlichen Druck, um beispielsweise OP-Fallzahlen zu erreichen wovon wiederum Personalschlüssel abgeleitet werden (Vargas, et al., 2020:57).

Auch in Australien bestätigt Ellis et al. (2018:96) die Gefahr von psychischer Erschöpfung insbesondere unter jungen AssistenzärztInnen. Neben den bereits erwähnten steigenden Fallzahlen und der wachsenden Arbeitslast bei gleichem bzw. vermindertem Personalschlüssel werden Mobbing am Arbeitsplatz, sexuelle Übergriffe sowie Diskriminierung als Gründe des Burnouts genannt.

Weiters fehlen Angebote und Unterstützung für Simulations- und Szenarientrainings, was als vermeidbarer Stressor im Ernstfall angegeben wird. Zudem geben besonders IntensivmedizinerInnen an, dass bedingt durch die beinahe erdrückende Arbeitslast und geforderte Effizienz, kaum Zeit und Energie für berufsfremde Tätigkeiten zum persönlichen Ausgleich möglich sind.

5.1.2.1 Unspezifische Verhaltensweisen

In Zusammenhang mit Burnout konnten Alexandrova-Karamonava et al. (2016:1062) auch einige Lebensgewohnheiten unter IntensivmedizinerInnen bzw. NotfallmedizinerInnen identifizieren. Es zeigen sich hier signifikante Assoziationen zwischen dem Konsum von „fast food“, mangelnder körperlicher Bewegung ~1,5h/Woche, dem Konsum von Schmerztabletten, Schlafproblemen sowie Alkoholkonsum und dem auftreten einer Burnouterkrankung. Es wird hier eine Art der Beschönigung und Verleugnung von Vorboten einer psychischen Überlastung vermutet. Ob dies als Teilaspekt der Ursache oder Nebensymptomatik eines Burnout-Syndroms deklariert werden kann, geht aus der Arbeit von Alexandrova-Karamonava et al. (2016:1066) nicht hervor.

5.1.2.2 (Un)bekannte Alarmsymptome

Warnsignale einer Erkrankung frühzeitig zu detektieren ist überall in der Medizin von großer Bedeutung. In Bezug auf ein Überlastungssyndrom können hier frühe Symptome wie Übererregbarkeit in Form von Irritation, Vergesslichkeit und Schlafstörungen erkannt werden. Daraus folgen oft Zynismus, sozialer Rückzug und persistierende Müdigkeit. Zudem resultieren schlussendlich oft psychische Angstsymptome, chronische Schmerzsyndrome wie funktionelle gastrointestinale Beschwerden oder belastende Kopfschmerzen. Diese frühen Warnzeichen werden oftmals erst retrospektiv bemerkt. (Vargas, et al., 2020:57)

Ein möglicher Endpunkt für eine weiterführende Studie wäre, Resilienzfähigkeit bezogen auf Krankenstandstage pro Jahr zu untersuchen. Anlass dafür gibt ein aktueller Artikel der Sozialversicherungsträger (2023). Dieser beschreibt, dass die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen pro Jahr und pro Kopf 2022 bei 14,9 Tagen liege. Das ist ein „Plus“ von 2,6% verglichen zum Vorjahr und der höchste Wert in den letzten 20 Jahren. Ob sich hier Krankenstände durch Burnout-Symptome identifizieren und im Verlauf präventieren ließen, kann noch nicht behauptet werden.

Dieser Status quo ist die Basis für die Suche nach Präventionsmöglichkeiten, woraus der aktuell sehr bekannte Begriff der Resilienz schürt. Dieser wird im folgenden Kapitel näher beleuchtet.

5.2 Resilienz

5.2.1 Erklärung der Begrifflichkeit der „Resilienz“

Resilienz entstammt dem lateinischen Begriff „resilire“. Mögliche Übersetzungen sind „zurückspringen, abprallen oder abstoßen“. Ursprünglich entspringt der Begriff der Physik und beschreibt die Verformbarkeit von Stoffen.

Die Definitionen des Begriffs Resilienz sind vielseitig. Scharnhorst (2008:51f) beschreibt sie als die Fähigkeit externe Belastungen und Krisen ohne Beeinträchtigung zu überstehen. Resilienz wird im Wörterbuch der „american psychological association“, als das erfolgreiche Resultat, auf schwierige und herausfordernde Erlebnisse zu reagieren, definiert (Association, 2023).

5.2.2 Geschichte der Resilienzforschung

Bereits 300 v. Chr. beschäftigten sich die Stoiker mit Logik, Ethik und Physik. Vor allem die Lehre der Ethik griffen später ebenso die Römer auf und strebten hierbei nach Tugend und Ruhe (engl. *Virtue and tranquillity*) sowie dem exzellenten Charakter. Besonders den Begriff der „tranquillity“ definieren sie als den Zustand voller positiver Emotionen unter Ausschaltung negativer Gefühle wie Hass, Ärger oder Unterdrückung. (Irvine, 2008). Wichtig hierbei ist zu erwähnen, dass der Stoizismus darauf abzielt Negatives nicht zu unterdrücken, sondern in positive bzw. gesunde Emotionen umzuwandeln. Dies soll durch

Berücksichtigung, Stärkung und Förderung der persönlichen und individuellen Eigenschaften ermöglicht werden (Robertson, 2020:35).

Das Spektrum der Resilienzforschung bzw. die Fähigkeit die Persönlichkeit zur Erhaltung der Gesundheit zu stärken, gewann in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts unter Aaron Antonovsky mit dem Konzept der „Salutogenese“ wieder an Bedeutung.

5.2.2.1 Salutogenese

Diese Lehre beschäftigt sich mit der Frage nach Faktoren, die Personen gesund halten. Antonovsky spricht sich für ein „health – dis-ease – disease continuum“ (Gesundheit – Unbehagen – Krankheits-Kontinuum) aus. In jeder „kranken Person“ steckt ihm zufolge gesundes Leben (Antonovsky, 1979). Um der Krankheit nicht die Überhand zu lassen, beobachtet man bei manchen Personen inneren Widerstand. Später definiert er das Konzept der „Abhärtung“ welche sich in drei Komponenten spaltet. (Goddemeier, 2019:366)

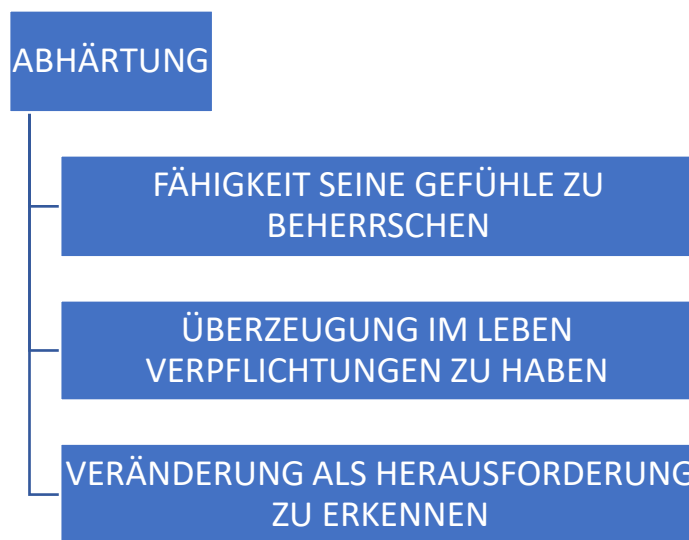


Abbildung 1: Drei Komponenten der psychologischen Abhärtung nach Antonovsky

Aus dieser Triade entwickelt Antonovsky den Begriff des Kohärenzgefühls, das seiner Datenerhebung zufolge bei gesunden Personen ausgeprägter vorliegt, als bei kranken. Es entstehen daraufhin die drei Punkte *Bedeutsamkeit* (Sinnhaftigkeit des Lebens erkennen), *Handhabbarkeit* (eigene Ressourcen zur Bewältigung von Herausforderungen schätzen und nutzen) und *Verstehbarkeit* (externe und interne Stimuli wahrnehmen und ordnen) (Antonovsky, 1997:35-40).

5.2.2.2 WHO Charter 1986

In etwa zur selben Zeit verabschiedete die WHO (World Health Organization) 1986 in Genua die „Ottawa Charter for Health Promotion“. Laut dieser Satzung ist zur Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitserhaltung nicht nur das Gesundheitssystem verantwortlich. Es bedarf den Grundbedürfnissen Essen, Unterkunft, soziale Gerechtigkeit und Gleichheit, suffizientes Einkommen und ein stabiles Wirtschaftssystem. Erst wenn diese Grundvoraussetzungen überall bestehen, ist es der/dem Einzelnen möglich sich für die eigene Gesundheit selbständig einzusetzen. Ein Unterpunkt dieses Konferenzprotokolls vgl. World Health Organization (1986:3) unterstreicht die Notwendigkeit persönliche Fähigkeiten zur Gesundheitserhaltung zu erlernen. Das soll der WHO zufolge lebenslang unter Wissensvermittlung und Anwendung im Schulunterricht sowie später durch freiwillige oder professionelle Kräfte erfolgen.

