



# BERUFLICHE BELASTUNG, GESUNDHEITZUSTAND UND BERUFZUFRIEDENHEIT SÄCHSISCHER ÄRZTE



UNIVERSITÄT  
LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Sächsische  
Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



# Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte 2019 – eine Folgebefragung

## Autoren:

Dr. phil. Felix S. Hussenöder

Dr. phil. Ines Conrad

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



**Durchführung:** Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig

**Auftraggeber:** Sächsische Landesärztekammer, Dresden

# Inhalt

1. Einleitung.....	5
2. Zur Situation berufstätiger Mediziner .....	6
2.1. Berufsbild und ärztliche Tätigkeit im Wandel .....	6
2.2. Belastungen, Beanspruchung und Ressourcen im Arztberuf .....	6
3. Ausgangslage und Zielstellung .....	7
4. Untersuchungsmethoden und Erhebungsinstrumente .....	8
4.1. Studiendesign und Beschreibung des Fragebogeninstrumentes.....	8
4.1.1. Soziodemographische Angaben .....	9
4.1.2. Merkmale der Arbeitstätigkeit .....	9
4.1.3. Arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung.....	9
4.1.4. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.....	9
4.1.5. Arbeitszufriedenheit und berufliche Zukunft.....	11
4.2. Studienteilnehmer und Stichprobenauswahl.....	12
4.3. Aufbereitung und statistische Auswertung der Daten.....	13
5. Beschreibung der Stichprobe .....	13
5.1. Bereinigung der Gesamtstichprobe.....	13
5.2. Zentrale Merkmale der Analytestichprobe .....	14
5.2.1. Soziodemographische Angaben .....	14
5.2.2. Merkmale der Arbeitstätigkeit und Berufsanamnese .....	21
6. Deskriptive Auswertung der Querschnittsdaten.....	42
6.1. Arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung.....	42
6.1.1. Überschneidung von Beruf und Privatleben .....	42
6.1.2. Globalurteile zur subjektiv wahrgenommenen Belastung.....	47
6.1.3. Work-Life Balance.....	51
6.2. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.....	53
6.2.1. Allgemeine Gesundheit und Leistungsfähigkeit.....	53
6.2.2. Lebensgewohnheiten, Gesundheits- und Risikoverhalten.....	56
6.2.3. Vorliegende Beschwerden, Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.....	61
6.2.4. Aspekte psychischer Gesundheit.....	70
6.3. Arbeitszufriedenheit, Wertschätzung und berufliche Zukunftsperspektive.....	74
6.3.1. Zufriedenheitsaspekte.....	74
6.3.2. Zukunftsperspektive .....	79
6.3.3. Zusätzliche Anmerkungen der Befragten .....	85
7. Berentete, beruflich aktive Ärzte .....	86

7.1 Untersuchungsmethoden und Erhebungsinstrumente .....	86
7.2 Bereinigung der Stichprobe.....	86
7.3 Zentrale Merkmale der Stichprobe .....	87
7.4 Deskriptive Auswertung der Stichprobe .....	92
7.4.1 Arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung.....	92
7.4.2 Globalurteile zur subjektiv wahrgenommenen Belastung.....	93
7.4.3 Work-Life Balance.....	95
7.4.4 Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.....	95
7.4.5 Vorliegende Beschwerden, Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.....	96
7.4.6 Aspekte psychischer Gesundheit.....	99
7.4.7 Arbeitszufriedenheit, Wertschätzung und berufliche Zukunftsperspektive .....	99
7.4.8 Fazit: Berentete Ärzte.....	101
8. Zusammenfassung und Bewertung .....	102
Literaturverzeichnis .....	106
Anhang .....	111

## Vorwort

In Zeiten einer Pandemie wird vielen die Bedeutung eines funktionierenden Gesundheitswesens schmerzhaft bewusst. Eine der wichtigsten Gesundheitsressourcen ist dabei die Ärzteschaft selbst, die mit ihrem Einsatz die Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Die alltägliche Belastung, der Gesundheitszustand und die berufliche Zufriedenheit der Ärzte sind damit nicht nur für diese selbst von Bedeutung, sie berühren auch die Gesundheit der Allgemeinheit und unsere Fähigkeit auf gesundheitliche Krisen zu reagieren.

Diese Studie setzt hier an und hat eine umfangreiche Momentaufnahme der sächsischen Ärzteschaft erstellt. Auf der Grundlage der Arbeit des Forscherteams um Prof. Dr. Scheuch vor mehr als zehn Jahren ist es zudem erstmals möglich, aktuelle Veränderungen der letzten Jahre abzubilden und den Horizont der Erhebung um eine zeitliche Dimension zu erweitern.

Die Studie wurde von der Sächsischen Landesärztekammer initiiert und finanziert und vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig realisiert. Die Studie wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung und das Wohlwollen der sächsischen Ärzteschaft, für die wir uns an dieser Stelle bedanken möchten.

Der folgende Bericht gibt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Studie zu den Themenkomplexen Belastung, Gesundheit und Zufriedenheit. Er bildet eine Grundlage zum Verständnis relevanter Aspekte der sächsischen Ärzteschaft und richtet sich an Interessierte innerhalb und außerhalb der medizinischen Profession.

Erik Bodendieck

*Präsident der Sächsischen Landesärztekammer*

Dr. phil. Felix S. Hussenöder

*Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health*

Dr. phil. Ines Conrad

*Arbeitsgruppenleiterin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health*

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

*Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health*

Leipzig, 2020

## 1. Einleitung

Der Arztberuf hat sich im Laufe der Zeit stark gewandelt. Seit der ersten Erhebung zu beruflicher Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte\* im Jahr 2007 sind inzwischen 12 Jahre vergangen und viele der damals aktuellen Entwicklungen haben sich in den letzten Jahren eher noch verstärkt, wie z.B. ein Verlust an ärztlicher Autonomie, eine Zunahme berufsfremder Tätigkeiten, Kosten- und Zeitdruck sowie ein zunehmender Verwaltungsaufwand (Korzilius 2016; Hofmeister et al. 2010; Stiller und Busse 2008). Zusätzlich haben sich gerade in der letzten Dekade durch die Digitalisierung und den demographischen Wandel weitere Spannungsfelder ergeben. All dies kann zu erhöhtem psychosozialen Stress, Unzufriedenheit, Enttäuschung und Ausgebranntsein führen (Pantenburg et al. 2016; Bauer und Groneberg 2015; Mäulen 2002; Shanafelt et al. 2012) sowie zum Wunsch, aus der Patientenversorgung in Deutschland auszusteigen (Pantenburg et al. 2018; Pantenburg et al. 2014).

Die berufliche Zufriedenheit und das Wohlbefinden von Ärzten ist aber nicht nur für die Ärzte selbst von Bedeutung, sie tragen auch zur Zufriedenheit der Patienten und einer besseren medizinischen Versorgung bei (Wallace et al. 2009; Scheepers et al. 2015; Haas et al. 2000). Ärztlicher Burnout hingegen steht im Zusammenhang mit einer schlechteren Behandlungsqualität und einer geringeren Patientenzufriedenheit (Panagioti et al. 2018). Vereinzelt Maßnahmen im deutschsprachigen Raum wie z.B. Trainings zum Umgang mit psychosozialen Krisen und zur Stressprävention an einzelnen Universitäten (Vajda und Matzer 2017; Bugaj et al. 2016) deuten auf ein gesteigertes Problembewusstsein hin.

Um die Zufriedenheit von Ärzten und damit auch ihre Leistungsfähigkeit und die Qualität des Gesundheitssystems nachhaltig zu sichern und zu verbessern, ist es wichtig, die damit im Zusammenhang stehenden Faktoren und Ursachen zu verstehen. Es ist deshalb das Ziel dieser Studie, Arbeitsbedingungen, Gesundheit, Zufriedenheit, Work-Life Balance, Resilienz sowie das Vorliegen von Stressoren und Ressourcen bei der sächsischen Ärzteschaft zu untersuchen. Eventuelle Probleme können hierdurch erkannt sowie gezielte Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und Empfehlungen geliefert werden. Dabei ist es wichtig, nicht nur Risiken und Stressoren, sondern auch Chancen und Ressourcen zu betrachten.

Bereits im Jahr 2007 wurde eine Erhebung „Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte“ (im Folgenden: Ersterhebung) durchgeführt (Hübler et al. 2009). Somit ergibt sich die Möglichkeit, nicht nur eine Momentaufnahme zu erhalten, sondern es lassen sich auch Entwicklungen und Veränderungen, welche sich im Laufe des letzten Jahrzehnts ergeben haben, in die Analyse einbeziehen. Hierfür wurden die wichtigsten Ergebnisse der beiden Studien mit Hilfe statistischer Testverfahren verglichen. Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit der beiden Erhebungen zu gewährleisten, wurden Struktur, Aufbau, Fragen und Testbögen der ersten Erhebung größtenteils übernommen oder angepasst. Abbildungen und Tabellen wurden möglichst so gestaltet, dass sie sich direkt mit denen der Ersterhebung vergleichen lassen. Neu wurden in der aktuellen Analyse die Themenbereiche Work-Life Balance und Resilienz aufgenommen. Zusätzlich zur Befragung der aktiven sächsischen Ärzteschaft erfolgte im Rahmen der aktuellen Studie eine Befragung bereits berenteter sächsischer Ärzte, die jedoch noch beruflich aktiv waren.

Die in dieser Studie gewonnenen Ergebnisse geben einen Überblick über die berufliche Belastung, den Gesundheitszustand und die Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte und die entsprechenden Veränderungen seit der ersten Erhebung. Die Befragung liefert wichtige Fakten für ein besseres

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

Verständnis der sächsischen Ärzteschaft und bietet Ansatzpunkte für die Verbesserung der ärztlichen Situation. Damit leistet sie einen wissenschaftlichen Beitrag zur Erhaltung und den Ausbau der medizinischen Infrastruktur im Freistaat Sachsen.

## **2. Zur Situation berufstätiger Mediziner**

### **2.1. Berufsbild und ärztliche Tätigkeit im Wandel**

Ärzte sind hauptsächlich in Praxen und Kliniken tätig und beschäftigen sich dort mit der Diagnose und Behandlung von Erkrankungen. Darüber hinaus deckt der ärztliche Beruf aber auch eine große Menge weiterer gesellschaftlich relevanter Bereiche ab. So sind Mediziner auch in so unterschiedlichen Bereichen wie der Prävention, Rehabilitation, Schmerztherapie, Sterbebegleitung oder Forschung tätig und arbeiten an Universitäten, in Behörden oder als Gutachter.

Neben hohen fachlichen Anforderungen begegnen Ärzte auch kommunikativen und sozialen Herausforderungen, die beispielsweise dadurch entstehen, dass sie mit einer großen Bandbreite von Patienten in oftmals extremen Situationen konfrontiert werden. Allgemein ist die ärztliche Tätigkeit in den letzten Jahren sozial komplexer geworden, während bürokratischer Aufwand und Forderungen nach Wirtschaftlichkeit zugenommen haben.

Zu den vielschichtigen Anforderungen des Arztberufs sind in den letzten Jahren noch zwei gesamtgesellschaftliche Entwicklungen hinzugekommen, die sich in vielfältiger Weise auch auf den Berufsalltag der Mediziner in Sachsen auswirken. Die bereits eingangs erwähnte Digitalisierung wirkt sich auf die Arzt-Patient-Beziehung und die damit verbundenen Rollenvorstellungen und Erwartungen aus und führt damit zu neuen Herausforderungen für Ärzte. Hierzu gehören beispielsweise der Umgang mit Arztbewertungsportalen (Emmert et al. 2013; Samora et al. 2016) und der Einfluss von im Internet verfügbaren Gesundheitsinformationen auf die Arzt-Patient-Beziehung (Tonsaker et al. 2014), z.B. wenn ärztliche Kompetenzen durch Impfgegner in Frage gestellt werden (Kata 2012).

Zusätzlich ist im Rahmen des demographischen Wandels mit neuen Herausforderungen für die Ärzteschaft zu rechnen, z.B. im Zusammenhang mit einem erhöhtem Erkrankungsrisiko, Multimorbidität und einer Zunahme dementieller Erkrankungen bei älteren Patienten (Naegele 2013).

### **2.2. Belastungen, Beanspruchung und Ressourcen im Arztberuf**

Wie bereits die Ersterhebung (Hübler et al. 2009), orientiert sich auch diese Studie in theoretischer Hinsicht am sog. integrativen Belastungs-Beanspruchungs-Bewältigungskonzept (Scheuch 2008). Dementsprechend wird zwischen einer „objektiven“ Belastung, i.S. einer wertfreien Bezeichnung für physische, psychische, psychosoziale und umweltbezogene Anforderungen, und einer Beanspruchung, i.S. der Wirkung der Belastung auf die Person, differenziert. Die Beanspruchung resultiert aus der Interaktion des Menschen mit der Belastung und manifestiert sich in Veränderungen in Körper, Erleben und Handlungsfähigkeit. Der Mensch ist jedoch nicht nur passiver Rezipient externer Belastungen, er hat auch selbst Einfluss darauf wie sich diese auswirken. So lassen sich beispielsweise psychische Belastungen bei langer konzentrierter Arbeit durch Pausen reduzieren und psychische Beanspruchung i.S. von Stressempfinden lässt sich durch Sport abbauen. In Hinblick auf Belastungen, Beanspruchungen und den Umgang damit sind sowohl individuelle als auch systemische, situative und arbeitsplatzbezogene Aspekte wichtig.

Ärztliche Tätigkeiten zeichnen sich durch das Vorhandensein einer hohen Anzahl unterschiedlicher Belastungsfaktoren aus, wie beispielsweise Budgetierungen, Angst vor Kunstfehlern, Miterleben von Leid oder die Aufgabe, Angehörigen den Tod eines Patienten mitzuteilen (Bergner 2018). Unter dem Einfluss von Kostendruck und Ökonomisierung kommt es zudem zu einer Einschränkung ärztlicher Autonomie und einem erhöhtem Verwaltungs- und Bürokratieaufwand (Siegrist 2012). Weitere Belastungsfaktoren sind hierarchische Strukturen und Rollenkonflikte bei Krankenhausärzten (Albrecht und Giernalczyk 2016) oder psychisch belastende Einsätze, stetige Rufbereitschaft und Arbeit in extremen Situationen in der Notfallmedizin (Bergner 2018). Bei einer Untersuchung sächsischer Krankenhausärzte mit Bereitschaftsdienst stellten sich insbesondere die Bereiche Belegung der Abteilung, z.B. Überbelegung und Fehlbelegung, unspezifischer Zeitdruck, Unterbrechung der Arbeit durch Personen und Fluktuation/Absentismus als kritische Belastungsfaktoren heraus (Richter et al. 2014).

In Anbetracht der vielen Belastungsfaktoren ist es nicht verwunderlich, dass sich viele Mediziner in Deutschland in ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit beeinträchtigt fühlen (Jurkat 2008). In internationalen Studien lassen sich zudem Hinweise auf ein erhöhtes Risiko von Medizinerinnen für Alkoholabhängigkeit (Oreskovich et al. 2015), Suizidalität (Schernhammer und Colditz 2004) und Burnout (Shanafelt et al. 2012; Shanafelt et al. 2015) finden. In diesem Zusammenhang ist auch die oftmals ungünstige Work-Life Balance von Ärzten erwähnenswert (Nitzsche et al. 2013). Der Umgang mit den negativen Folgen von Belastungen wird zudem oft durch eine medizinische Kultur erschwert, in welcher die Gesundheit des Arztes eine untergeordnete Rolle spielt (Center et al. 2003; Wallace 2012).

In der Untersuchung der sächsischen Ärzteschaft werden, neben Belastungen und Beanspruchungen, auch Ressourcen einbezogen, welche zu einem gewissen Grad die Folgen von Belastungen und Beanspruchungen ausgleichen können. Ein wichtiger Faktor ist hier die Zufriedenheit vieler Mediziner mit ihrem Beruf (Beitzel et al. 2011; Richter et al. 2014), zu der beispielsweise ein positives Arzt-Patienten-Verhältnis, eine faire Vergütung, eine Vielfalt von Behandlungsanlässen (Löffler et al. 2015) sowie Patientenkontakt und Arbeitsklima beitragen können (Behmann et al. 2012). Eine weitere Ressource stellt die im Vergleich zu anderen Berufen relativ hohe Entscheidungsfreiheit im Arztberuf dar. Die Möglichkeiten von Medizinerinnen, Entscheidungen zu treffen und Einfluss zu nehmen, steht im Zusammenhang mit Stressempfinden und Burnout-Risiko (Linzer et al. 2002; Wu et al. 2013). Andererseits wirken sich geringe Einflussmöglichkeiten bei gleichzeitig hohen Anforderungen negativ auf die psychische Gesundheit aus (Dalgard et al. 2009) und tragen zum Wunsch bei, den Job zu wechseln (Chiu et al. 2009). Je nach Ausprägung kann die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen, eine Belastung oder eine Ressource darstellen. Während soziale Unterstützung eine weitere wichtige Ressource darstellt, kommt sie im fordernden ärztlichen Berufsalltag dennoch oft zu kurz (Voltmer und Spahn 2009). Der hohe soziale Status des Arztberufes, welcher immer wieder z.B. in den Umfragen des Forsa-Instituts (forsa 2019) bestätigt wird, und das vergleichsweise gute Einkommen stellen weitere Ressourcen des Arztberufs dar.

### **3. Ausgangslage und Zielstellung**

Die erste Erhebung zu beruflicher Belastung, Gesundheit und Zufriedenheit (Hübler et al. 2009) wurde durchgeführt, um die Beziehungen zwischen Belastungsfaktoren und Gesundheitsindikatoren, den Umgang mit Arbeitsbelastung, Ressourcennutzung und Copingstrategien bei sächsischen Ärzten besser zu verstehen. Obwohl bereits Studien existierten, bezogen sich diese meist auf den angloamerikanischen Raum, konzentrierten sich auf einzelne Belastungsaspekte oder Subgruppen



und waren nicht repräsentativ. Im Gegensatz dazu handelte es sich bei der Erhebung von Hübler et al. um eine breite, umfassende und für die sächsische Ärzteschaft repräsentative Befragung.

Die aktuelle Erhebung schließt an diese Arbeit an. Sie betrachtet die momentane Situation der sächsischen Ärzteschaft mit Hinblick auf Belastungen, Gesundheit und Berufszufriedenheit und ist damit eine eigenständige Erhebung. Gleichzeitig nutzt sie die Methoden und Konzepte der Ersterhebung und schafft damit die Grundlage für einen Vergleich zwischen beiden Befragungen. Es wird damit möglich, Veränderungen, welche sich in den letzten zehn Jahren ergeben haben, abzubilden und damit zu einem besseren Verständnis zugrundeliegender Entwicklungstendenzen und Dynamiken zu gelangen.

Die Erhebung hat dabei zwei zentrale Schwerpunkte. Zum einen sollen durch deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche Erkenntnisse über Belastungen im ärztlichen Berufsalltag gewonnen werden. Dabei geht es um die Erfassung von Arbeitsanforderungen, z.B. die Anzahl von realen Arbeitsstunden, Bereitschaftsdiensten oder die Anzahl betreuter Patienten pro Tag, aber auch um Angaben zum beruflichen Engagement, zusätzlichen Tätigkeiten, Freizeitgestaltung und Erholungsunfähigkeit. Andererseits werden Risikofaktoren, Gesundheit, Resilienz, Work-Life Balance und Wohlbefinden thematisiert. Dies beinhaltet unter anderem eventuelle gesundheitsbedingte Einschränkungen der Berufstätigkeit, individuelle und berufliche Ressourcen und zentrale Aspekte der Arbeitszufriedenheit.

Ziel unserer Analyse ist es, Erkenntnisse zu Belastungen, Beanspruchungen und zum Potential der vorhandenen Ressourcen zu gewinnen. Hierzu wird eine umfangreiche deskriptive Auswertung durchgeführt und es werden die Ergebnisse mit den 2009 gewonnenen Erkenntnissen verglichen. Es werden fünf grundlegende Strukturmerkmale zur Gruppierung und Auswertung herangezogen: (1) Geschlecht, (2) Alter, (3) Tätigkeitsbereich (stationär vs. ambulant), (4) Fachrichtung, (5) Größe des Tätigkeitsortes. Diagramme und Tabellen erleichtern das Verständnis der Ergebnisse. In einigen Fällen kann es bei Aufsummierung von Prozentwerten durch Rundung zu geringen Abweichungen von 100% kommen. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen werden entsprechend ausgewiesen und Testverfahren und Signifikanzniveaus werden in den Anmerkungen dargelegt (signifikant =  $p < 0.05$ , sehr signifikant =  $p < 0.01$ , hoch signifikant  $p < 0.001$ , nicht signifikant =  $p \geq 0.05$ ). Bei Analyse, Darstellung und Struktur wurde darauf geachtet, dass die aktuelle Studie möglichst nahe an der Ersterhebung (Hübler et al. 2009) liegt, um die bestmögliche Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die Fragebögen wurden mit Hilfe des Programms Formpro 3.0 eingelesen und Daten wurden mit SPSS 25 (IBM) ausgewertet.

Ziel des Berichtes ist es, die momentane Situation der sächsischen Ärzteschaft hinsichtlich beruflicher Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit darzustellen, und diese in Bezug zu den Ergebnissen der ersten Untersuchung aus dem Jahr 2007 zu stellen.

## **4. Untersuchungsmethoden und Erhebungsinstrumente**

### **4.1. Studiendesign und Beschreibung des Fragebogeninstrumentes**

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie auf Basis einer repräsentativen Stichprobe sächsischer berufstätiger Ärzte im Jahr 2019. Die Variablen wurden mittels eines neunseitigen Fragebogens erhoben, da die Nutzung von Fragebögen zeitliche Flexibilität, Kosteneffizienz und Skalierbarkeit ermöglicht. Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Erstbefragung zu erzielen, wurde der entsprechende Fragebogen mit leichten Veränderungen übernommen. Dies bedeutet, dass bei der Fragebogenkonstruktion teilweise

auf validierte bzw. bereits erprobte Untersuchungsinstrumente zurückgegriffen wurde, welche entweder im Original oder in der von den Autoren der Ersterhebung adaptierten Form verwendet wurden. Praktikabilität und Verständlichkeit des Untersuchungsinstruments hatten sich bereits in der Erstbefragung bestätigt (Hübler et al. 2009). Dabei wurde auf die Erhebung des Verausgabungs-Belohnungsverhältnis (Effort-Reward-Imbalance) verzichtet und die Befragung um moderne Konzepte der Resilienz und Work-Life Balance ersetzt.

Nachfolgend werden die verschiedenen Themenbereiche des Fragebogens und deren Erfassung kurz dargestellt.

#### **4.1.1. Soziodemographische Angaben**

Zentrale soziodemographische Merkmale, z.B. Alter, Geschlecht und Familienstand, wurden zu Beginn des Fragebogens erfasst. Anders als bei der Ersterhebung, wurde auch erfragt, ob der Arzt am Arbeitsort lebt.

