

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Gündel

Sektion Medizinische Psychologie

Leitung: Prof. Dr. H. C. Traue

**Vereinbarkeit von Familie und Beruf für
Ärztinnen und Ärzte
der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Tanja Flaig, Immenstadt

2014

Amtierender Dekan:

Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. H. C. Traue

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. P. Brieger

Tag der Promotion:

13.11.2014

Für meine Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----|
| Inhaltsverzeichnis | i |
| ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS | iii |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Mögliche Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf | 2 |
| 1.2 Gründe für die Einrichtung familienfreundlicher Strukturen in Krankenhäusern | 9 |
| 1.3 Ziel dieser Arbeit und Ableitung der Fragestellung | 16 |
| 2 Material und Methoden | 18 |
| 2.1 Material und Methoden der quantitativen Erhebung | 19 |
| 2.1.1 Stichprobe | 19 |
| 2.1.2 Messinstrumente | 20 |
| 2.2 Material und Methoden der qualitativen Erhebung | 26 |
| 2.2.1 Stichprobe | 26 |
| 2.2.2 Messinstrumente | 30 |
| 2.3 Statistische Analyse | 36 |
| 3 Ergebnisse | 37 |
| 3.1 Beschreibung der Stichprobe | 37 |
| 3.2 Ergebnisse des qualitativen Erhebungsteils und Hypothesengenerierung | 38 |
| 3.2.1 Qualitativer Erhebungsteil und daraus generierte Hypothesen | 38 |
| 3.2.2 Weitere Hypothesen | 44 |
| 3.3 Ergebnisse der Hypothesen | 44 |
| 3.3.1 Work and Family und Family and Work Conflict Scale | 45 |
| 3.3.2 Geschlechtsunterschiede: | 53 |
| 3.3.3 Ten Item Personality Inventory | 58 |

| | |
|---|-----|
| 3.3.4 Einfluss der Kinderbetreuung auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf | 62 |
| 3.3.5 Der Effort-Reward Imbalance Questionnaire | 66 |
| 3.3.6 Patient Health Questionnaire-4 | 70 |
| 4 Diskussion | 73 |
| 4.1 Altersstruktur und Geschlechterverteilung der Stichprobe..... | 73 |
| 4.2 Hypothesendiskussion | 75 |
| 4.2.1 Work and Family und Family and Work Conflict Scale | 75 |
| 4.2.2 Geschlechtsunterschiede..... | 80 |
| 4.2.3 Ten Item Personality Inventory | 85 |
| 4.2.4 Einfluss der Kinderbetreuung auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf | 93 |
| 4.2.5 Effort-Reward Imbalance Questionnaire..... | 95 |
| 4.2.6 Patient Health Questionnaire-4 | 100 |
| 4.3 Schlussfolgerungen und Ausblick..... | 102 |
| 5 Zusammenfassung | 107 |
| 6 Literaturverzeichnis | 109 |
| 7 Anhang | 130 |
| Interview 1 | 130 |
| Interview 2 | 140 |
| Interview 3 | 146 |
| Interview 4 | 155 |
| Danksagung..... | 163 |
| Curriculum Vitae | 164 |

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

| Abkürzung | Beschreibung |
|-----------|--|
| ArbZG | Arbeitszeitgesetz |
| BÄK | Bundesärztekammer |
| BMGS | Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung |
| DGGG | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| DKI | Deutsches Krankenhaus Institut |
| DRG | Diagnosis Related Group |
| ERI | Effort-Reward Imbalance Questionnaire |
| ERI-Ratio | Effort-Reward Imbalance-Ratio |
| FWC | Family Work Conflict |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| IZBB | Investitionsprogramm Zukunft, Bildung und Betreuung |
| Kita | Kindertagesstätte |
| M | Mittelwert |
| PHQ-4 | Patient-Health Questionnaire-4 |
| SA | Standardabweichung |
| TIPI | Ten Item Personality Inventory |

WFC

Work Family Conflict

FWC

Family Work Conflict

1 EINLEITUNG

„Kinder oder Karriere? Diese Frage müssen sich in Deutschland noch immer viele junge Paare stellen. Gerade für Ärztinnen und Ärzte ist es keine leichte Aufgabe, ihr Familienleben mit den Arbeitszeiten und den anspruchsvollen Aufgaben im Arztberuf in Einklang zu bringen. Ob im Krankenhaus oder in der Arztpraxis: die meisten Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner sind gerne bereit viel zu arbeiten- aber eben nicht um jeden Preis [...].“ (Grußwort von Dr. phil. Kristina Schröder, ehemalige Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“, S.5, Bundesärztekammer 2010 (Bühren et al. 2010))

Was die ehemalige Frau Bundesministerin im obigen Zitat anspricht, scheint viele Mediziner vor ein Problem zu stellen: 86% der angehenden Ärztinnen und Ärzte wünschen sich eine Familie, allerdings gehen immer noch 79% der Medizinstudierenden davon aus, dass es schwierig sein werde, den Arztberuf mit jener zu vereinen (AG-Gesundheitspolitik 2005). Mit dieser Meinung sind die Studierenden nicht alleine: eine Umfrage der Kommission Familie und Karriere der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, an der über 1000 Mitglieder der DGGG teilgenommen haben, zeigt: Fast 90% der Frauenärztinnen und 72% der Frauenärzte halten Kinder und Karriere für schlecht miteinander vereinbar. Besonders bei der Kinderbetreuung zeichnete sich eine deutliche Unzufriedenheit ab: rund 70% der Befragten bemängelten, ihr Arbeitgeber biete keine Betreuung für Kinder bis sieben Jahre an (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2010). Ähnliches ergab eine 2007 vom Institut für Freie Berufe Nürnberg durchgeführte Untersuchung: nur 3,5% der befragten Ärztinnen und Ärzte bewerteten die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf als gut (Oberlander 2010). Das Ergebnis der Studie: „Ich bin Ärztin“ aus dem Jahr 2011, in deren Rahmen 1200 Ärztinnen nach ihrer Arbeitssituation und Zufriedenheit befragt wurden, zeigt, dass Klinikärztinnen zwischen dem 35. und 39. Lebensjahr im Durchschnitt am unzufriedensten sind. Zurückzuführen sei dies darauf, dass sich gerade in diesem Lebensabschnitt für die jungen Ärztinnen die Frage nach

Familiengründung, Karriereplanung und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf am dringendsten stellt (Bühren et al. 2011).

Trotz der größeren Belastung durch Beruf und Familie, sind Ärztinnen mit Kindern unzufriedener als ihre kinderlosen Kolleginnen. In der oben genannten Studie gaben demnach wesentlich mehr kinderlose Ärztinnen an, dass sie ihren Beruf als belastender empfinden als andere Berufe. Ebenso zeigte sich, dass Ärztinnen mit Kindern deutlich mehr Spaß an ihrem Beruf haben (Bühren et al. 2011).

Obwohl sich ein Leben mit Kindern folglich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken kann, wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf von der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte als schlecht empfunden. Im Folgenden soll aufgezeigt werden, warum es für Kliniken und andere medizinische Institutionen in Zukunft unumgänglich sein wird, für Ärztinnen und Ärzte an dieser Situation etwas zu ändern.

1.1 MÖGLICHE SCHWIERIGKEITEN BEI DER VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND ARZTBERUF

Ein Großteil der Ärztinnen und Ärzte scheint die Vereinbarkeit ihres Berufes mit einer Familie als schlecht anzusehen. Als mögliche Gründe hierfür werden die hohe Arbeitszeitbelastung (Rosta 2007), (Blum et al. 2008), die Arbeitsbedingungen (Schmidt et al. 2006, S.10), (Oberlander et al. 2008) und die damit zunehmende Unzufriedenheit in der Ärzteschaft (Jurkat et al. 1997), (Bestmann et al. 2010) sowie das immer noch mangelhafte Kinderbetreuungsangebot an vielen Kliniken (Jerg-Bretzke et al. 2012) genannt. Im Folgenden sollen diese Aspekte näher beleuchtet werden.

Hohe Arbeitszeitbelastung:

In der bundesweiten Erhebung von 2006: „Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland“ zeigt Judith Rosta die überdurchschnittlich hohen Arbeitszeiten in deutschen Krankenhäusern auf. Danach arbeiteten Ärzte in den Berliner Kliniken im Schnitt 57,8 Stunden pro Woche (Sagebiel 2002), in einigen deutschen Krankenhäusern sogar bis zu 68 Stunden (Bestmann et al. 2004). Über die Hälfte der Vollzeit be-

schäftigten Ärztinnen und Ärzte arbeitete dabei täglich mehr als 10 Stunden, 73% absolvierten regelmäßig Bereitschaftsdienste. Von diesen leisteten über ein Drittel mehr als 6 Bereitschaftsdienste im Monat (35%), 19% fühlten sich durch ihre Arbeitszeiten deutlich belastet (Rosta 2007).

Das novellierte Arbeitszeitgesetz (ArbZG) zur Begrenzung der ärztlichen Höchstarbeitszeit, welches seit dem 01.01.2007 in Kraft getreten ist, besagt zwar, dass Ärztinnen und Ärzte eine wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 48 Stunden nicht überschreiten dürfen. Inwieweit die Umsetzung derzeit in der Praxis rechtskonform erfolgt, bleibt jedoch fraglich. Die Tatsache, dass 2008 bereits 66,3% der Kliniken die Opt-Out Regelung umsetzten, nach welcher der Arbeitnehmer schriftlich in die Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit von 48 Stunden einwilligen kann (vorausgesetzt seine Arbeit beinhaltet Bereitschaftsdienste), kann ein Hinweis dafür sein, dass Ärzte mehr arbeiten als Erwerbstätige in anderen Dienstleistungen (Blum et al. 2008). Dies bestätigt eine Studie von Fuß und Kollegen 2008, welche ein signifikant höheres Maß an quantitativen Arbeitsanforderungen für deutsche Ärzte im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung feststellte (Fuss et al. 2008).

In einer Umfrage der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2010 (Marburger Bund 2009) gab nur jeder 20. Arzt an, keine Überstunden oder Mehrarbeit leisten zu müssen. Damit schien die Mehrheit der Befragten regelmäßig länger zu arbeiten. Unterschieden wurde bei der Studie zwischen Mehrarbeit und Überstunden: 25% der westfälischen Ärztinnen und Ärzte leisteten Überstunden, zwei Drittel der westfälischen Ärzteschaft regelmäßig Mehrarbeit. Die Hälfte der Mediziner, die Überstunden leisteten, erhielten dafür keine Vergütung oder Freizeitausgleich. Die Mehrarbeit wurde bei weniger als einem Fünftel vergütet, 61% der Ärztinnen und Ärzte erhielten keinen Freizeitausgleich (Marburger Bund 2009).

Arbeitsbedingungen:

Wie Fuchs und Kollegen feststellten (Fuchs et al. 2009), sind Ärzte in ihrem Alltag außerordentlichen psychosozialen und organisatorischen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Hierbei handelt es sich vor allem um Kosten- und Zeitdruck, eine Zunahme von Verwaltungsaufwand und berufsfremden Tätigkeiten, unzureichende Einbindung in organisatorische Fragen und den Verlust von Autonomie, anstrengende Patientenkontakte, Notfälle rund um die Uhr sowie Konflikte mit den Krankenkassen (Reimer et al. 1997), (Siber et al. 2009), (Karazman et al. 1994), (Bovier et al. 2005). Zu dem hohen Arbeitsaufwand kommen zahlreiche weitere Pflichten hinzu, wie z.B. Fortbildung, Aufklärung, und Dokumentation (Hübler et al. 2009). Seit der Umstellung der Krankenhausvergütung 2004 auf das diagnosebasierte Fallpauschalensystem, welches auf den sogenannten „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) basiert (Rang et al. 2007), müssen sich Krankenhäuser zur Erhaltung ihrer Konkurrenzfähigkeit stärker als zuvor am Markt orientieren (Schmidt et al. 2006). Der ebenfalls mit der Einführung der DRGs gestiegene Verwaltungsaufwand muss zu großen Teilen von der Ärzteschaft getragen werden, welcher von dieser als zusätzliche Belastung wahrgenommen wird (Oberlander et al. 2008). Auch müssen die Kliniken die wachsende Anzahl an Patienten in kürzerer Zeit behandeln. Dies führt dazu, dass aufgrund der verkürzten Liegedauern der Durchlauf an Patienten in den einzelnen Abteilungen zugenommen hat, was für die Ärzteschaft mit einer höheren Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung verbunden ist (Schmidt et al. 2006). Das Rollenbild der Ärztinnen und Ärzte verändert sich durch diese neuen bürokratischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ebenfalls:

„Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sehen die individuelle Zuwendung als zentralen Aspekt des Selbstverständnisses dann gefährdet, wenn sie Konflikt mit den übergeordneten ökonomischen, aber auch juristischen oder anderen extremen Erwartungen als unauflösbar erleben“ (Schrappe 2006, S.182).

Die hohen Anforderungen im Arztberuf führen unter anderem dazu, dass bei Medizinern für einige psychische Erkrankungen höhere Symptombelastungen als in der Normalbevölkerung gefunden werden können. Wie aktuelle Studien zeigen, handelt es sich hierbei vor allem um Depressionen, Angststörungen (Braun et al. 2008),

Burnout (Benbow et al. 2002), sowie erhöhte Suizidalität (Reimer et al. 2005). Zur Überlastung der Ärztinnen und Ärzte führen laut einer Studie von Herschbach mangelnde Berufserfahrung, ungünstige Arbeitsbedingungen und die Betreuung vieler moribunder Patienten (Herschbach 1991).

Als besonderen Belastungsfaktor gaben Ärzte in einer Studie des Universitätsklinikums Heidelberg (Erhebungszeitraum Januar 2010 bis Juli 2011) die hohe zeitliche Beanspruchung ihres Berufes an (Zwack et al. 2011). Ursachen hierfür seien wenig Personal, häufige Dienste sowie die eigenen Ansprüche an Präsenz und Erreichbarkeit. Auch bürokratische Anforderungen und finanzielle Belastungen scheinen von Belang zu sein. Die Doppelbelastung bei dem Versuch, Beruf und Familie zu vereinen, spielte für immerhin 41% der Befragten in einer Teilstudie des Projektes eine wichtige Rolle (Zwack et al. 2011).

Arbeitszufriedenheit:

In vielen bisher zur Arbeitszufriedenheit veröffentlichten Studien wurde die Situation einzelner Gruppen erfasst. Dies waren z.B. Kliniker, Niedergelassene (Götz et al. 2010), (Bestmann et al. 2010) oder Fachgruppen (Jurkat et al. 1997). Oft wurden dabei bestimmte Teilaspekte der Arbeit wie Arbeitszeit (Marburger Bund 2009), Weiterbildung, Berufswahl oder individuelle Perspektiven (Keel 1993) betrachtet. Ergebnis der meisten dieser Studien ist eine zunehmende Unzufriedenheit in der deutschen Ärzteschaft.

Buddeberg-Fischer und Kollegen (Buddeberg-Fischer et al. 2008) untersuchten vor dem Hintergrund des Effort-Reward-Imbalance Modells von Johannes Siegrist (de Jonge et al. 2000) Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Arbeit anhaltenden Stress aufgrund eines Missverhältnisses zwischen beruflichen Anforderungen und Anerkennung erlebt, was sich nachhaltig negativ auf ihre Gesundheit und Lebenszufriedenheit auswirkt. Eine Studie von Gothe et al., welche die internationale Literatur zum Thema „Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten einem Review unterzog, ergab, dass v.a. die Einschränkung der

Handlungsspielräume von Ärztinnen und Ärzten sowie ein hoher Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsdruck negativ mit der Arbeitszufriedenheit korrelierten. Positiv auf die Arbeitszufriedenheit wirkte sich hingegen ein geringer Leistungs- und Einkommensdruck, eine hohe Arbeitsautonomie sowie ein gesichertes Einkommen aus. Einen ebenfalls hohen Stellenwert für die Arbeitszufriedenheit hatte die Arzt-Patient Beziehung (Gothe et al. 2007).

Kern der Studie „Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten“ von Bestmann und Kollegen (Bestmann et al. 2010) war, die Zufriedenheit deutscher Ärztinnen und Ärzte im Gesamten zu erfassen, wobei viele verschiedene Aspekte der Zufriedenheit bestimmt wurden. Die Berufszufriedenheit bildete als wesentliche Determinante für Zufriedenheit einen Schwerpunkt der Befragung. Neben Fragen zu beruflichem Hintergrund, Arbeitszeit, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und der Zufriedenheit mit den Reformen im Gesundheitswesen, wurden auch Parameter der allgemeinen Lebenszufriedenheit, der Zufriedenheit mit dem Arztbild und Patientenkontakt, sowie mit Freunden und Bekannten erfasst. Als Stichprobe dienten 2165 Ärztinnen und Ärzte. Kliniker und Niedergelassene waren zu gleichen Anteilen vertreten.

Ergebnis dieser Studie war, dass die höchste Unzufriedenheit in den Bereichen „Arztbild in den Publikumsmedien“, „Kinderbetreuung“ und dem „Netz der sozialen Sicherung“ sowohl bei Klinikern als auch bei niedergelassenen Ärzten besteht. Bei der Einschätzung von Gesundheit, Einkommen und Lebensstandard zeigten sich Niedergelassene deutlich unzufriedener als Klinikärzte. Diese wiederum waren wesentlich unzufriedener bei den Punkten Kinderbetreuung und Patientenkontakt.

Bereiche, die zu einer höheren Zufriedenheit führten, waren bei beiden Gruppen die Beziehung zum Partner, das Verhältnis zum Freunden- und Bekanntenkreis sowie die Gesundheit und eine eigene Wohnung (Bestmann et al. 2010).

Ein heterogenes Bild zeigte sich in der oben genannten Studie bei der Frage, ob das Einkommen die Lebenszufriedenheit beeinflusst. Keinen Einfluss hatte das Einkommen auf das Verhältnis zu Partner und Freundeskreis, die Gesundheit, die Freizeit und das Netz der sozialen Sicherung. Für die Kategorien „Arbeit“, „Wohnung“, „Verhältnis zum Patienten“ und „Kinderbetreuung“ zeigte sich zwar die Tendenz, dass die Ärztinnen und Ärzte mit niedrigerem Gehalt unzufriedener seien, allerdings waren

nur die Unterschiede zwischen geringem und sehr hohem Einkommen statistisch signifikant. Geschlechtsunterschiede ergaben sich für die Dimensionen „Möglichkeiten der Kinderbetreuung“, „Netz der sozialen Sicherung“ und „Verhältnis zum Partner“. Hier waren Ärztinnen etwas unzufriedener als ihre männlichen Kollegen (Bestmann et al. 2010).

In derselben Studie wurde auch die Zufriedenheit in der Ärzteschaft mit der in der Bevölkerung verglichen. Ärztinnen und Ärzte schienen demnach häufiger zu polarisieren: während sich in der Referenzgruppe mehr Befragte im Mittelfeld einordneten, war der Anteil der Zufriedenen wie auch der Unzufriedenen in der Ärzteschaft höher. Deutlich unzufriedener waren die Ärztinnen und Ärzte in den Bereichen „Arbeit“, „Freizeit“ und „Möglichkeiten der Kinderbetreuung“. Mit ihrer Gesundheit waren sie hingegen zufriedener als die Normstichprobe (Bestmann et al. 2010).

Mangelnde Kinderbetreuung:

Im Report Versorgungsforschung gaben 76% der befragten Ärztinnen und 18% der Ärzte an, dass sich ihre Weiterbildung durch die Kinderbetreuung verzögert habe. 74% der Medizinerinnen und 8,5% der Mediziner unterbrachen für die Betreuung der eigenen Kinder ihre Weiterbildung, 15,4 % der Ärztinnen und 0,9% der Ärzte beendeten diese hierfür sogar gänzlich (Gensch 2010). Trotz der Bemühungen vieler Kliniken, fehlt es den meisten noch an ausreichenden Kinderbetreuungsangeboten wie Krippen, Kindergärten und Tagesmüttern (Jerg-Bretzke et al. 2012). Dabei lassen sich umfassend flexible Kinderbetreuungsangebote und familienfreundliche Arbeitszeiten durchaus mit wirtschaftlichen Zielen vereinbaren, was einzelne Modelle wie beispielsweise die Unfallklinik Murnau, zeigen (Bühren et al. 2010). Aber deutschlandweit ist das Angebot der Kinderbetreuungsplätze noch nicht ausreichend. Ebenso wenig entsprechen die bisher angebotenen Betreuungszeiten den Anforderungen des klinischen Alltags (Jerg-Bretzke et al. 2012). Gerade für Kinder unter 3 Jahren ist die Betreuung in Deutschland noch mangelhaft, sodass sich vor allem Frauen häufig gezwungen sehen, den Anfang der Kinderbetreuung zu übernehmen. Von den 750 000 für 2013 geplanten Betreuungsplätzen in Kindertagesstätten oder bei Tagesmüttern fehlen laut ehemaliger Familienministerin Kristina Schröder noch immer 130 000,

laut Kommunen sogar 200 000 Betreuungsplätze, um für 35% der ein bis drei Jährigen eine Versorgung zu gewährleisten (Monath 2012).

Wie Zahlen des Deutschen Krankenhausinstitutes zeigen, boten 2010 gerade einmal 19% der deutschen Krankenhäuser betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung an. 15% verfügten über eigene Kinderbetreuungseinrichtungen (Blum et al. 2010). Dabei bewerteten 49,1% der befragten Krankenhäuser die Platzzahlen der Kinderbetreuungseinrichtungen als bedarfsgerecht. Für 31,1% der Klinikendeckten diese teilweise, für 17,7% hingegen eher nicht den Bedarf (Blum et al. 2010). Während 34,2% der Krankenhäuser mit Kinderbetreuungsangeboten die Öffnungszeiten der selbigen für angemessen hielten, war dies für 44,5% teils, für 21,3% eher nicht der Fall. Moderat korrelierten die Öffnungszeiten der betrieblichen Kinderbetreuungseinrichtungen mit den besetzten Arztstellen: in Krankenhäusern, in denen die Öffnungszeiten der betrieblichen Kinderbetreuung als bedarfsgerecht für die Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes eingestuft wurden, waren im Bundesdurchschnitt 3,4% der Arztstellen unbesetzt. Demgegenüber standen 4,4% unbesetzte Arztstellen in den übrigen Kliniken (Blum et al. 2010).

Daten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung 2012 belegen, dass in Deutschland noch nicht genügend Ganztageschulen vorhanden sind, um die Betreuung von Schulkindern zu übernehmen. Trotz der Förderung des Auf- und Ausbaus von Ganztageschulen durch die Bundesregierung, im Rahmen des Investitionsprogramms IZBB (Zukunft Bildung und Betreuung) seit 2009, liegt der Anteil der Ganztageschulen im Bundesgebiet erst bei 51,1% (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012).

Das Deutsche Krankenhausinstitut (Blum et al. 2008) untersuchte 2008 die Familienorientierung im stationären Sektor mit dem Ergebnis, dass 40% der Kliniken der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf einen mittleren bis hohen Stellenwert in ihrer Unternehmensstrategie zuordnen. Für 12% der Krankenhäuser spielte dies keine Rolle. Der Stellenwert der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Unternehmensstrategie hing dabei signifikant von der Größe der Krankenhäuser ab: während zwei Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten dieser einen eher hohen Stellenwert zu-rechneten, war dies bei Kliniken bis 300 Betten nur bei einem Drittel der Fall.

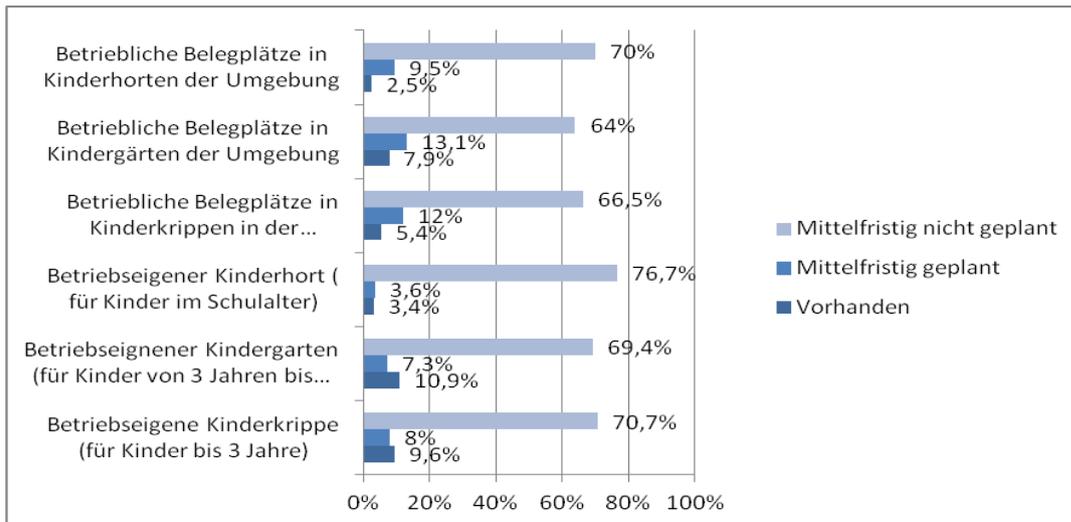


ABBILDUNG 1: DARSTELLUNG VORHANDENER, MITTELFRISTIG GEPLANTER SOWIE NICHT GEPLANTER BETRIEBLICHER KINDERBETREUNGSANGEBOTE FÜR KINDER DER MITARBEITER DEUTSCHER KRANKENHÄUSER IM JAHR 2008; ANGABEN IN %. QUELLE: KRANKENHAUSBAROMETER 2008, DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT

Wie Abbildung 1 veranschaulicht, sahen 70% der Krankenhäuser keine Kinderbetreuung vor, bei rund 9% sei diese aber mittelfristig in Planung. Das DKI kommt damit zu dem Ergebnis, dass die betriebliche Kinderbetreuung in Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, noch deutlich ausbaufähig ist (Blum et al. 2008).

1.2 GRÜNDE FÜR DIE EINRICHTUNG FAMILIENFREUNDLICHER STRUKTUREN IN KRANKENHÄUSERN

Angesichts der sich, in 1.1. beschriebenen verändernden Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit, fordern die jungen Ärztinnen und Ärzte zunehmend verlässliche Arbeitszeiten, eine angemessene Bezahlung, sowie die bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf (Bühren 2010a). Warum Kliniken und andere medizinische Institutionen zukünftig vermehrt auf diese Bedürfnisse der jungen Mediziner eingehen sollten, wird im Folgenden erläutert.

Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeiten:

Im Jahr 2010 waren 17 000 deutsche Ärzte im Ausland tätig, wie Zahlen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung belegen (Kopetsch 2010). Laut Kopetsch könnte die Zahl allerdings noch etwas höher liegen, da bei der Erfassung nicht alle Länder berücksichtigt worden sind. Die Anzahl der im Ausland tätigen Ärzte hat dabei über die letzten Jahre zugenommen, wie Zahlen der Bundesärztekammer zeigen (Kopetsch 2010). Seit 2001 erfasst die BÄK die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland. 2010 wanderten laut dieser 3 410 ursprünglich in Deutschland tätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland ab, wovon 68,6% deutsch waren. Die prozentual größte Abwanderung konnte in Hessen, Bremen und Niedersachsen beobachtet werden. Wie auch in den Jahren zuvor war die Schweiz das beliebteste Auswanderungsland, gefolgt von Österreich, den USA und Großbritannien (Bundesärztekammer 2011a).

Angaben darüber, ob die im Ausland tätigen Ärztinnen und Ärzte langfristig eine Rückkehr nach Deutschland planen, lassen sich aufgrund der eingeschränkten Datenlage nur bedingt machen. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Auftrag gegebenes Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ (BMGS 2004) liefert Hinweise dafür, dass sich ein Großteil der im Ausland tätigen Mediziner keine Rückkehr nach Deutschland vorstellen kann. 82% der 872 im Ausland tätigen befragten Ärztinnen und Ärzte möchten demnach nicht wieder in Deutschland einer kurativen ärztlichen Tätigkeit nachgehen. Als Hauptgründe hierfür gaben die Ärztinnen und Ärzte die zu hohe Arbeitszeitbelastung in Deutschland, die größeren Verdienstmöglichkeiten und Aufstiegschancen im Ausland, sowie die dort bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf an (BMGS 2004). Bei den Befragungsergebnissen des BMGS zeichnete sich dabei Folgendes ab: vor allem für Ärztinnen war die mangelnde Vereinbarkeit der kurativ ärztlichen Tätigkeit mit der Familie in Deutschland ein Grund, nicht in die Heimat zurückzukehren. Angesichts der steigenden Anzahl der Frauen im Medizinstudium, könnte deshalb laut Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf entscheidend für die zukünftige ärztliche Versorgung sein (BMGS 2004).

Für viele Mediziner stellt jedoch nicht nur die Auswanderung ins Ausland eine Alternative zur klassischen ärztlichen Tätigkeit dar, sondern auch der Wechsel in nicht kurative Berufsfelder. Die Abwanderung der Ärztinnen und Ärzte ins Ausland hat über die letzten Jahre zugenommen, die Beschäftigung der Mediziner in nicht kurativen Berufsfeldern lag 2010 bei 12% (Kopetsch 2010). Als Gründe für die Aufnahme einer nicht kurativen Tätigkeit nannten die Ärzte laut DMGS vordergründig die als nicht leistungsgerecht empfundene Entlohnung, die zunehmende bürokratische Belastung im Arztberuf und die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Freizeit mit dem Beruf (BMGS 2004), (Dettmer et al. 2010), (Oberlander et al. 2008).

Ärztmangel trotz steigender Arztzahlen:

Seit einigen Jahren zeichnet sich in Deutschland trotz steigender Arztzahlen zunehmend ein Ärztemangel ab. Mittlerweile ist der wohnortnahe Zugang zu ärztlichen Leistungen in einigen Kommunen eingeschränkt oder fehlt sogar gänzlich. In vielen ländlichen Regionen mangelt es an niedergelassenen Haus- und Fachärzten, aber auch in den Kliniken waren mehr als 5 500 Stellen im Jahr 2011 vakant (Bundesärztekammer 2011c). Voraussichtlich werden zwischen 2007 und 2017 rund 17 800 Krankenhausärzte und 59 100 Vertragsärzte in Rente gehen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2009), die Zahl der nachrückenden Mediziner ist vergleichsweise gering. Prognosen zufolge könnten im Jahre 2030 76 000 Arztstellen unbesetzt bleiben (Burkhart et al. 2012).

Die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte stieg 2011 im Vergleich zum Vorjahr um 2,4%. Diese Steigerungsrate liegt etwas über denen der letzten Jahre (Bundesärztekammer 2011c). Zum sechsten Mal in Folge nahm die Anzahl der Krankenhausärztinnen und Ärzte 2011 um 3,8% zu. Unter den ambulant tätigen Ärzten betrug der Zuwachs 1%, bei in Behörden und Körperschaften tätigen Ärztinnen und Ärzten 3% gegenüber dem Vorjahr. Auch erhöhte sich der Anteil der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit um 1,8% gegenüber 2010. Die Anzahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte stieg um 12%.

Dieser geringfügig jährlich steigenden Anzahl an Ärztinnen und Ärzten steht jedoch weiterhin ein Personalmangel gegenüber, welcher sich in der Form zahlreicher nicht besetzter Arztstellen äußert. Laut Krankenhausbarometer 2011 hatten 74% der Krankenhäuser Probleme offene Stellen des ärztlichen Dienstes zu besetzen (Blum et al. 2011). Die Krankenhäuser mit Personalmangel im ärztlichen Dienst konnten dabei durchschnittlich 3,5 Vollkraftstellen nicht besetzen. Hochrechnungen auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten ergaben, dass rund 3 800 Vollkraftstellen bundesweit im ärztlichen Dienst 2011 unbesetzt blieben (Blum et al. 2011).

Der Ärztemangel bleibt ein gravierendes Problem in der Krankenhausversorgung, denn rund drei Viertel der Krankenhäuser sind davon betroffen (Blum et al. 2011). Bei 91,8% der erfassten Krankenhäuser führten Stellenbesetzungsprobleme zu Schwierigkeiten bei der Arbeitszeitorganisation, bei 37,2% zu Einschränkungen in der Patientenversorgung, bei 17,4% zur Einführung von Wartelisten, in 8,2% der Fälle zur Schließung ganzer Stationen sowie bei 11,2% zu sonstigen Problemen, unter welchen vor allem die höhere Arbeitsbelastung der Ärzte dominierte (Blum et al. 2008)

Der weiterhin bestehende Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen, ein Paradoxon, welches die Bundesärztekammer mit vier wesentlichen Trends der letzten Jahre erklärt: dem demografischen Wandel, dem medizinisch technischen Fortschritt, dem Trend der Arbeitszeitverkürzung und der Feminisierung der Medizin (Kopetsch 2009). Im Folgenden soll auf diese Aspekte genauer eingegangen werden.

Demografischer Wandel:

Deutschland unterliegt seit einigen Jahren einem demographischen Wandel, der sich sowohl in der absoluten Zahl älterer Menschen, als auch an deren relativem Anteil der Bevölkerung in Deutschlands zeigt (Statistisches Bundesamt 2011). Vor allem der Anteil der über 60-jährigen hat über die letzten Jahre deutlich zugenommen (Statistisches Bundesamt 2009). Lag der Anteil der über 60-jährigen im Jahre 1960 noch bei 17,4%, waren es im Jahr 2010 schon 26,3%. Dabei ist eine der Theorien zur

Bevölkerungsentwicklung (Statistisches Bundesamt 2009), dass sich diese Tendenz in den kommenden Jahren aufgrund von nicht steigenden Geburtenraten und einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung weiter fortsetzen wird. Demnach würde man erwarten, dass sich der Anteil der über 80-jährigen bis zum Jahre 2060 etwa verdreifacht haben könnte, und diese dann rund 14% der deutschen Bevölkerung ausmachen würden. Ein Überblick über die mögliche Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland geben Abbildung 2 und 3 (Statistisches Bundesamt 2009).

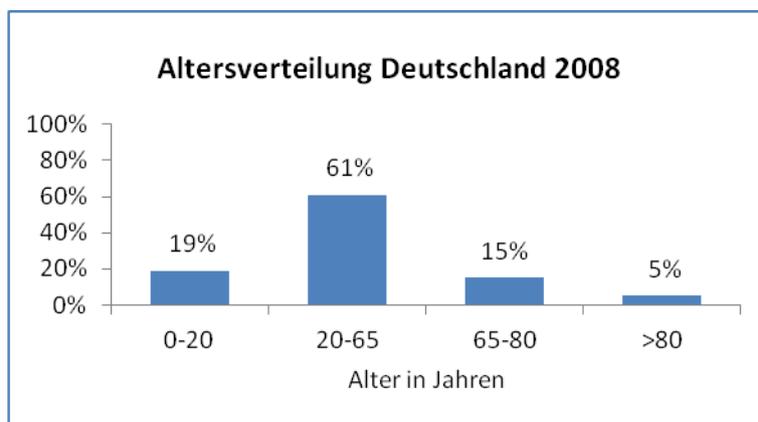


ABBILDUNG 2: ALTERSVERTEILUNG DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG IM JAHR 2008, GEGLIEDERT NACH ALTERSGRUPPEN, DARGESTELLT IN %. QUELLE: DESTATIS: BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG BIS 2060

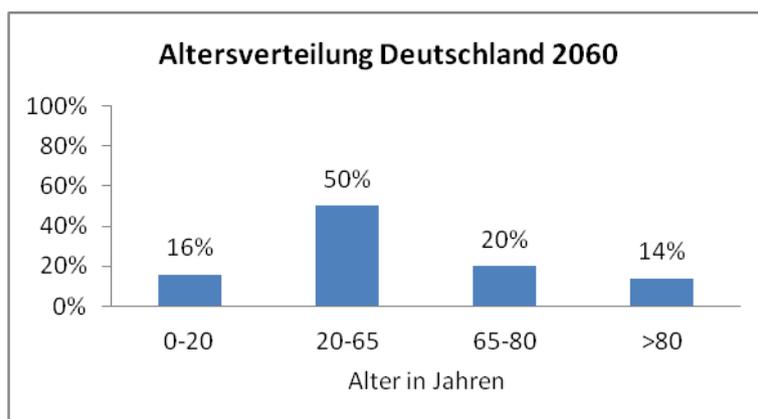


ABBILDUNG 3: MÖGLICHE ALTERSVERTEILUNG DER DEUTSCHEN BEVÖLKERUNG IM JAHR 2060, GEGLIEDERT NACH ALTERSGRUPPEN, DARGESTELLT IN %. QUELLE: DESTATIS: BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG BIS 2060

Laut Bundesärztekammer betragen die Ausgaben für Versicherte im Alter von 60 Jahren und älter das rund 3,3-fache der Versicherten unter 60 Jahren. Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung würde damit zwangsläufig das Ausgabenvolumen der GKV und die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen steigen, was zu einem erheblichen Zusatzbedarf ärztlichen Personals führen könnte (Kopetsch 2009).

Medizinischer Fortschritt:

Der gestiegene Bedarf an ärztlichen Leistungen, und damit auch an ärztlichem Personal, erklärt die Bundesärztekammer u.a. mit dem medizinisch technischen Fortschritt der letzten Dekaden. Durch neue, umfangreiche, hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Verfahren haben sich die Möglichkeiten der Medizin deutlich erweitert. Dies führt nicht nur zu einer verlängerten Lebenserwartung in der Bevölkerung, sondern verändert auch das Morbiditätsspektrum hin zu chronischen Erkrankungen, die eine intensivere und langjährige Betreuung notwendig machen (Kopetsch 2010).

Jede lebensverlängernde Maßnahme, im Rahmen des zunehmenden Alters der Bevölkerung, führt zwangsläufig zu einem stetig steigenden Leistungsbedarf im Gesundheitswesen. Hieraus folgt, dass der medizinische Fortschritt nicht nur mit Aufwandssteigerungen im Gesundheitssystem verbunden ist, sondern auch einen erhöhten Ärztebedarf nach sich zieht (Kopetsch 2009, S.7).

Trend der Arbeitszeitverkürzung

Der Trend der Arbeitszeitverkürzung führt auch bei Ärztinnen und Ärzten dazu, dass sich das gleiche Arbeitsvolumen auf mehr Köpfe verteilen muss. Wie einer Analyse der Bundesärztekammer von 2009 zu entnehmen ist, sank das Arbeitsvolumen der Ärzte zwischen 2000 und 2007. Zurückzuführen sei dies einerseits auf die gesunkene Anzahl geleisteter Wochenstunden, andererseits auf die seit 2003 zurückgehende Anzahl von Ärzten zugunsten der zunehmenden Anzahl an Ärztinnen (Kopetsch 2009).

Zunehmender Frauenanteil in der Medizin:

Zunehmend mehr Frauen entscheiden sich, Medizin zu studieren: Laut Statistischem Bundesamt waren 60% der Medizinstudierenden im Jahr 2010 weiblich, und ebenso viele beendeten erfolgreich ihr Medizinstudium (Statistisches Bundesamt 2010). Betrachtet man die Leaky Pipeline der vergangenen Jahre, so wird deutlich, dass viele Ärztinnen eine medizinische Karriere beginnen, jedoch ein erheblicher Anteil von ihnen im Laufe der Zeit verloren geht (Jerg-Bretzke et al. 2012). 2010 waren 43% der berufstätigen Ärzte weiblichen Geschlechts, was bereits einem deutlich geringeren Anteil an Frauen im Vergleich zu den Absolventinnen des Medizinstudiums entspricht. Gerade leitende Stellen in Forschung und Lehre sind überwiegend von Männern besetzt. So beträgt der Frauenanteil an den W3-Professuren in Deutschland gerade einmal 5,6%. Auch in den höheren Ebenen wie Chefarztposten und in den Vorständen von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sind Frauen noch deutlich unterrepräsentiert (Deutscher Ärztinnenbund e.V. 2011). Von den knapp 143 500 berufstätigen Ärztinnen sind fast 57 000 ohne Gebietsbezeichnung, d.h. 40 % ohne Facharztausbildung (Bundesärztekammer 2010).

Die Gründe für diese Entwicklungen mögen vielfältig sein. Ein jedoch immer wieder genannter Aspekt ist die noch mangelhafte Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf. Die langen Ausbildungs- und Weiterbildungszeiten erfordern, ebenso wie der Arztberuf an sich, eine enorme zeitliche Flexibilität, welche häufig schwer mit einer Familiengründung vereinbar ist. Während Ärzte oftmals Partnerinnen haben, die nicht berufstätig sind, und sich somit Vollzeit der Betreuung der eigenen Kinder widmen können, leben Ärztinnen häufiger in einer Partnerschaft mit einem Akademiker, welcher in Vollzeit arbeitet (Abele 2010). In diesen Partnerschaften unterbricht meist die Frau ihre berufliche Laufbahn zugunsten der Familienplanung, weshalb die Familiengründung nach wie vor für Ärztinnen häufiger einen Karriereverzicht oder – Aufschub bedeutet als für Ärzte (Abele 2006). Weiterhin arbeiten Ärztinnen nach der Familiengründung deutlich häufiger in Teilzeit als ihre männlichen Kollegen, womit sie insgesamt betrachtet weniger Arbeitsvolumen zur Verfügung stellen können als diese (Bestmann et al. 2004), (Heru 2005). Folglich müssten bei steigendem Anteil an

Ärztinnen in der Medizin auch die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte angehoben werden, um das gleiche Arbeitsvolumen realisieren zu können (Kopetsch 2009).

Auch die Arbeitslosenquote unter den Ärzten bedarf einer geschlechterspezifischen Betrachtung: Der Anteil der Ärztinnen unter den arbeitslos gemeldeten Medizinern lag 2010 bei rund 63% (Bundesärztekammer 2011b). Dies könnte ein weiterer Anhaltspunkt dafür sein, dass Ärztinnen häufiger zugunsten der Familie auf die Ausübung ihres Berufes verzichten als Ärzte (Abele 2010).

Es ist anzunehmen, dass sich der Trend der Feminisierung in der Medizin in den kommenden Jahren weiter fortsetzen wird. In Anbetracht des zunehmenden Ärztemangels wird es für Kliniken zukünftig unvermeidbar sein, familienfreundlichere Rahmenbedingungen für ihre Arbeitnehmer zu schaffen. Krankenhäuser, welche sich diesen durch fehlende Kinderbetreuungsangebote und familienunfreundliche Arbeitszeiten entziehen, verschenken damit wichtige Standort- und Wettbewerbsvorteile und verzichten auf die Arbeitskraft und Kompetenzen wertvoller Fachkräfte (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2009).

1.3 ZIEL DIESER ARBEIT UND ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNG

Wie der ehemalige Bundesminister Dr. med. Philipp Rösler in seinem Vorwort für „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte“ (2010) feststellte, fehlen weiterhin in vielen Krankenhäusern familienfreundliche Arbeitsbedingungen, beispielsweise flexible Arbeitszeiten oder gute Kinderbetreuung. Dies veranlasse Ärztepaare häufig dazu, ihren Kinderwunsch aufzuschieben oder sich gänzlich gegen den Arztberuf zu entscheiden. Gerade im Hinblick auf den zu erwartenden demografischen Wandel und den steigenden Ärztemangel könne dies weder von der Gesellschaft noch von der Politik gewollt sein (Rösler 2010).

Die Förderung familienfreundlicher Strukturen am Arbeitsplatz, so der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg- Dietrich Hoppe, trage heute einen wesentlichen Teil dazu bei, ob sich Ärztinnen und Ärzte an eine bestimmte Klinik bänden, oder aber im Ausland bzw. einem patien-

tenfernen Beruf eine bessere Work-Life-Balance suchten. Kliniken müssten zukünftig mehr Wert darauf legen, den Ärztinnen und Ärzten auch in Deutschland eine gute Balance zwischen Arbeits- und Familienleben zu ermöglichen (Hoppe 2010).

Neben einigen anderen Universitätskliniken wie Heidelberg, Köln oder Frankfurt (Bühren et al. 2010) hat auch die Universität Ulm die Dringlichkeit familienfreundlicher Strukturen erkannt und bereits einige Maßnahmen hierzu erfolgreich umgesetzt.

Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, wie gut sich die Bedürfnisse und Ansprüche in Familie und Beruf aktuell für die Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Fakultät in Ulm vereinen lassen. Da diese Fragestellung nicht ohne den Bezug zu kontextualen Variablen sinnvoll zu beantworten ist, wurden im Rahmen dieser Arbeit verschiedene Aspekte erfasst, die im Zusammenhang mit einer guten Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf gesehen werden können. Hierzu gehörten beispielsweise die Kinderbetreuung, die Arbeitsbedingungen, die Arbeitszufriedenheit und die Belastbarkeit der Ärztinnen und Ärzte. Auch Persönlichkeitsmerkmale wurden in die Messungen aufgenommen.

Der Fokus dieser Arbeit richtete sich insbesondere auf folgende Fragestellungen:

- Wie wirkt sich das Arbeitsleben der Ärztinnen und Ärzte auf ihr Familienleben aus und wie verhält es sich umgekehrt?
- Bestehen Geschlechterunterschiede bei der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf?
- Welche Rolle spielt die Kinderbetreuung bei der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf?
- Als wie stark werden die Belastungen am Arbeitsplatz von den Ärztinnen und Ärzten empfunden und wie sehr neigen diese dazu, sich bei der Arbeit zu verausgaben?
- Welche Rolle spielen Persönlichkeitsmerkmale bei dem Versuch, Familie und Beruf miteinander zu vereinen?
- Wie sehr neigen die Ärztinnen und Ärzte zu Angststörungen und Depression und welchen Einfluss nimmt dies auf die Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie?

2 MATERIAL UND METHODEN

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurden in einem zweistufigen Vorgehen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden verwendet. Für den quantitativen Teil wurde eine Testbatterie entworfen, die aus verschiedenen bestehenden und validierten Fragebögen sowie einem in der Sektion Medizinische Psychologie entwickelten demografischen Fragebogen besteht. Der qualitative Teil basiert auf Interviews, die der Hypothesengenerierung in dieser Arbeit dienen. Die zeitliche Abfolge der Herangehensweise zeigt Abbildung 4.

