

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Health Sciences

**Entwicklung eines Fragebogens zur Evaluation der Wirksamkeit
von Mentoring - Programmen in Hinblick auf die Work-Life-
Balance von in Forschung und Wissenschaft tätigen Ärztinnen an
Universitätsklinika**

- Masterarbeit -

Tag der Abgabe: 24.02.2014

Vorgelegt von: Katja Kröger



Erstprüferin: Prof. Dr. Christine Färber (HAW Hamburg)

Zweitprüferin: Prof. Dr. Gabriele Perger (HAW Hamburg)

Wenn man uns sagt: "Immer schön Frau bleiben, überlasst uns nur all diese lästigen Sachen wie Macht, Ehre, Karrieren, seid zufrieden, dass ihr so seid: erdverbunden, befasst mit den menschlichen Aufgaben ... Wenn man uns das sagt, sollten wir auf der Hut sein!"

- Simone de Beauvoir

Zusammenfassung

Je höher das Qualifikationslevel und prestigereicher das medizinische Fachgebiet ist, desto geringer fällt der Frauenanteil in der Universitätsmedizin aus. Die Ursachen dafür sind vielfältig, jedoch spielt hierbei die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privat-/Familienleben, die sogenannte „Work-Life-Balance“, eine wichtige Rolle.

Mentoring-Programme gelten als effektives Förderungsinstrument für eine Karriere in der Medizin und Wissenschaft. An vielen Universitätsklinika werden Mentoring-Programme gezielt für die Unterstützung bei der beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung von Ärztinnen durchgeführt. In ihrer Funktion als psychosoziale Ressource zielen sie somit auch auf das für Ärztinnen in der Universitätsmedizin wichtige Thema Work-Life-Balance ab.

Mithilfe von Literaturrecherche und aufbauend auf die Vorarbeiten der Forschungspraktika des Projekts „Gender in Leadership in Science and Medicine“ im Rahmen des Masterstudiengangs Health Sciences an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg wurde ein Fragebogen entwickelt, welcher die Wirksamkeit von Mentoring-Programmen in Hinblick auf die Work-Life-Balance von in Forschung und Wissenschaft tätigen Ärztinnen an Universitätsklinika messen soll. Aufbauend auf das Work-Life-Balance Modell „Zieldimensionen der Karriereplanung“ von Färber und Riedler (2011), wurden Fragen und Skalen passend zu den vier Dimensionen „Wissenschaft“, „Beruf/Praxis“, „Familie/Soziales Netz“ und „Ich“ eingesetzt. Im Fokus standen hierbei die eigene Wahrnehmung und Selbsteinschätzung, persönliche Einstellungen, das Wissen sowie der tatsächliche Stand im Beruf und im Privat-/Familienleben (biographische Entwicklung). Übergeordnet zu diesen vier Dimensionen wurden psychologische Skalen zu relevanten Aspekten wie Selbstwirksamkeit, Bewältigungsstrategien (Coping), Lebenszufriedenheit und Kohärenzsinn in den Fragebogen integriert.

Der Fragebogen soll als Panel Studie, bei der Ärztinnen, die an einem Mentoring-Programm teilgenommen haben bzw. teilnehmen und einer Kontrollgruppe von Ärztinnen und Ärzten, die nicht an einem Mentoring-Programm teilgenommen haben, im Verlauf mehrerer Jahre befragt werden, eingesetzt werden.

Einige Fragen und Skalen wurden in einer ersten Analyse bezüglich ihrer Eignung für die Untersuchung analysiert. Schlecht differenzierende Items wurden aus dem Fragebogen entfernt.

Letztendlich steht ein Fragebogen mit dementsprechend leicht verkürzten Skalen und Itembatterien, der allerdings noch weiteren umfangreicheren Analysen, Tests und Überarbeitung bedarf, bevor er für die Wirksamkeitsevaluation von Mentoring-Programmen für Ärztinnen eingesetzt werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	V
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1 Ärztinnen in der Universitätsmedizin.....	2
2.2 Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin	9
2.3 Mentoring-Programme und Trainings für Ärztinnen an Universitätsklinika	18
2.4 Evaluation von Mentoring-Programmen und Trainings	22
3 Möglichkeiten einer Wirksamkeitsevaluation	26
3.1 Wirkungsevaluation	26
3.2 Fragestellung und Ziele der Untersuchung.....	29
3.3 Instrument und Wirkungsmodell	30
4 Methodik.....	33
4.1 Konstruktion des Fragebogens	33
4.1.1 Dimensionen/Themenbereiche.....	33
4.1.2 Skalenkonstruktion und Testung	37
4.1.3 Aufbau des Fragebogens	47
4.2 Studiendesign und Stichprobe	51
4.2.1 Studiendesign	51
4.2.2 Beschreibung der Stichprobe	56
4.2.3 Rekrutierung der Stichprobe.....	56
5 Diskussion	58
6 Fazit	60
Literaturverzeichnis.....	61
Eidstattliche Erklärung.....	72
Anhang	73
Anhang 1: Fragebogen Würzburg 2013.....	74
Anhang 2: Fragebogen finale Version	92

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Human- und Zahnmedizin: Frauenanteil an Studierenden, Promotionen, Habilitationen sowie W1- und C4/W3- Professuren, 1997 – 2008	2
Abbildung 2: Frauenanteil an akademischer Laufbahn in Deutschland (2012)	4
Abbildung 3: Relative share of women and men in a typical academic career (2000), Deutschland.....	4
Abbildung 4: Relative share of women and men in a typical academic career (1999), Finnland.....	5
Abbildung 5: Work-Life-Balance Cluster.....	17
Abbildung 6: Zielfunktionen von Evaluationen.....	23
Abbildung 7: Wirkungsgleichung	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Frauenanteile nach Qualifikationsstufe und im Personalbestand 2008 – 2011, Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften	3
Tabelle 2: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Gebietsbezeichnungen zum 31.12.2012.....	5
Tabelle 3: Struktur der Kriterien für Mentoring-Programme in Hochschulen und Unternehmen.....	20
Tabelle 4: Wirkungsdimensionen	26
Tabelle 5: Input-Output Wirkungsmodell	28
Tabelle 6: Outcome-Impact Wirkungsmodell.....	32
Tabelle 7: Fragebogenaufbau Stuttgart und Würzburg (2010/11).....	38
Tabelle 8: Fragebogenaufbau	49
Tabelle 9: Auswahl der Untersuchungseinheiten	52
Tabelle 10: Typische Forschungsdesigns für Wirkungsanalysen	54

1 Einleitung

In Wissenschaft und Forschung tätige Ärztinnen sind trotz gleicher Qualifikation beruflich weitaus weniger erfolgreich als ihre männlichen Kollegen. Je höher das Qualifikationslevel und prestigereicher das medizinische Fachgebiet ist, desto geringer fällt der Frauenanteil aus. Die Ursachen dafür sind vielfältig, jedoch spielt die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privat-/Familienleben, die sogenannte „Work-Life-Balance“ hierbei eine wichtige Rolle für Ärztinnen in der Universitätsmedizin.

Mentoring-Programme gelten als effektives Förderungsinstrument für eine Karriere in der Medizin und Wissenschaft und an vielen Universitätsklinika werden Mentoring-Programme gezielt für die Förderung von Frauen durchgeführt. Ziel der Programme ist es die Ärztinnen bei der Planung der eigenen Karriere zu fördern und der persönlichen Weiterentwicklung zu unterstützen, Kompetenzen zu erweitern und als psychosoziale Ressource zu fungieren. Sie zielen somit auch auf das für Ärztinnen in der Universitätsmedizin wichtige Thema Work-Life-Balance ab.

In der vorliegenden Masterarbeit wird die Entwicklung eines Fragebogens, welcher im Rahmen einer Wirkungsevaluation den Einfluss und die Wirksamkeit dieser Mentoring-Programme in Hinblick auf die Work-Life-Balance von in Forschung und Wissenschaft tätigen Ärztinnen messen soll, beschrieben. Im Fokus steht hierbei das Wissen, die Einstellungen, das selbstberichtete Verhalten sowie die biographische Entwicklung und somit der tatsächliche Stand von Beruf und Privatleben der Teilnehmerinnen. Anhand dieser Indikatoren soll mit mehrfachen Messungen im Verlauf der Zeit herausgefunden werden, ob es für die Frauen möglich ist, Karriere zu machen und gleichzeitig ein gesundes, glückliches Familien- und Privatleben zu führen (Work-Life-Balance) und inwiefern das Mentoring Programm hierzu beiträgt bzw. beigetragen hat.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen methodischen Teil. Zunächst wird in Kapitel 2 die Situation von Ärztinnen in der Universitätsmedizin, das Thema Work-Life-Balance, Mentoring-Programme und deren Evaluation vorgestellt. Kapitel 3 leitet mit der Einführung in die Methodik der Wirkungsevaluation, der Vorstellung der Fragestellungen und Ziele der Untersuchung und des zugrundeliegenden Wirkungsmodells in den methodischen Teil über. In Kapitel 4 wird auf die Konstruktion des Fragebogens, mit all seinen Komponenten sowie das Studiendesign und die Stichprobe der Untersuchung eingegangen. Das folgende Kapitel 5 setzt sich kritisch mit den Inhalten und der geplanten Anwendung des Fragebogens auseinander. Abschließend erfolgt in Kapitel 8 ein Fazit.

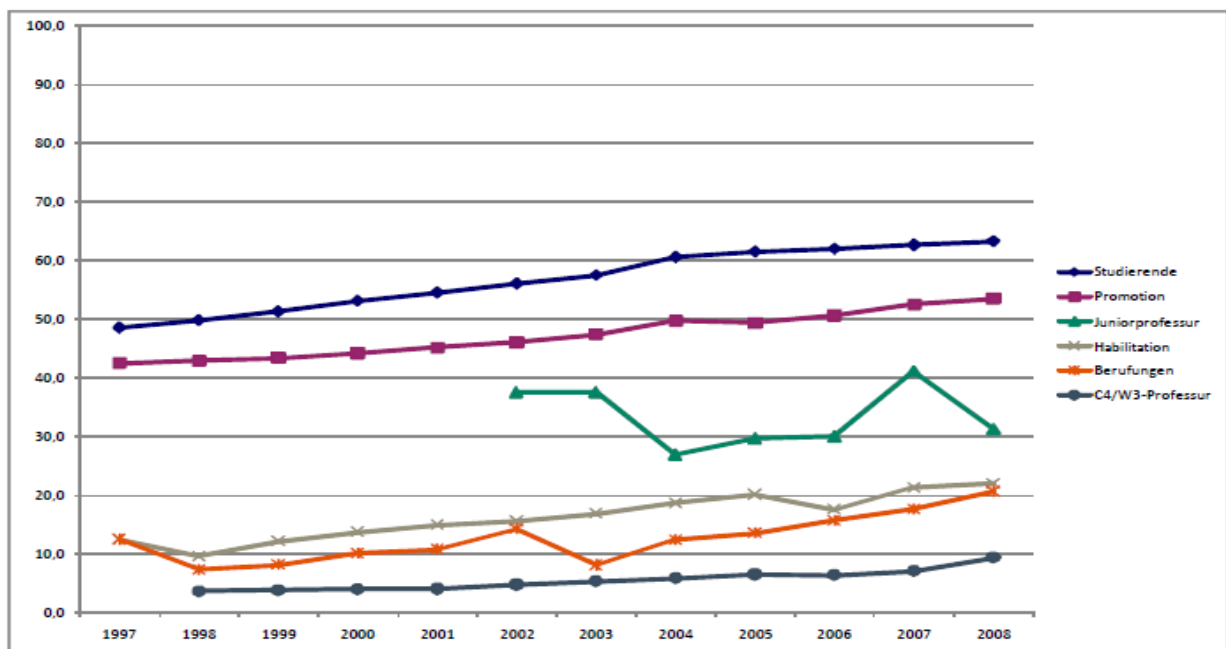
2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung des theoretischen Hintergrunds, welcher sich in die Teilaspekte der Situation und Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin, Mentoring-Programme für Ärztinnen an Universitätsklinikum sowie die Evaluation dieser Programme gliedern lässt.

2.1 Ärztinnen in der Universitätsmedizin

Der Anteil an Ärztinnen in Deutschland unterliegt einem stetigen Anstieg. Dass die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland steigt, liegt nicht zuletzt an dem immer höheren Zuwachs an Ärztinnen (Deutsche Ärztekammer 2011). Seit 1991 hat sich der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte um 25,7 % erhöht und lag 2009 bei 42,2 % (Kopetsch 2010: 756). Bezüglich des Medizinstudiums ist der Frauenanteil von 1997 bis 2009 in allen medizinischen Fächern auf allen Qualifikationsstufen gestiegen. Seit 1999 nehmen mehr Frauen ein Medizinstudium auf als Männer und seit 2007 liegt auch der Frauenanteil der Promotionen über dem der männlichen Kollegen (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2010: 4).

Abbildung 1: Human- und Zahnmedizin: Frauenanteil an Studierenden, Promotionen, Habilitationen sowie W1- und C4/W3- Professuren, 1997 – 2008



(Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2010: 4)

Allerdings unterliegen Führungspositionen in der Medizin bis dato einer ungleichen Verteilung zwischen den Geschlechtern und obwohl der Frauenanteil in allen medizinischen Fächern auf allen Qualifikationsstufen insgesamt gestiegen ist, sinkt der

Frauenanteil mit Zunahme der Qualifikationsstufe drastisch ab. Die Medizin weist somit eine besonders hohe vertikale Geschlechtersegregation auf: Frauen und Männer besetzen unterschiedliche hierarchische Ebenen und Positionen, was zu einer Unterrepräsentanz von Frauen bzw. Überrepräsentanz von Männern in Führungspositionen beiträgt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005 a: 133) (Dahlhoff 2005: 7). Der Frauenanteil bei den Promotionen in der Fächergruppe Humanmedizin/ Gesundheitswissenschaften lag 2011 bei 57,5%. Bei den Wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen, Dozent_innen, Assistent_innen sank dieser leicht auf 49,4%. Es habilitierten sich lediglich 22,3% Frauen und bei den Professuren belief sich der Frauenanteil im Jahr 2011 in dieser Fächergruppe nur noch auf 16%. Hier lag der Frauenanteil bei der höchsten Besoldungsgruppe, den C4/W3 Professuren, unter 10%. (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2013)

Tabelle 1: Frauenanteile nach Qualifikationsstufe und im Personalbestand 2008 – 2011, Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften

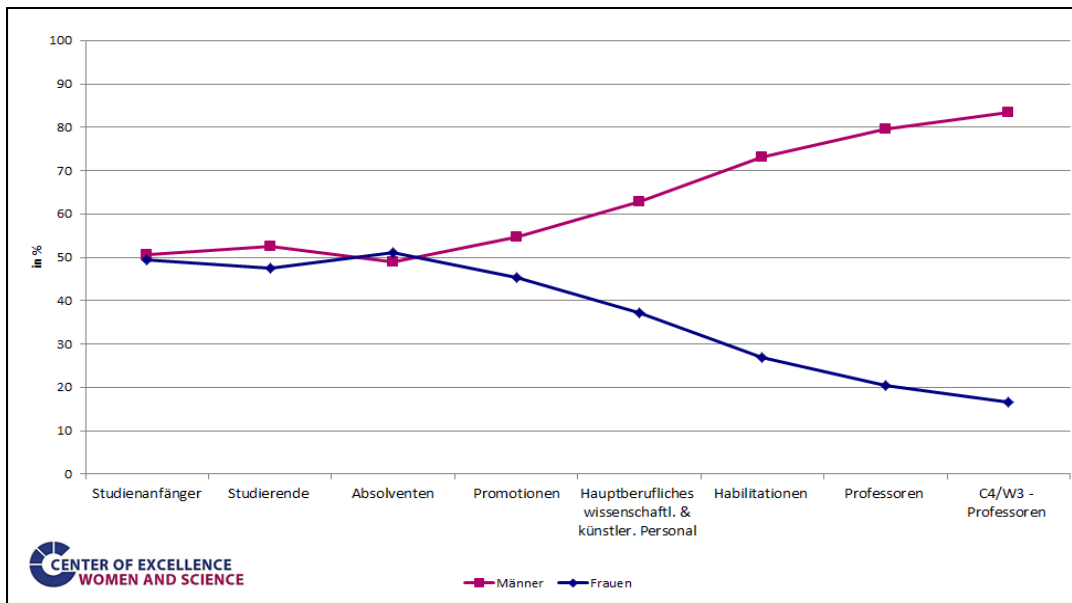
Bestand	2008	2009	2010	2011	
	Anteil an Frauen in %	Anteil an Frauen in %	Anteil an Frauen in %	Anteil an Frauen in %	
Promotionen	53,5%	54,9%	55,8%	57,5%	
Wissenschaftliche Mitarbeiter_innen sowie Dozent_innen und Assistent_innen	46,1%	47,2%	48,7%	49,4%	
Habilitationen	21,9%	20,2%	21,7%	22,3%	
Professuren	12,7%	13,3%	15,2%	16,0%	
darunter	C2	16,6%	17,3%	19,7%	22,0%
	Juniorprofessuren W1, AT	31,3%	37,5%	37,3%	34,8%
	C3/W2	13,8%	15,5%	18,4%	19,7%
	C4/W3	9,4%	8,7%	9,2%	9,3%
	Hauptberufliche Gastprofessuren			77,8%	50,0%

(Eigene Darstellung, angelehnt an Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2013: Tabelle 1.6)

Diagramme, die zeigen, wie Frauen der Wissenschaft zunehmend verlorengehen, nehmen die Form einer Schere an. Dieses Phänomen, welches das Auseinanderdriften der Geschlechter mit Zunahme der Qualifikationsstufe beschreibt, wird dementsprechend als „Schereneffekt“ bezeichnet. (European Commission 2000: 14, 74)

Abbildung 2 veranschaulicht diesen Effekt anhand der verschiedenen Stadien der akademischen Laufbahn von Frauen und Männern in Deutschland:

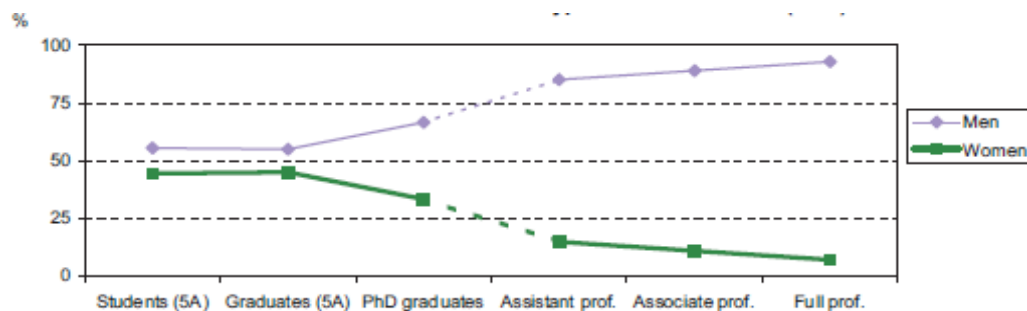
Abbildung 2: Frauenanteil an akademischer Laufbahn in Deutschland (2012)



(Center of Excellence Women and Science 2013)

Der Bericht der Helsinki Group on Women and Science der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2002 liefert Daten aus 30 europäischen Ländern über die Situation von Frauen in der Wissenschaft. Ein Vergleich der Scherendiagramme zeigt einen ähnlichen Trend zur Schere in allen untersuchten Ländern, allerdings zeichnen sich Unterschiede beim Zeitpunkt des Auseinanderlaufens der Geschlechter ab. (European Commission/The Helsinki Group on Women in Science 2002: 96) So setzt der Schereneffekt in Deutschland bereits bei der Promotion ein, während dieser in Finnland beispielsweise erst auf der höchsten Qualifikationsstufe, den Vollzeitprofessuren, deutlich wird:

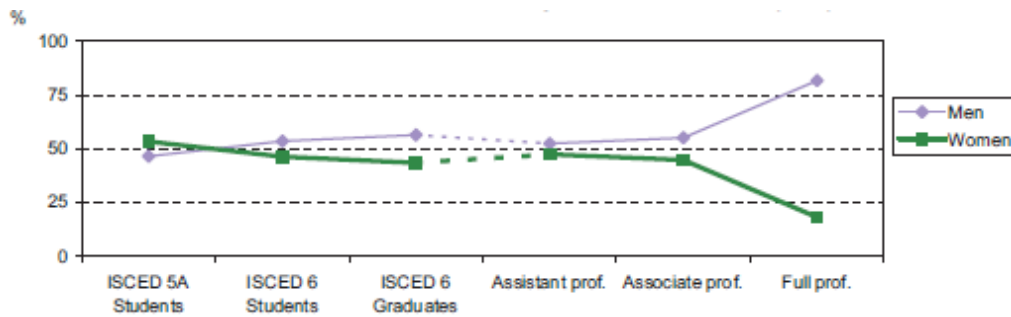
Abbildung 3: Relative share of women and men in a typical academic career (2000), Deutschland



Exceptions to the reference year: students and graduates, 1998

(European Commission/The Helsinki Group on Women in Science 2002: 101)

Abbildung 4: Relative share of women and men in a typical academic career (1999), Finnland



Exceptions to the reference year: students and PhD graduates, 1998

(European Commission/The Helsinki Group on Women in Science 2002: 111)

Dieser Verlust an Frauen in wissenschaftlichen Karriereverläufen wird, angelehnt an die Metapher einer tropfenden Leitung, auch als „Leaky Pipeline“ bezeichnet (European Commission/ The Helsinki Group on Women in Science 2002: 15f.).

Zusätzlich zu der zuvor beschriebenen vertikalen Geschlechtersegregation, zeichnet sich in der Medizin auch eine horizontale Geschlechtersegregation ab. Die horizontale Geschlechtersegregation beschreibt die schwerpunktmäßige Aufteilung von Frauen und Männern in unterschiedliche Fachbereiche (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005 a: 133) (Dahlhoff 2005: 7).

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die 15 jeweils häufigsten medizinischen Tätigkeitsfelder aller berufstätigen Ärzte in Deutschland im Vergleich zu allen berufstätigen Ärztinnen in Deutschland.

Tabelle 2: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Gebietsbezeichnungen am 31.12.2012

Summe aller Ärzte: 194.149				Summe aller Ärztinnen: 154.546		
Ärzte	ohne Gebietsbezeichnung			Ärztinnen	ohne Gebietsbezeichnung	
		42.356	21,8%			60.112 38,9%
Innere Medizin		31.584	16,3%	Allgemeinmedizin		18.938 12%
Chirurgie		27.236	14%	Innere Medizin		15.411 10%
Allgemeinmedizin		24.366	12,6%	Frauenheilk. und Geburtsh.		10.473 6,8%
Anästhesiologie		12.277	6,3%	Anästhesiologie		8.559 5,5%
Frauenheilk. u. Geburtsh.		6.674	3,4%	Kinder- und Jugendmedizin		7.263 4,7%
Kinder- u. Jugendmedizin		5.916	3%	Chirurgie		5.670 3,7%
Radiologie		4.972	2,6%	Psychiatrie u. Psychotherapie		4.626 3%
Psychiatrie u. Psychotherapie		4.859	2,5%	Augenheilkunde		3.162 2%
Urologie		4.660	2,4%	Haut- u. Geschlechtskrankh.		2.843 1,8%

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3.927	2%	Radiologie	2.407	1,6%
Augenheilkunde	3.818	2%	Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	2.117	1,4%
Neurologie	3.288	1,7%	Neurologie	2.082	1,3%
Haut- u. Geschlechtskrankh.	2.676	1,4%	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.995	1,3%
Nervenheilkunde	2.165	1,1%	Arbeitsmedizin	1.367	0,9%
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	1.949	1%	Nervenheilkunde	1.172	0,8%

(Eigene Darstellung, nach Bundesärztekammer 2013: Tabelle 5, 6)

Nach der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin arbeiten die meisten berufstätigen Ärztinnen in den Bereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Anästhesiologie und der Kinder- und Jugendmedizin. Erst an 6. Stelle folgt die Chirurgie. Betrachtet man die Summe aller berufstätigen Ärzte, so kommt die Chirurgie bereits an 2. Stelle nach der Inneren Medizin. Lediglich 17% aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sind in der Chirurgie sind weiblich. Ein gängiges Deutungs- und Erklärungsmuster hierfür wäre, dass Frauen und Männer, Ärztinnen und Ärzte schlicht unterschiedliche Prioritäten, Kompetenzen und Interessen haben und deswegen einfach mehr Ärztinnen bevorzugen mit Kindern zu arbeiten und Ärzte lieber in der Chirurgie mit dem Skalpell hantieren. Dieser Annahme steht die Überlegung gegenüber, „dass diese Unterschiede nicht so sehr die Voraussetzung, als vielmehr die Folge und das Ergebnis von Prozessen sozialer Schließung sind“ (Wetterer 1999: 13). Historisch betrachtet hatten es Frauen in der Medizin besonders schwer, ihren Beruf auszuüben und dabei Akzeptanz von ihren männlichen Kollegen zu erfahren. Frauen wurden sämtliche Fähigkeiten bezüglich Medizinstudium und Ausübung des ärztlichen Berufs abgesprochen (Brinkschulte 2006: 13) (Wetterer 1999: 15). Das Argument, welches 1899 Frauen den Zugang zum medizinischen Staatsexamen öffnete, stellte die Weichen für die Geschlechtersegregation in der Medizin: Frauen brauchten „weibliche Ärzte“, die auf ihre geschlechterspezifischen Bedürfnisse eingehen konnten und den Frauen die Peinlichkeit ersparte, bei Frauenleiden von einem Mann untersucht zu werden. Ärztinnen waren somit anfangs in erste Linie für Frauen und Kinder zuständig, welche zusätzlich meistens mittellos waren und ihnen somit von ihren männlichen Kollegen überlassen wurden. Die lukrativen und prestigeträchtigen Arbeitsfelder der Medizin behielten die Ärzte für sich, die Frauen bekamen die Bereiche, die übrig blieben. (Wetterer 1999: 15f.) Die Integration der Frauen in die medizinische Profession beinhaltete somit eine Marginalität, welche die Ärztinnen „von all dem ausschloß, was im Selbstverständnis des Ärztetands als wichtig, schwierig, anspruchsvoll und bedeutsam galt“ (Wetterer 1999: 16).

Die horizontale Segregation der Geschlechter in der Medizin ist somit auch ein Resultat einer historisch gewachsenen Marginalisierung der Frauen.

Ärztinnen arbeiten auch heute deutlich häufiger in Teilzeit und in Medizinbereichen, die weniger Prestige und Einkommensmöglichkeiten bieten, während andere medizinische Tätigkeitsfelder, wie etwa die prestigeträchtige Chirurgie, fast ausschließlich von Männern dominiert werden (Abele 2006: 36) (Bestmann et al. 2004: 778).

Der Verlust des hohen Potenzials an Frauen nach der Promotion und somit für die medizinische Forschung und für ärztliche Leitungsfunktionen stellt nicht nur eine gleichstellungspolitische Problematik dar, sondern gefährdet vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sowie der kontinuierlich wachsenden Abwanderung von Medizinerinnen und Medizinern ins Ausland die Sicherstellung der medizinische Versorgung in einzelnen Fachgebieten, speziell in ländlichen Gegenden, und die Qualität der medizinischen Versorgung. (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2010) (Bühren & Schoeller 2010)

Die Gründe dafür, dass Ärztinnen in Wissenschaft und Forschung trotz gleicher Qualifikation beruflich weniger erfolgreich sind als Männer, sind vielfältig.