Darüberhinaus geht aus dem Artikel hervor, dass sich die Gesundheitssysteme weltweit in Richtung Gesundheitsförderung orientieren müssen. Das ist vor allem durch Refokussierung auf alle Bedürfnisse der PatientInnen möglich. Folglich werden PatientInnen ganzheitlich betreut, was wiederum zu Zufriedenheit unter dem medizinischen Personal führt (World Health Organization, 1986:4).

5.2.3 Resilienz als Produkt der Erziehung

In den vergangenen Jahren spricht sich die Resilienzforschung auch für einen großen Einfluss der Erziehung bzw. Kindheit auf die Resilienz aus (vgl. Wu, et al., 2013:10; (Werner, 2012).

Für die Entwicklung von Resilienz und gutes Stressmanagement bzw. Copingstrategien bedarf es stabiler Bezugspersonen während der Kindheit. Kinder, welche von ihren Bezugspersonen missbraucht oder stark vernachlässigt werden, fehlt es im Erwachsenenalter an Stressmanagementstrategien bzw. der Fähigkeit unabhängig zu leben. (McCormack, et al., 2006:440f)

Beispiele für Faktoren, welche die Entwicklung vom Kind zum „resilienten Erwachsenen“ begünstigen, sind laut Wu et al.(2013:4): gleichaltrige Beziehungen, ein stabiles Familiensystem, unterstützende Erwachsene, Selbstdisziplin und frühe soziale romantische PartnerInnen. Förderlich für die Erziehung zukünftiger Personen mit Resilienzfaktoren ist ein gesundes und unterstützendes Umfeld, welches Kinder keinem fundamentalen Stress

aussetzt, den jungen Individuen aber dennoch Raum und Möglichkeiten gibt, Herausforderungen des Lebens selbst zu bewältigen (Southwick & Charney, 2012:80f). Diese genannten Punkte können auch nach der Longitudinalstudie von Werner (1986:43f) unterstrichen werden. Hier zeigten Jugendliche alkoholkranker Mütter ohne Coping-Problemen im Alter von 18 Jahren Charakterzüge wie z.B. Temperament, Kommunikationsfähigkeit, Selbstkontrolle. Jugendlichen mit Coping-Problemen fehlten solche Eigenschaften. Außerdem beschrieben resiliente junge Männer im Vergleich wenige stressige Situationen oder Familienspaltungen in den ersten Lebensjahren. Die oben genannte Studie untersuchte hunderte sozial schwache männliche Jugendliche auf der Insel Hawaii und begleitete diese rund 40 Jahre ab 1955. Circa zwei Drittel der Studienteilnehmer entwickelten im Verlauf psychische Erkrankungen. Das zuvor genannte Drittel hatte eine völlig gesunde und unauffällige Lebensform im Erwachsenenalter. Das ist Resilienz und wird als einer der Grundsteine der Resilienzforschung bezeichnet.

5.2.4 Resilienz in Gesundheit und Krankheit

Resilienz wird als Komplex protektiver Faktoren gegenüber negativer Erfahrungen bzw. Stressoren bezeichnet, welcher die Person resilienter und somit weniger vulnerabel macht (Babic, et al., 2020:5).

Diese Erfahrungen zeigen sich besonders in der psychiatrischen, aber auch somatischen Krankheitsforschung. Beispielsweise zeigt Loprinzi Caitlin et al. (2011 365f), dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Depression und niedriger Resilienz besteht. Ein signifikanter direkter Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Resilienz findet sich bei PatientInnen mit Kolonkarzinomen. Dies wurde 2019 bis 2020 in Mostar anhand von 200 PatientInnen mittels Fragebogen untersucht (Franijc, et al., 2021:300-303).

Der Zusammenhang „umso höher das Niveau von Resilienz, umso niedriger die Verletzbarkeit“, zeigt sich am Beispiel der PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). PTSD-Symptome wie Depression, Angst und Unsicherheit korrelieren stets negativ mit positiven Emotionen. Weiteres ist der Beginn von PTSD Symptomen indirekt proportional zum Vorhandensein von Resilienzfaktoren. (Babic, et al., 2020:3) Diese Beispiele zeigen deutlich den Einfluss der Resilienz auf psychiatrische Krankheitsentstehung und Lebensqualität im Rahmen von somatischen Erkrankungen. Man geht davon aus, dass jede Person seine Resilienzfaktoren im Laufe des Lebens erlernen und stärken kann, um die

eigene Heilung voran zu treiben bzw. Krankheitshäufigkeit und -intensität zu minimieren. Dennoch ist, aufgrund des dynamischen und variablen Konzepts der Resilienz, niemand davor gefeit, vulnerabel auf starke unerwartete Stressoren zu reagieren. (Babic, et al., 2020:1)

Ein nicht unwichtiger neuerer Punkt in der gegenwärtigen Resilienzforschung ist der Fokus auf systemische, externe bzw. Umgebungsfaktoren auf die Resilienz (vgl. World Health Organization, 1986:2f; Bornemann-Cimenti, et al., 2012:4f). Hier spannt sich auch der Bogen zu dieser Arbeit, welche Resilienzfaktoren bei AnästhesistInnen des Universitätsklinikums LKH Graz untersucht.

5.3 Resilienzfaktoren

Resilienzfaktoren sind das Werkzeug zum Erlangen einer resilienten Persönlichkeit. Es handelt sich um persönliche Faktoren, systemische Faktoren und soziale Unterstützung, die zum Erhalt der psychischen Gesundheit dienen. Diese werden im folgenden Abschnitt näher beleuchtet.

5.3.1 Definitionsversuche

Es werden in der rezenten Literatur drei verschiedene große Definitionen von Resilienz abgegrenzt (vgl. Tüscher, et al., 2015:92):

Resilienz als Charakterzug, Resilienz als Prozess und Resilienz als Ergebnis.

5.3.1.1 Resilienz als Charakterzug

Resilienz als Charakterzug beschreibt positive persönliche Eigenschaften und Ressourcen.

5.3.1.2 Resilienz als Prozess

Resilienz als Prozess spricht von der Herangehensweise und folgerichtigen Abwicklung eines Problems, von Sorgen oder Nöten und die Fähigkeit wiederkehrend daraus zu lernen.

5.3.1.3 Resilienz als Ergebnis

Resilienz retrospektiv als Ergebnis betrachtet, spricht von der Anpassungsfähigkeit im Sinne von Lebensqualität, psychischer Glückseligkeit (s. Tabelle 7) sowie mentaler Gesundheit (= psychological well-being) trotz Stressfaktoren oder Traumata.

5.3.2 Flaschenhals: Resilienzfaktor

Die in Abschnitt 5.3.1 angeführten Definitionen, haben einen kleinsten gemeinsamen Nenner: die Resilienzfaktoren. Es werden in der Literatur vermehrt persönliche Faktoren genannt, welche zu dieser angepassten Verhaltensweise beitragen können (Helmreich, et al., 2017:4).

Beispiele hierfür sind in der folgenden Abbildung 2 zu sehen.

RESILIENZFAKTOREN	
Kognitive Flexibilität	Humor, positive Gedanken
Persönliche Abhärtung	Soziales Netzwerk, soziale Kontakte
Positive Emotionen	Sinn im Leben
Realistischer Optimismus	Positive Risikobereitschaft
Aktive Bewältigung	Religiosität/Spiritualität
Selbstwirksamkeit	Selbstachtung

Abbildung 2: Beispiele für Resilienzfaktoren laut Helmreich et al.(2017:27-29)

Der Resilienzprozess wird als multidimensional, variabel und dynamisch bezeichnet und kann schließlich als die Interaktion zwischen einem Individuum, unter Anwendung seiner persönlichen Eigenschaften, mit dessen Umgebung beschrieben werden (Wu et al., 2013:10).

5.3.3 Training von Resilienzfaktoren

5.3.3.1 Strukturelle Interventionen

Resilienzfaktoren sind zum Teil angeborene Charaktereigenschaften, jedoch können diese Punkte zu einem überwiegenden Teil auch erlernt werden. Beispielsweise befragte Delaney (2018:5) irisches Pflegepersonal vor und nach einem 8-wöchigen Programm zur Selbstfürsorge am Arbeitsplatz. Die TeilnehmerInnen wurden zum Thema Achtsamkeit im Team und mit PatientInnen informiert, Kommunikationstools wurden vorgestellt und gemeinsam erarbeitet sowie Meditationseinheiten im Privaten und am Arbeitsplatz

trainiert. Es konnten subjektiv deutliche Fortschritte in Richtung Burnoutprävention und Resilienz detektiert werden.

Außerdem dient vor allem der Austausch mit älteren KollegInnen sowie der Rückhalt im Team als systemischer bzw. struktureller Resilienzfaktor. Es zeigt sich beispielsweise, dass MitarbeiterInnen in kleineren Teams weniger resilient sind als jene in großen Abteilungen mit ausreichend Rückhalt (McKinley, et al., 2019:141).

5.3.3.2 Persönliche Interventionen

Neben professionellen Interventionen gelten laut McKinley et al. (2019:142) arbeitsunabhängige Aktivitäten wie beispielsweise sportliche Betätigung, Kochen, Nähen oder Gartenarbeit aber auch Engagement in Kunst und Kultur oder das Musizieren als Resilienzfaktoren für ÄrztInnen.

