

## Arbeitszeit bei Ärzten: Früher, heute, morgen.

### Die Sächsische Ärzte-Langzeitstudie

### Ergebnisbericht der 1. Folgebefragung (2024)



#### **Autorinnen:**

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

Dr. rer. nat. Franziska Jung

PD Dr. rer. med. Melanie Lupp

#### **Durchführung:**

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin & Public Health (ISAP), Universität Leipzig

#### **Auftraggeber:**

Sächsische Landesärztekammer, Dresden

## Inhalt

Zusammenfassung .....	7
<b>1. Hintergrund .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Methodik und Studiendesign.....</b>	<b>13</b>
2.1 Soziodemographie und Berufsanamnese .....	14
2.2 Stichprobenziehung und Aussendung .....	18
2.3 Datenmanagement und Auswertung .....	18
<b>3. Ergebnisse I – Querschnitt 2024.....</b>	<b>20</b>
3.1 Stichprobenbeschreibung.....	20
3.2 Arbeitszeit, Arbeitszeitveränderungen, Einflussnahme und Wünsche.....	25
3.3 Bedeutung der Arbeit und anderer Lebensbereiche .....	30
3.4 Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict & Gesundheit ..	34
3.5 Erwerbsmotivation und Renteneintritt.....	35
<b>4. Ergebnisse II –Veränderungen zwischen 2020 und 2024 (Längsschnitt).....</b>	<b>40</b>
4.1 Stichprobenbeschreibung.....	40
4.2 Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche .....	44
4.3 Bedeutung der Arbeit und anderer Lebensbereiche .....	50
4.4 Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict & Gesundheit ..	51
4.5 Erwerbsmotivation und Renteneintritt.....	51
<b>5. Ergebnisse III – Vergleich der Stichproben von 2020 und 2024 .....</b>	<b>56</b>
5.1 Stichprobenbeschreibung.....	56
5.2 Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche (Stichprobenvergleich) .....	61
5.3 Bedeutung der Arbeit und anderer Lebensbereiche .....	64
5.4 Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict & Gesundheit ..	65
5.5 Erwerbsmotivation und Renteneintritt.....	66
<b>6. Ergebnisse IV – Arbeitsbezogene Einflussfaktoren von Arbeitsbelastung.....</b>	<b>70</b>
6.1 Arbeitszeit und Arbeitsbelastung/Burnout .....	70
<b>7. Diskussion.....</b>	<b>73</b>
<b>8. Bisherige Publikationen.....</b>	<b>79</b>
<b>9. Anhang .....</b>	<b>81</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>82</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zu den verwendeten Instrumenten und Studienaspekten .....	13
Tabelle 2: Übersicht über soziodemographische Merkmale (Querschnitt 2024).....	21
Tabelle 3: Übersicht zu berufsbezogenen Merkmalen (Querschnitt 2024).....	22
Tabelle 4: Weitere berufsbezogene Merkmale der ambulant-tätigen Ärzteschaft (Querschnitt 2024).....	24
Tabelle 5: Weitere berufsbezogene Merkmale der stationär-tätigen Ärzteschaft (Querschnitt 2024).....	24
Tabelle 6: Übersicht über die einzelnen Arbeitszeitmerkmale (Querschnitt 2024) .....	25
Tabelle 7: Einflussnahme und Zufriedenheit hinsichtlich Arbeitszeit (Querschnitt 2024) .....	26
Tabelle 8: Ausübung weiterer Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung (Querschnitt 2024).....	27
Tabelle 9: Arbeits- und gesundheitsbezogene Aspekte (Querschnitt 2024) .....	34
Tabelle 10: Aspekte der Erwerbsmotivation (Querschnitt 2024) .....	36
Tabelle 11: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand (Querschnitt 2024) .....	37
Tabelle 12: Eintritt in den Ruhestand nach Einwohnerzahl des Tätigkeitsortes (Querschnitt 2024).....	37
Tabelle 13: Renteneintrittswünsche bei niedergelassenen Fach- und Hausärzten (Querschnitt 2024).....	38
Tabelle 14: Renteneintrittswünsche bei Ärztinnen und Ärzten in Vollzeit oder Teilzeit (Querschnitt 2024) .....	38
Tabelle 15: Übersicht über soziodemographische Merkmale (Längsschnitt, 2020 und 2024) 40	
Tabelle 16: Übersicht über berufsbezogene Merkmale (Längsschnitt, 2020 und 2024).....	42
Tabelle 17: Weitere berufsbezogene Merkmale der ambulant-tätigen Ärzteschaft (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	43
Tabelle 18: Weitere berufsbezogene Merkmale der stationär-tätigen Ärzteschaft (Längsschnitt, intraindividuell) .....	44
Tabelle 19: Vergleich der Angaben zur geplanten Arbeitszeit in 2020 und der tatsächlichen Arbeitszeitveränderung in 2024 (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	45
Tabelle 20: Übersicht über gesundheits- und arbeitsbezogene Outcomes im Vergleich (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	51
Tabelle 21: Überblick über die einzelnen Aspekte der Erwerbsmotivation (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	52
Tabelle 22: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand (Längsschnitt, 2020 und 2024) ..	52
Tabelle 23: Übersicht über soziodemographische Merkmale (Stichprobenvergleich).....	56
Tabelle 24: Übersicht zu berufsbezogenen Merkmalen der beiden Stichproben (Stichprobenvergleich) .....	58
Tabelle 25: Weitere Berufsbezogene Merkmale (nur ambulant-tätige Ärzteschaft, Stichprobenvergleich) .....	60
Tabelle 26: Weitere berufsbezogene Merkmale (nur stationär-tätige Ärzteschaft, Stichprobenvergleich) .....	60
Tabelle 27: Übersicht über gesundheits- und arbeitsbezogene Outcomes (Stichprobenvergleich) .....	66

Tabelle 28: Überblick über die einzelnen Aspekte der Erwerbsmotivation (Stichprobenvergleich) .....	67
Tabelle 29: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand (Stichprobenvergleich) .....	67
Tabelle 30: Zusammenhang zwischen Arbeitszeit (Voll- oder Teilzeit) und Arbeitsbelastung zw. Burnout (mixed-effects GLM) .....	70
Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Arbeitszeitveränderung und Arbeitsbelastung (mixed- effects GLM) .....	71
Tabelle 32: Zusammenhang zwischen Renteneintrittswünschen und Arbeitsbelastung (mixed-effects GLM).....	72
Tabelle 33: Übersicht Zuordnung der Fachrichtungen in Fachgebiete.....	81

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Stichprobenverteilung 2020 und 2024.....	19
Abbildung 2: Übersicht zur Auswertung der Folge-Befragung 2024 (Querschnitt).....	20
Abbildung 3: Arbeitszeitzufriedenheit in den verschiedenen Altersgruppen (Querschnitt 2024).....	27
Abbildung 4: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitreduktion in den verschiedenen Altersgruppen (Querschnitt 2024) .....	28
Abbildung 5: Gründe für eine bisherige Arbeitszeitreduktion (Querschnitt 2024) .....	29
Abbildung 6: Gründe für zukünftige/gewünschte Arbeitszeitreduktion (Querschnitt 2024)..	29
Abbildung 7: Bedeutung von Arbeit und anderen Lebensbereichen (Querschnitt 2024) .....	30
Abbildung 8: Bedeutung von Arbeit in den verschiedenen Altersstichproben (Querschnitt 2024).....	31
Abbildung 9: Bedeutung von Freizeit in den verschiedenen Alterstichproben im Querschnitt 2024.....	31
Abbildung 10: Wichtigkeit von privaten und beruflichen Lebensbereichen (Querschnitt 2024) .....	32
Abbildung 11: Bedeutung des Wohnortes (Querschnitt 2024) .....	33
Abbildung 12: Bedeutung von Hobbys (Querschnitt 2024) .....	33
Abbildung 13: Work-Privacy-Conflict in den verschiedenen Altersgruppen (Querschnitt 2024) .....	35
Abbildung 14: Gründe für einen späteren Renteneintritt (2024) .....	39
Abbildung 15: Übersicht zur längsschnittlichen Auswertung (2020 und 2024).....	40
Abbildung 16: Veränderung der vertraglich vereinbarten und tatsächlichen wöchentlichen Arbeitszeit (Längsschnitt, 2020 und 2024).....	45
Abbildung 17: Veränderungen hinsichtlich der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit(Längsschnitt, 2020 und 2024).....	46
Abbildung 18: Einflussnahme und Auswirkungen der Arbeitszeit im vergleich (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	47
Abbildung 19: Arbeitszeitzufriedenheit in den verschiedenen Altersgruppen (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	48
Abbildung 20: Arbeitszeitzufriedenheit und Geschlecht (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	48
Abbildung 21: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitreduktion in den verschiedenen Altersgruppen (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	49
Abbildung 22: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitreduktion und Geschlecht (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	50
Abbildung 23: Bedeutung der Arbeit und andere Lebensbereiche im Vergleich (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	50
Abbildung 24: Vergleich der Gründe für eine ärztliche Tätigkeit im Ruhestand (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	53
Abbildung 25: Gewünschter Eintritt in den Ruhestand und Alter (Längsschnitt, 2020 und 2024), nicht dargestellt: Fälle, die keine Angabe machten oder „weiß nicht“ ankreuzten.....	54
Abbildung 26: Gewünschter Eintritt in den Ruhestand und Geschlecht (Längsschnitt, 2020 und 2024) .....	55

Abbildung 27: Übersicht Gegenüberstellung der beiden Stichproben 2020 und 2024.....	56
Abbildung 28: Vertraglich vereinbarte und tatsächliche Arbeitszeit (Stichprobenvergleich) .	61
Abbildung 29: Einflussnahme und Auswirkungen der Arbeitszeit (Stichprobenvergleich) .....	62
Abbildung 30: Arbeitszeitzufriedenheit (Stichprobenvergleich).....	63
Abbildung 31: Pläne hinsichtlich zukünftiger Arbeitszeitreduktion in den verschiedenen Altersgruppen (Stichprobenvergleich) .....	63
Abbildung 32: Pläne hinsichtlich zukünftiger Arbeitszeitreduktion und Geschlecht (Stichprobenvergleich) .....	64
Abbildung 33: Bedeutung von Arbeit und anderen Lebensbereichen (Stichprobenvergleich) .....	65
<i>Abbildung 34: Entscheidung vorzeitig in den Ruhestand zu gehen und Alter (Stichprobenvergleich).....</i>	<i>68</i>
Abbildung 35: Entscheidung vorzeitig in den Ruhestand zu gehen und Geschlecht (Stichprobe).....	69
Abbildung 36: Gründe für einen späteren Renteneintritt (Stichprobenvergleich).....	69

## Zusammenfassung

Die Sächsische Ärzte-Langzeitstudie hat das Ziel, die aktuelle Arbeitssituation sächsischer Ärztinnen und Ärzte zu drei Messzeitpunkten (2020 – 2024 – 2028) zu erfassen und diese miteinander zu vergleichen.

In den Ergebnissen der vorliegenden ersten Folgebefragung (2024) ließ sich, wie auch in der Befragung von 2020, eine Diskrepanz zwischen vertraglich vereinbarter und tatsächlich geleisteter Arbeitszeit nachweisen, sodass die tatsächliche Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte über der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit lag. Die Ergebnisse der längsschnittlichen Untersuchung zeigten aber auch eine allgemeine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit angestellter Ärztinnen und Ärzte. So sank die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit von rund 37h auf 35h ( $p < 0,001$ ) und die tatsächlich geleistete Arbeitszeit von 49h auf 47h ( $p = 0,001$ , Stichprobengröße:  $n = 372$ ). Gleichzeitig gaben 20% der Befragten, die 2020 noch 40h oder mehr arbeiteten, in der Folgebefragung 2024 an, weniger als 40h pro Woche zu arbeiten. Lediglich 5% der Befragten erhöhten ihre Arbeitszeit von weniger als 40h/Woche auf 40h/Woche oder mehr. Der Wunsch nach einer Arbeitszeitreduktion scheint aber auch darüber hinaus weiterhin präsent zu sein. Etwa  $\frac{2}{3}$  der Ärzteschaft gab an, die wöchentliche Arbeitszeit auch prospektiv reduzieren zu wollen. Positiv zu vermerken ist, dass sich die Einflussnahme hinsichtlich der Arbeitszeit signifikant verbessert hat. So stieg der Anteil der Personen, die angaben, einen „sehr hohen Einfluss“ zu haben, insgesamt von 18% auf 21%, und im Längsschnitt sogar von 14% auf 22%.

In Hinblick auf den gewünschten Eintritt in den Ruhestand zeigte sich erneut, dass ein Großteil der Befragten, die das Renteneintrittsalter noch nicht erreicht haben, vorzeitig in den Ruhestand eintreten möchte. Insgesamt traf dies auf 46% der Befragten in 2024 zu (im Längsschnitt: 41%), wohingegen es in der ersten Befragung 2020 noch rund 44% waren (im Längsschnitt: 42%).

Kaum Veränderungen zeigten sich beziehend auf die zu beiden Befragungszeitpunkten erhobenen Outcomes „Arbeitsbelastung/Burnout, Arbeitszufriedenheit, allgemeine Gesundheit, Erwerbsmotivation oder Work-Privacy-Conflict“.

Mit Hilfe der Ärzte-Langzeitstudie sollen über drei Messzeitpunkte hinweg (2020, 2024 und voraussichtlich 2028) Entwicklungen nachgezeichnet und zukünftige Trends aufgezeigt werden, die für die Planung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Sachsen und in Deutschland eine hohe Relevanz aufweisen. Insbesondere langfristige Veränderungen mit Hinblick auf Lebensarbeitszeitmodelle, Einflussfaktoren und Outcomes können Aufschluss darüber 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. Offen bleibt, ob es sich bei den genannten Befunden, um alters- oder generationsbedingte Unterschiede oder Trends handelt. Die letzte geplante Erhebungswelle, welche voraussichtlich 2028 stattfinden soll, ist daher von großer Bedeutung, um diese Frage mittels tiefergehender Analysen beantworten zu können und gegebenenfalls Maßnahmen zu identifizieren oder entwickeln zu können.

## 1. Hintergrund

Eine allgemeine Verbreitung von Nicht-Vollzeitbeschäftigungen (Eichhorst, 2015) und der Wunsch vieler Erwerbstätigen nach reduzierten Wochenarbeitszeiten oder Teilzeitarbeit wurden bereits in verschiedenen Berufsgruppen, einschließlich der Ärzteschaft, berichtet (Scherf & Zander, 2018 (Jung et al. 2023b; Jung et al. 2023a)). Bisher gab es nur wenig umfassende Untersuchungen dazu, ob diese Veränderungen und Wünsche auch bei Ärztinnen und Ärzten vorkommen und welche Folgen dies für die Versorgung von Patientinnen und Patienten haben kann.

Medizinische Berufe oder die Tätigkeit innerhalb der Versorgung im Allgemeinen werden oft mit überdurchschnittlich hohen Arbeitszeiten assoziiert, vor allem in Krankenhäusern und Kliniken. Zum Teil weisen allerdings auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen überdurchschnittlich hohe Wochenarbeitszeiten auf. Der Arztberuf hat sich durch eine Zunahme der Bürokratisierung, veränderte Arbeitsprozesse und die Anwendung moderner Techniken verändert. Um den Veränderungen des ärztlichen Arbeitsalltags gerecht zu werden und auch Rücksicht auf außerberufliche Bereiche nehmen zu können, wünschen sich gerade jüngere Ärztinnen und Ärzte flexible Arbeitszeitmodelle, wie beispielsweise Teilzeitarbeit. Es wurde bisher nur wenig erforscht, in welchem Ausmaß private Interessen (z. B. Familie, Partnerschaft oder Hobbys) dabei von Bedeutung sind oder gar diese Wünsche bestärken, oder ob Änderungswünsche bezüglich der Arbeitszeitgestaltung auch von einer Veränderung der Bedeutung und Wahrnehmung des Berufes abhängen. Die wenigen nationalen und internationalen Studien zeigen, dass einerseits Arbeitsbelastung, aber auch Interessen fernab des Arztberufes den Wunsch nach Arbeitszeitreduktion begünstigen können und auch die Bedeutung von Familie und Freizeit scheint sich zu wandeln (Bodendieck et al. 2022b; Buddeberg-Fischer et al.; Schmidt et al. 2012). In diesem Zusammenhang weisen neuere Studien daraufhin, dass es nicht ausschließlich um Arbeitszeitreduktion, sondern auch um Selbstbestimmung und Flexibilität geht (Jung et al. 2024; Jung et al. 2022a).

Aus ähnlichen Umfragen innerhalb der sächsischen Ärzteschaft (Hussenöder et al. 2020) geht hervor, dass Ärztinnen prozentual häufiger in Teilzeit tätig sind, als ihre männlichen Kollegen (Hussenöder et al. 2020). Beispielsweise zeigte eine Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, dass sie sich eher eine Teilzeitbeschäftigung wünschen. Dieser Wunsch wird bei Ärztinnen mit Kind und solchen, die einen ambulanten Beruf bevorzugen, noch verstärkt.

Im Zuge dieser Umfrage zeigt sich jedoch auch bei den männlichen Ärzten im Laufe der Jahre ein zunehmender Wunsch, eine Vollzeitbeschäftigung aufzugeben (Ziegler et al. 2017; McMurray et al. 2005; Schmit Jongbloed et al. 2017).

Studien, die sich mit den negativen Auswirkungen von Arbeitszeit oder Arbeitszeitmerkmalen, wie Wochenendarbeit oder Schichtarbeit befassen, weisen darauf hin, dass vor allem überlange Arbeitszeit mit negativen Auswirkungen für die psychische als auch physische Gesundheit einhergehen können, beispielsweise das Risiko für depressive Symptome erhöhen oder sich negativ auf allgemeine Gesundheit und Schlaf auswirken (Bondagji et al. 2022; Weigl et al. 2012; Karhula et al. 2022; Ropponen et al. 2022).

Aus einer Vielzahl von Studien ist bekannt, dass das Risiko für Burnout durch hohe Arbeitsbelastungen und arbeitsbezogenen Stress verstärkt werden kann (Rotenstein et al. 2018; Zhang et al. 2020). Schätzungen zufolge beträgt die Prävalenz von Burnout bei Ärzten in Deutschland 4 - 20% (Beschoner et al. 2019). Innerhalb der Ärzteschaft gibt es auch bereits Hinweise auf einen starken Zusammenhang zwischen Überstunden und Burnout (Patel et al. 2018). Im Vergleich zu einer 40-Stunden-Woche, kann sich das Burnout-Risiko bei 60 Wochenstunden verdoppeln und bei mehr als 74 Wochenstunden sogar verdreifachen (Lin et al. 2021). Autonomie und Flexibilität bei der Planung der Arbeitszeit sowie eine als besser empfundene Arbeitszeitplanung scheinen dagegen die Arbeitsbelastung zu reduzieren (Jung et al. 2022a; Patterson et al. 2012).

Um die Versorgung im Freistaat Sachsen frühzeitig und bedürfnisorientiert planen zu können und damit einem zunehmenden Ärztemangel entgegenwirken zu können, ist es daher sehr wichtig, potenzielle Trends und Determinanten zu untersuchen. Dies gilt auch in Hinblick auf Renteneintrittswünsche, welche ebenfalls Teil der Befragung sind.

Ziel der vorliegenden Befragung war es daher einerseits den Status Quo vier Jahre nach der ersten Befragungswelle zu erfassen und in einem weiteren Schritt die Ergebnisse von 2024 mit den Ergebnissen von 2020 zu vergleichen, um mögliche Entwicklungen aufzuzeigen. Um die Ergebnisse beider Befragungen vergleichen zu können, wurden Prozedere, Befragungsinstrument und kontaktierte Stichprobe beibehalten und keinerlei Veränderungen vorgenommen. So wurde die altersstratifizierte Stichprobe aktiver sächsischer Ärztinnen und Ärzte, welche bereits im Februar 2020 im Rahmen der Befragung postalisch kontaktiert wurde, erneut angeschrieben und um die Beantwortung des Fragebogens gebeten. Der Anteil der Ärzteschaft,

der zu Beginn des Kalenderjahres 2024 aufgrund von Ruhestand oder anderen Gründen nicht mehr bei der Sächsischen Ärztekammer als aktiv in der Versorgung geführt wurde, konnte durch „Nachrücker“ ersetzt bzw. aufgefüllt werden. Die Schnittmenge der beiden Befragungszeitpunkte betrug ca. ein Drittel der Befragten, d.h. n = 372 Ärztinnen und Ärzte nahmen an beiden Befragungen teil, wohingegen zwei Drittel der Befragten entweder nur an der Baseline-Befragung 2020 oder nur an der Folgebefragung 2024 teilnahm.

Der Ergebnisteil ist daher in drei verschiedene Abschnitte unterteilt. Zu Beginn werden die Ergebnisse der Befragung von 2024 im Querschnitt analysiert und beschrieben (3. 3. *Ergebnisse I – Querschnitt 2024*). Neben deskriptiven Auswertungen zu Soziodemographie und berufsbezogener Anamnese, wurden die folgenden Themenbereiche berücksichtigt:

- Arbeitszeit, Arbeitszeitveränderungen, Einflussnahme und Wünsche
- Bedeutung der Arbeit und weiterer Lebensbereiche
- Wichtigkeit von privaten und beruflichen Bereichen innerhalb der vergangenen fünf Jahre
- Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Work-Privacy-Conflict und Arbeitsengagement
- Erwerbsmotivation und Renteneintritt

Für Ärztinnen und Ärzte, die an beiden Befragungen (2020 und 2024) teilgenommen haben, finden sich die Ergebnisse im 2. Abschnitt des Ergebnisteils (4).

#### *4. Ergebnisse II –Veränderungen zwischen 2020 und 2024)*

Die Ergebnisse der beiden Gesamtstichproben von 2020 und 2024 werden im 3. Abschnitt des Ergebnisteils miteinander verglichen (*5. 5. Ergebnisse III – Vergleich der Gesamtstichproben von 2020 und 2024*).

Beide Abschnitte enthalten jeweils die folgenden Themenbereiche:

- Soziodemographie und berufsbezogene Anamnese
- Entwicklung der Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche
- Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Work-Privacy-Conflict, Arbeitsengagement und Gesundheit
- Erwerbsmotivation und Renteneintritt

Da die Themen Arbeitszeit und Ruhestand besonders im Fokus der Sächsischen Ärzte-Langzeitstudie stehen, wurden die folgenden drei Fragestellungen noch einmal gesondert betrachtet (*6. Ergebnisse IV – Arbeitsbezogene Faktoren von Arbeitsbelastung*):

Fragestellung 1: Unterscheiden sich vollzeit-tätige Ärztinnen und Ärzte von teilzeit-tätigen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich Arbeitsbelastung/Burnout?

Fragestellung 2: Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte, die zwischen 2020 und 2024 ihre Arbeitszeit reduziert haben von Ärztinnen und Ärzten, bei denen die Arbeitszeit unverändert blieb hinsichtlich Arbeitsbelastung/Burnout?

Fragestellung 3: Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte, die vorzeitig in Rente gehen wollen von Ärztinnen und Ärzten, die bis zum regulären Renteneintrittsalter arbeiten möchten hinsichtlich Arbeitsbelastung/Burnout?

## 2. Methodik und Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um eine schriftliche Befragung. Im Februar 2024 wurden 2.750 Teilnehmende (berufstätig: 2.302; im Ruhestand: 448) der in 2020 zufällig ausgewählten repräsentativen altersstratifizierten Stichprobe aktiver sächsischer Ärztinnen und Ärzte erneut postalisch kontaktiert und gebeten den theoretisch-fundierte Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden. Die übrigen 247 Personen der Baseline-Stichprobe (berufstätig: n = 239; im Ruhestand: n = 8) waren im Februar 2024 keine Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer mehr. Daher wurden n = 247 zufällig ausgewählte Ärztinnen und Ärzte zusätzlich in die Stichprobe eingeschlossen.

Die verwendeten Instrumentarien und Bestandteile des Fragebogens sind mit der Befragung von 2020 identisch, sollen hier aber der Vollständigkeit halber noch einmal hinsichtlich der untersuchten Studienaspekte erläutert werden (siehe Tabelle 1).

*Tabelle 1: Übersicht zu den verwendeten Instrumenten und Studienaspekten*

<b>Studienaspekt</b>	<b>Instrument</b>
Soziodemographie	<b>Soziodemographische Merkmale</b> (z.B. Geschlecht, Alter, Familienstand, Kindern)
Berufsanamnese	<b>Fragen zur ärztlichen Tätigkeit</b> (z.B. Fachbereich, Tätigkeitsort, Einrichtung, Funktion)
Arbeitszeit, -gestaltung und -veränderung	<b>Fragen zur Arbeitszeit</b> (vertraglich und subjektiv), sonstige Tätigkeiten, Angaben zu Arbeitszeiterhöhung/-reduktion
Arbeitszufriedenheit	<b>Subskala „Arbeitszufriedenheit“</b> (Weyer et al. 1997)
Arbeitsbelastung	<b>Copenhagen Burnout Inventory</b> (CBI, (Kristensen et al. 2005))
Subjektiver Gesundheitszustand	<b>Visuelle Analogskala (VAS)</b> (EuroQol 1990)
Work-Life-Balance	<b>„Work-Privacy-Conflict“-Skala des Copenhagen Psychosocial Questionnaire</b> (COPSOQ, (Nübling 2005))

Studienaspekt	Instrument
Bedeutung der Arbeit und Erwerbsmotivation	z.B. <b>Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)</b> , (Sautier et al. 2015))
Renteneintritt und Tätigkeit im Ruhestand	z.B. <b>Meaning of Work</b> (Fasbender et al. 2015)

## 2.1 Soziodemographie und Berufsanamnese

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

Ärztliche Tätigkeit und Berufsanamnese wurden mittels verschiedener Variablen erhoben. Dabei spielen Aspekte wie Fachrichtung, Tätigkeitsbereich (z.B. Krankenhaus, Medizinisches Versorgungszentrum oder Einzelpraxis), Fragen zum Arbeitsvertrag bei angestellten Ärztinnen und Ärzten, Wochenarbeitszeit, Bereitschafts- und Schichtdienst, Überstunden, Anzahl der zu betreuenden Patienten (pro Tag), sowie Angaben zu Tätigkeiten außerhalb der Versorgung 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.

### 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 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 Studienteilnehmenden ausgeübt werden. Dazu zählten „wissenschaftliche Tätigkeit“, „Ehrenamt in ärztlicher Selbstverwaltung“, „Teilnahme an Weiterbildungen“, „Teilnahme an Fortbildungen“, „Lehrtätigkeit“, sowie „sonstiges“ (individuelle Nennungen möglich).

### 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 Patientinnen und 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.

### Arbeitsbelastung/Burnout

Arbeitsbelastung bzw. Burnout-Risiko 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. (2005) wird empfohlen, den Summenwert so zu kodieren, dass ein Wert von mindestens 50 (Bereich: 0-100) einer erhöhten beruflichen Beanspruchung entspricht.

### Subjektiver Gesundheitszustand

Der allgemeine, subjektive Gesundheitszustand wurde mit Hilfe der „Visuellen Analogskala (VAS)“ der deutschen Version des EQ-5D-5L erfasst (EuroQol 1990; Ludwig et al. 2018). Die Befragten wurden gebeten ihren aktuellen Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 (schlechtester denkbare Gesundheitszustand) bis 100 (bester denkbare Gesundheitszustand) festzulegen. Der EQ-5D-5L ist ein validiertes Instrument zur Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität.

### 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 Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Version von 2019) verwendet (Nübling 2005). Die COPSQ-Skala besteht aus verschiedenen Items, welche auf einer Skala von 0-100 (100 = *stimme in sehr hohem Maß zu*, 0 = *stimme in sehr geringem Maß zu*) beurteilt werden. Aufgrund der Faktorladungen fließen nur fünf Items in die Auswertung mit ein (vgl. (Bodendieck et al. 2022a)). Daraus resultierend wurde über alle Items hinweg ein Mittelwert berechnet. Die Skala wurde um drei 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.

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 Studienteilnehmenden gefragt, für welchen Eintritt in den Ruhestand sie sich entscheiden würden (Antwortmöglichkeiten: *vorzeitig*, *regulär*, *nach dem regulären Renteneintrittsalter* oder *weiß nicht*).

## 2.2 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) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig in vorfrankierten Rücksendeumschlägen zugesandt. Die Zuordnung der Daten der Folgebefragung (2024) zu den Daten der Baseline-Befragung (2020) erfolgte mit Hilfe der Paneldaten-Identifikationsmethode (Code).

Die Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten. Ein positives Ethikvotum wurde im Vorfeld der Folgebefragung erneut bei der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig eingeholt (Referenznummer: 478/19-ek, 13.09.203).

## 2.3 Datenmanagement und Auswertung

Dateneingabe und Datenkontrolle wurden am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health unter Verwendung der Statistiksoftware SPSS Version 29 durchgeführt. Die Daten wurden mittels der Statistiksoftware STATA 16 SE ausgewertet. Es kamen sowohl uni-, als auch multivariate Analyseverfahren zum Einsatz. Für alle statistischen Auswertungen wird ein Signifikanzniveau von 0,05 angenommen.