#### **4.1.2. Merkmale der Arbeitstätigkeit**

Der Bereich „2. Ärztliche Tätigkeit und Berufsanamnese“ vereint Fragen zu Tätigkeit, Tätigkeitsbereich (z.B. ambulant vs. stationär), Arbeitszeiten, Fachbereich oder Patientenkontakt. Beispielsweise wurden hier das Vorliegen einer hausärztliche Tätigkeit oder das Ausüben einer leitenden Funktion erfragt.

Unter „3. Zeitaufwand für berufliche und außerberufliche Tätigkeiten“ wurden Fragen zu Stundenzahl, Überstunden und zur Durchführung von Bereitschafts- und Nachtdiensten gestellt, aber auch zu außerberuflichen Tätigkeiten, z.B. in Lehre oder Wissenschaft, und zu Freizeit und Urlaub.

#### **4.1.3. Arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung**

Die berufliche Belastung der Ärzte wurde über zwei Items mit Globalurteilen und eine Skala zur Work-Life Balance gemessen. Die beiden Items fragten nach der (1) allgemeinen beruflichen Belastung und nach der (2) Belastung durch sich ändernde Anforderungen (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien usw.). Die Items können auf einer Skala von „1“ bis „7“ beantwortet werden, wobei hohe Werte eine geringe Belastung widerspiegeln.

In der aktuellen Befragung wurde zusätzlich auch die globale, subjektive Einschätzung der Work-Life Balance mit Hilfe der Trierer Kurzskala (TKS-WLB, Syrek et al. 2011) erfasst. Die Skala besteht aus fünf Items, welche auf einer sechsstufigen Likert-Skala, von „1 = stimmt gar nicht“ bis „6 = stimmt genau“, beantwortet werden. Eine hohe Work-Life Balance steht im Zusammenhang mit erhöhter Arbeits- und Lebenszufriedenheit sowie mit niedrigeren Werten für Angst und Depression (Haar et al. 2014), während eine niedrige Work-Life Balance bei Ärzten im Zusammenhang mit Burnout steht (Nitzsche et al. 2013). Studien zeigen, dass Ärzte eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hohe Unzufriedenheit mit ihrer Work-Life Balance aufweisen (Shanafelt et al. 2012; Shanafelt et al. 2015).

#### **4.1.4. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit**

##### **Allgemeine Gesundheit und berufliche Leistungsfähigkeit**

Allgemeiner Gesundheitszustand und berufliche Leistungsfähigkeit wurden mit Hilfe von Globalurteilen bestimmt, welche auf einer siebenstufigen Antwortskala bewertet werden. Für die Analyse wurden die Items so gepolt, dass hohe Werte eine positive Bewertung darstellen, d.h. ein hohes Ausmaß an subjektiver Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit.

## **Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren**

### ***Body-Mass-Index (BMI)***

Es wurden Größe und Gewicht der Teilnehmer erfragt und dann der BMI über folgende Formel bestimmt:  $BMI = \text{Körpergewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2$ .

Die Ergebnisse wurden entsprechend der Grenzwerte der „Evidenzbasierten Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas“ (Hauner et al. 2007) in die folgenden Kategorien unterteilt: Normalgewicht ( $18,5 \leq BMI < 25 \text{ kg/m}^2$ ), Übergewicht ( $25 \leq BMI < 30 \text{ kg/m}^2$ ), Adipositas ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

### ***Sportliche Aktivität und Ernährung***

Das Vorhandensein bzw. die Häufigkeit sportlicher Aktivitäten pro Woche und die Einschätzung der eigenen Ernährung als gesund wurden mit jeweils einem Item erfasst.

### ***Tabak- und Alkoholkonsum***

Es wurden Selbstauskünfte zum aktuellen und früheren Rauchverhalten und zum Alkoholkonsum erfragt. Anschließend wurde die Menge des pro Tag konsumierten Alkohols in Gramm an Hand der Klassifikation nach Bühringer et al. (2000) verschiedenen Risikogruppen geschlechtsspezifisch zugeordnet. Danach kann Alkoholkonsum als (1) risikoarm (Männer: 0-30 Gramm/Tag; Frauen: 0-20 Gramm/Tag), (2) riskant (M: 30-60; F: 20-40), (3) gefährlich (M: 60-120; F: 40-80) oder als (4) Hochkonsum (M: >120; F: >80) kategorisiert werden.

## **Vorliegende Beschwerden, Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit**

Subjektive Beschwerden wurden mit der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler und Scheer 1995) erhoben, welcher 24 Einzelbeschwerden aus vier Bereichen – Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden und Erschöpfung – beinhaltet. Die Addition der vier Bereichsskalen ermöglicht zudem die Berechnung eines allgemeinen Beschwerdedrucks. Der GBB-24 ist ein Instrument zur Erfassung der psychosomatischen Bedingtheit oder Mitbedingtheit von körperlichen Beschwerden.

Bereits für die erste Befragung im Jahr 2007 wurde eine Liste von Beschwerden und Erkrankungen inklusive einer subjektiven Einschätzung der potentiell daraus resultierenden Beeinträchtigung der eigenen Arbeitsfähigkeit, basierend auf einer Skala des etablierten Work Ability Index (WAI, Tuomi et al. 1998), entwickelt, welche auch in dieser Befragung zur Anwendung kam. Die verwendete Skala erfragt umfassend Beschwerden und Beeinträchtigungen in 14 verschiedenen Bereichen – von Erkrankungen des Bewegungsapparates, der Atemwege oder des Magen-Darm-Traktes über Unfallverletzungen bis zu psychischen und neurologischen Erkrankungen – und gibt den Befragten die Möglichkeit zu Ergänzungen.

## **Aspekte psychischer Gesundheit**

### ***Erholungsunfähigkeit***

Die Erholungsunfähigkeit wurde mit Hilfe einer Skala aus dem Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA, Richter et al. 1996) erfasst. Erholungsunfähigkeit steht im Zusammenhang mit Erschöpfung, depressiven Symptomen und verminderter Arbeitsfähigkeit (Schulz et al. 2019).

### ***Burnout***

Burnout bezeichnet einen Zustand von Erschöpfung und Ausgebranntsein durch die Arbeit, in dem die berufliche Tätigkeit keine Freude mehr bereitet und die Qualität der Arbeit nachlässt. Zur

Einschätzung des Burnout-Risikos wurde das Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS) in der deutschen Übersetzung verwendet (Maslach et al. 1996; Schaufeli et al. 1996). Das etablierte Instrument erfasst drei Dimensionen: (1) emotionale Erschöpfung, (2) Zynismus, i.S. von Gleichgültigkeit und der Entwicklung zunehmend negativer Einstellungen gegenüber der Arbeit und (3) professionelle Effizienz. Zur Berechnung des individuellen Burnout-Wertes werden, nach der Umpolung der Skala „professionelle Effizienz“, die gewichteten Skalenmittelwerte addiert (siehe Kalimo et al. 2003).

### **Resilienz**

Eine weitere Neuerung im Vergleich zur Ersterhebung stellt die Resilienzskala (RS-11, Schumacher et al. 2005) dar. Sie misst Resilienz i.S. einer psychischen Widerstandskraft, welche beispielsweise im Zusammenhang mit Wohlbefinden (Sagone und Caroli 2014) und einem reduzierten Burnout-Risiko (Taku 2014) steht. Zudem wird ein Zusammenhang zwischen einem Mangel an ärztlicher Resilienz und erhöhten Kosten im Gesundheitssystem, z.B. durch das Ausscheiden von Ärzten aus der medizinischen Versorgung, diskutiert (Walsh 2013). Die verwendete Kurzskala enthält elf Items, welche auf einer siebenstufigen Likert-Skala beantwortet werden können, wobei höhere Werte eine höhere Zustimmung signalisieren.

#### **4.1.5. Arbeitszufriedenheit und berufliche Zukunft**

Zentrale Zufriedenheitsaspekte wurden durch Globalurteile erfasst, welche sich auf den Umfang der beruflichen Verantwortung, die Verwirklichung eigener Vorstellungen, Sinnerleben und das Gefühl, die eigenen Fähigkeiten bei der Arbeit voll einsetzen zu können, beziehen, aber auch auf das Gehalt und die Frage, ob der Beruf den eigenen Erwartungen entspricht.

Zusätzlich wurden die Ärzte zu ihren beruflichen Zukunftsvorstellungen und -wünschen mittels drei Items befragt. Hierbei geht es um den Wunsch in eine medizinferne Tätigkeit zu wechseln, die Vorstellung einer persönlichen Zukunft ohne den Beruf und den Wunsch weiterhin in dem Beruf tätig zu bleiben.

Hohe Punktwerte stehen auch hier wieder für inhaltlich positive Aussagen, dementsprechend wurden einzelne Items für die Analyse umgepolt.

Ein Gesamtüberblick über die erfassten Themenkomplexe finden sich in Tabelle 1.

**Tabelle 1: Übersicht zu den erfassten Themenkomplexen**

<b>Inhalt</b>	<b>Instrument</b>
<b>Soziodemographie</b>	<b>Soziodemographische Fragen</b> (z.B. zu Geschlecht, Alter, Familienstand, Kindern)
<b>Merkmale der Arbeitstätigkeit</b>	
Ärztliche Tätigkeit und Berufsanamnese	<b>Fragen zur ärztlichen Tätigkeit</b> (z. B. Tätigkeitsbereich, Einrichtung, Funktion, Fachbereich)
Zeitaufwand für berufliche und außerberufliche Tätigkeiten	<b>Fragen zu Tätigkeiten und Zeiten</b> (z. B. Stundenzahl, Überstunden, Bereitschaftsdienste, Lehrtätigkeiten)
<b>Arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung</b>	
Belastung in der Arbeitstätigkeit	<b>Globalurteile zur Belastung</b> - allgemeine berufliche Belastung - Belastung durch sich ändernde Anforderungen
Work-Life Balance	<b>Trierer Kurzskala zur Messung von Work-Life Balance</b> (TKS-WLB, Syrek et al. 2011)
<b>Gesundheit und Arbeitsfähigkeit</b>	
Allgemeine Gesundheit und berufliche Leistungsfähigkeit	<b>Globalurteile zu Gesundheitszustand und beruflicher Leistungsfähigkeit</b>
Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren	<b>Fragen zu Verhalten und Risikofaktoren</b> (z.B. Gewicht, sportliche Aktivität, Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum)
<b>Vorliegende Beschwerden, Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit</b>	
Aktuelle Beschwerden und deren Intensität	<b>Gießener Beschwerdebogen-Kurzform</b> (GBB-24, Brähler und Scheer 1995)
Beeinträchtigung durch vorliegende Krankheiten und Beschwerden	<b>Fragen zu Beschwerden und Erkrankungen</b> (Vorliegen und Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit) basierend auf einer Skala des Work Ability Index (WAI, Tuomi et al. 1998)
<b>Aspekte psychischer Gesundheit</b>	
Erholungsunfähigkeit	<b>Skala Erholungsunfähigkeit</b> (FABA Skala E, Richter et al. 1996)
Burnout	<b>Maslach Burnout Inventory</b> (MBI-GS, Maslach et al. 1996; deutsche Version: Schaufeli et al. 1996; Risikoklassifikation nach Kalimo et al. 2003)
Resilienz	<b>Resilienzskala</b> (RS-11, Schumacher et al. 2005)
<b>Arbeitszufriedenheit und berufliche Zukunft</b>	<b>Globalurteile zur beruflichen Zufriedenheit und Zukunftsvorstellungen</b> (z. B. Zufriedenheit mit der beruflichen Verantwortung, Wunsch in eine medizinferne Tätigkeit zu wechseln)

## 4.2 Studienteilnehmer und Stichprobenauswahl

Im September 2019 wurde durch die Sächsische Landesärztekammer (SLÄK) eine Stichprobe von 4520 Ärzten aus der Grundgesamtheit der 18.085 im Jahr 2019 ärztlich tätigen Mediziner in Sachsen nach dem Zufallsprinzip gezogen. Die Stichprobengröße wurde gewählt, um eine ausreichende

Repräsentativität und statistische Power zu gewährleisten und differenzierte Analysen zu ermöglichen.

Die Fragebögen wurden durch die SLÄK im September 2019 versandt, circa einen Monat nach dem Versand wurde eine Erinnerung im Ärzteblatt Sachsen (10/2019) veröffentlicht. Die ausgefüllten Fragebögen wurden dem Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig ohne Absenderangabe zugesandt. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig und alle erhobenen Daten wurden entsprechend gesetzlicher Richtlinien vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form wissenschaftlich verarbeitet.

Insgesamt 1465 Fragebögen wurden zurückgeschickt (Tabelle 2). Nach der Bereinigung der Stichprobe enthielt die Analysestichprobe noch 1412 Ärzte.

**Tabelle 2: Grundgesamtheit und repräsentative Stichprobe**

Grundgesamtheit	18.085 (= alle gemeldeten aktiven Ärzte in Sachsen)
Stichprobe	4.520 (25%, Zufallsauswahl)
Responder (% Rücklauf)	1465 (32%)
Analysestichprobe	1412 (31%)

Die gleichen Fragebögen wurden zudem zeitgleich an alle berenteten, beruflich aktiven, sächsischen Ärzte versendet. Sämtliche Angaben, Auswertungen und Analysen zu dieser zweiten, kleineren Stichprobe finden sich in einem separaten Kapitel (7. Berentete, beruflich aktive Ärzte).

### 4.3 Aufbereitung und statistische Auswertung der Daten

Alle eingegangenen Fragebögen wurden am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) eingescannt, mit Hilfe des Programms Formpro 3.0 (OCR Systeme GmbH) ausgelesen und von zwei Auswertern unabhängig voneinander überprüft. Vor der Analyse wurde der Datensatz aufbereitet, auf Inkonsistenzen und Fehler überprüft und falsch erfasste Angaben wurden korrigiert. Anschließend wurden deskriptive und inferenzstatistische Analysen mit dem Programm SPSS 25 durchgeführt. Insgesamt orientieren sich die Datenaufbereitung und -auswertung am Vorgehen der Ersterhebung (Hübler et al. 2009).

Bei den statistischen Testverfahren – z.B. bei Vergleich zweier Mittelwerte mittels eines t-Tests – werden die folgenden vier Signifikanzniveaus unterschieden: \*\*\* $p < 0.001$  (höchst signifikant), \*\* $p < 0.01$  (sehr signifikant), \* $p < 0.05$  (signifikant),  $p \geq 0.05$  (kein signifikantes Ergebnis, n.s.). Abhängig von den Eigenschaften der analysierten Variablen wurden parametrische, z.B. t-Test, oder non-parametrische, z.B. der Mann-Whitney-U-Test, Verfahren genutzt.

## 5. Beschreibung der Stichprobe

### 5.1 Bereinigung der Gesamtstichprobe

Insgesamt wurden die Erhebungsbögen von 1465 Ärzten zurückgesendet. Im nächsten Schritt wurden 29 Teilnehmer, welche angegeben hatten, berentet zu sein, ausgeschlossen, weitere 12 wurden ausgeschlossen, weil sie zur Zeit der Erhebung nicht berufstätig waren – z.B. wegen Elternzeit, Mutterschutz oder Arbeitslosigkeit – und weitere 12, auf Grund des Fehlens grundlegender demographischer Daten. Die endgültige Analyse-Stichprobe besteht somit aus 1412 sächsischen Ärzten. Die Analysestichprobe ist im Durchschnitt ein Jahr jünger als die Stichprobe

angeschriebener Ärzte, es finden sich – wie bereits in der Ersterhebung – mehr Frauen unter den Respondern als Männer (59,6% vs. 52,6%).

## 5.2. Zentrale Merkmale der Analytestichprobe

### 5.2.1. Soziodemographische Angaben

#### Geschlechter- und Altersgruppenverteilung

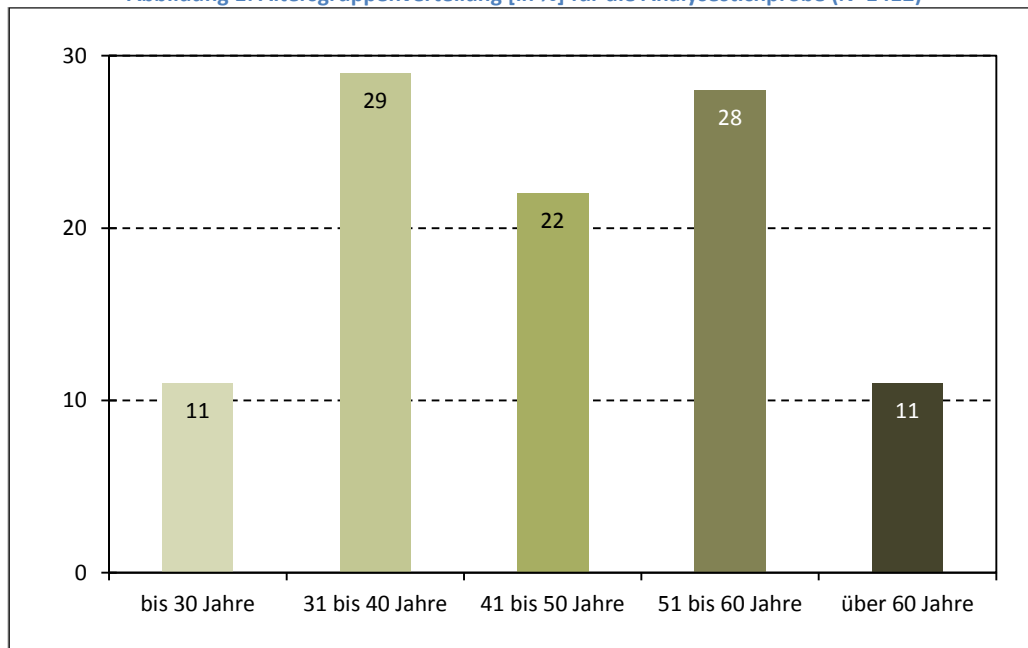
Die Analytestichprobe (N=1412) besteht aus 571 Männern und 841 Frauen. Der Frauenanteil von 59,6% ist damit etwas höher als bei der Ersterhebung im Jahr 2007 (51,9%). Das Durchschnittsalter von 45,4 Jahren (Tabelle 3) unterscheidet sich statistisch nicht vom Durchschnittsalter der Ersterhebung, Ärzte sind im Mittel 1,3 Jahre älter als ihre weiblichen Kolleginnen.

**Tabelle 3: Durchschnittsalter der Teilnehmer in Abhängigkeit vom Geschlecht**

Geschlecht	Anteil	Mittleres Alter [Jahre]	Standardabweichung
männlich (N= 571)	40,4%	46,2	±11,2
weiblich (N= 841)	59,6%	44,9	±11,6
<b>Gesamt (N= 1412)</b>	100%	45,4	±11,4

Basierend auf den Altersangaben wurden im nächsten Schritt Altersklassen gebildet (Abbildung 1). Wie bereits bei der ersten Erhebung im Jahr 2007, verteilt sich der weitaus größte Teil aller Befragungsteilnehmer (78,9%) über die drei mittleren Altersgruppen (31-60 Jahre). Anders als bei der Ersterhebung ist die mittlere Gruppe (41-50 Jahre) am wenigsten stark besetzt, während die beiden flankierenden Gruppen (31-40 und 51-60) fast gleichauf an erster Stelle liegen.

**Abbildung 1: Altersgruppenverteilung [in %] für die Analytestichprobe (N=1412)**



Anders als bei der Ersterhebung, ergibt sich bei der Besetzung der Altersgruppen für die Geschlechter kein signifikanter Unterschied (Tabelle 4).

**Tabelle 4: Geschlechter und Altersgruppenverteilung für die Analysestichprobe**

<b>Altersgruppe</b>	<b>[Jahre]</b>	<b>männlich</b>		<b>weiblich</b>		<b>Gesamt</b>	
Bis 30	Anzahl (%)	48	(8,4)	100	(11,9)	148	(10,5)
31-40	Anzahl (%)	158	(27,7)	249	(29,6)	407	(28,8)
41-50	Anzahl (%)	135	(23,6)	173	(20,6)	308	(21,8)
51-60	Anzahl (%)	164	(28,7)	236	(28,1)	400	(28,3)
Über 60	Anzahl (%)	66	(11,6)	83	(9,9)	149	(10,6)
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	571	(100)	841	(100)	1412	(100)

*Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson, Signifikanz (zweiseitig): nicht signifikant.*

### **Familienstand**

Von den befragten Ärzten leben 84,9% in einer festen Beziehung, 89,3% der Männer und 82,1% der Frauen (Tabelle 5), ein Großteil – insbesondere bei den über Dreißigjährigen – ist auch verheiratet. Am Anteil der Männer in einer festen Beziehung hat sich damit im Vergleich zur Ersterhebung kaum etwas geändert, bei den Frauen hat sich der Anteil leicht, aber signifikant, erhöht (2007: 77,9%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ). Der Anteil der allein lebenden Männer nimmt mit dem Alter ab und bleibt jenseits der 40 bei unter 10%, während der Anteil an Ärztinnen ohne festen Partner ab 40 deutlich über dem der Männer liegt und sich jenseits der 50 bei einem Fünftel einpendelt.

Auffallende Unterschiede zur Ersterhebung ergeben sich v.a. an den beiden Enden der Altersverteilung (Tabelle 6). Aktuell geben deutlich weniger Ärzte unter 30 (20,8%, 2007: 33,3%) und Ärztinnen über 60 (19,3%, 2007: 37,3%) an, keinen Partner zu haben. Während ein deutlich höherer Anteil von Frauen unter 30 in der aktuellen Befragung verheiratet und zusammenlebend ist (31,0%, 2007: 16,7%), hat sich dieser Anteil bei den Männern ab 60 reduziert (80,3%, 2007: 90,3%), wie sich auch der Anteil von nichtverheirateten Frauen mit festem Partner in den Dreißigern erhöht hat (39,8%, 2007: 19,2%). Mit Ausnahmen von Männern ab 50 und Frauen in den Fünfzigern, ist 2019 ein kleinerer Anteil der sächsischen Ärzteschaft ohne festen Partner, was hauptsächlich auf die Zunahme fester Partnerschaften (ohne Heirat) zurückzuführen ist. Die Anteile der alleinlebenden Personen sind bei den Ärztinnen, v.a. ab den Fünfzigern, höher als bei ihren männlichen Kollegen (Abbildung 2). Auch der Anteil Geschiedener nimmt mit dem Alter zu und liegt bei Frauen höher (Abbildung 3).