Darüber hinaus geben kanadische MedizinerInnen laut Jensen et al. (2008:724f) die eigene Kontrolle über das Arbeitsspektrum als resilienz-fördernd an. Die Möglichkeit Stunden zu reduzieren bzw. sich Arbeitslasten selbst einzuteilen, um Zeit für Ausgleichstätigkeiten zu haben, wird als präventiver Faktor für Stress und Burnout angeführt.

Zusammengefasst sind Resilienzfaktoren, wie auch die Idee der Resilienz, ein komplexes und vielseitiges Konzept. Dennoch können diese fördernden Maßnahmen grob in die Kategorien systemische Einflüsse, persönliche Einflüsse und soziale Unterstützung eingeteilt werden, welche auch im Diskussionsteil (s.S. 26) anhand der hier analysierten Fallzahlen von AnästhesistInnen des LKH Graz beleuchtet werden.



Abbildung 3: Drei Gruppen von Resilienzfaktoren unter AnästhesistInnen laut McKinley et al., (2019)

6 Material und Methoden

6.1 Datenerhebung

Bei dieser Studie handelt es sich um eine anonymisierte Querschnittstudie, welche sich zum Ziel setzt, Resilienz und Mentoring bei MitarbeiterInnen der Anästhesie am Universitätsklinikum Graz zu erheben. Hierfür wurde ein Online- Fragebogen mit dem Programm „Medical University of Graz-Survey“ erstellt und an alle ärztlichen MitarbeiterInnen per E-Mail versendet. Im Zuge dessen wurde ein Link erstellt, der die Daten anonymisiert erhob.

Ausgeschlossen wurden AnästhesistInnen, welche den Fragebogen unvollständig beantworteten.

Als Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie gilt die berufliche Anstellung als ärztlicheR MitarbeiterIn an der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Graz.

Die Teilnahme an der Umfrage erfolgte im Zeitraum vom 2.2.2022 bis 9.8.2022 und wurde von 118 MitarbeiterInnen durchgeführt, wobei 96 TeilnehmerInnen den Fragebogen vollständig beantworteten. 22 Antwortbögen wurden aus der Studie ausgeschlossen, da die Antworten unvollständig ausgefüllt wurden.

Somit ergab sich eine Datenmenge von $n=96$, wovon 45 weiblich und 51 männlich als Geschlecht anführten.

6.2 Fragebogen

Der Fragebogen beinhaltet 128 Fragen, welche sich in 8 Untergruppen unterteilen lassen. Es wurden hierfür eine Untergruppe zur Erhebung der demographischen Daten, sowie die folgenden 7 psychologischen Tests verwendet: (vgl. Bornemann-Cimenti et al., 2012)

- ✓ *Acceptance and Action Questionnaire (AAQ; Hayes et al., 2004; dt. Version Mitmansgruber et al., 2009). Die Skala misst „experiential avoidance“, ein Maß für die Tendenz, unangenehme Gedanken und Emotionen zu vermeiden.*
- ✓ *Experiences Questionnaire (EQ; Fresco et al., 2007; dt. Version Mitmansgruber et al., in Vorb.). Der EQ misst „decentering“ als Fähigkeit, sich von belastenden Gedanken und Gefühlen mental zu distanzieren, nicht völlig davon eingenommen zu werden.*
- ✓ *Dutch Workaholism Scale (DUWAS; Schaufeli, Bakker, van der Heijden & Prins, 2009): Die Skala misst über zwei Subskalen (exzessives Arbeiten und zwanghaft getriebenes Arbeiten) zwei zentrale Aspekte im Arbeitsstil von Workaholics.*
- ✓ *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Frost et al., 1990; dt. Version Altstötter-Gleich & Bergmann, 2006): Die Skala misst über 6 Subskalen (Hohe Standards, Organisiertheit, Fehlersensibilität, leistungsbezogene Zweifel, Erwartungen der Eltern, Kritik durch Eltern) verschiedene Aspekte perfektionistischer Einstellungen.*
- ✓ *Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Schaufeli & Bakker, 2003, 9-Item Version): Die Skala misst positives Erleben im beruflichen Alltag, erfasst als adaptive Alternative zu Burnout.*
- ✓ *Positive and Negative Affectivity Scale (PANAS; Clark, Watson & Tellegen, 1988; dt. Version Krohne et al., 1996). Die Skala misst die zwei orthogonalen Dimensionen „positive Affektivität“ und „negative Affektivität“ als habituelles Erleben.*
- ✓ *Psychological Well-being (Ryff & Keyes, 1995; dt. Version Staudinger et al., 1997): Über 6 theoretisch fundierte Subskalen (Autonomie, Alltagsbewältigung, persönliches Wachstum, wichtige Lebensziele, positive soziale Beziehungen und Selbstakzeptanz) wird psychologisches Wohlbefinden erfasst.*

6.3 Statistische Analyse

Der Datensatz wurde mit dem Programm Excel digitalisiert, um die statistische Analyse durchzuführen. Im Zuge der statistischen Auswertung wurde der Qi-Quadrat Test nach Spearman zur Veranschaulichung von kategorischen Zusammenhängen beziehungsweise Unterschieden sowie der Kendall-Tau-b Test zur Erhebung der Korrelation angewendet.

Zur bildlichen Darstellung der Ergebnisse wurden Tabellen und Diagramme aus dem Survey- Programm der medizinischen Universität Graz verwendet oder mittels Excel erstellt.

7 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung anhand von identifizierten Resilienzfaktoren visuell und statistisch korrekt abgebildet.

7.1 Resilienzfaktoren unter AnästhesistInnen

Nachdem sich unter drei der sieben psychologischen Tests viele Zusammenhänge sowie in der weiteren statistischen Auswertung negative und positive Korrelationen zeigten, konnten vier Resilienzfaktoren (Berufserfahrung, soziale Kontakte, Selbstwert, Arbeitspensum) identifiziert werden, die im Folgenden genauer besprochen werden. Diese Faktoren konnten exemplarisch unter den drei psychologischen Tests-„DUWAS (=Dutch Workaholism Scale)“, „Psychological Well-Being“ und „Experiences Questionnaire“ erarbeitet werden.

7.1.1 Berufserfahrung

7.1.1.1 Jahre an der Abteilung

Im demographischen Abschnitt des Fragebogens wurde die „Dauer der Abteilungszugehörigkeit“ anhand der geleisteten Arbeitsjahre an der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin der medizinischen Universität Graz erfragt. Dieser Punkt zeigt eine MitarbeiterInnenverteilung, welche sich über rund 3 Jahrzehnte erstreckt. In Abbildung 4 ist jene Verteilung grafisch abgebildet. Hierbei ist zu erkennen, dass 19 MitarbeiterInnen bereits mehr als 25 Jahre an der Abteilung tätig sind, jeweils 11 20-25 bzw. 15-20 Jahre, 14 AnästhesistInnen arbeiten bereits 10-15 sowie 12 6-10 Jahre. Unter den MitarbeiterInnen unter 6 Jahren befinden sich 20 männliche und 8 weibliche Personen.

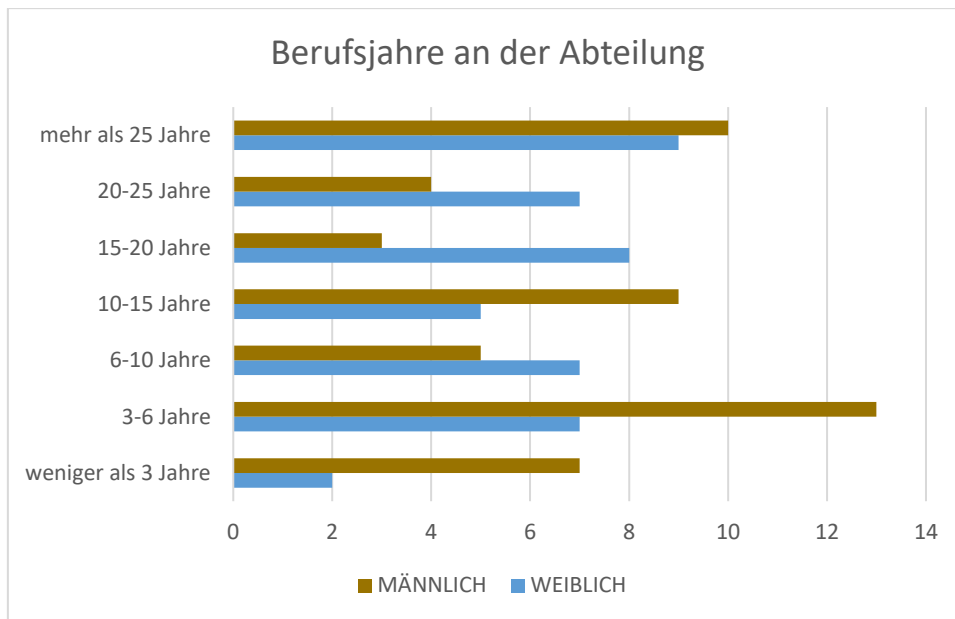


Abbildung 4: Aufschlüsselung der Berufsjahre von AnästhesistInnen an der Abteilung

7.1.1.2 Korrelation von Berufsjahren und dem Experiences Questionnaire

Im Experiences Questionnaire Test können in Bezug auf die Berufsjahre drei signifikante Korrelationen beobachtet werden. „Ich kann klar sehen, dass ich mehr als meine Gedanken bin“, „Ich nehme meinen Körper bewusst als Ganzes wahr“ und „Ich sehe Dinge aus seiner größeren Perspektive“, stehen jeweils in einer positiven Korrelation zu steigenden Berufsjahren.