Hinsichtlich der deskriptiven Analysen wurden Symmetrie-Tests (kategoriale Variablen bei Längsschnittuntersuchungen) bzw. t-Tests (kontinuierliche Variablen) verwendet, um die

Mittelwerte miteinander zu vergleichen. Hinsichtlich der Längsschnitt-Analysen wurden lineare Regressionsmodelle (multivariate Verfahren mit gemischten Effekten) – unter Berücksichtigung festgelegter Kontrollvariablen – berechnet. Aufgrund der Verteilung der Outcome-Variable „Arbeitsbelastung/Burnout“ konnten keine klassischen linearen Modelle angewendet werden. Daher wurden generalisierte lineare Regressionsmodelle mit einer Binomial-Verteilung sowie Log-Link-Funktion zur Ermittlung der Assoziationen der Outcome-Variablen zu zwei Messzeitpunkten (2020 und 2024) mit soziodemografischen und berufsbezogenen Merkmalen durchgeführt (Manning et al. 2005). Die Mittelwerte der Stichprobenvergleiche wurden mit Hilfe von GEE-Modellen (bzw. *fits population-averaged panel-data models*) verglichen (Hardin, J. W., J. M. Hilbe 2013).

Da nur bei einem Teil der beiden Stichproben von 2020 und 2024 eine Zuordnung möglich war, d.h. lediglich  $n = 372$  Personen an beiden Befragungen (2020 und 2024) teilnahmen, wurden die erhobenen Daten daher differenziert ausgewertet. Abbildung 1 soll das Auswahlprozedere noch einmal grafisch veranschaulichen.

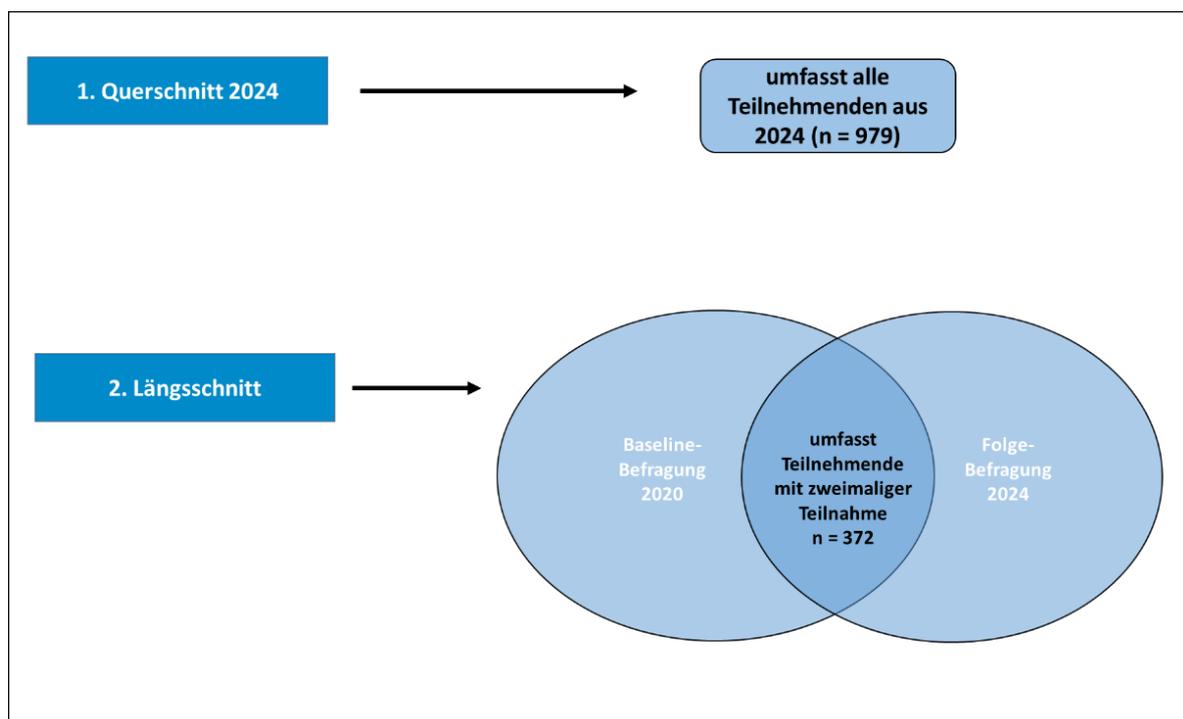


Abbildung 1: Übersicht Stichprobenverteilung 2020 und 2024

Von den 2.997 Personen (2.541 berufstätige Kammermitglieder und 456 Ärztinnen und Ärzte in Ruhestand mit Tätigkeit), die den Fragebogen im Rahmen der Folge-Befragung 2024 postalisch erhielten, haben n = 994 den Fragebogen zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 33,2%. Ursprünglich wurde geplant, jede Altersgruppe mit n = 100 Studienteilnehmern zu besetzen. Insgesamt mussten n = 15 (2024) Fälle von den Analysen ausgeschlossen werden, da die Befragten laut eigener Angaben zum Zeitpunkt der Befragung bereits im Ruhestand und keiner bezahlten ärztlichen Tätigkeit nachgingen (n = 13) oder die Fragebögen zu einem großen Anteil unvollständig zurückgesendet wurden, sodass keine Auswertung möglich war (n = 2). Daher umfasst das finale Analysesample für die Querschnittsanalysen n = 979 Fälle.

### 3. Ergebnisse I – Querschnitt 2024

Im Folgenden sollen die Querschnittsergebnisse der Folge-Befragung von 2024 vorgestellt werden. Die Auswertungen basieren auf der Gesamtstichprobe von 2024, welche insgesamt n = 979 Fälle beinhaltet (Abbildung 2).

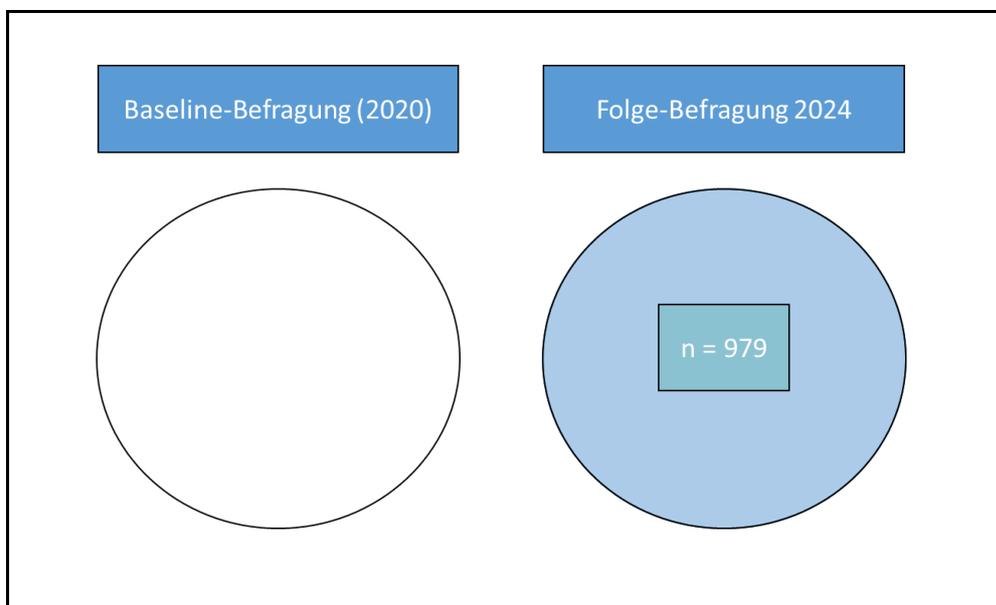


Abbildung 2: Übersicht zur Auswertung der Folge-Befragung 2024 (Querschnitt)

#### 3.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe sowie hinsichtlich Altersverteilung der Gesamt-Stichprobe von 2024. Das Durchschnittsalter

dieser Stichprobe lag bei 50,7 Jahren (Range: 29 bis 78 Jahre, Standardabweichung: 12,0). Die Mehrheit der Befragten war weiblich (58%) und verheiratet (69%).

Tabelle 2: Übersicht über soziodemographische Merkmale (Querschnitt 2024)

	Querschnitts-Befragung 2024
<b>Alter, n = 963</b>	n (%)
25 - 29	2 (0,2%)
30 - 34	74 (7,7%)
35 - 39	157 (16,3%)
40 - 44	109 (11,3%)
45 - 49	117 (12,2%)
50 - 54	107 (11,1%)
55 - 59	135 (14,0%)
60 - 64	121 (12,6%)
65+	141 (14,6%)
<b>Geschlecht, n = 978</b>	n (%)
weiblich	566 (57,8%)
männlich	412 (42,2%)
<b>Familienstand, n = 973</b>	n (%)
ledig	86 (8,8%)
verheiratet	671 (69,0%)
verheiratet & getrennt lebend	19 (2,0%)
verwitwet	24 (2,5%)
geschieden	55 (5,7%)
in Partnerschaft lebend	118 (12,1%)
<b>Kinder, n = 973</b>	n (%)
nein	111 (11,4%)
ja	862 (88,6%)
davon Personen mit Kindern <14 Jahren	390 (39,8%)
Anzahl Kinder gesamt (M, SD)	2,1 (1,0)
<b>Pflege eines Angehörigen, n = 974</b>	n (%)
nein	853 (87,7%)
ja	121 (12,4%)
<b>Einwohnerzahl<sup>1</sup>, n = 973</b>	n (%)
unter 500	5 (0,5%)
501 - 1.000	10 (1,0%)
1.001 - 5.000	65 (6,7%)
5.001 - 10.000	73 (7,5%)

	Querschnitts-Befragung 2024
10.001 - 20.000	101 (10,4%)
20.001 - 50.000	144 (14,8%)
50.001 - 100.000	71 (7,3%)
100.001 - 500.000	114 (11,7%)
über 500.000	390 (40,1%)
<b>Einkommen<sup>2</sup>, n = 942</b>	n (%)
<2.000	16 (1,7%)
2.001 - 4.000	106 (11,3%)
4.001 - 6.000	233 (24,7%)
6.001 - 8.000	209 (22,2%)
8.001 - 10.000	167 (17,7%)
10.001 - 12.000	100 (10,6%)
12.001 - 15.000	46 (4,9%)
15.001 - 20.000	36 (3,8%)
> 20.000	29 (3,1%)

Anm.: <sup>1</sup> bezogen auf den Tätigkeitsort; <sup>2</sup> monatliches Haushaltsnettoeinkommen, in Euro; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; Angaben ohne fehlende Werte

Die Mehrheit der Befragten (46,6%) dieser Stichprobe konnte dem ambulanten Bereich zugeordnet werden; 6% der Ärztinnen und Ärzte gab (n = 59) gingen einer Tätigkeit im ambulanten sowie stationären Bereich nach. Hinsichtlich der Fachrichtung ordneten sich rund 30% der Befragten einer chirurgischen Fachrichtung zu, 17% kamen aus dem Bereich „Innere Medizin“ und 14% aus der allgemeinmedizinischen Versorgung. Die Ärzte gaben an, dass sie durchschnittlich rund 30 Patienten pro Tag behandelten oder betreuten. Die Anzahl zu behandelnden Personen lag im ambulanten Setting mit rund 40 pro Tag doppelt so hoch, im Vergleich zum stationären Setting. Bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten gaben rund 58% an, sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis zu befinden.

Tabelle 3: Übersicht zu berufsbezogenen Merkmalen (Querschnitt 2024)

	Querschnitts-Befragung 2024
<b>Weg zur Arbeit in Minuten (M, SD)<sup>1</sup>, n = 965</b>	43,2 (33,5)
<b>Bereich, n = 936</b>	n (%)
ambulant	436 (46,6%)

	Querschnitts-Befragung 2024
stationär	357 (38,2%)
beides	59 (6,3%)
keine Zuordnung möglich	84 (8,9%)
<b>Einrichtung<sup>2</sup>, n =979</b>	n (%)
Krankenhaus/Klinik	445 (45,5%)
Rehabilitationseinrichtung	35 (3,6%)
Einzel-Praxis	220 (22,5%)
Gemeinschaftspraxis	89 (9,0%)
MVZ	127 (13,0%)
Praxisgemeinschaft	38 (3,9%)
Öffentl. Gesundheitsdienst	17 (1,7%)
keine Zuordnung möglich	8 (0,8%)
<b>Fachrichtung, n = 979</b>	n (%)
Allgemeinmedizin	141 (14,4%)
Innere Medizin	168 (17,2%)
Kinder- u. Jugendmedizin	56 (5,7%)
Diagnostische FR	53 (5,4%)
Chirurgische FR	294 (30,0%)
Organbezogene FR	62 (6,3%)
Neurolog./psychiatrische FR	101 (10,3%)
Prävention, Gesundheitsförd.	69 (7,1%)
keine Zuordnung möglich	35 (3,6%)
<b>Patientenanzahl<sup>3</sup>, n = 818</b>	
Gesamt, M (SD)	30,2 (22,5)
ambulant, M (SD)	39,5 (24,7)
stationär, M (SD)	19,8 (12,7)
<b>Arbeitsvertrag<sup>4</sup>, n = 960</b>	n (%)
unbefristet	555 (57,8%)
befristet	135 (14,1%)
trifft nicht zu (selbständig)	264 (27,5%)
beides (mehr als eine Tätigkeit)	6 (0,6%)

Anm.: <sup>1</sup> in Minuten; <sup>2</sup> Mehrfachantworten zugelassen; <sup>3</sup> pro Tag; <sup>4</sup> nur angestellte Ärztinnen und Ärzte; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; FR = Fachrichtung; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; alle Angaben ohne fehlende Werte, sofern nicht explizit ausgewiesen

Mit Blick auf die Berufsanamnese der Stichprobe von 2024 zeigte sich, dass die Befragten im ambulanten Bereich vorrangig fachärztlich tätig waren und sich zum Befragungszeitpunkt in einem Angestelltenverhältnis befanden (Tabelle 4).

Tabelle 4: Weitere berufsbezogene Merkmale der ambulant-tätigen Ärzteschaft (Querschnitt 2024)

	<b>Querschnitts-Befragung 2024 (Sub-Stichprobe ambulant-tätige Ärzteschaft) <sup>1</sup></b>
<b>Tätigkeit, n = 451</b>	n (%)
fachärztlich	263 (58,3%)
hausärztlich	180 (39,9%)
beides	8 (1,8%)
<b>Status, n = 374</b>	n (%)
angestellt	218 (58,3%)
selbständig	145 (38,8%)
beides	11 (2,9%)

Anm.: <sup>1</sup> basierend auf Angaben zur Tätigkeit im niedergelassenen Bereich; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; alle Angaben ohne fehlende Werte

Bei den Ärztinnen und Ärzten, die im stationären Bereich tätig waren, gab fast die Hälfte der Befragten an, in einer öffentlichen Einrichtung zu arbeiten und etwa 40% der Befragten gaben an, eine Oberarzt-Position innezuhaben (Tabelle 5).

Tabelle 5: Weitere berufsbezogene Merkmale der stationär-tätigen Ärzteschaft (Querschnitt 2024)

	<b>Querschnitts-Befragung 2024 (Sub-Stichprobe ambulant-tätige Ärzteschaft) <sup>1</sup></b>
<b>Trägerschaft, n = 490</b>	n (%)
öffentlich	238 (48,6%)
freigemeinnützig	43 (8,8%)
privat	118 (24,1%)
Universität	91 (18,6%)
<b>Funktion, n = 509</b>	n (%)
keine Position	235 (46,2%)
Oberarzt-Position	205 (40,3%)
Chefarzt-Position	35 (6,9%)
andere leitende Tätigkeit	34 (6,7%)

Anm.: <sup>1</sup> bezieht sich auf alle Personen, die angaben in einem Krankenhaus tätig zu sein; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; alle Angaben ohne fehlende Werte

In den folgenden Abschnitten sollen die Kernthemen der Befragung der Sächsischen Ärzte-  
langzeitstudie im Rahmen der Querschnitt-Analysen näher betrachtet werden.

### 3.2 Arbeitszeit, Arbeitszeitveränderungen, Einflussnahme und Wünsche

Ein wichtiger Befragungsschwerpunkt war das Thema Arbeitszeit. Die verschiedenen Arbeitszeit-Merkmale sind in Tabelle 6 zusammengefasst dargestellt. Es zeigte sich, dass sowohl die vertraglich vereinbarte als auch die tatsächliche Arbeitszeit bei Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich höher war als im ambulanten Bereich. Insgesamt gaben 47% der Ärztinnen und Ärzte an, in Teilzeit zu arbeiten (d.h. weniger als 40 Stunden/Woche, basierend auf vertraglich vereinbarter Wochenarbeitszeit). 64% der Befragten der Gesamtstichprobe gaben an, regelmäßig Überstunden zu machen. Im Durchschnitt hatten die Befragten drei freie Wochenenden innerhalb von 4 Wochen. Bezogen auf die Gesamtstichprobe gaben 64% (n = 622) an, am Bereitschaftsdienst teilzunehmen, 13% arbeiten im Schichtdienst (n = 128) und 11% (n = 106) gaben an, Nachtdienste zu leisten.

Tabelle 6: Übersicht über die einzelnen Arbeitszeitmerkmale (Querschnitt 2024)

	Querschnitts-Befragung 2024
<b>Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit<sup>1</sup></b>	M (SD)
ambulant, n = 201	30,4 (11,2)
stationär, n = 355	37,4 (8,0)
<b>Tatsächliche Arbeitszeit<sup>2</sup></b>	M (SD)
ambulant & angestellt, n = 133	33,7 (13,8)
ambulant & selbständig, n = 144	44,0 (14,1)
stationär, n = 350	49,3 (13,2)
<b>Regelmäßige Überstunden, n = 946</b>	n (%)
ja	602 (63,7)
nein	344 (36,4)

Anm.: <sup>1</sup>Stunden/Woche, nur angestellte Ärztinnen und Ärzte; <sup>2</sup>Stunden/Woche, inkl. Überstunden, Mehrarbeit, Bereitschaftsdienst usw.; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; alle Angaben ohne fehlende Werte

Neben den genannten Arbeitszeitmerkmalen, wurde ebenfalls die Einflussnahme und Zufriedenheit hinsichtlich der Arbeitszeit(-planung) erfragt. Hier zeigte sich, dass etwa 25% der Stichprobe von 2024 oft oder immer berufliche Tätigkeiten im Urlaub erledigte. Etwa 44% der Stichprobe gab an, sehr wenig oder wenig Einfluss auf Ende bzw. Beginn des Arbeitstages zu haben und etwa 21% der Befragten konnte laut eigener Angaben – im Rahmen der Arbeitszeitplanung - nur wenig Rücksicht auf familiäre oder private Interessen nehmen. Trotz

allem waren rund 65% mit ihrer derzeitigen Arbeitszeit zufrieden. Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammen.

Tabelle 7: Einflussnahme und Zufriedenheit hinsichtlich Arbeitszeit (Querschnitt 2024)

	Querschnitts-Befragung 2024
<b>Einflussnahme</b>	M (SD)
<b>Berufliche Tätigkeit im Urlaub<sup>1</sup>, n = 963</b>	2,6 (1,2)
<b>Einfluss auf Beginn/Ende Arbeitstag<sup>2</sup>, n = 958</b>	2,9 (1,5)
<b>Rücksicht auf Privates bei Arbeitszeitplanung möglich<sup>3</sup>, n = 971</b>	3,4 (1,0)
<b>Arbeitszeitzufriedenheit, n = 964</b>	n (%)
zufrieden	630 (65,4%)
unzufrieden	334 (34,6%)

Anm.: <sup>1</sup> Kategorien: 1 = nie bis 5 = immer; <sup>2</sup> Kategorien: 1 = sehr wenig Einfluss bis 5 = sehr hohen Einfluss; <sup>3</sup> Kategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 5 = trifft voll und ganz zu; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; alle Angaben ohne fehlende Werte

Vergleicht man die Arbeitszeitzufriedenheit einzelner Altersgruppen, zeigte sich, dass mit zunehmendem Alter ein größerer Anteil der Ärzteschaft mit der derzeitigen Arbeitszeit zufrieden war bzw. die Unzufriedenheit in jüngeren Jahren größer ausfiel ( $p < 0,001$ ). So waren beispielsweise in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre rund 69% zufrieden und in der Altersgruppe bis 34 Jahre lediglich 54% (Abbildung 3).

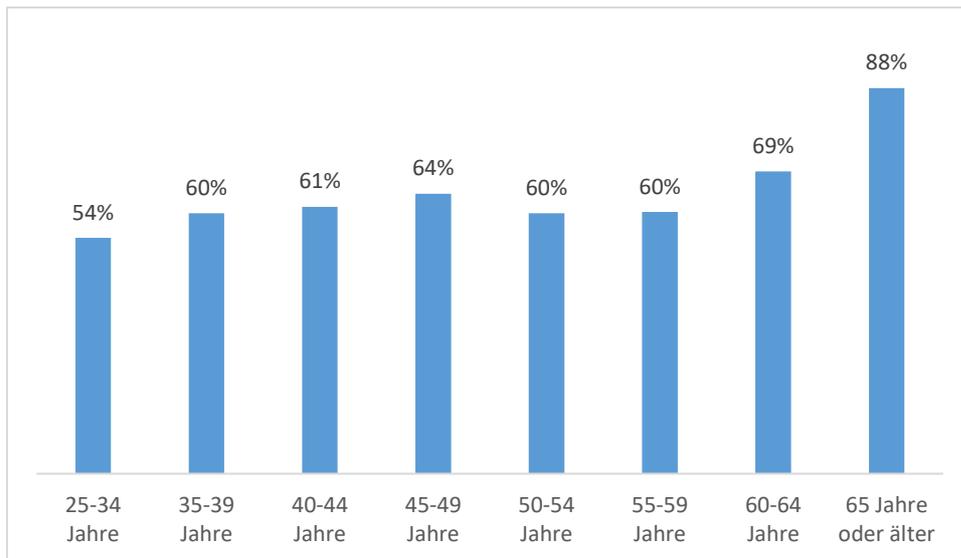


Abbildung 3: Arbeitszeitzufriedenheit in den verschiedenen Altersgruppen (Querschnitt 2024)

Anm.: dargestellt ist die jeweilige prozentuale Häufigkeit der Personen pro Altersgruppe, die angaben mit ihrer derzeitigen Arbeitszeit zufrieden zu sein (n = 619)

Viele Ärztinnen und Ärzte nahmen nicht nur an der Patientenversorgung teil, sondern übten auch andere Tätigkeiten aus (Tabelle 8). Dabei zeigte sich, dass die Stichprobe von 2024 neben Weiterbildungen bzw. Fortbildungen auch in Lehr- und wissenschaftliche Tätigkeiten involviert war.

Tabelle 8: Ausübung weiterer Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung (Querschnitt 2024)

	<b>Folge-Befragung 2024</b> <b>N = 979</b> <b>n (%)</b>
<b>Wissenschaftliche Tätigkeit</b>	148 (15,1%)
<b>Ehrenamt in ärztl. Selbstverwaltung</b>	83 (8,5%)
<b>andere Ehrenämter</b>	172 (17,6%)
<b>Teilnahme an Weiterbildungen</b>	674 (68,9%)
<b>Teilnahme an Fortbildungen</b>	738 (75,4%)
<b>Lehrtätigkeit</b>	239 (24,4%)

Anm.: dargestellt ist die jeweilige prozentuale Häufigkeit der Personen, die der genannten Tätigkeit nachgingen, ohne Fälle mit fehlenden Angaben, Mehrfachantworten möglich

Ein weiterer wichtiger Fokus der Ärzte-Langzeitstudie ist nicht nur die aktuelle Arbeitszeit oder bestimmte Arbeitszeit-Merkmale, sondern auch die Erfassung möglicher Entwicklungen oder Dynamiken in Hinblick auf zukünftige Veränderungen.

In Hinblick auf die geplanten oder gewünschten Arbeitszeitveränderungen der befragten Ärzteschaft zeigte sich, dass 39% der Befragten (n = 375) ihre Arbeitszeit zukünftig reduzieren möchten und 4% der Befragten eine Arbeitszeiterhöhung planen (n = 37). Bei 57% (n = 545) war keine Arbeitszeitveränderung gewünscht oder geplant.

In Hinblick auf die Anzahl der Personen, die ihre Arbeitszeit reduzieren werden oder möchten, zeigten sich in den verschiedenen Altersgruppen leichte Unterschiede (Abbildung 4). Bei den 45- bis 49-Jährigen, sowie bei den über 65-Jährigen war der Anteil mit 36% bzw. 23% am geringsten.

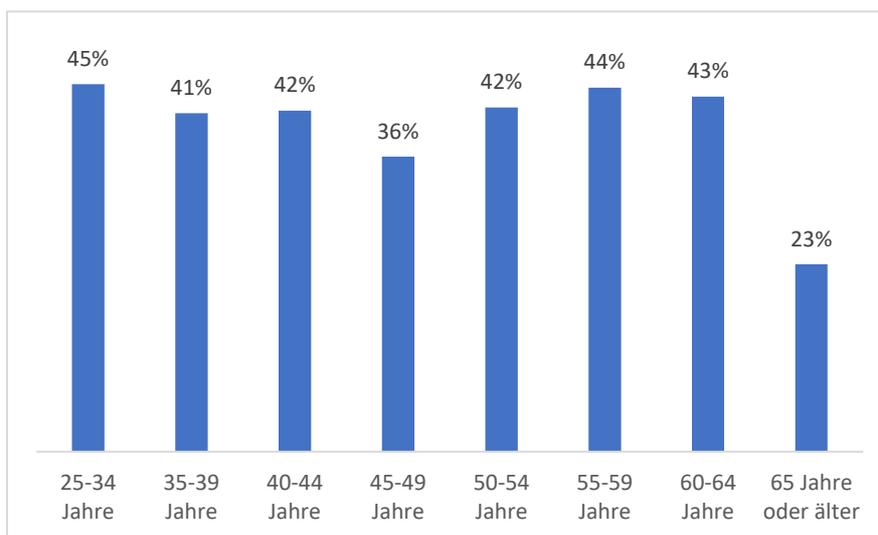


Abbildung 4: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitreduktion in den verschiedenen Altersgruppen (Querschnitt 2024)

Anm.: dargestellt ist lediglich die Anzahl der Fälle, die ihre Arbeitszeit reduzieren möchten oder werden (n = 367)

Zusätzlich wurde nach den Gründen gefragt, die ausschlaggebend für eine vergangene Arbeitszeitreduktion waren. Vergleicht man die einzelnen Häufigkeiten, zeigte sich, dass bei den Ärztinnen und Ärzten, die in der Vergangenheit bereits ihre Arbeitszeit reduziert haben, vor allem Gründe wie „Kinderbetreuung“, „zu hohe Arbeitsbelastungen“ und „größerer Freizeitwunsch“ häufiger genannt wurden (Abbildung 5).

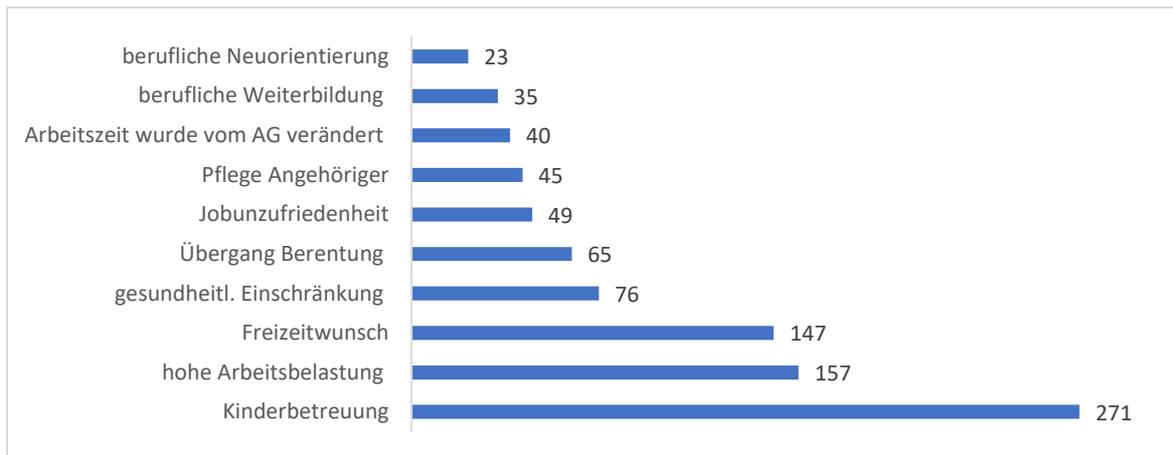


Abbildung 5: Gründe für eine bisherige Arbeitszeitreduktion (Querschnitt 2024)

Anm.: Nennung nach Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich, AG = Arbeitgeber

Hinsichtlich der zukünftig geplanten oder gewünschten Arbeitszeitreduktion, welche ebenfalls Teil der Befragung war, spielte vorrangig der „Freizeitwunsch“ die größte Rolle bzw. wurde am häufigsten genannt (Abbildung 6). Der Faktor „Arbeitsbelastung“ bleibt an zweiter Stelle, jedoch rückt der Aspekt „Kinderbetreuung“ (im Vergleich zur vergangenen Arbeitszeitreduktion) etwas mehr in den Hintergrund.