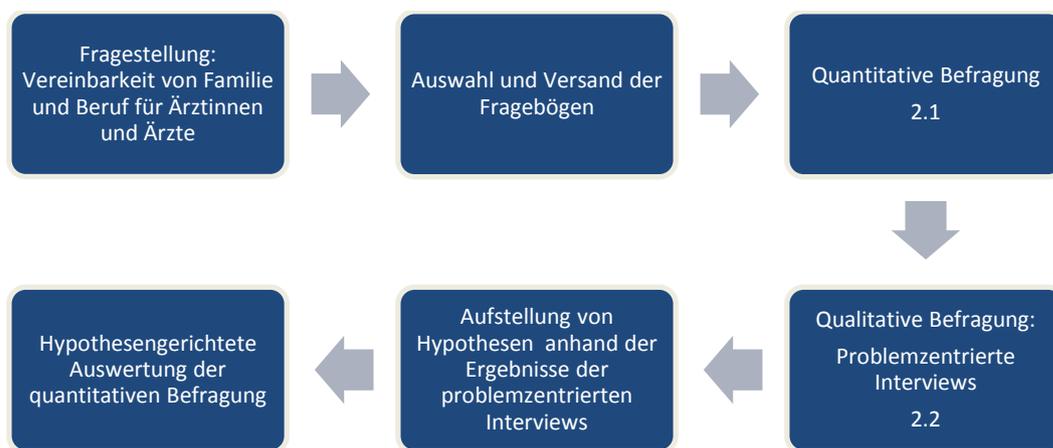


ABBILDUNG 4: DARGESTELLT WIRD DIE ZEITLICHE ABFOLGE DER HERANGEHENSWEISE ZUR ERSTELLUNG DER DISSERTATION „VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM. DAS KÄSTCHEN „DIE FRAGESTELLUNG“ STELLT DABEI DEN ANFANG, DAS KÄSTCHEN „HYPOTHESEN GERICHTETE AUSWERTUNG“, DAS ENDE DER ABBILDUNG DAR. ZU LESEN IST DIE ABBILDUNG IN PFEILRICHTUNG.

Im Folgenden sollen nun Material und Methoden der quantitativen (unter 2.1) und qualitativen (unter 2.2) Erhebung gesondert dargestellt werden.

2.1 MATERIAL UND METHODEN DER QUANTITATIVEN ERHEBUNG

Zunächst soll die Stichprobe des quantitativen Erhebungsteils genauer beschrieben werden. Anschließend werden die Messinstrumente dieses Erhebungsteils vorgestellt.

2.1.1 STICHPROBE

Für die quantitative Erhebung dieser Studie wurden im Rahmen einer Befragung aller Mitarbeiter der Universität Ulm, auch die Mitarbeiter der medizinischen Fakultät befragt. Durchgeführt wurde die Erhebung vom Gleichstellungsreferat der Universität Ulm in Kooperation mit der Sektion Medizinische Psychologie unter der Projektleitung von Dr. Lucia Jerg-Bretzke und Ihrer Mitarbeiterin Dr. Kerstin Limbrecht-Ecklundt. Die hier vorgestellte Arbeit versteht sich als Teil des ersten Erhebungszeitpunktes einer Längsschnittuntersuchung, die nur die Teilstichprobe der Ärztinnen und Ärzte betrachtet. Alle an der Befragung teilnehmenden Personen wurden zuvor schriftlich in einem Ankündigungsbrief über die Ziele, den Ablauf und die Anonymisierung der Studie aufgeklärt. Im Anschluss daran erhielten die Personen mit Internetzugang eine E-Mail mit dem Link zum Befragungsportal EvaSys online, sowie Hinweise für das Ausfüllen des Fragebogens und die Öffnungszeiten des Portals. Teilnehmer ohne Internetzugang erhielten einen der Onlineversion identischen Fragebogen per Post, welchen sie in einem Kuvert an die Forschungseinrichtung schicken konnten. Die Daten wurden von dort aus anonym in das EvaSys online-System eingegeben. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Januar 2012 bis Ende Mai 2012. Um die Anonymität der Befragung zu gewährleisten, konnten die Teilnehmer einen eigenen Anonymisierungscode generieren, welcher für die Längsschnittuntersuchung gebraucht wird.

2.1.2 MESSINSTRUMENTE

Für die quantitative Erhebung wurde eine Testbatterie entworfen, die aus verschiedenen bestehenden und gut validierten Fragebögen, sowie den in der Sektion Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Ulm entwickelten Fragebögen besteht. Tabelle eins gibt eine Übersicht über die verwendeten Messinstrumente.

TABELLE 1: ÜBERSICHT ÜBER DIE VERWENDETEN FRAGEBÖGEN UND DIE DAMIT ERFASSTEN ASPEKTE DER QUANTITATIVEN ERHEBUNG DER DISSERTATION „VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM“.

| Verwendeter Fragebogen | Erfasst... | Autor |
|--|--|--|
| Demografischer Fragebogen | Demografische Daten | Erstellt in der Sektion Medizinische Psychologie, UniversitätsklinikUlm (Jerg-Bretzke & Limbrecht-Ecklundt 2013) |
| Fragebogen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie | Soziodemografische Aspekte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf | Erstellt in der Sektion Medizinische Psychologie, Universitätsklinik Ulm |
| Work Family and Family Work Conflict Scale | Belastungen am Arbeitsplatz | Netemeyer et al. 1996 |
| Ten Item Personality Inventory | Big-Five der Persönlichkeitsmerkmale | Hell und Muck 2003 |
| Effort-Reward Imbalance and Overcommitment Questionnaire | Belastungen am Arbeitsplatz | Siegrist et al. 2004 |
| Patient Health Questionnaire | Depression und Angst | Löwe et al. 2008 |

Im Folgenden sollen die in diesem Erhebungsteil verwendeten Fragebögen detaillierter vorgestellt werden.

2.1.2.1 DER DEMOGRAFISCHE FRAGEBOGEN

Der demografische Fragebogenteil wurde in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Ulm, Sektion Medizinische Psychologie

erstellt. Dieser erfasst allgemeine demografische Daten wie Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Familienstand.

2.1.2.2 DER FRAGEBOGEN ZUR VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF

Dieser Fragebogen basiert auf der soziodemografischen Basisdokumentation der Universitätsklinik Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Version des Arbeitskreises Arbeit und Gesundheit, auf Auszügen des Auditierungsfragebogens von Beruf und Familie, und auf einigen selbstentwickelten, an die spezifische Fragestellung angepassten Fragen. Erfasst werden die Arbeitszeitgestaltung, die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, das Anfallen von Mehrarbeit, das monatliche Familieneinkommen, das Vorhandensein von Kindern, das Alter der Kinder, die Inanspruchnahme von Elternzeit sowie die Organisation der Kinderbetreuung.

2.1.2.3 DIE WORK AND FAMILY UND FAMILY AND WORK CONFLICT SCALE

Die Work and Family Conflict Scale (WFC) und die Family and Work Conflict Scale (FWC) sind ein von Netemeyer et al. (Netemeyer et al. 1996)erstelltes validiertes Messinstrument zur Erfassung von Einflüssen, die das Arbeitsleben auf das Familienleben hat und vice versa. Die aus zehn Items bestehende Skala enthält dabei fünf Items, welche die Konflikte messen, die durch das Arbeitsleben für die Familie entstehen und fünf Items, welche den umgekehrten Effekt erfassen (Netemeyer et al. 1996). Eine Aussage der WFC Skala lautet zum Beispiel: „Die Anforderungen meiner Arbeit kollidieren mit meinem privaten und familiären Leben“, eine der FWC Skala: „Die Anforderungen seitens meiner Familie kollidieren mit meinen beruflichen Tätigkeiten“. Als Antwortmöglichkeit steht den Probanden hier eine fünf-Punkt skalierte Likert Skala zur Verfügung, deren Spannweite sich von 1= „nein gar nicht“ bis 5= „ja genau“ erstreckt. Höhere Punktwerte weisen dabei auf ein höheres Konfliktpotential hin. Die interne Konsistenz ist laut Netemeyer et al. (1996) mit α - Koeffizienten (Cronbach's α) zwischen 0,83 und 0,89 gut, der durchschnittliche α -Koeffizient beträgt 0,88 für die WFC Skala und 0,86 für die FWC Skala.

2.1.2.4 DER TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY (TIPI)

Der Ten-Item Personality Inventory ist eine Kurzfassung der standardisierten „Big-Five“-Fragebögen, mit denen die wichtigsten Persönlichkeitsdimensionen erfasst werden. Hierzu gehören Offenheit für Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit und Neurotizismus (Muck et al. 2007) .

Jedes der 10 Items besteht aus 2 Deskriptiven, welche durch ein Komma voneinander getrennt sind und jeweils mit dem Satzstamm „Ich sehe mich selbst als“ beginnen, wodurch den Probanden zehn verschiedene Eigenschaften in Bezug auf ihre Persönlichkeit angeboten werden. Dabei wird jedes Item auf einer Skala mit sieben Punkten gemessen, welche von einem Punkt (trifft überhaupt nicht zu) bis sieben Punkte (trifft voll und ganz zu) rangiert. Jeweils zwei Items bilden eine der fünf Persönlichkeitsdimensionen der Big Five ab. Tabelle zwei stellt die fünf Persönlichkeitsdimensionen mit den jeweils zwei sie repräsentierenden Items vor.

TABELLE 2: ÜBERSICHT ÜBER DIE 5 PERSÖNLICHKEITSDIMENSIONEN (SKALA) DES TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY (EXTRAVERSION, VERTRÄGLICHKEIT, GEWISSENHAFTIGKEIT, NEUROTIZISMUS UND OFFENHEIT), SOWIE DEN INHNEN ZUGEHÖRIGEN ITEMS (HELL UND MUCK 2003, S.2).

| Skala | Items |
|---------------------------|---|
| | Ich sehe mich selbst als... |
| Extraversion | ...extravertiert, begeistert |
| | ...zurückhaltend, still |
| Verträglichkeit | ...kritisch, streitsüchtig |
| | ...verständnisvoll, warmherzig |
| Gewissenhaftigkeit | ...zuverlässig, selbstdiszipliniert |
| | ...unorganisiert, achtlos |
| Neurotizismus | ...ängstlich, leicht aus der Fassung zu bringen |
| | ...gelassen, emotional stabil |
| Offenheit für Erfahrungen | ...offen für neue Erfahrungen, vielschichtig |
| | ...konventionell, un kreativ |

Die interne Konsistenz und die Validität der deutschen Version des TIPIs unterscheiden sich nicht maßgeblich vom englischen Original. Cronbach's α liegt hier zwischen 0,42 (Verträglichkeit) und 0,67 bei Neurotizismus (Muck et al. 2007).

2.1.2.5 EFFORT-REWARD IMBALANCE (ERI) UND OVERCOMMITMENT QUESTIONNAIRE (OC)

Um die Belastungen der Ärztinnen und Ärzte am Arbeitsplatz zu erfassen, wurden der Effort-Reward-Imbalance Questionnaire (ERI) und der Overcommitment Questionnaire (OC) verwendet.

Der ERI- Fragebogen dient dazu, das Verhältnis zwischen den Anstrengungen am Arbeitsplatz der Beschäftigten, und der zu erwartenden Belohnung, wie etwa der Arbeitsplatzsicherheit, den Aufstiegschancen, der Höhe des Gehaltes, sowie der Wertschätzung durch Mitarbeiter und Vorgesetzte darzustellen, und ist damit ein gutes Maß für Stress am Arbeitsplatz (Siegrist et al. 2004), (de Jonge et al. 2000). Ergänzend wurde hier der Overcommitment- Fragebogen verwendet, der die Neigung misst, sich für seinen Beruf zu verausgaben. Beurteilt wurde ein Aufwand-Ertrags-Ungleichgewicht anhand der beiden Skalen „Effort“ (Anstrengung) und „Reward“ (Belohnung), wobei der Cut-off für den „Effort-Reward-Ration“ =Summe „Reward“/Summe „Effort“* Korrekturfaktor (hier 5/11 Items= 0,4545) bei einem Wert von eins oder höher liegt. Mit Cronbach's α -Werten von $<0,7$ (ERI) und $0,76$ (OC) zeigen beide Tests eine gute Reliabilität (Hanson et al. 2000), (Weyers et al. 2006).

Anstrengung:

Die Anstrengung wurde durch sechs Items gemessen, welche sich auf die fordernden Aspekte der Arbeitsumgebung beziehen. Dabei messen drei Items die quantitative Belastung, ein Item die qualitative, ein weiteres Item misst die körperliche Belastung und ein letztes Item die Gesamtbelastung über die Zeit. Erfasst werden sollte, zu welchem Grad sich die Probanden durch ihre Arbeit belastet fühlten, wobei ihnen folgende Auswahlmöglichkeiten offen standen:

1= trifft nicht zu; 2= trifft zu, und das belastet mich gar nicht; 3= trifft zu und das belastet mich mäßig; 4= trifft zu und das belastet mich stark; 5= trifft zu und das belastet mich sehr stark.

Basierend auf den sechs Items, welche die Anstrengung maßen, wurde dann ein Summenscore gebildet, welcher von sechs bis 30 Punkten variieren konnte. Je höher

dabei der Score war, als umso belastender wurden die Anforderungen im Beruf empfunden (de Jonge et al. 2000).

Belohnung:

Die Belohnung wurde durch elf Items gemessen, welche jeweils den drei Dimensionen der Belohnung, nämlich Wertschätzung, Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit zugeordnet wurden.

Die Auswertung und die Antwortmöglichkeiten erfolgten wie bei der Skala Anstrengung. Ein Wert von elf implizierte damit eine nur sehr geringe Belohnung (reverse coding), wohingegen ein Wert von 55 ein sehr hohes Maß an Belohnung widerspiegelte (de Jonge et al. 2000).

Verausgabung (OC):

Die hier verwendete Kurzversion der Verausgabungsskala umfasste sechs Items, fünf davon gehörten zu der Subskala „Unfähigkeit Arbeitspflichten loszulassen“, das sechste zur Subskala „Ungeduld und unverhältnismäßige Reizbarkeit“. Die Kurzversion der Skala eignete sich damit gut, persönliche Komponenten zu erfassen. Angesichts der Eindimensionalität dieser Skala wurden die sechs vier-Punkt Likertskalierten Items zu einem Gesamtscore zusammengerechnet, der von sechs bis 24 Punkten variierte. Je höher der Score war, umso mehr neigte eine Person dazu, sich bei der Arbeit zu verausgaben (de Jonge et al. 2000).

2.1.2.6 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE

Der PHQ-4 (Patient Health Questionnaire) ist ein Kurz-Fragebogen zur Erfassung von Depression und Angst, der sich aus dem PHQ-2 und dem GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder) zusammensetzt. Dabei fragt der PHQ-2 die beiden Kernkriterien für depressive Störungen, der GAD-2 die Kernkriterien für generalisierte Angststörungen ab. Der GAD-2 hat sich weiterhin als gute Screeningmethode für Panik, soziale Angst und post-traumatische Belastungsstörungen herausgestellt (Kroenke et al. 2009).

Wie die beiden ursprünglichen Skalen, beginnt der PHQ-4 mit der Frage:

„Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten beiden Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?“

Die Antworten werden bewertet mit 0= überhaupt nicht; 1= an einzelnen Tagen; 2= an mehr als der Hälfte der Tage und 3= fast jeden Tag. Aus diesen Werten berechnet man dann ein Summenscore, der von null bis zwölf Punkten variiert. Werte zwischen null und zwei gelten dabei als normal, Werte zwischen drei und fünf als milde, zwischen sechs und acht als moderate und neun bis zwölf als schwere Symptome einer Angst oder Depression.

Die an 1249 US-amerikanischen Patienten aus der medizinischer Grundversorgung durchgeführte Reliabilitätsanalyse ergab Cronbach's Alpha Werte $>0,8$ (Kroenke et al. 2009).

Der PHQ-4 ist damit eine kurze Screeningmethode, die sich gut eignet, Personen mit Depression oder Angststörungen zu identifizieren.

Der Wert dieses Testes wird unterstützt durch die interne Reliabilität, die Konstruktvalidität und die faktorielle Validität wie sich in der Studie von Kroenke et al. 2009 zeigte (Kroenke et al. 2009).

2.2 MATERIAL UND METHODEN DER QUALITATIVEN ERHEBUNG

Zunächst soll die Stichprobe des qualitativen Erhebungsteils (vgl. auch 2.2.2) kurz beschrieben werden. Anschließend wird das Messinstrument der qualitativen Erhebung dargestellt.

2.2.1 STICHPROBE

Für die Hypothesengenerierung dieser Arbeit wurden zunächst problemorientierte Interviews zur Fragstellung: „Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärztinnen und Ärzte“ durchgeführt. Ausgewählt wurden hierfür insgesamt vier Personen, worunter sich drei Ärztinnen und ein Arzt befanden. Die Interviews wurden mit zwei Ärztinnen geführt, die gleichen Alters waren und sich in etwa gleich weit in ihrer Facharztausbildung befanden. Eine Interviewpartnerin hatte bereits ein Kind und war zum zweiten Mal schwanger, wohingegen die zweite zu dem Zeitpunkt des Interviews kinderlos war. Die dritte Ärztin war eine junge habilitierte Oberärztin und Mutter dreier Kinder. Um auch männliche Erfahrungen in diese Arbeit einzubringen, wurde ein junger Assistenzarzt zur Stichprobe hinzugenommen, der zu dem Zeitpunkt der Interviews ebenfalls schon Vater war. Im Folgenden sollen die interviewten Personen noch einmal detaillierter vorgestellt werden.

Frau G.:

Frau G. ist eine 30.-jährige Assistenzärztin in der Gynäkologie, die sich momentan im vierten Jahr ihrer Facharztausbildung befindet. Zum Zeitpunkt der Befragung war Frau G. bereits zum zweiten Mal schwanger. Sie sei mit einem niedergelassenen Handchirurgen verheiratet und arbeite momentan in Teilzeit. Sie liebe ihren Beruf und würde jederzeit wieder Ärztin werden. Die Erziehung versuche sie sich so gut wie möglich mit ihrem Mann zu teilen. Durch ihre gute finanzielle Lage sei es Frau G. möglich, ihrer 1,5-jährigen Tochter eine hochwertige Kindertagesstätte mit 4:1 Be-

betreuung durch qualifizierte Betreuerinnen zu finanzieren. Die Betreuung der Tochter am Nachmittag übernehme Frau G. selbst. Morgens bringe ihr Mann das Kind in die Kita, womit er Frau G. etwas unterstütze. Generell sei Frau G. der Meinung, dass sich Familie und Arztberuf in ihrem Klinikum gut vereinbaren lassen, wobei alles „eine Frage der Organisation“ sei. Sie sehe Männer und Frauen im Arztberuf als gleichberechtigt an und fühle sich nicht durch männliche Kollegen benachteiligt. Trotzdem sei sie der Meinung, dass es nach wie vor zu 80% die Frauen seien, welche sich um die Familie kümmern und damit im Beruf zurücksteckten. Beruflich sehe sie sich in 10 Jahren als Oberärztin oder in einer großen endokrinologischen Praxis. Sich in einer kleinen Praxis niederzulassen, könne sie sich nicht vorstellen.

Frau B.:

Frau B. ist ebenfalls 30 Jahre alt und befand sich zum Zeitpunkt des Interviews am Anfang des fünften Jahres ihrer Facharztausbildung. Frau B. sei mit einem Arzt derselben Abteilung liiert, habe noch keine Kinder und plane im Moment auch keine Familie. Berufliche Gründe habe dies nicht. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Arztberuf halte Frau B. für machbar. Sie fühle sich nicht durch Kolleginnen mit Kindern benachteiligt, die „um 14 Uhr das Handtuch werfen“, und habe auch nicht das Gefühl, dass dadurch für sie Mehrarbeit entstehe. Die Vorteile noch keine Kinder zu haben sehe sie darin, etwas unabhängiger zu sein und den Facharzt in kürzerer Zeit absolvieren zu können. Männern gegenüber fühle sie sich nicht benachteiligt, wobei sie der Meinung ist, dass Männer häufiger Wissenschaft betreiben als Frauen. Gynäkologin würde Frau B. wieder werden, wo sie allerdings in 10 Jahren stehen wird, wisse sie noch nicht.

Herr S.:

Herr S. ist 28 Jahre alt und befand sich am Tag des Interviews im vierten Jahr seiner Facharztausbildung. Er sei selbst Vater einer kleinen Tochter und mit einer Hotelfachfrau verheiratet, die sich Vollzeit um das gemeinsame Kind kümmere. Eine alternative Kinderbetreuung sehe Herr S. nicht, da die Großeltern weit entfernt lebten und Kin-

derfrauen sehr teuer seien. Er selbst könne es sich nicht vorstellen zu Hause zu bleiben, um seine Tochter zu betreuen, was bei ihm allerdings keine beruflichen Gründe habe. Herr S. ist der Meinung, die Tochter sei bei ihrer Mutter in besseren Händen, da ihm selbst 24 Stunden Kinderbetreuung zu anstrengend seien, auch wenn er seine Tochter liebe. Dass mehr männliche Kollegen als weibliche Karriere machten führe Herr S. darauf zurück, dass man Wissenschaft vor allem am Abend betreiben müsse, eine Zeit, in der sich berufstätige Mütter um ihre Kinder kümmerten. Er halte Frauen generell für ehrgeiziger, aber durch ihre Doppelbelastung mit Beruf und Familie klar im Nachteil. Herr S. sei der Meinung, dass der Arztberuf es schwierig mache, Familie und Beruf für Frauen unter einen Hut zu bringen. Allerdings liege es an der Arbeit an sich, und nicht etwa am Unternehmen. Dieses komme Eltern durch Teilzeitangebote und Wiedereinstiegsmöglichkeiten sehr entgegen. Leider bleibe durch die Teilzeitstellen mehr Arbeit an den Vollberufstätigen hängen. Beruflich sehe sich Herr S. in 10 Jahren als Facharzt und habilitiert. Chefarzt zu werden könne Herr S. nicht ausschließen.

Frau H.:

Frau H. ist eine 35-jährige habilitierte Oberärztin mit 3 Kindern unterschiedlichen Alters. Sie sei mit einem gleichaltrigen Arzt verheiratet und teile sich die Kindererziehung zu gleichen Teilen mit ihrem Partner. Frau H. habe immer 100% gearbeitet. Als Grund für eine schlechte Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf sehe Frau H. das hohe Maß an Flexibilität, die einem das Arztsein abverlangt. Gerade in operativen Fächern könne man häufig nicht pünktlich gehen, wenn man es eigentlich müsse, um das eigene Kind abzuholen. Menschen seien schließlich kein Schriftstück, welches man einfach liegenlassen könne und auch eine OP könne man nicht mitten im Geschehen verlassen. Die Flexibilität solle nicht immer nur vom Arbeitgeber gefordert werden, sondern auch mehr auf Seiten der Arbeitnehmer vorhanden sein. Folglich müssten auch in Teilzeit arbeitende Mütter bereit sein, nachmittags Teilzeit zu arbeiten. Desweiteren seien die Öffnungszeiten der Kinderbetreuungsstätten noch nicht optimal, sondern nach wie vor sehr auf den Vormittag fixiert. Frau H. sei der Meinung, dass in Ulm bereits viel getan wurde für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und

Beruf, diese aber noch ausbaufähig sei. Frau H. habe sich bis nach ihrer Facharztausbildung nicht gegenüber männlichen Kollegen benachteiligt gefühlt, allerdings mache sich in höheren Hierarchien nun ein „nicht objektivierbarer“ Unterschied bemerkbar. Frauen werde generell aber weniger zugetraut, was unter anderem daran liege, dass Frauen bestimmte Wege erst gar nicht gingen. Beruflich würde Frau H. in 10 Jahren gerne weiterhin an einer Klinik arbeiten, und dort eine leitende Funktion übernehmen. Sich in eine Praxis niederzulassen, könne sich Frau H. nicht vorstellen, da sie bevorzugt neue Dinge ausprobieren, das Studentische möge und gerne mit komplizierten Fällen konfrontiert sei, welche sie fit hielten.

Allen befragten Personen war gemeinsam, dass sie in der Frauenklinik Ulm im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe arbeiteten. Hierdurch sollte einerseits eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den Befragten geschaffen werden, andererseits sollte es sich um eine möglichst heterogene Gruppe handeln, um typische Vertreter unterschiedlicher Stichproben zu erhalten. Der Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe wurde gewählt, da diesem zwei Eigenschaften innewohnen, die sich auf den ersten Blick nicht gut miteinander vereinbaren lassen: Gynäkologie ist auf der einen Seite ein operatives Fach, welches hierdurch mit einem zeitlich hohen Aufwand und enormer Flexibilität für die Ärztinnen und Ärzte verbunden ist, was vermuten lassen würde, dass es sich schwierig mit einer Familie vereinbaren lässt. Andererseits impliziert das Fach nicht nur durch die Art der Tätigkeit Familienfreundlichkeit, sondern ist auch ein Bereich, in dem vorwiegend Frauen arbeiten. Man könnte deshalb davon ausgehen, dass hier bereits familienfreundliche Strukturen etabliert worden sind, welche eine gute Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf ermöglichen.

Rekrutierung der Stichprobe:

Die infrage kommenden Personen wurden persönlich gefragt, ob sie zur Teilnahme an einem face-to-face Interview bereit wären. Es wurde dann telefonisch ein Termin für ein etwa 20-minütiges Gespräch vereinbart. Den Teilnehmern wurde eine Ano-

nymisierung der Daten angeboten und durch die Abkürzung der Nachnamen realisiert. Alle Teilnehmer stimmten diesem Vorgehen zu.

2.2.2 MESSINSTRUMENTE

Als Messinstrument für den qualitativen Erhebungsteil diente das qualitative Interview, welches im Folgenden beschrieben wird. Es soll auf die Eigenschaften, die Vorgehensweise, die Dauer, die Protokollierung und die Auswertungsstrategie der Interviews eingegangen werden.

Eigenschaften des qualitativen Interviews:

Das qualitative Interview ist ein Messinstrument der empirischen Sozialforschung, welches wir im Rahmen dieser Studie zur Hypothesengenerierung einsetzen. Ein teil-standardisiertes problemzentriertes Leitfadenterview hat dabei die Vorteile, dass es keine Antwortvorgaben gibt, der Interviewer aber nach Einschätzen des theoretischen Anliegens klärende Nachfragen stellen, und neue Gesichtspunkte aufgreifen kann (Flick et al. 1995). Diese Methode bietet die Möglichkeit, die Relevanzsysteme der Befragten besser zu Wort kommen zu lassen. Weitere Vorteile des qualitativen Interviews gegenüber quantitativen Methoden sind die höhere Flexibilität, Offenheit und Tiefe sowie die meist fehlende Prädetermination durch den Interviewer (Lamnek 2010).

„Qualitative Forschung ist immer dort zu empfehlen, wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs (<<Felderkundung>>) mit Hilfe von <<sensibilisierenden Konzepten>> (Blumer 1973) geht. Durch den Einsatz von <<naturalistischen>> Methoden wie [...] offenen Interviews [...], lassen sich erste Informationen zur Hypothesenformulierung für anschließende, standardisierte und repräsentative Erhebungen gewinnen [...]. Qualitative (Fall-) Studien können repräsentative Studien differenzierend und vertiefend ergänzen und Erklärungen für zu interpretierende statistische Zusammenhänge liefern.“(Flick et al. 2010, S.25-26).

Vorgehensweise beim Interview:

Sowohl Witzel (Witzel 1985), als auch Lamnek (Lamnek 1995), beschreiben das auch für diese Arbeit verwendete teil-standardisierte problemzentrierte Interview als einen Teilbereich der problemzentrierten Forschungstechnik. „Mit dieser Methodenvielfalt wird ein Problembereich gesellschaftlicher Realität von verschiedenen Seiten, d.h. mit Hilfe verschiedener Methoden, betrachtet und analysiert.“ (Lamnek 1995, S.74).

Der Einstieg des Interviews kann durch einen standardisierten Kurzfragebogen realisiert werden, der zu Beginn wichtige Vorabinformationen zum Befragten erfasst. Dieser Kurzfragebogen bietet nicht nur einen günstigen Gesprächseinstieg sondern ermöglichte es auch, zentrale Informationen zum Befragten aus dem Interview herauszunehmen, um so den Gesprächsfluss im Verlauf des Interviews nicht zu stören (Lamnek 1995). Die für diese Arbeit verwendeten standardisierten Fragen umfassten dabei im Wesentlichen die Themenbereiche Alter, Geschlecht, Facharztausbildung, Beruf des Partners und Anzahl der Kinder.

Für jeden der Befragten wurde ein individueller Fragenkatalog als Leitfaden erstellt, welcher beim problemzentrierten Interview als thematische Orientierung und Gedächtnisstütze zur Anregung der freien Erzählung, aber auch zur kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Gegenstand diente (Witzel 1985). Dieser Leitfaden wurde auf die jeweilige Lebenssituation der Interviewten abgestimmt, während darauf geachtet wurde, die zuvor festgelegten Kernpunkte zum Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ in allen Interviews zu erfassen. Hierzu gehörten nicht nur die demografischen Fragen, sondern auch Fragen nach der Arbeitszufriedenheit, der bisherigen medizinischen Laufbahn, sowie direkte Fragen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Frauenklinik. In Tabelle 3 werden die Kernpunkte der Befragung, die in allen Interviews wiederzufinden sind, dargestellt. Im Anschluss an die Tabelle werden diese näher erläutert.

TABELLE 3:ÜBERSICHT ÜBER DIE KERNPUNKTE DER IN DER ARBEIT „VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM VERWENDETEN PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS UND DEM DAZUGEHÖRIGEN FRAGENKATALOG.

| Kernpunkte | Fragenkatalog |
|-------------------------------------|---|
| Demografie | Alter? |
| | Geschlecht? |
| | In Partnerschaft lebend? |
| | Haben Sie Kinder? |
| Medizinische Laufbahn | In welchem Jahr Ihrer Facharztausbildung befinden Sie sich? |
| | Gab es Unterbrechungen? |
| | Wo sehen Sie sich beruflich in 10 Jahren? |
| Arbeitszufriedenheit | Sind Sie zufrieden mit Ihrem Beruf? |
| | Was macht Sie zufrieden/unzufrieden? |
| | Würden Sie wieder Medizin studieren? |
| Beruf des Partners | Was macht ihr Partner beruflich? |
| Kinderbetreuung | Wer kümmert sich bei Ihnen um die Kinder? |
| Toleranz des Unternehmens | Wie steht Ihr Chef dem Kinderkriegen gegenüber? |
| | Was wird in Ihrem Unternehmen getan, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern? |
| | Wie stehen Ihnen kinderlose Kollegen gegenüber? |
| | Fühlen Sie sich durch Ihre Rolle als Mutter/Vater benachteiligt? Bringt es auch Vorteile? |
| | Fühlen Sie sich durch männliche Kollegen benachteiligt? Haben Sie das Gefühl, Ihre weiblichen Kolleginnen haben es schwieriger? |
| Vereinbarkeit von Familie und Beruf | Wo sehen Sie die Schwierigkeiten, den Arztberuf mit der Familie zu vereinen? |
| | Was könnte Ihrer Meinung nach getan werden, um Familie und Beruf für Mediziner besser vereinbar zu machen? |

Demografie: Hier sollten zunächst ein paar allgemeine Daten zur Person erfasst werden.

Medizinische Laufbahn: Hierbei interessierte zum einen, ob sich tatsächlich, wie häufig in der Literatur zu finden, Geschlechterunterschiede im Hinblick auf die medizinische Karriere auch bei einer kleinen Stichprobe finden, und diese das auch so wiedergibt. Zum anderen war die Überlegung, mit der Frage: „Wo sehen Sie sich beruflich in 10 Jahren?“ wage Rückschlüsse auf den Ehrgeiz der Personen ziehen zu

können, um eventuell auch hier wieder Geschlechterunterschiede herausarbeiten zu können.

Arbeitszufriedenheit: Wie eine empirische Studie von Bestmann und Kollegen zeigt, sind Mediziner im Vergleich zu der Normalbevölkerung deutlich unzufriedener mit ihrer Arbeit, Freizeit und den Möglichkeiten der Kinderbetreuung (Bestmann et al. 2010). Doch findet man dieselbe Unzufriedenheit auch im Einzelgespräch? Was macht die Ärztinnen und Ärzte im Einzelnen unzufrieden, und wie viel hängt dabei von der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ab?

Beruf des Partners: Wie gut sich Familie und Beruf vereinbaren lassen, hängt nicht nur vom eigenen Beruf ab, sondern möglicherweise auch von dem des Partners. Welche Rolle spielen der Beruf des Partners und damit verbundene Einkommensverhältnisse bei den befragten Ärztinnen und Ärzten?

Kinderbetreuung: Welche Möglichkeiten der Kinderbetreuung gibt es? Welche werden dabei von Ärztinnen und Ärzten gerne genutzt und warum?

Toleranz des Unternehmens: Wie wohl sich ein Arbeitnehmer fühlt, hängt häufig auch vom Arbeitgeber ab. Welchen Einfluss hat der Chef auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf? Welche Maßnahmen ergreift die Frauenklinik, um auf ihre spezielle Situation (viele Frauen, operatives Fach) einzugehen? Wie wichtig ist dabei die Einstellung und Unterstützung der Kollegen?

Probleme bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Mit welchen Problemen sehen sich Ärztinnen und Ärzte im Bezug auf dieses Thema konfrontiert? Welche konkreten Maßnahmen können ergriffen werden, um die Vereinbarkeit zu verbessern?

Im Gespräch ergaben sich dann meist weitere Fragen, die noch mehr interessante Aspekte mit sich brachten, die hier aber aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt werden sollen. Im Anhang dieser Arbeit können die Interviews im Ganzen gelesen werden.

Dauer der Interviews:

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews nahmen pro Person in etwa 20 Minuten in Anspruch.

Durchführung:

Zunächst wurde eine Fragestellung definiert, bevor über Art und Strukturierungsgrad des Interviews entschieden wurde. Im Anschluss daran wurde ein kurzer standardisierter Fragebogen erstellt, welcher für alle befragten Personen gleich war und allgemeine Vorabinformationen über diese erfassen sollte. Im nächsten Schritt wurden die Teilnehmer rekrutiert, um dann noch einmal auf sie abgestimmte Leitfaden für die Interviews zu entwerfen. Die Interviews mit den einzelnen Teilnehmern wurden an jeweils verschiedenen Tagen in der Frauenklinik durchgeführt.

Protokollierung:

Das Interview wurde zunächst auf einen digitalen Sprachrekorder aufgezeichnet, im Anschluss daran wurden die Aufnahmen transkribiert.

Auswertungsstrategie der Interviews:

Die Strategie, die benutzt wurde, um die Leitfadeninterviews auszuwerten, orientierte sich an der „Grounded Theory“. Die „Grounded Theory“ ist eine der in den Sozialwissenschaften am häufigsten eingesetzten qualitativen Analysestrategien, welche zentral mit der induktiven Ableitung von Kategorien (sogenannten „Codes“) aus dem Material heraus arbeitet (Jensen 2008). Sie geht auf die Soziologen Glaser und Strauss zurück, die diesen Forschungsstil 1960 vorstellten. Im Laufe der Zeit wurde diese Methode dann von Corbin und Strauss weiterentwickelt und hat im Allgemeinen die Generierung von Theorien zum Ziel. Die Absicht ist, eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung eines Phänomens abgeleitet werden kann, darzustellen (Strauss et al. 1996). Dabei werden die Daten anhand eines bestimmten

Verfahrens ausgewertet, dem sogenannten Kodieren. Es werden 3 Formen des Kodierens unterschieden, die aufeinander aufbauen: das offene Kodieren, das axiale Kodieren sowie das selektive Kodieren. Im Rahmen dieser Arbeit wurde dabei auf das selektive Kodieren verzichtet, weshalb im weiteren Verlauf nur das offene und das axiale Kodieren näher beschrieben werden sollen.

Bei der Analyse des offenen Kodierens werden die Daten zunächst durchgesehen und konzeptualisiert, um sie daraufhin systematisch auswerten zu können. In einem ersten Schritt der Auswertung werden dabei sogenannte „Code-Notizen“ erstellt- dies sind einfache Formen wie Worte oder Redewendungen, die ebenfalls Ausdrücke enthalten können, welche die Probanden selbst gebraucht haben (sogenannte „in vivo codes“). Das offene Kodieren erfolgt dabei detailliert Zeile für Zeile. Daraufhin werden dann die vorerst benannten Codes gruppiert, sowie auf Ähnlichkeiten und Zusammenhänge hin untersucht, um sie dann zu Einheiten zu reduzieren. „Der Prozess des Gruppierens der Konzepte, die zu demselben Phänomen zu gehören scheinen, wird Kategorisieren genannt“ (Strauss et al. 1996b, S.47). Das Ergebnis des offenen Kodierens ist damit die Bildung von Kategorien, wobei wesentliche Merkmale und Dimensionen der Kategorien identifiziert werden sollen.

Im Anschluss daran werden beim axialen Kodieren die Kategorien zu Hauptkategorien zusammengefasst, womit das axiale Kodieren sozusagen den Prozess des „In-Beziehung-Setzens“ der Subkategorien zu einer Kategorie darstellt (Strauss et al. 1996a).

Während das offene Kodieren somit die Daten in einzelne Teile aufbricht, auf Ähnlichkeiten untersucht und auf Unterschiede hin vergleicht (Strauss et al. 1996b), werden beim axialen Kodieren diese Daten auf eine neue Weise wieder zusammengeführt, indem Verbindungen zwischen einer Kategorie und ihren Subkategorien ermittelt werden (Strauss et al. 1996a). Hieraus ergeben sich dann neue Aspekte, aus denen Theorien abgeleitet werden können.

2.3 STATISTISCHE ANALYSE

Die Analyse der Daten für diese Arbeit bestand aus zwei Teilen.

Die Auswertung der qualitativen Untersuchung erfolgte nach der „Grounded Theory“ (Strauss et al. 1996). Zunächst wurden dafür die Interviews transkribiert, dann wurden aus den halbstrukturierten Bereichen induktiv Kategorien erschlossen. Die Kategorien wurden offen und axial kodiert. Aus den gewonnenen Informationen wurden Hypothesen für die Auswertung der quantitativen Untersuchung abgeleitet.

Die Auswertung der aus dem Online-Fragebogen erhobenen Daten erfolgte mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS (Version 19). Neben der Berechnung deskriptiver Statistik und entsprechender Kenngrößen (Mittelwert, Median, Standardabweichung) wurden Zusammenhänge mittels Korrelationsanalysen und Mittelwertvergleichen durch Zuhilfenahme von t-Tests und ANOVA berechnet. Zusätzlich erfolgte eine Auswertung der standardisierten Fragebogenverfahren durch den Vergleich mit bestehenden Normwerten. Das allen Berechnungen zugrunde liegende Signifikanzniveau beträgt $p= 0,05$.

3 ERGEBNISSE

Nachfolgend wird zunächst die Stichprobe der quantitativen Befragung vorgestellt. Die Stichprobe der qualitativen Erhebung wird hier nicht noch einmal aufgeführt, da eine detaillierte Beschreibung dieser bereits im Material- und Methodenteil erfolgte.

Im Kapitel 3.2 erfolgt die Vorstellung der aus den Interviews generierten Hypothesen, welche das Ergebnis des qualitativen Erhebungsteils dieser Arbeit darstellen. Anschließend werden unter 3.3 diese Hypothesen anhand der aus den Fragebögen gewonnenen quantitativen Ergebnisse ausgewertet.

3.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Von den 1158 an der medizinischen Fakultät angestellten Ärztinnen und Ärzte nahmen 121 an dieser Studie teil. Der Rücklauf der Fragebögen betrug damit 10,45%. Von den 121 Teilnehmern waren 54,5% weiblichen und 35,5% männlichen Geschlechts. Der weibliche Anteil der Studienteilnehmer entsprach in etwa dem Anteil der Ärztinnen der medizinischen Fakultät (56%), die männlichen Teilnehmer waren gegenüber ihrem Anteil an der medizinischen Fakultät (44%) in unserer Studie mit 35,5% etwas unterrepräsentiert.

Eine Übersicht über die Altersverteilung in der Grundgesamtheit und unserer Stichprobe gibt Tabelle 4.

TABELLE 4:ALTERSVERTEILUNG DER AN DER STUDIE „VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM“ TEILNEHMENDEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (N=121) IM VERGLEICH MIT DER GRUNDGESAMTHEIT DER AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT ULM ANGESTELLTEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (N=1158).DARGESTELLT IN %.

| Alter in Jahren | Alle Ärztinnen und Ärzte der Medizinische Fakultät (Grundgesamtheit, n=1158) | Stichprobe der Studie (n=121) |
|-----------------|--|-------------------------------|
| <30 | 24,8% | 14,9% |
| 30-40 | 50,7% | 65,3% |
| 41-50 | 14,8% | 15,7% |
| >50 | 10% | 4,1% |

Wie Tabelle vier zu entnehmen ist, war der Anteil der 30-40-jährigen Studienteilnehmer etwas überrepräsentiert. Während der Anteil der unter 30-jährigen in unserer Stichprobe etwas unterrepräsentiert war, entsprach der Anteil der über 40-jährigen Probanden in etwa ihrem Anteil an der Grundgesamtheit.

3.2 ERGEBNISSE DES QUALITATIVEN ERHEBUNGSTEILS UND HYPOTHESENGENERIERUNG

Zunächst werden die Ergebnisse des qualitativen Erhebungsteils dargestellt, aus welchen vier Hypothesen abgeleitet werden konnten. Dem folgend werden jene Hypothesen vorgestellt, die nicht aus dem qualitativen Erhebungsteil, sondern aus der aktuellen Datenlage entstanden sind.

3.2.1 QUALITATIVER ERHEBUNGSTEIL UND DARAUS GENERIERTE HYPOTHESEN

Wie bereits in 2.2.2 ausführlich beschrieben, wurden auf Grundlage der in den qualitativen Interviews erhaltenen Informationen Kategorien gebildet, welche die Meinungen der befragten Ärztinnen und Ärzte zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf wiedergeben. Aus diesen Kategorien wurden Hypothesen abgeleitet, die im Folgenden zusammen mit den Kategorien vorgestellt werden sollen. Originalauszüge aus

den Interviews werden dabei als Ankerbeispiele dienen. Zu erwähnen ist, dass nicht alle Kategorien präsentiert werden, sondern nur jene, aus denen sich für diese Arbeit wertvolle Hypothesen generieren ließen.

Eine Übersicht über die wichtigsten aus den Interviews entstandenen Kategorien gibt Abbildung 5.



ABBILDUNG 5: DARGESTELLT WERDEN DIE AUS DEN PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS DIESER ARBEIT ABGELEITETEN 4 HAUPTKATEGORIEN, WELCHE SICH ALS WESENTLICHE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF FÜR DIE BEFRAGTEN ÄRZTINNEN (N=3) UND ÄRZTE (N=1) DER GYNÄKOLOGIE IN ULM HERAUSKRISTALLISIERTEN (ARBEITSBEDINGUNGEN UND BERUFLICHE ANFORDERUNGEN, GESCHLECHT, PERSÖNLICHKEITSMERKMALE UND KINDERBETREUUNG).

KATEGORIE 1: BERUFLICHE ANFORDERUNGEN UND ARBEITSBEDINGUNGEN

In den Interviews kristallisierte sich heraus, dass die beruflichen Anforderungen und Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte einen großen Effekt auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben. Wirkte sich die Toleranz der Kollegen und des Chefs gegenüber in Teilzeit arbeitenden Müttern positiv auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus, so wurde die Inflexibilität des Arztberufes an sich als eine Schwierigkeit bei der Vereinbarkeit empfunden.

Ankerbeispiel aus Interview 3:

B: Ergebnis dieser Studie war unter anderem, dass immer noch 88% der Ärztinnen und 72% der Ärzte noch keine Vereinbarkeit bei Beruf und Familie sehen. Was denken Sie, sind Gründe dafür? (9:30)

I3: Das ist ganz vielfältig. Der Hauptgrund ist, und das muss ich sagen ist bei unserer Klinik nicht der Fall, dass für viele die Kinderbetreuung mit der beruflichen Situation nicht kompatibel ist. Die Gynäkologie ist insofern natürlich ein interessantes Fach, weil es da viele Frauen gibt, aber auch ein operatives Fach ist. Und man kann einfach nicht während der OP einfach alles fallen lassen und gehen. Und das macht es natürlich extrem schwierig, das zu organisieren. Wenn man dann Teilzeit arbeitet, was die meisten Frauen oder Männer dann wollen, ist das sehr schwierig zu organisieren. [...]Deshalb ist das so schwierig zu vereinbaren. Auf der einen Seite möchte man gerne Teilzeit arbeiten, auf der anderen Seite kann man nicht einfach mitten im Patientengespräch aufspringen und gehen. Man kann auch nicht alles übertragen. Dabei geht so viel Information verloren und das macht die Vereinbarkeit im Arztberuf so schwierig, weil es eben nicht nur ein Schriftstück ist, was man liegen lässt. [...]Und ich kann auch nicht in der OP gehen oder während einer Geburt einfach herausrennen. Dann kommt noch hinzu, dass viele Kitas irgendwann auch geschlossen haben, und das einzige Kind, was draußen noch vor der Tür hockte mit der genervten Erzieherin, war das von den Ärzten. Das ist das Problem, weshalb es oftmals als nicht vereinbar gesehen wird. ich glaube es wird schon besser. Aber es wird natürlich auch nur besser, wenn sich innerhalb der ärztlichen Strukturen etwas verändert. [...]Und gerade in der Gyn, aber auch in vielen anderen Fächern, kann man es nicht planen. Auf einmal kommt ein Kind, auf einmal ein Notfall, auf einmal sitzt eine Frau vor einem und weint- man kann nicht einfach gehen. Das macht es so schwierig. Die Planbarkeit. (11:46)

Aus Kategorie 1 abgeleitete Hypothese 1:

„Die beruflichen Anforderungen und Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte kollidieren häufig mit ihrem Familienleben. Umgekehrt beeinflusst auch das Familienleben der Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit.“

KATEGORIE 2: GESCHLECHT

Ein in den Interviews häufig genannter Aspekt, welcher sich auch in der aktuellen Datenlage widerspiegelt, war, dass es bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf nach wie vor große Geschlechterunterschiede gibt. Männer arbeiteten demnach häufiger an ihrer Karriere, Frauen entschieden sich meist zugunsten der Familie gegen die Wissenschaft.

Ankerbeispiel aus Interview 4:

B: Also Sie führen es tatsächlich auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zurück und nicht etwa auf die Frauen selbst, die vielleicht weniger ehrgeiziger sind? (6:21)

I4: Nein überhaupt nicht. Frauen sind viel ehrgeiziger als Männer. Was glauben Sie, warum mehr Frauen mit dem Studium fertig werden? Die haben die besseren Noten und alles. Frauen sind viel ehrgeiziger. [...] Ich glaube schon, dass es damit zusammenhängt. Viele Frauen wollen dann auch nicht mehr, obwohl sie die Chance hätten. Ich kann Ihnen einige Beispiele nennen, die halb habilitiert waren, dann haben sie ein Kind bekommen und jetzt machen sie einfach nichts mehr.

B: Was war der Beweggrund für die Frauen, denken Sie, aufzuhören? (7:02)

I4: Wissen wir nicht. Keine Ahnung. (7:08)

Aus Kategorie 2 abgeleitete Hypothese 2:

„Für Ärztinnen bestehen größere Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf als für Ärzte.“

KATEGORIE 3: PERSÖNLICHKEITSMERKMALE

Eine in den Interviews häufig vertretene Meinung war, wie gut sich Familie und Beruf miteinander vereinbaren ließen, sei auch abhängig von der persönlichen Einstellung.