Das Signifikanzniveau liegt bei 0,05 und in Bezug auf die Berufsjahre konnte zwischen den Optionen: WENIGER ALS 3, 3 - 6 JAHRE, 6 - 10 JAHRE, 10 - 15 JAHRE, 15 - 20 JAHRE, 20 - 25 JAHRE sowie mehr als 25 JAHRE= 7 ausgewählt werden.

<i>Experiences Questionnaire</i>	<i>Berufsjahre</i>		
	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	N
Ich bin in der Lage mich zu akzeptieren, wie ich bin.	0,12	0,273	61
Ich merke, dass ich Schwierigkeiten nicht so persönlich nehme.	0,129	0,226	61
Ich kann mich von meinen Gedanken und Gefühlen distanzieren.	0,042	0,697	60
Ich kann mir Zeit geben, um auf Schwierigkeiten zu reagieren.	0,059	0,587	60

Ich kann nett mit mir umgehen.	-0,024	0,824	61
Ich kann unangenehme Gefühle beobachten, ohne hineingezogen zu werden.	0,085	0,434	61
Ich habe das Gefühl, dass mir voll bewusst ist, was rund um mich und in mir passiert.	0,039	0,724	60
Ich kann klar sehen, dass ich mehr als meine Gedanken bin.	,241*	0,024	61
Ich nehme meinen Körper bewusst als ein Ganzes wahr.	,321**	0,003	59
Ich sehe Dinge aus einer größeren Perspektive.	,320**	0,004	60

Tabelle 1: Korrelation Berufsjahre und Experiences Questionnaire

7.1.2 Soziale Kontakte

7.1.2.1 Kinderanzahl

Ein weiterer persönlicher Faktor, der erhoben wurde, ist die Anzahl der Kinder unter dem ärztlichen Personal. Dies ist grafisch in Tabelle 2 dargestellt. Dabei zeigt sich mehrheitlich eine Kinderlosigkeit von 42%, einE MitarbeiterIn gibt an mehr als drei Kinder zu haben, 12 Personen haben drei und 23 Angestellte haben zwei Kinder. In etwa ein Fünftel (21%) der Befragten gibt an ein Kind zu haben.

Kinderanzahl	absolut	Prozent %
1	20	21%
2	23	24%
3	12	13%
mehr als 3	1	1%
keine	40	42%
	96	

Tabelle 2: Anzahl der Kinder der StudienteilnehmerInnen

7.1.2.2 Familienstand

Wie bereits in Punkt 6.1 beschrieben, nahmen 118 Personen aus dem ärztlichen Personal an der Umfrage teil, wobei 22 Antwortbögen aufgrund mangelnder Vollständigkeit ausgeschlossen werden mussten. Dies ergibt einen validen und verwertbaren Rücklauf von

81,4%. Die Geschlechterverteilung liegt bei 45 weiblichen und 51 männlichen TeilnehmerInnen.

Familienstand	weiblich	männlich	Summe	Prozent %
ledig	14	5	19	20%
in Partnerschaft lebend	24	30	54	57%
verheiratet	6	16	22	23%
	44	51		
	n=	95		

Tabelle 3: Aufschlüsselung des Familienstandes

In Bezug auf den Familienstand gab ein Fünftel der TeilnehmerInnen an ledig zu sein, 57% leben in einer Partnerschaft und 23%, davon 16 männliche und 6 weibliche Personen sind verheiratet. Eine Person der eingeschlossenen StudienteilnehmerInnen gab keine Angaben zum Familienstand, woraus sich die Anzahl 95 in Bezug auf diese Fragestellung ergibt.

7.1.2.3 Korrelation zum Familienstand

Das Signifikanzniveau wurde auf 0.05 festgelegt. Es konnte in Bezug auf den Familienstand zwischen 0 = ledig, 1 = in Partnerschaft lebend oder 2 = verheiratet ausgewählt werden. (s. Tabelle 4)

Hier ergaben sich keine relevanten Korrelationen.

<i>Dutch Workaholism Scale</i>	Familienstand		
	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-seitig)	N
<i>Ich bin in Eile und in einem Wettlauf gegen die Zeit.</i>	0,137	0,231	58
<i>Ich stelle fest, dass ich weiterarbeite, wenn meine KollegInnen schon aufgehört haben.</i>	0,162	0,164	58
<i>Es ist wichtig für mich hart zu arbeiten, auch wenn es mir keinen Spaß macht, was ich tue.</i>	0,104	0,368	58
<i>Ich bleibe beschäftigt und halte meine Eisen im Feuer.</i>	-0,135	0,277	52
<i>Ich spüre, dass da etwas in mir ist, das mich dazu treibt hart zu arbeiten.</i>	-0,045	0,699	57
<i>Ich verbringe mehr Zeit mit Arbeiten als mit Freunden, Hobbies oder Freizeitaktivitäten</i>	-0,029	0,795	58
<i>Ich fühle mich verpflichtet hart zu arbeiten, selbst dann, wenn es nicht erfreulich ist.</i>	-0,077	0,507	57

<i>Ich fühle mich schuldig, wenn ich mir eine Zeit von der Arbeit freinehme.</i>	0,058	0,612	58
<i>Ich bemerke, dass ich zwei oder drei Dinge zur gleichen Zeit mache, z.B. essen und etwas notieren, während ich mit jemandem telefoniere.</i>	-0,006	0,956	58
<i>Es ist schwierig für mich, mich zu entspannen, wenn ich nicht arbeite.</i>	0,057	0,617	58

Tabelle 4: Korrelation Dutch Workaholism Scale und Familienstand

7.1.3 Selbstwert

7.1.3.1 Qi Quadrat Test in Bezug auf das Geschlecht

Um einen möglichen Zusammenhang in Bezug auf das Geschlecht und den Fragen des Psychological Well-Being Tests zu visualisieren, wurde der Qi-Quadrat-Test durchgeführt. Es wurden folgende Parameter verwendet: p-Wert 0.05 und df = Freiheitsgrad 3 bzw. 5 sowie die Qi-Quadrat-Werte errechnet.

Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich zwischen dem Geschlecht und der Aussage „Ich lasse mich leicht beeinflussen von Leuten, die von ihrer Meinung fest überzeugt sind.“

7.1.3.2 Korrelation zwischen Geschlecht und Selbstwert

In einem weiteren Schritt wurde zudem die Korrelation zwischen den Aussagen des Psychological Well-Being Tests und dem Geschlecht analysiert.

Weibliche Personen wurden mit 0, männliche Personen mit 1 skaliert. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.

Es konnte hierbei eine statistisch signifikante Assoziation beobachtet werden. Die Aussage „Ich lasse mich leicht beeinflussen von Leuten, die von ihrer Meinung fest überzeugt sind“, korreliert signifikant mit dem weiblichen Geschlecht.

<i>Psychological Well-Being</i>	GESCHLECHT	
Ich lasse mich leicht beeinflussen von Leuten, die von ihrer Meinung fest überzeugt sind.	Korrelationskoeffizient	- ,360**
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	73

Tabelle 5: Korrelation zwischen Selbstwert und weiblichen Anästhesistinnen

7.1.4 Arbeitspensum

7.1.4.1 Arbeitszeit

Ein wichtiger Punkt für die Erhebung der Resilienzfähigkeit und Zufriedenheit der StudienteilnehmerInnen ist die Anzahl der Wochenstunden an der Abteilung. Hierbei zeigt sich ein Geschlechterunterschied bei der Angabe unter 40 Arbeitsstunden pro Woche. 15,2% der weiblichen MitarbeiterInnen sowie 1,96% der männlichen MitarbeiterInnen geben an unter 40 Stunden/Woche zu arbeiten. Alle weiteren MitarbeiterInnen = 91% arbeiten wöchentlich mehr als 40h/Woche. Sechs AnästhesistInnen arbeiten mehr als 60h pro Woche.

Wochenstunden	Weiblich	Männlich	Summe	Prozent
<40h/Woche	7	1	8	8%
40-50h/Woche	21	26	47	49%
50-60h/Woche	16	19	35	36%
>60h/Woche	1	5	6	6%
	<u>45</u>	<u>51</u>	<u>96</u>	

Tabelle 6: Aufschlüsselung der durchschnittlichen Arbeitsstunden pro Woche

7.1.4.2 Anstellungsverhältnis

Des Weiteren verteilt sich die Art der Anstellung in 3 Kategorien, FacharztIn für Anästhesie und Intensivmedizin n=64, AssistenzarztIn n=24 sowie habilitierte FacharztIn n= 8., deren prozentuelle Verteilung ist in Abbildung 5 Abbildung 5: Prozentuelle Verteilung des Anstellungsverhältnisses der MitarbeiterInnenersichtlich.