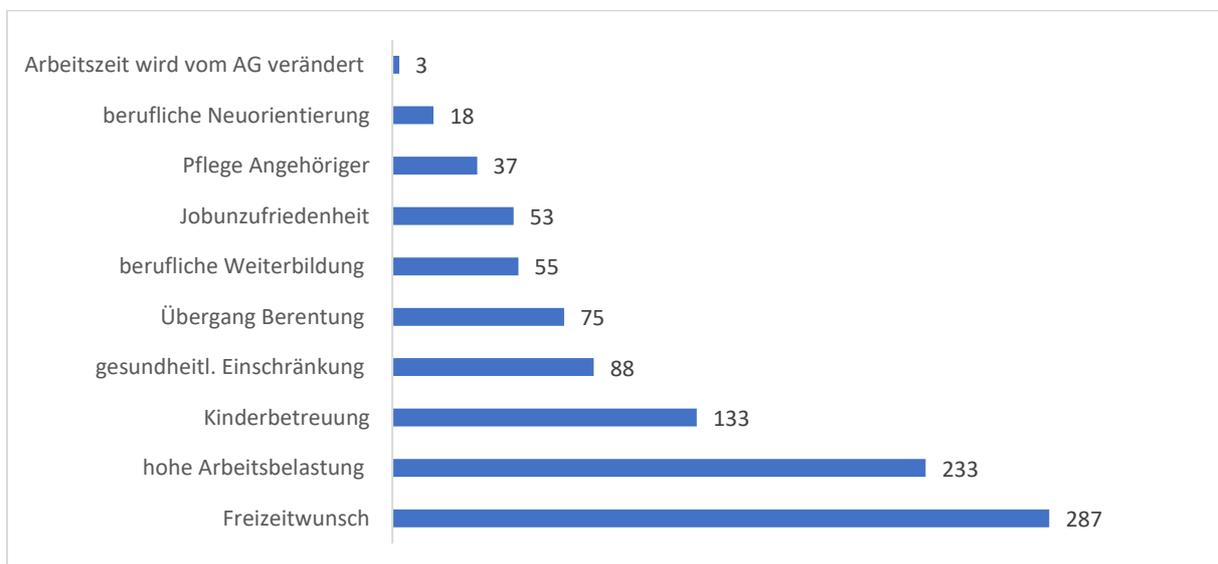


Abbildung 6: Gründe für zukünftige/gewünschte Arbeitszeitreduktion (Querschnitt 2024)

Anm.: Nennung nach Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich, AG = Arbeitgeber

Im Folgenden soll auf weitere Untersuchungsschwerpunkte eingegangen werden, die mit der Arbeitszeit bzw. mit Arbeitszeitveränderungen in Verbindung gebracht werden können.

### 3.3 Bedeutung der Arbeit und anderer Lebensbereiche

Im Rahmen der Ärzte-Langzeitstudie wurde auch die Bedeutung der Arbeit im Vergleich zu anderen Lebensbereichen untersucht (Abbildung 7).

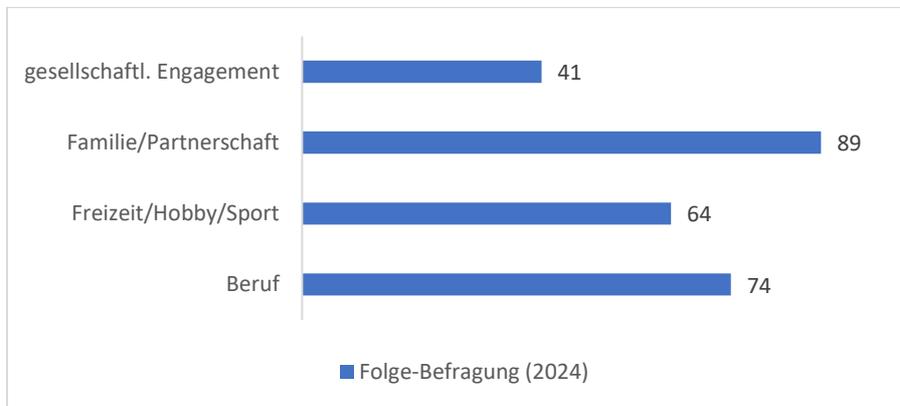


Abbildung 7: Bedeutung von Arbeit und anderen Lebensbereichen (Querschnitt 2024)

Anm.: Mittelwerte der Gesamtstichprobe 2024, Wertebereich der Antwortmöglichkeiten zwischen 0 (= unwichtig) und 100 (= sehr wichtig)

Dabei wird deutlich, dass vor allem der Bereich Familie/Partnerschaft bei den Befragten der Folgebefragung mit einem mittleren Wert von 89 Punkten von besonderer Wichtigkeit war, gefolgt vom Beruf (74 Punkte) und dem Bereich Freizeit/Hobby/Sport (64 Punkte).

Aufgrund der bereits berichteten Teilergebnisse zu Arbeitszeitveränderungen und möglichen zugrundeliegenden Ursachen soll im Folgenden noch einmal auf die Bedeutung von Arbeit und Freizeit – bezogen auf die verschiedenen Altersgruppen – eingegangen werden. Hier konnte gezeigt werden, dass Ärztinnen und Ärzte im mittleren Lebensalter (zw. 45 und 59 Jahren) dem Beruf eine größere Bedeutung zuwiesen ( $p = 0,002$ , Abbildung 8).

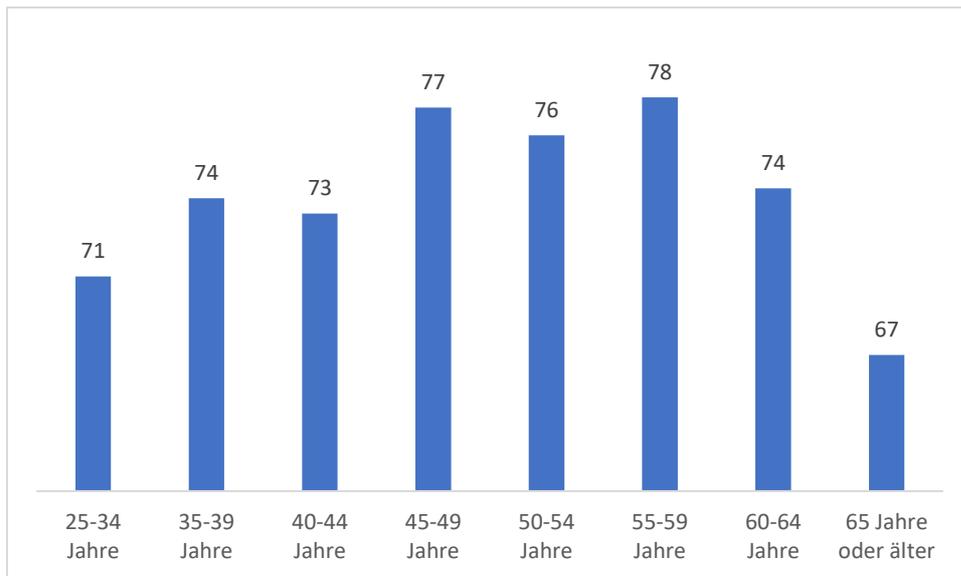


Abbildung 8: Bedeutung von Arbeit in den verschiedenen Altersstichproben (Querschnitt 2024)

Anm.: Wertung zwischen 0 (=unwichtig) und 100 (=sehr wichtig); Altersgruppe 25 bis 29, sowie 30 bis 34 wurden aufgrund der niedrigen Besetzung der 1. Altersgruppe zusammengefasst, n = 955

In Hinblick auf die Bedeutung von Freizeit zeigte sich in der aktuellen Befragung jedoch ein anderes Bild (Abbildung 9). Auch wenn sich die Werte in einem engeren Rahmen zwischen 61 und 67 Punkten bewegen, schien die Freizeit vor allem bei den unter 34-jährigen, sowie zwischen 50 und 59 Jahren von besonderer Bedeutung zu sein, jedoch lassen sich keine signifikanten Unterschiede finden.

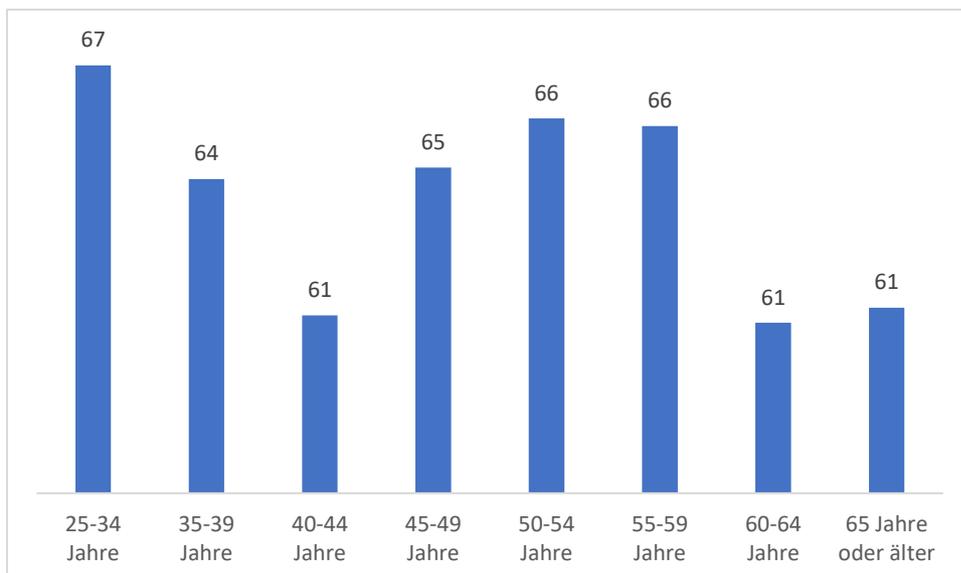


Abbildung 9: Bedeutung von Freizeit in den verschiedenen Alterstichproben im Querschnitt 2024

Anm.: Wertung zwischen 0 (=unwichtig) und 100 (=sehr wichtig); Altersgruppe 25 bis 29, sowie 30 bis 34 wurden aufgrund der niedrigen Besetzung der 1. Altersgruppe zusammengefasst, n = 955

In Bezug auf die Frage, ob es eine Änderung gab hinsichtlich der Wichtigkeit des privaten oder beruflichen Bereiches innerhalb der vergangenen fünf Jahre, zeigte sich, dass der private Bereich für die Hälfte der Ärzteschaft (54%) wichtiger geworden ist als der berufliche Bereich (Abbildung 10).

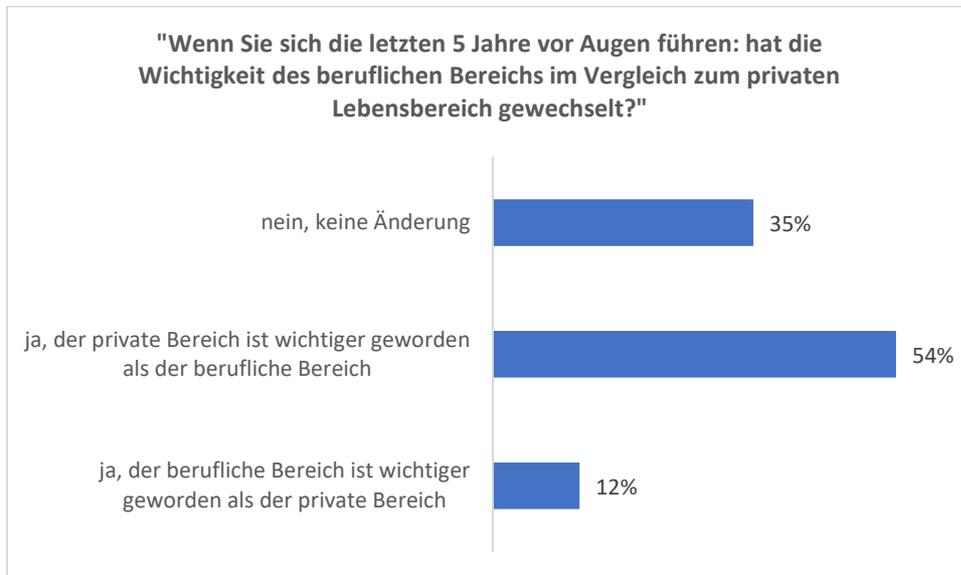


Abbildung 10: Wichtigkeit von privaten und beruflichen Lebensbereichen (Querschnitt 2024)

Anm.: dargestellt sind die Angaben von n = 968 Fällen, die die Frage beantwortet haben

Wenn es jedoch darum geht, für den Beruf Einschränkungen bezüglich des Wohnorts, Freizeitaktivitäten oder familiäre bzw. partnerschaftliche Bereiche Einschränkungen hinzunehmen, zeigte sich, dass vor allem der Aspekt Partnerschaft/Familie 2024 einen hohen Stellenwert einnahm (Abbildungen 11 und 12).

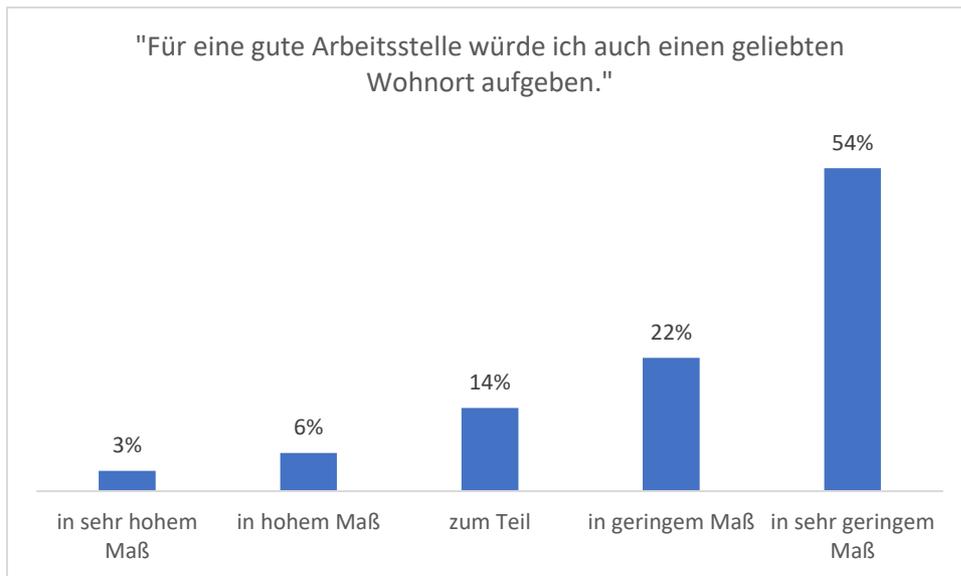


Abbildung 11: Bedeutung des Wohnortes (Querschnitt 2024)

Anm.: dargestellt sind die Angaben von n = 967 Fällen, die die Frage beantwortet haben

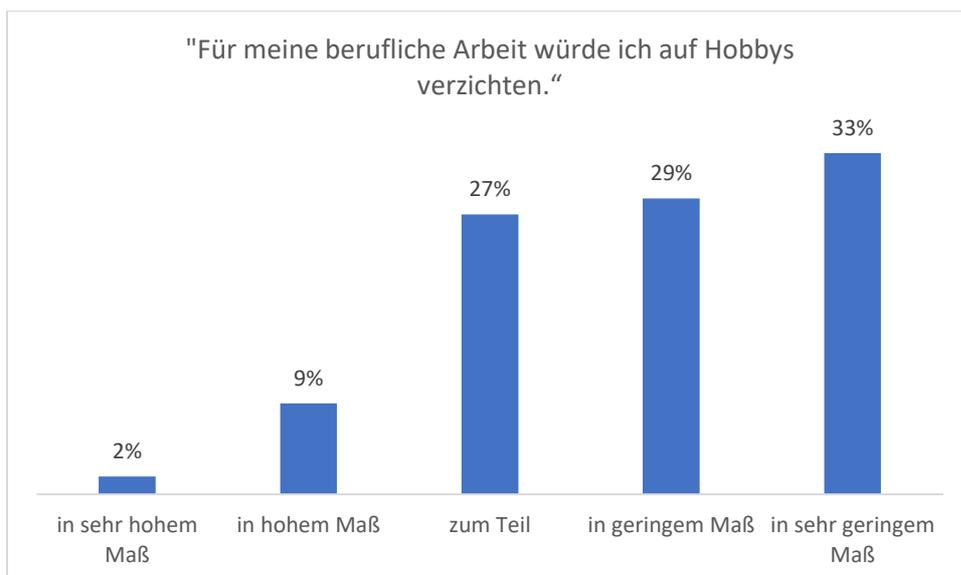


Abbildung 12: Bedeutung von Hobbys (Querschnitt 2024)

Anm.: dargestellt sind die Angaben von n = 971 Fällen, die die Frage beantwortet haben

Auf die Frage, ob sich die Befragten vorstellen können, für die berufliche Arbeit auch auf Partnerschaft oder Familie verzichten zu können, antworteten 92% der Befragten: „in sehr geringem Maße“.

### 3.4 Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict & Gesundheit

Da Arbeitszeit und Arbeitszeitmerkmale, wie Schichtdienst oder Überstunden mit vielfältigen Auswirkungen verbunden sein können, wurden verschiedene arbeitsbezogene Faktoren im Rahmen der Sächsischen Ärzte-Langzeitstudie untersucht (Tabelle 9).

Hinsichtlich des Burnout-Syndroms zeigte sich ein mittlerer Gesamt-Score von 34,1 (möglicher Wertebereich: 1 bis 100, je größer der Score, desto höher die Symptomschwere (Tabelle 9)). Die Sub-Skala „persönliches Burnout“, mit den Symptomen Müdigkeit, Erschöpfung und Krankheitsanfälligkeit war mit einem Mittelwert von 44,2 höher ausgeprägt als „arbeitsbezogenes Burnout“ (sich durch die Arbeit ausgebrannt zu fühlen oder durch die Arbeit frustriert zu sein) oder „patientenbezogenes Burnout“ (Gefühle von Belastung und Frustration durch die Arbeit mit Patienten). Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wurden ebenfalls gebeten, ihren aktuellen allgemeinen Gesundheitszustand auf einer Skala zwischen 0 (= schlechtesten denkbaren Gesundheitszustand) und 100 (besten denkbaren Gesundheitszustand) zu bewerten. Hier ergab sich ein Mittelwert von 78,9.

Tabelle 9: Arbeits- und gesundheitsbezogene Aspekte (Querschnitt 2024)

	<b>Folge-Befragung 2024</b> M (SD)
<b>Burnout – Gesamt-Score<sup>1</sup></b> , n = 913	34,1 (17,0)
<b>Patientenbezogenes Burnout<sup>1</sup></b> , n = 937	23,6 (18,5)
<b>Arbeitsbezogenes Burnout<sup>1</sup></b> , n = 953	34,4 (19,2)
<b>Persönliches Burnout<sup>1</sup></b> , n = 963	44,2 (20,1)
<b>Subjektiver Gesundheitszustand</b> , n = 973	78,9 (15,8)
<b>Arbeitsengagement<sup>3</sup></b> , n = 951	33,8 (8,1)
<b>Arbeitszufriedenheit<sup>4</sup></b> , n = 934	18,4 (2,2)
<b>Work-Privacy-Conflict<sup>5</sup></b> , n = 968	42,4 (25,5)

Anm.: <sup>1</sup>höherer Score steht für größere Arbeitsbelastung; <sup>2</sup>höhere Werte stehen für einen besseren subjektiven Gesundheitszustand, <sup>3</sup>höhere Werte stehen für stärkeres Engagement; <sup>4</sup>höhere Werte stehen für mehr Unzufriedenheit; <sup>5</sup>Work-Privacy-Conflict: höhere Wert stehen für mehr Konflikte zwischen Arbeit und Privatem; Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9); Skalen-Mittelwerte beinhalten nur Fälle mit vollständigen Angaben

Die Arbeitszufriedenheit kann insgesamt als hoch eingeschätzt werden, da der Mittelwert mit 18,4 sehr nah am Maximalwert der Skala (=20 Punkte) lag. Gleiches galt für die Ergebnisse zur Messung des Arbeitsengagements. Hier lag der Mittelwert der Stichprobe bei 33,8

(möglicher Wertebereich: 0 bis 54). Mögliche Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben wurden von den Befragten mit einem mittleren Score bewertet (Mittelwert: 42,4; möglicher Wertebereich 0-100, Tabelle 9).

Vergleicht man die Altersgruppen, zeigte sich, dass Konflikte zwischen Beruflichem und Privaten mit zunehmendem Alter abnehmen bzw. bei jüngeren Ärztinnen und Ärzten größer waren ( $p < 0,001$ , Abbildung 13).

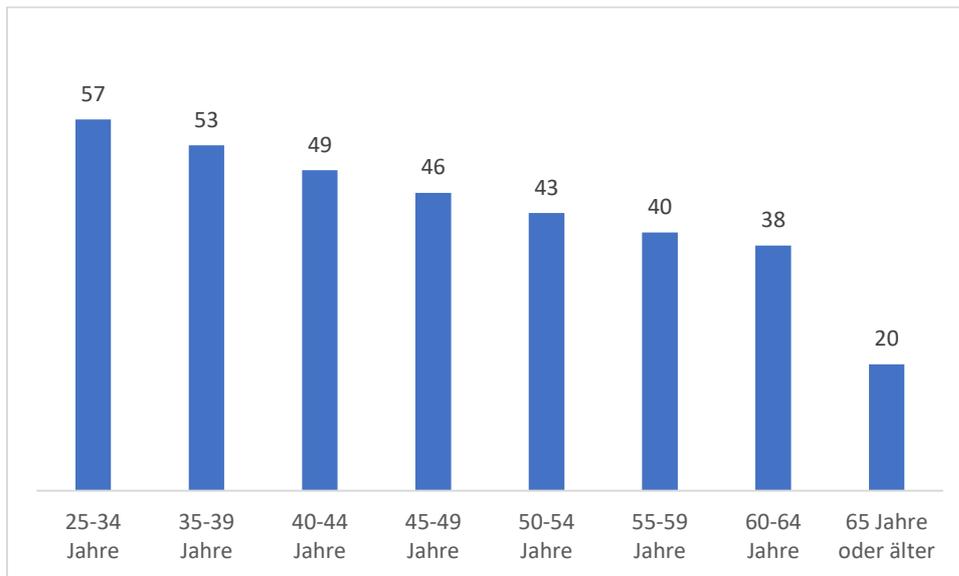


Abbildung 13: Work-Privacy-Conflict in den verschiedenen Altersgruppen (Querschnitt 2024)

Anm.: dargestellt sind die Mittelwerte des Gesamtscores von  $n = 952$  Fällen, die alle Fragen der Skala beantwortet haben

### 3.5 Erwerbsmotivation und Renteneintritt

Ebenfalls Teil der Befragung waren fünf Items zum Thema Ruhestand, welche in Tabelle 10 genauer beschrieben werden. Auf Grundlage dieser fünf Fragen lässt sich ein Score ermitteln, der die Erwerbsmotivation bzw. die Einstellungen zum Ruhestand erfasst. In der vorliegenden Stichprobe lag dieser Wert bei 3,0 (Standardabweichung: 1,0; möglicher Wertebereich: 1-5, je höher der Wert, desto größer die Erwerbsmotivation).

Tabelle 10: Aspekte der Erwerbsmotivation (Querschnitt 2024)

	trifft völlig zu (5)	trifft ziemlich zu (4)	trifft teilweise zu (3)	trifft wenig zu (2)	trifft gar nicht zu (1)	M/SD
„Ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass ich bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten werde.“ (n = 945)	379 (40,1 %)	278 (29,4%)	110 (11,6%)	104 (11,0%)	74 (7,8%)	3,8 (SD: 1,3) <sup>1</sup>
„Je früher ich mit dem Arbeiten aufhören kann, desto besser.“ (n = 943)	100 (10,6%)	119 (12,6%)	150 (15,9%)	261 (27,7%)	313 (33,2%)	3,6 (SD: 1,3) <sup>1</sup>
„Ich kann mir noch gar nicht vorstellen, dass ich irgendwann mal aufhöre zu arbeiten.“ (n = 949)	89 (9,4%)	114 (12,0%)	167 (17,6%)	201 (21,2%)	378 (39,8%)	2,3 (SD: 1,4) <sup>1</sup>
„Wenn ich an meinen Ruhestand denke, habe ich das Gefühl, dass ich das Arbeiten vermissen werde.“ (n = 948)	67 (7,1%)	162 (17,1%)	345 (36,4%)	242 (25,5%)	132 (13,9%)	2,8 (SD: 1,1) <sup>1</sup>
„Ich würde gern über das Renteneintrittsalter hinaus arbeiten.“ (n = 955)	126 (13,2%)	103 (10,8%)	207 (21,7%)	238 (24,9%)	281 (29,4%)	2,5 (SD: 1,4) <sup>1</sup>

Anm.: dargestellt werden Häufigkeiten (n (%)), M = Mittelwert; SD = Standardabweichung

In einem weiteren Schritt wurde der Zeitpunkt erfasst, ab welchem sich die Befragten vorstellen können, in den Ruhestand zu gehen (Tabelle 11). Hierfür wurde ein Sub-Sample ausgewertet, da die Frage nur für Personen relevant war, die das derzeitige Renteneintrittsalter von 67 Jahren noch nicht erreicht haben. Dabei zeigte sich, dass fast die Hälfte der Befragten vorzeitig in den Ruhestand gehen möchte und nur wenige (15%) über das reguläre Rentenalter hinaus arbeiten wollen (oder können).

Tabelle 11: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand (Querschnitt 2024)

	<b>Folge-Befragung 2024 Sub-Stichprobe (≤ 66 Jahre)</b> n = 850 n (%)
vorzeitig	388 (45,7%)
bis zum regulären Rentenalter	188 (22,1%)
über das reguläre Rentenalter hinaus	124 (14,6%)
weiß nicht	150 (17,7%)

Anm.: n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe, ohne Fälle mit fehlenden Angaben

Vergleicht man Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand nach Einwohnerzahl des Tätigkeitsortes, zeigten sich allerdings keine signifikanten Unterschiede ( $p = 0,418$ ).

Tabelle 12: Eintritt in den Ruhestand nach Einwohnerzahl des Tätigkeitsortes (Querschnitt 2024)

	<b>Folge-Befragung 2024 Sub-Stichprobe (≤ 66 Jahre)</b>		
	<b>&lt;20.000 Einw. (n = 208)</b> n (%)	<b>20.000-100.000 Einw. (n = 285)</b> n (%)	<b>&gt;100.000 Einw. (n = 353)</b> n (%)
vorzeitig	91 (43,8%)	133 (46,7%)	163 (46,2%)
bis zum regulären Rentenalter	45 (21,6%)	73 (25,6%)	68 (19,3%)
über das reguläre Rentenalter hinaus	33 (15,9%)	37 (13,0%)	54 (15,3%)
weiß nicht	39 (18,8%)	42 (14,7%)	68 (19,3%)

Anm.: Einw. = Einwohner; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; ohne Fälle mit fehlenden Angaben

Vergleicht man die Renteneintrittswünsche der Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte zeigten sich kaum Unterschiede (43% vs. 45%, siehe

Tabelle 13).

Tabelle 13: Renteneintrittswünsche bei niedergelassenen Fach- und Hausärzten (Querschnitt 2024)

	Folge-Befragung 2024 Sub-Stichprobe (≤ 66 Jahre, ambulant-tätig)		
	FÄ <sup>1</sup> n = 223 n (%)	HÄ <sup>2</sup> n = 164 n (%)	Beides N = 7 n (%)
vorzeitig	96 (43,1%)	73 (44,5%)	4 (57,1%)
bis zum regulären Rentenalter	51 (22,9%)	35 (21,3%)	1 (14,3%)
über das reguläre Rentenalter hinaus	41 (18,4%)	28 (17,1%)	2 (28,6%)
weiß nicht	35 (15,7%)	28 (17,1%)	/

Anm.: <sup>1</sup> FÄ = Fachärztinnen und Fachärzte; <sup>2</sup> HÄ = Hausärztinnen und Hausärzte; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; ohne Fälle mit fehlenden Angaben

Betrachtet man die Arbeitszeitmodelle Teil- und Vollzeit zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Wunsches, vorzeitig in Rente zu gehen (Vollzeit 46,9% vs. Teilzeit 39,1%,  $p = 0,006$ ; Tabelle 14).

Tabelle 14: Renteneintrittswünsche bei Ärztinnen und Ärzten in Vollzeit oder Teilzeit (Querschnitt 2024)

	Folge-Befragung 2024 Sub-Stichprobe (≤ 66 Jahre)	
	Vollzeit n = 365 n (%)	Teilzeit n = 320 n (%)
vorzeitig	171 (46,9%)	125 (39,1%)
bis zum regulären Rentenalter	85 (23,3%)	59 (18,4%)
über das reguläre Rentenalter hinaus	51 (14,0%)	69 (21,6%)
weiß nicht/keine Angabe	58 (15,9%)	67 (21,0%)

Anm.: Einteilung in Vollzeit/Teilzeit basierend auf den Angaben zur vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; ohne Fälle mit fehlenden Angaben

In einem weiteren Analyseschritt wurden die Gründe für einen späteren Eintritt in den Ruhestand näher untersucht. Die Gründe für eine Berufstätigkeit trotz Rentenbeginn sind in Abbildung 14 zusammengefasst. Interessanterweise gab es auch Befragte, die diese Frage beantworteten, obwohl sie angaben, nicht länger arbeiten zu wollen. Dies sollte bei der Interpretation der folgenden Abbildung berücksichtigt werden.