Ankerbeispiel Interview 1:

B: Schön, auch mal so ein Positivbeispiel zu hören, denn stöbert man in der Literatur, so scheint die Vereinbarkeit von Familie und Beruf doch in weiten Teilen Deutschlands noch sehr schwierig zu sein. (7:16)

I1: Ja, wobei ich denke, wir haben auch hier in der Klinik Teilzeitkräfte, die nicht so zufrieden sind, schließlich ist es ja auch immer eine Frage, wie gut man sich selber abgrenzen kann, und wie gut man es wirklich schafft, seine Arbeit so zu strukturieren, dass man sie auch in der Zeit, in der man da ist erledigt.(7:46)[...] Ja, und aber auch, dass man sich hinstellen kann und sagen kann: „Ich gehe jetzt“, denn wenn man das nicht tut, dann macht man ständig unbezahlte Überstunden, und das ist natürlich auf Dauer ätzend.

Aus Kategorie 3 abgeleitete Hypothese 3:

„Wie gut sich Familie und Beruf vereinbaren lassen, ist auch abhängig von den Persönlichkeitsmerkmalen der Ärztinnen und Ärzte.“

KATEGORIE 4: KINDERBETREUUNG

Ein in den Interviews häufig vertretener Standpunkt war, wie erfolgreich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für den einen oder anderen sei, hänge nicht nur vom Engagement des Partners ab, sondern ebenfalls von den Möglichkeiten der Kinderbetreuung. Diese wiederum seien häufig abhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte, da es nach wie vor an zufriedenstellenden öffentlichen Kinderbetreuungsmöglichkeiten fehle.

Ankerbeispiel Interview 4:

B: Das heißt Ihre Frau ist im Moment zu Hause? (1:03)

I4: Ja. Meine Frau ist im Moment zu Hause. Wir suchen allerdings gerade nach einer Kita. Wissen Sie was wirklich schwierig ist? Halbtags gibt es nur Kitas mit sehr wilden Öffnungszeiten. Montags bis zwei, dienstags nicht, Donnerstag von vier bis acht- das ist ein bisschen schwierig. (1:25)

B: Hätten Sie noch eine Alternative? (1:30)

I4: Sagen Sie mir eine. Ich habe keine Verwandten hier, sonst gäbe es noch Oma und Opa, die sind bei uns aber nicht in der Nähe. (1:35)

B: Wie wäre es mit einer Kinderfrau? (1:38)

I4: Das ginge auch, ist aber leider nicht finanzierbar, oder? (1:47)

Ankerbeispiel Interview 1:

B: Also höre ich richtig heraus dass eigentlich alles eine Managementfrage ist?(8:03)

I1: [...]Und dann denke ich auch, dass es eine Frage der Kita ist. Ich habe mein Kind wirklich exzellent versorgt, in einer privaten Kita, mit allem Luxus (lacht). (8:30).

[...]Das heißt die Kita ist so, dass man das Gefühl hat, man gibt sein Kind da gerne ab, [...] und man sich dann natürlich auch entspannt der Arbeit widmen kann. Ich denke, wenn man immer so das Gefühl hat, das Kind ist nicht glücklich mit der Situation, tut man sich denke ich als Mutter auch schwer, oder auch als Vater, das ist natürlich wurscht. Aber wir haben beide als Eltern das Gefühl, dass es sehr gut ist so, und unser Kind sich schon freut, dass es da hinkommt. (9:34)

B: [...]Man hört oft das Gegenteil. (14:02)

I1: Ja, ich habe vielleicht auch im Gegensatz zu anderen eine sehr gesicherte finanzielle Situation. Wir sind relativ wohlhabend denke ich, wir haben ein Haus, welches abbezahlt ist, wir können uns eine teure Kita leisten, wir könnten uns eine Putzfrau leisten wenn ich sagen würde, dass ich das möchte, wir könnten uns auch ein Kindermädchen leisten, das heißt quasi alles. Wenn ich Hilfe von außen bräuchte, dann könnte ich sie mir kaufen. Ich denke das entspannt auch und das nimmt den Druck weg, möglichst schnell Karriere zu machen und viel Geld zu verdienen. Den Druck habe ich einfach nicht. (15:00)

Aus Kategorie 4 abgeleitete Hypothese 4:

„Bestimmte Formen der Kinderbetreuung wirken sich nicht nur positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus. Welche Form der Kinderbetreuung gewählt werden kann, ist abhängig von der Einkommenssituation der Ärztinnen und Ärzte.“

3.2.2 WEITERE HYPOTHESEN

Basierend auf der aktuellen Datenlage und den in der Einleitung erläuterten Aspekten, konnten ergänzend 2 weitere Hypothesen aufgestellt werden:

Hypothese 5:

„Der Arztberuf ist gekennzeichnet durch hohe Belastung bei nur geringer Belohnung. Gleichzeitig neigen Ärztinnen und Ärzte dazu, sich zu verausgaben. Dies erschwert die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.“

Hypothese 6:

„Unter Ärztinnen und Ärzten findet man häufig Kardinalsymptome für Angststörungen und Depressionen, was sich negativ auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auswirkt.“

3.3 ERGEBNISSE DER HYPOTHESEN

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesen, gegliedert nach den verwendeten Fragebögen, im Einzelnen vorgestellt. Die aus den Interviews generierten Hypothesen wurden dabei in Anlehnung an die Fragebögen noch etwas erweitert und verändert, aber im Kern ihrer Aussage erhalten.

3.3.1 WORK AND FAMILY UND FAMILY AND WORK CONFLICT SCALE

Hypothese 1

- a) *„Die beruflichen Anforderungen und Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte kollidieren häufig mit ihrem Familienleben. Umgekehrt beeinflusst auch das Familienleben der Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit.“*
- b) *„Die unflexiblen und langen Arbeitszeiten der Mediziner sind mit hohen Werten auf der WFC und der FWC Scale assoziiert.“*
- c) *„Eine geringe Arbeitszufriedenheit ist mit hohen Werten auf der WFC und der FWC Scale assoziiert.“*
- d) *„In Vollzeit arbeitende Mediziner erleben einen höheren Work Family Conflict als in Teilzeit arbeitende Mediziner.“*
- e) *„Wie sehr die beruflichen Anforderungen mit dem Familienleben kollidieren, ist bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich.“*

Auswertung Hypothese 1

- a) *„Die beruflichen Anforderungen und Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte kollidieren häufig mit ihrem Familienleben. Umgekehrt beeinflusst auch das Familienleben der Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit.“*

Wie bereits in 2.1.2.2 beschrieben, sind die Work and Family und die Family and Work Conflict Scale von Netemeyer und Kollegen erstellte Messinstrumente zur Erfassung von Einflüssen, die das Arbeitsleben auf die Familie (WFC Scale) und das Familienleben auf die Arbeit (FWC Scale) hat (Netemeyer et al. 1996). Um zu eruieren, ob die beruflichen Anforderungen der Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Privatleben kollidieren, wurden zunächst die berechneten Mittelwerte der Stichprobe mit den Mittelwerten der Normierungsstudie von Netemeyer und Kollegen verglichen, welche Mittelwerte für Lehrer, Geschäftsinhaber und Handelsvertreter lieferte (Netemeyer et al. 1996). Die Werte sind Tabelle 5 zu entnehmen.

TABELLE 5:ERZIELTE MITTELWERTE DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT ULM (N=120) AUF DER WORK AND FAMILY CONFLICT (WFC)- UND DER FAMILY AND WORK CONFLICT SCALE (FWC) VERGlichen MIT DEN MITTELWERTEN DER NORMSTICHPROBEN (LEHRER, GESCHÄFTSINHABER, HANDELSVERTRETER) AUS DER NORMIERUNGSSTUDIE VON NETEMEYER ET AL. (1996). SA=STANDARDABWEICHUNG.

| | Lehrer (Netemeyer et al., 1996) | Geschäftsinhaber (Netemeyer et al., 1996) | Handelsvertreter (Netemeyer et al., 1996) | Stichprobe (Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm) | SA |
|-----------|------------------------------------|--|--|---|--------|
| WFC Scale | 15.42 | 17.16 | 17.49 | 19.5917 | 4.7020 |
| FWC Scale | 9.99 | 10.30 | 11.75 | 11.9833 | 4.4589 |

Wie Tabelle 5 zeigt, erzielten die Handelsvertreter in der Normierungsstudie von Netemeyer et al. die höchsten Mittelwerte sowohl in der WFC Scale, als auch in der FWC Scale, und lagen damit unserer Stichprobe der Ärztinnen und Ärzte am nächsten. Im T-Test wurde zunächst der Mittelwert der Handelsvertreter konservativ gegen den Mittelwert der Mediziner getestet. Ergebnis war, dass die Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu den Handelsvertretern signifikant höhere Mittelwerte in der WFC Scale ($t_{119} = 4,896$; $p < .001$), nicht aber in der FWC Scale ($t_{119} = 5,573$; $p = .568$) erzielten. Im Vergleich zur Stichprobe der Lehrer (WFC Scale: $t_{119} = 9,765$; $p < .001$; FWC Scale: $t_{119} = 4,897$; $p < .001$) und der Geschäftsinhaber (WFC Scale: $t_{119} = 5,665$; $p < .001$; FWC Scale: ($t_{119} = 4,136$; $p < .001$) aus der Normierungsstudie, hatten die Ärztinnen und Ärzte für beide Skalen ebenfalls signifikant höhere Werte. Die beiden Skalen waren nicht unabhängig, denn sie korrelierten signifikant ($r = .436$; $p < .001$), d.h. höhere Werte auf der WFC Scale waren mit höheren Werten in der FWC Scale assoziiert und umgekehrt.

Dies ist dahingehend zu interpretieren, dass bei den Ärztinnen und Ärzten die Arbeit einen größeren Einfluss auf ihr Familienleben zu haben scheint als bei allen anderen Stichproben der Normierungsstudie. In der Stichprobe der Ärzte hatte auch das Familienleben einen größeren Einfluss auf die Arbeit, als dies bei den Lehrern und Geschäftsinhabern der Normierungsstudie der Fall war. Zwischen Handelsvertretern und Ärzten zeigten sich diesbezüglich allerdings keine signifikanten Unterschiede.

Auswertung Hypothese 1:

b) „Die unflexiblen und langen Arbeitszeiten der Mediziner sind mit hohen Werten auf der WFC und der FWC Scale assoziiert.“

Im Folgenden werden zunächst die zu dieser Hypothese gehörigen deskriptiven Ergebnisse mit Hilfe der Abbildungen 6 bis 9 veranschaulicht. Dargestellt werden die Arbeitszeiten der Mediziner (Abb.6), die Zufriedenheit mit ihren Arbeitszeiten (Abb. 7), sowie die Häufigkeit des regelmäßigen Anfallens von Mehrarbeit (Abb.8) und die hierdurch empfundene Belastung (Abb.9). Anschließend werden die Ergebnisse der Korrelationen zwischen Arbeitszeiten, Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, das Anfallen von Mehrarbeit und die Belastung durch diese mit der Work and Family Conflict Scale in Tabelle 6 veranschaulicht, welche berechnet wurden, um Zusammenhänge zwischen den Arbeitszeiten der Mediziner und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erfassen. Da es sich bei diesen Daten nicht nur um intervall- sondern auch ordinalskalierte Variablen handelt, wurde hierzu der Korrelationskoeffizient nach Spearman's Rho verwendet.

Abbildung 6 gibt zunächst einen Überblick über die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte.

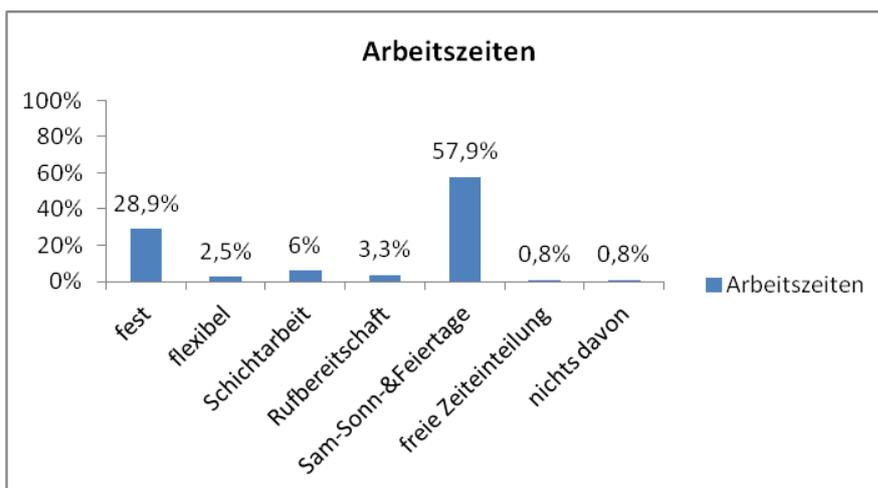


ABBILDUNG 6: DARSTELLUNG DER ARBEITSZEITEINTEILUNG DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=121). ANGABEN IN %.

Wie Abbildung 6 veranschaulicht, hatten 2,5% der Ärztinnen und Ärzte flexible Arbeitszeiten, 0,8% konnten sich ihre Arbeitszeiten frei einteilen. Hingegen mussten 57,9% der Mediziner an Wochenenden und Feiertagen arbeiten, 6% leisteten Schichtarbeit und weitere 28,9% hatten feste Arbeitszeiten. Wie zufrieden die Ärztinnen und Ärzte mit ihren Arbeitszeiten waren, zeigt Abbildung 7.

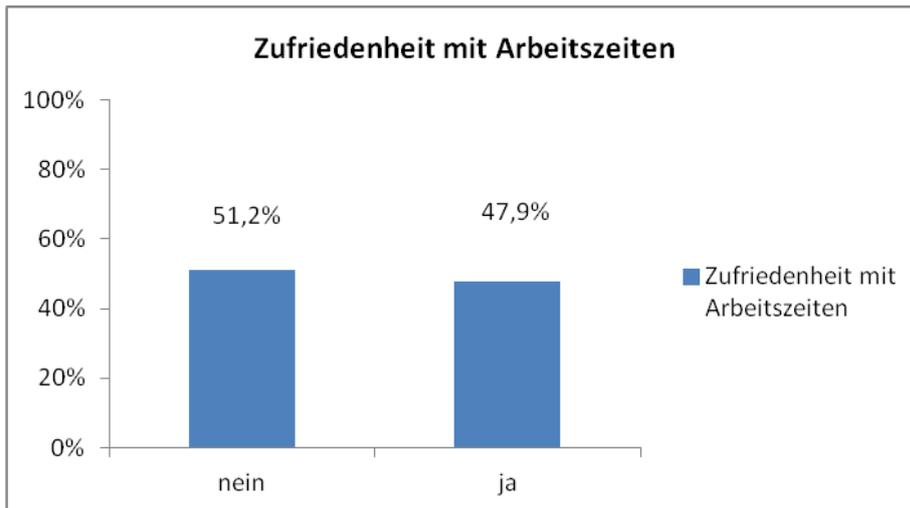


ABBILDUNG 7: DARSTELLUNG DER ALLGEMEINEN ZUFRIEDENHEIT DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=121) MIT IHREN ARBEITSZEITEN. ANGABEN IN %.

Mit 51,2% war etwas über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte mit ihren Arbeitszeiten unzufrieden. 47,9% der Mediziner zeigte sich hingegen mit diesen zufrieden. Wie häufig in dieser Stichprobe regelmäßig Mehrarbeit geleistet wurde, veranschaulicht Abbildung 8.

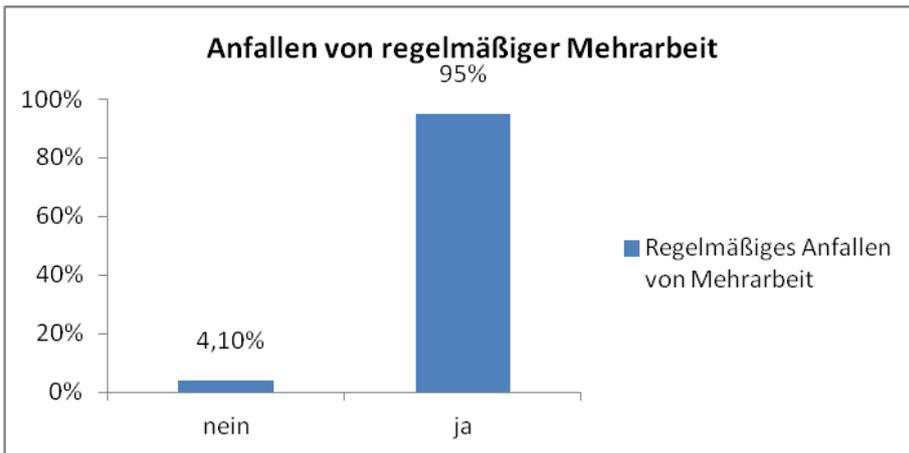


ABBILDUNG 8: DARSTELLUNG DES VORKOMMENS REGELMÄßIGER MEHRARBEIT UNTER DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=121). ANGABEN IN %.

Wie in Abbildung 8 gezeigt, sind es 95% der Mediziner die regelmäßig Mehrarbeit leisten müssen. Wie belastend die Ärztinnen und Ärzte diese Mehrarbeit fanden, veranschaulicht Abbildung 9.

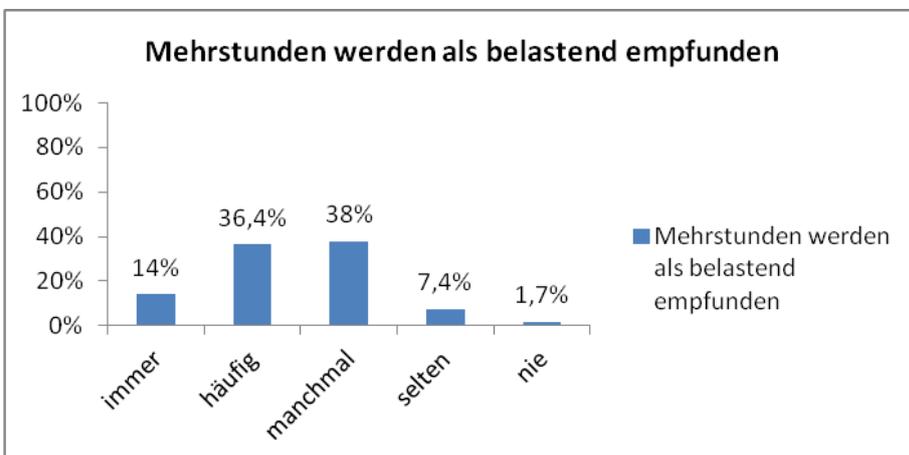


ABBILDUNG 9: DARSTELLUNG DER HÄUFIGKEIT DER VON DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=121) EMPFUNDENEN BELASTUNG DURCH MEHRARBEIT. ANGABEN IN %.

Nur neun Prozent der Ärztinnen und Ärzte empfanden die geleistete Mehrarbeit nicht als belastend (siehe Abb. 9). Die Überzahl (88,4%) der Mediziner hingegen empfan-

den die Mehrarbeit als immer, häufig oder manchmal belastend. Über die Hälfte der Befragten empfand die Mehrarbeit als immer oder häufig belastend.

Die zur Erfassung der Zusammenhänge zwischen den Arbeitszeiten der Mediziner und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf berechneten Korrelationen sind in Tabelle 6 dargestellt.

TABELLE 6: ERGEBNISSE DER KORRELATIONSBERECHNUNGEN ZWISCHEN DER WORK AND FAMILY CONFLICT SCALE (WFC) UND DEN ARBEITSZEITEN DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=108), IHRER ZUFRIEDENHEIT MIT DEN ARBEITSZEITEN, DEM ANFALLEN VON MEHRARBEIT SOWIE DER DURCH MEHRARBEIT ENTSTANDENEN BELASTUNG.

| | Work and Family Conflict Scale |
|--|--------------------------------|
| Arbeitszeiten | |
| Korrelation | .270** |
| Signifikanz | .003 |
| Zufriedenheit mit Arbeitszeiten | |
| Korrelation | -.504** |
| Signifikanz | .000 |
| Anfallen von Mehrarbeit bei der Arbeit | |
| Korrelation | .044 |
| Signifikanz | .635 |
| Mehrarbeit belastet | |
| Korrelation | -.644** |
| Signifikanz | .000 |

**Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig getestet).

Wie Tabelle 6 zeigt, bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen den Arbeitszeiten und der WFC Scale ($r=.270$; $p=.003$), der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten und der WFC Scale ($r=-.504$; $p<.001$), sowie der Belastung durch Mehrarbeit und der WFC

Scale ($r=-.644$; $p<.001$). Lediglich eine geringe Korrelation findet sich für die reinen Überstunden und die WFC Scale ($r=.044$; $p=.635$), diese war jedoch nicht signifikant.

Auswertung Hypothese 1:

c) *„Eine geringe Arbeitszufriedenheit ist mit hohen Werten auf der WFC und der FWC Scale assoziiert. In Vollzeit arbeitende Mediziner erleben einen höheren Work Family Conflict als in Teilzeit arbeitende Mediziner.“*

Zunächst wurden die Ärztinnen und Ärzte mit der Frage: „Wie gefällt Ihnen Ihre Arbeit?“ orientierend zu Ihrer Arbeitszufriedenheit befragt. Als Antwortmöglichkeit stand Ihnen hierbei eine Vierpunkt skalierte Likert Skala mit den Aussagen: „Sehr gut“, „gut“, „nicht so gut“ und „gar nicht“ zur Auswahl. 32,2% der befragten Ärztinnen und Ärzte bewerteten ihre Arbeit mit „Sehr gut“, 51,2% mit „gut“. Als „nicht so gut“ empfanden 11,6% der Mediziner ihre Arbeit. 3,3% gaben an, ihre Arbeit gefalle ihnen „gar nicht“.

Um Zusammenhänge zwischen der WFC Scale, der FWC Scale und der Arbeitszufriedenheit zu ermitteln, wurden Korrelationen nach Spearman's Rho berechnet. Sowohl für die FWC Scale ($r=.198$; $p=.031$), als auch für die WFC Scale ($r=.349$; $p<.001$) ergab sich eine signifikante Korrelation mit der Arbeitszufriedenheit. Demnach erzielten die eher mit ihrer Arbeit unzufriedenen Mediziner höhere Werte auf den beiden Skalen. Eine hohe Arbeitszufriedenheit war mit niedrigeren Werten auf der WFC-/FWC Scale assoziiert.

Auswertung Hypothese 1:

d) *„In Vollzeit arbeitende Mediziner erleben einen höheren Work Family Conflict als in Teilzeit arbeitende Mediziner.“*

Zur Erfassung eines statistischen Zusammenhangs zwischen Voll-/Teilzeitarbeit und der WFC/FWC Scale wurden Korrelationen nach Spearman's Rho berechnet. Dabei zeigte sich eine auf dem Niveau von 0.01 signifikante Korrelation zwischen Teilzeit-

arbeit und niedrigeren Werten auf der WFC Scale ($r=-.340;p<.001$). Zwischen den auf der FWC Scale erzielten Werten und den jeweiligen Arbeitsformen (Teil-/Vollzeit) konnte kein Zusammenhang festgestellt werden ($r=.039; p=.674$).

Auswertung Hypothese 1:

e) *„Wie sehr die beruflichen Anforderungen mit dem Familienleben kollidieren, ist bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich.“*

Unterschiede bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zeigten sich auch zwischen den Geschlechtern. Wie sich herausstellte, waren es mehr Ärzte als Ärztinnen, für welche die beruflichen Anforderungen mit dem Privatleben kollidierten. Um dies zu erfassen, wurden zunächst die Mittelwerte der Work and Family Conflict Scale nach Geschlechtern getrennt berechnet. Wie bereits in 2.1.2.3 beschrieben, bedeutet ein Wert von fünf in der WFC Scale, dass die Anforderungen im Beruf nicht mit dem Familienleben kollidieren, ein Wert von 25 ist hingegen gleichzusetzen mit einer maximalen Kollision zwischen Berufs- und Privatleben. Tabelle 7 zeigt die Mittelwerte der WFC Scale für Ärztinnen und Ärzte nach Geschlechtern getrennt.

TABELLE 7: ERZIELTE MITTELWERTE DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=108) AUF DER WORK AND FAMILY CONFLICT SCALE (WFC),GETRENNT NACH GESCHLECHTERN.

| Geschlecht | n | Mittelwert | Standardabweichung |
|------------|----|------------|--------------------|
| männlich | 43 | 21,2558 | 3,95265 |
| weiblich | 65 | 18,6308 | 5,05151 |

Wie Tabelle 7 veranschaulicht, waren es mit durchschnittlich 21,26 Punkten in der WFC Scale vor allem die Ärzte, die Probleme zwischen den Anforderungen im Beruf und ihrem Privatleben sahen. Ärztinnen erzielten mit rund 18,63 Punkten ebenfalls hohe Punktwerte, allerdings lagen sie damit im Schnitt 2,7 Punkte unter dem Ergebnis ihrer Kollegen. Der durchgeführte T-Test für unabhängige Stichproben ergab sig-

nifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten ($t_{102.933}=3.019$; $p=.003$). Folglich erzielten Ärzte signifikant höhere Werte in der WFC Scale als ihre Kolleginnen.

Betrachtet man die Punkteverteilung genauer, so stellt man fest, dass der Anteil derjenigen, bei welchen Familie und Beruf mit 25 Punkten auf der WFC maximal miteinander kollidierten, unter beiden Geschlechtern am höchsten war. 25% der Frauen vergaben 25 Punkte, bei den Männern waren es 30%. Gerade einmal 1% der Frauen und kein Mann vergaben nur fünf Punkte, sahen also keine Probleme bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. 51% der Männer und 42% der Frauen vergaben Punkte zwischen 20 und 25.

Schlussfolgerung Hypothese 1:

Hypothese 1 kann in allen Teilhypothesen angenommen werden. Es zeigten sich für die Ärztinnen und Ärzte gegenüber den Normierungsstichproben von Netemeyer et al signifikant höhere Werte sowohl für die WFC als auch für die FWC Scale. Ebenso bestanden signifikante Korrelationen zwischen den Arbeitszeiten und der Arbeitszufriedenheit der Mediziner mit der WFC/FWC Scale. Den durchschnittlich größten WFC erlebten Ärzte und in Vollzeit arbeitende Eltern. Teilzeitarbeit scheint mit geringerem WFC assoziiert zu sein.

3.3.2 GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE:

Hypothese 2:

- a) *„Ärztinnen leben seltener in einer Partnerschaft als Ärzte.“*
- b) *„Ärztinnen bleiben häufiger kinderlos als Ärzte.“*
- c) *„Das Familieneinkommen ist bei Ärztinnen häufig geringer ausgeprägt als bei Ärzten.“*
- d) *„Es sind häufiger Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten oder Elternzeit in Anspruch nehmen als Ärzte.“*

Auswertung Hypothese 2:

a) „Ärztinnen leben seltener in einer Partnerschaft als Ärzte.“

Im exakten Test nach Fisher zeigte sich mit $p=0.522$ kein signifikanter Unterschied bei der Partnerschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten. 93% der Ärzte und 87% der Ärztinnen lebten zum Zeitpunkt der Erhebung in einer festen Partnerschaft.

Auswertung Hypothese 2:

b) „Ärztinnen bleiben häufiger kinderlos als Ärzte.“

Wie Abbildung 10 zeigt, hatten 67,4% der Ärzte gegenüber 50,7% der Ärztinnen eigene Kinder, wonach circa die Hälfte der befragten Ärztinnen kinderlos war. Der Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten stellte sich jedoch im exakten Test nach Fisher als nicht signifikant heraus ($p=0.098$).

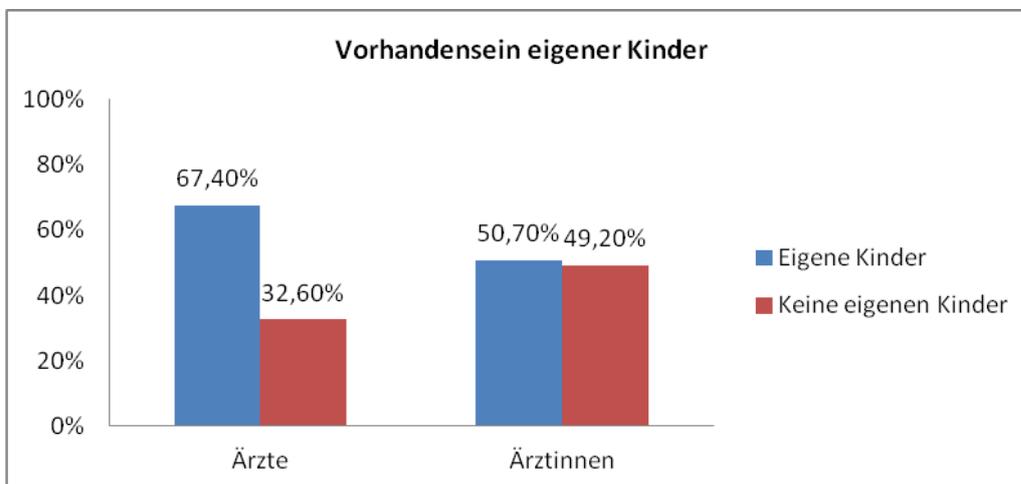


ABBILDUNG 10: VORHANDENSEIN EIGENER KINDER BEI DEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=120). GETRENNT NACH GESCHlechTERN, ANGABEN IN %.

Wie aus Abbildung 11 ersichtlich, hatten die Ärztinnen und Ärzte vorwiegend ein oder zwei Kinder. Ein Kind im Haushalt kam dabei häufiger bei Ärztinnen (48,5%), zwei Kinder häufiger bei Ärzten (52%) vor. Während kein Arzt vier Kinder und mehr

hatte, waren es unter den Ärztinnen 6%. Durchschnittlich hatten Ärzte 1,76, Ärztinnen 1,82 Kinder.

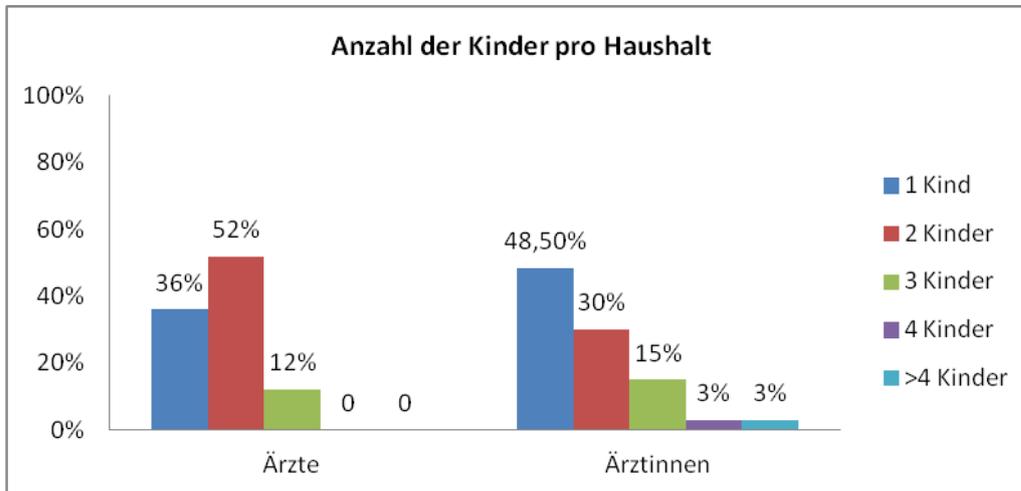


ABBILDUNG 11: ANZAHL DER KINDER PRO HAUSHALT BEI ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=120). GETRENNT NACH GESCHlechTERN, ANGABEN IN %.

Im T-Test für unabhängige Stichproben ergaben sich mit $t_{54,793} = -.263$; $p = .793$ keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern für die Anzahl ihrer Kinder.

Auswertung Hypothese 2:

c) „Das Familieneinkommen ist bei Ärztinnen häufig geringer ausgeprägt als bei Ärzten.“

Wie sich im T-Test für unabhängige Stichproben zeigte, bestanden mit $t_{106} = 1.604$; $p = .112$ keine signifikanten Geschlechterunterschiede beim Familieneinkommen zwischen Ärztinnen und Ärzten. Allerdings ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen der Höhe des Netto-Familieneinkommens und dem Familienstand. Der Familienstand „in Partnerschaft lebend“ stand dabei in Zusammenhang mit höheren Einkommenswerten ($r = .489$; $p > .001$).

Abbildung 12 zeigt die Ergebnisse der Erhebung des Netto-Familieneinkommens nach Geschlechtern getrennt.

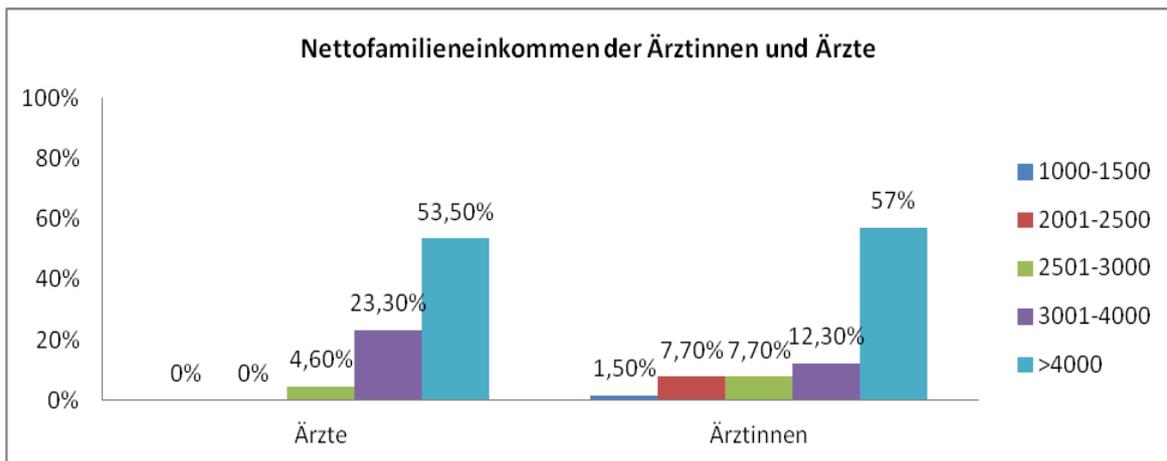


ABBILDUNG 12: NETTOFAMILIENEINKOMMEN DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=108) GETRENNT NACH GESCHLECHTERN. DARGESTELLT SIND EINKOMMENSGRUPPEN IN EURO. ANGABEN IN %.

Wie man Abbildung 12 entnehmen kann, waren die Nettoeinkommen der Ärztinnen und Ärzte nur gering unterschiedlich verteilt. Während das Nettoeinkommen der Ärztinnen breiter gestreut war, und sich teilweise auch in den unteren Einkommensklassen bewegte (wenn auch nur mit einem geringen Anteil), war das Nettoeinkommen der Ärzte vor allem im höheren Einkommensbereich ab 2501 Euro netto monatlich angesiedelt. Rund 81% der Ärzte und 77% der Ärztinnen lagen im Einkommensbereich über 2501 Euro. Der Anteil der spitzenverdienenden Haushalte mit über 4000 Euro netto war unter den Ärztinnen allerdings um rund 3 Prozentpunkte höher. Beachtet werden muss hierbei, dass es sich bei den erhobenen Daten um das Netto-Familieneinkommen handelt, d.h., das Einkommen des Partners wurde jeweils mit einbezogen.

Auswertung Hypothese 2:

d) „Es sind häufiger Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten oder Elternzeit in Anspruch nehmen als Ärzte.“

Sowohl bei der Inanspruchnahme von Elternzeit, als auch bei der Teilzeitarbeit zeigten sich im exakten Test nach Fisher signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen

und Ärzten. Ärztinnen nahmen demnach mit $p < .001$ signifikant häufiger Teilzeit oder Elternzeit ($p < .001$) in Anspruch als ihre männlichen Kollegen, wohingegen diese wesentlich häufiger in Vollzeit arbeiteten. Abbildung 13 gibt eine Übersicht über die Verteilung der Geschlechter auf Voll- sowie Teilzeitarbeit und stellt die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Elternzeit zwischen Ärztinnen und Ärzten dar.

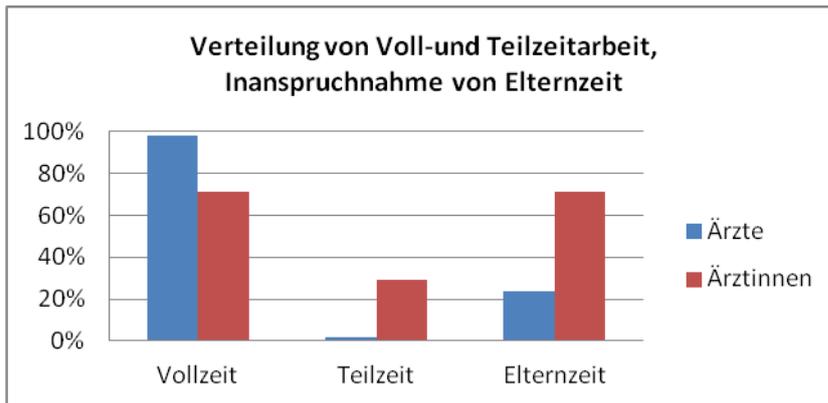


ABBILDUNG 13: VERTEILUNG VON VOLL-/ TEILZEITARBEIT UND DER INANSPRUCHNAHME VON ELTERNZEIT ZWISCHEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=120). DARSTELLUNG GETRENNT NACH GESCHlechTERN, ANGABEN IN %.

Wie Abbildung 13 veranschaulicht, waren zum Befragungszeitpunkt 98% der Ärzte in Vollzeit beschäftigt, wohingegen dies nur für 71% der Ärztinnen zutrif. Der umgekehrte Effekt zeigte sich bei der Teilzeitarbeit: hier waren es gerade einmal 2% der Ärzte, aber 29% der Ärztinnen, welche in Teilzeit arbeiteten. Besonders groß jedoch waren die Geschlechtsunterschiede bei der Inanspruchnahme von Elternzeit: Während 71% der Ärztinnen schon einmal Elternzeit in Anspruch genommen hatten, war dies bei nur 24% der Ärzte der Fall.

Schlussfolgerung Hypothese 2:

Abgelehnt werden die Teilhypothesen a, b und c: Die befragten Ärztinnen lebten nicht signifikant seltener in einer Partnerschaft als die Ärzte dieser Stichprobe(a) und blieben auch nicht häufiger kinderlos(b). Das Nettoeinkommen war ebenfalls nicht signi-

fikant unterschiedlich zwischen den Geschlechtern (c). Angenommen wird die Teilhypothese d, da signifikant häufiger Ärztinnen in Teilzeit arbeiteten oder Elternzeit in Anspruch nahmen als Ärzte.

3.3.3 TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY

Hypothese 3:

„Wie gut sich Familie und Beruf vereinen lassen, ist auch abhängig von den Persönlichkeitsmerkmalen der Ärztinnen und Ärzte.“

Auswertung Hypothese 3:

Zunächst wurden die Persönlichkeitsmerkmale der Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe des Ten Item Personality Inventory (TIPI) von Gosling et al. (2003), welcher unter 2.1.2.4 bereits genauer beschrieben wurde, erfasst. Um einen Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermitteln, wurden in einem ersten Schritt die berechneten Mittelwerte der Stichprobe dieser Arbeit mit der Normierungsstudie von Gosling et al. (2003; n=1126 Probanden) verglichen. Die Werte sind Tabelle 8 zu entnehmen.

TABELLE 8: VERGLEICH DER IM TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY (TIPI) ERZIELTEN MITTELWERTE DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=118) UND DER NORMIERUNGSTICHPROBE VON GOSLING ET AL.; SA=STANDARDABWEICHUNG

| | Vergleichswert Gosling et al. 2003 | Mittelwert | SA |
|--------------------|------------------------------------|------------|---------|
| Extraversion | 4,56 | 4,6483 | 1,57479 |
| Verträglichkeit | 5,26 | 5,3390 | ,99116 |
| Gewissenhaftigkeit | 5,47 | 6,1026 | ,95262 |
| Neurotizismus | 4,85 | 5,4957 | 1,10542 |
| Offenheit | 5,43 | 5,6737 | ,90199 |

Mittels des T-Tests wurden Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Normierungsstudie von Gosling et al. berechnet. Dabei ergaben sich für Gewissenhaftigkeit ($p < .001$), Neurotizismus ($p < .001$), und Offenheit ($p = .004$) signifikante Unterschiede gegenüber der Normierungsstudie. Die Ärztinnen und Ärzte erzielten demnach höhere Werte für Gewissenhaftigkeit, Offenheit und für Neurotizismus. Keine signifikante Abweichung gegenüber der Normierungsstudie bestand bei Extraversion und Verträglichkeit.

Um auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen zu prüfen, wurde eine Korrelation nach Pearson durchgeführt. Korreliert wurden die Mittelwerte des Ten Item Personality Inventory mit Parametern, die im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesehen werden können. Diese waren Familienstand, das Vorhandensein eigener Kinder im Haushalt, Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt, allgemeine Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, sowie die Inanspruchnahme von Elternzeit. Die Ergebnisse der Korrelationen sind in Tabelle 9 dargestellt.

TABELLE 9: ERGEBNISSE DER KORRELATIONSBERECHNUNGEN ZWISCHEN DEN BIG FIVE PERSÖNLICHKEITSMERKMALEN DES TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY (TIPI) UND VERSCHIEDENEN PARAMETERN ZUR VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF WIE FAMILIENSTAND, ANZAHL DER KINDER, ZUFRIEDENHEIT MIT DEN ARBEITSZEITEN, EFFORT-REWARD IMBALANCE (ERI) UND DER INANSPRUCHNAHME VON ELTERNZEIT; STICHPROBE: ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=109).

| | Familienstand | Kinder | Anzahl der Kinder | Zufriedenheit mit Arbeitszeiten | ERI | Inanspruchnahme von Elternzeit |
|---------------------------|---------------|--------|-------------------|---------------------------------|-------|--------------------------------|
| Extraversion | | | | | | |
| Korrelation | .046 | .031 | -.200 | .056 | .083 | .267* |
| Signifikanz | .624 | .737 | .108 | .546 | .394 | .026 |
| Verträglichkeit | | | | | | |
| Korrelation | -.062 | -.052 | .065 | -.062 | -.028 | -.003 |
| Signifikanz | .510 | .578 | .604 | .508 | .774 | .981 |
| Gewissenhaftigkeit | | | | | | |
| Korrelation | .067 | .234* | .047 | .048 | .007 | .033 |
| Signifikanz | .474 | .011 | .710 | .608 | .944 | .790 |
| Neurotizismus | | | | | | |
| Korrelation | -.128 | .025 | -.108 | .053 | -.051 | -.006 |
| Signifikanz | .172 | .791 | .389 | .572 | .605 | .961 |
| Offenheit | | | | | | |
| Korrelation | -.072 | -.004 | -.097 | -.164 | .202* | .072 |
| Signifikanz | .438 | .967 | .438 | .076 | .037 | .557 |

*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 zweiseitig signifikant

Wie Tabelle 9 veranschaulicht, bestanden lediglich zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Extraversion und der Inanspruchnahme von Elternzeit, sowie der Eigenschaft Offenheit und der ERI Ratio signifikant positive Korrelationen.

Auch für andere Persönlichkeitsmerkmale zeigten sich geringfügige Korrelationen mit den erhobenen Parametern, diese waren jedoch nicht signifikant.

Um zu explorieren, ob bestimmte Persönlichkeitsmerkmale der Ärztinnen und Ärzte mit einem höheren Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie assoziiert sind, wurde der Ten Item Personality Inventory in einem weiteren Schritt mit der Work and Family Conflict Scale, wie auch der Family and Work Conflict Scale korreliert. Die Ergebnisse der Korrelation sind Tabelle 10 zu entnehmen.

TABELLE 10: ERGEBNISSE DER KORRELATIONSBERECHNUNGEN DER BIG FIVE DES TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY (TIPI) MIT DER WORK FAMILY CONFLICT (WFC)-SCALE UND DER FAMILY WORK CONFLICT (FWC)-SCALE

| Ten Item Personality Inventory | Work and Family Conflict Scale | Family and Work Conflict Scale |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Extraversion | | |
| Korrelation | .028 | .033 |
| Signifikanz | .766 | .720 |
| Offenheit | | |
| Korrelation | .143 | .052 |
| Signifikanz | .123 | .572 |
| Neurotizismus | | |
| Korrelation | -.071 | -.007 |
| Signifikanz | .448 | .940 |
| Verträglichkeit | | |
| Korrelation | .003 | -.014 |
| Signifikanz | .974 | .884 |
| Gewissenhaftigkeit | | |
| Korrelation | -.069 | -.203* |
| Signifikanz | .458 | .028 |

*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 zweiseitig signifikant

Wie in Tabelle 10 zu sehen, bestand eine signifikant negative Korrelation zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit und der Family and Work Conflict Scale.

Schlussfolgerung Hypothese 3:

Hypothese 3 konnte teilweise bestätigt werden. Eine signifikant positive Korrelation konnte für das Merkmal Extraversion und die Inanspruchnahme von Elternzeit, sowie für Offenheit mit der ERI Ratio, gezeigt werden. Das Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit korrelierte negativ mit der FWC Scale. Zwischen den meisten anderen im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf stehenden Parametern, der WFC Scale und den Persönlichkeitsmerkmalen zeigten sich keine signifikanten Korrelationen. Die Merkmalsausprägungen von Gewissenhaftigkeit, Offenheit und Neurotizismus waren gegenüber der Normstichprobe von Gosling et al erhöht.

3.3.4 EINFLUSS DER KINDERBETREUUNG AUF DIE VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF

Hypothese 4:

- a) *„Bestimmte Formen der Kinderbetreuung wirken sich nicht nur positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus.“*
- b) *„Welche Form der Kinderbetreuung gewählt werden kann, ist abhängig von der Einkommenssituation der Ärztinnen und Ärzte.“*

Auswertung Hypothese 4:

- a) *„Bestimmte Formen der Kinderbetreuung wirken sich nicht nur positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus.“*

Als Maß für die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte wurde in dieser Berechnung die sogenannte ERI-Ratio verwendet. Diese ist ein von Siegrist et al. erstelltes Messinstrument zur Erfassung von Arbeitszufriedenheit und Stress am Arbeitsplatz (und wird unter 3.3.6 genauer vorgestellt). Um herauszufinden, ob eine Beziehung zwischen den Formen der jeweiligen Kinderbetreuung und der Arbeitszufriedenheit besteht, bzw. ob eine bestimmte Form der Kinderbetreuung mit höherem Stress für die Eltern einhergeht, wurden die unterschiedlichen Formen der Kinderbetreuung mit der ERI-Ratio korreliert.

Die Ergebnisse dieser Korrelationen sind Tabelle 11 zu entnehmen.

TABELLE 11: ERGEBNISSE DER KORRELATIONSBERECHNUNGEN ZWISCHEN DER EFFORT-REWARD IMBALANCE (ERI) RATIO UND UNTERSCHIEDLICHEN KINDERBETREUNUNGSMÖGLICHKEITEN

| | Korrelation nach Pearson | Signifikanz |
|------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Kindertagesstätte des Uniklinikums | -.296 | .100 |
| Kindertagesstätte privat | .326 | .069 |
| Verwandte | .296 | .100 |
| Tagesmutter | -.061 | .742 |
| Sonstige Betreuung | .053 | .774 |

Wie Tabelle 11 veranschaulicht, bestanden keine signifikanten Korrelationen zwischen bestimmten Formen der Kinderbetreuung und der Arbeitszufriedenheit (gemessen mit der ERI-Ratio) der Eltern.

