

# Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**

. Thieme. All rights reserved.  
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags



# Mobbing unter Klinikärztinnen und -ärzten

## Mobbing Among Hospital Physicians

### Autoren

Petra Beschoner<sup>1</sup>, Lucia Jerg-Bretzke<sup>1</sup>, Maxi Braun<sup>2</sup>, Carlos Schönfeldt-Lecuona<sup>3</sup>, Edit Rottler<sup>1</sup>, Aniola Brück<sup>1</sup>, Laurenz Steiner<sup>4</sup>, Maximilian Johannes Kempf<sup>1</sup> , Jörn von Wietersheim<sup>1</sup>

### Institute

- 1 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland
- 2 Artemed Kliniken GmbH und Co KG, Psychosomatische Klinik Kloster Dießen, Diessen, Deutschland
- 3 Klinik für Psychiatrie III, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland
- 4 Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Mannheim, Mannheim, Deutschland

### Schlüsselwörter

Ärzte, Mobbing, Stress, Burnout, Depression

### Key words

physicians, bullying, stress, burnout, depression

online publiziert 2021

### Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-1581-7896

ISSN 0941-3790

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Petra Beschoner

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Albert-Einstein-Allee 23

89081 Ulm

Deutschland

petra.beschoner@uniklinik-ulm.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Mobbing am Arbeitsplatz gilt als interpersoneller Stressfaktor. Beruflicher Stress und mentale Gesundheit bei Ärztinnen und Ärzten rücken zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit. Inwiefern Mobbing dabei eine Rolle spielt ist noch kaum untersucht. Die Studie soll daher Daten zu Prävalenz von Mobbing unter KlinikärztInnen in Deutschland und möglichen Zusammenhängen mit beruflichem Stress und mentaler Gesundheit liefern.

**Methoden** Im Rahmen zweier Querschnittstudien wurden 692 KlinikärztInnen des Fachgebietes Psychiatrie/Psychotherapie (P/PT) und 667 KlinikärztInnen der Intensivmedizin (IM) auf Kongressen befragt. Zum Einsatz kamen standardisierte Fragebögen zu Mobbing Erfahrung, Berufsstress und mentaler Gesundheit (Einzelitem aus dem COPSOQ, BDI-II, ERI, MBI).

**Ergebnisse** Mobbing erlebten 4,6% (N=61) der Befragten. In der Tendenz sind IM und Frauen häufiger betroffen (nicht signifikant) und es zeigten sich Korrelationen mit Berufsstress (ERI), Overcommitment (OC), Emotionaler Erschöpfung (MBI) und Depressivität (BDI-II).

**Schlussfolgerung** Unsere Daten an einer großen Kohorte von Ärztinnen und Ärzten in Fachgebieten mit unterschiedlichem Belastungsprofil zeigen, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Mobbing betroffen ist und Mobbing in Zusammenhang mit dem Erleben von Berufsstress sowie Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit stehen. Daraus lassen sich Implikationen zu institutionellen und individuellen Präventions- und Unterstützungsangeboten ableiten.

### ABSTRACT

**Objectives** Bullying in the workplace is considered an interpersonal stress factor. Occupational stress and mental health among physicians is increasingly becoming the focus of public attention. The extent to which mobbing plays a role in this has hardly been investigated yet. The aim of this study is to provide data on the prevalence of bullying among hospital physicians in Germany and possible correlations with occupational stress and mental health.

**Methods** Within the framework of two cross-sectional studies, 692 hospital physicians in the field of psychiatry/psychotherapy (P/PT) and 667 hospital physicians in intensive care (IM) were interviewed at conferences. Standardized questionnaires on mobbing experience, occupational stress and mental health (single item from COPSOQ, BDI-II, ERI, MBI) were used.

**Results** Bullying was experienced by 4.6% (n=61) of the respondents. IM and women physicians were more often affected (not significant) and correlations with occupational stress (ERI), overcommitment (OC), emotional exhaustion (MBI) and depression (BDI-II) were found.

**Conclusion** Our data on a large cohort of physicians in specialties with different exposure profiles show that a relevant proportion is affected by bullying and that bullying is related to the experience of occupational stress as well as mental health impairments. From this, implications for institutional and individual prevention and support services can be derived.

## Einleitung

Beruflicher Stress und daraus resultierende Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit bei ÄrztInnen sind seit Jahren Gegenstand der internationalen Forschung [1]. Dabei rücken psychosoziale Einflussfaktoren zunehmend in den Fokus [2]. Auch für Deutschland liegen Daten zu Arbeitsbedingungen, Berufsstress, psychosozialen Faktoren und mentaler Gesundheit bei ÄrztInnen vor [3–6]. Dem Konstrukt „Mobbing“ wurde dabei bislang aber nicht besonders viel Beachtung geschenkt. Erste Daten zum Erleben von Mobbing bei MedizinerInnen in Deutschland wurden vor fast 20 Jahren im Rahmen der Validierung der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) an einer kleinen Kohorte ermittelt. Die Daten dieser Arbeit geben Hinweise darauf, dass Mobbingerfahrungen unter den befragten 77 MedizinerInnen etwas seltener waren als bei Befragten anderer Berufsgruppen [7]. Für die deutsche Allgemeinbevölkerung wird für Mobbing eine Punktprävalenz von 2,7% angenommen. Das bedeutet, dass in Deutschland rund 1 Mio. Beschäftigte von Mobbing betroffen sind. Dabei liegt der Anteil betroffener Frauen mit 3,5% höher als der Anteil betroffener Männer (2,0%) [8].

Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Mobbing und depressiven Symptomen an N = 507 ÄrztInnen in Deutschland erbrachte Hinweise auf bidirektionale Assoziationen zwischen Depressivität und Mobbingenerfahrung am Arbeitsplatz [9].

Es gibt unterschiedliche Beschreibungen von Mobbing. Erstmals prägte 1963 der Verhaltensforscher Konrad Lorenz den Begriff [10]. Mit Mobbing beschrieb er das konzertierte Verhalten von Tiergruppen gegen einen stärkeren Feind. Mobbing im Arbeitskontext, wie wir es verstehen, wurde wesentlich vom schwedischen Psychologen Heinz Leymann (1932–1999) geprägt. Er definiert Mobbing als negative kommunikative Handlung gegen eine einzelne Person. Dabei ist die angegriffene Person unterlegen. Diese Handlungen finden oft, aber mindestens einmal pro Woche statt und dies hält über einen längeren Zeitraum (mindestens 6 Monate) an. Ziel dieser Handlungen ist das Ausstoßen der adressierten Person aus dem Arbeitsverhältnis. [11] Im englischen und spanischen Sprachraum ist der Begriff „Mobbing“ eher unbekannt. Dort wird das entsprechende Phänomen mit dem Begriff „bullying“ erfasst.

Mobbing wird als phasenhaft verlaufender Prozess beschrieben:

- Vorlaufphase – auslösende Konflikte, einzelne verbale Angriffe
- Mobbingphase – systematischer Psychoterror, durch den der Angegriffene isoliert werden soll
- Phase der Einflussnahme von außen – Ärzte, Vorgesetzte, Personalverwaltung, Betriebsrat schalten sich ein/werden hinzugezogen
- Beendigungsphase – Ausschluss durch AU, Versetzung, Kündigung, Berentung (in ca. 50% der Fälle Kündigung/Vertragsauflösung des Betroffenen) [8, 12–13]

Verhaltensweisen, die bei Mobbingverhalten beobachtet werden können sind vielseitig und umfassen im Wesentlichen:

- Entzug von Verantwortlichkeit
- Nicht einhaltbare Zielvorgaben
- Übertragung sinnloser Aufgaben
- Vorenthalten von Informationen
- Abwertung
- Unangemessene oder ständige Kritik vor anderen

- Verbal-aggressive Angriffe
- Ignorieren/soziale Isolation
- Gewaltandrohung
- Gerüchte verbreiten
- Falsche Bewertung der Leistung [14–15]

Faktoren, die Mobbing begünstigen können, liegen zum einen bei der Institution/dem Arbeitgeber. Dazu zählen:

- Arbeitsverdichtung, Überforderung, chronischer Stress
- Unterforderung, Perspektivlosigkeit, Inhaltsarmut
- Unklare Arbeitsorganisation, Rollenkonflikte
- Arbeitsplatzunsicherheit, schlechtes Betriebsklima, Umstrukturierungen
- Unternehmenskultur, die Mobbing verharmlost, fehlende gemeinsame Werte
- Defizitäre Führungskompetenz
- Intransparenz von Entscheidungen
- Fehlende Anerkennung [12, 13, 16]

Zum anderen spielen aber auch individuelle Faktoren in der Persönlichkeitsstruktur des Täters eine Rolle:

- Pathologisches Konkurrenzdenken, Machtstreben
- Neid
- Kränkung, Rachedgedanken
- Selbstwertstabilisierung [12, 13, 16]

Die gesundheitlichen Folgen von Mobbing scheinen die Entwicklung psychischer Symptome wie Depressivität, Angst, Traumasymptome und Suizidalität [9, 17, 18] zu begünstigen und die Schwelle für somatische Störungen wie Herz-Kreislaufkrankungen [19] zu senken [20].

Ziel unserer Studie war, die Häufigkeit von Mobbing bei ÄrztInnen unterschiedlicher Fachgebiete in Kliniken in Deutschland zu erfassen. Dabei interessierte uns, ob es Unterschiede zwischen ÄrztInnen in der Akutmedizin und ÄrztInnen in der Psychiatrie gibt. Literaturgeleitet wollten wir außerdem klären, ob Frauen auch in der Medizin häufiger betroffen sind als Männer. Ein weiteres literaturgeleitetes Ziel war, Zusammenhänge zwischen Mobbing und mentaler Gesundheit bei KlinikärztInnen in Deutschland zu untersuchen.

## Methodik

Wir führten im November und Dezember 2016 Querschnittbefragungen auf zwei großen deutschen Ärztekongressen durch: dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und dem Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Der DGPPN-Kongress ist der größte seiner Art im deutschsprachigen Raum, mit rund 8000 TeilnehmerInnen [21]. Dasselbe gilt für den DIVI-Kongress mit rund 6000 TeilnehmerInnen 2016 [22]. Die Ethikkommission der Universität Ulm genehmigte das Studiendesign (192/16).

Die Datenerhebung wurde für beide Befragungen auf die gleiche Weise durchgeführt. Fragebögen mit einer Erläuterung der Studie, Datenschutzerklärung und Informationen zur Zustimmung wurden direkt an die KongressteilnehmerInnen verteilt. Die Teil-

nehmerInnen erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen, indem sie die Fragebögen ausfüllten und zurückgaben. Die Bögen konnten anonym in einem verschlossenen Kasten an einem Informationsschalter im Foyer des Kongresses eingeworfen oder per Post oder E-Mail zurückgesandt werden. Eine Kontaktperson an einem Informationsstand während des gesamten Erhebungszeitraums für Fragen zur Verfügung. Zur Information über die Umfrage wurden auch Poster ausgehängt.