Untersuchungen zeigen, dass u.a. folgende Probleme und Handlungsfelder hierbei eine Rolle spielen:

- Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Bestmann et al. 2004) (Bieber 2009) (Bühren 2010) (European Commission/The Helsinki Group on Women in Science 2002: 24) (Neissl 2006)
- Horizontale Segregation (Abele 2006) (Wetterer 1999)
- Wenig individuelle Förderung für Frauen (Bieber 2009) (Bühren 2006: 253)
- Als typisch weiblich wahrgenommene Persönlichkeitseigenschaften, Vorurteile, tradierte Rollenbilder und männlich geprägte Leitbilder (Abele 2006: 35 ff.) (Bühren 2006: 251) (Lind 2006: 154) (Sieverding 2006: 57 ff.)
- Ausschluss aus Entscheidungszirkeln und Netzwerken in der stark männlich geprägten Arbeitswelt (Bühren 2006: 251 ff.) (European Commission/The Helsinki Group on Women in Science 2002: 19) (Färber & Riedler 2011: 75f.)
- Frauen benachteiligende Strukturen und (Personal-)auswahlprozesse in der Wissenschaft (Dalhoff 2005) (Färber & Spangenberg 2008) (Wenneras & Wold 1997)
- Marginalisierung der Frauen in wissenschaftlichen und medizinischen Disziplinen (Färber & Spangenberg 2008) (Lind 2006: 147ff.) (Wetterer 1999)
 - Publikationen & Vorträge – Wissenschaftlerinnen publizieren durchschnittlich weniger als ihre männlichen Kollegen, vor allem in Bereichen, in denen Forschung teuer ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass

- Wissenschaftlerinnen als prestigereiche erste oder letzte Autorinnen gelistet werden ist geringer und Publikationen, in denen Frauen als erste, letzte oder einzige Autorin gelistet werden, werden weniger zitiert, als wenn ein Mann diese Position übernimmt. (Lind 2006: 148) (Larivière et al. 2013)
- Drittmittelprojekte – Wissenschaftlerinnen aus Deutschland beteiligen sich in einem nur geringen Maße an der Forschungsförderung der Europäischen Union. Gründe hierfür sind zum einen die bürokratischen Aufwände, aber auch die allgemeine Unterrepräsentanz von Frauen in der Wissenschaft, das Fehlen von Frauennetzwerken und die Bewertung von Männern und Frauen nach unterschiedlichen Kriterien. (Färber et al. 2003) Auch bei bewilligten Förderungsmaßnahmen der DFG sind Wissenschaftlerinnen in der Medizin unterrepräsentiert. (Dalhoff 2006)
 - Fachärztliche Ausbildung - Frauen spezialisieren sich nach wie vor auf Bereiche, die weniger Prestige und Einkommen mit sich bringen. Von 210 Facharztanerkennungen in der Chirurgie im Jahr 2012 waren lediglich 40 weiblich. In der Kindermedizin waren dagegen 421 von insgesamt 589 Facharztanerkennungen von Frauen. (Bundesärztekammer 2013: Tabelle 9)
 - Wissenschaftliche Qualifizierung – Leak bei Promotionen und Habilitationen: Ab der Promotion sinkt der Frauenanteil dramatisch, weniger als ein Viertel der Frauen in der Fächergruppe Humanmedizin/ Gesundheitswissenschaften habilitiert sich. (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2013)
- Work-Work-Balance – Wissenschaft vs. Fachärztliche Qualifizierung. Durch die aufwendige und langwierige fachärztliche Qualifizierung wird die Tätigkeit in der Wissenschaft abgedrängt. Die individuelle Weiterbildung weist zudem einen Mangel an Transparenz und Planbarkeit auf. Die Ausbildungszeiten von Frauen sind insgesamt länger, was mitunter darauf zurückzuführen ist, dass ihre Weiterbildungsverträge schlechtere Konditionen beinhalten als die von Männern. (Bund-Länder-Kommission 2004: 40ff.) Zudem erfahren sie weniger Förderung für ihre wissenschaftlichen Tätigkeiten als ihre männlichen Kollegen und engagieren sich verstärkt in der Patientenversorgung, was sie dann wiederum im Bereich der Forschung aufhält. Somit sind sie verstärkt von der Doppelbelastung Wissenschaft/Forschung und Fachärztliche Qualifizierung/Tätigkeiten betroffen. (Kaczmarczyk 2006: 220ff.)

Die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Familienplanung scheint hier einer der wichtigsten Faktoren für den Verlust des Potenzials an Frauen nach der Promotion und im Verlauf der weiteren Berufsjahre zu sein (Bestmann et al. 2004: 776). Was diese Thematik, welche auch häufig als „Work-Life-Balance“ bezeichnet wird, beinhaltet und warum sich die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Ärztinnen in Wissenschaft und Forschung als besonders problematisch darstellt, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

2.2 Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin

Durch den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft und der daraus resultierenden Problematik bei der Vereinbarkeit von Beruflichem und Privatem gewinnt das Thema Work-Life-Balance immer mehr an Bedeutung.

Arbeitsbelastungen haben sich verändert, gerade in hoch qualifizierten Berufen, wie auch in der Universitätsmedizin, unterliegt die Arbeit einer Subjektivierung und Entgrenzung, in deren Folge Erwerbstätige autark mit vollem Einsatz von persönlichen Ressourcen, Kompetenzen und Ambitionen ihrer Arbeit nachgehen. Auch der Wandel von Lebensformen, Werten und Ansprüchen in der heutigen Gesellschaft stellen jede_n Einzelne_n vor neue Herausforderung. (Guest 2001), (Hoff et al. 2005) (Syrek et al. 2011) Gleichzeitig besteht allerdings eine große Unklarheit bezüglich der Bedeutung und Definition des Begriffs. (Guest 2001) (Kastner 2004) (Hoff et al. 2005) (Resch & Bamberg 2005) (Syrek et al. 2011)

Grundsätzlich wird unter dem Konzept „Work-Life-Balance“ die Vereinbarung und die Schaffung eines Gleichgewichts von beruflichen und privaten Anforderungen verstanden. Problematisch erscheint hierbei in erster Linie die klare Trennung und Kontrastierung von Beruf (Work) und Privatleben (Life).

In diesem Zusammenhang wurde der Bereich der Arbeit oft in Zusammenhang mit Attributen wie Belastung, Zwang und „Mühe“ gesehen, während das Privatleben als Gegenpol für Erholung, Regeneration, Entspannung und Ruhe stand. Dabei gibt es auch im Privatleben immer mehr belastende Stressfaktoren, wie z.B. das Anfallen von unbezahlter Arbeit, wie Hausarbeit, Kinderbetreuung, Pflege von Verwandten sowie der gesellschaftliche Druck sich in der Freizeit selbst zu verwirklichen etc. (Kastner 2004: 3) (Hoff et al. 2005: 196) (Syrek et al 2011: 134)

Die Grenzen zwischen „Work“ und „Life“ verschwimmen also zunehmend.

Eine klare Trennung der beiden Bereiche stellt gerade in der Wissenschaft, in der die Erwerbsarbeit weniger als solche, sondern als vor allem als „Berufung“, als Lebensaufgabe verstanden wird, eine Herausforderung dar. (Beaufays 2006: 11ff.)

Zusätzlich verschieben sich die ohnehin schwierig voneinander abzugrenzenden Bereiche „Work“ und „Life“ durch die zunehmende Dominanz und Attraktivität der Arbeitswelt, welche auch durch Work-Life-Balance Maßnahmen, Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeiter_innen seitens der Unternehmen gefördert wird. Die Soziologin Arlie R. Hochschild forschte in den 1990er Jahren in einem großen US-amerikanischen Unternehmen zu der widersprüchlichen Situation, dass die vielen vom Unternehmen angebotenen Work-Life-Balance Maßnahmen von einem Großteil der Beschäftigten nicht angenommen wurden, obwohl diese über massive Überlastung und Zeitmangel klagten. Trotz des familienfreundlichen Unternehmensleitbilds und der Tatsache, dass viele Eltern darüber klagten, dass sie zu wenig Zeit mit ihren Kindern verbrachten, fanden Maßnahmen wie Arbeitszeitverkürzung und –flexibilisierung keinen Anklang bei den Mitarbeiter_innen. Hochschild identifizierte einen Wandel der Bedeutungen von Arbeit und Zuhause als Hauptgrund. Die Anziehungskraft und emotionale Bedeutung der Arbeitswelt dominiert zunehmend die des Privatlebens. Außerdem besteht eine Diskrepanz zwischen familienfreundlichem Leitbild und familienzeitfeindlicher Unternehmenskultur. Für Ärztinnen in der Universitätsmedizin bietet ihre Arbeit Herausforderungen, Spannung und auch die Belohnung im Sinne eines Titels, guter Bezahlung und der Tatsache, Menschen helfen zu können. Ähnlich wie bei den untersuchten Führungskräften in Hochschilds Studie ist die Arbeit somit ein Ort der Selbstverwirklichung, während zu Hause die (unbezahlte) (Haus-) Arbeit wartet. Dabei macht Hochschilds Studie gravierende Unterschiede zwischen Frauen und Männern deutlich. Bei der Betrachtung der Management-Ebene des Unternehmens porträtiert sie zum einen den Senior Manager Bill Denton, welcher sowohl im „Work“ als auch im „Life“ Bereich die Unterstützung seiner Sekretärin bzw. seiner nicht berufstätigen Frau zu Hause erfährt und sich gar nicht in die Arbeit „flüchten“ muss um etwa der Hausarbeit und Kindererziehung zu entkommen: „At home, his wife screened his calls and greeted visitors at the door; his secretary did the same for him at work“ (Hochschild 1997: 58), „Bill wasn’t escaping home for work, or work for home. He wasn’t seeking a „haven“ for he had two safe worlds, though one of them overwhelmingly dominated the other (Hochschild 1997: 60). Obwohl seine Arbeit geprägt ist von Überstunden, bietet sie eine Vielzahl an Privilegien und Annehmlichkeiten. Im Gegensatz dazu steht die Managerin Vicky King, dessen Tätigkeit genau wie bei ihrem männlichen Kollegen gespickt ist von langen, durchgetakteten Arbeitstagen, von Macht und spannenden Herausforderungen. Ihre Welt zu Hause bietet allerdings keine ähnlichen Annehmlichkeiten, da ihr Mann ebenfalls berufstätig ist und sich beide gleichberechtigt um ihr Kind kümmern. Hochschild verweist in diesem Zusammenhang auf einer Studie des Unternehmens aus dem Jahr 1990, die besagt, dass männliche Mitarbeiter in der höchsten Gehaltsklasse zwar geringfügig mehr

Stunden arbeiteten als ihre weiblichen Gegenüber, addierte man aber die Arbeitsstunden im Büro mit denen der Arbeit zu Hause, kamen die Männer auf insgesamt 74 Arbeitsstunden in der Woche, die Frauen aber auf ganze 96 Stunden Arbeit pro Woche. (Hochschild 1997: 76) Berufstätigen Frauen, „die sich den Männern in ihrer zunehmend entgrenzten und arbeitszentrierten Lebensgestaltung angleichen“ wird nach wie vor die Hauptrolle bei der Kinderbetreuung, Hausarbeit und Pflege von Angehörigen zugeschrieben (Hoff et al. 2005: 197). In ihrem Buch „Delusions of Gender“ beschreibt Cordelia Fine die Tatsache, dass Frauen, die in eher unkonventionellen Beziehungen leben, in denen sie die Hauptverdienerinnen sind oder in ihrem Beruf eine Führungsposition einnehmen, dazu tendieren, auch zu Hause mehr Arbeit im Haushalt oder bei der Kindererziehung übernehmen, um das traditionelle Rollenmuster nicht zu gefährden und zu beweisen, dass sie „trotzdem“ eine gute Ehefrau und Mutter sein können (Fine 2010: 78ff.). Ärztinnen in der Universitätsmedizin haben selber häufiger vollzeitbeschäftigte Partner als ihre männlichen Kollegen und stehen somit vor dem gleichen Dilemma wie die von Hochschild und Fine beschriebenen weiblichen Führungskräfte. (vgl. Abele 2006: 39)

Work-Life-Balance wird hauptsächlich als Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. dem Großziehen von Kindern verstanden. „Life“ wird in erster Linie für Frauen häufig mit Familiengründung und dem Großziehen von Kindern assoziiert. (Neissl 2006: 5)

Ein Grund hierfür liegt darin, dass das Konzept „Work-Life-Balance“ dem Konzept des „Work-Family-Conflict“ entspringt und es an einer klaren Abgrenzung der beiden Modelle mangelt (Tetrick & Buffardi 2006).

Greenhaus und Beutel (1985) definieren „Work-Family-Conflict“ wie folgt: „A form of interrole conflict in which the role pressures from the work and family domains are mutually incompatible in some respect“ (Greenhaus & Beutell 1985: 77). Diese Definition beschreibt die Annahme, dass die Rollen, die eine Person in den Bereichen der Arbeit und der Familie einnimmt, manchmal inkompatibel miteinander sind und die vollkommene Partizipation in beiden Rollen beeinträchtigt wird. Anforderungen aus dem Bereich der Arbeit kollidieren mit Anforderungen aus dem Bereich der Familie und umgekehrt. Diese Konflikte können auf Zeit (time-based conflict), Belastung (strain-based conflict) und Verhalten (behaviour-based conflict) basieren. (Greenhaus & Beutell 1985: 77)

Somit kann Work-Family-Balance als die Zufriedenheit und gute Funktionalität in beiden Bereichen (Arbeit und Zuhause) mit einem Minimum an Konflikten zwischen den verschiedenen Rollen bezeichnet werden (Clark 2000: 751).

In Deutschland wurde in dem Zusammenhang von Arbeit und Familienleben zunächst von „Doppelbelastung“, später dann von „Vereinbarkeit“ gesprochen. Der Begriff der „Vereinbarkeit“ entstammt der Frauenforschung und zielte quasi ausschließlich auf eine

weibliche Zielgruppe ab. Erst seit ca. dem Jahr 2000 etablierte sich das Konzept von Work-Life-Balance in Zusammenhang mit einer gelingenden Lebensführung, welcher nicht mehr ausschließlich weiblich konnotiert war. (Lind 2013)

Trotz der historisch gewachsenen weiblichen Konnotation geht das Konzept Work-Life-Balance weit über den Work-Family-Conflict und die Begrifflichkeiten „Doppelbelastung“ und „Vereinbarkeit“ hinaus. Statt den Fokus auf den Konflikt zu legen, steht bei Work-Life-Balance das Gleichgewicht (Balance) der verschiedenen Rollen, die man im Beruf und im Privatleben einnimmt, im Vordergrund. Zusätzlich wird der Bereich der Familie wesentlich weiter gefasst und das gesamte Privatleben, mit Rollen die man beispielsweise in der Freizeit, der Gemeinschaft, Religion, etc. einnimmt, mit einbezogen. (Jones, Burke & Westman 2006: 2) Marks und MacDermid (1996) sprechen in diesem Zusammenhang von einer Rollenbalance (Role balance), die aus einem ausgeglichenen Verhältnis von Aufmerksamkeit, Zufriedenheit und Anstrengung in dem gesamten System von Rollen, die eine Person annimmt, resultiert (Marks & MacDermid 1996: 417).

Die Definition von Freier (2005) und der State Service Commission New Zealand (2005) machen die Flexibilität und Individualität des Konstrukts Work-Life-Balance deutlich: „Work-Life-Balance heißt: den Menschen ganzheitlich zu betrachten, als Rollen- und Funktionsträger, im beruflichen und privaten Bereich, der Lebens- und Arbeitswelt und ihm dadurch die Möglichkeit zu geben, **lebensphasenspezifisch und individuell** für beide Bereiche die anfallenden Verpflichtungen und Interessen erfüllen zu können, um so dauerhaft gesund, leistungsfähig, motiviert und ausgeglichen zu sein“ (Michalk, Nieder 2007: 22).

„Work-life-balance is about the interaction between paid work and other activities, including unpaid work in families and the community, leisure, and personal development. [...] Work-life-balance for any one person is having the ‘**right**’ combination of participation in paid work (defined by hours and working conditions), and other aspects of their lives. **This combination will not remain fixed, but may change over time**“ (State Service Commission New Zealand 2005).

Neben den bisher aufgeführten Ansätzen bestehen viele weitere Definitionen von Work-Life-Balance, die beispielsweise auch eine ökonomische Perspektive einnehmen. Beispielsweise nutzt das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend die vier Stellgrößen Erwerbspersonenpotenzial, Geburtenrate, Produktivität und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, um Wirkungen von Work-Life-Balance Maßnahmen messen zu können. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005 b: 34)

Zusammenfassend betrachtet besteht über eine einheitliche, trennscharfe Definition von Work-Life-Balance bisher keine Einigkeit. Es wird zudem ersichtlich, dass das Konzept

sehr viele Ansätze und Dimensionen beinhaltet und gerade für Frauen eine gesonderte Bedeutung einnimmt, da ihnen im „Life“-Bereich weiterhin die tragende Rolle bei der Familienarbeit zugeschrieben wird.

Betrachtet man die Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin steht auch hier die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Work-Family) im Vordergrund. Der Bereich des Privatlebens wird oft auf das Familienleben beschränkt. (Neissl 2006: 5) (Kröger 2010: 34ff.) In der Wissenschaft besteht nach wie vor eine Orientierung an der „männlichen Normalbiographie mit weitgehender Freisetzung von alltäglichen Hausarbeiten und Kinderbetreuung“ (Lind 2006: 154). Der sogenannte „Wissenschaftsmythos“ beinhaltet die Vorstellung einer uneingeschränkt und voller Hingabe agierenden autonomen Persönlichkeit. Dieses Konstrukt führt dazu, dass Frauen und Männer in der Wissenschaft geschlechterspezifisches Leistungsvermögen zugeschrieben wird und sie somit mit unterschiedlichen Leistungserwartungen konfrontiert werden. Männer erfahren dabei „einen Vertrauensvorschuss hinsichtlich ihrer langfristigen Leistungsfähigkeit“ (Lind 2006: 154), während mit Frauen nicht langfristig geplant und auch weniger Leistung von ihnen erwartet wird. Ihnen wird qua Geschlecht unterstellt, dass sie andere Prioritäten in ihrem Leben setzen und somit „weniger Wissenschaftler“ (Beaufays 2006: 18) sind. (Beaufays 2006: 11ff.) (Lind 2006: 154)

Normative Erwartungen und dieses mitunter „diskriminierende Festhalten an traditionellen Familienmodellen“ (Bühren & Schoeller 2010: 11) sowie Arbeitsbedingungen und Karriereverläufe, die „männerbiografisch orientiert“ (Bühren & Schoeller 200: 11) sind, führen dazu, dass Medizinerinnen große Barrieren bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie entgegenstehen. Einerseits wird von ihnen erwartet, dass sie sich zu Hause um die Kinder kümmern, während der Mann arbeiten geht. Andererseits sollen sie aber auch erfolgreich ihrer Berufstätigkeit nachgehen, obgleich dabei bezüglich Leistungsvermögen und langfristiger Verfügbarkeit weniger von ihnen erwartet wird als von männlichen Kollegen. Während Männer mit relativ eindeutigen normativen Erwartungen konfrontiert werden (Ernährer der Familie, beruflich erfolgreich), sehen sich Frauen mit vielfältigen und widersprüchlichen Erwartungen konfrontiert. Um weder eine „verbissene Karrierefrau“ oder „Rabenmutter“ noch „nur“ Hausfrau und Mutter zu sein, versuchen gerade viele hochqualifizierte Frauen fürsorgliche Mütter, attraktive Partnerinnen und gleichzeitig erfolgreiche Berufstätige zu sein und in möglichst vielen Bereichen Erfolg zu haben. (Abele 2006: 37) (Bühren 2010) Dieser „Motivmix“ beinhaltet ein enormes Stresspotenzial und vielen gelingt diese (Work-Life)-Balance nicht.

Jahrzehntelang wurde versäumt unterstützende Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben von Ärztinnen und auch Ärzten speziell in Wissenschaft und Forschung zu gewährleisten. (Abele 2006: 37) (Bühren 2010)

Die – gerade für Ärztinnen - schlechten Möglichkeiten, gleichzeitig einer Karriere nachzugehen und Kinder groß zu ziehen, erklärt mitunter zum einen die hohe Zahl an Drop-Outs von Ärztinnen nach der Promotion, zum anderen aber auch die Tatsache, dass Akademikerinnen häufiger ohne Kinder bleiben. (Neissl 2006: 5) (Statistisches Bundesamt 2013) Gerade in der Universitätsmedizin sind die Bedingungen für eine gute Vereinbarkeit von beruflichen Anforderungen sowie privaten und familiären Anforderungen für Ärztinnen nicht förderlich. Generell gilt die Medizin als besonders konservativ, was Geschlechterarrangements in der Profession, aber auch im Privatleben betrifft (Dettmer 2006). Studien zeigen, dass die Gründung einer Familie für Ärztinnen oft mit einem Karriereverlust verbunden ist. Ärztinnen haben häufiger vollzeitbeschäftigte Akademiker zum Partner und verzichten zugunsten der Karriere ihres Partners auf eigene Karrierevorteile. Die Ausübung des ärztlichen Berufs gestaltet sich für Frauen schwieriger, wenn sie Kinder haben. Bei den Ärzten ist es genau andersherum. Sie haben häufiger Partnerinnen ohne Hochschulabschluss, die in Teilzeit arbeiten oder gar nicht berufstätig sind und können sich somit auf Unterstützung und Entlastung durch ihre Partnerinnen verlassen. (Abele 2006: 37 ff.) (Bühren & Schoeller 2010: 11 ff.) (Lind 2006: 159)

Für Paare, bei denen beide Partner hochqualifiziert sind und einer wissenschaftlichen Karriere nachgehen, ist die Abstimmung der beiden Karrieren eine Herausforderung. Bei sogenannten Doppelkarrierepaaren (Dual Career Couples) wird die Erwerbsarbeit als primäre Quelle der persönlichen Quelle angesehen, die Karriereorientierung und das Commitment für den Beruf sind bei beiden Partnern hoch. (Behnke & Meuser 2006) Für erfolgreiche Ärztinnen/Wissenschaftlerinnen ist eine gleichberechtigte und unterstützende Partnerschaft von enormer Bedeutung. Es leben häufiger Frauen in Doppelkarrierepartnerschaften als Männer. In einer Längsschnittstudie zur beruflichen Laufbahnentwicklung wurden Ärztinnen mit etwa 30 und dann noch einmal mit 39 Jahren zu ihrem Partnerschaftsstatus befragt. Dabei lebten mit 30 Jahren 40% der Frauen und 27% der Männer in Doppelkarrierepartnerschaften. Bei den 39jährigen ist ein Rückgang der Doppelkarrierepartnerschaften zu erkennen, 26% der Frauen und 12% der Männer leben dann noch in Beziehungen, in denen beide eine Karriere verfolgen. (Abele-Brehm 2010) Mobilitätsanforderungen in der Wissenschaft führen dazu, dass viele sogenannte Dual Career Couples räumlich getrennt voneinander leben. In der Konsequenz bleiben solche Paare auch häufiger ohne Kinder, um den unterschiedlichen Anforderungen an die Karrieren gerecht zu werden. Oft sind es auch hier die Frauen, die mehr um Anerkennung ihrer eigenen Karrieren kämpfen müssen, da die Karrieren von Männern nach wie vor vom Umfeld stärker akzeptiert sind und gefördert werden. Dual Career Couples sind somit auch einem höheren Konfliktpotenzial ausgesetzt als Paare, in denen nur eine_r eine

Karriere anstrebt. (Färber 2006: 289) Oft erfolgt nach der Geburt eines Kindes eine traditionellere Verteilung der Arbeit, wobei die Frau ihre Karriere zurückstellt, z.B. Teilzeit arbeitet und die Familienarbeit übernimmt, während der Mann weiterhin einer Vollzeitberufstätigkeit nachgeht. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird auch in Doppelkarrierepartnerschaften überwiegend von den Frauen geleistet. (Abele-Brehm 2010) Im Wissenschafts- und Hochschulbereich gewinnen Maßnahmen, zur Unterstützung von sogenannten Zweikarrierepaaren immer mehr an Bedeutung, um intellektuelle Potenziale nicht chancenlos zu vergeben und wettbewerbsfähig zu bleiben. Allerdings befinden sich die deutschen Strukturen in diesem Bereich noch am Anfang und hinkt Ländern, wie etwa dem angloamerikanischen Sprachraum, weit hinterher. (Färber 2006: 289)

Strukturelle Verhältnisse wie die Befristung von Stellen, hoher Druck und die rasanten Entwicklungen in Fachgebieten erschweren eine gelungene Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für wissenschaftlich tätige Ärztinnen zusätzlich (Färber 2006: 285 ff.).

Das von Hochschild (1997) observierte Phänomen, dass die Erwerbsarbeit für viele Menschen mittlerweile auch Harmonie und Erholung wie ursprünglich nur im Life-Bereich gegeben, bedeutet, während der Life-Bereich oft nur noch für zusätzliche und zudem unbezahlte, ungewürdigte Arbeit (Kindererziehung, Hausarbeit, Pflege von Verwandten) steht, gilt für viele Ärztinnen in der Universitätsmedizin nicht. Ärztinnen haben den Stress im Privatleben und den Stress im Beruf, in der wissenschaftlichen sowie der fachärztlichen Qualifizierung.

Um die Work-Life-Balance von Ärztinnen an Universitätsklinika zu untersuchen, wird das speziell auf diese Zielgruppe zugeschnittene Modell zu den „Zieldimensionen der Karriereplanung“ von Färber und Riedler (2011) zu Grunde gelegt. Dieses Modell beinhaltet die vier wichtigsten Zieldimensionen der Karriereplanung: „**Ich**“, „**Wissenschaft**“, „**Beruf/Praxis**“ und „**Familie/Soziales Netz**“. Somit wird es mit den zwei beruflichen Bereichen auch der besonderen beruflichen Situation von Ärztinnen in der Wissenschaft gerecht (Work-Work-Balance).

- Die „Ich-Dimension“ beinhaltet Aspekte wie die eigene Gesundheit, einen gesunden Lebensstil, Bewegung, Stressbewältigung, Freizeit, Kunst/Kultur und Spaß (welcher im Zusammenhang mit Karrieren von Ärztinnen ein eher vernachlässigter Aspekt ist).
- Die Dimension „Wissenschaft“ umfasst Prüfungen (wie Promotion und Habilitation), die inhaltlichen Ziele der Forschung, sowie Publikationen und Drittmittelprojekte.
- Die Dimension „Beruf/Praxis“ schließt die Tätigkeit als Ärztin, deren Finanzierung (Stellen, Stipendien), die fachärztliche Qualifizierung und spezifische

Weiterbildung in diagnostischen und therapeutischen Methoden sowie im Management und die Übernahme von Führungsaufgaben, ein

- Die Dimension „Familie/Soziales Netz“ beinhaltet Kinder/Kinderwunsch, die eigene Partnerschaft, eigene Eltern und der Freundeskreis/das soziale Netz.

Das Entwickeln und Verfolgen von Zielen in diesen Dimensionen ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Karriereplanung, aber auch für körperliche und psychische Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit im beruflichen wie auch im privaten Bereich. (Färber & Riedler 2011: 111 ff.) Zudem sehen Färber und Riedler (2011) eine langfristig erfolgreiche Karriereentwicklung in Wissenschaft und Medizin, wie es für die Universitätsmedizin erforderlich ist, nur dann gegeben, wenn im Bereich von Familie und sozialem Netz sowie in dem als „Ich-Dimension“ bezeichneten Bereich ein Ausgleich erfolgt. Dieser Bereich wird jedoch für Ärztinnen in der wissenschaftlichen und fachärztlichen Qualifikationsphase in der Fachkultur der Universitätsmedizin als karriereschädigend begriffen. Um die Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin zu messen, sollten zudem folgende Faktoren miteinbezogen werden:

Studien zeigen, dass die **Selbstwirksamkeitserwartung** einen wesentlichen Einfluss auf die beruflichen Leistungen von Frauen hat (Betz & Hackett 1981). Selbstwirksamkeit ist die subjektive Überzeugung einer Person, ein bestimmtes Verhalten oder Aufgaben erfolgreich ausführen bzw. bewältigen zu können (Bussy & Bandura 1999). Bei der beruflichen Selbstwirksamkeit, welche von Lent, Brown und Hackett (1996) im Rahmen der Cognitive Career Theory eingeführt wurde, ist diese Überzeugung auf den Beruf bezogen: „Berufliche Selbstwirksamkeit gilt als wichtigste Variable für die Ausbildung von Interessen, das gezeigte Verhalten und das Erleben am Arbeitsplatz“ (Vannotti 2005: 2).