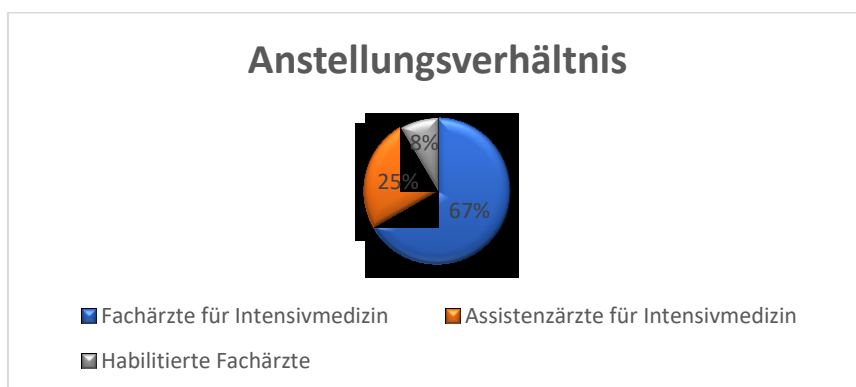


Abbildung 5: Prozentuelle Verteilung des Anstellungsverhältnisses der MitarbeiterInnen

7.1.4.3 Korrelation zwischen Geschlecht und Arbeitspensum

Wie bereits im Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**

beleuchtet, wurden die Korrelation zwischen den Aussagen des Psychological Well-Being Tests mit dem Geschlecht analysiert.

Weibliche Personen wurden mit 0, männliche Personen mit 1 skaliert. Das

Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt.

Es konnte eine statistisch signifikante Korrelation in Bezug auf das Arbeitspensum identifiziert werden.

„Oft erdrückt mich der Alltag mit seinen Anforderungen“, zeigt eine statistisch signifikante Korrelation mit dem weiblichen Geschlecht.

<i>Psychological Well-Being</i>	GESCHLECHT	
Ich lasse mich leicht beeinflussen von Leuten, die von ihrer Meinung fest überzeugt sind.	Korrelationskoeffizient	- ,360**
	Sig. (2-seitig)	0,001
	N	73
Ich bin von meiner Meinung überzeugt, auch wenn sie im Widerspruch steht zu dem, was die Allgemeinheit denkt.	Korrelationskoeffizient	-0,096
	Sig. (2-seitig)	0,39
	N	72
Bei der Einschätzung meiner eigenen Person zählt nicht der Wertmaßstab anderer, sondern allein das, was in meinen Augen wichtig ist.	Korrelationskoeffizient	-0,151
	Sig. (2-seitig)	0,163
	N	73
Im Großen und Ganzen habe ich das Gefühl, dass ich mein Leben recht gut im Griff habe.	Korrelationskoeffizient	-0,101
	Sig. (2-seitig)	0,365
	N	73
Oft erdrückt mich der Alltag mit seinen Anforderungen.	Korrelationskoeffizient	- ,290**
	Sig. (2-seitig)	0,006
	N	73
Ich erledige meine vielen alltäglichen Aufgaben und Pflichten ganz gut.	Korrelationskoeffizient	-0,076
	Sig. (2-seitig)	0,495
	N	73
Ich denke es ist wichtig, immer wieder neue Erfahrungen zu machen, die in Frage stellen, wie man über sich und die Welt nachdenkt.	Korrelationskoeffizient	0,035

	Sig. (2-seitig)	0,755
	N	73
Für mich ist das Leben ein ständiger Lern- und Entwicklungsprozess.	Korrelationskoeffizient	-0,086
	Sig. (2-seitig)	0,454
	N	73
Ich habe es schon lange aufgegeben, mein Leben wesentlich verändern oder verbessern zu wollen.	Korrelationskoeffizient	-0,131
	Sig. (2-seitig)	0,232
	N	73
Es ist schwierig und anstrengend für mich, enge Beziehungen zu anderen aufrechtzuerhalten.	Korrelationskoeffizient	-0,164
	Sig. (2-seitig)	0,125
	N	73
Man könnte mich wohl als einen großzügigen Menschen bezeichnen, der sich Zeit für andere nimmt.	Korrelationskoeffizient	-0,065
	Sig. (2-seitig)	0,566
	N	71
Ich habe bisher nur wenige vertrauensvolle und enge Beziehungen erlebt.	Korrelationskoeffizient	-0,096
	Sig. (2-seitig)	0,366
	N	73
Ich habe jeden Tag einzeln ab und mache mir über die Zukunft weiter keine Gedanken.	Korrelationskoeffizient	0,076
	Sig. (2-seitig)	0,488
	N	73
Manche Leute gehen plan- und ziellos durchs Leben, aber zu denen gehöre ich nicht.	Korrelationskoeffizient	-0,137
	Sig. (2-seitig)	0,207
	N	73
Manchmal fühle ich mich, als ob ich schon alles getan hätte, was es im Leben zu tun gibt.	Korrelationskoeffizient	-0,109
	Sig. (2-seitig)	0,331
	N	73
Wenn ich mir so mein Leben anschau, bin ich eigentlich ganz zufrieden, wie sich die Dinge entwickelt haben.	Korrelationskoeffizient	0,064
	Sig. (2-seitig)	0,572
	N	73
Eigentlich mag ich mich so, wie ich bin.	Korrelationskoeffizient	-0,049
	Sig. (2-seitig)	0,661
	N	72
Irgendwie bin ich mit dem, was ich im Leben erreicht habe, nicht zufrieden.	Korrelationskoeffizient	0,016
	Sig. (2-seitig)	0,881
	N	72

Tabelle 7: Korrelation Psychological Well-Being und Geschlecht

8 Diskussion

Im Folgenden Kapitel werden die vier identifizierten Resilienzfaktoren genauer beleuchtet. Diese werden mit der internationalen Literatur verglichen und detailliert aufgearbeitet, um Anstöße zur Besserung der Resilienzfähigkeit und folglich der Zufriedenheit von AnästhesistInnen zu bieten.

8.1.1.1 Rege Teilnahme an der freiwilligen Umfrage zu Resilienz

Ein bedeutsamer Punkt dieser Befragung war der überaus hohe Rücklauf der ausgesendeten Fragebögen und soll deshalb an dieser Stelle noch vor der Diskussion der Resilienzfaktoren beleuchtet werden.

Diese Studie hatte einen Rücklauf von 78,7%. Der Fragebogen wurde von 96 Personen vollständig ausgefüllt, wobei 122 zur Teilnahme aufgefordert wurden (vgl.6.1.).

Diese rege Teilnahme an einer Umfrage zur persönlichen Spiegelung des Stresslevels, potenzieller Burnout Symptome oder Selbstwahrnehmung legt den Schluss nahe, dass die Themen die Angestellten beschäftigen.

Im internationalen Vergleich zeigen sich ähnliche Ergebnisse bezogen auf die Rücklaufquote bei Befragungen zur Resilienz.

Beispielsweise bietet eine Pilotstudie von Gerber et al.(2020:623-631) ebenso eine große verwertbare Kohorte. Hierbei wurden Übungen zur Stressprävention, Selbstwertsteigerung und Achtsamkeit in den Alltag von AnästhesistInnen integriert. N= 27 TeilnehmerInnen nahmen konsequent über 8 Wochen an den Übungen teil. Nur eine Person brach das Pilotprojekt ab.

Auch in Frankreich wurden 2021 ÄrztInnen verschiedenster Fachdisziplinen per Mail zu einer Teilnahme an einer Befragung zu Resilienz in bzw. nach der Covid-19 Pandemie aufgefordert. Hier konnten 98% und somit n=442 Antwortbögen eingeschlossen werden. (Douillet, et al., 2021:283)

8.2 Resilienzfähigkeit steigt mit der Berufserfahrung

Drei der elf Aussagen des „Experiences Questionnaire“ (s.7.1.1) korrelieren positiv mit den Berufsjahren. Einerseits die Aussage: „Ich kann klar sehen, dass ich mehr als meine Gedanken bin.“ Hier könnte Bezug auf den in der Literatur oft erwähnten Resilienzfaktor

„Spiritualität/Religiosität“ genommen werden. (vgl. Abbildung 2). Es ist möglich, dass mit der Lebens- und Berufserfahrung mehr Momente des Scheiterns und wieder Aufstehens durchlebt wurden. Offenbar gehen erfahrene MitarbeiterInnen gestärkt aus diesen Situationen hervor oder haben sich Resilienz bereits antrainiert, wie es eben Babic et al. (2020:1) häufig erwähnen.

„Ich nehme meinen Körper bewusst als ein Ganzes wahr“, meinen AnästhesistInnen nach längerer Zeit an der Abteilung eher als jüngere MitarbeiterInnen. Umgemünzt auf einen Begriff könnte man von „Selbstachtung“ oder „Selbstwirksamkeit“ als Resilienzfaktoren sprechen. Unter Umständen steigt mit den Berufsjahren und somit indirekt mit dem Alter die Fähigkeit auf seinen Körper zu hören, in diesen hineinzufühlen und auf dessen Signale zu reagieren. Es ist denkbar, dass ältere AnästhesistInnen einerseits Vulnerabilität an KollegInnen oder PatientInnen miterlebt und andererseits selbst erfahren haben und schließlich damit begonnen haben auf sich, den eigenen Körper und die eigene Psyche zu achten.

„Ich sehe Dinge aus einer größeren Perspektive“, benennen langjährige MitarbeiterInnen eher als eigene Eigenschaft, als junge KollegInnen. Diese Aussage lässt jedoch die Frage offen, ob es sich um einen Resilienz- oder dennoch um einen Vulnerabilitätsfaktor handelt. Vulnerabel, weil es ein Zeichen des Grübelns und endlosen Hinterfragens sein kann. Dies kann zu endlosen Erklärungsversuchen führen und im Gedankenkreisen enden.