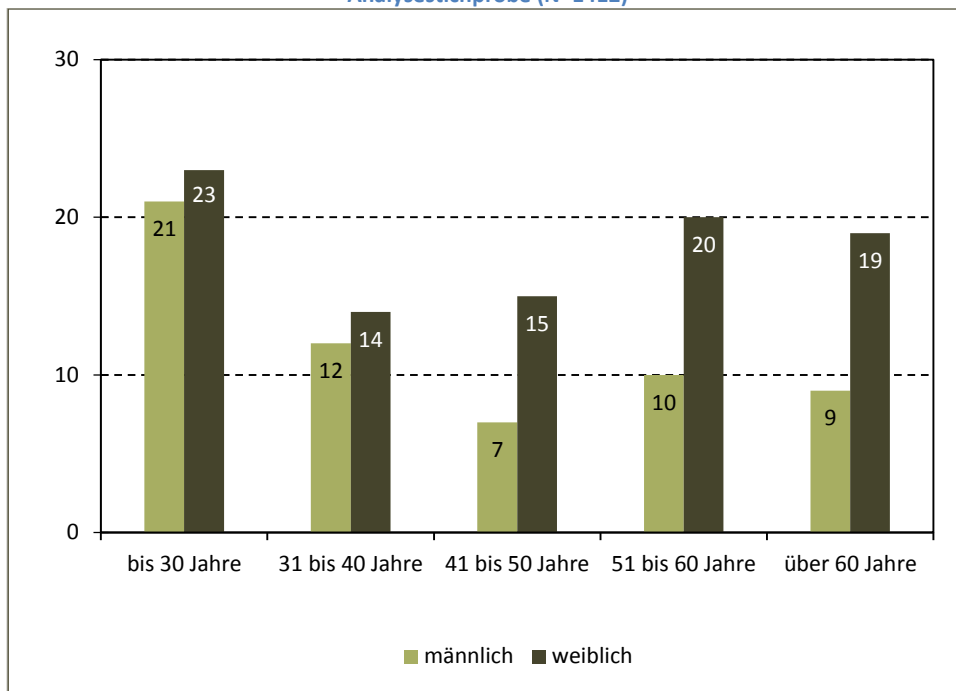
**Tabelle 5: Familienstand in Abhängigkeit vom Geschlecht**

Familienstand		männlich		weiblich		Gesamt	
ledig, alleinlebend	Anzahl (%)	37	(6,5)	76	(9,0)	113	(8,0)
ledig, mit festem Partner	Anzahl (%)	89	(15,6)	178	(21,2)	267	(18,9)
verheiratet, zusammenlebend	Anzahl (%)	397	(69,5)	480	(57,1)	877	(62,1)
verheiratet, getrennt lebend	Anzahl (%)	9	(1,6)	18	(2,1)	27	(1,9)
geschieden, alleinlebend	Anzahl (%)	12	(2,1)	42	(5,0)	54	(3,8)
geschieden, mit festem Partner	Anzahl (%)	21	(3,7)	26	(3,1)	47	(3,3)
verwitwet, alleinlebend	Anzahl (%)	2	(0,4)	10	(1,2)	12	(0,8)
verwitwet, mit festem Partner	Anzahl (%)	3	(0,5)	6	(0,7)	9	(0,6)
keine Angabe	Anzahl (%)	1	(0,2)	5	(0,6)	6	(0,4)
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	571	(100)	841	(100)	1412	(100)

**Tabelle 6: Familienstand in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1412)**

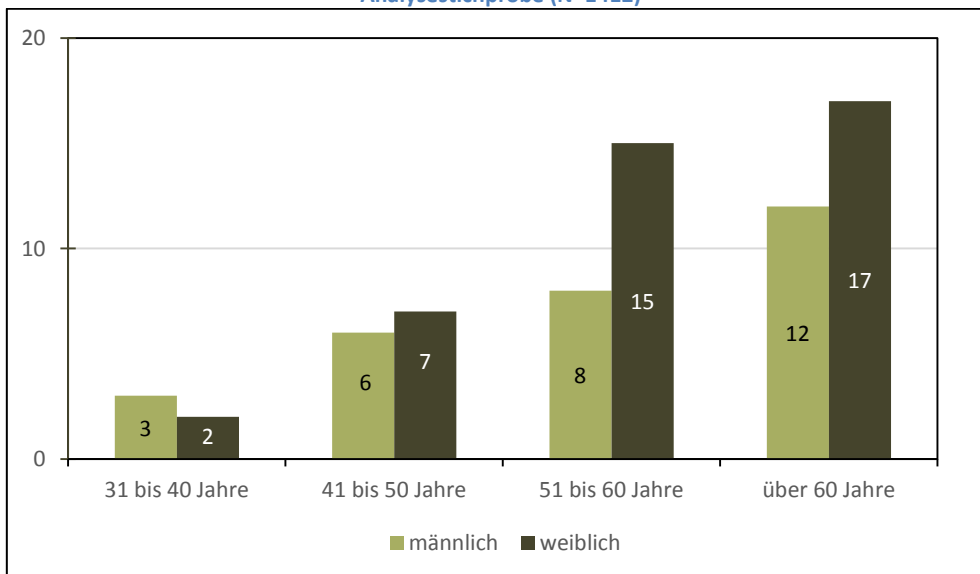
Familienstand vs. Alter	bis 30 Jahre	31 bis 40 Jahre	41 bis 50 Jahre	51 bis 60 Jahre	Ab 60 Jahre
<b>männlich</b>					
verheiratet, zusammenlebend	31,3%	55,7%	80,0%	81,1%	80,3%
fester Partner	47,9%	32,3%	12,6%	9,1%	10,6%
kein fester Partner	20,8%	12,0%	6,7%	9,8%	9,1%
keine Angabe	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%
<b>weiblich</b>					
verheiratet, zusammenlebend	31,0%	46,2%	69,9%	68,2%	62,7%
fester Partner	46,0%	39,8%	15,0%	10,6%	16,9%
kein fester Partner	23,0%	13,7%	15,0%	19,9%	19,3%
keine Angabe	0,0%	0,4%	0,0%	1,3%	1,2%

Abbildung 2: Anteil [%] allein Lebender (N=206) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht im Verhältnis zur Analysestichprobe (N=1412)



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.05$

Abbildung 3: Anteil [%] Geschiedener (N=101) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht im Verhältnis zur Analysestichprobe (N=1412)



### Kinder

78,6% der Ärzte und 72,7% der Ärztinnen gaben an, mindestens ein Kind zu haben (Tabelle 7), im Vergleich zu 2007 ergibt sich damit bei den Ärztinnen eine signifikante Abnahme (Ärzte: 82,4%, Ärztinnen: 77,8%; Chi-Quadrat-Test: Männer n.s., Frauen  $p < 0.01$ ). Im Vergleich zur Ersterhebung fällt eine Gruppe auf, bei der sich signifikante Veränderungen ergeben haben. Männer ab 60 geben aktuell deutlich seltener an, Kinder zu haben (90,0%, 2007: 97,6%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ). Frauen zwischen 31 und 40 haben in der Tendenz 2019 seltener ein oder mehrere Kinder (61%, 2007: 69,1%), allerdings ergibt sich hier kein signifikanter Unterschied ( $p = 0.064$ ). Die mittlere Anzahl an

Kindern ist bei Ärzten (2,2) signifikant höher als bei Ärztinnen (1,9; Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.001$ , Tabelle 8) unterscheidet sich aber nicht signifikant von den Ergebnissen der Ersterhebung.

**Tabelle 7: Mediziner mit Kindern in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht im Verhältnis zur Gesamtstichprobe (N=1412)**

Alter		männlich		weiblich		Gesamt mit Kind		Ohne Kinder	
bis 30 Jahre	Anzahl (%)	13	(27,1)	15	(15,0)	28	(18,9)	120	(81,1)
31 bis 40 Jahre	Anzahl (%)	100	(63,3)	152	(61,0)	252	(61,9)	155	(38,1)
41 bis 50 Jahre	Anzahl (%)	125	(92,6)	154	(89,0)	279	(90,6)	29	(9,4)
51 bis 60 Jahre	Anzahl (%)	151	(92,1)	214	(90,7)	365	(91,3)	35	(8,8)
über 60 Jahre	Anzahl (%)	60	(90,9)	76	(91,6)	136	(91,3)	13	(8,7)
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	449	(78,6)	611	(72,7)	1060	(75,1)	352	(24,9)

**Tabelle 8: Mittlere Anzahl der Kinder in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1055)**

Alter		männlich	weiblich	Gesamt
bis 30 Jahre	MW ± SD	1,2 ± 0,4	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,4
31 bis 40 Jahre	MW ± SD	1,9 ± 0,8	1,8 ± 0,7	1,8 ± 0,7
41 bis 50 Jahre	MW ± SD	2,4 ± 1,0	2,2 ± 0,9	2,3 ± 0,9
51 bis 60 Jahre	MW ± SD	2,4 ± 1,0	1,9 ± 0,7	2,1 ± 0,9
über 60 Jahre	MW ± SD	2,3 ± 0,9	1,9 ± 0,9	2,1 ± 0,9
<b>Gesamt</b>	MW ± SD	2,2 ± 1,0	1,9 ± 0,8	2,1 ± 0,9

### Muttersprache

Insgesamt gaben 9% der befragten Mediziner an, dass Deutsch nicht ihre Muttersprache sei. Im Vergleich zu 2007 gab es hier eine deutliche Zunahme bei den Männern (12,1%, 2007: 8,1%). Die am häufigsten genannte Muttersprache war Russisch, gefolgt von Tschechisch, Slowakisch und Arabisch. Im Unterschied zu 2007 war Tschechisch statt Polnisch unter den vier verbreitetsten nichtdeutschen Muttersprachen. An den beliebtesten Fachrichtungen bei Nichtmuttersprachlern hat sich seit 2007 nichts geändert, so finden sich die meisten in der chirurgischen Fachrichtung (FR), der Inneren Medizin und der neurologischen/psychiatrischen FR (Tabelle 9). Den höchsten Anteil an der Ärzteschaft stellen Nichtmuttersprachler – männlich wie weiblich – in der zahlenmäßig kleinsten Fachrichtung, d.h. im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn, gefolgt von der chirurgischen (Männer) bzw. diagnostischen FR (Frauen).

**Tabelle 9: Anteil der Ärzte, deren Muttersprache nicht Deutsch ist (N=127), in Abhängigkeit von (a) Alter und Geschlecht im Verhältnis zur Gesamtstichprobe und von (b) Fachgruppe und Geschlecht**

Alter	Anzahl (%)	Andere Muttersprache		Gesamt		Deutsch als Muttersprache	
		männlich	weiblich				
bis 30 Jahre	Anzahl (%)	8 (17,0)	9 (9,0)	17 (11,6)	130 (88,4)		
31 bis 40 Jahre	Anzahl (%)	29 (18,3)	24 (10,0)	53 (13,0)	354 (87,0)		
41 bis 50 Jahre	Anzahl (%)	17 (12,6)	12 (6,9)	29 (9,4)	279 (90,6)		
51 bis 60 Jahre	Anzahl (%)	11 (6,7)	9 (3,8)	20 (5,0)	380 (95,0)		
über 60 Jahre	Anzahl (%)	4 (6,0)	4 (4,8)	8 (5,4)	141 (94,6)		
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	69 (12,1)	58 (6,9)	127 (9,0)	1284 (91,0)		

Fachgruppe	Anzahl (%)	Andere Muttersprache		Gesamt		Gesamt (von N = 127)	
		männlich	weiblich				
Allgemeinmedizin	Anzahl (%)	2 (3,3)	1 (1,0)	3 (1,7)	3 (2,3)		
Innere Medizin	Anzahl (%)	12 (11,2)	7 (4,9)	19 (7,6)	19 (15,0)		
Kinder- und Jugendmedizin	Anzahl (%)	0 (0,0)	4 (6,8)	4 (5,1)	4 (3,1)		
Diagnostische FR	Anzahl (%)	1 (3,1)	4 (10,8)	5 (7,2)	5 (3,9)		
Chirurgische FR	Anzahl (%)	35 (18,4)	17 (8,3)	52 (13,2)	52 (40,9)		
Organbezogene FR	Anzahl (%)	3 (13,6)	3 (5,2)	6 (7,5)	6 (4,7)		
Neurologische/ psychiatr. FR	Anzahl (%)	5 (10,4)	8 (8,4)	13 (9,1)	13 (10,2)		
Prävention, Gesundheitsförderung, Reha & angrenzende FRn	Anzahl (%)	5 (31,3)	6 (16,7)	11 (21,2)	11 (8,7)		
Keine Angabe FR	Anzahl (%)	6 (7,9)	8 (8,9)	14 (8,4)	14 (11,0)		
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	69 (12,1)	58 (6,9)	127 (9,0)	127 (100)		

### Größe des Tätigkeitsortes (Einwohnerzahl)

Die Tätigkeitsorte der Mediziner wurden nach Größe in Dorf/ Landstadt, Kleinstadt, Mittelstadt und Großstadt kategorisiert (Abbildung 4). Hier hat es seit 2007 eine signifikante Verschiebung, von 44% hin zu aktuell 53%, zu den ohnehin schon dominanten Großstädten gegeben (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ). Die Verschiebung hat sich vor allem auf Kosten der Mittelstädte (20%, 2007: 26%) vollzogen und ist besonders bei den Ärztinnen zu finden (Abbildung 5). 2007 hatten sich Ärzte und Ärztinnen bezüglich ihres Tätigkeitsortes noch nicht unterschieden. 61,8% der Befragten gaben an, an ihrem Tätigkeitsort auch zu leben, wobei sich die Geschlechter hier nicht signifikant unterscheiden.

Abbildung 4: Verteilung der Befragten nach Größe (Einwohnerzahl) des Tätigkeitsortes (N=1412); Häufigkeiten [%]

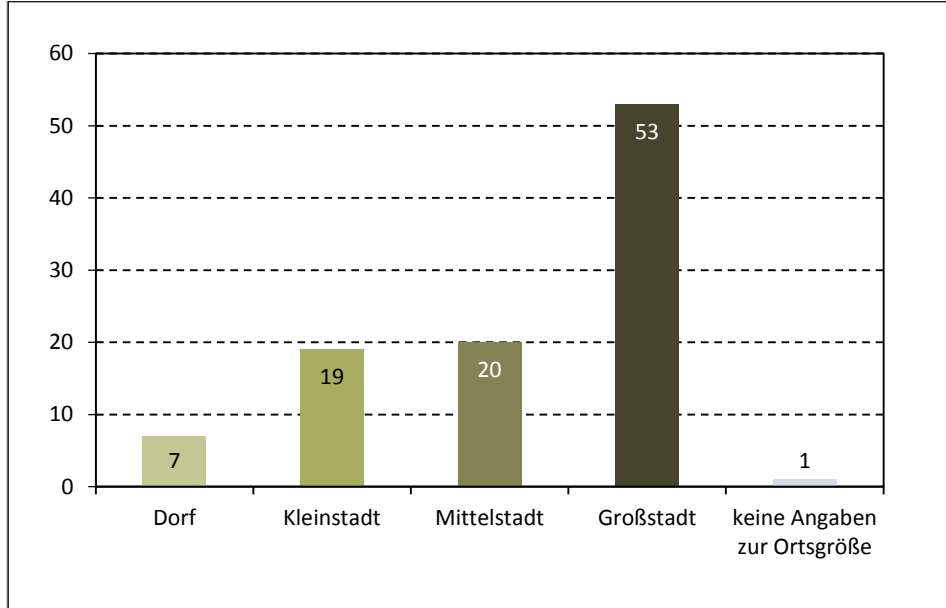
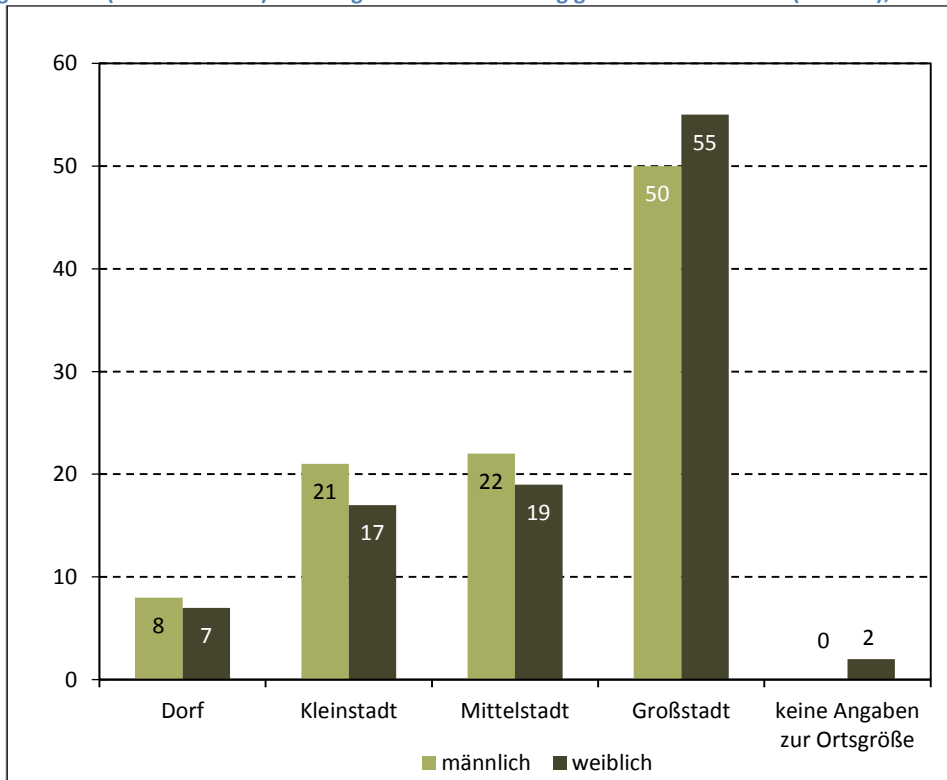


Abbildung 5: Größe (Einwohnerzahl) des Tätigkeitsortes in Abhängigkeit vom Geschlecht (N=1412); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.01$

Besonders oft sind Mediziner unter 30 Jahren (78,4%) und zwischen 31 und 40 (62,4%) in Großstädten tätig, ab 50 verteilt sich die Hälfte der Mediziner zu etwa gleichen Teilen auf Klein- und Mittelstädte, der Anteil der Großstädte liegt dann bei knapp über 40% (Tabelle 10). Im Vergleich zu 2007 hat der Anteil an Mediznern, welche in der Großstadt tätig sind, in jeder Altersgruppe, teilweise beträchtlich, zugenommen. Besonders deutlich ist dieser Unterschied bei den unter Dreißigjährigen (78,4%, 2007: 52,2%). Demgegenüber steht der bereits erwähnte, reduzierte Anteil der in Mittelstädten tätigen Mediziner und ein in jeder Altersgruppe, im Vergleich zu 2007,

verringertes Anteil von Medizinern auf dem Dorf/ Landstadt, insbesondere bei den über Sechzigjährigen, von denen nur 5,4% in einem Dorf/ Landstadt tätig sind (2007: 12%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ).

**Tabelle 10: Größe des Tätigkeitsortes in Abhängigkeit vom Alter [Anzahl (%)]**

Alter	Dorf/ Landstadt ( $\leq 5.000$ )		Kleinstadt (5.001 – 20.000)		Mittelstadt (20.001 – 100.000)		Großstadt ( $\geq 100.000$ )		Keine Angabe	
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
bis 30 Jahre	4	(2,7)	12	(8,1)	14	(9,5)	116	(78,4)	2	(1,4)
31 bis 40 Jahre	23	(5,7)	44	(10,8)	81	(19,9)	254	(62,4)	5	(1,2)
41 bis 50 Jahre	30	(9,7)	69	(22,4)	56	(18,2)	150	(48,7)	3	(8,0)
51 bis 60 Jahre	39	(9,8)	99	(24,8)	96	(24,0)	162	(40,5)	4	(1,0)
über 60 Jahre	8	(5,4)	38	(25,5)	36	(24,2)	63	(42,3)	4	(2,7)
<b>Gesamt</b>	<b>104</b>	<b>(7,4)</b>	<b>262</b>	<b>(18,6)</b>	<b>283</b>	<b>(20,0)</b>	<b>745</b>	<b>(52,8)</b>	<b>18</b>	<b>(1,3)</b>

*N= 1412, Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson, Signifikanz (zweiseitig):  $p < 0.001$*

## 5.2.2. Merkmale der Arbeitstätigkeit und Berufsanamnese

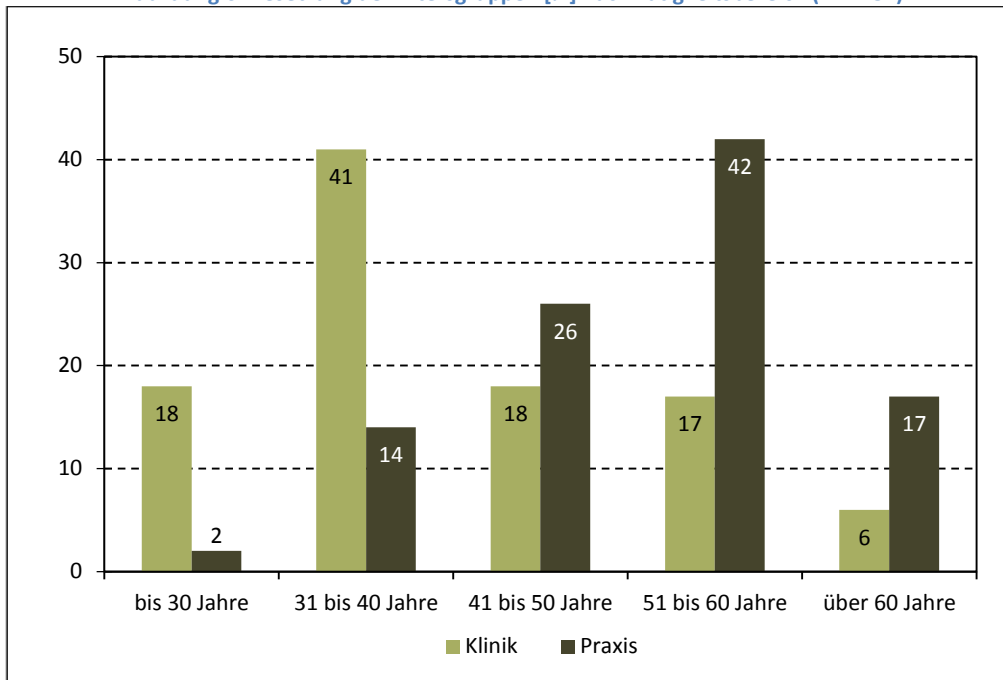
### Tätigkeitsbereiche

#### **Stationärer vs. ambulanter Bereich (Klinik vs. Praxis)**

Es wurden sowohl die Art der Einrichtung (Klinik vs. Praxis) als auch der aktuelle Tätigkeitsbereich (stationär vs. ambulant) erfasst und hieraus binäre Variablen erstellt. Zudem wurde eine Substichprobe mit Teilnehmern erstellt, welche sich eindeutig entweder zu Klinik oder Praxis zuordnen ließen ( $N=1181$ ). Im Vergleich zur Ersterhebung hat sich der Anteil der eindeutig in einer Klinik Tätigen an der gesamten Analytestichprobe ( $N=1412$ ) kaum verändert (50,6%, 2007: 48,1%), während der Anteil der in der Praxis Tätigen abgenommen hat (33,1%, 2007: 43,2%). Es ist hier aber nicht auszuschließen, dass die Unterschiede auf unterschiedlich strikte Definitionen des Begriffs „Praxis“ zurückgehen. Für die aktuelle Erhebung wurden nur die Kategorien 1 und 2 der Variable „Tätigkeitsbereich“ –1) Klinik, 2) Praxis, 3) medizinische Kooperationsform, 4) anderer Bereich – zu Grunde gelegt und Mehrfachnennungen ausgeschlossen.

