

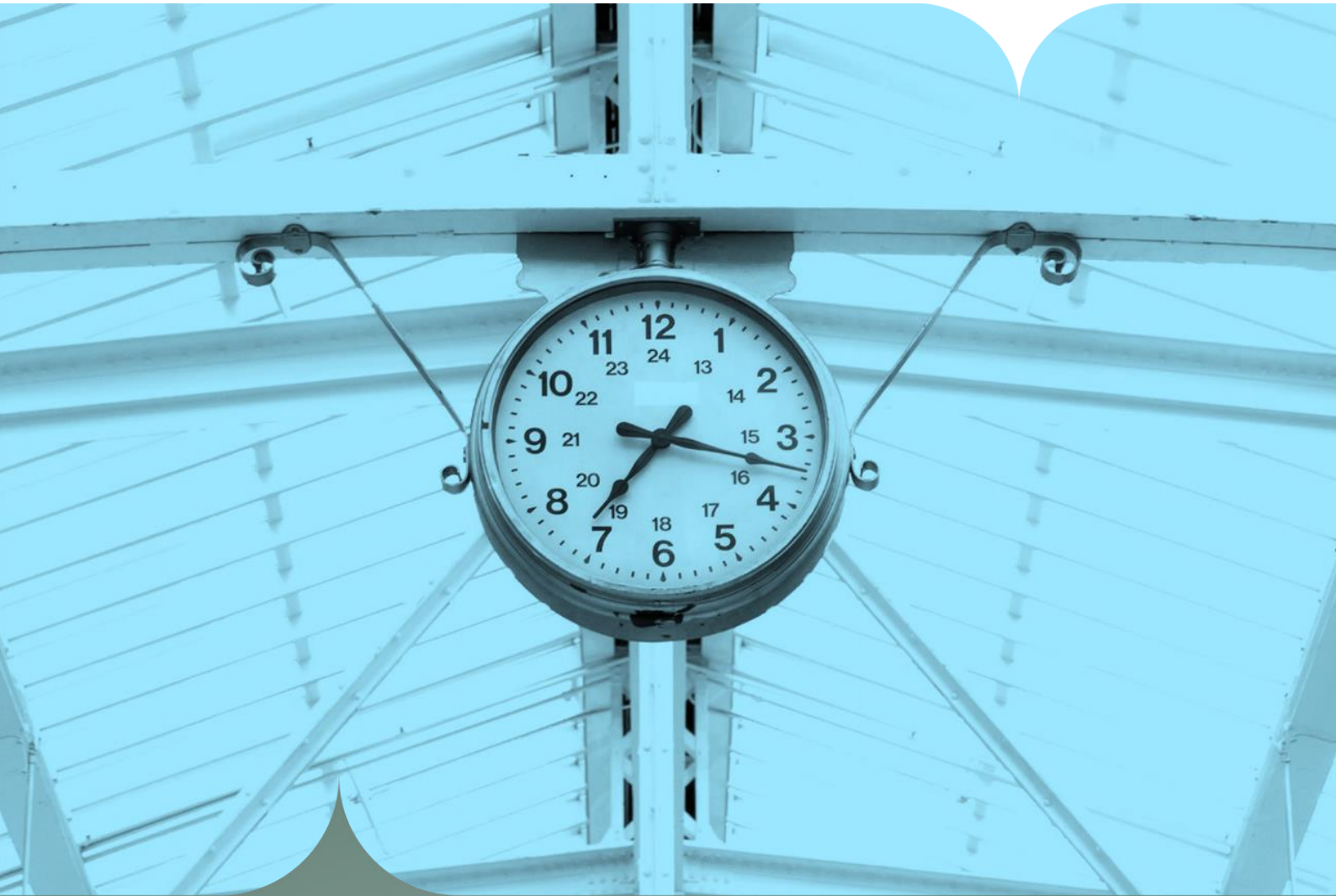


UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Sächsische
Landesärztekammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts



ARBEITSZEIT BEI ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN FRÜHER, HEUTE, MORGEN

Eine Sächsische Ärzte-Langzeitstudie

Dr. rer. nat. Franziska Jung, Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

Vorwort

Die Arbeitszeit und die Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten hat sich in den letzten Jahrzehnten unbestritten erheblich verändert. Neue gesetzliche Arbeitszeitvorgaben führten auch zu neuen Abläufen in den Krankenhäusern, eine wachsende Bürokratie zu zeitlichen Verwerfungen in den Praxen. Am Ende leiden die Patienten, wenn sie bei überlasteten Ärzten in Behandlung sind.

Zur beruflichen Belastung von Ärztinnen und Ärzten gibt es zahlreiche Studien. Zwei davon hat die Sächsische Landesärztekammer selbst in Auftrag gegeben. Was all diese Studien nicht untersuchten, war der Wandel der Jahres- oder Lebensarbeitszeit in dieser Berufsgruppe. Es gibt viele Vermutungen, inwiefern sich Arbeitsbelastung, Arbeitszeit sowie Familie, Hobbys oder neue Lebenseinstellung gegenseitig beeinflussen könnten und warum es trotz steigender Arztzahlen einen Ärztebedarf gibt. Aber wirkliche Fakten existieren nicht.

Aus diesem Grund hat die Sächsische Landesärztekammer die Studie zur „Arbeitszeit bei Ärzten: Früher, heute, morgen.“ in Auftrag gegeben. Dabei handelt es sich sozusagen um einen ersten Aufschlag, da es sich bei dem Ihnen hier vorliegenden Band um die Baseline-Befragung einer Langzeitstudie handelt.

Mit dieser und den folgenden Studien möchte die Sächsische Landesärztekammer frühzeitig Tendenzen erkennen, wie sich die Jahres- oder Lebensarbeitszeit bei Ärztinnen und Ärzten verändert und welche Faktoren, wie Familie, Lebenseinstellung oder das Alter, darauf Einfluss haben. Von den Erkenntnissen profitieren letztlich nicht nur Krankenhäuser, zum Beispiel, wenn es um die Ausgestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen geht, sondern auch niedergelassene Ärzte gleichermaßen. Zudem können anhand der Ergebnisse Förderprogramme und Beratungsangebote in Sachsen besser auf die Bedürfnisse dieser Berufsgruppe zugeschnitten werden, was ein Standortvorteil für den Freistaat wäre.

Und nicht zuletzt profitieren auch die Patientinnen und Patienten, wenn sie zufriedenen und ausgeglichenen Ärztinnen und Ärzten gegenüber sitzen.

Erik Bodendieck
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Arbeitszeit bei Ärzten: Früher, heute, morgen.
Die Sächsische Ärzte-Langzeitstudie
Ergebnisbericht der Baseline-Befragung

Autoren:

Dr. rer. nat. Franziska Jung

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin & Public Health, Medizinische Fakultät, Universität
Leipzig

In Kooperation mit:

Sächsische Landesärztekammer, Körperschaft des öffentlichen Rechts

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Inhaltsverzeichnis	
Zusammenfassung	1
Einleitung	2
Methodik und Studiendesign	5
1. Überblick der verwendeten Instrumente	5
1.1 Soziodemographie	5
1.2 Angaben zu Berufsanamnese	5
1.3 Angaben zur Arbeitszeitgestaltung und Arbeitszeitveränderungen über die Lebensspanne hinaus	6
1.4 Arbeitszufriedenheit	7
1.5 Arbeitsbelastung	7
1.6 Work-Life Balance und Bedeutung der Arbeit	7
1.7 Renteneintritt und Beschäftigung über das Rentenalter hinaus	8
2. Stichprobenziehung und Aussendung	8
3. Datenmanagement und Auswertung	8
Ergebnisse	9
1 Stichprobenbeschreibung	9
1.1 Soziodemographie & Berufsanamnese	9
1.2 Bedeutung der Arbeit	14
1.3 Auswertung der Instrumentarien zu Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Work-Privacy-Conflict und Work-Engagement	17
1.4 Erwerbsmotivation	18
2 Kernthemen	19
2.1 Arbeitszeit sächsischer Ärzte verschiedener Altersgruppen (Kernthema 1)	19
2.2 Arbeitszeitveränderungen und damit verbundene Entscheidungen verschiedener Altersgruppen (Kernthemen 2 und 3)	30
2.3 Arbeitszeitpläne und zukünftige Veränderungen (Kernthema 4)	33
2.4 Erwerbstätigkeit trotz Berentung (Kernthema 5)	34
Diskussion	41
Literaturverzeichnis	44
Anhang	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zu den verwendeten Instrumenten und Studienaspekten	5
Tabelle 2: Übersicht über die soziodemographischen Merkmale der Gesamtstichprobe	9
Tabelle 3: Berufsbezogene Merkmale der Gesamtstichprobe.....	12
Tabelle 4: Bedeutung von Wohnort, Freizeitaktivitäten und Familie/Partnerschaft.....	16
Tabelle 5: Übersicht der Instrumentarien (MW ± SD).....	17
Tabelle 6: Übersicht der Subskalen des Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (MW ± SD).	18
Tabelle 7: Übersicht zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszeit und Unterschiede der einzelnen Alterskohorten	21
Tabelle 8: Regressionsmodell zu verschiedenen Lebensbereichen und Beschäftigungsart als unabhängige Variable (Teilzeit vs. Vollzeit, Beta-Koeffizienten und p-Werte).....	23
Tabelle 9: Regressionsanalysen zwischen arbeitsbezogenen Faktoren und der Beschäftigungsart (Teilzeit vs. Vollzeit) als unabhängige Variable (Beta-Koeffizienten und p-Werte).....	23
Tabelle 10: Regressionsanalysen zwischen arbeitsbezogenen Faktoren und der Arbeitszeit als unabhängige Variable (Beta-Koeffizienten und p-Werte) bei angestellten und selbständigen Ärztinnen und Ärzten	25
Tabelle 11: Ausübung weiterer Tätigkeiten außerhalb der Krankenversorgung	27
Tabelle 12: Einflussmöglichkeiten und Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitszeit	28
Tabelle 13: Regressionsanalysen, Beta-Koeffizienten und p-Werte, und der Arbeitszeitzufriedenheit als abhängige Variable.....	29
Tabelle 14: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand	35
Tabelle 15: Regressionsanalyse zu Determinanten des Renteneintritt-Zeitpunktes	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedeutung einzelner Lebensbereiche.....	14
Abbildung 2: Wichtigkeit des Berufes nach Alterskohorte.....	14
Abbildung 3: Wichtigkeit der Familie/ Partnerschaft nach Alterskohorte.....	15
Abbildung 4: Wichtigkeit von Freizeitaktivitäten nach Alterskohorte	15
Abbildung 5: „Hat die Wichtigkeit des beruflichen Bereichs im Vergleich zu Ihrem privaten Lebensbereich innerhalb der letzten 5 Jahre gewechselt?“	16
Abbildung 6: Zustimmung zu einzelnen Aspekten der Erwerbsmotivation	18
Abbildung 7: Anzahl der in Teilzeit arbeitenden Ärzteschaft und Unterschiede in den einzelnen Alterskohorten nach vertraglich und tatsächlicher Arbeitszeit	21
Abbildung 8: Veränderung der Arbeitszeit über die Lebensspanne	31
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Gründe für Arbeitszeitreduktion in der beruflichen Vergangenheit	31
Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung der Gründe für eine Arbeitszeiterhöhung in der beruflichen Vergangenheit	32
Abbildung 11: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitveränderung der Ärzteschaft.....	33
Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung der Gründe, die für eine zukünftige Arbeitszeitreduktion sprechen.....	34
Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Gründe, die für eine zukünftige Arbeitszeiterhöhung sprechen.....	34
Abbildung 14: Eintritt in den Ruhestand nach Einwohnerzahl des Tätigkeitsortes.....	36
Abbildung 15: Eintritt in den Ruhestand bei niedergelassenen Fach- und Hausärzten	36
Abbildung 16: Eintritt in den Ruhestand bei Ärzten in Teil- und Vollzeit	37
Abbildung 17: Gründe für einen späteren Eintritt in den Ruhestand nach Häufigkeit	39
Abbildung 18: Gründe für einen späteren Ruhestand	40
Abbildung 19: Gründe für eine ärztliche Tätigkeit bei bereits im Ruhestand befindlichen Ärzten	40

Zusammenfassung

Ziel der Befragung war es, ein detailliertes Bild der aktuellen Arbeitssituation sächsischer Ärztinnen und Ärzte zu erfassen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Baseline-Befragung zeigen eine große Abweichung zwischen vertraglich vereinbarter und tatsächlicher Wochenarbeitszeit. Arbeitszeitveränderungen, wie eine Erhöhung oder Reduzierung der Wochenarbeitszeit, gehen häufig mit lebensphasenbezogenen Faktoren einher. So spielen Kindererziehung, aber auch Karriereplanung und fortschreitender Renteneintritt eine große Rolle. Zusätzlich dazu weisen die Ergebnisse auch auf Zusammenhänge zwischen (erhöhter) Wochenarbeitszeit und arbeitsbezogenen Belastungen, Unzufriedenheit und dem Wunsch eines vorzeitigen Renteneintritts hin. Auch wenn rund 68% der Befragten in dieser Stichprobe mit ihrer Arbeitszeit zufrieden sind, so sind es vor allem Faktoren, wie fehlende Einflussmöglichkeit auf die Arbeitszeitplanung sowie berufsbedingte Einflüsse auf das Privatleben, welche gerade die jüngere Ärzteschaft maßgeblich beeinträchtigen.

Obwohl sich 39% der Befragten für einen vorzeitigen Renteneintritt aussprechen, wird bei altersspezifischer Betrachtung deutlich, dass sich diese Entscheidung anscheinend gegen Ende des Berufslebens noch einmal ändert. Gründe, wie Freude an der Arbeit, soziale Kontaktmöglichkeit und berufliches Interesse scheinen die Entscheidung für einen späteren Renteneintritt sogar zu begünstigen.

Langfristig sollen mit Hilfe der Ärzte-Langzeitstudie über drei Messzeitpunkte hinweg Entwicklungen nachgezeichnet und zukünftige Trends aufgezeigt werden, die für die Planung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Sachsen und in Deutschland von großer Relevanz sind. Insbesondere langfristige Veränderungsdynamiken mit Hinblick auf Lebensarbeitszeitmodelle, Einflussfaktoren und Outcomes können Aufschluss darauf geben, wie sich die ärztliche Versorgungssituation entwickeln wird. Darauf aufbauend können geeignete Maßnahmen und Strategien entwickelt werden, die es ermöglichen, dem Ärztemangel entgegenzuwirken und die Patientenversorgung im Freistaat Sachsen langfristig zu sichern.

Einleitung

In der Vergangenheit wurde in vielen Berufsgruppen bereits von einer allgemeinen Verbreitung von Nicht-Vollzeitbeschäftigungen (Eichhorst, 2015) und dem Wunsch vieler Arbeitnehmenden nach reduzierten Wochenarbeitszeiten (Scherf & Zander, 2018) berichtet. Ob diese Veränderungen und Wünsche auch bei Ärztinnen und Ärzten zu finden sind und welche Auswirkungen dies für die Patientenversorgung haben kann, wurde bisher kaum detailliert beleuchtet.

Der Arztberuf bzw. die ärztliche Tätigkeit werden häufig mit zu langen Arbeitszeiten – insbesondere in Krankenhäusern und Kliniken – in Verbindung gebracht. Aber auch bei niedergelassenen Ärztenⁱ kommt es zu überdurchschnittlich hohen Wochenarbeitszeiten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Eine Zunahme von Bürokratisierung, veränderte Arbeitsabläufe und der Einsatz moderner Techniken haben zu Veränderungen des Arztberufes geführt. Gleichzeitig wünschen sich laut verschiedener Umfragen gerade jüngere Ärztinnen und Ärzte flexible Arbeitszeitmodelle, wie beispielsweise Teilzeitarbeit, um einerseits den Veränderungen des ärztlichen Arbeitsalltages gerecht zu werden und andererseits auch Rücksicht auf außerberufliche Bereiche nehmen zu können. Inwiefern private Interessen (z.B. Familie, Partnerschaft oder Hobbys) dabei im Fokus stehen oder Änderungswünsche hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung auch von Veränderung der Bedeutung des Berufes abhängig gemacht werden, ist bisher kaum untersucht.

Bereits in einer vorangegangenen Befragung der sächsischen Ärzteschaft (Hussenöder et al. 2020), zeigt sich nicht nur eine geschlechtsspezifische Verteilung, d.h. dass Ärztinnen prozentual häufiger in Teilzeit arbeiten als ihre männlichen Kollegen. Es zeigt sich auch, dass Teilzeitbeschäftigung innerhalb dieser Stichprobe unabhängig davon in den letzten Jahren einen Zuwachs zu verzeichnen hat. Ähnliche Ergebnisse liefert eine Befragung niederländischer Ärzte, die zeigt, dass nicht nur der Anteil teilzeitarbeitender Ärzte gestiegen ist, sondern auch deren wöchentlichen Arbeitsstunden (Lugtenberg et al. 2006).

Eine Befragung mit Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung hat beispielsweise gezeigt, dass sich gerade Ärztinnen häufiger eine Teilzeittätigkeit wünschen. Verstärkt wird dieser Wunsch bei Ärztinnen mit Kind und Ärztinnen, bei denen eine ambulante Tätigkeit präferiert wird. Aber auch innerhalb der männlichen Ärzteschaft im Rahmen dieser Befragung zeigt sich über die Jahre hinweg verstärkt der Wunsch, sich gegen eine Vollzeittätigkeit zu entscheiden (Ziegler et al. 2017; McMurray et al. 2005; Schmit Jongbloed et al. 2017)

Ein Faktor, der dabei besonders einflussreich zu sein scheint, ist das Alter der Befragten bzw. die Lebensphase, in der sie sich gerade befinden. Eine Studie aus dem amerikanischen Raum weist daraufhin, dass vor allem Kinderärztinnen zwischen 40 und 50, sowie Kinderärzte ab 60 Jahren eine Teilzeitbeschäftigung präferieren (Cull et al. 2016).

Studien berichten davon, dass Vollzeitarbeit eher mit höherer Arbeitsbeanspruchung einhergeht, während Teilzeitarbeit mit höherer Lebens- und Berufszufriedenheit assoziiert ist (Goetz

ⁱ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

et al. 2015; Helmig et al. 2010). Mehr Zeit für Karriere und Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung (z.B. Forschung) als auch für Familie und andere außerberufliche Bereiche werden häufig als Vorteile von Teilzeitarbeit bei Medizinern genannt (Harrison und Gregg 2009).

Untersuchungen zu Arbeitszeit sind nicht nur relevant, wenn es um die wöchentliche Arbeitszeit geht, auch die über die Lebensspanne andauernde Arbeitszeit sollte berücksichtigt werden. So gibt es zunehmend Ärztinnen und Ärzte, die auch über den Renteneintritt hinaus arbeiten (Smith et al. 2017). Laut einer Auswertung des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind es insbesondere die Hausärzte, bei denen dies keine Seltenheit ist. Auf den Freistaat Sachsen bezogen, zeigt sich beispielsweise, dass ca. 11% der in Mittelsachsen tätigen Hausärzte das 65. Lebensjahr überschritten haben, im Vogtlandkreis sind es sogar mehr als 16% (Stand: Ende 2019, (Schaff 2020)).

Mögliche Trends und Determinanten zu untersuchen ist daher von großer Relevanz, um die Versorgung im Freistaat Sachsen frühzeitig und bedürfnisorientiert planen zu können und damit, einem zunehmenden Ärztemangel entgegenwirken zu können.

Ziel der hier vorliegenden Befragung war es daher, die sächsische Ärzteschaft hinsichtlich 5 Kernthemen zu befragen:

1. Wie stellt sich die aktuelle Arbeitszeit sächsischer Ärzte verschiedener Altersgruppen gegenwärtig dar?

Um diese Frage beantworten zu können, wird ein Rückblick als auch ein Überblick der derzeitigen Lage hinsichtlich der Arbeitszeit gegeben, gleichzeitig werden aber auch Pläne und Wünsche für die Zukunft aufgedeckt, die für die Planung der medizinischen Versorgung im Freistaat Sachsen von Bedeutung sein können. Dazu zählt nicht nur ein Vergleich der vertraglich vereinbarten und tatsächlichen Arbeitszeit in Hinblick auf Alter, Geschlecht und anderer soziodemographischer Faktoren, sondern auch ein Vergleich verschiedener Arbeitszeitmodelle (Voll- oder Teilzeittätigkeit) sowie die Zufriedenheit der Ärzteschaft mit ihrer derzeitigen Situation.