Resilient kann dies auf der anderen Seite sein, weil man die Fähigkeit „sich aus Situationen rauszuholen“ besitzt. Probleme, Sorgen und Stress aus einer höheren Ebene zu betrachten, öffnet einem oft viele Türen zu Lösungen. Gelegentlich zeigt sich die Winzigkeit des Problems und führt schließlich zu Humor und anderen Copingstrategien.

Weshalb gerade Personen mit längerer Berufserfahrung diese Aussage unterstützen, liegt unter Umständen auch an der Notwendigkeit dies im Arbeitsalltag zu machen.

FachärztInnen werden oft erst bei Fragen und unüberwindbaren Problemen von jüngeren KollegInnen gerufen. Sie fungieren oft als Lehrende oder Auszubildende und haben bestimmte Herausforderungen bereits selbst bewältigt.

Auch McKinley et al. (2019:141) bestätigt ein höheres Niveau an Resilienz bei älteren ÄrztInnen in Australien.

Weiters spricht sich u.a. Zwack et al.(2011:498) für professionelles Arbeiten als Gratifikationsfaktor zur foglichen Resilienzfähigkeit aus. Gratifikation durch KollegInnen

oder PatientInnen erhält man durch evidenzbasiertes, selbstsicheres Handeln. Dies kann nur durch Fort- und Weiterbildung sowie Erfahrung der medizinischen Wirksamkeit und Routine erlangt werden.

AnästhesistInnen sind einer hohen Arbeitslast ausgesetzt und scheinen mit Erfahrung resilienter zu sein oder werden. Demnach könnte auch diese Fähigkeit in der Lehre durch Gespräche, Selbstreflexion und Coaching erarbeitet werden.

8.3 Familienstand allein ist kein Resilienzfaktor

Im hier bearbeiteten Fragebogen wurde der Familienstand in Korrelation zu Aussagen bezüglich Arbeitssucht (engl. workaholism) gesetzt. Es konnte zwischen „ledig“, „in Partnerschaft lebend“ und „verheiratet“ ausgewählt werden. Es zeigten sich hierfür keine signifikanten Korrelationen zu Aussagen wie beispielsweise „Ich verbringe mehr Zeit mit Arbeiten als mit Freunden, Hobbies oder Freizeitaktivitäten.“ oder „Ich fühle mich schuldig, wenn ich mir eine Zeit von der Arbeit freinehme.“

Der Familienstand per se zeigt unter den AnästhesistInnen keinen Einfluss auf die Resilienz. Dennoch kann, wie in Abbildung 2 ersichtlich, das von Southwick & Charney (2012:80) benannte „*stabile soziale Netz*“ auch unter ÄrztInnen hervorgehoben werden. Zwack et al.(2011:499) unterstreichen in ihrer Arbeit, dass fast alle der Befragten „Familie und Freunde“ als fundamentale Kraftquelle zur psychischen Gesundheit und Rückhalt bei Misserfolg, Frustration oder Erschöpfungszuständen anführen.

Für den Klinikalltag könnte man hier die Notwendigkeit einer guten, kollegialen Arbeitsatmosphäre ansprechen. JedeR verbringt große Teile seiner Lebenszeit am Arbeitsplatz, aufgeschlüsselt auf die Abteilung der Anästhesie am LKH Graz zeigt sich in Tabelle 6, dass 92% der MitarbeiterInnen >40h/ Woche am Arbeitsplatz verbringen (s.7.1.4.1). Dieses statistisch erhobene Merkmal sollte Verantwortlichen auf Abteilungsebene, Klinikvorständen sowie Krankenhausleitern und im weitesten Sinne den Gesundheitskassen bewusst gemacht werden, denn psychisch bedingte Arbeitsausfälle schüren oft lange Krankenstände und treffen am Ende doch die KollegInnen.

8.4 Geschlechterspezifität in Bezug auf den Selbstwert

Unter den Geschlechtern konnte ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die subjektiv empfundene psychische Gesundheit (engl. psychological well-being) festgestellt werden. Das weibliche Geschlecht korreliert signifikant mit zwei der 18 Aussagen zur psychischen Gesundheit. Eine Aussage lautet „Ich lasse mich leicht beeinflussen von Leuten, die von ihrer Meinung fest überzeugt sind.“. Anders ausgedrückt geben weibliche Anästhesistinnen an, unsicherer in ihrer Arbeit und ihrem klinischen Handeln zu sein. Folgen könnten längeres Grübeln, Unzufriedenheit mit sich selbst sowie lange Entscheidungsfindungszeiten sein, worunter gegebenenfalls die versorgten PatientInnen leiden.

Aus dieser Korrelation geht jedoch nicht hervor, ob weibliche Personen gegebenenfalls mehr Selbstreflexion oder mehr Selbstkritik haben, als andere Geschlechter. Es kann nicht behauptet werden, dass Anästhesistinnen und Intensivmedizinerinnen weniger Selbstbewusstsein haben. Eine größere Unsicherheit weiblicher Mitarbeiterinnen kann an den oben genannten Daten signifikant festgemacht werden.

Dem kann laut Zwack et al.(2011:499) jedoch auch ein eventueller positiver Resilienzfaktor zugesprochen werden. Personen, welche ihre Grenzen kennen, Wissensdefizite, Zweifel sowie Unsicherheit offen kommunizieren, können auf die Ressource „kollegiale Unterstützung“ bauen. Dies führt im weiteren Verlauf zur Bewältigung zukünftiger Unklarheit sowie persönlicher und fachlicher Stabilität. Voraussetzung hierfür ist die Kommunikation dieser.

O'Dowd et al.(2018:730) identifizierten darüber hinaus Eigenschaften wie Selbstreflexion bzw. Selbstkenntnis sowie den Glauben an die eigenen Fähigkeiten als protektive Resilienzfaktoren. Besonders „Selbstwirksamkeit“ beschreiben irische StudienteilnehmerInnen als essentiell zur Vermeidung von Burnout und Förderung der Psycho-Hygiene. Eine fundamentale Maßnahme ist neben oft erwähnter Wahrung eines stabilen sozialen Netztes (s.8.3) auch die Förderung und regelmäßige Durchführung von Freizeitaktivitäten.

8.5 Arbeitspensum – Resilienzfaktor im Sturzflug

Eine positive signifikante Korrelation zwischen der Aussage „Oft erdrückt mich der Alltag mit all seinen Herausforderungen.“ und dem weiblichen Geschlecht kann in dieser Studie detektiert werden.

Dieses Statement beschreibt einerseits die große Arbeitslast, welcher MitarbeiterInnen der Anästhesie offensichtlich ausgesetzt sind und andererseits die Unmöglichkeit, besonders unter Frauen, sich davon abzugrenzen. Warum genau eine Korrelation zwischen Frauen und dieser Empfindung besteht, soll im Folgenden diskutiert werden.

Es ist zu vermuten, dass Anästhesistinnen bezüglich „Alltag“ auch von den privaten Aufgaben und familiären Herausforderungen ausgehen. Dies wird v.a. durch die in Tabelle 6 dargestellten Arbeitszeiten differenziert nach Geschlecht unterstrichen. 15,2% der weiblichen Mitarbeiterinnen und nur 1,96% der männlichen Mitarbeiter geben an, weniger als 40 Stunden/Woche zu arbeiten (s.7.1.4.1).

Es ist davon auszugehen, dass der Arbeitstag nach dem professionellen Dienst noch nicht vorbei ist, sondern besonders auch im Privatleben der Einsatz der befragten Damen gefordert ist. Die Regenerationszeiten sind gegebenenfalls verkürzt, wenn nicht sogar eine Rarität, weshalb der Alltag insgesamt als belastend und kaum bewältigbar beschrieben wird.

Eine andere Möglichkeit liegt darin, dass Anästhesistinnen des LKH Graz größere Schwierigkeiten haben, verglichen mit den männlichen Kollegen, im Alltag Arbeit abzuwenden und „nein“ zu sagen. Dennoch spiegelt dieses Beispiel deutlich, dass Anästhesistinnen weniger erfolgreich Stress abprallen bzw. abspringen lassen, was für die Definition von Resilienz fundamental ist (vgl. Scharnhorst 2008:51-53).

Die Begrenzung der Arbeitszeit im Sinne von regelmäßigen gemeinsamen Pausen, trotz langer Wartezeiten, sowie bewusst geplante Urlaube fördern die Zufriedenheit und positive PatientInnen-ArztInnen-Beziehung und sind ein wichtiger struktureller Marker zur Resilienzstärkung (Zwack et al., 2011:497).

Ein Punkt, welcher die Überforderung fördert, ist der weit verbreitete MitarbeiterInnenmangel. Dies macht die genannte Kollegialität als Ressource, egal welchen Geschlechtes, unmöglich und relativiert diese Unterstützung wiederum.