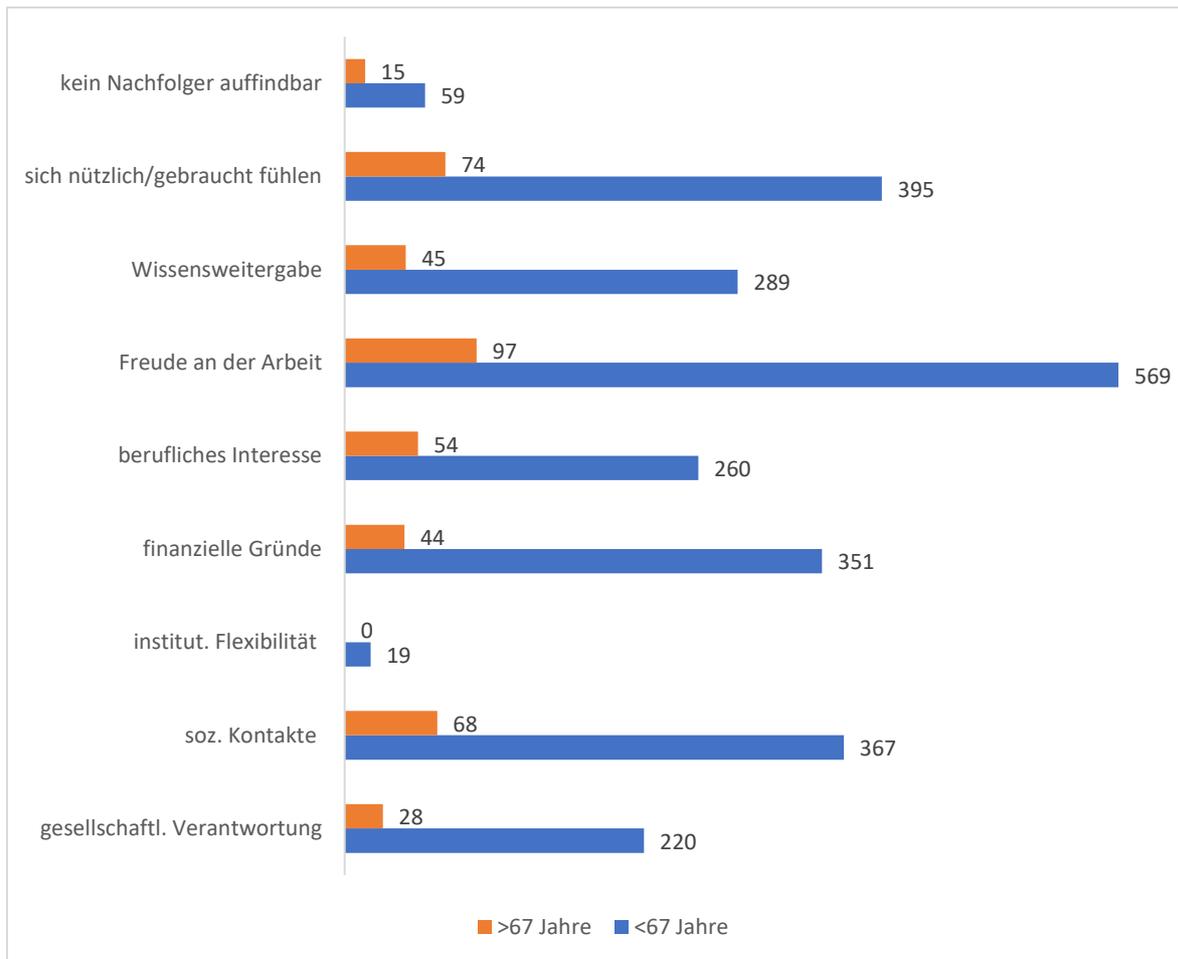


Abbildung 14: Gründe für einen späteren Renteneintritt (2024)

Anm.: nach Häufigkeit der Nennung, Mehrfachantworten möglich, Fälle  $\leq 66$  Jahre:  $n = 775$ ; Fälle  $\geq 67$  Jahre:  $n = 109$

In Bezug auf mögliche Gründe, die für einen späteren Renteneintritt sprechen, nannten Personen, die das Renteneintrittsalter noch nicht erreicht hatten, vorrangig Aspekte wie „Freude an der Arbeit“, „sich nützlich oder gebraucht fühlen“, „soziale Kontaktmöglichkeiten“, sowie „finanzielle Gründe“. Bei den Befragten, die trotz Rentenbeginn weiterhin arbeiten, spielten Gründen, wie „Freude an der Arbeit“, „sich nützlich oder gebraucht fühlen“ und „soziale Kontaktmöglichkeiten“ eine große Rolle.

## 4. Ergebnisse II –Veränderungen zwischen 2020 und 2024 (Längsschnitt)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Ärzteschaft berichtet, die zu beiden Befragungszeitpunkten (2020 und 2024, n = 372) an der Befragung teilgenommen haben (

Abbildung 15).



Abbildung 15: Übersicht zur längsschnittlichen Auswertung (2020 und 2024)

### 4.1 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden soll die Stichprobe, die den längsschnittlichen Analysen zu Grunde liegt, näher beschrieben werden. Die Sub-Stichprobe war vorrangig weiblich (65%). Weitere Sub-Stichprobenmerkmale finden sich in Tabelle 15. Das Alter der Befragten betrug 2020 rund 45 Jahre (Standardabweichung: 12,1) und 2024 rund 49 Jahre (Standardabweichung: 12,0).

Tabelle 15: Übersicht über soziodemographische Merkmale (Längsschnitt, 2020 und 2024)

	Baseline-Befragung (2020)	Folgebefragung (2024)	p-Wert
<b>Alter<sup>1</sup></b>	n (%)	n (%)	p < 0,001
25 - 29	24 (6,5%)	2 (0,5%)	
30 - 34	68 (18,3%)	35 (9,4%)	

	Baseline-Befragung (2020)	Folgebefragung (2024)	p-Wert
35 - 39	45 (12,1%)	64 (17,2%)	
40 - 44	46 (12,4%)	44 (11,8%)	
45 - 49	42 (11,3%)	42 (11,3%)	
50 - 54	52 (14,0%)	46 (12,4%)	
55 - 59	39 (10,5%)	52 (14,0%)	
60 - 64	32 (8,6%)	36 (9,7%)	
65+	22 (5,9%)	45 (12,1%)	
n	370	366	
<b>Familienstand</b> , n = 370	n (%)	n (%)	p < 0,001
ledig	33 (8,9%)	39 (10,5%)	
verheiratet	235 (63,2%)	242 (65,1%)	
verheiratet & getrennt	7 (1,9%)	9 (2,4%)	
verwitwet	3 (0,8%)	6 (1,6%)	
geschieden	17 (4,6%)	20 (5,4%)	
in Partnerschaft lebend	77 (20,7%)	54 (14,5%)	
<b>Kinder</b> , n = 367	n (%)	n (%)	p < 0,001
nein	81 (22,1%)	45 (12,3%)	
ja	286 (77,9%)	322 (87,7%)	
davon Personen mit Kin- dern <14 Jahren	152 (41,4%)	157 (42,8%)	p = 0,002
Anzahl Kinder gesamt	M: 2,1 (SD: 0,9)	M: 2,2 (SD: 0,9)	p = 0,028
<b>Pflege eines Angehöri- gen</b> , n = 371	n (%)	n (%)	p = 0,007
nein	340 (91,6%)	320 (86,3%)	
ja	31 (8,4%)	51 (13,7%)	
<b>Einwohnerzahl<sup>2</sup></b> , n = 366	n (%)	n (%)	n.s.
unter 5.000	31 (8,5%)	31 (8,5%)	
5.001 – 10.000	23 (6,53%)	28 (7,7%)	
10.001 – 20.000	45 (12,3%)	34 (9,3%)	
20.001 – 50.000	42 (11,5%)	51 (13,9%)	
50.001 – 100.000	23 (6,3%)	27 (7,4%)	
100.001 – 500.000	47 (12,8%)	39 (10,7%)	
über 500.000	155 (42,4%)	156 (42,6%)	
<b>Einkommen<sup>3</sup>, €</b> , n = 345	n (%)	n (%)	p < 0,001
unter 4.000	67 (19,4%)	37 (10,7%)	
4.001 - 6.000	109 (31,6%)	81 (23,5%)	
6.001 – 8.000	80 (23,2%)	83 (24,1%)	
8.001 – 10.000	44 (12,8%)	70 (20,3%)	
10.001 – 12.000	23 (6,57%)	40 (11,6%)	

	Baseline-Befragung (2020)	Folgebefragung (2024)	p-Wert
12.001 oder mehr	22 (6,4%)	34 (9,9%)	

Anm.: <sup>1</sup> Abweichungen in der Gesamt-Fallzahl aufgrund fehlender Altersangaben in 2020 bzw. 2024; <sup>2</sup>bezogen auf den Tätigkeitsort; <sup>3</sup> monatliches Haushaltsnettoeinkommen; n (%) = Anzahl der Fälle mit vollständigen Angaben, sowie der Prozentangabe; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; n.s. = nicht signifikant

Hinsichtlich der berufsbezogenen Anamnese zeigte sich, dass die Mehrzahl der Befragten zum Zeitpunkt der Baseline-Befragung vorrangig stationär arbeitete (46%), wohingegen es 2024 mehr Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich gab (49%).

Tabelle 16: Übersicht über berufsbezogene Merkmale (Längsschnitt, 2020 und 2024)

	Baseline-Befragung (2020)	Folgebefragung (2024)	p-Wert
<b>Weg zur Arbeit</b> <sup>1</sup> , n = 364	42,4 (SD: 28,8)	43,6 (SD: 30,5)	n.s.
<b>Bereich</b> , n = 343	n (%)	n (%)	p < 0,001
ambulant	137 (39,9%)	169 (49,3%)	
stationär	156 (45,5%)	128 (37,3%)	
beides	24 (7,0%)	19 (5,5%)	
keine Zuordnung möglich	26 (7,6%)	27 (7,9%)	
<b>Einrichtung</b> , n = 335	n (%)	n (%)	p < 0,001
Krankenhaus/Klinik	175 (52,2%)	145 (43,3%)	
Rehabilitationseinrichtung	10 (3,0%)	10 (3,0%)	
Einzel-Praxis	70 (20,9%)	79 (23,6%)	
Gemeinschaftspraxis	24 (7,2%)	37 (11,0%)	
MVZ	31 (9,3%)	44 (13,1%)	
Praxisgemeinschaft	21 (6,3%)	16 (4,8%)	
Öffentl. Gesundheitsdienst	4 (1,2%)	4 (1,2%)	
<b>Fachrichtung</b> , n = 361	n (%)	n (%)	p < 0,002
Allgemeinmedizin	44 (12,2%)	50 (13,9%)	
Innere Medizin	64 (17,7%)	69 (19,1%)	
Kinder- u. Jugendmedizin	26 (7,2%)	22 (6,1%)	
Diagnostische FR	20 (5,5%)	18 (5,0%)	
Chirurgische FR	111 (30,8%)	109 (30,2%)	
Organbezogene FR	18 (5,0%)	20 (5,5%)	
Neurolog./psychiatrische FR	39 (10,8%)	49 (13,6%)	
Prävention, Gesundheitsförd.	15 (4,2%)	24 (6,7%)	
keine/kann nicht zugeordnet werden	24 (6,7%)	11 (3,0%)	

	Baseline-Befragung (2020)	Folgebefragung (2024)	p-Wert
<b>Pat.-Anzahl<sup>2</sup>, n = 295</b>			
gesamt	M: 30,2 (SD: 21,4)	M: 29,5 (SD: 21,5)	n.s.
ambulant	M: 44,8 (SD: 25,0)	M: 43,0 (SD: 24,9)	n.s.
stationär	M: 20,9 (SD: 10,8)	M: 19,1 (SD: 10,8)	n.s.
<b>Arbeitsvertrag<sup>3</sup>, n = 361</b>	n (%)	n (%)	p < 0,001
unbefristet	181 (50,1%)	212 (58,7%)	
befristet	89 (24,7%)	46 (12,7%)	
trifft nicht zu (z.B. selbständig)	91 (25,2%)	103 (28,5%)	

Anm.: <sup>1</sup> in Minuten; <sup>2</sup> Anzahl Patientinnen/Patienten pro Tag; <sup>3</sup> nur angestellte Ärztinnen und Ärzte; n (%) = Anzahl der Fälle mit vollständigen Angaben, sowie der Prozentangabe; M = Mittelwert, SD = Standardabweichung; n.s. = nicht signifikant

Insgesamt sind n = 126 (von n = 137) im ambulanten Bereich geblieben, bei der befragten Ärzteschaft im stationären Bereich waren es 118 (von n = 156), die zwischen 2020 und 2024 nicht wechselten. Dies spiegelte sich auch in den Angaben zum Tätigkeitsbereich wider. So wurde „Krankenhaus/Klinik“ in der Baseline-Befragung von n = 206 Personen genannt, vier Jahre später war das nur noch bei n = 169 Personen der Fall. In beiden Stichproben waren die chirurgischen Fachrichtungen mit jeweils knapp 31% bzw. 30% am häufigsten vertreten. Weitere berufsbezogene Merkmale dieser Sub-Stichprobe finden sich in Tabelle 16.

Vergleicht man die berufsbezogenen Merkmale der ambulant tätigen Ärzteschaft, zeigte sich, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeiträumen in der Verteilung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung gab, als auch in Hinblick auf den beruflichen Status (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Weitere berufsbezogene Merkmale der ambulant-tätigen Ärzteschaft (Längsschnitt, 2020 und 2024)

	Baseline-Befragung (2020)	Folgebefragung (2024)	p-Wert
<b>Tätigkeit, n = 133</b>	n (%)	n (%)	n.s.
fachärztlich	72 (54,1%)	73 (54,9%)	
hausärztlich	53 (39,9%)	57 (42,9%)	
beides	8 (6,0%)	3 (2,3%)	
<b>Status, n = 99</b>	n (%)	n (%)	n.s.
angestellt	47 (47,5%)	43 (43,4%)	
selbständig	50 (50,5%)	54 (54,6%)	
beides	2 (2,0%)	2 (2,0%)	

Anm.: n (%) = Anzahl der Fälle mit vollständigen Angaben, sowie der Prozentangabe; n.s. = nicht signifikant; basierend auf Selbstangaben

Bei den Befragten, die in Kliniken oder Krankenhäusern tätig waren, gab es vor allem hinsichtlich der Verteilung der Leitungsfunktionen Unterschiede, so stieg der Anteil der Personen, die eine Oberarzt-Position innehaben von n = 57 in 2020 auf n = 74 in 2024 (Tabelle 18).

Tabelle 18: Weitere berufsbezogene Merkmale der stationär-tätigen Ärzteschaft (Längsschnitt, intraindividuell)

	Baseline-Befragung (2020)	Folgebefragung (2024)	p-Wert
<b>Trägerschaft</b> , n = 177	n (%)	n (%)	n.s
öffentlich	93 (46,9%)	92 (52,0%)	
freigemeinnützig <sup>1</sup>	22 (12,4%)	20 (11,3%)	
privat	43 (24,3%)	40 (12,6%)	
Universität	29 (16,4%)	25 (14,1%)	
<b>Funktion</b> , n = 178	n (%)	n (%)	p < 0,001
keine Position	103 (57,9%)	82 (46,1%)	
Oberarzt-Position	57 (32,0%)	74 (41,6%)	
Chefarzt-Position	7 (3,9%)	9 (5,1%)	
andere leitende Tä-	11 (6,2%)	13 (7,3%)	

Anm.: <sup>1</sup> beinhaltet konfessionelle, soziale oder karitative Einrichtungen; n (%) = Anzahl der Fälle mit vollständigen Angaben, sowie der Prozentangabe; n.s. = nicht signifikant; basierend auf Selbstangaben

## 4.2 Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche

Im folgenden Abschnitt werden die Entwicklungen von Arbeitszeit und Arbeitszeitwünschen zwischen 2020 und 2024 näher beschrieben.

Hinsichtlich der Entwicklung der wöchentlichen Arbeitszeiten zeigt sich, dass sich bei der vertraglich vereinbarten, aber auch tatsächlichen Arbeitszeit (d.h. inklusive Überstunden, Mehrarbeit und Bereitschaftsdiensten) eine signifikante Reduktion der Arbeitszeit gab. So sank beispielsweise die vertragliche Arbeitszeit bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten von 36,9 auf 35,3. Aber auch die tatsächliche Arbeitszeit reduzierte sich: bei angestellten Ärztinnen und Ärzten um durchschnittlich 2,5 Stunden pro Woche und bei Selbständigen um durchschnittlich 1,9 Stunden pro Woche (Abbildung 16, p-Werte sind in der Abbildung dargestellt).

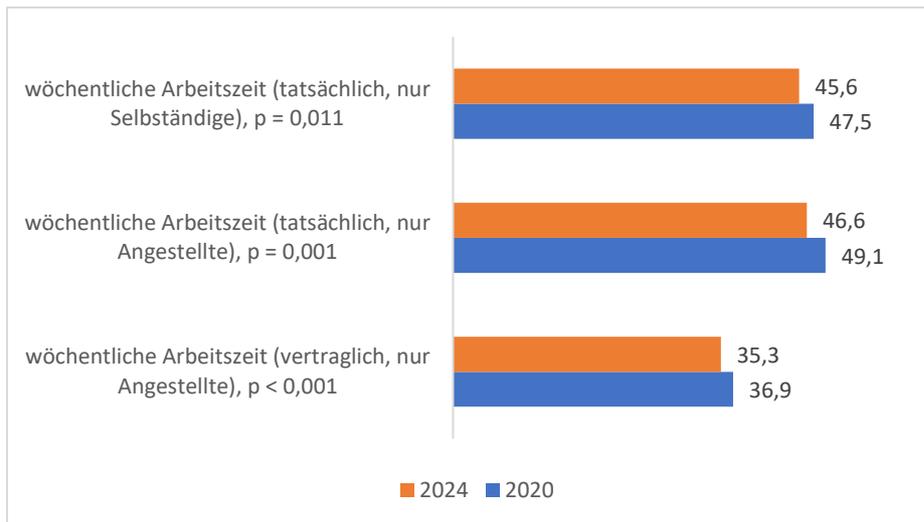


Abbildung 16: Veränderung der vertraglich vereinbarten und tatsächlichen wöchentlichen Arbeitszeit (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Anm.: durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden/Woche, inklusive Signifikanztests (p-Werte)

Schaut man sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit genauer an, wird deutlich, dass es bei 75% (n = 272) der Befragten zwischen 2020 und 2024 keine Arbeitszeitveränderung gab, bei 16% (n = 57) hat sich die Arbeitszeit reduziert und bei 9% (n = 32) hat sich die Arbeitszeit erhöht. Vergleicht man die Arbeitszeitveränderung mit den Angaben von 2020 zur zukünftigen Arbeitszeitplanung, zeigte sich, dass der Anteil der Befragten, die in 2020 angaben, ihre Arbeitszeit reduzieren zu wollen, bei 15% lag. Von den befragten Ärztinnen und Ärzten, die 2020 angaben, ihre Arbeitszeit nicht verändern zu wollen, haben 8,6% ihre Arbeitszeit 2024 erhöht und 15% haben ihre Arbeitszeit reduziert (Tabelle 19).

Tabelle 19: Vergleich der Angaben zur geplanten Arbeitszeit in 2020 und der tatsächlichen Arbeitszeitveränderung in 2024 (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Geplante zukünftige Arbeitszeit (Angabe 2020)		Tatsächliche Veränderung der Arbeitszeit zwischen 2020 und 2024		
		Stundenreduktion	Stundenerhöhung	Keine Veränderung
AZ soll sich reduzieren, n = 143	AZ soll sich reduzieren, n = 143	15,4%	7,0%	77,6%
	AZ soll sich erhöhen, n = 8	25,0%	50,0%	25,0 %
	AZ bleibt unverändert, n = 209	15,3%	8,6%	76,1%

Anm.: AZ = Arbeitszeit pro Woche

Abbildung 17 veranschaulicht noch einmal wie sich Veränderungen zwischen 2020 und 2024 in Hinblick auf die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit äußerten. So gab es bei 46% der Vollzeit-Tätigen (d.h. 40h/Woche oder mehr, n = 113) sowie bei 30% der Teilzeit-Tätigen (d.h. weniger als 40h/Woche, n = 73) keine Änderungen. Währenddessen gab es bei 5% der Befragten eine Arbeitszeiterhöhung auf 40h/Woche oder mehr (n = 11), wohingegen 20% ihre Arbeitszeit reduzierten und nicht mehr in Vollzeit arbeiteten (n = 50).

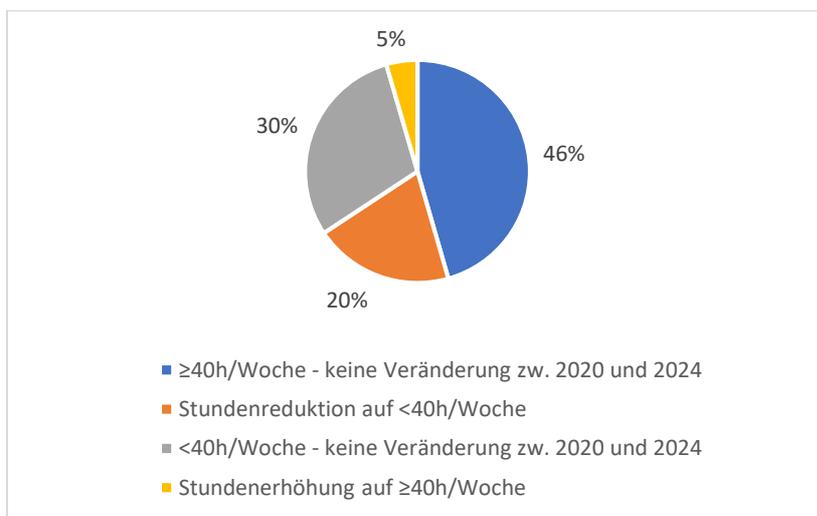


Abbildung 17: Veränderungen hinsichtlich der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit(Längsschnitt, 2020 und 2024)

Zu beiden Befragungszeitpunkten wurde die sächsische Ärzteschaft auch zu Einflussnahme und Auswirkungen der Arbeitszeit befragt (Abbildung 18).

Hier zeigten sich ebenfalls Unterschiede. Hinsichtlich der Frage, ob Berufliches auch im Urlaub erledigt wird, stieg der Anteil der Ärzteschaft, die dies immer oder oft tun von 17% auf 23%. Jedoch gab es bezogen auf Einflussnahme auf Arbeitsbeginn oder -ende eine leichte Steigerung. Waren es 2020 noch rund 32%, die angaben, dass sie viel oder sehr viel Einfluss darauf haben, waren es vier Jahre später 37%.

Im Rahmen der Arbeitszeitplanung Rücksicht auf Privates zu nehmen, war ein Aspekt, der sich zwischen den beiden Befragungszeitpunkten jedoch nicht signifikant voneinander unterschied. Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit im Allgemeinen. So gaben 2020 rund 67% an mit ihrer Arbeitszeit zufrieden zu sein. In der Befragung von 2024 lag der Anteil der zufriedenen Ärzteschaft bei 65%.

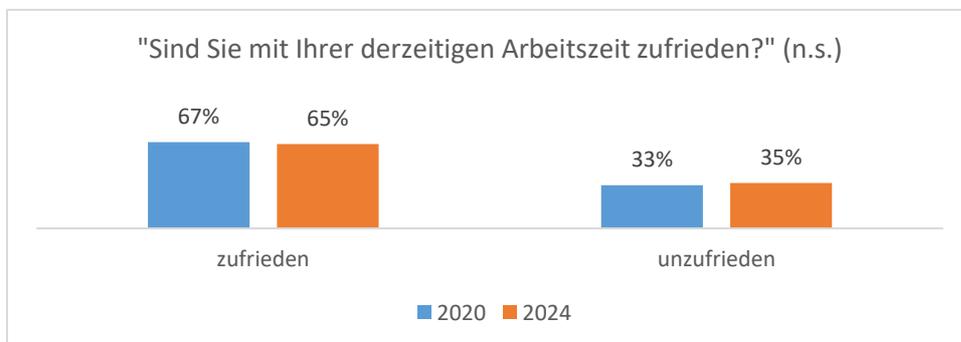
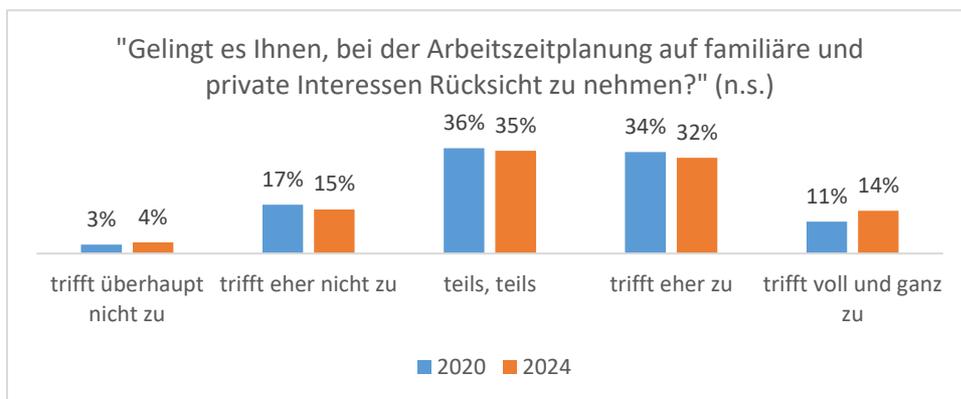
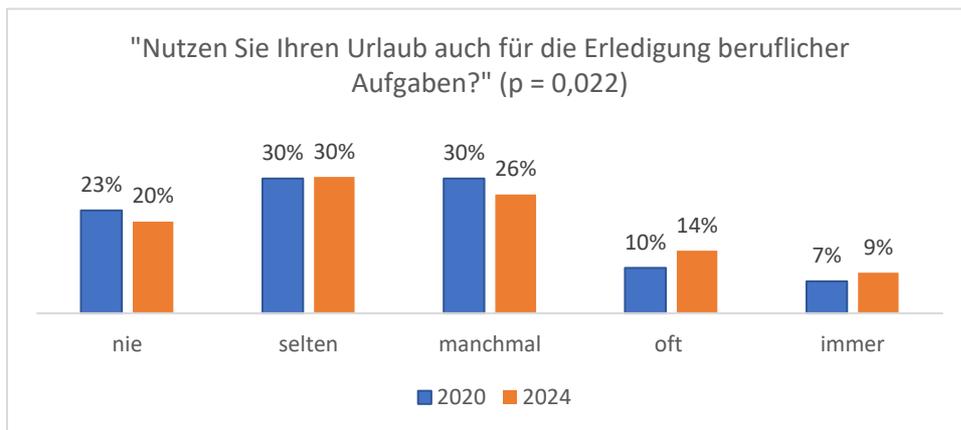
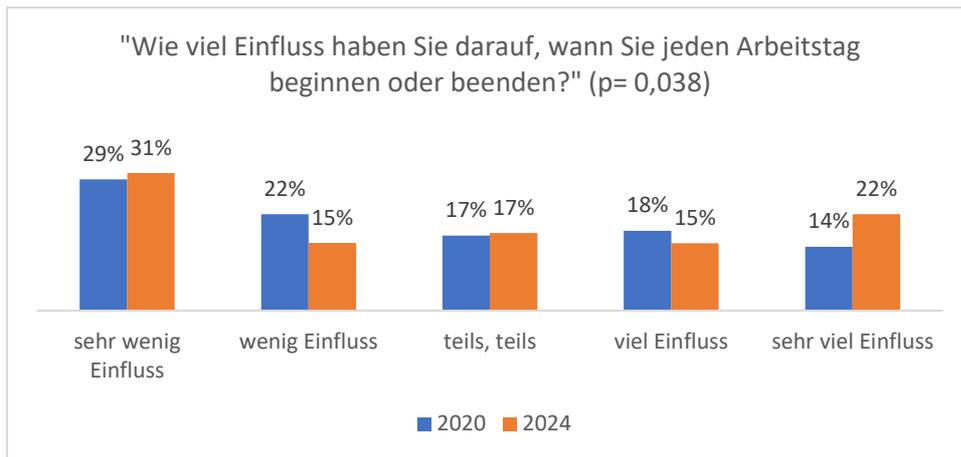


Abbildung 18: Einflussnahme und Auswirkungen der Arbeitszeit im vergleich (Längsschnitt, 2020 und 2024)

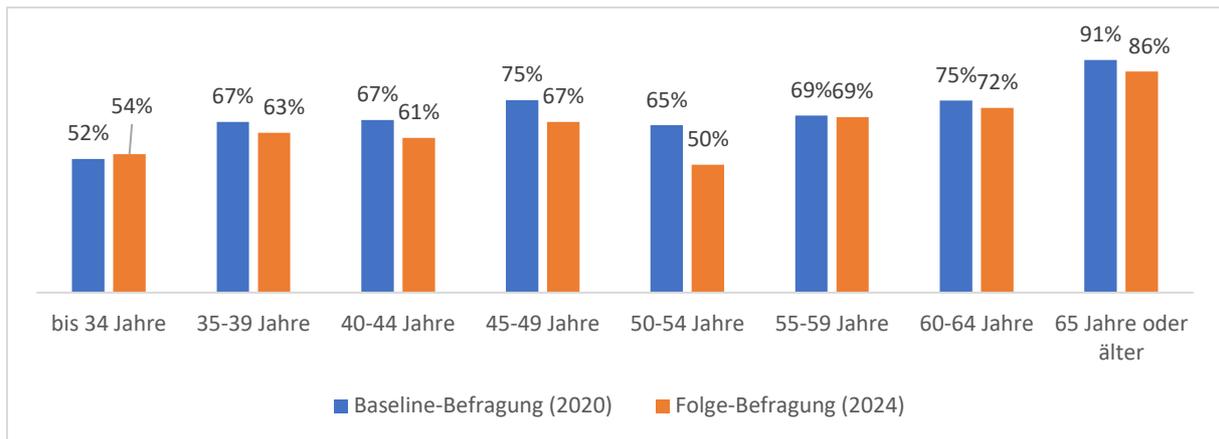


Abbildung 19: Arbeitszeitzufriedenheit in den verschiedenen Altersgruppen (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Anm.: dargestellt ist die jeweilige prozentuale Häufigkeit der Personen pro Altersgruppe, die angaben mit ihrer derzeitigen Arbeitszeit zufrieden zu sein

In Bezug auf die einzelnen Altersgruppen zeigte sich, dass der Anteil der Personen, die mit ihrer Arbeitszeit zufrieden waren, bei den 35- bis 54-jährigen, sowie bei den über 65-jährigen gesunken ist ( $p = 0,021$ ; Abbildung 19). Der Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten, die mit ihrer Arbeitszeit zufrieden waren, blieb bei den Ärztinnen konstant bei 69% und sank um 6% auf 57% bei den Ärzten ( $p = 0,044$ , Abbildung 20).

