

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN
HAMBURG
FAKULTÄT LIFE SCIENCES
STUDIENGANG GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Bachelorarbeit

Titel der Arbeit

Gedanken zur Berufsaufgabe im ärztlichen Karriereverlauf.
Statistische Analyse im Rahmen des Projektes „Karriereverläufe
von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen
Weiterbildung (KarMed)“.

Autor:	Daniel Holst
Matrikelnummer:	2053812
Betreuende Prüfende:	Prof. Dr. Christine Färber
Zweite Prüfende:	Dipl. G.w. Nina Clarissa Hielscher
Abgabe:	27.02.2014

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Hintergrund „Ärztmangel“	3
2.1. Hintergrund „Feminisierung der Medizin?“	4
3. Theorien.....	6
3.1. Jobstress bei Ärztinnen und Ärzten	6
3.1.1. Modell der beruflichen Gratifikationskrise	7
3.1.2. Studienergebnisse zur beruflichen Gratifikationskrise	9
3.2. Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben bei Ärztinnen und Ärzten	12
3.2.1. Work-Life-Balance (Work-Family Conflict & Family-Work Conflict).....	13
3.2.2. Kritische Würdigung des Begriffs „Work-Life-Balance“	15
3.2.3. Studienergebnisse zu Work-Family Conflict & Family-Work Conflict	16
4. Methode.....	18
4.1. Fragestellungen	18
4.2. Statistische Analysen.....	19
4.3. KarMed-Studie.....	19
4.3.1. Zielsetzungen der Studie	20
4.3.2. Studiendesign	21
4.4. Ausgewertete Items	22
4.4.1. Externe Erhebungsinstrumente	23
4.4.1.1. Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen	23
4.4.1.2. Fragebogen zum Work-Family Conflict & Family-Work Conflict	26
5. Ergebnisse.....	28
6. Diskussion	36
7. Literaturverzeichnis.....	41
8. Tabellenverzeichnis	44
9. Abbildungsverzeichnis	45

10. Anhang	46
10.1. SPSS Syntax	46
10.2. SPSS Ausgabe	52
10.3. KarMed-Fragebogen T3.....	60
10.4. Eidesstaatliche Erklärung	75

1. Einleitung

Die Entwicklungen in unserer schnelllebenden Gesellschaft schreiten mit hoher Geschwindigkeit voran. Die Anforderungen an berufstätige Personen verändern sich häufig vor dem Hintergrund des zunehmenden Bildungsniveaus (Wiese, 2007). Mit der steigenden Berufstätigkeit von Frauen stehen Paare und Familien vor der großen Herausforderung, die Lebensbereiche – Beruf und Familie- unter „einen Hut zu bringen“ („Publikation - STATmagazin - Bevölkerung - Kind und Beruf," 2013).

Außerdem ist für die Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben, die demographische Veränderung der Gesellschaft besonders relevant. Die sinkende Fertilität und die steigende durchschnittliche Lebenserwartung bewirken, dass eine geringere Anzahl an Erwerbstätigen Personen, sich um die Versorgung älterer, zum Teil auch pflegebedürftiger Personen kümmern muss. Dazu kommen Arbeitsverhältnisse, die immer instabiler werden und auf dem Arbeitsmarkt zu einem erhöhten Konkurrenzdruck führen (Wiese, 2007). Die erschwerten Bedingungen, bei der Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben, haben auch negative wirtschaftliche Auswirkungen. Es wurde festgestellt, dass Arbeitnehmer ihren Arbeitsplatz kündigen, weil sie die Konflikte in der Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben häufig nicht in Kauf nehmen (Greenhaus et al., 2001).

Aus den genannten Gründen beschäftigt sich die vorliegende Bachelorarbeit mit den Themen Work-Life-Balance, berufliche Gratifikationskrise und der Frage: „Was hängt damit zusammen, dass im Karriereverlauf, von Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung, Gedanken zur Berufsaufgabe angestellt werden?“. Weiter handelt es sich bei dieser Arbeit um eine Primäranalyse der KarMed-Studie. Die Studie hat bereits im Jahr 2008 begonnen und wird im Jahr 2015 abgeschlossen sein. Thema dieser Studie sind die Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung.

Hauptziel dieser Arbeit ist es zu beantworten was damit zusammenhängt, dass Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung Gedanken zur Berufsaufgabe anstellen.

Im ersten Teil der Arbeit wird auf die Arbeitssituation und die speziellen Anforderungen und Belastungen im medizinischen Beruf eingegangen und aktuelle Studienergebnisse präsentiert. Das Thema wird in die theoretischen Modelle der beruflichen Gratifikationskrisen (ERI) und der Work-family-conflict (WFC)/ Family-work-conflict (FWC) eingebettet.

Im zweiten Teil werden die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit im Detail formuliert. Weiter wird der Hintergrund zur KarMed-Studie beleuchtet und die Entwicklung der Studie dargelegt. Die angewandten externen Erhebungsinstrumente (ERI, WFC & FWC) werden in der Funktionsweise erläutert.

Schließlich werden im dritten Teil die Ergebnisse und Auswertungsmethoden der Datenauswertung präsentiert und anhand aktueller Forschungsergebnissen diskutiert.

2. Hintergrund „Ärztmangel“

Der Ärztemangel ist ein häufig diskutiertes Thema. Unter dem Begriff Ärztemangel ist ein drohender und realer Mangel von tätigen MedizinerInnen gemeint. Es besteht ein Nachfrageüberschuss gegenüber einem Angebot an medizinischen Leistungen. Der Ärztemangel ist zugegeben kein neues Thema. In der wissenschaftlichen Literatur ist der Ärztemangel seit der Jahrtausendwende zu finden (Hofmeister et al., 2010).

T. Kopetsch (2002) veröffentlichte im deutschen Ärzteblatt die Ergebnisse einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung. Demnach war bereits folgender Trend erkennbar: Im Durchschnitt stieg das Alter der VertragsärztInnen konstant an. Seit 1993 ist das Durchschnittsalter um drei Jahre, auf ca. 49,5 Jahre im Jahr 2000 angestiegen. Das Durchschnittsalter der im Krankenhaus tätigen Ärzten und Ärztinnen stieg im selben Zeitraum um ca. zwei Jahre bzw. das Durchschnittsalter von jüngeren Ärzten und Ärztinnen verringerte sich so, dass 1991 27,4% der berufstätigen Ärzten und Ärztinnen unter 35 Jahre alt waren. Im Jahr 2000 waren es nur noch 18,8% die in diese Altersgruppe fielen. Dies war ein Rückgang von ca. einem Drittel. Die Gesamtanzahl der MedizinabsolventenInnen verminderte sich von 1996 bis 2002 um 23% und die Approbationen verliefen parallel dazu auch rückläufig (Kopetsch, 2002). Ab dem Jahr 2000 war die Anzahl der MedizinabsolventenInnen relativ konstant und nahm ab dem Jahr 2007 wieder zu (Wissenschaftlicher Informationsdienst, 2012).

Ein Forschungsgutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlichte im Jahr 2010, dass ca. drei Viertel der Krankenhäuser weiterhin ein Problem haben, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Die Studie ermittelte, dass in deutschen Krankenhäusern bundesweit rund 5500 Vollzeitstellen im ärztlichen Dienst nicht besetzt waren (Blum and Löffert, 2010).

2.1. Hintergrund „Feminisierung der Medizin?“

Im Jahr 2006 wurde veröffentlicht, dass in nahezu allen OECD-Ländern der Frauenanteil im ärztlichen Beruf angestiegen ist. Der Prozess der „Feminisierung“ der Medizin nimmt also nicht nur in Deutschland zu (Simoens and Hurst, 2006). Der Anteil der Medizinstudentinnen lag in Jahren 2006 bis 2013 bei rund 60% (Medizinstudenten in Deutschland bis 2012/2013 | Statistik). Zwei Studien zum Thema „Frauen in der Medizin“ aus dem Jahr 2010 kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen im Vergleich zu Männern unterschiedliche Vorstellungen zur Arbeitszeit, Arbeitsbedingungen und Disziplinpräferenz haben (Bauer and Dähler, 2010; Abele-Brehm, 2010). Durch die gestiegene Nachfrage an ärztlichen Fachkräften, hat das Interesse an den beschriebenen Vorstellungen von Medizinerinnen zugenommen (Van den Bussche and Quantz, 2008). Die Karrierechancen für Medizinerinnen sind jedoch weniger vielversprechend als für ihre männlichen Kollegen (Hofmeister et al., 2010). Zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung sind Medizinerinnen mit Kindern in vielen karriererelevanten Aspekten benachteiligt. Kinderlose Ärztinnen haben zum Weiterbildungsbeginn häufiger eine Promotion als Medizinerinnen mit Kindern. Für Ärzte ist das Kriterium „Kinder“ nicht entscheidend, wenn es um den Dokortitel geht (van den Bussche, 2012). Insgesamt sind über die Hälfte der Promotionen in der Medizin (52,5%) von Frauen geleistet worden. Jedoch beginnt danach der Karriereknick: Der Frauenanteil bei Habilitationen (Medizin) lag im Jahr 2006 nur bei 21,3% (Becker et al., 2006). Der Anteil an C4-Professuren in der Medizin lag im Jahr 2006 bei rund 9% (Hofmeister et al., 2010). Ein Grund dafür könnte sein, dass Männer häufiger ihre erste Weiterbildungsstelle an einer Universitätsklinik beginnen als Frauen. Diese Stellen sind bekanntlich der Einstieg in die Forschung, zur Habilitation und das Tor zur Vergabe von Chefarztpositionen (van den Bussche, 2012). Der Frauenanteil der Habilitationen und C4-Professuren aller Hochschulen (inkl. Medizin) ist in Tab.1 abgebildet.

	2010	2011	2012
Habilitationen insgesamt	1755	1563	1646
Frauenanteil Habilitationen	24,9%	25,5%	27,0%
Frauenanteil C4-Professuren	10,6%	10,7%	11,2%

Tabelle 1: Alle Gesamtdeutschen Habilitationen und C4-Professuren von 2010 bis 2012 (eigene Darstellung nach „Staat & Gesellschaft - Hochschulen - Frauenanteile - Statistisches Bundesamt (Destatis),“ 2012)

Im Verlauf der letzten Jahrzehnte, nimmt der Frauenanteil in der Medizin stetig zu. Doch die Zunahme auf der höchsten Stufe der Qualifikationen (Professuren) verläuft im Vergleich eher langsam (Dalhoff, 2005). Der Unterschied von Ärztinnen und Ärzten bei der Beschäftigungsart wird auch im Beschäftigungsumfang deutlich (Hofmeister et al., 2010). Von rund 2649 arbeitslos gemeldeten Ärzten und Ärztinnen im Jahr 2010, waren ca. 64% weiblich (Kopetsch, 2010). Dazu kommt, dass rund 60% der Ärztinnen den beruflichen Wiedereinstieg nach der Elternzeit für schwierig halten (Hofmeister et al., 2010). Dieser Sachverhalt wird von A.E. Abele (2006) als „Schereneffekt“ bezeichnet. Die Gründe für den „Schereneffekt“ und schlechtere Karrierechancen von Medizinerinnen werden in strukturellen Arbeitsplatzmerkmalen gesehen (Abele, 2006). In Kliniken herrschen hierarchische Strukturen die männlich geprägt sind. Nachteile können sich besonders für Frauen mit Kindern ergeben (Stiller and Busse, 2008). Laut einer Umfrage aus dem Jahr 2006 an der sich 389 Assistenzärzte beteiligten, sind hierarchische Strukturen und fehlende Entwicklungschancen ein Grund für einen Berufsausstieg (Hofmeister et al., 2010). Schon drei Jahre zuvor (2003) kam eine Studie der Landesärztekammer Hessen, bei einer Befragung von nicht mehr in der Patientenversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten, zu vergleichbaren Ergebnissen. Gründe für den Berufsausstieg waren: Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und den Arbeitszeiten; Wunsch nach beruflicher Neuorientierung; Unzufriedenheit mit der Karriereentwicklung und der Bezahlung; Unvereinbarkeit von Berufs- und Privatleben (Hofmeister et al., 2010). Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, dass es einen akuten Ärztemangel, ein wiederkehrendes Motiv der Unzufriedenheit und es reale Berufsausstiege von Ärztinnen und Ärzten aus der kurativen Berufstätigkeit gibt.

3. Theorien

3.1. Jobstress bei Ärztinnen und Ärzten

Die Entwicklung der personellen und materiellen Ressourcenreduzierung in medizinischen Institutionen hat in den letzten Jahrzehnten weit reichende Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Gesundheit junger Ärztinnen und Ärzte (B. Buddeberg-Fischer et al., 2005). Eine Vielzahl von Forschungsgruppen hat die Zusammenhänge zwischen dem gesundheitlichen Befinden und der Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten untersucht (z.B. Collier et al., 2002; Shanafelt et al., 2002). Beiden Studien gemeinsam ist, dass erhöhte Depressivität und Burnout mit Jobstress, durch arbeitsbedingten Zeitdruck, geringen Entscheidungsspielraum, ungenügendes Teamwork und mangelnder Führungskultur korrelierten (Buddeberg-Fischer et al., 2005). Besonders Ärztinnen und Ärzte am Anfang ihrer Weiterbildung weisen ein erhöhtes Risiko für psychische Symptombildungen auf (Levey, 2001).

Stiller und Busse (2008) unterteilen die Belastungen junger Ärztinnen und Ärzte in drei Ebenen:

- Tätigkeitsbezogene Belastungen (u.a. Zeitdruck und Verwaltungsaufwand)
- Umweltbezogene Belastungen (u.a. ungenügendes Feedback und Berufspolitik)
- Beanspruchungsfolgen (u.a. Burnout und Rückenschmerzen)

Laut dem Versorgungsreport 2010 zu den Arbeitsbedingungen und dem Befinden von Ärztinnen und Ärzten führen die beschriebenen Belastungen zu einem wiederkehrenden Motiv der Unzufriedenheit. Junge Ärztinnen und Ärzte nehmen ein Ungleichgewicht zwischen großer Verausgabung und minimaler Belohnung sowie zwischen großem Engagement und niedriger Anerkennung, wahr (Hofmeister et al., 2010). Dieser Ungleichgewichtszustand stellt nach dem Modell der beruflichen Gratifikationskrise eine Gesundheitsgefährdung dar (Siegrist, 1996a).

3.1.1. Modell der beruflichen Gratifikationskrise

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise, engl. „Effort-reward-imbalance“ (ERI), von Siegrist (1996b) wurde auf der Annahme, dass Personen während ihres Berufslebens Rollen einnehmen, die starken Einfluss auf die Selbstwirksamkeit, den Selbstwert und die soziostrukturellen Bedingungen haben, entworfen. Der Beruf an sich kann für Personen bedeuten, dass sie etwas leisten und beitragen bzw. belohnt und wertgeschätzt werden (Siegrist, 1996b).

Zu den wichtigen Elementen des Modells zählt das Prinzip der sozialen Reziprozität. Nach diesem Prinzip werden erbrachte und geforderte Leistungen durch Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit und Belohnung in Form von Bezahlung, ausgeglichen (Siegrist, 1996b). Das Kernelement des Modells der beruflichen Gratifikationskrise ist ein wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen hohem Einsatz (High-Effort) und niedriger Belohnung (Low-Reward) (Siegrist, 1996b). Dieses Ungleichgewicht ist in Abb. 1 dargestellt.

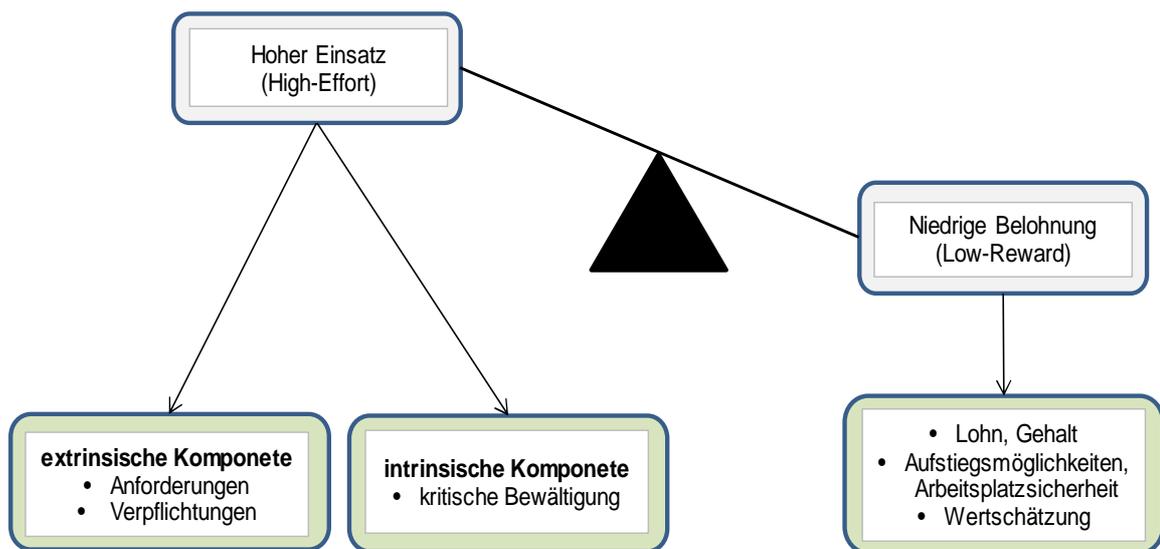


Abbildung 1: Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist, 1996b (eigene Darstellung)

Ein dauerhafter Ungleichgewichtszustand führt nach Siegrist (1996b) zu einer beruflichen Gratifikationskrise. Ein Mangel an Reziprozität stellt sich durch einen hohen Einsatz in Kombination mit einer niedrigen Belohnung dar (Siegrist, 1996b).

Im Bereich der Belohnung werden drei Transmittersysteme unterschieden (Siegrist, 1996b):

- Berufliche Anerkennung
- Einkommen
- Berufliche Statuskontrolle

Der Begriff *Statuskontrolle* steht in Beziehung mit Arbeitsplatz(un-)sicherheit, verminderten Aufstiegschancen, einem erzwungenen beruflichen Wechsel oder einer Position im Beruf, die nicht dem Bildungsniveau entspricht. Diese Zustände können Stress verursachen (Siegrist, 1996b). Als Faktoren der beruflichen Gratifikationskrise zählen für Siegrist (1996a) unangemessene Bezahlung, geminderte Anerkennung und blockierte Aufstiegschancen bei hohem Einsatz bzw. High-Effort. High-Effort wird von Siegrist (1996a) in zwei Quellen aufgeteilt:

- *Extrinsische* Komponenten bezeichnen vorgegebene Verpflichtungen und Anforderungen des Arbeitsplatzes.
- *Intrinsische* Komponenten stellen ausgeprägte Motivation und Leistungsbereitschaft in kritischen Situationen dar.

Kritische Situationen werden im Konstrukt der beruflichen Kontrollbestrebung subsumiert. So weisen Personen mit hoher beruflicher Kontrollbestrebung eine starke Verausgabung bzw. einen starken Einsatz auf. Im beruflichen Leben werden die hohen beruflichen Kontrollbestrebungen in der Regel belohnt und führen bei den jeweiligen Personen zu Selbstwirksamkeits- und Erfolgserlebnissen. Eine überdurchschnittliche Verausgabung fördert Disstress. Im Fall einer niedrigen Statuskontrolle in Kombination mit einer beruflichen Gratifikationskrise erhöht sich das Potential des Disstresses (Siegrist, 1996a). Siegrist (1996a) verwendet im Kontext von erhöhter Kontrollbestrebung und starker Verausgabung (Einsatz), den Fachbegriff „Verausgabungskarriere“.

Siegrist (1996a) unterteilt die Verausgabungskarriere in vier Phasen:

1. Entwicklung der Kontrollbestrebung
2. Beruflicher Einsatz mit hoher Statuskontrolle und Gratifikationskrise
3. Beruflicher Einsatz mit niedriger Statuskontrolle und Gratifikationskrise
4. Kein Einsatz aufgrund einer ausgebildeten Erschöpfung

Es wird davon ausgegangen, dass sich Personen mit hoher und niedriger Kontrollbestrebung in der dritten Phase unterscheiden. Personen mit hoher Kontrollbestrebung ist es nicht möglich eine berufliche Gratifikationskrise dadurch auszugleichen, dass die intrinsische Motivation reduziert wird. Im Fall einer fehlenden Arbeitsplatzalternative wird nicht angenommen, dass durch Senkung des Einsatzes einer Gratifikationskrise entgegengewirkt werden kann (Siegrist, 1996a).