Weiters sind häufige Dienstbereitschaft und lange Arbeitszeiten oft genannte persönliche Stressoren. Aber auch systemische Ansprüche wie ressourcensparendes Arbeiten sowie die

juristische Absicherung im Sinne der Gefahr vor arbeitsrechtlichen Anzeigen und gerichtlichen Verhandlungen geben u.a. irische ÄrztInnen während einer interviewbasierten statistischen Resilienzstudie als belastend an (O'Dowd et al., 2018:730).

Unter Anbetracht der hier identifizierten Überforderung unter Anästhesistinnen soll auch eine mögliche schwerwiegende Folge dieser dauerhaften persönlichen und strukturellen Unzufriedenheit erwähnt werden. Die Suizidrate sowie die Häufigkeit von depressiven Verstimmungen liegt unter Medizinerinnen signifikant über jener von Männern, welche den ärztlichen Beruf ausüben (Reimer et al., 2005:383).

Ursächlich für die deutliche Belastung unter Frauen sind das fehlende Rollenmodell und fehlende systematische Unterstützung. Von Reimer et al. (2005:384) wird die zweifache Belastung des Familienmanagements und die Rolle als Medizinerin als Ursache angeführt. Es schürt hier oftmals das Gefühl den Anforderungen keinerorts gerecht zu werden, das in Erschöpfung und Antriebslosigkeit mündet, wobei sich der Kreis zum einleitenden Thema des Burnouts schließt (vgl.5.1.2).

Die (Über)forderung aufgrund von geschlechtsunabhängiger mangelnder Resilienz spiegelt auch eine französische Studie aus dem Jahr 2021 wieder. Douillet et al. (2021:283) konnte hier anhand einer Online-Befragung eine negative Korrelation zwischen der Resilienz und den Punkten „Angststörung in der Geschichte“, „erhöhtem Tabak- und Alkoholkonsum“ sowie „medikamentös therapierte Depression“ feststellen. Personen, welche angeben Eltern zu sein, zeigen hier eine höhere Resilienzfähigkeit.

Vor allem weiblichen Mitarbeiterinnen ist die Schere zwischen Entscheidungsfindung, Arbeitslast und privaten Ansprüchen oft zu groß. Dies sollte bei Problemen, Fehlern oder Verbesserungsvorschlägen immer bedacht werden. Systemisch bzw. strukturell könnte, wie auch in der Charter der WHO (1986:2) erarbeitet, mit mehr Betreuungsplätzen für Kinder bzw. nahen Angehörigen sowie flexiblen Arbeitszeitregelungen die Resilienzfähigkeit gefördert werden.

9 Limitationen

Für diese Arbeit limitierend ist der riesige Datensatz. Als Folge des umfangreichen Fragebogens, der keinen Überblick über die Ergebnisse bieten kann, wurden einzelne signifikante Ergebnisse diskutiert.

Weiters sind viele Aussagen der psychologischen Tests im Fragebogen sehr abstrakt und zum Teil sehr ähnlich, weshalb hier gegebenenfalls unreflektiert beantwortet wurde.

Auch externe Einflussfaktoren und Örtlichkeit bzw. „Stresslevel“ während der Beantwortung wurden nicht normiert und können nicht nachvollzogen werden.

Ein Punkt, der in dieser Arbeit einen geringen Stellenwert hatte, ist die Frage nach Einflussfaktoren in der Kindheit. Einzig der psychologische Test „Multidimensional Perfectionism Scale“ versucht Kindheitsansprüche etwas zu identifizieren (vgl. 6.2). Eine Longitudinal durchgeführte Studie nach dem Vorbild von Werner (1986) über Jahrzehnte könnte hier validere Daten liefern.

Weiters lässt dieser Fragebogen und die anschließende vorliegende Arbeit keine Rückschlüsse auf rezente Ereignisse im Leben der Befragten, wie beispielsweise Verlust naher Angehöriger, Streit, Sorgen oder finanzielle Nöte, zu (Wu et al., 2013:7). Daraus folgt, dass es eine Momentaufnahme ist und somit keine Aussagen über die generelle Resilienzfähigkeit der StudienteilnehmerInnen gemacht werden können.

Eine Schwäche dieser Studie ist zudem das Studiendesign an einer einzigen Abteilung und ihre geschlossenen Fragen mit vielen Antwortmöglichkeiten, bis zu 6 Punkte, was viele Korrelationen mit geringer Prüfbarkeit auf Kausalität zulässt.

Abschließend ergeben sich aus den gestellten Fragen in den psychologischen Tests viele subjektiv definierte Resilienzfaktoren, welche jedoch nicht explizit so erfragt wurden.

10 Schlussfolgerungen

10.1 Implikationen für Theorie und Praxis

Aus den oben erhaltenen Erkenntnissen lassen sich vier große Resilienzfaktoren ableiten. „Berufserfahrung“ und „soziale Kontakte“ sind Resilienz fördernd, wobei der Familienstand, dieser Arbeit zufolge, nebensächlich ist. Mangelnder „Selbstwert“, als persönlicher Faktor sowie das „Arbeitspensum“ als struktureller Faktor können signifikant als verbesserbare Resilienzfaktoren identifiziert werden.

10.2 Ausblick und Anregungen für weiterführende Arbeiten

In zukünftigen Arbeiten könnten die verbliebenen fünf psychologischen Tests anhand des erhobenen Datensatzes in Bezug auf Resilienzfaktoren untersucht werden.

Eine starke signifikante Korrelation konnte mit der Aussage „Oft erdrückt mich der Alltag mit all seinen Herausforderungen“ und weiblichen Anästhesistinnen identifiziert werden. Dem hinzu gaben 91% der TeilnehmerInnen an >40h/Woche zu arbeiten, was das hohe Arbeitspensum ungleich bestätigt.

Somit gilt es nun in weiteren Arbeiten die genauen Hintergründe zu identifizieren.

Vonseiten der Verantwortungsträger sollte diese evidenzbasierte Tatsache zum Anlass für bessere Arbeitsbedingungen wie z.B. flexible Arbeitszeitgesetze, Betreuungseinrichtungen für Kinder oder Angehörige, höhere Personalschlüssel sowie Reduktion von Arbeitsdruck und -ausmaß pro ArbeitnehmerIn, genutzt werden. Dies wären Ansatzmöglichkeiten, um den Resilienzfaktor „*Zufriedenheit am Arbeitsplatz*“ und folglich die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu stärken.

11 Literaturverzeichnis

- Alexandrova-Karamonava, A. et al., 2016. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagopoulou E, Co Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), pp. 1059-75.
- Antonovsky, A., 1979. *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., 1997. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit..* Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Association, A. P., 2023. *american psychological association*. [Online] Available at: <https://dictionary.apa.org/resilience> [Zugriff am 02 12 2023].
- Babic, R. et al., 2020. Resilience in health and illness. *Psychiatria danubina*, 32(2), pp. 225-232.
- Bornemann-Cimenti, H., Mitmansgruber, H., Kantner-Rumplmair, W. & Sandner-Kiesling, A., 2012. *REMEDIA -Resilienz und Mentoring bei deutschsprachigen IntensivmedizinerInnen und AnästhesistInnen*, Graz: s.n.
- Delaney, M. C., 2018. Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience.. *Plos One*, 13(11), pp. 1-20.
- Douillet, D. et al., 2021. Douillet D, Caillaud A, Riou J, Miroux P, Thibaud E, Noizet M, Oberlin M, Léger M, Mahieu R, Riquin E, Javaudin F, Morin F, Moumneh Assessment of physicians' resilience level during the COVID-19 pandemic. *Translational psychiatry*, 11(1), p. 283.
- Ellis, A., Lussier, S. & Yong, S., 2018. Burnout in intensive care. *Medical Journal of Australia*, 208(2), p. 96.
- Franijc, D., Babic, D., Marijanovic, I. & Matinac, M., 2021. Association between Resilience and Quality of Life in Patients with Colon Cancer. *Psychiatry Danub*, Band 33, pp. 297-303.
- Gerber, B. et al., 2020. Gerber B, Scriba J, Geissler A, Reckling H, Fis Pilotstudie zu subjektiv und objektiv messbarer Stressreduktion im Alltag einer universitären

- Anästhesieabteilung durch ein Interventionsprogramm nach Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). *Der Anästhesist*, Issue 69, pp. 623-631.
- Goddemeier, C., 2019. Vater der Salutogenes. *Deutsches Ärzteblatt PP*, August, pp. 366-367.
- Hartog, C., 2019. Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung [Burnout-a call for action].. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 114(8), pp. 693-698.
- Heinke, W. et al., 2011. Kaisers UX. Burn-out in der Anästhesie und Intensivmedizin : Gibt es ein Problem in Deutschland? [Burnout in anesthesiology and intensive care : is there a problem in Germany?]. *Anaesthesist*, 60(12), pp. 1109-18.
- Helmreich , I. et al., 2017. *Psychological interventions for resilience enhancement in adults*. s.l., Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Irvine, W. B., 2008. *A guide to the good life: The ancient art of stoic joy*. 1. Hrsg. New York: Oxford University Press.
- Jensen, P. M., Trollopoe-Kumar, K., Waters, H. & Everson, J., 2008. Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. Building physician resilience.. *Canadian Family Physician*, 54(5), pp. 722-9.
- Kaltwasser, A. et al., 2021. Querschnittsstudie zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der Versorgung von COVID-19-Patienten [Cross-sectional study of COVID-19 patients on working conditions and quality of care].. *Anaesthesist*, 70(9), pp. 753-760.
- Loprinzi Caitlin, Schroeder, K. & Sood, A., 2011. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a pilot randomized clinical trial.. *Clin Breast Cancer*, 11(6), pp. 364-368.
- Mäulen, B., 2010. Jedes Leben zählt : Suizid von Anästhesisten [Every life counts : suicide by anesthetists]. *Anaesthesist*, 5(59), pp. 395-400.
- McCormack, K., Sanchez , M., Bardi, M. & Maestripieri, D., 2006. Maternal care patterns and behavioral development of rhesus macaque abused infants in the first 6 months of life. *Developmental Psychobiology*, Band 48, pp. 437-450.
- McKinley, N. et al., 2019. McKinley N, Karayiannis PN, Convie L, Clarke M, Kirk SJ, Campbell WJ. Resilience in medical doctors: a systematic review. *Postgraduate Medical Journal Oxford Academics*, 95(1121), pp. 140-147.