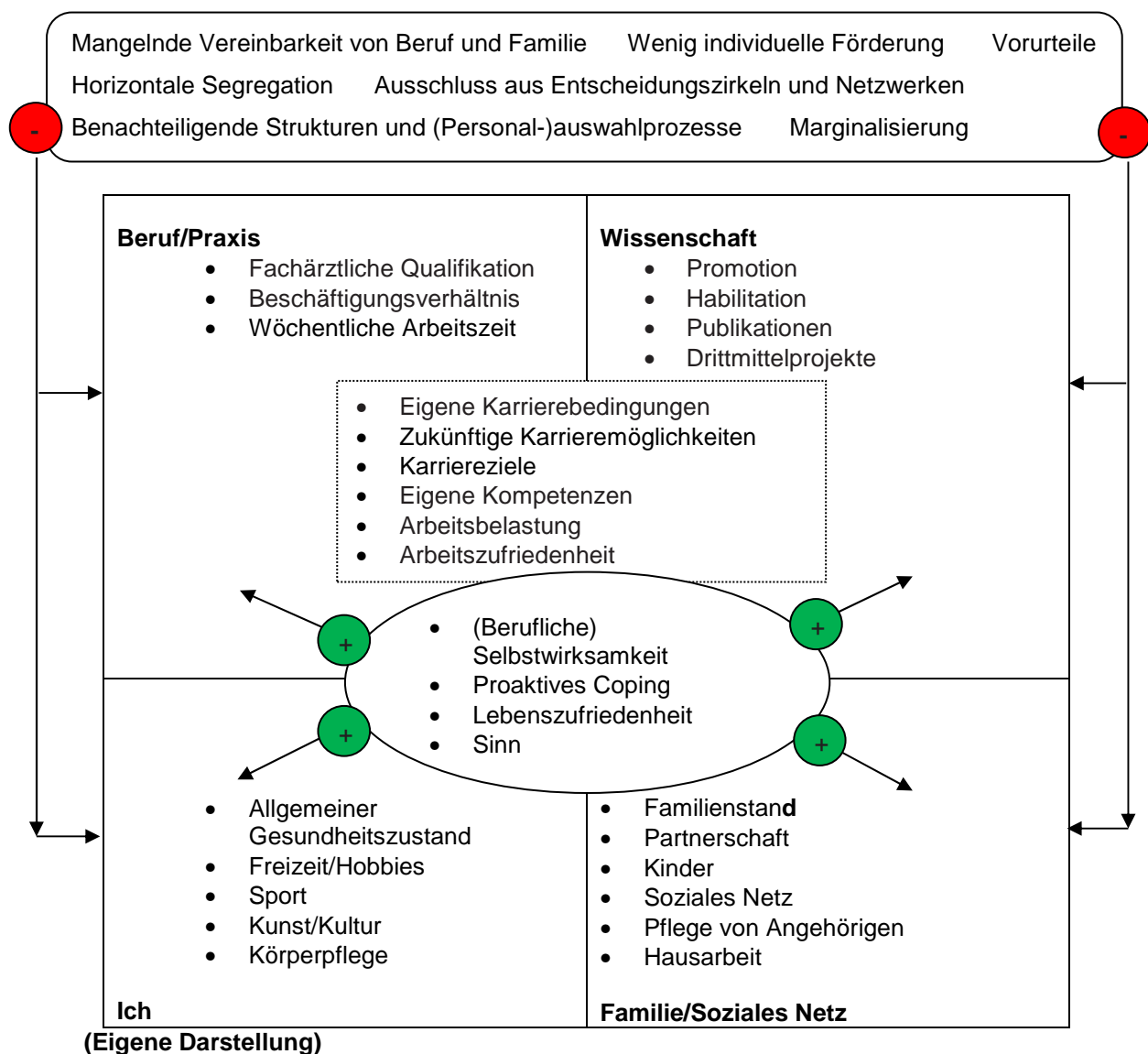
Zusätzlich zur beruflichen Selbstwirksamkeit spielt auch das **aktive Copingverhalten** eine wichtige Rolle bei der Untersuchung der Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin und wird durch Mentoring-Programme gefördert. Beim proaktiven Coping geht es darum potenzielle Probleme zu antizipieren und deren Lösungen vorzubereiten. Es fungiert somit für Frauen in männerdominierten Bereichen wie der Universitätsmedizin als wichtige problemzentrierte Bewältigungsstrategie, um mit den vorab beschriebenen Barrieren umzugehen. (Portello & Long 2011) (Schwarzer 2000) (Zimbardo 1995)

Ähnlich wie bei dem Lebensbereiche-Balance-Modell von Peseschkian (2003), welches darauf abzielt die vier Bereiche Beruf, Gesundheit, soziale Kontakte, Sinn und Werte in Balance zu halten, spielt bei der Untersuchung der Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin der Bereich **Sinn und Werte** in allen Dimensionen eine wichtige Rolle. Gerade bei Medizinerinnen ist der Sinn bei ihrer Tätigkeit als Ärztin sehr wichtig und bildet die Grundlage für die hohe Motivation, trotz der genannten Schwierigkeiten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, bei der Messung der Work-Life-Balance von Ärztinnen ist die **psychische Gesundheit**. Nach Rüesch und Manzoni (2003) ist psychische Gesundheit gekennzeichnet durch „persönliches **Wohlbefinden**, **Selbstbewusstsein**, **Lebenszufriedenheit** und **Beziehungsfähigkeit**, die Fähigkeit, den Alltag **bewältigen** und einer Arbeit nachgehen zu können, sowie zu **gesellschaftlicher Partizipation** in der Lage zu sein“ (Rüesch & Manzoni 2003: 9). Diese Komponenten von psychischer Gesundheit ziehen sich durch alle vier Dimensionen der Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Wissenschaft. Zudem sind psychosoziale Belastungen vor allem bei der Arbeit zunehmend von Bedeutung (Nübling et al. 2005).

Aufbauend auf den theoretischen Grundlagen veranschaulicht folgendes Wirkungsmodell, welche Faktoren für die Operationalisierung der Work-Life-Balance von Ärztinnen im Messinstrument berücksichtigt werden sollten. In Kapitel 4.1.1. wird dann auf die Operationalisierung dieser Faktoren eingegangen.

Abbildung 5: Work-Life-Balance Modell



Nachwuchswissenschaftlerinnen der Universitätsmedizin sind besonders großen Barrieren für eine gelingende Familien-, Karriere- und Lebensplanung ausgesetzt, die nur Verzicht, Selbstaussbeutung und Härte gegenüber sich selbst und in der Familie verlangen. Die fachärztliche Qualifizierung ist langwierig, zusammen mit der Doppelbelastung durch die wissenschaftliche Tätigkeit und Habilitation, in den meisten Fällen Partner mit ähnlichen Karrierebestrebungen, beruflicher Unsicherheit durch Befristungen und der Konfrontation mit Vorurteilen und Diskriminierung gestaltet sich die Universitätsmedizin als ein Ort, an dem kein Platz zu sein scheint für Ärztinnen mit Karriereambitionen und Familienwunsch, geschweige denn einem gesunden Lebensstil, mit Zeit für sich selbst. Frauen in der Universitätsmedizin brauchen entsprechend besonders viel Kraft, um überhaupt neue Lebensmodell zu denken. Dafür müssten sie sie kennen (Wissen), die Einstellung entwickeln sie verwirklichen zu können (Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitserwartung) und die Kompetenz erwerben sie praktisch anzuwenden (Lebensplanung, Proaktives Coping, Vernetzung) und in karriererelevantes Handeln (Bewerbung, Drittmittelantrag, Vorträge, Weiterbildung) und im Privatleben (Partnerschaft, Kinder, Soziales Netz, Lebensstil) praktisch umzusetzen.

Um Ärztinnen in der Universitätsmedizin bei ihrer Familien-, Karriere- und Lebensplanung zu unterstützen wurden an vielen Universitätsklinika verschiedene Maßnahmen ins Leben gerufen. Eine davon ist die Durchführung von Mentoring-Programmen. Was diese Programme beinhalten und welchen Beitrag sie zur Förderung von wissenschaftlich tätigen Ärztinnen beitragen können, wird im folgenden Kapitel näher erläutert.

2.3 Mentoring-Programme für Ärztinnen an Universitätsklinika

Untersuchungen zufolge beruht Erfolg im Beruf zu 10% auf Leistung, zu 30% auf Selbstdarstellung und zu 60% auf Beziehungen und Kontakten (Bühren 2006: 251).

Wie in den vorigen Kapiteln beschrieben erfahren begabte Frauen durch tradierte Rollenerwartungen und eine männlich geprägte Arbeits- und Wissenschaftskultur seltener Motivation zu einer Karriere als Männer. Sie sind schlechter vernetzt und erhalten weniger persönliche Unterstützung. Zudem sind Arbeits- und Organisationsstrukturen weitestgehend von Männern geprägt und definiert. Dies führt mitunter dazu, dass junge männliche Ärzte viel häufiger männliche Vorbilder bzw. informelle Mentoren haben, die ihr „jüngeres Selbst“ (Bühren 2006: 253) fördern, als Frauen. Da, wie in Kapitel 2.2 beschrieben, Frauen nach wie vor die Hauptrolle bei der Kinderbetreuung und Haushaltsführung zugeschrieben wird, bleibt für die meisten Frauen mit Familie zusätzlich keine Zeit für das Aufbauen und Pflegen von Netzwerken und karriererelevanten Kontakten.

Mentoring-Programme dienen als bewährtes Instrument zur Frauenförderung in der Wissenschaft. Fast alle Hochschulen in Deutschland arbeiten gegenwärtig mit ein oder mehreren Mentoring-Programmen. (Kaiser-Belz 2008: 28)

Grundsätzlich versteht man unter Mentoring „eine zeitlich relativ stabile dyadische Beziehung zwischen einem/einer erfahrenen MentorIn und seinem/r/ihrer/r weniger erfahrenen Mentee. Sie ist durch gegenseitiges Vertrauen und Wohlwollen geprägt, ihr Ziel ist die Förderung des Lernens und der Entwicklung sowie das Vorankommen des/der Mentee“ (Ziegler 2009: 11). Allerdings gibt es in der Wissenschaft keine einheitliche und allgemeingültige Definition von Mentoring. (Allen et al. 2007: 344) (Nervela & Lüthje 2007: 32 f.) (Ziegler 2009: 8) Mentoring-Programme können mitunter sehr unterschiedlich ausgestaltet sein und weisen zudem Parallelen zu ähnlichen Fördermaßnahmen wie Coachings und Trainings auf, die wiederum auch Bestandteil des Rahmenprogramms von Mentoring-Programmen sein können (U.a. Medizinische Fakultät Universität Würzburg 2013, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2013). (Barzantny 2008: 80ff.)

Inhalte sind in erster Linie die strategische, zielgerichtete Planung und Förderung der Karriere sowie die persönliche Weiterentwicklung der Mentees. Dabei nehmen Aspekte wie der Erfahrungsaustausch über berufsrelevante Themen wie Karrierestrategien und Work-Life-Balance, Unterstützung und Beratung in beruflichen Entscheidungs- und Konfliktsituationen, der Austausch von informellen Informationen z.B. zur Unternehmenskultur und informellen Normen, sowie das Einführen der Mentees in Netzwerke durch die Mentorin bzw. den Mentor weitere zentrale Bedeutungen ein. (Bühren 2006: 254) (Forum Mentoring 2010: 11) (Haasen 2001: 12f.)

Durch die Unterstützung und Beratung der erfahreneren Mentorinnen/Mentoren werden die Mentees befähigt ihr individuelles Potenzial auszuschöpfen, um ihre persönliche und berufliche Zukunft mitzugestalten. Der/die Mentor_in übernimmt dabei eine **Vorbildfunktion**, eine **psychosoziale Funktion** sowie eine **Karrierefunktion** für die Mentee (Scandura 1992: 171).

Mentoring kann neben der exklusiven Mentoring Beziehung als Tandem (One-to-one), auch als Gruppen- (Zusammenarbeit von mehreren Mentees mit einer Mentorin/einem Mentor) oder Peer-Mentoring (Beratung und Begleitung erfolgen durch Gleichgestellte innerhalb der Mentee-Gruppe) stattfinden. (Forum Mentoring 2010: 11)

Zusätzlich wird das Programm zur Förderung der Kompetenzentwicklung mit weiteren Veranstaltungen, wie Einführungsworkshops, Begleitseminaren und Workshops zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen, dem Bereitstellen von Informationsmaterial und weiteren Vernetzungsangeboten ergänzt. (Forum Mentoring 2010: 13) (Barzantny 2008: 80ff.)

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die vom Forum Mentoring entwickelten Standards, die von seriösen Mentoring-Programmen in der Wissenschaft erfüllt werden sollten, um eine hochwertige Qualität bei der individuellen Förderung von Frauen in Studium, Wissenschaft und Forschung zu gewährleisten.

Anhand dieser Standards kann ein Mentoring-Programm in drei übergeordnete Bereiche unterteilt werden:

- Die Mentoring-Partnerschaft, der Auswahl der Teilnehmenden, dem Matching der Tandems bzw. Peers, den zugrunde liegenden Bedingungen, wie z.B. den Zielvereinbarungen, den Formen die die Mentoring-Partnerschaft annehmen kann (One-to-one-, Peer- oder Gruppen-Mentoring) sowie den Inhalten, Themen und Methoden im Mentoring (z.B. Rollenklärung, Erfahrungsaustausch)
- Die Fortbildungen zur Kompetenzvermittlung, die Begleitung durch Seminare und Workshops sowie der Netzwerkaufbau.
- Die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen wie Bedarfsanalyse und Konzeption des Mentoring-Programms, personelle, institutionelle und finanzielle Ressourcen sowie der Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätssicherung.

Tabelle 3: Struktur der Kriterien für Mentoring-Programme in Hochschulen und Unternehmen

Mentoring-Partnerschaft	Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> • Profilbogen • Persönliches Gespräch mit Mentee u. ggf. Mentoring Assessment-Center
	Matching (One-to-one, Peer)	<ul style="list-style-type: none"> • Abgleich der Profilbögen • Informationen aus persönlichem Gespräch Beratung und Begleitung
	Bedingungen:	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlicher Kontakt • Freiwilligkeit • Hierarchiefrei • Definierter Zeitraum • Vertraulich • Vereinbarung
	Formen:	<ul style="list-style-type: none"> • One-to-one-Mentoring • Gruppen-Mentoring • Peer-Mentoring
	Inhalt/Thema/Methode:	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Gespräch • Zusätzliche Interaktion • Rollenklärung • Transfer informeller Wissensbestände • Erfahrungsaustausch • Persönliche Entwicklung

Fortbildungen zur Kompetenz-erweiterung	Begleitung (Mentee/Mentorin)	<ul style="list-style-type: none"> • Einführungsworkshop/ Begleitseminar zur Kompetenzermittlung • Information der Teilnehmenden • Informationsmaterial
	Netzwerkaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Stammtisch • Auftakt- und Abschlusstreffen • Elektronische Vernetzung • Veranstaltungen mit Alumna
Strukturelle und institutionelle Voraussetzungen	Bedarfsanalyse	
	Konzept	
	Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Personell • Finanziell • Institutionell
	Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanzmanagement • Teilnehmenden-Marketing • Kontaktmanagement • Konzept und Zeitplan
	Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation • Feedback • Veröffentlichte Programmdokumentation

(Eigene Darstellung, nach Forum Mentoring 2010: 9)

Die klassischste Form des Mentoring ist das „One-to-one Mentoring“, welches mitunter auch als „Tandem“ bezeichnet wird. Um den Erfolg einer solchen Tandem-Beziehung zu gewährleisten, sollte diese unter bestimmten Rahmenbedingungen stattfinden. Zunächst sollte die Passgenauigkeit von Mentor_in und Mentee durch den Abgleich von Profildbögen, Informationen aus persönlichen Gesprächen oder durch die Beratung der Programmkoordination berücksichtigt werden. Mithilfe des sogenannten „Matching“ werden somit passende Tandems zusammengeführt um zu gewährleisten, dass die Kooperation in Bezug auf Wünsche, Pläne, Ziele und Prioritäten auch von Gewinn für beide Seiten ist. Es sollte sich über die Ziele der Mentees sowie die gegenseitigen Erwartungen verständigt werden und wichtige Punkte wie Ziele, Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Form der Partnerschaft und Umgang mit Konflikten schriftlich festgehalten werden um Verbindlichkeit zu schaffen und die Ergebnisse überprüfen zu können. (Bühren 2006: 255) (Forum Mentoring 2010: 10)

Mentee und Mentor_in sollten in gegenseitigen Feedbacks Bereitschaft zur Selbstreflexivität zeigen und in der Lage sein, sich kritisch hinterfragen zu lassen bzw. die eigene Rolle zu reflektieren. Ein konstruktives Mentoring-Tandem zeichnet sich durch gegenseitigen „Respekt, Offenheit, Kritikfähigkeit und Verschwiegenheit“ aus. (Bühren 2006: 254) Die Treffen zwischen Mentor_in und Mentee finden in der Regel über einen

Zeitraum von 1-2 Jahren statt. Empfohlen wird hierbei sich viermal im Verlauf von 12 Monaten persönlich zu treffen und dies durch technische Medien wie beispielsweise E-Mails nach Belieben zu ergänzen. (Barzantny 2008: 80 ff.) (Forum Mentoring 2010: 10)

Ein_e Mentor_in kann mit persönlichen Erfahrungen und Bewährungsstrategien die berufliche, aber auch persönliche Weiterentwicklung der Mentee fördern und somit auch das für Frauen in der Universitätsmedizin wichtige Thema der Work-Life-Balance thematisieren und in diesem Zusammenhang als wichtiges Vorbild fungieren (Bühren 2006: 251ff.). Ähnlich hilfreich ist die gegenseitige Unterstützung von gleichgestellten Gruppenmitgliedern beim Peer-Mentoring. Der gegenseitige Austausch und die Erfahrung, dass es anderen Frauen in ähnlichen Situationen genauso geht, hilft den Teilnehmerinnen vor allem bei der Selbsteinschätzung. (Kröger 2010: 37)

Mentoring-Programme für Ärztinnen in der Universitätsmedizin zielen somit auf die in Kapitel 2.1 identifizierten Barrieren von Ärztinnen, die in Wissenschaft und Forschung tätig sind, ab. Als wesentlicher Unterschied zu Coaching und Trainings legen sie den Fokus auf die eigenen Erfahrungen und Kenntnisse des/der Mentor_in und die Integration der Mentee in Netzwerke. Anders als ein neutraler Coach bringt sich der/die Mentor_in persönlich ein, die Tandem-Beziehungen sind auf einen längeren Zeitraum ausgelegt und zielen auf unerfahrene Mentees ab, die eine Karriere in der Wissenschaft anstreben. (Gärtner 2010: 4f.) Sie tragen zur individuellen Förderung bei, fungieren als Gatekeeper und geben Einblick in die internen Spielregeln, Prozesse und Strukturen in der Wissenschaft, schaffen wichtige Netzwerke und zeigen den Ärztinnen durch die persönlichen Erlebnisse und Strategien des/der Mentor_in Wege auf, wie sich eine erfolgreiche Karriere in der Wissenschaft mit Raum für Familie und sich selbst schaffen lässt. Die Kompetenzförderung im Rahmenprogramm und der Austausch mit anderen Mentees runden die Unterstützung für die Teilnehmerinnen eines Mentoring-Programms zusätzlich ab.

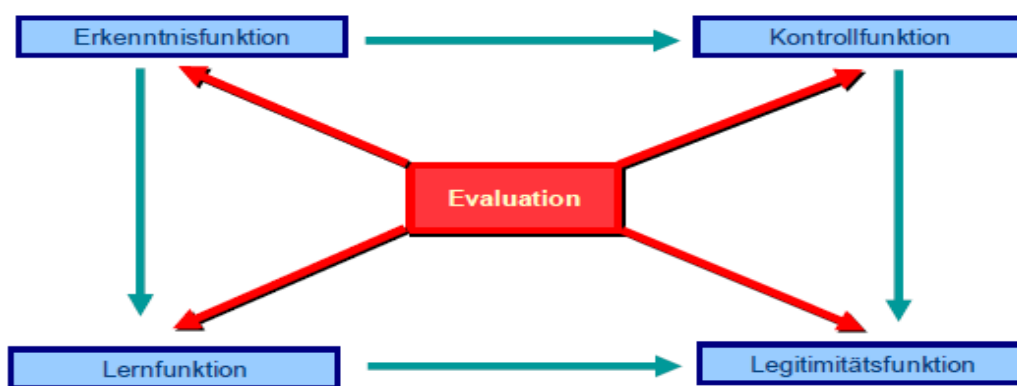
2.4 Evaluation von Mentoring-Programmen

Wie bei den meisten Programmen, Maßnahmen und Interventionen stellt sich auch bei Mentoring-Programmen für Ärztinnen an Universitätsklinika die Frage nach der Qualität, dem Nutzen und der Wirksamkeit.

Diese Frage lässt sich durch eine wissenschaftliche Evaluation des jeweiligen Programms klären. Kromrey (2001) definiert Evaluation im allgemeinen Sinne als „jede methodisch kontrollierte verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns, Auswertens und Verwertens von Informationen“ (Kromrey 2001: 106). Im wissenschaftlichen Zusammenhang „werden empirische Methoden zur Informationsgewinnung und systematische Verfahren zur Informationsbewertung anhand offen gelegter Kriterien

verwendet, die eine intersubjektive Nachprüfbarkeit möglich machen“ (Stockmann 2006: 65). Diese Kriterien (z.B. Effektivität, Effizienz, Relevanz, Nachhaltigkeit, etc.) können, je nach Perspektive der Gruppe oder Person die die Bewertungskriterien erstellt, ganz unterschiedlich definiert sein. Zusätzlich zu den festzulegenden Bewertungskriterien kommt es darauf an, welche Intention mit einer Evaluation verfolgt wird, welche Funktion damit erfüllt werden soll, was für ein Erkenntnisinteresse dahinter steht, mit welcher Methodik sowie von wem die Evaluation durchgeführt wird. (Stockmann 2006: 65f.) Anhand Abbildung 6 wird deutlich, welche miteinander verknüpften Ziele bei einer Evaluation verfolgt werden:

Abbildung 6: Zielfunktionen von Evaluation



(Stockmann 2004: 3)

Erkenntnisse, die durch eine Evaluation gewonnen werden, sollen beispielsweise, je nach Interesse, dazu beitragen den Evaluationsgegenstand hinsichtlich Nutzen, Akzeptanz bei der Zielgruppe, Effektivität und Effizienz zu optimieren. Diese Erkenntnisse liefern die Grundlage für daraus abzuleitende Maßnahmen um z.B. vorhandene Schwächen eines Programms abzubauen. Durch eine Evaluation werden die Akteurinnen und Akteure direkt oder indirekt auch hinsichtlich ihrer Leistungen und Pflichterfüllung kontrolliert. Auf Basis der offengelegten Ergebnisse einer Evaluation wird der gemeinsame Diskurs von allen Beteiligten gefördert und beinhaltet somit auch eine Lernfunktion für die Zusammenarbeit der einzelnen Stakeholder (Mittelgeber_innen, Durchführungsorganisationen, Zielgruppen und sonstige Beteiligte). Aus der transparenten Bilanzierung der Ergebnisse einer Evaluation kann aus bisherigen Erfolgen und Defiziten gelernt werden und somit Konsequenzen für die Weiterführung des Programms gezogen werden. Allerdings werden Evaluationen auch oft für bestimmte Zwecke instrumentalisiert und nur dazu genutzt, bestimmte politische Entscheidungen, wie etwa die Weiterführung eines Programms und den Erhalt von Stellen, zu beeinflussen und zu legitimieren. (Stockmann 2006: 66ff.) Neben den verschiedenen Zielfunktionen einer Evaluation, kann diese auch unterschiedlich Aufgaben beinhalten. Durch eine Evaluation kann ein Programm

- vor der Implementierung bewertet und somit die Planung zu verbessern werden,
- während der Laufzeit begleitet,
- nach Abschluss auf dessen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit untersucht werden.

(Stockmann 2006: 69)

Es wird somit differenziert zwischen der formativen Evaluation, welche die Ausgestaltung des Programms im Prozess begleitet und hauptsächlich auf Verbesserungen abzielt und der summativen Evaluation, welche nach der Durchführung des Programms einsetzt und abschließend eine bewertende, zusammenfassende Bilanz zieht. (Deutsche Gesellschaft für Evaluation 2002: 16ff.) (Kromrey 2001: 118)

Zudem wird bei der Durchführung einer Evaluation zwischen interner und externer Evaluation unterschieden. Bei einer internen Evaluation werden eigene Mitarbeiter_innen des Programm- bzw. Projektteams mit der Evaluation beauftragt. Dies hat den Vorteil, dass interne Mitarbeiter_innen einen umfangreicheren Zugang zu den Strukturen und Informationen des Programms haben und stets im Geschehen anwesend sind. Allerdings kann es den internen Mitarbeiter_innen an Professionalität und Objektivität in Bezug auf den Evaluationsgegenstand mangeln, da sie keinen freien Blick „von außen“ auf das Geschehen haben. Bei der externen Evaluation werden Programm- bzw. Projektfremde Mitarbeiter_innen mit der Evaluation beauftragt. Hier ist die nötige Objektivität und Distanz gegenüber dem Evaluationsgegenstand gegeben und eine ausreichend Professionalität gewährleistet. (Kromrey 2001: 118)

Evaluation gehört, zusammen mit dem Feedback von Teilnehmenden an die Programmkoordination und der veröffentlichten Programmdokumentation, zum festen Bestandteil bei der Qualitätssicherung von Mentoring-Programmen. Möglich sind hierbei die Durchführung von Evaluationen durch interne Mitarbeiter_innen und/oder externe Dienstleister, formative und/oder summative Evaluation, quantitative und/oder qualitative Methoden sowie eine Verbleibsstudie. (Forum Mentoring 2010: 10)

Evaluationsinstrumente von Mentoring-Programmen werden in der Praxis oft sehr sehr programmspezifisch ausgestaltet. Die Evaluation fokussiert in erster Linie auf die Zufriedenheit der Nutzerinnen mit den Programminhalten sowie auf mittel- und langfristigen Studien zum Karrierefortschritt der Mentees. Die Mentoringbeziehung und die Rahmenprogramminhalte werden bewertet, es wird beispielsweise gefragt ob die Erwartungen an das Programm insgesamt bzw. an einzelne Bestandteile erfüllt wurden, wie zufrieden die Teilnehmenden insgesamt waren (z.B. „äußerst zufrieden“ bis „äußerst unzufrieden“) und dient somit der Überprüfung von kurzfristigen Zielen. Gängige Programmevaluationen legen somit den Fokus auf die Bewertung des Inputs (die Struktur und Ausgestaltung des Mentoring-Programms) und Outputs (die

Beteiligung an einzelnen Aktivitäten und deren Durchführungsqualität). Der Fokus bei der Datenerhebung liegt generell eher auf einer einmaligen Messung bzw. Messungen direkt vor, während und direkt nach dem Programm. (z.B. Medizinische Hochschule Hannover 2012, Wittenberg et al. 2010, Gender and Diversity Management RWTH Aachen)

Die Wirksamkeit der Programme zu untersuchen ist kompliziert, da die Effekte von Mentoring-Programmen oft erst längerfristig sichtbar werden und solche längerfristigen Entwicklungen schwer von anderen Einflüssen, denen die Frauen in ihrer Karrierelaufbahn ausgesetzt sind, zu unterscheiden sind. Nur wenige Programme für Frauen wurden in Langzeitstudien auf ihre Wirksamkeit untersucht und evaluiert. (Allen et al. 2007: 344) (Barzantny 2008: 84) (Nervela & Lüthje 2007: 32 f.) (Wittenberg et al. 2010) Gerade langfristige und nachhaltige (auch gesellschaftliche) Veränderung im Zusammenhang mit dem Mentoring-Programm, wie zum Beispiel der Anstieg weiblicher Führungskräfte und Professorinnen, zeigen sich aber erst nach Jahren.