Im Modell der beruflichen Gratifikationskrise geht Siegrist (1996b) davon aus, dass Emotionen wie Ärger und Depressivität durch mangelnde Reziprozität zwischen Einsatz und Belohnung entstehen. Diese Emotionen können im Körper Belastungsreaktionen verursachen (Siegrist, 1996b). Bei dauerhaften beruflichen Gratifikationskrisen besteht ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Besondere Gefährdungen bestehen in der Regel nur dann, wenn erhöhter Einsatz und niedrige Belohnung zusammen auftreten. Das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen entsteht durch bestimmte Intensitäten der beruflichen Gratifikationskrise. Eine intensive Gratifikationskrise ist gekennzeichnet durch ausgeprägte Enttäuschungen und schweren Ärger, ausgelöst durch das Ungleichgewicht zwischen Einsatz und Belohnung (Siegrist, 1996a).

3.1.2. Studienergebnisse zur beruflichen Gratifikationskrise

J. Bauer und D.A Groneberg (2014) haben eine Untersuchung mit dem Titel „Stress und Berufszufriedenheit im Fach der stationären Anästhesiologie“ durchgeführt. Die Studienergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

Methode Stichprobe

Die wahrgenommenen Arbeitsbedingungen und die Berufszufriedenheit im Fachgebiet der Anästhesiologie sind zentrale Forschungsschwerpunkte. Mittels einer anonymisierten Online Befragung wurden Daten von Ärztinnen und Ärzte der Anästhesiologie (n=1321) erhoben und ausgewertet. Das „Effort-reward-imbalance“-Modell (ERI) nach Siegrist (1996b) in Kombination mit dem „Job-demand-controll“-Modell (JDC) sowie ein Kurz-Fragbogens zur Arbeitsanalyse (KFZA) war die Grundlage des Onlinefragebogens (Bauer and Groneberg, 2014).

Die Datenerhebung verlief vom 11.12.2012 bis zum 31.01.2013. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 42,6 Jahren (Min=25 Jahre; Max=69 Jahre). Der Frauenanteil dieser Stichprobe lag bei 38,6% (Bauer and Groneberg, 2014).

Ergebnisse

Bei 47% der Befragten zeigten sich Anzeichen für Disstress (ERI & JDC) [95%-Konfidenzintervall (95%-KI): 44,3- 49,7]. Der geschlechtliche Unterschied (ERI & JDC) war nicht signifikant (X^2 : $p= 0,932$). Mit ihrem Beruf waren 61,8% (95%-KI: 59,2- 64,5) der Befragten sehr zufrieden. Im Hinblick auf die Berufszufriedenheit zeigte sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied (X^2 : $p= 0,378$). Im Vergleich der Altersgruppen nahm der Disstress, von 36,5% bei unter 35-Jährigen auf 50,7% bei 35- bis 59-Jährigen, zu [Odds Ratio (OR): 1,79; 95%-KI: 1,38- 2,32] (Bauer and Groneberg, 2014).

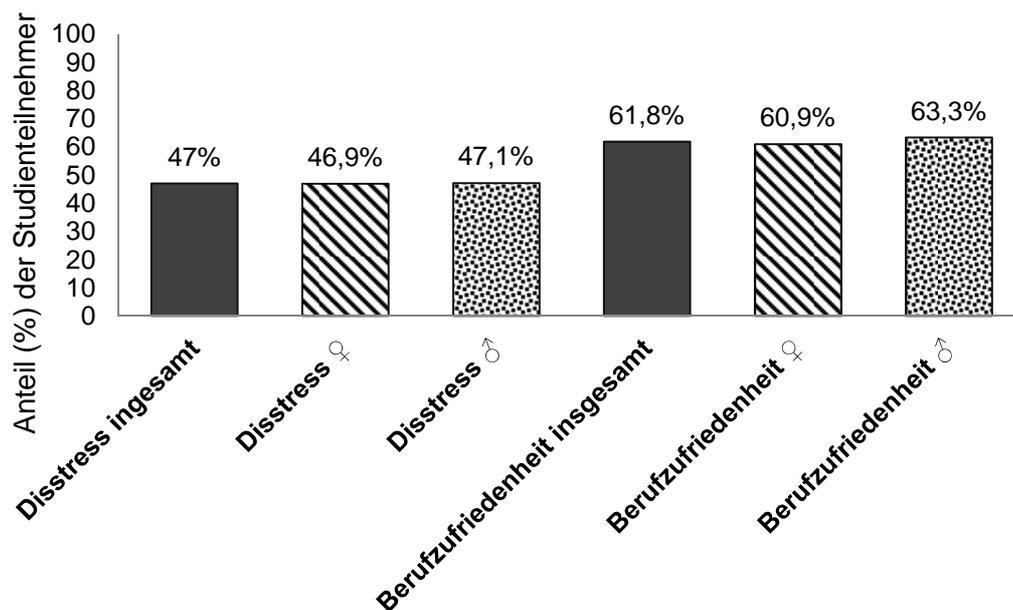


Abbildung 2: Verteilung von Disstress (ERI & JDC) und Berufszufriedenheit zwischen den Geschlechtern nach Bauer und Groneberg (2014) (eigene Darstellung)

Der Anteil der Befragten, die sich in einer beruflichen Gratifikationskrise befanden, (High-Effort & Low-Reward) stieg in den Hierarchiestufen signifikant an (X^2 : $p<0,001$). Bei Assistenzärztinnen und Assistenzärzten waren 43,9% auffällig. Bei Chefärztinnen und Chefärzten stieg dieser Anteil auf 64,1% (OR: 2,29; 95-KI: 1,16- 4,52) an (Bauer and Groneberg, 2014).

Im Geschlechtsvergleich nahmen Ärztinnen insgesamt ihren Handlungsspielraum signifikant geringer wahr als ihre männlichen Kollegen. Bei Ärzten lag der Skalenwert für Handlungsspielräume um 0,47 Punkte höher (95%-KI: 0,27- 0,67) als bei Ärztinnen. Die Stressprävalenz entsprechend dem JDC, stieg bei Ärztinnen signifikant an (OR: 1,54; 95%-KI: 1,19- 2,01) (Bauer and Groneberg, 2014).

Fazit

Diese Studie von Bauer und Groneberg (2014) zu den wahrgenommenen Arbeitsbedingungen und der Berufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten der Anästhesiologie zeigt besorgniserregende Ergebnisse. Im Rahmen der Möglichkeiten sollten die Arbeitsbedingungen für Frauen und Männer in der Anästhesiologie angemessen angepasst werden, um einem zukünftigen Mangel an Fachkräften, entgegen zu wirken (Bauer and Groneberg, 2014). Diese Daten zeigen die Relevanz eines Gleichgewichts entsprechend dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist (1996a). Aus diesem Grund wird, wie im Teil „4.4. Ausgewertete Items“ erklärt, der Fragenbogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen in die vorliegende Arbeit integriert.

3.2. Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben bei Ärztinnen und Ärzten

Die beruflichen Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern implizieren häufig diverse Belastungen, wie zum Beispiel hohe Arbeitsintensitäten, lange Schichtdienste und große Verantwortung bei gleichzeitigem hohem Zeitdruck (Nitzsche et al., 2013). In deutschen Krankenhäusern wird insgesamt von einer anwachsenden Leistungsverdichtung, resultierend aus einer kürzeren Verweildauer der Patienten bei ansteigenden Fallzahlen, ausgegangen ("Grunddaten der Krankenhäuser - Statistisches Bundesamt," 2010). Schon 2003 wurde festgestellt, dass die zunehmende Bürokratisierung, zum Beispiel ein zunehmender Aufwand an Dokumentationen, erhöht die Leistungsverdichtungen (Blum and Müller, 2003). Als emotional belastend wird auch der Umgang mit schwerkranken Patienten und deren Angehörigen eingeordnet. Diese hohen Arbeitsbelastungen von Ärztinnen und Ärzten werden in Verbindung gebracht mit gesundheitlichen Auswirkungen wie dem Burnout-Syndrom (Fuß et al., 2008). Das Zusammenspiel von Erwerbstätigkeit und Privatleben wurde in den letzten Jahren als möglicher Einflussfaktor des Burnout-Syndroms diskutiert. Ein Beispiel dafür ist, wenn durch Wochenenddienste und lange Arbeitszeiten sehr wenig Zeit für Freunde und Familie bleibt. Nitzsche et al. haben (2013) untersucht, welche Zusammenhänge mit einem gelungenen Zusammenspiel zwischen Privat- und Berufsleben („Work-Life Balance“) und der Gesundheit von ärztlichen Personal bestehen. Sie unterstreichen die Wichtigkeit eines gelungenen Zusammenspiels beider Bereiche.

3.2.1. Work-Life-Balance (Work-Family Conflict & Family-Work Conflict)

Work-Life-Balance ist ein populärer Begriff, der aus wissenschaftlicher Perspektive nicht nur ein einzelnes Phänomen umfasst, sondern ein gesamtes Themengebiet. Im Vordergrund stehen Fragestellungen in Bezug auf das Zusammenwirken von Berufs- und Privatleben. Der Bestandteil „Work“ bezieht sich auf das Berufsleben und der Teil „Life“ in der Regel auf Lebensbereiche wie Familie, Freundschaft oder kulturelles und soziales Engagement (Wiese, 2007).

Nach Gonin et al. (2009) zählen Erwerbs- und Hausarbeit, Ehe und Partnerschaft, Kinder, Familienangehörige und Freunde, Hobbies und Ehrenämter, zu den relevanten Lebensbereichen (Gonin et al., 2009). Krisor und Rowold (2013) widmen sich der Frage wie sich die persönlichen Ressourcen auf die genannten Lebensbereiche verteilen. Rollenkonflikte entstehen dort, wo eine angemessene Verteilung zwischen Berufs- und Privatleben nicht gelingt (Krisor and Rowold, 2013). Diesen Rollenkonflikten werden in der Fachliteratur folgende sieben Mechanismen zugeschrieben (Greenhaus and Singh, 2004):

- Accommodation: Die Teilnahme an einer Rolle wird vermindert, um den Anforderungen einer anderen Rolle zu entsprechen.
- Work-Family Enrichment: Eine Rolle bereichert oder stärkt einen anderen Lebensbereich.
- Work-Family Spillover: Fähigkeiten, Gefühle, Werte oder Verhaltensweisen werden von einer Rolle auf die andere übertragen. Die Effekte können positiv (Work-Family Enrichment) oder negativ (Work-Family Conflict) ausfallen.
- Work-Family Balance: Personen sind im Berufs- und Privatleben gleichermaßen eingebunden und zufrieden.
- Compensation: Es wird versucht, die Unzufriedenheit in einer Rolle mit dem Streben nach Zufriedenheit in einer anderen Rolle, zu kompensieren.
- Segmentation: Die Trennung beider Lebensbereiche dient zur Stressbewältigung in einer der beiden Rollen. Es werden Grenzen zwischen dem Berufs- und Privatleben aufrechterhalten.

- Family-Work Conflict/ Work-Family Conflict: Die gegenseitige Beeinträchtigung verschiedener Rollen bei der Ausführung ihrer Aufgaben. Diesem Mechanismus werden bidirektionale Dimensionen zugeschrieben, so kann das Privatleben das Berufsleben beeinträchtigen (Family-Work Conflict) während das Berufsleben auch das Privatleben stören kann (Work-Family Conflict).

Beispiele für Work-Family Conflict & Family-Work Conflict nach Wiese (2007):

- Work-Family Conflict: Ein Elternteil muss Überstunden machen und kann aus diesem Grund nicht zur Theateraufführung des Kindes erscheinen.
- Family-Work Conflict: Eine erwerbstätige Person muss während der Arbeit an die schwer kranke Mutter denken.

Es können allerdings auch positive Effekte, durch das Zusammenwirken beider Rollen, entstehen. So sind Fähigkeiten aus dem privaten Lebensbereich im Beruflichen nutzbar. Parallel können die beruflichen Kompetenzen das private Umfeld ergänzen. Positive Erlebnisse werden in den anderen Lebensbereich transferiert (Wiese et al., 2010). Greenhaus und Beutel (1985) typologisieren Work-Family Conflict & Family-Work Conflict in drei Ebenen des Konflikterlebens:

- *Zeitbasierte Konflikte*: Die zeitlichen Anforderungen aus einem Lebensbereich erschweren es den Anforderungen aus dem anderen Lebensbereich nachzukommen.
- *Beanspruchungsbasierte Konflikte*: Die Beanspruchungen (psychisch) eines Lebensbereiches erschweren es, den Anforderungen aus dem anderen Lebensbereich nach zu kommen.
- *Verhaltensbasierte Konflikte*: Die Verhaltensanforderungen aus einem Lebensbereich sind schwer mit den Verhaltensanforderungen aus dem anderen Lebensbereich vereinbar.

3.2.2. Kritische Würdigung des Begriffs „Work-Life-Balance“

Resch und Bamberg betonen, dass in der Literatur die irreführende Bezeichnung („Work-Life Balance“) zu recht kritisiert wird, da der Begriff „Work“ einen Bereich beschreibt der dem Leben gegenübersteht (Resch and Bamberg, 2005). Nach Wiese (2007) ist der Beruf ein Teil des Lebens und die Tätigkeiten im Bereich „Life“ können durchaus Arbeit darstellen (z.B. Haushaltsarbeit und Kindererziehung). Andererseits sehen viele Menschen ihre berufliche Tätigkeit nicht als ausschließlich ökonomische Notwendigkeit, sondern als Berufung, Selbstverwirklichung und Quelle der Selbstbestätigung. Daneben existiert häufig ein einfaches Denkmuster, in dem Menschen ihren Ausgleich vom anstrengenden Berufsleben in der Ruhe und der Erholung ihres Privatlebens suchen. Dieses Muster wird der Lebenswirklichkeit aber nicht vollkommend gerecht. So lassen sich sowohl im Berufsleben als auch im Privatleben positive und negative Erlebnisqualitäten finden (Kastner, 2004). Nach Kastner (2004) ist die allgemeine Maximierung der Lebensqualität ein Ziel oder Kriterium einer geglückten Work-Life Balance, die sich dann in einem subjektiven Wohlbefinden ausdrücken kann. Für Resch und Bamberg (2005) ist aus psychologischer Sicht nicht nur die Balance zwischen Berufs- und Privatleben interessant, sondern auch wie die Work-Life Balance gestaltet wird. In diesem Gestaltungsprozess geht es einerseits um die zeitliche Balance von Beruflichem und Privaten. Parallel dazu gilt es positive Erlebnisqualitäten in verschiedenen Bereichen des Lebens zu maximieren und negative Erlebnisqualitäten zu minimieren (Resch and Bamberg, 2005). Nach Resch und Bamberg (2005) sollten die individuellen Verhältnisse von Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten sowie der Wechsel von Anspannung und Entspannung optimiert werden. Die Balance von Berufs- und Privatleben kann sich auf das alltägliche Handeln sowie auf eine kurzfristige, oder langfristige Zeitperspektive beziehen (Abele, 2005). Angestrebt wird ein positiver Erlebniszustand, der die Erwartungs- und Bedürfniserfüllung im beruflichen und privaten Leben zum Ergebnis hat (Wiese, 2007).

3.2.3. Studienergebnisse zu Work-Family Conflict & Family-Work Conflict

A. Nitzsche et al. (2013) haben eine Untersuchung mit dem Titel „Der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben und sein Zusammenhang mit Burnout - Ergebnisse einer Studie bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren“ durchgeführt. Die Studienergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst. Nitzsche et al. verwenden in dieser Publikation die Begriffe Work-Life Conflict & Life-Work Conflict anstelle von Work-Family Conflict & Family-Work Conflict (Nitzsche et al., 2013).

Methode & Stichprobe

In dieser Studie wurde der Konflikt zwischen Berufs- und Privatleben (Work-Family Conflict & Family-Work Conflict) und sein Zusammenhang mit Burnout bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren (n=387), untersucht. Die Burnout Dimensionen wurden mittels des Maslach-Burnout Inventars (emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und emotionale Erschöpfung) erhoben. Die Datenerhebung fand zwischen November 2010 und März 2011 statt. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 44,8 Jahren (Min=27 Jahre, Max=68 Jahre). Der Frauenanteil der Stichprobe lag bei 53,7%. In Partnerschaft lebten 88,8% der Befragten. Durchschnittlich verfügten die Befragten über 16,7 Jahre Berufserfahrung (Min=0 Jahre, Max=40 Jahre) (Nitzsche et al., 2013).

Ergebnisse

Der Mittelwert des Work-Life Conflicts lag in der Stichprobe höher als der des Life-Work Conflicts. Der geringste Mittelwert der Burnout Dimensionen wurde in der Depersonalisierung, der höchst in persönlicher Erfüllung gemessen. Die Auswertungen ergaben auch, dass der Work-Life Conflict einen positiven Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung aufweist. Daneben besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Life-Work Conflict und Depersonalisierung bzw. ein negativer Zusammenhang mit persönlicher Erfüllung (Nitzsche et al., 2013).

Tabelle 2: Deskriptive Statistiken (Mittelwert und Standardabweichung) und Interkorrelationen (Person's Korrelationskoeffizient) der Variablen (Nitzsche et al., 2013). (eigene Darstellung)

Variable	1.	2.	3.	4.	5.
1. Work-Life Conflict	/	/	/	/	/
2. Life-Work Conflict	0,227**	/	/	/	/
3. Emotionale Erschöpfung	0,541**	0,321**	/	/	/
4. Depersonalisierung	0,264**	0,338**	0,561**	/	/
5. Persönliche Erfüllung	-0,086(n.s.)	-0,220**	-0,277**	-0,324**	/
Mittelwert	2,81	1,57	2,84	1,94	4,87
Standardabweichung	0,74	0,55	0,88	0,7	0,56

**p<0,001; n.s.: nicht signifikant

Fazit

Die Studienergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit eines gelingenden Zusammenwirkens zwischen Berufs- und Privatleben für die Gesundheit. Besonders Konflikte, die ursprünglich im Berufsleben entstehen, strahlen negativ auf das Privatleben aus. Ein Zusammenhang zwischen dem Work-Family Conflict und emotionaler Erschöpfung wurde deutlich (Nitzsche et al., 2013). Diese Daten zeigen die Relevanz eines gelungenen Zusammenspiels von Berufs- und Privatleben nach Netemeyer (1996). Aus diesem Grund wird, wie im Teil „4.4. Ausgewertete Items“ erklärt, der Fragebogen zum Work-Family Conflict (WFC) & Family-Work Conflict (FWC) in die vorliegende Arbeit integriert.

4. Methode

Im folgenden Abschnitt werden die Fragestellungen dieser Arbeit formuliert. Weiter wird darauf eingegangen, wie bei der Untersuchung der Studie vorgegangen wurde. Es wird beschrieben wie die Datenerhebung bzw. das Auswertungsverfahren durchgeführt wurden und wie die Auswahl der Stichprobe erfolgte. Weiter wird auf die Operationalisierungen der externen Erhebungsinstrumente eingegangen.

4.1. Fragestellungen

Wie bereits beschrieben ist das Hauptziel dieser Arbeit, eine Antwort auf die Frage welche Zusammenhänge mit den Gedanken zur Berufsaufgabe bestehen. Genauer gesagt soll im Detail untersucht werden, wie stark oder schwach sich die Modellvorstellungen (ERI, WFC & FWC) bzw. noch andere unabhängige Variablen, auf die Gedanken zur Berufsaufgabe in der erhobenen Stichprobe auswirken. Für den Autor ergeben aus diesem Kontext weiterführende Unterfragen.

Hauptfrage:

- Was hängt damit zusammen, dass Gedanken zur Berufsaufgabe angestellt werden?

Unterfragen:

- [1] Wie stabil ist die Gruppe derer, die sich über die Jahre in fachärztlicher Weiterbildung befinden?
- [2] Gibt es Geschlechterunterschiede in der Stabilität der fachärztlichen Weiterbildung?
- [3] Wie entwickeln sich die Gedanken zur Berufsaufgabe im Längsschnitt?
- [4] Unterscheiden sich die Gedanken zur Berufsaufgabe im Längsschnitt zwischen den Geschlechtern?
- [5] Unterscheiden sich die Gedanken zur Berufsaufgabe bei denen, die sich in einer beruflichen Gratifikationskrise befinden?