Zur Erfassung des Einflusses von Kinderbetreuung auf das Familien- und Arbeitsleben, wurden Korrelationen nach Spearman's Rho zwischen den jeweiligen Formen der Kinderbetreuung und der FWC/WFC Scale errechnet. In die Berechnungen mit einbezogen wurden auch Eltern, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinderbetreuung mehr für ihre Kinder benötigten, da diese bereits ein gewisses Alter erreicht

hatten. Die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen werden in Tabelle 12 aufgeführt.

TABELLE 12: ERGEBNISSE DER KORRELATIONSBERECHNUNGEN ZWISCHEN UNTERSCHIEDLICHEN KINDERBETREUUNGSMÖGLICHKEITEN UND DER WFC-/FWC -SCALE; STICHPROBE: ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=121). WFC= WORK FAMILY CONFLICT; FWC= FAMILY WORK CONFLICT

| | Kindertagesstätte Uniklinikum | Kindertagesstätte privat | Verwandte | Tagesmutter | Sonstige Betreuung | Betreuung nicht mehr nötig |
|-------------|-------------------------------|--------------------------|-----------|-------------|--------------------|----------------------------|
| FWC Scale | | | | | | |
| Korrelation | .186 | .140 | -.060 | .057 | .002 | .432** |
| Signifikanz | .121 | .244 | .617 | .638 | .986 | .000 |
| WFC Scale | | | | | | |
| Korrelation | -.021 | .176 | .114 | -.088 | -.022 | -.251* |
| Signifikanz | .862 | .143 | .345 | .465 | .855 | .034 |

*Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 zweiseitig signifikant

**Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 zweiseitig signifikant

Wie Tabelle 12 zu entnehmen, korrelierte keine der Kinderbetreuungsformen signifikant mit der FWC- oder WFC Scale. Ein signifikanter Zusammenhang konnte jedoch zwischen „Kinderbetreuung ist nicht mehr nötig, da Kinder schon groß“ und den beiden Skalen gezeigt werden. Die Tatsache, dass keine Kinderbetreuung mehr nötig war, korrelierte negativ mit der WFC Scale, d.h. niedrige Werte auf der WFC Scale waren eher mit dieser Aussage assoziiert als hohe Werte. Für die FWC Scale zeigte sich eine positive Korrelation mit der nicht vorhandenen Notwendigkeit einer Kinderbe-

betreuung. Folglich standen eher höhere Werte auf dieser Skala im Zusammenhang mit dem Fehlen einer Kinderbetreuung.

Auswertung Hypothese 4:

a) *„Welche Form der Kinderbetreuung gewählt werden kann, ist abhängig von der Einkommenssituation der Ärztinnen und Ärzte.“*

Um Zusammenhänge zwischen dem Haushaltseinkommen der Ärztinnen und Ärzte und der von ihnen gewählten Art der Kinderbetreuung zu ermitteln, wurde das Nettofamilieneinkommen mit den unterschiedlichen Formen der Kinderbetreuung korreliert. Tabelle 13 gibt die Ergebnisse der Korrelationen wieder.

TABELLE 13: ERGEBNISSE DER KORRELATIONSBERECHNUNGEN ZWISCHEN NETTO-FAMILIENEINKOMMEN DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=121) UND VERSCHIEDENEN FORMEN DER KINDERBETREUUNG

| | Korrelation nach Pearson | Signifikanz |
|------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Kindertagesstätte des Uniklinikums | .033 | .793 |
| Kindertagesstätte privat | .215 | .081 |
| Verwandte | .052 | .677 |
| Tagesmutter | .151 | .222 |
| Sonstige Betreuung | .019 | .881 |

Wie Tabelle 13 zeigt, ergaben sich zwischen dem Familiennettoeinkommen und den einzelnen Betreuungsmöglichkeiten keine signifikanten Korrelationen. Auch zwischen der Anzahl der Kinder und der gewählten Form der Kinderbetreuung zeigten sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

Schlussfolgerung Hypothese 4:

Hypothese 4 muss größtenteils abgelehnt werden. Es zeigte sich weder ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Kinderbetreuung und der Arbeitszufriedenheit der Mediziner, noch zwischen dem Nettoeinkommen der Ärztinnen und Ärzte und der Wahl ihrer Kinderbetreuung. Einen signifikanten Einfluss auf das Familien- und Arbeitsleben der Ärztinnen und Ärzte schien es jedoch zu geben, wenn ihre Kinder keiner Betreuung mehr bedurften, denn es wurden signifikante Korrelationen zwischen „keine Kinderbetreuung mehr nötig“ und der FWC-/WFC Scale nachgewiesen.

3.3.5 DER EFFORT-REWARD IMBALANCE QUESTIONNAIRE

Hypothese 5:

„Der Arztberuf ist gekennzeichnet durch hohe Belastung bei nur geringer Belohnung. Gleichzeitig neigen Ärztinnen und Ärzte dazu, sich zu verausgaben. Diese Eigenschaften haben Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.“

Auswertung Hypothese 5:

„Der Arztberuf ist gekennzeichnet durch hohe Belastung bei nur geringer Belohnung. Gleichzeitig neigen Ärztinnen und Ärzte dazu, sich zu verausgaben. Diese Eigenschaften haben Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.“

Um zu eruieren, ob sich bei der Stichprobe ein Aufwands-Ertrags Ungleichgewicht für die ärztliche Tätigkeit finden lässt, wurde der Effort-Reward Imbalance Fragebogen verwendet. Dieser erfasst, wie bereits unter 2.1.2.4 beschrieben, das Verhältnis zwischen Anstrengungen am Arbeitsplatz und den zu erwartenden Belohnungen, wie etwa Arbeitsplatzsicherheit, Aufstiegschancen, Höhe des Gehaltes sowie Wertschätzung durch Mitarbeiter und Vorgesetzte, und ist damit auch ein gutes Maß für Stress und Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Ergänzend wurde hier der Overcommitment Fra-

gebogen verwendet, welcher die Neigung misst, sich für seine Arbeit zu verausgaben. Erfasst wurde ein Aufwand-Ertrags-Ungleichgewicht mit Hilfe der Skalen „Effort“ und „Reward“. Weiterhin wurde eine Effort-Reward Ratio berechnet, deren Cut-Off bei einem Wert von 1 oder höher liegt. Liegt ein Wert über 1 vor, ist dies gleichbedeutend mit einem Ungleichgewicht zwischen „Effort“ (Anstrengung) und „Reward“ (Belohnung), d.h. es liegen höhere Werte für Effort als für Reward vor. Zu interpretieren ist dies als eine subjektiv stark empfundene Anstrengung bei subjektiv nur gering wahrgenommener Belohnung.

Tabelle 14 gibt eine Übersicht über die Mittelwerte und Standardabweichungen der 3 Skalen und der ERI-Ratio nach Geschlechtern getrennt.

TABELLE 14: ERZIELTE MITTELWERTE DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=120) IM EFFORT-REWARD IMBALANCE (ERI)- UND OVERCOMMITMENT (OC) QUESTIONNAIRE; VERGLEICH MIT DER NORMSTICHPROBE VON SIEGRIST ET AL. 2004.

| Instrument/Skala | Gesamt | Ärzte | Ärztinnen | Siegrist et al. 2004 |
|------------------|--------|-------|-----------|--|
| ERI-Ratio | | | | Cut-off ≥ 1 |
| M | 0,71 | 0,75 | 0,68 | |
| SA | 0,41 | 0,45 | 0,39 | |
| Effort | | | | Männer: M= 11,57 +/- SA=4,28; Frauen: M= 11,34 +/- SA=4,27 |
| M | 12,36 | 12,90 | 12,05 | |
| SA | 3,42 | 3,42 | 3,48 | |
| Reward | | | | Männer: M= 46,71 +/- SA= 7,86; Frauen M= 46,65 +/- SA= 8,24 |
| M | 42,61 | 43,21 | 44,20 | |
| SA | 9,08 | 9,66 | 8,78 | |
| OC | | | | Männer: M= 2,51 +/- SA=0,61; Frauen: M= 2,57 +/- SA= 0,63 |
| M | 2,49 | 2,53 | 2,46 | |
| SA | 0,55 | 0,55 | 0,64 | |

Wie aus Tabelle 14 ersichtlich, zeigte sich für die Gesamtstichprobe bei der ERI-Ratio ein Mittelwert, der deutlich unter dem angegebenen Cut-Off von 1 liegt. Nur 11,9% der Stichprobe wiesen einen Wert von größer 1 auf. Für diesen Teil der Stichprobe bestand ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung. Diese Imbalance lässt auf eine geringe Arbeitszufriedenheit schließen. Für Ärzte betrug der Anteil über dem Cut-Off Wert 15,1%, für Ärztinnen 8,2%.

Aufgeschlüsselt nach den Skalen, ergaben sich für die Effort Skala insgesamt signifikant höhere Werte im Vergleich zur Normstichprobe ($t_{114}=2,814$; $p=.006$). Bei der Reward Skala lagen die Summenwerte der vorliegenden Stichprobe signifikant unter denen der Normstichprobe ($t_{109}=-3,545$; $p=.001$). Die Werte für die Overcommitment Skala befanden sich bei den Ärztinnen und Ärzten im Normbereich, wobei mindestens 8,5% (je nach vergleichender Normstichprobe) höhere Werte als die Normstichproben erzielten.

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten konnten für keine der Skalen gefunden werden. Effort ($t_{41}=1,606$; $p=.116$), Reward ($t_{38}=-,643$; $p=.524$), OC ($t_{40}=1,044$; $p=.303$).

Um die Auswirkungen von subjektiv empfundener Anstrengung, Verausgabungsneigung und der erhaltenen Belohnung auf das Familienleben zu untersuchen, wurden weiterhin Korrelationen nach Pearson berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 aufgeführt.

TABELLE 15: ERGEBNISSE DER KORRELATIONSBERECHNUNGEN ZWISCHEN DEM EFFORT-REWARD IMBALANCE QUESTIONNAIRE (ERI)-, DEM OVERCOMMITMENT QUESTIONNAIRE (OC) UND DER WORK FAMILY CONFLICT (WFC)- SOWIE DER FAMILY WORK CONFLICT (FWC) SCALE. STICHPROBE: ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=120).

| | WFC | FWC |
|-----------------------|---------|---------|
| Effort | | |
| Korrelation | .611** | .314** |
| Signifikanz | <.001 | .001 |
| Reward | | |
| Korrelation | -.351** | -.329** |
| Signifikanz | <.001 | <.001 |
| ERI-Ratio | | |
| Korrelation | .444** | .310** |
| Signifikanz | <.001 | .001 |
| Overcommitment | | |
| Korrelation | .463** | .172 |
| Signifikanz | <.001 | .063 |

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (zweiseitig getestet) signifikant.

Wie Tabelle 15 zeigt, ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen Effort, Reward, der ERI-Ratio, Overcommitment und den WFC-/FWC Skalen. Mehr Effort und eine größere ERI-Ratio waren mit höherem, Reward mit geringerem WF- und FWC verbunden. Overcommitment korrelierte signifikant positiv mit WFC, sowie (wenn auch nicht signifikant) positiv mit FWC.

Schlussfolgerung Hypothese 5:

Hypothese 5 kann nur in Teilaspekten angenommen werden. Zwar erzielte die vorliegende Stichprobe sowohl höhere Werte auf der Effort Skala, als auch niedrigere Werte auf der Reward Skala, wodurch von einer subjektiv als höher empfundenen Belastung, wie auch einer als niedriger empfunden Belohnung bei den Mediziner*innen ausge-

gangen werden kann. Die Mittelwerte der ERI-Ratio, welche Aufschluss über die subjektiv wahrgenommene allgemeine Arbeitsbelastung gibt, lagen für die Gesamtstichprobe deutlich unter dem Cut-Off Wert von 1, was wiederum nicht auf eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte hinweist. Wenn auch nicht statistisch signifikant, bestand mit 15,1% bei mehr Ärzten als Ärztinnen (8,2%) ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und empfundener Belohnung. Etwas mehr als jeder zehnte Arzt oder Ärztin war demnach unzufrieden mit den Arbeitsbedingungen. Die Werte der OC-Skala (Verausgabung) befanden sich bei der vorliegenden Stichprobe ebenfalls im angegebenen Normbereich, wobei jeder zwölfte Arzt oder Ärztin dazu neigte, sich überdurchschnittlich stark zu verausgaben. Signifikante Korrelationen konnten zwischen den WFC/FWC Skalen und dem Effort-Reward Imbalance Questionnaire gefunden werden. Höhere Werte bei der ERI-Ratio, bei Effort und Overcommitment, sowie niedrige Werte auf der Reward Skala, gingen mit höher erlebten WFC/FWC einher.

3.3.6 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-4

Hypothese 6:

Unter Ärztinnen und Ärzten findet man häufig Kardinalsymptome für Angststörungen und Depressionen, was sich negativ auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auswirkt

Auswertung Hypothese 6:

Um festzustellen, ob sich die Kardinalsymptome von Depressionen und Angststörungen bei Ärztinnen und Ärzten häufig finden, wurde der bereits in 2.1.2.6 ausführlich beschriebene Patient Health Questionnaire verwendet.

Es wurden zunächst die Mittelwerte mit den Werten der Normierungsstudie von Kroenke et al. 2009 verglichen. Die Werte sind Tabelle 16 zu entnehmen.

TABELLE 16: ERZIELTER MITTELWERT DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (N=119) IM PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-4); VERGLEICH MIT DER NORMSTICHPROBE VON KROENKE ET AL. 2009

| | Kroenke et al. 2009 | Mittelwert der Stichprobe | Standardabweichung |
|-------|---------------------|---------------------------|--------------------|
| PHQ-4 | 2.5 | 2.8739 | 2.7357 |

Mithilfe des T-Tests wurden Unterschiede zwischen der Stichprobe und den Werten der Normierungsstudie von Kroenke et al. berechnet. Es ergaben sich mit $p=.139$ keine signifikanten Abweichungen der Stichprobe von der Normierungsstudie. Eine Übersicht über die Punktergebnisse im PHQ-4 der Stichprobe gibt Tabelle 17.

TABELLE 17: PUNKTEVERTEILUNG DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT, UNIVERSITÄT ULM (STICHPROBE; N=119) IM PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-4). ANGABEN IN %.

| Punkte im PHQ-4 | Stichprobe |
|-----------------|------------|
| 0-2 | 53.8% |
| 3-5 | 33.6% |
| 6-8 | 5.9% |
| 9-12 | 6.7% |

Wie Tabelle 17 zu entnehmen ist, lagen 53,8% der Probanden mit Punktwerten zwischen 0 und 2 im PHQ-4 innerhalb des Normalbereiches, d.h. hatten keine Symptome für eine Angststörung oder Depression. 33,6% zeigten mit Punktwerten zwischen 3-5 milde, 5,9% mit Werten zwischen 6 und 8 moderate, und 6,7% mit Werten zwischen 9 und 12 schwere Symptome einer Angststörung oder Depression.

Um nun herauszufinden, ob sich hohe Symptombelastungen für Angststörungen und Depressionen negativ auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auswirken, wurde der PHQ-4 mit der WFC Scale korreliert. Mit $r=.333$; $p=.000$ ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen hohen Werten im PHQ-4 und hohen Werten in der WFC Scale.

Schlussfolgerung Hypothese 6:

Hypothese 6 kann angenommen werden. Während mit 53,8% etwas über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte keine Symptome für eine Depression oder Angststörung zeigten, waren bei der anderen Hälfte milde, moderate oder schwere Symptome hierfür zu detektieren. Ebenso ergab sich eine signifikant positive Korrelation für die WFC Scale und den PHQ-4.

4 DISKUSSION

Ziel der vorliegenden Arbeit war zu erfassen, wie gut sich Familie und Beruf für die Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Fakultät in Ulm bisher vereinbaren lassen. Hierzu wurde nicht nur das Arbeits- und Familienleben der Ärztinnen und Ärzte genauer betrachtet, sondern auch kontextuale Variablen, wie Form der Kinderbetreuung, Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale, Verausgabungsneigung und Einfluss psychischer Erkrankungen mit berücksichtigt. Um eine umfassende und mehrperspektivisch beleuchtete Darstellung zu gewährleisten, wurden in dieser Studie sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungsmethoden verwendet. Im folgenden Kapitel sollen die Resultate dieser Erhebungen hypothesenorientiert diskutiert, mit Ergebnissen bisheriger Literatur verglichen, und in einen größeren Kontext eingeordnet werden. Die Schlussfolgerungen und der Ausblick am Ende des Kapitels, fassen die Erkenntnisse dieser umfangreichen Studie noch einmal überschaubar zusammen und sollen dazu dienen, Denkanstöße für künftige Verbesserungsmaßnahmen zu liefern.

4.1 ALTERSSTRUKTUR UND GESCHLECHTERVERTEILUNG DER STICHPROBE

Von den 1158 an der medizinischen Fakultät angestellten Ärztinnen und Ärzten nahmen 121 an dieser Studie teil. Der Rücklauf war mit 10,45% folglich eher gering. Von den 121 Teilnehmern waren 54,5% weiblichen, und 35,5% männlichen Geschlechts. Der weibliche Anteil der Studienteilnehmer entsprach in etwa dem Anteil der Ärztinnen der medizinischen Fakultät (56%), die männlichen Teilnehmer waren gegenüber ihrem Anteil in der medizinischen Fakultät (44%) mit 35,5% jedoch etwas unterrepräsentiert. Die Altersverteilung der Stichprobe zeigte dabei folgende Merkmale: mit 65,3% war der Anteil der 30-40-jährigen Ärztinnen und Ärzte überrepräsentiert (vgl. Medizinische Fakultät 50,7%) und lag um rund 15 Prozentpunkte höher als in der Grundgesamtheit. Der deutlich größte Rücklauf war somit in der Altersgruppe der 30-40-jährigen Ärztinnen und Ärzte zu verzeichnen, was darauf hindeutet, dass die

Vereinbarkeit von Familie und Beruf für diese Altersgruppe verglichen mit anderen eine wesentlich höhere Brisanz hatte.

Vor allem Ärztinnen schienen sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen, wie der vergleichsweise geringere Rücklauf der Fragebögen unter den Ärzten vermuten lässt. Die Studienlage hierzu zeigt, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nach wie vor häufiger Ärztinnen als Ärzte vor Probleme stellt (Bühren et al. 2011), (Heru 2005), (Adám et al. 2009), (Hoobler et al. 2009), (Warde et al. 1996). Denn aufgrund der oftmals noch in den Köpfen verankerten traditionellen Rollenerwartungen (Verlander 2004), sind Frauen immer noch häufig die Hauptverantwortlichen in der Kindererziehung (Frank et al. 2001), (Menninger 1994). Dies bedingt, dass Ärztinnen oftmals einer enormen Doppelbelastung ausgesetzt sind. Die Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf führen nicht nur dazu, dass sich diese bevorzugt für die Bereiche in der Medizin entscheiden, die den Ruf haben, besser mit einer Familie vereinbar zu sein (Abele 2010), sondern haben auch Auswirkungen auf deren Gesundheit (Miller 2002), (Brisson et al. 1999), berufliches Vorankommen und die Entscheidung für ein Leben mit oder ohne Kinder. Mehr als für Ärzte, ist der Zeitpunkt der Familiengründung für Ärztinnen eine kritische Entscheidung, da diese, anders als bei Ärzten, auch von biologischen Faktoren abhängt. Die biologisch noch günstige Lebensphase für eine Familiengründung kollidiert bei Ärztinnen oftmals mit den Lebensjahren, in welchen die Grundsteine für beruflichen Erfolg gelegt werden müssen (Verlander 2004). Dies führt dazu, dass Ärztinnen zwischen dem 35.- und 40. Lebensjahr am unzufriedensten sind, wie eine Studie von Bühren und Kollegen zeigt. Denn gerade in diesem Alter stellt sich, vordergründig für Ärztinnen, die Frage nach Familien- und Karriereplanung, sowie der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf (Bühren et al. 2011). Die Relevanz dieser Fragestellung für Ärztinnen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr wird durch die Altersverteilung unserer Stichprobe weiter unterstrichen.

Zur Stichprobe anzumerken ist, dass die geringe Fallzahl dieser Studie bedingt, dass möglicherweise nicht alle Ergebnisse repräsentativ sind, da nicht das gesamte Uniklinikum, sondern lediglich die über Landesverträge an der Medizinischen Fakultät angestellten Ärztinnen und Ärzte befragt werden konnten. In folgenden Studien wäre es

folglich wünschenswert, alle Ärztinnen und Ärzte des Uniklinikums mit in die Erhebungen einschließen zu können, um die Ergebnisse besser verallgemeinern zu können.

4.2 HYPOTHESENDISKUSSION

4.2.1 WORK AND FAMILY UND FAMILY AND WORK CONFLICT SCALE

Hypothese 1:

- a) *„Die beruflichen Anforderungen und Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte kollidieren häufig mit ihrem Familienleben. Umgekehrt beeinflusst auch das Familienleben der Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit.“*

Durch Verwendung der Work and Family und der Family and Work Conflict Scale (Netemeyer et al. 1996) konnten die Einflüsse des Arbeitslebens der Mediziner auf ihr Familienleben, sowie die Einflüsse des Familienlebens auf deren Arbeitsleben gemessen werden. Die Annahme, dass sich das Arbeitsleben der Mediziner erheblich auf deren Familienleben auswirkt und umgekehrt, konnte bestätigt werden. Für die Ärztinnen und Ärzte ergaben sich im Vergleich mit allen anderen Stichproben der Normierungsstudie von Netemeyer und Kollegen (Lehrer, Handelsvertreter, Geschäftsinhaber) signifikant höhere Mittelwerte auf der Work and Family Conflict Scale. Ähnliche Ergebnisse resultierten bei der Family and Work Conflict Scale: die Ärztinnen und Ärzte lagen hier mit ihren Werten ebenfalls über denen aller Normstichproben. Fernerhin korrelierten die WFC Scale und die FWC Scale signifikant positiv miteinander, d.h. hohe Werte in der einen Skala standen im Zusammenhang mit hohen Werten auf der jeweils anderen. Absolut gesehen wurden höhere Werte auf der WFC Scale gegenüber der FWC Scale erzielt.

Die Resultate zeigen damit folgendes: Ärztinnen und Ärzte erfahren nicht nur einen höheren Konflikt zwischen Arbeits- und Familienleben als andere Berufsgruppen, sondern erleben auch einen umfangreicheren Einfluss ihres Familienlebens auf die

eigene Arbeitswelt. Diese Phänomene beeinflussen sich zudem wechselseitig: wer einen WFC erlebt, erlebt zumeist auch einen FWC. Das Arbeitsleben der Mediziner beeinträchtigt ihr Familienleben indes in höherem Ausmaß als umgekehrt.

Auch die aktuelle Literatur spiegelt diese Ergebnisse wieder. In einer Studie von Fuß und Kollegen ergaben sich für Ärztinnen und Ärzte deutlich höhere Werte auf der WFC Scale als für die Allgemeinbevölkerung (Fuss et al. 2008). Gleiches stellten Knecht und Kollegen in der Schweiz für die Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Allgemeinbevölkerung und den Medizinstudenten fest (Knecht et al. 2010). Eine Studie in der Türkei mit 226 Ärzten und Krankenschwestern offenbarte, dass das Arbeitsleben der Angestellten im Gesundheitswesen deutlicher die familiären Aufgaben beeinträchtigt als anders herum. Auch in dieser Studie standen die Ergebnisse der WFC und FWC dahingehend in Beziehung zueinander, dass höher erlebter Family Work Conflict mit höher erlebtem Work Family Conflict einherging (Anafarta 2011).

Hypothese 1:

b) „Die unflexiblen und langen Arbeitszeiten der Mediziner sind mit hohen Werten auf der WFC und der FWC Scale assoziiert.“

Wie die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, sahen sich die Ärztinnen und Ärzte unserer Stichprobe mit hohen Arbeitsbelastungen konfrontiert: 95% der Ärztinnen und Ärzte leisteten regelmäßig Mehrarbeit, wobei 50,4% diese als immer und häufig, 38% diese als manchmal belastend empfanden. Desweiteren war die Arbeit der Mediziner, wie bereits vermutet, durch hohe Inflexibilität gekennzeichnet. Nur 2,5% der befragten Ärztinnen und Ärzte verfügten über flexible Arbeitszeiten, gerade einmal 0,8% konnten sich diese gänzlich frei einteilen. Demgegenüber standen 63,9% die auch an Wochenenden, Feiertagen und im Schichtbetrieb arbeiteten. Von geregelten Arbeitszeiten berichteten nur 28,9% der Mediziner. Die Vermutung, dass sich diese immensen Arbeitsanforderungen und ungewöhnlichen Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte auch auf ihr Familienleben auswirken, konnte durch unsere Ergebnisse bestätigt werden. Die Arbeitszeiten der Mediziner korrelierten signifikant mit der WFC Scale, wonach längere Arbeitszeiten auch mit mehr WFC verbunden waren. Auch die Belas-

tung durch Mehrarbeit (88,4%) führte bei den Medizinerinnen dieser Stichprobe zu höherem erlebtem WFC.

Wie vorherige Studien belegen, bedingen vor allem hohe quantitative Arbeitsanforderungen häufig Konflikte zwischen Arbeits- und Familienleben. Gezeigt werden konnte dies nicht nur für Ärzte (Aminah 2010), (Østerlie et al. 2003), sondern auch für andere Berufsbilder (Yildirim et al. 2008), (Simon et al. 2004), (Demerouti et al. 2004), (Major et al. 2004), (Murray et al. 2000), (Voydanoff 1988). Ein Grund, warum das Arbeitsleben der Mediziner häufig in Konflikt mit ihrem Familienleben gerät, sind folglich, wie schon in anderen Studien dargestellt, die langen und unflexiblen Arbeitszeiten des Arztberufes (Rosta 2007), (Blum et al. 2008), (Fuss et al. 2008), (Marburger Bund 2009).

Hypothese 1:

- c) *„Eine geringe Arbeitszufriedenheit ist mit hohen Werten auf der WFC und der FWC Scale assoziiert.“*

Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Eine geringe Arbeitszufriedenheit unter den Ärztinnen und Ärzten war mit höheren Werten auf der WFC- und der FWC Scale assoziiert. Dies bedeutet, je unzufriedener die Mediziner mit ihrer Arbeit insgesamt waren, umso mehr Work Family- und Family Work Conflict erlebten sie auch.

Ein Ergebnis, welches auch anderen Studien recht eindeutig bestätigen (Fuss et al. 2008), (Grandey et al. 2005), (Zhao et al. 2011), (Anafarta 2011), (Bruck et al. 2002), (Karatepe et al. 2007), (Higgins et al. 1992). Etwas kontroverser wird in der Literatur der Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf den FWC diskutiert. Während wir eine negative Korrelation zwischen FWC und Arbeitszufriedenheit feststellen, (wobei die WFC Scale stärker mit der Arbeitszufriedenheit korrelierte als die FWC Scale) und dies durch andere Studien ebenfalls belegt wird (Zhao et al. 2011), (Aryee et al. 1999), beschreiben andere Studien keinen Effekt des FWC auf die Arbeitszufriedenheit (Karatepe et al. 2007), (Anafarta 2011). Die unterschiedliche Studienlage hierzu kann verwundern, wäre es doch vorstellbar, dass eine mit ihrem Familienleben zufriedene Person auch im Arbeitsleben leistungsfähiger ist und umgekehrt, was in der Konse-

quenz nicht nur zu einer Reduktion von erlebtem WF-, sondern auch FWC führen müsste.

Hypothese 1:

d) *„In Vollzeit arbeitende Mediziner erleben einen höheren Work Family Conflict als in Teilzeit arbeitende Mediziner.“*

Wie unsere Ergebnisse zeigen, erlebten in Vollzeit arbeitende Ärztinnen und Ärzte einen größeren Work Family Conflict als jene, welche in Teilzeit arbeiteten. Ärztinnen und Ärzte, die mehr arbeiten, haben deutlich weniger Zeit ihren privaten wie familiären Wünschen und Pflichten nachzukommen, was häufig zu einem als hoch erlebten WFC und zu Unzufriedenheit führt (Murray et al. 2000), (Kinnunen et al. 1998). Wer hingegen in Teilzeit arbeitet, hat offensichtlich mehr Zeit, um auch familiären Anforderungen gerecht zu werden, und erlebt dadurch nicht nur weniger Rollenkonflikte, sondern ist auch insgesamt mit Familien, Arbeits- und Privatleben zufriedener (Barnett et al. 2005), (Higgins et al. 2000), (Hill et al. 2004), (Lewis 1998).

Hypothese 1:

e) *„Wie sehr die beruflichen Anforderungen mit dem Familienleben kollidieren, ist bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich.“*

Unterschiede bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zeigten sich auch zwischen den Geschlechtern. Wie sich herausstellte, waren es vor allem Ärzte und nicht Ärztinnen, für welche berufliche Anforderungen mit dem Privatleben kollidierten. Der Unterschied war dabei signifikant: während Ärztinnen mit 18,63 Punkten im Durchschnitt bereits hohe Werte auf der WFC Scale erzielten, lag der Durchschnittswert der Ärzte unserer Stichprobe hier sogar bei 21,26 Punkten (Maximalwert=25).

Bezüglich der Geschlechtsunterschiede bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gelangt die Literatur zu sehr kontroversen Ergebnissen: während manche Studien keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern für die WFC Scale darlegen konnten

(Fuss et al. 2008), (Kinnunen et al. 1998), arbeiteten andere Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten heraus (Adám et al. 2009), (Warde et al. 1996). Meistens jedoch wurden, auch für Nichtmediziner, diesbezüglich Geschlechtsunterschiede beschrieben (Huan et al. 2001), (Hill 2005), (Duxbury et al. 1991), (Byron 2005), (Hoobler et al. 2009). Nur wenige Studien konnten einen größeren WFC für das männliche Geschlecht zeigen (Dumelow et al. 2000). Ein Erklärungsansatz hierfür wäre, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bisher eher den Frauen oblag, welche sich hierdurch häufiger Interrollenkonflikten ausgesetzt sahen (Bühren et al. 2011), (Heru 2005), (Adám et al. 2009), (Hoobler et al. 2009), (Warde et al. 1996).

Die Ergebnisse unserer Studie könnten einen ersten Anhalt dafür geben, dass die vorschreitende Auflösung der traditionellen Rollenverteilung nun auch unter Männern zu einem als hoch erlebten WFC führt. Anders als in der Vergangenheit, wandelt sich das Bild des modernen Mannes dahingehend, dass er nicht mehr nur der Hauptversorger der Familie ist, sondern auch Aufgaben im Bereich der Kindererziehung und des Haushaltes übernimmt (Vonhoff 2012), um den neuen Rollenerwartungen gerecht zu werden. Die hiermit durch Koordination mehrerer Rollen entstehenden zeit-, beanspruchungs- und verhaltensbasierten Interrollenkonflikte, welche bisher vor allem unter Frauen zu Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf führten, könnten nun auch zunehmend die Männerwelt betreffen. Wie die Ergebnisse unserer Studie unterstreichen, scheinen die Ärzte von diesem Trend nicht ausgenommen zu sein.

Ein weiterer denkbarer Grund, weshalb Ärzte mehr WFC erleben könnten als Ärztinnen, ist, dass diese zu einem größeren Teil in Vollzeit arbeiteten, wie 98% der Ärzte gegenüber nur 71% der Ärztinnen in der vorliegenden Studie. Dies kann, wie bereits ausführlich dargelegt, zu erhöhtem WFC führen.

4.2.2 GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE

Hypothese 2:

a) *„Ärztinnen leben seltener in Partnerschaft als Ärzte.“*

Die bisherige Literatur zeigte, dass Ärztinnen häufiger als Ärzte alleinstehend sind, in Dual Career Couples leben und seltener Kinder haben als ihre männlichen Kollegen (Bathman et al. 2011), (Bergman et al. 2003), (Buddeberg-Fischer et al. 2008).

Bezüglich der Häufigkeit der Partnerschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten kann sich unsere Studie der allgemeinen Datenlage anschließen: 93% der Ärzte gegenüber 87% der Ärztinnen der vorliegenden Studie lebten zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Beziehung, allerdings war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Die insgesamt relativ hohen Zahlen für Partnerschaften unter den Mediziner dieser Studie könnten darauf zurückgeführt werden, dass vorwiegend Mediziner, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft lebten, an der vorliegenden Studie teilnahmen, da sie sich durch das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ mehr angesprochen fühlten als ihre ledigen Kolleginnen und Kollegen. Selbiges könnte auch als Erklärungsmodell für den Altersschwerpunkt zwischen 30 und 40 Jahren und den vergleichsweise hohen Frauenanteil unter den in einer Beziehung lebenden Mediziner dieser Studie dienen.

Hypothese 2:

b) *„Ärztinnen bleiben häufiger kinderlos als Ärzte.“*

Während weniger Ärztinnen (50,7%) als Ärzte (67,4%) in unserer Studie Kinder hatten, lag die Anzahl der Kinder pro Ärztin (1,82), etwas höher als die pro Arzt (1,76). Wenn auch, vermutlich bedingt durch die geringe Fallzahl, nicht statistisch signifikant, so sind diese Ergebnisse gleichwohl inhaltlich bedeutungsvoll. Möglicherweise deuten sie darauf hin, dass Ärztinnen größere Hemmungen haben Kinder zu bekommen, als ihre männlichen Kollegen, da eine Familiengründung für sie häufiger mit

Karriereeinbußen und Weiterbildungsverzögerungen verbunden ist als für Ärzte (Abele 2010). Scheint hingegen die Entscheidung einmal für die Familie gefallen zu sein, neigen Ärztinnen dann sogar zu einer höheren Kinderzahl als Ärzte, wie unsere Zahlen zeigen. Eine aktuelle Studie von Bühren und Kollegen belegt beispielsweise, dass Ärztinnen mit Kindern deutlich zufriedener sind als Ärztinnen ohne Kinder (Bühren et al. 2011).

Insgesamt lag die Anzahl der Kinder sowohl bei den Ärztinnen (1,82), als auch bei den Ärzten (1,76), deutlich über dem deutschen Schnitt der Kinderzahl pro Frau (1,36). Da bekannt ist, dass Akademikerpaare für gewöhnlich eher zu einer geringeren Anzahl von Kindern neigen (Biedenkopf et al. 2005), (Bühren 2010a), muss dieses Ergebnis jedoch vorsichtig interpretiert werden. Es bestätigt eher die Annahme, dass das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ zu einer Selektion von Studienteilnehmern mit bestimmten soziodemographischen Merkmalen geführt hat. Folglich ist davon auszugehen, dass nicht nur Frauen zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr den Großteil der Stichprobe bildeten, sondern sich auch vermehrt Paare mit Kindern unter den Studienteilnehmern befanden. Dies kann unter Umständen zu falsch hohen durchschnittlichen Kinderzahlen in unserer Studie geführt haben.

Hypothese 2:

c) *„Das Familieneinkommen ist bei Ärztinnen häufig geringer ausgeprägt als bei Ärzten.“*

Das Nettofamilieneinkommen war bei Ärztinnen und Ärzten etwas unterschiedlich verteilt. Während knapp 17% der Ärztinnenhaushalte ein Nettofamilieneinkommen zwischen 1000 und 3000 Euro hatten, lag dieser Anteil bei den Ärzten nur bei 5%. 23% der Ärzte gegenüber 12% der Ärztinnen befanden sich im Einkommensbereich zwischen 3000 und 4000 Euro, wohingegen 57,5% der Ärztinnen und 53,5 % der Ärzte im oberen Einkommensbereich von über 4000 Euro lagen. Dabei korrelierte die Höhe des Einkommens auch signifikant mit dem Beziehungsstatus. Ärztinnen und Ärzte, die in einer Partnerschaft lebten, standen höhere Familiennettoeinkommen zur Verfügung als ihren ledigen Kolleginnen und Kollegen.

Wie sich zeigte, lag damit der Großteil der Ärztinnenhaushalte im obersten Einkommensbereich. Dies scheint zunächst im Widerspruch mit der sonstigen Literatur zu stehen, die durchweg niedrigere Einkommen für Ärztinnen beschreibt (Bühren 2010a), (Heru 2005), (Wallace et al. 2002), (Hoff 2004), (Bashaw et al. 2001), (Mcmurray et al. 2000). Bedenkt man allerdings, dass es sich bei unseren Zahlen um das Nettofamilieneinkommen handelt, bedeutet dieses Ergebnis wahrscheinlich nicht, dass etwa die Ärztinnen des medizinischen Dekanats durchschnittlich mehr verdienen als die Ärzte. Es könnte die aktuelle Literatur eher dahingehend bestätigen, dass Ärztinnen häufiger in Dual Career Couples leben als Ärzte, und somit auch ihr Nettofamilieneinkommen höher ausfällt als bei den Ärzten, welche häufiger mit Frauen zusammenleben, die nicht oder nur in Teilzeit arbeiten. Diese Vermutung wird auch gestützt durch den wesentlich höheren Anteil der Ärztinnen in den „unteren“ Einkommensklassen: ihr Anteil lag hier dreimal so hoch wie jener der Ärzte. Man könnte vermuten, dass sich hierunter die ledigen und /oder die in Teilzeit arbeitenden Ärztinnen befinden, da bei diesen das Nettofamilieneinkommen geringer ausfallen müsste.

Hypothese 2:

d) „Es sind häufiger Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten oder Elternzeit in Anspruch nehmen als Ärzte.“

Wie erwartet offenbarten sich bei der Arbeit in Voll- und Teilzeit sowie der Inanspruchnahme von Elternzeit signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Nur 2 % der Ärzte aber 29% der Ärztinnen arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung in Teilzeit. Demgegenüber standen 98% der Ärzte und 71% der Ärztinnen die in Vollzeit beschäftigt waren. Elternzeit hatten bereits 71% der Ärztinnen, aber nur 24% der Ärzte bisher in Anspruch genommen.

Wie auch andere Studien zeigen, verbringen Ärztinnen mit Kindern mehr Zeit mit der Kinderbetreuung und Pflichten im Haushalt, als ihre männlichen Kollegen. Dies reduziert häufig ihre Arbeitsstunden im Beruf (Levine et al. 2008), (Heru 2005), (Woodward et al. 1996), (Warde et al. 1996), (Keeton et al. 2007). Ähnliches bestätig-

te sich auch für die Inanspruchnahme von Elternzeit: während sich ein erheblicher Teil der Ärztinnen zumindest für einige Jahre ausschließlich der Familie widmet, macht dies nur ein geringer Anteil der Ärzte (Köhler et al. 2005).

Die Gründe, warum nach wie vor hauptsächlich Frauen Teil- und Elternzeit in Anspruch nehmen, sind sicher vielfältig.

Eine Ursache hierfür wäre die noch weit in den Köpfen verbreitete traditionelle Rollenverteilung, wie eine Studie in der Schweiz mit jungen Ärztinnen und Ärzten zeigte. Gefragt nach ihrer präferierten Arbeits- und Rollenverteilung gaben Ärztinnen „Vater in Vollzeit und Mutter in Teilzeit“, und „beide Eltern in Teilzeit“ in dieser Studie an. Ärzte plädierten für „Vater in Vollzeit und Mutter in Teilzeit“ oder „Vater in Vollzeit und Mutter gar nicht“ (Buddeberg-Fischer et al. 2008).

Doch welche Faktoren führen dazu, dass häufig noch an traditionellen Rollenbildern festgehalten wird? Ein mögliches Erklärungsmodell wäre die gesellschaftliche Akzeptanz: in Deutschland existiert weiterhin das Bild der deutschen „Rabenmutter“.

In der International Herald Tribune vom 18.01.2010 wurde über das deutsche Phänomen der „Rabenmutter“ folgendermaßen berichtet:

„Manuela Maier was branded a bad mother. A Rabenmutter, or raven mother, after the black bird that pushes chicks out of the nest. She was ostracized by other mothers, berated by neighbors and family, and screamed at in a local store. Ten years into the 21st century, most schools in Germany still end at lunchtime, a tradition that dates back nearly 250 years. That has powerfully sustained the housewife/mother image of German lore and was long credited with producing well-bred, well-read burghers. Now, a social revolution – peaceful, but profound – is driving a search for new ways of combining family life and motherhood with a more powerful role for woman. The half-day school system survived feudalism, the rise and demise of Hitler’s mother cult, the woman’s movement of the 1970s and reunification with East Germany. Now, in the face of economic necessity, it is crumbling: one of the lowest birthrates in the world, the specter of labor shortages and slipping education standards have prompted a rethink. Since 2003, nearly a fifth of Germany’s 40.000 schools have phased in afternoon programs“ (Bühren 2010b).

Die in Vollzeit berufstätige Mutter ist demzufolge noch immer mit vielen sachfremden Emotionen besetzt und stellt häufig für die Ärztinnen ein in-wie auch extrinsisches Karrierehindernis dar (Sieverding 2006).

Die Angst, die eigenen Kinder könnten im Rahmen einer Fremdbetreuung in ihrer Entwicklung Einbußen erleben, hält viele Frauen davon ab, sich beruflich zu verwirklichen, obwohl die Erfahrungen in der früheren DDR zeigen, dass die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit von Kindern unter der Erwerbstätigkeit von Müttern nicht leiden (Poser 2004). Eine weitere deutsche Besonderheit ist das „schlechte Gewissen“, welches viele Frauen entwickeln, geben sie ihre Kinder in fremde Hände. Zur Entstehung dieses schlechten Gewissens tragen dabei die Reaktionen anderer Mütter bei, die auf mütterliche Berufstätigkeit nicht solidarisches, sondern gegebenenfalls sogar ablehnend reagieren, die eigenen Erfahrungen mit berufstätiger oder nicht berufstätiger Mutter, die mangelnde Wertschätzung durch fehlende Rahmenbedingungen wie Krippenplätze (Bühren 2010b), und die negative Assoziation mit der „Feminisierung der Medizin“ (Bühren 2009).

Nicht zu vergessen ist, dass nicht nur die in- und extrinsischen Motivationen der Ärztinnen dazu führen, dass diese vorwiegend die Kinderbetreuung übernehmen. Auch für Ärzte bestehen noch erhebliche Hindernisse, wollen sie sich mehr in die Kindererziehung integrieren. Ärzte erfahren nicht nur geringere gesellschaftliche Akzeptanz, sondern müssen auch Karriereeinbußen fürchten, entscheiden sie sich der Konvention entgegen für Teilzeitarbeit oder die Inanspruchnahme von Elternzeit (Bühren 2010b). Nicht nur für Frauen hat die traditionelle Festlegung auf Familie und Haushalt gesundheitliche Konsequenzen, sondern auch für die Männer, wenn sie sich einseitig auf die Erwerbstätigkeit festlegen müssen (Bründel et al. 1999). Laut dem Kinder- und Jugendpsychiater Peter Riedesser gilt es deshalb, sich auch von alten Vaterklischees zu lösen, und das Wort Karriere für den Mann neu zu definieren. Väter sollen von Anfang an die Chance erhalten, eine eigenständige Beziehung zum Kind aufzubauen, und nicht nur als Außerstehender die Beziehung von Mutter und Kind fördern. Gelingt der Umbruch zu einer veränderten Väterlichkeit nicht, erwarte uns ein weiterer Anstieg der Sozialkosten und wirtschaftlichen Probleme (von Thadden

2006), denn heutzutage entscheiden sich bereits mehr Männer gegen Kinder als Frauen (Biedenkopf et al. 2005).

4.2.3 TEN ITEM PERSONALITY INVENTORY

Hypothese 3:

„Wie gut sich Familie und Beruf vereinen lassen, ist auch abhängig von den Persönlichkeitsmerkmalen der Ärztinnen und Ärzte.“

Seit vielen Jahren befasst sich die Wissenschaft mit der Frage, ob bei Ärzten und den unterschiedlichen Fachrichtungen der Medizin, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale dominieren (Mowbray 1989), (Stilwell et al. 2000). Die bisher inkonsistente Datenlage hierzu lässt jedoch eher vermuten, dass keine bestimmte „Arztpersönlichkeit“ existiert (Borges et al. 2002).

Die Auswirkungen verschiedener Persönlichkeitsmerkmale auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf waren ebenfalls häufig Gegenstand großer Studien (Bruck et al. 2003), (Kinnunen et al. 2003), (Judge et al. 1999), (Carlson 1999). Weitgehend unerforscht sind allerdings die Persönlichkeitsmerkmale von Ärztinnen und Ärzten im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Die Fragen, die wir uns deshalb stellen: Zeichnen sich in unserer Stichprobe bestimmte Persönlichkeitsmerkmale verstärkt ab? Beeinflussen diese den erlebten Work Family und Family Work Conflict?

Zur Erfassung der Einflüsse von Persönlichkeitsmerkmalen auf die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf, wurden die Ergebnisse des Ten Item Personality Inventory (Muck et al. 2007) mit den WFC/FWC Skalen, sowie mit Parametern, die im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesehen werden können, korreliert.

In einem ersten Schritt wurden dabei die Persönlichkeitsmerkmale der Ärztinnen und Ärzte mit der Normstichprobe von Gosling und Kollegen verglichen. Hierbei

ergaben sich hinsichtlich der Ausprägung bestimmter Eigenschaften signifikante Unterschiede: die Ärztinnen und Ärzte waren demzufolge gewissenhafter, offener und auch neurotischer als die Normstichprobe von Gosling und Kollegen.

In einem zweiten Schritt wurden dann Parameter, die im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf stehen, wie Familienstand, Vorhandensein und Anzahl der Kinder, Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, allgemeine Berufszufriedenheit, die Inanspruchnahme von Elternzeit, sowie die WFC-/FWC Scale mit dem Ten Item Personality Inventory korreliert. Für die einzelnen Persönlichkeitsmerkmale ergab sich dabei folgendes:

Extraversion:

Menschen, welche ein hohes Maß an Extraversion besitzen, werden von Costa und Mc Crae als gesellig, durchsetzungsfähig, gesprächig, aktiv, energisch, fröhlich und optimistisch beschrieben (Mc Crae et al. 2003). In unserer Studie korrelierte die Eigenschaft, extravertiert zu sein, signifikant mit der Inanspruchnahme von Elternzeit. Demnach schienen extravertierte Ärztinnen und Ärzte häufiger Elternzeit in Anspruch zu nehmen, als Kollegen, bei welchen ein anderes Persönlichkeitsmerkmal dominierte. Erklären lässt sich dieses Ergebnis eventuell damit, dass extravertierte Personen durch die oben genannten Eigenschaften dafür prädisponieren, positive Affekte zu erfahren (Watson et al. 1992) sowie dazu neigen, bei auftauchenden Schwierigkeiten problemorientierte Strategien zu entwickeln und sich schneller soziale Unterstützung zu holen (Costa et al. 1995), (Watson et al. 1996). Dies wiederum kann einen niedrigeren FWC begünstigen, wie Kinnunen und Kollegen zeigten (Kinnunen et al. 2003). Eine Verbindung von Extraversion und reduziertem FWC konnten jedoch weder unsere, noch andere Studien (Bruck et al. 2003) bestätigen. Extraversion ähnelt dem Konstrukt der positiven Affektivität (Watson et al. 1988), für welche Stoeva und Kollegen ebenfalls keinen Zusammenhang zum WFC zeigen konnten (Stoeva et al. 2002).