Zeitliche und finanzielle Limitationen von Mentoring-Programmen führen dazu, dass längerfristige Beobachtungen in Form von Längsschnittstudien kaum möglich sind. Stellen sind oft direkt abhängig von der Fortführung der Programme. Interne Evaluationen stehen damit vor der Problematik, dass eine neutrale, wissenschaftliche Evaluierung der Programme aufgrund dieser Abhängigkeiten nicht ganz unbedenklich ist: "Eventuell mögliche längerfristige Erfolge der Maßnahme können aufgrund der kurzen Laufzeit nicht aufgezeigt werden, doch ebenso besteht aus Gründen der Existenzsicherung der Zwang, positiv zu evaluieren" (Barzantny 2008: 86).

Zusätzlich ist die mangelnde Einheitlichkeit bei der Definition, aber auch bei der Struktur der einzelnen Programme, eine Herausforderung bei der Evaluation. Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, werden Mentoring-Programme sehr unterschiedlich ausgestaltet. Eine komplett einheitliche Definition von Mentoring-Programmen gibt es nicht. (Allen et al. 2007: 344) (Nervela & Lüthje 2007: 32 f.) Daher bedarf es auch an Instrumenten, die die Programmwirksamkeit einzelner Mentoring-Programme messen und einen Vergleich ermöglichen.

Die Entwicklung eines Instruments, welches das Wissen, die Einstellungen, Selbsteinschätzungen und das selbst berichtete Verhalten in Bezug auf Dimensionen der Work-Life-Balance im Rahmen einer Wirkungsevaluation mit einem gesundheitswissenschaftlichen Ansatz im Verlauf der Zeit misst, und somit auf die Kernstücke von Mentoring-Programmen abzielt und dabei den Einfluss der Programme auf die Work-Life-Balance von Ärztinnen an Universitätsklinika in Forschung und Wissenschaft, untersucht, soll in den folgenden Kapiteln beschrieben werden.

3 Möglichkeit einer Wirkungsevaluation

In diesem Kapitel wird näher auf die Möglichkeiten einer Wirkungsevaluation in Kontext mit den Wirkungen von Mentoring-Programmen für Ärztinnen an Universitätsklinik eingegangen. Zunächst erfolgt eine Einführung in die Methodik der Wirkungsevaluation. Anschließend werden die Fragestellung, die konkreten Ziele sowie die Grundidee des Untersuchungsinstruments und das Wirkungsmodell der in dieser Arbeit konzipierten Untersuchung vorgestellt.

3.1 Wirkungsevaluation

Bei einer Wirkungsevaluation sollen Wirkungen, also „alle Veränderungen, die nach einer Intervention (Maßnahme) auftreten“ (Reade 2008: 3) gemessen werden. Dazu zählen auch Wirkungen, die ungeplant, unerwartet oder unerwünscht auftreten. Dabei können die Wirkungsdimensionen Strukturen, Prozesse und/oder das individuelle Verhalten umfassen. In diesen Dimensionen können sich Veränderungen ergeben und dabei intendiert oder nicht-intendiert sowie positiv oder negativ sein.

Tabelle 4: Wirkungsdimensionen

Wirkungsdimensionen	Geplant	Ungeplant
Struktur	+/-	+/-
Prozess	+/-	+/-
Verhalten	+/-	+/-

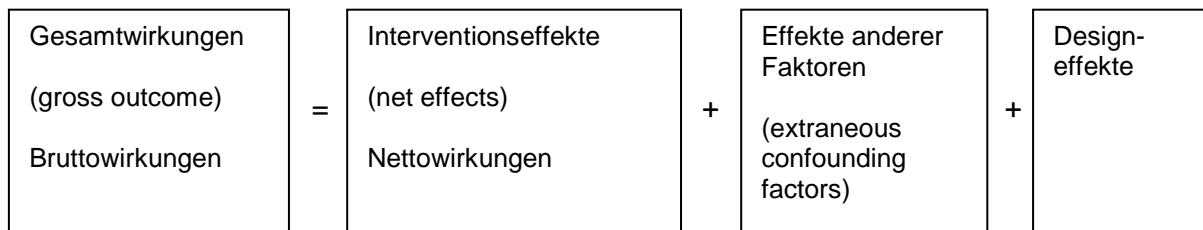
(Stockmann 2006: 103)

Grundsätzlich geht es bei einer Wirkungsevaluation darum, die Veränderungen, die aus den Leistungen eines Programms resultieren, zu überprüfen und die Frage danach, warum und wie es zu den Veränderungen gekommen ist, zu beantworten (Reade 2008: 3). Die einzelnen Maßnahmen eines Programms, die exogenen Einflüsse, die ebenfalls auf die Wirkungen der Maßnahmen Einfluss nehmen können, sowie das Wirkungsfeld mit all seinen intendierten und unbeabsichtigten Effekten müssen genau erfasst werden. Dann muss beurteilt werden, welche Wirkungen der Maßnahme zuzuordnen sind und welche Effekte aus exogenen Einflüssen resultieren: Alle Wirkungen, die nach einer Intervention auftreten (Bruttowirkungen) müssen von den Wirkungen, die allein auf die Intervention zurückzuführen sind (Nettowirkungen), differenziert werden, „d.h. in dem Geflecht von beobachteten Wirkungen sind differenzierte Ursachenzuschreibungen vorzunehmen“ (Stockmann 2006: 105). Dies gestaltet sich als eine sehr schwierige Aufgabe, da Wirkungen und Wirkungswege einer hohen Komplexität unterliegen und die meisten soziale Phänomene von vielfältigen Einflüssen geprägt sind. (Kromrey 2001: 119 f.) (Stockmann 2006: 104f.) Zusätzlich spielen Effekte anderer Faktoren („Extraneous

confounding Factors“) sowie Design–Effekte eine Rolle. Effekte anderer Faktoren treten, bedingt durch andere Faktoren, zusätzlich und unabhängig von der Intervention auf. Design-Effekte sind Fehler, wie z.B. Messfehler, die im Prozess der Evaluation auftreten können. (Stockmann 2006: 105)

Abbildung 7 gibt einen Überblick über diese sogenannte Wirkungsgleichung:

Abbildung 7: Wirkungsgleichung



(Stockmann 2006: 105)

Die Interventionseffekte müssen von den Gesamtwirkungen sowie den Effekten anderer Faktoren und Designeffekten getrennt werden, um Aufschluss über die Wirkungen zu erhalten, die alleine auf die Intervention zurückzuführen sind und somit kausale, differenzierte Ursachenzuschreibungen vornehmen zu können. Hierfür sollte ein theoretisches Modell, in welchem Zusammenhänge detailliert dargestellt werden und explizit beschrieben wird „was für eine Maßnahme *wie* (mit welchen Ressourcen, Aktivitäten und in welchem Kontext), *für wen*, *wozu* (mit welchem übergeordneten Ziel) und *warum* (Wirkungshypothesen) erreicht werden soll“ (Caspari & Barbu 2008: 18), aufgestellt werden. (Reade 2008: 8f.) (Stockmann 2006: 112)

In diesem Wirkungsmodell spielen die Indikatoren eine zentrale Rolle. Die in den Hypothesen für das Wirkungsmodell vermuteten Zusammenhänge können mithilfe dieser Indikatoren kontrolliert werden. Sie fungieren als Kenngrößen, welche Informationen über komplexe, nicht direkt messbare Sachverhalte liefern und dabei „Unterschiede und Gemeinsamkeiten verschiedener Objekte auf einem gemeinsamen Vergleichsmaßstab (Skala) mit mindestens zwei verschiedenen Ausprägungen (Skalenwert) anzeigen“ (Meyer 2004: 13). Sie zeigen woran das Stattfinden einer geplanten Veränderung beobachtet oder gemessen werden kann und liefern somit indirekt Hinweise auf die Wirksamkeit und Qualität von Programmen. Durch den Abgleich der gewonnenen Informationen mit beispielsweise früheren Messwerten oder vorab bestimmten Zielwerten kann eine Bewertung der Informationen erfolgen. Die Indikatoren eines Modells können in vier Kategorien klassifiziert werden: Input, Output, Outcome und Impact.

- Inputindikatoren stellen die eingesetzten Ressourcen und Aktivitäten im Rahmen eines Programms dar (d.h. die Struktur und Ausgestaltung eines Mentoring-Programms)

- Outputindikatoren bilden die direkten Ergebnisse der Maßnahmen innerhalb eines Programms ab (d.h. die Beteiligung an einzelnen Aktivitäten und deren Durchführungsqualität)
- Outcomeindikatoren messen alle auf die Maßnahmen zurückzuführenden direkten Wirkungen (→ Nettowirkungen)
- Impactindikatoren fokussieren auf die langfristige Wirkungen und Nachhaltigkeit der erreichten Veränderungen und berücksichtigen dabei alle auftretenden Wirkungen (→ Bruttowirkungen).

(Meyer 2004: 5ff.) (Reade 2008: 5) (Stockmann 2006: 225)

Das Wirkungsmodell bedarf im Verlauf des Projekts einer stetigen Überprüfung und Reflexion, z.B. mit Hilfe von Teilnehmenden der Mentoring-Programme sowie weiteren Stakeholdern, wie etwa den Programmkoordinatorinnen und Programmkoordinatoren (Caspari & Barbu 2008: 19).

Tabelle 5 stellt die einzelnen Aktivitäten nach den Wirkungsebenen Input und Output und die für dessen Messung geeigneten Indikatoren dar. Des Weiteren wird angegeben, wie, wann und durch wen diese Informationen gesammelt werden (Quelle) und welche Annahmen erfüllt sein müssen, damit durch die Inputs der jeweilige Output erreicht wird (Wirkungshypothese). (Caspari & Barbu 2008: 19) (European Commission 2004: 58)

Tabelle 5: Input-Output Wirkungsmodell

Wirkungsebene	Aktivitäten	Indikatoren	Quelle	Annahme/Hypothese
Output → Die Beteiligung an einzelnen Aktivitäten und deren Durchführungsqualität	- Mentoring-partnerschaft (One-to-One, Peer, Gruppen, männlich, weiblich, Kontakt zu Führungsfrauen mit Kindern) - Fortbildungen zur Kompetenzerweiterung	- Zufriedenheit der Teilnehmenden mit den Programminhalten und der Programmstruktur - Beteiligung an einzelnen Aktivitäten - Feedback der MentorInnen	- Dokumentation der Beteiligung an Aktivitäten - Zufriedenheit mit dem Programm (Vorher (t0), Nachher (t1) - Befragung)	Hohe Beteiligung an den einzelnen Aktivitäten und deren gute Qualität trägt zum Outcome bei

Input → Struktur und Ausgestaltung des Mentoring-Programms	- Bedarfsanalyse - Konzeption - Einsatz von Ressourcen (personell, finanziell)	- Finanz- und Zeitplan - Personal (Qualifikation, Geschlecht) - Referent_innen (Qualifikation, Geschlecht) - Beschäftigungs-Bedingungen	Programm-dokumentation	Ein gutes Konzept mit sinnvollem, passendem und ausreichendem Einsatz von Ressourcen trägt zum Output bei
--	--	--	------------------------	---

(Eigene Darstellung)

Nach der Auseinandersetzung mit der Fragestellung und den Zielen der Untersuchung in Kapitel 3.2 wird in Kapitel 3.3 das Wirkungsmodell mit Fokus auf Outcome und Impact, welches für die Evaluation der Wirksamkeit von Mentoring-Programmen in Hinblick auf die Work-Life-Balance von in Forschung und Wissenschaft tätigen Ärztinnen an Universitätsklinikum zugrunde gelegt wird, vorgestellt.

3.2 Fragestellung und Ziele der Untersuchung

In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung eines Instruments, welches die Wirksamkeit von Mentoring-Programmen in Hinblick auf die Work-Life-Balance von in Forschung und Wissenschaft tätigen Ärztinnen an Universitätsklinikum messen soll, beschrieben. Dabei wird folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie empfinden in Forschung und Wissenschaft tätige Ärztinnen ihre Situation in Bezug auf Karriere, Privatleben und Work-Life-Balance?
- Wie gestalten sich die Karrierewege und Verläufe im Familien- und Privatleben bei wissenschaftlich tätigen Ärztinnen, die an einem Mentoring Programm teilgenommen haben, im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten, die dies nicht getan haben?
- Ist eine wissenschaftliche Karriere als Ärztin mit einem zufriedenstellenden Familien- und Privatleben möglich? Und wenn ja, wie?
- Welchen Einfluss haben Mentoring-Programme auf in Forschung und Wissenschaft tätige Ärztinnen?

- Inwiefern sind Mentoring-Programme für Ärztinnen an Universitätskliniken hilfreich für die Karriere und Work-Life-Balance?

In erster Linie geht es somit darum, herauszufinden, ob es für die Frauen möglich ist Karriere zu machen und gleichzeitig ein gesundes, glückliches Familien- und Privatleben zu führen (Work-Life-Balance) und inwiefern das Mentoring Programm hierzu beiträgt bzw. beigetragen hat.

Die folgenden Ziele werden im Rahmen dieser Untersuchung verfolgt:

Förderung von Frauen in der Universitätsmedizin:

- Mittels der Ergebnisse der Untersuchung sollen Ärztinnen an Universitätsklinika gezielter bei einer gelungenen Work-Life-Balance unterstützt werden.
- Anhand der gewonnenen Erkenntnisse sollen Empfehlungen für eine nachhaltige Förderung von Ärztinnen in der Universitätsmedizin gegeben werden.
- Vertikal: Langfristig soll der Frauenanteil in den Spitzenpositionen der Universitätsmedizin nachhaltig erhöht werden.
- Horizontal: Es soll dazu beigetragen werden, dass Frauen auch in den prestigereicheren und einkommensstarken Fachgebieten stärker vertreten sind.

Qualitätssicherung von Mentoring-Programmen:

- Durch die Untersuchung soll die Qualität und stetige Anpassung/Verbesserung von Mentoring-Programmen an Universitätsklinika gewährleistet werden.

3.3 Instrument und Wirkungsmodell

Durch die Entwicklung und den Einsatz eines Instruments, das Wirkungen bei Ärztinnen in Bezug auf Wissen, messbare Einstellungen und für Karriere und Work-Life-Balance (Karriereverlauf, wissenschaftliche Produktivität, ärztliche Funktion, Kind/er, Partnerschaft/Dual Career, gesellschaftliche Teilhabe) relevantes selbst berichtetes Verhalten im Verlauf der Zeit untersucht, soll eine Wirkungsevaluation durch kurz- und mittelfristige Effektmessung mit dem Potenzial einer langfristigen Validierung durchgeführt werden. Angelehnt an die „Zieldimensionen der Karriereplanung“ von Färber und Riedler (2011), soll dabei auf die vier wichtigen Dimensionen „Wissenschaft“, „Beruf/Praxis“, „Familie/Soziales Netz“ und „Ich“, abgezielt werden. Im Fokus stehen hierbei die eigene Wahrnehmung und Selbsteinschätzung, persönliche Einstellungen, das Wissen sowie der tatsächliche Stand im Beruf und im Privat/Familienleben (biographische Entwicklung). Übergeordnet zu den vier Dimensionen, aufbauend auf das Work-Life-Balance Cluster aus Kapitel 2.2, werden im Fragebogen auch Daten zu messbaren Variablen bezüglich beruflicher Selbstwirksamkeit, Copingverhalten, Lebenszufriedenheit und des empfundenen Sinns erhoben.

Auf die Themenbereiche und die einzelnen Skalen wird in Kapitel 4.1.1 „Dimensionen/Themenbereiche“ näher eingegangen.

Da es sich bei der Anwendung des Fragebogens um eine Wirkungsevaluation handelt, ist bei einem geeigneten Design für die Studie zu berücksichtigen, dass ein Vergleich mit einer anderen Gruppe stattfinden muss, um auf Wirkungen schließen zu können (Reade 2008: 10f.). Der Fragebogen wird somit nicht nur auf die Zielgruppe von Ärztinnen, die an einem Mentoring-Programm teilgenommen haben, angewendet, sondern auch auf eine Kontrollgruppe von Ärztinnen und auch Ärzten, die nicht an einem Mentoring-Programm teilgenommen haben. Die Messung findet in regelmäßigen Abständen im Verlauf mehrerer Jahre statt.

Um den Zugang zum Fragebogen zu erleichtern und auch die Dauer des Ausfüllens zu optimieren, soll der Fragebogen auf einer Online-Plattform zur Verfügung gestellt werden. Die einzelnen TeilnehmerInnen können sich mit einem ihnen zugeteilten Zugangsschlüssel für die Befragung anmelden, um somit anonym an der Befragung teilnehmen zu können. Der online zur Verfügung gestellte Fragebogen soll so programmiert werden, dass Fragen gefiltert werden, die nicht (mehr) gestellt müssen. Dazu gehören Fragen wie z.B. die nach der Promotion. Wenn bereits in einer Welle angegeben wird, dass die/der Befragte promoviert ist, so wird diese Frage für die folgenden Wellen ausgeblendet.

Durch die bei den Individuen wiederholte Messung im Verlauf der Zeit können Veränderungen nachhaltig dokumentiert werden und neben dem Fokus auf das Outcome (z.B. Selbstwirksamkeit, Coping Verhalten) wird bei der Anwendung des Fragebogens zudem auch langfristig auf den Impact (z.B. mehr Ärztinnen in Führungspositionen in der Universitätsmedizin) abgezielt. Bei diesen übergeordneten Zielen können jedoch Confounder, wie gesellschaftliche Veränderungen (z.B. Fachkräftemangel) und gesetzlichen Voraussetzungen/Veränderungen, auftreten, die falsche Rückschlüsse auf den Impact von Mentoring-Programmen zulassen können.

Der Fokus des Instruments liegt somit auf dem Outcome, welcher in einer Panelbefragung von Individuen ermittelt werden soll. Auf das Studiendesign wird in Kapitel 4.2. genauer eingegangen.

Tabelle 6 zeigt das Wirkungsmodell, anhand der Wirkungsebenen Outcome und Impact.

Tabelle 6: Outcome-Impact Wirkungsmodell

Wirkungsebene	Indikatoren	Quelle	Annahme/Hypothese
<p>Impact</p> <p>→ Längerfristige Effekte und Beitrag des Programms zu den übergeordneten Zielen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vertikale Segregation: Frauenanteil in Spitzen- und Führungspositionen in der Universitätsmedizin - Horizontale Segregation: Frauenanteil in den prestigeträchtigen Fachbereichen in der Universitätsmedizin - Soziodemographie von Ärztinnen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kinderanzahl ➤ Feste Partnerschaft 	<ul style="list-style-type: none"> - Individualebene: Panelbefragung mit Vergleichsgruppe (t0,t1,t2..tn) - Statistisches Bundesamt - BMBF - BMG 	<p>Langfristige Wirkungen eines Mentoring-Programms für Ärztinnen in der Universitätsmedizin sind die Verbesserung der vertikalen und horizontalen Segregation sowie die Verbesserung der Situation von Ärztinnen auf der Individualebene</p>
<p>Outcome</p> <p>→ Direkter Nutzen und Effekte für die Teilnehmenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen, Einstellungen, selbstberichtetes Verhalten: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Berufliche Selbstwirksamkeit ➤ Copingverhalten ➤ Zufriedenheit mit Arbeit und Leben ➤ Ziele ➤ Kompetenzen ➤ Belastungen ➤ Sinn - Biographische Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> ➤ Karriereverlauf (Beruf/Praxis, Wissenschaft) ➤ Verlauf des Privatlebens (Familie/Soziales Netz, Ich) 	<p>Panelbefragung mit Vergleichsgruppe (t0,t1,t2..tn) angewendet auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - verschiedene Mentoring-Programme - gleichgeschlechtlich/ gemischtgeschlechtlich - Medizin und andere Wissenschaften 	<p>Verbesserung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beruflicher Selbstwirksamkeit - Copingverhalten - Zufriedenheit mit Arbeit und Leben - Kompetenzen - Belastungen, - Gefühl der Sinnhaftigkeit, das Setzen von konkreten Zielen und eine positive Entwicklung von - Karriereverlauf - Privatleben (biographische Entwicklung) führt zu Impact

(Eigene Darstellung)

4 Methodik

In diesem Kapitel werden die Inhalte, die bisherige Arbeit und der Aufbau des Fragebogens sowie das Studiendesign und die Stichprobe vorgestellt.

4.1 Konstruktion des Fragebogens

In dem Projekt „Gender in Leadership in Science and Medicine“ im Rahmen des Masterstudiengangs Health Sciences an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften arbeiteten bereits mehrere Masterstudentinnen in Forschungsarbeiten an der Entwicklung eines Fragebogens, welcher die Wirksamkeit des Programms „Förderung und Unterstützung von Wissenschaftlerinnen in der wirtschaftsnahen außeruniversitären Forschung des Landes Baden-Württemberg“ messen sollte (Färber et al. 2011).

Dieser Fragebogen wurde auch im Rahmen des Mentoring-Programms „Mentoring med“ für Ärztinnen, Postdoktorandinnen und Habilitandinnen des Universitätsklinikums Würzburg, eingesetzt und stetig weiter entwickelt.

In Kapitel 4.1.1 werden alle eingesetzten Dimensionen und Themenbereiche vorgestellt, während in Kapitel 4.1.2 auf die bisherige Arbeit und die Entwicklung des Fragebogens sowie die Testung der Skalen eingegangen wird. Kapitel 4.1.3 zeigt Aufbau und Inhalt des finalen Fragebogens, welcher im Rahmen dieser Arbeit entwickelt wurde.

4.1.1 Dimensionen/Themenbereiche

Wie in Kapitel 2.2. thematisiert, bedarf es einer geeigneten Operationalisierung der Faktoren, die bei der Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin eine Rolle spielen. Neben soziodemographischen Fragen, die auf die vier Zieldimensionen der Karriereplanung (Wissenschaft, Beruf/Praxis, Familie/Soziales Netz, Ich) für Ärztinnen in der Universitätsmedizin abzielen, sollen auch Fragebatterien, welche das Wissen, die Einstellungen und das selbstberichtete Verhalten der Befragten messen, in den Fragebogen integriert werden. Angelehnt an das in Kapitel 2.2. vorgestellte Cluster sollen, übergeordnet zu den vier Dimensionen, die berufliche Selbstwirksamkeit, das aktive Copingverhalten, die Lebenszufriedenheit und der empfundene Sinn im Berufs- und Privatleben der Teilnehmenden abgefragt werden. Auch Informationen zu Verteilung und Nutzung der Ressource „Zeit“ können in Bezug auf die Work-Life-Balance wichtige Informationen liefern.

Der Fragebogen beginnt mit einigen Einleitungsfragen, die sich eher allgemein auf das Thema von Frauen in Wissenschaft und Medizin beziehen. Dazu gehören offene Fragen zu Faktoren, die eine Karriere für Frauen hemmen bzw. fördern, Fragen zu den Möglichkeiten, die Frauen in Wissenschaft und Medizin haben sowie Faktoren, die für

eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin in Universitätsklinik eine Rolle spielen. Durch diese ersten Fragen soll ein leichter Einstieg in das Thema ermöglicht werden. Sie entstammen den Fragebögen, die im Rahmen des Forschungsprojekts „Gender in Leadership in Science and Medicine“ auch für die Evaluation des Mentoring-Programms in Würzburg eingesetzt wurden.

Für die Untersuchung der beruflichen Selbstwirksamkeit wird die Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit nach Schyns und Collani (2002, 2009) eingesetzt. Sie besteht aus 19 Aussagen mit der jeweiligen Antwortskala „0 = stimmt überhaupt nicht“ bis „5 = stimmt völlig“. Aus den Angaben wird ein Summenscore¹ berechnet: Dieser beläuft sich von 19 (sehr niedrige wahrgenommene berufliche Selbstwirksamkeit) bis 114 (sehr hohe wahrgenommene berufliche Selbstwirksamkeit). Negativ formulierte Aussagen müssen für die Auswertung umkodiert werden. Diese Skala wird mit fünf Items der Skala zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen von Abele, Stief und Andrä (2000) ergänzt, um die Skala für die spezielle Zielgruppe von Ärztinnen in der Wissenschaft, die ohnehin über eine hohe Selbstwirksamkeit verfügen, zu erweitern (Färber et al. 2011). Durch die zusätzlichen Items kann ein Summenscore von 24 bis 114 berechnet werden.

Das proaktive Copingverhalten wird durch die deutsche Version des „Proactive Coping Inventory“ nach Greenglass, Schwarzer und Taubert (2000) operationalisiert. Dieses misst mit 17 eindimensionalen Items, ob potenzielle Probleme antizipiert und Lösungen vorbereitet werden. Die Aussagen können hier ebenso auf der Skala von „0 = stimmt überhaupt nicht“ bis „5 = stimmt völlig“ bewertet werden. Auch hier wird ein Summenscore von 0 (sehr schwach ausgeprägtes Proaktives Copingverhalten) bis 85 (sehr stark ausgeprägtes Copingverhalten) errechnet. Für negative Aussagen ist ebenfalls eine Rekodierung erforderlich.

Das „Proactive Coping Inventory“ und die erweiterte Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit wurden ebenfalls im Projekt „Gender in Leadership in Science and Medicine“ eingesetzt.

Um die Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden im Fragebogen zu untersuchen, wird die deutsche Version der „Satisfaction with Life Scale“ von Diener et al. (1985) genutzt. Diese besteht aus 5 Aussagen, die die allgemeine Lebenszufriedenheit der Befragten erfasst und aus denen für die Auswertung ein Summenscore gebildet wird. Die Antwortmöglichkeiten werden auf einer siebenstufigen Skala (7 = stimme völlig zu, 6 = stimme zu, 5 = stimme eher zu, 4 = weder/noch, 3 = stimme eher nicht zu, 2 = stimme nicht zu, 1 = stimme überhaupt nicht zu) erfasst. Anders als die traditionellen Ziele der Psychologie, eher negative Aspekte, wie z. B. Depressionen zu untersuchen, konzentriert

¹ Variable, die aus den Ergebnissen mehrerer Fragen zusammengestellt wird

sich die „Satisfaction of Life Scale“ auf das subjektiv empfundene Wohlbefinden eines Individuums. (Pavot & Diener 1993) Die Skala wird auch in der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), ein inhaltlich sehr breites Screening-Instrument zur Erfassung psychischer Faktoren bei der Arbeit, eingesetzt. In der deutschen Studie zur Erprobung des „Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)“ erwies sich die deutsche Version der „Satisfaction with Life Scale“ (Glaesmer et al. 2011) als brauchbar. (Nübling et al. 2005)

Um den empfundenen Sinn im Leben der Teilnehmenden zu erfragen, wird die „Sense of Coherence Scale“ nach Antonovsky (1987) eingesetzt. Diese Skala wurde auch bereits im Rahmen der Evaluation des Mentoring-Programms „Mentoring med“ eingesetzt.