4.2. Statistische Analysen

Alle statistische Analysen dieser Arbeit wurden mit SPSS (PASW) für Windows Version 18 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt. Bivariate Analysen wurden nonparametrisch getestet, falls die Voraussetzungen für parametrische Analyseverfahren nicht erfüllt wurden. Kategoriale Variablen wurden mittels Chi²-Test überprüft.

Für die Berechnung der Hauptfragestellung wurde eine logistische Regression angewandt. Als abhängige Variable wurde das Item „Gedanken zur Berufsaufgabe“ zum Messzeitpunkt T3 verwendet. Um zu untersuchen wie die unabhängigen Variablen, in der logistischen Regression mit „Gedanken zur Berufsaufgabe“ zusammenhängen wurden Korrelationen, Odds Ratio und 95%-Konfidenzintervalle berechnet. Alle abhängigen Variablen stammen aus dem Fragebögen T3 und T1. Für die längsschnittliche Untersuchung der „Gedanken zur Berufsaufgabe“ und der Stabilität der fachärztlichen Weiterbildungsgruppen wurden die Items der Messzeitpunkte T1 bis T3 ausgewertet. Die detaillierte Gliederung der verwendeten Items ist in Kapitel 4.4. aufgeführt. Alle detaillierten Ergebnisse sind im Anhang hinterlegt.

4.3. KarMed-Studie

Im folgenden Teil wird die KarMed-Studie vorgestellt. Das Wort KarMed steht für: „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“. Die Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds im Rahmen des Programms "Frauen an die Spitze" gefördert. Zentrales Ziel ist die Analyse der Prozesse, der förderlichen Bedingungen, aber auch der Hindernisse für einen erfolgreichen Berufsverlauf von Ärztinnen und eine Zunahme von Ärztinnen in leitenden Positionen in der Krankenversorgung. Dies erfolgt unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenspiels von subjektiven und objektiven Faktoren sowie des Zusammenspiels von Beruf und Privatleben. Aus den Ergebnissen sollen Maßnahmen zur Optimierung des Berufsverlaufs und der Aufstiegsbedingungen von Ärztinnen abgeleitet werden (KarMed-Studie, 2013a).

4.3.1. Zielsetzungen der Studie

Die Untersuchung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen wurde im Längsschnitt, im Vergleich zwischen neuen und alten Bundesländern und im Vergleich zu ihren männlichen vom KarMed-Projekt konzipiert (KarMed-Studie, 2013a).

Die Zielsetzungen lassen sich in drei Themenkomplexe gliedern (KarMed-Studie, 2013a):

1. Berufliche Ziele, Wünsche, Entwicklungen und Veränderungen

- Berufliche Ziele von Ärztinnen im Weiterbildungsverlauf
- Gründen zum Disziplinwechsel, Reduktion der Arbeitszeit, Weiterbildungsabbruch und Berufsausstieg
- Die private Lebenssituation von Ärztinnen (z.B. Elternstatus, Mehrfachbelastungen, Doppelkarriereprobleme)

2. Genderaspekte in medizinischen Einrichtungen

- Arbeitsbedingungen in Bezug auf Vereinbarkeit von Familie und Privatleben
- Hindernisse und Benachteiligungen von Ärztinnen in der fachärztlichen Weiterbildung und die Bedeutung für den Berufsverlauf
- Die Verwirklichung des Egalitätsprinzips in der beruflichen Entwicklung bzw. die Verbesserung von Aufstiegsmöglichkeiten für Ärztinnen

3. Verknüpfung von strukturellen Bedingungen und dem Privatleben

- Der Einfluss biographischer Meilensteine (privat und beruflich) auf die weitere berufliche Entwicklung bzw. Karriere
- Die Bedeutung von Doppel- und Dreifachbelastungen oder andere wahrgenommene Benachteiligungen bei Karriereabbruch bzw. Berufsausstieg

4.3.2. Studiendesign

Bei KarMed handelt es sich um eine multizentrische prospektive Beobachtungsstudie mit quantitativen und qualitativen Methoden (KarMed-Studie, 2013a).

Im quantitativen Teilprojekt wird der Berufsverlauf von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten (n= 1012) aus sieben medizinischen Fakultäten (Erlangen, Gießen, Hamburg, Heidelberg, Köln, Leipzig und Magdeburg) ab der Ärztlichen Approbation verfolgt. Dieser Verlauf wird bis zum Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung mittels jährlichen standardisierten postalischen Befragungen verfolgt. Die nachfolgende Abbildung 3 zeigt den Projektverlauf in zwei Förderphasen sowie die durchgeführten Erhebungen (KarMed-Studie, 2013a):

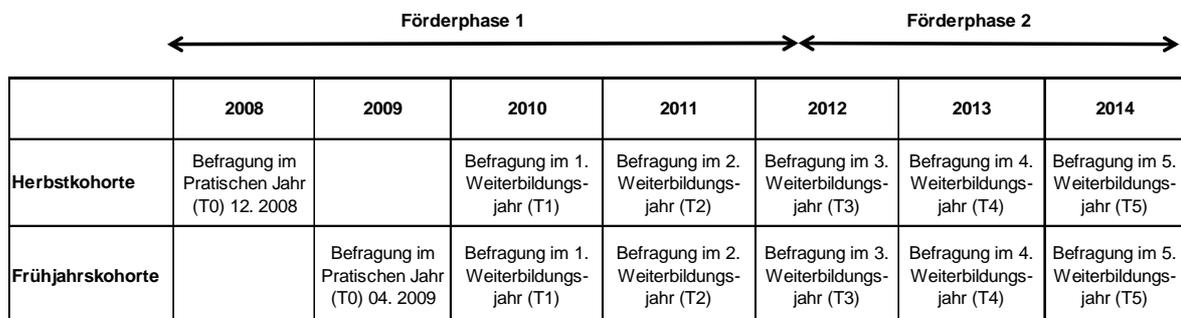


Abbildung 3: Projektverlauf der KarMed-Studie nach (KarMed-Studie, 2013)

Mit der Befragung wurde im Praktischen Jahr in den Jahren 2008 und 2009 (Befragung T0) begonnen. Am Ende der zweiten Projektphase wird die Hälfte der sechsten Befragung (T5) durchgeführt sein. Diese Befragten werden sich zu diesem Zeitpunkt hälftig im fünften Jahr der Weiterbildung befinden, die andere Hälfte noch im vierten Jahr (KarMed-Studie, 2013a).

Im qualitativen Teilprojekt werden unter anderem folgende Methoden durchgeführt (KarMed-Studie, 2013a):

- Fokusgruppen-Interviews in Zeitabständen von 1,5 Jahren mit Ärztinnen in verschiedenen Jahren der fachärztlichen Weiterbildung bzw. nach Ausstieg aus der Weiterbildung.
- Interviews mit Doppelkarriere-Paaren ebenfalls in Zeitabständen von 1,5 Jahren zwecks Erfassung interaktiver Aspekte der Karriereplanung und des Umgangs mit auftretenden Problemen im Berufsverlauf.

4.4. Ausgewertete Items

Im folgenden Teil werden die ausgewerteten Items der vorliegenden Arbeit aufgelistet. Alle zur Berechnung dienenden Items stammen aus dem Datensatz der KarMed-Studie und sind der folgenden Tab. 3 nach Messzeitpunkt und Antwortvorgaben gegliedert (KarMed-Studie, 2013b).

Item	[Kodierung] Antwortvorgaben	Messzeitpunkt
Geschlecht	[1] weiblich [2] männlich	T1, T2, T3
Überwiegend bzw. dauerhaft lebendes Kind oder Kinder im eigenen Haushalt	[1] Nein [2] Ja	T3
Derzeit in fachärztlicher Weiterbildung tätig	[1] Nein [2] Ja	T1, T2, T3
Gedanken zur Berufsaufgabe	[1] Nie [2] Einige Male im Jahr [3] Einige Male im Monat [4] Einige Male in der Woche [5] Jeden Tag	T1, T2, T3
ERI-Fragebogen	siehe Kapitel 4.4.1.1.	T3
WFC & FWC-Fragebogen	siehe Kapitel 4.4.1.2.	T3

Tabelle 3: Verwendete Items gegliedert nach Antwortvorgaben und Messzeitpunkten nach (KarMed-Studie, 2013b)

4.4.1. Externe Erhebungsinstrumente

Im Folgenden Teil werden zwei externe Erhebungsinstrumente, welche Anwendung in der KarMed-Studie fanden, in ihrem Aufbau und der Funktionsweise beschrieben:

- Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen/ „Effort-reward imbalance“(ERI)-Model (Siegrist, 1996b).
- Fragebogen zum „work-family-conflict (WFC) and family-work-conflict (FWC)” (Netemeyer et al., 1996)

4.4.1.1. Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen

Mit dem Modell der beruflichen Gratifikationskrise werden Gesundheitsrisiken in der Folge langfristiger Stresserfahrungen, durch ein Ungleichgewicht zwischen erfahrener Belohnung und geleistetem Einsatz (extrinsische Komponente) vorausgesagt. Es wird postuliert: Je höher der leistete Einsatz im Verhältnis zur erfahrenen Belohnung, desto höher die Gesundheitsrisiken (Rödel et al., 2004). Parallel dazu enthält der Fragebogen zur Erhebung beruflicher Gratifikationskrisen (ERI) die intrinsische Komponente, die folgenden Effekt auf das Zielkriterium hat: Ein höheres Gesundheitsrisiko bei übersteigerter Verausgabungsneigung (Rödel et al., 2004).

Der ERI-Fragebogen setzt sich, wie eingangs beschrieben, aus der extrinsischen und intrinsischen Modellkomponente zusammen (Siegrist, 1996b). Der als Grundlage für die vorliegende Arbeit dienende Fragebogen der KarMed-Studie wurde lediglich die extrinsische Modellkomponente des ERI-Fragebogens erfasst. Zur Messung einer intrinsischen Verausgabung verwendet die Studie den „Fragebogen zur beruflichen Motivation“ nach Abele (1994). Die Items der extrinsischen Modellkomponente im ERI-Fragebogen werden wie folgt gegliedert (siehe Abb. 4):

Extrinsischen Modellkomponente (Siegrist, 1996b)

1. Geforderter Einsatz (Effort) bei der beruflichen Tätigkeit in 6 Items
2. Erfahrene Belohnung (Reward) in 11 Items und unterteilt in drei Subskalen: Wertschätzung, Arbeitsplatzsicherheit, Gehalt/ beruflicher Aufstieg

Skala "Effort"	Item
→ häufig großer Zeitdruck	ERI 1
→ häufige Unterbrechungen während der Arbeit	ERI 2
→ viel Verantwortung	ERI 3
→ Zwang zu Überstunden	ERI 4
→ körperlich anstrengende Arbeit	ERI 5
→ Arbeitsverdichtung	ERI 6

Skala "Reward": Subskala "Wertschätzung"	Item
→ Anerkennung von Vorgesetzten	ERI 7
→ Anerkennung von Kollegen	ERI 8
→ angemessene Unterstützung in schwierigen Situationen	ERI 9
→ ungerechte Behandlung	ERI 10
→ der Leistung angemessene Anerkennung	ERI 15

Skala "Reward": Subskala "Arbeitsplatzsicherheit"	Item
→ Verschlechterung der Arbeitsplatzsituation zu erwarten	ERI 12
→ Arbeitsplatz gefährdet	ERI 13

Skala "Reward": Subskala "Gehalt/beruflicher Aufstieg"	Item
→ schlechte Aufstiegschancen	ERI 11
→ dem Bildungsabschluss angemessene berufliche Stellung	ERI 14
→ der Leistung angemessene Chancen auf berufliches Fortkommen	ERI 16
→ der Leistung angemessenes Gehalt	ERI 17

Abbildung 4: Extrinsische Modellkomponente des Fragebogens zur Messung der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist (1996b). (eigene Darstellung)

Die Vorgaben zur Beantwortung der Items bzw. zur Messung von Einsatz und Belohnung umfassen 5 Stufen. Die Kodierungsvorschriften zum ERI-Fragebogen geben hohe Werte der „Effort-Items“ als einen hohen wahrgenommenen Einsatz an (Siegrist, 1996b).

Antwortvorgaben der „Effort-Items“ nach Siegrist (1996b):

- Ein hoher Einsatz im Sinne des im Item beschriebenen Sachverhaltes...
 - [1] liegt nicht vor.
 - [2] liegt vor, und das belastet mich gar nicht.
 - [3] liegt vor, und das belastet mich mäßig.
 - [4] liegt vor, und das belastet mich stark.
 - [5] liegt vor, und das belastet mich sehr stark.

Hohe Werte der „Reward-Items“ geben eine hohe wahrgenommene Belohnung an (Siegrist, 1996b).

Antwortvorgaben der „Reward-Items“ nach Siegrist (1996b):

- Ein hoher Einsatz im Sinne des im Item beschriebenen Sachverhaltes...
 - [5] liegt vor.
 - [4] liegt nicht vor, und das belastet mich gar nicht.
 - [3] liegt nicht vor, und das belastet mich mäßig.
 - [2] liegt nicht vor, und das belastet mich stark.
 - [1] liegt nicht vor, und das belastet mich sehr stark.

Aus den genannten Likert-Skalen werden Summenwerte gebildet. Wie bereits beschrieben wird nicht ausgeschlossen, dass sich unabhängig von einander, sowohl hoher Einsatz als auch niedrige Belohnung einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben können (Rödel et al., 2004). Die theoretische Annahme nach Siegrist (1996b) gibt ein ungünstiges Verhältnis zwischen Einsatz und Belohnung vor. Die Summenwerte der Skalen „Effort“ und „Reward“ werden deshalb in direkte Verbindung

gesetzt, in dem ein Quotient gebildet wird. Der Summenwert „Effort“ wird durch den wert „Reward“-Wert geteilt. Je höher das Ungleichgewicht zwischen (hohem) Einsatz und (niedriger) Belohnung, desto höher der Quotient (Rödel et al., 2004). Die sich aus dem Quotient ergebenden Charakteristika sind in Tab. 4 aufgeführt.

		Quotient		
		< 1	1	>1
Effort / Reward	niedriger Einsatz	Einsatz entspricht	hoher Einsatz	
	hohe Belohnung	Belohnung	niedrige Belohnung	
Interpretation	Entspannung	Balance	berufliche Gratifikationskrise	

Tabelle 4: Interpretation der „Effort-reward-imbalance“-Werte nach Bauer und Groneberg (2014) (eigene Darstellung)

4.4.1.2. Fragebogen zum Work-Family Conflict & Family-Work Conflict

Mit dem Fragebogen zum Work-Family Conflict (WFC) & Family-Work Conflict (FWC) werden Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben erfasst. Die Erfüllung einer Rolle in einem Bereich (beruflich oder privat) kann durch die Rollenerfüllung in dem anderen Bereich erschwert werden (Wiese, 2007). Rollenkonflikte entstehen dort, wo eine angemessene Verteilungen zwischen Berufs- und Privatleben nicht gelingen (Krisor and Rowold, 2013).

Der Fragebogen zu WFC & FWC (Netemeyer et al., 1996) stellt sich aus den drei typologisierten Ebenen des Konflikterlebens von Greenhaus und Beutel (1985) zusammen (Zeitbasierte-, Beanspruchungsbasierte- und Verhaltensbasierte Konflikte). Der als Grundlage für die vorliegende Arbeit dienende Fragebogen der KarMed-Studie, werden die drei Ebenen des Konflikterlebens im WFC & FWC gemessen. Die 10 Items des Konflikterlebens im Fragebogen zu WFC & FWC werden wie folgt gegliedert (siehe Abb. 5):

Skala "Work-family-conflict" (Ebene des Konflikterlebens)	Item
→ Anforderungen der Arbeit stören Privatleben (<i>verhaltensbasiert</i>)	WFC 1
→ Zeitaufwand der Arbeit beeinträchtigen Pflichten im Privatleben (<i>zeitbasiert</i>)	WFC 2
→ Dinge des Privatlebens bleiben wegen der Arbeit unerledigt (<i>verhaltensbasiert</i>)	WFC 3
→ Arbeitsstress macht es schwierig privaten Verpflichtungen nachzukommen (<i>beanspruchungsbasiert</i>)	WFC 4
→ Wegen beruflicher Verpflichtungen müssen private Pläne geändert werden (<i>verhaltensbasiert</i>)	WFC 5

Skala "Family-work-conflict" (Ebene des Konflikterlebens)	Item
→ Anforderungen des Privatlebens stören berufliche Aktivitäten (<i>verhaltensbasiert</i>)	FWC 1
→ Zeitaufwand des Privatlebens beeinträchtigen Pflichten im Berufsleben (<i>zeitbasiert</i>)	FWC 2
→ Dinge des Berufslebens bleiben wegen dem Privatleben unerledigt (<i>verhaltensbasiert</i>)	FWC 3
→ Privatleben wirkt störend auf die berufliche Anforderungen (<i>verhaltensbasiert</i>)	FWC 4
→ Privater Stress beeinträchtigt die Fähigkeit, berufliche Pflichten zu erledigen (<i>beanspruchungsbasiert</i>)	FWC 5

Abbildung 5: Items des Konflikterlebens im Fragebogen WFC & FWC nach Netemeyer et al. (1996)
(eigene Darstellung)

Die Skala zum Work-family-conflict (WFC) besteht aus 5 unterschiedlichen Items, die den Einfluss des Berufslebens auf das Privatleben auswerten. Die Skala zum Family-work-conflict (FWC) besteht auch aus 5 unterschiedlichen Items, die den Einfluss des Privatlebens auf das Privatleben auswerten (Margola and Rosnati, 2003). Die Vorgaben zur Beantwortung der WFC & FWC-Items umfasst eine 5-stufige Likert-Skala. Die Kodierungen zum Fragebogen WFC & FWC stellen sich wie folgt dar:

Antwortvorgaben der „WFC & FWC-Items“ nach Netemeyer et al. (1996):

- Der Sachverhalt des im Sinne beschriebenen Items ...
 - [1] trifft nicht zu.
 - [2] trifft nicht eher zu.
 - [3] trifft teilweise zu.
 - [4] trifft eher zu.
 - [5] trifft genau zu.

Aus den genannten Likert-Skalen werden Summenwerte gebildet, indem die Items aufsummiert werden. Diese Summenwerte werden durch die Itemanzahl der WFC- oder FWC-Items geteilt. Das Resultat ist ein Mittelwert der WFC- und FWC-Skalen.

5. Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln wird zunächst die Stichprobe analysiert und die Ergebnisse der Unterfragen [1] bis [6] dargestellt, die einen besseren Überblick über die Daten ermöglichen sollen. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Hauptfrage dieser Arbeit präsentiert.

Stichprobe

In der Baseline-Befragung (T0) am Ende des Praktischen Jahres (PJ) wurden 2107 Studierende angeschrieben, von denen 1012 den Fragebogen zurücksandten, darunter 666 Frauen (66%) und 346 Männer (34%). Die Rücklaufquote betrug 48% (n=1012) (KarMed-Studie, 2013a).

Für die erste Befragung während der Weiterbildung (T1) wurden n=1009 Probanden im Zeitraum Februar bis Mai 2010 angeschrieben. Die Rücklaufquote lag bei 87% [n=876; 587 (67%) Frauen und 289 (33%) Männer] (KarMed-Studie, 2013a).

Die zweite Befragung während der Weiterbildung (T2) wurde im Zeitraum März bis Juni 2011 durchgeführt und erbrachte eine Rücklaufquote von 89%: von 876 Angeschriebenen hatten 778, darunter 524 Frauen (67%) und 254 Männer (33%) geantwortet (KarMed-Studie, 2013a).

In der T3- Befragung (nach dreijähriger Weiterbildung) antworteten 724 Personen, darunter 482 Frauen (66.6%) und 242 Männer (33,4%), was eine Rücklaufquote von 93% entspricht (KarMed-Studie, 2013a). Die nachfolgende Tab. 5 zeigt die Entwicklung der Stichprobe:

	Probandenanzahl	Rücklaufquote	Frauenanteil
T0	n= 1012	48%	66%
T1	n= 876	87%	67%
T2	n= 778	89%	67%
T3	n= 724	93%	66,6%

Tabelle 5: Entwicklung der Stichprobe T0 bis T3 (eigene Darstellung)

[1] Wie stabil ist die Gruppe derer, die sich über die Jahre in fachärztlicher Weiterbildung befinden?

Die Daten des Items „derzeit in fachärztliche Weiterbildung tätig“ werden längsschnittlich, gemäß den Messzeitpunkten T1, T2 und T3, kodiert und zusammengefasst. Die Zusammenfassung der drei Messzeitpunkte ist in Tab. 6 dargestellt.