Die Fragebögen waren bei beiden Befragungen identisch und enthielten Fragen zu demographischen Merkmalen, zur privaten und beruflichen Lebenssituation. Zur Erfassung von beruflichem Stress, Burnout und Depressionen wurden standardisierte Instrumente eingesetzt: Beck-Depressions-Inventar (BDI-II), Maslach Burnout-Inventar-D (MBI-D), Effort-Reward-Imbalance Fragebogen (ERI) und Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [23, 24].

Die Beantwortung der der Fragebögen dauerte etwa 20 Minuten. Insgesamt wurden beim DGPPN-Kongress  $N = 2689$  Fragebögen (DGPPN) ausgegeben und  $N = 1088$  Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgegeben. Beim DIVI-Kongress wurden  $N = 1627$  Fragebögen ausgegeben und  $N = 695$  wurden ausgefüllt zurückgegeben. Nach Ausschluss der Fragebögen, in denen die Fragen zu Geschlecht und Alter, Mobbing Erfahrung, sowie Items der standardisierten Instrumente nicht beantwortet waren und nach Ausschluss aller nicht in Kliniken tätigen ÄrztInnen flossen  $N = 692$  (DGPPN) und  $N = 667$  (DIVI) Datensätze in die Analyse ein. ÄrztInnen die in Praxen tätig sind wurden von der Analyse ausgeschlossen, da die meisten alleine oder zu zweit in Praxen tätig sind und somit Mobbing per definitionem nicht stattfinden/erlebt werden kann.

## Psychometrische Tests

In unseren Umfragen haben wir die folgenden Instrumente eingesetzt:

### Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) [24–25]

Das Beck-Depressions-Inventar II ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Beurteilung des Schweregrades einer Depression. Für die Erhebung im Jahr 2016 wurde die validierte deutsche Übersetzung des BDI-II verwendet [24–25].

Insgesamt werden 21 Items auf der Grundlage der DSM-IV-Kriterien für Majore Depression auf einer Skala mit steigendem Schweregrad von 0 bis 3 Punkten bewertet. Wie nach den DSM-IV-Kriterien wird bei den Items nach Stimmungsänderungen in den letzten 2 Wochen gefragt. Bis zu einem Cut-off von 13 Punkten gelten Werte als keine oder minimale Depression, leichte Depressionen liegen bei 14–19 Punkten, mittelschwere Depressionen bei 20–28 Punkten und schwere Depressionen bei 29–63 Punkten. Es zeigte sich eine gute konvergente Validität. Der BDI-II kann sowohl in klinischen als auch in nicht-klinischen Populationen als Messinstrument eingesetzt werden [26].

### Maslach Burnout-Inventar-D (MBI-D) [27–28]

Wir verwendeten die deutsche Version des MBI von Maslach und Jackson (MBI-D) [28]. Da die 1992er Version des übersetzten Instruments überarbeitet und überprüft, aber noch nicht veröffentlicht wurde, wurde die Genehmigung von Prof. J. Glaser von der

Universität Innsbruck erteilt. Das MBI-D besteht aus 21 Items, die von 1 (nie) bis 6 (sehr oft) beantwortet werden können. Die Skala enthält die 3 Dimensionen des Burnouts: „Emotionale Erschöpfung“ (9 Items), „Depersonalisierung“ (5 Items) und „Verminderte persönliche Leistung“ (7 Items). „Emotionale Erschöpfung“ bezieht sich auf eine durch die Arbeit verursachte emotionale Überlastung. „Depersonalisierung“ meint eine distanzierte, abwertende, zynische Haltung gegenüber dem Patienten. „Persönliche Erfüllung“ spiegelt Gefühle von Effizienz und Erfüllung durch den Beruf wider. Entsprechend der Theorie von Maslach et al. gilt „Emotionale Erschöpfung“ als die Kerndimension des Burnouts und als die offensichtlichste Manifestation dieses komplexen Konstrukts [29].

### Effort-Reward-Imbalance Fragebogen (ERI) [30–32]

Der Fragebogen Effort-Reward-Imbalance misst Aufwand (Effort) und Belohnung (Reward) im beruflichen Kontext und setzt sie in Beziehung zueinander (ERI-Verhältnis). Wir verwendeten die Version „white collar“. Hier beziehen sich 5 Items auf Aufwand, 11 Items beziehen sich auf Belohnung. Diese 11 Items gliedern sich in die 3 Subskalen „Wertschätzung und Anerkennung“ (Esteem, 5 Items), „Bezahlung und beruflicher Aufstieg (Job Prom/Salary, 4 Items) und „Arbeitsplatzsicherheit“ (Job Security, 2 Items) auf. Höhere Anstrengung spiegelt sich in höheren Punktzahlen wider, die von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft zu) reichen. Die Gesamtpunktzahl für „Anstrengung“ reicht von 5 bis 25. Niedrigere Belohnung spiegelt sich in niedrigeren Punktzahlen wider, wobei die Gesamtpunktzahl zwischen 11 und 55 liegt. Zur Berechnung des ERI-Verhältnisses wird die Aufwandsbewertung durch die mit einem Korrekturfaktor (5/11) multiplizierte Belohnungsbewertung geteilt. Der Korrekturfaktor gleicht den Unterschied in der Anzahl der Items der beiden Skalen aus. Ein Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Belohnung liegt vor, wenn der Wert über 1 liegt [31, 32].