Sie dient als Operationalisierung des Kohärenzgefühls, womit ein Gefühl des Vertrauens in die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der inneren und äußeren Umwelt gemeint ist. Antonovsky definierte den Kohärenzsinn als „durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens, dass erstens die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der Inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; zweitens einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen und drittens diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1987: 19). Das Kohärenzgefühl dient somit als wichtige Ressource zur Bewältigung von Anforderungen und Belastungen, für die psychische Gesundheit und thematisiert damit auch das für Ärztinnen relevante Thema des Sinns in ihrem Beruf und im Leben. Die Antworten können anhand einer siebenstufigen Skala gegeben werden. Die Endpunkte der Skala bestehen entweder aus qualitativen Aussagen oder quantitativen Angaben, wie beispielsweise „sehr oft“ bis „selten oder nie“. Die SOC-Skala besitzt mit den drei aus der Theorie abgeleiteten Subskalen „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ eine dreidimensionale Struktur, dessen Komponenten untrennbar miteinander verflochten sind („inextricably intertwined“, Antonovsky 1987: 86). In empirischen Studien ließ sich die theoretische Skalenstruktur faktorenanalytisch jedoch nicht ausreichend replizieren. Auch aufgrund der hohen negativen Korrelation mit Skalen, die Ängstlichkeit, Depressivität, Neurotizismus oder negative Affektivität messen, ist an dem Konstrukt und der SOC-Skala Kritik geübt worden. (Hannöver et al. 2004) (Singer & Brähler 2007: 21) Die Brauchbarkeit dieser Skala für die Zielgruppe von hochqualifizierten Frauen in der Universitätsmedizin sollte zukünftig in weiteren Tests erprobt werden. Im Fragebogen wird die Langversion mit insgesamt 29 Items in den Fragebogen integriert. Für die Auswertung wird auch hier die Bildung eines Gesamtscores über alle Items empfohlen.

Zusätzlich werden Items aus dem „Lebensbalance-Test“ von Peseschkian (2003) zur Selbsteinschätzung bezüglich Sinn und Werte in die Dimensionen „Familie/Soziales Netz“ und „Ich“ passend in den Fragebogen integriert. Die Aussagen können anhand der Antwortmöglichkeiten „fast immer“, „häufig“, „fast nie“ beantwortet werden.

Neben den psychologischen Faktoren spielt der Faktor Zeit und die Zeitverwendung bei der Untersuchung der Work-Life-Balance eine wichtige Rolle. 2001/02 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch das statistische Bundesamt eine Zeitbudgeterhebung in Deutschland durchgeführt. Dabei wurde die Zeitverwendung der Teilnehmenden für Aspekte wie z. B. „Erwerbstätigkeit, Qualifikation, Bildung“, „Kinderbetreuung“ oder „Sport, Hobbys Massenmedien“ pro Tag in Stunden und Minuten erfasst (Statistisches Bundesamt 2014). In Anlehnung an diese Zeitbudgeterhebung wird auch im Fragebogen zur Messung der Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin das Zeitkontingent der Befragten ermittelt. Um die Erfassung zu vereinfachen, wird nach einer gewöhnlichen Woche und den über diese Woche verteilten Stunden je Tätigkeit gefragt. Die Tätigkeiten lassen sich, passend für die Zielgruppe, aufteilen in „Erwerbstätigkeit/Ärztliche Tätigkeit“, „Forschung“, „Kinderbetreuung“, „Körperpflege“, „Qualifikation/Weiterbildung“, „Schlafen“, „Sonstige unbezahlte Arbeit (Hausarbeit/Pflege von Verwandten, etc.)“, „Sport, Hobbys, Massenmedien“, „Soziales Leben und Unterhaltung/Kultur“, „Weg zur Arbeit“ und „Zubereitung und Verzehr von Essen“.

Bezüglich der eigenen Karriere werden Items zur Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen aus den Fragebögen, die im Projekt „Gender in Leadership in Science and Medicine“ in Stuttgart und Würzburg eingesetzt wurden, in die vier Blöcke „Eigene Karrierebedingungen“, „Eigene Kompetenzen“, „Zukünftige Möglichkeiten“ und „Karriereziele“ aufgeteilt. Die Antworten können auf der fünfstufigen Skala von „0 = stimmt überhaupt nicht“ bis „5 = stimmt völlig“ angegeben werden.

Um die Arbeitsbelastung zu messen und abzubilden wird das „Effort-Reward-Imbalance Modell (ERI)“ von Siegrist (1996) im Fragebogen eingesetzt. Dieses besteht aus drei psychometrischen Skalen: Verausgabung („Effort“), Belohnung („Reward“) und Übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft („Overcommitment“) und misst das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Ressourcen. In jedem der drei Bereiche werden auch hier Summen aus den Antworten berechnet. Negative Aussagen müssen dementsprechend umkodiert werden. Die Antworten können auf der vierstufigen Skala „1 = stimme gar nicht zu“, „2 = stimme nicht zu“, „3 = stimme zu“ bis „4 = stimme voll zu“ angegeben werden. Das Verhältnis von „Effort“ und „Reward“ sollte ausgeglichen sein. Dies trifft ein, wenn der Quotient >1 ist. Bei Werten >1 ist das Verhältnis von beruflichem Engagement und erhaltener Belohnung bzw. Anerkennung ungünstig. Das „Effort-

Reward-Imbalance-Modell“ besteht in einer Langform (ERI-L) mit 16 likert-skalierten “Effort” und “Reward” sowie sechs likert-skalierten “Overcommitment“-Items und einer Kurzversion (ERI-S) mit 10 “Effort” und “Reward” sowie sechs “Overcommitment” Items. (Siegrist & Montano 2013) Für den erstellten Fragebogen wurde die Kurzform mit insgesamt 16 Items verwendet.

Für die Messung der Arbeitszufriedenheit wird im Fragebogen die Skala zur Arbeitszufriedenheit aus dem „Copenhagen Psychosocial Questionnaire“ verwendet. Sie besteht aus Fragen zur Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und den Antwortmöglichkeiten „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „unzufrieden“, „sehr unzufrieden“. Diese Skala existiert in einer Langform mit sieben und einer Kurzform mit vier Items. In der deutschen Studie zur Erprobung des „COPSOQ“ erwies sich die Langversion als vorteilhafter und wird demnach auch in den Fragebogen zur Messung der Work-Life-Balance von Frauen in der Universitätsmedizin integriert (Nübling et al. 2005).

In den Bereichen „Beruf/Praxis“, „Wissenschaft“ und „Familie/Soziales Netz“ wird zusätzlich zu den Angaben zur biographischen Entwicklung und der Soziodemographie die Frage nach Überlastung in dem jeweiligen Bereich sowie dem Gedanken daran, etwas in diesem Bereich aufzugeben, gestellt (Antwortmöglichkeiten: „Nie“, „Einige Male im Jahr“, „Einige Male im Monat“, „Einige Male in der Woche“, „Jeden Tag“, „Trifft nicht zu“). Zwar wird mit den vielfältigen Fragen und Skalen im ganzen Fragebogen auf die Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin abgezielt, jedoch bietet sich mit der „Trierer Kurzsкала zur Messung der Work-Life-Balance“ nach Syrek et al. (2011) die Möglichkeit, noch einmal gezielt nach der empfundenen Work-Life-Balance zu fragen. Diese vermittelt mit fünf Aussagen einen globalen, richtungsfreien Eindruck der Work-Life-Balance. Die Antworten können auf einer sechsstufigen Skala von „1 = stimmt gar nicht“ bis „6 = stimmt genau“ angegeben werden.

Alle vorab beschriebenen Fragen und Skalen werden in der finalen Version des Fragebogens zur Evaluation der Wirksamkeit von Mentoring-Programmen in Hinblick auf die Work-Life-Balance von in Wissenschaft und Forschung tätigen Ärztinnen an Universitätsklinikum eingesetzt. Welche Fragen und Skalen in den bisherigen Arbeiten bereits eingesetzt und getestet wurden, wird in Kapitel 4.1.2 beschrieben.

4.1.2 Skalenkonstruktion und Testung

Der ursprüngliche Fragebogen, der für das Projekt in Baden-Württemberg (Stuttgart) und das Mentoring-Programm in Würzburg in den Jahren 2010 und 2011 eingesetzt wurde, bestand aus folgenden Frageblöcken und war wie folgt aufgebaut:

Tabelle 7: Fragebogenaufbau Stuttgart und Würzburg (2010/11)

Fragen / Skalen	Anzahl der Items	Stuttgart	Würzburg
Karrierefragen			
Faktoren, die die Karriere ermöglichen und hemmen	2 offene Fragen	x	x
Beurteilung der Möglichkeiten eines Übergangs (außeruniversitären Forschung → freie Wirtschaft)	1	x	-
Beurteilung der Möglichkeiten eines Übergangs (Universitätsklinik → weitere wissenschaftliche Karriere) für Frauen	1	-	x
Beurteilung der Möglichkeiten eines Übergangs (Universitätsklinik → weitere ärztliche Karriere) für Frauen	1	-	x
Faktoren für eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin	15	x	x
Aspekte bei der Gleichstellungspolitik für die Karriere von Frauen	5	x	x
Aspekte bei der Vereinbarkeit von Familie und wissenschaftlicher Karriere für die Karriere von Frauen	5	x	x
Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen	14 bzw. 20	x (14)	x (20)
Psychologische Skalen			
Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit (Schyns & Collani 2009)	19	x	x
Skala zum proaktiven Coping (Greenglass, Schwarzer, Taubert 2000)	17	x	x
Fragen zum Mentoring-Programm			
Nur t0: Fragen zur bisherigen Teilnahme an Mentoring-Programmen und Fortbildungen für Frauen	2	x	x
Nur t0: Erwartungen an das Mentoring-Programm	11	x	x
Nur t1: Bewertung der Konzentration des Programms auf die Zielgruppe Frauen	8	x	x
Nur t1: Erwartungen an das Mentoring-Programm	12	x	x
Soziodemographie			
Fragen zur beruflichen Situation	8	x	x
Fragen zum Familienstand	1	x	x
Fragen zu Kindern	3	x	x

(Eigene Darstellung)

In den folgenden für „Mentoring med“ in Würzburg (2012/13) eingesetzten Fragebögen wurden einige Items ergänzt:

- Im Frageblock zur Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen wurden 15 Items hinzugefügt.
- Die Skala zur beruflichen Selbstwirksamkeit von Schyns und Collani wurde mit 5 Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit von Abele (2000) ergänzt.
- Zur Erfassung der empfundenen Sinnhaftigkeit wurde die „Sense of Coherence Scale“ von Antonovsky (1987) in der Vollversion mit 29 Items in den Fragebogen integriert.

Für die Fragebogenversion, die Ende 2013 in Würzburg eingesetzt wurde, wurden die ursprünglich zusammenhängenden 35 Items zu den eigenen Karrierevoraussetzungen in die vier Blöcke „Karrierebedingungen“, „Eigene Kompetenzen“, „Karrieremöglichkeiten“ und „Karriereziele“ aufgeteilt, um die Länge dieser Batterie optisch und auch thematisch zu entzerren.

Zudem wurde zur Erfassung der Arbeitsbelastung das Effort-Reward-Imbalance-Modell nach Siegrist (1996) in den Fragebogen integriert.

Insgesamt lagen für die Testung der Skalen und Items t0 Messungen, vor Start des Programms, von drei unterschiedlichen Kohorten (2010 – 2013) des „Mentoring med“ Programms in Würzburg vor (n = 37). Da im Programm „Mentoring med“ auch Naturwissenschaftlerinnen aus der Universitätsmedizin teilnehmen, die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit aber aus Ärztinnen besteht, wurden die Daten von Naturwissenschaftlerinnen nicht mit in die Stichprobe einbezogen. Die Stichprobe diente als Grundlage für die Analyse der einzelnen Items, um deren Eignung für die Untersuchung zu bewerten und ggfs. unpassende Items aus dem Fragebogen zu entfernen.

Für die Analyse lagen Daten zu folgenden Skalen und Einzelitems vor:

- 1.) Beurteilung der Möglichkeiten eines Übergangs (Universitätsklinik → weitere wissenschaftliche Karriere) für Frauen (Einzelitem)
- 2.) Beurteilung der Möglichkeiten eines Übergangs (Universitätsklinik → weitere ärztliche Karriere) für Frauen (Einzelitem)
- 3.) Faktoren für eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin (15 Items)
- 4.) Aspekte bei der Gleichstellungspolitik für die Karriere von Frauen (5 Items)
- 5.) Aspekte bei der Vereinbarkeit von Familie und wissenschaftlicher Karriere für die Karriere von Frauen (5 Items)
- 6.) Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen (35 Items) unterteilt in die vier Bereiche a) „Eigene Karrierebedingungen“ (8 Items), b) „Eigene Kompetenzen“ (11 Items), c) „Zukünftige Möglichkeiten“ (5 Items) und d) „Karriereziele“ (11 Items)

7.) Berufliche Selbstwirksamkeit (24 Items)

8.) Proaktives Coping (17 Items)

9.) Sense of Coherence Scale (29 Items)

Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 21 ausgewertet. Zwar lagen Daten von drei Kohorten des Programms vor, da der Fragebogen mit der Zeit aber stetig überarbeitet wurde, konnten für später ergänzte Items zur „Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen“, den fünf zusätzlichen Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit von Abele, Stieg und Andrä (2000) und der „Sense of Coherence Scale“ lediglich Daten von zwei Kohorten für die Berechnung genutzt werden.

Zunächst wurden Häufigkeitstabellen und Histogramme der einzelnen Items erstellt, um eine erste Bewertung der Items vorzunehmen. Wenn ein Item nicht differenziert, d.h. wenn fast alle Befragten lediglich eine Antwortkategorie ankreuzen, ist dieses methodisch wenig ergiebig. Dies ist beispielsweise der Fall wenn die Mehrzahl der Bewertungen auf der niedrigsten oder höchsten möglichen Kategorie (z.B. „stimmt überhaupt nicht“ oder „stimmt völlig“) kumuliert. Ein Grund für diese Boden- bzw. Deckeneffekte kann, neben ungünstig gestellten Fragen oder unvollständigen bzw. ungünstig gestellten Antwortkategorien, die schiefe Meinungsverteilung in der untersuchten Population sein. (Nübling et al. 2005: 24f.) Ärztinnen in der Universitätsmedizin verfügen beispielsweise ohnehin über eine hohe Selbstwirksamkeit (Färber et al. 2011). Items mit einem solchen „Deckeneffekt“ sind aufgrund ihrer geringen Streuung kaum aussagkräftig

Des Weiteren wurden deskriptive Statistiken erstellt, um die Itemschwierigkeit zu berechnen. Nach Bortz und Döring (2005) wird die Itemschwierigkeit durch „einen Index gekennzeichnet, der dem Anteil derjenigen Personen entspricht, die das Item richtig lösen oder bejahen“ (Bortz & Döring 2005: 218). Die Verteilung der Werte wird durch die Itemschwierigkeiten maßgeblich beeinflusst. Wenn nur wenige Probandinnen und Probanden das Item bejahen bzw. zustimmen, so ist es einfach; leichte Items werden wiederum von fast allen bejaht bzw. zugestimmt. Berechnet wird die Itemschwierigkeit indem die tatsächliche Summe der erreichten Punkte durch die theoretisch maximal erreichbare Punktsomme des Items dividiert wird. Im vorliegenden Beispiel wird bei der Skala von „0 = stimmt überhaupt nicht“ bis „5 = stimmt völlig“ die maximale Antwortkategorie „5“ mit der Anzahl der Stichprobe ($n = 37$) multipliziert. Dieser Wert (185) entspricht den maximal zu erreichenden Punkten. Dann wird aus dem Maximalwert und der tatsächlich gefundenen Punktsomme der Quotient gebildet, welcher einen Wertebereich zwischen 0 (schwerstes Item) und 1 (leichtestes Item) annehmen kann. Liegt die Summe der empirischen Werte z.B. bei 120, so ergibt sich ein Schwierigkeitsindex von $p = 120/185 = 0,649$, was für eine recht breite Schwierigkeitsstreuung des Items spricht. Die Schwierigkeitsstreuung eines Items sollte

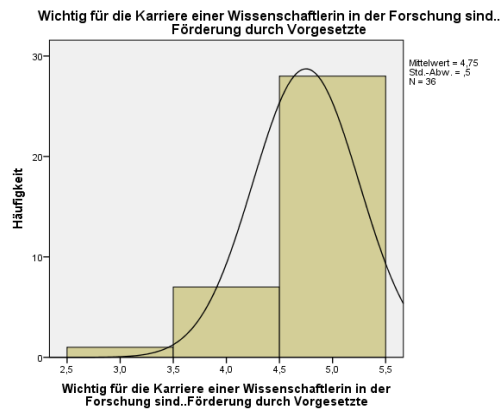
möglichst breit sein. Bevorzugt werden Itemschwierigkeiten im mittleren Bereich, zwischen 0,2 und 0,8. Extrem schwierige oder extrem leichte Items liefern durch ihre schlechte Differenzierung wenig Informationen und sollte überarbeitet bzw. aus dem Fragebogen entfernt werden. (Bortz & Döring 2005: 218)

Im Folgenden wird auf die Häufigkeitsverteilungen und die Itemschwierigkeiten der Items eingegangen. Die Berechnungen dienen dazu, ungeeignete Items aus dem Fragebogen zu entfernen. Aus Platzgründen werden nur einige der Histogramme beispielhaft dargestellt.

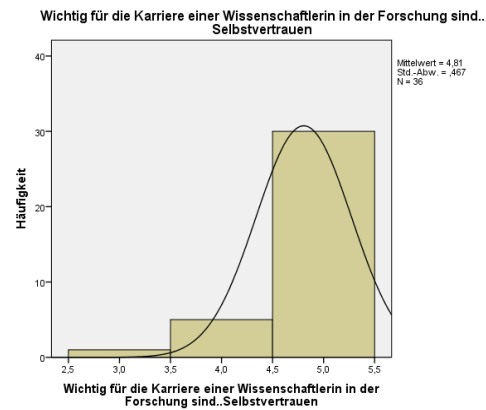
- 1.) Bei dem Einzelitem „Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0 – 5 die Möglichkeiten eines Übergangs an der Universitätsklinik vom wissenschaftlichen Mittelbau und von stationsärztlichen Diensten in eine weitere wissenschaftliche Karriere für Frauen“ hatten die Befragten die Möglichkeit von „0 = sehr schlecht“ bis „5 = sehr gut“ zu antworten. Die Häufigkeitsanalyse zeigte, dass sich die Antworten gut verteilen, es wurden Werte zwischen 0 und 4 angenommen, fast der gesamte Skalenbereich wurde genutzt. Der Mittelwert beträgt 2,68. Die Berechnung der Itemschwierigkeit ergab einen Wert von $p = 0,535$, was für eine möglichst breite Schwierigkeitsstreuung spricht.
- 2.) Das Einzelitem „Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0 – 5 die Möglichkeiten eines Übergangs in der Universitätsklinik in eine weitere ärztliche Karriere für Frauen?“ zeigte eine nicht ganz so breite Verteilung, mehr als die Hälfte der Befragten legten sich auf Antwortkategorie 4 fest. Der Mittelwert liegt bei 3,67. Die Itemschwierigkeit ist mit $p = 0,714$ aber noch im mittleren, wünschenswerten Bereich.
- 3.) Faktoren für eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin: Hier konnten Werte von „0 = stimmt überhaupt nicht“ bis „5 = stimmt völlig“ angenommen werden. Die folgenden acht Items wiesen wenig Varianz auf und waren mit Werten über 0,8 auf dem Schwierigkeitsindex extrem leicht:
 - Item 2: „Publikationen“ ($p = 0,911$), (Mittelwert: 4,56)
 - Item 3: „Erfahrung in Forschungsprojekten“ ($p = 0,861$), (Mittelwert: 4,31)
 - Item 5: „Förderung durch Vorgesetzte“ ($p = 0,95$) (Mittelwert: 4,75)
 - Item 6: „Netzwerke“ ($p = 0,855$) (Mittelwert: 4,28)
 - Item 9: „Das eigene Auftreten/Selbstdarstellung“ ($p = 0,917$) (Mittelwert: 4,58)
 - Item 10: „Selbstvertrauen“ ($p = 0,961$) (Mittelwert: 4,81)
 - Item 12: „Leistungsfähigkeit/Einsatzbereitschaft“ ($p = 0,917$) (Mittelwert: 4,58)
 - Item 15: „Vereinbarkeit von Familie und Karriere“ ($p = 0,888$) (Mittelwert: 4,44)

Besonders bei der Förderung durch Vorgesetzte und dem Selbstvertrauen wurde von fast allen Befragten völlig zugestimmt:

Item 5: Förderung durch Vorgesetzte

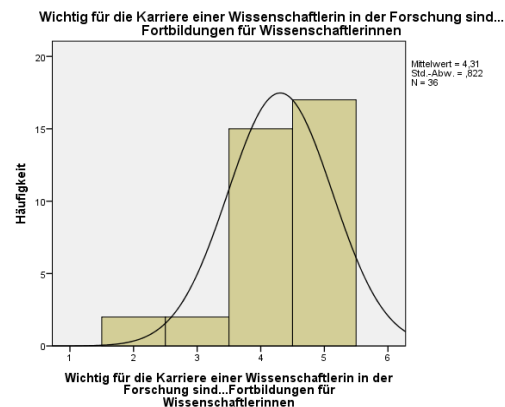


Item 10: Selbstvertrauen



4.) Aspekte bei der Gleichstellungspolitik für die Karriere von Frauen: Auf der gleichen Skala von 0 bis 5 fiel Item 3 „Fortbildungen für Wissenschaftlerinnen“ durch seine einseitige Verteilung auf den Antwortkategorien „4“ und „5 = stimmt völlig“ auf (Mittelwert: 4,31). Mit einer Itemschwierigkeit von $p = 0,861$ ist es das einfachste Item der Batterie.

Item 3: Fortbildungen für Wissenschaftlerinnen



Auch folgende Items erwiesen sich durch die Berechnung der Itemschwierigkeit als sehr leicht. Dass diese Aspekte für die Karriere von Frauen wichtig sind, wird von fast allen Befragten bestätigt:

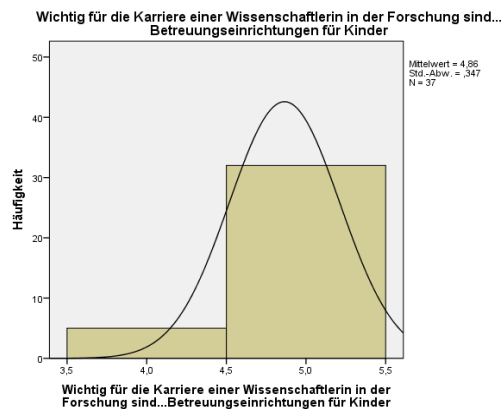
- Item 2: „Stellen oder Stipendien nur für Frauen“ ($p = 0,806$) (Mittelwert: 4,03)
- Item 5: „Anreizsystem für Kliniken, Unternehmen und Forschungseinrichtungen“ ($p = 0,828$) (Mittelwert: 4,14)

5.) Aspekte bei der Vereinbarkeit von Familie und wissenschaftlicher Karriere für die Karriere von Frauen: Auf der Skala von 0 bis 5 wurde von den Befragten bei fast allen Items der Batterie sehr einseitig geantwortet und es kam zu Deckeneffekten:

- Item 1: „Entzerrung der zeitlichen Parallelität von karriererelevanten Qualifikationszeiten und Familiengründung“ ($p = 0,844$) (Mittelwert: 4,22)
- Item 2: „Partnerschaftliche Rollenverteilung“ ($p = 0,806$) (Mittelwert: 4,03)
- Item 4: „Betreuungseinrichtungen für Kinder“ ($p = 0,973$) (Mittelwert: 4,86)
- Item 5: „Flexible Arbeitszeiten“ ($p = 0,957$) (Mittelwert: 4,78)

Am deutlichsten ist dieser Effekt beim Item „Betreuungseinrichtungen für Kinder“ zu erkennen:

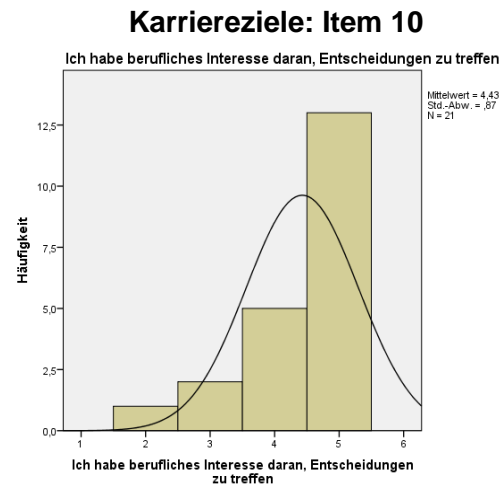
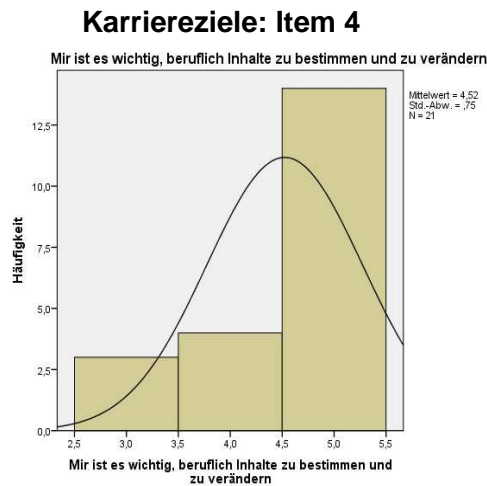
Item 4: Betreuungseinrichtungen für Kinder



6.) Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen: In dieser aus insgesamt 35 Items bestehenden Itembatterie konnten Aussagen ebenfalls anhand der fünfstufigen Skala von 0 bis 5 bewertet werden. Lediglich im Bereich **d) Karriereziele** wiesen vier von 11 Items eine starke Häufung der zustimmenden Antwortkategorien auf. Mit Werten über 0,8 sind sie sehr leicht. Es handelte sich hierbei um folgende Aussagen:

- Item 4: „Mir ist es wichtig, berufliche Inhalte zu bestimmen und zu verändern“ ($p = 0,905$) (Mittelwert: 4,52)
- Item 7: „Ich habe berufliches Interesse daran, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu führen“ ($p = 0,895$) (Mittelwert: 4,48)
- Item 8: „Ich habe berufliches Interesse daran, Verantwortung zu tragen“ ($p = 0,914$) (Mittelwert: 4,57)
- Item 10: „Ich habe berufliches Interesse daran, Entscheidungen zu treffen“ ($p = 0,886$) (Mittelwert: 4,43)

Vor allem die Items 4 und 10 weisen eine sehr einseitige Bewertung auf:



7.) Berufliche Selbstwirksamkeit: Von den 24 Items zur beruflichen Selbstwirksamkeit, für die ebenfalls Antwortkategorien von „0 = stimmt überhaupt nicht“ bis „5 = stimmt völlig“ zu Verfügung standen, kam es bei den negativ formulierten Aussagen zu Bodeneffekten mit Werten unter 0,2 auf dem Schwierigkeitsindex. Lediglich Item 10 und Item 20 waren mit Werten über 0,8 zu leicht. Insgesamt wiesen folgende Items wenig Varianz auf :