WB-Gruppen	T1	T2	T3	Bedeutung
1	1	1	1	3 Jahr in WB
2	0	0	0	WB noch nicht begonnen
3	0	1	1	WB in T2 begonnen
4	0	0	1	WB in T3 begonnen
5	1	0	1	T2 nicht in WB
6	1	1	0	T3 nicht in WB
7	1	0	0	nur in T1 in WB
8	0	1	0	nur in T2 in WB

WB: fachärztliche Weiterbildung

1: in fachärztlicher Weiterbildung

0: nicht in fachärztlicher Weiterbildung

Tabelle 6: Kodierung der fachärztlichen Weiterbildungsgruppen

Die Auswertung der kodierten fachärztlichen Weiterbildungsgruppen (WB-Gruppen) ergibt, dass 70,8% (n= 489) der StudienteilnehmerInnen drei Jahre durchgehend in Weiterbildung gewesen sind. Zum Zeit T2, also ein Jahr später als die WB-Gruppe 1, beginnen 15,2% (n= 105) der Befragten mit der fachärztlichen Weiterbildung. Nach zwei Jahren Weiterbildung unterbrechen 7,2% (n= 50) der Befragten ihre Weiterbildung.

[2] Gibt es Geschlechterunterschiede in der Stabilität der fachärztlichen Weiterbildung?

Die Stratifizierung der einzelnen WB-Gruppen nach dem Geschlecht ergibt Unterschiede in der Kontinuität der fachärztlichen Weiterbildung. So sind 75,1% (n= 175) der Männer und 68,6% (n=314) der Frauen drei Jahre durchgehend in fachärztlicher Weiterbildung (WB-Gruppe 1). Die folgenden Ergebnisse sind in Tab. 7 zusammengefasst.

WB-Gruppen	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Frauen	Männer
1	489	70,8%	68,6%	75,1%
2	21	3,0%	3,5%	2,1%
3	105	15,2%	15,3%	15,0%
4	10	1,4%	1,1%	2,1%
5	10	1,4%	0,9%	2,6%
6	50	7,2%	9,8%	2,1%
7	0	0,0%	0,0%	0,0%
8	6	0,9%	0,9%	0,9%
Summe	691	100%	100%	100%

Tabelle 7: Absolute und Relative Häufigkeiten der WB-Gruppen, stratifiziert nach Geschlecht.

Nach zwei Jahren fachärztlicher Weiterbildung (WB-Gruppe 6) unterbrechen 9,8% (n= 45) der Frauen ihre Tätigkeit, im Unterschied zu 2,1% (n= 5) der Männer. Diese Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den fachärztlichen Weiterbildungsgruppen sind statistisch signifikant (X^2 : $p= 0,005$). Graphisch sind die WB-Gruppen in Abb. 6 dargestellt.

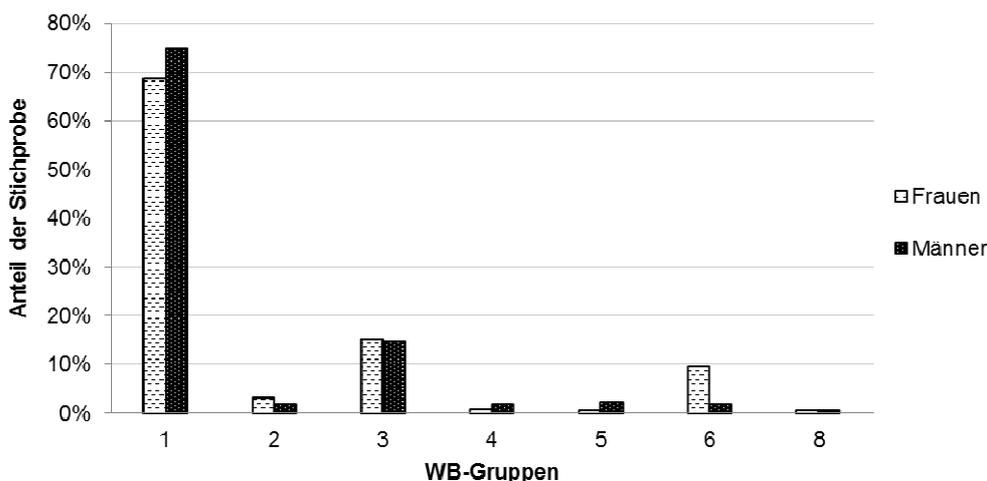


Abbildung 6: Geschlechtsunterschiede in den kodierten fachärztlichen Weiterbildungsgruppen (WB-Gruppen) von T1 bis T3

[3] Wie entwickeln sich die Gedanken zur Berufsaufgabe im Längsschnitt?

Die Verteilung der Antworten auf die Frage, wie oft im Laufe der letzten 12 Monate an Berufsaufgabe gedacht wurde, unterscheidet sich zwischen den Messzeitpunkten T1 bis T3. So gaben zum Zeitpunkt T1 60% (n= 425) der Befragten an, nie in den letzten 12 Monaten an Berufsaufgabe gedacht zu haben. Zum Zeitpunkt T3 sind es 53% (n= 336), welche auf die gleiche Frage mit „nie“ antworten. Zwei drittel der Personen (n= 204) die zum Zeitpunkt T1 auf die Frage mit „nie“ antworten, machen die gleiche Angabe auch in T3. Bei einem Drittel (n= 101) der beschriebenen Gruppe nehmen die Gedanken zur Berufsaufgabe zu, genauer gesagt verschieben sich 24% (n=73) in die Antwortkategorie „einige Male im Jahr“. In Abb. 7 ist die Entwicklung der Gedanken zur Berufsaufgabe dargestellt.

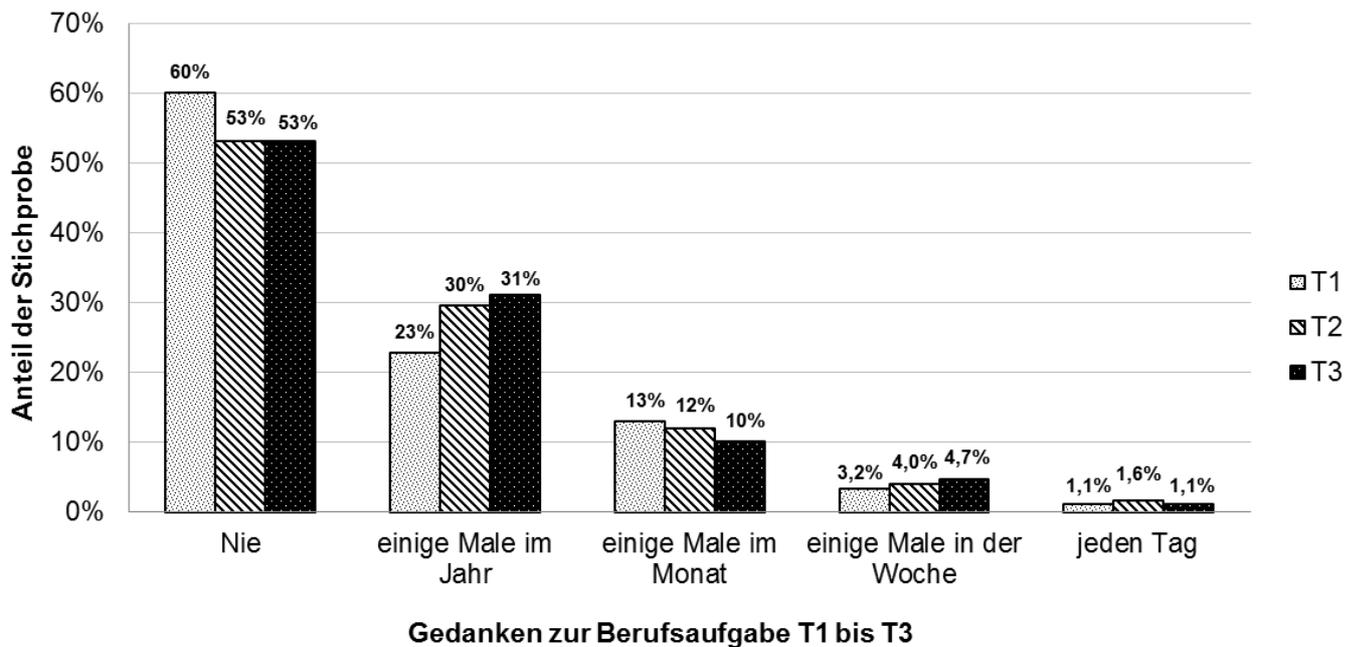


Abbildung 7: Entwicklung der Gedanken zur Berufsaufgabe von T1 bis T3.

Im Längsschnitt zeigt sich auch eine Zunahme der Gruppe, derer die „einige Male im Jahr“ an Berufsaufgabe denken. So steigt diese Gruppe um 8 Prozentpunkte auf 31% (n= 197). Rund 42% (n= 49) der Personen die zum Zeitpunkt T1 mit „einige Male im Jahr“ antworteten, machen die gleiche Angabe auch in T3. Bei fast jeder fünften Person (n= 21) in dieser Gruppe, nehmen die Gedanken zur Berufsaufgabe zu. Die Gedanken zur Berufsaufgabe „einige Male im Monat“ nehmen hingegen zwischen T1 und T3 um 3% ab. Das sind zum Zeitpunkt T3

10% (n= 63) der Befragten. Bei fast 60% (n= 27) der Personen die zum Zeitpunkt T1 „einige Male im Monat“ angeben, nehmen die GB in T3 ab. 24% (n= 11) die in T1 mit „einige Male im Monat“ antworteten, tun dies auch in T3.

[4] Unterscheiden sich die Gedanken zur Berufsaufgabe im Längsschnitt zwischen den Geschlechtern?

Betrachtet man die Gedanken zur Berufsaufgabe (abgekürzt: GB) zu den einzelnen Zeitpunkten (T1, T2 und T3) bzw. stratifiziert diese nach dem Geschlecht, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern (T1_X²: p= 0,889; T2_X²: p= 0,997; T3_X²: p= 0,667). Um die Persistenz bzw. die Zu- und Abnahme der Gedanken zur Berufsaufgabe zu ermitteln, wurde ein Δ -Wert aus der Differenz der kodierten Item-Werte zwischen GB-T1 und GB-T3 errechnet. Das Ergebnis dieser beschriebene Differenz (Δ -Wert_GB_T1_T3) lässt sich wie folgt interpretieren: Alle Werte unter null bedeuten Abnahme und über null Zunahme. Die Werte die gleich null sind bedeuten keine Veränderungen in den Gedanken zur Berufsaufgabe. Im Vergleich der Messzeitpunkte T1 und T3 bleiben bei rund 55% (n= 290) der Befragten die Gedanken zur Berufsaufgabe gleich. Bei 18% (n= 94) der Befragten nehmen die Gedanken zur Berufsaufgabe ab und bei ca. 27% (n= 139) nehmen die Gedanken zur Berufsaufgabe zu. Die unterschiedlichen Veränderungen der Gedanken zur Berufsaufgabe getrennt nach Geschlecht sind in Abb. 8 dargestellt.

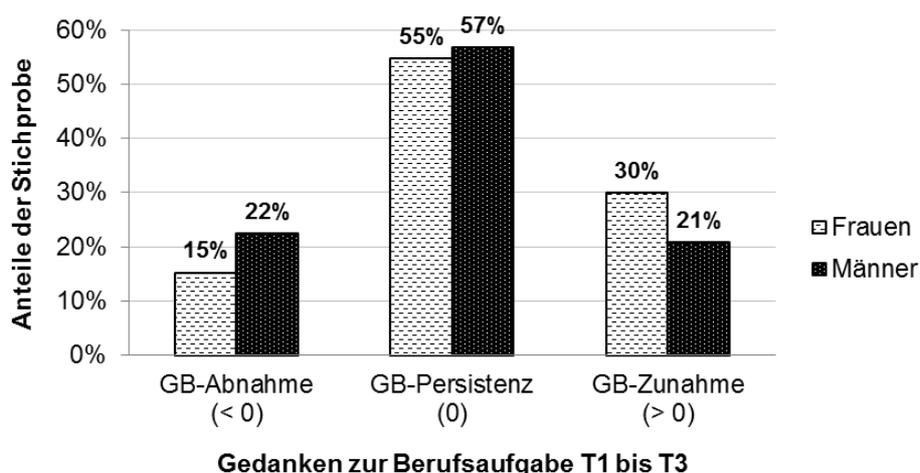


Abbildung 8: Persistenz, Zu- und Abnahme der Gedanken zur Berufsaufgabe (T1 bis T3) nach Geschlecht (in Klammer eingetragen ist der Δ -Wert_GB_T1_T3).

Bei 55% (n= 181) der Frauen und 57% (n= 109) der Männer bleiben die Gedanken zur Berufsaufgabe vom Zeitpunkt T1 bis T3 gleich. Bei 22% der Männer (n= 43)

und 15% der Frauen (n= 50) nehmen die Gedanken zur Berufsaufgabe ab. Die Zunahme der Gedanken zur Berufsaufgabe bei Frauen beträgt 30% (n= 99) und bei Männern 21% (n= 40). Bei Frauen nehmen die Gedanken zur Berufsaufgabe stärker zu und schwächer ab, als bei Männern. Bei den Männern ist die Zu- und Abnahme der Gedanken zur Berufsaufgabe fast gleich groß. Der Geschlechtsunterschied in der Persistenz bzw. Zu- und Abnahme der Gedanken zur Berufsaufgabe ist signifikant (X^2 : $p= 0,024$).

[5] Unterscheiden sich die Gedanken zur Berufsaufgabe bei denen, die sich in einer beruflichen Gratifikationskrise befinden?

Insgesamt befinden sich zum Messzeitpunkt T3 13% (n= 83) der Befragten in einer beruflichen Gratifikationskrise ($ERI > 1$). Der ERI-Durchschnittswert liegt bei 0,69. Betrachtet man die Ergebnisse $ERI > 1$ getrennt nach Geschlecht, so befinden sich 12,1% (n= 28) der Männer und 13,8% (n= 55) der Frauen in einer beruflichen Gratifikationskrise. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant (X^2 : $p= 0,554$). Insgesamt befinden sich 94,6% (n= 317) der Befragten, die angeben zum Zeitpunkt T3 „nie“ an Berufsaufgabe gedacht zu haben, in dem Bereich $ERI \leq 1$. Demgegenüber liegt bei 22% (n= 65) der Personen die mindestens „einige Male im Jahr“ an Berufsaufgabe denken, der ERI-Wert über eins. Der Zusammenhang zwischen beruflicher Gratifikationskrise und Gedanken zur Berufsaufgabe ist signifikant (X^2 : $p < 0,001$). Die differenzierten Ergebnisse sind in Abb. 9 zusammengestellt.

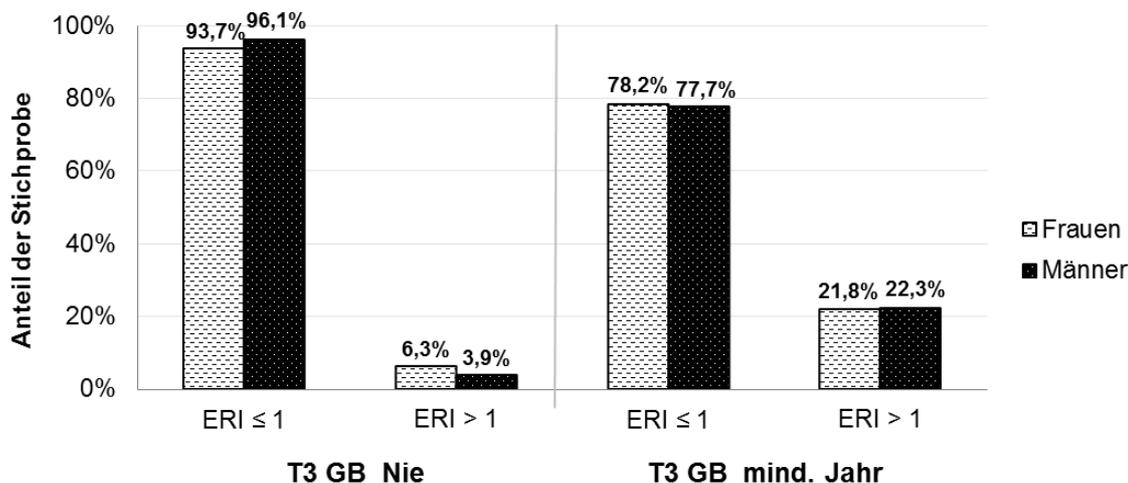


Abbildung 9: Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen stratifiziert nach den Gedanken zur Berufsaufgabe und Geschlecht (T3).

Die Antwortkategorien in Abb.9 „einige Male im Jahr, Monat, Woche und jeden Tag“ werden in T3 GB_mind.Jahr subsumiert. Die Antwort „Nie“ des gleichen Items ist in T3 GB_Nie dargestellt.

[Hauptfrage] Was hängt damit zusammen, dass Gedanken zur Berufsaufgabe angestellt werden?

Um zu überprüfen, womit Gedanken an Berufsaufgabe zum Zeitpunkt T3 zusammenhängen, wird eine logistische Regression angewandt. Zu Beginn wird die Outcome-Variable („Gedanken an Berufsaufgabe T3“) dichotomisiert. Der Cut-off wurde zwischen der Kategorie „Nie“ und „einige Male im Jahr“ festgelegt. Diese Aufteilung wurde von der Studie „Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Berufsperspektiven chirurgisch tätiger Assistenzärzte“ (Fuchs et al., 2012) übernommen. In der „Nie“-Kategorie fallen n= 335 und in die „mind. einige Male im Jahr“-Kategorie n= 297.

Folgende unabhängigen Variablen wurde festgelegt (Messzeitpunkt): Geschlecht (T1 bis T3), Elternstatus (T3), Gedanken an Berufsaufgabe (T1), Modell beruflicher Gratifikationskrisen (T3), Work-family-conflict (T3), Family-work-conflict (T3). Die Werte der abhängigen Variablen sind voneinander unabhängig, da jeder GB-Wert von einer anderen Person stammt. In Tab. 8 sind die Zusammenhänge der beschriebenen unabhängigen Variablen und der Aussage mindestens einige Male im Jahr an Berufsaufgabe gedacht zu haben, zusammengestellt. Abgebildet sind Wald-Test, statistische Signifikanz, Odds Ratio und 95%-Konfidenzintervall.

Item (Messzeitpunkt)	Wald-Test	Signifikanz	Odds Ratio	95%-Konfidenzintervall
Gedanken zur Berufsaufgabe (T1)	33,84	p < 0,001	2,37	1,77 - 3,17
Modell beruflicher Gratifikationskrisen (T3)	11,93	p= 0,001	5,19	2,04 - 13,21
Elternstatus (T3)	8,74	p= 0,003	2,91	1,43 - 5,92
Work-family-conflict (T3)	13,23	p < 0,001	1,69	1,27 - 2,23
Family-work-conflict (T3)	0,01	p= 0,929	0,98	0,68 - 1,42
Geschlecht (T1 bis T3)	1,4	p= 0,236	0,76	0,49 - 1,18

Tabelle 8: Logistische Regressionsanalyse zwischen den gewählten Prädiktoren und Gedanken zur Berufsaufgabe T3 („mind. einige Male im Jahr und öfter“). Die signifikanten Odds Ratio sind fett markiert.

Hosmer-Lemeshow-Test: p= 0,264, Modell-Chi²-Wert/ Omnibus Test: p< 0,001.

Betrachtet man zunächst das Odds Ratio, welches sich auf das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (ERI) bezieht so bestehen deutlich signifikante Zusammenhänge zwischen dem ERI-Modell (T3) und den Gedanken zur Berufsaufgabe (T3). Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, welche von einer beruflichen Gratifikationskrise betroffen sind haben eine 5,2-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Berufsaufgabe mindestens einige Male im Jahr in Betracht zu ziehen. Das Odds Ratio, zum Work-family-conflict zeigt, dass Betroffene, bei denen ein Konflikt zwischen Berufs- und Familienleben (mit der Wirkungsrichtung Beruf auf Familie) zutrifft, eine 1,7-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, mind. einige Male im Jahr an Berufsaufgabe zu denken. Der Family-work-conflict zeigt keine signifikanten Ergebnisse. Haben die Betroffenen schon zum Zeitpunkt T1 an Berufsaufgabe gedacht, so haben diese Personen eine 2,4-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit auch zum Zeitpunkt T3, mind. einige Male im Jahr an Berufsaufgabe zu denken. Der Elternstatus zeigt ebenfalls signifikante Ergebnisse. Bei Ärztinnen und Ärzte die Kinder haben, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, mind. einige Male im Jahr an Berufsaufgabe zu denken um das 2,9-fache. Die Interaktion zwischen Elternstatus und Geschlecht wurde überprüft und zeigte bemerkenswerterweise keine statistische Signifikanz (p= 0,265).