Neurotizismus:

Laut Costa und Mc Crae zeichnen sich neurotische Personen durch emotionale Instabilität aus und sind häufiger sorgenvoll, ängstlich, traurig oder beschämt. Wenig neurotische Personen werden von Costa und Mc Crae hingegen als emotional stabil, ausgeglichen und entspannt beschrieben, und besitzen häufiger Eigenschaften, welche mit Ruhe einhergehen (Mc Crae et al. 2003).

Für Neurotizismus erzielte unsere Stichprobe der Ärztinnen und Ärzte beim Ten Item Personality Inventory signifikant höhere Werte als die Normstichprobe von Gosling et al. Dies könnte einerseits ein Hinweis darauf sein, dass die Stichprobengröße in dieser Studie zu klein war, und die Interpretation dieses Ergebnisses deshalb eingeschränkt ist. Andererseits könnte es darauf hindeuten, dass die Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Normstichprobe vermehrt neurotisch waren. Die allgemeine Datenlage hierzu ist sehr inkonsistent, und kann unser Ergebnis nicht eindeutig bestätigen. In einem umfassenden Review untersuchten Borges und Kollegen 2002 die bis dato zu dem Thema „Persönlichkeit und Wahl des medizinischen Fachbereiches“ veröffentlichte Literatur. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass nur ein loser Zusammenhang zwischen einigen Fachbereichen der Medizin und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen besteht, sich folglich kein Fachbereich durch ein einzigartiges Persönlichkeitsmuster auszeichnet (Borges et al. 2002). Hausärzte und Pädiater neigten jedoch laut Borges und Kollegen eher dazu, neurotisch, extravertiert und verträglich zu sein, wohingegen Anästhesisten und Psychiater weniger neurotisch waren. Zu einem anderen Ergebnis kamen Deary und Kollegen, die Psychiater als eher neurotisch, offen und verträglich beschrieben (Deary et al. 1996). Während folglich kein Konsens besteht, ob sich einige Persönlichkeitsmerkmale den Ärzten oder bestimmten Fachbereichen zuordnen lassen, spiegelt die aktuelle Datenlage die negativen Auswirkungen von Neurotizismus auf die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit der Mediziner recht einheitlich wieder. Ärzte und Medizinstudenten, die ein hohes Maß an Neurotizismus aufweisen, fühlten sich in vorangegangenen Studien nicht nur weniger aufnahmefähig (Bondø 2006) und schlechter auf ihren Beruf vorbereitet (Cave et al. 2009), sondern waren auch insgesamt weniger leistungsfähig (Chen 2010). Sie gaben ein geringeres Allgemeinbefinden an (Costa Jr et al. 1981), (Okun et al. 1984), (McManus et al. 2004),

konnten schlechter mit Stress umgehen (Hills et al. 1991) und litten häufiger unter psychischen Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen, Burnout, emotionaler Verausgabung und Suizidalität (Brooke et al. 1993), (Bagby et al. 1995), (Deary et al. 1996), (Bagby et al. 1998), (Newbury-Birch et al. 2001), (Maslach et al. 2001), (Tyssen et al. 2002), (McManus et al. 2004), (Tyssen et al. 2004), (Nash et al. 2010). Die ebenfalls bisher gut belegten Zusammenhänge zwischen dem Arztberuf und dem vermehrten auftreten psychischer Erkrankungen, könnten zusammen mit diesen Ergebnissen darauf hinweisen, dass Ärztinnen und Ärzten möglicherweise manchmal neurotische Grundstrukturen haben, welche sie dafür prädisponieren, psychische Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen zu entwickeln. Dass Neurotizismus, wenn dieser gemeinsam mit ausgeprägter Gewissenhaftigkeit auftritt, allerdings auch positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann, zeigt eine Studie von Turiano und Kollegen (Turiano et al. 2013). Laut Turiano führen diese Eigenschaften in der Kombination zu einem hohen gesellschaftlichen Funktionsniveau, Zielstrebigkeit und Reflexionsvermögen, was sich wiederum gesundheitlich positiv auswirken kann. Menschen, die neurotisch und gewissenhaft zugleich sind, wägen Handlungen gründlicher ab und können hierdurch risikoreiches Verhalten reduzieren (Turiano et al. 2013).

Während sich Neurotizismus demzufolge unter Umständen auch positiv auf die Gesundheit auswirken kann, wurden die Effekte von Neurotizismus auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bisher als durchweg negativ beschrieben. Bruck und Allen (Bruck et al. 2003) beispielsweise, stellten negative Zusammenhänge zwischen Neurotizismus und WFC /FWC fest, Kinnunen und Kollegen (Kinnunen et al. 2003) beschrieben emotionale Stabilität (als Gegensatz zu Neurotizismus) und Verträglichkeit sogar als die wichtigsten Faktoren in Bezugnahme auf den Work Family Conflict. Laut Kinnunen ist emotionale Stabilität mit geringerer Verausgabung im Beruf, positiverem Familienklima und weniger Depressionen verbunden, was zu einem als niedriger erlebten Work Family Conflict beiträgt (Kinnunen et al. 2003). Diese Ergebnisse stimmen auch mit vorangegangenen Studien überein (Noor 1997), (Stoeva et al. 2002), (Watson et al. 1992), (Williams et al. 1991). Emotionale Stabilität beeinflusst das individuelle Wohlbefinden positiv: sie determiniert, wie Personen mit ihren Emotionen umgehen und hilft, positive Emotionen aufrechtzuerhalten (Judge et al. 2001),

wohingegen neurotische Personen dazu tendieren, ineffektivere Copingstrategien anzuwenden (Mc Crae et al. 1986), (Brebner 2001), (Kardum et al. 2001).

Anders als die bisher veröffentlichten Studien konnten wir keine Effekte von Neurotizismus auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zeigen. Zusammenhänge zwischen Neurotizismus, den erhobenen Parametern (Anzahl der Kinder, Arbeitszufriedenheit, Inanspruchnahme von Elternzeit, Familienstand) und der WFC-/FWC bestanden demnach bei unserer Stichprobe nicht. Verfolgt man die Annahme von Turiano, dass sich Neurotizismus in Kombination mit Gewissenhaftigkeit durchaus auch positiv auswirken kann, könnte man überlegen, ob die ebenfalls über der Normstichprobe liegenden Werte für Gewissenhaftigkeit unserer Stichprobe möglicherweise dazu führten, dass die negativen Effekte von Neurotizismus auf das Familien- und Arbeitsleben der Ärztinnen und Ärzte durch ihr hohes Maß an Gewissenhaftigkeit kompensiert wurden. In der Konsequenz hieße das, dass gewissenhafte und zugleich neurotische Mediziner weniger WFC- und FWC erfahren würden als ihre Kollegen. Diese Effekte in sich anschließenden Studien zu messen, wäre sicherlich interessant.

Gewissenhaftigkeit:

Wie unsere Ergebnisse zeigen, bestehen Zusammenhänge zwischen der Eigenschaft gewissenhaft zu sein und der FWC Scale. Demnach erleben Personen, die eher gewissenhaft sind, weniger FWC als andere. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Bruck und Allen (Bruck et al. 2003) überein, und ist möglicherweise damit zu erklären, dass Personen, welche ein hohes Maß an Gewissenhaftigkeit besitzen, vor allem zielbewusst, entschlossen, pünktlich, verlässlich, und organisiert sind, sowie meist einen starken Willen haben, ihre Ziele zu erreichen (Mc Crae et al. 2003). Es ist höchstwahrscheinlich, dass diese Eigenschaften dazu führen, dass gewissenhafte Personen über ein besseres Zeitmanagement verfügen, ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten im familiären, wie auch beruflichen Umfeld, geschickter organisieren und verlässlicher erledigen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass gewissenhafte Personen mehrere Rollen besser miteinander vereinbaren können, und folglich auch weniger Rollenkonflikte erleben (Miller et al. 1999). Gewissenhaftigkeit war in vorherigen Studien nicht nur mit Leistung in verschiedensten Bereichen der Arbeitswelt assoziiert (Barrick et al. 1991), (Salgado 1997), sondern wurde auch mit größerer Lebenszufriedenheit

(DeNeve et al. 1998), weniger Vulnerabilität gegenüber Stress (Vollrath et al. 2000) und dem selteneren Auftreten depressiver Symptome (King et al. 2003), (Chioqueta et al. 2005) in Verbindung gebracht.

Gewissenhaftigkeit scheint folglich eine eher protektive Eigenschaft gegen FWC zu sein. Erstaunlich ist jedoch, dass sich dies bisher nur für FWC, nicht aber für WFC zeigen lies. In sich anschließenden Studien wäre interessant herauszufinden, warum Gewissenhaftigkeit nur einseitig zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf führt. Eigentlich würde man vermuten, dass Personen, die gut organisiert und strukturiert sind, beispielsweise seltener Überstunden machen müssen und folglich auch weniger WFC erfahren. Ein möglicher Erklärungsansatz für den bisher nicht gefundenen Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und WFC könnte sein, dass Gewissenhaftigkeit zwar die negativen Auswirkungen der immensen Arbeitsanforderungen der heutigen Zeit puffert, aber über diesen Auffangeffekt hinaus den WFC nicht weiter reduzieren kann, wodurch sich nur eine Art Gleichgewicht einstellt, aber kein Positiveffekt im Sinne eines reduzierten WFC eintritt. Diese Hypothese kann gestützt werden durch den Umstand, dass unsere Stichprobe ein deutlich höheres Maß an Gewissenhaftigkeit zeigte als die Normstichproben von Gosling et al, und trotzdem zu einem hohen Prozentsatz Mehrarbeit leisten musste.

Verträglichkeit:

Personen, die besonders verträglich sind, zeichnen sich durch Vertrauenswürdigkeit, Offenheit, Ehrlichkeit, Selbstlosigkeit, Kooperationsbereitschaft und Bescheidenheit aus (Mc Crae et al. 2003). Bisherige Studien weisen darauf hin, dass Verträglichkeit negativ mit beruflichem Erfolg und Berufszufriedenheit korreliert, weshalb vermutet wurde, dass verträgliche Personen dazu neigen, weniger ihre eigenen Interessen zu verfolgen als andere (Judge et al. 1999), (Siebert et al. 2001). Bruck und Allen (Bruck et al. 2003) schlussfolgerten, dass besonders verträgliche Personen dazu tendieren, sich für andere zu verausgaben und hierdurch häufiger in Interrollenkonflikte verwickelt sind. Hohe Verträglichkeit war demnach mit höher erlebtem WFC assoziiert (Bruck et al. 2003), (Røvik et al. 2007). Dem entgegen steht eine Studie von Kinnunen und Kollegen (Kinnunen et al. 2003), welche eher entgegengesetzte Effekte für Ver-

träglichkeit beschreibt. Ein hohes Maß an Verträglichkeit war in der Studie von Kinnunen und Kollegen mit weniger FWC und mehr ehelicher Zufriedenheit verbunden.

Unsere Ergebnisse wiederum zeigten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Verträglichkeit, Arbeitszufriedenheit oder WFC/FWC, wodurch wir eher davon ausgehen, dass dieses Merkmal weder zu einem erhöhtem, noch zu einem reduzierten WFC/FWC führen muss. Auch eine erhöhte Bereitschaft, sich zu verausgaben, konnten wir für verträgliche Personen nicht feststellen. Unter den Big-Five scheint die Rolle des Persönlichkeitsmerkmals Verträglichkeit in Bezug auf WFC damit bisher am wenigsten verstanden (Kinnunen et al. 2003).

Offenheit für Erfahrungen:

Die Stichprobe der Ärztinnen und Ärzte zeigte für dieses Merkmal höhere Ausprägungen als die Normstichproben von Gosling und Kollegen. Dies lässt sich auf 2 Arten interpretieren. Erstens könnte dieses Ergebnis mit der kleinen Stichprobengröße unserer Studie erklärt werden. Zweitens besteht die Möglichkeit, dass Ärzte häufiger als andere Berufsgruppen das Persönlichkeitsmerkmal Offenheit exprimieren. Ein Merkmal, das von Patienten geschätzt wird, und maßgeblich zu einer besseren Arzt-Patienten Beziehung führen kann, wie eine Studie von Duberstein und Kollegen demonstrierte (Duberstein et al. 2007). Hinsichtlich der Ausprägung dieses Merkmals scheint es Geschlechtsunterschiede zu geben. So zeigte eine Studie von Magee und Kollegen, dass Ärztinnen diese Eigenschaft häufiger ausweisen als Ärzte (Magee et al. 1998). Laut Kinnunen und Kollegen besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Merkmals Offenheit und dem Bildungsstand. Demnach waren Personen mit höherem Bildungsstand offener als Menschen mit eher geringer Bildung (Kinnunen et al. 2003). Der Grund für die hohe Ausprägung dieses Merkmals in unserer Stichprobe ist somit möglicherweise nicht nur darauf zurückzuführen, dass Mediziner besonders offen sind, sondern kann auch an der Verteilung der Geschlechter und dem Bildungsstand der Stichprobe liegen. Da über die Hälfte unserer Stichprobe aus Ärztinnen bestand, und der Bildungsstand unter Medizinerinnen als eher hoch einzuschätzen ist, müsste man untersuchen, wie stark diese Faktoren unser Ergebnis beeinflussten.

Costa und Mc Crae schreiben dem Persönlichkeitsmerkmal Offenheit ein hohes Maß an Vorstellungsvermögen, Empfindsamkeit, intellektuelle Neugier, Vorliebe für Veränderungen, und unabhängigem Urteilsvermögen zu. Menschen, die besonders offen sind, zeigen demnach Neugier für innere und äußere Erlebniswelten, und sind daran interessiert, neue wie originelle Werte und Ideen zu verfolgen (Mc Crae et al. 2003). Auf Basis dieser Beschreibungen gingen Bruck und Allen davon aus, dass dem Persönlichkeitsmerkmal Offenheit keine Eigenschaften innewohnen, die sich auf den erlebten WFC oder FWC auswirken, und konnten dies auch in ihrer Studie bestätigen (Bruck et al. 2003). Kinnunen hingegen, sah in offenen Personen Menschen, die durch ihr Vorstellungsvermögen und ihre neugierige offenherzige Art auf kreative Weise neue Wege finden, um Familie und Beruf besser miteinander zu vereinen (Kinnunen et al. 2003), weshalb sie vermutete, dass Offenheit eher protektiv gegen WFC ist (Kossek et al. 1998), was sie in ihrer Studie allerdings nicht belegen konnte. Aufgrund der aktuellen Studienlage ist folglich davon auszugehen, dass sich Offenheit nicht direkt auf bisher gemessene Faktoren in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auswirkt. Die Ergebnisse unserer Studie bestätigen diese Annahme größtenteils. Wir konnten weder eine Korrelation zwischen Offenheit und den WFC/FWC Skalen nachweisen, noch bestanden Zusammenhänge zwischen diesem Persönlichkeitsmerkmal und den meisten zusätzlich erhobenen Parametern. Anders als man eventuell vermuten könnte, scheint sich Offenheit demzufolge auch nicht auf den Familienstand, das Vorhandensein und die Anzahl von Kindern, die Arbeitszufriedenheit oder die Inanspruchnahme von Elternzeit auszuwirken. Erstaunlicherweise resultierte in dieser Studie allerdings ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Merkmal Offenheit und der ERI-Ratio. Eher offene Ärztinnen und Ärzte empfanden folglich häufiger ein Aufwand-Ertrags-Ungleichgewicht als eher konservativ eingestellte Mediziner. Dieses Ergebnis kann mit vorherigen Studien nicht geteilt werden, welche keinen Zusammenhang zwischen Offenheit und der ERI-Ratio feststellten (Vearing et al. 2007). Überraschend ist dieses Resultat insofern, als dass man aufgrund der vorangegangenen Beschreibungen einen solchen Effekt bei offenen Personen eher nicht erwarten würde. Ein möglicher Erklärungsansatz wäre jedoch, dass besonders offene Personen durch ihre Vorliebe für Veränderungen unter Umständen häufiger ihren Arbeitsplatz wechseln, oder sich im bekannten Arbeitsfeld häufiger für Innovationen

einsetzen als andere. Hierdurch könnten sie möglicherweise öfter in Situationen geraten, in welchen Aufwand und Ertrag nicht mehr im Gleichgewicht stehen, im Sinne von: „Aller Anfang ist schwer“ (Publius Ovidius Naso, römischer Epiker). Weiterhin muss beachtet werden, dass dieses Ergebnis aufgrund der geringen Stichprobengröße dieser Studie mit Vorsicht interpretiert werden muss.

4.2.4 EINFLUSS DER KINDERBETREUUNG AUF DIE VEREINBARKEIT VON FAMILIE UND BERUF

Hypothese 4:

- a) *„Bestimmte Formen der Kinderbetreuung wirken sich nicht nur positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus.“*

Eine aus Interview 1 abgeleitete Hypothese ist, dass sich die Art der Kinderbetreuung auch auf die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte auswirken kann. Denn wer sein Kind gut versorgt weiß, gibt dieses nicht nur leichterem Herzens in eine Fremdbetreuung, sondern kann sich in der Folge auch konzentrierter der eigenen Arbeit widmen.

Wie bereits unter 4.2.1 ausführlich dargestellt, zeigte sich in unserer Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und erlebtem WFC. Ein niedriger WFC ist dabei mit einer höheren Arbeitszufriedenheit assoziiert (vgl. unter 4.2.1). Dies bedeutet, wenn Konflikte zwischen Arbeits- und Familienleben hin zu einer größeren Work-Life Balance reduziert werden können (z.B. durch die Einführung familienfreundlicher Maßnahmen wie betriebseigener Kinderbetreuung), führt dies auch zu einer größeren Arbeitszufriedenheit. In einigen anderen Studien konnte gezeigt werden, dass sich, durch die Einführung familienfreundlicher Maßnahmen, die Absicht unter den Arbeitnehmern, ihren Arbeitgeber zu wechseln, verringert (Greenhaus et al. 1997), (Netemeyer et al. 1996), (Thompson et al. 1999), (Hofferth et al. 2000). Der Zusammenhang zwischen vorhandener Kinderbetreuung und größerer Arbeitszufriedenheit der Eltern scheint damit durch die Literatur gut belegt. Bisher wurde im deutschsprachigen Raum jedoch noch nicht gut erforscht, ob bestimmte

Formen der Kinderbetreuung mit einer größeren Arbeitszufriedenheit assoziiert sind als andere. Führt etwa die Betreuung durch eine Tagesmutter zu einer größeren Entlastung der Eltern, und damit auch zu einer höheren Arbeitszufriedenheit als eine öffentliche oder private Betreuungseinrichtung?

Anders als durch Interview 4 dieser Arbeit vermutet, ergab sich in der vorliegenden Studie kein signifikanter Zusammenhang für bestimmte Formen der Kinderbetreuung und größerer Arbeitszufriedenheit unter den Ärztinnen und Ärzten. In die Korrelationsberechnungen flossen dabei verschiedenen Formen der Kinderbetreuung (private Kindertagesstätte, Kindertagesstätte des Uniklinikums Ulm, Betreuung durch eine Tagesmutter und Betreuung durch Verwandte) und die Arbeitszufriedenheit der Mediziner (gemessen an der ERI-Ratio) ein. Auch wenn keine bestimmte Form der Kinderbetreuung den WFC oder FWC allgemein beeinflusste, so konnten wir dennoch zeigen, dass sich der WFC reduziert, wenn die Kinder in einem Alter sind, in dem sie keiner Betreuung mehr bedürfen, und sich gleichzeitig der FWC, mit dem fehlenden Betreuungsbedarf der Kinder, vergrößert.

Das heißt, einerseits scheint das Arbeitsleben der Eltern ab einem bestimmten Alter der Kinder das Familienleben weniger zu stören, andererseits nimmt möglicherweise der Einfluss der Kinder auf das Familienleben mit steigendem Alter zu, wodurch dann neue Konflikte zwischen Familien- und Arbeitsleben für die Eltern resultieren. Dass ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder und der FWC Scale besteht, zeigten bereits andere Studien. Dabei gibt es unterschiedliche Ergebnisse dazu, welches Alter am häufigsten zu FWC führt. (Reddy et al. 2010), (Margola et al. 2003)

Hypothese 4:

- b) *„Welche Form der Kinderbetreuung gewählt werden kann, ist abhängig von der Einkommenssituation der Ärztinnen und Ärzte.“*

Aus Interview 4 ließ sich die Annahme ableiten, dass das Einkommen der Mediziner Einfluss auf die Art der von ihnen gewählten Kinderbetreuung hat, eine Annahme, die durch die Ergebnisse unserer Studie ebenfalls widerlegt werden musste. Zwischen dem Nettoeinkommen der Ärztinnen und Ärzte und der von ihnen gewählten Form

der Kinderbetreuung bestanden keine signifikanten Korrelationen, d.h. Unterschiede in den Einkommensklassen führten bei den Ärztinnen und Ärzten nicht zu bestimmten Präferenzen in der Kinderbetreuung. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass trotz der Einkommensdisparitäten innerhalb der Ärzteschaft, sich das Nettofamilieneinkommen der Studienteilnehmer insgesamt auf hohem Niveau bewegte. Möglicherweise sind hierdurch sämtliche Arten der Kinderbetreuung für den Großteil der Ärzteschaft erschwinglich, weshalb einkommensabhängige Unterschiede bei der Wahl der Kinderbetreuung verschwimmen. Interessant wäre folglich zu erforschen, ob sich signifikante einkommensabhängige Unterschiede bei der Wahl der Kinderbetreuung zwischen Ärzten, anderen Akademikern und Nicht-Akademikern in Deutschland zeigen würden. In Ländern, deren Kinderbetreuung im Vergleich zu Deutschland weniger staatlich subventioniert wird, scheinen Einkommensunterschiede für die Art und Qualität der Kinderbetreuung eine weitaus größere Rolle zu spielen (Henly et al. 2000), (Paulsell et al. 2002), (Burman et al. 2005), (Carpenter et al. 2007), (Forry 2008).

4.2.5 EFFORT-REWARD IMBALANCE QUESTIONNAIRE

Hypothese 5:

„Der Arztberuf ist gekennzeichnet durch hohe Belastung bei nur geringer Belohnung. Gleichzeitig neigen Ärztinnen und Ärzte dazu, sich zu verausgaben. Diese Eigenschaften haben Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.“

Mit Hilfe des ERI-Questionnaire wurde erfasst, ob die Ärztinnen und Ärzte dieser Stichprobe vergleichsweise hohen Belastungen bei nur geringer Belohnung im Sinne der beruflichen Gratifikationskrise von Siegrist ausgesetzt sind. Um die, sich auf diese zusätzlich negativ auswirkende, Verausgabungsneigung der Mediziner zu messen, wurde ergänzend der Overcommitment Fragebogen verwendet.

Die Annahme, dass insbesondere der Arztberuf durch hohe Belastungen gekennzeichnet ist, konnte in unseren Ergebnissen, anders als in der Literatur, nicht eindeu-

tig bestätigt werden. Zwar erzielte die vorliegende Stichprobe im Vergleich mit den Normstichproben sowohl höhere Werte auf der Effort-, als auch niedrigere Werte auf der Reward-Skala, jedoch lag bei nur 11,9% der Mediziner eine ERI-Ratio über dem Cut-Off Wert von 1 vor. Das heißt, bei nur 11,9% der vorliegenden Stichprobe bestand eine Imbalance zwischen Effort und Reward, dahingehend, dass sie mehr Effort als Reward, und damit eine besonders hohe Arbeitsbelastung erlebten. Der Anteil über dem Cut-Off Wert von 1 betrug bei Ärzten 15,1%, bei Ärztinnen 8,2%, d.h. deutlich mehr Ärzte erlebten eine Gratifikationskrise als Ärztinnen. Auch Reimer und Jurkat (Reimer et al. 1996) beschrieben höhere Belastungen unter den Ärzten, was sie damit begründeten, dass die negativen Berufsaussichten Ärztinnen weniger in ihrem Selbstwertgefühl trafen als Ärzte. Eine Studie von Aasland und Kollegen hingegen, sahen Ärztinnen als das belastetere Geschlecht an, wobei hinzugefügt werden muss, dass sich der Fokus hier mehr auf der Beurteilung emotionalen Distresses und körperlicher Symptome richtete (Aasland et al. 1997). Die Werte für Overcommitment befanden sich bei unserer Stichprobe im Normbereich, wobei 8,5% (je nach vergleichender Normstichprobe) über den dort angegebenen Werten lagen. Damit verausgabte sich durchschnittlich jeder 12. Arzt oder Ärztin für die Arbeit, was laut Siegrist die empfundene Arbeitsbelastung zusätzlich verschlechtern kann (Siegrist 2012), (Siegrist et al. 1986), (van Vegchel et al. 2005).

Recht eindeutig belegen konnte unsere Studie die negativen Auswirkungen beruflicher Gratifikationsprobleme der Ärztinnen und Ärzte auf ihr Familienleben. Korrelationsberechnungen zwischen den WFC- und FWC Skalen mit dem ERI-Questionnaire ergaben signifikant positive Korrelationen für die Effort Skala mit der WFC- und der FWC- Skala. Auch die ERI-Ratio und Overcommitment korrelierten positiv mit diesen Skalen. Umgekehrt zeigten sich für Reward und die WFC-/FWC Skalen signifikant negative Zusammenhänge. Das heißt, große Anstrengungen, als niedrig empfundene Belohnung und die Neigung, sich im Beruf zu verausgaben, führten sowohl zu höherem Work Family, als auch zu mehr Family Work Conflict. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Wang und Franche, welche die Auswirkungen beruflicher Gratifikationsprobleme auf das Familienleben der Allgemeinbevölkerung (Wang et al. 2010) und des Personals im Gesundheitswesen (Franche et al. 2006) untersuchten.

Obwohl die Zahlen der vorliegenden Studie dies nur für jeden 8. Arzt oder Ärztin zeigen konnten, belegen zahlreiche aktuelle Studien, dass die Arbeitsbelastungen von Ärztinnen und Ärzten als vergleichsweise hoch einzuschätzen sind (Hämmig et al. 2012), (Seibt et al. 2012), (Unrath et al. 2012), (Siegrist et al. 2010), (Von Dem Knesebeck et al. 2010), (Braun et al. 2008), (Buddeberg-Fischer et al. 2008), (Fuss et al. 2008), (Buddeberg-Fischer et al. 2005), (Mcmurray et al. 2000), (O'Connor et al. 2000). Dabei zeigen die Zahlen nicht nur die höheren quantitativen Arbeitsanforderungen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung, sondern auch mit anderen akademischen Berufen (Fuss et al. 2008), (Appleton et al. 1998). In einer Studie von Seibt und Kollegen beispielsweise lag die ERI Ratio der Ärztinnen deutlich ungünstiger als die der untersuchten Lehrerinnen (0,86 vs. 0,68; $p=.029$), (Seibt et al. 2012). Unterschiede in der Arbeitsbelastung bestehen außerdem zwischen den Fachbereichen der Medizin, den Geschlechtern und verschiedenen Ländern. 2008 stellten Braun und Kollegen für 19,4% der an einer Befragung teilnehmenden Psychiater ein Missverhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung fest, wodurch laut dem Anforderungs-Kontroll Modell nach Siegrist für diese erhöhter „job strain“ vorlag (Braun et al. 2008). Unter den Chirurgen zeigten bereits 22% eine erhöhte Effort-Reward Imbalance, d.h., sie sahen sich mit hohen Anforderungen bei gleichzeitig niedriger Kontrolle konfrontiert. Rund ein Fünftel der in der Studie von Dem Knesebeck und Kollegen befragten Chirurgen dachte dabei regelmäßig darüber nach, ihren Beruf aufzugeben (Von Dem Knesebeck et al. 2010). Während insgesamt für die meisten Länder eine hohe Beanspruchung im Arztberuf festgestellt werden konnte, lässt ein internationaler Vergleich vermuten, dass deutsche Ärzte ein besonders ungünstiges Missverhältnis nach dem Gratifikationsmodell von Siegrist aufweisen. Eine Studie mit Ärzten der Grundversorgung aus USA, Großbritannien und Deutschland zeigte länderspezifische Unterschiede bei der Arbeitsbelastung. Für deutsche Ärzte war diese am höchsten, gefolgt von den Ärzten aus den USA und Großbritannien (Siegrist et al. 2010). Voltmer und Kollegen berichteten für 27,6% der deutschen Ärzte eine ERI-Ratio über 1, was für ein riskantes Level an Arbeit- assoziiertem Stress spricht. Die norwegischen Ärzte derselben Studie erreichten signifikant höhere Werte auf der Skala für Reward, sowie der allgemeinen Arbeitszufriedenheit als die deutschen Ärzte (Voltmer et al. 2011).

Die Auswirkungen auf die Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden bei zu hoher Anstrengung (Effort), in Kombination mit zu geringer Belohnung (Reward), sind empirisch sehr gut belegt (Limbrecht-Ecklundt et al.). Denn eine Effort-Reward Imbalance ist nicht nur mit physiologischen Prozessen der Stressentwicklung assoziiert (Bellingrath et al. 2010), (Bellingrath et al. 2008), (Bosch et al. 2009), (Wirtz et al. 2008), (Hamer et al. 2006), (Siegrist 2005), (Vrijkotte et al. 2000), (Vrijkotte et al. 1999), sondern führt auch zu erhöhtem kardiovaskulärem Risiko (Bosma et al. 1998), (Hintsanen et al. 2007), (Mika Kivimaki et al. 2002), (M. Kivimaki et al. 2006), der Zunahme psychiatrischer Krankheiten, reduziertem subjektivem Wohlbefinden (Wege et al. 2008), sowie vermehrten krankheitsbedingten Fehltagen (Derycke et al. 2012), (Schreuder et al. 2010), (Fahlén et al. 2009), (Head et al. 2007), (Godin et al. 2004). Angemessene Wertschätzung und hohe Kontrolle über die Arbeitszeiten sind dagegen mit weniger Frühberentungen (Vahtera et al. 2010) und weniger Krankmeldungen verbunden (Roelen et al. 2009).

Das Vorliegen einer Effort-Reward Imbalance ist mit Diabetes Mellitus Typ 2 (Kumari et al. 2004), Atherosklerose (Xu et al. 2012) und koronarer Herzkrankheit (Xu et al. 2009), (Chandola et al. 2005), erhöhtem Fibrinogen (Xu et al. 2012), einer höheren Herzfrequenz bei niedrigerer Herzfrequenzvariabilität unter Frauen (Hintsanen et al. 2007), sowie mit allgemein erhöhter kardiovaskulärer Mortalität assoziiert (Mika Kivimaki et al. 2002). Das Risiko für eine koronare Herzkrankheit steigt dabei durch ERI-Imbalancen sogar bis auf das Zweifache an (Bosma et al. 1998), (Kivimaki et al. 2006). Für Overcommitment zeigte sich, dass dieses, für Frauen wie auch Männer, in männlich dominierten Arbeitsbereichen zu vermehrtem Auftreten von Myokardinfarkten führen kann (Peter et al. 2006). Ebenso gilt Overcommitment als ein unabhängiger Risikofaktor für die Restenosierung nach erfolgreicher perkutaner transluminaler koronarer Angioplastie (PTCA), (Joksimovic et al. 1999). Die psychischen Auswirkungen erlebten Ungleichgewichts zwischen beruflichen Anforderungen und erhaltener Anerkennung sind immens. Effort-Reward Imbalancen stellen Risikofaktoren für Alkoholabhängigkeit (Head et al. 2004), Drogenmissbrauch (Bourbonnais et al. 2010), dem Auftreten von Schlafstörungen (Rugulies, Norborg, et al. 2009) sowie affektiven Störungen (Lehr et al. 2009) dar. Besonders gut untersucht ist der Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und vermehrtem Auftreten von Depressionen (Chen

et al. 2011), (Wang et al. 2010), (Yu et al. 2008), (Park et al. 2009), (Pikhart et al. 2004), (Tsutsumi et al. 2001). Chronische Müdigkeit und Burnout (Unterbrink et al. 2007), (Wada et al. 2008), (Von dem Knesebeck et al. 2010), (Tsai et al. 2010) psychosomatische (Yu et al. 2008), (Van Vegchel et al. 2001) und körperliche Beschwerden, (Krause et al. 2010), (Maki et al. 2008) reduzierte Lebensqualität bzw. subjektives Wohlbefinden (Salavecz et al. 2010), (Rugulies, Aust, et al. 2009), (Shimazu et al. 2009), (Ertel et al. 2005), (Watanabe et al. 2008), (Janzen et al. 2007), (Li et al. 2006), (Kudielka et al. 2005), (Pikhart et al. 2001), erhöhte Arbeitsunzufriedenheit (Yu et al. 2008), (Van Vegchel et al. 2001) und vermehrtes Auftreten chronischer Krankheiten (Krause, Rugulies, et al. 2010) sind weitere Folgen der Imbalancen.

Unter Ärzten sind die Faktoren, welche zu erlebtem Stress führen, vorrangig die Einschränkung von Arbeitsautonomie (Siegrist et al. 2010), die hohen quantitativen Arbeitsanforderungen und Kontrollverlust über die selbigen (Keeton et al. 2007), (Voltmer et al. 2011), (Kursner et al. 2007), (Røvik et al. 2007) eine gewisse Abnahme der Wertschätzung des Arztberufes (Kursner et al. 2007), (Bestmann et al. 2010) sowie die oft fehlenden Möglichkeiten zur Kinderbetreuung (Bestmann et al. 2010). Je mehr die Handlungsspielräume der Ärztinnen und Ärzte durch Ressourcenrestriktionen und Mengenvorgaben geschmälert werden, umso weniger Arbeitszufriedenheit wird berichtet. Auch Wirtschaftlichkeitsdruck, entstanden durch die Einführung von Kopfpauschalen, wirkt sich negativ auf diese aus (Gothe et al. 2007). Eine Studie mit chinesischen Ärzten zeigt, dass Stressfaktoren unterschiedlich stark mit dem Geschlecht korrelieren. Während für Ärzte Kontrollelemente bei der Arbeit von wesentlicher Bedeutung für die Gesundheit sind, spielt für Ärztinnen die Wertschätzung ihrer Arbeit die wichtigste Rolle (Li et al. 2006). Als besondere Belastung unter Ärztinnen und Ärzten wurden länderübergreifend der Berufseinstieg und die ersten Jahre der Assistenzarztzeit beschrieben (Abele 2001), (Buddeberg-Fischer et al. 2005), (Firth-Cozens et al. 1998), (Levey 2001), (Peterlini et al. 2002), (Alfermann et al. 2006), (Stiller et al. 2008), (Von Dem Knesebeck et al. 2010).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich als hoch erlebte Imbalancen zwischen beruflicher Anstrengung und erfahrener Wertschätzung, gemeinsam mit einer Verausgabungstendenz, nicht nur, wie die Zahlen unserer Studie belegen, negativ auf

das Familienleben der Ärztinnen und Ärzte auswirken, sondern auch immense Folgen für deren körperliche wie psychische Gesundheit haben können, wie die aktuelle Literatur hierzu eindrücklich zeigt. Die daraus resultierend beeinträchtigte Leistungsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte kann verheerende Konsequenzen für die Patientenversorgung haben (Arnetz 2001), (Firth-Cozens 2001). Ärzte, die starken Arbeitsbelastungen und damit verbundenem Stress ausgesetzt sind, tendieren dazu, Patienten medizinisch wie auch psychologisch schlechter zu betreuen (Arnetz 2001). Beispielsweise zeigt eine 2010 mit Chirurgen durchgeführte Studie Erschreckendes: 44% der hier befragten Chirurgen gab an, die Qualität ihrer Patientenversorgung sei manchmal oder oft durch eigene Überarbeitung beeinträchtigt (Von Dem Knesebeck et al. 2010).

Wollen Krankenhäuser künftig eine angemessene Patientenversorgung gewährleisten, scheint es folglich nicht nur sinnvoll, sondern auch notwendig, die Arbeitsbelastungen der Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren.

4.2.6 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-4

Hypothese 6:

„Unter Ärztinnen und Ärzten findet man häufig Kardinalsymptome für Angststörungen und Depressionen, was sich negativ auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auswirkt.“

Angststörungen und Depressionen gehören heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Das Lebenszeitrisiko, an einer Depression zu erkranken, liegt mittlerweile bei 15-17% für die deutsche Bevölkerung (Möller et al. 2009), die Punktprävalenz für diese Erkrankung bei 5-10%. 15% der Deutschen werden im Laufe ihres Lebens an einer Angststörung leiden, bei der Punktprävalenz geht man von 7% aus (Möller et al. 2009). Wie die Studienlage zeigt, finden sich unter den Ärztinnen und Ärzten noch häufiger Angststörungen, Depressionen und Burnout als in der Allgemeinbevölkerung (Braun et al. 2008), (Pracht et al. 2009), (Berberich et al. 2006), (Benbow et al. 2002).

Zur Erfassung der Kernsymptome von Angststörungen und Depressionen der Ärztinnen und Ärzte in unserer Stichprobe, verwendeten wir den Patient Health Questionnaire (PHQ-4), eine ultra kurze Screeningmethode für Angststörungen und Depressionen (Kroenke et al. 2009).

Die Ergebnisse des PHQ-4 bestätigten unsere Vermutung, dass Ärztinnen und Ärzte häufiger an Angststörungen oder Depressionen leiden: 33,6% der Befragten wiesen Symptome einer milden, 5,9% einer moderaten und 6,7% einer schweren Depression oder Angststörung auf, womit zusammengenommen 46,2% der Ärztinnen und Ärzte zum Befragungszeitraum an einer der beiden Störungen, oder an einer aus beiden kombinierten Störung litten, womit die vorliegende Studie zu sehr ähnlichen Zahlen gelangt wie eine Studie von Braun und Kollegen, in welcher gemäß ICD-10 Kriterien ca. 44,6% der teilnehmenden Ärztinnen oder Ärzten bereits einmal an einer Depression litten (Braun et al. 2008). Zählt man die Punktprävalenzen von Angststörungen (7%) und Depressionen (10%) in der Allgemeinbevölkerung zusammen, so erhält man eine Punktprävalenz von ca. 17% für beide Störungen. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte dieser Studie, die an einer Angststörung oder Depression litten, übersteigt mit einer Punktprävalenz von 46,2% folglich die der Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches. Auch das Suizidrisiko scheint bei Medizinern gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht zu sein (Reimer et al. 2005). Eine aktuelle Studie von Reinhard Lindner ergab, dass das Suizidrisiko unter Ärzten 1,1-2,4-fach und bei Ärztinnen 2,3-5,6-fach höher ist, als in der Gesamtbevölkerung (Lindner 2012).

Die Gründe hierfür sind sicher vielfältig. Immer wieder im Zusammenhang mit Angststörungen, Depressionen und Burnout genannt werden jedoch die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte, und der damit für sie verbundene Work Family Conflict.

Um folglich Zusammenhänge zwischen Angststörungen, Depressionen und dem WFC der Ärztinnen und Ärzte zu ermitteln, wurde die WFC Scale mit dem PHQ-4 korreliert. Mit $r=.333$; $p<.001$ ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen hohen Werten im PHQ-4 und hohen Werten in der WFC Scale. Dieses Ergebnis könnte unsere Vermutung bestätigen, dass ein als hoch erlebter WFC negative Folgen für die psychische Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte haben kann.

Wie Ohta und Kollegen. beispielsweise feststellten, führt der häufig erlebte WFC zu erhöhter Erschöpfung unter den Ärztinnen und Ärzten und wirkt sich hierdurch auch negativ auf die Krankenhausversorgung aus (Ohta et al. 2011). Adám und Kollegen sahen im WFC einen signifikanten Vorhersagewert für Burnout, der vor allen Dingen bei Frauen ausgeprägt war (Adám et al. 2008). Aminah und Kollegen fanden heraus, dass gerade die Rollenüberlastung bei dem Versuch, Familie und Beruf zu vereinen, zu erhöhtem WFC führt, welcher in emotionaler Erschöpfung mündet (Aminah 2010). Auch Studien von Fuß und Kollegen sowie Innstrand und Kollegen kamen zu diesen Ergebnissen (Fuss et al. 2008), (Innstrand et al. 2008). Der Zusammenhang zwischen Work Family Conflict und Depressionen scheint dabei nicht neu zu sein. 1997 beschrieben Frone und Kollegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen WFC und Depressionen. WFC führte hier bei Eltern sowohl zu Depressionen, als auch zu erhöhtem Alkoholkonsum (Frone et al. 1997). In die Überlegungen mit einzuschließen wäre allerdings auch, dass möglicherweise erst durch psychische Erkrankungen der Mediziner ein größerer WFC entsteht.

4.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Die zentrale Fragestellung dieser Dissertation war, wie gut sich Familie und Beruf für die Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Fakultät vereinen lassen, um gegebenenfalls Optimierungsmaßnahmen hieraus ableiten zu können.

In den Ergebnissen dieser Arbeit wurde deutlich, dass der Arztberuf durch spezifische Belastungen gekennzeichnet ist, die sich negativ auf das Familienleben auswirken. Die, wie im Einleitungsteil bereits beschriebenen, hohen quantitativen Arbeitsanforderungen, die geringe Flexibilität des Arztberufes, die Belastungen durch regelmäßige Mehrarbeit, sowie eine geringe Arbeitszufriedenheit führten auch in der Stichprobe der vorliegenden Studie zu Konflikten zwischen Arbeits- und Familienleben, und einer damit gegenüber allen Normstichproben schlechteren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Einfluss auf den von Ärztinnen und Ärzten als überdurchschnittlich hoch erlebten Work Family Conflict hatten desweiteren das Geschlecht, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, sowie ein Ungleichgewicht von Anforderungen

und Kontrollmöglichkeiten bei der Arbeit. Auch Angststörungen und Depressionen standen im Zusammenhang mit hoch erlebtem WFC, wobei aus unserer Studie nicht hervorgeht, ob diese psychischen Erkrankungen erst durch WFC hervorgerufen werden, oder diesen vielmehr bedingen. Anders als erwartet, war der Einfluss unterschiedlicher Kinderbetreuungsmöglichkeiten nicht wesentlich für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wohl aber die fehlende Betreuungsbedürftigkeit. Denn befanden sich die Kinder der Ärztinnen und Ärzte in einem Alter, in welchem sie keiner Betreuung mehr bedurften, reduzierte sich hierdurch der WFC.

Aus diesen Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Fakultät in Ulm trotz der bereits eingeführten familienfreundlichen Maßnahmen nach wie vor nicht optimal zu sein scheint. Um, wie im Einleitungsteil ausführlich beschrieben, die jungen Ärztinnen und Ärzte nicht ins Ausland oder einen patientenfernen Beruf zu verlieren, und dem steigenden Ärztemangel somit entgegenzuwirken, müssen nicht nur familienfreundlichen Strukturen weiter ausgebaut, sondern vor allem auch arzt spezifische Berufsprobleme reduziert werden.

Wie aus dieser Studie hervorgeht, sind es vornehmlich die immens hohen quantitativen Arbeitsanforderungen, die es den Ärztinnen und Ärzten erschweren, ein ungestörtes Familienleben zu genießen. Ein erster und wichtiger Schritt wäre folglich, verstärkt dafür zu sorgen, dass Ärztinnen und Ärzte die gesetzliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden pro Woche nicht überschreiten, um damit die von ihnen als durchweg belastend empfundene Mehrarbeit zu reduzieren. In Form objektiver Zeiterfassungssysteme könnte diese zunächst registriert werden, um in einem zweiten Schritt gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten die Ursachen der Mehrarbeit zu suchen und zu beseitigen. In einzelnen Fällen könnte dann auch überlegt werden, diese monetär oder durch Freizeitausgleich zu entschädigen.

Der mit hohem Zeitaufwand vergesellschaftete bürokratische Mehraufwand, welcher sich im Arztberuf zunehmend abzeichnet, bietet eine weitere Ansatzmöglichkeit für Veränderung. Um die als belastend empfundene und zeitraubende bürokratische Arbeit im stationären Bereich zu verringern, würde sich die Einstellung ausgebildeter Stationssekretärinnen anbieten, welche Seite an Seite mit den Ärztinnen und Ärzten

arbeiten könnten. Die hierdurch für die Ärztinnen und Ärzte zusätzlich gewonnene Zeit, könnte Raum für mehr Patientenkontakt schaffen, und somit zu einer wesentlich größeren Zufriedenheit sowohl auf ärztlicher, als auch auf Patientenseite beitragen.

Während hohe quantitative Arbeitsanforderungen zu einer eher schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf führen können, zeigte sich Teilzeitarbeit in unserer Studie als protektiver Faktor gegen WFC. Kliniken, welche eine familienfreundliche Unternehmenskultur verfolgen möchten, sollten demnach ihre Teilzeitangebote weiter ausbauen. Nicht nur in Hinblick auf den steigenden Frauenanteil in der Medizin würde dies sinnvoll erscheinen. Auch für Väter könnte diese Maßnahme eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf bedeuten.

Ein weiterer Ansatzpunkt für eine größere Arbeitszufriedenheit unter Ärztinnen und Ärzten wäre, die unter 4.2.5 beschriebenen Diskrepanzen zwischen Anforderungen (Verantwortung, Zeitdruck, quantitative Zunahme der Arbeit, Überstunden) und Kontrollmöglichkeiten, bzw. erhaltener Belohnung (Wertschätzung durch Patienten, Vorgesetzte und Kollegen, angemessener Lohn, Unterstützung und Arbeitsplatzsicherheit) des Arztberufs im Sinne des beruflichen Gratifikationsmodells von Siegrist zu verringern. Wie unsere Studie nämlich zeigen konnte, beeinträchtigt ein Ungleichgewicht zwischen diesen Bereichen nicht nur das Familien- und Arbeitsleben der Mediziner, sondern schadet auch deren körperlicher und geistiger Gesundheit auf vielfältige Art und Weise. Dies wirkt sich nicht zuletzt negativ auf die Patientenversorgung aus und kann damit weder von Arzt- noch von Patientenseite so gewollt sein. Um folglich für die Ärztinnen und Ärzte eine gesunde Balance zwischen Anforderungen und „Belohnungen“ herzustellen, sollte künftig der hohe Zeit- und Wirtschaftlichkeitsdruck (vgl. Einleitungsteil dieser Arbeit), welcher zunehmend auf der Ärzteschaft lastet, reduziert, und damit die Autonomie der Ärztinnen und Ärzte gestärkt werden. Denn eine Medizin, von welcher man den Eindruck bekommen könnte, sie sei von Juristen und Ökonomen diktiert, scheint nicht patientenorientiert, und damit belastend für alle Beteiligten zu sein.