2. Womit sind diese Arbeitszeitentscheidungen assoziiert?

Einer der Schwerpunkte der vorliegenden Studie war eine umfangreiche Befragung zu Arbeitsveränderungen. In diesem Zusammenhang stellte sich auch die Frage, welche Rolle Faktoren wie Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitszufriedenheit, wahrgenommene subjektive Arbeitsbelastung, subjektive Bedeutung der Arbeit bzw. Einstellung zum Arzt-Beruf einnehmen.

Darüber hinaus wurde untersucht, ob es hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bereich (ambulant vs. stationär), Arbeitszeitmodell (Teilzeit vs. Vollzeit) sowie geographischer Faktoren (Stadt vs. Land, bezogen auf Einwohnerzahl) Unterschiede auf die Richtung dieser Entscheidung gibt (Arbeitszeitreduktion oder -erhöhung).

3. Wie hat sich die Arbeitszeit der Studienteilnehmer im Rückblick verändert?

Auch die Vergangenheit soll diesbezüglich beleuchtet werden. Welche Veränderungen (z.B. Arbeitszeitreduktion oder -erhöhung) treten wie häufig auf und welche Ursachen werden dabei genannt? Dies wurde auch in Hinblick auf die verschiedenen Alterskohorten näher betrachtet und analysiert, um Rückschlüsse auf Lebensphase oder generationsbedingte Unterschiede ziehen zu können.

4. Welchen Plan haben sächsische Ärzte hinsichtlich ihrer zukünftigen Arbeitszeit? Welche Faktoren erachten sächsische Ärzte dabei als bestimmend?

Um aufgrund der gewonnenen Daten Prognosen für die Zukunft erstellen zu können, sollen Regressionsanalysen helfen, um mögliche Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren als auch zwischen Variablen, die Zufriedenheit und Einstellungen erfassen, aufdecken zu können.

5. Wie steht es um die Erwerbstätigkeit bereits berenteter Ärztinnen und Ärzte in Sachsen?

Hierbei stehen zwei Kernfragen im Vordergrund: wie lange möchten sächsische Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig sein und welche Gründe spielen bzw. spielten eine Rolle bei der Entscheidung auch über den Renteneintritt hinaus in der Krankenversorgung zu arbeiten? Ärztinnen und Ärzte, die das Rentenalter zum derzeitigen Erhebungszeitpunkt noch nicht erreicht haben, und die Ärzte, die bereits über das Rentenalter hinaus einer Weiterbeschäftigung in der Patientenversorgung nachgehen, sollen dabei differenziert betrachtet werden.

Zusätzlich dazu sollen mögliche Gründe, die die Entscheidung beeinflussen (könnten), untersucht werden, wie beispielsweise Zufriedenheit mit der Arbeit im Allgemeinen und mit der Arbeitszeit im Speziellen. Entscheiden sich belastete Ärzte eher dazu, vorzeitig in den Ruhestand zu gehen oder sind es eher Faktoren wie Grad der Identifikation mit dem Arztberuf, die darauf einen Einfluss haben?

Auch mögliche Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten, die in Teil- oder Vollzeit, sowie fach- oder hausärztlich tätig sind, werden im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht.

Methodik und Studiendesign

Bei der hier vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie in Form einer schriftlichen Befragung. Ziel war es, eine repräsentative altersstratifizierte Stichprobe aktiver sächsischer Ärztinnen und Ärzte, welche im Untersuchungszeitraum Februar bis Mai 2020 mit Hilfe eines theoretisch-fundierten Fragebogens befragt wurden, zu gewinnen und diese für die geplanten zwei Folgebefragungen im Abstand von 4 Jahren nutzen zu können.

1. Überblick der verwendeten Instrumente

Im Folgenden sollen nun die im Fragebogen verwendeten Instrumentarien (Tabelle 1) und deren Auswertung detailliert vorgestellt werden.

Tabelle 1: Übersicht zu den verwendeten Instrumenten und Studienaspekten

Studienaspekt	Instrument
Soziodemographie	Soziodemographische Merkmale (z.B. Geschlecht, Alter, Familienstand, Kindern)
Berufsanamnese	Fragen zur ärztlichen Tätigkeit (z.B. Fachbereich, Tätigkeitsort, Einrichtung, Funktion)
Arbeitszeit, -gestaltung und -veränderung	Fragen zur Arbeitszeit (vertraglich und subjektiv), sonstige Tätigkeiten, Angaben zu Arbeitszeiterhöhung/-reduktion
Arbeitszufriedenheit	Subskala „Arbeitszufriedenheit“ (Weyer et al. 1997)
Arbeitsbelastung	Copenhagen Burnout Inventory (CBI, (Kristensen et al. 2005))
Work-Life-Balance	„Work-Privacy-Conflict“-Skala des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ , (Nübling 2005))
Bedeutung der Arbeit und Erwerbsmotivation	z.B. Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9 , (Sautier et al. 2015))
Renteneintritt und Tätigkeit im Ruhestand	z.B. Meaning of Work (Fasbender et al. 2015))

1.1 Soziodemographie

Zentrale soziodemographische Charakteristika (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Einkommen) wurden im Rahmen des Fragebogens erfasst. Dies ermöglicht die Analyse und Interpretation spezifischer Gruppenvergleiche. Gemäß dem Projektantrag wird dabei ein besonderes Augenmerk auf die Alterskohorten gelegt, welche im Fokus der Befragung stehen.

1.2 Angaben zu Berufsanamnese

Ärztliche Tätigkeit und Berufsanamnese wurden mittels verschiedener Variablen erhoben. Dabei spielen Aspekte wie Patientenkontakt, Fachrichtung, Tätigkeitsbereich (z.B. Krankenhaus,

Medizinisches Versorgungszentrum oder Einzelpraxis), Fragen zum Arbeitsvertrag bei angestellten Ärzten, Wochenarbeitszeit, Bereitschafts- und Schichtdienst, Überstunden, Anzahl der zu betreuenden Patienten (pro Tag), sowie Angaben zu Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung eine Rolle. Die Fachrichtungen wurden detailliert abgefragt und in folgende Unterkategorien aufgeteilt: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- u. Jugendmedizin, diagnostische Fachrichtungen (z.B. diagnostische Radiologie), chirurgische Fachrichtungen (z.B. Anästhesiologie, Chirurgie), organbezogene Fachrichtungen (z.B. Augenheilkunde), neurologische oder psychiatrische Fachrichtungen (z.B. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie), sowie Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende Fachrichtungen (z.B. Arbeitsmedizin, öffentliches Gesundheitswesen). Als „nicht verwertbare Angaben“ wurden Mehrfachantworten gezählt, die verschiedenen Kategorien angehören und somit keine genaue Zuordnung ermöglichen.

Hinsichtlich der Arbeitszeit wurden verschiedene Angaben, wie vertraglich vereinbarte sowie tatsächliche Arbeitszeit, Anzahl von Bereitschaftsdiensten, Schicht- bzw. Nachtdiensten abgefragt. Auf Grundlage der Angabe zu „vertraglich vereinbarter Arbeitszeit“ bzw. „tatsächlicher Arbeitszeit“ (beinhaltet z.B. Bereitschaftsdienst und Mehrarbeit) wurden die Befragten in Angestellte in Vollzeit (mindestens 40h/Woche) oder Angestellte in Teilzeit (weniger als 40h/Woche) unterteilt.

1.3 Angaben zur Arbeitszeitgestaltung und Arbeitszeitveränderungen über die Lebensspanne hinaus

Um Angaben zu Arbeitszeit und Arbeitszeitveränderungen zu erfassen, wurde eine Reihe von Variablen zusammengestellt und um zusätzlich relevante Items ergänzt (Maynard et al. 2006). Dabei wurde einerseits erfragt, ob sich die Arbeitszeit in der Vergangenheit erhöht oder reduziert hat, die Höhe der Differenz und aus welchen Gründen es zu einer Arbeitszeitveränderung kam. Um auch perspektivische Veränderungen erfassen zu können, wurde auch nach geplanter bzw. gewünschter Arbeitszeitveränderung (Erhöhung oder Reduktion), der Höhe (in Stundenanzahl/Woche) und den damit verbundenen Determinanten gefragt. Mögliche Determinanten für eine Arbeitszeiterhöhung waren beispielsweise „Veränderung durch den Arbeitgeber“, „finanzielle Gründe“ oder auch „Freude an der Arbeit“. Mögliche Beweggründe für eine Arbeitszeitreduktion hingegen waren beispielsweise „Kinderbetreuung“, „größerer Freizeitwunsch“, „gesundheitliche Einschränkungen“ oder „zu hohe Arbeitsbelastung“. Zusätzlich dazu war es in beiden Fällen möglich unter „sonstiges“ eine individuelle Angabe zu machen.

Weiterhin wurde erfragt, ob und wenn ja, wie häufig Urlaubszeiten auch für berufliche Dinge genutzt werden, ob die Befragten Einfluss auf Beginn und Beendigung der täglichen Arbeitszeit haben und ob sie im Rahmen ihrer Arbeitszeitplanung Rücksicht auf private Lebensbereiche nehmen können (Brauner et al. 2018).

Außerdem wurde nach Tätigkeiten gefragt, die möglicherweise außerhalb der Krankenversorgung von den Studienteilnehmern ausgeübt werden. Dazu zählen „wissenschaftliche Tätigkeit“,

„Ehrenamt in ärztlicher Selbstverwaltung“, „Teilnahme an Weiterbildungen“, „Teilnahme an Fortbildungen“, „Lehrtätigkeit“, sowie „sonstiges“ (individuelle Nennungen möglich).

1.4 Arbeitszufriedenheit

Die berufsbezogene Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten rückt seit längerer Zeit in den Fokus verschiedener wissenschaftlicher Studien. Insbesondere da dieses Thema nicht nur von gesundheitsökonomischer Relevanz ist, sondern darüber hinaus das Wohlbefinden der Ärzteschaft als auch die Qualität der Versorgung (z.B. Umgang mit Patienten oder berufliche Fluktuation) maßgeblich beeinflussen kann. Die Arbeitszufriedenheit der Ärzteschaft wurde daher im Rahmen der vorliegenden Studie mittels der Subskala „Arbeitszufriedenheit“ nach Weyer und Kollegen erfasst (Weyer et al. 1997). Die Skala besteht aus 10 Items zu beruflichen Aspekten, welche mit Hilfe einer dichotomen Antwortskala (*stimmt* oder *stimmt nicht*) beantwortet werden.

1.5 Arbeitsbelastung

Arbeitsbelastung wurde mittels des Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et al. 2005) erhoben, einer aus 19 Items bestehenden Skala, welche die Wahrnehmung der Arbeitssituation (und damit verbundenen Belastungen) mit Hilfe zweier 5-stufiger Antwortskalen erfasst und für die Arbeit im Gesundheitswesen adaptiert wurde (Klein 2013). Das Instrument wird in drei Subskalen unterteilt: persönliche Belastung (6, Items, Beispiel: „Wie oft fühlen Sie sich müde?“, *ständig* bis *nie/fast nie*), arbeitsbezogene Belastung (7 Items, Beispiel: „Belastet Ihre Arbeit Sie emotional?“, *sehr stark* bis *sehr wenig/gar nicht*) und Patienten-bezogene Belastung (6 Items, Beispiel: „Belastet Sie die Arbeit mit Patienten?“, *sehr stark* bis *sehr wenig/gar nicht*). Laut Kristensen et al. wird empfohlen, den Score so zu kodieren, dass ein Score von mindestens 50 (Range: 0-100) einer erhöhten beruflichen Beanspruchung entspricht. Für die Regressionsanalysen hinsichtlich Arbeitszeitmodell, Zufriedenheit mit der Arbeitszeit und Renteneintritt wurde lediglich die Subskala „Arbeitsbezogene Beanspruchung“ verwendet.

1.6 Work-Life Balance und Bedeutung der Arbeit

Um etwas über die Work-Life-Balance der Ärzteschaft in Erfahrung zu bringen und wie sich diese auf Arbeitszeitveränderungen auswirkt, wurde die deutsche Version der „Work-Privacy-Conflict“-Skala des COPSOQ verwendet (Nübling 2005). Die Skala besteht aus fünf Items, welche auf einer Skala von 0-100 (100 = *stimme in sehr hohem Maß zu*, 0 = *stimme in sehr geringem Maß zu*) beurteilt werden. Daraus resultierend wurde über alle Items hinweg ein Mittelwert berechnet. Die Skala wurde um 3 weitere Items aus einer weiteren Befragung erweitert, welche separat ausgewertet werden (Gaspar und Hollmann 2015). Bei diesen Items wird der Frage nachgegangen, ob sich die Befragten vorstellen können, auf außerberufliche Faktoren (Wohnort, Hobbys oder Partnerschaft/Familie) für die berufliche Arbeit verzichten zu können oder diese aufzugeben.

Ein weiterer Themenbereich und Fokus der vorliegenden Befragung ist die Bedeutung der Arbeit an sich. Dies wurde mit Hilfe der Utrecht Work Engagement Scale erhoben (Sautier et al.

2015). Das Instrument beinhaltet 9 Items zur Wahrnehmung der Arbeitsinhalte, welche auf einer Skala von 0 bis 6 (0 = *trifft nie zu*, 6 = *trifft immer zu*) beurteilt werden. In diesem Zusammenhang wurde auch nach der Bedeutung der Arbeit im Vergleich zu anderen Lebensbereichen (Familie/Partnerschaft, Freizeit/Hobby/Sport, gesellschaftliches Engagement, Sonstiges) gefragt, welche auf einer Skala von 0 bis 100 beurteilt werden (0 = *unwichtig*, 100 = *sehr wichtig*). Zusätzlich dazu wollten wir von den Befragten wissen, ob sich die Bedeutung des beruflichen Bereiches im Vergleich zu privaten Lebensbereichen in den vergangenen 5 Jahren verändert hat (z.B. „ja, der berufliche Bereich ist wichtiger geworden als der private Bereich“). Beide Erhebungsinstrumente stammen aus dem Projekt „PROFIL“ (Grote et al. 1999).

Die allgemeine Erwerbsmotivation wurde mittels fünf Items aus der lidA-Befragung ermittelt (Hasselhorn et al. 2019). Die Items, welche mit Hilfe einer 5-stufigen Skala (1 = *trifft völlig zu*, 5 = *trifft gar nicht zu*) beantwortet werden, ergeben einen Skalenmittelwert zwischen 1 und 5. Je höher der Score, desto geringer die Erwerbsmotivation.

1.7 Renteneintritt und Beschäftigung über das Rentenalter hinaus

Fragen zu Renteneintrittswünschen und Determinanten für eine ärztliche Tätigkeit über das Rentenalter hinaus waren ebenfalls Teil dieser Befragung. Hierfür wurden Variablen zu „Meaning of Work“ (Fasbender et al. 2015) sowie ergänzende Variablen aus weiteren Befragungen (Silver et al. 2016; Robinson et al. 2010) entnommen. Beispiel-Variablen lauten: „gesellschaftliche Verantwortung“, „soziale Kontaktmöglichkeiten“, „finanzielle Gründe“ oder „sich nützlich/gebraucht fühlen“. Bei der Auswahl der genannten Gründe waren Mehrfachnennungen erlaubt. Zusätzlich dazu war es in beiden Fällen möglich unter „sonstiges“ eine individuelle Angabe zu machen. Um den gewünschten Renteneintritt zu erfassen, wurden die Studienteilnehmer gefragt, für welchen Eintritt in den Ruhestand sie sich entscheiden würden (Antwortmöglichkeiten: *vorzeitig*, *regulär*, *nach dem regulären Renteneintrittsalter* oder *weiß nicht*).

2. Stichprobenziehung und Aussendung

Die Stichprobenziehung und die Aussendung der Fragebögen wurde durch die Sächsische Landesärztekammer realisiert. Die ausgefüllten Fragebögen wurden dem Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) in Leipzig in vorfrankierten Rücksendeumschlägen zugesandt. Die Zuordnung der Baseline-Daten zu folgenden Untersuchungen wird in den Folgebefragungen mit Hilfe der Paneldaten-Identifikationsmethode (Code) erfolgen. Die Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten. Ein positives Ethikvotum wurde bei der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig eingeholt.

3. Datenmanagement und Auswertung

Dateneingabe und Datenkontrolle wurden am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health unter Verwendung der Statistiksoftware SPSS Version 24 durchgeführt. Die Daten wurden mittels der Statistiksoftware STATA 13 SE ausgewertet. Hierbei kamen uni- als auch multivariate Analyseverfahren zum Einsatz. Hinsichtlich der deskriptiven Analysen wurden Chi²-Tests (kategoriale Variablen) und t-Tests bzw. one-way ANOVAS (kontinuierliche

Variablen) verwendet. Als Effektstärken wurden Eta²-Werte berechnet (Interpretation: kleiner Effekt, wenn Eta² = 0,01 ; mittlerer Effekt, wenn Eta² = 0,06; großer Effekt, wenn Eta² = 0,14).

In Bezug auf die Variablen „Beschäftigungsart“, „Zufriedenheit mit der Arbeitszeit“, sowie „Renteneintritt“ wurden Zusammenhänge mittels Korrelationen analysiert sowie verschiedene Regressionsmodelle berechnet, welche im Ergebnisteil näher erläutert werden. Fälle mit fehlenden Werten hinsichtlich der Erhebungsinstrumente für Arbeitszufriedenheit, -belastung, Work-Life-Balance, Erwerbsmotivation und Work-Engagement wurden nicht in die Regressionsanalysen eingeschlossen. Für alle statistischen Auswertungen wird ein Signifikanzniveau von 0,05 angenommen.

Ergebnisse

Von den 2.997 Personen (2.541 berufstätige Kammermitglieder und 456 Ärztinnen und Ärzte in Ruhestand mit Tätigkeit), die den Fragebogen postalisch erhielten, haben n = 1.001 den Fragebogen zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote in Höhe von 33,4%. Ursprünglich wurde geplant, jede Altersgruppe mit n = 100 Studienteilnehmern zu besetzen. Ein Überblick über die erreichte Verteilung der einzelnen Alterskohorten findet sich in Tabelle 1. 14 Fragebögen konnten nicht ausgewertet werden, da sie in großen Teilen unvollständig zurückgesendet wurden.

1 Stichprobenbeschreibung

1.1 Soziodemographie & Berufsanamnese

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Merkmale der Studienteilnehmer (n = 987) sowie hinsichtlich der Verteilung der Alterskohorten. Das Alter der Studienteilnehmer liegt zwischen 25 und 80 Jahren. Der Altersdurchschnitt beträgt 48,4 Jahren (Standardabweichung: 14,2; Anzahl fehlender Angaben: 11).

Tabelle 2: Übersicht über die soziodemographischen Merkmale der Gesamtstichprobe

Gesamtstichprobe	
Alter	48,4 (SD: 14,2; Range 25-80)
25 - 29	63 (6,4%)
30 - 34	151 (15,3%)
35 - 39	121 (12,3%)
40 - 44	104 (10,5%)
45 - 49	88 (8,9%)
50 - 54	103 (10,4%)
55 - 59	92 (9,3%)

60 - 64	109 (11,0%)
65+	145 (14,8%)
keine Angabe	11 (1,1%)
Geschlecht	
weiblich	577 (58,5%)
männlich	410 (41,5%)
Muttersprache	
Deutsch	893 (90,7%)
Familienstand	
ledig	91 (9,2%)
verheiratet	635 (64,3%)
verheiratet & getrennt lebend	20 (2,0%)
verwitwet	16 (1,6%)
geschieden	40 (4,1%)
mit Partner lebend	184 (18,7%)
Kinder	
nein	213 (21,6%)
ja	770 (78,0%)
davon mit Kindern <14 Jahren	349 (54,3%)
Anzahl Kinder gesamt	2,1 (SD: 0,9; Range 1-9)
Pflege eines Angehörigen	
nein	903 (92,0%)
ja	79 (8,0%)
Einwohnerzahl (Tätigkeitsort)	
unter 500	5 (0,5%)
501 – 1.000	9 (0,9%)
1.001 – 5.000	56 (5,8%)
5.001 – 10.000	76 (7,8%)
10.001 – 20.000	117 (12,0%)
20.001 – 50.000	126 (13,0%)
50.001 – 100.000	74 (7,6%)

100.001 – 500.000	123 (12,7%)
über 500.000	385 (39,6%)

Weg zur Arbeit (Ø, in Minuten) 43,8 Min. (SD: 32,7; Range 0-270 Min.)