6. Diskussion

Das Rücklaufquotenergebnis der Baseline-Befragung (T0) am Ende des Praktischen Jahres betrug 48% (n= 1012) und kann für eine Befragung von Studierenden als hoch eingeschätzt werden. Die Rücklaufquoten der Befragungen T1 (87%), T2 (89%) und T3 (93%) sind ebenfalls als recht hoch einzuschätzen. Von den zurückgesandten Fragebögen der Messzeitpunkte T0 bis T3, entspricht die Geschlechterverteilung von rund 66% Frauen und 34% Männer, dem Frauenanteil des Medizinstudiums in Deutschland (Medizinstudenten in Deutschland bis 2012/2013 | Statistik).

Die Ergebnisse zur fachärztlichen Weiterbildung zeigen, dass 70,8% (n= 489) der Befragten drei Jahre lang durchgehend in Weiterbildung gewesen sind. Der deutliche Unterschied in dieser Gruppe, zwischen Männern (75,1%) und Frauen (68,6%) ist signifikant. Nach zwei Jahren Weiterbildung unterbrechen insgesamt 7,2% (n= 50) der Befragten ihre fachärztliche Weiterbildung. In dieser Gruppe unterscheiden sich Frauen (9,8%) und Männer (2,1%) ebenfalls signifikant.

Bisher gibt es keine belastbaren Vergleichsdaten über die Dauer und Abbruchquoten zur fachärztlichen Weiterbildung. Zwar wurden 2009 und 2011 die weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte zur Qualität der Weiterbildung befragt, es ergeben sich aber keine Rückschlüsse auf Weiterbildungsdauer oder Abbrüche. Auf dem 116. Deutschen Ärztetag (2013) wurde von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern eine Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung vorangetrieben. Im Jahr 2015 soll eine neue bundesweite Befragung der fachärztlichen Weiterbildung stattfinden (Bundesärztekammer, 2013).

Aufgrund des Umfangs der vorliegenden Arbeit bleibt unbeantwortet, welchen Einfluss Partnerschaft, Elternschaft oder Gedanken zur Berufsaufgabe auf einen Weiterbildungsabbruch haben. Es wäre denkbar, dass Frauen die nach zwei Jahren in fachärztlicher Weiterbildung unterbrechen, dies aufgrund einer Elternschaft tun. Um diese These zu klären ist eine weiterführende Auswertung des Datensatzes der KarMed-Studie notwendig.

Die Auswertung der Gedanken zur Berufsaufgabe (GB) im Längsschnitt (T1 bis T3) zeigen, dass insgesamt eine Zunahme zu verzeichnen ist. Die Gruppe derer, welche zum Zeitpunkt T1 mit „Nie“ antworteten verminderte sich um 7%. Bei jeder dritten befragten Person nahmen die Gedanken zur Berufsaufgabe zu. So waren es 47% der Befragten die mind. einige Male im Jahr und 15,8% die mind. einige Male im Monat an Berufsaufgabe dachten. Die genauere Analyse zeigt, dass eine große Fluktuation in den Antworten zu den GB vorhanden ist. Am stabilsten (66,9%) zeigt sich die Gruppe derer, die in T1 und T3 nie an Berufsaufgabe gedacht haben. Gleichzeitig zeigte sich, dass bei Frauen die Gedanken zur Berufsaufgabe signifikant stärker zu- und weniger abnahmen als bei Männern. Vergleichsdaten in der längsschnittlichen Analyse zu GB von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung sind in der Literatur nicht vorhanden. Jedoch veröffentlichten v.d. Knesebeck und Klein, in „Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung: Eine Herausforderung für die gesamte Ärzteschaft“ (2012), Studienergebnisse zu den psychosozialen Arbeitsbelastungen und Berufsperspektiven chirurgisch tätiger Assistenzärzte. Es zeigte sich, dass 21,5% der Befragten einige Male im Jahr oder häufiger daran gedacht haben, den Beruf aufzugeben (Fuchs et al., 2012). Im Vergleich zur vorliegenden Arbeit sind dies zum Zeitpunkt T3, 11,5% mehr Personen die einige Male im Monat an Berufsaufgabe denken. In der Studie von v.d. Knesebeck und Klein wurden im Übrigen ausschließlich chirurgische Assistenzärzte befragt, im Allgemeinen ist dies ein Fachgebiet das als besonderes belastend gilt (Mäulen, 2009). Im Geschlechtsvergleich zeigte sich bei v.d. Knesebeck und Klein kein Unterschied in den Gedanken zur Berufsaufgabe. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen dieser Arbeit, denn nur in der längsschnittlichen Veränderung der Gedanken zur Berufsaufgabe, zeigt sich der signifikante Unterschied zwischen Frauen und Männern.

Der ERI-Quotient in dieser durchgeführten Analyse liegt deutlich im positiven Bereich. Der ERI-Durchschnittswert liegt bei 0,69. Es sind 87% der Befragten die sich, nach dem Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen, in einem unauffälligen Wertungsbereich ($ERI \leq 1$) befinden. Die Restlichen Befragten liegen im Bereich einer beruflichen Gratifikationskrise ($ERI > 1$). Insgesamt kann zum Zeitpunkt T3 von keiner Gratifikationskrise gesprochen werden. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass sich Beanspruchung und Belastung sich erst über einen längeren Zeitraum entwickeln können. Somit wäre denkbar, dass zu einem späteren Zeitpunkt in der Karriere von Ärztinnen und Ärzten, sich hohe Belastungen und niedrige Belohnungen manifestieren und ein höherer ERI-Quotient messbar wäre. Dafür spricht, dass v.d. Knesebeck und Klein 2008 bei chirurgisch tätigen Assistenzärzten die länger Berufstätig waren, als die untersuchte Stichprobe, einen ERI-Durchschnittswert von 0,91 herausfanden (Fuchs et al., 2012). Buddenberg Fischer et al. fanden 2005 in der Schweiz ebenfalls einen ERI-Durchschnittswert bei Ärztinnen und Ärzte von 0,79 heraus (Buddeberg-Fischer et al., 2005). Dazu ist zu erwähnen, dass in der Studie von v.d. Knesebeck und Klein ausschließlich chirurgische Assistenzärzte befragt wurden, und dies ein Fachgebiet ist das als besonderes belastend gilt (Mäulen, 2009). Das Ergebnis der Gedanken zu Berufsaufgabe und dem $ERI \leq 1$ zeigt, dass die stratifizierte Antwortkategorie „T3 GB_mind. Jahr“ keinen Unterschied zwischen 21,8% Frauen und 22,3% Männer ergibt. Im Vergleich fanden 2008 v.d. Knesebeck und Klein bei chirurgisch tätigen AssistenzärztInnen heraus, dass 44% der Frauen und 40,6% der Männer die einige Male im Monat oder öfter an Berufsaufgabe gedacht haben, sich in einer beruflichen Gratifikationskrise befinden (Fuchs et al., 2012). Es wäre dem Ergebnis der vorliegenden Analyse zu prüfen, ob es sich bei der Gruppe ($ERI > 1$) um einen Positionseffekt handelt. Ein Positionseffekt würde bedeuten, dass die Belastungen im Zeitlauf weniger werden. Im Modell der beruflichen Gratifikationskrise ist diese Annahme berücksichtigt. Dies bedeutet, dass Betroffene Personen aus strategischen Gründen ein Ungleichgewicht zwischen hohem Einsatz und niedriger Belohnung bewusst in Kauf nehmen und hoffen später davon zu profitieren (Siegrist, 1996a). Um diesen Effekt zu untersuchen sind längsschnittliche Studien notwendig, welche die Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten bis zu einem aussagefähigen Endpunkt erfasst.

Mittels der logistischen Regressionsanalyse (n= 632) wurde ermittelt, was damit zusammenhängt, dass zum Zeitpunkt T3 an Berufsaufgabe gedacht wird. So haben Ärztinnen und Ärzte, welche von einer beruflichen Gratifikationskrise betroffen sind eine 5,2-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, eine Berufsaufgabe mindestens einige Male im Jahr in Betracht zu ziehen. Ein großes 95%-Konfidenzintervall von 2,04 bis 13,21 zeigt jedoch an, dass eine größere Stichprobe belastbarere Zahlen hervorbringen könnte und die untersuchte Population eher zu klein ist. Betrachtet man die Odds Ratio zu den Gedanken zur Berufsaufgabe (T1), so haben Betroffene eine 2,4-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit auch zum Zeitpunkt T3, mind. einige Male im Jahr an Berufsaufgabe zu denken. Die längsschnittliche Analyse der Entwicklung der Gedanken zur Berufsaufgabe T1 bis T3, unterstreicht dieses Ergebnis. So zeigte sich im Längsschnitt zeigt eine Zunahme der Gruppe, derer die einige Male im Jahr oder öfter an Berufsaufgabe denken. Beim Work-family-conflict zeigte sich ein hohes Konfliktpotential der Arbeit in Richtung Familie. So eine hat die Betroffenen ein 1,7-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit mind. einige Male im Jahr an Berufsaufgabe zu denken. In Verbindung mit dem signifikanten Ergebnis zum Elternstatus (Odds Ratio: 2,9) wäre es möglich, dass die Prioritäten in Richtung Familie steigen und die Arbeitsbelastungen den Work-family-conflict verstärken. Die Interaktion zwischen Elternstatus und Geschlecht zeigten keine signifikanten Ergebnisse. Ein denkbarer Grund dafür wäre eine zu kleine Anzahl an Eltern in der untersuchten Stichprobe. Hofmeister et al. (2010) haben ermittelt, dass 56% der Ärztinnen und 29% der Ärzte die Unvereinbarkeit von ärztlicher Tätigkeit und Familie bemängelten (Hofmeister et al., 2010). Die Unterbrechung der Karriere von Ärztinnen, durch Elternzeit und Schwangerschaft führt zu einem deutlichen Karriereknick (Hibbeler and Korzilius, 2008). Das Einkommen von Ärzten mit Kindern liegt im Schnitt deutlich höher als das von Ärztinnen mit Kindern (Hofmeister et al., 2010). Aufgrund des Umfangs der vorliegenden Arbeit konnte nicht untersucht werden wie geschlechtsspezifische Ungleichbehandlungen z.B. geschlechtsspezifische Diskriminierungen in der Besetzung von Führungspositionen, mit den Gedanken zur Berufsaufgabe zusammenhängen. Ebenfalls interessant wäre die Frage wie Selbstwirksamkeit und Motivation die Gedanken zur Berufsaufgabe beeinflussen.

Interventionsmaßnahmen zur Reduzierung von Arbeitsbelastungen können nach Siegrist und Karasek auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen, nämlich auf der organisatorischen (strukturellen), gruppenbezogenen (interpersonellen) und individuellen Ebene (Fuchs et al., 2012).

Auf der strukturellen Ebene potenzielle Maßnahmen zum einen entlastende Arbeitszeitregelungen und angemessene Arbeitszeitmodelle. Auf der anderen Seite könnte die Arbeitszufriedenheit, durch eine Entlastung in der Dokumentation sowie die Schulung von Führungsverhalten, erhöht werden (Siegrist and v. d. Knesebeck, 2004).

Maßnahmen interpersonell ausgerichteter Maßnahmen zielen auf die Verbesserung der sozialen Kooperationen und der Beteiligung an Entscheidungen. Maßnahmen für Vorgesetzte wären Stärkung des Führungsverhaltens und der Umgang mit Konflikten (Schwartz and Angerer, 2010).

Interventionen auf individueller Ebene könnten, schon bereits im Medizinstudium beginnen. Mentorenprogramme könnten die jungen Ärztinnen und Ärzte für die beruflichen Anforderungen sensibilisieren (Fuchs et al., 2012). Aber auch Unterrichtsmaterialien für die ärztliche Aus- und Weiterbildung könnten einen Beitrag zur frühzeitigen Prävention und Gesundheitsförderung vermitteln.

7. Literaturverzeichnis

- Abele, A.E., 2005. Ziele, Selbstkonzept und Work-Life-Balance bei der längerfristigen Lebensgestaltung. *Z. Für Arb.- Organ.* AO 49, 176–186.
- Abele, A.E., 2006. Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen, in: *Karriereplanung Für Ärztinnen*. Springer, pp. 35–57.
- Bauer, J., Groneberg, D.A., 2014. Stress und Berufszufriedenheit im Fachgebiet der stationären Anästhesiologie. *Anaesthesist* 1–8.
- Becker, R., Jansen-Schulz, B., Kortendiek, B., Schäfer, G., 2006. Gender-Aspekte bei der Einführung und Akkreditierung gestufter Studiengänge. *J. Netzw. Frauenforsch. NRW* 21, 21–32.
- Blum, K., Löffert, S., 2010. Ärztemangel im Krankenhaus–Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen–Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. *Dtsch. Krankenhausinstitut Eig.* Düsseld.
- Blum, K., Müller, U., 2003. Dokumentationsaufwand im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. *Dt. Krankenhaus-Verlag-Ges.*
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Abel, T., Buddeberg, C., 2005. Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland. *Swiss Med. Wkly.* 135, 19–26.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Buddeberg, C., 2005. Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. *Z Psychosom Med Psychother* 51, 163–178.
- Bundesärztekammer, B., 2013. Bundesärztekammer - Projekt "Evaluation der Weiterbildung" [WWW Document]. Bundesärztekammer. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.6936> (accessed 2.23.14).
- Dalhoff, J., 2005. Wissenschaftliche Karrierewege von Medizinerinnen und Strategien zu ihrer Förderung. *Chir. BDC* 12, M390–M396.
- Fuchs, C., Kurth, B.-M., Scriba, P.C., 2012. Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung: Eine Herausforderung für die gesamte Ärzteschaft. *Deutscher Aerzte-Verlag.*
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D., Rieger, M.A., 2008. Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 8, 353.
- Gonin, N., Fahrni, D., Knecht, R., 2009. Management-Development-Systeme, in: *Moderne Personalentwicklung*. Springer, pp. 85–101.
- Greenhaus, J.H., Parasuraman, S., Collins, K.M., 2001. Career involvement and family involvement as moderators of relationships between work–family conflict and withdrawal from a profession. *J. Occup. Health Psychol.* 6, 91.
- Greenhaus, J.H., Singh, R., 2004. *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set*. Academic Press.
- Grunddaten der Krankenhäuser - Statistisches Bundesamt [WWW Document], 2010. URL <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> (accessed 2.4.14).
- Hibbeler, B., Korzilius, H., 2008. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich, doch gilt dies nur bis zu einer bestimmten Hierarchiesufe. *Dtsch. Ärztebl.* 105, 609.

- Hofmeister, D., Rothe, K., Alfermann, D., Brähler, E., 2010. Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. Arbeitsbedingungen Befinden Von Ärztinnen Ärzten Befunde Interv. 2, 159–163.
- KarMed-Studie, 2013a. Zwischenbericht über die zweite Phase des Forschungsvorhabens - Karriereverläufe und Karrierebrüche von Ärztinnen während der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed).
- KarMed-Studie, 2013b. KarMed Fragebogen T1, T2, T3.
- Kastner, M., 2004. Die Zukunft der Work Life Balance: Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren? Asanger Roland Verlag.
- Kopetsch, T., 2002. Überaltert und zu wenig Nachwuchs. Dtsch Arztebl 99.
- Kopetsch, T., 2010. Mehr Ärzte–und trotzdem geringe Arbeitslosenquote. Inn. Med. 42, 703.
- Krisor, S.M., Rowold, J., 2013. Organizational Health und Work-Life-Balance, in: Human Resource Management. Springer Berlin Heidelberg, pp. 111–121.
- Levey, R.E., 2001. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. Acad. Med. 76, 142–150.
- Margola, D., Rosnati, R., 2003. Die schwierige Vereinbarung von Familie und Beruf: Eine italienische Studie. Coping with the demanding reconciliation between family and work: Evidence from Italy. Z. Für Fam. 15, 220–237.
- Mäulen, B., 2009. Burnout, Depression und Sucht bei Chirurgen. Chir. Allg. CHAZ 10, 239–244.
- Medizinstudenten in Deutschland bis 2012/2013 | Statistik [WWW Document], n.d. Statista. URL <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/> (accessed 2.11.14).
- Netemeyer, R.G., Boles, J.S., McMurrian, R., 1996. Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. J. Appl. Psychol. 81, 400.
- Nitzsche, A., Driller, E., Kowalski, C., Ansmann, L., Pfaff, H., 2013. Der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben und sein Zusammenhang mit Burnout-Ergebnisse einer Studie bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren. Gesundheitswesen.
- Publikation - STATmagazin - Bevölkerung - Kind und Beruf: Nicht alle Mütter wollen beides - Statistisches Bundesamt (Destatis) [WWW Document], 2013. URL https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Bevoelkerung/2013_02/2013_02KindUndBeruf.html (accessed 2.12.14).
- Resch, M., Bamberg, E., 2005. Work-Life-Balance-Ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Berufs-und Privatleben? Z. Für Arb.- Organ. AO 49, 171–175.
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A., Brähler, E., 2004. Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Z. Für Differ. Diagn. Psychol. 25, 227–238.
- Schwartz, F.W., Angerer, P., 2010. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde Interv. Dtsch. Ärzte-Verl. Köln 385–393.
- Siegrist, J., 1996a. Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Hogrefe, Verlag für Psychologie.

- Siegrist, J., 1996b. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J. Occup. Health Psychol.* 1, 27.
- Siegrist, J., von dem Knesebeck, O., 2004. Prävention chronischer Stressbelastung. Lehrb. Prävent. Gesundheitsförderung Huber Bern 121–129.
- Simoens, S., Hurst, J., 2006. The supply of physician services in OECD countries. OECD Publishing.
- Staat & Gesellschaft - Hochschulen - Frauenanteile - Statistisches Bundesamt (Destatis) [WWW Document], 2012. URL <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Hochschulen/Tabellen/FrauenanteileAkademischeLaufbahn.html> (accessed 2.11.14).
- Stiller, J., Busse, C., 2008. Berufliche Karriereentwicklungen von Ärztinnen und Ärzten—Die ersten vier Berufsjahre. *Brähler E Alfermann Stiller J* 140–161.
- Van den Bussche, H., 2012. Wie bitte geht's nach oben?—Karriereverläufe von Ärztinnen. *XX* 1, 136–141.
- Van den Bussche, H., Quantz, S., 2008. Berufs (nicht) einstieg bei Ärzten und Ärztinnen: Wo liegt das Problem? Karriereentwicklung Berufliche Belast. *Im Arztberuf* 117–127.
- Wiese, B.S., Seiger, C.P., Schmid, C.M., Freund, A.M., 2010. Beyond conflict: Functional facets of the work–family interplay. *J. Vocat. Behav.* 77, 104–117.
- Wiese, P.-D.D.B.S., 2007. Work-Life-Balance, in: Moser, P.D.K. (Ed.), *Wirtschaftspsychologie*. Springer Berlin Heidelberg, pp. 245–263.
- Wissenschaftlicher Informationsdienst, 2012. Medizin Report | Ausgabe 05 / 2012 [WWW Document]. URL <http://www.iww.de/mr/archive/mr-05-2012> (accessed 2.13.14).