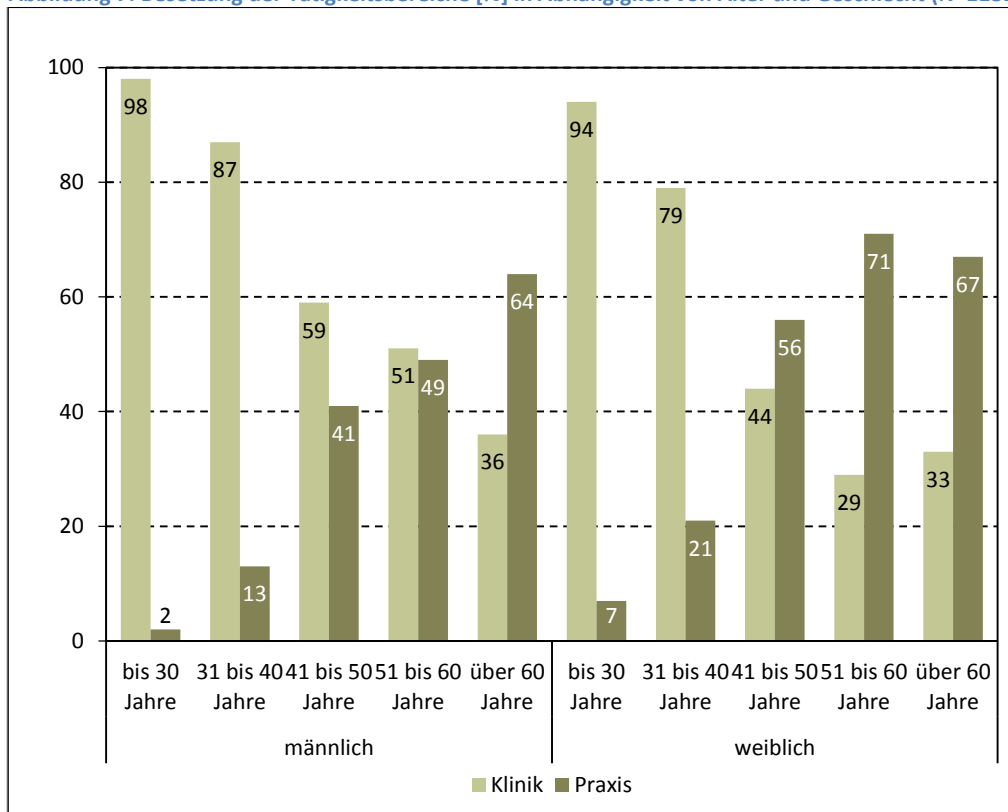
Die Teilstichprobe weist einen Altersdurchschnitt von 44,8 Jahren ( $\pm 11,5$ ) auf, wobei stationär tätige Befragte ( $40,7 \pm 10,8$ ) erwartungsgemäß signifikant jünger sind als ihre ambulanten Kollegen ( $51,1 \pm 9,5$ ; t-Test:  $p < 0.001$ ). Der höhere Anteil jüngerer Mediziner bei den stationär tätigen Befragten spiegelt sich auch in der Verteilung der Altersgruppen über die Tätigkeitsbereiche wider (Abbildung 6).

Abbildung 6: Besetzung der Altersgruppen [%] nach Tätigkeitsbereich (N=1181)



Bei Männern bis in die Fünfziger überwiegt die Tätigkeit an einer Klinik, zwischen 51 und 60 Jahren kommt es dann zu einer Angleichung der Anteile der beiden Tätigkeitsfelder, in den Sechzigern überwiegt der Anteil derer, die in einer Praxis arbeiten. Bei den Ärztinnen dominiert bereits ab den Vierzigern die Tätigkeit in der Praxis (Abbildung 7). Im Unterschied zu 2007 nimmt der Anteil von an einer Klinik tätigen Ärzten und Ärztinnen deutlich zu, besonders stark ist der Zuwachs bei Ärztinnen über 60 zu beobachten (33,3%, 2007: 6%).

Abbildung 7: Besetzung der Tätigkeitsbereiche [%] in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1181)



Vergleicht man den Zusammenhang zwischen Tätigkeitsbereich und Anstellungsverhältnis, so zeigt sich, wenig überraschend, dass fast alle stationär tätigen Mediziner auch angestellt sind (96,9%, 2007: 97,7%) und insgesamt nur drei Personen selbstständig an einer Klinik arbeiteten (2007: 0) (Tabelle 11). Einen Zuwachs gab es beim Anteil der Angestellten in Praxen (15,6%, 2007: 5,2%).

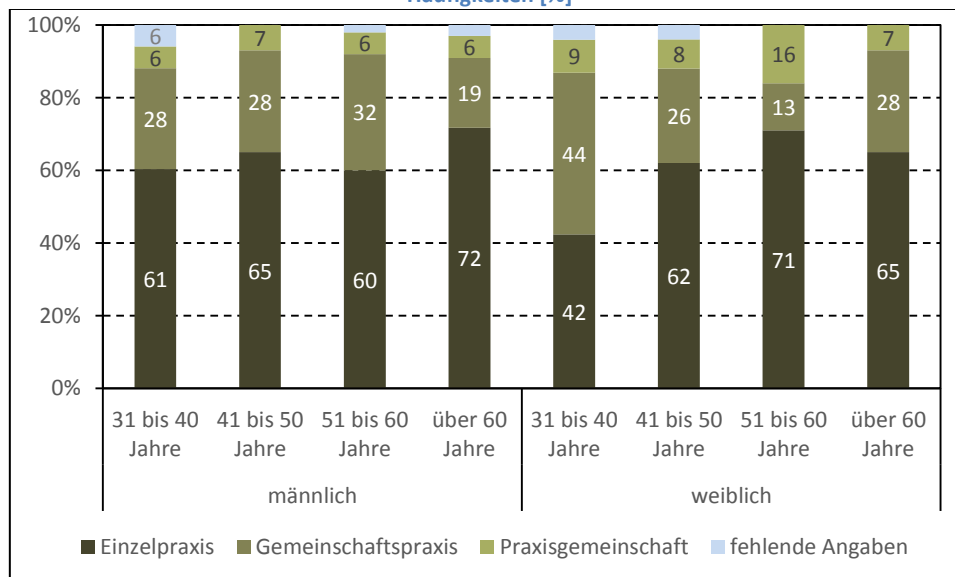
**Tabelle 11: Beschäftigungsart in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich Klinik (stationär) vs. Praxis (ambulant)**

Tätigkeitsbereich		Klinik		Praxis		Gesamt	
angestellt	Anzahl (%)	692	(96,9)	73	(15,6)	765	(64,8)
selbstständig	Anzahl (%)	3	(0,4)	377	(80,7)	380	(32,2)
keine Angabe	Anzahl (%)	19	(2,7)	17	(3,6)	36	(3,0)
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	714	(100)	467	(100)	1181	(100)

### Praxisformen im ambulanten Bereich

Betrachtet man die verschiedenen Praxisformen im ambulanten Bereich in Abhängigkeit vom Geschlecht (Abbildung 8), so ergibt sich bei den Männern über alle Altersklassen ein relativ homogenes Bild. Auf dem ersten Platz liegt die Einzelpraxis, mit Abstand gefolgt von der Gemeinschaftspraxis. Besonders verbreitet ist die Einzelpraxis bei den über Sechzigjährigen (71,9%). Auch bei den ambulant tätigen Ärztinnen überwiegt die Einzelpraxis in allen Altersgruppen, mit Ausnahme der 31-40-Jährigen, wo die Gemeinschaftspraxis knapp vor der Einzelpraxis liegt (44,4% vs. 42,2%). Auffällig ist, dass es in der Gruppe der 31 bis 40-jährigen Ärzte seit der Ersterhebung zu einem Zuwachs beim Anteil der Einzelpraxen kam (61,1%, 2007: 44%).

**Abbildung 8: Praxisarten der niedergelassenen Ärzte (N=467) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht; Häufigkeiten [%]**



Für die Analyse wurden nur Ärzte einbezogen, die sich eindeutig einer ambulanten Tätigkeit zuordnen ließen. Weil sie im ambulanten Bereich kaum vertreten waren, wurden unter Dreißigjährige ausgeschlossen. Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): Männer n.s., Frauen  $p < 0.01$ .

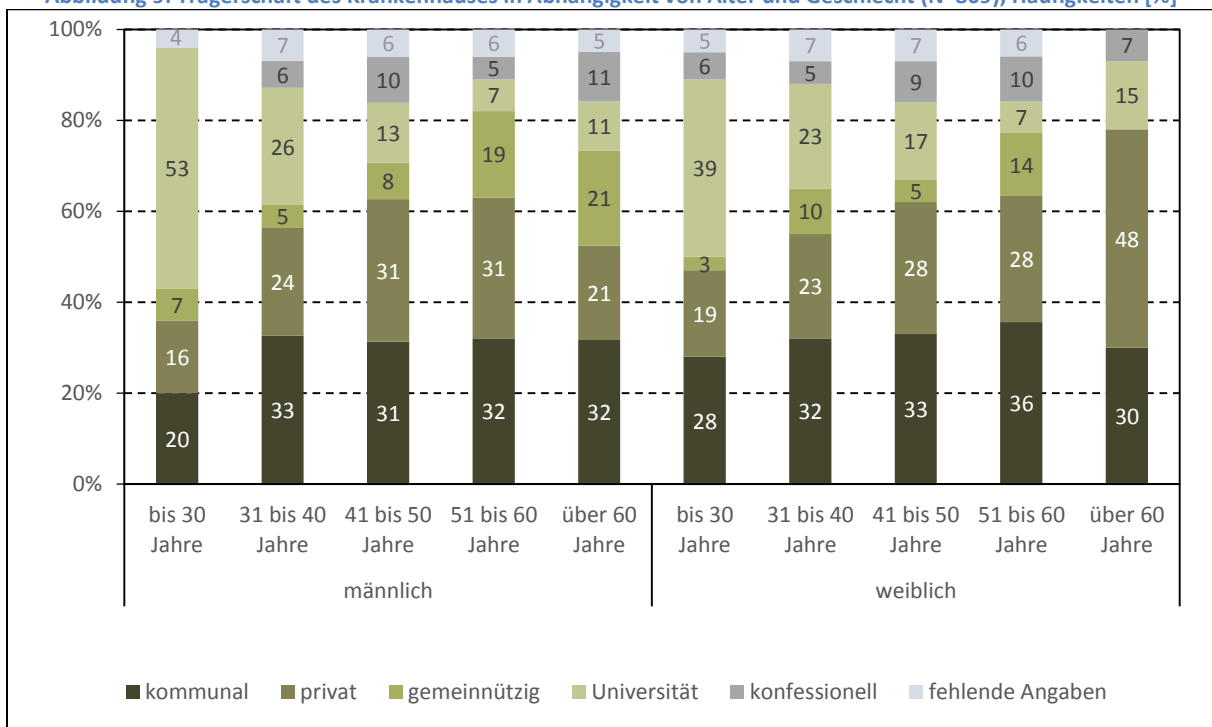
### Trägerschaft von Kliniken

Von den 809 stationär tätigen Mediziner arbeiten 31,5% bei kommunalen und 25,6% bei privaten Trägern, 21,8% an Universitäten, 8,8% bei gemeinnützigen und 6,4% bei konfessionellen Trägern,



5,9% machten keine eindeutigen Angaben. Die hauptsächlichen Veränderungen seit 2007 bestehen aus einer Abnahme von bei gemeinnützigen Trägern Beschäftigten (2007: 16,0%) und einer Zunahme im Bereich der Universitäten (2007: 15,9%). Unabhängig vom Geschlecht stehen bis zum Alter von 30 Jahren Universitäten (2007: private Träger) und ab 30 Jahren kommunale Träger (2007: kommunale Träger) an erster Stelle (Abbildung 9). Ab 40 gewinnen bei beiden Geschlechtern private Träger an Bedeutung, bei denen im Schnitt etwas weniger als ein Drittel beschäftigt sind. Auffällig ist die Zunahme beim Anteil privater Träger in der Altersgruppe bei Ärzten zwischen 51 und 60 (31,0%, 2007: 17%). Personen über 60 wurden bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt, da die entsprechenden Gruppen nur sehr schwach besetzt sind.

Abbildung 9: Trägerschaft des Krankenhauses in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=809); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): Geschlecht n.s., Altersgruppe  $p < 0.001$ .

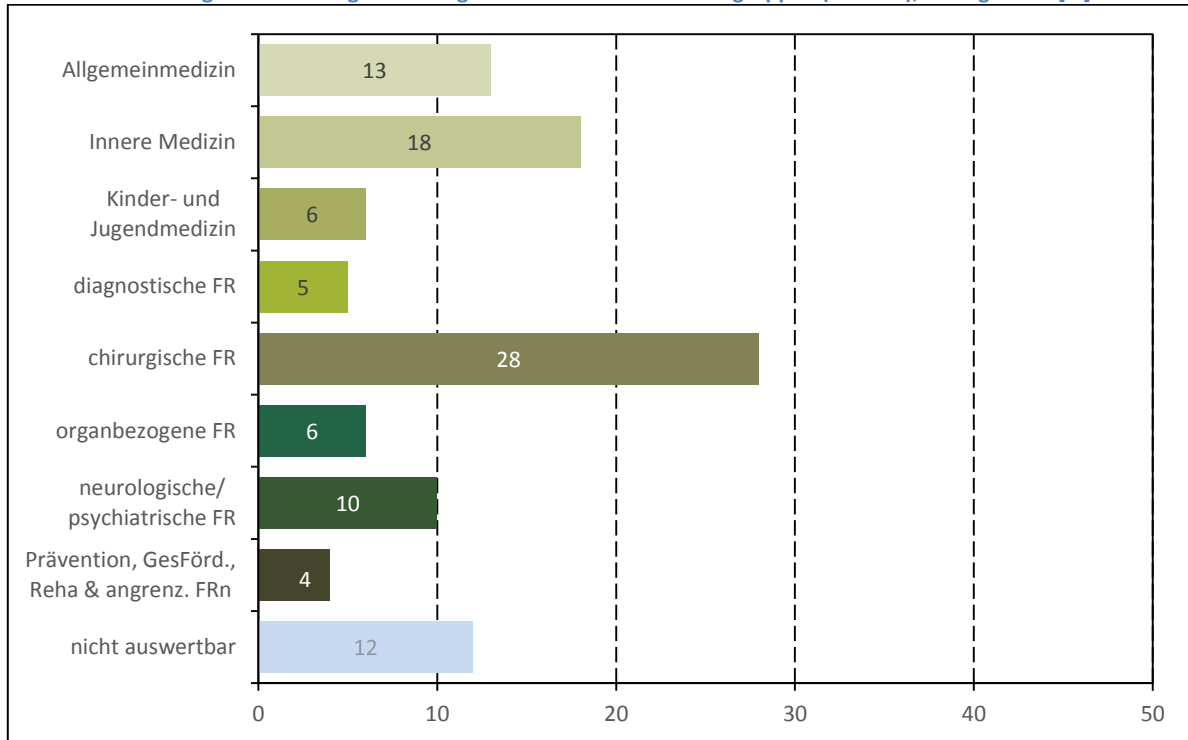
## Fachbereiche, Funktionen und Aufgabenspektrum

### Gruppierung der Fachrichtungen

Bei der Ersterhebung im Jahr 2007 wurden die verschiedenen Fachrichtungen, in Zusammenarbeit mit praktizierenden Medizinerinnen, nach medizinisch relevanten Kriterien zu acht Gruppen zusammengefasst. Die aktuelle Studie übernimmt diese Gruppierung (Anhang Tabelle A). Bei der Einordnung wurden Doppelnennungen als nicht verwertbar kategorisiert, um die Homogenität innerhalb der Gruppen zu erhöhen. Abbildung 10 zeigt, dass sich die Teilnehmer sehr heterogen über die Fachrichtungen verteilen. Der größte Anteil entfällt auf die chirurgischen FR (28%), der kleinste auf die Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn. Die Verteilung der Befragten über die Fachrichtungen ist fast identisch mit der Verteilung bei der Ersterhebung, die größte prozentuale Veränderung besteht in der Reduktion des Allgemeinarztesanteils um 3%. Allerdings muss angemerkt werden, dass die zweiprozentige Zunahme bei der diagnostischen FR und der Prävention seit 2007, in Anbetracht des insgesamt geringen Anteils der beiden Fachrichtungen (Diagnostische FR: 5%, Prävention: 4%), durchaus bedeutsam ist.

Insgesamt ist anzumerken, dass die Zusammenfassung einzelner Fachrichtungen zwar die Anschaulichkeit erhöht und Gruppenvergleiche ermöglicht, sie ist allerdings auch mit Nachteilen verbunden. So sind deutliche Unterschiede bei den Gruppengrößen zwar realistisch, können sich aber negativ auf die Anwendbarkeit verschiedener statistischer Testverfahren auswirken. Zusätzlich unterscheiden sich die Gruppen auch hinsichtlich ihrer Homogenität. Dies alles muss bei der Interpretation der entsprechenden Ergebnisse beachtet werden.

Abbildung 10: Verteilung der befragten Mediziner auf die Fachgruppen (N=1412); Häufigkeiten [%]



Ärztinnen sind in allen Fachrichtungen außer der Inneren Medizin, der diagnostischen und der chirurgischen FR häufiger vertreten als ihre männlichen Kollegen (Tabelle 12). Eine Annäherung zwischen den Geschlechtern gab es seit 2007 in der Allgemeinmedizin, v.a. durch eine Abnahme bei den Frauen (M:10,5%, F:14,3%, 2007: M:12,1%, F:20,1%), und in der chirurgischen FR (M:33,3%, F:24,3%, 2007: M:35,6%, F:22,7%).

**Tabelle 12: Häufigkeiten über die Fachgruppen in Abhängigkeit vom Geschlecht**

<b>Fachgruppe</b>		<b>männlich</b>		<b>weiblich</b>		<b>Gesamt</b>	
Allgemeinmedizin	Anzahl (%)	60	(10,5)	120	(14,3)	180	(12,7)
Innere Medizin	Anzahl (%)	108	(18,9)	142	(16,9)	250	(17,7)
Kinder- und Jugendmedizin	Anzahl (%)	19	(3,3)	59	(7,0)	78	(5,5)
Diagnostische FR	Anzahl (%)	32	(5,6)	37	(4,4)	69	(4,9)
Chirurgische FR	Anzahl (%)	190	(33,3)	204	(24,3)	394	(27,9)
Organbezogene FR	Anzahl (%)	22	(3,9)	58	(6,9)	80	(5,7)
Neurologische/ psychiatrische FR	Anzahl (%)	48	(8,4)	95	(11,3)	143	(10,1)
Prävention, GesFörd., Reha und angrenzende FRn	Anzahl (%)	16	(2,8)	36	(4,3)	52	(3,7)
Fehlend/ nicht auswertbar	Anzahl (%)	76	(13,3)	90	(10,7)	166	(11,8)
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	571	(100)	841	(100)	1412	(100)

*Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson, Signifikanz (zweiseitig): p.<.001*

*FR = Fachrichtung(en)*

Insgesamt sind die chirurgische FR und die Innere Medizin – wie bereits in der Ersterhebung – am weitesten verbreitet, ab 50 Jahren nimmt dann die Allgemeinmedizin, bei Männern wie bei Frauen, den Platz der Inneren Medizin ein (Tabelle 13). Es fällt auf, dass der Anteil der in der Allgemeinmedizin tätigen Ärzte ab 50 und Ärztinnen ab 40 seit 2007 deutlich abgenommen hat, am deutlichsten bei Ärztinnen über 60 (14,8%, 2007: 42,2%) und, dass der Anteil der Frauen erhöht hat, welche in der chirurgischen FR tätig sind (im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen). Im Bereich der Inneren Medizin fällt v.a. der reduzierte Anteil bei Frauen unter 30 auf, die sich für diesen Bereich entschieden haben (27,0%, 2007: 39,7%). Der höhere Anteil fehlender Werte ab 40 ist insbesondere auf den Ausschluss von Doppelnennungen bei der Fachrichtung zurückzuführen. Durch die oftmals geringen Zahlen von Teilnehmern in bestimmten Altersgruppen und Fachrichtungen, lassen sich nicht alle Ergebnisse valide mit der Ersterhebung vergleichen.

**Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung über die Fachgruppen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht**

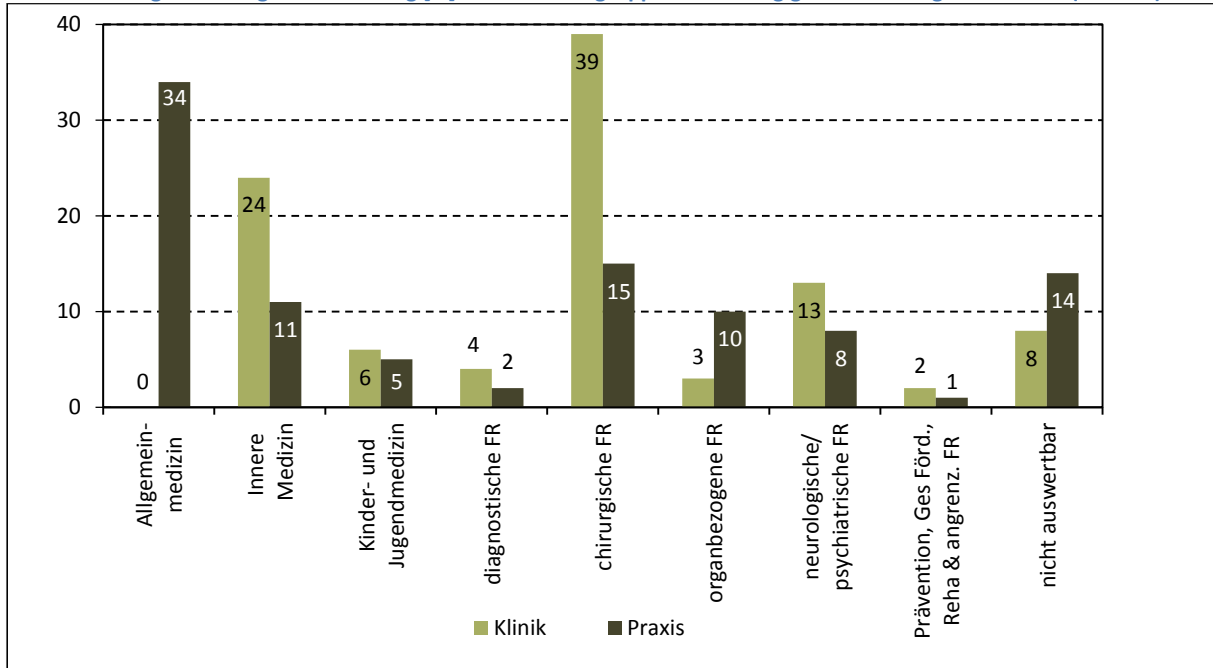
<b>Fachgruppe vs. Alter</b>	<b>bis 30 Jahre</b>	<b>31-40 Jahre</b>	<b>41-50 Jahre</b>	<b>51-60 Jahre</b>	<b>über 60 Jahre</b>
<b>männlich</b>					
Allgemeinmedizin	0,0%	8,2%	10,4%	14,0%	15,2%
Innere Medizin	29,2%	24,7%	20,7%	12,2%	10,6%
Kinder- und Jugendmedizin	2,1%	5,1%	4,4%	1,8%	1,5%
Diagnostische FR	4,2%	6,3%	3,7%	6,7%	6,1%
Chirurgische FR	33,3%	37,3%	28,1%	32,9%	34,8%
Organbezogene FR	2,1%	1,3%	6,7%	4,3%	4,5%
Neurologische/ psychiatr. FR	16,7%	5,7%	8,9%	9,1%	6,1%
Prävention, Gesundheitsförderung, Reha und angrenzende FRn	4,2%	2,5%	0,7%	3,0%	6,1%
Fehlend/ nicht auswertbar	8,3%	8,9%	16,3%	15,9%	15,2%
<b>weiblich</b>					
Allgemeinmedizin	2,7%	9,3%	13,0%	19,0%	14,8%
Innere Medizin	27,0%	23,1%	18,2%	11,5%	9,4%
Kinder- und Jugendmedizin	8,1%	6,4%	7,1%	2,8%	4,7%
Diagnostische FR	5,4%	6,1%	3,9%	4,3%	4,7%
Chirurgische FR	27,0%	31,2%	24,0%	28,0%	27,5%
Organbezogene FR	6,1%	4,4%	5,8%	5,5%	8,7%
Neurologische/ psychiatr. FR	14,2%	8,6%	10,1%	11,0%	8,1%
Prävention, Gesundheitsförderung, Reha und angrenzende FR	2,7%	2,7%	3,2%	4,3%	6,7%
Fehlend/ nicht auswertbar	6,8%	8,1%	14,6%	13,8%	15,4%

*Ein Vergleich der Häufigkeitsverteilungen (z.B. Chi-Quadrat-Test nach Pearson) wird hier nicht berichtet, da die auftretenden Zellhäufigkeiten oftmals zu gering waren.*

*FR = Fachrichtung(en)*

Circa ein Drittel aller in Praxen arbeitenden Mediziner ordnete sich der Allgemeinmedizin zu, gefolgt – mit deutlichem Abstand – von der chirurgischen FR (9,6%) (Abbildung 11). Im Gegensatz dazu, war bei den klinisch Tätigen die chirurgische FR auf Platz 1 (38,9%) und die Innere Medizin auf Platz 2 (24,2%). An den beschriebenen Verhältnissen hat sich seit der Ersterhebung nichts verändert.

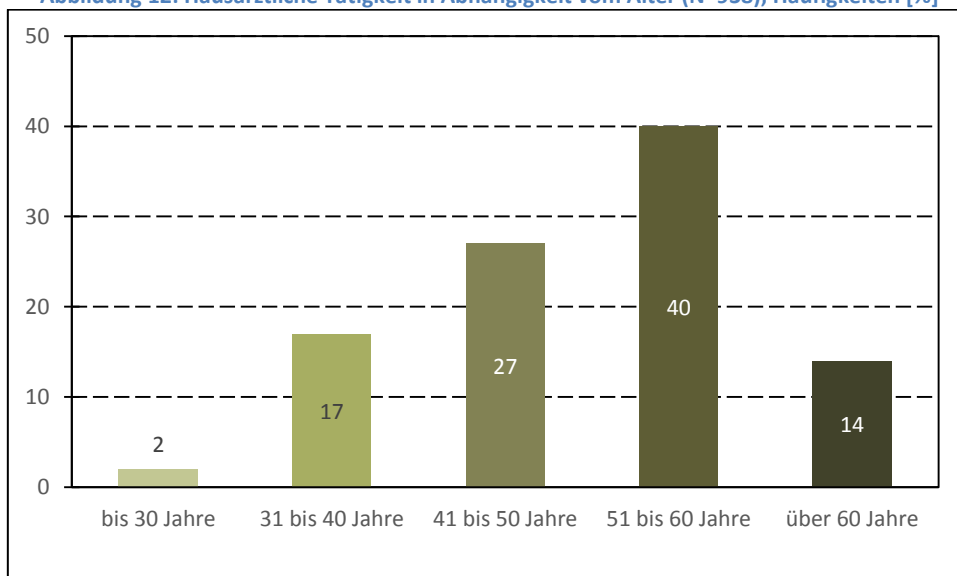
Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung [%] über die Fachgruppen in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N=1181)



### Hausärztliche Tätigkeit

19,2% der Befragten gaben eine hausärztliche und 47,2% eine fachärztliche Tätigkeit an. Wie bereits bei der Ersterhebung zeigt sich, dass eine hausärztliche Tätigkeit v.a. von Ärztinnen (64,9% aller hausärztlich tätigen Mediziner) und ab einem Alter von 40 Jahren wahrgenommen wird (Abbildung 12). Leider sind – wie bereits bei der Ersterhebung – durch den hohen Anteil fehlender und nicht verwertbarer Antworten (33,6%) eine differenzierte Betrachtung und aussagekräftige Gruppenvergleiche nicht möglich.

Abbildung 12: Hausärztliche Tätigkeit in Abhängigkeit vom Alter (N=938); Häufigkeiten [%]

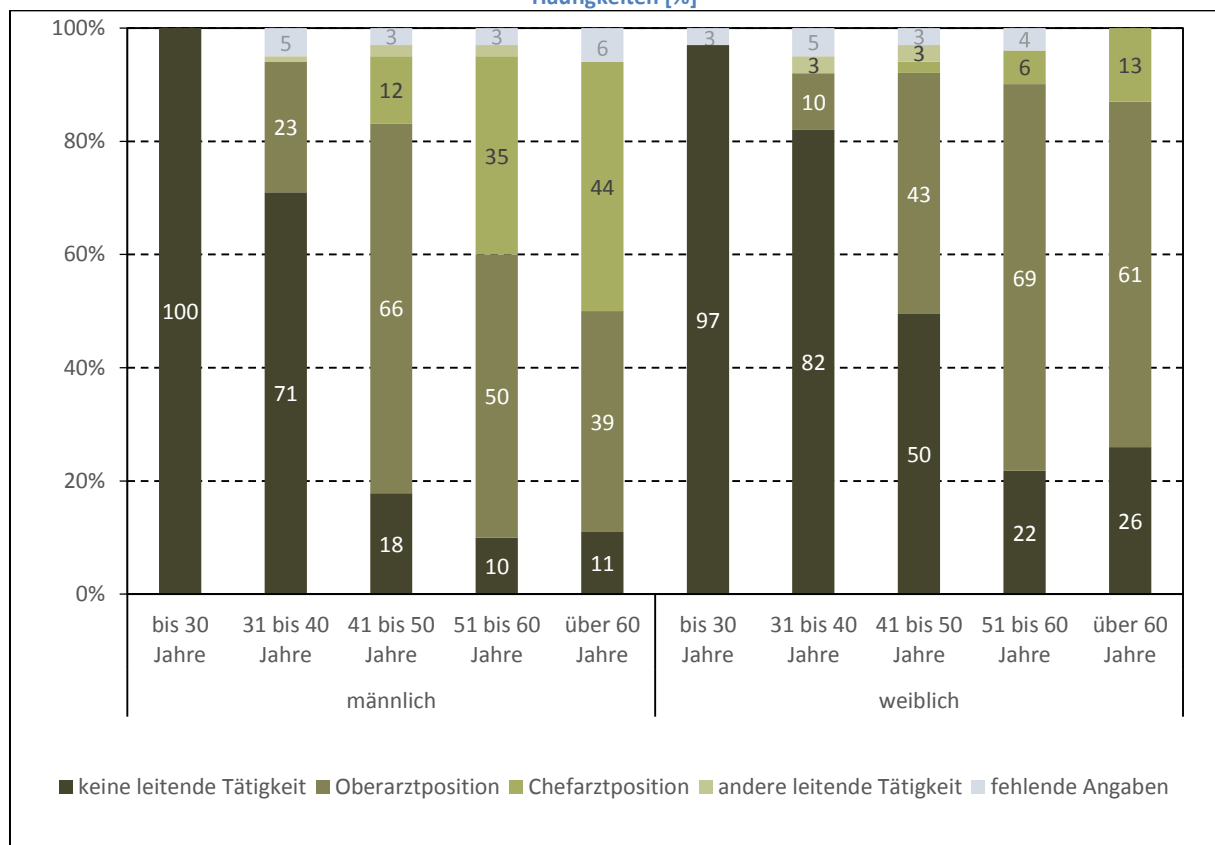


### Leitende Funktionen

Teilnehmer wurden befragt, ob sie in ihrem Unternehmen eine leitende Funktion innehätten. Da diese Frage in erster Linie im stationären Bereich relevant ist, wurden für die folgenden Berechnungen alle nicht eindeutig in Kliniken tätigen Mediziner ausgeschlossen (Substichprobe N=

714). Innerhalb der Substichprobe haben 36,9% (2007: 37,7%) eine leitende Funktion inne, 28,9% sind Oberärzte (2007: 26,4%), 6,6% Chefärzte (2007: 8,0%) und 1,4% haben eine andere leitende Funktion inne (2007: 3,3%). Wie zu erwarten, kommt es mit zunehmendem Alter zu mehr Leitungsverantwortung. Wie bereits bei der Ersterhebung existieren starke Unterschiede bezüglich leitender Positionen zwischen den Geschlechtern: 35,4% der Männer (2007: 29,5%) und nur 23,6% der Frauen (2007: 22,8%) bekleiden einen Oberarztposten (Abbildung 13). Noch größer ist die Differenz bei Chefarztpositionen, welche 12,7% der Männer (2007: 12,3%) und nur 1,8% der Frauen (2007: 2,9%) besetzen.

**Abbildung 13 Leitungsfunktionen der stationär Beschäftigten (N=714) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht; Häufigkeiten [%]**



### Tätigkeiten neben der Krankenversorgung

Um ein besseres, vollständigeres Bild von der Situation der sächsischen Ärzteschaft zu erhalten, wurde auch erfragt, inwiefern die Befragten neben der Krankenversorgung noch andere Tätigkeiten ausführen. Wie bereits bei der Ersterhebung existiert hier eine hohe Anzahl fehlender oder ungültiger Antworten (Abbildung 14), welche bei der folgenden Auswertung nicht miteinbezogen werden.

Von den Befragten gaben 23% an, einer wissenschaftlichen Tätigkeit nachzugehen (2007: 27,4%), 31,2% eine Lehrtätigkeit (2007: 30,1%) inne zu haben, 9,9% ein Ehrenamt in ärztlicher Selbstverwaltung (2007: 9,2%) und 20,3% ein anderes Ehrenamt (2007: 16,8%) (Tabelle 14). Wie bereits bei der Ersterhebung, entfiel die höchste Zustimmung auf die Teilnahme an Weiterbildungen (77,7%, 2007: 86,4%). Eine hohe Zustimmung gab es auch zu „anderen Tätigkeiten“ (49,5%), allerdings ist, bei dem im Vergleich zu den anderen Tätigkeitskomplexen extrem hohen Anteil von

fehlenden Angaben, davon auszugehen, dass viele der fehlenden Antworten i.S. einer Ablehnung interpretiert werden können.

Abbildung 14: Angaben zu beruflichen Tätigkeitskomplexen neben der Krankenversorgung (N=1412); Häufigkeiten [%]

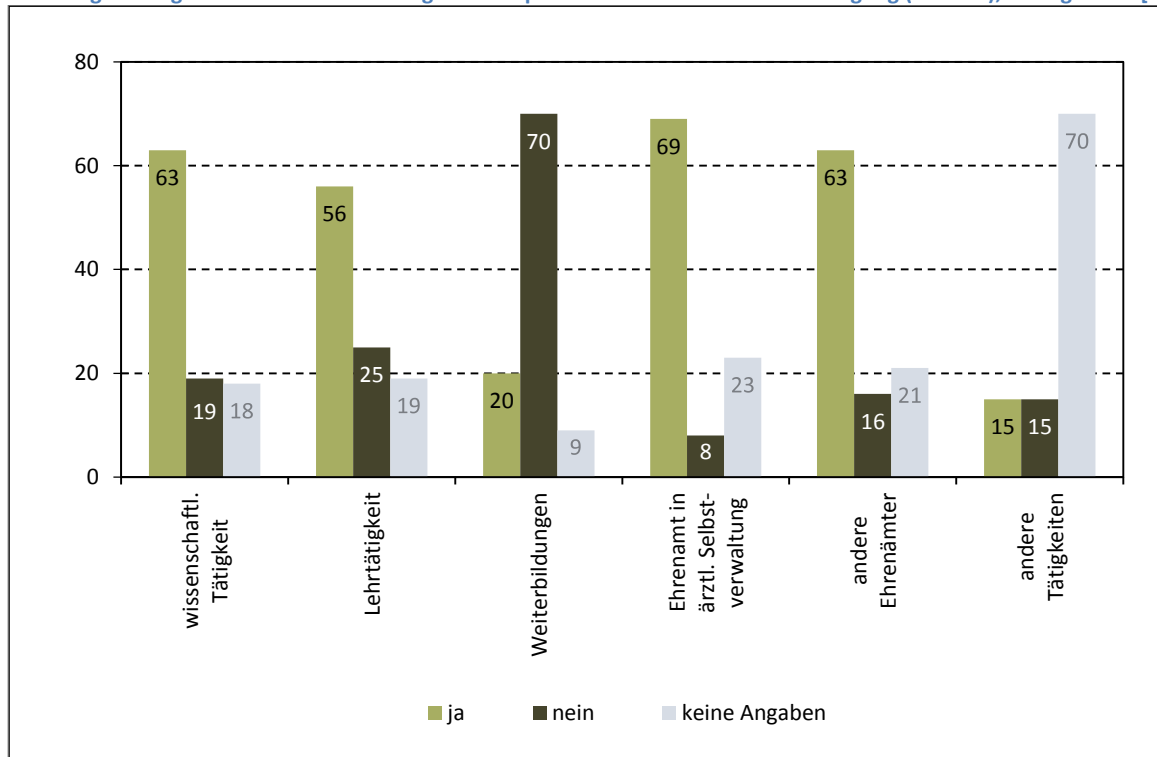


Tabelle 14: Gültige Angaben zu beruflichen Tätigkeitskomplexen neben der Krankenversorgung

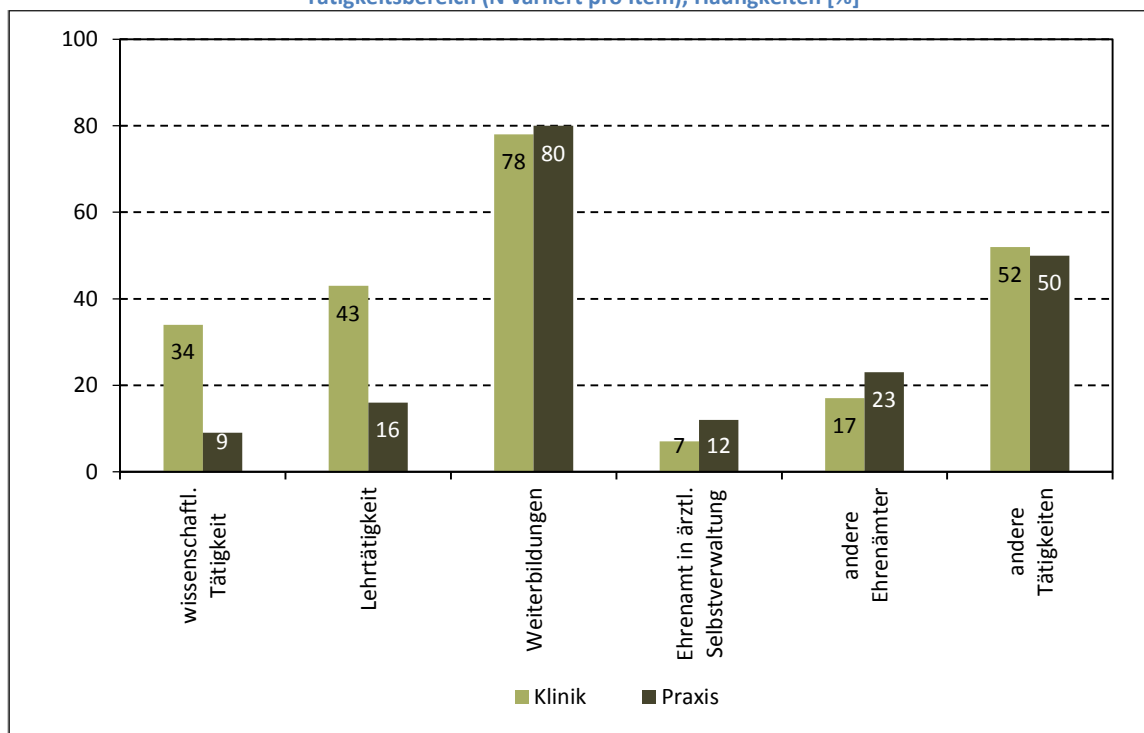
Einzelitems zum Thema „Andere Tätigkeiten neben der Krankenversorgung“	Gültige Antworten (N pro Item)	Anteil an gültigen Antworten	Ja		Nein	
			Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Wissenschaftliche Tätigkeit	1154	Anzahl (%)	265	(23,0)	889	(77,0)
Lehrtätigkeit	1144	Anzahl (%)	357	(31,2)	787	(68,8)
Teilnahme an Weiterbildungen	1279	Anzahl (%)	994	(77,7)	285	(22,3)
Ehrenamt in ärztlicher Selbstverwaltung	1087	Anzahl (%)	108	(9,9)	979	(90,1)
Andere Ehrenämter	1115	Anzahl (%)	226	(20,3)	889	(79,7)
Andere Tätigkeiten	418	Anzahl (%)	207	(49,5)	211	(50,5)

Betrachtet man die Tätigkeiten außerhalb der Krankenversorgung fachgruppenspezifisch (Anhang Tabelle B), so zeigt sich, dass die diagnostische FR sowohl bei wissenschaftlichen (39,7%) als auch bei Lehrtätigkeiten (54,2%) vorne liegt, während die Allgemeinmedizin in beiden Bereichen das Schlusslicht darstellt (Wissenschaft: 6,1%, Lehre: 17,3%). Dieses Ergebnis findet sich bereits in der Ersterhebung, bei der die niedrigen Ergebnisse in der Allgemeinmedizin mit dem geringen Anteil von Allgemeinmedizinerinnen in Kliniken, Universitäten oder Forschungseinrichtungen in Bezug gesetzt wurden. Im Bereich der Weiterbildung liegt die diagnostische FR vorne (82,5%), in der

Selbstverwaltung die organbezogene FR (17,2%) und beim Ehrenamt die neurologische/psychiatrische FR (21,9%). In allen drei Bereichen bildet die Kinder- und Jugendmedizin das Schlusslicht (Weiterbildung: 71,6%, Selbstverwaltung: 5,4%, Ehrenamt: 16,1%).

Wie bereits in der Ersterhebung, sind Mediziner in der Klinik häufiger in Wissenschaft und Lehre tätig als ihre Kollegen in der Praxis (Wissenschaft: 34,4% vs. 8,6%, Lehre: 43,0% vs. 15,6%; Abbildung 15). Gleichzeitig liegen Mediziner in Praxen beim Ehrenamt vorne (Ehrenamt in der ärztlichen Selbstverwaltung: 12,3% vs. 7,1%; andere Ehrenämter: 23,3% vs. 17,3%). Im Bereich der Weiterbildungen existiert kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Abbildung 15: Gültige Angaben zu beruflichen Tätigkeitskomplexen neben der Krankenversorgung in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N variiert pro Item); Häufigkeiten [%]



### Art des Beschäftigungsverhältnisses

#### Angestelltenstatus vs. berufliche Selbstständigkeit

Insgesamt gaben 67,4% der Befragten an, angestellt und 29,1% selbstständig zu sein (keine Angaben: 3,5%). Anders als bei der Ersterhebung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich ihres Angestelltenstatus (Tabelle 15). Zudem hat der Anteil der Angestellten sowohl bei den Männern (67,4%, 2007: 59,5%) als auch bei den Frauen (67,3%, 2007: 52,2%) seit 2007 stark zu- und bei den Selbstständigen dementsprechend deutlich abgenommen (Männer: 27,7%, 2007: 36,9%; Frauen: 30,1%, 2007: 44,2%).

Tabelle 15: Geschlecht in Abhängigkeit von der Beschäftigungsart (N=1412)

Geschlecht		Angestellte (N=951)		Selbstständige (N=411)		keine Angabe (N=50)		Gesamt (N=1412)	
männlich	Anzahl (%)	385 (67,4)	158 (27,7)	28 (4,9)	571 (100)				
weiblich	Anzahl (%)	566 (67,3)	253 (30,1)	22 (2,6)	841 (100)				



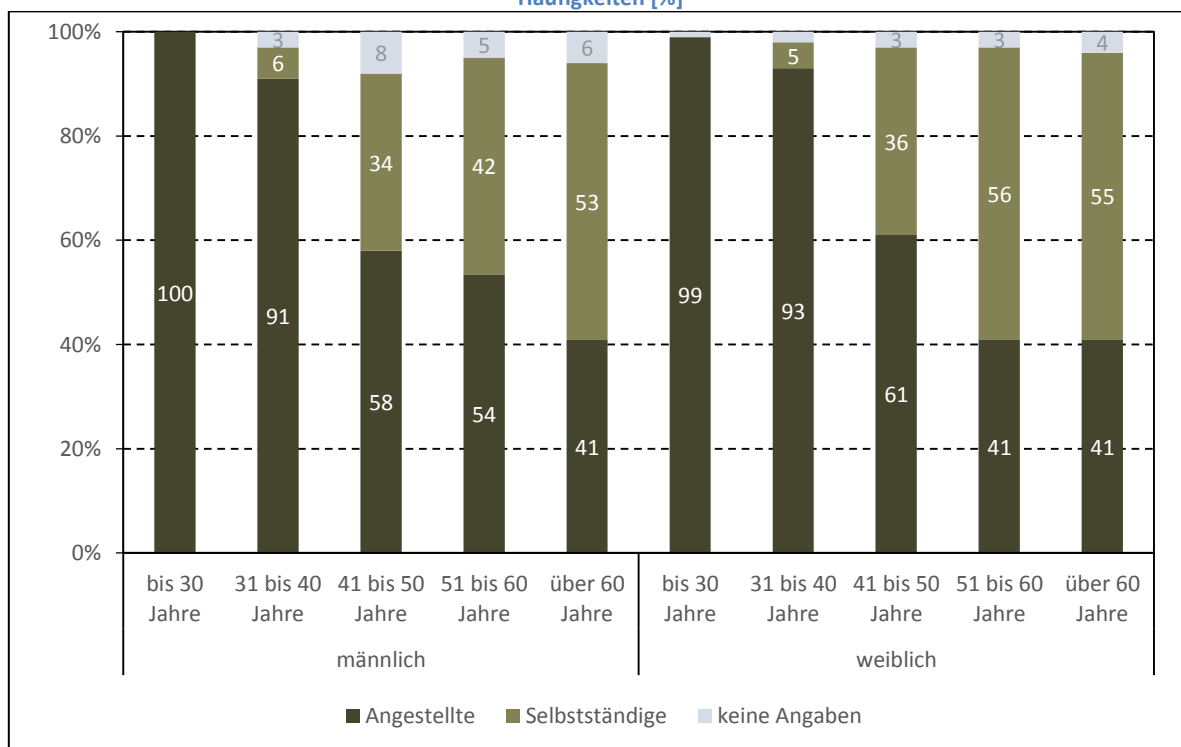
Selbstständigkeit nimmt, wenig überraschend, mit dem Alter zu (Tabelle 16). Gegenüber 2007 ist in allen Altersgruppen eine Verschiebung weg von der Selbstständigkeit und hin zum Angestelltenstatus festzustellen.