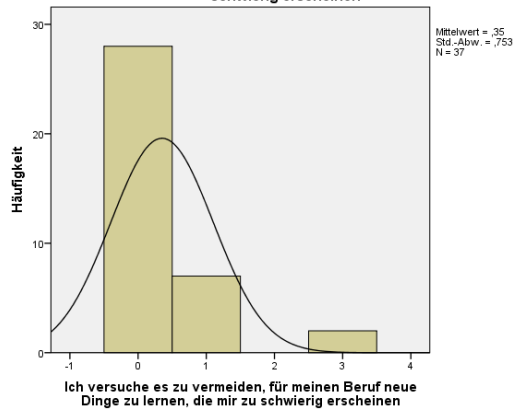
- Item 2: „Wenn ich mir selbst berufliche Ziele setze, erreiche ich diese nur selten“ (p = 0,168) (Mittelwert: 0,84)
- Item 3: „Wenn bei meiner Arbeit unerwartet Probleme auftauchen, kann ich diese schlecht bewältigen“ (p = 0,146) (Mittelwert: 0,73)
- Item 4: „Ich versuche es zu vermeiden, für meinen Beruf neue Dinge zu lernen, die mir zu schwierig erscheinen“ (p = 0,070) (Mittelwert: 0,35)
- Item 8: „Wenn etwas im Beruf nicht so gut läuft, gebe ich leicht auf“ (p = 0,135) (Mittelwert: 0,68)
- Item 9: „Ich scheine nicht in der Lage zu sein, mit den meisten beruflichen Problemen, die auftauchen, umzugehen“ (p = 0,059) (Mittelwert: 0,30)
- Item 10: „Bei meiner Arbeit gelingt mir auch die Lösung von schwierigen Aufgaben, wenn ich mich darum bemühe“ (p = 0,811) (Mittelwert: 4,05)
- Item 20: „Ich weiß genau, dass ich die an den Beruf gestellten Anforderungen erfüllen kann, wenn ich nur will“ (p = 0,838) (Mittelwert: 4,19)
- Item 21: „Ich weiß nicht, ob ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten wirklich habe“ (p = 0,171) (Mittelwert: 0,86)
- Item 22: „Ich weiß nicht, ob ich genügend Interesse für alle mit meinem Beruf verbundenen Anforderungen habe“ (p = 0,114) (Mittelwert: 0,57)
- Item 24: „Ich glaube nicht, dass ich für meinen Beruf so motiviert bin, um große Schwierigkeiten meistern zu können“ (p = 0,086) (Mittelwert: 0,43)

Am deutlichsten wird der Bodeneffekt bei Item 4, während Item 10 recht wenig Varianz aufzeigt:

Berufliche Selbstwirksamkeit:

Item 4

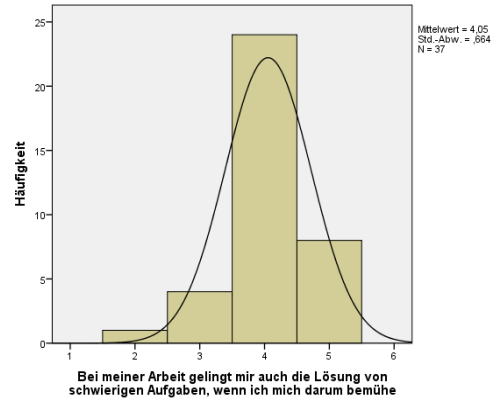
Ich versuche es zu vermeiden, für meinen Beruf neue Dinge zu lernen, die mir zu schwierig erscheinen



Berufliche Selbstwirksamkeit:

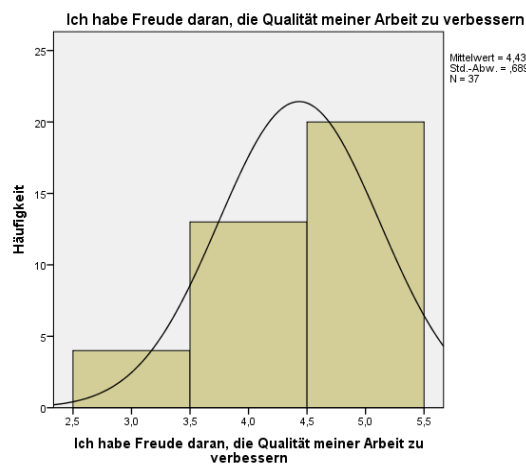
Item 10

Bei meiner Arbeit gelingt mir auch die Lösung von schwierigen Aufgaben, wenn ich mich darum bemühe



- 8.) Proaktives Coping: Lediglich das Item 16: „Ich habe Freude daran, die Qualität meiner Arbeit zu verbessern“ ($p = 0,886$) (Mittelwert: 4,43) erreichte eine sehr einseitige Zustimmung auf der Skala von 0 bis 5 bei den Befragten und erwies sich somit als zu leicht:

Proaktives Coping: Item 16



- 9.) Die Sense-of-Coherence Scale zur Messung des Kohärenzsинns besteht anders als die anderen Skalen und Itembatterien im Fragebogen aus einer siebenstufigen Skala, dessen Endpunkte entweder mit qualitativen oder quantitativen Aussagen belegt sind. Die komplette Skala wurde lediglich in Fragebögen von zwei der drei untersuchten Kohorten eingesetzt. Die Stichprobe umfasste hier demnach nur 21 Probandinnen.

Die folgenden drei Items fielen durch Werte von unter 0,2 bzw. über 0,8 auf dem Schwierigkeitsindex auf:

- Item 8: „Bis jetzt hatte ihr Leben.“ (überhaupt keine klaren Ziele – sehr klare Ziele) ($p = 0,914$) (Mittelwert: 6,40)
- Item 22: „Sie erwarten für die Zukunft, dass ihr eigenes Leben..“ (ohne jeden Sinn und Zweck sein wird – voller Sinn und Zweck sein wird) ($p = 0,864$) (Mittelwert: 6,05)
- Item 23: „Denken Sie, dass es immer Menschen geben wird, auf die Sie in der Zukunft zählen können?“ (Sie sind sicher, dass es die geben wird – Sie bezweifeln dass es die geben wird) ($p = 0,197$) (Mittelwert: 1,38)

Insgesamt ergeben sich aus dieser Analyse der Items folgende Konsequenzen:

- 1.) Die Frage „Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0 – 5 die Möglichkeiten eines Übergangs an der Universitätsklinik vom wissenschaftlichen Mittelbau und von stationsärztlichen Diensten in eine weitere wissenschaftliche Karriere für Frauen“ bleibt aufgrund seiner guten Streuung und seiner Funktion als Einstiegsfrage im Fragebogen.
- 2.) Auch die Frage „Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0 – 5 die Möglichkeiten eines Übergangs in der Universitätsklinik in eine weitere ärztliche Karriere für Frauen?“ bleibt für die finale Version des Fragebogens bestehen.
- 3.) Bei der Itematterie zu den „Faktoren für eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin“ erwiesen sich acht Items als zu leicht. Diese Items werden aus der Batterie entfernt.
- 4.) Drei von fünf Items sollten bei den „Aspekten bei der Gleichstellungspolitik für die Karriere von Frauen“ aufgrund ihrer hohen Werte auf dem Schwierigkeitsindex ($>0,8$) aus dem Fragebogen entfernt werden.
- 5.) Lediglich ein Item erwies sich bei den „Aspekten bei der Vereinbarkeit von Familie und wissenschaftlicher Karriere für die Karriere von Frauen“ als brauchbar. Vier der insgesamt fünf Items erwiesen sich als sehr leicht und müssen entfernt werden.

Aufgrund der ähnlichen Fragestellung und der teilweise sehr stark reduzierten Anzahl von Items wurden die verbliebenden Items der beiden Batterien „Aspekte bei der Gleichstellungspolitik für die Karriere von Frauen“ und „Aspekte bei der Vereinbarkeit von Familie und wissenschaftlicher Karriere für die Karriere von Frauen“ in die Itematterie „Faktoren für eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin“ integriert.

- 6.) Die Itembatterien zur Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen erwiesen sich insgesamt als geeignet, mit einer guten Streuung der einzelnen Items.

Lediglich aus der Batterie „d) Karriereziele“ sollten vier der insgesamt 11 Items entfernt werden, da sie eine starke Häufung der zustimmenden Antwortkategorien aufwiesen und somit sehr leicht waren.

- 7.) 10 der insgesamt 24 Items zur „Beruflichen Selbstwirksamkeit“ lagen mit Werten unter 0,2 oder über 0,8 außerhalb des bevorzugten Bereichs zwischen 0,2 und 0,8 und sollten aufgrund ihrer schlechten Differenzierung aus der Skala entfernt werden.
- 8.) Die meisten Items auf der Skala zum „Proaktiven Coping“ zeigten eine breite Schwierigkeitsstreuung. Lediglich ein Item sollte aus der Skala entfernt werden, da es mit einem Wert über 0,8 auf dem Schwierigkeitsindex zu einfach war.
- 9.) Bei der „Sense of Coherence Scale“ zur Erfassung des Kohärenzempfindens fielen drei Items aufgrund ihrer schlechten Streuung auf. Den Überlegungen, die SOC-Skala aufgrund der aus empirischen Studien kritisierten problematischen faktoriellen Validität aus dem Fragebogen zu entfernen, stand die Tatsache gegenüber, dass bei dieser Analyse zum SOC lediglich Daten von 21 Teilnehmerinnen vorlagen und im Großen und Ganzen gute Streuungswerte erreicht wurden. Das Kohärenzgefühl hängt eng mit psychischer Gesundheit zusammen; es dient als wichtige Ressource zur Bewältigung von Anforderungen und Belastungen und ist somit für die Situation von Ärztinnen in Wissenschaft und Forschung nicht außer Acht zu lassen. Die SOC-Skala wird somit für eine weitere Testung weiterhin im Fragebogen bestehen bleiben.

4.1.3 Aufbau des Fragebogens

Der finale Fragebogen besteht insgesamt aus 9 thematisch voneinander abgegrenzten Bereichen mit insgesamt 27 Frageblöcken, Skalen und Einzelitems.

Ziel ist es umfassend, aber dennoch so prägnant wie möglich alle Aspekte der Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin zu erfassen.

Er besteht hauptsächlich aus Skalen, welche die unterschiedlichen Komponenten, wie z.B. Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit erfassen sollen. Des Weiteren erfolgen zu jeder der vier Zieldimensionen „Beruf/Praxis“, „Wissenschaft“, „Familie/Soziales Netz“ und „Ich“ Fragen zur Soziodemographie. Es gibt zudem auch zwei offene Fragen; eine am Anfang zur Einleitung in die Thematik und eine am Ende des Fragebogens mit der Möglichkeit noch etwas zu ergänzen.

Nach einigen Einstiegsfragen zur Karriere von Wissenschaftlerinnen, folgen die den vier Zieldimensionen zur Karriereplanung übergeordneten psychologischen Skalen zur beruflichen Selbstwirksamkeit, dem proaktiven Coping, der Lebenszufriedenheit und dem

Kohärenzgefühl. Zudem wird mit der Abfrage zur Zeitverwendung das Zeitkontingent abgefragt.

Es folgen Itembatterien und Skalen, die den beiden Dimensionen „Beruf/Praxis“ und „Wissenschaft“ zugeordnet sind. Dazu gehören die vier Itembatterien zur Beurteilung der eigenen Karrierevoraussetzungen, die Effort-Reward-Imbalance Skala zur Beurteilung der Arbeitsbelastung sowie die Skala zur Arbeitszufriedenheit aus dem „COPSOQ“.

Als erste der vier Zieldimensionen wird dann die Dimension „Beruf/Praxis“ abgefragt. Darunter fallen die Fragen zu Gedanken an Überlastung bei der ärztlichen Tätigkeit und die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit generell bzw. in Deutschland. Es folgen die soziodemographischen Fragen zur Feststellung des beruflichen Stands.

In den darauf folgenden Fragen zur Dimension „Wissenschaft“ werden ebenfalls die Gedanken an Überlastung und Aufgabe der wissenschaftlichen Tätigkeit und soziodemographische Variablen abgefragt.

Anschließend liegt der Fokus auf der Dimension „Familie/Soziales Netz“. Dazu gehören Fragen zu den Gedanken an Überlastung und Aufgabe von Partnerschaft und Kindererziehung bzw. Kinderwunsch. Zudem wird mit einer Frage aus dem Lebensbalance Test nach Peseschkian (2003) nach dem Stellenwert von Sinnfragen im Gespräch mit Familie, Freunden und/oder anderen Menschen gefragt. Auch hier folgt ein soziodemographischer Teil mit Fragen zu Familienstand, Partnerschaft, Haushalt, Kindern und Pflege von Angehörigen.

Fragen zu Gesundheitszustand, Sport und dem persönlichen Empfinden von Sinn und Werten fallen unter die letzte Dimension: „Ich“.

Der Fragebogen endet mit den fünf Items der Trierer Kurzskala zu Messung der Work-Life-Balance, die das Thema Work-Life-Balance direkt abfragen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über alle Skalen und Fragen, die Herkunft der Skalen, die Anzahl der Items sowie die Fragen zur Soziodemographie. Nach der Testung der Skalen „Faktoren für eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin“, „Berufliche Selbstwirksamkeit“ und „Proaktives Coping“ in Kapitel 4.1.2 wurden einige der Items entfernt. Die geänderte Anzahl ist in der Tabelle rot gekennzeichnet. Bei den Skalen für die ein Summenscore berechnet wird (Berufliche Selbstwirksamkeit, Proaktives Coping), ist diese reduzierte Anzahl der Items zu berücksichtigen.

Der komplette Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen.

Tabelle 8: Fragebogenaufbau

Skalen / Fragen	Herkunft	Anzahl der Items
Einstiegsfragen zur Karriere		
1.) Faktoren, die die Karriere ermöglichen und hemmen	Färber et al. 2010/11	2 offene Fragen
2.) Beurteilung der Möglichkeiten eines Übergangs (weitere wissenschaftliche Karriere)	Färber et al. 2010/11	1
3.) Beurteilung der Möglichkeiten eines Übergangs (weitere ärztliche Karriere)	Färber et al. 2010/11	1
4.) Faktoren für eine erfolgreiche Karriere als Wissenschaftlerin	Färber et al. 2010/11	10
Übergeordnete psychologische Skalen		
5.) Berufliche Selbstwirksamkeit	Schyns & Collani (2009)	14
	Abele, Stief & Andrä (2000)	
6.) Proactive Coping Inventory	Greenglass, Schwarzer und Taubert (2000)	16
7.) Satisfaction with Life Scale	Diener et al. (1985), Glaesmer et al. (2011)	5
8.) Sense of Coherence Scale	Antonovsky (1987)	29
Zeitverwendung		
9.) Zeitverwendung	Angelehnt an Statistisches Bundesamt (2014)	11
Dimension Beruf/Praxis und Wissenschaft (Karriere)		
10.) a) Eigene Karrierebedingungen	Färber et al. 2010/11	8
10.) b) Eigene Kompetenzen	Färber et al. 2010/11	11
10.) c) Zukünftige Möglichkeiten	Färber et al. 2010/11	5
10.) d) Karriereziele	Färber et al. 2010/11	7
11.) Arbeitsbelastung (Effort-Reward-Imbalance)	Siegrist (1996)	16
12.) Arbeitszufriedenheit	COPSOQ, Nübling et al. (2005)	7
Dimension Beruf/Praxis		
13.) a) Gedanken an Überlastung bei der ärztlichen Tätigkeit	Literaturrecherche	1
13.) b) Gedanken an Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit/ ärztlichen Tätigkeit in D	Literaturrecherche	2

14.) Soziodemographie <ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigung am Universitätsklinikum seit • Befristet/unbefristet • Vertragslaufzeit • Vollzeit/Teilzeit • Wöchentliche Arbeitszeit • Faktische Arbeitszeit • Fahrt zum Arbeitsplatz • Fahrzeit zum Arbeitsplatz 		
Dimension Wissenschaft		
15.) a) Gedanken an Überlastung bei der wissenschaftlichen Tätigkeit	Literaturrecherche	1
15.) b) Gedanken an Aufgabe der wissenschaftlichen Tätigkeit	Literaturrecherche	1
16.) Soziodemographie <ul style="list-style-type: none"> • Position • Fachrichtung • Studienabschluss in welchem Fach • Promotion • Habilitation • Publikationen • Drittmittelprojekte 		
Dimension Familie/Soziales Netz		
17.) a) Gedanken an Überlastung bei Partnerschaft/ Kindererziehung	Literaturrecherche	2
17.) b) Gedanken an Aufgabe von Partnerschaft/ Kinderwunsch	Literaturrecherche	2
18.) Sinn Frage Familie/ Freunde	Peseschkian (2003)	1
19.) Soziodemographie <ul style="list-style-type: none"> • Familienstand 20.) Partnerschaft <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsamer Haushalt mit Partner/in • Aufteilung der Hausarbeit • Beitrag zum gemeinsamen Haushaltseinkommen • Berufliche Situation des Partners/ der Partnerin • Zufriedenheit mit der Aufteilung der Berufstätigkeit 21.) Kinder <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl des Kindes/ der Kinder 		

<ul style="list-style-type: none"> • Alter des Kindes/ der Kinder • Aufteilung der Betreuung des Kindes/ der Kinder • Zufriedenheit mit der Aufteilung der Betreuung des Kindes/ der Kinder 22.) Haushaltshilfe 23.) Pflegebedürftige		
Dimension Ich		
24.) Gesundheitszustand	COPSOQ/ Nübling et al. (2005)	1
25.) Sport		
26.) Sinn und Werte	Peseschkian (2003)	6
Work-Life-Balance		
27.) Trierer Kurzskala zur Messung der Work-Life-Balance	Syrek et al. (2011)	5

(Eigene Darstellung)

4.2 Studiendesign und Stichprobe

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung des Studiendesigns, sowie die Beschreibung und Rekrutierung der Stichprobe.

4.2.1 Studiendesign

Um die Wirkungen von Mentoring-Programmen in Hinblick auf die Work-Life-Balance von Ärztinnen mithilfe eines quantitativen Fragebogens zu messen, bedarf es eines geeigneten Studiendesigns. Durch das Studiendesign wird festgelegt wie, wann, wo und wie oft die Daten zu den Indikatoren des Wirkungsmodells erfasst werden. Wie bereits in Kapitel 3.1. beschrieben, ist das Ziel einer Wirkungsevaluation, die aus einer Intervention resultierenden Wirkungen möglichst eindeutig zuschreiben zu können. Dementsprechend sollte es Ziel bei der Wahl eines passenden Studiendesign für ein solches Vorhaben sein, den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung so gut wie möglich zu belegen.

Bei einer Wirkungsevaluation gibt es eine Anzahl von methodischen Aspekten, Empfehlungen und Designs, die zu berücksichtigen sind. (Stockmann 2006: 224 ff.)

Zunächst ist zu beachten, dass bei einer Wirkungsevaluation stets ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe stattfinden muss, um auf Wirkungen schließen zu können (Reade 2008: 10f.). Einzig ein Vorher-Nachher-Abgleich der Teilnehmenden eines Programms reicht nicht aus, da externe Faktoren und allgemeine Veränderungsprozesse einen Einfluss auf die Intervention nehmen können. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich die Situation der Teilnehmenden eines Programms auch ohne die Teilnahme verändert hat. Die Identifikation der Netto-Wirkungen gestaltet sich somit als schwierig. (Caspari & Barbu

2008: 6) Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe kann hier Abhilfe schaffen. Generell werden bei diesem Vergleich zwei Gruppen gebildet: Bei der einen Gruppe findet die geplante Intervention statt (Versuchs- bzw. Zielgruppe) und bei der anderen nicht (Kontrollgruppe). Ansonsten sollte die Kontrollgruppe mit der Zielgruppe identisch sein, um auszuschließen, dass andere Merkmale, die die beiden Gruppen zusätzlich zu der Intervention unterscheiden (Störvariablen), einen Einfluss auf die Wirkungen haben. (Stockmann 2006: 226) Da die Ausgangssituation von Ziel- und Kontrollgruppe aber nur selten wirklich identisch ist, ist die Erhebung der Daten von Ziel- und Kontrollgruppe zu einem einzigen Zeitpunkt (Single-Difference-Methode) problematisch. Die Daten könnten falsch interpretiert werden, da die gemessenen Wirkungen eventuell einen anderen Ursprung haben und fälschlicherweise der Intervention zugeschrieben werden können. Bei einem Vergleich von zwei Gruppen ist somit zu empfehlen sowohl eine vorher- als auch eine nachher-Messung bei beiden Gruppen durchzuführen. Dieser Ansatz wird Double-Difference-Methode genannt: „Die double-difference Methode oder auch Differenzen-in-Differenzen Schätzungen (DD) kombiniert den mit-ohne Vergleich mit dem vorher-nachher Vergleich. Die Wirkung einer Maßnahme ergibt sich aus dem Unterschied zwischen ZG und KG [Zielgruppe und Kontrollgruppe – Anm. d. Verf.] nach der Maßnahme (t2) minus dem Unterschied zwischen ZG und KG vor der Maßnahme (t1)“ (Caspari & Barbu 2008: 8). Um eine Kontrollgruppe auszuwählen und dabei Störvariablen, wie eine verzerrte Auswahl der Gruppen oder unterschiedliche Messmethoden weitestgehend auszuschließen und zu kontrollieren gibt es einige Möglichkeiten.

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die verschiedenen Methoden:

Tabelle 9: Auswahl der Untersuchungseinheiten

Randomisierte Kontrollen	<ul style="list-style-type: none"> • Zufallseinteilung von Personen in die Versuchs- oder Kontrollgruppe. • Sichere Kontrolle durch Randomisierung, da es zu keinem systematischen Fehler bei der Aufteilung der Gruppen kommen kann.
Konstruierte Kontrollen (Matching)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollgruppe wird konstruiert: Personen, die der Versuchsgruppe in Bezug auf bestimmte Merkmalsausprägungen gleichen, werden der Kontrollgruppe zugeordnet. Man spricht hier von „Matching“.

<p>Statistische Kontrollen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollgruppe wird anhand aller relevanten Merkmale als statistisches Abbild der Zielgruppe geschaffen. • Wird erst nach der Erhebung der Daten, während der Datenanalyse gebildet. • Eher für große Zielgruppen geeignet
<p>Reflexive Kontrollen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die verschiedenen Messwerte der Zielgruppe werden zu mehreren Zeiten vor und nach der Intervention gemessen und verglichen. • Die Zielgruppe fungiert mit den Daten aus unterschiedlichen Zeitpunkten als ihre eigene Kontrollgruppe. • Gefahr, dass sich die untersuchten Gruppen in Hinblick auf wichtige Merkmale doch unterscheiden, wird somit abgewendet, → nur eine Gruppe • Rückschlüsse der beobachtenden Veränderungen auf die Intervention schwierig. → Je mehr Messwerte desto mehr Sicherheit bei der Einschätzung der Effekte, je länger die Dauer der Studie, desto älter werden die Zielpersonen und Einflüsse wie das Alter können die Nettowirkungen verzerren.
<p>Generische Kontrollen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abgleich mit den Daten der Zielgruppe und empirischen Kennwerten, wie z.B. Kennwerten aus der Gesamtpopulation. • Weichen die Werte der Zielgruppe von diesen generischen Kontrollen ab, wird diese Differenz der Intervention zugeschrieben (Nettowirkung). • Solche Kennwerte liegen aber nur in geringer Form vor und lassen sich nur sehr selten einsetzen.
<p>Schattenkontrollen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Experten schätzen was ohne die Intervention, „normalerweise“ passiert wäre. • Unsichere Form der Kontrolle, da es sich lediglich um eine Einschätzung handelt, aber kostengünstig

(Eigene Darstellung, nach Stockmann 2006: 226 ff.)

Für eine Wirkungsanalyse stehen mehrere Designs mit einer unterschiedlichen Auswahl von Untersuchungseinheiten und Kontrollgruppen sowie verschiedenen Datenerhebungszeitpunkten zur Verfügung:

Tabelle 10: Typische Designs für Wirkungsanalysen

Design	Auswahl der Untersuchungseinheiten	Art der Kontrollgruppe	Datenerhebungszeitpunkte
I. ‚Echte‘ Experimente/Feldexperimente	Randomisierte Auswahl	Randomisierte Kontrollen, oft zusätzliche statistische Kontrollen	Minimum: nur nach der Intervention. Meist vorher und nachher; oft mehrere Messungen während der Intervention
II. Quasi-Experimente	Unkontrollierte Auswahl	Konstruierte und/oder statistische Kontrollen	Minimum: nur nach der Intervention. Meist vorher und nachher. Oft mehrere Messungen während der Intervention.
III. Querschnittsanalysen	Unkontrollierte Auswahl	Statistische Kontrollen	Nur Nachher-Messungen
IV. Pretest-Posttest-Untersuchungen	Unkontrollierte Auswahl	Reflexive Kontrollen	Minimum: Vorher- und Nachher-Messung
V. Retrospektive Vorher-/Nachher-Untersuchungen	Unkontrollierte Auswahl	Retrospektive reflexive Kontrollen	Nachher-Messungen mit retrospektiven Messungen der Ausgangssituation
VI. Panel-Untersuchungen	Unkontrollierte Auswahl	Reflexive Kontrollen	Mehr als zwei Messungen während der Intervention
VII. Zeitreihenanalysen	Unkontrollierte Auswahl	Reflexive Kontrollen	Viele Messungen vor und nach der Intervention
VIII. Gutachtenmodell	Unkontrollierte Auswahl	Generische und/oder Schattenkontrollen	Nur Nachher-Messungen

(Stockmann 2006: 229, in Anlehnung an Rossi u.a. 1988: 113; Rossi, Freeman und Lipsey 1999: 261)

Da es bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Mentoring-Programmen nicht möglich ist, die Ziel- und die Kontrollgruppe selber randomisiert einzuteilen, weil sich die Teilnehmenden selbstständig aus individuellen Gründen für das Mentoring-Programm entscheiden oder nicht bzw. sich dafür bewerben müssen, kommt das ‚Echte‘ Experiment nicht in Frage. Die Kontrollen müssen wie im Quasi-Experiment „konstruiert“, werden, indem Ärztinnen und Ärzte in der gleichen Arbeits- und Lebenssituation wie die Zielgruppe

der Teilnehmerinnen als Kontrollgruppe für die Studie rekrutiert werden (matching). Zudem sollen individuelle Veränderungen bei allen Teilnehmenden der Studie im Verlauf der Zeit gemessen werden, welches das Kernelement einer Panelstudie ist. Durch die Kombination von Quasi-Experiment und Paneluntersuchung wird den Problematiken der Single-Difference-Methode (Querschnittsanalyse) sowie den fehlenden Vergleichen mit einer Kontrollgruppe (Pre-Test-Posttestuntersuchung, retrospektive Vorher-Nachher-Untersuchungen, Zeitreihenanalyse) begegnet.

Für die Untersuchung der Wirksamkeit von Mentoring-Programmen wird somit, wie aus der Literatur empfohlen, ein Double-Difference-Ansatz gewählt. Es werden sowohl Daten vor der Teilnahme am Mentoring-Programm als auch zu bestimmten Zeitpunkten nach der Teilnahme erhoben. Dazu sollen zum einen die Teilnehmerinnen eines Mentoring-Programms für Ärztinnen (Zielgruppe) an der Befragung teilnehmen, zum anderen Ärztinnen und Ärzte, die an den gleichen Universitätskliniken arbeiten wie die Zielgruppe, aber im Unterschied dazu nicht an einem Mentoring-Programm teilgenommen haben oder teilnehmen (Kontrollgruppe). Die Kontrollgruppe besteht somit aus konstruierten Kontrollen, die den Teilnehmerinnen eines Mentoring-Programms in Hinblick auf ihre Arbeits- und Lebenssituation gleichen, der Intervention aber nicht ausgesetzt werden.

Die Erhebung der Daten soll im Verlauf mehrerer Jahre auf der Individualebene im Rahmen einer Panel-Studie erfolgen. Dafür wird den Teilnehmenden ein Zugangsschlüssel zugeteilt, mit welchem sie anonym auf den online zur Verfügung gestellten Fragebogen zugreifen können. Einmal jährlich wird um die Teilnahme an der Befragung gebeten. So lassen sich Veränderungen bei den Individuen auf lange Sicht hin erfassen.