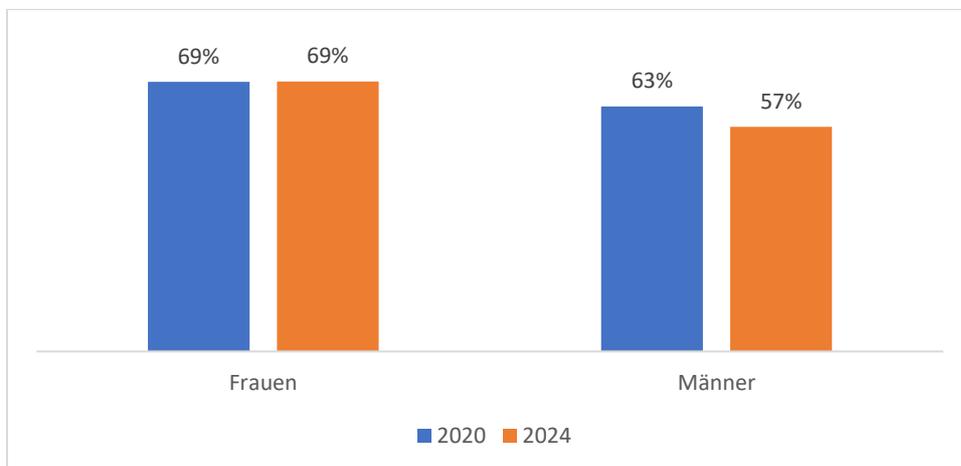


Abbildung 20: Arbeitszeitzufriedenheit und Geschlecht (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Anm.: dargestellt ist der Anteil der Befragten, die angaben, mit ihrer Arbeitszeit zufrieden zu sein

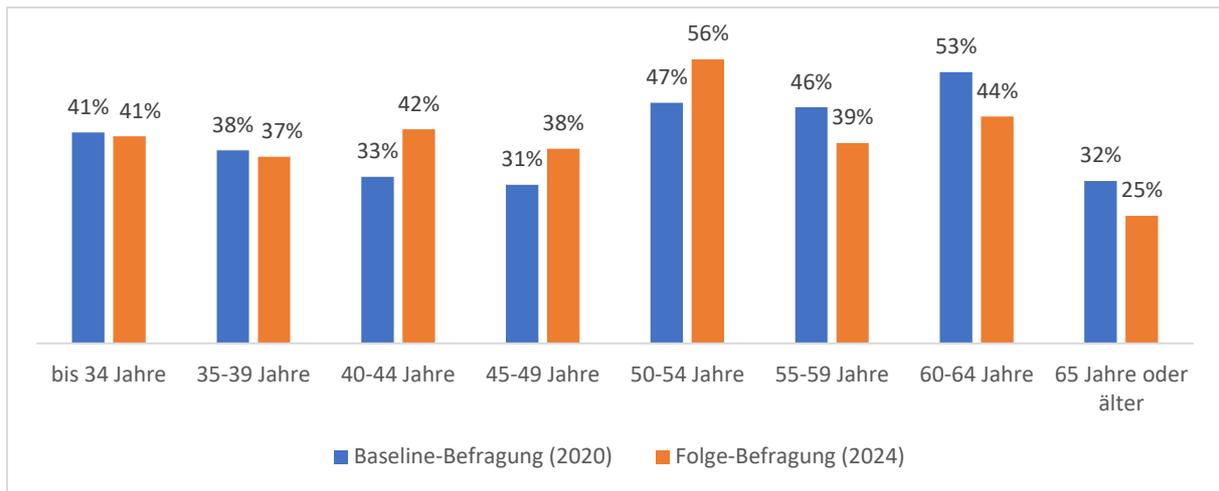


Abbildung 21: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitreduktion in den verschiedenen Altersgruppen (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Anm.: dargestellt ist die Anzahl der Befragten, die ihre Arbeitszeit reduzieren möchten oder werden

Der Anteil der Befragten, die angaben, zukünftig ihre Arbeitszeit reduzieren zu wollen, lag in beiden Befragungen konstant bei 40% (2020 n = 149; 2024 n=147). Der Anteil der Personen, die ihre Arbeitszeit erhöhen wollen, stieg von 3% (n = 10) auf 5% (n = 19). Wobei sich auch hier Altersunterschiede abzeichnen; so stieg der Anteil der Ärzteschaft, die ihre Arbeitszeit reduzieren möchten, bei den 40 bis 54-Jährigen an und sank bei den über 55-Jährigen ab (Abbildung 21). Vergleicht man jedoch alle Ausprägungen (Arbeitszeit soll sich reduzieren, erhöhen, unverändert bleiben), zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf die Altersgruppen. In einer Gegenüberstellung der Ärztinnen und Ärzte zeigte sich, dass der Anteil der Ärztinnen, die ihre Arbeitszeit reduzieren wollen, leicht gesunken ist, und der Anteil der Ärzte einen Anstieg zu verzeichnen hatte (Abbildung 22), allerdings gab es hierbei keinen signifikanten Unterschied.

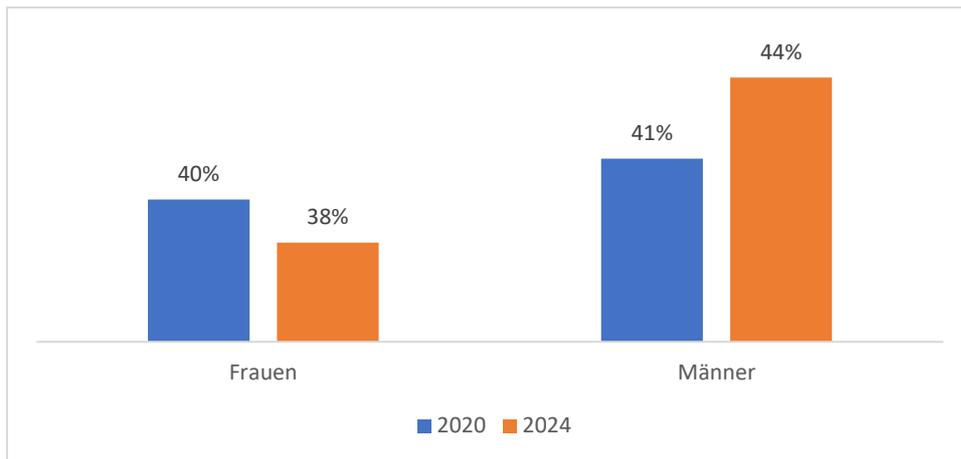


Abbildung 22: Übersicht über zukünftige Arbeitszeitreduktion und Geschlecht (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Anm.: dargestellt ist der Anteil der Befragten, die ihre zukünftige wöchentliche Arbeitszeit reduzieren möchte oder werden

### 4.3 Bedeutung der Arbeit und anderer Lebensbereiche

Hinsichtlich der Bedeutung des Berufes, sowie anderer Lebensbereiche gab es keine signifikanten Unterschiede. Zu beiden Messzeitpunkten wurde der Bereich „Familie/Partnerschaft“ als am wichtigsten von den Befragten eingeschätzt.

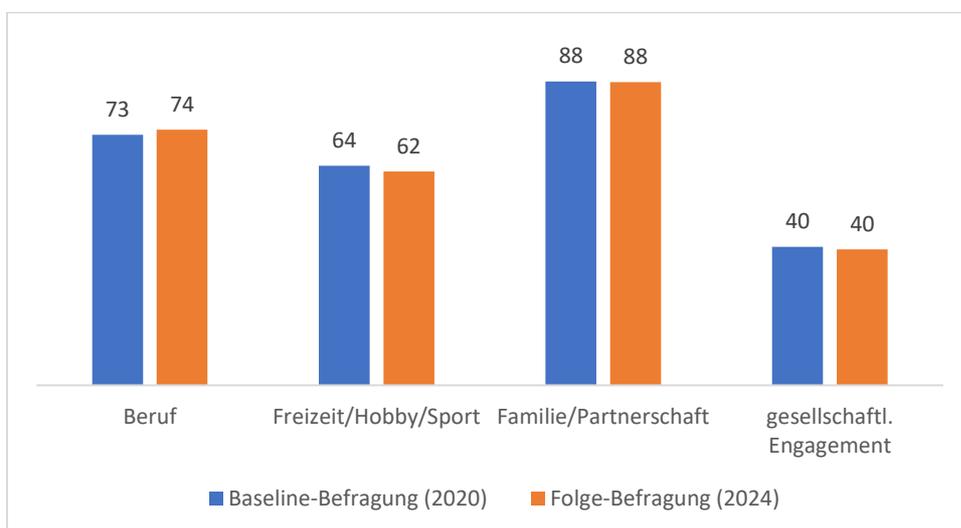


Abbildung 23: Bedeutung der Arbeit und andere Lebensbereiche im Vergleich (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Anm.: dargestellt ist der jeweilige Mittelwert von 2020 bzw. 2024 (höhere Werte stehen für eine größere Wichtigkeit des Lebensbereiches: 0 = unwichtig, 100 = sehr wichtig)

## 4.4 Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict & Gesundheit

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich ebenfalls hinsichtlich der Ausprägung von Burnout, Arbeitszufriedenheit, Work-Privacy-Conflict oder Arbeitsengagement. Lediglich hinsichtlich des subjektiven, allgemeinen Gesundheitszustandes zeigten sich signifikante Unterschiede. So wiesen die Befragten in 2020 einen etwas besseren Gesundheitszustand auf als in 2024 (Tabelle 20).

Tabelle 20: Übersicht über gesundheits- und arbeitsbezogene Outcomes im Vergleich (Längsschnitt, 2020 und 2024)

	<b>Baseline-Befragung (2020) M (SD)</b>	<b>Folge-Befragung (2024) M (SD)</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Burnout – Gesamt-Score<sup>1</sup></b> , n = 332	33,1 (15,4)	33,7 (16,8)	n.s.
Patientenbezog. Burnout <sup>1</sup> , n = 348	22,9 (18,9)	23,3 (18,9)	n.s.
Arbeitsbezog. Burnout <sup>1</sup> , n = 355	33,4 (16,9)	34,2 (18,8)	n.s.
Persönliches Burnout <sup>1</sup> , n = 358	43,2 (17,8)	44,4 (19,8)	n.s.
<b>Subjektiver Gesundheitszustand</b> , n = 369	81,9 (13,6)	80,1 (14,2)	p = 0,012
<b>Arbeitsengagement<sup>3</sup></b> , n = 355	34,1 (7,6)	34,1 (8,2)	n.s.
<b>Arbeitszufriedenheit<sup>4</sup></b> , n = 349	18,6 (2,0)	18,5 (2,0)	n.s.
<b>Work-Privacy-Conflict<sup>5</sup></b> , n = 362	42,8 (23,2)	42,8 (25,5)	n.s.

Anm.: <sup>1</sup> höherer Score steht für größere Arbeitsbelastung; <sup>2</sup> höhere Werte stehen für einen besseren subjektiven Gesundheitszustand, <sup>3</sup> höhere Werte stehen für stärkeres Engagement; <sup>4</sup> höhere Werte stehen für mehr Unzufriedenheit; <sup>5</sup> Work-Privacy-Conflict: höhere Wert stehen für mehr Konflikte zwischen Arbeit und Privatem; Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ); M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9); Angaben beinhalten nur Fälle ohne fehlende Werte

## 4.5 Erwerbsmotivation und Renteneintritt

Hinsichtlich der Erwerbsmotivation gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Baseline und Folge-Befragung – weder in Hinblick auf den Gesamtscore (zu beiden Zeitpunkten 3,0, Standardabweichung: 0,1), noch die einzelnen Items betreffend (Tabelle 21).

Tabelle 21: Überblick über die einzelnen Aspekte der Erwerbsmotivation (Längsschnitt, 2020 und 2024)

	<b>Baseline-Befragung (2020)</b> M (SD)	<b>Folge-Befragung (2024)</b> M (SD)	<b>p-Wert</b>
„Ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass ich bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten werde.“	3,9 (1,2)	3,9 (1,2)	n.s.
„Je früher ich mit dem Arbeiten aufhören kann, desto besser.“	3,6 (1,3)	3,7 (1,3)	n.s.
„Ich kann mir noch gar nicht vorstellen, dass ich irgendwann mal aufhöre zu arbeiten.“	2,4 (1,4)	2,4 (1,4)	n.s.
„Wenn ich an meinen Ruhestand denke, habe ich das Gefühl, dass ich das Arbeiten vermissen werde.“	2,9 (1,1)	2,9 (1,1)	n.s.
„Ich würde gern über das Renteneintrittsalter hinaus arbeiten.“	2,5 (1,3)	2,5 (1,3)	n.s.

Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; basierend auf Antwortmöglichkeiten von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft voll und ganz zu*; n.s. = nicht signifikant

Dies wird ebenso deutlich, wenn man sich die Verteilung hinsichtlich des Renteneintrittswunsches anschaut. Auch hier gab es zwischen 2020 und 2024 keine signifikanten Unterschiede und der Wunsch, vorzeitig in Rente gehen zu können, blieb bei den Befragten in 2024 konstant bei 42% bzw. 41% (Tabelle 22).

Tabelle 22: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand (Längsschnitt, 2020 und 2024)

	<b>Baseline-Befragung 2020</b> <b>Sub-Stichprobe (≤ 66 Jahre)</b> n (%)	<b>Folge-Befragung 2024</b> <b>Sub-Stichprobe (≤ 66 Jahre)</b> n (%)
vorzeitig	139 (41,6%)	137 (41,0%)
bis zum regulären Rentenalter	90 (27,0%)	86 (25,8%)
über das reguläre Rentenalter hinaus	38 (11,4%)	48 (14,4%)
weiß nicht	67 (20,1%)	63 (18,9%)

Anm.: n (%) = Anzahl der Fälle mit vollständigen Angaben, sowie der Prozentangabe; ohne Fälle mit fehlenden Angaben, n = 334

Die Gründe, die 2020 bzw. 2024 laut Angabe der Befragten für eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand ausschlaggebend sein könnten, werden in der folgenden Abbildung dargestellt (Ab-

bildung 24). Hierbei wird ersichtlich, dass Gründe wie „kein Nachfolger auffindbar“, „finanzielle Gründe“ oder „soziale Kontaktmöglichkeiten“ in der Folgebefragung 2024 an Bedeutung zugenommen haben. Gründe, wie „Wissensweitergabe“, „berufliches Interesse“ oder „Freude an der Arbeit“ haben etwas an Bedeutung verloren bzw. wurden weniger häufig genannt im Vergleich zu 2020. Dennoch bleiben die drei Gründe „Freude an der Arbeit“, „sich nützlich oder gebraucht fühlen“ sowie „soziale Kontaktmöglichkeiten“ die bedeutsamsten Faktoren, wenn sich Befragte für eine Erwerbstätigkeit im Ruhestand entscheiden würden.

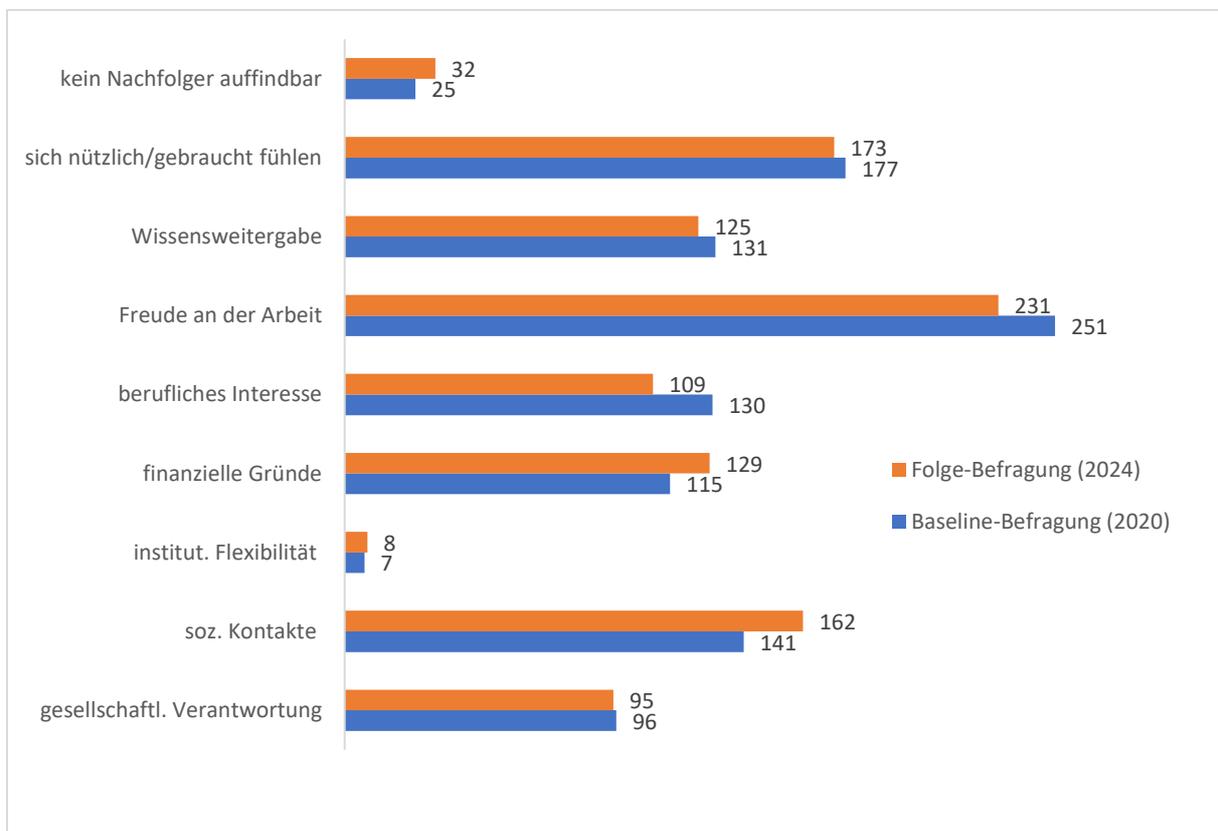


Abbildung 24: Vergleich der Gründe für eine ärztliche Tätigkeit im Ruhestand (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Anm.: Häufigkeit nach Anzahl der Nennung, Mehrfachantworten erlaubt, beinhaltet nur Fälle, die noch nicht das Renteneintrittsalter zum Zeitpunkt der Befragung erreicht haben

Die nachfolgenden Grafiken veranschaulichen die Entscheidung hinsichtlich des Eintritts in den Ruhestand innerhalb der verschiedenen Altersgruppen (Abbildung 25). Auch wenn es rein deskriptiv Unterschiede zu geben scheint, waren diese nicht statistisch signifikant.

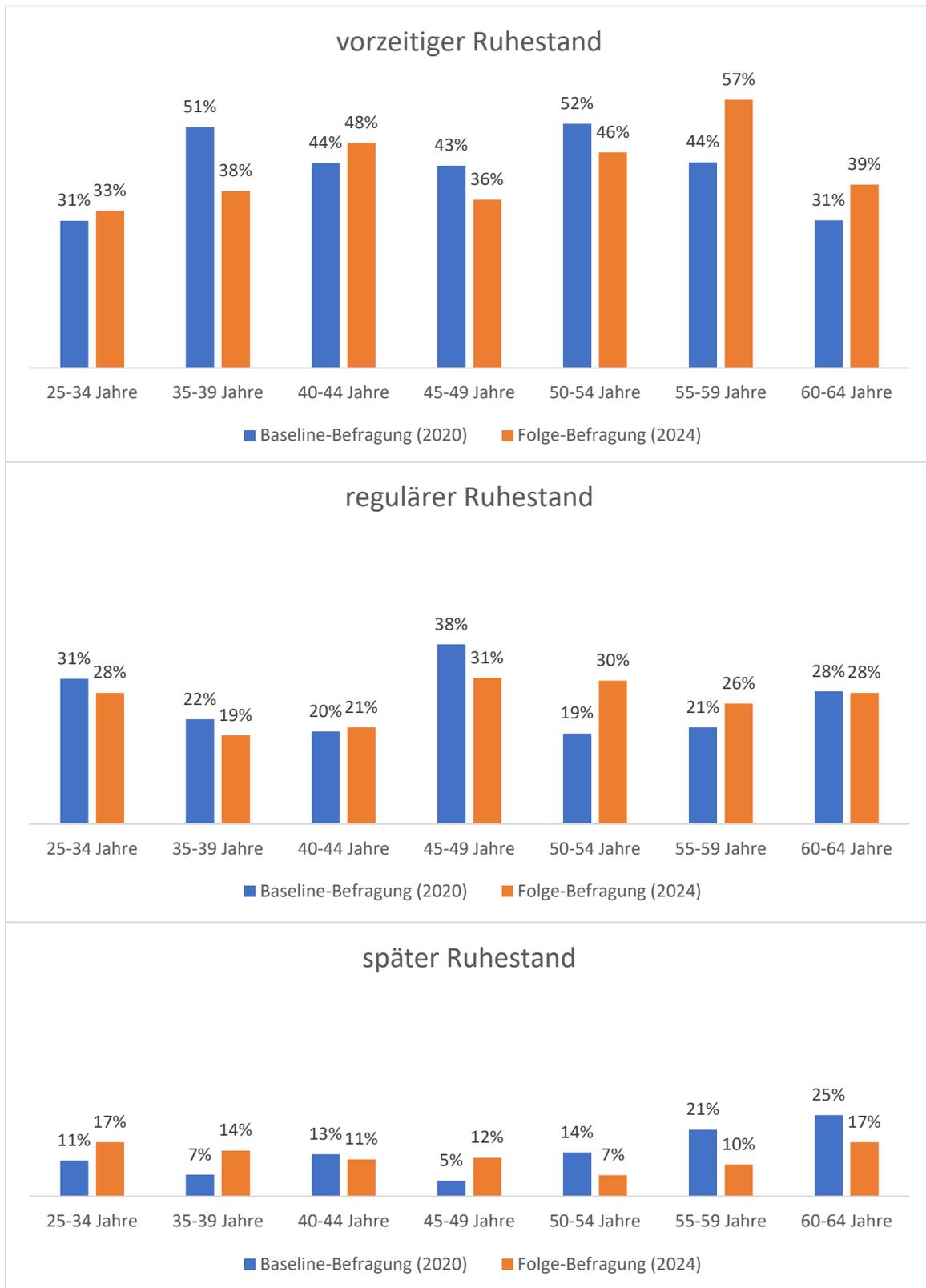


Abbildung 25: Gewünschter Eintritt in den Ruhestand und Alter (Längsschnitt, 2020 und 2024), nicht dargestellt: Fälle, die keine Angabe machten oder „weiß nicht“ ankreuzten

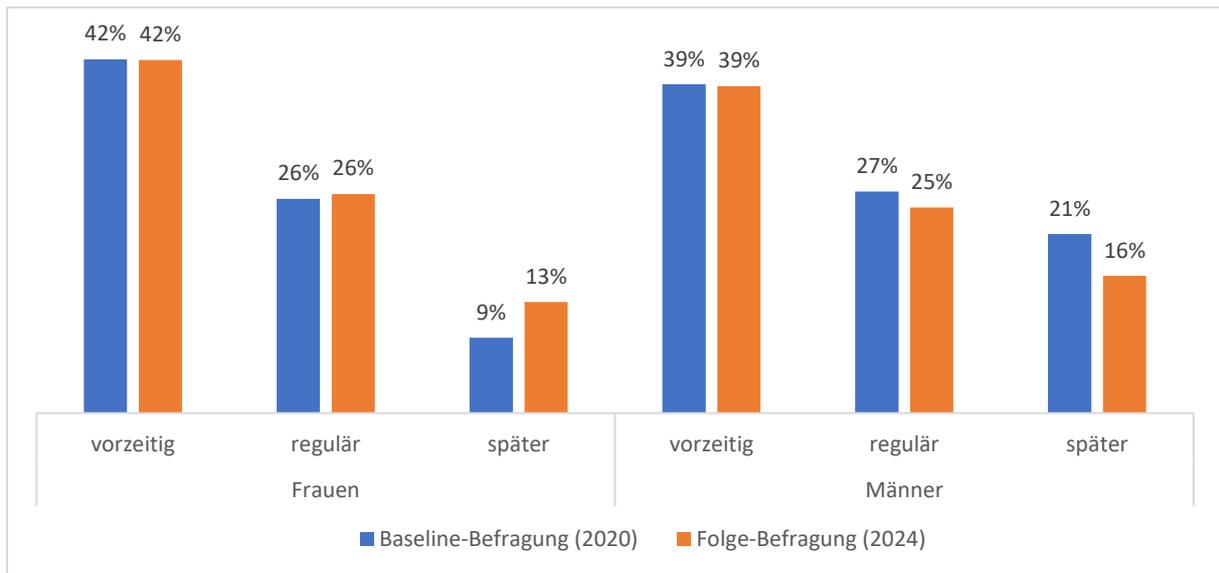


Abbildung 26: Gewünschter Eintritt in den Ruhestand und Geschlecht (Längsschnitt, 2020 und 2024)

Vergleicht man Ärztinnen und Ärzte miteinander, zeigte sich, dass es bei den Ärztinnen einen Anstieg derjenigen gab, die später in Rente gehen wollen oder möchten. Bei den Ärzten hingegen sank dieser Anteil von 21% auf 16% ab (nicht dargestellt: Anteil der Ärzteschaft, die „weiß nicht“ angab, Abbildung 26).

## 5. Ergebnisse III – Vergleich der Stichproben von 2020 und 2024

Im Folgenden soll die Gesamtstichprobe von 2020 (n = 987) mit der Gesamtstichprobe von 2024 (n = 979) verglichen werden (Abbildung 27).

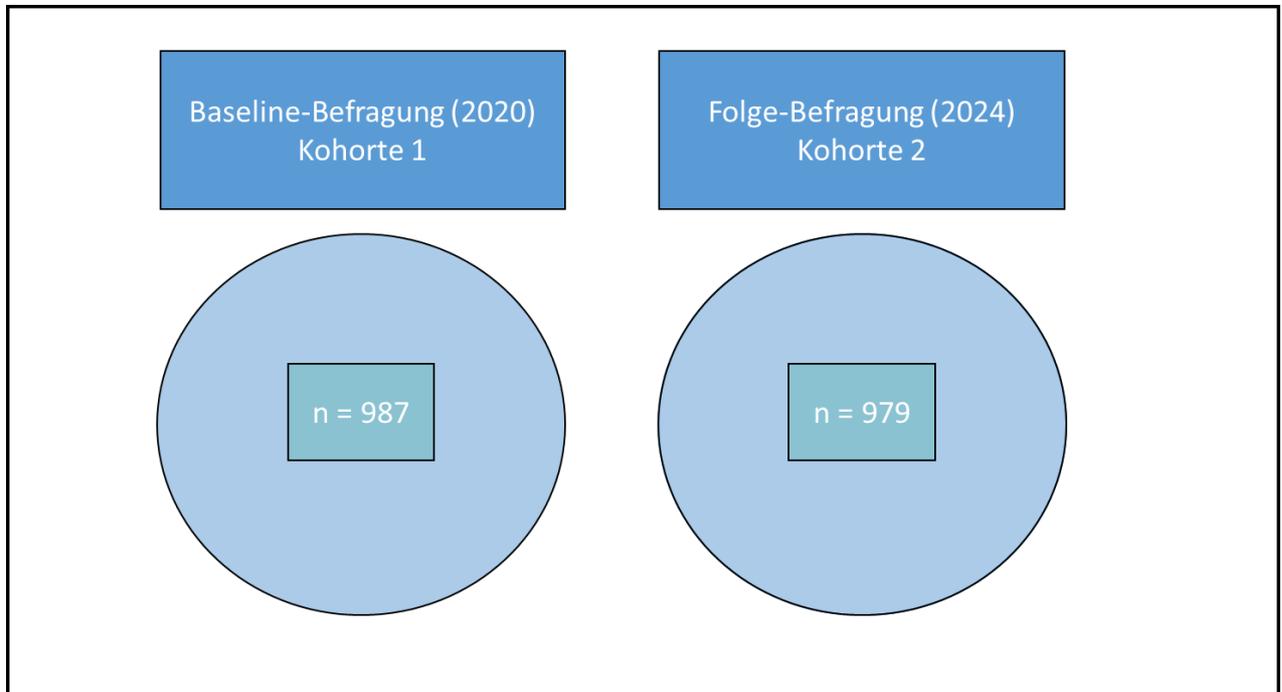


Abbildung 27: Übersicht Gegenüberstellung der beiden Stichproben 2020 und 2024

### 5.1 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden sollen beiden Gesamtstichproben aus 2020 und 2024 hinsichtlich ihrer sozio-demographischen und berufsbezogenen Merkmale gegenübergestellt werden. Die Befragten in der Stichprobe von 2020 waren im Mittel 48 Jahre alt (Standardabweichung: 14,2) und die Befragten in der Stichprobe von 2024 waren im Mittel 51 Jahre alt (Standardabweichung: 12,0). Die Mehrheit der Befragten beider Stichproben war männlich. Weitere soziodemographische Merkmale werden in Tabelle 23 beschrieben.