Bereich

ambulant	430 (43,6%)
stationär	548 (55,5%)
keine Angabe	9 (0,9%)

Haushaltsnettoeinkommen (monatlich, in Euro)

<2.000	15 (1,6%)
2.001 – 4.000	221 (23,5%)
4.001 - 6.000	289 (30,8%)
6.001 – 8.000	192 (20,4%)
8.001 – 10.000	108 (11,5%)
10.001 – 12.000	47 (5,0%)
12.001 – 15.000	39 (4,1%)
15.001 – 20.000	22 (2,3%)
> 20.000	6 (0,6%)

Bereich/Einrichtung¹

Krankenhaus/Klinik	507 (51,9%)
Rehabilitationseinrichtung	42 (4,3%)
Einzel-Praxis	202 (20,7%)
Gemeinschaftspraxis	70 (14,7%)
MVZ	85 (17,9%)
Praxisgemeinschaft	48 (10,1%)
Öffentl. Gesundheitsdienst	16 (3,4%)
sonstiges	104 (21,8%)

Fachrichtungen

Allgemeinmedizin	124 (12,6%)
Innere Medizin	170 (17,2%)

Kinder- u. Jugendmedizin	56 (5,7%)
Diagnostische FR	40 (4,0%)
Chirurgische FR	297 (30,1%)
Organbezogene FR	50 (5,1%)
Neurolog./psychiatrische FR	93 (9,4%)
Prävention, Gesundheitsförd.	59 (6,0%)
fehlende/nicht verwertbar	98 (9,9%)

¹= Mehrfachantworten möglich

Insgesamt gaben 547 Befragte (55,5%) an, in einer Klinik oder einem Krankenhaus zu arbeiten, 435 Befragte (44,1%) arbeiten laut eigener Angaben in einer Niederlassung bzw. im ambulanten Bereich. Die verbliebene Ärzteschaft (n=3) arbeitet im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Bereichen, die sich weder einer Niederlassung noch einem Krankenhaus zuordnen lassen (z.B. Forschungseinrichtung oder als freiberuflicher Gutachter). Des Weiteren gaben 93,8% (n=919) an, im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt zu Patienten zu haben (Tabelle 3).

Tabelle 3: Berufsbezogene Merkmale der Gesamtstichprobe

Tätigkeit (nur ambulant tätige Ärzte, n = 430)	
fachärztlich	230 (53,5%)
hausärztlich	155 (36,0%)
beides	18 (4,2%)
keine Angabe	27 (6,3%)
angestellt	187 (43,5%)
selbständig	223 (51,9%)
beides	7 (1,6%)
keine Angabe	13 (3,0%)
Trägerschaft Krankenhaus/Klinik (n = 548)	
Öffentlich	232 (42,3%)
Freigemeinnützig	60 (10,9%)
Privat	151 (27,5%)
Universität	104 (19,0%)
keine Angabe	1 (0,2%)
Funktion (nur stationär tätige Ärzte, n = 548)	

keine Position	333 (60,8%)
Oberarzt-Position	153 (27,9%)
Chefarzt-Position	31 (5,7%)
andere leitende Tätigkeit	30 (5,5%)
keine Angabe	1 (0,2%)
Arbeitsvertrag	
trifft nicht zu (z.B. selbstständig)	244 (24,7%)
unbefristet	473 (47,9%)
befristet	261 (26,5%)
keine Angabe	9 (0,9%)
Anzahl Patienten/Tag (Ø)	
ambulant	41,0 (SD: 26,1)
stationär	21,3 (SD: 13,2)
Beschäftigungsart¹	
Vollzeit	432 (43,8%)
Teilzeit	300 (30,4%)
Erwerbstätigkeit Partner/-in	
Männer mit nicht-erwerbstätigen Partnern	66 (18,2%)
Frauen mit nicht-erwerbstätigen Partnern	41 (9,0%)
Männer mit erwerbstätigen Partnern (Vollzeit)	132 (36,5%)
Frauen mit erwerbstätigen Partnern (Vollzeit)	296 (64,8%)

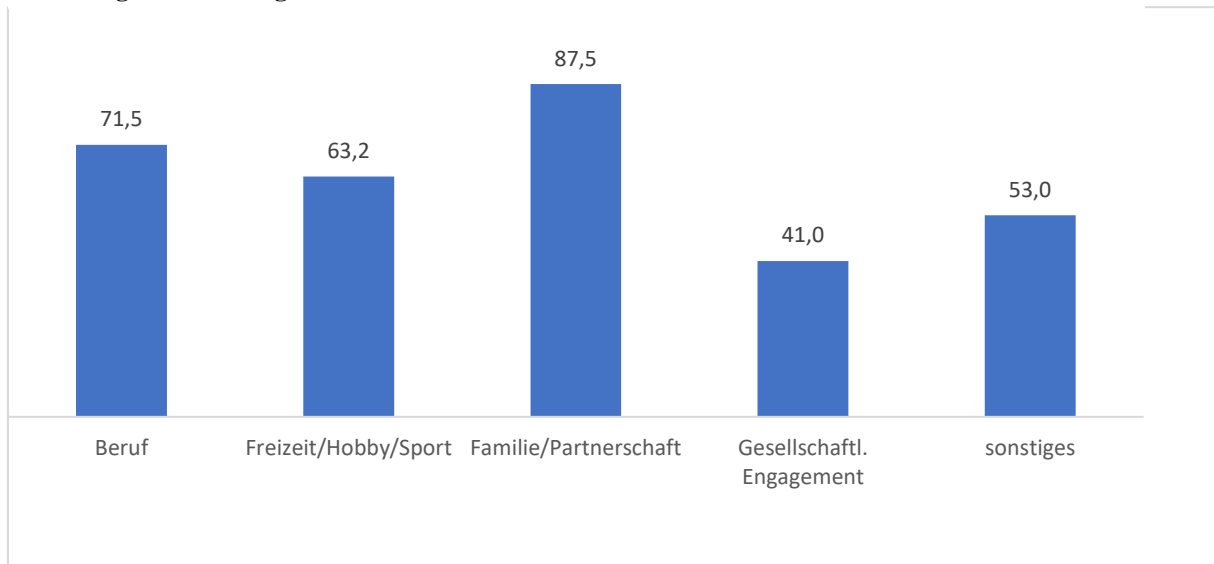
Amn.: ¹ = betrifft nur angestellte Ärztinnen und Ärzte ohne fehlende Angaben, nach vertraglich vereinbarter Wochenarbeitszeit

Zunächst folgt ein Überblick über die verwendeten Instrumente und Variablen, die in den Folgeanalysen in Zusammenhang mit den Kernthemen gebracht werden.

1.2 Bedeutung der Arbeit

Auch die Bedeutung der Arbeit im Vergleich zu anderen Lebensbereichen wurde im Rahmen der Befragung analysiert. Abbildung 1 fasst die Ergebnisse zusammen.

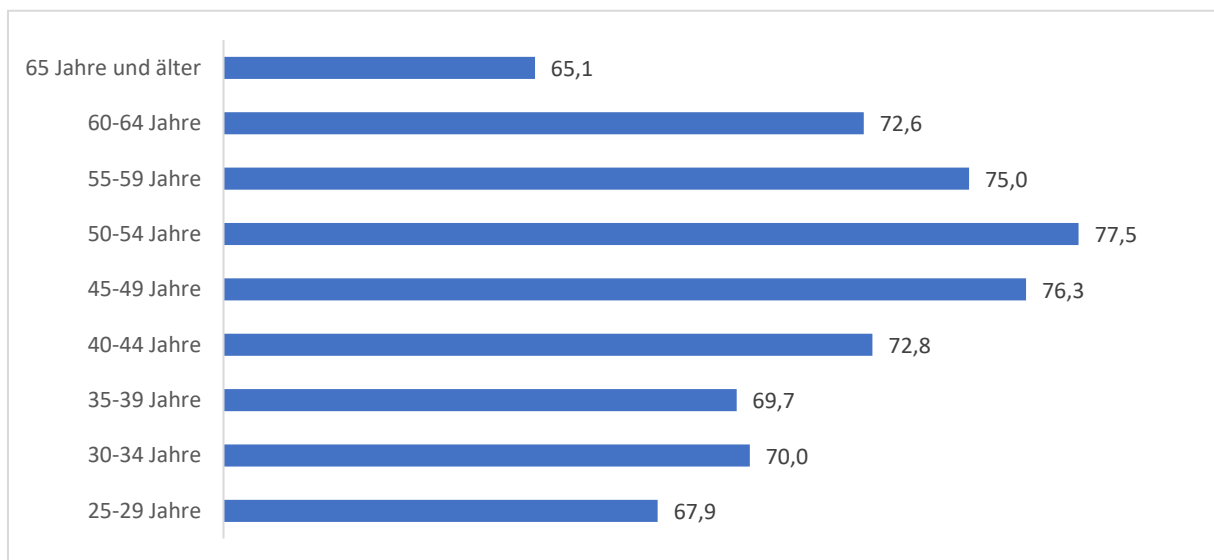
Abbildung 1: Bedeutung einzelner Lebensbereiche



Anm.: Wertung zwischen 0 (= unwichtig) und 100 (= sehr wichtig)

Die Bedeutung der beruflichen Arbeit unterscheidet sich auch hinsichtlich des Alters (Abbildung 2); so weisen die Ergebnisse daraufhin, dass der Beruf insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten zwischen 40 und 64 Jahren große Relevanz hat.

Abbildung 2: Wichtigkeit des Berufes nach Alterskohorte

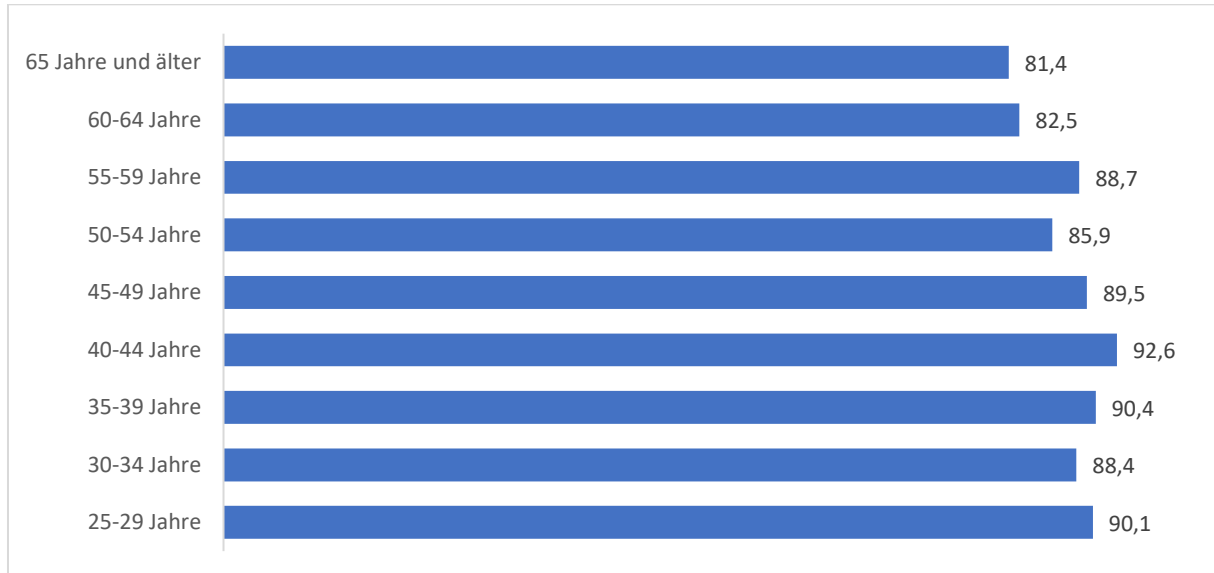


Anm.: Wertung zwischen 0 (= unwichtig) und 100 (= sehr wichtig)

Aber auch Faktoren wie Familie und Partnerschaft können die Entscheidung einer Arbeitszeitveränderung beeinflussen, weshalb sie im Folgenden näher betrachtet werden sollen. In dieser

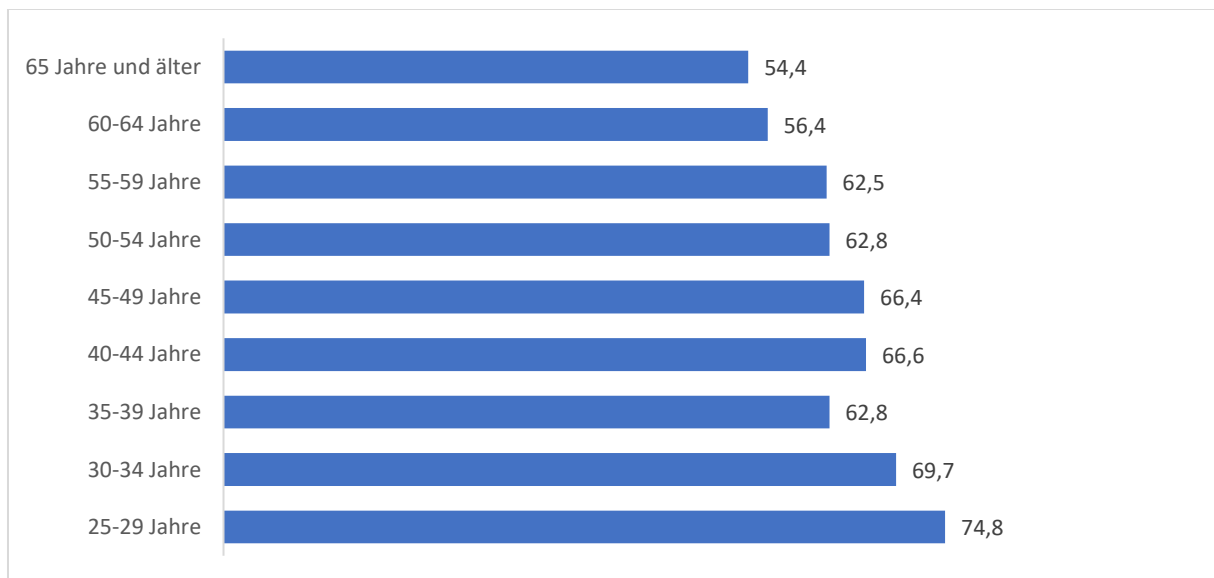
Stichprobe scheint dieser Bereich jedoch in allen Altersgruppen gleichbedeutend zu sein (Abbildung 3). Der Lebensbereich „Freizeit“ spielt besonders bei den jüngeren Befragten eine größere Rolle (Abbildung 4).

Abbildung 3: Wichtigkeit der Familie/ Partnerschaft nach Alterskohorte



Anm.: Wertung zwischen 0 (= unwichtig) und 100 (= sehr wichtig)

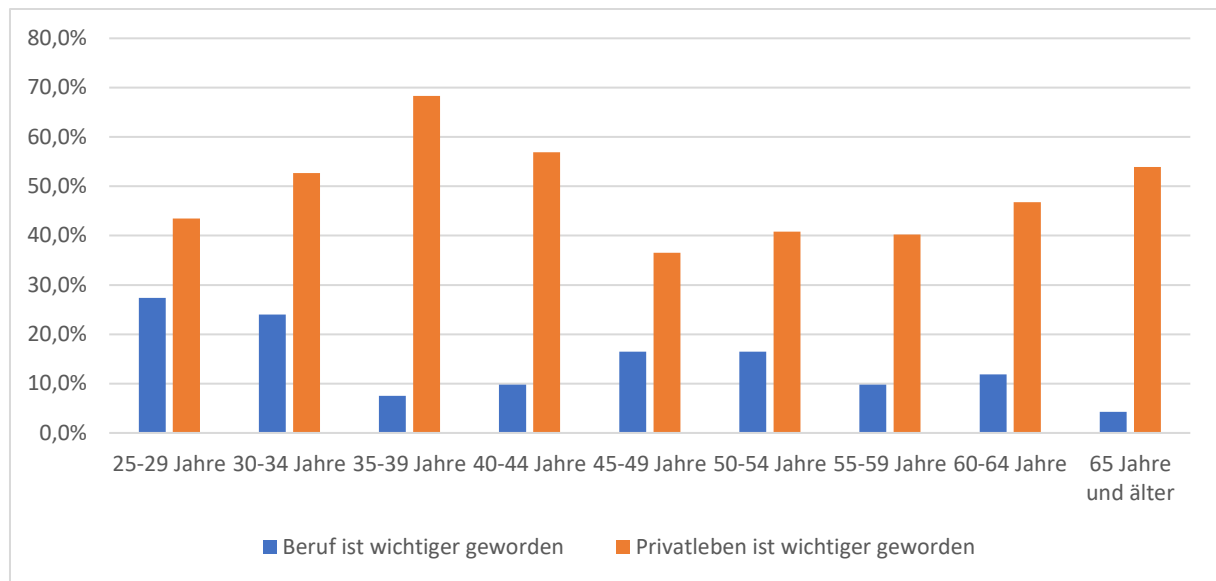
Abbildung 4: Wichtigkeit von Freizeitaktivitäten nach Alterskohorte



Anm.: Wertung zwischen 0 (= unwichtig) und 100 (= sehr wichtig)

In Bezug auf die Frage, ob es eine Änderung gab hinsichtlich der Wichtigkeit des privaten oder beruflichen Bereiches innerhalb der vergangenen fünf Jahre, zeigt sich, dass der Beruf besonders in jüngeren Jahren (25 bis 34 Jahre) und mittleren Jahren (45 bis 54 Jahre) im Vergleich zum Privatleben an Relevanz zunimmt (Abbildung 5).

Abbildung 5: „Hat die Wichtigkeit des beruflichen Bereichs im Vergleich zu ihrem privaten Lebensbereich innerhalb der letzten 5 Jahre gewechselt?“



Wenn es jedoch darum geht, für den Beruf Einschränkungen bezüglich des Wohnorts, Freizeitaktivitäten oder familiäre bzw. partnerschaftliche Bereiche Einschränkungen hinzunehmen, zeigt sich erneut, welche hohe Bedeutung bestimmte Bereiche einnehmen. Die Analysen deuten allerdings auch daraufhin, dass es altersbedingte Unterschiede gibt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Bedeutung von Wohnort, Freizeitaktivitäten und Familie/Partnerschaft

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
„Für eine gute Arbeitsstelle würde ich auch einen geliebten Wohnort aufgeben.“	36 (3,7%)	74 (7,7%)	168 (17,5%)	209 (21,7%)	476 (49,4%)
„Für meine berufliche Arbeit würde ich auf Hobbys verzichten.“	21 (2,2%)	91 (9,4%)	275 (28,3%)	266 (27,4%)	318 (32,7%)
„Für meine berufliche Arbeit würde ich notfalls auch auf eine Partnerschaft oder Familie verzichten.“	3 (0,3%)	13 (1,3%)	21 (2,2%)	49 (5,1%)	884 (91,1%)

So konnte eine positive Korrelation zwischen Alter und Aufgabe des Wohnortes gefunden werden ($r = 0,189$, $p < 0,001$), das heißt je niedriger das Alter, desto eher sind die Befragten dazu bereit, ihren Wohnort für eine gute Arbeitsstelle aufzugeben.

Auch zwischen Alter und Verzicht auf Hobbys ($r = 0,132$, $p < 0,001$) sowie Alter und Verzicht auf Familie oder Partnerschaft ($r = -0,065$, $p = 0,045$) konnten signifikante, wenn auch gegensätzliche, Korrelationen gefunden werden. So korreliert ein höheres Alter mit einem geringeren

Verzicht auf Hobbys, gleichzeitig ist die Ärzteschaft mit zunehmendem Alter eher bereit, auf Familie oder Partnerschaft zu verzichten, wenn es um den Beruf geht.

1.3 Auswertung der Instrumentarien zu Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Work-Privacy-Conflict und Work-Engagement

Die Skalen Work-Privacy-Conflict (Mittelwert: 41,4; SD: 24,4), Arbeitsengagement (Mittelwert: 22,5; SD: 5,6) und Arbeitszufriedenheit (Mittelwert: 11,8; SD: 1,7) betreffend, ließen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der einzelnen Alterskohorten feststellen (Tabelle 5). Gerade jüngere Ärzte (unter 44 Jahren) geben an, stärker vom Konflikt zwischen Arbeits- und Privatleben betroffen zu sein, sind unzufriedener mit verschiedenen Aspekten ihres Berufes und zeigen laut Datenlage ein (wenn auch minimal) geringeres Arbeitsengagement im Vergleich zu den anderen Alterskohorten dieser Stichprobe.