Auch der Aspekt der Verantwortung im Arztberuf sollte nicht unberücksichtigt bleiben. Wie bereits beschrieben, werden gerade die ersten Jahre der Assistenzarztzeit als besonders beschwerlich empfunden. Dies liegt unter anderem daran, dass sich die

jungen Ärztinnen und Ärzte in den ersten Jahren der Assistenzarztzeit häufig mit einer immensen Verantwortung alleine gelassen fühlen. Eine engere Betreuung durch Vorgesetzte und die Einführung von Supervisionsprogrammen, wie sie im Rahmen psychotherapeutischer Ausbildungen bereits bestehen, wären hier sinnvolle Maßnahmen, um die Ärztinnen und Ärzte in den Anfangsjahren besser zu begleiten. Eventuell könnte dies auf Dauer auch zur Reduktion psychischer Erkrankungen unter Mediziner*innen führen, welche, wie unsere Studie eindrücklich zeigen konnte, beinahe jeden 2. Arzt/Ärztin dieser Stichprobe betreffen. Ebenfalls könnte die Schwelle, in Belastungssituationen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen (welche unter Mediziner*innen bis dato relativ hoch ist), hierdurch eventuell gesenkt werden.

Desweiteren scheint die Rolle von Persönlichkeitsmerkmalen in Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht unerheblich zu sein. Wie unsere Ergebnisse darlegen, kann ein hohes Maß an Gewissenhaftigkeit den WFC reduzieren. Beispielnehmend an Krasner und Kollegen (Krasner et al. 2009), welche zeigen konnten, dass sich durch die Einführung von Achtsamkeitsseminaren eine höhere emotionale Stabilität, mehr Gewissenhaftigkeit und weniger Burnout unter Ärztinnen und Ärzten erreichen lässt, könnten auch die vorliegenden Ergebnisse zum Anlass genommen werden, mit Hilfe von Seminaren die Organisations- und Planungskompetenzen unter Mediziner*innen auszubauen, und ihnen damit zu mehr Gewissenhaftigkeit und weniger WFC verhelfen zu können.

Nicht zuletzt gehört zu einer zufriedenstellenden Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch eine gute Kinderbetreuung. Während der quantitative Teil dieser Studie hierzu kein eindrückliches Ergebnis zeigen konnte, wird die Bedeutung einer guten Kinderbetreuung durch den qualitativen Erhebungsteil dieser Arbeit deutlich. Alle hier interviewten Ärztinnen und Ärzte mit Kindern sahen in der Kinderbetreuung eine sehr wichtige Maßnahme zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf, und nahmen diese auch in unterschiedlichem Ausmaß und Form in Anspruch. Dabei wurden die bereits zur Verbesserung der Familienfreundlichkeit eingeführten Kinderbetreuungsangebote der Universität Ulm zwar als positiv, aber noch durchaus ausbaufähig bewertet.

Wünsche, die aus den Interviews hervorgingen waren vordergründig die Anpassung der Kinderbetreuungszeiten an die umfangreichen und ungewöhnlichen Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte, sowie der Ausbau der Kindertagesstättenplätze im Allgemeinen. Wünsche, mit welchen die Ulmer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nicht alleine sind.

Aus dieser umfangreichen Arbeit wird ersichtlich, wie vielschichtig das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Fakultät, Universität Ulm“ ist, und welche Wichtigkeit der Miteinbeziehung diverser kontextueller Variablen zukommt. Die Autorin dieser Dissertation hofft, die jetzige Situation der Ärztinnen und Ärzte der medizinischen Fakultät in Ulm umfassend abgebildet, die Bedeutung einer guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf für diese dargestellt, und Denkanstöße für Verbesserungsmaßnahmen gegeben zu haben.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Mit den zunehmend in der medizinischen Versorgung wahrgenommenen Engpässen, steigt nicht nur das öffentliche Interesse am wachsenden Ärztemangel, sondern auch die Notwendigkeit der Ursachenforschung des selbigen. Trotz steigender Arztzahlen sieht sich Deutschland mit einem stetig zunehmenden Ärztemangel konfrontiert, der nicht nur durch Bedarfssteigerung im Rahmen des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts erklärt werden kann. Vielmehr gehen den deutschen Kliniken die Ärzte durch Abwanderung ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeitsfelder verloren, in welchen sie sich vorrangig bessere Arbeitsbedingungen und damit auch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf erhoffen. Berücksichtigt werden muss auch der steigende Anteil von Ärztinnen, die momentan durch die noch mangelhafte Vereinbarkeit von Familie und Beruf weniger Arbeitsvolumen zur Verfügung stellen als Ärzte, und damit zum Ärztemangel beitragen könnten, werden in Zukunft keine Maßnahmen etabliert, welche die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf verbessern.

Ziel der vorliegenden Arbeit war festzustellen, wie gut sich Familie und Beruf für die Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Fakultät an der Universität Ulm aktuell vereinbaren lassen, um gegebenenfalls weitere Optimierungsmaßnahmen hieraus ableiten zu können.

Mit Hilfe qualitativer und quantitativer Messmethoden wurden nicht nur geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten herausgearbeitet, sondern auch Aspekte der Arbeitsbelastung, der Kinderbetreuung und der Persönlichkeit berücksichtigt. Die bekanntlich unter Ärztinnen und Ärzten zunehmenden psychischen Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen, wurden ebenfalls mit in die Erhebung einbezogen. Als qualitative Erhebungsmethode dienten qualitative Interviews, welche vorwiegend zur Hypothesengenerierung genutzt wurden.

Zur quantitativen Datenerfassung wurden die Work and Family- und Family and Work Conflict Scale, der Ten Item Personality Inventory, der Effort-Reward Imbalan-

ce Questionnaire, der Patient-Health-Questionnaire-4 sowie ein demografischer Fragebogen verwendet.

Wie die Zusammensetzung der Stichprobe zeigte, scheint die Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem für Ärztinnen und Ärzte zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr von großer Relevanz zu sein. Von den $n = 121$ an der Studie teilnehmenden Probanden stellte diese Altersgruppe mit 65,3% den größten Teil der Studienteilnehmer. Wenn auch statistisch nicht signifikant, so lebten die Ärzte dieser Stichprobe häufiger in einer Beziehung und hatten öfter Kinder als ihre weiblichen Kolleginnen. Anders als unter den Ärztinnen, arbeitete nur ein schwindend geringer Anteil der Ärzte in Teilzeit, oder nahm Elternzeit in Anspruch. Allen Ärztinnen und Ärzten jedoch gemeinsam war die gegenüber allen Normstichproben schlechtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wie die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, führten vor allen Dingen die hohen quantitativen Arbeitsanforderungen, die Belastung durch regelmäßige Mehrarbeit, eine vergleichsweise hohe Arbeitsunzufriedenheit sowie ein Ungleichgewicht von Anforderungen und Kontrollmöglichkeiten im Beruf zu vermehrten Konflikten zwischen Arbeits- und Familienleben. Auch die bei 46,2% der Stichprobe zum Erhebungszeitpunkt vorliegenden Angststörungen oder Depressionen gingen mit erhöhtem Konflikterleben zwischen familiärem und beruflichem Umfeld einher. Reduzieren konnte sich das Konflikterleben durch die Inanspruchnahme von Teilzeitarbeit. Während sich das Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit in dieser Studie als protektiv gegen Family Work Conflict herausstellte, zeigten sich für die beiden anderen in der Stichprobe dominierenden Eigenschaften Offenheit und Neurotizismus keine direkten Einflüsse auf die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf.

Aus den Ergebnissen dieser Studie kann schlussgefolgert werden, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm, trotz bereits eingeführter familienfreundlicher Maßnahmen, nach wie vor nicht optimal ist. Um die jungen Ärztinnen und Ärzte nicht ins Ausland oder einen patientenfernen Beruf zu verlieren, und somit dem steigenden Ärztemangel zu begegnen, müssen folglich nicht nur familienfreundliche Strukturen weiter ausgebaut, sondern vor allem auch arzt spezifische Berufsprobleme reduziert werden.

6 LITERATURVERZEICHNIS

1. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H: Health Complaints and Job Stress in Norwegian Physicians: The Use of an Overlapping Questionnaire Design *Soc Sci Med* 45: 1615–1629 (1997)
2. Abele AE: Arztberuf: Zwischen Erwartung und Realität *Dtsch Arztebl* 98: (2001) <http://www.aerzteblatt.de/archiv/29456/Arztberuf-Zwischen-Erwartung-und-Realitaet> (14.08.2012)
3. Abele AE: Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In *Karriereplan. für Ärztinnen* eds. Susanne Dettmer, Gabriele Kaczmarczyk, and Astrid Bühren. Heidelberg: Springer: 35–57 (2006)
4. Abele AE: Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. In *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* eds. Friedrich Wilhelm Schwartz and Peter Angerer. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 149–158 (2010)
5. Adám S, Györffy Z, László K: High Prevalence of Job Dissatisfaction Among Female Physicians: Work-Family Conflict as a Potential Stressor *Orv Hetil* 150: 1451–1456 (2009)
6. Adám S, Györffy Z, Susánszky E: Physician Burnout in Hungary: a Potential Role for Work-Family Conflict. *J Health Psychol* 13: 847–856 (2008)
7. AG-Gesundheitspolitik: Wie wünscht ihr euch eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus? Eine Umfrage der AG Gesundheitspolitik der Medizinistudierenden in Deutschland e.V. Berlin (2005)
8. Alfermann D, Stiller J: Arztberuf im Wandel? Geschlecht, Gesundheit und berufliche Belastung. In *Gesundh. im Ges. Wandel. Altersspezifik und Geschlechterrollen* eds. Andreas Hinz and Oliver Decker. Giessen: Psychosozial: 93–106 (2006)
9. Aminah A: Work-Family Conflict Among Junior Physicians: Its Mediating Role in the Relationship Between Role Overload and Emotional Exhaustion *J Soc Sci* 6: 265–271 (2010)
10. Anafarta N: The Relationship Between Work-Family Conflict and Job Satisfaction: a Structural Equation Modeling (SEM) Approach *Int J Bus Manag* 6: 168–177 (2011)
11. Appleton K, House A, Dowell A: A Survey of Job Satisfaction, Sources of Stress and Psychological Symptoms Among General Practitioners in Leeds *Br J Gen Pract* 48: 1059–1063 (1998)
12. Arnetz BB: Psychosocial Challenges Facing Physicians of Today *Soc Sci Med* 52: 203–213 (2001)

13. Aryee S, Luk V, Leung A, Lo S: Role Stressors, Interrole Conflict, and Well-Being: The Moderating Influence of Spousal Support and Coping Behaviors Among Employed Parents in Hong Kong *J Vocat Behav* 54: 259–278 (1999)
14. Bagby R Michael, Rector Neil A: Self-Criticism, Dependency and the Five Factor Model of Personality in Depression: Assessing Construct Overlap *Pers Individ Dif* 24: 895–897 (1998)
15. Bagby RM, Joffe RT, Parker JDA, Kalemka V, Harkness KL: Major Depression and the Five-Factor Model of Personality *J Pers Disord* 9: 224–234 (1995)
16. Barnett RC, Gareis KC, Carr PL: Career Satisfaction and Retention of a Sample of Women Physicians Who Work Reduced Hours *J Womens Heal* 2002 14: 146–153 (2005)
17. Barrick MR, Mout MK: The Big Five Personality Dimensions and Job Performance: a Meta-Analysis *Pers Psychol* 44: 1–26 (1991)
18. Bashaw DJ, Heywood JS: The Gender Earnings Gap for US Physicians: Has Equality Been Achieved? *Labour* 15: 371–391 (2001)
19. Bathman N, Müller D, Cornelißen W: Kinder, Karriere, Krisen: Warum Karrieren von Frauen in Paarbeziehungen scheitern oder gelingen. In *Berufliche Karrieren von Frauen* eds. Waltraud Cornelißen, Ruth Becker, and Alessandra Rusconi. Wiesbaden: Springer: 105–149 (2011)
20. Bellingrath S, Rohleder N, Kudielka BM: Healthy Working School Teachers with High Effort-Reward-Imbalance and Overcommitment Show Increased Pro-Inflammatory Immune Activity and a Dampened Innate Immune Defence *Brain Behav Immun* 24: 1332–1339 (2010)
21. Bellingrath S, Weigl T, Kudielka BM: Cortisol Dysregulation in School Teachers in Relation to Burnout, Vital Exhaustion, and Effort-Reward-Imbalance *Biol Psychol* 78: 104–113 (2008)
22. Benbow S, Jolley DJ: Burnout and Stress Amongst Old Age Psychiatrists *Int J Geriatr Psychiatry* 17: 710–714 (2002)
23. Berberich HJ, Brähler E: Lebenszufriedenheit, gesundheitliches Befinden und Berufszufriedenheit bei niedergelassenen Urologinnen und Urologen *Urologe* 45: 933–938 (2006)
24. Bergman B, Ahmad F, Stewart D: Physician Health, Stress and Gender at a University Hospital *J Psychosom Res* 54: 171–178 (2003)
25. Bestmann B, Küchler T, Henne-Bruns D: Zufriedenheit unter deutschen Ärztinnen und Ärzten-Ergebnisse einer empirischen Umfrage. In *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* eds. Friedrich Wilhelm Schwartz and Peter Angerer. Hannover: Deutscher Ärzte-Verlag: 209–218 (2010)

26. Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Küchler T: Berufsreport 2003. Geschlechterunterschiede im Beruf Dtsch Arztebl 101: 776–779 (2004)
27. Biedenkopf K, Bertram H, Käßman M, Kirchof P, Niejahr E, Sinn H-W, Willekens F: Starke Familie. Bericht der Kommission “Familie und demographischer Wandel.” Stuttgart (2005)
28. Blum K, Löffert S: Ärztemangel im Krankenhaus- Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen- Forschungsgutachten Im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf (2010)
29. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2011. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf (2011)
30. Blum K, Offermanns M, Perner P: Dtsch. Krankenhausinstitut Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008. Düsseldorf (2008)
31. BMGS: Gutachten Zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland. Hamburg (2004)
32. Bondø LKC: Course and Predictors of Perceived Recording Skills Among Norwegian Young Doctors. A Ten- Year Longitudinal Study. Oslo (2006)
33. Borges N, Savickas M: Personality and Medical Specialty Choice. J career Assess 10: 362-380 (2002)
34. Bosch JA, Fischer JE, Fischer JC: Psychologically Adverse Work Conditions Are Associated with CD8+ T Cell Differentiation Indicative of Immunesenescence. Brain Behav Immun 23: 527–534 (2009)
35. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M: Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. Am J Public Health 88: 68–74 (1998)
36. Bourbonnais R, Jauvin N, Dussault J, Vézina M: Psychosocial Work Environment, Interpersonal Violence at Work and Psychotropic Drug Use Among Correctional Officers. Int J Law Psychiatry 30: 355–368 (2010)
37. Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C: Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz? Prim Care 5: 222–228 (2005)
38. Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Kessler H, Beck J, Beschoner P, Freudenmann R: Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Psychiatern und Nervenärzten Nervenheilkunde 27: 800–804 (2008)
39. Braun M, Traue H, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann R, Mehta T, Beschoner P: Burnout, Depressivität und Effort-Reward-Imbalance bei deutschen Psychiatern Psychother Psychosom Medizinische Psychol 58: 12 (2008)
40. Brebner J: Personality and Stress Coping Pers Individ Dif 31: 317–327 (2001)

41. Brisson C, Laflamme N, Moisan J, Milot A, Mâsse B, Vézina M: Effect of Family Responsibilities and Job Strain on Ambulatory Blood Pressure Among White-Collar Women. *Psychosom Med* 61: 205–213 (1999)
42. Brooke D, Edwards G, Andrews T: Doctors and Substance Misuse: Types of Doctors, Types of Problems *Addiction* 88: 655–663 (1993)
43. Bruck CS, Allen TD: The Relationship Between Big Five Personality Traits, Negative Affectivity, Type A Behavior, and Work–family Conflict *J Vocat Behav* 63: 457–472 (2003)
44. Bruck CS, Allen TD, Spector PE: The Relation Between Work–family Conflict and Job Satisfaction: a Finer-Grained Analysis *J Vocat Behav* 60: 336–353 (2002)
45. Bründel H, Hurrelmann K: Die positiven Auswirkungen der Rollenvielfalt. In Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann eds. Heidrun Bründel and K. Hurrelmann. Stuttgart: Kohlhammer:172-178 (1999)
46. Buddeberg-Fischer B., Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Klaghofer R: Work Stress, Health and Satisfaction of Life in Young Doctors. Results of a Longitudinal Study in Switzerland *Dtsch medizinische Wochenschrift* 133: 2441–2447 (2008)
47. Buddeberg-Fischer Barbara, Klaghofer R, Buddeberg C: Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. *Z Psychosom Med Psychother* 51: 163–178 (2005)
48. Buddeberg-Fischer Barbara, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C: Work Stress and Reduced Health in Young Physicians: Prospective Evidence from Swiss Residents. *Int Arch Occup Environ Health* 82: 31–38 (2008)
49. Buddeberg-Fischer Barbara, Stamm M, Klaghofer R: Family and Career Planning in Young Physicians *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 48: 234–240 (2008)
50. Bühren A: Ärztinnen. Mehr als nur Lückenbüßerinnen *Dtsch Arztebl* 106: 20 (2009)
51. Bühren A: Einleitung. In *Fam. Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte* eds. Astrid Bühren and A.E. Schoeller. Berlin: Bundesärztekammer: 11–14 (2010a)
52. Bühren A: Gesellschaftliche Normen: Erschwernisse der Work-Life Balance berufstätiger Mütter und Väter. In *Fam. Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte* eds. Astrid Bühren and A.E. Schoeller. Berlin: Bundesärztekammer: 15–24 (2010b)
53. Bühren A, Schoeller AE: Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. eds. Astrid Bühren and A. E Schoeller. Berlin: Bundesärztekammer (2010)
54. Bühren A, Tschörtner A: Ich bin Ärztin. Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin. Murnau: Georg Thieme Verlag (2011)

55. Bundesärztekammer: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31.12.2010. Berlin: Bundesärztekammer (2010)
56. Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2010. Abwanderung von Ärzten ins Ausland. Berlin (2011a)
57. Bundesärztekammer: Ärztestatistik 2010. Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit. Berlin: Bundesärztekammer (2011b)
58. Bundesärztekammer: Ergebnisse Der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2011. Kein Widerspruch-Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen. Berlin (2011c)
59. Bundesministerium für Bildung und Forschung: Ganztagsschulprogramm - Investitionen in die Bildung BMBF (2012)
60. Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend: Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus. Berlin (2009)
61. Burkhart M, Ostwald DA, Ehrhard T: 112-und niemand hilft. Frankfurt a.M. (2012)
62. Burman LE, Maag E: Tax Credits to Help Low-Income Families Pay for Child Care Tax policy issues options 14: 1–7 (2005)
63. Byron K: A Meta-Analytic Review of Work–family Conflict and Its Antecedents J Vocat Behav 67: 169–198 (2005)
64. Carlson DS: Personality and Role Variables as Predictors of Three Forms of Work–family Conflict J Vocat Behav 55: 236–253 (1999)
65. Carpenter U, Wagner K: Konrad Adenauer Stift. Occas. Pap. Kinderbetreuung in den USA. Washington, D.C. (2007)
66. Cave J, Woolf K, Jones A, Dacre J: Easing the Transition from Student to Doctor: How Can Medical Schools Help Prepare Their Graduates for Starting Work? Med Teach 31: 403–408 (2009)
67. Chandola T, Siegrist J, Marmot M: Do Changes in Effort-Reward Imbalance at Work Contribute to an Explanation of the Social Gradient in Angina? Occup Environ Med 62: 223–230 (2005)
68. Chen PMD: Do You Have the ‘right Stuff’ to Be a Doctor? New York Times (2010). http://www.nytimes.com/2010/01/15/health/14chen.html?_r=0 (05.10.2011)
69. Chen S-W, Wang P-C, Hsin P-L, Oates A, Sun I-W, Liu S-I: Job Stress Models, Depressive Disorders and Work Performance of Engineers in Microelectronics Industry. Int Arch Occup Environ Health 84: 91–103 (2011)
70. Chioqueta AP, Stiles TC: Personality Traits and the Development of Depression, Hopelessness, and Suicide Ideation Pers Individ Dif 38: 1283–1291 (2005)

71. Costa Jr PT, Mc Crae RR, Norris AH: Personal Adjustment to Aging: Longitudinal Prediction from Neuroticism and Extraversion Journals Gerontol 36: 78–85 (1981)
72. Costa P, Somerfield M, Mc Crae R: Personality and Coping: a Reconceptualization. eds. M Zeidner and N Endner. New York: Wiley: 44-64 (1995)
73. Deary IJ, Agius RM, Sadler A: Personality and Stress in Consultant Psychiatrists Int J Soc Psychiatry 42: 112–123 (1996)
74. Demerouti E, Geurts SAE, Bakker AB, Euwema M: The Impact of Shiftwork on Work-Home Conflict, Job Attitudes and Health. Ergonomics 47: 987–1002 (2004)
75. DeNeve KM, Cooper H: The Happy Personality: a Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. Psychol Bull 124: 197–229 (1998)
76. Derycke H, Vlerick P, Van De Ven B, Rots I, Clays E: The Impact of Effort-Reward Imbalance and Learning Motivation on Teachers' Sickness Absence. Stress Heal J Int Soc Investig Stress 29: 14–21 (2012)
77. Dettmer S, Kuhlmeier A, Schulz S: Karriere- und Lebensplanung: Gehen oder bleiben? Dtsch Ärztebl 107 (2010) <http://www.aerzteblatt.de/archiv/67298/Karriere-und-Lebensplanung-Gehen-oder-bleiben> (25.4.2011)
78. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: DGGG-Pressestelle Nachwuchsorgen in der Gynäkologie- Warum es Männer nicht mehr gibt und Frauen nicht wollen. München (2010)
79. Deutscher Ärztinnenbund-e.V.: Dr. Regine Rapp-Engels: "Gleichberechtigung und Gleichbehandlung in der Medizin sind auch nach 100 Jahren noch nicht erreicht" Press Dtsch Ärztinnenbund eV (2011) <http://www.aerztinnenbund.de/Dr-Regine-Rapp-Engels-Gleichberechtigung-und.1541.0.2.html> (08.03.2012)
80. Duberstein P, Meldrum S, Fiscella K, Shields CG, Epstein RM: Influences on Patients' Ratings of Physicians: Physicians Demographics and Personality. Patient Educ Couns 65: 270–274 (2007)
81. Dumelow C, Littlejohns P, Griffiths S: Relation Between a Career and Family Life for English Hospital Consultants: Qualitative, Semistructured Interview Study. BMJ 320: 1437–1440 (2000)
82. Duxbury LE, Higgins CA: Gender Differences in Work-Family Conflict. J Appl Psychol 76: 60–73 (1991)
83. Ertel M, Pech E, Ullsperger P, Von Dem Knesebeck O, Siegrist J: Adverse Psychosocial Working Conditions and Subjective Health in Freelance Media Workers Work Stress 19: 293–299 (2005)

84. Fahlén G, Goine H, Edlund C, Arrelöv B, Knutsson A, Peter R: Effort-Reward Imbalance, “Locked in” at Work, and Long-Term Sick Leave. *Int Arch Occup Environ Health* 82: 191–197 (2009)
85. Firth-Cozens J: Interventions to Improve Physicians’ Well-Being and Patient Care: a Commentary. *Soc Sci Med* 52: 215–222 (2001)
86. Firth-Cozens J, Moss F: Hours, Sleep, Teamwork, and Stress *BMJ* 317(7169): 1335–1336 (1998)
87. Flick U, Von Kardoff E, Keupp H, Von Rosenstiel L, Wolf S: *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage* ed. U. / Kardorff E. v. / Keupp H. / Rosenstiel L. v. / Wolff St. Flick. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union: 177-182 (1995)
88. Flick U, Von Kardoff E, Steinke I: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In *Qual. Forschung. Ein Handbuch.* eds. Uwe Flick, Ernst Von Kardoff, and Ines Steinke. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 13–29 (2010)
89. Forry ND: The Impact of Child Care Subsidies on Low-Income Single Parents: An Examination of Child Care Expenditures and Family Finances *J Fam Econ Issues* 30: 43–54 (2008)
90. Franche R-L, Williams A, Ibrahim S, Grace SL, Mustard C, Minore B, Stewart DE: Path Analysis of Work Conditions and Work–family Spillover as Modifiable Workplace Factors Associated with Depressive Symptomatology *Stress Heal* 22: 91–103 (2006)
91. Frank E, Boswell L, Dickstein L, Chapman D: Characteristics of Female Psychiatrists. *Am J Psychiatry* 158: 205–212 (2001)
92. Frone MR, Russell M, Cooper LM: Relation of Work-Family Conflict to Health Outcomes: A Four-Year Longitudinal Study of Employed Parents *J Occup Organ Psychol* 70: 325–335 (1997)
93. Fuchs S, Endler PC, Mesenholl E, Paß P, Frass M: Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin *WMW* 159: 188–191 (2009)
94. Fuss I, Nübling M, Hasselhorn H-M, Schwappach D, Rieger M: Working Conditions and Work-Family Conflict in German Hospital Physicians: Psychosocial and Organisational Predictors and Consequences. *BMC Public Health* 8: 353 (2008)
95. Gensch K: Berufsentscheidungen junger Ärztinnen und Ärzte: Auswirkungen auf das ärztliche Versorgungsangebot. In *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* eds. Friedrich Wilhelm Schwartz and Peter Angerer. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag: 127–136 (2010)

96. Godin I, Kittel F: Differential Economic Stability and Psychosocial Stress at Work: Associations with Psychosomatic Complaints and Absenteeism. *Soc Sci Med* 58: 1543–1553 (2004)
97. Gothe H, Köster A-D, Storz P, Nolting H-D, Häussler B: Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten *Dtsch Arztebl* 104: 1394–1399 (2007)
98. Götz K, Broge B, Willms S, Joos S, Szecsenyi J: Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern *Med Klin* 105: 767–771 (2010)
99. Grandey AA, Cordeiro BL, Crouter AC: A Longitudinal and Multi-Source Test of the Work-Family Conflict and Job Satisfaction Relationship *J Occup Organ Psychol* 78: 305–323 (2005)
100. Greenhaus J, Collins K, Singh R, Parasuraman S: Work and Family Influences on Departure from Public Accounting *J Vocat Behav* 50: 249–270 (1997)
101. Hamer M, Williams E, Vuonovirta R, Giacobazzi P, Gibson EL, Steptoe A: The Effects of Effort-Reward Imbalance on Inflammatory and Cardiovascular Responses to Mental Stress. *Psychosom Med* 68: 408–413 (2006)
102. Hämmig O, Brauchli R, Bauer GF: Effort-Reward and Work-Life Imbalance, General Stress and Burnout Among Employees of a Large Public Hospital in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 142: w13577 (2012)
103. Hanson EK, Schaufeli W, Vrijkotte T, Plomp NH, Godaert G: Reliability of the Dutch Effort-Reward Imbalance Questionnaire *J Occup Health Psychol* 5: 142–155 (2000)
104. Head J, Kivimäki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vahtera J, Shipley MJ, Marmot MG: Effort-Reward Imbalance and Relational Injustice at Work Predict Sickness Absence: The Whitehall II Study *J Psychosom Res* 63: 433–440 (2007)
105. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J: The Psychosocial Work Environment and Alcohol Dependence: a Prospective Study. *Occup Environ Med* 61: 219–224 (2004)
106. Henly JR, Lyons S: The Negotiations of Child Care and Employment Demands Among Low-Income Parents. *J Soc Issues* 56: 683–706 (2000)
107. Herschbach P: Stress in the Hospital- Stresses on Nurses and Physicians. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41: 176–186 (1991)
108. Heru AM: Pink-Collar Medicine: Women and the Future of Medicine. *Gender Issues* 22: 20–34 (2005)
109. Higgins C, Duxbury L, Johnson CL: Part-Time Work for Women: Does It Really Help Balance Work and Family? *Hum Resour Manag* 39: 17–32 (2000)
110. Higgins CA, Duxbury LE, Irving RH: Work-Family Conflict in the Dual-Career Family. *Organ Behav Hum Decis Process* 51: 51–75 (1992)

111. Hill EJ: Work-Family Facilitation and Conflict, Working Fathers and Mothers, Work-Family Stressors and Support *J Fam Issues* 26: 793–819 (2005)
112. Hill JE, Mårtinson V, Ferris M, Zenger Baker R: Beyond the Mommy Track: The Influence of New-Concept Part-Time Work for Professional Women on Work and Family *J Fam Econ Issues* 25: 121–134 (2004)
113. Hills H, Norvell N: An Examination of Hardiness and Neuroticism as Potential Moderators of Stress Outcomes. *Behav Med Washingt DC* 17: 31–38 (1991)
114. Hintsanen M, Elovainio M, Puttonen S, Kivimäki M, Koskinen T, Raitakari OT, Keltikangas-Järvinen L: Effort-Reward Imbalance, Heart Rate, and Heart Rate Variability: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Int J Behav Med* 14: 202–212 (2007)
115. Hoff TJ: Doing the Same and Earning Less: Male and Female Physicians in a New Medical Specialty. *Inq a J Med care Organ Provis Financ* 41: 301–315 (2004)
116. Hofferth S, Collins N: Child Care and Employment Turnover. *Popul Res Policy Rev* 19: 357–395 (2000)
117. Hoobler JM, Wayne SJ, Lemmon G: Bosses' Perceptions of Family-Work Conflict and Women's Promotability: Glass Ceiling Effects *Acad Manag J* 52: 939–957 (2009)
118. Hoppe J-D: Grußwort. In *Fam. Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte* eds. Astrid Bühren and Annegret E. Schoeller. Berlin: Bundesärztekammer: 7 (2010)
119. Huan M-H, Cheng Z-H: The Effects of Inter-Role Conflicts on Turnover Intention Among Frontline Service Providers: Does Gender Matter? *Serv Ind J* 32: 367–381 (2001)
120. Hübler A, Scheuch K, Müller G, Kunath H: Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte. Dresden (2009)
121. Innstrand ST, Langballe EM, Espnes GA, Falkum E, Aasland OG: Positive and Negative Work-Family Interaction and Burnout: a Longitudinal Study of Reciprocal Relations *Work Stress* 22: 1–15 (2008)
122. Janzen BL, Muhajarine N, Zhu T, Kelly I. W: Effort-Reward Imbalance, Overcommitment, and Psychological Distress in Canadian Police Officers. *Psychol Rep* 100: 525–530 (2007)
123. Jensen O: Induktive Kategorienbildung als Basis qualitativer Inhaltsanalyse. In *Die Prax. der Qual. Inhaltsanalyse* eds. Philipp Mayring and Michaela Gläser-Zikuda. Weinheim, Basel: Beltz: 255–275 (2008)
124. Jerg-Bretzke L, Limbrecht-Ecklundt K: Where Have They Gone? A Discussion on the Balancing Act of Female Doctors Between Work and Family. *Ger Med Sci* 29:83-88 (2012)

125. Joksimovic L, Siegrist J, Meyer-Hammer M, Peter R, Franke B, Klimek WJ, Heintzen MP, Strauer BE: Overcommitment Predicts Restenosis after Coronary Angioplasty in Cardiac Patients. *Int J Behav Med* 6: 356–369 (1999)
126. De Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J: Job Strain, Effort-Reward Imbalance and Employee Well-Being: a Large-Scale Cross-Sectional Study. *Soc Sci Med* 50: 1317–1327 (2000)
127. Judge TA, Bono JE: A Rose by Any Other Name. Are Self-Esteem, Generalised Self-Efficacy, Neuroticism, and Locus of Control Indicators of a Common Construct? In *Personal. Psychol. Work.* eds. B.W. Roberts and R. Hogan. Washington, D.C: American Psychological Association.: 93–118 (2001)
128. Judge TA, Higgins CA, Thoresen CJ, Barrick MR: The Big Five Personality Traits , General Mental Ability , and Career Success: a Meta Analysis *Personnel* 52: 621-652 (1999)
129. Jurkat H, Weimar S, Reimer C: Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Internisten *Internist (Berl)* 4: 381–386 (1997)
130. Karatepe O, Kilic H: Relationships of Supervisor Support and Conflicts in the Work–family Interface with the Selected Job Outcomes of Frontline Employees. *Tour Manag* 28: 238–252 (2007)
131. Karazman R, Karazman-Morawetz I: Lebensqualität und Belastungen von Hausärztinnen und Hausärzten in Tirol. Studie: Österreichischer Hausärzterverband. Wien (1994)
132. Kardum I, Krapic N: Personality Traits, Stressful Life Events, and Coping Styles in Early Adolescence. *Pers Individ Dif* 30: 503–515 (2001)
133. Keel P: Psychische Belastungen durch die Arbeit: Burnout Syndrom *Soz Praventivmed* 2: 131–132 (1993)
134. Keeton K, Fenner DE: Predictors of Physician Career Satisfaction , Work -Life Balance and Burnout *Obstet Gynecol* 109: 949–955 (2007)
135. King KC, Ryff CD, Love G, Essex M: Exploring the Influence of Personality on Depressive Symptoms and Self-Esteem Across a Significant Life Transition *J Pers Soc Psychol* 85: 922–932 (2003)
136. Kinnunen U., Mauno S: Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict Among Employed Women and Men in Finland *Hum relations* 51: 157–177 (1998)
137. Kinnunen Ul., Vermulst A, Gerris J, Mäkikangas A: Work-Family Conflict and Its Relations to Well-Being: The Role of Personality as a Moderating Factor. *Pers Individ Dif* 35: 1669–1683 (2003)

138. Kivimaki M., Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Vaananen A, Vahtera J: Work Stress in the Etiology of Coronary Heart Disease-a Meta-Analysis. *Scand J Work Environ Heal* 32: 431–442 (2006)
139. Kivimaki Mika, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J: Work Stress and Risk of Cardiovascular Mortality: Prospective Cohort Study of Industrial Employees *BMJ* 325: 857-861 (2002)
140. Knecht M, Bauer GF, Klaghofer R, Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Hämmig O: Work-Life Conflicts and Health Among Swiss Physicians-in Comparison with Other University Graduates and with the General Swiss Working Population. *Swiss Med Wkly* 140: w13063 (2010)
141. Von Dem Knesebeck O, Klein J, Frie KG, Blum K, Siegrist J: Psychosocial Stress Among Hospital Doctors in Surgical Fields: Results of a Nationwide Survey in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 107: 248–253 (2010)
142. Von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J: Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten *Dtsch Arztebl* 5: 218–223 (2010)
143. Köhler S, Kaiser R, Lochner A: Junge Ärzte-Mangelware *Hess Arztebl*: 373–377 (2005)
144. Kopetsch T: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen - Ein Widerspruch, der keiner ist. Berlin: Bundesärztekammer (2009)
145. Kopetsch T: Dem deutschen Gesundheitssystem gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlenentwicklung. Berlin (2010)
146. Kossek EE, Ozeki C: Work-Family Conflict, Policies, and the Job-Life Satisfaction Relationship: A Review and Directions for Organizational Behavior-Human Resources Research *J Appl Psychol* 83: 139–149 (1998)
147. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE: Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA* 302: 1284–1293 (2009)
148. Krause N, Burgel B: Effort-Reward Imbalance and One-Year Change in Neck-Shoulder and Upper-Extremity Pain Among Call Center Computer Operators *Scand J Work Environ Heal* 36: 42–53 (2010)
149. Krause N, Rugulies R, Maslach C: Effort-Reward Imbalance at Work and Self-Rated Health of Las Vegas Hotel Room Cleaners. *Am J Ind Med* 53: 372–386 (2010)
150. Kroenke K, Spitzer R, Williams J, Loewe B: An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ–4 *Psychosomatics* 50: 613–620 (2009)

151. Kudielka BM, Hanebuth D, Von Känel R, Gander M-L, Grande G, Fischer JE: Health-Related Quality of Life Measured by the SF12 in Working Populations: Associations with Psychosocial Work Characteristics. *J Occup Health Psychol* 10: 429–440 (2005)
152. Kumari M, Head J, Marmot M: Prospective Study of Social and Other Risk Factors for Incidence of Type 2 Diabetes in the Whitehall II Study. *Arch Intern Med* 164: 1873–1880 (2004)
153. Kursner D, Danuser B: Die Arbeitsmedizin nimmt die psychische Gesundheit der schweizer Ärztinnen und Ärzte unter die Lupe *Schweiz Med Forum* 7: 7–8 (2007)
154. Lamnek S: Formen des Qualitativen Interviews. In *Qual. Sozialforsch.* ed. Siegfried Lamnek. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union: 68–92 (1995)
155. Lamnek S: Qualitatives Interview. In *Qual. Sozialforsch.* ed. Siegfried Lamnek. Weinheim, Basel: Beltz: 301–371 (2010)
156. Lehr D, Hillert A, Keller S: What Can Balance the Effort? Associations Between Effort-Reward Imbalance, Overcommitment, and Affective Disorders in German Teachers. *Int J Occup Environ Health* 15: 374–384 (2009)
157. Levey RE: Sources of Stress for Residents and Recommendations for Programs to Assist Them. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 76: 142–150 (2001)
158. Levine R, Harrison R, Mechaber H, Phillips C, Gallagher T: Professional Characteristics and Job Satisfaction Among SGIM Members: a Comparison of Part-Time and Full-Time Physician Members *J Gen Intern Med* 23: 1218–1221 (2008)
159. Lewis GB: Part-Time Employment in the Federal Service - Do the Benefits Outweigh the Costs? *Am Rev public Adm* 28: 61–74 (1998)
160. Li J, Yang W, Cho S-I: Gender Differences in Job Strain, Effort-Reward Imbalance, and Health Functioning Among Chinese Physicians. *Soc Sci Med* 62: 1066–1077 (2006)
161. Limbrecht-Ecklundt K, Flaig T, Gündel H, Traue HC, Jerg-Bretzke L (zur Publikation angenommen): Psychische Gesundheit, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten- eine Studie zur Erfassung der Effort-Reward Imbalance *J Public Health*
162. Lindner R: Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten *Neuro aktuell* 26: 5–6 (2012)
163. Magee M, Hojat M: Personality Profiles of Male and Female Positive Role Models in Medicine. *Psychol Rep* 82: 547–559 (1998)
164. Major VS, Klein KJ, Ehrhart MG: Work Time, Work Interference with Family, and Psychological Distress. *J Appl Psychol* 87: 427–436 (2002)

165. Maki K, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Keltikangas-Jarvinen L, Kivimaki M: Work Stress and New-Onset Migraine in a Female Employee Population. *Cephalalgia an Int J headache* 28: 18–25 (2008)
166. Marburger Bund: Nur Jeder 20. Arzt kann pünktlich nach Hause gehen Arbeitszeitumfr der Ärztekammer Westfalen-Lippe Tl II (2009) <http://www.marburger-bund.de/nrw-rlp/beiträge/2009/Juni/Arbeitszeitauswertung.php> (29.03.2012)
167. Margola D, Rosnati R: Die schwierige Vereinbarung von Familie und Beruf. Eine italienische Studie *Zeitschrift für Fam* 15: 220–237 (2003)
168. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 52: 397–422 (2001)
169. Mc Crae RR, Costa PTJ: Personality, Coping, and Coping Effectiveness in an Adult Sample *J Pers* 54: 385–405 (1986)
170. Mc Crae RR, Costa PTJ: Measuring Personality. In *Personal. Adulthood A Five-Factor Theory Perspect.* eds. Robert R Mc Crae and Paul T Jr Costa. New York London: The Guilford Press: 37–58 (2003)
171. McManus IC, Keeling A, Paice E: Stress, Burnout and Doctors' Attitudes to Work Are Determined by Personality and Learning Style: a Twelve Year Longitudinal Study of UK Medical Graduates. *BMC Med* 2: 29 (2004)
172. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K, Career S: Results from the Physician Work Life Study *JGIM* 15: 372–380 (2000)
173. Menninger EW: The Impact of the Family on Careers in Psychiatry. *Bull Menninger Clin* 58: 497–501 (1994)
174. Miller ME: Doctor Moms *Hopkins Med News* (2002) <http://www.hopkinsmedicine.org/hmn/s02/feature2.html> (14.04.13)
175. Miller RL, Griffin MA, Hart PM: Personality and Organizational Health: The Role of Conscientiousness *Work Stress* 3: 7–19 (1999)
176. Laux G: Affektive Störungen. In *Psychiatrie und Psychotherapie* eds. Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux and Arno Deister. Stuttgart: Thieme: 76-110 (2009)
177. Monath H: Platzmangel, Klagen, Bürokratie *Die Zeit Online* (2012) <http://www.zeit.de/politik/2012-05/kita-ausbau-betreuungsgeld> (20.11.12)
178. Mowbray R: Research in Choice of Medical Specialty: a Review of the Literature. *Aust N Z J Med* 19: 389–399 (1989)

179. Muck PM, Hell B, Gosling SD: Construct Validation of a Short Five-Factor Model Instrument - a Self-Peer Study on the German Adaptation of the Ten-Item Personality Inventory (TIPI-G) *Eur J Psychol Assess* 23: 166–175 (2007)
180. Murray A, Safran DG, Rogers WH, Inui T, Chang H, Montgomery JE: Part-Time Physicians. Physician Workload and Patient-Based Assessments of Primary Care Performance. *Arch Fam Med* 9: 327–332 (2000)
181. Nash L, Daly G, Kelly J, van Ekert E, Walter G, Walton M, Willcock S, Tennant C: Factors Associated with Psychiatric Morbidity and Hazardous Alcohol Use in Australian Doctors. *Med J Aust* 193: 161–166 (2010)
182. Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R: Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *J Appl Psychol* 81: 400–410 (1996)
183. Newbury-Birch D, Kamali F: Psychological Stress, Anxiety, Depression, Job Satisfaction, and Personality Characteristics in Preregistration House Officers. *Postgrad Med J* 77: 109–111 (2001)
184. Noor NM: Work and Family Roles in Relation to Women's Well-Being: The Role of Negative Affectivity. *Pers Individ Dif* 23: 487–499 (1997)
185. O'Connor DB, Connor RC, White BL, Bundred PE: The Effect of Job Strain on British General Practitioners *J Ment Heal* 9: 637 – 654 (2000)
186. Oberlander W: Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* eds. Friedrich Wilhelm Schwartz and Peter Angerer. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 117–125 (2010)
187. Oberlander W, Liebig K: Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung. ed. IFB. Köln: Deutscher Ärzte Verlag (2008)
188. Ohta H, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y: Work-Family Conflict and Prolonged Fatigue Among Japanese Married Male Physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 84: 937–942 (2011)
189. Okun MA, George LK: Physician- and Self-Ratings of Health, Neuroticism and Subjective Well-Being Among Men and Women *Pers Individ Dif* 5: 533–539 (1984)
190. Østerlie W, Forsmo S, Ringdal K, Schei B, Aasland OG: Do Physicians Experience Spousal Support in Their Medical Career? *Tidsskr den Nor laegeforening Tidsskr Prakt Med ny raekke* 123: 2296–2299 (2003)
191. Park S-G, Min K-B, Chang S-J, Kim H-C, Min J-Y: Job Stress and Depressive Symptoms Among Korean Employees: The Effects of Culture on Work. *Int Arch Occup Environ Health* 82: 397–405 (2009)

192. Paulsell D, Cohen J, Stieglitz A, Lurie-Hurvitz E, Fenichel E, Kisker E: Partnerships for Quality: Improving Infant-Toddler Child Care for Low-Income Families DC ZERO TO 2393: 1–109 (2002)
193. Peter R, Hammarström A, Hallqvist J, Siegrist J, Theorell T: Does Occupational Gender Segregation Influence the Association of Effort-Reward Imbalance with Myocardial Infarction in the SHEEP Study? *Int J Behav Med* 13: 34–43 (2006)
194. Peterlini M, Tibério IFLC, Saadeh A, Pereira JCR, Martins MA: Anxiety and Depression in the First Year of Medical Residency Training. *Med Educ* 36: 66–72 (2002)
195. Pikhart H., Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, Gostautas A, Skodova Z, Marmot M: Psychosocial Work Characteristics and Self Rated Health in Four Post-Communist Countries *J Epidemiol community Heal* 55: 624–630 (2001)
196. Pikhart Hynek, Bobak M, Pajak A, Maljutina S, Kubinova R, Topor R, Sebakova H, Nikitin Y, Marmot M: Psychosocial Factors at Work and Depression in Three Countries of Central and Eastern Europe. *Soc Sci Med* 58: 1475–1482 (2004)
197. Poser S: Karriere, Familie und trotzdem gesunde Kinder *Zeitschrift des Frauen- und Gleichstellungsbüros des Bereichs Humanmedizin der Univ Göttingen*: 56–59 (2004)
198. Pracht G, Bauer U: Burnout Im Klinikalltag. Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit. *Pfl Gesellschaft* 14: 67–85 (2009)
199. Rang M, Bausch M, Rühl O: Arbeitsmarktinformationen für Fach- und Führungskräfte. *Mediziner dringend gesucht*. Bonn (2007)
200. Reddy NK, Vranda MN, Ahmed A, Nirmala BP, Siddaramu B: Work-Life Balance Among Married Women Employees. *Indian J Psychol Med* 32: 112–118 (2010)
201. Reimer C, Jurkat HB: Frust, Existenzangst und keine Perspektive. So beurteilen Deutschlands Allgemeinärzte ihre Lebensqualität. *Der Allg* 19: 1224–1228 (1997)
202. Reimer C, Jurkat R: Lebensqualität von Ärzten: Pessimismus macht sich breit *Dtsch Arztebl* 93(16): 1022–1024 (1996)
203. Reimer C, Trinkaus S, Jurkat HB: Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten ed. *Psychiatr Prax*. *Psychiatr Prax* 32: 381–385 (2005)
204. Roelen C. AM, Koopmans PC, Groothoff JW: Occupational Rewards Relate to Sickness Absence Frequency but Not Duration. *Work Read mass* 34: 13–19 (2009)
205. Rösler P: Grußwort. In *Fam. Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte* eds. Astrid Bühren and Annegret E. Schoeller. Berlin: Bundesärztekammer: 6 (2010)