- O'Dowd, E. et al., 2018. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Service Research*, 18(1), p. 730.
- Reimer, C., Trinkaus, S. & Jurkat, H. B., 2005. Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten [Suicidal tendencies of physicians -- an overview]. *Psychiatrische Praxis*, 32(8), pp. 381-385.
- Robertson, D., 2010. *The philosophy of cognitive behavioral therapy (CBT): Stoic philosophy as rational and cognitive psychotherapy*. 1. Hrsg. New York: Routledge.
- Scharnhorst, J., 2008. Resilienz - Neue Arbeitsbedingungen erfordern neue Fähigkeiten. In: B. d. P. u. Psychologinnen, Hrsg. *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland, Gesundheitsbericht*. Berlin: BDP Berlin, pp. 51-53.
- Southwick, S. & Charney, D., 2012 . Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), pp. 79-82.
- Sozialversicherungsträger, D. d., 2023. *Statistik Austria*. [Online] Available at: <https://www.statistik.at/statistiken/arbeitsmarkt/arbeit-und-gesundheit/krankenstaende> [Zugriff am 13 12 2023].
- Tüscher , O., Kalisch, R. & Müller, M., 2015. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, Band 38, p. e92.
- Vargas, M. et al., 2020. Burnout Among Anesthesiologists and Intensive Care Physicians: Results From an Italian National Survey. *Inquir. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.*, p. 57.
- Werner , E., 1986. Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on alcohol and drugs*, 47(1), pp. 34-40.
- Werner, E. E., 2012. Children and war: risk, resilience and recovery. *Dev psychopathology*, 24(2), pp. 553-558.
- World Health Organization, 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genua, WHO.
- Wu, G. et al., 2013. Understanding Resilience. *Frontiers in Behavioural Neuroscience*, Issue 7, pp. 3-10.
- Zwack, J., Abdel, C. & Schweitzer, J., 2011. Resilienz im Arztberuf--salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte [Physicians' resilience--

salutogenetic practices and attitudes of experienced physicians]. *Psychother Psychosom Med psychol*, 61(12), pp. 495-502.

freiberuflich

sonstige

A6. (Abteilungsgröße) Wie viele KollegInnen mit derselben Berufsausbildung arbeiten auf Ihrer Abteilung?

weniger als 10

10-20

20-40

40-60

60-80

A7. (Nebenberuflichkeit) Gehen Sie neben der Tätigkeit im Spital noch einer anderen bezahlten Tätigkeit nach?

zB Ordination, Lehre, Interessensvertretung etc.

ja

nein

A8. (Arbeitsbereich) In welchem Bereich/ in welchen Bereichen arbeiten Sie?

Anästhesie/OP

Intensivmedizin

Schmerzmedizin

Administration, OP Planung, Dienstplanung, Sonstiges

Andere

A9. (Berufsjahre) Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf?

weniger als 3 Jahre

- 3-6 Jahre
- 6-10 Jahre
- 10-15 Jahre
- 15-20 Jahre
- 20-25 Jahre
- mehr als 25 Jahre

A10. (Wochenstunden) Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche?

- weniger als 40h
- 40-50h
- 50-60h
- mehr als 60h

A11. (Nachtdienst) Wie viele Stunden ruhen Sie tatsächlich in einem durchschnittlichen Nachtdienst?

- 0-2
- 2-4
- 4-6
- mehr als 6

A12. (Fortbildungsstunden) Wie viele Stunden pro Woche widmen Sie Ihrer Fortbildung? (Lektüre, eLearning/Kurse, etc.)?

- weniger als 3
- 3-5
- 5-7
- mehr als 7

A13. (ESA) Bereiten Sie sich aktuell auf Ihre Facharzt Ausbildung vor?

Frage bitte nur beantworten wenn auf Frage 12: "mehr als 7 Fortbildungsstunden/Woche" angekreuzt wurden

- Ja
- Nein

TEIL B. AAC (Acceptance and Action Questionnaire)

1 Trifft
niemals
zu

2 Trifft
sehr
selten zu

3 Trifft
selten zu

4 Trifft
manchmal
zu

5 Trifft
häufig zu

6 Trifft
fast
immer zu

7 Trifft
immer zu

Ich bin in der Lage, bei einem Problem zu handeln, auch wenn ich unsicher bin, was die richtige Lösung ist.

.....

Ich ertappe mich oft beim Tagträumen über Dinge, die ich getan habe und die ich das nächste Mal anders machen würde.

.....

Wenn ich mich deprimiert oder ängstlich fühle, bin ich nicht in der Lage, mich um meine Pflichten zu kümmern.

.....

Ich mache mir kaum Sorgen darüber, Ängste, Befürchtungen und Gefühle unter Kontrolle zu bringen.

.....

.....

Ich habe keine Angst vor meinen Gefühlen.

Wenn ich etwas negativ betrachte, bemerke ich, dass dies nur eine Reaktion von mir ist und keine objektive Tatsache.

.....

Wenn ich mich mit anderen Menschen vergleiche, scheint es mir als hätten die meisten von ihnen ihr Leben besser im Griff als ich.

.....

.....

Angst ist schlecht.

Wenn ich wie durch Zauberei alle schmerzlichen Erfahrungen aus meinem Leben entfernen könnte, die ich bereits hatte, würde ich das tun.

.....

TEIL C PANAS - Wie fühle ich mich im Allgemeinen?

Nachfolgend finden Sie Wörter, welche für verschiedene Gefühle stehen. Lesen Sie jedes Wort und wählen Sie je eine Antwort, welche Ihnen am zutreffendsten erscheint! Wichtig hier schätzen Sie bitte wie Sie sich im ALLGEMEINEN fühlen.

C1.

	1 kaum oder gar nicht	2 ein klein wenig	mittelmäßig	ziemlich deutlich	extrem
interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bekümmert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erschrocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freudig erregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stolz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durcheinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gereizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEIL F Experiences Questionnaire

F1.

	1 niemals	2 selten	3 manchmal	4 oft	5 immer
Ich bin in der Lage mich zu akzeptieren wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mein Denken in Stresszeiten runterbremsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich merke, dass ich Schwierigkeiten nicht so persönlich nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich von meinen Gedanken und Gefühlen distanzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir Zeit geben, um auf Schwierigkeiten zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nett mit mir umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann unangenehme Gefühle beobachten, ohne hineingezogen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass mir voll bewusst ist, was rund um mich und in mir passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann klar sehen, dass ich mehr als meine Gedanken bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme meinen Körper bewusst als ein Ganzes wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sehe Dinge aus einer größeren Perspektive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil H: DUWAS - Dutch Workaholism Scale

Die folgenden 10 Aussagen betreffen wiederum Ihr Erleben am Arbeitsplatz. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig und entscheiden Sie, ob sie jemals so bezüglich Ihrer Arbeit empfinden. Wenn Sie das Gefühl niemals hatten, kreisen Sie bitte die "0" Null an. Wenn Sie dieses Gefühl haben, geben Sie an, wie oft Sie sich so fühlen indem sie jene Aussage wählen (von 1-5) die am besten beschreibt, WIE HÄUFIG SIE SICH SO FÜHLEN.

H1.

2

4 sehr

Ich bin in Eile und in einem Wettlauf gegen die Zeit.

Ich stelle fest, dass ich weiterarbeite, wenn meine KollegInnen schon aufgehört haben.

Es ist wichtig für mich hart zu arbeiten auch wenn es mir keinen Spaß macht, was ich tue.

Ich bleibe beschäftigt und halte meine Eisen im Feuer.

Ich spüre, dass da etwas in mir ist, das mich dazu treibt hart zu arbeiten.

Ich verbringe mehr Zeit mit Arbeiten als mit Freunden, Hobbies oder Freizeitaktivitäten.

Ich fühle mich verpflichtet hart zu arbeiten, selbst dann, wenn es nicht erfreulich ist.

Ich fühle mich schuldig, wenn ich mir eine Zeit von der Arbeit freinehme.

Ich bemerke, dass ich zwei oder drei Dinge zur gleichen Zeit mache, z.B. essen und etwas notieren, während ich mit jemandem telefoniere.

Es ist schwierig für mich, mich zu entspannen, wenn ich nicht arbeite.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen DANK für Ihre Zeit und Ehrlichkeit! Wir wünschen Ihnen noch einen wunderbaren Tag!