Tabelle 5: Übersicht der Instrumentarien (MW ± SD)

	Work-Privacy-Conflict (COPSOQ) ¹	Work-Engagement (UWES-9) ²	Arbeitszufriedenheit ³
25-29 Jahre	48,9 ± 20,7	21,4 ± 5,2	12,2 ± 1,9
30-34 Jahre	52,2 ± 21,9	21,2 ± 5,2	12,3 ± 1,9
35-39 Jahre	48,7 ± 23,6	21,3 ± 5,6	12,3 ± 2,0
40-44 Jahre	51,0 ± 22,9	21,7 ± 5,0	11,8 ± 1,6
45-49 Jahre	43,6 ± 22,4	22,1 ± 5,6	12,0 ± 1,8
50-54 Jahre	40,4 ± 21,8	22,5 ± 5,5	11,4 ± 1,3
55-59 Jahre	39,7 ± 21,9	23,1 ± 5,1	11,9 ± 1,7
60-64 Jahre	37,9 ± 20,9	21,7 ± 5,9	11,7 ± 1,6
65 Jahre und älter	17,0 ± 19,3	26,0 ± 5,2	11,1 ± 0,9
Signifikanz	p < 0,001 Eta ² = 0,211	p < 0,001 Eta ² = 0,076	p < 0,001 Eta ² = 0,053

Anm.: ¹= höherer Score steht für größeren Konflikt; ²= höherer Score steht für stärkeres Engagement; ³= höherer Score steht für mehr Unzufriedenheit

Differenzierte Analysen der einzelnen CBI-Subskalen „persönlich“ (MW: 42,9; ± SD: 19,8), „arbeitsbezogen“ (MW: 35,5; ± SD: 15,3) oder „patientenbezogen“ (MW: 22,7; ± SD: 18,4) weisen signifikante Unterschiede auf (Tabelle 6). Dabei zeigt sich, dass jüngere Ärzte signifikant stärker von persönlicher als auch arbeitsbezogener Belastung betroffen sind als ihre älteren Kollegen. Hinsichtlich der patientenbezogenen Belastungen scheinen wiederum besonders die 30- bis 39-jährigen als auch die 55- bis 64-jährigen Ärztinnen und Ärzten betroffen zu sein.

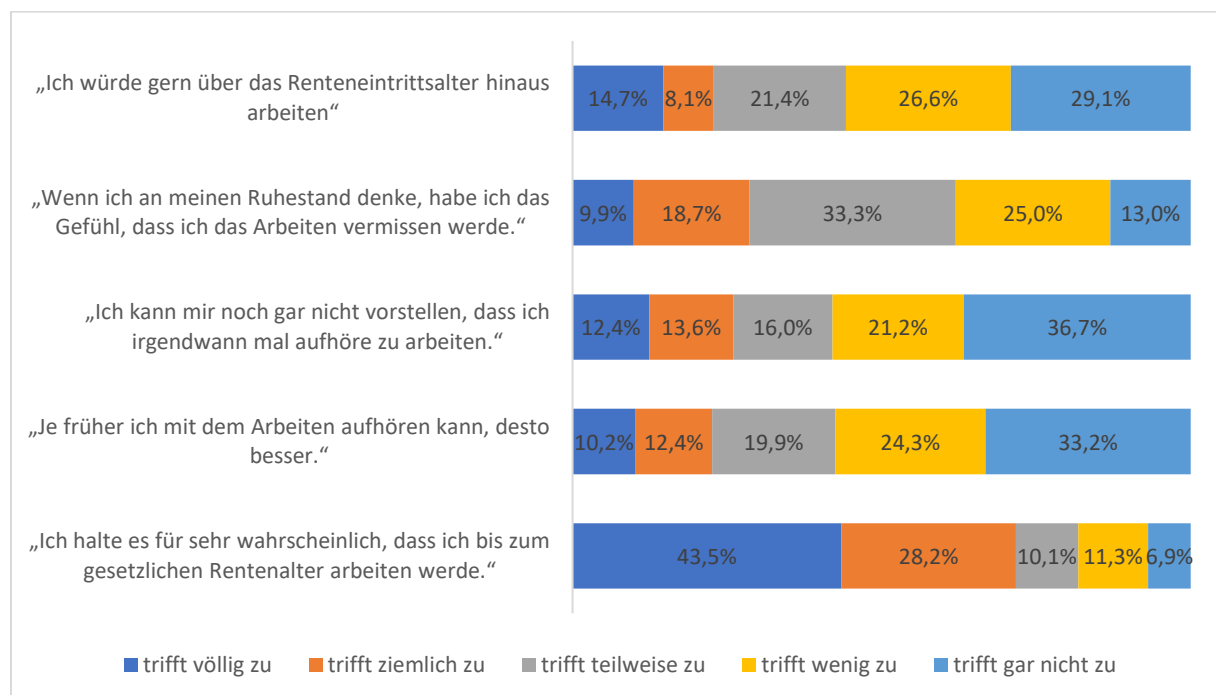
Tabelle 6: Übersicht der Subskalen des Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (MW ± SD)

	CBI persönlich	CBI arbeitsbezogen	CBI patientenbezogen
25-29 Jahre	46,1 ± 16,7	37,5 ± 12,6	22,5 ± 18,2
30-34 Jahre	48,5 ± 18,3	38,8 ± 14,7	25,8 ± 19,7
35-39 Jahre	50,0 ± 20,1	39,3 ± 17,0	26,0 ± 22,0
40-44 Jahre	49,6 ± 18,0	37,0 ± 14,2	21,4 ± 17,4
45-49 Jahre	42,2 ± 18,9	35,8 ± 14,5	22,0 ± 17,0
50-54 Jahre	41,8 ± 19,4	37,0 ± 15,0	20,2 ± 16,4
55-59 Jahre	42,3 ± 17,8	37,0 ± 13,6	24,0 ± 16,7
60-64 Jahre	42,4 ± 18,9	36,5 ± 16,4	25,2 ± 19,8
65 Jahre und älter	26,1 ± 15,9	23,0 ± 11,3	17,0 ± 14,9
Signifikanz	p < 0,001 Eta ² = 0,143	p < 0,001 Eta ² = 0,109	p = 0,002 Eta ² = 0,026

1.4 Erwerbsmotivation

Ebenfalls Teil der Befragung waren fünf Items zur „Erwerbsmotivation“ bzw. Tätigkeit im Ruhestand, welche in Abbildung 6 detailliert beschrieben werden.

Abbildung 6: Zustimmung zu einzelnen Aspekten der Erwerbsmotivation



Hinsichtlich der einzelnen Alterskohorten gab es jedoch keinerlei signifikante Unterschiede im Skalenmittelwert der Erwerbsmotivation (Range: 2,8 bis 3,4).

2 Kernthemen

2.1 Arbeitszeit sächsischer Ärzte verschiedener Altersgruppen (Kernthema 1)

Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit der untersuchten Stichprobe im Mittel 34,6 Stunden (angestellte Ärzte, stationär: 36,9 h/Woche, ambulant: 28,6 h/Woche) und die tatsächliche Wochenarbeitszeit im Mittel 45,0 Stunden (angestellte Ärzte: stationär: 50,1 h/Woche, ambulant: 32,1 h/Woche) bzw. 41,8 Stunden (selbstständige Ärzte) beträgt.

Während das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf die Höhe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit hat (Frauen: 34,4 h/Woche; Männer: 35,0 h/Woche; $p = 0,407$), zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei Ärztinnen und Ärzten mit Kindern (Mittelwert: 33,1h/Woche) und ohne Kinder (Mittelwert: 38,8h/Woche, $p < 0,001$). Eine Mehrheit der Befragten in Anstellung (63,4%) gibt außerdem an, regelmäßig Überstunden zu machen. Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich bei dieser Angabe nicht signifikant voneinander ($p = 0,842$). Während 74,6% der Ärzteschaft ohne Kinder angibt regelmäßig Überstunden zu machen, sind es bei den Medizinern mit Kindern lediglich 60,0% ($p < 0,001$). Eine Übersicht zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszeit gibt Tabelle 7.

Tabelle 7: Übersicht zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszeit und Unterschiede der einzelnen Alterskohorten

	Vertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit^{1,2}	Tatsächliche Wochenarbeitszeit^{1,3}	Regelmäßige Überstunden (Ref.: ja)²	Bereitschaftsdienst (Ref.: ja, Anzahl/ Quartal)	Schichtdienst (Ref.: ja)²	Nachtdienst (Ref.: ja)²
Gesamt	34,6 (SD: 10,2)	44,2 (SD: 16,5)	464 (63,4%)	681 (69,1%) Ø 7,7	125 (17,5%)	95 (74,2%)
25 – 29 Jahre	40,5 (SD: 3,6)	50,3 (SD: 8,8)	47 (75,8%)	41 (65,1%) Ø 12,0	30 (48,4%)	21 (33,9%)
30 – 34 Jahre	38,4 (SD: 5,5)	50,1 (SD: 11,6)	100 (68,0%)	120 (79,5%) Ø 12,3	45 (30,6%)	43 (29,2%)
35 – 39 Jahre	36,0 (SD: 6,8)	46,9 (SD: 13,6)	73 (64,0%)	94 (77,7%) Ø 9,8	20 (17,5%)	16 (14,0%)
40 – 44 Jahre	36,5 (SD: 5,8)	48,0 (SD: 11,9)	56 (65,1%)	90 (86,5%) Ø 6,5	13 (15,1%)	10 (11,6%)
45 – 49 Jahre	36,1 (SD: 8,9)	46,5 (SD: 12,1)	37 (67,3%)	69 (78,4%) Ø 5,7	4 (7,3%)	2 (3,6%)
50 – 54 Jahre	36,7 (SD: 6,2)	49,7 (SD: 12,5)	52 (75,4%)	90 (87,4%) Ø 6,1	3 (4,3%)	/
55 – 59 Jahre	37,1 (SD: 6,4)	48,8 (SD: 11,3)	33 (68,7%)	72 (78,3%) Ø 5,2	3 (6,2%)	/
60 – 64 Jahre	36,5 (SD: 9,3)	48,2 (SD: 13,5)	38 (61,3%)	79 (72,5%) Ø 4,2	4 (6,4%)	1 (1,6%)
ab 65 Jahre	14,8 (SD: 10,5)	18,7 (SD: 15,8)	24 (29,3%)	23 (16,8%) Ø 5,5	3 (3,6%)	2 (2,4%)
Signifikanz	p < 0,001 Eta ² = 0,510	p < 0,001 Eta ² = 0,402	p < 0,001 Eta ² = 0,070	p < 0,001 Eta ² = 0,238	p < 0,001 Eta ² = 0,127	p < 0,001 Eta ² = 0,213

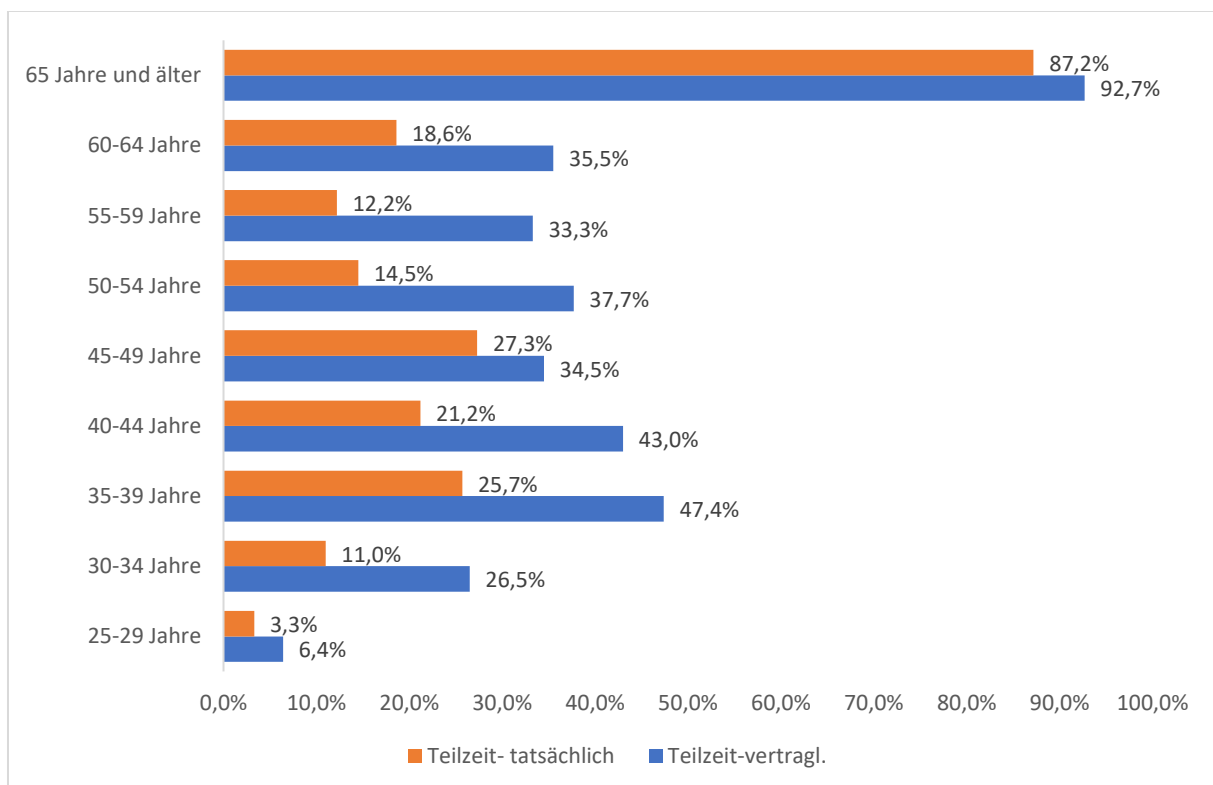
Anm.: Häufigkeiten in Prozent beziehen sich auf die Größe der jeweiligen Alterskohorten; ¹= Mittelwert in Stunden/Woche; ²= betrifft nur angestellte Ärztinnen und Ärzte (n = 732); ³= betrifft angestellte und selbständig tätige Ärztinnen und Ärzte (n = 960)

In der Substichprobe der angestellten Ärzte unterscheidet sich die tatsächliche Arbeitszeit von der vertraglich vereinbarten durchschnittlich um 10,3 Stunden/Woche (SD: 10,7). Das heißt, dass die Ärzte im Durchschnitt 10 Stunden pro Woche mehr arbeiten als vertraglich vereinbart. Bei den Ärztinnen sind es 9,6 Stunden, bei Ärzten 11,1 Stunden (p = 0,053). Innerhalb der stationär-tätigen Ärzteschaft lag die Diskrepanz bei 13,0 Stunden und bei ambulant-tätigen Ärzten bei 3,0 Stunden (p < 0,001). Bei 118 Befragten gibt es keinen Unterschied zwischen vertraglich vereinbarter und tatsächlicher Arbeitszeit und bei elf Studienteilnehmern ist die tatsächliche Arbeitszeit niedriger als die vertraglich vereinbarte.

Basierend auf der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit lag die Teilzeitquote (insgesamt 41,0%) der in dieser Untersuchung befragten angestellten Ärzteschaft bei Frauen deutlich höher

(48,5%) als bei den Männern (27,2%). Berechnet man dies jedoch auf Grundlage der subjektiven Wochenarbeitszeit (also inklusive Überstunden, Bereitschaftsdienst o.ä.), zeigt sich ein anderes Bild. Demnach arbeiten lediglich 24,8% der angestellten Befragten weniger als 40 Stunden in der Woche (Frauen: 27,2; Männer: 21,2). Bei näherer Betrachtung der Unterschiede zwischen vertraglich vereinbarter und subjektiver Arbeitszeit kommt die hohe Diskrepanz bei Ärztinnen vor allem dadurch zustande, dass ein deutlich höherer Anteil der Ärztinnen, und zwar 46,2%, laut Vertrag wöchentlich 21 bis 39 Stunden arbeitet, aber nach subjektivem Einschätzen mehr als 40 Stunden angibt. Bei den männlichen Kollegen betrifft dies nur 27,2%. Abbildung 7 fasst die Verteilung der Teilzeittätigkeit nach Alterskohorte zusammen.

Abbildung 7: Anzahl der in Teilzeit arbeitenden Ärzteschaft und Unterschiede in den einzelnen Alterskohorten nach vertraglich und tatsächlicher Arbeitszeit



Anm.: Teilzeit wird definiert als eine Wochenarbeitszeit von weniger als 40 Stunden, beinhaltet nur angestellte Ärzte

Eine logistische Regression zwischen Beschäftigungsart (basierend auf der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit) und soziodemographischen Merkmalen weist daraufhin, dass sich hinsichtlich Geschlecht, Alter der Ärzteschaft als auch Niederlassungsart signifikante Zusammenhänge finden lassen ($\chi^2(5) = 168,8$; $n = 719$, $p < 0,001$), so arbeiten Ärztinnen, jüngere Ärzte, Ärzte ohne Kinder und Ärzte in Niederlassung eher in Teilzeit.

Tabelle 8: Regressionsmodell zu verschiedenen Lebensbereichen und Beschäftigungsart als unabhängige Variable (Teilzeit vs. Vollzeit, Beta-Koeffizienten und p-Werte)

	Model 1 Bedeutung „Beruf“	Model 2 Bedeutung „Freizeit“	Model 3 Bedeutung „Familie“
Beschäftigungsart ¹	-4,707 (p = 0,001)	1,249 (p = 0,510)	0,203 (p = 0,886)
Geschlecht ²	-0,238 (p = 0,863)	-2,992 (p = 0,095)	1,669 (p = 0,214)
Alter	0,038 (p = 0,507)	-0,332 (p < 0,001)	-0,343 (p < 0,001)
Kinder ³	-3,812 (p = 0,020)	7,253 (p = 0,001)	-10,827 (p < 0,001)
Familienstand	-0,127 (p = 0,731)	0,987 (p = 0,039)	0,912 (p = 0,011)
Bereich ⁴	-0,704 (p = 0,651)	-0,424 (p = 0,834)	-2,404 (p = 0,354)
	F(6,711) = 2,85; p = 0,009; R ² = 0,023	F(6,711) = 12,36; p < 0,001; R ² = 0,094	F(6,711) = 13,72; p < 0,001; R ² = 0,104

Anm.: ¹= Vollzeit wurde mit „0“ kodiert, Teilzeit mit „1“; ²= männlich wurde mit „0“ kodiert, weiblich mit „1“; ³= Vorhandensein von Kindern wurde mit „0“ kodiert, keine Kinder mit „1“; ⁴= stationäre Tätigkeit wurde mit „0“ kodiert, ambulante Tätigkeit mit „1“

Weitere Regressionsmodelle wurden berechnet, um dem Zusammenhang zwischen Beschäftigungsart und Bedeutung verschiedener Lebensbereich zu untersuchen (Tabelle 8). Dabei stand die Frage im Fokus, inwiefern sich Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, von Ärzten, die in Vollzeit arbeiten, unterscheiden. Hierbei wurde lediglich ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der Bedeutung des Berufs gefunden (Model 1), d.h. in Teilzeit arbeitende Ärztinnen und Ärzte schreiben dem Beruf eine geringere Bedeutung zu als Ärzte, die in Vollzeit arbeiten. Allerdings lassen diese Analysen keine richtungsweisende Kausalität zu, d.h. die Frage, ob Ärzte dem Beruf eine geringere Bedeutung zu weisen, wenn sie in Teilzeit arbeiten, ist ebenso denkbar, wie die Möglichkeit, dass sie in Teilzeit arbeiten, weil ihnen der Beruf in geringerem Maße wichtig ist.

Betrachtet man die einzelnen Faktoren, wie Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastung, Arbeitsengagement, Work-Life-Balance und Erwerbsmotivation (Tabelle 9), zeigt sich, dass lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Beschäftigungsart und Work-Privacy-Conflict (Model 4) besteht, das heißt, Ärztinnen und Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, erreichen niedrigere Werte auf dieser Skala (und haben damit weniger Konflikte zwischen Beruf und Privatleben). Signifikante Zusammenhänge zwischen den anderen Faktoren, wie Arbeitszufriedenheit oder -belastung, konnten jedoch nicht gefunden werden. Mit anderen Worten, Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung spiegeln sich nicht in unterschiedlichen Bewertungen der arbeitsbezogenen Variablen, wie beispielsweise Arbeitszufriedenheit oder Arbeitsbelastung wider.