Tabelle 23: Übersicht über soziodemographische Merkmale (Stichprobenvergleich)

	Stichprobe 1 (2020)	Stichprobe 2 (2024)	p-Wert
Alter	n (%)	n (%)	
unter 34	214 (21,7%)	76 (7,9%)	p < 0,001
35 - 39	121 (12,3%)	157 (16,3%)	
40 - 44	104 (10,5%)	109 (11,3%)	

	Stichprobe 1 (2020)	Stichprobe 2 (2024)	p-Wert
45 - 49	88 (8,9%)	117 (12,2%)	
50 - 54	103 (10,4%)	107 (11,1%)	
55 - 59	92 (9,3%)	135 (14,0%)	
60 - 64	109 (11,0%)	121 (12,6%)	
65+	145 (14,8%)	141 (14,6%)	
n	976	963	
<b>Geschlecht</b>	n (%)	n (%)	n.s.
weiblich	410 (41,5%)	412 (42,1%)	
männlich	577 (58,5%)	566 (57,9%)	
n	987	978	
<b>Familienstand</b>	n (%)	n (%)	
ledig	91 (9,2%)	86 (8,8%)	n.s.
verheiratet	635 (64,3%)	671 (69,0%)	
verheiratet & getrennt le-	20 (2,0%)	19 (2,0%)	
verwitwet	16 (1,6%)	24 (2,5%)	
geschieden	40 (4,1%)	55 (5,7%)	
in Partnerschaft lebend	184 (18,7%)	118 (12,1%)	
n	986	973	
<b>Kinder</b>	n (%)	n (%)	
nein	213 (21,6%)	111 (11,4%)	p < 0,001
ja	770 (78,0%)	862 (88,6%)	
davon Personen mit Kin- dern <14 Jahren	349 (35,4%)	390 (39,8%)	
Anzahl Kinder gesamt	M: 2,1 (SD: 0,9)	M: 2,1 (SD: 1,0)	
n	983	983	
<b>Pflege eines Angehörigen</b>	n (%)	n (%)	
nein	903 (91,5%)	853 (87,7%)	p = 0,001
ja	79 (8,0%)	121 (12,4%)	
n	940	942	
<b>Einwohnerzahl<sup>1</sup></b>	n (%)	n (%)	
unter 500	5 (0,5%)	5 (0,5%)	n.s.
501 – 1.000	9 (0,9%)	10 (1,0%)	
1.001 – 5.000	56 (5,8%)	65 (6,7%)	
5.001 – 10.000	76 (7,8%)	73 (7,5%)	
10.001 – 20.000	117 (12,0%)	101 (10,4%)	
20.001 – 50.000	126 (13,0%)	144 (14,8%)	
50.001 – 100.000	74 (7,6%)	71 (7,3%)	
100.001 – 500.000	123 (12,7%)	114 (11,7%)	
über 500.000	385 (39,6%)	390 (40,1%)	
n	972	973	

	Stichprobe 1 (2020)	Stichprobe 2 (2024)	p-Wert
<b>Einkommen<sup>2</sup></b>	n (%)	n (%)	
<2.000	15 (1,5%)	16 (1,7%)	p < 0,001
2.001 – 4.000	221 (22,4%)	106 (11,3%)	
4.001 - 6.000	289 (29,3%)	233 (24,7%)	
6.001 – 8.000	192 (19,5%)	209 (22,2%)	
8.001 – 10.000	108 (10,9%)	167 (17,7%)	
10.001 – 12.000	47 (4,8%)	100 (10,6%)	
12.001 – 15.000	39 (4,0%)	46 (4,9%)	
15.001 – 20.000	22 (2,2%)	36 (3,8%)	
> 20.000	6 (0,6%)	29 (3,1%)	
n	940	942	

Anm.: <sup>1</sup> bezogen auf den Tätigkeitsort; <sup>2</sup> monatliches Haushaltsnettoeinkommen, in Euro;

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; Angaben ohne fehlende Werte, n.s. = nicht signifikant

In Tabelle 24 werden die berufsbezogenen Merkmale, wie medizinischer Bereich (ambulant oder stationär), sowie Fachrichtung und Beschäftigungsart gegenübergestellt. So gaben 39% der Teilnehmenden in 2020 an, in der ambulanten Patientenversorgung tätig zu sein, wohingegen es bei den Teilnehmenden in 2024 rund 44% waren. Klinik/Krankenhaus sowie Einzelpraxen waren 2020 und 2024 die am häufigsten genannten Tätigkeitsbereiche. Gleiches gilt auch für die Fachrichtungen; hier wurde 2020 und 2024 die chirurgische Fachrichtung am häufigsten genannt.

Tabelle 24: Übersicht zu berufsbezogenen Merkmalen der beiden Stichproben (Stichprobenvergleich)

	Stichprobe 2020	Stichprobe 2024	p-Wert
<b>Weg zur Arbeit<sup>1</sup></b>	M: 43,8 Min. (SD: 32,7) n = 972	M: 43,2 Min. (SD: 33,5) n = 965	n.s.
<b>Bereich<sup>2</sup></b>	n (%)	n (%)	p = 0,002
ambulant	384 (38,9%)	436 (46,6%)	
stationär	434 (44,0%)	357 (38,2%)	
beides	52 (5,3%)	59 (6,3%)	
keine Zuordnung möglich	85 (8,6%)	84 (8,9%)	
n	955	936	
<b>Einrichtung<sup>3</sup></b>	n (%)	n (%)	p < 0,001
Krankenhaus/Klinik	506 (51,3%)	445 (45,5%)	
Rehabilitationseinrichtung	42 (4,3%)	35 (3,6%)	
Einzel-Praxis	202 (20,5%)	219 (22,4%)	

	Stichprobe 2020	Stichprobe 2024	p-Wert
Gemeinschaftspraxis	70 (7,1%)	89 (9,1%)	
MVZ	85 (8,6%)	127 (13,0%)	
Praxisgemeinschaft	48 (4,9%)	38 (3,9%)	
Öffentl. Gesundheitsdienst	16 (1,6%)	17 (1,7%)	
n	987	978	
<b>Fachrichtung</b>	n (%)	n (%)	n.s.
Allgemeinmedizin	124 (12,6%)	141 (14,4%)	
Innere Medizin	170 (17,2%)	168 (17,2%)	
Kinder- u. Jugendmedizin	56 (5,7%)	56 (5,7%)	
Diagnostische FR	40 (4,0%)	53 (5,4%)	
Chirurgische FR	297 (30,1%)	295 (30,0%)	
Organbezogene FR	50 (5,1%)	62 (6,3%)	
Neurolog./psychiatrische FR	93 (9,4%)	101 (10,3%)	
Prävention, Gesundheitsförderung	59 (6,0%)	68 (7,1%)	
n	889	944	
<b>Pat.-Anzahl<sup>4</sup></b>	M (SD)	M (SD)	
gesamt	29,6 (22,0)	30,2 (22,5)	n.s.
ambulant	41,0 (26,1)	39,5 (24,7)	
stationär	21,3 (13,2)	19,8 (12,7)	
<b>Arbeitsvertrag<sup>6</sup></b>	n (%)	n (%)	p < 0,001
unbefristet	473 (48,4%)	555 (57,8%)	
befristet	261 (26,7%)	135 (14,1%)	
selbständig	244 (25,9%)	264 (27,5%)	
n	813	818	

Anm.: <sup>1</sup> in Minuten; <sup>2</sup> basierend auf den Angaben zur Versorgungsform/Einrichtung; <sup>3</sup> Mehrfachantworten zugelassen, daher keine Prozentangabe; <sup>4</sup> Anzahl Patientinnen/Patienten pro Tag; <sup>5</sup> nur angestellte Ärztinnen und Ärzte, basierend auf Angaben zur vertraglich vereinbarten Arbeitszeit, Vollzeit: mindestens 40h/Woche, Teilzeit=weniger als 40h/Woche; <sup>6</sup> nur angestellte Ärztinnen und Ärzte; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n (%) = Anzahl der Fälle mit Prozentangabe; Angaben ohne fehlende Werte, sofern nicht explizit ausgewiesen, n.s. = nicht signifikant

Im Folgenden soll noch einmal auf spezifische berufsbezogene Merkmale eingegangen werden, die nur ambulant-tätige bzw. stationär-tätigen Ärzteschaft betrifft (siehe Tabelle 25 und Tabelle 26).

Tabelle 25: Weitere Berufsbezogene Merkmale (nur ambulant-tätige Ärzteschaft, Stichprobenvergleich)

	Gesamtstichprobe 2020	Gesamtstichprobe 2024	p-Wert
<b>Tätigkeit</b>	n (%)	n (%)	p = 0,043
fachärztlich	230 (57,1%)	263 (58,3%)	
hausärztlich	155 (38,5%)	180 (39,9%)	
beides	18 (4,5%)	8 (1,8%)	
n	403	451	
<b>Status</b>	n (%)	n (%)	p < 0,001
angestellt	187 (44,8%)	218 (58,3%)	
selbständig	223 (53,5%)	145 (38,8%)	
beides	7 (1,7%)	11 (2,9%)	
n	417	374	

Anm.: ohne Fälle mit fehlenden Angaben

In beiden Stichproben war die Mehrheit der Befragten fachärztlich tätig und befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem Anstellungsverhältnis.

Hinsichtlich der Ärztinnen und Ärzte, die angaben innerhalb der stationären Patientenversorgung tätig zu sein, lag der Anteil der Personen mit Oberarzt-Position in der Stichprobe von 2020 bei 28% und in der Stichprobe von 2024 bei 40%. Die Mehrheit der Befragten gab außerdem jeweils an, bei einem öffentlichen Krankenhausträger beschäftigt zu sein.

Tabelle 26: Weitere berufsbezogene Merkmale (nur stationär-tätige Ärzteschaft, Stichprobenvergleich)

	Stichprobe 2020	Stichprobe 2024	p-Wert
<b>Trägerschaft</b>	n = 547	n = 490	p < 0,033
öffentlich	232 (42,4%)	238 (48,6%)	
freigemeinnützig	60 (11,0%)	43 (8,8%)	
privat	151 (27,6%)	118 (24,1%)	
Universität	104 (19,0%)	91 (18,6%)	
<b>Funktion</b>	n = 547	n = 509	p < 0,001
keine Position	333 (60,9%)	235 (46,2%)	
Oberarzt-Position	153 (28,0%)	205 (40,3%)	
Chefarzt-Position	31 (5,7%)	35 (6,9%)	
andere leitende Tätigkeit	30 (5,5%)	34 (6,7%)	

Anm.: Angaben ohne fehlende Werte

## 5.2 Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche (Stichprobenvergleich)

Hinsichtlich der vertraglich vereinbarten und tatsächlichen Arbeitszeit basierend auf Selbstangaben der Ärzteschaft lassen sich keine größeren Unterschiede zwischen den beiden Stichproben finden (Abbildung 28). Lediglich bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten war die tatsächliche Arbeitszeit in der Stichprobe von 2024 im Durchschnitt eine Stunde höher als in der Stichprobe von 2020.

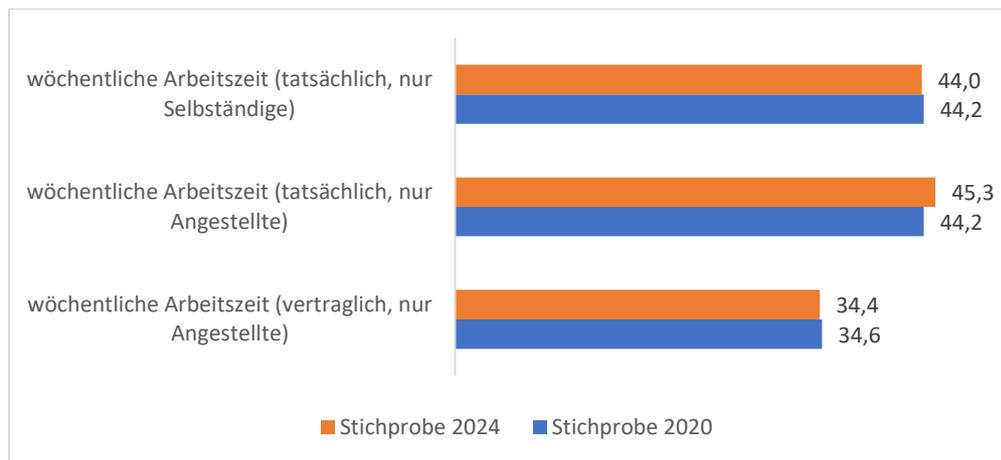


Abbildung 28: Vertraglich vereinbarte und tatsächliche Arbeitszeit (Stichprobenvergleich)

Anm.: durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden

Die Frage, ob der Urlaub auch für die Erledigung beruflicher Tätigkeiten genutzt wird, wurde 2024 häufiger als 2020 positiv beantwortet. Dafür wurde in 2024 häufiger angegeben, einen größeren Einfluss auf (zeitlichen) Arbeitsbeginn und -ende zu haben. Hinsichtlich der Rücksichtnahme auf Privates oder Familiäres im Rahmen der Arbeitszeitplanung gab es keine Unterschiede zwischen 2020 und 2024.

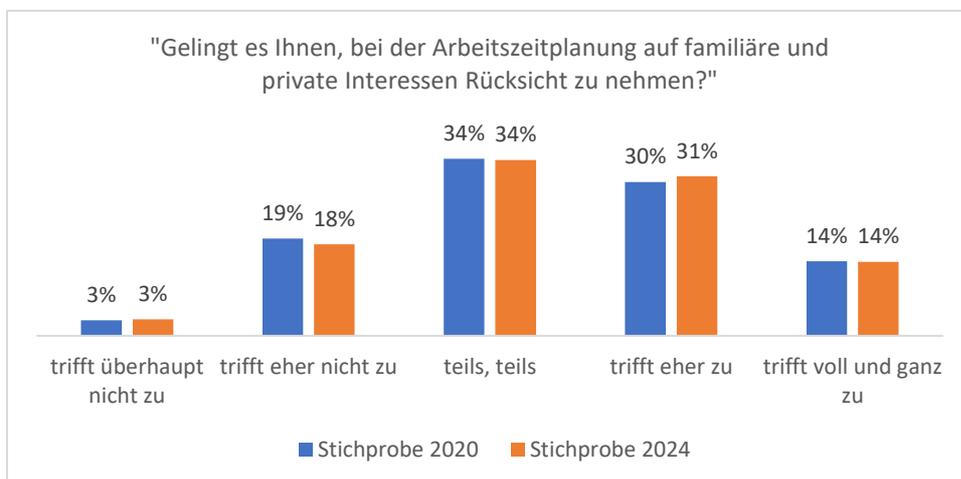
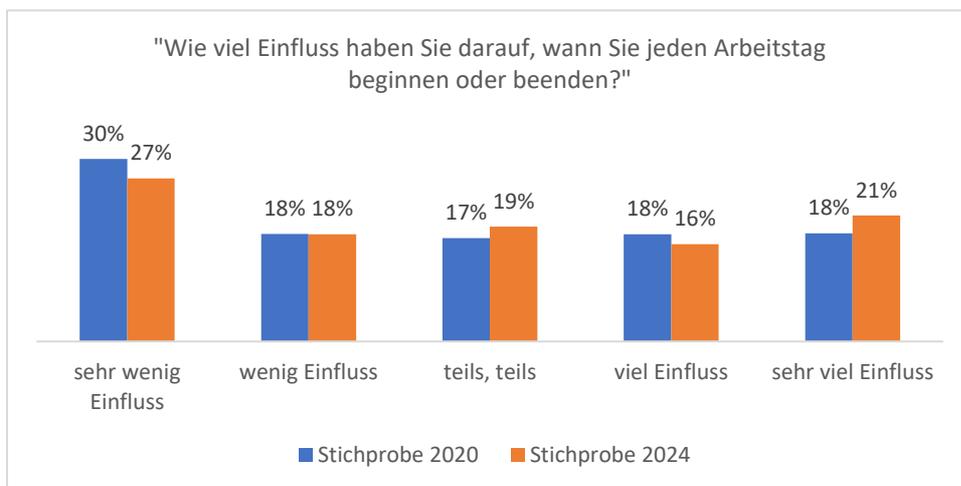
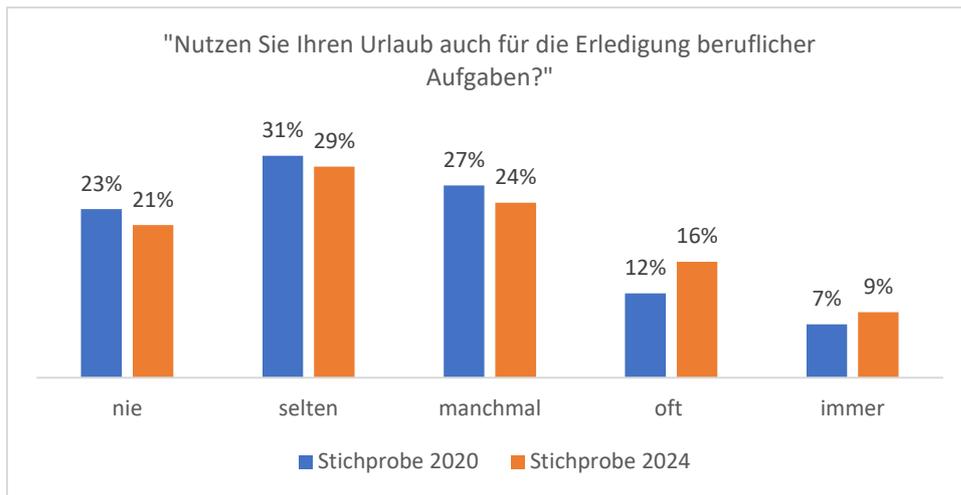


Abbildung 29: Einflussnahme und Auswirkungen der Arbeitszeit (Stichprobenvergleich)

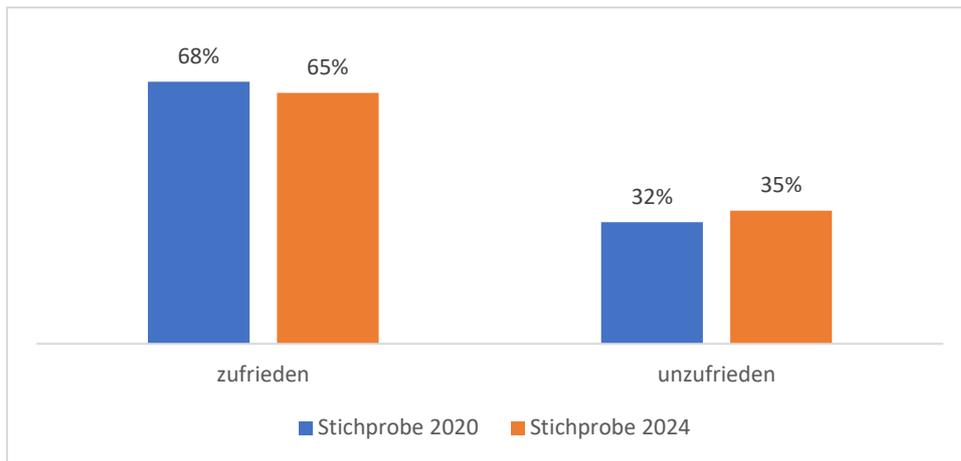


Abbildung 30: Arbeitszeitzufriedenheit (Stichprobenvergleich)

Anm.: dargestellt ist die Anzahl der Befragten, die mit ihrer derzeitigen Arbeitszeit zufrieden ist

Die Mehrheit der Ärzteschaft beider Stichproben war zum Zeitpunkt der Befragung mit der Arbeitszeit zufrieden; jedoch war der Anteil der zufriedenen Ärzteschaft in 2024 etwas geringer (65 vs. 68%, Abbildung 30). Hinsichtlich der Wünsche und Pläne einer Arbeitszeitreduktion zeigte sich, dass in der Stichprobe von 2024 der Anteil der jüngeren Ärzteschaft, die ihre Arbeitszeit reduzieren wollen, größer ist, verglichen mit der Stichprobe von 2020. Insgesamt gaben in 2020 rund 38% Personen an, zukünftig ihre Arbeitszeit reduzieren zu wollen, wohingegen es in der Folgebefragung 2024 rund 39% Personen waren. Die Altersgruppenvergleiche sind in Abbildung 31 dargestellt.

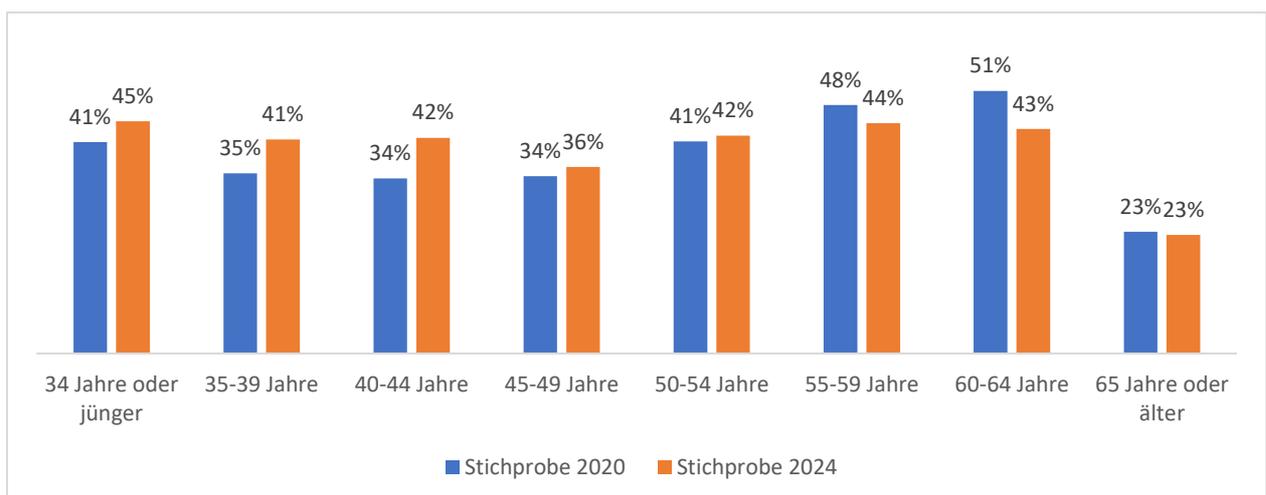


Abbildung 31: Pläne hinsichtlich zukünftiger Arbeitszeitreduktion in den verschiedenen Altersgruppen (Stichprobenvergleich)

Anm.: dargestellt ist die Anzahl der Befragten, die ihre derzeitige Arbeitszeit reduzieren möchten oder werden

Frauen, als auch Männer gaben in 2024 etwas häufiger an, dass sie sich eine Arbeitszeitreduktion wünschten oder diese planten als in 2020 (Abbildung 32).

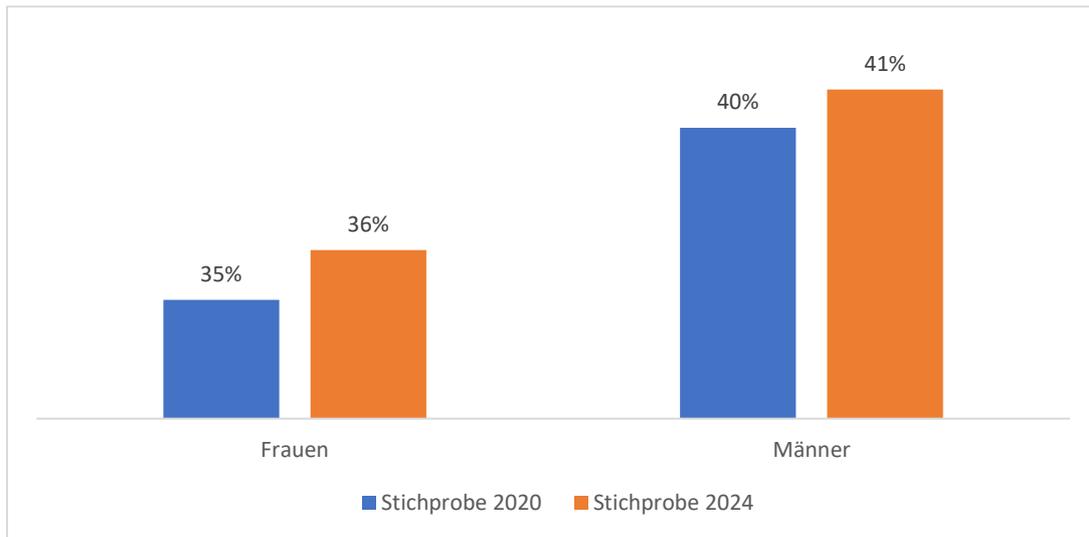


Abbildung 32: Pläne hinsichtlich zukünftiger Arbeitszeitreduktion und Geschlecht (Stichprobenvergleich)

Anm.: dargestellt ist die Anzahl der Befragten, die ihre derzeitige Arbeitszeit reduzieren möchten oder werden

### 5.3 Bedeutung der Arbeit und anderer Lebensbereiche

Einen Überblick über die Ergebnisse in Hinblick auf die Bedeutung von Arbeit, Freizeit, Familie und anderen Lebensbereichen findet sich in Abbildung 33.

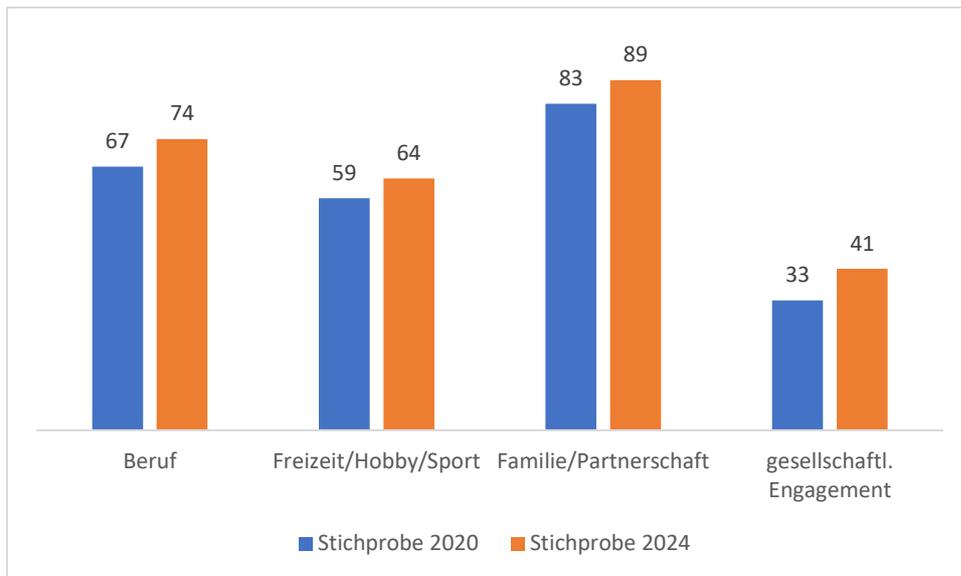


Abbildung 33: Bedeutung von Arbeit und anderen Lebensbereichen (Stichprobenvergleich)

Anm.: dargestellt ist der jeweilige Mittelwert der Stichprobe von 2020 bzw. 2024 (höhere Werte stehen für eine größere Wichtigkeit des Lebensbereiches: 0 = unwichtig, 100 = sehr wichtig, jeder Bereich wurde einzeln bewertet - nicht in der Summe)

Es zeigte sich, dass allen Lebensbereichen, einschließlich dem Beruf in der Stichprobe von 2024 eine größere Bedeutung zugeschrieben wurde als in 2020.

#### 5.4 Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict & Gesundheit

Die beiden Stichproben von 2020 und 2024 wurden ebenfalls hinsichtlich der im Fokus der Studie stehenden Outcomes Burnout, Arbeitszufriedenheit, subjektiver Gesundheitszustand, Arbeitsengagement und Work-Privacy-Conflict miteinander verglichen bzw. untersucht. Dabei zeigten sich lediglich hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Befragten keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 27). Der Gesundheitszustand wurde von den Befragten 2024 mit 78 und 2020 mit 80 eingeschätzt.