Verausgabungsneigung (Overcommitment, OC) wird durch 6 Items von 1 (niedrig) bis 4 (hoch) mit Summenwerten von 6 bis 24 erfasst. Ein Score  $> 16$  weist auf ein hohes Risiko hin, somatische oder psychische Stresssymptome zu entwickeln [30, 31, 33].

### Einzelitem zu Mobbing aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

Um Mobbing zu erfassen setzten wir ein Einzelitem aus der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) ein [7, 34].

Der COPSOQ ist ein branchen- und berufsübergreifender Fragebogen zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Das Einzelitem zu Mobbing erfragt das aktuelle Mobbingleben. Der Text der Frage lautet: „Fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte häufig zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?“ Die Frage kann mit „nie/fast nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, oder „immer“ beantwortet werden. Wir werteten die Antworten „oft“ und „immer“ als Mobbing Erfahrung. Die Antworten „nie/fast nie“, „selten“ und „manchmal“ werteten wir als „keine Mobbing Erfahrung“.

## Statistische Auswertung

Die Werte der Einzelitems und Skalen wurden als absolute und relative Häufigkeit (N, %), Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) angegeben. Die statistischen Analysen wurden mittels

► Tab. 1 Deskriptive Analysen.

		P/PT			IM			P		
		N	M	SD	N	M	SD			
Alter		687	46,1	10,7	662	44,9	9,4	0,032		
Berufserfahrung in Jahren		692	17,9	10,6	665	17,4	9,7	ns		
Wochenarbeitszeit in Stunden		681	47,3	11,6	659	53,4	12,1	<0,001		
		P/PT			IM			Gesamt		
		N	%	p	N	%	p	N	%	p
Geschlecht	w	384	55,6	0,003	292	43,8	0,001	676	49,8	ns
	m	307	44,4		375	56,2		682	50,2	
Berufliche Situation	Vollzeit	511	74,3	<0,001	514	77,3	<0,001	1025	75,8	<0,001
	Teilzeit	177	25,7		151	22,7		328	24,2	
Position	Leitend	388	56,1	0,001	371	55,6	0,004	759	55,8	<0,001
	FA/Assi.	304	43,9		296	44,4		600	44,2	

p = Signifikanzniveau, ns = nicht signifikant, FA/Assi. = Facharzt/Assistent.

Chi-Quadrat-Test, T-Test und Korrelationsanalysen (Spearman Rho) durchgeführt. Alle angegebenen p-Werte stammen aus zweiseitigen Tests, das Signifikanzniveau wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt. Um bei den multiplen Tests für Fehler 1. Art zu kontrollieren, führten wir eine Alpha-Adjustierung (Bonferroni-Korrektur) durch. Bei 11 parallelen Tests (zur Berechnung der Korrelationen) sind Werte  $< 0,001$  als signifikant zu interpretieren. Für die Analysen verwendeten wir die SPSS Version 25.0.

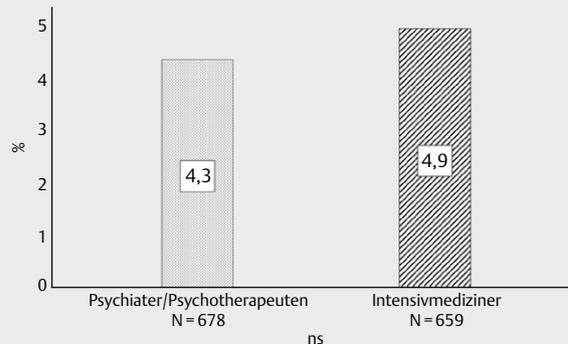
## Ergebnisse

Deskriptive Analysen und Unterschiede zwischen den untersuchten Populationen:

Das Durchschnittsalter der gesamten TeilnehmerInnen lag im Mittel bei 45,5 (SD = 10,1) Jahren, die Berufserfahrung betrug durchschnittlich 17,7 (SD = 10,2) Jahre und die Wochenarbeitszeit lag im Mittel bei 50,3 (SD = 12,2) Stunden (► Tab. 1). Hinsichtlich Alter lagen die P/PT mit 1,2 Jahren signifikant höher als die IM. Bei der Berufserfahrung unterschieden sich die Berufsgruppen nicht signifikant. Die IM gaben aber eine um 6 Stunden signifikant höhere Wochenarbeitszeit an als die P/PT (► Tab. 1). Das Geschlechterverhältnis in der Gesamtstichprobe war nahezu ausgeglichen. In den einzelnen Berufsgruppen waren der Frauen- und Männeranteil aber signifikant unterschiedlich mit einem höheren Frauenanteil bei den P/PT und einem höheren Männeranteil bei den IM. In Vollzeit waren in der Gesamtstichprobe 75,8% der befragten ÄrztInnen tätig, in Teilzeit 24,2%. Dieses Verhältnis war auch in den beiden Berufsgruppen ähnlich. In der Gesamtstichprobe der Befragten arbeiteten 55,8% in leitender Position, 44,2% als Fachärzte oder Assistenzärzte in nichtleitender Position. Dieses Verhältnis zeigte sich in den beiden einzelnen Berufsfeldern sehr ähnlich. (► Tab. 1)

## Prävalenz von Mobbing

Das Einzelitem aus dem COPSOQ zu Mobbing Erfahrungen beantworteten 4,6% (N = 61) mit „immer“ oder „oft“. Dabei unterschieden sich die Berufsfelder nicht signifikant (► Abb. 1). In der Tendenz waren Frauen häufiger von Mobbing betroffen als Männer. Dieser



► Abb. 1 Häufigkeit von Mobbing unter den P/PT und IM in Prozent. Der Unterschied ist nicht signifikant.