Tabelle 9: Regressionsanalysen zwischen arbeitsbezogenen Faktoren und der Beschäftigungsart (Teilzeit vs. Vollzeit) als unabhängige Variable (Beta-Koeffizienten und p-Werte)

	Model 1 Arbeitszufriedenheit	Model 2 Arbeitsbezogene Belastung	Model 3 Arbeitsengagement	Model 4 Work-Privacy-Conflict	Model 5 Erwerbsmotivation
Beschäftigungsart ¹	-0,059 (p = 0,691)	1,201 (p = 0,121)	-0,588 (p = 0,640)	-10,300 (p < 0,001)	-0,021 (p = 0,704)
Geschlecht ²	0,232 (p = 0,096)	3,684 (p < 0,001)	5,094 (p < 0,001)	2,360 (p = 0,169)	0,171 (p = 0,001)
Alter	-0,020 (p < 0,001)	-0,260 (p < 0,001)	-0,175 (p < 0,001)	-0,550 (p < 0,001)	0,002 (p = 0,333)
Kinder ³	0,359 (p = 0,029)	2,685 (p = 0,040)	3,681 (p = 0,009)	-4,636 (p = 0,220)	0,040 (p = 0,516)
Familienstand	-0,004 (p = 0,918)	-0,549 (p = 0,061)	-0,533 (p = 0,093)	0,280 (p = 0,542)	0,040 (p = 0,516)
Bereich ⁴	0,245 (p = 0,120)	0,022 (p = 0,986)	-1,493 (p = 0,270)	-6,795 (p < 0,001)	0,007 (p = 0,608)
	F(6, 705) = 6,54; p < 0,001; R ² = 0,053	F(6,923) = 14,55; p < 0,001; R ² = 0,086	F(6, 693) = 12,07; p < 0,001; R ² = 0,095	F(6,702) = 33,84; p < 0,001; R ² = 0,224	F(6,672) = 2,23; p = 0,038; R ² = 0,019

Anm.: ¹= Vollzeit wurde mit „0“ kodiert, Teilzeit mit „1“; ²= männlich wurde mit „0“ kodiert, weiblich mit „1“; ³= Vorhandensein von Kindern wurde mit „0“ kodiert, keine Kinder mit „1“; ⁴= stationäre Tätigkeit wurde mit „0“ kodiert, ambulante Tätigkeit mit „1“

In einem weiteren Regressionsmodell wurde als unabhängige Variable die Arbeitszeit als kontinuierliche Variable verwendet, um zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen der eigentlichen Höhe der wöchentlichen Arbeitszeit und den genannten Faktoren, wie Arbeitszufriedenheit oder Arbeitsbelastung, besteht. Hierfür wurde allerdings nicht die „vertraglich vereinbarte“ Arbeitszeit verwendet, sondern die „tatsächliche“ Arbeitszeit (Tabelle 9). Da hierbei auch selbständige Ärzte berücksichtigt werden, ermöglicht dies ein ganzheitliches Bild der sächsischen Ärzteschaft.

In den einzelnen Modellen zeigen sich signifikante Zusammenhänge hinsichtlich arbeitsbezogener Belastung sowie Work-Privacy-Conflict. Somit kann eine höhere Arbeitszeit einerseits mit einer höheren Arbeitsbelastung als auch mit einer geringeren Vereinbarkeit von Beruf und außerberuflichen Bereichen in Verbindung gebracht werden (Tabelle 10). Vergleicht man diese Ergebnisse mit der vorherigen Regressionsanalyse (Tabelle 9) wird deutlich, dass sich nicht das Beschäftigungsmodell (also Vollzeit oder Teilzeit) an sich negativ auf die wahrgenommene Belastung auswirkt, sondern eher die tatsächliche Arbeitszeit.

Tabelle 10: Regressionsanalysen zwischen arbeitsbezogenen Faktoren und der Arbeitszeit als unabhängige Variable (Beta-Koeffizienten und p-Werte) bei angestellten und selbständigen Ärztinnen und Ärzten

	Model 1 Arbeitszufriedenheit	Model 2 Arbeitsbezogene tung	Belas-	Model 3 Arbeitsengagement	Model 4 Work-Privacy-Conflict	Model 5 Erwerbsmotivation
Arbeitszeit ¹	0,006 (p = 0,127)	0,223 (p < 0,001)		-0,025 (p = 0,050)	0,660 (p < 0,001)	0,002 (p = 0,267)
Geschlecht ²	0,173 (p = 0,128)	4,561 (p < 0,001)		-0,151 (p = 0,689)	2,354 (p = 0,141)	0,145 (p = 0,002)
Alter	-0,021 (p < 0,001)	-0,148 (p = 0,001)		0,076 (p < 0,001)	-0,401 (p < 0,001)	0,002 (p = 0,251)
Kinder ³	0,314 (p = 0,030)	2,757 (p = 0,030)		-0,831 (p = 0,086)	-2,062 (p = 0,278)	0,039 (p = 0,496)
Familienstand	-0,003 (p = 0,936)	-0,426 (p = 0,137)		0,049 (p = 0,649)	0,501 (p = 0,250)	0,001 (p = 0,991)
Bereich ⁴	0,331 (p = 0,007)	2,787 (p = 0,010)		-0,558 (p = 0,173)	0,611 (p = 0,760)	-0,025 (p = 0,622)
	F(6, 924) = 8,88; p < 0,001; R ² = 0,054	F(6,906) = 21,72; p < 0,001; R ² = 0,126		F(6, 923) = 9,47; p < 0,001; R ² = 0,058	F(6,691) = 51,17; p < 0,001; R ² = 0,308	F(6,865) = 1,81; p = 0,094; R ² = 0,012

Anm.: ¹= tatsächliche Arbeitszeit als kontinuierliche Variable; ²= männlich wurde mit „0“ kodiert, weiblich mit „1“; ³= Vorhandensein von Kindern wurde mit „0“ kodiert, keine Kinder mit „1“; ⁴= stationäre Tätigkeit wurde mit „0“ kodiert, ambulante Tätigkeit mit „1“

Im Fokus der Befragung standen außerdem Tätigkeiten, die außerhalb der Krankenversorgung ausgeübt werden (Tabelle 11). Auch hier finden sich Unterschiede hinsichtlich der einzelnen Alterskohorten. So widmen sich jüngere Ärztinnen und Ärzte signifikant häufiger wissenschaftlichen Tätigkeiten zu, während Weiterbildungen und Fortbildungen eher von der älteren Ärzteschaft wahrgenommen werden.

Tabelle 11: Ausübung weiterer Tätigkeiten außerhalb der Krankenversorgung

	Wissenschaftliche Tätigkeit	Ehrenamt in ärztl. Selbstverwaltung	Andere Ehrenämter	Teilnahme an Weiterbildungen	Teilnahme an Fortbildungen	an Lehrtätigkeit
Gesamt	148 (15,0%)	65 (6,6%)	167 (16,9%)	690 (70,0%)	760 (77,1%)	216 (21,9%)
25 – 29 Jahre	23 (36,5%)	/	9 (14,3%)	43 (68,2%)	48 (76,2%)	14 (22,2%)
30 – 34 Jahre	28 (18,5)	3 (2,0%)	20 (13,2%)	105 (69,5%)	106 (70,2%)	31 (20,5%)
35 – 39 Jahre	19 (15,7%)	4 (3,3%)	13 (10,7%)	87 (71,9%)	90 (74,4%)	28 (23,1%)
40 – 44 Jahre	19 (18,3%)	6 (5,8%)	13 (12,5%)	69 (66,3%)	82 (78,8%)	35 (33,6%)
45 – 49 Jahre	9 (10,2%)	5 (5,7%)	18 (20,4%)	64 (72,7%)	73 (82,9%)	27 (30,7%)
50 – 54 Jahre	14 (13,6%)	8 (7,8%)	23 (22,3%)	84 (81,5%)	91 (88,3%)	20 (19,4%)
55 – 59 Jahre	11 (12,0%)	9 (9,8%)	20 (21,7%)	71 (77,2%)	78 (84,8%)	22 (23,9%)
60 – 64 Jahre	10 (9,2%)	16 (14,7%)	24 (22,0%)	91 (83,5%)	97 (89,0%)	21 (19,3%)
ab 65 Jahre	14 (9,6%)	13 (9,0%)	25 (17,2%)	71 (49,0%)	88 (60,7%)	17 (11,7%)
Signifikanz	p < 0,001 Eta ² = 0,037	p = 0,001 Eta ² = 0,032	p = 0,109	p < 0,001 Eta ² = 0,034	p < 0,001 Eta ² = 0,035	p = 0,017 Eta ² = 0,022

Darüber hinaus wurde die sächsische Ärzteschaft auch zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszeitplanung befragt (Tabelle 12). 76,6% gaben an, dass sie ihren Urlaub auch für die Erledigung von beruflichen Aufgaben (z.B. Beantwortung von E-Mails, telefonische Erreichbarkeit) nutzen (Frauen: 76,2%, Männer: 77,2%). 35,3% gaben an, dass sie hohen oder sogar sehr hohen Einfluss darauf haben, wann sie ihren Arbeitstag beginnen oder beenden, wohingegen 47,6% angaben, dass sie sehr wenig oder wenig Einfluss darauf haben (Frauen: 50,8%, Männer: 43,1%). Auf familiäre oder private Interessen können 21,8% der Befragten bei der Arbeitszeitplanung kaum bis gar nicht Rücksicht nehmen (Frauen: 23,5%, Männer: 19,3%). Insgesamt sind jedoch 68,2% zufrieden mit ihrer derzeitigen Arbeitszeit (Frauen: 68,0%, Männer: 68,6%).

Tabelle 12: Einflussmöglichkeiten und Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitszeit

	Berufliche Tätigkeit im Urlaub (oft oder immer)	Einfluss auf Beginn/Ende Arbeitstag (hohen oder sehr hohen Einfluss)	Rücksicht auf Privates bei Arbeitszeitplanung möglich (trifft voll oder voll und ganz zu)	Zufriedenheit mit aktueller Arbeitszeit (Ref.: ja)
Gesamt	186 (19,2%)	340 (35,3%)	431 (44,0%)	660 (68,2%)
25 – 29 Jahre	15 (23,8%)	7 (11,3%)	14 (22,2%)	37 (58,7%)
30 – 34 Jahre	30 (19,9%)	18 (11,9%)	50 (33,1%)	85 (56,3%)
35 – 39 Jahre	22 (18,3%)	18 (15,0%)	44 (36,4%)	81 (66,9%)
40 – 44 Jahre	27 (26,0%)	42 (40,8%)	45 (43,3%)	65 (62,5%)
45 – 49 Jahre	24 (28,2%)	37 (44,0%)	36 (41,4%)	62 (70,5%)
50 – 54 Jahre	20 (19,4%)	38 (37,2%)	45 (43,7%)	71 (68,9%)
55 – 59 Jahre	11 (12,2%)	42 (45,6%)	41 (44,6%)	57 (61,9%)
60 – 64 Jahre	24 (22,2%)	43 (41,3%)	42 (38,5%)	71 (67,9%)
ab 65 Jahre	12 (8,8%)	89 (66,4%)	108 (77,7%)	121 (93,8%)
Signifikanz	p < 0,001 Eta ² = 0,031	p < 0,001 Eta ² = 0,175	p < 0,001 Eta ² = 0,145	p < 0,001 Eta ² = 0,057

Determinanten der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit wurden ebenfalls mittels Regressionsanalysen ermittelt. Die Ergebnisse hierzu finden sich in Tabelle 13.

Tabelle 13: Regressionsanalysen, Beta-Koeffizienten und p-Werte, und der Arbeitszeitzufriedenheit als abhängige Variable

	Model 1 Arbeitszufriedenheit	Model 2 Arbeitsbezogene Belas- tung	Model 3 Arbeitsengagement	Model 4 Work-Privacy-Conflict	Model 5 Erwerbsmotivation
Zufriedenheit mit der Arbeitszeit ¹	0,667 (p < 0,001)	9,828 (p < 0,001)	-3,012 (p < 0,001)	23,43 (p < 0,001)	0,172 (p < 0,001)
Geschlecht ²	0,159 (p = 0,155)	3,964 (p < 0,001)	-0,182 (p = 0,615)	-0,704 (p = 0,595)	0,159 (p < 0,001)
Alter	-0,019 (p < 0,001)	-0,177 (p < 0,001)	0,066 (p < 0,001)	-0,555 (p < 0,001)	0,003 (p = 0,199)
Kinder ³	0,337 (p = 0,019)	2,829 (p = 0,023)	-0,952 (p = 0,042)	-2,411 (p = 0,158)	0,034 (p = 0,546)
Familienstand	-0,006 (p = 0,856)	-0,478 (p = 0,088)	0,054 (p = 0,605)	0,237 (p = 0,535)	-0,0004 (p = 0,976)
Bereich ⁴	0,030 (p = 0,011)	1,346 (p = 0,196)	-0,373 (p = 0,335)	-3,667 (p = 0,010)	-0,035 (p = 0,475)
	F(6, 933) = 14,3; p < 0,001; R ² = 0,084	F(6, 915) = 30,87; p < 0,001; R ² = 0,168	F(6, 932) = 20,58; p < 0,001; R ² = 0,117	F(6,926) = 92,98; p < 0,001; R ² = 0,376	F(6,872) = 4,29; p < 0,001; R ² = 0,029

Anm.: ¹= Zufriedenheit-ja wurde mit „0“ kodiert, Zufriedenheit-nein mit „1“; ²= männlich wurde mit „0“ kodiert, weiblich mit „1“; ³= Vorhandensein von Kindern wurde mit „0“ kodiert, keine Kinder mit „1“; ⁴= stationäre Tätigkeit wurde mit „0“ kodiert, ambulante Tätigkeit mit „1“

Die Ergebnisse der logistischen Regression ($\chi^2(5)=37,12$; $p < 0,001$; $n = 947$) weisen darauf hin, dass die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit mit zunehmendem Alter steigt ($p < 0,001$), wohingegen andere soziodemographische Faktoren wie Geschlecht, Vorhandensein von Kindern, Familienstand oder Bereich (stationär vs. Ambulant) keinen Einfluss darauf haben.

Darüber hinaus konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen allgemeiner beruflicher Zufriedenheit und Zufriedenheit mit der Arbeitszeit (Model 1) gefunden werden, d.h. je eher ich mit meiner Arbeitszeit zufrieden bin, desto höher ist auch meine allgemeine Zufriedenheit mit meiner Arbeit.

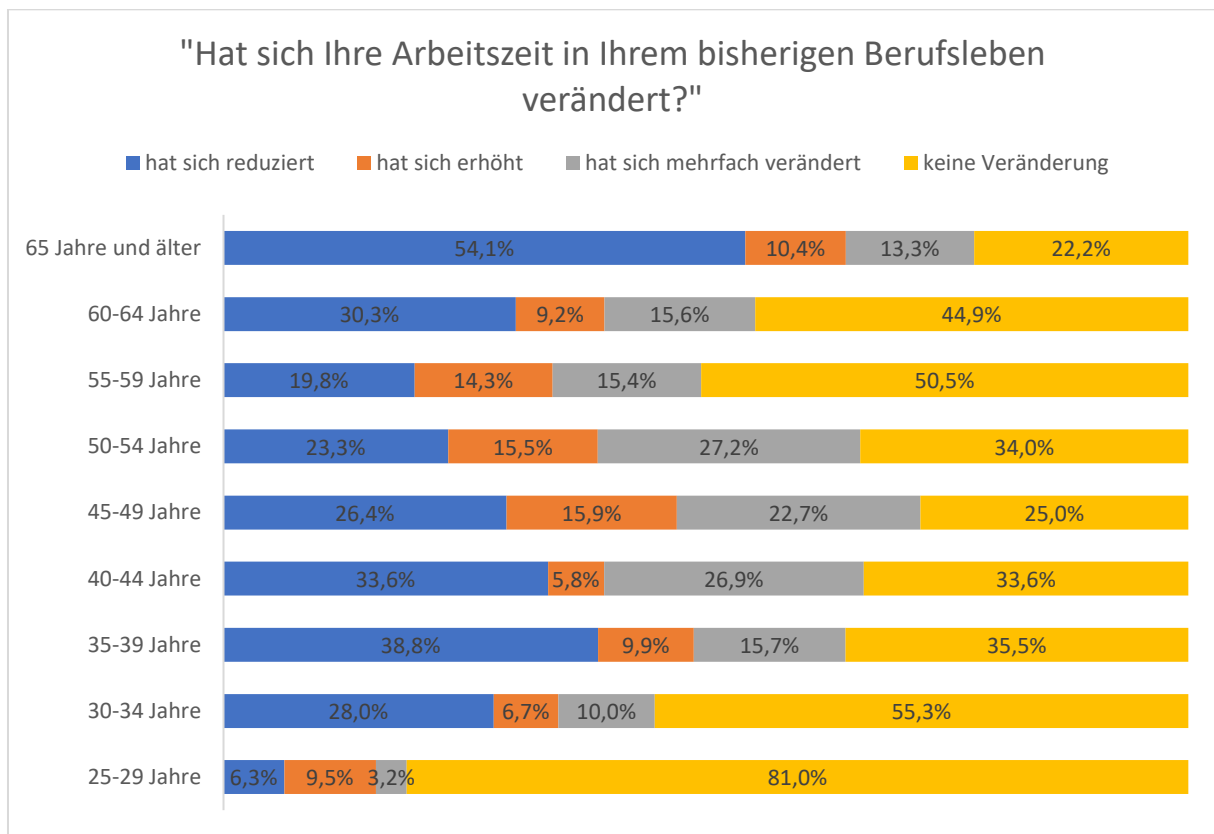
Eine Unzufriedenheit mit der Arbeitszeit steht hingegen in signifikantem Zusammenhang mit erhöhten Symptomen einer arbeitsbezogenen Beanspruchung (Model 2). Gleiches gilt für Arbeitsengagement (Model 3) und Work-Privacy-Conflict (Model 4). Mit anderen Worten, Unzufriedenheit mit der Arbeitszeit steht in signifikantem Zusammenhang mit niedrigerem Arbeitsengagement und einer geringeren Work-Life-Balance (bzw. einem größeren Konflikt zwischen Beruf und Privatleben).

Die Ergebnisse aus Regressionsmodel 5 zeigen wiederum einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitszeitunzufriedenheit und Erwerbsmotivation, d.h. eine Unzufriedenheit kann mit einer niedrigeren Erwerbsmotivation assoziiert werden.

2.2 Arbeitszeitveränderungen und damit verbundene Entscheidungen verschiedener Altersgruppen (Kernthemen 2 und 3)

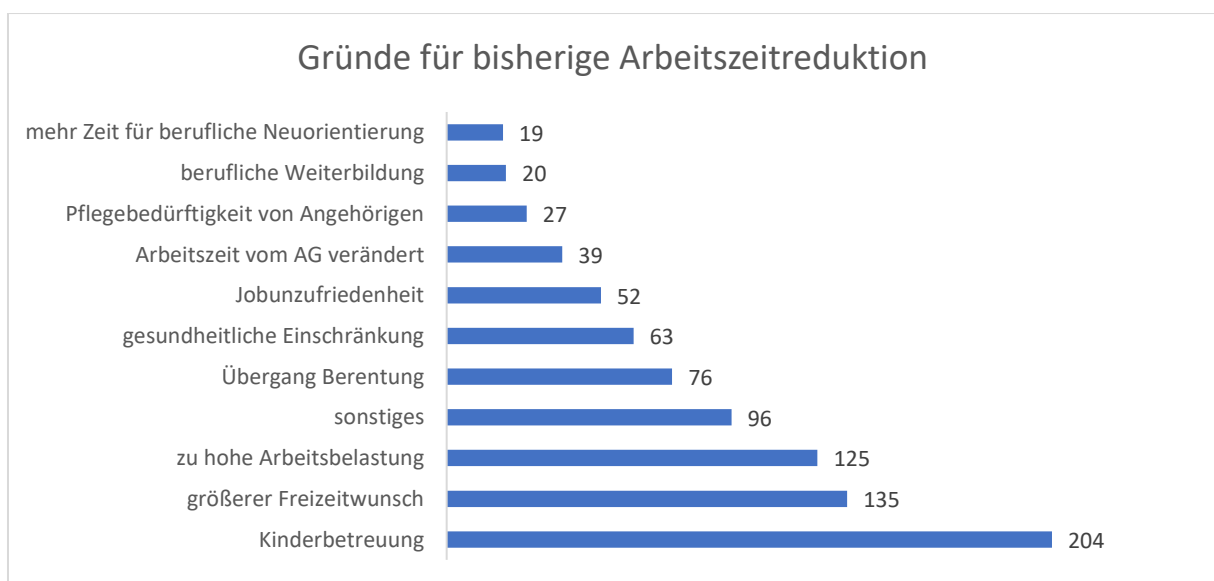
32,0% der Gesamtstichprobe gaben an, dass sich ihre Arbeitszeit (Arbeitszeit nach Arbeitsvertrag) bereits reduziert hat, bei 10,5% kam es in der Vergangenheit zu einer Arbeitszeiterhöhung und bei 40,9% der Ärzteschaft gab es keine Veränderung. Im Durchschnitt lag die Arbeitszeitreduktion bei 16,7 Stunden/Woche, wohingegen die Arbeitszeiterhöhung im Durchschnitt bei 38,3 Stunden/Woche lag. Eine Aufteilung nach Alterskohorte (Abbildung 8) gibt Aufschluss darauf, dass sich die Arbeitszeit vorrangig in der Gruppe der über 65-jährigen Ärzte reduziert, wohingegen es bei den Medizinerinnen zwischen dem 45. und 59. Lebensjahr eher zu Arbeitszeiterhöhungen kommt.