**Tabelle 16: Altersgruppen in Abhängigkeit von der Beschäftigungsart (N=1412)**

Altersgruppe		Angestellte		Selbstständige		keine Angabe		Gesamt	
18 bis 30 Jahre	Anzahl (%)	147	(99,3)	0	(0,0)	1	(0,7)	148	(100)
31 bis 40 Jahre	Anzahl (%)	375	(92,1)	22	(5,4)	10	(2,5)	407	(100)
41 bis 50 Jahre	Anzahl (%)	184	(59,7)	108	(35,1)	16	(5,2)	308	(100)
51 bis 60 Jahre	Anzahl (%)	184	(46,0)	200	(50,0)	16	(4,0)	400	(100)
60 Jahre und älter	Anzahl (%)	61	(40,9)	81	(54,4)	7	(4,7)	149	(100)

Die Zunahme der Selbstständigkeit mit höherem Alter ähnelt sich bei den Geschlechtern (Abbildung 16) mit Ausnahme der Altersgruppe zwischen 51 und 60 – hier sind Ärztinnen (55,9%) deutlich häufiger selbstständig als ihre männlichen Kollegen (41,5%).

**Abbildung 16: Art der Tätigkeit (angestellt vs. selbstständig) in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter (N=1412); Häufigkeiten [%]**



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$ .

Der überwiegende Teil der angestellten Ärzte arbeitet an einer Klinik, während der überwiegende Teil der Selbstständigen in einer Praxis arbeitet (Tabelle 17). Seit 2007 hat sich hier eine Verschiebung ergeben, so dass jetzt prozentual mehr Angestellte in Praxen tätig sind (7,7%, 2007: 4,0%). Während ambulant tätige Mediziner 2007 fast vollständig selbstständig waren (95%), trifft dies aktuell nur noch auf 84% zu.

**Tabelle 17: Beschäftigungsart in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N=1362)**

Tätigkeitsbereich	Anzahl (%)	Angestellte		Selbstständige		Gesamt	
		Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)
Klinik		692	(72,8)	3	(0,7)	695	(51,0)
Praxis		73	(7,7)	377	(91,7)	450	(33,0)
andere Bereiche/ keine Angabe		186	(19,6)	31	(7,5)	217	(15,9)

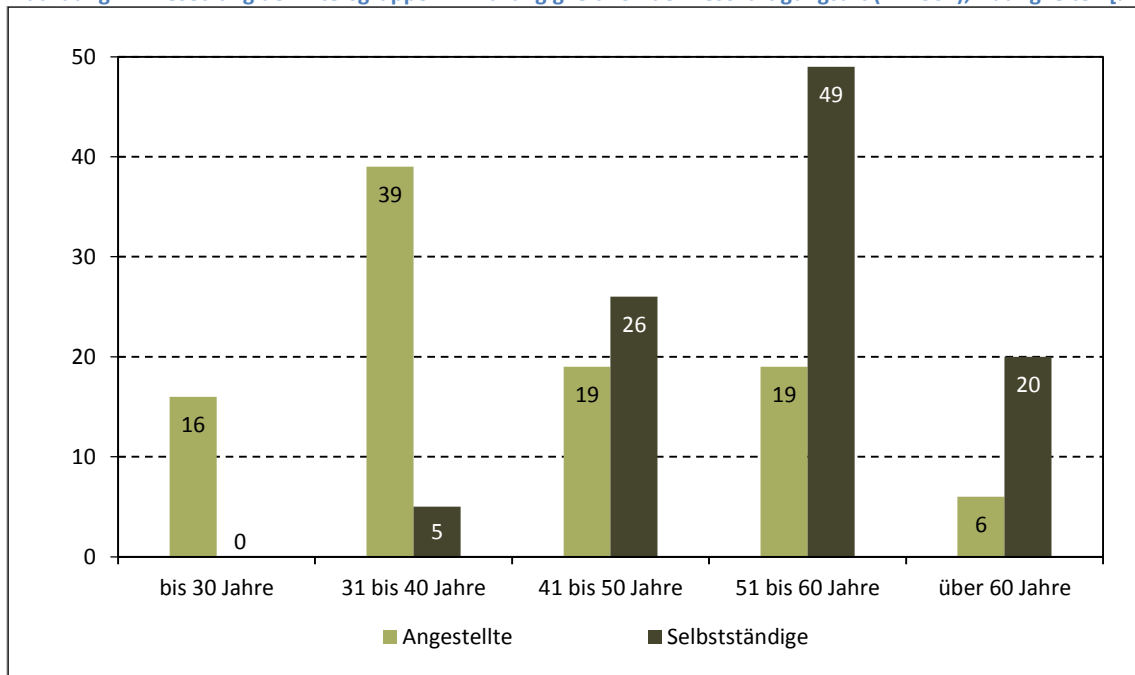
Wie bereits bei der Ersterhebung sind Selbstständige deutlich älter als ihre angestellten Kollegen (Tabelle 18). Während sich der größte Anteil der Selbstständigen aktuell in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 findet (48,7%; Abbildung 17), entfiel dieser 2007 auf die Gruppe der 41 bis 50-Jährigen und war auch deutlich geringer (2007: 39%).

**Tabelle 18: Mittleres Alter in Abhängigkeit von der Beschäftigungsart in der Ersterhebung 2007 und in der aktuellen Erhebung (N=1362)**

	MW ± SD	Angestellte	Selbstständige	Gesamt
		MW ± SD	MW ± SD	MW ± SD
Alter (2007)		40,8 ± 9,7	52,2 ± 8,8	45,6 ± 10,7
Alter (2019)		41,7 ± 10,9	53,6 ± 7,7	45,4 ± 11,4

*t*-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$  (2007 + 2019)

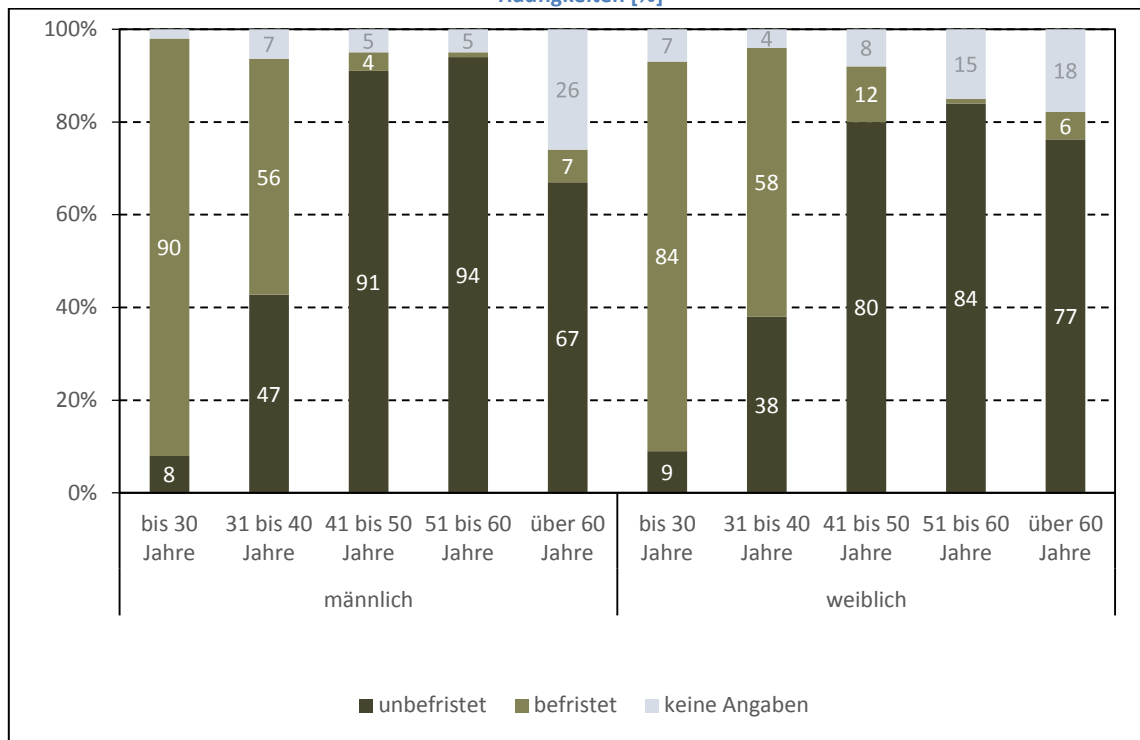
**Abbildung 17: Besetzung der Altersgruppen in Abhängigkeit von der Beschäftigungsart (N=1362); Häufigkeiten [%]**



### **Befristung von Arbeitsverträgen**

Insgesamt sind 63,4% der Ärzte und 51,1% der Ärztinnen unbefristet angestellt (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ). Wie bereits bei der Ersterhebung erhalten Ärzte und Ärztinnen unter 41 seltener unbefristete Verträge (bis 30 Jahre: 8,8%, 31-40 Jahre: 41,6%). Abbildung 18 bietet einen Überblick über den Befristungsstatus in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.

Abbildung 18: Art des Arbeitsvertrages bei angestellten Medizinern in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=951); Häufigkeiten [%]



In Bezug auf die Befristungsdauer zeigt sich, dass die befristeten Verträge von Ärzten unter 30 Jahren im Durchschnitt 10 Monate länger dauern als die ihrer Kollegen im Alter zwischen 31 und 40 ( $43,3 \pm 18,6$  vs.  $33,3 \pm 17,6$ ), hierbei besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Da die Besetzung der Altersgruppen ab 41 zu gering ist, sind weitergehende Analysen hier nicht möglich.

### Arbeitszeit und -umfang, Schicht- und Bereitschaftsdienste

#### Durchschnittliche Wochenarbeitszeit

Die Ärzte wurden nach der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit inklusive Überstunden befragt, um ein realistisches Bild zu erhalten, das über die Einteilung in Voll- und Teilzeit hinausgeht. Wie bereits bei der Ersterhebung erwies sich die Frage als problematisch, insbesondere durch viele fehlende Werte und unplausible Angaben. Um dennoch eine sinnvolle Auswertung zu ermöglichen, beschränkten wir uns auf eine Substichprobe von Angestellten in Vollzeit und ohne fehlende Angaben (N=692).

Vergleicht man diese Substichprobe mit der entsprechenden Substichprobe (N=1013) der Ersterhebung, so stellt sich heraus, dass die aktuelle subjektive Arbeitszeit signifikant geringer ist als 2007 ( $51,6$  Stunden  $\pm 9,7$ ; 2007:  $55,2 \pm 10,6$ ), aber immer noch über der in Arbeitszeitgesetz und Tarifverträgen vorgesehenen Stundenzahl liegt. Innerhalb der Substichprobe liegt die subjektive Arbeitszeit der Ärzte signifikant über der der Ärztinnen (Tabelle 19). Insgesamt ist die subjektive Arbeitszeit der unter 40-jährigen höher als die der über 50-jährigen Befragten ( $52,4$  vs.  $50,5$  Stunden; Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0,01$ ).

**Tabelle 19: Mittlere Wochenarbeitszeiten insgesamt und nach Geschlecht (N=692)**

Arbeitszeit [in Stunden]	männlich (N= 345)	weiblich (N= 347)	Gesamt (N= 692)
MW ± SD	52,5 ± 10,2	50,7 ± 9,2	51,6 ± 9,7
Median	50,00	50,00	50,00

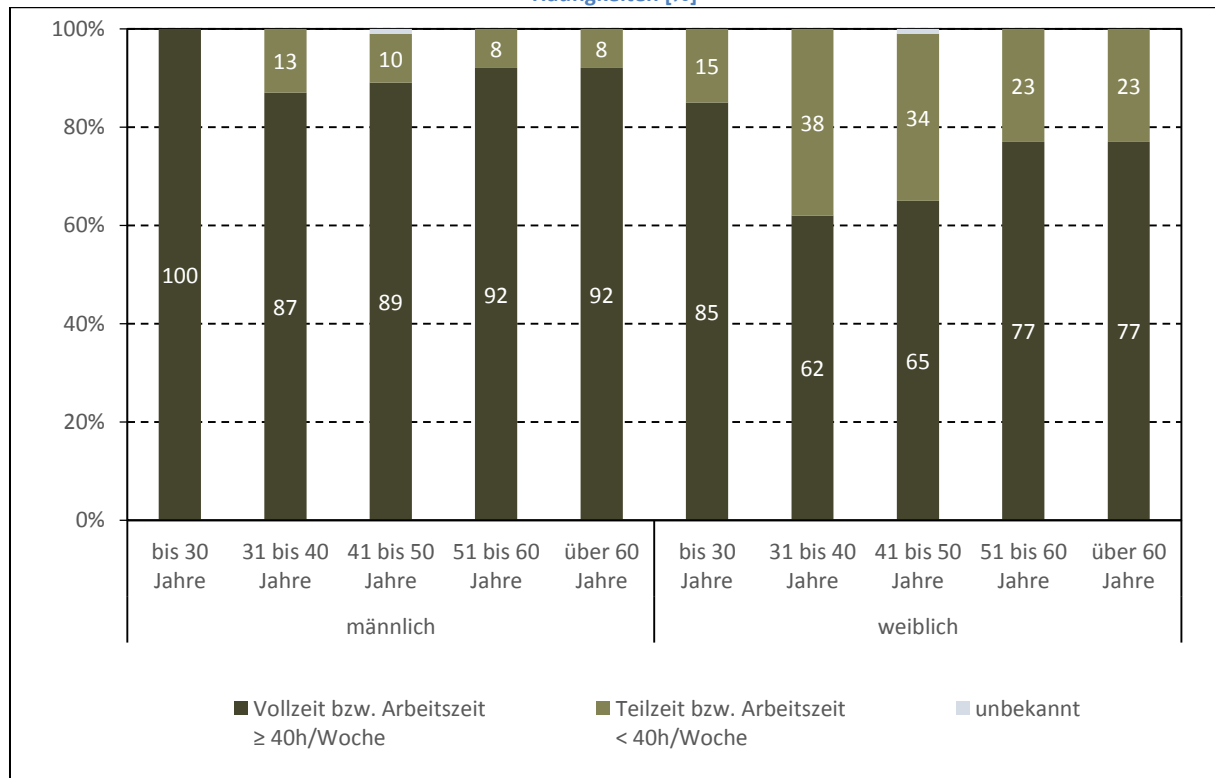
*Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig): p<0.05*

### Stellenumfang

Bei der Analyse der Angaben zu Voll- und Teilzeitarbeit wurden bei fehlenden Werten, die Angaben zur subjektiven Arbeitszeit mit herangezogen. Analog zum Vorgehen bei der Ersterhebung wurden Mediziner mit einer mittleren wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 40 Stunden als Vollzeitbeschäftigte, die, die darunter lagen, als Teilzeitbeschäftigte gewertet. Da die wöchentliche Arbeitszeit auch Überstunden beinhaltet, kann es deshalb zu einer leichten Unterschätzung der Teilzeitbeschäftigten kommen.

Während Männer aller Altersgruppen zum größten Anteil (90,7%) Vollzeit arbeiten, fällt der Anteil bei Frauen niedriger aus (71,1%), was v.a. auf die geringen Anteile in den Altersgruppen zwischen 31 und 50 Jahren zurückzuführen ist. Im Vergleich zu 2007 zeigt sich, dass Teilzeitbeschäftigungen über beide Geschlechter und alle Altersgruppen zunahmen, mit Ausnahmen der jüngsten und ältesten Gruppe der Ärzte (Abbildung 19). Der Zuwachs bei Teilzeitbeschäftigungen seit 2007 macht sich insbesondere bei Frauen bemerkbar (28,7%, 2007: 11,5%).

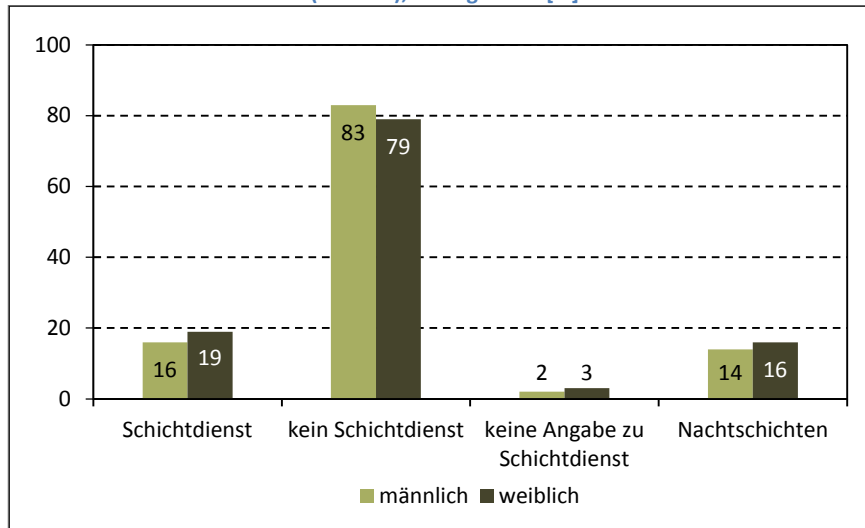
**Abbildung 19: Beschäftigungsart (Voll- bzw. Teilzeit) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1412); Häufigkeiten [%]**



### Schicht- und Bereitschaftsdienste

Hinsichtlich der Absolvierung von Schicht- und Nachtschichten ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Abbildung 20). Es zeigt sich aber eine Zunahme von Schichtdiensten (Männer:15,6%, Frauen:18,7%; 2007: M/F: 9%) und Nachtschichten (M:13,5%, F:16,4%; 2007: M: 8%, F: 7%) seit der Ersterhebung.

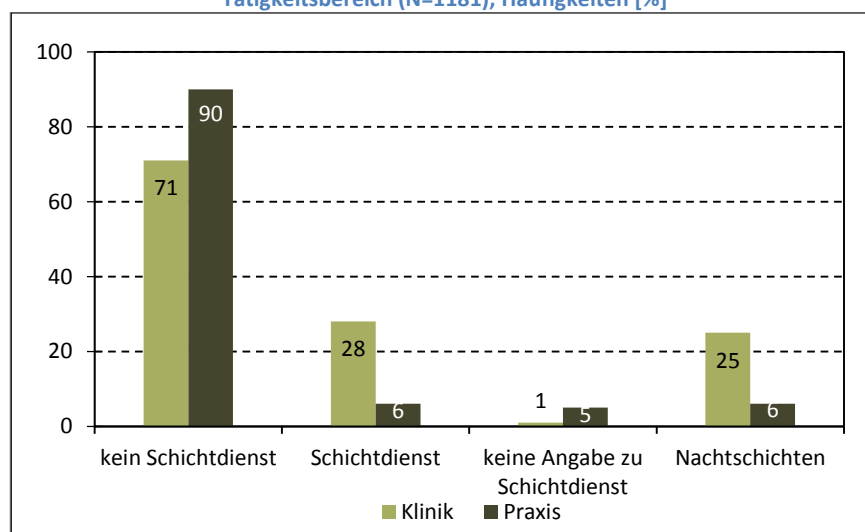
Abbildung 20: Teilnahme am Schichtdienst sowie Absolvierung von Nachtschichten in Abhängigkeit vom Geschlecht (N=1412); Häufigkeiten [%]



Die Innere Medizin liegt sowohl bei Schichtdiensten als auch bei Nachtdiensten vorne (Schicht: 27,6%, Nacht: 26,4%), gefolgt von der Kinder- und Jugendmedizin (Schicht: 21,8%, Nachtschicht: 17,9%; Anhang Tabelle C). Bei der Ersterhebung lagen Kinder- und Jugendmedizin (2007: Schicht: 16,3%, Nachtschicht: 14,7%) und neurologische/ psychiatrische FR (2007: Schicht: 13,5%, Nachtschicht: 10,1%) auf den ersten Plätzen.

Wie bereits in der Ersterhebung weisen stationär tätige Befragte einen höheren Anteil an Schichtdiensten auf als ihre ambulant tätigen Kollegen, sowohl was Schichten allgemein als auch was Nachtschichten angeht (Abbildung 21).

Abbildung 21: Teilnahme am Schichtdienst sowie Absolvierung von Nachtschichten in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N=1181); Häufigkeiten [%]



80,3% der Mediziner führen Bereitschaftsdienste aus, das sind weniger als noch im Jahr 2007 (2007: 86,6%). Insgesamt finden sich Bereitschaftsdienste häufiger bei stationär tätigen Mediznern (83,2%) und seltener im ambulanten Bereich (75,9%); und öfter bei Männern als bei Frauen (81,5% vs. 73,8%) (Tabelle 20). Bei der Ersterhebung zeigte sich noch kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern.