Unterschied war aber nicht statistisch signifikant (► Abb. 2). Auch nach Berufsgruppen getrennt blieb der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht signifikant. Bei den P/PT (N = 677) lag bei den Männern die Quote 3,0%, niedriger als bei den Frauen mit 5,3%. Bei den IM (N = 659) war das Verhältnis umgekehrt und lag bei den Männern mit 5,4% höher als bei den Frauen mit 4,2%.

Die Häufigkeit von Mobbing Erfahrungen unterschied sich hinsichtlich der beruflichen Position (leitende Position/IP vs. nichtleitende Position/nIP) in beiden Berufsfeldern nicht signifikant. Bei den P/PT lag bei den IP die Mobbing Erfahrung bei einer Quote von 3,2% (N = 12), bei den nIP bei 5,6% (N = 17) ( $p = 0,129$ ). Bei den IM lag bei den IP die Mobbing Erfahrung bei einer Quote von 4,6% (N = 17), bei den TZ bei 5,1% (N = 15) ( $p = 0,856$ ).

Ebenso unterschieden sich auch Vollzeit- und Teilzeitkräfte (VZ/TZ) in beiden Berufsfeldern nicht signifikant in der Häufigkeit ihrer Mobbing Erfahrungen: Bei den P/PT lag bei den VZ die Mobbing Erfahrung bei einer Quote von 4,0% (N = 20), bei den TZ bei 5,2% (N = 9) ( $p = 0,517$ ). Bei den IM lag bei den VZ die Mobbing Erfahrung bei einer Quote von 4,9% (N = 25), bei den TZ bei 4,7% (N = 7) ( $p = 1,000$ ).

## Mögliche Folgen von Mobbing

Über die Skalen Items der standardisierten Instrumente ERI (und OC), MBI und BDI-II wurden mögliche Folgen von Mobbing ermittelt und auf eine Korrelation zu der Angabe beim Item des COPSOQ untersucht. Hier zeigten sich signifikante positive Korrelationen zu ERI-Effort, ERI-Ratio, Overcommitment (OC), BDI-II-Summenwert und den Dimensionen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ des MBI. Signifikante *negative Korrelationen* fanden wir für ERI-Reward, ERI-Esteem, ERI-Job Security und ERI-Job Promotio/Salary sowie die Dimension „Persönliche Erfüllung“ des MBI (► **Tab. 2** und ► **Abb. 3**)

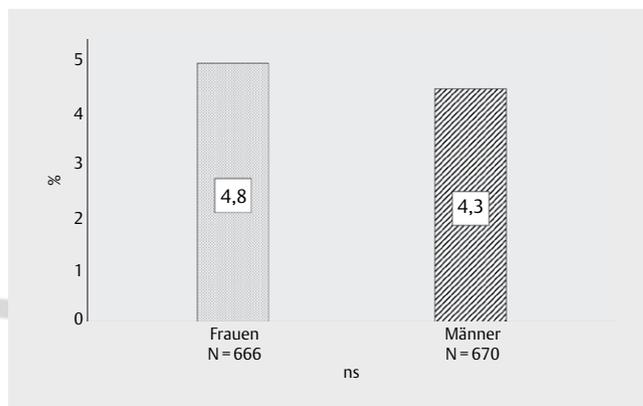
## Diskussion

Mit unserer Studie an einem großen Kollektiv konnten wir zeigen, dass Mobbing unter ÄrztInnen in Kliniken in Deutschland eine Rolle spielt. Dabei konnten wir keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen ärztlichen Tätigkeitsfeldern der Akutmedizin und der Psychiatrie/Psychotherapie feststellen. Frauen scheinen insgesamt tendenziell häufiger Mobbing zu erleben als Männer. Statistisch signifikant war dieser Unterschied jedoch nicht. Nach Berufsgruppen getrennt zeigte sich diese Tendenz auch nur noch bei den P/PT, während bei den IM mehr Männer betroffen waren. Unsere Ergebnisse weisen in der Gesamttendenz in dieselbe Richtung wie die Ergebnisse einer großen Befragung zu Mobbing in der erwerbstätigen Gesamtbevölkerung von Meschukat et al. (2008), die ein erheblich höheres Risiko für Mobbing Erfahrungen bei Frauen feststellten [8].

Die in unserer Erhebung erfasste Mobbinghäufigkeit von 4,6% in der Gesamtstichprobe liegt doppelt so hoch, wie die für die Allgemeinbevölkerung angenommene Punktprävalenz von 2,7% [8].

Ob ÄrztInnen häufiger mobben und somit auch gemobbt werden, oder ob sie möglicherweise sensibler sind in ihrer Wahrnehmung unangemessener Verhaltensweisen bleibt unbeantwortet. Ebenso die weiterführende Frage, ob es prädisponierende Faktoren gibt, die möglicherweise bei ÄrztInnen häufiger zu finden sind, als in der Allgemeinbevölkerung.