206. Rosta J: Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland Dtsch Arztebl 104: 2417–2424 (2007)
207. Røvik JO, Tyssen R, Hem E, Gude T, Ekeberg O, Moum T, Vaglum P: Job Stress in Young Physicians with an Emphasis on the Work-Home Interface: a Nine-Year, Nationwide and Longitudinal Study of Its Course and Predictors. *Ind Health* 45: 662–671 (2007)
208. Rugulies R, Aust B, Siegrist J, von dem Knesebeck O, Bültmann U, Bjorner JB, Burr HP: Distribution of Effort-Reward Imbalance in Denmark and Its Prospective Association with a Decline in Self-Rated Health *J Occup Environ Med* 51: 870–878 (2009)
209. Rugulies R, Norborg M, Sørensen TS, Knudsen LE, Burr H: Effort-Reward Imbalance at Work and Risk of Sleep Disturbances. Cross-Sectional and Prospective Results from the Danish Work Environment Cohort Study. *J Psychosom Res* 66: 75–83 (2009)
210. Sagebiel D: Befragung zur Teilzeitarbeit und Arbeitszeitrealität bei im Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzten in Berlin. Wissenschaftsdienst der TU Berlin (2002)
211. Salavecz G, Chandola T, Pikhart H, Dragano N, Siegrist J, Jöckel K, Erbel R, Pajak A, Malyutina S, Kubinova R, Marmot M, Bobak M, Kopp M: Work Stress and Health in Western European and Post-Communist Countries: An East-West Comparison Study *J Epidemiol community Heal* 64: 57–62 (2010)
212. Salgado JF: The Five Factor Model of Personality and Job Performance in the European Community. *J Appl Psychol* 82: 30–43 (1997)
213. Schmidt C, Möller J: Krankenhausreport 2006. Deutscher Krankenhausmarkt im europäischen/internationalen Umfeld. eds. Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra, and Henner Schellenschmidt. Bonn: Schattauer (2006)
214. Schrappe M: Wandel der Berufsbilder im Krankenhaus: Neues Umfeld, neue Aufgaben. In Krankenhausreport 2006 eds. Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra, and Henner Schellenschmidt. Bonn: Schattauer: 177-186 (2006)
215. Schreuder JAH, Roelen CAM, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW: Effort-Reward Imbalance Is Associated with the Frequency of Sickness Absence Among Female Hospital Nurses: a Cross-Sectional Study. *Int J Nurs Stud* 47: 569–576 (2010)
216. Seibt R, Hübler A, Steputat A, Scheuch K: Verausgabungs-Belohnungs-Verhältnis bei Lehrerinnen und Ärztinnen- Ein Berufsgruppenvergleich *ArbeitsmedSozialmedUmweltmed* 74: 396–406 (2012)
217. Shimazu A, De Jonge J: Reciprocal Relations Between Effort-Reward Imbalance at Work and Adverse Health: a Three-Wave Panel Survey. *Soc Sci Med* 68: 60–68 (2009)

218. Siber G, Endler PC, Mesenholl E: Kohärenzempfinden bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin WMW 159: 192–195 (2009)
219. Siebert SE, Kraimer M.: The Five-Factor Model of Personality and Career Success J Vocat Behav 58: 1–21 (2001)
220. Siegrist J., Siegrist K, Weber I: Sociological Concepts in the Etiology of Chronic Disease: The Case of Ischemic Heart Disease. Soc Sci Med 22: 247–253 (1986)
221. Siegrist J: Social Reciprocity and Health: New Scientific Evidence and Policy Implications. Psychoneuroendocrinology 30: 1033–1038 (2005)
222. Siegrist J: Effort-Reward Imbalance at Work - Theory, Measurement and Evidence. Department of Medical Sociology, University Düsseldorf (2012)
223. Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceau L, Von Dem Knesebeck O, McKinlay J: Work Stress of Primary Care Physicians in the US, UK and German Health Care Systems. Soc Sci Med 71: 298–304 (2010)
224. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R: The Measurement of Effort-Reward Imbalance at Work: European Comparisons. Soc Sci Med 58: 1483–1499 (2004)
225. Sieverding M: Psychologische Karrierehindernisse im Berufsweg von Frauen. In Karriereplan. für Ärztinnen eds. Susanne Dettmer, Gabriele Kaczmarczyk, and Astrid Bühren. Heidelberg: Springer: 57–76 (2006)
226. Simon M, Kümmerling A, Hasselhorn H-M: Work-Home Conflict in the European Nursing Profession. Int J Occup Environ Health 10: 384–391 (2004)
227. Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Berlin (2009)
228. Statistisches Bundesamt: Gesundheitspersonal in Deutschland Destatis (2010). <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html?nn=50796> (27.09.2012)
229. Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2011. Für Die Bundesrepublik Deutschland. Mit “Internationalen Übersichten”. Wiesbaden (2011)
230. Stiller J, Busse C: Berufliche Belastungen von Berufsanfängern in der klinischen Praxis. In Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf eds. Elmar Brähler, Dorothee Alfermann, and Jeannine Stiller. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht: 165–178 (2008)
231. Stilwell N, Wallick M, Thal S, Burleson J: Myers-Briggs Type and Medical Specialty Choice: a New Look at an Old Question Teach Learn Med 12: 14–20 (2000)

232. Stoeva AZ, Chiu RK, Greenhaus JH: Negative Affectivity, Role Stress, and Work-Family Conflict *J Vocat Behav* 60: 1–16 (2002)
233. Strauss A., Corbin J: Einleitung. In *Grounded Theory Grundlagen Qual. Sozialforsch.* eds. Anselm Strauss and Juliet Corbin. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union: 3–18 (1996)
234. Strauss A, Corbin J: Axiales Kodieren. In *Grounded Theory Grundlagen Qual. Sozialforsch.* eds. Anselm Strauss and Juliet Corbin. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union: 75–93 (1996a)
235. Strauss A, Corbin J: Offenes Kodieren. In *Grounded Theory Grundlagen Qual. Sozialforsch.* eds. Anselm Strauss and Juliet Corbin. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union: 43–55 (1996b)
236. Von Thadden E: Zärtlich, Aber Stark. *Die Zeit Online* (2006). <http://www.zeit.de/2006/28/B-V-ter-Interview> (03.02.2013)
237. Thompson CA, Beauvais LL, Lyness KS: When Work–family Benefits Are Not Enough: The Influence of Work–family Culture on Benefit Utilization, Organizational Attachment, and Work–family Conflict *J Vocat Behav* 54: 392–415 (1999)
238. Tsai F-J, Chan C-C: Occupational Stress and Burnout of Judges and Procurators. *Int Arch Occup Environ Health* 83: 133–142 (2010)
239. Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J: Association Between Job Stress and Depression Among Japanese Employees Threatened by Job Loss in a Comparison Between Two Complementary Job-Stress Models. *Scand J Work Environ Heal* 27: 146–153 (2001)
240. Turiano NA, Mroczek DK, Moynihan J, Chapman BP: Big 5 Personality Traits and Interleukin-6: Evidence for “Healthy Neuroticism” in a US Population Sample. *Brain Behav Immun* 28: 83–89 (2013)
241. Tyssen R, Hem E, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø: The Process of Suicidal Planning Among Medical Doctors: Predictors in a Longitudinal Norwegian Sample. *J Affect Disord* 80: 191–198 (2004)
242. Tyssen R, Vaglum P: Mental Health Problems Among Young Doctors: An Updated Review of Prospective Studies *Harvard Rev Psychiatry* 10: 154–165 (2002)
243. Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Claus M, Pinzón LCE: Psychische Gesundheit von Hausärzten in Rheinland-Pfalz: Prävalenz psychischer Beschwerden und Identifikation möglicher Risikofaktoren. *Dtsch Arztebl* 109: 201–207 (2012)
244. Unterbrink T, Hack A, Pfeifer R, Buhl-Grebhaber V, Muller U, Wesche H, Frommhold M, Scheuch K, Seibet R, Wirsching M, Bauer J: Burnout and Effort-Reward-Imbalance in a Sample of 949 German Teachers *International Arch Occup Environ Heal* 80: 433–441 (2007)

245. Vahtera J, Laine S, Virtanen M, Oksanen T, Koskinen A, Pentti J, Kivimaki M: Employee Control over Working Times and Risk of Cause-Specific Disability Pension: The Finnish Public Sector Study. *Occup Environ Med* 67: 479–485 (2010)
246. Vearing A, Mak AS: Big Five Personality and Effort-Reward-Imbalance Factors in Employees' Depressive Symptoms *Pers Individ Dif* 43: 1744–1755 (2007)
247. Van Vegchel N., De Jonge J, Meijer T, Hamers JP: Different Effort Constructs and Effort-Reward- Imbalance: Effects on Employee Well-Being in Ancillary Health Care Workers. *J Adv Nurs* 34: 128–136 (2001)
248. Van Vegchel Natasja, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W: Reviewing the Effort-Reward Imbalance Model: Drawing up the Balance of 45 Empirical Studies. *Soc Sci Med* 60: 1117–1131 (2005)
249. Verlander G: Female Physicians: Balancing Career and Family. *Acad Psychiatry* 28: 331–336 (2004)
250. Vollrath M, Torgersen S: Personality Types and Coping *Pers Individ Dif* 29: 367–378 (2000)
251. Voltmer E, Rosta J, Siegrist J, Aasland OG: Job Stress and Job Satisfaction of Physicians in Private Practice: Comparison of German and Norwegian Physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 95: 819–828 (2011)
252. Vonhoff A: Der moderne Mann zwischen Macker und Softie Focus Online (2012). http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/maenner/gesundheitsrisiko/was-heute-maennlich-ist-der-neue-mann-sucht-sich-selbst_aid_723352.html (06.05.13)
253. Voydanoff P: Work Role Characteristics, Family Structure Demands, and Work/family Conflict *J marriage Fam* 50: 749–761 (1988)
254. Vrijkotte TG, Van Doornen LJ, De Geus EJ: Work Stress and Metabolic and Hemostatic Risk Factors. *Psychosom Med* 61: 796–805 (1999)
255. Vrijkotte TG, Van Doornen LJ, De Geus EJ: Effects of Work Stress on Ambulatory Blood Pressure, Heart Rate, and Heart Rate Variability. *Hypertension* 35: 880–886 (2000)
256. Wada K, Sakata Y, Theriault G, Aratake Y, Shimizu M, Tsutsumi A, Tanaka K, Aizawa Y: Effort-Reward Imbalance and Social Support Are Associated with Chronic Fatigue Among Medical Residents in Japan. *Int Arch Occup Environ Health* 81: 331–336 (2008)
257. Wallace AE, Weeks WB: Differences in Income Between Male and Female Primary Care Physicians. *J Am Med Womens Assoc* 1972 57: 180–184 (2002)

258. Wang J, Schmitz N, Smailes E, Sareen J, Patten S: Workplace Characteristics, Depression, and Health-Related Presenteeism in a General Population Sample. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med* 52: 836–842 (2010)
259. Warde C, Allen W, Gelberg L: Physician Role Conflict and Resulting Career Changes. *J Gen Intern Med* 11: 729–735 (1996)
260. Watanabe M, Tanaka K, Aratake Y, Kato N, Sakata Y: The Impact of Effort-Reward Imbalance on Quality of Life Among Japanese Working Men. *Ind Health* 46: 217–222 (2008)
261. Watson D., Clark LA: On Traits and Temperament - General and Specific Factors of Emotional Experience and Their Relation to the 5-Factor Model *J Pers* 60: 441–476 (1992)
262. Watson D., Clark LA, Tellegen A: Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *J Pers Soc Psychol* 54: 1063–1070 (1988)
263. Watson David, Hubbard B: Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-Factor Model *J Pers* 64: 737–774 (1996)
264. Wege N, Dragano N, Erbel R, Jockel KH, Moebus S, Stang A, Siegrist J: When Does Work Stress Hurt? Testing the Interaction with Socioeconomic Position in the Heinz Nixdorf Recall Study. *J Epidemiol community Heal* 62: 338–341 (2008)
265. Weyers S, Peter R, Boggild H, Jeppson HJ, Siegrist J: Psychosocial Work Stress Is Associated with Poor Self-Rated Health in Danish Nurses: A Test of the Efford-Reward Imbalance Model *Scand J Caring Sci* 20: 26–34 (2006)
266. Williams KJ, Suls J, Alliger GM, Learner SM, Wan CK: Multiple Role Juggling and Daily Mood States in Working Mothers: An Experience Sampling Study *J Appl Psychol* 76: 664–674 (1991)
267. Wirtz PH, Siegrist J, Rimmele U, Ehlert U: Higher Overcommitment to Work Is Associated with Lower Norepinephrine Secretion before and after Acute Psychosocial Stress in Men. *Psychoneuroendocrinology* 33: 92–99 (2008)
268. Witzel A: Das problemzentrierte Interview. In *Qual. Forsch. der Psychol. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder.* ed. Gerd Jüttemann. Weinheim, Basel: Beltz: 227–255 (1985)
269. Woodward CA, Williams AP, Ferrier B, Cohen M: Time Spent on Professional Activities and Unwaged Domestic Work. Is It Different for Male and Female Primary Care Physicians Who Have Children at Home? *Can Fam Physician* 42: 1928–1935 (1996)

270. Xu W, Hang J, Guo L, Zhao Y, Li Z, Gao W: Plasma Fibrinogen: a Possible Link Between Job Stress and Cardiovascular Disease Among Chinese Workers. *Am J Ind Med* 55: 167–175 (2012)
271. Xu W, Zhao Y, Guo L, Guo Y, Gao W: Job Stress and Coronary Heart Disease: a Case-Control Study Using a Chinese Population. *J Occup Health* 51: 107–113 (2009)
272. Yildirim D, Aycan Z: Nurses' Work Demands and Work-Family Conflict: a Questionnaire Survey. *Int J Nurs Stud* 45: 1366–1378 (2008)
273. Yu S, Gu G, Zhou W, Wang S: Psychosocial Work Environment and Well-Being: a Cross-Sectional Study at a Thermal Power Plant in China. *J Occup Health* 50: 155–162 (2008)
274. Zhao XR, Qu H, Ghiselli R: Examining the Relationship of Work-Family Conflict to Job and Life Satisfaction: a Case of Hotel Sales Managers. *Int J Hosp Manag* 30: 46–54 (2011)
275. Zwack J, Schweitzer J: Resilienz im Arztberuf. Heidelberg: Institut für Medizinische Psychologie, Sektion Organisationspsychologie, Universitätsklinikum Heidelberg (2011)

7 ANHANG

INTERVIEW 1

- 1 „Beginnen wir mit der ersten Frage: Wie alt sind Sie?“ (0:09)
- 2 30.
- 3 „Wie weit befinden Sie sich in der Facharztausbildung?“ (0:12)
- 4 *„Ich bin jetzt bald mit dem vierten Jahr fertig“.* (0:19)
- 5 „Gab es Unterbrechungen während der Facharztausbildung?“
- 6 *„Ja, ich habe mir ein Jahr Elternzeit genommen von Januar 2011 bis Januar 2012, seit-*
- 7 *dem arbeite ich wieder, allerdings nur 60%“.* (0:23)
- 8 „Wann kam Ihr erstes Kind zur Welt?“ (0:32)
- 9 *„Das erste Kind kam im Januar 2011 zur Welt. Dann habe ich ein Jahr Elternzeit ge-*
- 10 *macht und seitdem arbeite ich wieder.“* (0:45)
- 11 „Wie lange waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig?“ (0:49)
- 12 *„Die komplette Schwangerschaft, nur den Mutterschutz nicht.“* (0:51)
- 13 „Wie war das für Sie?“ (0:56)
- 14 *„Das Arbeiten während der Schwangerschaft war angenehm, weil ich in meiner Rotati-*
- 15 *on, das war auch ein bisschen Glück, gerade sowieso im Ultraschall eingeteilt war, und*
- 16 *das mit der Schwangerschaft sehr gut vereinbar ist. Ich war zunächst noch im Kreissaal*
- 17 *bis zur 20. Woche, das ging gut, danach war ich im Ultraschall“.* (1:17)
- 18 „Also haben Sie das Gefühl, dass Ihr Chef Ihnen damit auch entgegengekommen ist?“
- 19 (1:20)
- 20 *„Unser Chef ist da sehr entgegenkommend, ja. Er fragt auch in welcher Abteilung man*
- 21 *beschäftigt sein möchte und versucht das so zu machen, dass der Arzt damit zufrieden*

22 *ist. Er ist weniger strikt wegen der Vorschriften, sondern fragt dezidiert uns nachdem*
23 *was wir möchten“. (1:43)*

24 *„Wie alt ist Ihr Kind nun wenn ich fragen darf?“*

25 *„16 Monate.“(1:55)*

26 *„Haben Sie einen Partner?“ (1:57)*

27 *„Ja, ich bin seit 4 Jahren verheiratet.“ (2:00)*

28 *„Ist Ihr Partner auch berufstätig?“*

29 *„Ja, voll berufstätig mit etwa 80 Stunden pro Woche.“ (2:05)*

30 *„Was macht Ihr Mann von Beruf?“ (2:07)*

31 *„Er war leitender Oberarzt und ist jetzt niedergelassener Handchirurg in einer Privat-*
32 *klinik.“ (2:10)*

33 *„Teilen Sie beide sich die Erziehung?“ (2:12)*

34 *„In der Zeit, in der ich in Elternzeit war, war mein Mann noch in der Klinik tätig, da habe*
35 *den Hauptteil natürlich ich gemacht, schließlich war ich ja auch zu Hause, wobei sich*
36 *mein Mann im Rahmen seiner zeitlichen Möglichkeiten so viel wie möglich versucht zu*
37 *beteiligen wenn es irgendwie geht. Er geht einkaufen, putzt und kümmert sich ums Kind,*
38 *wobei wir eigentlich schon drauf achten, dass er die Zeit, die er zu Hause ist vor allem*
39 *mit dem Kind verbringt.“ (2:48)*

40 *„Also haben Sie das Gefühl, es klappe so ganz gut?“ (2:50)*

41 *„Ja, und momentan sowieso, denn seit er in der Praxis arbeitet ist seine Stundenzahl re-*
42 *duziert. Er bringt jetzt unser Kind morgens in die Kita und macht sie auch fertig für die*
43 *Kita.“(3:05)*

44 *„Sie sagten Sie arbeiten im Moment 60%. Wie sehen diese 60% aus und können diese*
45 *auch eingehalten werden?“ (3:12)*

46 *„Ob 60% eingehalten werden oder nicht liegt an einem selber meiner Meinung nach.*
47 *Früher habe ich geschätzt 10-20 Überstunden pro Woche gemacht, mittlerweile mache*

48 *ich wenn es hochkommt vielleicht noch 2 Überstunden pro Woche. Ich denke ganz ohne*
49 *Überstunden ist es in der Klinik schwierig, im Prinzip wäre es schon in Ordnung wenn*
50 *man pünktlich geht, nur ist es eine Frage wie man das mit den Kollegen handeln kann,*
51 *man möchte schließlich auch niemandem seine Arbeit reindrücken. Für mich klappt es*
52 *gut muss ich sagen.“ (4:05)*

53 „Sie sprechen gerade Ihre Kollegen an. Wie ist Ihr Feedback von Seiten der Kollegen?“

54 *„Das ist akzeptiert, weil wir haben einige Kollegen die Teilzeit arbeiten wegen Kindern*
55 *und im Prinzip denke ich hat hier jeder die Einstellung, dass es sein eigenes Ding ist, je-*
56 *der muss sehen wie er es am besten mit seiner Familie auf die Reihe bringt. Die Kollegen*
57 *unterstützen einen da schon, und verstehen auch, dass man irgendwann nun mal gehen*
58 *muss um sein Kind von der Kita abzuholen. Und wenn das Kind krank ist, dann ist der*
59 *Kollege eben auch krank, das ist halt so.“(schmunzelt) (4:43)*

60 „Sie haben also nicht das Gefühl, dass Sie durch Ihre Rolle als Mutter im Nachteil
61 sind?“ (4:46)

62 *„Benachteiligt nicht, aber ich denke schon, dass das Vorankommen in der Klinik natür-*
63 *lich langsamer wird wenn man nur 60% arbeitet und ich glaube sicher, dass wenn ich*
64 *Vollzeit geblieben wäre ich jetzt in einem halben Jahr meinen Facharzt hätte, und hätte*
65 *dann sicherlich hier eine sehr straffe Karriere hingelegt, das Kinderkriegen hat mich da*
66 *natürlich schon unterbrochen aber ich sehe das nicht als Nachteil, ich bin mit meinem*
67 *Leben als Teilzeitkraft so ganz zufrieden.“ (lacht) (5:29)*

68 „Wie genau sehen dein 60% aus?“ (5:32)

69 *„Das kann man auch mit dem Chef besprechen. Ursprünglich habe ich gedacht ich arbei-*
70 *te 3 volle Tage in der Woche, weil man dann dieses Problem mit „ich geh um 14 Uhr und*
71 *muss dann Arbeit, die vielleicht noch von den Sprechstunden geblieben, ist an Kollegen*
72 *übertragen“ nicht hat, andererseits ist es natürlich so dass 10-12 h Kita für ein Kind das*
73 *gerade mal ein Jahr alt ist natürlich schon lang ist, deswegen habe ich mich dafür ent-*
74 *schieden 4 Tage in der Woche zu arbeiten, und dafür jeweils bis um 14 Uhr.“ (6:20)*

75 „Wissen Sie von anderen Kollegen in anderen Krankenhäusern, ob dort Teilzeitarbei-
76 ten ähnlich gut funktioniert?“ (6:23)

77 (Überlegt lange) „Ich habe keine Freundin die zur Zeit in einem Krankenhaus halbtags
78 arbeitet, aber meine beste Freundin, die auch in einem Krankenhaus arbeitet, sagt, bei
79 Ihnen sei das viel problematischer. Dort teilt der Chef ein wie die 60%-Arbeit auszusehen
80 hat, wir dürfen uns das hingegen aussuchen. Ich gehe mal davon aus, dass wir es
81 hier schon relativ gut haben.“ (7:03)

82 „Schön, auch mal so ein Positivbeispiel zu hören, denn stöbert man in der Literatur, so
83 scheint die Vereinbarkeit von Familie und Beruf doch in weiten Teilen Deutschlands
84 noch sehr schwierig zu sein.“ (7:16)

85 „Ja, wobei ich denke wir haben auch hier in der Klinik Teilzeitkräfte, die nicht so zufriede-
86 nen sind, schließlich ist es ja auch immer eine Frage wie gut man sich selber abgrenzen
87 kann, und wie gut man es wirklich schafft, seine Arbeit so zu strukturieren, dass man Sie
88 auch in der Zeit, in der man da ist, erledigt. Und ich denke ich schaffe relativ viel Arbeit
89 in relativ kurzer Zeit“ (lacht). (7:46)

90 „Das ist gut.“ (7:48)

91 „Ich habe zumindest nicht das Gefühl, dass ich ständig irgendjemandem meine Arbeit
92 übergeben muss, ich werde sehr häufig mit meinen Dingen fertig obwohl ich nur 60% da
93 bin.“ (8:00)

94 „Also höre ich richtig heraus, dass eigentlich alles eine Managementfrage ist?“ (8:03)

95 „Ja, und aber auch dass man sich hinstellen kann und sagen kann: „Ich gehe jetzt“, denn
96 wenn man das nicht tut, dann macht man ständig unbezahlte Überstunden, und das ist
97 natürlich auf Dauer ätzend. Und dann denke ich auch, dass es eine Frage der Kita ist. Ich
98 habe mein Kind wirklich exzellent versorgt, in einer privaten Kita, mit allem Luxus“
99 (lacht). (8:30).

100 „Das heißt?“ (8:31)

101 „Das ist eine Einrichtung, in der nie mehr als 4 Kinder auf einen Betreuer kommen, eher
102 2 oder 3 Kinder pro Betreuer, die nur Vollzeitkräfte und Kräfte einstellt, die eine Ausbil-
103 dung von mindestens 5 Jahren haben, keine Praktikanten. Es gibt eine musikalische
104 Früherziehung, eine eigene Turnhalle, einen eigenen großen Garten sowie selbstgekoch-
105 tes „Ökoessen“. Das heißt die Kita ist so, dass man das Gefühl hat, man gibt sein Kind da

106 *gerne ab, sie (die Tochter) geht da auch gerne hin, was vielleicht aber auch vom Kind*
107 *abhängig ist, wobei sie wiegesagt einfach gerne in die Kita geht und man sich dann na-*
108 *türlich auch entspannt der Arbeit widmen kann. Ich denke wenn man immer so das Ge-*
109 *fühl hat, das Kind ist nicht glücklich mit der Situation, tut man sich denke ich als Mutter*
110 *auch schwer, oder auch als Vater, das ist natürlich wurscht. Aber wir haben beide als*
111 *Eltern das Gefühl, dass es sehr gut ist so, und unser Kind sich schon freut, dass es da hin-*
112 *kommt.“ (9:34)*

113 *„Wie sind die Öffnungszeiten der Kita?“ (9:36)*

114 *„Die Kita hat von 7- 19 Uhr offen, man kann dann verschiedene Module buchen, wir ha-*
115 *ben nun ein Viertagesmodul gebucht à 10 Stunden am Tag, d.h. im Prinzip könnte ich sie*
116 *da jeden Tag bis 17.30 lassen, aber das muss ich ja gar nicht, sondern hole sie um 15.15*
117 *Uhr ab.“ (10:00)*

118 *„Wie ist es als Ärztin mit dem Abschalten? Sind Sie wenn Sie zu Hause sind dann auch*
119 *wirklich gedanklich zu Hause oder nimmt man öfters mal was mit?“ (10:10)*

120 *„Nein, da ist man daheim. Das Kind nimmt einen so in Beschlag, dass man dann schon*
121 *abschaltet. Wenn ich überhaupt nochmal über Klinik nachdenke, dann erzähle ich das*
122 *abends meinem Mann, ich denke das ist aber auch rotationsabhängig. In der Chemoam-*
123 *bulanz z.B. habe ich mehr mitgenommen, als jetzt von der AllgemEinstation oder aus*
124 *dem Ultraschall.“ (10:42)*

125 *„Sie sind nochmal relativ schnell nach der ersten Geburt ihres Kindes noch einmal*
126 *schwanger geworden, war das geplant?“ (10:50)*

127 *(muss lachen),„Nein, also das wäre ja schon peinlich wenn es als Gynäkologin ungeplant*
128 *wäre. Es hat einfach schneller funktioniert als wir es gedacht hatten, weshalb es jetzt in*
129 *relativ kurzen Abstand ist, wobei wir das schon explizit wollten dass die Kinder nah bei-*
130 *einander sind, weil wir die Phase, in der die Kinder sehr klein sind, und uns dadurch viel-*
131 *leicht auch etwas in unseren privaten und sportlichen Aktivitäten(Klettern, Bergsteigen)*
132 *einschränken, möglichst kurz halten wollen. Vielleicht auch weil sich die Kinder dadurch*
133 *selber mehr zu sagen haben. Warum ich überhaupt so früh Kinder bekommen habe hat*
134 *den Grund, dass ich einen 10 Jahre älteren Mann habe.“ (11:43)*

135 „Wobei Männer doch eigentlich noch sehr spät Vater werden können?“ (11:46)

136 *„Biologisch gesehen wäre es egal, ich hätte auch erst mit 38 ein Kind bekommen können,*
137 *aber dann wäre mein Mann weit in Rente bevor sein Kind einmal das Abitur macht. Da*
138 *wäre er dann fast 70 bis das Kind mal auf eigenen Füßen steht.“* (12:10)

139 „Hätten Sie sich vorstellen können, schon während des Studiums Kinder zu bekom-
140 men? Sehen Sie darin Vorteile?“ (12:17)

141 *„Nein, ich sehe darin keinen Vorteil. Es ist natürlich eine persönliche Sache, ich habe*
142 *einige Bekannte, die während ihres Studiums Kinder gekriegt haben, die damit auch*
143 *zufrieden sind, aber ich war im Studium auch noch ein Jahr im Ausland, ich habe sehr*
144 *viele Praktika im Ausland gemacht, habe mein PJ an 3 verschiedenen Orten gemacht,*
145 *wir haben auch jetzt noch nachdem ich angefangen habe zu arbeiten noch viele große*
146 *Reisen nach Afrika, Thailand und Mexico gemacht, das sind alles Sachen, über die ich*
147 *froh bin, dass ich sie gemacht habe, und von denen ich denke, dass sie mit Kind in der*
148 *Form nicht möglich gewesen wären. Wobei man natürlich auch mit Kind während des*
149 *Studiums ins Ausland gehen kann, aber es ist dann anstrengender oder anders, man lebt*
150 *dann nicht wie ein Student, sondern wie eine Mutter. Da bin ich froh, dass ich das nicht*
151 *musste.“* (13:18)

152 „Sind Sie zufrieden mit Ihrer Berufswahl?“ (13:21)

153 *„Ja, ich würde wieder dasselbe machen. Ich bin sehr zufrieden mit meinem Beruf, weil*
154 *ich immer noch finde, dass es ein sehr abwechslungsreicher Beruf ist, ich finde auch im*
155 *Gegensatz zu meinen Kollegen, dass wir adäquat bezahlt werden, auch jetzt mit den*
156 *60% das klappt einfach gut. Ich kann mich nicht beschweren.“*(14:00)

157 „Man hört oft das Gegenteil.“ (14:02)

158 *„Ja, ich habe vielleicht auch im Gegensatz zu anderen eine sehr gesicherte finanzielle*
159 *Situation. Wir sind relativ wohlhabend denke ich, wir haben ein Haus, welches abbe-*
160 *zahlt ist, wir können uns eine teure Kita leisten, wir könnten uns eine Putzfrau leisten,*
161 *wenn ich sagen würde, dass ich das möchte, wir könnten uns auch ein Kindermädchen*
162 *leisten, das heißt quasi alles. Wenn ich Hilfe von außen bräuchte, dann könnte ich sie*
163 *mir kaufen. Ich denke das entspannt auch und das nimmt den Druck weg, möglichst*

164 *schnell Karriere zu machen und viel Geld zu verdienen, den Druck habe ich einfach*
165 *nicht.“ (15:00)*

166 *„Das heißt Sie könnten sogar noch weiter zurückstufen wenn Sie wollten?“ (15:03)*

167 *„Ich bräuchte gar nicht arbeiten. Ich arbeite weil es mir Freude macht und weil ich es*
168 *auch für mich wichtig finde. Ich war gerne das Jahr zu Hause, aber am Schluss habe ich*
169 *wirklich gesagt,ich möchte wieder arbeiten.“ (15:20)*

170 *„Wie war der Wiedereinstieg?“ (15:22)*

171 *„Hat gut geklappt. Ich habe mein Kind in die Kita eingewöhnt und bin dann auf 60%*
172 *wieder eingestiegen.“ (15:42)*

173 *„Sie hatten auch nicht das Gefühl, dass Sie in diesem Jahr fachlich zurückgeworfen*
174 *wurden?“ (15:46)*

175 *„Ich habe während des Jahres ein paar Fortbildungen besucht, nicht wahnsinnig viele,*
176 *aber immerhin 3-4 mal war ich auf einer Fortbildung und habe noch zusätzlich eine*
177 *Akupunkturausbildung begonnen, die ist nun bald fertig, mich also ab und zu mal mit*
178 *etwas medizinischem beschäftigt, dann habe ich einen Mann, der im medizinischen Be-*
179 *reich tätig ist, wodurch man zumindest damit in Kontakt bleibt. Man vergisst schon: z.B.*
180 *„welche Dosierung hatte nochmal das und das“, das muss man dann wieder einmal ma-*
181 *chen und dann weiß man das auch wieder, und man ist am Anfang schon noch etwas*
182 *unsicherer, in meinem ersten Nachtdienst meinte mein Oberarzt „So jetzt mach mal ein*
183 *Vakuum“ weil er weiß, dass ich das eigentlich kann, ich habe nur gesagt: „ bitte setze*
184 *dich wenigstens in den Kreissaal, damit ich hier jemanden als Backup habe. Man selber*
185 *ist vielleicht so 2-3 Wochen unsicher, dann geht es aber wieder.“(16:53)*

186 *„Nun habe ich noch eine Frage in die Zukunft: Wo sehen Sie sich beruflich in 10 Jah-*
187 *ren?“ (16:56)*

188 *„Oh, das ist schwierig.“ (17:10)*

189 *„Sind Sie denn generell jemand, der auch Ambitionen hat Karriere zu machen?“*
190 *(17:14)*

191 „Es gibt 2 Optionen denke ich, die in Frage kommen. Jetzt werde ich wieder ein Jahr aus-
192 setzen, dann werde ich meinen Facharzt weitermachen, das wird sich bei 60% sicher
193 noch über 2 Jahre erstrecken, dann schätze ich bin ich so 33/34 Jahre alt wenn ich mei-
194 nen Facharzt habe. Vielleicht kann ich dann auch 75% arbeiten, das weiß ich nicht, es
195 muss auch geklärt werden wie das dann mit meinem Mann und der Praxis läuft. Entwe-
196 der werde ich mich dann in spezieller Geburtshilfe weiterbilden, und dann langfristig
197 Oberärztin in der Geburtsklinik werden, oder eine spezielle Endokrinologieweiterbil-
198 dung machen, dann könnte ich mir auch eine große Praxis vorstellen. Was ich mir nicht
199 vorstellen kann, ist die allgemeine gynäkologische Praxis, in der man nur Abstriche
200 macht. Das ist glaube ich nicht mein Ding.“ (18:25)

201 „Das unterfordert Sie wahrscheinlich, oder?“ (18:28)

202 „Nein, das nicht. Ich glaube es ist sehr anstrengend und auch wichtig, dass man das gut
203 macht, aber ich glaube ich bin dazu nicht der Typ, ich habe das in der onkologischen
204 Sprechstunde gemerkt. Patienten, bei denen man nicht viel ausrichten kann, bei denen
205 man eine Untersuchung macht und dann entweder sagen muss: „da ist nichts mehr zu
206 machen“ oder ich mache eine Untersuchung und dann gehen die Patienten wieder heim,
207 das interessiert mich nicht so. Ich operiere gerne, ich mache gerne Geburtshilfe, ich ma-
208 che gerne Akutmedizin. Vielleicht ändert sich das auch einmal. Langfristig Altassistentin
209 werden möchte ich dann doch auch nicht, dafür bin ich dann doch zu ehrgeizig. Ich den-
210 ke zum Oberarzt wird es schon reichen. Und sollte es nicht klappen, ich glaube nicht
211 dass mein Lebensglück davon abhängt, welche Position ich erreiche. Die Arbeit muss mir
212 Spaß machen, sie muss sich verbinden lassen mit dem, was wir familiär planen.“ (19:46)

213 „Haben Sie das Gefühl, dass Sie ihre Arbeit vielleicht sogar noch ein Stück besser ma-
214 chen, seitdem Sie Mutter sind?“ (19:49)

215 „Vielleicht ist das Verständnis für Frauen in der Schwangerschaft größer geworden, die
216 kommen und sagen „es zieht mir im Bauch, ich mache mir Sorgen“, wo man am Anfang
217 immer dachte: „die hat nichts Wirkliches“. Man weiß nun selber, dass es nun einmal
218 manchmal zieht und dass man sich manchmal schon denkt „ups ok“, wobei ich jetzt
219 deswegen trotzdem nicht zum Arzt gehen würde, aber ich kann solche Dinge vielleicht
220 nun eher verstehen, dass jemand, der sich nicht so auskennt, dann doch mal zum Arzt
221 rennt.“ (20:17)

222 „Nun hätte ich gerne noch ein Fazit von Ihnen: Wie gut sind Familie und Beruf in Ulm
223 miteinander vereinbar?“ (20:30)

224 *„Ich denke, dass man Beruf und Familie gut vereinbaren kann, wobei das abhängig ist
225 vom Partner, denn der muss das natürlich mittragen, er muss natürlich auch seinen An-
226 teil beitragen, z.B. bei uns ginge es ja nun auch nicht, wäre mein Mann nicht bereit mor-
227 gens das Kind fertig zu machen und es in die Kita zu bringen. Man muss eine gute Be-
228 treuung gefunden haben, von der man das Gefühl hat, dass das Kind dort nicht nur adä-
229 quat, sondern auch wirklich gut versorgt wird, damit man mit gutem Gewissen zur Ar-
230 beit gehen kann. Es ist alles eine Frage der Organisation. Ich habe aber auch nie Angst
231 davor gehabt, bei mir gab es nie dieses „Oh Gott, wie soll ich das nur schaffen“, ich dach-
232 te mir immer:“ das wird schon irgendwie“. Und wenn es nun nicht anders gegangen wä-
233 re, dann hätte ich eben noch einmal ein halbes Jahr zu Hause bleiben müssen. Dann wä-
234 re das so gewesen. Ich denke, wenn man relativ jung anfängt zu arbeiten, dann hat man
235 den Vorteil, dass man zeitlich nicht in Stress gerät. Ich habe mit 25 angefangen zu arbei-
236 ten, hatte nie den inneren Druck mit 30 Facharzt zu werden, es hätte zwar geklappt,
237 hätte aber nicht unbedingt sein müssen.“ (22:13)*

238 „Das war nicht Ihr oberstes Ziel.“ (22:16)

239 *„Nein, und ich wollte auch noch nie Chef werden. Wenn man Chef werden will und sich
240 habilitieren, und dann noch Professor machen, wird alles ein bisschen anstrengender.
241 Bisschen Forschung habe ich schon auch gemacht, ab und zu einmal etwas veröffent-
242 licht, aber nur so viel nebenher noch ging.“ (22:34)*

243 „Haben Sie das Gefühl, dass es als Frau schwieriger ist beruflich aufzusteigen?“
244 (22:37)

245 *„Ich glaube, wenn man als Frau den Ehrgeiz in die Arbeit steckt, den viele Männer hin-
246 einstecken, hat man die gleichen Chancen. Ich habe durchaus das Gefühl, dass gerade
247 hier an der Uni die männlichen Kollegen einfach auch mehr Zeit investieren in For-
248 schung, Karriere und Beruf, und viele Frauen letztlich doch der Familie den Vorrang
249 geben. Ob das nun am Partner liegt, oder sie das persönlich so wollen weiß ich nicht. Ich
250 hatte nie das Gefühl, dass ich, nur weil ich Frau bin, das nicht mache oder ich schlechter
251 wegkomme, sondern ich habe das so selbst gewählt.“ (23:30)*

252 „Ich finde was Sie sagen spricht dafür, dass sich vor allem die Frauen um die Familie
253 kümmern, die Männer um die Karriere?“ (23:34)

254 *„Ja. Das ist so. Da bin ich auch definitiv Ihrer Meinung. Wir haben eine Oberärztin, bei
255 welcher die Kindererziehung wirklich partnerschaftlich geteilt ist, die auch habilitiert
256 ist, 3 Kinder hat und Vollzeit arbeitet, aber im Prinzip glaube ich schon, dass es immern-
257 och zu 80% die Frauen sind, die beruflich mehr zurückstecken. Allerdings nicht mehr
258 allein, es scheint sich schon mehr zu vermischen.“* (24:17)

259 „Vielen Dank fürs Mitmachen und weiterhin alles Gute Ihnen.“ (24:19)

INTERVIEW 2

- 1 „Kommen wir gleich zur Sache: wie alt sind Sie?“
- 2 „30 Jahre“(0:11)
- 3 „Seit wann sind Sie nun als Ärztin tätig?“
- 4 „Seit 2008 .Also seit 4 Jahren nun.“ (0:23)
- 5 „Wie weit sind Sie mit Ihrer Facharztausbildung?“
- 6 „Ich habe nun 4 Jahre komplett und befinde mich am Anfang des 5. Jahres meiner Fach-
- 7 arztausbildung.“ (0:27)
- 8 „Gab es Unterbrechungen?“
- 9 „Nein.“ (0:31)
- 10 „Das heißt Sie haben bis jetzt alles rasch durchgezogen?“
- 11 „Ja.“ (0:35)
- 12 „Sie haben einen Partner, ist das richtig?“
- 13 „Ja.“
- 14 „Wie lange sind Sie beide nun liiert?“
- 15 „5 ½ Jahre.“ (0:42).
- 16 „Was macht Ihr Partner beruflich?“
- 17 „Auch er ist Gynäkologe.“ (0:48)
- 18 „Wie weit befindet sich Ihr Partner in seiner Facharztausbildung?“
- 19 „Mein Partner hatte zuvor Augenheilkunde gemacht, sowie auch ein halbes Jahr Chirur-
- 20 gie, in der gynäkologischen Facharztausbildung befindet er sich nun im dritten Jahr.“
- 21 (1:05)

22 „Welche Gründe haben ihren Partner dazu bewegt, zur Gynäkologie zu wechseln?“

23 *„Er war unzufrieden mit den anderen Fächern.“ (1:13)*

24 „Woher rührte die Unzufriedenheit?“

25 *„Es lag nicht an der Arbeitsbedingungen in den anderen Fächern, sondern sie waren*

26 *fachlich einfach nicht sein Ding.“ (1:22)*

27 „Haben Sie denn Kinder?“

28 *„Nein.“ (1:32)*

29 „Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie noch keine Kinder haben?“

30 *„Nein eigentlich nicht. Wir haben bisher noch keine Kinder geplant. Das hatte aber kei-*

31 *nen beruflichen Grund.“ (1:39)*

32 „Keinen beruflichen Grund? Das heißt Sie könnten sich auch jetzt vorstellen Kinder zu

33 bekommen?“

34 *„Ja. Das wäre eigentlich kein Problem. Wir planen es jetzt nicht, aber wenn es passieren*

35 *würde, dann wäre es eben so. Ich befinde mich nun gerade am Anfang des fünften Jahres*

36 *in meiner Facharztausbildung, das heißt, jetzt wäre es natürlich schon erst einmal gut*

37 *noch bis zum Facharzt zu kommen, aber sollte es nun passieren wäre es eben so. Geplant*

38 *ist es wie gesagt nicht.“ (2:13)*

39 „Denken Sie, es gibt den optimalen Zeitpunkt um als Ärztin ein Kind zu bekommen?“

40 *„Schwierig. Wahrscheinlich ist es optimal schon gegen Ende des Studiums, oder zwi-*

41 *schen Studium und dem Beginn einer Facharztausbildung, denn wenn man anfängt zu*

42 *arbeiten möchte man nun doch eben erst einmal arbeiten, vielleicht aber auch nachdem*

43 *man bereits 2 bis 3 Jahre gearbeitet hat, oder alternativ nach der Facharztausbildung.“*

44 *(2:42)*

45 „Wie gut denken Sie, ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf hier an der Klinik?“

46 *„Bei uns ist es hier glaube ich ganz gut, weil hier auch einige sind die dann weniger ar-*

47 *beiten, 60%, 75%, ich glaube hier haben die Leute gute Erfahrungen gemacht.“ (3:06)*

- 48 „Fühlen Sie sich manchmal benachteiligt, weil Sie keine Kinder haben?“
- 49 *„Nein. Habe ich hier noch nicht erlebt.“ (3:22)*
- 50 „Worauf ich hinaus möchte ist, dass man sich vorstellen könnte, dass wenn eine Kol-
51 legin oder ein Kollege die/der in Teilzeit arbeitet, bereits um 14 Uhr geht, der Klinik-
52 alltag da aber noch längst nicht zu Ende ist, die ein oder andere Arbeit liegen bleibt,
53 die dann von anderen Kolleginnen und Kollegen übernommen werden muss?“
- 54 *„Eigentlich nicht. Das ist bei uns ganz gut geregelt.“ (3:32)*
- 55 „Wie wird das bei Ihnen geregelt?“
- 56 *„Früh morgens wird besprochen wer dann die Kollegin/den Kollegen die/ der geht ab-
57 löst, dann kann es immer mal wieder kleine Kollisionen geben, aber insgesamt läuft es
58 doch ganz gut.(3:46)Es ist nicht so, dass wir dann die Arbeit der anderen machen müs-
59 sen.“ (3:51)*
- 60 „Haben Sie das Gefühl, dass bei manchen Kolleginnen die Arbeit aufgrund ihres Mut-
61 terdaseins eventuell zu kurz kommt?“
- 62 *„Nein, habe ich überhaupt nicht.“(4:00)*
- 63 „Haben Sie anders herum das Gefühl, dass Kolleginnen mit Kindern manchmal be-
64 nachteiligt werden?“
- 65 *„Nein. Auch nicht. Empfinde ich nicht so.“ (4:15)*
- 66 „Kommen Kolleginnen mit Kindern beruflich weniger schnell voran?“
- 67 *„Meist arbeiten diese Kolleginnen zu einem anderen Prozentsatz, aber in der Zeit, in der
68 Sie arbeiten, wird schon darauf geachtet, dass Sie in die jeweilige Rotation kommen.“
69 (4:30)*
- 70 „Das funktioniert?“
- 71 *„Ich denke ja.“ (4:32)*
- 72 „Wo sehen Sie Vorteile, noch keine Kinder zu haben?“

73 *„Man ist etwas unabhängiger, man kann seine Assistenzarztzeit besser durchziehen,*
74 *weil man kontinuierlicher in der Klinik ist, da sehe ich die Vorteile.“ (5:04)*

75 *„Haben Sie das Gefühl, dass sich Kolleginnen nach der Elternzeit mit dem Wiederein-*
76 *stieg schwertun?“*

77 *„Nein, eigentlich nicht. Klar sind die ersten 1 bis 2 Wochen hart, aber die meisten sind*
78 *dann sofort wieder drin, weil die meisten auch nicht länger als ein Jahr fehlen.“(5:33)*

79 *„Steigen die meisten Kolleginnen dann gleich wieder in Vollzeit ein?“*

80 *„Nein. Wir haben 2 Kolleginnen, die Vollzeit wieder eingestiegen sind, aber die meisten*
81 *steigen in Teilzeit wieder ein.“ (5:45)*

82 *„Was denken Sie wie Ihr Chef dem Kinderkriegen gegenüber steht?“*

83 *„Ich denke er lehnt das nicht ab, das sieht man schon daran, dass er jedem, der ein Kind*
84 *bekommt, den Wiedereinstieg ermöglicht. Und zwar dann, wann es gewünscht ist.“*
85 *(6:07)*

86 *„Es wird häufig von Frauen mit Kindern berichtet, dass Sie sich gegenüber ihren*
87 *männlichen Kollegen benachteiligt fühlen. Wie steht es da mit Ihnen? Fühlen Sie sich*
88 *Ihren männlichen Kollegen gegenüber manchmal benachteiligt?“*

89 *(Überlegt). „Mh ja es wird ja manchmal gesagt, dass wenn irgendwelche Zusatzaufga-*
90 *ben zu erledigen sind, dies meistens Frauen machen müssen, weil sie sorgfältiger sind,*
91 *und da vielleicht auch ein bisschen mehr hinter stehen. Ich glaube es ist immer noch ein*
92 *bisschen so, dass die Männer mehr die Wissenschaft machen und die Frauen eher nicht,*
93 *bei uns ist es allerdings relativ gut verteilt.“ (5:45)*

94 *„Forschen Sie selbst auch?“*

95 *„Ja, ich arbeite nebenher noch im Labor.“ (6:53)*

96 *„Wie wichtig ist Ihnen Ihr Beruf?“*

97 *„Das Fach gefällt mir, ich wollte nichts anderes machen, es ist stressig, auf jeden Fall,*
98 *trotzdem aber ein schöner Beruf. Es ist mir auch wichtig an einer Arbeitsstelle zu sein,*
99 *an der man sich wohlfühlt und einen netten Chef hat.“ (7:35)*

100 „Das heißt Sie würden den Beruf wieder wählen?“

101 „Ja.“ (7:40)

102 „Wo sehen Sie sich beruflich in 10 Jahren?“

103 *„Da habe ich noch kein Ziel so richtig. Jetzt erst einmal den Facharzt machen, dann ein-*
104 *mal schauen wie es mit der Familienplanung weitergeht.“* (8:04).