Tabelle 27: Übersicht über gesundheits- und arbeitsbezogene Outcomes (Stichprobenvergleich)

	<b>Stichprobe 1 (2020)</b> M (SD)	<b>Stichprobe 2 (2024)</b> M (SD)	<b>p-Wert</b>
Burnout – Gesamt-Score <sup>1</sup>	33,0 (16,7)	34,1 (17,0)	n.s.
Patientenbezogenes Burn-out <sup>1</sup>	22,7 (18,4)	23,6 (18,5)	n.s.
Arbeitsbezogenes Burnout <sup>1</sup>	33,7 (18,7)	34,4 (19,2)	n.s.
Persönliches Burnout <sup>1</sup>	42,9 (19,8)	44,2 (20,1)	n.s.
Subjektiver Gesundheitszustand	80,1 (14,9)	78,9 (15,8)	n.s.
Arbeitsengagement <sup>3</sup>	33,9 (8,2)	33,8 (8,1)	n.s.
Arbeitszufriedenheit <sup>4</sup>	18,5 (2,0)	18,4 (2,3)	n.s.
Work-Privacy-Conflict <sup>5</sup>	41,5 (24,4)	42,4 (25,6)	n.s.

Anm.: <sup>1</sup> höherer Score steht für größere Arbeitsbelastung; <sup>2</sup> höhere Werte stehen für einen besseren subjektiven Gesundheitszustand, <sup>3</sup> höhere Werte stehen für stärkeres Engagement; <sup>4</sup> höhere Werte stehen für mehr Unzufriedenheit, Hinweis: Wert von 2020 wurde korrigiert; <sup>5</sup> höhere Wert stehen für mehr Konflikte zwischen Arbeit und Privatem; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung, n.s. = nicht signifikant; Angaben beinhalten nur Fälle ohne fehlende Werte

## 5.5 Erwerbsmotivation und Renteneintritt

Hinsichtlich der Erwerbsmotivation ließen sich keine Unterschiede zwischen 2020 und 2024 finden (Tabelle 28). In der Summe lag der Mittelwert beider Stichproben bei 3,0. Auch die einzelnen Aspekte der Erwerbsmotivation unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

Tabelle 28: Überblick über die einzelnen Aspekte der Erwerbsmotivation (Stichprobenvergleich)

	<b>Stichprobe 1 (2020)</b> M (SD)	<b>Stichprobe 2 (2024)</b> M (SD)	<b>p-Wert</b>
„Ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass ich bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten werde.“	3,9 (1,3)	3,8 (1,3)	n.s.
„Je früher ich mit dem Arbeiten aufhören kann, desto besser.“	3,6 (1,3)	3,6 (1,3)	n.s.
„Ich kann mir noch gar nicht vorstellen, dass ich irgendwann mal aufhöre zu arbeiten.“	2,4 (1,4)	2,3 (1,4)	n.s.
„Wenn ich an meinen Ruhestand denke, habe ich das Gefühl, dass ich das Arbeiten vermissen werde.“	2,9 (1,2)	2,8 (1,1)	n.s.
„Ich würde gern über das Renteneintrittsalter hinaus arbeiten.“	2,5 (1,4)	2,5 (1,4)	n.s.

Anm.: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; basierend auf Antwortmöglichkeiten von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft voll und ganz zu*; n.s. = nicht signifikant

Die Ärztinnen und Ärzte, die das aktuelle Renteneintrittsalter zum Zeitpunkt der Befragungen noch nicht erreicht hatten, wurden auch in Hinblick auf ihren gewünschten oder geplanten Renteneintritt gefragt, allerdings zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 29).

Tabelle 29: Entscheidungen zum Eintritt in den Ruhestand (Stichprobenvergleich)

	<b>Stichprobe 1 (2020)</b> Sub-Stichprobe ( $\leq 66$ Jahre) <sup>1</sup> n (%)	<b>Stichprobe 2 (2024)</b> Sub-Stichprobe ( $\leq 66$ Jahre) <sup>2</sup> n (%)
vorzeitig	371 (43,8%)	388 (45,7%)
bis zum regulären Rentenalter	201 (23,7%)	188 (22,1%)
über das reguläre Rentenalter hinaus	101 (11,9%)	124 (14,6%)
weiß nicht	171 (20,2%)	150 (17,7%)

Anm.: Häufigkeiten und prozentuale Verteilung, ohne Fälle mit fehlenden Angaben; <sup>1</sup> n = 848; <sup>2</sup> n = 850

Vergleicht man die Altersgruppen von 2020 und 2024 insgesamt hinsichtlich der Entscheidung des Eintritts in den Ruhestand (vorzeitig, regulär oder später), zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede (Abbildung 34).

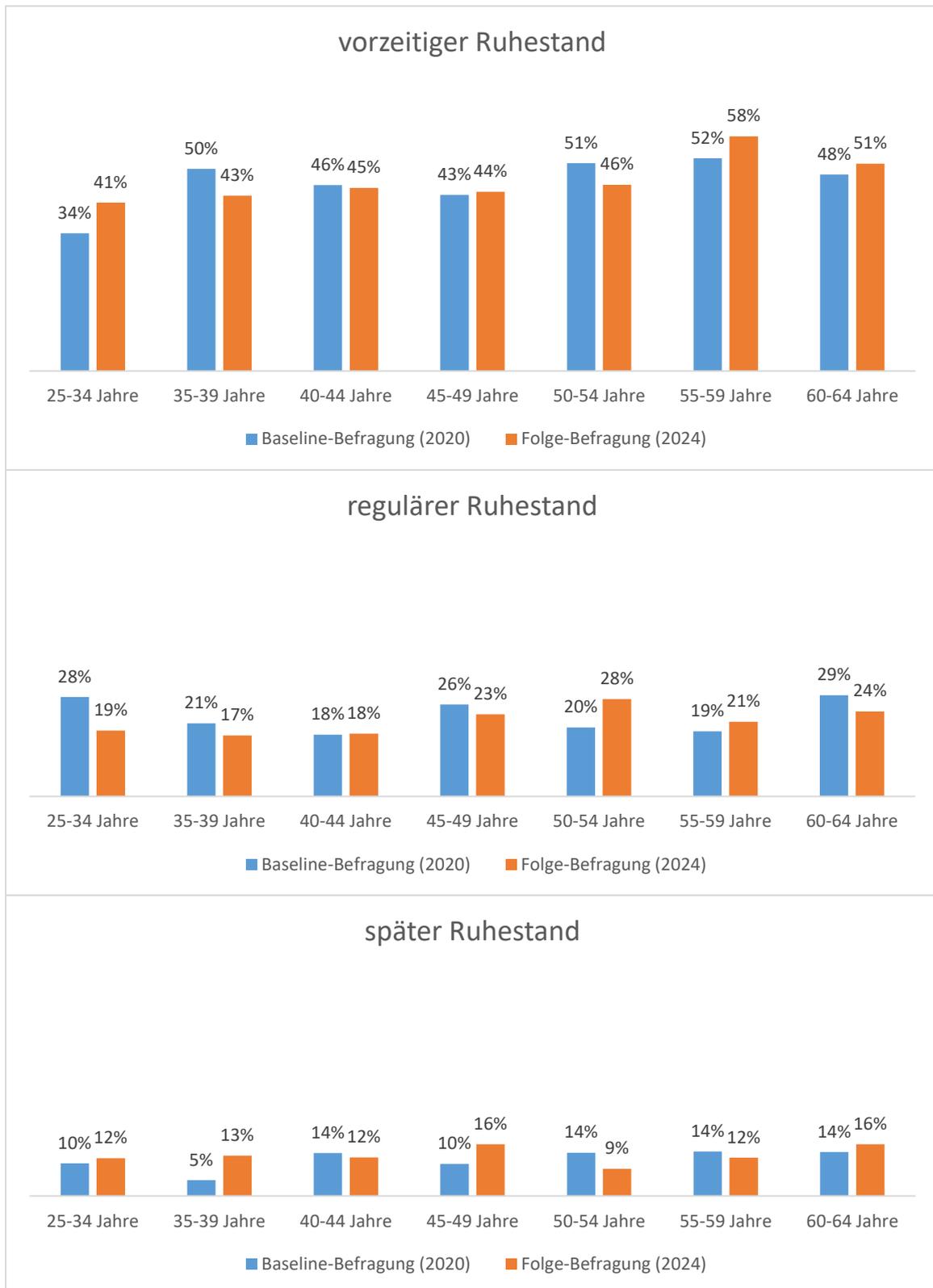


Abbildung 34: Entscheidung vorzeitig in den Ruhestand zu gehen und Alter (Stichprobenvergleich)

Bei einer Gegenüberstellung aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte der beiden vorliegenden Stichproben zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede (Abbildung 35).

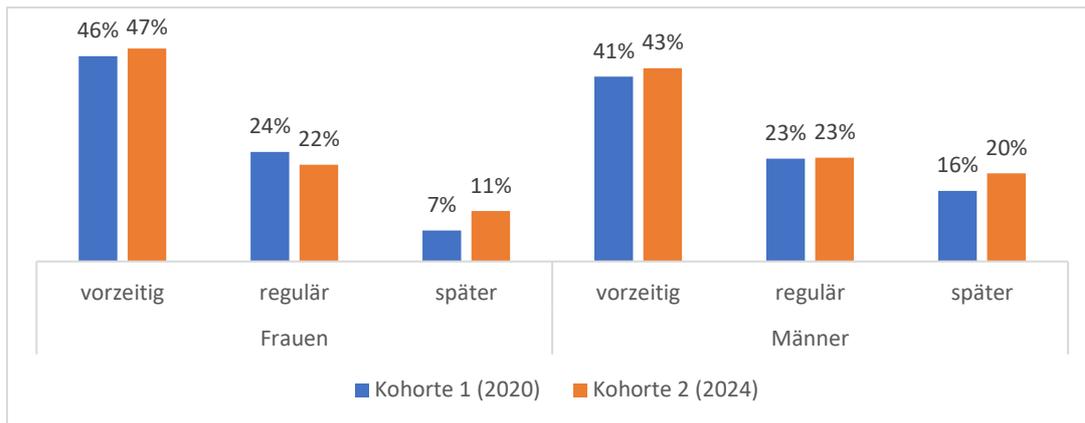


Abbildung 35: Entscheidung vorzeitig in den Ruhestand zu gehen und Geschlecht (Stichprobe)

Vergleicht man beide Stichproben hinsichtlich der Gründe, die für einen späteren Renteneintritt sprechen, waren in der Stichprobe von 2020 sowie in der Stichprobe von 2024 drei Gründe von besonderer Bedeutung bzw. wurden häufiger genannt: „Freude an der Arbeit“, „sich nützlich oder gebraucht fühlen“ sowie „soziale Kontaktmöglichkeiten“ (Abbildung 36).

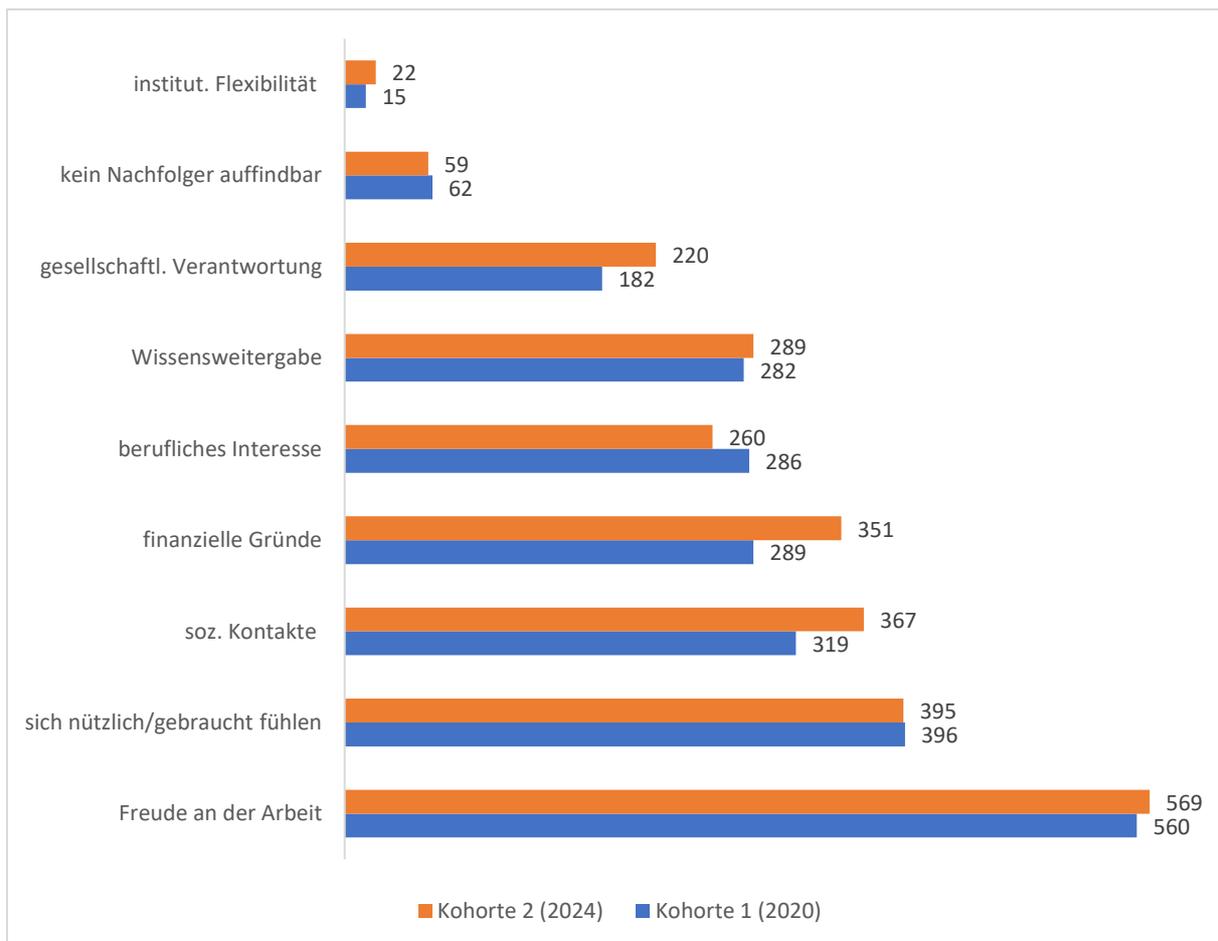


Abbildung 36: Gründe für einen späteren Renteneintritt (Stichprobenvergleich)

Anm.: Mehrfachantworten erlaubt; beinhaltet nur Fälle, die noch nicht das Renteneintrittsalter erreicht haben

## 6. Ergebnisse IV – Arbeitsbezogene Einflussfaktoren von Arbeitsbelastung

Aufbauend auf den vorherigen deskriptiven und vergleichenden Ergebnissen der beiden Befragungszeitpunkte wurden drei konkrete Fragestellungen mittels multivariater Verfahren untersucht.

### 6.1 Arbeitszeit und Arbeitsbelastung/Burnout

**Fragestellung:** Unterscheiden sich vollzeit-tätige Ärztinnen und Ärzte von teilzeit-tätigen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich Arbeitsbelastung bzw. Burnout?

Hierfür wurde ein sogenanntes generalisiertes lineares Regressionsmodell (mit gemischten Effekten) mit den beiden Gesamtstichproben von 2020 und 2024 gerechnet. Zusätzlich dazu wurden die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, Familienstand, medizinisches Setting und Elternschaft berücksichtigt. Dabei zeigte sich zwischen Vollzeit und Teilzeit unabhängig von der Zeit (2020 oder 2024) kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Burnout (IRR = 1,053,  $p = 0,123$ , Tabelle 30), jedoch scheinen soziodemographische Merkmale der befragten Ärzteschaft einen Einfluss auf Arbeitsbelastung bzw. Veränderungen der Arbeitsbelastung über die Zeit hinweg zu haben. So ist höheres Alter mit einer geringeren Arbeitsbelastung assoziiert, wohingegen Frauen (im Vergleich zu Männern,  $p < 0,001$ ) und Personen, die angaben, keine Kinder zu haben ( $p = 0,047$ ) oder im stationären Setting arbeiten ( $p = 0,019$ ), höhere Werte hinsichtlich der Arbeitsbelastung aufwiesen.

Tabelle 30: Zusammenhang zwischen Arbeitszeit (Voll- oder Teilzeit) und Arbeitsbelastung zw. Burnout (mixed-effects GLM)

	IRR	p-Wert	95% Konfidenzintervall	
Arbeitszeit (Ref. Teilzeit) <sup>1</sup>	1,053	0,123	0,986	1,123
Zeitpunkt (Ref. Baseline) <sup>2</sup>	1,074	0,003	1,025	1,126
Alter (in Jahren)	0,992	<0,001	0,989	0,995
Geschlecht (Ref. männlich) <sup>3</sup>	1,147	<0,001	1,070	1,228
Elternschaft (Ref. Kinder vorh.) <sup>4</sup>	1,080	0,047	1,001	1,165
Familienstand (Ref. unverheiratet) <sup>5</sup>	0,937	0,092	0,869	1,011
Setting (Ref. ambulant) <sup>6</sup>	1,089	0,019	1,014	1,169
Wald $\chi^2 = 115,19$ ; $p < 0,001$ , $n = 1,094$				

Anm.: GLM = generalisiertes lineares Regressionsmodell; IRR = Incident Rate Ratios, <sup>1</sup> 0 = Teilzeit, 1 = Vollzeit (40h/Woche oder mehr);<sup>2</sup> 0 = Baseline-Befragung 2020, 1 = Folge-Befragung 2024; <sup>3</sup> 0 = männlich, 1 = weiblich; <sup>4</sup> 0 = ja, Kinder vorhanden, 1 = keine Kinder; <sup>5</sup> Familienstand wurde wie folgt dichotomisiert: 0 = ledig/verwitwet/geschieden/getrennt lebend, 1 = verheiratet/mit Partner/in lebend; <sup>6</sup> 0 = ambulant, 1 = stationär

## 6.2 Arbeitszeitveränderung und Arbeitsbelastung/Burnout

***Fragestellung:*** Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte, die zwischen 2020 und 2024 ihre Arbeitszeit reduziert haben von Ärztinnen und Ärzte, bei denen die Arbeitszeit unverändert blieb hinsichtlich Arbeitsbelastung bzw. Burnout?

Für die Beantwortung der Fragestellung wurden nur Fälle berücksichtigt, für die zu beiden Erhebungszeitpunkten (2020 und 2024) Daten zur Arbeitszeit vorlagen. Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden unterteilt in: keine Arbeitszeitveränderung zwischen 2020 und 2024 oder Arbeitszeitreduktion (d.h. die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit war 2024 geringer als 2020). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Arbeitsbelastung bzw. Burnout-Werte zwischen Personen, die ihre Arbeitszeit reduziert haben und Personen, bei denen die Arbeitszeit unverändert blieb (Tabelle 31). Lediglich die Zunahme an Altersjahren war mit geringerer Arbeitsbelastung assoziiert ( $p < 0,011$ ).

Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Arbeitszeitveränderung und Arbeitsbelastung (mixed-effects GLM)

	IRR	p-Wert	95% Konfidenzintervall	
Arbeitszeitveränderung (Ref. keine Veränderung) <sup>1</sup>	0,912	0,208	0,791	1,052
Zeitpunkt (Ref. Baseline) <sup>2</sup>	1,051	0,079	0,994	1,112
Alter (in Jahren)	0,989	<0,001	0,983	0,994
Geschlecht (Ref. männlich) <sup>3</sup>	1,045	0,445	0,934	1,169
Elternschaft (Ref. Kinder vorh.) <sup>4</sup>	0,994	0,905	0,896	1,102
Familienstand (Ref. unverheiratet) <sup>5</sup>	1,046	0,416	0,938	1,167
Setting (Ref. ambulant) <sup>6</sup>	0,973	0,655	0,862	1,098
Wald $\chi^2 = 20,56$ ; $p = 0,005$ , $n = 256$				

Anm.: GLM = generalisiertes lineares Regressionsmodell; IRR = Incident Rate Ratios, <sup>1</sup> 0 = keine Veränderung, 1 = Arbeitszeit wurde reduziert; <sup>2</sup> 0 = Baseline-Befragung 2020, 1 = Folge-Befragung 2024; <sup>3</sup> 0 = männlich, 1 = weiblich; <sup>4</sup> 0 = ja, Kinder vorhanden, 1 = keine Kinder; <sup>5</sup> Familienstand wurde wie folgt dichotomisiert: 0 = ledig/verwitwet/geschieden/getrennt lebend, 1 = verheiratet/mit Partner/in lebend; <sup>6</sup> 0 = ambulant, 1 = stationär

### 6.3 Renteneintritt und Arbeitsbelastung/Burnout

**Fragestellung:** Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte, die vorzeitig in Rente gehen wollen von Ärztinnen und Ärzte, die bis zum regulären Renteneintrittsalter arbeiten möchten hinsichtlich Arbeitsbelastung bzw. Burnout?

Für diese Fragestellung wurden die beiden Gesamtstichproben von 2020 und 2024 berücksichtigt werden. Dabei zeigte sich bei Personen, die vorzeitig in den Ruhestand gehen wollen, dass diese Personengruppe 32,8% mehr Burnout bzw. Arbeitsbelastung aufwies im Vergleich zu Personen, die regulär in den Ruhestand eintreten wollen – unabhängig von der Zeit (Tabelle 32). Elternschaft und Geschlecht waren ebenfalls signifikant mit Arbeitsbelastung assoziiert, sodass Frauen im Vergleich zu Männern ( $p = 0,019$ ) und Befragte ohne Kinder ( $p < 0,001$ ) höhere Werte hinsichtlich der Arbeitsbelastung aufwiesen.

Tabelle 32: Zusammenhang zwischen Renteneintrittswünschen und Arbeitsbelastung (mixed-effects GLM)

	IRR	p-Wert	95% Konfidenzintervall	
Renteneintritt (Ref. regulär) <sup>1</sup>	1,328	<0,001	1,250	1,409
Zeitpunkt (Ref. Baseline) <sup>2</sup>	1,070	0,005	1,021	1,122
Alter (in Jahren)	0,999	0,355	0,996	1,002
Geschlecht (Ref. männlich) <sup>3</sup>	1,083	0,019	1,013	1,158
Elternschaft (Ref. Kinder vorh.) <sup>4</sup>	1,187	<0,001	1,097	1,285
Familienstand (Ref. unverheiratet) <sup>5</sup>	0,940	0,149	0,864	1,022
Setting (Ref. ambulant) <sup>6</sup>	0,986	0,684	0,919	1,057
Wald $\chi^2 = 146,22$ ; $p < 0,001$ , $n = 933$				

Anm.: GLM = generalisiertes lineares Regressionsmodell; IRR = Incident Rate Ratios, <sup>1</sup>0 = regulär, 1 = vorzeitig; <sup>2</sup>0 = Baseline-Befragung 2020, 1 = Folge-Befragung 2024; <sup>3</sup>0 = männlich, 1 = weiblich; <sup>4</sup>0 = ja, Kinder vorhanden, 1 = keine Kinder; <sup>5</sup>Familienstand wurde wie folgt dichotomisiert: 0 = ledig/verwitwet/geschieden/getrennt lebend, 1 = verheiratet/mit Partner/in lebend; <sup>6</sup>0 = ambulant, 1 = stationär

## 7. Diskussion

Die vorliegende Befragung zu verschiedenen Aspekten der Arbeitszeit von sächsischen Ärztinnen und Ärzten über die Lebensspanne gibt einen umfassenden Überblick über ihre derzeitige Beschäftigungssituation und ermöglicht gleichzeitig 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 unter anderem die Vereinbarkeit von Arbeit und außerberuflichen Bereichen.

### Veränderungen der Arbeitszeit zwischen Baseline und Folge-Befragung

Hinsichtlich des Themas Arbeitszeit zeigte sich 2024 eine leichte Abnahme der vertraglichen, sowie tatsächlich Arbeitszeit im Vergleich zu den Angaben von 2020. Vergleicht man die Angaben aus den Längsschnitt-Analysen, sank bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit von 36,9h/Woche auf durchschnittlich 35,3h/Woche ( $p < 0,001$ ) und die tatsächliche Arbeitszeit sank von 49,1h/Woche auf 46,6h/Woche ( $p = 0,001$ ). Ausschlaggebend dafür könnte ein allgemeiner Trend oder Wunsch nach Stundenreduktion und Teilzeitarbeit sein, welcher bereits von vergleichbaren Studien der Bundesärztekammer berichtet wurde (Goldman und Barnett 2023; Carl 2020; Kögel et al. 2024; Ney 2017; Richter et al. 2014). Dies wird nicht nur beim Vergleich der reinen wöchentlichen Arbeitszeit deutlich, sondern zeigt sich auch darin, dass 20% der Befragten, die an beiden Befragungen teilnahmen, nicht mehr in Vollzeit arbeiteten bzw. die Arbeitszeit in der Folgebefragung 2024 weniger als 40h/ Woche betrug (basierend auf den Angaben zur vertraglich vereinbarten Arbeitszeit). Zusätzlich dazu gab es 2024 rund 15% der Befragten, die ihre Arbeitszeit zwischen 2020 und 2024 reduzierten, obwohl sie 2020 angaben, ihre Arbeitszeit nicht reduzieren zu wollen. Es scheint also, dass sich die Entwicklungen, die sich in der Baseline-Befragung von 2020 abzeichneten, auch 2024 fortsetzten und vermutlich auch darüber hinaus fortsetzen werden. Interessanterweise zeigen die vorliegenden Ergebnisse auch, dass es hinsichtlich Arbeitsbelastung und Burnout der Ärzteschaft keine Rolle spielt, ob einer Tätigkeit in Vollzeit oder Teilzeit nachgegangen wird. Auch im Längsschnitt zeigte sich, dass eine Arbeitszeitre-

duktion (im Vergleich zu unveränderten Arbeitszeiten zwischen 2020 und 2024) nicht mit einer geringeren Arbeitsbelastung assoziiert ist. Es gilt mittlerweile als gesichert, dass überlange Arbeitszeiten – vor allem über einen längeren Zeitraum hinweg – zu erhöhter Arbeitsbelastung und erhöhtem Burnout-Risiko führen können (Lin et al. 2021). Gleichzeitig weisen Studien daraufhin, dass Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit sich diesbezüglich nicht von ihren Kolleginnen und Kollegen in Vollzeit unterscheiden oder sogar ein höheres Burnout-Risiko aufweisen (Richter et al. 2014; Bodendieck et al. 2022a; Dreher et al. 2019). Gründe können beispielsweise erhöhter Zeitdruck oder erhöhte Arbeitsdichte sein.

Neben der Betrachtung der reinen wöchentlichen Arbeitszeit weisen Studien daraufhin, dass weitere Arbeitszeit-Merkmale, wie Flexibilität oder Einflussnahme von Bedeutung sind und sowohl wahrgenommene Arbeitsbelastung, als auch Arbeitszufriedenheit beeinflussen können (Dräger et al. 2021; Jung et al. 2024). Dies gilt nicht nur für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die neben ärztlichen Tätigkeiten Zeit für fachliche Weiterbildung, familiäre Verpflichtungen oder Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung (z.B. Forschung) einfordern. Auch wenn es hierzu noch keine Evidenz gibt, könnten beispielsweise flexible Arbeitszeitmodelle auch ein Anreiz für bereits berentete Ärztinnen und Ärzte sein, um sich weiterhin aktiv an der Patientenversorgung beteiligen zu können (Schaff et al. 2024). Vergleicht man die Angaben von 2020 und 2024 wird ersichtlich, dass es vor allem hinsichtlich der Einflussnahme auf Arbeitsbeginn und Arbeitsende, aber auch hinsichtlich beruflicher Tätigkeiten im Urlaub signifikante Verbesserungen im Längsschnitt gibt. Unklar ist jedoch, ob diese Veränderung durch äußere Gegebenheiten ermöglicht (z.B. durch Arbeitgeber oder institutionelle Flexibilität) oder durch die befragten Ärztinnen und Ärzte selbst initiiert wurden. Die geplante zweite Folgebefragung 2028 kann hierzu Antworten liefern, vor allem, wenn es um mögliche positive Effekte auf Arbeitsbelastung oder Zufriedenheit durch erhöhte Flexibilität und Autonomie im Sinne der Arbeitszeit geht.

### Bedeutung anderer Lebensbereiche

Keine Änderungen gab es hinsichtlich der Bedeutung von Beruf oder anderen Lebensbereichen; so bildete der Bereich „Familie/Partnerschaft“ sowohl in der Befragung von 2020 als auch 2024 den wichtigsten Bereich ab. Die Tatsache, dass die Familie oder Partnerschaft den wichtigsten Stellenwert einnimmt, könnte sich ebenfalls in den Wünschen zu Arbeitszeit und

Ruhestand widerspiegeln. Gleichzeitig stand der „Beruf“ in beiden Befragungen an zweiter Stelle. Auch die Werte hinsichtlich „Work Engagement“ waren in beiden Stichproben unverändert hoch ausgeprägt. Diese beiden Befunde verdeutlichen, dass der Beruf nach wie vor von großer Bedeutung ist und tiefergehende Analysen unter Berücksichtigung verschiedener Merkmale, wie Alter, Geschlecht, beruflicher Status oder Fachrichtung unumgänglich sind, um zu klären, wie sehr diese Faktoren voneinander abhängen und Pläne oder Wünsche hinsichtlich einer Arbeitszeitreduktion oder vorzeitigem Eintritt in den Ruhestand begünstigen können. Im Forschungskontext wurde das Thema bisher selten betrachtet, auch wenn insbesondere Arbeitsmotivation und *Commitment* die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich Fluktuationsabsicht oder vorzeitigem Ruhestand maßgeblich beeinflussen können (Martinussen et al. 2020; Jung et al. 2023a; Chênevert et al. 2021).