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alle Gesamtdeutschen Habilitationen und C4-Professuren von 2010 bis 2012 (eigene Darstellung nach "Staat & Gesellschaft - Hochschulen - Frauenanteile - Statistisches Bundesamt (Destatis)," 2012).....	4
Tabelle 2: Deskriptive Statistiken (Mittelwert und Standardabweichung) und Interkorrelationen (Person's Korrelationskoeffizient) der Variablen (eigene Darstellung nach Nitzsche et al., 2013)	17
Tabelle 3: Verwendete Items gegliedert nach Antwortvorgaben und Messzeitpunkten (eigene Darstellung nach KarMed-Studie, 2013b)	22
Tabelle 4: Interpretation der „Effort-reward-imbalance“-Werte (eigene Darstellung nach Bauer und Groneberg, 2014)	25
Tabelle 5: Entwicklung der Stichprobe T0 bis T3.....	28
Tabelle 6: Kodierung der fachärztlichen Weiterbildungsgruppen	29
Tabelle 7: Absolute und Relative Häufigkeiten der WB-Gruppen, stratifiziert nach Geschlecht.....	30
Tabelle 8: Logistische Regressionsanalyse zwischen den gewählten Prädiktoren und Gedanken zur Berufsaufgabe T3.....	34

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der beruflichen Gratifikationskrise (eigene Darstellung nach Siegrist 1996b).....	7
Abbildung 2: Verteilung von Disstress (ERI & JDC) und Berufszufriedenheit zwischen den Geschlechtern (eigene Darstellung nach Bauer und Groneberg, 2014)	10
Abbildung 3: Projektverlauf der KarMed-Studie (nach KarMed-Studie, 2013)	21
Abbildung 4: Extrinsische Modellkomponente des Fragebogens zur Messung der beruflichen Gratifikationskrise (eigene Darstellung nach Siegrist, 1996b).....	24
Abbildung 5: Items des Konflikterlebens im Fragebogen WFC & FWC (eigene Darstellung nach Netemeyer et al., 1996)	26
Abbildung 6: Geschlechtsunterschiede in den kodierten fachärztlichen Weiterbildungsgruppen (WB-Gruppen) von T1 bis T3	30
Abbildung 7: Entwicklung der Gedanken zur Berufsaufgabe von T1 bis T3	31
Abbildung 8: Entwicklung der Gedanken zur Berufsaufgabe von T1 bis T3	32
Abbildung 9: Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen stratifiziert nach den Gedanken zur Berufsaufgabe und Geschlecht.....	33

10. Anhang

10.1. SPSS Syntax

****Wie stabil sind die Gruppen derer die sich T1 , T2, T3 in WB bzw nicht in WB befinden?***

```
Compute T1_T2_T3_WB= 0.  
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS T1_T2_T3_WB 'Stabilität der Gruppe die sich über 3 Jahre in WB bzw. nicht in WB befinden'.
```

```
VALUE LABELS T1_T2_T3_WB  
1 '3 Jahre in WB'  
2 'WB noch nicht begonnen seit T1'  
3 'WB erst in T2 angefangen'  
4 'WB erst in T3 angefangen'  
5 'nur in T2 nicht in WB'  
6 'nur in T3 nicht in WB'  
7 'nur in T1 WB'  
8 'nur in T2 WB'.
```

```
FORMATS T1_T2_T3_WB (f2.0).
```

```
VARIABLE LEVEL T1_T2_T3_WB (NOMINAL).
```

```
IF (T1=1 AND t1_wb=1 AND T1_3= 2 AND T2= 1 AND t2_wb= 1 AND T2_3= 2 AND T3= 1 AND t3_wb= 1  
AND T3_2_1= 1) T1_T2_T3_WB = 1.  
IF (T1=1 AND T1_3= 1 AND T2= 1 AND T2_3= 1 AND T3= 1 AND T3_2_1= 0) T1_T2_T3_WB = 2.  
IF (T1=1 AND T1_3= 1 AND T2= 1 AND t2_wb= 1 AND T2_3= 2 AND T3= 1 AND t3_wb= 1 AND T3_2_1= 1)  
T1_T2_T3_WB = 3.  
IF (T1=1 AND T1_3= 1 AND T2= 1 AND T2_3= 1 AND T3= 1 AND t3_wb= 1 AND T3_2_1= 1)  
T1_T2_T3_WB = 4.  
IF (T1=1 AND t1_wb=1 AND T1_3= 2 AND T2= 1 AND T2_3= 3 AND T3= 1 AND t3_wb= 1 AND T3_2_1= 1)  
T1_T2_T3_WB = 5.  
IF (T1=1 AND t1_wb=1 AND T1_3= 2 AND T2= 1 AND T2_3= 4 AND T3= 1 AND t3_wb= 1 AND T3_2_1= 1)  
T1_T2_T3_WB = 5.  
IF (T1=1 AND t1_wb=1 AND T1_3= 2 AND T2= 1 AND t2_wb= 1 AND T2_3= 2 AND T3= 1 AND T3_2_1= 0  
AND T3_2_3= 1) T1_T2_T3_WB = 6.  
IF (T1=1 AND t1_wb=1 AND T1_3= 2 AND T2= 1 AND t2_wb= 1 AND T2_3= 2 AND T3= 1 AND T3_2_1= 0  
AND T3_2_2= 1 ) T1_T2_T3_WB = 6.  
IF (T1=1 AND t1_wb=1 AND T1_3= 2 AND T2= 1 AND T2_3= 1 AND T3= 1 AND T3_2_1= 0)  
T1_T2_T3_WB = 7.  
IF (T1=1 AND T1_3= 1 AND T2= 1 AND t2_wb= 1 AND T2_3= 2 AND T3= 1 AND T3_2_1= 0 AND T3_2_3=  
1) T1_T2_T3_WB = 8.  
IF (T1=1 AND T1_3= 1 AND T2= 1 AND t2_wb= 1 AND T2_3= 2 AND T3= 1 AND T3_2_1= 0 AND T3_2_2=  
1 ) T1_T2_T3_WB = 8.
```

```
FREQUENCIES T1_T2_T3_WB.  
SORT CASES by t0_18.  
SPLIT FILE by T0_18.  
FREQUENCIES T1_T2_T3_WB.  
SPLIT FILE off.
```

Wie verändern sich die GB von T1 zu T3?**

```
SORT CASES by Jahre_in_WB.  
Filter by Jahre_in_WB.  
SORT CASES by T0_18.  
SPLIT FILE by T0_18.
```

```
FREQUENCIES T1_28 T2_34 T3_22 .
```

```
CROSSTABS  
/TABLES= T1_28 by T3_22  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/CELLS=COUNT COLUMN  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS  
/TABLES= T1_28 by T3_22  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/CELLS=COUNT ROW  
/COUNT ROUND CELL.  
SPLIT FILE off.
```

Unterschiede Gedanken zur Berufsaufgabe (Männer vs Frauen)**

```
CROSSTABS  
/TABLES= T3_22 by T0_18  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS  
/TABLES= T2_34 by T0_18  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS  
/TABLES= T1_28 by T0_18  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

Delta wert (Differenz).Wie stabil sind die GB T1 bis T3?**

```
COMPUTE GBT1dT3 = T3_22 - T1_28.  
EXECUTE.  
COMPUTE GBT2dT3 = T3_22 - T2_34.  
EXECUTE.  
compute GBT1dT2 = T2_34 - T1_28.  
EXECUTE.  
compute GBT1dT3sq = GBT1dT3* GBT1dT3.  
EXECUTE.  
compute GBT2dT3sq = GBT2dT3* GBT2dT3.  
EXECUTE.  
compute GBT1dT2sq = GBT1dT2* GBT1dT2.  
EXECUTE
```

SORT CASES by t0_18.
SPLIT FILE by T0_18.
FREQUENCIES GBT1dT2sq GBT2dT3sq GBT1dT3sq GBT1dT2 GBT2dT3 GBT1dT3.
SPLIT FILE off.

SORT CASES by T1_28.
TEMPORARY.
SPLIT FILE by T1_28.
FREQUENCIES GBT1dT2sq GBT1dT2.
SPLIT FILE off.

SORT CASES by T2_34.
TEMPORARY.
SPLIT FILE by T2_34.
FREQUENCIES GBT2dT3sq GBT2dT3.
SPLIT FILE off.

SORT CASES by T1_28.
TEMPORARY.
SPLIT FILE by T1_28.
FREQUENCIES GBT1dT3sq GBT1dT3.
SPLIT FILE off.
Filter off.

COMPUTE GBT1dT3_3_Gruppen= 0.
EXECUTE.
FORMATS GBT1dT3_3_Gruppen (f2.0).
VARIABLE LEVEL GBT1dT3_3_Gruppen (NOMINAL).
VARIABLE LABELS GBT1dT3_3_Gruppen 'GBT1dT3 in 3 Gruppen geteilt'.
If (GBT1dT3<= -1) GBT1dT3_3_Gruppen= 1.
If (GBT1dT3= 0) GBT1dT3_3_Gruppen= 2.
If (GBT1dT3>= 1) GBT1dT3_3_Gruppen= 3.
EXECUTE.
VALUE LABELS GBT1dT3_3_Gruppen
1 'GB Abnahme'
2 'GB bleiben gleich'
3 'GB Zunahme'.
MISSING VALUES GBT1dT3_3_Gruppen (0).

COMPUTE GBT1dT3_2_Gruppen= 0.
EXECUTE.

FORMATS GBT1dT3_2_Gruppen (f2.0).

VARIABLE LEVEL GBT1dT3_2_Gruppen (NOMINAL).

VARIABLE LABELS GBT1dT3_2_Gruppen 'GBT1dT3 in 2 Gruppen geteilt'.
If (GBT1dT3<= -1) GBT1dT3_2_Gruppen= 1.
If (GBT1dT3= 0) GBT1dT3_2_Gruppen= 2.
If (GBT1dT3>= 1) GBT1dT3_2_Gruppen= 1.
EXECUTE.
VALUE LABELS GBT1dT3_2_Gruppen
1 'GB Veränderung + & -'
2 'GB bleiben gleich'.

MISSING VALUES GBT1dT3_2_Gruppen (0).
FREQUENCIES GBT1dT3_3_Gruppen.

CROSSTABS
/TABLES=GBT1dT3_3_Gruppen BY T0_18
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.

****ERI Mittelwert****

MEANS T3_ERI_ER_RatioWC.

SORT CASES by T0_18.

SPLIT FILE by T0_18.

MEANS T3_ERI_ER_RatioWC.

SPLIT FILE off.

****Unterschiede Gedanken zur Berufsaufgabe und ERI****

Compute T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 0.

EXECUTE.

FORMATS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 (f2.0).

VARIABLE LEVEL T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 (NOMINAL).

VARIABLE LABELS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2

'T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_Cutoff_Nie_Jahr'.

If (T3_22= 1) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 1.

If (T3_22= 2) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

If (T3_22= 3) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

If (T3_22= 4) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

If (T3_22= 5) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

EXECUTE.

VALUE LABELS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2

1 'Nie'

2 'Jahr, Monat, Woche, Tag'.

MISSING VALUES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 (0).

Compute T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho= 0.

EXECUTE.

If (T3_ERI_ER_RatioWC<1) T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho=1.

If (T3_ERI_ER_RatioWC>=1) T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho=2.

VALUE LABELS T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho

1 'ERI<1'

2 'ERI>1'.

MISSING VALUES T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho (0).

FREQUENCIES T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2.

SORT CASES by T0_18.

SPLIT FILE by T0_18.

SORT CASES by T3_GB_FILTER.

Filter by T3_GB_FILTER.

FREQUENCIES T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho.

FREQUENCIES T3_22.

SPLIT FILE off.

Filter off.

CROSSTABS

/TABLES= T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 by T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT COLUMN

/COUNT ROUND CELL.

CROSSTABS

/TABLES= T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 by T3_ERI_ER_RatioWC_Dicho

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

+++++++Log. Regression+++++++

FREQUENCIES T3_ERI_ER_RatioWC T1_28.

*Zentrierung der Variablen.

*Schritt 1: Feststellung der Mittelwerte.

MEANS T3_ERI_ER_RatioWC T1_28.

EXECUTE.

* Schritt 2: Berechnen der zentrierten Skalen:.

COMPUTE T3_ERI_ER_RatioWC_CT= T3_ERI_ER_RatioWC - (0.6995).

EXECUTE.

COMPUTE T1_28_CT= T1_28 - (1.63).

EXECUTE.

**** AV GB T3 dichotomisieren cutoff Jahr und Monat bzw. Nie und Jahr*****

Compute T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1= 0.

EXECUTE.

FORMATS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1 (f2.0).

VARIABLE LEVEL T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1 (NOMINAL).

VARIABLE LABELS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1

'T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_Cutoff_Jahr_Monat'.

If (T3_22= 1) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1= 1.

If (T3_22= 2) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1= 1.

If (T3_22= 3) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1= 2.

If (T3_22= 4) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1= 2.

If (T3_22= 5) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1= 2.

EXECUTE.

VALUE LABELS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1

1 'Nie, Jahr'

2 'Monat, Woche, Tag'.

MISSING VALUES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1 (0).

Compute T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 0.

EXECUTE.

FORMATS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 (f2.0).

VARIABLE LEVEL T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 (NOMINAL).

VARIABLE LABELS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2

'T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_Cutoff_Nie_Jahr'.

If (T3_22= 1) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 1.

If (T3_22= 2) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

If (T3_22= 3) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

If (T3_22= 4) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

If (T3_22= 5) T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2= 2.

EXECUTE.

VALUE LABELS T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2

1 'Nie'

2 'Jahr, Monat, Woche, Tag'.

MISSING VALUES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 (0).

FREQUENCIES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2 T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_1.

filter by Jahre_in_WB.

```
DATASET ACTIVATE DatenSet1.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T1_28_CT  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T3_FWC  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T3_WFC  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
DATASET ACTIVATE DatenSet1.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T3_ERI_ER_RatioWC_CT  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
DATASET ACTIVATE DatenSet1.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T3_3_aktuell  
/CATEGORICAL T3_3_aktuell  
/CONTRAST (T3_3_aktuell)=DEVIATION(1)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T0_18  
/CATEGORICAL T0_18  
/CONTRAST (T0_18)=INDICATOR(1)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T3_26  
/CATEGORICAL T3_26  
/CONTRAST (T3_26)=INDICATOR(1)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T3_37  
/CATEGORICAL T3_37  
/CONTRAST (T3_37)=INDICATOR(1)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

****Interaktion Geschlecht und Elternstatus****

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T1_28_CT T3_ERI_ER_RatioWC_CT T3_37 T3_WFC T0_18 T0_18*T3_37  
/CATEGORICAL T0_18 T3_37  
/CONTRAST (T0_18)=INDICATOR(1)  
/CONTRAST (T3_37)=INDICATOR(2)  
/PRINT=GOODFIT CI(95)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

****Log. Regression- Finale****

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_2  
/METHOD=ENTER T1_28_CT T3_ERI_ER_RatioWC_CT T3_37 T3_WFC T3_FWC T0_18 T3_3_akt_c  
/CATEGORICAL T0_18 T3_37  
/CONTRAST (T0_18)=INDICATOR(1)  
/CONTRAST (T3_37)=INDICATOR(2)  
/PRINT=GOODFIT CI(95)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

10.2. SPSS Ausgabe

[1] Wie stabil ist die Gruppe derer, die sich über die Jahre in fachärztlicher Weiterbildung befinden?

Stabilität der Gruppe die sich über 3 Jahre in WB bzw. nicht in WB befinden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	3 Jahre in WB	489	48,6	70,8	70,8
	WB noch nicht begonnen seit T1	21	2,1	3,0	73,8
	WB erst in T2 angefangen	105	10,4	15,2	89,0
	WB erst in T3 angefangen	10	1,0	1,4	90,4
	nur in T2	10	1,0	1,4	91,9
	nur in T3	50	5,0	7,2	99,1
	nicht in WB nur in T2 WB	6	,6	,9	100,0
	Gesamt	691	68,7	100,0	
Fehlend	0	315	31,3		
Gesamt		1006	100,0		

[2] Gibt es Geschlechterunterschiede in der Stabilität der fachärztlichen Weiterbildung?

Stabilität der Gruppe die sich über 3 Jahre in WB bzw. nicht in WB befinden

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Fehlend	0	1	100,0		
Weiblich	Gültig	3 Jahre in WB	314	47,3	68,6	68,6
		WB noch nicht begonnen seit T1	16	2,4	3,5	72,1
		WB erst in T2 angefangen	70	10,5	15,3	87,3
		WB erst in T3 angefangen	5	,8	1,1	88,4
		nur in T2	4	,6	,9	89,3
		nicht in WB nur in T3	45	6,8	9,8	99,1
		nicht in WB nur in T2 WB	4	,6	,9	100,0
		Gesamt	458	69,0	100,0	
	Fehlend	0	206	31,0		
	Gesamt		664	100,0		
Männlich	Gültig	3 Jahre in WB	175	51,3	75,1	75,1
		WB noch nicht begonnen seit T1	5	1,5	2,1	77,3
		WB erst in T2 angefangen	35	10,3	15,0	92,3
		WB erst in T3 angefangen	5	1,5	2,1	94,4
		nur in T2	6	1,8	2,6	97,0
		nicht in WB nur in T3	5	1,5	2,1	99,1
		nicht in WB nur in T2 WB	2	,6	,9	100,0
		Gesamt	233	68,3	100,0	
	Fehlend	0	108	31,7		
	Gesamt		341	100,0		

[3] Wie entwickeln sich die Gedanken zur Berufsaufgabe im Längsschnitt?

T1: Nachdenken über Berufsaufgabe

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Nie	205	65,3	65,3	65,3
		Einige Male im Jahr	72	22,9	22,9	88,2
		Einige Male im Monat	28	8,9	8,9	97,1
		Einige Male in der Woche	7	2,2	2,2	99,4
		Jeden Tag	2	,6	,6	100,0
		Gesamt	314	100,0	100,0	
		Männlich	Gültig	Nie	102	58,3
Einige Male im Jahr	45			25,7	26,0	85,0
Einige Male im Monat	19			10,9	11,0	96,0
Einige Male in der Woche	5			2,9	2,9	98,8
Jeden Tag	2			1,1	1,2	100,0
Gesamt	173			98,9	100,0	
Fehlend	2			1,1		
Gesamt	175	100,0				

T2: Berufsaufgabe

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Nie	165	52,5	52,9	52,9
		Einige Male im Jahr	99	31,5	31,7	84,6
		Einige Male im Monat	35	11,1	11,2	95,8
		Einige Male in der Woche	11	3,5	3,5	99,4
		Jeden Tag	2	,6	,6	100,0
		Gesamt	312	99,4	100,0	
		Fehlend	2	,6		
Gesamt	314	100,0				
Männlich	Gültig	Nie	94	53,7	53,7	53,7
		Einige Male im Jahr	51	29,1	29,1	82,9
		Einige Male im Monat	20	11,4	11,4	94,3
		Einige Male in der Woche	7	4,0	4,0	98,3
		Jeden Tag	3	1,7	1,7	100,0
		Gesamt	175	100,0	100,0	

T3: Berufsaufgabe - Gedanken

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Weiblich	Gültig	Nie	161	51,3	51,9	51,9
		Einige Male im Jahr	99	31,5	31,9	83,9
		Einige Male im Monat	34	10,8	11,0	94,8
		Einige Male in der Woche	13	4,1	4,2	99,0
		Jeden Tag	3	1,0	1,0	100,0
		Gesamt	310	98,7	100,0	
		Fehlend	4	1,3		
Gesamt	314	100,0				
Männlich	Gültig	Nie	102	58,3	58,3	58,3
		Einige Male im Jahr	47	26,9	26,9	85,1
		Einige Male im Monat	15	8,6	8,6	93,7
		Einige Male in der Woche	8	4,6	4,6	98,3
		Jeden Tag	3	1,7	1,7	100,0
		Gesamt	175	100,0	100,0	

T1: Nachdenken über Berufsaufgabe * T3: Berufsaufgabe - Gedanken Kreuztabelle

Geschlecht				T3: Berufsaufgabe - Gedanken					Gesamt
				Nie	Einige Male im Jahr	Einige Male im Monat	Einige Male in der Woche	Jeden Tag	
Weiblich	T1: Nachdenken über Berufsaufgabe	Nie	Anzahl	129	52	18	4	0	203
			% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	80,1%	52,5%	52,9%	30,8%	0,0%	65,5%
		Einige Male im Jahr	Anzahl	25	33	9	3	1	71
			% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	15,5%	33,3%	26,5%	23,1%	33,3%	22,9%
		Einige Male im Monat	Anzahl	6	9	6	5	1	27
			% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	3,7%	9,1%	17,6%	38,5%	33,3%	8,7%
		Einige Male in der Woche	Anzahl	1	5	1	0	0	7
	% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	,6%	5,1%	2,9%	0,0%	0,0%	2,3%		
	Jeden Tag	Anzahl	0	0	0	1	1	2	
		% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	33,3%	,6%	
	Gesamt	Anzahl	161	99	34	13	3	310	
		% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Männlich	T1: Nachdenken über Berufsaufgabe	Nie	Anzahl	75	21	4	2	0	102
			% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	74,3%	45,7%	26,7%	25,0%	0,0%	59,0%
		Einige Male im Jahr	Anzahl	21	16	5	1	2	45
			% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	20,8%	34,8%	33,3%	12,5%	66,7%	26,0%
		Einige Male im Monat	Anzahl	3	9	5	1	1	19
			% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	3,0%	19,6%	33,3%	12,5%	33,3%	11,0%
		Einige Male in der Woche	Anzahl	1	0	1	3	0	5
	% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	1,0%	0,0%	6,7%	37,5%	0,0%	2,9%		
	Jeden Tag	Anzahl	1	0	0	1	0	2	
		% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	1,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	1,2%	
	Gesamt	Anzahl	101	46	15	8	3	173	
		% innerhalb von T3: Berufsaufgabe - Gedanken	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

[4] Unterscheiden sich die Gedanken zur Berufsaufgabe im Längsschnitt zwischen den Geschlechtern?