Abbildung 8: Veränderung der Arbeitszeit über die Lebensspanne



Zusätzlich dazu wurde nach den Gründen gefragt, die der Entscheidung einer Arbeitszeiterhöhung oder -reduktion zu Grunde lagen (Abbildung 9 und 10). Dabei zeigt sich, dass vor allem „Kinderbetreuung“ besonders häufig genannt wird, gefolgt von „größerem Freizeitwunsch“ und „zu hoher Arbeitsbelastung“.

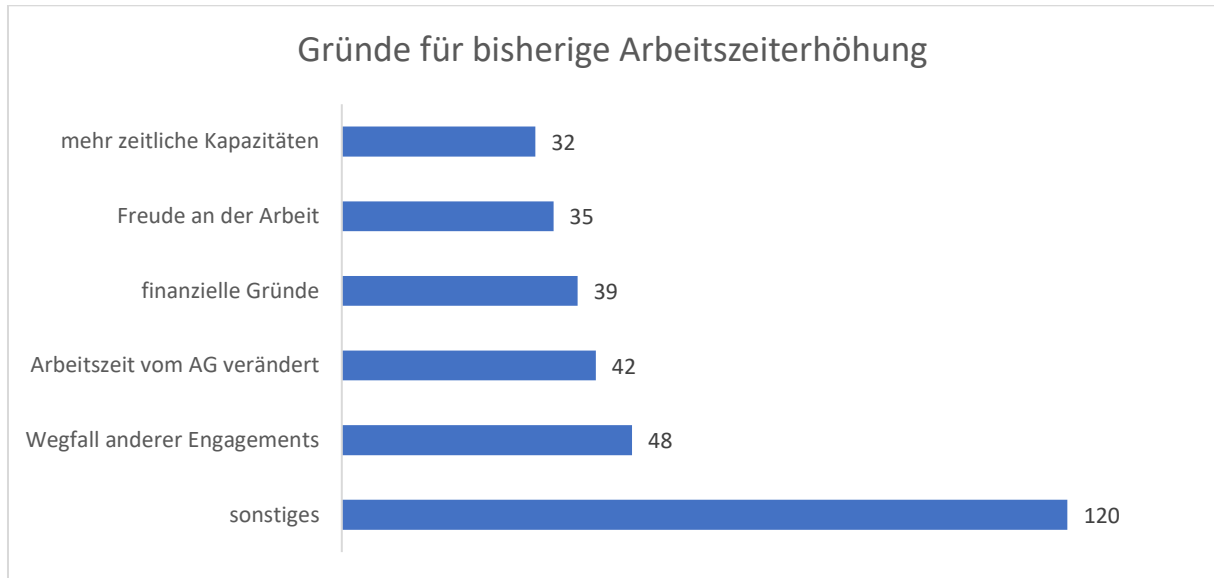
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Gründe für Arbeitszeitreduktion in der beruflichen Vergangenheit



Anm.: Mehrfachnennungen möglich

Hinsichtlich der Gründe, die hingegen für eine Arbeitszeiterhöhung sprechen, werden vorwiegend „sonstige“ Gründe als Hauptursache benannt oder verantwortlich gemacht. Dazu zählen beispielsweise, der Wunsch als niedergelassener Arzt zu arbeiten und ein Mehranfall von Arbeit aufgrund Personalmangels.

Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung der Gründe für eine Arbeitszeiterhöhung in der beruflichen Vergangenheit

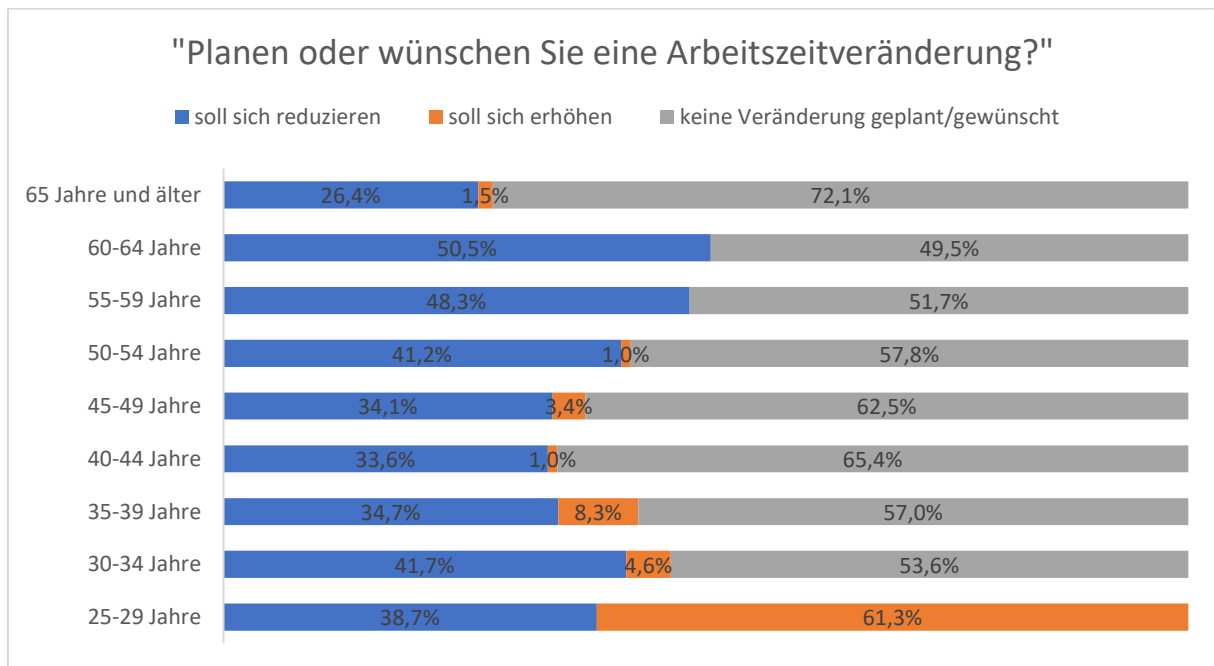


Anm.: Mehrfachnennungen möglich

2.3 Arbeitszeitpläne und zukünftige Veränderungen (Kernthema 4)

Betrachtet man die geplanten bzw. gewünschten Arbeitszeitveränderungen der Ärzteschaft, so zeigt sich, dass insgesamt 38,3% der Befragten ihre Arbeitszeit reduzieren möchten und 2,5% ihrer Arbeitszeit erhöhen wollen. Letzteres betrifft vor allem die unter 29-jährigen Ärztinnen und Ärzte (Abbildung 11, $p < 0,001$). Hinsichtlich soziodemographischer Merkmale zeigen sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede ($p = 0,012$). So wollen beispielsweise 37,1% der Frauen und 40,0% der Männer ihre Arbeitszeit reduzieren. Das Vorhandensein eines Kindes hat jedoch keinen signifikanten Einfluss auf die zukünftige Arbeitszeitveränderung ($p = 0,928$).

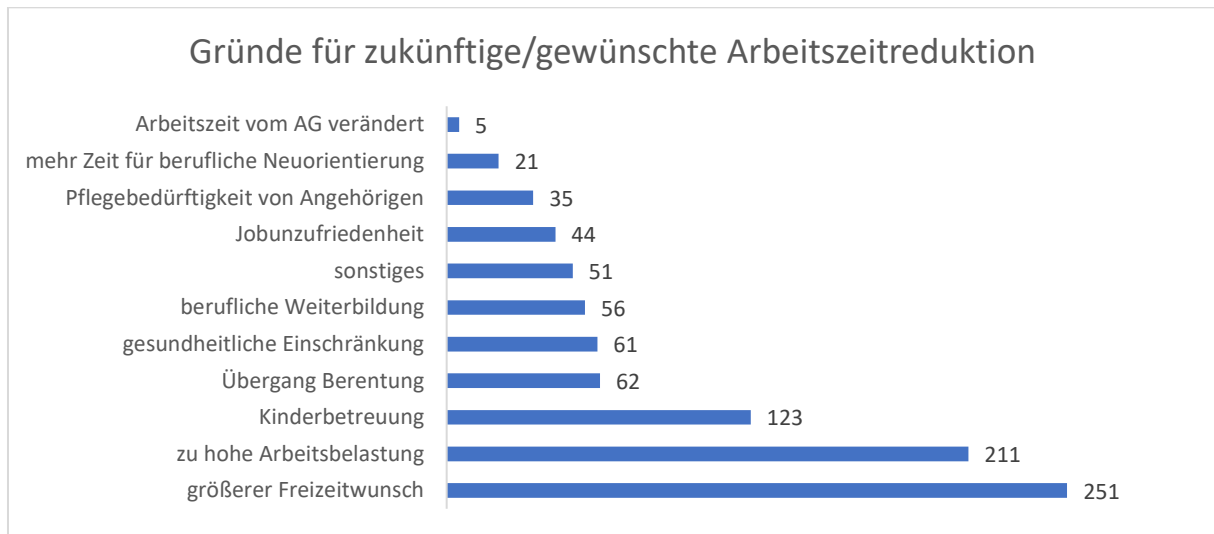
Abbildung 11: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitveränderung der Ärzteschaft



Eine tiefergehende Analyse zeigt zusätzlich, dass von den 31,3% der befragten Ärzteschaft, die angeben mit ihrer derzeitigen Arbeitszeit unzufrieden zu sein, 76,1 % planen bzw. wünschen ihre Arbeitszeit zu reduzieren und lediglich 1,6% ihre Arbeitszeit erhöhen möchten.

Die Gründe, die als Ursache einer gewünschten oder geplanten Arbeitszeitreduktion genannt werden, sind vorwiegend ein „größerer Freizeitwunsch“, eine „zu hohe Arbeitsbelastung“ als auch „Kinderbetreuung“ (Abbildung 12).

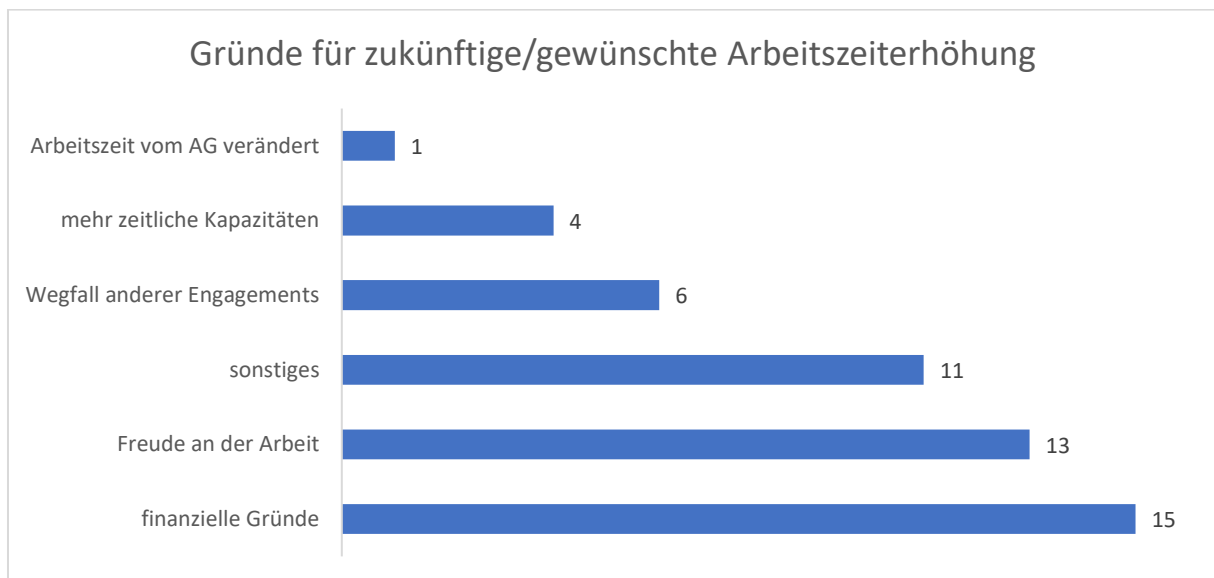
Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung der Gründe, die für eine zukünftige Arbeitszeitreduktion sprechen



Anm.: Mehrfachnennungen möglich

Gründe, die eher für eine geplante oder gewünschte Erhöhung der Arbeitszeit sprechen, sind vorrangig „finanzielle Gründe“ und „Freude an der Arbeit“ (Abbildung 13). Als „sonstige Gründe“ werden vor allem karrierebedingte Faktoren, wie beispielsweise ärztliche Weiterbildung oder Anstellungswechsel benannt.

Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Gründe, die für eine zukünftige Arbeitszeiterhöhung sprechen



Anm.: Mehrfachnennungen möglich

2.4 Erwerbstätigkeit trotz Berentung (Kernthema 5)

In einem weiteren Schritt wurde der Zeitpunkt erfasst, ab welchem sich die befragten Ärztinnen und Ärzte vorstellen können in den Ruhestand zu gehen und somit keinerlei berufliche Tätigkeit

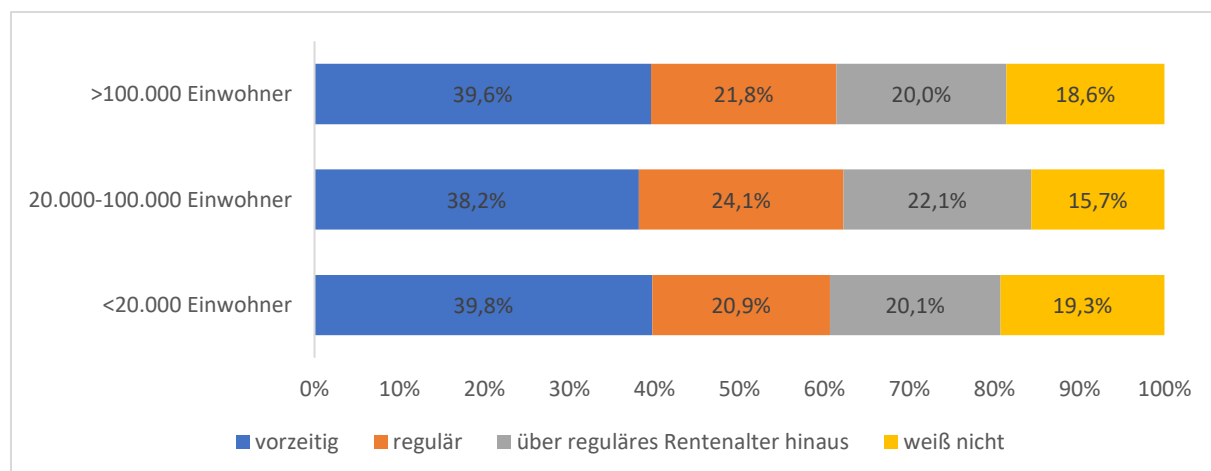
auszuüben (Tabelle 14). Dabei zeigt sich, dass der Wunsch, vorzeitig in den Ruhestand einzutreten, anscheinend von verschiedenen Facetten der einzelnen Lebensphasen abhängt bzw. sich signifikant zwischen den einzelnen Alterskohorten unterscheidet ($p < 0,001$, $\text{Eta}^2 = 0,074$), dabei wünscht sich eine Mehrheit der Befragten (39,0%) vorzeitig in den Ruhestand zu gehen. Die Gruppe der über 60-jährigen hingegen kann sich zu einem Großteil (75,4% der Befragten zwischen 60 und 64 Jahren) vorstellen über das reguläre Rentenalter hinauszuarbeiten.

Tabelle 14: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand

	vorzeitig	bis zum regulären Rentenalter	über das reguläre Rentenalter hinaus	Weiß nicht/keine Angabe
Gesamtstichprobe	378 (39,0%)	214 (22,1%)	198 (20,4%)	178 (18,4%)
25 – 29 Jahre	29 (46,0%)	20 (31,7%)	3 (4,8%)	11 (17,5%)
30 – 34 Jahre	60 (49,6%)	25 (20,7%)	6 (5,0%)	30 (24,8%)
35 – 39 Jahre	47 (46,6%)	18 (17,5%)	14 (13,6%)	24 (23,3%)
40 – 44 Jahre	38 (43,2%)	24 (26,1%)	9 (10,2%)	18 (20,4%)
45 – 49 Jahre	52 (51,0%)	20 (19,6%)	14 (13,7%)	16 (15,7%)
50 – 54 Jahre	48 (52,2%)	17 (18,5%)	13 (14,1%)	14 (15,2%)
55 – 59 Jahre	52 (48,1%)	31 (28,7%)	15 (13,9%)	10 (9,3%)
60 – 64 Jahre	8 (6,1%)	18 (13,8%)	98 (75,4%)	6 (4,6%)

Vergleicht man Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand nach Einwohnerzahl des Tätigkeitsortes, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,998$, Abbildung 14).

Abbildung 14: Eintritt in den Ruhestand nach Einwohnerzahl des Tätigkeitsortes

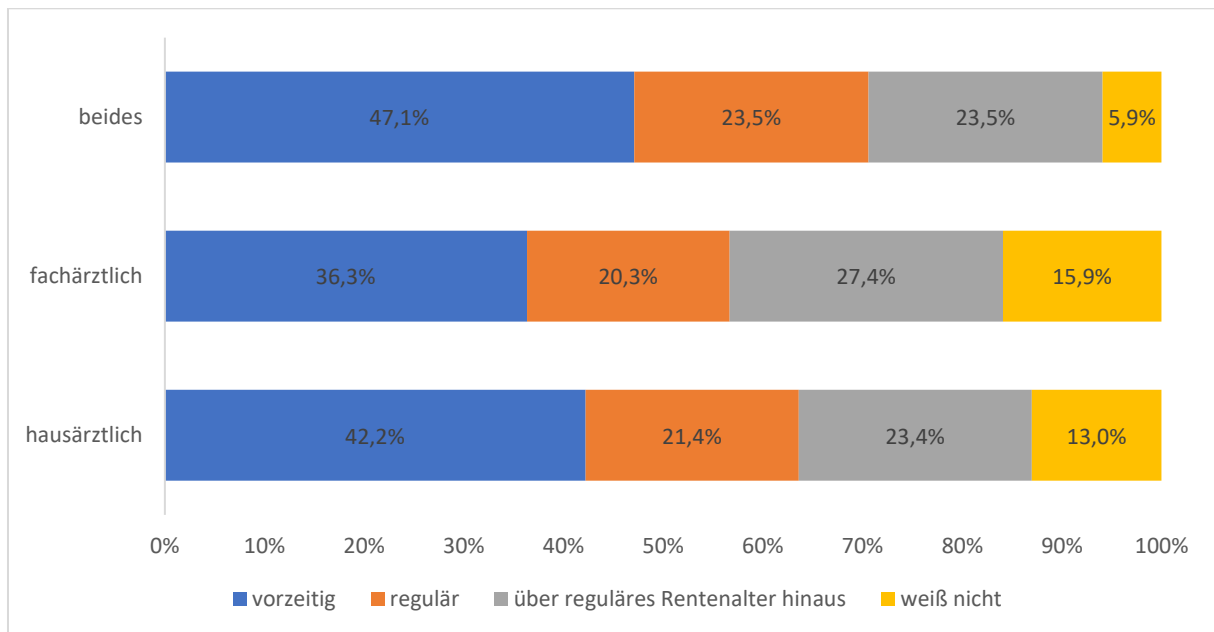


Vergleicht man die Substichprobe der stationär-tätigen Ärzte mit den Ärzten, die im ambulanten Bereich arbeiten, zeigen sich auch hier signifikante Unterschiede ($p < 0,001$, $\text{Eta}^2 = 0,023$). Dies wird vor allem deutlich, wenn man sich die Verteilung der Ärzte anschaut, die vorzeitig

in den Ruhestand gehen möchten. Diese Personengruppe ist unter den stationär-tätigen Ärzten größer als bei den ambulant-tätigen Ärzten (42,0% vs. 35,6%). Gleichzeitig wollen mehr ambulant-tätige Ärzte (26,9%) nach dem regulären Renteneintrittsalter in den Ruhestand gehen als ihre in Krankenhaus bzw. Klinik arbeitenden Kollegen (15,2%).