Unsere Ergebnisse erbrachten auch, dass Mobbing erleben positiv mit unerwünschten Beeinträchtigungen wie Erleben von beruflichem Stress, Verausgabungsneigung, Burnoutsymptomen und Depressionssymptomen korreliert. Dies weist in dieselbe Richtung wie eine Untersuchung von Loerbrocks und Kollegen (2015), die in einer Kohorte von N = 507 ÄrztInnen ebenfalls von Assoziationen zwischen Depressivität und Mobbing Erfahrungen am Arbeitsplatz berichten [9]. Unsere Ergebnisse liegen auch in einer Linie mit den Befunden aus der Längsschnittstudie von Einarsen und Kollegen (2015), die Zusammenhänge zwischen Mobbing und resultierendem Stresserleben und psychischen Symptomen belegen konnten [17]. Aus unseren Daten lässt sich nicht herauslesen, ob das festgestellte Stresserleben und die mentale Belastung Folge des Mobbing erleben sind oder umgekehrt. Denkbar wäre, dass eine depressive Entwicklung möglicherweise sensibler macht für Mobbing Erfahrungen oder dass beruflicher Stress, wie Zeitdruck Mobbinghandlungen fördert. Um dies zu beantworten sind weitere Studien, insbesondere mit longitudinalem oder qualitativem Design notwendig.

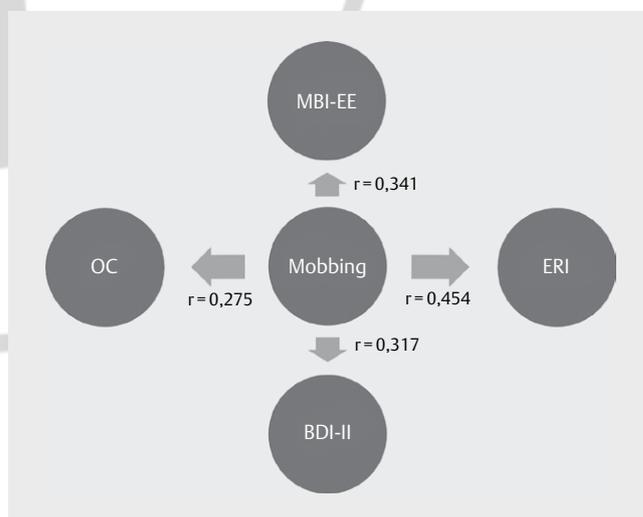


► **Abb. 2** Häufigkeit von Mobbing unter den Frauen und Männern der Gesamtstichprobe in Prozent. Der Unterschied ist nicht signifikant.

► **Tab. 2** Korrelationen zwischen Werten der Subskalen des ERI, des BDI-II sowie der Dimensionen des MBI und Mobbing, erfasst mit dem Einzelitem des COPSOQ.

	r	p
<b>ERI Effort</b>	0,328	<0,001
<b>ERI Reward</b>	-0,494	<0,001
<b>ERI Esteem</b>	-0,549	<0,001
<b>ERI Job Security</b>	-0,285	<0,001
<b>ERI Job Prom/Salary</b>	-0,248	<0,001
<b>ERI Effort-Reward-Ratio</b>	0,454	<0,001
<b>OC Overcommitment</b>	0,275	<0,001
<b>BDI-II</b>	0,317	<0,001
<b>MBI Emotionale Erschöpfung</b>	0,341	<0,001
<b>MBI Depersonalisation</b>	0,254	<0,001
<b>MBI Persönliche Erfüllung</b>	-0,226	<0,001

Korrelationskoeffizient r, Signifikanzniveau p.



► **Abb. 3** Korrelationen (Korrelationskoeffizient r) zwischen den Angaben im Einzelitem des COPSOQ und möglichen Folgen von Mobbing, erfasst mit standardisierten Instrumenten (ERI, OC, MBI, BDI-II).

Studien, die Mobbing in unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen erhoben und verglichen haben, sind uns nicht bekannt. Hier sind unsere Daten die ersten, die Hinweise darauf liefern, dass sich ÄrztInnen verschiedener medizinischer Fächer auch bei deutlich unterschiedlichem Aufgabenprofil hinsichtlich Mobbingverfahren eher nicht unterscheiden.

## Weitere Limitationen

Wir haben uns entschieden, die Befragungen auf großen Kongressen der beiden Berufsfelder „Intensivmedizin“ und „Psychiatrie/Psychotherapie“ durchzuführen. Beide Kongresse bieten ein Programm für alle Bereiche der Intensivmedizin bzw. Psychiatrie/Psychotherapie an. Dies ermöglichte uns, das gesamte Spektrum der in Kliniken tätigen ÄrztInnen abzudecken und sowohl eher wissenschaftlich als auch eher klinisch tätige ÄrztInnen, ÄrztInnen aus universitären oder städtischen Häusern, aus Kliniken der Maximalversorgung und kleinen Kliniken, Akutkrankenhäusern ebenso wie Rehakliniken zu erfassen. Damit konnten wir die Aussagekraft unserer Ergebnisse erhöhen. Um eine hohe Rücklaufquote zu erreichen, haben wir eine mögliche Selektion der TeilnehmerInnen durch Befragungen auf Kongressen akzeptiert und dies durch den direkten persönlichen Kontakt mit den TeilnehmerInnen und die intensive Informationskampagne erreicht. Bei Umfragen per Post oder E-Mail sind die Rücklaufquote erwartungsgemäß geringer, als in unserer Untersuchung [35]. Eine Selektionsverzerrung durch Befragungen auf Kongressen könnte darauf zurückzuführen sein, dass möglicherweise ÄrztInnen, die besonders belastet oder psychisch krank sind, nicht an einem Kongress teilnehmen. Gerade auch bei ÄrztInnen die gemobbt werden, könnte man vermuten, dass sie wenig Unterstützung erhalten, auf einen Kongress zu fahren. Dies würde in unserer Untersuchung eine Unterschätzung der Prävalenz von Mobbing und den möglichen Folgen bedeuten.