T3: Berufsaufgabe - Gedanken * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl

		Geschlecht		Gesamt
		Weiblich	Männlich	
T3:	Nie	207	128	335
Berufsaufgabe - Gedanken	Einige Male im Jahr	130	67	197
	Einige Male im Monat	43	20	63
	Einige Male in der Woche	17	13	30
	Jeden Tag	4	3	7
Gesamt		401	231	632

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,288 ^a	4	,683
Likelihood-Quotient	2,288	4	,683
Zusammenhang linear mit-linear	,084	1	,772
Anzahl der gültigen Fälle	632		

a. 2 Zellen (20,0%) haben eine erwartete Häufigkeit

T2: Berufsaufgabe * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl

		Geschlecht		Gesamt
		Weiblich	Männlich	
T2:	Nie	250	124	374
Berufsaufgabe	Einige Male im Jahr	140	68	208
	Einige Male im Monat	56	28	84
	Einige Male in der Woche	18	10	28
	Jeden Tag	7	4	11
Gesamt		471	234	705

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,155 ^a	4	,997
Likelihood-Quotient	,153	4	,997
Zusammenhang linear mit-linear	,054	1	,816
Anzahl der gültigen Fälle	705		

a. 1 Zellen (10,0%) haben eine erwartete Häufigkeit

T1: Nachdenken über Berufsaufgabe * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl

		Geschlecht		Gesamt
		Weiblich	Männlich	
T1:	Nie	291	134	425
Nachdenken über	Einige Male im Jahr	104	57	161
	Berufsaufgabe			
e	Einige Male im Monat	59	32	91
	Einige Male in der Woche	15	7	22
	Jeden Tag	5	3	8
	Gesamt		474	233

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,117 ^a	4	,892
Likelihood-Quotient	1,111	4	,893
Zusammenhang linear mit-linear	,589	1	,443
Anzahl der gültigen Fälle	707		

a. 1 Zellen (10,0%) haben eine erwartete Häufigkeit

GBT1dT3

Geschlecht			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Weiblich	Fehlend	System	1	100,0			
	Gültig	-3,00	2	,3	,6	,6	
		-2,00	11	1,7	3,3	3,9	
		-1,00	37	5,6	11,2	15,2	
		,00	181	27,3	54,8	70,0	
		1,00	70	10,5	21,2	91,2	
		2,00	24	3,6	7,3	98,5	
		3,00	5	,8	1,5	100,0	
		Gesamt		330	49,7	100,0	
		Fehlend	System	334	50,3		
Gesamt		664	100,0				
Männlich	Gültig	-4,00	1	,3	,5	,5	
		-3,00	1	,3	,5	1,0	
		-2,00	3	,9	1,6	2,6	
		-1,00	38	11,1	19,8	22,4	
		,00	109	32,0	56,8	79,2	
		1,00	28	8,2	14,6	93,8	
		2,00	7	2,1	3,6	97,4	
		3,00	5	1,5	2,6	100,0	
		Gesamt		192	56,3	100,0	
	Fehlend	System	149	43,7			
Gesamt		341	100,0				

GBT1dT3 in 3 Gruppen geteilt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	GB Abnahme	93	9,2	17,8	17,8
	GB bleiben gleich	290	28,8	55,6	73,4
	GB Zunahme	139	13,8	26,6	100,0
	Gesamt	522	51,9	100,0	
Fehlend	0	484	48,1		
Gesamt		1006	100,0		

GBT1dT3 in 3 Gruppen geteilt * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl

		Geschlecht		Gesamt
		Weiblich	Männlich	
GBT1dT3 in 3 Gruppen geteilt	GB Abnahme	50	43	93
	GB bleiben gleich	181	109	290
	GB Zunahme	99	40	139
Gesamt		330	192	522

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,486 ^a	2	,024
Likelihood- Quotient	7,527	2	,023
Zusammenh ang linear- mit-linear	7,472	1	,006
Anzahl der gültigen Fälle	522		

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner

[5] Unterscheiden sich die Gedanken zur Berufsaufgabe bei denen, die sich in einer beruflichen Gratifikationskrise befinden?

Bericht

T3: ERI_Effort-Reward-Ratio White Collar

Mittelwert	N	Standardabweichung
,6995	633	,30678

Bericht

T3: ERI_Effort-Reward-Ratio White Collar

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
Weiblich	,6969	401	,30535
Männlich	,7039	232	,30984

T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_Cutoff_Nie_Jahr

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nie	335	33,3	53,0	53,0
	Jahr, Monat, Woche, Tag	297	29,5	47,0	100,0
	Gesamt	632	62,8	100,0	
Fehlend	0	374	37,2		
Gesamt		1006	100,0		

T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_Cutoff_Nie_Jahr_Frauen_ERI>1

		Gültige Prozente
Gültig	Nie	6,3
	Jahr, Monat, Woche, Tag	21,8
Fehlend	0	
Gesamt		

T3_Gedanken_Berufsaufgabe_Dicho_Cutoff_Nie_Jahr_Männer_ERI>1

		Gültige Prozente
Gültig	Nie	3,9
	Jahr, Monat, Woche, Tag	22,3
Fehlend	0	
Gesamt		

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,486 ^a	2	,554

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,486 ^a	2	,000

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner

[Hauptfrage] Was hängt damit zusammen, dass Gedanken zur Berufsaufgabe angestellt werden?

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a T1_28_CT	,958	,141	46,233	1	,000	2,606
Konstante	-,056	,100	,314	1	,575	,945

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T1_28_CT.

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a T3_FWC	-,064	,174	,135	1	,713	,938
Konstante	-,073	,276	,070	1	,791	,929

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T3_FWC.

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a T3_WFC	,852	,118	51,989	1	,000	2,345
Konstante	-3,202	,435	54,077	1	,000	,041

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T3_WFC.

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a T3_ERI_ER_RatioWC_CT	2,908	,408	50,734	1	,000	18,313
Konstante	-,174	,098	3,167	1	,075	,841

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T3_ERI_ER_RatioWC_CT.

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a T0_18(1)	-,257	,191	1,814	1	,178	,773
Konstante	-,077	,114	,464	1	,496	,925

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T0_18.

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a T3_26(1)	,339	,221	2,346	1	,126	1,403
Konstante	-,243	,103	5,541	1	,019	,784

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T3_26.

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a T3_37(1)	-1,206	,341	12,495	1	,000	,299
Konstante	-,047	,096	,233	1	,630	,955

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T3_37.

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a								
T1_28_CT	,876	,153	32,655	1	,000	2,401	1,778	3,242
T3_ERI_ER_RatioWC_CT	1,464	,495	8,740	1	,003	4,322	1,638	11,403
T3_37(1)	,729	,696	1,098	1	,295	2,073	,530	8,110
T3_WFC	,584	,148	15,458	1	,000	1,792	1,340	2,398
T0_18(1)	-,993	,824	1,454	1	,228	,370	,074	1,861
T0_18(1) by T3_37(1)	,846	,857	,974	1	,324	2,329	,434	12,492
Konstante	-2,674	,870	9,439	1	,002	,069		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T1_28_CT, T3_ERI_ER_RatioWC_CT, T3_37, T3_WFC, T0_18, T0_18 * T3_37 .

Variablen in der Gleichung

	RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	EXP(B)	
							Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a								
T1_28_CT	,876	,154	32,344	1	,000	2,402	1,776	3,249
T3_ERI_ER_RatioWC_CT	1,316	,500	6,912	1	,009	3,727	1,398	9,937
T3_37(1)	1,318	,415	10,066	1	,002	3,736	1,655	8,433
T3_WFC	,599	,152	15,593	1	,000	1,820	1,352	2,450
T3_FWC	-,055	,209	,069	1	,793	,947	,628	1,426
T0_18(1)	-,199	,235	,715	1	,398	,820	,518	1,299
T3_3_akt_c	,008	,013	,422	1	,516	1,008	,983	1,034
Konstante	-3,287	,821	16,029	1	,000	,037		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: T1_28_CT, T3_ERI_ER_RatioWC_CT, T3_37, T3_WFC, T3_FWC, T0_18, T3_3_akt_c.

10.3. KarMed-Fragebogen T3

Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung

Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

zunächst vielen Dank, dass Sie uns und unserer Studie weiterhin die Treue halten!
Dank Ihnen haben wir auch weiterhin eine sehr hohe Rücklaufquote, durch die
die Aussagekraft der Studienergebnisse gesichert ist.

Bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen, möchten wir Sie erneut
bitten, Ihren persönlichen Code anhand des vorgegebenen Beispiels einzutragen.
Der Code ist SEHR WICHTIG, nur so können wir diesen Fragebogen Ihren
bisherigen und Ihren künftigen Fragebögen in anonymisierter Form zuordnen.
Bitte füllen Sie den Code sorgfältig und in GROßBUCHSTABEN aus!

Bitte tragen Sie hier Ihren CODE ein:

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (Beispiel: Petra= P)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tag Ihrer Geburt; zweistellige Zahl (Beispiel: 08. Mai 1980 = 08)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Der erste Buchstabe des eigenen Geburtsortes (Beispiel: Berlin= B)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Ausfülldatum:

Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie den Fragebogen ausgefüllt haben. Dadurch können wir den
zeitlichen Abstand zu ihrem letzten Fragebogen besser berechnen.

— — — — —
t. t. m. m. j. j. j. j.

1. Eine Promotion ...
- habe ich bereits abgeschlossen
 - habe ich begonnen aber noch nicht beendet
 - will ich anfertigen, habe aber noch nicht damit begonnen
 - strebe ich nicht an

2. Sind Sie derzeit in fachärztlicher Weiterbildung tätig?

- ja
- nein, ich habe **abgebrochen** und werde die Weiterbildung nicht wieder beginnen, weil: _____
- nein, ich habe **unterbrochen** und plane die Weiterbildung wieder **aufzunehmen**, und zwar: (mm.jjjj) .
- nein, ich habe noch **nicht begonnen**, weil: _____
 Wenn Sie noch nicht begonnen haben. Streben Sie die fachärztliche Anerkennung an?
 - Ja, und zwar am: (mm.jjjj) . (bitte weiter mit Frage 5)
 - Nein (bitte, weiter mit Frage 24)

3. Wenn Sie sich in Weiterbildung befinden oder abgebrochen/unterbrochen haben: Bitte tragen Sie Ihre ärztlichen Tätigkeiten von Beginn Ihrer ärztlichen Berufstätigkeit bis heute in zeitlicher Reihenfolge analog dem aufgeführten Beispiel ein.

Nr.	Von – bis (mm.jjjj)	Weiterbildungsstätte (z.B. Krankenhaus; nicht den Namen der Institution nennen!)	Fachgebiet	Was war der Grund für das Ende dieser Tätigkeit?
1	03-2010 bis 09-2010	Krankenhaus	Unfallchirurgie	weil ich eine andere Disziplin anstrebe / geplatztes Ende des Vertrages
2	10 - 2010 bis heute	Krankenhaus	Anästhesie	Vertrag läuft bis 12 2012
1				Was war der Grund für das Ende dieser Tätigkeit? _____
2				Was war der Grund für das Ende dieser Tätigkeit? _____
3				Was war der Grund für das Ende dieser Tätigkeit? _____
4				Was war der Grund für das Ende dieser Tätigkeit? _____

Bitte diese Frage nur beantworten, wenn Sie derzeit oder früher die Weiterbildung unterbrochen hatten. Ansonsten bitte weiter mit Frage 5

4. **Wie lange und warum** haben Sie die Weiterbildung **derzeit oder früher** für längere Zeit (mind. ein Monat) unterbrochen? Bitte geben Sie für **jede** Unterbrechung den Zeitraum und den Grund an.
Mehrfachantworten sind möglich

Erste Unterbrechung;	von:	bis:	(mm.jjjj)
Zweite Unterbrechung;	von:	bis:	(mm.jjjj)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wg. Schwangerschaft, Kindererziehung, Elternzeit u.ä.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen/Arbeitszeiten, Bezahlung, nämlich: _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unzufriedenheit mit der Fachwahl und Weiterbildung (bzw. den Rahmenbedingungen, z.B. ungenügende Organisation, notwendige Rotationen nicht möglich), nämlich: _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Gründe, nämlich: _____	

Berufliche Ziele

5. **Welche endgültige berufliche Position streben Sie nach Beendigung der fachärztlichen Weiterbildung an?**
 Bitte geben Sie maximal drei Prioritäten an, indem Sie bei Ihrer höchsten Priorität die Zahl 1, bei Ihrer zweithöchsten Priorität die Zahl 2 und bei Ihrer dritten Priorität die Zahl 3 in das entsprechende Kästchen eintragen! Bitte tragen Sie bis zu drei Prioritäten, je nachdem wie viele Alternativen von Ihnen in Betracht gezogen werden.

<input type="checkbox"/>	Niederlassung als Hausärztin/-arzt
<input type="checkbox"/>	Niederlassung als Spezialist/in („Gebietsarzt/Gebietsärztin“) in eigener Praxis
<input type="checkbox"/>	Angestellt als Hausärztin/-arzt in einer Praxis/ in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
<input type="checkbox"/>	Angestellt als Spezialist/in in einer Praxis/ in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
<input type="checkbox"/>	Fachärztin/Facharzt im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Oberärztin/Oberarzt im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Chefärztin/Chefarzt im Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Tätigkeit in der universitären Forschung (ohne klinische Tätigkeit)
<input type="checkbox"/>	Tätigkeit in einem anderen medizinischen Bereich (Gesundheitsamt, Pharma-Industrie etc.)
<input type="checkbox"/>	Tätigkeit in einem nicht-ärztlichen Bereich (Krankenkasse, Medizinjournalismus etc.)
<input type="checkbox"/>	Anderes Ziel, nämlich: _____
<input type="checkbox"/>	Ich habe noch keine genauen Vorstellungen

6. Welches Arbeitszeitmodell würden Sie **während** Ihrer fachärztlichen Weiterbildung bevorzugen?

- Meine gesamte Weiterbildungszeit hindurch in Vollzeit arbeiten
- Meine gesamte Weiterbildungszeit hindurch in Teilzeit arbeiten, und zwar am liebsten _____ Stunden/Woche
- Zunächst einige Jahre in Vollzeit und anschließend in Teilzeit arbeiten, z.B. um außerberuflichen Aktivitäten nachgehen zu können
- Zunächst einige Jahre in Teilzeit arbeiten, um Berufs- und Privateben besser vereinbaren zu können. Anschließend möchte ich in Vollzeit arbeiten.

7. Welches Arbeitszeitmodell streben Sie für Ihre berufliche Tätigkeit **nach** Ihrer fachärztlichen Weiterbildung an?

- Nur in Vollzeit arbeiten
- Nur in Teilzeit arbeiten, und zwar am liebsten _____ Stunden/Woche
- Zunächst einige Jahre in Vollzeit und anschließend in Teilzeit arbeiten, z.B. um außerberuflichen Aktivitäten nachgehen zu können
- Zunächst einige Jahre in Teilzeit arbeiten, um Berufs- und Privateben besser vereinbaren zu können. Anschließend möchte ich in Vollzeit arbeiten.

8. In welcher Disziplin streben Sie die **Anerkennung als Facharzt/Fachärztin** an?

Bitte geben Sie maximal drei Prioritäten an, indem Sie bei Ihrer höchsten Priorität die Zahl 1, bei Ihrer zweithöchsten Priorität die Zahl 2 und bei Ihrer dritten Priorität die Zahl 3 in das entsprechende Kästchen eintragen! Bitte tragen Sie bis zu drei Prioritäten, je **nachdem wie viele Alternativen von Ihnen in Betracht gezogen werden.**

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Allgemeinmedizin |
| <input type="checkbox"/> | Anästhesiologie |
| <input type="checkbox"/> | Frauenheilkunde |
| <input type="checkbox"/> | Kinderheilkunde |
| <input type="checkbox"/> | Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) |
| <input type="checkbox"/> | Innere Medizin (mit Schwerpunkt, z.B. Kardiologie, Nephrologie) |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie (mit Schwerpunkt, z.B. Unfallchirurgie, Herzchirurgie) |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie (ohne Schwerpunkt) |
| <input type="checkbox"/> | Neurologie |
| <input type="checkbox"/> | Orthopädie/ Unfallchirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Psychiatrie/Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> | Radiologie |
| <input type="checkbox"/> | Urologie |
| <input type="checkbox"/> | HNO |
| <input type="checkbox"/> | Dermatologie |
| <input type="checkbox"/> | Andere Disziplin, nämlich: _____ |
- Ich habe noch keine genauen Vorstellungen

Wenn sie noch nicht mit der fachärztlichen Weiterbildung begonnen bzw. die Weiterbildung abgebrochen/unterbrochen haben, können Sie die Fragen 9 - 23 überspringen, da diese sich speziell an Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung richten. Bitte füllen Sie den Fragebogen ab Frage 24 weiter aus!

Aktuelle Arbeitssituation

9. Geben Sie bitte an, in welcher Art von Einrichtung Ihre derzeitige Weiterbildungsstelle angesiedelt ist.
- In einem Universitätskrankenhaus (Bettenzahl in der Regel > 800)
 - In einem großen Krankenhaus mit ca. 800 Betten und mehr
 - In einem Krankenhaus mit einer Bettenzahl zwischen 350 und 800.
 - In einem kleinen Krankenhaus mit max. 350 Betten
 - In einer Praxis
 - In einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
 - In einer anderen Einrichtung, nämlich: _____
 - Weiß nicht
10. Meine derzeitige WB - Stelle befindet sich
- in Deutschland, und zwar in den:
 - alten Bundesländern
 - neuen Bundesländern
 - im Ausland, nämlich in : _____ (Land)
11. Mein derzeitiger Arbeitsvertrag ...
- gilt unbefristet
 - gilt für die gesamte Zeit der Weiterbildung
 - gilt nicht für die gesamte Zeit der Weiterbildung, sondern:
von (Monat / Jahr) _____ bis (Monat / Jahr) _____
12. Mit der Laufzeit meines derzeitigen Arbeitsvertrages bin ich ...
- zufrieden
 - nicht zufrieden
13. Bitte geben Sie die Stundenzahlen Ihrer Arbeitszeit an!
- | | | |
|--|-------|---------|
| Arbeitsstunden pro Woche insgesamt | _____ | Stunden |
| Vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit (ohne Bereitschaftsdienste): | _____ | Stunden |
| Reale wöchentliche Arbeitszeit (einschließlich Überstunden, aber ohne Bereitschaftsdienste): | _____ | Stunden |
| Zusätzliche wöchentliche Arbeitszeit durch Bereitschaftsdienste | _____ | Stunden |
14. Mit dem Umfang meiner Arbeitsstunden pro Woche bin ich zufrieden
- Ja
 - Nein, ideal wäre für mich eine Arbeitszeit von _____ Std. / Woche (inkl. Überstunden)
15. Werden Überstunden bezahlt bzw. durch Freizeit ausgeglichen? Ja Nein Teilweise

16. Diese Frage betrifft die **Qualität ihrer derzeitigen ärztlichen Tätigkeit und der Weiterbildung**. Bitte machen Sie eine Angabe pro Zeile. In der letzten Zeile haben Sie die Möglichkeit, einen weiteren Aspekt zu ergänzen, der für Sie persönlich hinsichtlich der Qualität der Weiterbildung eine Rolle spielen

Trifft nicht zu Trifft eher nicht zu Trifft teilweise zu Trifft eher zu Trifft genau zu