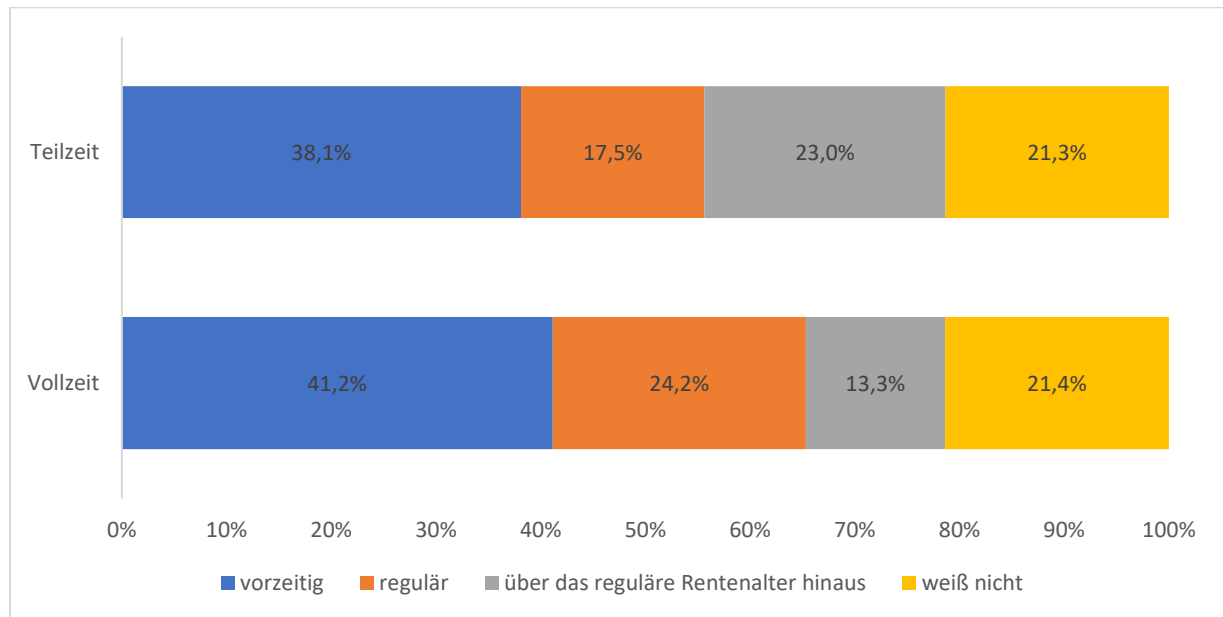
Hinsichtlich der in Niederlassung arbeitenden Ärzte zeigt sich jedoch, dass Fachärzte (27,4%) häufiger über das reguläre Rentenalter hinaus arbeiten würden als Hausärzte (23,4%). Auf der anderen Seite wünschen sich Ärzte, die hausärztlich als auch fachärztlich tätig sind, häufiger vorzeitig in Rente zu gehen (Abbildung 15).

Abbildung 15: Eintritt in den Ruhestand bei niedergelassenen Fach- und Hausärzten



Betrachtet man die Arbeitszeitmodelle Teil- und Vollzeit zeigt sich, dass 23,0% der in teilzeitarbeitenden Mediziner über das reguläre Rentenalter hinaus arbeiten möchten, bei den Mediziner, die eine Vollzeit-Beschäftigung ausüben, sind es lediglich 13,3% (Abbildung 16).

Abbildung 16: Eintritt in den Ruhestand bei Ärzten in Teil- und Vollzeit



Um mögliche Determinanten für einen vorzeitigen oder regulären Eintritt in den Ruhestand zu ermitteln, wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 15.

Das Regressionsmodell zeigt, dass soziodemographische Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Vorhandensein von Kindern, Familienstand oder Tätigkeitsbereich (stationär oder ambulant) keinen signifikanten Zusammenhang zur Eintrittsentscheidung aufweisen ($F(5,940) = 1,06$, $p = 0,378$, $R^2 = 0,006$).

Im Rahmen verschiedener logistischer Regressionsmodelle (unabhängige Variable „Renteneintritt“ dichotom: 0 = vorzeitig, 1 = regulär) wurden weitere mögliche Zusammenhänge untersucht (Tabelle 15). Alle fünf Regressionsmodelle weisen signifikante Zusammenhänge auf, so kann ein regulärer Renteneintritt (im Vergleich zu einem vorzeitigen Renteneintritt) mit erhöhter Arbeitszufriedenheit, weniger Work-Privacy-Conflict, erhöhtem Arbeitsengagement und erhöhter Erwerbsmotivation in Verbindung gebracht werden. Gleichzeitig zeigt sich auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen regulärem Renteneintritt und niedriger Arbeitsbelastung.

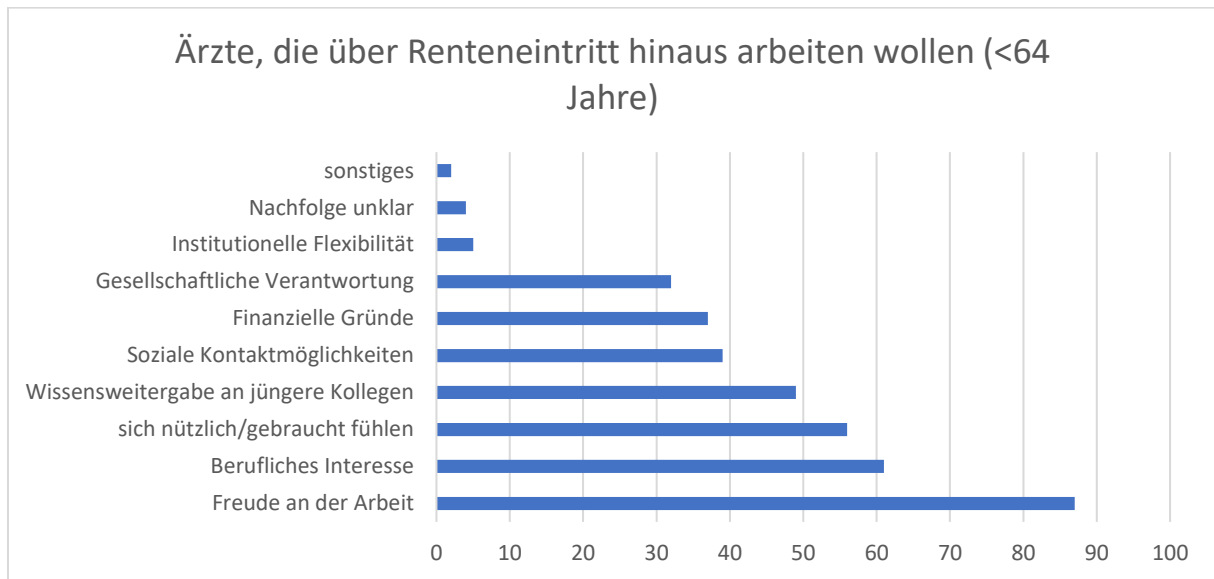
Tabelle 15: Regressionsanalyse zu Determinanten des Renteneintritt-Zeitpunktes

	Model 1 Arbeitszufriedenheit	Model 2 Arbeitsbezogene Belastung	Model 3 Arbeitsengagement	Model 4 Work-Privacy-Conflict	Model 5 Erwerbsmotivation
Renteneintritt ¹	-0,718 (p < 0,001)	-8,27 (p < 0,001)	2,473 (p < 0,001)	-9,85 (p < 0,001)	-0,400 (p < 0,001)
Geschlecht ²	0,134 (p = 0,368)	3,506 (p = 0,006)	0,530 (p = 0,242)	-1,120 (p = 0,569)	0,069 (p = 0,109)
Alter	-0,020 (p = 0,005)	-0,026 (p = 0,673)	0,032 (p = 0,138)	-0,443 (p < 0,001)	0,009 (p < 0,001)
Kinder ³	0,480 (p = 0,012)	5,086 (p = 0,002)	-1,600 (p = 0,006)	-0,278 (p = 0,913)	0,083 (p = 0,132)
Familienstand	-0,002 (p = 0,953)	-0,834 (p = 0,022)	0,094 (p = 0,467)	0,505 (p = 0,367)	-0,005 (p = 0,664)
Bereich ⁴	0,455 (p = 0,004)	1,232 (p = 0,365)	-0,658 (p = 0,169)	-3,350 (p = 0,108)	0,008 (p = 0,863)
	F(6, 571) = 8,44; p < 0,001; R ² = 0,081	F(6, 564) = 10,87; p < 0,001; R ² = 0,104	F(6, 571) = 8,82; p < 0,001; R ² = 0,085	F(6,566)=11,71; p < 0,001; R ² = 0,110	F(6,561) = 19,04; p < 0,001; R ² = 0,169

Anm.: ¹= Renteneintritt vorzeitig wurde mit „0“ kodiert, Renteneintritt regulär mit „1“; ²= männlich wurde mit „0“ kodiert, weiblich mit „1“; ³= Vorhandensein von Kindern wurde mit „0“ kodiert, keine Kinder mit „1“; ⁴= stationäre Tätigkeit wurde mit „0“ kodiert, ambulante Tätigkeit mit „1“; ⁵= Tätigkeit im städtischen Bereich wurde mit „0“ kodiert, im ländlichen Bereich mit „1“

In einem weiteren Analyseschritt wurden die Gründe für einen späteren Eintritt in den Ruhestand näher untersucht. Wie bereits berichtet, gibt es Ärztinnen und Ärzte, die sich eine Berufstätigkeit trotz Renteneintritt vorstellen können (Tabelle 14). Die Gründe, die dabei eine Rolle spielen, sind in Abbildung 17 zusammengefasst. Insbesondere „Freude an der Arbeit“, „berufliches Interesse“, das Gefühl sich „nützlich und gebraucht zu fühlen“ als auch die Wissensweitergabe an jüngere Kollegen scheinen maßgeblich zu dieser Entscheidung beizutragen und werden am häufigsten genannt.

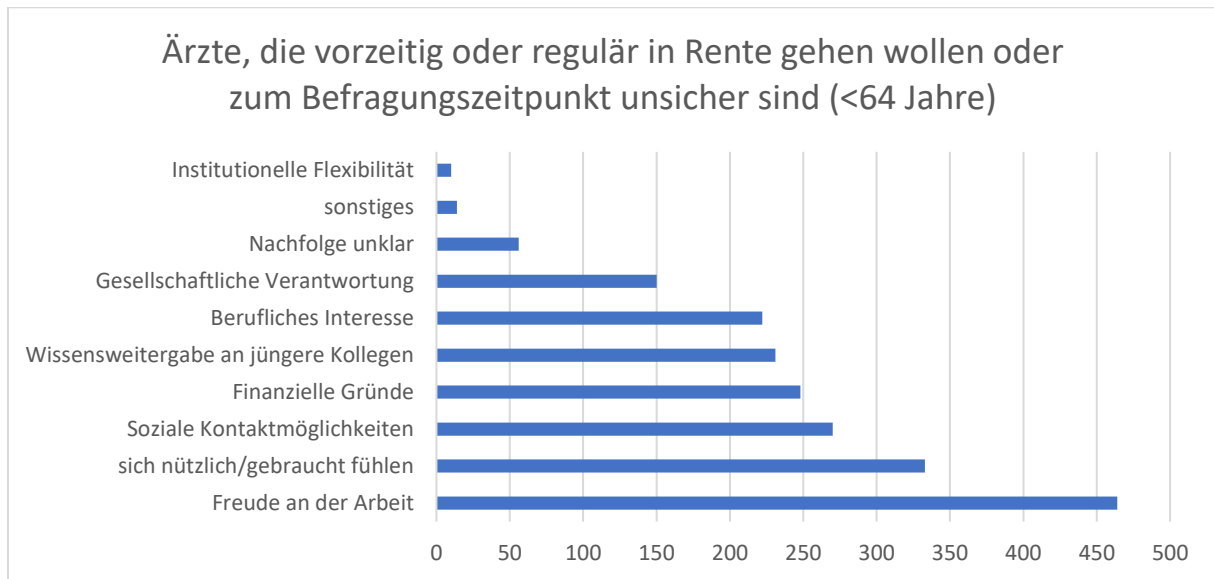
Abbildung 17: Gründe für einen späteren Eintritt in den Ruhestand nach Häufigkeit



Anm: Mehrfachantworten möglich

Auch wenn sich lediglich 20,4% der Befragten unter 65 Jahren für eine berufliche Tätigkeit über das Rentenalter hinaus ausspricht, so geben einige von denen, die dies nicht in Erwägung ziehen, trotzdem mindestens einen Grund an, weshalb eine Erwerbstätigkeit in Frage kommen könnte (Abbildung 18, Substichprobe mit 675 Befragten). Auch hier spielen zwei Determinanten eine große Rolle: „Freude an der Arbeit“ sowie „sich nützlich und gebraucht fühlen“.

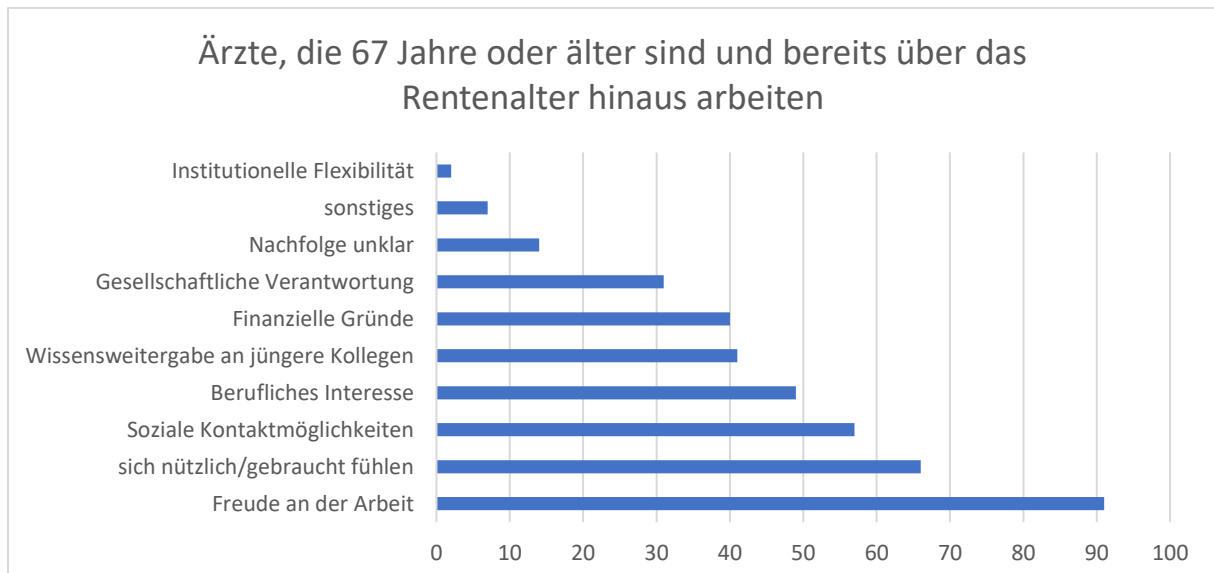
Abbildung 18: Gründe für einen späteren Ruhestand



Anm.: Mehrfachnennungen möglich

Da die Stichprobe auch Ärztinnen und Ärzte enthielt, die bereits das Rentenalter erreicht haben und darüber hinaus arbeiten, wurde diese Substichprobe noch einmal detailliert beleuchtet. Die beiden bereits benannten Faktoren „Freude an der Arbeit“ sowie „sich nützlich und gebraucht werden“ tragen auch in dieser Personengruppe häufiger dazu bei, dass sich für eine Erwerbstätigkeit trotz Ruhestand entschieden wird. Aber auch Faktoren wie „soziale Kontaktmöglichkeiten“ und „berufliches Interesse“ werden häufig genannt (Abbildung 19).

Abbildung 19: Gründe für eine ärztliche Tätigkeit bei bereits im Ruhestand befindlichen Ärzten



Anm.: Mehrfachnennungen möglich

Diskussion

Die vorliegende Befragung zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszeit von sächsischen Ärztinnen und Ärzten über die Lebensspanne hinaus gibt einen ersten Überblick über die derzeitige Situation und ermöglicht gleichzeitig erste Prognosen für zukünftige Entwicklungen.

Im Folgenden sollen die Kernergebnisse der Studie noch einmal zusammengefasst werden. Neben der Erfassung der Arbeitszeit, standen auch Parameter im Fokus, welche Einfluss auf Arbeitszeit und mögliche Veränderungen haben können. Dazu zählt beispielsweise auch die Vereinbarkeit von Arbeit und außerberuflichen Bereichen.

Work-Privacy Konflikte, also durch konkurrierende Anforderungen in Arbeits- und Privatleben entstehende Stressoren (Häusler et al. 2017), geben Aufschluss darauf, inwiefern zeitliche als auch aufgabenbedingte Anforderungen im Beruf private Lebensbereiche der Ärztinnen und Ärzte beeinflussen. Sächsischen Ärztinnen und Ärzte sind durch diese Konflikte beeinflusst. So berichten sie beispielsweise insgesamt stärkere Work-Privacy Konflikte als in Studien, als in Studien, die sich auf ausgewählte Arztgruppen stützen. Dies trifft im Vergleich mit Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen in einer Studie bezüglich psychosozialer Faktoren und Wohlbefinden (Goetz et al. 2015) sowie in einer Studie, die sich dem Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung widmete (Brause et al. 2015), zu. In den genannten Studien wurden im Mittel auf der gleichen Skala weniger Stress durch konkurrierende Anforderungen von Beruf und Privatleben offengelegt. Andres sieht es im Vergleich zu Studien aus, die Pflegepersonal untersuchten. Lincke et al. (2016) untersuchten Burnout-Symptome und Stress in einer Stichprobe von Angestellten in der Krankenpflege und berichteten einen größerer Konflikt zwischen Beruf und Privatleben als in der vorliegenden Befragung (Lincke et al. 2016). Hinsichtlich der durchgeführten Regressionsanalysen zeigt sich, dass ein erhöhter Work-Privacy-Conflict mit Vollzeit-Arbeit bzw. höherer Wochenarbeitszeit, allgemeiner Unzufriedenheit mit der Arbeitszeit sowie einer Tendenz vorzeitig in den Ruhestand eintreten zu wollen, in Verbindung gebracht werden kann.

Arbeitsengagement als Konstrukt wird in Gesundheitsberufen bisher kaum untersucht (Simpson 2009), Vergleichswerte zum Arbeitsengagement im Arztbereich liegen nicht vor. Tieferegehende Regressionsanalysen zeigen jedoch, dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitsengagement und Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitszeit besteht und mit einem eher regulären Renteneintritt assoziiert werden kann (im Vergleich zu einem vorzeitigen Renteneintritt). Hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen Arbeitsengagement und Arbeitszeit oder Beschäftigungsmodell konnten keine signifikanten Ergebnisse gewonnen werden.

Die Analysen zur Arbeitsbelastung beruhen auf dem Copenhagen Burnout Inventory mit drei Subskalen persönliche Belastung, arbeitsbezogene Belastung und patientenbezogene Belastung. Vergleicht man die Ergebnisse aller drei Subskalen mit Daten einer großen Validitätsstudie des Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et al. 2005), so wird deutlich, dass sich die Ärztinnen und Ärzte deutlich von anderen Berufsgruppen unterscheiden. Hinsichtlich der Subskalen „persönliches Burnout“ findet sich bei den Medizinern in unserer Studie eine höhere Belastung, gleiches gilt für die Subskala „arbeitsbezogene Belastung“. Lediglich die Subskala „patientenbezogene Belastung“ weist in der hier beschriebenen Stichprobe niedrigere Werte

auf im Vergleich zur Validitätsstudie, das heißt die Belastung, welche durch die direkte Arbeit mit Patienten hervorgerufen wird, wird als weniger belastend angesehen. Die trifft die Erfahrung vieler Kollegen, die aus dem direkten Kontakt mit ihren Patienten Positives Schöpfen.