### Ruhestand und Renteneintritt

Ein weiterer Schwerpunkt der Sächsischen Ärzte-Langzeitstudie ist das Thema Ruhestand bzw. altersbedingter Ausstieg aus der Patientenversorgung. Auch hier gab es keine Änderungen zwischen 2020 und 2024, d.h. der Anteil der Ärzteschaft, der wünscht oder plant, vorzeitig in den Ruhestand eintreten zu wollen, lag konstant bei 40%. Trotz des sehr großen Anteils zeigen beide Befragungszeiträume, dass es bestimmte Faktoren sind, die diese Entscheidung positiv beeinflussen könnten, wie „Freude an der Arbeit“, „sich nützlich oder gebraucht fühlen“ und „soziale Kontaktmöglichkeiten“. Diese Faktoren wurden einerseits von Ärztinnen und Ärzten genannt, die das aktuelle Renteneintrittsalter noch nicht erreicht haben, aber auch von der befragten Ärzteschaft, die auch im Ruhestand zum Zeitpunkt der Befragung noch aktiv in der Patientenversorgung tätig ist. Wie wichtig diese Thematik ist, verdeutlichen auch die Ergebnisse der multivariaten Regressionsmodelle, da hierbei eine höhere Arbeitsbelastung mit einem vorzeitigem Renteneintrittswunsch signifikant assoziiert war. Gleichzeitig scheint der Zeitpunkt des Ruhestandes von verschiedenen Faktoren abhängig zu sein und sich im Laufe des Berufslebens zu ändern. Laut einer systematischen Übersichtsarbeit (Silver et al. 2016) gibt es widersprüchliche Erkenntnisse zum erwarteten und tatsächlichen Renteneintrittsalter der Ärzte (in der Regel zwischen 60 und 69 Jahren). Bezüglich des Zeitpunkts deuten einige Studien darauf hin, dass ein großer Teil der Ärzteschaft, beispielsweise in der Allgemeinmedizin oder in der Notaufnahme, gerne vorzeitig in den Ruhestand gehen würde

(Jung et al. 2022b; Eagles et al. 2005; Shin et al. 2018). Andere hingegen stellen eine wachsende Zahl von Ärzten fest, die trotz Erreichens des Rentenalters im Beruf bleiben (Joyce et al. 2015). Die Entscheidung, in den Ruhestand zu gehen, ist äußerst komplex und wird von persönlichen (z. B. Frustration am Arbeitsplatz, Arbeitsdruck, Arbeitsunzufriedenheit oder finanziellen), gesundheitlichen, familiären und gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst. In der Vergangenheit wurde Burnout (insbesondere emotionale Erschöpfung) als Risikofaktor für eine vorzeitige (unfreiwillige) Pensionierung und dem Wunsch, aus der Patientenversorgung auszutreten, vermutet (Cimbak et al. 2019; Khan et al. 2018; VETTER et al. 2019).

### Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict, Gesundheit

Hinsichtlich der untersuchten Outcomes – Arbeitsbelastung, -zufriedenheit, -engagement, Work-Privacy-Conflict und Gesundheit – konnten weder auf intraindivideller noch interindividueller Ebene deutliche Veränderungen zwischen 2020 und 2024 beobachtet werden. Aufgrund der Spezifika der verwendeten Instrumente zur Erfassung dieser Outcomes, sowie Verschiedenheiten im methodischen Vorgehen ist eine Vergleichbarkeit zu den wenigen Studien, die den Fokus auf die Ärzteschaft richten, nur in beschränktem Maße möglich. Vergleicht man die Ergebnisse in Hinblick auf die Arbeitsbelastung und das Burnout-Risiko mit anderen aktuellen Studien, zeigt sich, dass sowohl der Burnout-Gesamtscore, als auch die Summenwerte der drei Sub-Skalen patientenbezogenes, persönliches und arbeitsbezogenes Burnout in den vorliegenden Befragungen (2020 und 2024) geringer ausfällt, als beispielsweise in einer Befragung von britischen Ärztinnen und Ärzten aus dem stationären Bereich (Caesar et al. 2020). In einer aktuellen, heterogenen Stichprobe italienischer Ärztinnen und Ärzte wurden geringere Werte beobachtet, im Vergleich zur Sächsischen Ärzte-Langzeitstudie, jedoch wurden hierfür nur 18 statt 19 Items verwendet (Aiello et al. 2022). Auch wenn sich keine signifikanten Unterschiede zwischen 2020 und 2024 finden ließen, ist es wichtig, diesen Aspekt weiterhin zu beobachten und in der geplanten Folge-Befragung zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der UWES-9 Skala zur Messung von Arbeitsengagement weisen keine Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten auf und unterscheiden sich auch nicht von anderen ärztlichen Stichproben, die diese Skala in dieser Form ebenfalls verwendet haben (Fujikawa et al. 2024; Gonçalves et al. 2023; Somville et al. 2022). Die Werte der „Visuellen Analogskala (VAS)“ zur Erfassung der allgemeinen (subjektiven) Gesundheit der Ärzteschaft sind vergleichbar mit den Normwerten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung

(Ludwig et al. 2018). In Bezug auf die Erwerbsmotivation liegen derzeit keine vergleichbaren Daten ärztlicher Stichproben oder Stichproben mit ähnlicher Altersverteilung vor; zwischen 2020 und 2024 zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung keine Unterschiede.

### Limitationen

Folgende Limitationen sollten im Rahmen der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Beispielsweise war die Einteilung in *ambulant/stationären Versorgungssektor* aufgrund vieler fehlender Angaben oder Mehrfachantworten erschwert (z.B. uneindeutig, ob bei doppelter Angabe „Krankenhaus“ und „MVZ“ zwei Tätigkeiten gemeint waren oder es sich um eine Tätigkeit in einem MVZ mit Krankenhaus-Träger handelt). Hinsichtlich der einzelnen Einrichtungen bzw. Tätigkeitsbereiche sei zusätzlich darauf hingewiesen, dass sich die Häufigkeit der Angaben auch an der Stichprobengröße orientiert. Da die Stichprobe von 2024 weniger Ärztinnen und Ärzte umfasst, fallen auch die Zahlen geringer aus. Einige fehlende Angaben, sowie die Drop-out-Rate zwischen 2020 und 2024 schränken die Repräsentativität bzw. Übertragbarkeit der Ergebnisse ebenfalls ein. Zusätzlich dazu waren 2024 – wie auch 2020 – nicht alle Facharztgruppen gleichermaßen vertreten, sodass auf einen Vergleich an dieser Stelle verzichtet wird. Hinsichtlich der untersuchten Outcomes Arbeitsbelastung/Burnout, Arbeitszufriedenheit, Erwerbsmotivation und Work-Privacy-Conflict haben sich zwischen 2020 und 2024 keine Unterschiede oder Entwicklungen zeigen können, was möglicherweise auch am kurzen zeitlichen Abstand zwischen den beiden Befragungszeitpunkten gelegen haben könnte.

### Offene Fragen, Ausblick und Implikationen

Hinsichtlich der beiden Kernthemen – Arbeitszeit und Renteneintritt – konnten nach Beendigung der ersten Folgebefragung wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. Um ein umfassendes Bild zu erhalten und mögliche Trends aufzeigen zu können, ist eine weitere, bereits geplante Befragung unumgänglich. Insbesondere um die Frage zu beantworten, ob Befunde wie der Wunsch nach reduzierter Arbeitszeit oder vorzeitigem Ruhestand generations- oder altersbedingte Ursachen haben. So könnte beispielsweise der Wunsch nach einer geringeren wöchentlichen Arbeitszeit in jüngeren Jahren der Doppelbelastung, z.B. durch familiäre Verpflichtungen geschuldet sein, gleichzeitig aber auch Merkmal veränderter Bedürfnisse der

Generation Y sein (Hellmann 2021). Dies gilt es im Rahmen weiterer Befragungen zu verfolgen, um Rückschlüsse ziehen zu können. Die zweite Folgebefragung soll im Jahr 2028 durchgeführt werden.

Die Themen Arbeitszeit und Arbeitszeitveränderungen innerhalb der Ärzteschaft gewinnen zunehmend an Bedeutung. Insbesondere durch die wachsenden Anforderungen im Gesundheitswesen durch eine älter werdende Bevölkerung und aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen gilt es, gemeinsam Lösungen zu generieren, die es der Ärzteschaft ermöglichen, außerberuflichen Bedürfnissen nachgehen zu können und die Attraktivität des Arztberufes zu stärken – ohne die Versorgung zu gefährden. Flexible Arbeitszeitmodelle könnten Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand auch die Gelegenheit bieten, sich weiterhin aktiv an der Patientenversorgung zu beteiligen, sofern sie gesundheitlich dazu in der Lage sind und ihnen die Arbeit Freude bereitet. Inwiefern flexible Arbeitszeitmodelle hierbei helfen können und in verschiedenen Settings der Patientenversorgung umsetzbar sind, sollte im Fokus zukünftiger Befragungen stehen.

Auch wenn sich in Hinblick auf die untersuchten Faktoren und Parameter keine größeren Entwicklungen oder Veränderungen zwischen der Baseline-Befragung 2020 und der ersten Folge-Befragung 2024 finden ließen, wird vor allem deutlich, dass sowohl die Frage nach dem Eintritt in den Ruhestand, als auch zukünftige Pläne hinsichtlich der Arbeitszeit von großer Relevanz sind und bleiben – langfristig gesehen auch mit weitreichenden Folgen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Freistaat Sachsen. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass konkrete Studien nötig sind, um Möglichkeiten und Auswirkungen von Arbeitszeitveränderungen zu untersuchen. So zeigten die vorliegenden Ergebnisse, dass eine Arbeitszeitreduktion per se nicht zwingend mit Verbesserungen, z.B. hinsichtlich der von den Ärztinnen und Ärzten wahrgenommenen Arbeitsbelastung, einhergehen muss. Wie bereits berichtet, weisen aktuelle Studien bei Gesundheitsberufen eher daraufhin, dass Flexibilität und Autonomie eine stärkere Rolle zu spielen scheinen (Tawfik et al. 2021; Jung et al. 2024; Dillon et al. 2020; Maglalang et al. 2021). Dies könnte also ein Ansatzpunkt für Verbesserungen darstellen.

Aufbauend auf den Empfehlungen von Chang und Kollegen (Chang et al. 2020) gibt es verschiedene Möglichkeiten und „Stellschrauben“, die helfen können ärztliches Personal langfristig zu entlasten, Arbeitszeiten besser regulieren zu können und somit einem Personal-mangel entgegenwirken. Im Fokus steht dabei eine Erhöhung des zur Verfügung stehenden

Personals im Allgemeinen. Dies kann beispielsweise durch einen zeitigen Miteinbezug des ärztlichen Nachwuchses (d.h. Einbezug von Studierenden der Humanmedizin) gewährleistet werden, aber auch durch eine gezielte Rekrutierung ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Auch ein Miteinbezug nicht-ärztlicher Fachkräfte, denen aufgrund ihrer Ausbildung ärztliche Aufgaben übertragen werden können, wie beispielsweise Physician Assistants oder nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA), können zur Entlastung beitragen. Chang und Kollegen (Chang et al. 2020) weisen allerdings auch daraufhin, wie wichtig eine von vielen Seiten bereits eingeforderte Entbürokratisierung des Arztberufes ist, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu schaffen.

Zukünftige Studien könnten demnach innovative Arbeitszeitmodelle entwickeln und erproben, die einerseits auf die Bedürfnisse der Ärzteschaft eingehen und gleichzeitig gewährleisten, dass eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten gewährleistet werden kann – im stationären, als auch ambulanten Bereich. Beispiele für mehr Flexibilität, die Ärztinnen und Ärzte u.a. entlasten, in dem sie eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen, gehören in einigen Kliniken bereits zum Alltag<sup>1</sup>. Jedoch müsste hier geprüft werden, ob sie zu einer Verbesserung beitragen oder nur zu einer Verlagerung des Problems führen, und inwiefern sich diese Beispiele auf andere Settings oder den ambulanten Bereich übertragen lassen. Gleichzeitig ist es an dieser Stelle auch Aufgabe der Legislative eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die es den Akteuren im Gesundheitswesen ermöglicht, neue Arbeitszeitmodelle umsetzen zu können.

## 8. Bisherige Publikationen

Bezogen auf die Baseline-Befragung der Sächsischen Ärzte-Langzeitstudie (2020) sind folgende Publikationen erschienen:

- Jung, F. U.; Bodendieck, E.; Lupp, M.; Riedel-Heller, S. G. (2024): Motivation to work and attitudes towards retirement among physicians. In: *BMC health services research* 24 (1), S. 846. DOI: 10.1186/s12913-024-11296-2.

---

<sup>1</sup> <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/familie-beruf/praxisbeispiele>

- Jung, F. U.; Bodendieck, E.; Bleckwenn, M.; Hussenoeder, F. S.; Lupp, M.; Riedel-Heller, S. G. (2023): Burnout, work engagement and work hours – how physicians’ decision to work less is associated with work-related factors. In: *BMC health services research* 23 (1). DOI: 10.1186/s12913-023-09161-9.
- Bodendieck, E.; Jung, F. U.; Lupp, M.; Riedel-Heller, S. G. (2022): Burnout and work-privacy conflict - are there differences between full-time and part-time physicians? In: *BMC health services research* 22 (1), S. 1082. DOI: 10.1186/s12913-022-08471-8.
- Jung, F. U.; Bodendieck, E.; Hussenoeder, F. S.; Lupp, M.; Riedel-Heller, S. G. (2022): It's about time - Associations between working time dimensions and well-being of physicians. In: *Chronobiology international* 39 (9), S. 1297–1305. DOI: 10.1080/07420528.2022.2101372.
- Jung, F. U.; Bodendieck, E.; Bleckwenn, M.; Hussenoeder, F. S.; Lupp, M.; Riedel-Heller, S. G. (2022): Renteneintrittswünsche und mögliche Determinanten bei Hausärztinnen und Hausärzten. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/a-1773-0655.

## 9. Anhang

Tabelle 33: Übersicht Zuordnung der Fachrichtungen in Fachgebiete

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

## Literaturverzeichnis

Aiello, Edoardo Nicolò; Fiabane, Elena; Margheritti, Simona; Magnone, Stefano; Bolognini, Nadia; Miglioretti, Massimo; Giorgi, Ines (2022): Psychometric properties of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in Italian Physicians. In: *La Medicina del lavoro* 113 (4), e2022037. DOI: 10.23749/mdl.v113i4.13219.

Beschoner, Petra; Limbrecht-Ecklundt, Kerstin; Jerg-Bretzke, Lucia (2019): Psychische Gesundheit von Ärzten : Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes. In: *Der Nervenarzt* 90 (9), S. 961–974. DOI: 10.1007/s00115-019-0739-x.

Bodendieck, E.; Jung, F. U.; Lupp, M.; Riedel-Heller, S. G. (2022a): Burnout and work-privacy conflict - are there differences between full-time and part-time physicians? In: *BMC health services research* 22 (1), S. 1082. DOI: 10.1186/s12913-022-08471-8.

Bodendieck, Erik; Jung, Franziska U.; Conrad, Ines; Riedel-Heller, Steffi G.; Hussenoeder, Felix S. (2022b): The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession. In: *BMC primary care* 23 (1), S. 218. DOI: 10.1186/s12875-022-01831-7.

Bondagji, Daniah; Fakeerh, Mutaz; Alwafi, Hassan; Khan, Adeel Ahmed (2022): The Effects of Long Working Hours on Mental Health Among Resident Physicians in Saudi Arabia. In: *Psychology research and behavior management* 15, S. 1545–1557. DOI: 10.2147/PRBM.S370642.

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

Buddeberg-Fischer, B.; Stamm, M.; Buddeberg, C.; Klaghofer, R.: The new generation of family physicians - career motivation, life goals and work-life balance. DOI: 10.5167/uzh-10438.

Caesar, Benjamin; Barakat, Ahmed; Bernard, Catherine; Butler, Donna (2020): Evaluation of physician burnout at a major trauma centre using the Copenhagen burnout inventory: cross-sectional observational study. In: *Irish journal of medical science* 189 (4), S. 1451–1456. DOI: 10.1007/s11845-020-02223-5.

Carl, Gunther (2020): Mehr angestellte Ärzte und in Teilzeit Tätige. In: *NeuroTransmitter* 31 (6), S. 6–7. DOI: 10.1007/s15016-020-7465-2.

Chang, Ray-E.; Yu, Tsung-Hsien; Shih, Chung-Liang (2020): The number and composition of work hours for attending physicians in Taiwan. In: *Scientific reports* 10 (1), S. 14934. DOI: 10.1038/s41598-020-71873-3.

Chênevert, Denis; Kilroy, Steven; Johnson, Kevin; Fournier, Pierre-Luc (2021): The determinants of burnout and professional turnover intentions among Canadian physicians: application of the job demands-resources model. In: *BMC health services research* 21 (1), S. 993. DOI: 10.1186/s12913-021-06981-5.

Cimbak, Nicole; Stolarski, Allan; Moseley, Jennifer; O'Neal, Patrick; Whang, Edward; Kristo, Gentian (2019): Burnout Leads to Premature Surgeon Retirement: A Nationwide Survey. In: *J Surg Res* 02 (03). DOI: 10.26502/jsr.2642-10020033.

Dillon, Ellis C.; Tai-Seale, Ming; Meehan, Amy; Martin, Veronique; Nordgren, Robert; Lee, Tim et al. (2020): Frontline Perspectives on Physician Burnout and Strategies to Improve

Well-Being: Interviews with Physicians and Health System Leaders. In: *Journal of general internal medicine* 35 (1), S. 261–267. DOI: 10.1007/s11606-019-05381-0.

Dräger, Sebastian; Gibis, Bernhard; Jacob, Rüdiger; Kopp, Johannes; Trebar, Branko (2021): Zur Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor in Deutschland: Ergebnisse einer empirischen Studie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 83 (6), S. 425–431. DOI: 10.1055/a-1005-7262.

Dreher, Annegret; Theune, Mirjam; Kersting, Christine; Geiser, Franziska; Weltermann, Birgitta (2019): Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. In: *PloS one* 14 (2), e0211223. DOI: 10.1371/journal.pone.0211223.

Eagles, John M.; Addie, Karen; Brown, Tom (2005): Retirement intentions of consultant psychiatrists. In: *Psychiatr. bull.* 29 (10), S. 374–376. DOI: 10.1192/pb.29.10.374.

EuroQol (1990): EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. In: *Health Policy* 16 (3), S. 199–208. DOI: 10.1016/0168-8510(90)90421-9.

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.

Fujikawa, Hirohisa; Aoki, Takuya; Ando, Takayuki; Haruta, Junji (2024): Associations of clinical context-specific ambiguity tolerance with burnout and work engagement among Japanese physicians: a nationwide cross-sectional study. In: *BMC medical education* 24 (1), S. 660. DOI: 10.1186/s12909-024-05644-3.

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

Goldman, Anna L.; Barnett, Michael L. (2023): Changes in Physician Work Hours and Implications for Workforce Capacity and Work-Life Balance, 2001-2021. In: *JAMA internal medicine* 183 (2), S. 106–114. DOI: 10.1001/jamainternmed.2022.5792.

Gonçalves, Maria Bernadete; Pereira, Ana Maria Benevides; Machado, Pedro Guilherme Basso (2023): Stress, burnout and work engagement among physicians of the state of Paraná, Brazil. In: *Revista brasileira de medicina do trabalho : publicacao oficial da Associacao Nacional de Medicina do Trabalho-ANAMT* 21 (2), e2022842. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-842.

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.

Hardin, J. W., J. M. Hilbe (2013): *Generalized Estimating Equations*. Boca Raton, FL: Chapman and Hall/CRC.

- 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%C3%BCre\\_und\\_Flyer/lidA\\_Brosch%C3%BCre.pdf](https://arbeit.uni-wuppertal.de/fileadmin/arbeit/Brosch%C3%BCre_und_Flyer/lidA_Brosch%C3%BCre.pdf), zuletzt geprüft am 01.07.2020.
- Hellmann, Wolfgang (2021): Die junge Ärztegeneration zeigt Flagge. Vorschläge zu Studium, Weiterbildung und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- 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.
- Joyce, Catherine M.; Wang, Wei C.; McDonald, Hayley M. (2015): Retirement patterns of Australian doctors aged 65 years and older. In: *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association* 39 (5), S. 582–587. DOI: 10.1071/AH14176.
- Jung, F. U.; Bodendieck, E.; Bleckwenn, M.; Hussenoeder, F. S.; Luppä, M.; Riedel-Heller, S. G. (2023a): Burnout, work engagement and work hours - how physicians' decision to work less is associated with work-related factors. In: *BMC health services research* 23 (1), S. 157. DOI: 10.1186/s12913-023-09161-9.
- Jung, F. U.; Luppä, M.; Riedel-Heller, S. G. (2023b): Arbeitszeit bei Ärzt:innen und Auswirkungen auf Gesundheit, Zufriedenheit und Gesundheitsversorgung. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, S. 1–7. DOI: 10.1007/s40664-023-00503-2.
- Jung, Franziska U.; Bodendieck, Erik; Hussenoeder, Felix S.; Luppä, Melanie; Riedel-Heller, Steffi G. (2022a): It's about time - Associations between working time dimensions and well-being of physicians. In: *Chronobiology international* 39 (9), S. 1297–1305. DOI: 10.1080/07420528.2022.2101372.
- Jung, Franziska U.; Pabst, Alexander; Löbner, Margrit; Luppä, Melanie; Riedel-Heller, Steffi G. (2024): Behind the times? Associations of working-time autonomy with health-related and occupational outcomes in health care personnel- a latent profile analysis. In: *BMC public health* 24 (1), S. 825. DOI: 10.1186/s12889-024-18289-0.
- Jung, Franziska Ulrike; Bodendieck, Erik; Bleckwenn, Markus; Hussenoeder, Felix; Luppä, Melanie; Riedel-Heller, Steffi G. (2022b): Renteneintrittswünsche und mögliche Determinanten bei Hausärztinnen und Hausärzten [in German only]. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/a-1773-0655.
- Karhula, Kati; Koskinen, Aki; Ervasti, Jenni; Hakola, Tarja; Isoviita, Veli-Matti; Kivimäki, Ilkka et al. (2022): Hospital physicians' working hour characteristics and sleep quality: a cross-sectional analysis of realized working hour and survey data. In: *BMC health services research* 22 (1), S. 943. DOI: 10.1186/s12913-022-08336-0.
- Khan, Atir; Teoh, Kevin R. H.; Islam, Saiful; Hassard, Juliet (2018): Psychosocial work characteristics, burnout, psychological morbidity symptoms and early retirement intentions: a cross-sectional study of NHS consultants in the UK. In: *BMJ open* 8 (7), e018720. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018720.
- 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.

Kögel, Andreas; Lauerer, Michael; Zank, Daniel (2024): Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland: Ergebnisse des Mikrozensus mit Fokus auf Niedergelassene. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 86 (2), S. 118–123. DOI: 10.1055/a-2107-4845.

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.

Lin, Ro-Ting; Lin, Yu-Ting; Hsia, Ying-Fang; Kuo, Chin-Chi (2021): Long working hours and burnout in health care workers: Non-linear dose-response relationship and the effect mediated by sleeping hours-A cross-sectional study. In: *Journal of occupational health* 63 (1), e12228. DOI: 10.1002/1348-9585.12228.

Ludwig, Kristina; Graf von der Schulenburg, J-Matthias; Greiner, Wolfgang (2018): German Value Set for the EQ-5D-5L. In: *PharmacoEconomics* 36 (6), S. 663–674. DOI: 10.1007/s40273-018-0615-8.

Maglalang, Dale Dagar; Sorensen, Glorian; Hopcia, Karen; Hashimoto, Dean M.; Katigbak, Carina; Pandey, Shanta et al. (2021): Job and family demands and burnout among healthcare workers: The moderating role of workplace flexibility. In: *SSM - population health* 14, S. 100802. DOI: 10.1016/j.ssmph.2021.100802.

Manning, Willard G.; Basu, Anirban; Mullahy, John (2005): Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data. In: *Journal of health economics* 24 (3), S. 465–488. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2004.09.011.

Martinussen, Pål E.; Magnussen, Jon; Vrangbæk, Karsten; Frich, Jan C. (2020): Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job. In: *BMC health services research* 20 (1), S. 400. DOI: 10.1186/s12913-020-05285-4.

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.

Ney, Ruth (2017): Mehr Teilzeit-Ärzte. In: *Orthop. Rheuma* 20 (3), S. 7. DOI: 10.1007/s15002-017-1116-4.

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).

Patel, Rikinkumar S.; Bachu, Ramya; Adikey, Archana; Malik, Meryem; Shah, Mansi (2018): Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. In: *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)* 8 (11). DOI: 10.3390/bs8110098.

- Patterson, P. Daniel; Weaver, Matthew D.; Hostler, David; Guyette, Francis X.; Callaway, Clifton W.; Yealy, Donald M. (2012): The shift length, fatigue, and safety conundrum in EMS. In: *Prehospital emergency care* 16 (4), S. 572–576. DOI: 10.3109/10903127.2012.704491.
- Richter, Astrid; Kostova, Petya; Baur, Xaver; Wegner, Ralf (2014): Less work: more burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians before and after the implementation of the EU Working Time Directive. In: *International archives of occupational and environmental health* 87 (2), S. 205–215. DOI: 10.1007/s00420-013-0849-x.
- 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.
- Ropponen, Annina; Koskinen, Aki; Puttonen, Sampsa; Ervasti, Jenni; Kivimäki, Mika; Oksanen, Tuula et al. (2022): Association of working hour characteristics and on-call work with risk of short sickness absence among hospital physicians: A longitudinal cohort study. In: *Chronobiology international* 39 (2), S. 233–240. DOI: 10.1080/07420528.2021.1993238.
- Rotenstein, Lisa S.; Torre, Matthew; Ramos, Marco A.; Rosales, Rachael C.; Guille, Constance; Sen, Srijan; Mata, Douglas A. (2018): Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. In: *JAMA* 320 (11), S. 1131–1150. DOI: 10.1001/jama.2018.12777.
- 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; Bökenkötter, Heike; Walker, Bernhard (2024): Ärzte aus dem Ruhestand zurückholen? So viele kämen dafür infrage. In: *ÄrzteZeitung*, 31.08.2024. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Aerzte-aus-dem-Ruhestand-zurueckholen-So-viele-kaemen-dafuer-infrage-452340.html>, zuletzt geprüft am 30.09.2024.
- Schmidt, K.; Schmidt, C. E.; Meyer, J. E.; Liebeneiner, J. (2012): Generation Y – Rekrutierung, Entwicklung und Bindung einer neuen Generation von Ärzten. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 137 (S 03). DOI: 10.1055/s-0032-1323461.
- 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.
- Shin, Jaemyeong; Kim, Yun Jeong; Kim, Jong Kun; Lee, Dong Eun; Moon, Sungbae; Choe, Jae Young et al. (2018): Probability of Early Retirement Among Emergency Physicians. In: *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi* 51 (3), S. 154–162. DOI: 10.3961/jpmph.18.079.
- 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.
- Somville, Francis; van der Mieren, Gerry; Cauwer, Harald de; van Bogaert, Peter; Franck, Erik (2022): Burnout, stress and Type D personality amongst hospital/emergency physicians. In: *International archives of occupational and environmental health* 95 (2), S. 389–398. DOI: 10.1007/s00420-021-01766-z.

Tawfik, Daniel S.; Shanafelt, Tait D.; Dyrbye, Liselotte N.; Sinsky, Christine A.; West, Colin P.; Davis, Alexis S. et al. (2021): Personal and Professional Factors Associated With Work-Life Integration Among US Physicians. In: *JAMA Netw Open* 4 (5), e2111575. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.11575.

VETTER, MONICA HAGAN; SALANI, RITU; Williams, Thomas E.; ELLISON, CHRISTOPHER; Sati-ani, Bhagwan (2019): The Impact of Burnout on the Obstetrics and Gynecology Workforce. In: *Clinical obstetrics and gynecology* 62 (3), S. 444–454. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000452.

Weigl, Matthias; Hornung, Severin; Petru, Raluca; Glaser, Jürgen; Angerer, Peter (2012): Depressive symptoms in junior doctors: a follow-up study on work-related determinants. In: *International archives of occupational and environmental health* 85 (5), S. 559–570. DOI: 10.1007/s00420-011-0706-8.

Weyer, G.; Hodapp, V.; Neuhäuser, S. (1997): Subjektive Zufriedenheit und Belastung von Arbeit und Beruf.

Zhang, Xiu-Jie; Song, Yingqian; Jiang, Tongtong; Ding, Ning; Shi, Tie-Ying (2020): Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. In: *Medicine* 99 (26), e20992. DOI: 10.1097/MD.00000000000020992.

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.