Zusätzlich zu den konstruierten Kontrollen entstehen reflexive Kontrollen: Ziel- und Kontrollgruppe werden durch den Abgleich der Messwerte im Verlauf der Zeit zu ihrer eigenen Kontrollgruppe. Das Paneldesign ist für die Analyse der Wirksamkeit von Mentoring-Programmen besonders geeignet, da „die Beobachtung individueller Veränderungen eine wesentlich bessere Schätzung der Wirkungsweise einer Intervention gestatten“ (Reade 2008: 15). Anders als bei Querschnittsanalysen lassen sich somit kausale Zusammenhänge wesentlich besser untersuchen (Haunberger 2011: 25). Es lassen sich zudem nicht nur Veränderungen intraindividuelle Ebene feststellen, sondern auch interindividuelle Veränderungen zwischen der gesamten untersuchten Gruppe. Durch den Einsatz der Kontrollgruppe wird zudem auch der Problematik des Einflusses von externen Faktoren und allgemeinen Veränderungsprozessen auf die Teilnehmenden von Mentoring-Programmen entgegengewirkt.

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, handelt es sich bei Ärztinnen in der Universitätsmedizin jedoch um eine Zielgruppe mit stark begrenzten Zeitkapazitäten. Eine

ausreichend große Stichprobe für die Untersuchung zu rekrutieren, bei der die einzelnen Probandinnen und Probanden mehrfach an der Befragung teilnehmen, ist eine Herausforderung. Bei Paneluntersuchungen kann das oft mit der Stichprobenproblematik verbundene Problem der Panel-Mortalität auftreten. Damit ist der Wegfall von Teilnehmenden im Verlauf der Panelstudie gemeint. Die Pflege des Panels, bei der die Teilnehmenden stetig im Verlauf der Studie nachverfolgt und zur Teilnahme erinnert und motiviert werden sollen, ist hier unabdinglich, um die Ausfälle so gering wie möglich zu halten. Dies ist jedoch mit einem großen Aufwand verbunden. Zusätzlich kann es bei Panelbefragungen zu Verzerrungen (Bias) kommen, da sich die Befragten langfristig selber auswählen und nicht jede_r Teilnehmende an jeder Panelwelle teilnimmt. Diese Herausforderungen sind bei der Durchführung der Panelstudie zu berücksichtigen. (Haunberger 2011: 58 f.)

4.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Für die Teilnahme an der Studie sind folgende Teilnehmerinnen vorgesehen: Ärztinnen jeglicher Karrierestufe in der Universitätsmedizin, die sich für ein Mentoring Programm angemeldet haben. Da im Alter von 25 – 40 Jahren zumeist die wichtigste Phase einer wissenschaftlichen Karriere zeitgleich mit der Familienplanung- und realisierung stattfindet und das Thema Work-Life-Balance in dieser Altersgruppe somit von besonderer Bedeutung ist, werden nur Ärztinnen in dieser Altersspanne in die Stichprobe mit einbezogen (Bieber 2009: 91).

Für die Kontrollgruppe werden Ärztinnen und Ärzte in den gleichen Alters- und Karrierestufen an denselben Universitätsklinika wie die Mentoring-Programm-Teilnehmerinnen gesucht. Durch den ähnlichen Karrierestand und die gleiche Arbeitsumgebung soll eine gute Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gegeben sein.

4.2.3 Rekrutierung der Stichprobe

Für die Rekrutierung des Panels werden alle Universitätsklinika, die Mentoring-Programme für Ärztinnen und Ärzte bei sich etabliert haben, angeschrieben. In Deutschland gibt es insgesamt 33 Universitätsklinika; davon bieten 28 Mentoring-Programme für Nachwuchswissenschaftler/innen an.

Der Zugang zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird hierbei über die jeweiligen Programmkoordinatorinnen und Koordinatoren gewählt.

Durch die Mentoring-Programm Koordinatorinnen und Koordinatoren sollen die Anfragen an die Ärztinnen und Ärzte weitergeleitet werden. Darin wird um die Teilnahme an einer einmal jährlich stattfindenden online Befragung zu beruflicher und privater Entwicklung und Work-Life-Balance von Ärztinnen an Universitätsklinika gebeten. Bei Rückmeldung

und Anmeldung für die Studie erhalten die Teilnehmerinnen einen Zugangsschlüssel, um Zugang zum Online Fragebogen zu erhalten. Durch den Zugangsschlüssel können die Teilnehmerinnen anonymisiert an der Befragung teilnehmen.

5 Diskussion

Ein Instrument zu entwickeln, welches im Rahmen einer Wirkungsevaluation den Einfluss und die Wirksamkeit dieser Mentoring-Programme in Hinblick auf die Work-Life-Balance von in Forschung und Wissenschaft tätigen Ärztinnen messen soll, ist ein interessanter und innovativer Ansatz.

Das zugrunde gelegte Paneldesign mit einer Kontrollgruppe und reflexiven Kontrollen ist gut geeignet, um Wirkungen auf individueller Ebene zu messen und dabei den Einfluss von Effekten anderer Faktoren („extraneous confounding factors“) zu minimieren.

Bei der Zielgruppe von hochqualifizierten Ärztinnen in der Universitätsmedizin handelt es sich allerdings um eine Personengruppe mit stark begrenzten Zeitkapazitäten. Eine ausreichend große Stichprobe für die Untersuchung zu rekrutieren und das Panel im Verlauf mehrerer Jahre aufrecht zu erhalten, birgt eine große Herausforderung für die geplante Untersuchung.

Work-Life-Balance ist zudem ein Konstrukt, für das keine einheitliche und trennscharfe Definition vorliegt und welches sehr viele Ansätze und Dimensionen beinhaltet. Um alle für die Zielgruppe relevanten Aspekte in den Fragebogen zu integrieren und eventuell unpassende Fragen zu entfernen, bedarf es weiterer Überarbeitung in Zusammenarbeit mit Ärztinnen, die in Wissenschaft und Forschung tätig sind.

Der Fragebogen ist zudem mit insgesamt 27 Frageblöcken, Skalen und Einzelitems extrem lang. Die Herausforderung bei der Weiterentwicklung des Fragebogens liegt darin, umfassend alle für die Work-Life-Balance von Ärztinnen relevanten Aspekte zu integrieren, aber dennoch den zeitlichen Rahmen, welcher den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Untersuchung zur Verfügung steht, nicht zu überschreiten.

Bei der Testung der Items fiel zudem auf, dass bei der untersuchten Stichprobe oft sehr hohe Werte erzielt wurden. Viele Fragen sind für die Zielgruppe zu „einfach“. Zukünftig muss weiter an Fragen und Skalen gearbeitet werden, die speziell für diese Zielgruppe zugeschnitten sind, um Effekte sensibler messen zu können.

In dieser Arbeit wurde zudem lediglich ein kleiner Teil der Skalen und Items mit einer recht kleinen Stichprobe analysiert. Den kompletten Fragebogen mit all seinen Skalen und Items hinsichtlich der Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) und Eignung der Items anhand einer ausreichend großen Stichprobe für die Zielgruppe zu testen, würde den Rahmen dieser Masterarbeit überschreiten.

Weitere Tests und Überarbeitungen des Fragebogens sind somit Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz eines Instruments, welches Wirkungen von Mentoring-Programmen in Hinblick auf die Work-Life-Balance von Ärztinnen messen soll.

In Kapitel 2.1 wurden die Probleme und Handlungsfelder, die für die Karrieren von Ärztinnen in der Universitätsmedizin eine Rolle spielen, dargestellt. Dabei spielen

strukturelle Probleme, wie die Befristung von Stellen, hoher Druck, die rasanten Entwicklungen in Fachgebieten, die Konkurrenz von fachärztlicher Qualifizierung und Wissenschaft (Work-Work-Balance) sowie mangelnde Kinderbetreuung auch eine wesentliche Rolle. Mentoring-Programme zielen aber in erster Linie auf individuelle, psychosoziale Ressourcen zur Bewältigung der Barrieren, denen in Wissenschaft und Forschung tätigen Ärztinnen gegenüberstehen, ab. Allein durch eine veränderte Einstellung oder erhöhte Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen können nicht alle Probleme, mit denen die Wissenschaftlerinnen konfrontiert werden, angegangen werden. Für eine verbesserte Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin müssen Änderungen auch auf der strukturellen Ebene stattfinden.

6 Fazit

Das in der vorliegenden Arbeit thematisierte Forschungsthema der Work-Life-Balance von Ärztinnen in Wissenschaft und Forschung ist nicht nur gleichstellungspolitisch, sondern auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und Fachkräftemangels äußerst relevant. Mit Mentoring-Programmen und deren Qualitätssicherung durch Evaluation wird ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung dieser hochqualifizierten Frauen geleistet.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es die Entwicklung eines Fragebogens, welcher die Wirksamkeit von Mentoring-Programmen in Hinblick auf die Work-Life-Balance von in Forschung und Wissenschaft tätigen Ärztinnen an Universitätsklinika messen soll, zu beschreiben.

Mithilfe von Literaturrecherche und, aufbauend auf die Vorarbeiten aus Forschungspraktika des Projekts „Gender in Leadership in Science and Medicine“ im Rahmen des Masterstudiengangs Health Sciences an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, wurde dieser Fragebogen entwickelt. Integriert wurden Fragen und Skalen, mit denen Daten zu messbaren Variablen, die bei der Work-Life-Balance von Ärztinnen in der Universitätsmedizin eine Rolle spielen, erhoben werden sollen. Im Fokus standen hierbei die eigene Wahrnehmung und Selbsteinschätzung, persönliche Einstellungen, das Wissen sowie der tatsächliche Stand im Beruf und im Privat/Familienleben (biographische Entwicklung).

Der Fragebogen soll als Panel Studie, bei der Ärztinnen, die an einem Mentoring-Programm teilgenommen haben bzw. teilnehmen und einer Kontrollgruppe von Ärztinnen und Ärzten, die nicht an einem Mentoring-Programm teilgenommen haben, im Verlauf mehrerer Jahre befragt werden, eingesetzt werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden mit Daten aus dem Mentoring-Programm „Mentoring med“ in Würzburg bereits einige Items bezüglich ihrer Eignung für die Untersuchung analysiert und eine Itemreduktion vorgenommen.

Letztendlich steht ein Fragebogen mit dementsprechend leicht verkürzten Skalen und Itembatterien, der allerdings noch weiteren Analysen, Tests und Überarbeitung bedarf, bevor er für die Wirksamkeitsevaluation von Mentoring-Programmen für Ärztinnen eingesetzt werden kann.

Literaturverzeichnis

- Abele, A., Stief, M., Andrä, M. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSEF-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, S. 145 – 151.
- Abele, A. (2006). Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer, S. , Kaczmarczyk, G. , Bühren, A. (Hrsg.) (2006). *Karriereplanung für Ärztinnen*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 35 – 57.
- Abele-Brehm, A. (2010). Doppelkarrierepaare – Entstehung und Relevanz der Thematik. In: Funk, J., Gramespacher, E., Rothhäusler, I. (Hrsg.) (2010). *Dual Career Couples in Theorie und Praxis*. Verlag Barbara Budrich, Leverkusen.
- Allen, T. D., Eby L. T., O' Brian K. E., Lentz, E. (2007). The state of mentoring research: A qualitative review of current research methods and future research implications. *Journal of Vocational Behaviour*, 73, S. 343 – 357.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Barzantny, A. (2008). *Mentoring-Programme für Frauen: Maßnahmen zur Strukturveränderung in der Wissenschaft? Eine Figurationssoziologische Untersuchung zur akademischen Medizin*. 1. Auflage. Springer DE Verlag, Wiesbaden.
- Beaufays, S. (2006). Von Goldgräbern und Körperlosen. Mythos und Alltag wissenschaftlicher Lebensführung. In: Buchmayr, M. & Neissl, J. (Hrsg.) (2006). *Work-Life-Balance & Wissenschaft – ein Widerspruch?* Lit Verlag, Wien. S. 11 – 21.
- Behnke, C., Meuser, M. (2006). Wenn zwei das Gleiche wollen. Konkurrenz und Kooperation bei Doppelkarrierepaaren. *AIM Gender*, 4. Tagung, Stuttgart.
- Bestmann, B., Rohde, V., Wellmann, A., Küchler, T. (2004). Geschlechterunterschiede im Beruf. In: *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 101, 12, S. 776 – 779.
- Betz, N. E. & Hackett, G. (1981). The relationship of career-related Self-efficacy expectations to perceived career options in college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 28, S. 399 – 410.

- Bieber, I. E. (2009). Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg (Ed.). Frauen in der Forschung – Ergebnisse einer Umfrage in der wirtschaftsnahen außeruniversitären Forschungseinrichtungen in Baden-Württemberg.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 3. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Brinkschulte, E. (2006). Die Situation der Frauen in der Medizin. Historische Einführung: Medizinstudium und ärztliche Praxis von Frauen in den letzten zwei Jahrhunderten. In: Dettmer, S. , Kaczmarczyk, G. , Bühren, A. (Hrsg.) 2006: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 9 – 35.
- Bühren, A. (2006). Netzwerke-Coaching-Mentoring-Wiedereinstieg. In: Dettmer, S. , Kaczmarczyk, G. , Bühren, A. (Hrsg.) 2006: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 251 – 266.
- Bühren, A. & Schoeller, A. E. (Hrsg.) (2010). Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin.
- Bühren, A. (2010). Gesellschaftliche Normen: Erschwernisse der Work-Life-Balance berufstätiger Mütter und Väter. In: Bühren, A. & Schoeller, A. E. (Hrsg.) 2010: Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin. S. 15 – 24.
- Bundesärztekammer (2013). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2012. Kein Widerspruch – Ärztemangel trotz moderat steigender Arztzahlen. Alle Diagramme und Tabellen. URL: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat12Abbildungsteil.pdf (Zugriff: 05.01.2014)
- Bund-Länder-Kommission (2004). Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bericht der Bund-Länder-Kommission. Materialien zur Bildungsplanung und Forschungsförderung, 117, S. 67 – 71.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2005 a). Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005 b). Work-Life-Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Analyse der volkswirtschaftlichen Effekte – Zusammenfassung der Ergebnisse. Rostock.

Bussey, K. & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), S. 676 – 713.

Caspari, A., Barbu, R. (2008). Wirkungsevaluierungen: Zum Stand der internationalen Diskussion und dessen Relevanz für Evaluierungen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Evaluation Working Papers. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Bonn.

Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: a new theory of work/family balance. *Hum Relat*, 53, S. 747 – 770.

Center of Excellence Women and Science. (2013). Frauenanteile in verschiedenen Stadien der akademischen Laufbahn. URL:
<http://www.cews.org/informationsangebote/statistiken> (Zugriff: 27.12.2013)

Dalhoff, J. (2005). Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderungen. *G+G Wissenschaft* 5, Nr. 3, S. 7 – 14.

Dettmer, S. (2006). Wege zum beruflichen Erfolg – Karriereverläufe von Ärztinnen. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A. (Hrsg.) 2006: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 107 – 194..

Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGeval) (Hrsg.) (2002). Standards für Evaluation. DeGeval, Köln.

Deutsches Ärzteblatt. (2011). Arztzahlenentwicklung: Immer mehr Frauen wenden sich der Medizin zu. *Deutsches Ärzteblatt* 2011, Jg. 108, 20, A-1098 / B-908 / C-908.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, S. 71 – 75.

European Commission/The Helsinki Group on Women in Science (2002). National Policies on Women and Science in Europe. A report about women and science in 30 countries by Professor Teresa Rees. Brüssel.

European Commission (2004). Aid Delivery Methods. Project Cycle Management Guidelines. Brüssel.

European Commission (2000). Science policies in the European Union. Promoting excellence through mainstreaming gender equality. A Report from the ETAN Expert Working Group on Women and Science. Brüssel.

Färber, C. & Riedler, U. (2011). Black Box Berufung. Campus, Frankfurt, New York.

Färber, C. & Spangenberg, U. (2008). Wie werden Professuren besetzt?

Chancengleichheit in Berufungsverfahren. Campus, Frankfurt, New York.

Färber, C. (2006). Work-Life-Balance bei Ärztinnen. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A. (Hrsg.) 2006: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 279 – 294.

Färber, C., Babbe-Voßbeck, K., Geppert, J., Marggraf, S., Römer, S. (2003). Perspektiven deutscher Wissenschaftlerinnen in der EU-Forschungsförderung. Studie im Auftrag der Kontaktstelle „Frauen in der EU-Forschung“ im EU-Büro des BMBF, Bonn.

Färber, C., Röttger, J., Käuper K. M., Martens, C. (2011). Evaluation der Projekte Förderung und Unterstützung von Wissenschaftlerinnen in der wirtschaftsnahen außeruniversitären Forschung des Landes Baden-Württemberg von 2010 – 2011.

Fine (2010). Delusions of Gender. The Real Sciences Behind Sex Differences. First edition. Icon Books Ltd., London.

Forum Mentoring. (Hrsg.) (2010). Qualitätsstandards im Mentoring. Forum Mentoring, Hannover.

Gärtner, I. (2010). Konzeption und Implementierung eines Mentoring-Programms zur Personalentwicklung an der Realschule. Masterarbeit im Master-Fernstudiengang „Schulmanagement“ an der Technischen Universität Kaiserslautern.

Gemeinsame Wissenschaftskonferenz. (2010). Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Umsetzung der Empfehlung aus dem Jahr 2004. Bonn. ISBN 978-3-942342-03-2.

Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (2013). Chancengleichheit in Wissenschaft und Forschung. 17. Fortschreibung des Datenmaterials (2011/2012) zu Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen. Bonn. ISBN 978-3-942342-22-3.

Gender and Diversity Management RWTH Aachen. (Ohne Jahr). Mentoring-Programme. Instrumente einer gendergerechten Personalentwicklung an der RWTH Aachen. Mentoring Handbuch. Ein Leitfaden.

Guest, D. E. (2001). Perspectives on the study of work-life-balance. SAGE Publications, London, Thousand Oaks, CA und New Delhi. 41(2), S. 255 – 279.

Glaesmer, H., Grande, G., Braehler, E., Roth, M. (2011). The German Version of the Satisfaction with Life Scale – Psychometric Properties and Population based norms. European Journal of Psychological Assessment, 27(2), S. 127 – 132.

Greenglass, E., Schwarzer, R., Taubert, S. (2000): PCI - Deutsche Testversion. URL: http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/PCI_-_Deutsche_Testversion/pci_-_deutsche_testversion.htm (Zugriff: 01.02.2014)

Greenglass, E., Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument. Online publication.

Greenhaus, J. H. & Beutell, N.J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. Academy of Management Review, 10, S. 76 – 88.

Haasen, N. (2001). Mentoring – Persönliche Karriereförderung als Erfolgskonzept. Heyne Verlag, München.

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H., J., Hapke, U., John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Psychother Psych Med 2004, 54, S. 179 – 186.

- Haunberger, S. (2011). *Teilnahmeverweigerung in Panelstudien*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Hochschild, A. R. (1997). *The Time Bind. When Work Becomes Home and Home Becomes Work*. Holt Paperbacks, New York.
- Hoff, E.-H. et al. (2005). *Work-Life-Balance: Berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen*. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, S. 196 – 208.
- Jones, F., Burke, R. J. & Westman, M. (2006). *Work-life balance: Key issues*. In: F. Jones, R. J. Burke & M. Westman (Eds.), *Work-life-balance – A psychological perspective* (pp. 1–11). Hove: Psychological Press.
- Kaczmarczyk, G. (2006). *Praktische Hinweise für die Berufsplanung als Ärztin. Planung einer wissenschaftlichen Karriere*. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A. (Hrsg.) 2006: *Karriereplanung für Ärztinnen*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 215 – 238.
- Kaiser-Belz, M. (2008). *Mentoring im Spannungsfeld von Personalentwicklung und Frauenförderung. Eine gleichstellungspolitische Maßnahme im Kontext beruflicher Felder*. 1. Ausgabe. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Kastner, M. (Hrsg.) (2004). *Die Zukunft der Work-Life-Balance- Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren?* 1. Auflage. Asanger Verlag GmbH, Kröning.
- Kopetsch, T. (2010). *Mehr Ärzte – und trotzdem geringe Arbeitslosenquote*. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 107, 17, S. 756 – 758.
- Kröger, K. (2010). *Work-Life-Balance bei Frauen in der Universitätsmedizin*. Bachelorarbeit am Department Gesundheitswissenschaften, Fakultät Life Sciences, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.
- Kromrey, H. (2001). *Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis*. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (Heft 2), S. 105 – 131

Larivière, V., Chaoqun, N., Gingras, Y., Cronin, B., Sugimoto, C., R. (2013). Global gender disparities in science. *Nature*, 504, S. 211 – 213.

Lent, R., W., Brown, S., D., Hackett, G. (1996). Career Development from a Social Cognitive Perspective. In: Brown, D. & Brooks, L. (Eds.) (1996). *Career Choice and Development* (3rd ed.). Jossey-Bass Publishers, San Francisco. S. 373 – 421.

Lind, I. (2013). Von der Doppelbelastung zur Familienfreundlichkeit? Wissenschaftliche Laufbahn und Familie(nwünsche) – Diskurse und Erkenntnisse. Vortrag präsentiert auf der Tagung „Familiengerechtes Management – ein Erfolgsfaktor?“ der medizinischen Universität Wien. Wien.

Lind, I. (2006). Wissenschaftlerinnen an Hochschulen: Analyse der aktuellen Situation. In: Dalhoff, J. (2006). *Anstoß zum Aufstieg – Karrieretraining für Wissenschaftlerinnen auf dem Prüfstand*. Kleine Verlag, Bielefeld. S. 142 – 169.

Marks, S., R. & MacDermid, S., M. (1996). Multiple roles and the self: A theory of role balance. *Journal of Marriage and the Family*, 58, S. 417– 432.

Medizinische Hochschule Hannover (2012). Ina-Pichlmayr-Mentoring für Nachwuchswissenschaftlerinnen an der medizinischen Hochschule Hannover. Einblicke in das Programm 2010 – 2012.

Medizinische Fakultät Universität Würzburg (2013). Rahmen- und Qualifizierungsprogramm. URL: http://www.uni-wuerzburg.de/ueber/fakultaeten/medizin/studium_und_lehre/mentoring_med/rahmen_und_qualifizierungsprogramm/ (Zugriff: 05.01.2014)

Meyer, W. (2004). *Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung*. 2. Auflage. Centrum für Evaluation, CEval Arbeitspapiere; 10, Saarbrücken.

Michalk, S. & Nieder, P. (2007). *Erfolgsfaktor Work-Life-Balance*. 1. Auflage. WILEY–VCH Verlag GmbH & Co KG, Weinheim.

Nervela, I. & Lüthje, C. (Hrsg.) (2007). *Dokumentation zum DGPuK-Mentoring-Programm*. Einordnung, Konzeption, Durchführung und Evaluation des ersten Jahrgangs 2005/2006, Hamburg.

- Neissl, J. (2006). Work-Life-Balance & Wissenschaft – ein Widerspruch? – eine Einleitung. In: Buchmayr, M. & Neissl, J. (Hrsg.) (2006). Work-Life-Balance & Wissenschaft – ein Widerspruch? Lit Verlag, Wien. S. 1 – 9.
- Nübling, M., et.al. (2005). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2005. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1058)
- Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. Psychological Assessment. *Psyc Articles*. S. 164 – 172.
- Peseschkian, N. (2003). Erschöpfung und Überbelastung positiv bewältigen. Stuttgart.
- Portello, J., Y. & Long, B. C. (2001). Appraisals and coping with workplace interpersonal stress: A model for women managers. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), S. 144-156.
- Reade, N. (2008). Konzept für alltagstaugliche Wirkungsevaluierung in Anlehnung an Rigorous Impact Evaluations. Centrum für Evaluation, CEval Arbeitspapiere; 14, Saarbrücken.
- Resch, M. & Bamberg, E. (2005). Work-Life-Balance – ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, S. 171 – 175.
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Edition obsan, Neuchatel.
- Scandura, T. (1992). Mentorship and career mobility: An empirical investigation. *Journal of Organizational Behavior* 13 (2), S. 69 – 174.
- Schyns, B. & von Collani, G. (2009). Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung. In: Glöckner-Rist, A. (Hrsg.) (2009). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 13.00. GESIS, Bonn.

Schyns, B. & von Collani, G. (2002). A new occupational self-efficacy scale and its relation to personality constructs and organizational variables. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11 (2), S. 219 – 241.

Siegrist, J., & Montano, D. (2013). ERI Questionnaires – Users Guide. Universität Düsseldorf.

Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1 (1996), S. 27 – 43.

Sieverding, M. (2006). Psychologische Karrierehindernisse im Berufsweg von Frauen. In: Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A. (Hrsg.) (2006). *Karriereplanung für Ärztinnen*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 57 – 78.

Singer, S. & Brähler E. (2007). Die „Sense of Coherence Scale“. Testhandbuch zur deutschen Version. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG, Göttingen.

State Service Commission New Zealand (2005). *Work-Life Balance Definitions and Principles*. URL: <http://www.ssc.govt.nz/node/6848> (Zugriff: 01.11.2013)

Statistisches Bundesamt (2014). *Zeitbudgeterhebung. Was ist eine Zeitbudgeterhebung?* URL: <https://www.destatis.de/DE/Meta/AbisZ/Zeitbudgeterhebung.html> (Zugriff: 02.02.2014)

Statistisches Bundesamt (2013). Jede fünfte Frau zwischen 40 und 44 Jahren ist kinderlos. Pressemitteilung vom 07. November 2013 – 371/13. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/11/PD13_371_126.html (Zugriff: 04.01.2014)

Stockmann, R. (2004). *Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren*. Centrum für Evaluation, CEval Arbeitspapiere; 9, Saarbrücken.

Stockmann, R. (2006). *Evaluation und Qualitätsentwicklung. Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement*. Bd. 5 der Reihe Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung. Waxmann, Münster.

Schwarzer, R. (2000). Manage stress at work through preventive and proactive coping. In E. A. Locke (Ed.). *The Blackwell Handbook of Principles of Organizational Behavior*, Chpt. 24; S. 342 – 355. . Blackwell, Oxford UK.

Syrek, C., Bauer-Emmel, C., Anoni, C., Klusemann, J. (2011). Entwicklung und Validierung der Trierer Kurzskala zur Messung von Work-Life-Balance. *Diagnostica*, 57, S. 134 – 145.

Tetrick, L. E. & Buffardi, L. C. (2006). Measurement issues in research on the work-home interface. In F. Jones, R. J. Burke & M. Westman (Eds.), *Work-life-balance – A psychological perspective* (S. 90–114). Hove and New York: Psychological Press.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2013). Mentoring – Programm an der medizinischen Fakultät. URL: http://www.uke.de/der-vorstand/gleichstellungsbeauftragte/index_12558.php (Zugriff: 05.01.2014)

Vannotti, M. (2005). Die Zusammenhänge zwischen Interessenkongruenz, beruflicher Selbstwirksamkeit und verwandten Konstrukten. Empirische Annäherung verschiedener Variablen der Berufswahl- und Laufbahntheorien sowie Überprüfung der Kongruenz-Hypothese von Holland. Cullivier Verlag, Göttingen.

Wenneras, C. & Wold, A. (1997). Nepotism and sexism in peer-review. *Nature*, 387, S. 341 – 343.

Wetterer, A. (1999). Integration und Marginalisierung. Das Verhältnis von Profession und Geschlecht am Beispiel von Ärztinnen und Juristinnen. Manuskript des Vortrages am 27.04.1998 an der FernUniversität – Gesamthochschule in Hagen.

Wittenberg, R., Papst, C., Zochowski, M., Knecht, A. (2010). Evaluationsbericht *Ariadnemed*. Ergebnisse zur Pilotphase des Mentoring-Programms für Nachwuchswissenschaftlerinnen an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Bericht 2010-3. Nürnberg

Ziegler, A. (2009). Mentoring: Konzeptuelle Grundlagen und Wirksamkeitsanalyse. In: Stöger, H., Ziegler, A., Schimke, D. (2009): *Mentoring: Theoretische Hintergründe, empirische Befunde und praktische Anwendungen*. Pabst Science Publishers, Lengerich. S. 7 – 30.