Bezüglich der untersuchten Instrumente zeigen sich außerdem signifikante Zusammenhänge zwischen Arbeitszeit (höhere Arbeitszeit geht mit höherer arbeitsbezogener Belastung einher), Zufriedenheit mit der Arbeitszeit (Unzufriedenheit geht mit höherer arbeitsbezogener Belastung einher), sowie Renteneintritt. Mit anderen Worten, Mediziner, die regulär statt vorzeitig in den Ruhestand eintreten wollen, sind weniger von beruflicher Belastung geprägt als ihre Kollegen.

Die aus sieben Items bestehende Skala zur Erfassung der beruflichen Zufriedenheit wurde bisher im medizinischen Kontext nicht erprobt, daher stehen auch keine Vergleichswerte zur Verfügung. Auch wenn keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Beschäftigungsmodell oder Arbeitszeit und Arbeitszufriedenheit gefunden werden konnte, so weisen die Ergebnisse aber daraufhin, dass der Faktor Arbeitszufriedenheit von der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit bestimmt wird. Ebenso kann geschlossen werden, dass allgemeine Berufszufriedenheit eher mit einem späteren Renteneintritt in Verbindung gebracht werden kann.

Die Erfassung der Arbeitszeit zeigt, dass die Ärztinnen und Ärzte laut Vertrag durchschnittlich 34,6 h/Woche arbeiten. Diese verhältnismäßig niedrige Arbeitszeit kommt einerseits zustande, da die Stichprobe viele ältere Ärzte enthält, die im Vergleich zu anderen Altersgruppen häufiger in Teilzeit arbeiten, andererseits zeigt die Auswertungen auch, dass primär die ambulant-tätigen Ärzte deutlich weniger Arbeitsstunden aufweisen, als ihre im Krankenhaus tätigen Kollegen. Schaut man sich hingegen die Differenz zwischen vertraglich-vereinbarter und tatsächlicher Arbeitszeit bei den angestellten Ärzten an, zeigt sich, dass die tatsächliche Arbeitszeit in dieser Gruppe um durchschnittlich 10,3 Stunden höher ist als die vertraglich vereinbarte Wochenarbeitszeit. Dies betrifft vor allem die Ärztinnen und Ärzte, die im stationären Bereich arbeiten (13,0 vs. 3,0 Stunden). Eine kürzlich veröffentlichte Umfrage unter 1.829 Klinikärzten ergab ähnliche Ergebnisse (Vincent-Höper et al. 2020). Hier betrug die Diskrepanz durchschnittlich 11,6 Stunden.

Hinsichtlich der Arbeitszeitveränderungen, die in der Vergangenheit bei den Befragten eingetreten sind, geben 32,0% der Gesamtstichprobe an, dass sich ihre Arbeitszeit bereits reduziert hat, bei 10,5% kam es in der Vergangenheit zu einer Arbeitszeiterhöhung und bei 40,9% der Ärzteschaft gab es keine Veränderung. Lebensphasenbezogene Aspekte wie Karriereverläufe, Renteneintritt oder Kinderbetreuung scheinen dabei einen großen Einfluss zu nehmen und werden von den befragten Medizinern auch als entscheidungsweisende Gründe aufgezählt. In diesem Zusammenhang werden vor allem Aspekte wie „hohe Arbeitsbelastung“ und „größerer Freizeitwunsch“ genannt, was wiederum die Ergebnisse der Regressionsanalysen unterstreicht.

Bezüglich zukünftiger Entscheidungen, die mit Arbeitszeitveränderungen einhergehen, wollen mehr als ein Drittel der Ärzteschaft (38,3% der Befragten) ihre Arbeitszeit reduzieren, wenige ihre Arbeitszeit erhöhen wollen. Der Wunsch nach einer Arbeitszeitreduktion existiert bei allen Alterskohorten; begründet wird dies ebenfalls mit den bereits genannten Determinanten „Arbeitsbelastung“ und „größerer Freizeitwunsch“.

Der letzte Aspekt, der im Rahmen dieser Befragung ausgewertet wurde, bezieht sich auf den Renteneintritt und mögliche Gründe, die für eine Tätigkeit im Ruhestand sprechen. Insgesamt planen 39,0 Prozent der sächsischen Ärzte vorzeitig in den Ruhestand einzutreten, 20,4 Prozent können sich vorstellen, auch über das reguläre Rentenalter hinaus zu arbeiten. Eine Auswertung geographischer Faktoren, wie die Einwohnerzahl, die auch bei der Ergreifung gezielter Maßnahmen hinsichtlich des Ärztemangels in bestimmten Regionen von Bedeutung sein kann, ergab allerdings keine signifikanten Unterschiede. Der Wunsch vorzeitig in den Ruhestand zu gehen, scheint also in ländlichen und städtischen Gebieten gleichermaßen ausgeprägt zu sein. Betrachtet man die Subgruppe der niedergelassenen Ärzte innerhalb der Gesamtstichprobe zeigt sich, dass vor allem unter den Hausärzten ein stärkerer Wunsch nach vorzeitigem Ruhestand existiert im Vergleich zu den niedergelassenen Fachärzten. Besonders ausgeprägt ist dieser Wunsch allerdings bei Ärzten, die angeben, fachärztlich als auch hausärztlich tätig zu sein.

In Bezug auf Beschäftigungsarten wird weiterhin deutlich, dass Ärztinnen und Ärzte, die zum Zeitpunkt der Befragung einer Teilzeittätigkeit nachgehen, eher über das reguläre Rentenalter hinaus arbeiten wollen im Vergleich zu ihren in Vollzeit-tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Determinanten wie „berufliches Interesse“, „Freude an der Arbeit“ oder „sich nützlich/gebraucht“ fühlen werden am häufigsten mit einem späteren Renteneintritt in Verbindung gebracht. Dies gilt vor allem für Studienteilnehmer, die bereits das 67. Lebensjahr überschritten haben und sich somit bereits im Ruhestand befinden, aber dennoch ärztlich aktiv sind.

Als Limitation sollte erwähnt werden, dass die Datenerhebung zeitgleich zur COVID-19-Pandemie stattfand. Mögliche Einflüsse auf die Beantwortung der Fragen lassen sich demnach nicht komplett ausschließen, sollten aber nur in geringem Maße auftreten, da der Fokus der Befragung auf größeren Lebenslinien lag.

Die hier vorliegende Befragung macht zusammenfassend deutlich, dass einerseits eine arbeitszeitbedingte Belastung existiert. Ob sich Ärztinnen und Ärzte jedoch eine Reduktion oder Erhöhung der Arbeitszeit wünschen, ist von verschiedenen Faktoren, wie besonderen Lebensumständen oder Lebensphasen, aber auch beruflichen Aspekten abhängig.

Die geplanten Folgebefragungen werden Aufschluss darüber geben, wie sich diese Erkenntnisse in Zukunft entwickeln und ob sich Unterschiede bzw. Zusammenhänge wirklich durch sich ändernde Lebensumstände erklären lassen oder vielmehr der Tatsache geschuldet sind, dass sich die Bedeutung des Berufes als auch die Bedeutung anderer Lebensbereiche auch innerhalb der Ärzteschaft zunehmend ändert und Arbeitszeitwünsche eher einem generationsbedingten Trend unterliegen.

Literaturverzeichnis

Brauner, Corinna; Wöhrmann, Anne Marit; Michel, Alexandra (2018): BAuA-Arbeitszeitbefragung: Arbeitszeitwünsche von Beschäftigten in Deutschland.

Brause, Michaela; Kleina, Thomas; Horn, Annett; Schaeffer, Doris (2015): Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. In: *Präv Gesundheitsf* 10 (1), S. 41–48. DOI: 10.1007/s11553-014-0469-7.

Cull, William L.; Frintner, Mary Pat; O'Connor, Karen G.; Olson, Lynn M. (2016): Pediatricians Working Part-Time Has Plateaued. In: *The Journal of pediatrics* 171, S. 294–299. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.12.062.

Fasbender, Ulrike; Wang, Mo; Voltmer, Jan-Bennet; Deller, Jürgen (2015): The Meaning of Work for Post-retirement Employment Decisions. In: *WORKAR*, wav015. DOI: 10.1093/workar/wav015.

Fausser, David; Scholz, Maria; Wirtz, Markus Antonius (2020): Assessment und Vorhersage von Burnout gemäß des Effort-Reward Imbalance-Modells bei Medizinischen Fachangestellten. In: *Diagnostica* 66 (3), S. 190–199. DOI: 10.1026/0012-1924/a000247.

Gaspar, Claudia; Hollmann, Detlef (2015): Bedeutung der Arbeit. Ein Kooperationsprojekt von GfK Verein und Bertelsmann Stiftung. Unter Mitarbeit von Marc Bartels und Sarah Kebbadies. Bertelsmann Stiftung; GfK Verein. Nürnberg, Gütersloh. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Bedeutung_der_Arbeit_final_151002_korr.pdf, zuletzt geprüft am 01.07.2020.

Goetz, Katja; Berger, Sarah; Gavartina, Amina; Zaroti, Stavria; Szecsenyi, Joachim (2015): How psychosocial factors affect well-being of practice assistants at work in general medical care?--a questionnaire survey. In: *BMC family practice* 16, S. 166. DOI: 10.1186/s12875-015-0366-y.

Grote, Stefanie; Dettmer, Susanne; Hoff, Ernst-H.; Hoher, Hans-Uwe (1999): Fragebogen und Interviewleitfaden im Projekt "PROFIL". Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie. Hg. v. FU Berlin. Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie. Berlin (14). Online verfügbar unter <http://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/60/1/FB14.PDF>, zuletzt geprüft am 07.07.2020.

Harrison, Rebecca A.; Gregg, Jessica L. (2009): A time for change: an exploration of attitudes toward part-time work in academia among women internists and their division chiefs. In: *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges* 84 (1), S. 80–86. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181900ebd.

Hasselhorn, Hans-Martin; Borchart, Daniela; Brühn, Lesley; Dettmann, Marieke; Du Prel, Jean-Baptist; Ebener, Melanie et al. (2019): lidA – Idee, Studie, Ergebnisse - eine Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe bei älteren Erwerbstätigen in Deutschland. Bergische Universität Wuppertal. Wuppertal. Online verfügbar unter https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Brosch%20BCre_und_Flyer/lidA_Brosch%20BCre.pdf, zuletzt geprüft am 01.07.2020.

Häusler, Nadine; Bopp, Matthias; Hämmig, Oliver (2017): Informal caregiving, work-privacy conflict and burnout among health professionals in Switzerland - a cross-sectional study. In: *Swiss medical weekly* 147, w14552. DOI: 10.4414/sm.w.2017.14552.

- Helmig, Bernd; Hinz, Vera; Michalski, Silke; Trotha, Kirstin von (2010): Zu den Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Dienst von Krankenhäusern. In: *Z Betriebswirtschaft* 80 (3), S. 263–284. DOI: 10.1007/s11573-009-0352-8.
- Hussenöder, F. S.; Conrad, I.; Riedel-Heller, S. G. (2020): Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte 2019 - eine Folgebefragung. Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig. Leipzig.
- Klein, Jens (2013): Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Burnout und Versorgungsqualität - Eine bundesweite Befragung von Chirurgen. Kumulative Dissertation. Universität Hamburg, Hamburg. Online verfügbar unter <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2015/7535/pdf/Dissertation.pdf>, zuletzt geprüft am 01.07.2020.
- Kristensen, Tage S.; Borritz, Marianne; Villadsen, Ebbe; Christensen, Karl B. (2005): The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. In: *Work & Stress* 19 (3), S. 192–207. DOI: 10.1080/02678370500297720.
- Lincke, Hans-Joachim; Vomstein, Martin; Haug, Ariane; Nübling, Matthias (2016): Stress in der Krankenpflege. Ergebnisse aus Befragungen mit COPSOQ. In: *Public Health Forum* 24 (2), S. 161–164. DOI: 10.1515/pubhef-2016-0049.
- Lugtenberg, Marjolein; Heiligers, Phil J. M.; Jong, Judith D. de; Hingstman, Lammert (2006): Internal medicine specialists' attitudes towards working part-time: a comparison between 1996 and 2004. In: *BMC health services research* 6, S. 126. DOI: 10.1186/1472-6963-6-126.
- Maynard, Douglas C.; Thorsteinson, Todd J.; Parfyonova, Natalya M. (2006): Reasons for working part-time. In: *Career Dev Int* 11 (2), S. 145–162. DOI: 10.1108/13620430610651895.
- McMurray, Julia E.; Heiligers, P. J. M.; Shugerman, Richard P.; Douglas, Jeffrey A.; Gangnon, Ronald E.; Voss, Carolyn et al. (2005): Part-time medical practice. Where is it headed? In: *The American journal of medicine* 118 (1), S. 87–92. DOI: 10.1016/j.amjmed.2004.11.005.
- Nübling, Matthias (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ) ; [Abschlussbericht zum Projekt "Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen - Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)" - Projekt F 1885. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung, 1058).
- Robinson, Oliver C.; Demetre, James D.; Corney, Roslyn (2010): Personality and retirement: Exploring the links between the Big Five personality traits, reasons for retirement and the experience of being retired. In: *Personality and Individual Differences* 48 (7), S. 792–797. DOI: 10.1016/j.paid.2010.01.014.
- Sautier, L. P.; Scherwath, A.; Weis, J.; Sarkar, S.; Bosbach, M.; Schendel, M. et al. (2015): Erfassung von Arbeitsengagement bei Patienten mit hämatologischen Malignomen: Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version der Utrecht Work Engagement Scale 9 (UWES-9). In: *Die Rehabilitation* 54 (5), S. 297–303. DOI: 10.1055/s-0035-1555912.
- Schaff, Thorsten (2020): Wo besonders viele Hausärzte über 65 tätig sind. Hg. v. *ÄrzteZeitung*. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Wo-besonders-viele-Hausaerzte-ueber-65-taetig-sind-409598.html>, zuletzt aktualisiert am 19.05.2020, zuletzt geprüft am 07.07.2020.

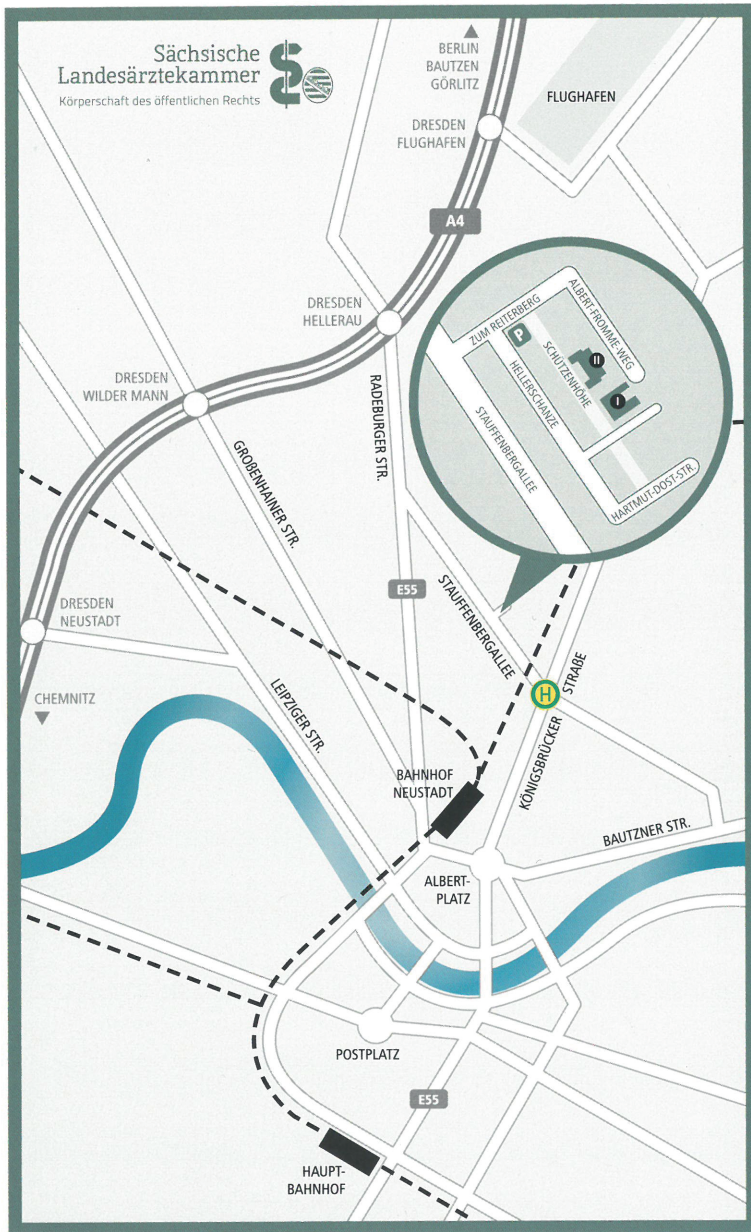
- Schmit Jongbloed, Lodewijk J.; Cohen-Schotanus, Janke; Borleffs, Jan C. C.; Stewart, Roy E.; Schönrock-Adema, Johanna (2017): Physician job satisfaction related to actual and preferred job size. In: *BMC medical education* 17 (1), S. 86. DOI: 10.1186/s12909-017-0911-6.
- Silver, Michelle Pannor; Hamilton, Angela D.; Biswas, Aviroop; Warrick, Natalie Irene (2016): A systematic review of physician retirement planning. In: *Human resources for health* 14 (1), S. 67. DOI: 10.1186/s12960-016-0166-z.
- Simpson, Michelle R. (2009): Predictors of work engagement among medical-surgical registered nurses. In: *Western journal of nursing research* 31 (1), S. 44–65. DOI: 10.1177/0193945908319993.
- Smith, Fay; Lachish, Shelly; Goldacre, Michael J.; Lambert, Trevor W. (2017): Factors influencing the decisions of senior UK doctors to retire or remain in medicine: national surveys of the UK-trained medical graduates of 1974 and 1977. In: *BMJ open* 7 (9), e017650. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017650.
- Vincent-Höper, Sylvie; Stein, maie; Pohling, Ulrike; Felsberg, Reiner; Bobbert, Peter; Nienhaus, Albert (2020): Gemeinsam gegen die Ökonomie. Arbeitsbelastung im Krankenhaus. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt (117(22)). Online verfügbar unter www.aerzteblatt.de/lit2020.
- Weyer, G.; Hodapp, V.; Neuhäuser, S. (1997): Subjektive Zufriedenheit und Belastung von Arbeit und Beruf.
- Ziegler, Stine; Krause-Solberg, Lea; Scherer, Martin; van den Bussche, Hendrik (2017): Arbeitszeitvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung : Entwicklungen über eine vierjährige Weiterbildungsdauer. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (10), S. 1115–1123. DOI: 10.1007/s00103-017-2610-1.

Anhang

Tabelle A: Übersicht Fachrichtungen

Allgemeinmedizin	
Innere Medizin	
Kinder- und Jugendmedizin	
Diagnostische Fachrichtungen	Diagnostische Radiologie Strahlentherapie Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Laboratoriumsmedizin Pathologie Anatomie Biochemie
Chirurgische Fachrichtungen	Anästhesiologie Chirurgie Herzchirurgie Kinderchirurgie Mund-, Kiefer-, Gesichts-Chirurgie Neurochirurgie Orthopädie Plastische Chirurgie Urologie Frauenheilkunde/Geburtshilfe
Organbezogene Fachrichtungen	Haut- und Geschlechtskrankheiten Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde Augenheilkunde
Neurologisch/psychiatrische Fachrichtungen	Neurologie/ Nervenheilkunde Psychiatrie/ Psychotherapie Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie Psychosomatische Medizin
Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende Fachrichtungen	Arbeitsmedizin Humangenetik Hygiene, Umwelt- und Sozialmedizin Öffentliches Gesundheitswesen Transfusionsmedizin Physikalische und Rehabilitationsmedizin

Wegbeschreibung



© Veröffentlichung von Texten, Bildern und Grafiken,
auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.
Umschlagfoto: Phil Desforges / unsplash
Herausgeber
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Dresden, Februar 2021