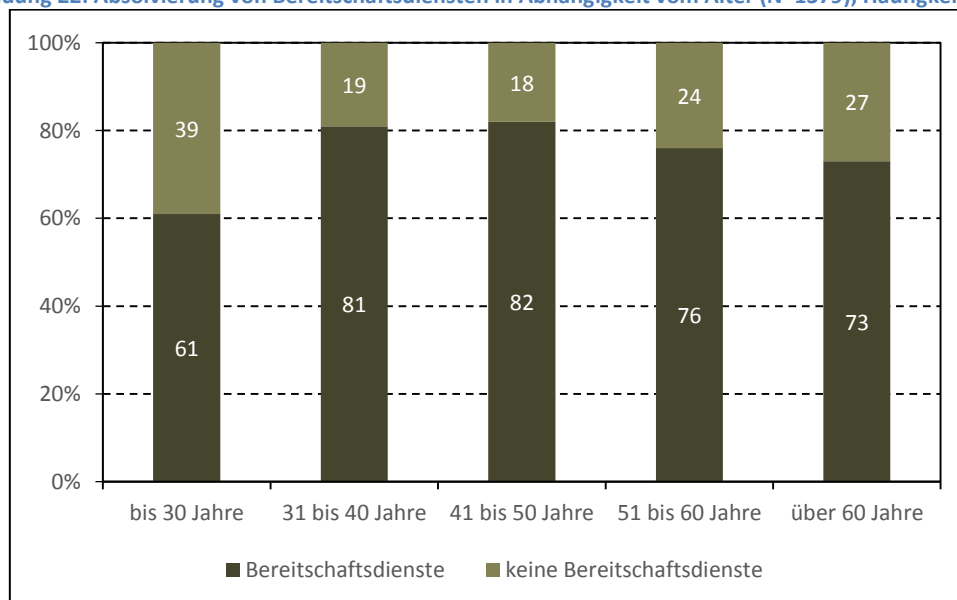
**Tabelle 20: Teilnahme am Bereitschaftsdienst in Abhängigkeit von Tätigkeitsbereich und Geschlecht**

Bereitschaftsdienste (N=1150)		Klinik		Praxis		Gesamt	
<b>Ja</b>	Anzahl (%)	580 (83,2)		344 (75,9)		924 (80,3)	
<b>Nein</b>	Anzahl (%)	117 (16,8)		109 (24,1)		226 (19,7)	
Bereitschaftsdienste (N=1379)		männlich		weiblich		Gesamt	
<b>Ja</b>	Anzahl (%)	457 (81,5)		604 (73,8)		1061 (76,9)	
<b>Nein</b>	Anzahl (%)	104 (18,5)		214 (26,2)		318 (23,1)	

*Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson für Tätigkeitsbereich und Geschlecht, Signifikanz (zweiseitig):  $p < 0.01$*

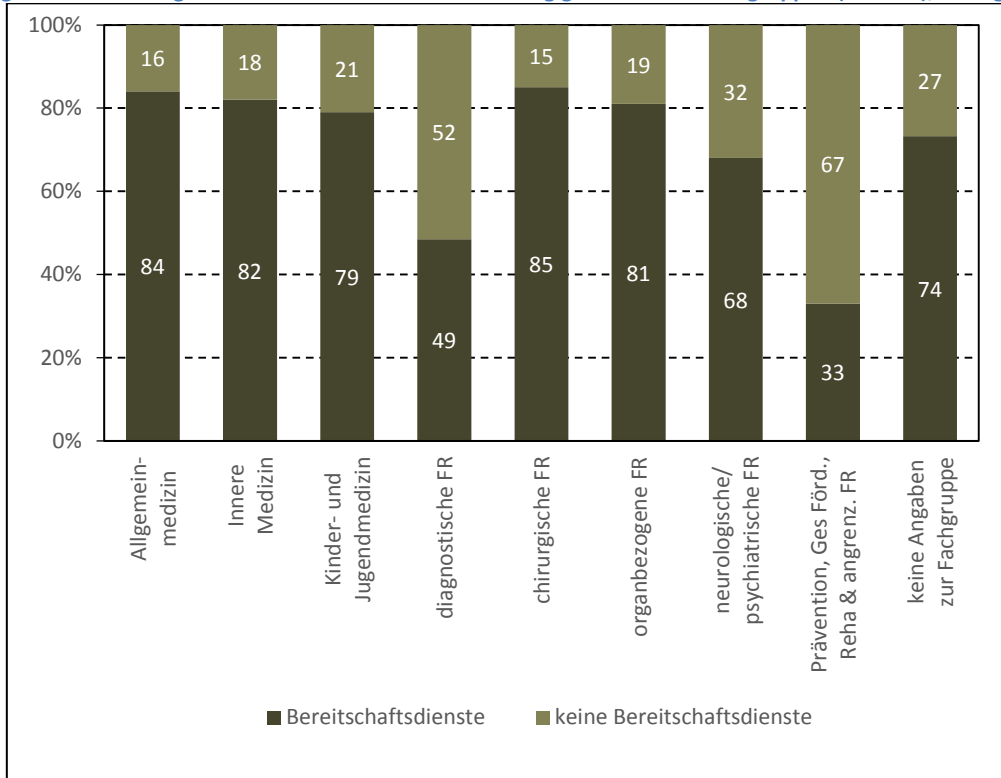
Spitzenreiter bei Bereitschaftsdiensten sind die Altersgruppen zwischen 31 und 50 mit knapp über 80% Zustimmung (Abbildung 22), während die niedrigsten Werte in der Gruppe der unter Dreißigjährigen zu finden sind (60,6%), der Gruppe, bei der sich auch die stärkste Veränderung seit 2007 findet (2007: 86% Zustimmung).

**Abbildung 22: Absolvierung von Bereitschaftsdiensten in Abhängigkeit vom Alter (N=1379); Häufigkeiten [%]**



Über die Fachgruppen hinweg gaben um die 80% der Befragten an, Bereitschaftsdienste zu absolvieren. Ausnahmen sind hierbei die diagnostische FR (48,5%), die neurologisch/ psychiatrische FR (67,9%) und v.a. die Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn (32,7%; Abbildung 23). Diese drei Fachrichtungen wiesen bereits bei der Ersterhebung die niedrigsten Anteile bei den Bereitschaftsdiensten auf.

Abbildung 23: Absolvierung von Bereitschaftsdiensten in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N=1379); Häufigkeiten [%]

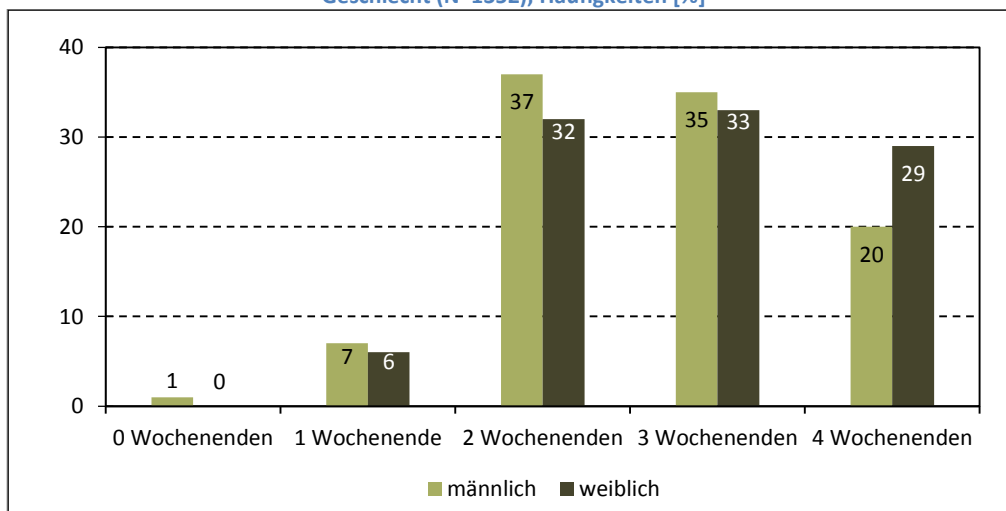


Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$

### Freie Wochenenden im Monat

Die Teilnehmer wurden nach der durchschnittlichen Anzahl komplett freier Wochenenden im Monat gefragt, Antwortmöglichkeiten reichen damit von „0“ bis „4“ (Abbildung 24). Wie bereits bei der Ersterhebung gibt ein Großteil der Ärzte an, zwei oder mehr freie Wochenenden im Monat zu haben (Männer: 91,8%, Frauen: 93,4%). Interessant ist besonders der Anteil von Medizinern mit vier freien Wochenenden. Hier gab es seit 2007 den stärksten Zuwachs. Ärztinnen (28,5%, 2007: 17%) liegen hier vor Ärzten (20,4%, 2007: 11%).

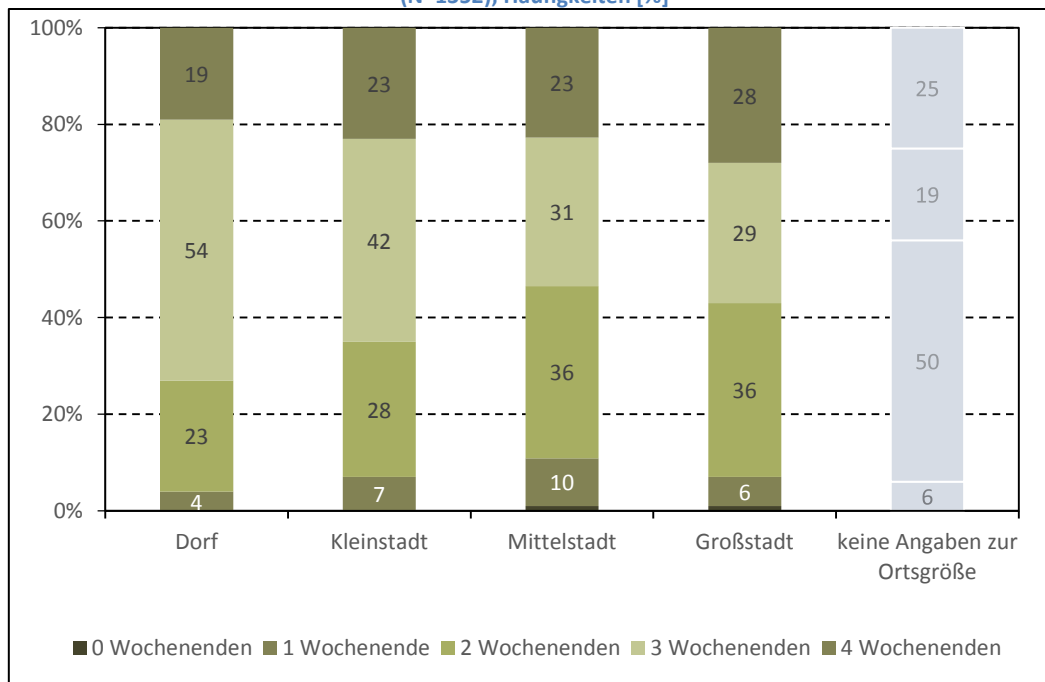
Abbildung 24: Anzahl der freien Wochenenden (Samstag und Sonntag) innerhalb von 28 Tagen in Abhängigkeit vom Geschlecht (N=1352); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.01$

Unterschiede ergeben sich bei den freien Wochenenden mit Hinblick auf die Größe des Tätigkeitsortes (Abbildung 25). So verfügt der größte Anteil der auf dem Dorf (53,5%) und in der Kleinstadt (42,4%) tätigen Mediziner über drei freie Wochenenden, in Mittelstadt (36,1%) und Großstadt (36,4%) sind es zwei. Vergleicht man die Anteile derer, die vier freie Wochenenden angeben zwischen den verschiedenen Tätigkeitsorten, so liegen Mediziner in der Großstadt – wie bereits 2007 – auf dem ersten Platz (27,7%, 2007: 20%).

Abbildung 25 Anzahl der freien Wochenenden innerhalb von 28 Tagen nach Größe (Einwohnerzahl) des Tätigkeitsortes (N=1352); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$

Große Unterschiede ergeben sich bei den Fachgruppen (Abbildung 26). Ein besonders ungünstiges Ergebnis findet sich in der chirurgischen FR, sie ist Spitzenreiter in den Gruppen mit ein und zwei freien Wochenenden (9,4% und 49,3%) und gleichzeitig Schlusslicht bei drei und vier freien Wochenenden (26,1% und 14,4%). Spitzenreiter bei vier freien Wochenenden sind Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn (58,8%, 2007: 44%) und die diagnostische FR (49,3%, 2007: 23%). Beide Ergebnisse finden sich auch schon in der Ersterhebung, mit der Ausnahme, dass sich die chirurgische FR dort bei vier freien Wochenenden nur auf dem zweitletzten Platz befand. Auffällig ist außerdem der Anteil der Allgemeinmediziner mit drei oder vier freien Wochenenden, der sich seit der letzten Erhebung sogar noch gesteigert hat (85,2%, 2007: 75%).



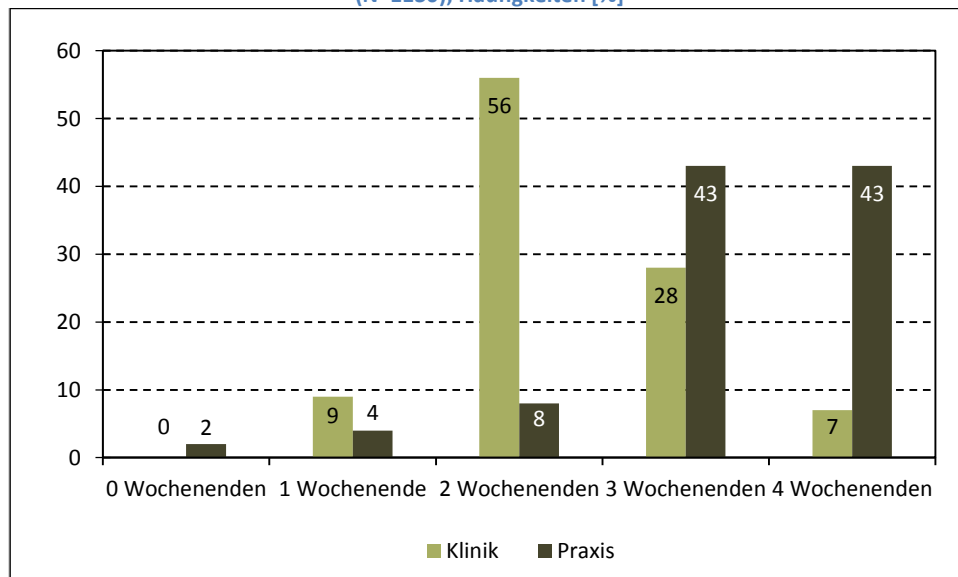
Abbildung 26 Anzahl der freien Wochenenden innerhalb von 28 Tagen nach Fachgruppen (N=1352); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$

Ambulant tätige Ärzte haben deutlich häufiger drei oder vier Wochenenden frei als ihre stationären Kollegen (Abbildung 27). Besonders drastisch ist der Unterschied bei vier freien Wochenenden (Praxis: 43,1%, Klinik: 7,1%), seit 2007 hat sich der Anteil bei den ambulant tätigen Medizinern mehr als verdoppelt (2007: 19,3%).

Abbildung 27: Anzahl der freien Wochenenden (Samstag und Sonntag) innerhalb von 28 Tagen nach Tätigkeitsbereich (N=1130); Häufigkeiten [%]



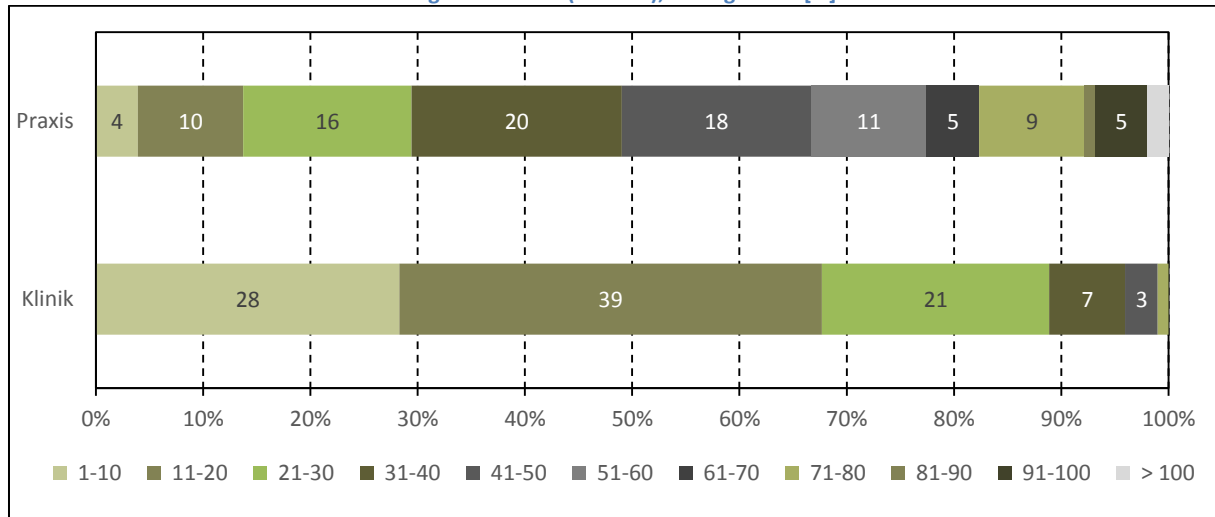
Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$

### Patientenanzahl pro Tag

Es wurde die durchschnittliche Patientenzahl pro Tag erfragt und das Ergebnis anschließend in Zehnergruppen kategorisiert. Der signifikante Unterschied in der Anzahl behandelter Patienten

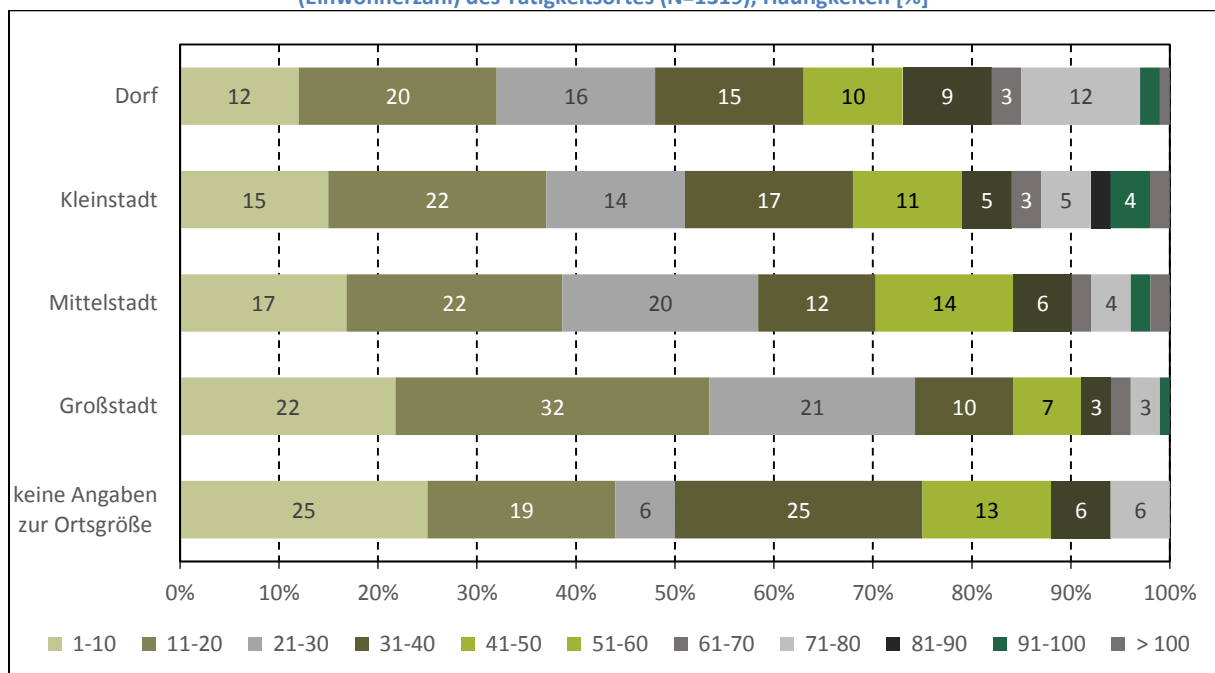
zwischen Praxis (48,0, ± 25,0, 2007: 54) und Klinik (20,3, ± 14,8, 2007: 23) findet sich auch in der kategorisierten Variable wieder (Abbildung 28). So befindet sich der größte Anteil der stationär tätigen Befragten in der Gruppe mit 11 bis 20 Patienten (38,7%), den höchsten Anteil in der Praxis macht die Gruppe mit 31 bis 40 Patienten aus (20,0%). Auch spielen in der Klinik Patientenzahlen über 40 kaum noch eine Rolle (<5%), während das in der Praxis erst ab 60 Patienten zutrifft.

**Abbildung 28: Schätzung der durchschnittlichen Anzahl behandelter Patienten pro Tag in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N=1134); Häufigkeiten [%]**



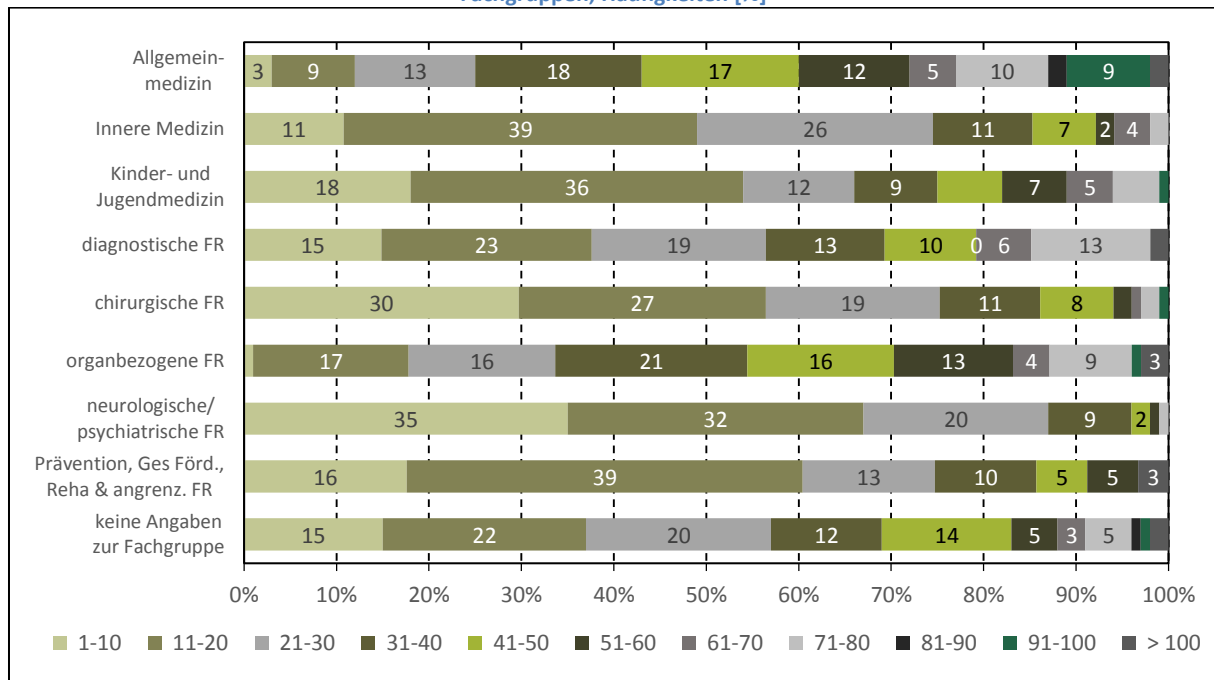
Wie bereits bei der ersten Erhebung behandelt der größte Anteil der Mediziner in Großstädten bis zu 30 Patienten pro Tag (74,1%, 2007: 65,0%), während dieser Anteil bei den in Dörfern/ Landstädten tätigen Medizern nur bei 48,0% liegt (2007 lagen hier Kleinstädte auf dem letzten Platz). Weitere Angaben zu Tätigkeitsort und Patientenzahlen finden sich in Abbildung 29.