Ein weiterer kritischer Aspekt ist, dass die Daten mit Hilfe von Selbstbeurteilungsskalen erhoben wurden. Die Beantwortung der Fragen erfordert ein gewisses Maß an Selbstreflexion, das im Rahmen eines Kongresses möglicherweise vermieden wird, insbesondere im Hinblick auf emotional schwierige Themen wie Mobbingverfahren. Wir vermuten, dass die Vermeidung emotionaler Themen zu unbeantworteten Fragen geführt hätte. Da uns jedoch zu den emotional schwierigeren Themen in unserer Umfrage (z. B. im BDI-II) wenig Informationen fehlen, die entsprechenden Items alle beantwortet wurden, gehen wir davon aus, dass die Vermeidung ein eher marginales Problem ist. Insgesamt müssen unsere Ergebnisse, die rein auf Selbstauskunft basierenden und in einem sehr speziellen Setting erhobenen wurden, bezüglich Validität, Reliabilität und Objektivität kritisch betrachtet werden, auch wenn etablierte Inventare verwendet wurden.

Trotz aller Limitationen geben unsere Daten erste Hinweise zu Mobbingverhalten bei ÄrztInnen der Berufsfelder „Intensivmedizin“ und „Psychiatrie/Psychotherapie“ in Deutschland, die an Kongressen teilnehmen. Aussagen zu ÄrztInnen, die in Praxen tätig sind und möglicherweise früher in der Klinik ebenfalls Mobbingverfahren gemacht haben, sind anhand unserer Daten nicht möglich. Somit sind die Ergebnisse nur bedingt auf andere medizinische Berufsfelder, Tätigkeitsbereiche und ÄrztInnen in anderen Ländern übertragbar.

Für ÄrztInnen anderer medizinischer Fachrichtungen sowie in anderen Ländern könnten unsere Daten jedoch dennoch eine gewisse Aussagekraft haben, da sie aufzeigen, dass ein Phänomen wie Mobbing auch unter ÄrztInnen vorkommt, denen eigentlich intuitiv ein hohes Maß an Empathiefähigkeit unterstellt wird.

## FAZIT

Aus unseren Ergebnissen wird deutlich, dass auch bei ärztlichem Personal an Kliniken interpersonelle Stressfaktoren wie Mobbing, neben den bereits vielfach belegten institutionellen und individuellen Stressfaktoren, eine wesentliche Rolle spielen im Hinblick auf das Erleben von beruflichem Stress und möglichen resultierenden mentalen Beeinträchtigungen. Daraus wird deutlich, dass es spezifische und vor allem unterschiedliche Ansätze zur Verhältnisprävention braucht. Leitbilder von Kliniken sollten neben der Patientenversorgung auch den Umgang der MitarbeiterInnen untereinander und den Umgang der Führungskräfte mit ihren MitarbeiterInnen mehr in den Fokus rücken. Dass Anerkennung durch Vorgesetzte und KollegInnen einen Einfluss hat auf Mobbingverhalten, darauf weisen auch Daten von Jerg-Bretzke et al. (2017) hin, die bei 844 Universitätsbeschäftigten signifikante positive Zusammenhänge zwischen dem Mobbingempfinden der Befragten und der erhaltenen Anerkennung durch die KollegInnen fanden [36]. Daraus lassen sich erste Handlungsfelder für verhältnispräventive Maßnahmen bspw. zur Teambildung ableiten, die in weiterführenden Studien entwickelt, pilotiert und evaluiert werden müssen. Dies sollte wiederum als Ausgangspunkt für weiterführende quantitative und qualitative Studien genutzt werden um Ziele und Nutzen dieser Maßnahmen zu beurteilen und weiterzuentwickeln. Zudem sollte Mobbing auch bei ÄrztInnen weiterer Fachgebiete und in anderen Tätigkeitsfeldern untersucht werden. So könnte u. a. durch Mobbing bedingte Fluktuation identifiziert werden, woraus der Handlungsbedarf in den jeweiligen Bereichen abgeleitet werden könnte. Mit Blick auf den zunehmenden Mangel an berufstätigen ÄrztInnen in Deutschland und die Abwanderung von ausgebildeten Medizinerinnen in andere Berufe oder Länder scheinen uns weitere Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen an deutschen Kliniken absolut notwendig um die Attraktivität des Arztberufes in der stationären Patientenversorgung zu erhalten und zu verbessern.