Arbeits- und Lernklima

Das Arbeitsklima in meiner Abteilung/Klinik ist gut	<input type="checkbox"/>				
Die Weiterbildenden* behandeln und beurteilen mich fair und respektvoll	<input type="checkbox"/>				
Ich erhalte konstruktive Rückmeldungen darüber, wenn sich zeigt, dass mir theoretische Kenntnisse noch fehlen	<input type="checkbox"/>				
Ich bitte die Diensthabenden nicht um Unterstützung, obwohl ich mir bezüglich eines Patienten unsicher bin	<input type="checkbox"/>				
Ich werde meiner fachlichen Kompetenz entsprechend eingesetzt (keine Unter- bzw. Überforderung)	<input type="checkbox"/>				
Ich werde von meinen Kollegen/Kolleginnen zu Unrecht kritisiert.	<input type="checkbox"/>				
Ich werde von meinen Vorgesetzten zu Unrecht kritisiert	<input type="checkbox"/>				
Unter den Ärztinnen und Ärzten meiner Abteilung/Klinik herrscht ein „Wir“-Gefühl	<input type="checkbox"/>				
Bei fachlichen Fragen oder Schwierigkeiten stehen mir Ansprechpartner zur Verfügung, die mir helfen	<input type="checkbox"/>				
Ich werde schrittweise an die Übernahme von Verantwortung herangeführt	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich konkrete Fragen stelle, bekomme ich unklare Antworten, die mir nicht weiterhelfen.	<input type="checkbox"/>				
Ich werde schwierigen „Bewährungsproben“ ausgesetzt (soll Dinge selbständig tun, auf die ich noch nicht ausreichend vorbereitet wurde)	<input type="checkbox"/>				
Ich erhalte konstruktive Rückmeldungen über die Qualität meiner praktischen Fertigkeiten	<input type="checkbox"/>				

Qualität der weiterbildenden Einrichtung

In unserer Abteilung/Klinik ist ein(e) namentlich bestimmt(e) Arzt/Ärztin für die Koordination und Qualitätssicherung der Weiterbildung zuständig	<input type="checkbox"/>				
Die Weiterbildenden* sind fachlich kompetent	<input type="checkbox"/>				
Die Methoden, Verfahren und Techniken der Patientenbehandlung entsprechen den modernen Standards	<input type="checkbox"/>				
Meine Klinik/Abteilung genießt in Fachkreisen einen guten Ruf	<input type="checkbox"/>				
Die Indikationsstellung für größere diagnostische oder therapeutische Interventionen wird in meiner Abteilung/Klinik in meiner Anwesenheit besprochen	<input type="checkbox"/>				
In meiner Abteilung/Klinik werden mit meiner Beteiligung ethische Probleme der Medizin diskutiert	<input type="checkbox"/>				
Eine gute Weiterbildung zu bieten, ist ein wichtiges Ziel unserer Abteilung/Klinik	<input type="checkbox"/>				
In unserer Abteilung/Klinik gibt es regelmäßige und strukturierte Möglichkeiten zur Besprechung von Komplikationen und Fehlern	<input type="checkbox"/>				

* Weiterbildende = Personen, die sie bei Ihrer praktischen Weiterbildung anleiten; z.B. Leitende/r Arzt/Ärztin, Oberärztinnen/Oberärzte, ggf. Fachärztinnen/Fachärzte der Abteilung/Klinik

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Für Veranstaltungen außerhalb der Abteilung/Klinik werde ich in der Regel freigestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde meine Abteilung/Klinik im Hinblick auf die Qualität ihrer Weiterbildung an jüngeren Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Abwägung vom Nutzen und Aufwand/Kosten der Behandlung von Patienten wird in meiner Klinik/Abteilung in meiner Anwesenheit vorgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Konsiliarii erklären mir Ihre Befunde und Vorschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meiner Klinik/Abteilung wird bei der Dienstlohngestaltung auf die Bedürfnisse von Ärzten/Ärztinnen mit Kindern Rücksicht genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Didaktische Qualität der Weiterbildung					
Ärzte bzw. Ärztinnen mit einer Leitungsfunktion führen regelmäßig Gespräche mit den Weiterzubildenden über die Ziele und den Fortgang deren Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in der Abteilung/Klinik darauf hingewiesen, was für meine künftige Facharztprüfung wichtig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die wichtigsten Behandlungsleitlinien meiner Fachgesellschaft werden den Weiterzubildenden von den Weiterbildenden vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lerne, die Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien konkret bei der Behandlung eines Patienten anzuwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es existiert ein strukturierter Weiterbildungsplan bzw. ein Curriculum und dies wird auch eingehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Weiterbildungssituation ermöglicht mir, die in der Weiterbildungsordnung festgelegten nachzuweisenden Fertigkeiten in der Mindestzeit zu erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ausreichend Zeit zum Selbststudium während der Dienstzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde aktiv dazu angehalten, mein theoretisches Wissen durch Nachschlagen und Lesen zu erweitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die in der Weiterbildungsordnung festgelegten nachzuweisenden Fertigkeiten werden regelmäßig (z.B. in einem Logbuch) dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soweit ich Weiterbildungsanteile in andere Abteilungen/ Kliniken absolvieren muss, ist dies schon vorab im Rahmen eines Weiterbildungsverbundes geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Klinik/Abteilung gibt es regelmäßig Fallkonferenzen, in denen die Weiterzubildenden Fälle vorstellen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wird beigebracht, wie ich mit schwierigen Patienten umgehen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Tätigkeit in meiner Abteilung/Klinik lerne ich viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Welche Personen leiten in erster Linie Ihre praktische Weiterbildung an?
Mehrfachantworten sind möglich

- Erfahrene Ärztin / erfahrener Arzt in Weiterbildung (Assistenzärztin/-arzt)
- Fachärztin / Facharzt
- Oberärztin / Oberarzt
- Chefärztin / Chefarzt
- Jemand anderes, nämlich: _____

18. Ich schätze, dass ich die in der Weiterbildungsordnung festgelegten Nachweise in der minimalen Weiterbildungszeit erwerbe (minimal: je nach Fachrichtung 5-7 Jahre).

- Ja
- Nein, ich werde voraussichtlich weitere _____ Monate benötigen.
Weshalb brauchen Sie vermutlich länger? *Mehrfachantworten sind möglich*
 - Elternzeit / Erziehungszeit/Belastung durch Kinder
 - Rotationen sind nicht ausreichend möglich
 - Zu wenig Zeit und Raum für die Aneignung der Weiterbildungsanforderungen
 - Wechsel der Weiterbildungsstätte mit Unterbrechung
 - Änderung der angestrebten fachärztlichen Anerkennung
 - Teilzeittätigkeit
 - Promotion
 - Sonstiges, nämlich: _____

19. Diese Frage betrifft die Gesamteinschätzung Ihres bisherigen **beruflichen Werdegangs**. Bitte machen Sie eine Angabe pro Zeile.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Im Vergleich zu meinen ehemaligen Studienkollegen und -kolleginnen ist meine bisherige berufliche Entwicklung sehr erfolgreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisher habe ich meine persönlichen beruflichen Ziele erreichen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Verlauf meines Berufslebens war bisher genau so, wie ich mir das für mich vorgestellt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine engen Freunde würden sagen, dass ich in meinem Berufsleben bisher gut vorangekommen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt gesehen bin ich zufrieden mit meiner bisherigen beruflichen Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihre derzeitige ärztliche Tätigkeit. Bitte geben Sie zunächst für jede der Fragen an, ob Sie zustimmen oder ablehnen. Wenn Sie bei einer Aussage die zweite der beiden Antwortalternativen gewählt haben, so beantworten Sie bitte in jedem Fall die weiterführende Frage nach dem Ausmaß der Belastung.

Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In letzter Zeit ist meine Arbeit immer mehr geworden						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erhalte von meinen Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene						
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erhalte von meinen Kolleginnen / Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene						
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung						
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet						
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen						
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark	
	☺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen					
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen					
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt für angemessen					
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, und das belastet mich	gar nicht	mäßig	stark	sehr stark
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben (Privatleben schließt hier Familie und andere außerberufliche Aktivitäten ein). Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privatleben	<input type="checkbox"/>				
Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten im Privatleben nachzukommen	<input type="checkbox"/>				
Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen	<input type="checkbox"/>				
Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten Verpflichtungen nachzukommen	<input type="checkbox"/>				
Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private Aktivitäten ändern	<input type="checkbox"/>				
Die Anforderungen meines Privatlebens stören meine beruflichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>				
Der Zeitaufwand meines Privatlebens macht es schwierig für mich, meinen beruflichen Pflichten nachzukommen	<input type="checkbox"/>				
Dinge, die ich an der Arbeit erledigen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meines Privatlebens liegen	<input type="checkbox"/>				
Mein Privatleben wirkt sich störend auf die Anforderungen meines Arbeitslebens aus, z.B. pünktlich zu sein, tägliche Aufgaben zu erledigen oder Überstunden zu machen	<input type="checkbox"/>				
Stress aus meinem Privatleben beeinträchtigt meine Fähigkeit, arbeitsbezogene Pflichten zu erledigen	<input type="checkbox"/>				

22. Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate (bzw. seit Beginn ihrer Weiterbildung) daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?

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

23. Bei den folgenden Fragen geht es um die Häufigkeit von Belastungen im Arbeitsleben. Bitte kreuzen Sie für jede einzelne Aussage mit Werten zwischen 0 und 6 an, wie häufig der geschilderte Aspekt vorkommt.

0=nie
 1=einige Male im Jahr und seltener
 2=einmal im Monat
 3=einige Male im Monat
 4=einmal pro Woche
 5=einige Male pro Woche
 6=täglich

1	Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt	0	1	2	3	4	5	6
2	Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt	0	1	2	3	4	5	6
3	Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und wieder einen Arbeitstag vor mir habe	0	1	2	3	4	5	6
4	Es gelingt mir gut, mich in meine Patienten hinein zu versetzen	0	1	2	3	4	5	6
5	Ich glaube, ich behandle einige Patienten, als ob Sie unpersönliche „Objekte“ wären	0	1	2	3	4	5	6
6	Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten ist wirklich eine Strapaze für mich	0	1	2	3	4	5	6
7	Den Umgang mit Problemen meiner Patienten habe ich sehr gut im Griff	0	1	2	3	4	5	6
8	Durch meine Arbeit fühle ich mich ausgebrannt	0	1	2	3	4	5	6
9	Ich glaube, dass ich das Leben anderer Menschen durch meine Arbeit positiv beeinflusse	0	1	2	3	4	5	6
10	Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gleichgültiger gegenüber Leuten geworden	0	1	2	3	4	5	6
11	Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet	0	1	2	3	4	5	6
12	Ich fühle mich voller Tatkraft	0	1	2	3	4	5	6
13	Meine Arbeit frustriert mich	0	1	2	3	4	5	6
14	Ich glaube, ich strengte mich bei meiner Arbeit zu sehr an	0	1	2	3	4	5	6
15	Bei manchen Patienten interessiert es mich eigentlich nicht wirklich, was aus/mit ihnen wird	0	1	2	3	4	5	6
16	Mit Menschen in der direkten Auseinandersetzung arbeiten zu müssen, belastet mich sehr	0	1	2	3	4	5	6
17	Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen	0	1	2	3	4	5	6
18	Ich fühle mich angeregt, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe	0	1	2	3	4	5	6
19	Ich habe viele wertvolle Dinge in meiner derzeitigen Arbeit erreicht	0	1	2	3	4	5	6
20	Ich glaube, ich bin mit meinem Latein am Ende	0	1	2	3	4	5	6
21	In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um	0	1	2	3	4	5	6
22	Ich spüre, dass die Patienten mich für einige ihrer Probleme verantwortlich machen	0	1	2	3	4	5	6
23	Ich fühle mich meinen Patienten in vieler Hinsicht ähnlich	0	1	2	3	4	5	6
24	Von den Problemen meiner Patienten bin ich persönlich berührt	0	1	2	3	4	5	6
25	Ich fühle mich unbehaglich bei dem Gedanken daran, wie ich einige meiner Patienten behandelt habe	0	1	2	3	4	5	6

Angaben zu Ihrer Lebenssituation

24. Herkunft: Bis zum Beginn meines Studiums bin ich **überwiegend** ...
- in den alten Bundesländern aufgewachsen
 in den neuen Bundesländern aufgewachsen
 nicht in Deutschland aufgewachsen
25. Familienstand: Ich bin ...
- ledig
 verheiratet und ... zusammen lebend getrennt lebend
 geschieden
 verwitwet
26. Haben Sie zurzeit einen festen (Ehe-)Partner/ eine feste (Ehe-)Partnerin?
 Ja Nein (bitte mit **Frage 35** weitermachen)
27. Leben Sie zurzeit mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt?
 Ja Nein (bitte mit **Frage 30** weitermachen)
28. Wie ist die **Hausarbeit** (kochen, putzen, Wäsche waschen, bügeln, einkaufen) im gemeinsamen Haushalt zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Partnerin aufgeteilt? (*Summe 100%*)
- Ich selbst: _____ % Mein/e Partner/in: _____ %
29. Wie zufrieden sind Sie mit der Aufteilung der Hausarbeit zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| gar nicht
zufrieden | eher nicht
zufrieden | teilweise
zufrieden | eher
zufrieden | völlig
zufrieden |
| <input type="checkbox"/> |
30. Welchen Beruf übt Ihr/e Partner/in aus? Bitte nur eine Antwort!
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arztberuf | <input type="checkbox"/> Kein Beruf |
| <input type="checkbox"/> Anderer akademischer Beruf | <input type="checkbox"/> In Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Nicht-akademischer Beruf | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich _____ |
31. Ist Ihr(e) Partner(in) derzeit erwerbstätig? Wenn ja, wie viele Stunden/Woche? (inklusive Überstunden)
- Nein Ja, und zwar im Durchschnitt wöchentlich Stunden
32. 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) |
| <input type="checkbox"/> |
33. 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 |
| <input type="checkbox"/> |

34. Wie schätzen Sie Ihre *Karrierziele* im Vergleich zu Ihrem Partner/Partnerin ein?

	bei mir viel ausgeprägter als bei meinem Partner/ meiner Partnerin	bei mir etwas ausgeprägter als bei meinem Partner/ meiner Partnerin	bei mir und meinem Partner/ meiner Partnerin in etwa gleich ausgeprägt	bei mir etwas weniger ausgeprägt als bei meinem Partner / meiner Partnerin	bei mir viel weniger ausgeprägt als bei meinem Partner/ meiner Partnerin
Der Stellenwert der Verfolgung beruflicher Ziele ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konsequente Verfolgung beruflicher Ziele ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Chancen auf ein hohes Einkommen sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrgeizige berufliche Pläne sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bereitschaft, die Karriere wegen privater Angelegenheiten hinten anzustellen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Wie empfinden Sie Ihre persönliche Belastung in folgenden Lebensbereichen?

	keine	gering	mittel	hoch
Beruf / Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie (Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Haben Sie eine Haushaltshilfe o. ä., die Ihnen einen wesentlichen Teil der anfallenden Hausarbeit abnimmt?

nein ja, und zwar _____ Stunden/Woche

37. Leben ein oder mehrere Kinder (dauerhaft oder überwiegend) in Ihrem Haushalt?

Nein (bitte weiter mit Frage 44)

Ja, Geburtsjahre:

1	2	3	4	5

38. Wie ist die Betreuung des Kindes/der Kinder zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Partnerin aufgeteilt?
(Summe 100%)

Ich selbst: _____ % Mein/e Partner/in: _____ %

trifft nicht zu, weil _____ (z.B. alleinerziehend. ...)

39. Welche Personen (gemeint ist hier privat organisierte Betreuung durch Verwandte, Bekannte, Babysitter; also keine institutioneller Betreuung) übernehmen außerdem regelmäßig die Betreuung des/ der Kinder?

- Großeltern
- Anderer Elternteil (bei getrennt lebenden Eltern)
- Sonstige: _____

40. Wie viele Stunden pro Tag (Werktag, nicht am Wochenende) wird ihr Kind / werden ihre Kinder in einer der folgenden Institutionen betreut?

	Stunden für das:			
	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
<input type="checkbox"/> keine institutionelle Betreuung (Bitte für jedes Kind ankreuzen)	/	/	/	/
<input type="checkbox"/> Betriebseigener Kindergarten/Hort	/	/	/	/
<input type="checkbox"/> Anderer, nicht betriebseigener Kindergarten/Hort	/	/	/	/
<input type="checkbox"/> Tagespflege	/	/	/	/
<input type="checkbox"/> Schule	/	/	/	/
<input type="checkbox"/> Andere Betreuungsform, nämlich: _____	/	/	/	/

41. Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Mit der in den Fragen 39 und 40 beschriebenen Kinderbetreuung bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
Es ist für mich belastend, die in den Fragen 39 und 40 beschriebene Kinderbetreuung zu organisieren	<input type="checkbox"/>				

42. Wie zufrieden sind Sie mit der zwischen Ihnen und Ihrem Partner bestehenden Aufteilung der Betreuung des Kindes / der Kinder?

gar nicht zufrieden	eher nicht zufrieden	teilweise zufrieden	eher zufrieden	völlig zufrieden	trifft nicht zu (z.B. weil ich keinen Partner habe)
<input type="checkbox"/>					

43. Wie gut gelingt es Ihnen insgesamt betrachtet, Familie und Beruf zu vereinbaren?

Gar nicht					Sehr gut
<input type="checkbox"/>					

Berufliche Diskriminierungserfahrungen

44. Haben Sie persönlich in den letzten 12 Monaten im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit die Erfahrung einer Ungleichbehandlung wegen ihres Geschlechts gemacht?

- Nein
- Ja; Worin bestand diese Ungleichbehandlung?:

Welche Folgen hatte das?:

Persönliche Einstellungen

45. Nun folgen einige Aussagen zu Einstellungen bezüglich Ihres Berufslebens. Bitte geben Sie an, wie sehr diese auf Sie zutreffen!

	trifft sehr zu					trifft nicht zu		
1. Ich möchte fachlich gute Leistungen erbringen.	<input type="checkbox"/>							
2. Ich bin auch bei wichtigen Entscheidungen bereit, ein Risiko einzugehen.	<input type="checkbox"/>							
3. Ich bin davon überzeugt, dass ich die Fähigkeiten besitze, meine angestrebten beruflichen Ziele zu erreichen.	<input type="checkbox"/>							
4. Ein sicherer Arbeitsplatz ist mir wichtiger als ein möglicher beruflicher Aufstieg.	<input type="checkbox"/>							
5. Ich achtete bei der Auswahl meiner Stellen darauf, dass diese meiner Karriere förderlich sind.	<input type="checkbox"/>							
6. Es ist mir wichtiger, tun zu können, was mich interessiert, als beruflich weiterzukommen.	<input type="checkbox"/>							
7. Ich habe mein Fachgebiet hinsichtlich der Chancen auf dem Arbeitsmarkt gewählt.	<input type="checkbox"/>							
8. Ich würde jederzeit dienstlich verreisen.	<input type="checkbox"/>							
9. Für mich angenehme Arbeitszeiten sind mir wichtig.	<input type="checkbox"/>							
10. Ich möchte später auf jeden Fall mein berufliches Können auf dem neuesten Stand halten.	<input type="checkbox"/>							
11. Es wäre schlimm für mich, mein angestrebtes berufliches Ziel nicht erreichen zu können.	<input type="checkbox"/>							
12. Ich freue mich darauf, mich immer wieder in neue berufliche Aufgaben einzuarbeiten.	<input type="checkbox"/>							
13. Ich möchte beruflich mit anderen Menschen zusammenarbeiten.	<input type="checkbox"/>							
14. Ich möchte auf jeden Fall viel Geld verdienen.	<input type="checkbox"/>							
15. Ich würde auch auf Kosten meines Partners/ meiner Partnerin für den Beruf Zeit aufwenden.	<input type="checkbox"/>							
16. Es wäre für mich selbstverständlich, Überstunden zu machen.	<input type="checkbox"/>							
17. Ich möchte eigene Vorstellungen in den Beruf einbringen können.	<input type="checkbox"/>							
18. Ich würde Schwierigkeiten in meiner Partnerschaft durch die Berufstätigkeit in Kauf nehmen.	<input type="checkbox"/>							
19. Es ist mir wichtig, eine gesellschaftlich angesehene berufliche Position zu erreichen.	<input type="checkbox"/>							
20. Es macht mir keinen Spaß, unter Leistungsdruck zu arbeiten.	<input type="checkbox"/>							
21. Ich will im Beruf Verantwortung tragen.	<input type="checkbox"/>							
22. Ich werde mein berufliches Weiterkommen konsequent vorantreiben.	<input type="checkbox"/>							
23. Es würde mir etwas ausmachen, an Wochenenden arbeiten zu müssen.	<input type="checkbox"/>							
24. Es hat keinen hohen Stellenwert für mich, beruflich aufzusteigen.	<input type="checkbox"/>							

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

10.4. Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung zur Bachelorarbeit

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

Hamburg, den _____