105 „Sollten Sie sich dafür entscheiden ein Kind zu bekommen, was denken Sie, wer wür-
106 de von Ihnen Elternzeit in Anspruch nehmen?“

107 *„Ich würde zunächst einmal zu Hause bleiben.“* (8:15)

108 „Aus freien Stücken heraus?“

109 „Ja.“ (8:22)

110 „Sind es nach wie vor die Frauen, die nach der Geburt des Kindes zu Hause bleiben?“

111 *„Ich denke schon noch im Moment. Aber es kommt auch immer mehr, dass auch die*
112 *Männer zu Hause bleiben.“* (8:32)

113 „Kennen sie Beispiele hierfür?“

114 *„Ja, eine Kollegin hat gerade entbunden und arbeitet nun Vollzeit während ihr Mann zu*
115 *Hause ist, ich kenne sogar 2 Kolleginnen bei denen das so ist.“*(8:43)

116 „Das klappt gut?“

117 *„Ich glaube schon, ja.“* (8:47)

118 „Wie würde ihr Fazit zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf aussehen?“

119 *„Ich denke die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist hier gut geregelt, optimaler Zeit-*
120 *punkt zum Kinderkriegen schwierig zu sagen, retrospektiv wahrscheinlich vor der*
121 *Facharztausbildung, danach oder irgendwo dazwischen, aber dann genau in der Mitte*
122 *und nicht irgendwo an der Grenze. Ich bin ja nun im fünften Jahr und da sollte man sich*
123 *dann vielleicht schon überlegen, das Jahr bis zum Facharzt noch vollends durchzuzie-*
124 *hen.“*(9:30)

125 „Denken Sie wirklich, es würden nun besonders große Nachteile für Sie entstehen,
126 wenn Sie jetzt ein Kind bekämen?“

127 *„Nein, nein, nein. Man wird ja auch nicht jünger.“* (lacht) (9:35)

128 „Was ist der Altersdurchschnitt, in dem die Kolleginnen Kinder bekommen?“

129 *„29, 30 Jahre.“* (9:42)

130 „Was denken Sie, könnte man in Ulm noch verändern, um eine bessere Vereinbarkeit
131 von Familie und Beruf zu gewährleisten?“

132 *„Intern könnte man versuchen, die Arbeitsabläufe noch besser zu strukturieren, dass
133 nicht an einem Tag alle Teilzeitkräfte da sind, und an anderen Tagen keine. Alles in al-
134 lem klappt es bei uns aber ganz gut. Das einzige, was mir noch einfallen würde, sind
135 mehr Kitaplätze, an denen scheint es noch deutlich zu mangeln.“*(10:11)

136 Vielen Dank fürs Mitmachen und Ihnen weiterhin alles Gute.

137

INTERVIEW 3

1 „Zunächst einmal natürlich vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, an
2 diesem Interview teilzunehmen. Beginnen würde ich gerne damit, dass Sie mir einmal
3 ihren beruflichen Werdegang zusammenfassen.“ (0:14)

4 *„Ich habe in Freiburg studiert, die normale Studienzeit betrug 13 Semester, habe damals
5 während dem Studium eine Dr. Arbeit gemacht, und habe dann 2004 in Freiburg in der
6 Gynäkologie angefangen. Nach 3 Jahren habe ich nach Ulm gewechselt, habe dann dort
7 2009 den Facharzt gemacht. Seitdem bin ich in der Weiterbildung für die Schwerpunkt-
8 bezeichnung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, habe mich im Februar 2011
9 habilitiert und bin nun seit Juli Oberärztin.“* (1:13)

10 „Für mich besonders interessant ist, dass Sie nicht nur habilitiert sind, sondern auch 3
11 Kinder haben. Wie gut lässt sich das vereinbaren?“ (1:16)

12 *„Wir haben eigentlich schon alle Methoden durchgemacht. Ich habe das erste Kind nach
13 dem 3. Staatsexamen bekommen, kurz danach, und habe dann nach einem halben Jahr
14 direkt angefangen zu arbeiten. Damals hatten wir unsere erste Tochter von morgens bis
15 abends bei einer Tagesmutter, ich habe immer 100% gearbeitet. Dann habe ich im ers-
16 ten Jahr meiner FA-Ausbildung, allerdings erst Ende des ersten Jahres, mein zweites
17 Kind gekriegt, bin dann relativ schnell (nach 10 Wochen etwa) wieder eingestiegen, und
18 hatte das Kind auch bei der Tagesmutter. Beide Kinder sind zur gleichen Tagesmutter
19 gegangen. Und als wir dann von Freiburg nach Ulm umgezogen sind, hatten wir beide
20 Kinder in der Kita, jeweils bis 16 oder 17 Uhr, da hat eine Kinderfrau die Kinder abgeholt
21 und gewartet, bis wir zu Hause waren. Meistens war das nicht lange, eine halbe Stunde
22 bis eine Stunde, aber das reicht ja oftmals schon, um in der Klinik in Stress zu geraten.
23 2010 habe ich mein drittes Kind, eine Tochter, bekommen, also nach dem Facharzt, da
24 war ich auch wieder ein halbes Jahr zu Hause. Um diese Tochter hat sich auch eine Kin-
25 derfrau gekümmert, weil wir keinen Kitaplatz hatten. Wir hatten das sowieso umge-
26 stellt, da es in der Schule kein Mittagessen gab, sodass wir hierfür eine Kinderfrau hat-
27 ten, die mittags kam und Mittagessen gekocht hat und im Prinzip gewartet hat bis wir
28 nach Hause gekommen sind. Mittlerweile gibt es in der Schule Mittagessen, d.h. die gro-*

29 *ßen 2 essen dort Mittag, die Kleine ist mittlerweile in der Kita, und mittags haben wir*
30 *eine Kinderfrau die da ist, bis wir nach Hause kommen.“ (2:45)*

31 *„Also viel Organisation?“*

32 *„Ja.“ (2:48)*

33 *„Habe ich nun richtig herausgehört, dass Sie einen Partner haben?“*

34 *„Ja.“ (lächelt),„Ohne den wäre es schwierig.“ (2:56)*

35 *„Teilen Sie sich die Erziehung?“ (2:57)*

36 *„Ja. Dadurch dass wir beide 100% arbeiten ist die Erziehung komplett geteilt. Alles zu*
37 *Hause ist geteilt. Ich glaube nur so geht das: wenn beide gleichberechtigt arbeiten kön-*
38 *nen, und beide auch gleichberechtigt Haushalt machen.“ (3:17)*

39 *„Was macht ihr Mann beruflich, wenn ich fragen darf?“ (3:19)*

40 *„Mein Mann ist auch Arzt. Wie das so ist“ (lacht). „Wir haben uns im Studium kennenge-*
41 *lernt, also er ist mir nicht weiter voraus, sondern wir sind in allen Dingen gleichberech-*
42 *tigt. Das ist wie ich glaube auch ein Vorteil. Es muss keiner zurücktreten, aber es kann*
43 *auch keiner vorpreschen“. (3:40)*

44 *„Was war für Sie vom Zeitpunkt des Kinderkriegens her am angenehmsten? Gibt es*
45 *einen perfekten Zeitpunkt im Leben einer Ärztin für die Familiengründung?“ (3:45)*

46 *„Ich glaube in jeder Situation war es gut. Prinzipiell denke ich ist es besser, früher Kin-*
47 *der zu kriegen als später, weil man sich nicht so viele Gedanken macht. Wir haben da-*
48 *mals noch in einer WG gewohnt mit 2 Kindern und sind das alles recht locker angegan-*
49 *gen. Heutzutage macht man sich wenn man 30, 35 vielleicht sogar Ende 30 ist, viel mehr*
50 *Gedanken. Wenn man jung ist, ist man etwas entspannter und belastbarer. Die Nächte*
51 *nicht schlafen und trotzdem arbeiten oder sonst etwas machen geht einfacher, wenn*
52 *man jünger ist. Ganz abgesehen davon, dass das Schwangersein und Schwangerwerden*
53 *leichter ist wenn man jung ist.“ (4:36)*

54 *„Sie sind doch aber noch sehr jung, oder?“ (4:38)*

55 *„Na gut ich bin jetzt 35.“ (4:40)*

56 „Das ist eigentlich das Alter in dem die Frau von heute im Schnitt ihr erstes Kind be-
57 kommt.“ (4:43)

58 *„Genau, deshalb meine ich, jünger ist besser. Ob man nun im Studium Kinder bekommt*
59 *oder in der Ausbildung, das muss jeder für sich entscheiden. Ich meine, man braucht ja*
60 *auch einen Partner. Prinzipiell sage ich jünger ist besser, sagen wir mal unter 30, aber*
61 *wann... ich war 26 bei der Geburt meines ersten Kindes, und ich würde das immer wie-*
62 *der so machen, ich fand das optimal.“* (5:06)

63 „Wir kommen gleich noch einmal darauf zurück. Nun eine ganz andere Frage: hatten
64 Sie jemals das Gefühl, ihre männlichen Kollegen würden Ihnen gegenüber bevorzugt
65 behandelt werden?“ (5:14)

66 *„In der Facharztausbildung nein. Seit ich gewisse Hierarchien oder Stufen erklimme,*
67 *denke ich schon, dass es einen Unterschied gibt. Aber der ist nicht objektivierbar, und*
68 *auch nicht unbedingt nach außen hin sichtbar.“* (5:37)

69 „Lässt sich diese Situation auf irgendetwas zurückführen? Liegt es an anderen Einstel-
70 lungen der Frauen gegenüber der Karriere, oder ist die Medizin noch eine sehr männ-
71 liche Domäne, in der es so etwas wie eine Vetternwirtschaft gibt?“ (6:00)

72 *„Es sind verschiedene Gründe. Durch meinen Lebenslauf denke ich weiß man, dass ich*
73 *mir da bis jetzt habe nichts gefallen lassen, und dass ich da auch ganz gut durchkomme.*
74 *Vetternwirtschaft würde ich es nicht nennen, aber Frauen wird generell weniger zuge-*
75 *traut, würde ich einmal behaupten, was aber auch daran liegt, dass viele Frauen diesen*
76 *Weg auch überhaupt nicht gehen. Und wenn man den geht, dann muss man sich schon*
77 *ganz schön behaupten und durchbeißen.“* (6:36)

78 „Anscheinend muss eine Frau doppelt so viel leisten wie ein Mann, um die gleiche
79 Anerkennung zu erhalten.“ (6:38)

80 *„Das kann ich jetzt nicht so bestätigen. Ich denke nicht, dass ich doppelt so viel geleistet*
81 *habe als andere, aber man muss schon aufpassen, dass einem nichts weggenommen*
82 *wird.“* (6:50)

83 „Damit haben Sie nun auch schon fast meine nächste Frage beantwortet. Diese lautet:
84 Denken Sie, es ist als Frau schwieriger Karriere zu machen?“ (7:05)

85 *„Ich denke es ist auf jeden Fall schwieriger, schon alleine weil sich das Kinderthema für*
86 *die Männer nicht stellt. Egal wie die Gesamtsituation ist, es ist einfach schwieriger und*
87 *die Frau wird immer vor die Frage gestellt: was ist mit den Kindern, wenn man arbeiten*
88 *geht?“ (7:30)*

89 *„Hatten sie jemals das Gefühl, dass Sie durch ihre Rolle als Mutter im Beruf Nachteile*
90 *hatten?“ (7:32)*

91 *„Nein, aber ich habe auch immer 100% gearbeitet. Das macht sicherlich einen großen*
92 *Unterschied. Vorteile auch nicht. Völlig uninteressant. Ich bin aber auch niemand, der*
93 *über seine Kinder groß redet oder der überall verbreitet Kinder zu haben. Es gehört ein-*
94 *fach für mich dazu, hat aber keine Vor- und keine Nachteile.“ (7:58)*

95 *„Hatten Sie umgekehrt jemals das Gefühl, Ihre Kinder seien in irgendeiner Weise zu*
96 *kurz gekommen?“ (8:00)*

97 *„Auch nicht. Ich glaube, wenn man einen solchen Weg geht, darf man solche Gedanken*
98 *nicht haben. Das heißt nicht, dass ich sie verdränge, sondern dass ich der Überzeugung*
99 *bin, dass das kein Problem für die Kinder ist. Und meine Kinder hinterfragen das auch*
100 *nicht. Für sie ist es selbstverständlich wenn ich zur Arbeit gehe, gehen sie in die Kita o-*
101 *der in die Schule. Das wird nicht hinterfragt.“ (8:32)*

102 *„Sehr interessant fände ich noch zu wissen, was Sie anders machen als Ihre weibli-*
103 *chen Kolleginnen?“*

104 *„Ich habe kein schlechtes Gewissen. Und ich glaube auch nicht, dass man es haben muss.*
105 *Ich glaube das ist der Unterschied.“ (8:57)*

106 *„Ihnen unterliegt wie ich herausgefunden habe die Federführung bei der Kommission*
107 *für Familie und Karriere der DGGG. Im Rahmen dessen haben Sie eine Studie veröf-*
108 *fentlicht, an der 1000 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben. Ergebnis dieser Stu-*
109 *die war unter anderem, dass immer noch 88% der Ärztinnen und 72% der Ärzte noch*
110 *keine Vereinbarkeit bei Beruf und Familie sehen. Was denken Sie, sind Gründe da-*
111 *für?“ (9:30)*

112 *„Das ist ganz vielfältig. Der Hauptgrund ist, und das muss ich sagen ist bei unserer Klinik*
113 *nicht der Fall, dass für viele die Kinderbetreuung mit der beruflichen Situation nicht*

114 kompatibel ist. Die Gynäkologie ist insofern natürlich ein interessantes Fach, weil es da
115 viele Frauen gibt, aber auch ein operatives Fach ist. Und man kann einfach nicht wäh-
116 rend der OP einfach alles fallen lassen und gehen. Und das macht es natürlich extrem
117 schwierig, das zu organisieren. Wenn man dann Teilzeit arbeitet, was die meisten Frau-
118 en oder Männer dann wollen, ist das sehr schwierig zu organisieren. Am einfachsten
119 denke ich ist es, wenn man zwei Tage ganz, und 2 Tage gar nicht arbeitet. Aber wenn
120 man natürlich von 7.30 (da geht es bei uns los), bis 14 Uhr arbeitet, ist das selten mög-
121 lich. Deshalb ist das so schwierig zu vereinbaren. Auf der einen Seite möchte man gerne
122 Teilzeit arbeiten, auf der anderen Seite kann man nicht einfach mitten im Patientenge-
123 spräch aufspringen und gehen. Man kann auch nicht alles übertragen. Dabei geht so viel
124 Information verloren, und das macht die Vereinbarkeit im Arztberuf so schwierig, weil
125 es eben nicht nur ein Schriftstück ist, was man liegen lässt. In der Anästhesie ist es viel-
126 leicht noch möglicher, da der Patient in Narkose ist und sich im Idealfall nicht daran
127 erinnern kann, wer beim Einschlafen und wer beim Aufwachen dabei war. Aber ich kann
128 nicht mitten drin gehen. Und ich kann auch nicht in der OP gehen oder während einer
129 Geburt einfach herausrennen. Dann kommt noch hinzu, dass viele Kitas irgendwann
130 auch geschlossen haben, und das einzige Kind, was draußen noch vor der Tür hockte mit
131 der genervten Erzieherin, war das von den Ärzten. Das ist das Problem, weshalb es oft-
132 mals als nicht vereinbar gesehen wird. Ich glaube es wird schon besser. Aber es wird
133 natürlich auch nur besser, wenn sich innerhalb der ärztlichen Strukturen etwas verän-
134 dert. Im Moment weiß ich keinen Lösungsweg. Ich weiß nicht, wie man es regeln soll. Es
135 ist immer ungünstig wenn man mitten im Geschehen gehen muss. Und gerade in der
136 Gyn, aber auch in vielen anderen Fächern kann man es nicht planen. Auf einmal kommt
137 ein Kind, auf einmal ein Notfall, auf einmal sitzt eine Frau vor einem und weint- man
138 kann nicht einfach gehen. Das macht es so schwierig. Die Planbarkeit.“ (11:46)

139 „Wie würde ein familienfreundliches Krankenhaus aussehen?“ (11:58)

140 „Idealerweise würde man Teilzeitstrukturen schaffen, die es ermöglichen, dass Frauen
141 und Männer von 7.30 bis 14.00 oder von 13.00 bis 18.00 arbeiten, und dass eine Kinder-
142 betreuung von 6 bis 22 Uhr vorhanden ist, sowie am Wochenende, denn wir haben auch
143 oft Dienste. Das wären sicherlich die Grundvoraussetzungen. Das Problem an der Sache
144 ist, dass alle die Teilzeit arbeiten wollen, vormittags arbeiten wollen. Wir brauchen je-

145 manden, der nachmittags arbeitet. Deswegen müssen diejenigen, die in Teilzeit arbeiten
146 wollen, auch an sich selber arbeiten, und auch mal bereit sein 2 Nachmittage zu kom-
147 men und dafür einmal vormittags frei zu haben. Das ist das, was die wenigsten sehen.
148 Die Kompromissfähigkeit muss immer auf Seiten der Arbeitgeber da sein, eigentlich soll-
149 te sie aber auch auf Seiten der Arbeitnehmer sein. Es soll flexible Arbeitszeiten geben,
150 wobei flexibel nicht nur heißen soll, dass es einen flexiblen Arbeitgeber gibt, sondern
151 auch von der Seite der Arbeitnehmer. Denn wir können die Klinik nachmittags nicht
152 dicht machen, nur weil alle vormittags arbeiten wollen. Das wäre der Idealfall: man ver-
153 teilt es auf mehrere Köpfe und dadurch die Zeiten besser abgedeckt sind, weil man über-
154 lappend arbeitet. Auch schwierig ist, dass dann die Schwestern auch so arbeiten müssen.
155 Es nutzt mir nichts wenn ein Arzt da ist, aber keine Schwester. Ich kann Sprechstunde
156 bis 18 oder 20 Uhr machen, aber die Schwester geht um 16 Uhr. Das ist ein Problem,
157 welches in der Praxis gelöst werden könnte: dass man sagt, wir haben 40 Stunden in der
158 Woche, die in der Praxis gearbeitet werden, der eine Teil arbeitet morgens, der andere
159 nachmittags und zwischendurch ist die Praxis zu. Das geht im Krankenhaus nicht. Ab 16
160 Uhr kriegen wir kein MRT mehr, gar nichts mehr, da ist sozusagen alles tot. Das ist das
161 Problem der Klinik, dass wir einerseits von den Strukturen Flexibilität verlangen, wir es
162 selbst aber gar nicht sind. Das liegt auch wiederum daran, dass in Deutschland alles auf
163 den Vormittag konzentriert ist: vormittags sind die Kinder noch versorgt, nachmittags
164 nicht. Wenn die Kinder ihren Hobbys nachmittags in der Schule nachgehen könnten, und
165 nicht die Mutter die Kinder dafür von A nach B fahren müsste, dann wäre es egal wenn
166 die Mütter nachmittags arbeiten. Aber dadurch, dass bei uns um 14 Uhr der Hammer
167 fällt...man muss sich überlegen: in der Schule meiner Kinder gibt es von Montag bis
168 Donnerstag Essen, freitags nicht. Ich weiß nicht ob die denken, Kinder müssten freitags
169 nichts essen?!Die Strukturen sind vollkommen falsch. Und das fängt ganz unten an.“
170 (14:38)

171 „Das sind noch sehr alte Strukturen.“ (14:40)

172 „Ja. Diese Strukturen sind ich weiß nicht wie alt. Das ist nicht zu ändern.“ (14:42)

173 „Haben Sie das Gefühl, Ulm hat schon viel dafür getan, dass Familie und Beruf besser
174 vereint werden können?“ (14:44)

175 „Ja. Ulm hat eine hervorragende Kita, wir hatten ein Kind da. Mittlerweile gibt es auch
176 einen Kindergarten, wenn es nun noch irgendwann Schulbetreuung gäbe, dann wäre
177 das natürlich optimal. Man macht was, und hier an unserer Klinik gibt es viele Teilzeit-
178 kräfte. Aber es ist auch noch nicht zur vollständigen Zufriedenheit. Und das liegt wieder-
179 rum aber nicht nur an der Klinik selber, sondern es liegt an Deutschland, an der Gesamt-
180 situation. Deswegen ist für uns, um noch einmal auf die Situation zurückzukommen, die
181 Kinderfrau das Optimale, weil sie letztendlich die Mutter ersetzt. Sie bringt die Kinder
182 zum Klavier, zum Tennis, versorgt sie, die Kinder können bei sich zu Hause spielen, die
183 ersetzt die Situation. Und da wiederum fehlt die Flexibilität von den meisten, die sagen,
184 ich möchte niemand Fremdes bei meinen Kindern haben.“(15:47)

185 „Wobei es sicher auch nicht einfach ist, da jemanden Guten zu finden.“ (15:48)

186 „Nein, aber wenn da letztlich mehr investiert werden würde, mehr gezahlt werden wür-
187 de, oder die Lobbyarbeit besser wäre für diese Personen, dann würde man auch bessere
188 finden. Aber wer arbeitet denn für 10 Euro die Stunde? Und für einen 400 Euro Job be-
189 kommt man die Kinder nicht betreut. Das muss man sich schon überlegen, das ist natür-
190 lich teuer, das muss man selbst erst einmal verdienen. Dann sagt man natürlich, dann
191 verdiene ich nur halbtags und bin nachmittags selber da.“ (16:24)

192 „Und dann hat man wieder das Problem...“ (16:25)

193 „Ja. Es ist einfach ein Problem.“ (16:29)

194 „Nun noch eine paar ganz andere Fragen. Wenn Sie noch einmal direkt nach dem Abi-
195 tur stünden, würden Sie alles genau so wieder machen, oder gebe es Dinge, die Sie
196 anders machen würden?“ (16:42)

197 „Ich würde das wieder so machen. Ich finde das super. Ich würde die Kinder früh krie-
198 gen, ich würde auch wieder Gynäkologie machen.“(17:06)

199 „Wo sehen Sie sich beruflich in 10 Jahren?“ (17:08)

200 „Das ist eine schwierige Frage(schmunzelt). Im Optimalfall bin ich an irgendeiner Klinik,
201 und habe irgendeine leitende Funktion. Ich muss nicht Klinikdirektorin werden, und
202 auch nicht Chefin, aber ich möchte mich nicht niederlassen. Ich würde gerne eine kleine
203 Abteilung, so wie ich das hier habe, leiten, oder eine Personalfunktion haben, so etwas

204 würde ich gerne machen. Aber mein Ziel ist die Klinik, es muss dabei nicht die Uniklinik
205 sein, es kann auch ein Krankenhaus sein, da bin ich völlig frei, aber ich sehe mich nicht
206 in der Praxis.“ (17:40)

207 „Warum nicht?“ (17:41)

208 „Der Vorteil an der Klinik ist, und da auch an der Uniklinik, dass man sich selber immer
209 wieder hinterfragen muss. Man muss sich immer wieder erneuern, man ist immer wie-
210 der mit kompliziertesten Fällen konfrontiert, man muss sich mit Dingen beschäftigen,
211 die vielleicht nicht das originäre Interessensgebiet sind, ich glaube das hält einen fit.
212 Befürchten würde ich, dass wenn man in eine Praxis geht, dass man seinen Stiefel 20
213 Jahre lang durchzieht. Das wäre sicherlich nicht falsch, aber man hat auch nicht die
214 „breiten Schultern“ wie man bei uns sagt, Verantwortung zu übernehmen für etwas
215 Neues, was man nicht kennt. Gerade an der Uniklinik kann man neue Dinge ausprobie-
216 ren, weil man das Rückgrat hat von einem Chef oder einer Abteilung, denen man das
217 vorstellen kann und die sagen: „ja, probieren wir es aus.“ Das würde ich sagen, ist ein
218 großer Vorteil an einer Klinik. Außerdem mag ich das Studentische auch. Da muss man
219 sich auch immer wieder hinterfragen wenn man Fragen gestellt bekommt, über die man
220 sich sonst keine Gedanken macht, und sich dann denkt: „ja stimmt, was ist denn da
221 los“(lächelt). Ich finde das ganz wichtig und super.“(18:51)

222 „Das freut mich.“

223 „Hätten Sie nun noch einen Tipp für junge Kolleginnen und Kollegen, die sich Kinder
224 wünschen, auf eine Karriere aber nicht verzichten wollen?“ (18:55)

225 „Einfach machen. Keine Angst haben, es geht. Vor allem nicht in die Betreuungsfalle
226 tappen und denken, dass die Kinder nicht betreut sind. Die Kinder fühlen, was die Eltern
227 fühlen. Wenn die Eltern das Gefühl haben, dass es nicht richtig ist, dann merken das die
228 Kinder sofort. Aber wenn die Eltern den Kindern vermitteln, so wie wir das machen ist es
229 gut, ich gehe arbeiten, egal ob voll, halb, am Wochenende, ganz egal, und die Kinder
230 betreut sind, dann ist das gut. Genauso wenn eine Frau zu Hause bleibt und unzufrieden
231 ist, dann merken das die Kinder auch, ebenso aber wenn man damit hadert zu arbeiten.
232 Man muss sich keine Sorgen machen: die Kinder in Skandinavien oder Frankreich sind
233 nicht blöder, nicht häufiger gescheiterte Existenzen oderso etwas, das ist ein rein deut-

234 *sches Problem, dass wir Angst haben, dass unsere Kinder gestört werden wenn wir sie*
235 *nicht selbst betreuen, was überhaupt nicht korrekt ist. Es gibt keine Daten dafür. Das ist*
236 *das einzige Problem und sonst einfach machen, nicht darüber nachdenken.“ (20:07)*

237 *„Vielen Dank für das sehr aufschlussreiche und angenehme Gespräch.“ (20:10)*

INTERVIEW 4

- 1 „Zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben bei diesem In-
2 terview mitzumachen .Gerne würde ich gleich mit der ersten Frage beginnen:
3 Wie alt sind Sie wenn ich fragen darf?“ (0:15)
- 4 „28.“ (0:16)
- 5 „In welchem Jahr Ihrer FA-Ausbildung befinden Sie sich momentan?“ (0:17)
- 6 „*Im vierten Jahr.*“ (0:19)
- 7 „Gab es Unterbrechungen?“ (0:20)
- 8 „*Nein.*“ (0:21)
- 9 „Sind Sie zufrieden mit Ihrer Arbeit?“ (0:23)
- 10 „Ja, zweifelsfrei.“ (0:25)
- 11 „Was gefällt Ihnen so gut an Ihrer Arbeit?“ (0:27)
- 12 „*Mir gefällt das Universitäre. Ich mache nebenher viel Wissenschaft, und die Arbeit an*
13 *der Klinik macht mir viel Spaß. Ich wollte eigentlich immer an eine Uni gehen, und bin*
14 *damit eigentlich echt zufrieden.*“ (0:42)
- 15 „Haben Sie eine Partnerin?“ (0:45)
- 16 „*Ja. Eine Frau und eine Tochter, aber das wissen Sie doch schon, oder?*“ (0:47)
- 17 „Ja. Aber für dieses Interview wollte ich es noch einmal gesagt wissen.“ (0:53)
- 18 „*Was macht Ihre Frau beruflich?*“ (0:56)
- 19 „Meine Frau ist eigentlich Hotelfachfrau, ist aber im Moment bei meiner Tochter zu
20 Hause.“ (1:00)
- 21 „Wie alt ist Ihre Tochter?“ (1:01)
- 22 „*Eineinhalb Jahre.*“ (1:02)

- 23 „Das heißt Ihre Frau ist im Moment zu Hause?“(1:03)
- 24 *„Ja. Meine Frau ist im Moment zu Hause. Wir suchen allerdings gerade nach einer Kita.*
25 *Wissen Sie, was wirklich schwierig ist? Halbtags gibt es nur Kitas mit sehr wilden Öff-*
26 *nungszeiten. Montags bis zwei, dienstags nicht, Donnerstag von vier bis acht- das ist ein*
27 *bisschen schwierig.“ (1:25)*
- 28 „Hätten Sie noch eine Alternative?“(1:30)
- 29 *„Sagen Sie mir eine. Ich habe keine Verwandten hier, sonst gäbe es noch Oma und Opa,*
30 *die sind bei uns aber nicht in der Nähe.“ (1:35)*
- 31 „Wie wäre es mit einer Kinderfrau?“(1:38)
- 32 *„Das ginge auch, ist aber leider nicht finanzierbar, oder?“ (1:47)*
- 33 „Kinderfrauen sind teuer das ist richtig. Hätten Sie sich auch vorstellen können zu
34 Hause zu bleiben?“ (1:55)
- 35 *„Nein. Ich wollte aus vielen Gründen nicht zu Hause bleiben. Ich muss ehrlich sagen, der*
36 *Hauptgrund ist , ich mag meine Tochter wirklich gerne, das ist alles ganz nett, aber ich*
37 *pack das nicht. 24 Stunden Kind ist mir zu viel. Das haben Sie jetzt noch nie gehört,*
38 *stimmt`s? (lacht). Aber es ist wirklich so, 24 Stunden Kind sind mir zu viel.“ (2:20)*
- 39 „Das hat bei Ihnen also keine beruflichen Gründe?“ (2:22)
- 40 *„Nein.“ (2:23)*
- 41 *„Rein beruflich hätten Sie es sich also gut vorstellen können, Elternzeit zu neh-*
42 *men?“(2:25)*
- 43 *„Ja. Ich habe mit 23 angefangen zu arbeiten, sodass ich doch ein bisschen Zeit habe nach*
44 *oben, also vom Beruf her hätte ich mir das schon vorstellen können, aber vom Ding her*
45 *nicht. Ganz ehrlich nicht. Den ganzen Tag nur Buch lesen und spülen, das ist mir zu viel.“*
46 *(2:37)*
- 47 „Ihre Frau ist damit aber einverstanden?“ (2:39)

48 *„Ja ja der gefällt das gut. Auch nicht auf Dauer, sie geht jetzt auch bald wieder arbeiten*
49 *nach eineinhalb Jahren. Also ich finde ein Mittelweg ist optimal. Im Idealfall wäre es so,*
50 *dass die Großeltern irgendwo in der Nähe wohnen würden, aber wie man hört bin ich*
51 *kein Schwabe, das wäre die Optimallösung, aber das habe ich nun einmal nicht.“ (3:01)*

52 *„Sind für Sie durch Ihre Rolle als Vater beruflich Vorteile entstanden? Immerhin ar-*
53 *beiten Sie im Bereich Gynäkologie....“ (3:03)*

54 *„Natürlich ist es nett, keine Frage, aber beruflich habe ich dadurch nun keine Vorteile.*
55 *Private schon weil es nett ist, aber beruflich nicht.“ (3:17)*

56 *„Sind Sie dadurch ausgeglichener?“ (3:19)*

57 *„Ich weiß nicht, ich habe mich dadurch eigentlich beruflich nicht verändert.“ (3:22)*

58 *„Wie steht ihr Chef Beruf und Familie gegenüber?“ (3:30)*

59 *„Ehrlich gesagt ganz gut. Ich finde unser Chef ist da sehr tolerant. Ich hatte da nun selber*
60 *nie Reibungspunkte mit ihm, weil es für mich nie Thema war, aber wenn man bei uns*
61 *durch die Belegschaft schaut, werden die meisten Frauen schon sehr bevorzugt. Was*
62 *heißt bevorzugt, aber in dem Punkt schon unterstützt. Wenn die morgens anrufen und*
63 *sagen das Kind ist krank, dann bleiben Sie daheim oder wenn irgendwas mit der Kita ist.*
64 *Mit den Halbtagsstellen hat bis jetzt jeder bekommen was er wollte. Ich denke das ist*
65 *schon ok, mein Chef ist sehr kulant. Was die Kolleginnen eher fordert, ist die Arbeit an*
66 *sich. Weil was macht man, wenn um 14 Uhr jemand vor einem in der Chemoambulanz*
67 *sitzt? Ich glaube mein Chef ist nicht das Problem, es ist die Arbeit an sich.“ (4:14)*

68 *„Wieso macht es die Arbeit so schwer?“(4:16)*

69 *„Naja stellen Sie sich vor Sie sitzen in der Chemoambulanz, und um 14 Uhr kommt eine*
70 *Patientin, der es schlecht geht. Ich kann dann natürlich nicht sagen tut mir Leid, das ist*
71 *ja schön, aber ich muss jetzt Heim mein Kind aus der Kita abholen. Im Gegenzug ist so,*
72 *stellen Sie sich vor, Sie stehen im OP bei einem Ovarialkarzinom, haben seit 8 Stunden*
73 *operiert und sagen um 16 Uhr „Tut mir Leid ich muss weg“. Da ist der Alltag schwieriger*
74 *als die Einstellung vom Chef.“ (4:38)*

75 „Bleibt durch die Kolleginnen, die in Teilzeit arbeiten Arbeit liegen, die Sie dann wie-
76 der reinholen müssen?“ (4:47)

77 *„Ja. Jeder andere muss das auffangen, das geht nicht anders. Man muss natürlich auch
78 nach 12 oder 16 Uhr Patienten versorgen, das ist eine ganz einfache Rechnung.“* (4:57)

79 „Das heißt die Vollzeit arbeitenden Kollegen holen das wieder rein?“(4:59)

80 „Ganz klar.“(5:01)

81 „Und Sie haben auch das Gefühl, dass immer wieder Arbeit liegen bleibt?“(5:03)

82 *„Ganz klar. Es gibt viele Tage an denen ich vormittags die Chemo mache und am Nach-
83 mittag die U2. Das ist leider Realität, aber im Prinzip in Ordnung. Das einzige was mich
84 ärgert, ist, dass es manche gibt, die schon um 13.45 alles liegen lassen. Das ist das einzi-
85 ge, was einen ärgert. Aber die meisten sind absolut bereit und engagiert was zu machen
86 und versuchen auch ihre Sachen zu erledigen. Und wenn dann noch was übrig bleibt,
87 macht man das, das ist kein Problem.“* (5:29)

88 „Das heißt, für Sie ist es in Ordnung, wie alles geregelt ist?“(5:31)

89 „Ja.“ (5:34)

90 „Haben Sie das Gefühl, dass Frauen benachteiligt sind, wenn Sie versuchen an der Uni
91 Karriere zu machen?“ (5:42)

92 *„Wenn man mal ganz ehrlich ist: ja. Aber das liegt daran, dass sie einfach eingeschränkt
93 sind, wenn Sie ein Kind haben. Das ist einfach so. Ich mache meine Wissenschaft auch
94 am Abend wenn ich frei habe, und nicht nachmittags während der Arbeit. Wenn Sie
95 abends heimgehen mit einem Kind, dann haben Sie faktisch weniger Zeit um sich um
96 solche Sachen zu kümmern. Das kann Ihnen auch keiner nehmen. Ich denke in dem Mo-
97 ment, indem Sie eine wissenschaftliche Karriere anstreben, wird es schwierig. Natürlich
98 gibt es immer wieder Ausnahmen, die beweisen, dass sie es besser machen, aber die ha-
99 ben Unterstützung. Die sind dann nicht Mann-Frau-Kind, sondern Mann- Familie-Kind,
100 dann geht das. Aber Sie brauchen viel Unterstützung. Frauen die Kinder haben und Wis-
101 senschaft machen sind sicher benachteiligt.“* (6:28)

102 „Sie sagten Ihre Frau werde demnächst wieder in ihren Beruf einsteigen. Da Sie Ihre
103 wissenschaftliche Arbeit vor allem am Abend erledigen, könnten Sie sich vorstellen,
104 nun etwas zurückzustecken?“(0:19)

105 *„Ja klar. Es bleibt mir nichts anderes übrig, das ist einfach so. Es gibt immer Phasen, in
106 denen man mehr machen kann und Phasen, in denen man weniger machen kann. Ent-
107 weder man schränkt sich in seinem Privatleben oder im Beruf etwas ein. Es ist eine
108 grundsätzliche Frage was man möchte, nicht wahr? Entweder macht man am Abend,
109 keine Ahnung was, oder man hat eine Familie. Alles hat Vor- und Nachteile, das ist die
110 Realität.“* (0:40)

111 „Und wo liegen Ihre Prioritäten?“(0:42)

112 *„Meine Prioritäten liegen ganz klar in meiner Family. Aber es gibt nichts, was keine
113 Nachteile hat im Leben. Nix. Und so ist es mit Frau und Kinder, also mit Familie und Job
114 auch.“* (0:57)

115 „Wie wichtig würden Sie sagen, ist Ihnen Ihr Beruf?“(0:60)

116 *„Mir? Sagen wir es mal andersherum. Mir ist mein Beruf nicht extrem wichtig, aber je
117 erfolgreicher Sie sind, desto entspannter haben Sie es in Ihrem späteren Leben. Und je
118 besser Sie sind und je besser Ihre Position ist, umso mehr können Sie sich mit dem be-
119 schäftigen, was Sie interessiert. Mein Job ist mir schon sehr wichtig, dabei ist das Wich-
120 tigste das Fortkommen. Nicht weil ich ultra ehrgeizig bin, sondern einfach weil ich ir-
121 gendwann mal eine Beruf haben will, mit dem ich voll und ganz zufrieden bin.“* (1:33)

122 „Wo sehen Sie sich dann beruflich in 10 Jahren?“ (1:35)

123 *„Ich sehe mich als Facharzt, hoffentlich habilitiert und mehr weiß ich noch nicht, schau-
124 en wir mal.“* (1:42)

125 „Könnten Sie es ausschließen Chefarzt zu werden?“(1:45)

126 *„Nein. Hängt davon ab wie es läuft. Solange es mir weiterhin Spaß macht und ich Lust
127 habe das zu machen, kann ich mir das vorstellen, wobei ich mir im Gegenzug auch vor-
128 stellen kann, dass wenn mich mal alles nervt ich mich in einer Praxis niederlasse.“*(2:02)

129 „Das wäre dann ja etwas ganz anderes.“(2:04)

130 „Ja, das wäre etwas ganz anderes. Aber es ist einfach so, was man als Junger nicht holt,
131 das holt man später nie wieder. Als Junger hat man am meisten Zeit und wahrscheinlich
132 auch am meisten Ehrgeiz. Wahrscheinlich auch die meiste Aufopferung etwas zu tun,
133 das macht man später nie wieder. Dann mal schaun wie es läuft. Ich kann mir einfach
134 nicht vorstellen, dass ich 40 bin und einer zu mir sagt, ich muss 8 Dienste ma-
135 chen...“(2:29)

136 „Sind es im Moment so viele?“ (2:30)

137 „Nein, nein. Aber ich glaube irgendwann hat man keine Lust mehr sich so, naja ausbeu-
138 ten ist vielleicht das falsche Wort, aber naja, sich aufzuopfern.“ (2:37)

139 „Verstehe ich. Haben Sie denn das Gefühl, dass Sie Ihre Rolle als Vater gut erfül-
140 len?“(2:42)

141 „Ich fülle meine Rolle als Vater ganz normal, so wie man nun einmal als arbeitender
142 Vater ist. Ich komme am Abend nach Hause, dann erfüllt man seine Rolle als Vater und
143 dann geht man schlafen. Auf jeden Fall.“ (2:56)

144 „Wenn Sie 100% zu Hause bei Ihrer Tochter wären, hätte das für sie Vorteile?“(3:00)

145 „Nein. Ganz sicher nicht. Man muss ganz ehrlich sagen, meine Frau macht das 1000 mal
146 besser als ich, 1000 mal geduldiger. Sie dürfen das jetzt nicht falsch verstehen, ich bin
147 auch geduldig mit meinem Kind und ich habe auch Spaß mit ihr, ich mache gerne was
148 mit meiner Tochter, aber 7 Tage die Woche 8 Stunden am Tag nur LALA LULU, Durch-
149 spülen, Sandkiste, Spazierengehen- das ist mir wirklich zu viel das gebe ich offen zu. Da
150 geht es meinem Kind deutlich besser wenn das meine Frau macht.“ (3:23)

151 „Das war jetzt sehr offen. Gut. (3:26)

152 Nun noch eine ganz andere Frage: Was denken Sie wie man Eltern, gerade Vätern,
153 nach der Elternzeit den Wiedereinstige noch erleichtern könnte?“ (3:35)

154 „Ich weiß nicht, wie man es ihnen noch leichter machen soll. Sie können wirklich jeder-
155 zeit sagen ich gehe, ich komme, sie müssen genommen werden, sie können nicht gekün-
156 digt werden, ist alles super. Muss man ehrlich sagen, das einzige Problem das die Frauen
157 haben ist, das sie in ihrer Schwangerschaft nicht mehr alle Positionen ausfüllen kön-

158 *nen,und deswegen häufig in der Rotation hinten nachhängen. Frauen die schwanger im*
159 *OP sind können das nicht mehr machen und verlieren dann effektiv Ausbildungszeit. An*
160 *dem könnte man auch etwas ändern, aber das liegt halt sicher daran, dass man in der*
161 *Medizin da ein bisschen Probleme hat. Ich wüsste nicht, wie man das lösen soll. Aber ich*
162 *glaube, wenn man als Mann in Mutterschutz geht und man kommt wieder zurück, sehe*
163 *ich da gar keine Schwierigkeiten, kann man sich alles vorher ausmachen, da sehe ich*
164 *gar kein Problem. Zumindest bei uns, unser Chef ist da so kulant, dass 50 oder 75% wirk-*
165 *lich flexible Arbeitszeiten haben, sodass größtenteils alle ihre Wünsche erfüllt kriegen.“*
166 (4:41)

167 „Wenn nun alle in Teilzeit arbeiten würden, könnten Sie sich vorstellen, dass das Sys-
168 tem dann noch funktioniert?“ (4:43)

169 *„Ja, aber nur dann, wenn sich 2 eine 100% Stelle teilen. Wenn einer von 8 bis 12 und ei-*
170 *ner von 12 bis 16 Uhr arbeitet, sonst geht es nicht. Sonst läuft es immer so, dass die letz-*
171 *ten 100% von 12 bis um 2 die Klinik schmeißt. Das lässt sich auf Dauer nicht halten.*
172 *Obwohl man im Gegenzug sagen muss, in der Gyn gibt es extrem viele Frauen und viele*
173 *Mütter, und dafür läuft es eigentlich sehr gut.“* (5:11)

174 „Mir ist aufgefallen, dass es hier auf Assistenzarztebene fast nur Frauen gibt, sobald
175 man aber auf Oberarztebene schaut findet man fast nur noch Männer.“ (5:23)

176 *„Keine Frage. Das ist ganz einfach das Problem, es gibt nur wenige Frauen, die wirklich*
177 *Kind, Familie und Job unter einen Hut bringen. Es ist egal wie gut Sie die unterstützen,*
178 *das Problem fängt abends an. Dann, wenn sich keiner mehr drum kümmert. Das Prob-*
179 *lem fängt mit der Wissenschaft an. Wir sind an einer Uni, und wenn Sie an einer Uni*
180 *Karriere machen wollen, dann müssen Sie Wissenschaft und Klinik vereinbaren können,*
181 *es ist leider die Realität. Dabei ist völlig egal ob Mann, ob Frau, die wissenschaftliche*
182 *Karriere ist nur das Tüpfelchen auf dem i, das müssen Sie nebenbei machen. Leider. Und*
183 *dieses nebenbei machen ist für Frauen mit Kindern einfach schwierig. Das ist für Män-*
184 *ner auch schwierig. Ich habe mich früher auch leichter getan, mich am Abend hinzuset-*
185 *zen und meine Sachen zu machen, keine Frage, aber Frauen haben es sicher noch mal*
186 *ein Stück schwieriger. Zumal viele Frauen dann auch sagen, „dann habe ich nichts mehr*
187 *von meinem Kind“. Das ist so.“* (6:18)

188 „Also Sie führen es tatsächlich auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zurück
189 und nicht etwa auf die Frauen selbst, die vielleicht weniger ehrgeiziger sind?“(6:21)

190 *„Nein überhaupt nicht. Frauen sind viel ehrgeiziger als Männer. Was glauben Sie, wa-*
191 *rum mehr Frauen mit dem Studium fertig werden? Die haben die besseren Noten und*
192 *alles. Frauen sind viel ehrgeiziger. Männer sind vielleicht durchhaltensfähiger aber*
193 *Frauen sind ehrgeiziger. Ich glaube schon, dass es damit zusammenhängt. Viele Frauen*
194 *wollen dann auch nicht mehr, obwohl sie die Chance hätten. Ich kann Ihnen einige Bei-*
195 *spiele nennen, die halb habilitiert waren, dann haben sie ein Kind bekommen und jetzt*
196 *machen sie einfach nichts mehr. Was ok ist, warum auch immer, aber sie machen nichts*
197 *mehr. Und das ist irgendwie schade, weil sie haben die Arbeit, die sie vorher gemacht*
198 *haben, völlig umsonst gemacht. Das dankt ihnen nämlich kein Mensch mehr.“ (7:00)*

199 „Was war der Beweggrund für die Frauen, denken Sie, aufzuhören?“(7:02)

200 „Wissen wir nicht. Keine Ahnung.“ (7:08)

201 „Schade.

202 Damit wären wir allerdings auch schon am Ende mit dem Interview. Vielen herzlichen
203 Dank, dass Sie mitgemacht haben.“(7:13)

204 *„Wunderbar. Ich hoffe Sie waren zufrieden, das waren ehrliche Antworten.“ (7:14)*

205 „Ja, Dankeschön. Wirklich sehr erfrischend.“(7:19)

DANKSAGUNG

Ganz herzlich möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. Traue für die interessante Aufgabenstellung und die ausgezeichnete fachliche Beratung bedanken.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Jerg-Bretzke für die hervorragende Betreuung und Unterstützung sowie die vielen hilfreichen Anregungen und die professionelle Anleitung zum wissenschaftlichen Arbeiten.

Ganz besonders möchte ich Frau Dr. Limbrecht-Ecklundt danken, die für mich zu jeder Zeit während der gesamten Entstehung dieser Arbeit eine einzigartige Betreuerin war. Mit ihrer Geduld, ihrer fachlichen Kompetenz, ihrem niemals versiegenden Ideenstrom und ihrer Herzlichkeit, war sie mir die größte Stütze. Liebe Kerstin, vielen Dank dafür.

Mein besonderer Dank gilt den beiden Menschen, die mich mein ganzes Leben lang unterstützt und geliebt, in guten Zeiten mit mir gelacht und in schlechten Zeiten mit mir geweint haben, immer für mich da sind, mir den Rücken stärken, mir mein Studium und vieles mehr ermöglicht haben. Mum und Dad, ich möchte mich auf diesem Wege nicht nur bei euch bedanken, sondern nochmal einmal hervorheben, wie glücklich ich darüber bin, euch als Eltern zu haben.

Auch danken möchte ich meinen Großeltern und meinem Bruder Kevin, die in meinem Leben eine große Rolle spielen und immer für mich da sind. Danke für alles, was ihr für mich getan habt.

Weiterhin möchte ich mich bei Florian Müller bedanken, der mir nicht nur immer ein guter Freund, sondern auch mit seinen Anregungen bei dieser Arbeit eine Hilfe war.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Freundin Julia Reichert für unsere wundervolle Freundschaft, die mich in den letzten Jahren an vielen Stellen bereichert und weitergebracht hat.

Zuletzt noch ein großes Dankeschön an die Ärztinnen und Ärzte, die an dieser Studie teilgenommen haben, da ohne sie diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

CURRICULUM VITAE

Aus Gründen des Datenschutzes entfernt.