Zimbardo, P. G. (1995). Psychologie. Springer Verlag, Berlin.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 24.02.2014

Katja Kröger

Anhang

Anhang 1: Fragebogen Würzburg 2013.....	74
Anhang 2: Fragebogen finale Version.....	92

Anhang 1: Fragebogen Würzburg 2013

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Prof. Dr. Christine Färber
Katja Kröger, B.Sc.
Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften
Lohbrügger Kirchstraße 65
21033 Hamburg

Liebe Teilnehmerin des Programms MentoringMed,

die Evaluation der Wirkung des Programms „MentoringMed“ wird wissenschaftlich durch uns unterstützt. Für diese Evaluation brauchen wir einige Informationen von Ihnen und bitten Sie deshalb, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Wir hatten Ihnen vor dem Programmauftakt einen Schlüssel zugeteilt, der sicherstellt, dass der Fragebogen zu Programmbeginn und der darauf folgende Fragebogen jeweils der gleichen ausfüllenden Person zugeordnet werden kann. Die Daten werden anonymisiert ausgewertet und so präsentiert, dass nichts auf Sie als Person zurückgeführt werden kann, der Schlüssel ist nur Frau Kröger bekannt.

Der beiliegende Fragebogen ist folgendermaßen aufgebaut:

Zunächst fragen wir Sie nach Ihrer Einschätzung zu den Karrieremöglichkeiten und Karrierebedingungen von Frauen in Wissenschaft und Medizin. Im Anschluss möchten wir etwas über Ihre eigenen Karrierebedingungen wissen, über Ihre Erwartungen zu dem Programm und einige Angaben zu Ihrer Person.

Sie werden im Fragebogen meist um Bewertungen gebeten. Da die Zahl der Teilnehmerinnen am Programm klein ist und für die Evaluation von Mentoringprogrammen in der Medizin noch keine standardisierten Instrumente entwickelt wurden, sind auch offene Fragen für Ergänzungen dabei. Wir bitten Sie, den Bogen in Ruhe auszufüllen, Sie benötigen dafür ca. 1 Stunde.

Bitte senden Sie den Fragebogen schnellstmöglich per E-Mail an Frau Brückner zurück.

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation und werden Ihnen die Ergebnisse der Befragung nach Abschluss der Evaluation zur Verfügung stellen.

Christine Färber

Katja Kröger

Zunächst stellen wir Ihnen, wie angekündigt, Fragen zu den **Karrieremöglichkeiten von Frauen in der Medizin, in Wissenschaft und Wirtschaft.**

1. **Frauen sind in Führungspositionen in Wissenschaft und Medizin in Deutschland weit weniger als zur Hälfte repräsentiert.**

Welche Faktoren ermöglichen es Ihrer Ansicht nach Frauen, in der medizinischen Forschung Karriere zu machen?

Welche Faktoren zählen Ihrer Ansicht nach zu den entscheidenden Karrierehemmnissen für Frauen?

2. **Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0-5 die Möglichkeiten eines Übergangs an der Universitätsklinik vom wissenschaftlichen Mittelbau und von stationsärztlichen Diensten in eine weitere wissenschaftliche Karriere für Frauen?**

„sehr schlecht“							„sehr gut“
0	1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0-5 die Möglichkeiten eines Übergangs von der Universitätsklinik in eine weitere ärztliche Karriere für Frauen?**

„sehr schlecht“						„sehr gut“
0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trifft nicht zu, keine Medizinerin						

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

- 1 2 3 4 5 6 7
- Man kann für schmerzvollen Dinge im Leben immer eine Lösung finden
- Es gibt für die schmerzvollen Dinge im Leben keine Lösung

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...

- 1 2 3 4 5 6 7
- Sie spüren, wie schön es ist, zu leben
- Sie fragen sich wieso Sie überhaupt leben

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, dann ist die Wahl einer Lösung...

- 1 2 3 4 5 6 7
- immer unsicher und schwer zu treffen
- immer völlig klar

16. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...

- 1 2 3 4 5 6 7
- eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung
- eine Quelle von Schmerz und Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich...

- 1 2 3 4 5 6 7
- voller Veränderungen sein, ohne dass Sie wissen was als nächstes passiert
- ganz beständig und klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu...

- 1 2 3 4 5 6 7
- Sich deswegen aufzureiben oder innerlich aufzuzehren
- zu sagen: „Nun gut, so ist es eben. Damit muss ich leben“ und weiter zu machen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

- 1 2 3 4 5 6 7
- sehr oft
- sehr selten oder nie

20. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...

- 1 2 3 4 5 6 7
- dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden
- dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

1 2 3 4 5 6 7
 sehr oft sehr selten
oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?

1 2 3 4 5 6 7
 sehr oft sehr selten
oder nie

11. Es folgen Aussagen zur persönlichen Arbeitsbelastung. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, ob sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll zu
1. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erhalte von meinem Vorgesetzten/ meiner Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Aufstiegschancen in meinem Beruf sind schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ich möchte mich in Bewerbungsverfahren besser präsentieren.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Ich habe mich bisher noch nie mit Karriereplanung auseinandergesetzt und finde, es ist nun an der Zeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Ich wurde von meinen Vorgesetzten angesprochen und will sie nicht enttäuschen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Ich möchte Strategien entwickeln, wie ich besser Karriere machen kann	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15. Im Folgenden haben wir noch einige Fragen zu Veränderungen Ihrer persönlichen Situation. In welcher Position und Fachrichtung arbeiten Sie derzeit?

a) Position:

b) Fachrichtung:

c) Studienabschluss in welchem Fach:

d) Promotion Ja Jahr: _____

Nein, wenn Nein: strebe ich an strebe ich nicht an

e) Habilitation Ja Jahr: _____

Nein, wenn Nein: strebe ich an strebe ich nicht an

f) **Wie lange arbeiten Sie bereits an der Universitätsklinik Würzburg?
Seit (Jahr) _____**

g) **Haben Sie einen befristeten oder einen unbefristeten Vertrag?**

Unbefristet

Befristet

h) **Wenn befristet: Vertragslaufzeit insgesamt in Jahren: _____**

i) **Haben Sie einen Vollzeit- oder einen Teilzeitvertrag? Vollzeit Teilzeit**

j) **Wenn Sie Teilzeit arbeiten, wie hoch ist Ihre wöchentliche Arbeitszeit?**

_____ Stunden

k) **Wie viele Stunden arbeiten Sie faktisch pro Woche?**

_____ Stunden

16. Ihre Partnerschaft und Ihr Familienstand ist ...

- Ledig, ohne feste Partnerschaft
- Ledig, mit fester Partnerschaft
- Verheiratet/eingetragene Partnerschaft
- Geschieden/getrennt lebend, mit fester Partnerschaft
- Geschieden/getrennt lebend, ohne neue feste Partnerschaft
- Verwitwet, mit neuer fester Partnerschaft
- Verwitwet, ohne neue feste Partnerschaft

17. Es folgen Fragen zu Ihrer Partnerschaft. Bei keiner festen Partnerschaft bitte mit Frageblock 18 weitermachen.**a) Haben Sie und Ihr/e Partner/in einen gemeinsamen Haushalt?**

- Ja
- Nein (**bitte mit Frage d) weitermachen**)

b) Wie ist die Hausarbeit (kochen, putzen, Wäsche waschen, bügeln, einkaufen) im gemeinsamen Haushalt zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin aufgeteilt? (Summe in 100%)

Ich selbst %

Mein/e Partner/in %

c) Wie viel Prozent tragen Sie momentan durch Ihre Erwerbstätigkeit zum gemeinsamen Haushaltseinkommen bei?

- 0 – 19 %
- 20 – 39 %
- 40 – 59 %
- 60 – 79 %
- 80 – 100 %
- Trifft nicht zu (z.B. weil kein gemeinsames Haushaltseinkommen)

d) Wie steht es um die berufliche Situation ihres Partners/ihrer Partnerin?

- Nicht erwerbstätig
- Nicht akademischer Beruf
- Anderer akademischer Beruf
- Gleicher akademischer Beruf
- Sonstiges, und zwar _____

e) Wie zufrieden sind Sie mit der zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin bestehenden Aufteilung der Berufstätigkeit?

- Gar nicht zufrieden
- Eher nicht zufrieden
- Teilweise zufrieden
- Eher zufrieden
- Völlig zufrieden

18. Es folgen Fragen zu Ihren Kindern. Falls Sie keine Kinder haben, bitte mit Frage 19 weitermachen.

a) **Wie viele Kinder haben Sie?** _____

b) **Wenn Sie Kinder haben: Wie alt ist Ihr Kind/ sind Ihre Kinder?**

Geburtsjahre: _____

c) **Wie ist die Betreuung des Kindes/der Kinder zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin und Dritten aufgeteilt? (Summe 100%)**

Ich selbst _____ %

Mein/e Partner/in _____ %

Dritte (KiTa, Betreuungspersonal, Verwandte, etc.) _____ %

Falls alleinerziehend:

Ich selbst _____ %

Dritte (KiTa, Betreuungspersonal, Verwandte, etc.) _____ %

d) Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Aufteilung der Betreuung des Kindes/der Kinder?

- Gar nicht zufrieden
- Eher nicht zufrieden
- Teilweise zufrieden
- Eher zufrieden
- Völlig zufrieden

19. Wie kommen Sie im Allgemeinen zu Ihrem Arbeitsplatz?

- Mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- Mit dem Auto
- Mit dem Fahrrad
- Zu Fuß
- Sonstiges

Wie hoch ist in etwa die Fahrzeit zu Ihrem Arbeitsplatz (in Minuten)? _____

20. Haben Sie eine Haushaltshilfe (Reinigungskraft)?

- Ja
- Nein

21. Wie oft in einer durchschnittlichen Woche treiben Sie mindestens eine halbe Stunde Sport?

- 1 – 2x die Woche
- 3 – 4x die Woche
- 5 – 7x die Woche
- Ich treibe keinen Sport
- Ich treibe nur sehr unregelmäßig Sport

Möchten Sie abschließend noch etwas ergänzen?

Anhang 2: Fragebogen finale Version

Fragebogen zur Messung der Work-Life-Balance

Einstiegsfragen:

Zunächst stellen wir Ihnen, wie angekündigt, Fragen zu den Karrieremöglichkeiten von Frauen in der Medizin, in Wissenschaft und Wirtschaft.

1. Frauen sind in Führungspositionen in Wissenschaft und Medizin in Deutschland weit weniger als zur Hälfte repräsentiert.

Welche Faktoren ermöglichen es Ihrer Ansicht nach Frauen, in der medizinischen Forschung Karriere zu machen?

Welche Faktoren zählen Ihrer Ansicht nach zu den entscheidenden Karrierehemmnissen für Frauen?

2. Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0-5 die Möglichkeiten eines Übergangs an der Universitätsklinik vom wissenschaftlichen Mittelbau und von stationsärztlichen Diensten in eine weitere wissenschaftliche Karriere für Frauen?

„sehr schlecht“						„sehr gut“
0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie beurteilen Sie auf einer Skala von 0-5 die Möglichkeiten eines Übergangs von der Universitätsklinik in eine weitere ärztliche Karriere für Frauen?

„sehr schlecht“						„sehr gut“
0	1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> trifft nicht zu, keine Medizinerin						

6. Wie gehen Sie mit Herausforderungen um? (Proaktives Coping, Greenglass, Schwarzer & Taubert 2000)

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	stimmt überhaupt nicht					stimmt völlig				
	0	1	2	3	4	5				
1. Habe ich ein Ziel erreicht, dann suche ich mir eine größere Herausforderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Mir kommt es immer darauf an, etwas zu bewirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. In brenzligen Situationen habe ich oft das Gefühl, auf verlorenem Posten zu stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Ich ziehe aus alltäglichen Schwierigkeiten wichtige Erfahrungen, um mein Leben besser zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Ich male mir meine Wunschträume genau aus, um sie zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. Ich möchte mit dem, was ich tue, etwas Wichtiges in dieser Welt bewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Wenn ich mir etwas vorgenommen habe, kann mich nichts mehr aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. Wenn die Dinge nicht so gut laufen, warte ich lieber, bis sie sich von selbst regeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Ich konzentriere mich für meinen Erfolg auf das, was ich für wesentlich halte und lasse mich dabei nicht ablenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. Ich denke immer daran, was man wohl noch verbessern könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. Ich arbeite mich nach oben, auch wenn der Weg oft steinig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. Ich übernehme gerne Verantwortung und ziehe dabei oft für andere "den Karren aus dem Dreck".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. Wenn es "hart auf hart kommt", nehme ich die Sache in die Hand und finde einen Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14. Ich baue nur auf sicherem Boden und lasse die Finger von Experimenten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15. Ich stecke meine Ziele nicht allzu hoch, weil ich oft befürchte, dass ich scheitere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Ich suche mir gern Herausforderungen und gehe dafür auch Wagnisse ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

7. Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Diese Aussagen beziehen sich auf Ihr Leben insgesamt, also nicht nur auf die Arbeit. (Satisfaction with Life Scale, (COPSOQ), Glaesmer et al. 2011)

	stimme völlig zu	stimme zu	stimme eher zu	weder/ noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Die nächsten Fragen beziehen sich auf verschiedenen Aspekte des Lebens. Bitte kreuzen Sie auf der Skala von 1 bis 7 an, inwiefern die Aussagen auf Sie zutreffen. (Sense of Coherence Scale, Antonovsky 1987)

1. Wenn Sie mit anderen Leuten reden, haben Sie dann das Gefühl, dass Sie nicht verstanden werden?

1 2 3 4 5 6 7

habe nie
dieses Gefühl

habe immer
dieses Gefühl

2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas tun mussten, das von der Zusammenarbeit mit anderen Menschen abhängig war, hatten Sie dann das Gefühl, es würde...

1 2 3 4 5 6 7

sicher nicht
erledigt

sicher erledigt
werden

3. Einmal abgesehen von den Menschen, die Ihnen am nächsten stehen: Wie gut kennen Sie die meisten Leute, mit denen Sie täglich zu tun haben?

1 2 3 4 5 6 7

sie sind Ihnen
völlig fremd

Sie kennen sie
sehr gut

4. Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

1 2 3 4 5 6 7

sehr selten
oder nie

sehr oft

5. Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?

1 2 3 4 5 6 7

das ist
nie passiert

das ist immer
wieder passiert

6. Ist es vorgekommen, dass Sie von Menschen enttäuscht wurden, auf die Sie gezählt hatten?

1 2 3 4 5 6 7

das ist
nie passiert

das ist immer
wieder passiert

7. Das Leben ist...

1 2 3 4 5 6 7

ausgesprochen
interessant

reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben...

1 2 3 4 5 6 7

überhaupt keine
klaren Ziele

sehr klare
Ziele

9. Haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

selten oder
nie

10. War Ihr Leben in den letzten 10 Jahren...

1 2 3 4 5 6 7

voller Veränderungen,
ohne dass Sie wussten,
was als nächstes passiert

ganz beständig
und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich...

1 2 3 4 5 6 7

völlig faszinierend
sein

totlangweilig
sein

12. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten
oder nie

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

1 2 3 4 5 6 7

Man kann für
die schmerzvollen
Dinge im Leben
immer eine
Lösung finden

Es gibt für die
schmerzvollen
Dinge im Leben
keine Lösung

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...

1 2 3 4 5 6 7

Sie spüren,
wie schön es ist,
zu leben

Sie fragen sich
wieso sie über-
haupt leben

15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, dann ist die Wahl einer Lösung...

1 2 3 4 5 6 7

immer unsicher und
schwer zu treffen

immer völlig
klar

16. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...

1 2 3 4 5 6 7

eine Quelle tiefer
Freude und Befriedigung

eine Quelle von
Schmerz und Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich...

1 2 3 4 5 6 7

voller Veränderungen sein,
ohne dass Sie wissen
was als nächstes passiert

ganz beständig
und klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu...

1 2 3 4 5 6 7

Sich deswegen
aufzureiben oder
innerlich
aufzuzehren

zu sagen: „Nun gut, so
ist es eben. Damit muss
ich leben“ und weiter zu
machen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten
oder nie

20. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...

1 2 3 4 5 6 7

dann ist es
bestimmt so,
dass Sie
sich auch weiterhin
gut fühlen werden

dann wird
bestimmt etwas
passieren, das
dieses Gefühl
wieder verdirbt

21. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten
oder nie

22. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

1 2 3 4 5 6 7

ohne jeden Sinn
und Zweck
wird
sein wird

voller Sinn und
Zweck sein

23. Denken Sie, dass es immer Menschen geben wird, auf die Sie in der Zukunft zählen können?

1 2 3 4 5 6 7

Sie sind sicher,
dass es die
geben wird

Sie bezweifeln,
dass es die
geben wird

24. Kommt es vor, dass Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was demnächst geschehen wird?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten
oder nie

25. Viele Leute, auch solche mit einem starken Charakter, fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten
oder nie

26. Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im Allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung...

1 2 3 4 5 6 7

über- oder
unterschätzen

richtig einschätzen

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...

1 2 3 4 5 6 7

es Ihnen
immer gelingen
wird, die
Schwierigkeiten
zu überwinden

Sie es nicht
schaffen werden,
die Schwierigkeiten
zu überwinden

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten
oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?

1 2 3 4 5 6 7

sehr oft

sehr selten
oder nie

Zeitverwendung:

9. Denken Sie an eine gewöhnliche Woche. Wie viele Stunden verbringen Sie über die Woche gerechnet (7x24 Stunden) mit den folgenden Tätigkeiten:

(Zeitverwendung, angelehnt an Statistisches Bundesamt 2014)

Tätigkeit:	Stunden pro Woche:
Erwerbstätigkeit/Ärztliche Tätigkeit	
Forschung	
Kinderbetreuung	
Körperpflege	
Qualifikation, Weiterbildung	
Schlafen	
Sonstige unbezahlte Arbeit (Hausarbeit, Pflege von Verwandten, etc.)	
Sport, Hobbies, Massenmedien	
Soziales Leben und Unterhaltung/Kultur	
Weg zur Arbeit	
Zubereitung und Verzehr von Essen	

11. Es folgen Aussagen zur persönlichen Arbeitsbelastung. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, ob sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen. (Effort-Reward-Imbalance-Modell, Siegrist 1996)

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	stimme zu	stimme voll zu
1. Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erhalte von meinem Vorgesetzten/ meiner Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Aufstiegschancen in meinem Beruf sind schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit... (Arbeitszufriedenheit / COPSOQ, Nübling et al. 2005)

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

Dimension Beruf/Praxis:

13. a) Wie oft denken Sie daran, dass Sie sich bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit überlastet fühlen: **(Gedanken an Überlastung)**

Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag	Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. b) Wie oft denken Sie daran die folgenden Dinge aufzugeben: **(Gedanken an Aufgabe)**

	Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag	Trifft nicht zu
1. Ärztliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ärztliche Tätigkeit in Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Im Folgenden haben wir noch einige Fragen zu Veränderungen Ihrer beruflichen Situation. **(Soziodemographie Beruf/Praxis)**

a) Wie lange arbeiten Sie bereits am Universitätsklinikum?
Seit (Jahr) _____

b) Haben Sie einen befristeten oder einen unbefristeten Vertrag?

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

c) Wenn befristet: Vertragslaufzeit insgesamt in Jahren: _____

d) Haben Sie einen Vollzeit- oder einen Teilzeitvertrag? Vollzeit Teilzeit

e) Wenn Sie Teilzeit arbeiten, wie hoch ist Ihre wöchentliche Arbeitszeit?
_____ Stunden

f) Wie viele Stunden arbeiten Sie faktisch pro Woche?
_____ Stunden

g) Wie kommen Sie im Allgemeinen zu Ihrem Arbeitsplatz?

- | | |
|--|--------------------------|
| Mit öffentlichen Verkehrsmitteln | <input type="checkbox"/> |
| Mit dem Auto | <input type="checkbox"/> |
| Mit dem Fahrrad | <input type="checkbox"/> |
| Zu Fuß | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> |

h) Wie hoch ist in etwa die Fahrzeit zu Ihrem Arbeitsplatz (in Minuten)?

Dimension Wissenschaft:

15. a) Wie oft denken Sie daran, dass Sie sich bei Ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit am Universitätsklinikum überlastet fühlen: **(Gedanken an Überlastung)**

Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag	Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. b) Wie oft denken Sie daran ihre wissenschaftliche Tätigkeit am Universitätsklinikum aufzugeben: **(Gedanken an Aufgabe)**

Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag	Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Im Folgenden haben wir noch einige Fragen zu Veränderungen Ihrer beruflichen Situation in der Wissenschaft. **(Soziodemographie Wissenschaft)**

a) Position:

b) Fachrichtung:

c) Studienabschluss in welchem Fach:

d) Promotion

Ja Jahr: _____

Nein, wenn Nein: strebe ich an strebe ich nicht an

e) Habilitation

Ja Jahr: _____

Nein, wenn Nein: strebe ich an strebe ich nicht an

f) An wie vielen Publikationen waren Sie bisher beteiligt? _____

g) An wie vielen Drittmittelprojekten waren Sie bisher beteiligt? _____

Dimension Familie/Soziales Netz:

17. a) Wie oft denken Sie daran, dass Sie sich bei den folgenden Dingen überlastet fühlen: (Gedanken an Überlastung)

	Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag	Trifft nicht zu
1. Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kindererziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. b) Wie oft denken Sie daran die folgenden Dinge aufzugeben: (Gedanken an Aufgabe)

	Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag	Trifft nicht zu
1. Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kinderwunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Sprechen Sie mit Ihrer Familie, Ihren Freunden und/oder anderen Menschen über Sinn-Fragen? Sinn und Werte (Peseschkian 2003)

Fast immer	<input type="checkbox"/>
Häufig	<input type="checkbox"/>
Fast nie	<input type="checkbox"/>

19. Ihre Partnerschaft und Ihr Familienstand ist... (Soziodemographie Familie/Soziales Netz)

Ledig, ohne feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
Ledig, mit fester Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
Verheiratet/eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
Geschieden/getrennt lebend, mit fester Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
Geschieden/getrennt lebend, ohne neue feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
Verwitwet, mit neuer fester Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
Verwitwet, ohne neue feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/>

20. Es folgen Fragen zu Ihrer Partnerschaft. Bei keiner festen Partnerschaft bitte mit Frageblock 21 weitermachen.

a) Haben Sie und Ihr/e Partner/in einen gemeinsamen Haushalt?

Ja

Nein (**bitte mit Frage d) weitermachen**).....

b) Wie ist die Hausarbeit (kochen, putzen, Wäsche waschen, bügeln, einkaufen) im gemeinsamen Haushalt zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin aufgeteilt? (Summe in 100%)

Ich selbst %

Mein/e Partner/in %

c) Wie viel Prozent tragen Sie momentan durch Ihre Erwerbstätigkeit zum gemeinsamen Haushaltseinkommen bei?

0 – 19 %

20 – 39 %

40 – 59 %

60 – 79 %

80 – 100 %

Trifft nicht zu (z.B. weil kein gemeinsames Haushaltseinkommen)

d) Wie steht es um die berufliche Situation ihres Partners/ihrer Partnerin?

Nicht erwerbstätig

Nicht akademischer Beruf

Anderer akademischer Beruf

Gleicher akademischer Beruf

Sonstiges, und zwar

e) Wie zufrieden sind Sie mit der zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin bestehenden Aufteilung der Berufstätigkeit?

Gar nicht zufrieden

Eher nicht zufrieden

Teilweise zufrieden

Eher zufrieden

Völlig zufrieden

21. Es folgen Fragen zu Ihren Kindern. Falls Sie keine Kinder haben, bitte mit Frage 22 weitermachen.

a) **Wie viele Kinder haben Sie?** _____

b) **Wenn Sie Kinder haben: Wie alt ist Ihr Kind/ sind Ihre Kinder?**
Geburtsjahre: _____

c) **Wie ist die Betreuung des Kindes/der Kinder zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin und Dritten aufgeteilt? (Summe 100%)**

Ich selbst _____%

Mein/e Partner/in _____%

Dritte (KiTa, Betreuungspersonal, Verwandte, etc.) _____%

Falls alleinerziehend:

Ich selbst _____%

Dritte (KiTa, Betreuungspersonal, Verwandte, etc.) _____%

d) **Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Aufteilung der Betreuung des Kindes/der Kinder?**

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Gar nicht zufrieden | <input type="checkbox"/> |
| Eher nicht zufrieden | <input type="checkbox"/> |
| Teilweise zufrieden..... | <input type="checkbox"/> |
| Eher zufrieden..... | <input type="checkbox"/> |
| Völlig zufrieden..... | <input type="checkbox"/> |

22. Haben Sie eine Haushaltshilfe (Reinigungskraft)?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein..... | <input type="checkbox"/> |

23. Gibt es in Ihrer Familie Pflegebedürftige, die von Ihnen versorgt werden müssen?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein..... | <input type="checkbox"/> |

Dimension Ich:

- 24. Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. (Gesundheit (COPSOQ, Nübling et al. 2005))**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

- 25. Wie oft in einer durchschnittlichen Woche treiben Sie mindestens eine halbe Stunde Sport?**

1 – 2x die Woche	<input type="checkbox"/>
3 – 4x die Woche	<input type="checkbox"/>
5 – 7x die Woche	<input type="checkbox"/>
Ich treibe nur unregelmäßig Sport.....	<input type="checkbox"/>
Ich treibe gar keinen Sport.	<input type="checkbox"/>

Sinn und Werte (Peseschkian 2003)

- 26. a) Nehmen Sie sich täglich Zeit zum Still-Werden?**

Fast immer	<input type="checkbox"/>
Häufig	<input type="checkbox"/>
Fast nie	<input type="checkbox"/>

- b) Vertrauen Sie in die Zukunft?**

Fast immer	<input type="checkbox"/>
Häufig	<input type="checkbox"/>
Fast nie	<input type="checkbox"/>

- c) Engagieren Sie sich für Sinn-Fragen (Frieden, Umwelt, Glaube etc.)?**

Fast immer	<input type="checkbox"/>
Häufig	<input type="checkbox"/>
Fast nie	<input type="checkbox"/>

d) Haben Sie langfristige Ziele in allen 4 Lebensbereichen (Leistung, Gesundheit, Kontakt, Sinn)?

- Fast immer
- Häufig
- Fast nie

e) Haben Sie diese Ziele schriftlich fixiert?

- Fast immer
- Häufig
- Fast nie

f) Überprüfen Sie regelmäßig Ihre langfristigen Ziele?

- Fast immer
- Häufig
- Fast nie

Work-Life-Balance:

27. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Work-Life-Balance? Kreuzen Sie bitte auf der Skala von 0-6 an, ob Sie zustimmen: (Trierer Kurzskala zur Messung der Work-Life-Balance, Syrek et al. 2011)

Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	stimmt gar nicht						stimmt genau					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1. Ich bin zufrieden mit meiner Balance zwischen Arbeit und Privatleben.	<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"/>
2. Ich bin zufrieden mit meiner Balance zwischen der ärztlichen Tätigkeit und der Wissenschaft/Forschung	<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"/>
2. Es fällt mir schwer, Berufs- und Privatleben miteinander zu vereinbaren.	<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"/>
3. Ich kann die Anforderungen aus meinem Privatleben und die Anforderungen aus meinem Berufsleben gleichermaßen erfüllen.	<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"/>
4. Es gelingt mir einen guten Ausgleich zwischen belastenden und erholsamen Tätigkeiten in meinem Leben zu erreichen.	<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"/>
5. Ich bin damit zufrieden, wie meine Prioritäten in Bezug auf den Beruf und das Privatleben verteilt sind.	<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"/>

Möchten Sie abschließend noch etwas ergänzen?