## Danksagung

Wir danken den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kongresse für ihre Teilnahme an den Studien. Unser Dank gilt auch der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und ihren ehemaligen Präsidenten, für das rege Interesse und die Unterstützung bei der Umfrage, sowie Prof. Steffi Riedel-Heller für ihre hilfreichen Ratschläge bei der Vorbereitung der Studie.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## Literatur

- [1] Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *Jama* 2018; 320: 1131–1150
  - [2] Li J, Weigl M, Glaser J et al. Changes in psychosocial work environment and depressive symptoms: a prospective study in junior physicians. *Am J Ind Med* 2013; 56: 1414–1422
  - [3] Ohlander J, Weigl M, Petru R et al. Working conditions and effort-reward imbalance of German physicians in Sweden respective Germany: a comparative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2015; 88: 511–519
  - [4] Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann RW et al. Depression, burnout, effort and reward imbalance among psychiatrists. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 326–327
  - [5] Beschoner P, von Wietersheim J, Jarczok MN et al. Changes in Working Conditions and Mental Health Among Intensive Care Physicians Across a Decade. *Front Psychiatry* 2020; 11: 145
  - [6] Jerg-Bretzke L, Limbrecht-Ecklundt K, Walter S et al. Correlations of the “Work–Family Conflict” With Occupational Stress – A Cross-Sectional Study Among University Employees. *Front Psychiatry* 2020; 11: 134
  - [7] Nübling M, Stöbel U, Hasselhorn H-M et al. Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2005: Available from: <https://www.copsoq-network.org/assets/Uploads/BUCH-copsoq-dt-baua-2005-Fb1058.pdf>
  - [8] Meschkutat B, Stackeibeck M. Der Mobbing-Report: Relevante Ergebnisse und Gestaltungsempfehlungen. In: Krell G, Ortlieb R, Sieben B, Hrsg. Chancengleichheit durch Personalpolitik. 5. Aufl. Wiesbaden: Gabler; 2008: 373–380
  - [9] Loerbroks A, Weigl M, Li J et al. Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *J Psychosom Res* 2015; 78: 168–172
  - [10] Lorenz K. Das sogenannte Böse. 5. Aufl. München: Deutscher Taschenbuchverlag; 1977: 30–40
  - [11] Leymann H. The content and development of mobbing at work. *EAWOP* 1996; 5: 165–184
  - [12] Köllner V. Mobbing am Arbeitsplatz. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Hrsg. Fehlzeiten-Report 2017: Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017: 121–129
  - [13] Zepf Kl. Soziale Konflikte, Mobbing. Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Heidelberg: ecomed2014; : 449–456
  - [14] Teuschel P. Mobbing – Dynamik – Verlauf – gesundheitliche und soziale Folgen. Stuttgart: Schattauer; 2009
  - [15] Köllner V, Söllner W. Mobbing am Arbeitsplatz. Erklärungsmodelle, Differentialdiagnosen und resultierende Gesundheitsfolgen. In *Kliniker* 2016; 45: 20–25
  - [16] Zapf D, Escartin J, Scheppa-Lahyani M et al. Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C L, eds. *Bullying and Harassment in the Workplace: Theory, Research and Practice*. 3<sup>rd</sup> ed. Boca Rotan: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2020: 105–162
  - [17] Einarsen S, Nielsen MB. Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2015; 88: 131–142
  - [18] Malinauskienė V, Einarsen S. Workplace bullying and post-traumatic stress symptoms among family physicians in Lithuania: an occupation and region specific approach. *International J Occup Med Environ Health* 2014; 27: 919–932
  - [19] Kivimäki M, Virtanen M, Vartiainen M et al. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 2003; 60: 779–783
  - [20] Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review. *Occup Environ Med* 2017; 74: 72–79
  - [21] Wittmann H. DGPPN Kongress 2010 in Berlin (2.12.2010). Im Internet: <http://blog.klett-cotta.de/news-medien/dgppn-kongress-2010-in-berlin/>
  - [22] Vogt L. DIVI-Kongress 2016: Künstliche Beatmung gewinnt immer mehr an Bedeutung (25.11.2016). Im Internet: <https://idw-online.de/de/news664025>
  - [23] Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–571
  - [24] Hautzinger M, Keller F, Kühner C. BDI-II. Beck Depressions-Inventar – Manual. 2<sup>nd</sup> ed. Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH; 2009
  - [25] Kühner C, Bürger C, Keller F et al. Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Nervenarzt* 2007; 78: 651–656
  - [26] Alexandrowicz RW, Fritzsche S, Keller F. Die Anwendbarkeit des BDI-II in klinischen und nichtklinischen Populationen aus psychometrischer Sicht. Eine vergleichende Analyse mit dem Rasch-Modell. *Neuropsychiatrie* 2014; 28: 63–73
  - [27] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory, Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996
  - [28] Büssing A, Perrar KM. Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica* 1992; 38: 328–353
  - [29] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu rev psychol* 2001; 52: 397–422
  - [30] Siegrist J. Effort-Reward Imbalance Model. In: Fink G, ed. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. London: Academic Press; 2016: 81–86
  - [31] Siegrist J, Starke D, Chandola T et al. The measurement of effort – reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1483–1499
  - [32] Weigl M, Schneider A, Hoffmann F et al. Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *Eur J Pediatr* 2015; 174: 1237–1246
  - [33] Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 27–41
  - [34] Nübling M, Stöbel U, Hasselhorn H-M et al. Measuring psychological stress and strain at work-Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *Psychosoc Med* 2006, 3, Doc05
  - [35] Sax LJ, Gilmartin SK, Bryant AN. Assessing response rates and nonresponse bias in web and paper surveys. *Res High Educ* 2003; 44: 409–432
- Jerg-Bretzke L, Traue HC, Fenkl M et al. „Nix gesagt, ist schon genug gelobt?“ – Der Einfluss von Anerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte auf das Mobbingempfinden am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, vol. 63, no. 1, Mar. 2017, pp. 72+