**Abbildung 29: Schätzung der durchschnittlichen Anzahl behandelter Patienten pro Tag in Abhängigkeit von der Größe (Einwohnerzahl) des Tätigkeitsortes (N=1319); Häufigkeiten [%]**



Bei der neurologischen/ psychiatrischen FR findet sich – wie bereits 2007 – der höchste Anteil von Medizinern, welche bis zu 20 Patienten täglich behandeln (66,9%, 2007: 67,1%), während Allgemeinmedizin (40,2%, 2007: 54,1%) und organbezogene FR (29,9%, 2007: 41,3%) Spitzenreiter bei Patientenzahlen über 50 sind (Abbildung 30).

**Abbildung 30: Schätzung der durchschnittlichen Anzahl behandelter Patienten pro Tag (N=1319) in Abhängigkeit von den Fachgruppen; Häufigkeiten [%]**



## 6. Deskriptive Auswertung der Querschnittsdaten

### 6.1. Arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung

Der Arbeitsplatz spielt mit Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden eine wichtige Rolle. In dieser Studie wurden deshalb verschiedene Elemente des ärztlichen Berufsalltags erfragt, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind, beispielsweise die Zahl der Arbeitsstunden, Schichtdienste oder Patienten. Wie bereits 2007 sind hier die drei Bereiche Arbeitspensum, Arbeitszeitgestaltung und Arbeitsinhalte von Bedeutung und werden mit einbezogen. Um ein vollständiges Bild zu erhalten, wurden außerdem Lifestyle-Faktoren erfragt, die in vielen gesundheitlichen Kontexten von Bedeutung sind, wie sportliche Betätigung, Ernährung oder Alkoholkonsum.

Um die subjektive Belastung – auch Beanspruchung – der Ärzte zu erfassen, wurden Erholungsunfähigkeit, Burnout und gesundheitliche Beschwerden erfasst. Zusätzlich konnten die Ärzte verschiedene Faktoren wie berufliche Belastung und Gesundheitszustand anhand von Global-Items bewerten.

#### 6.1.1. Überschneidung von Beruf und Privatleben

Die Trennung zwischen Beruf und Privatleben gestaltet sich im Arztberuf oft schwierig und ist deshalb auch ein wichtiges Thema in dieser Befragung. Wie bereits bei der Ersterhebung werden auch in dieser Studie Fragen zu Urlaub und Freizeit gestellt und es wurde die Überlagerung dieser

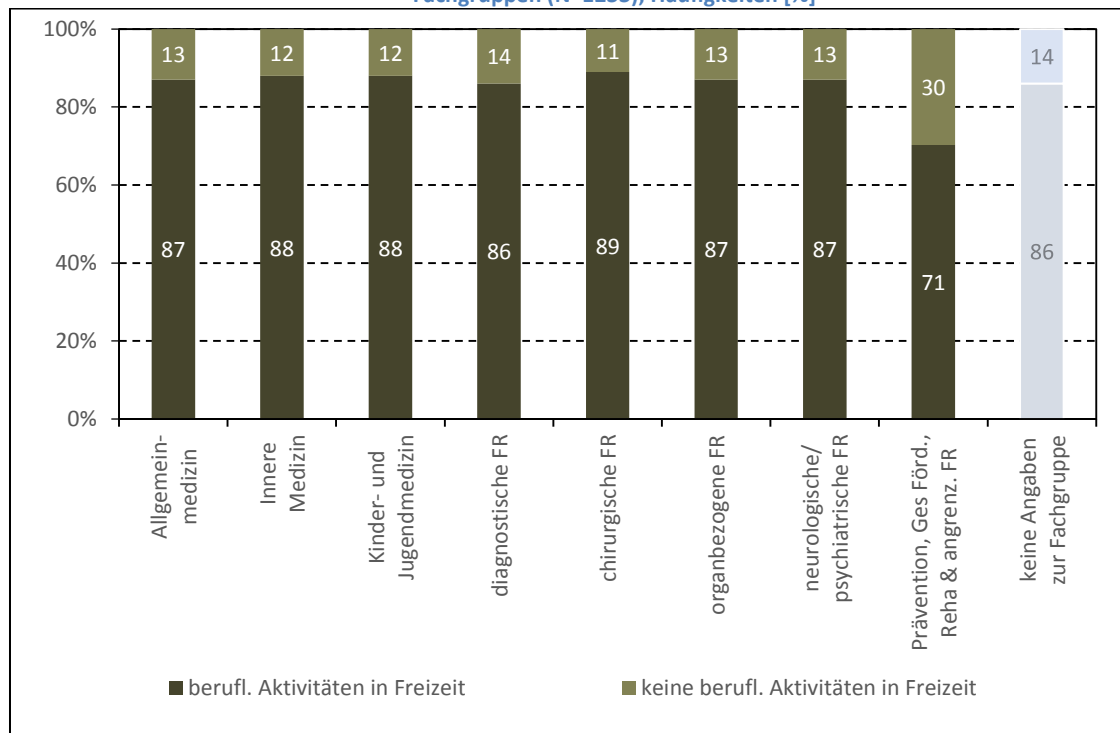
Bereiche mit dem Beruf gemessen. Zusätzlich wurde im Rahmen dieser Untersuchung erstmals die sog. Work-Life Balance erhoben.

### Häufigkeit der Ausdehnung beruflicher Aktivitäten in die Freizeit

Im Rahmen der Untersuchung wurde unterschieden zwischen Ärzten, die berufliche Aktivitäten auch in ihrer Freizeit erledigten und solchen, die es nicht taten. Die große Mehrheit der Ärzte erledigt Berufliches in der Freizeit (87,0%, 2007: 94%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ), die Geschlechter unterscheiden sich hierbei – wie bereits in der Ersterhebung – nicht. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen.

Bei den Fachgruppen ergibt sich ein relativ homogenes Bild, einzige Ausnahme bildet Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn mit dem mit Abstand niedrigstem Anteil von Beruflichem in der Freizeit (70,5%, 2007: letzter Platz mit 88,9%; Abbildung 31). Insgesamt zeigt sich, dass sich die verschiedenen Fachrichtungen mit Hinblick auf den Anteil beruflicher Aktivitäten in der Freizeit seit der ersten Erhebung aneinander angeglichen haben.

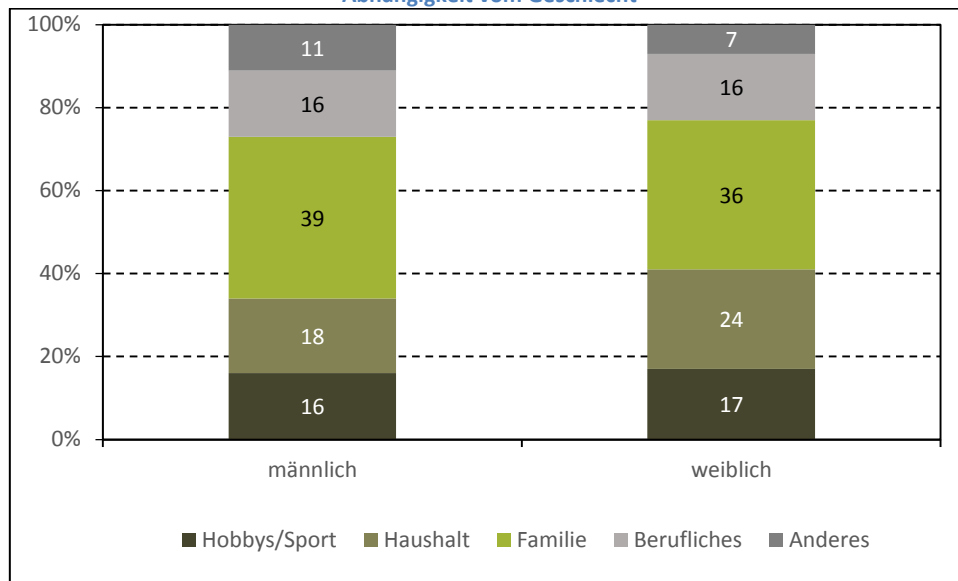
Abbildung 31: Angabe eines Anteils beruflicher Aktivitäten, die in der Freizeit erledigt werden in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N=1233); Häufigkeiten [%]



### Anteil der beruflichen Tätigkeiten an der Freizeit

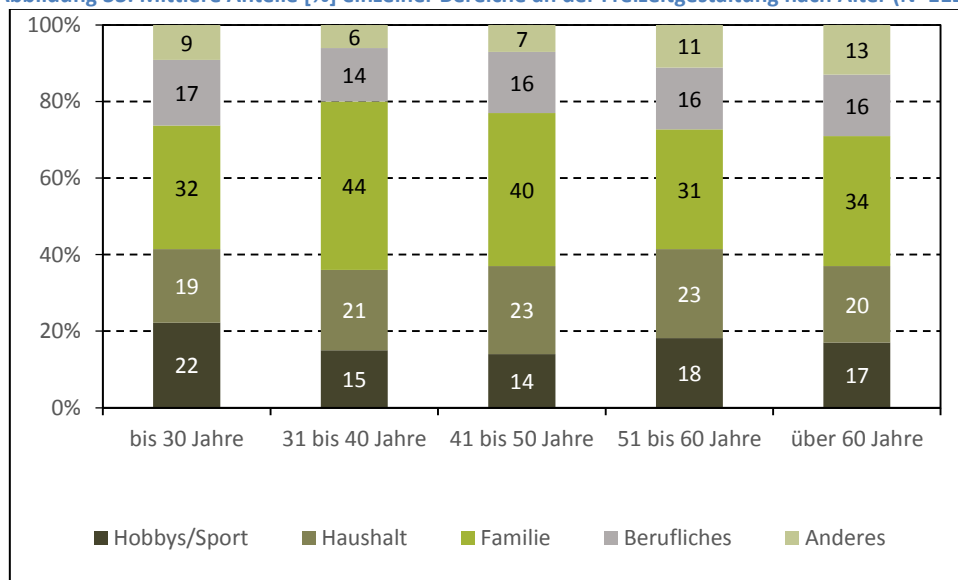
Um zu berechnen, welche Anteile bestimmte Aktivitäten an der Freizeit ausmachen, wurden in die Auswertung nur die Ergebnisse einbezogen, bei denen sich alle Optionen auf 100% addierten (N=1124). Den größten Anteil an der Freizeit macht bei beiden Geschlechtern die Familie aus (Männer:38,7%, 2007: 36%; Frauen: 36,2%, 2007: 31%; Abbildung 32). Wie bereits 2007 entfällt bei den Medizinerinnen ein größerer Anteil auf den Haushalt (24,0%, 2007: 27%) als bei ihren männlichen Kollegen (18,1%, 2007: 19%), allerdings hat sich der Abstand zwischen den Geschlechtern verringert. Bei Hobbies und beruflichen Tätigkeiten in der Freizeit zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Insgesamt lässt sich beobachten, dass der Anteil beruflicher Aktivitäten in der Freizeit abgenommen hat (16%, 2007: 22%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ).

Abbildung 32: Mittlere Anteile [%] einzelner Bereiche an der Freizeitgestaltung für die Teilstichprobe (N=1124) sowie in Abhängigkeit vom Geschlecht



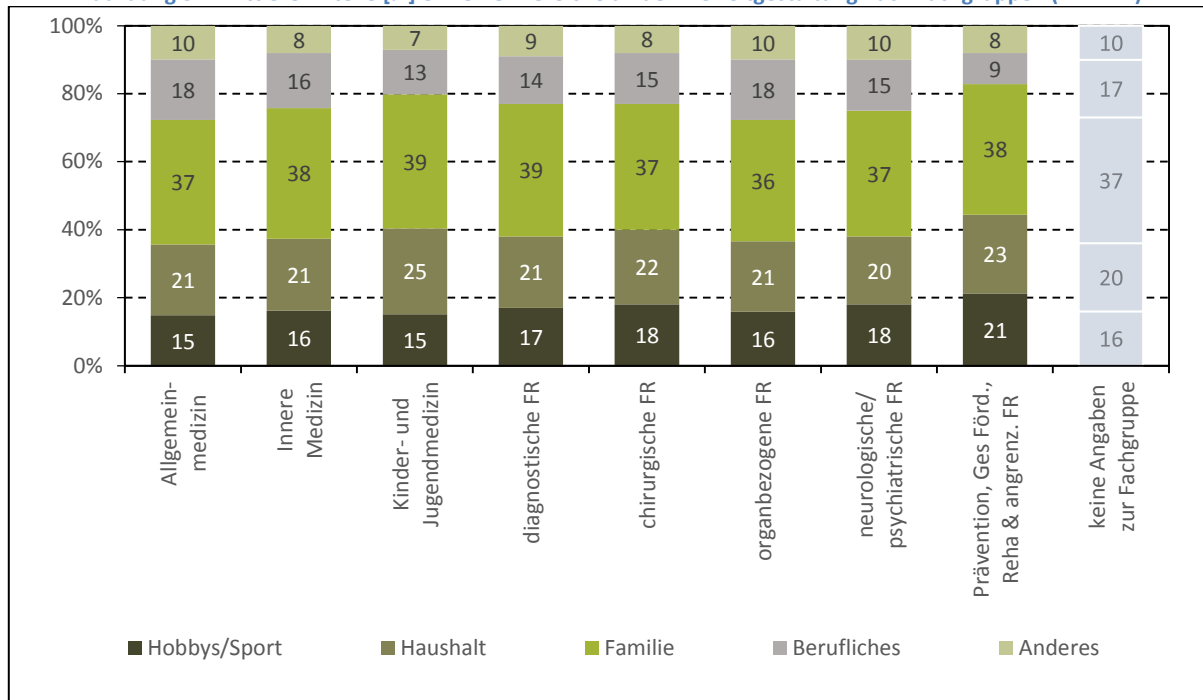
Bei der Betrachtung der Altersgruppen zeigt sich wieder die besondere Bedeutung der Familie für die Altersspanne von 31 bis 50 Jahren, die seit 2007 noch zugenommen hat und v.a. auf Kosten von Hobbies und nicht weiter definierten anderen Tätigkeiten geht (Abbildung 33). Die bei der Ersterhebung beschriebene Zunahme beruflicher Aktivitäten mit steigendem Alter findet sich in der aktuellen Messung nicht.

Abbildung 33: Mittlere Anteile [%] einzelner Bereiche an der Freizeitgestaltung nach Alter (N=1124)



Insgesamt unterscheiden sich die Fachrichtungen im Hinblick auf ihre Freizeitpräferenzen kaum, lediglich bei der Erledigung beruflicher Tätigkeiten in der Freizeit gibt es größere Unterschiede (Abbildung 34) zwischen der Allgemeinmedizin (18,0%, 2007: 26,7%) und Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn (9,3%, 2007: 15%), welche bereits 2007 auf dem ersten bzw. letzten Platz lagen. Der Bereich Prävention liegt auch beim Anteil der Hobbies vorne (21,0%), Kinder- und Jugendmedizin bei Haushalt (25,0%), diagnostische FR bei Familie (39,4%) und neurologische/ psychiatrische FR bei „anderen Tätigkeiten“ (9,8%).

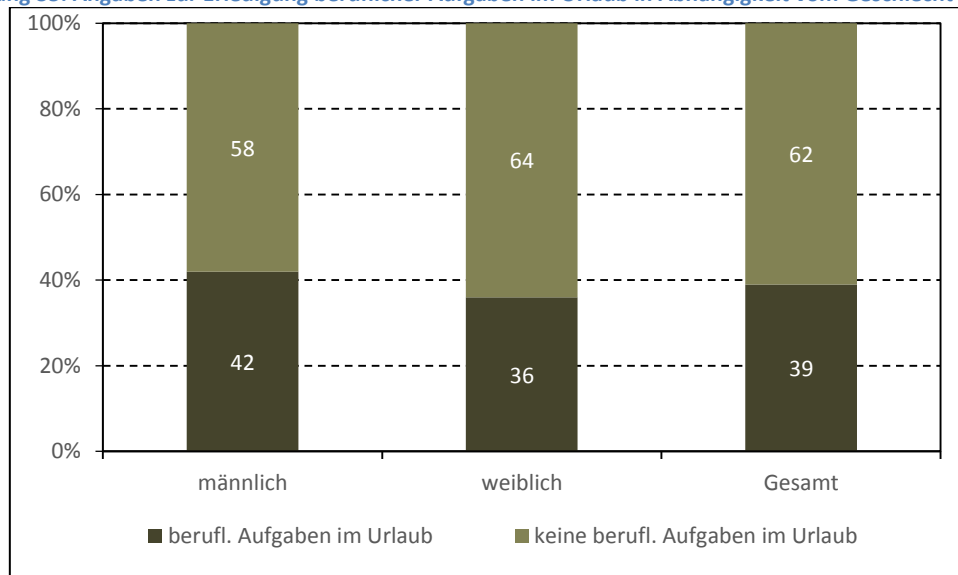
Abbildung 34: Mittlere Anteile [%] einzelner Bereiche an der Freizeitgestaltung nach Fachgruppen (N=1124)



### Häufigkeit der Erledigung beruflicher Aufgaben im Urlaub

Im Vergleich zu 2007 nehmen sächsische Ärzte im Jahr 2019 ihren Beruf seltener mit in den Urlaub (38,5%, 2007: 51%) und Ärzte (42,1%) liegen dabei erstmals signifikant vor ihren weiblichen Kollegen (36,0%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ; Abbildung 35). Zwischen den Altersgruppen bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 35: Angaben zur Erledigung beruflicher Aufgaben im Urlaub in Abhängigkeit vom Geschlecht (N=1387)

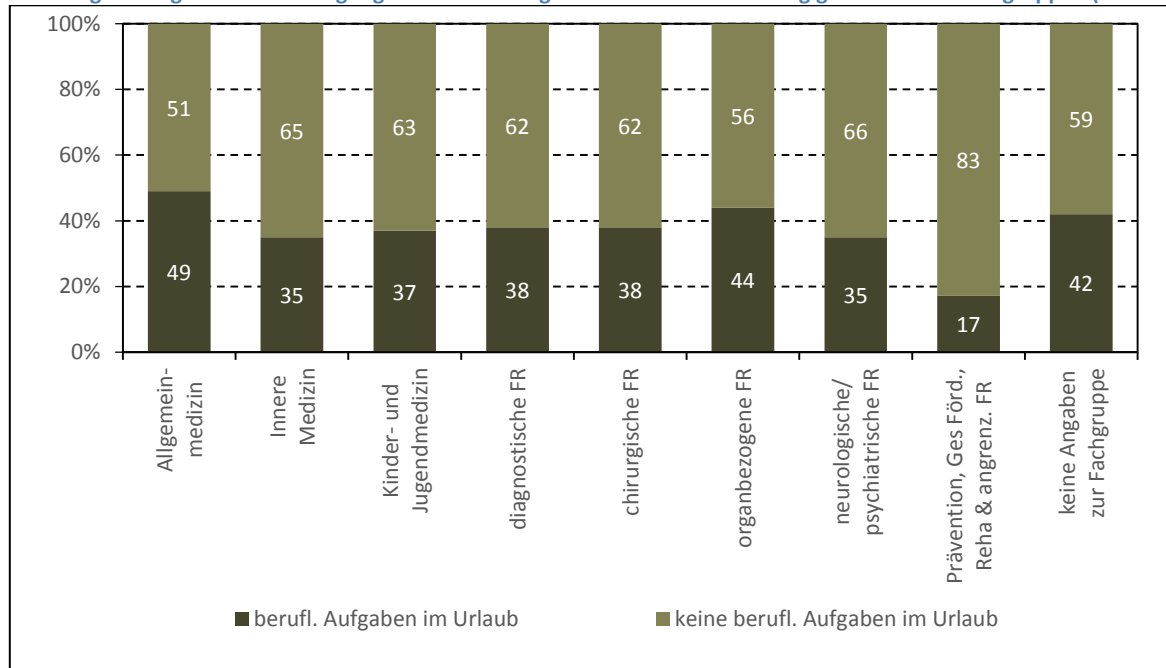


Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.05$

Mit Hinblick auf die Erledigung beruflicher Aufgaben im Urlaub hat sich am ersten und letzten Platz bei den Berufsgruppen seit 2007 nichts geändert (Abbildung 36). Allgemeinmediziner nehmen am häufigsten Berufliches mit in den Urlaub (49,2%, 2007: 59,4%), während dies bei Medizinern im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzender FRn am seltensten

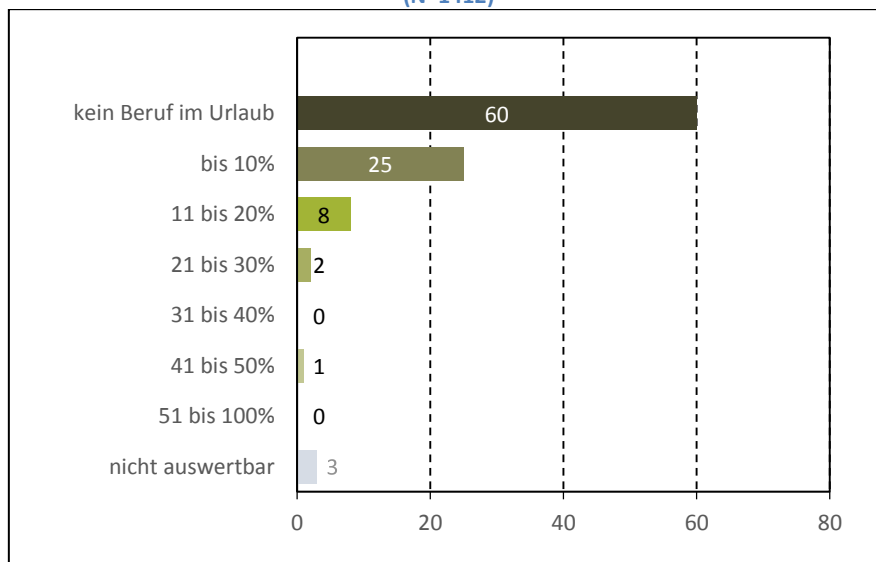
vorkommt (17,3%, 2007: 27,8%). Auch am zweiten Platz, welchen die organbezogene FR einnimmt (44,3%, 2007: 55%), hat sich nichts geändert. Nur 1,4% der befragten Mediziner gaben an, mehr als 30% ihres Urlaubs für berufliche Aktivitäten zu nutzen (Abbildung 37). Im Vergleich zur Ersterhebung, machen berufliche Aktivitäten 2019 einen geringeren Anteil am Urlaub aus (4,9%, 2007: 8,1%).

Abbildung 36: Angaben zur Erledigung beruflicher Aufgaben im Urlaub in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N=1387)



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.01$

Abbildung 37: Anteile der Mediziner [%], die einen bestimmten Prozentsatz ihres Urlaubes für Berufliches aufwenden (N=1412)



Insgesamt nimmt ein Großteil der Mediziner berufliche Aufgaben mit in die Freizeit und zwar unabhängig von Alter und Geschlecht. Dennoch ist dieser Anteil geringer als noch 2007, wie sich auch der Anteil von Medizinerern verringerte, die ihren Beruf mit in den Urlaub nehmen. Den größten Anteil an der Freizeit macht, insbesondere in den Dreißigern und Vierzigern, die Familie aus.

### 6.1.2 Globalurteile zur subjektiv wahrgenommenen Belastung

Die subjektive Belastung der Ärzte wurde mit einzelnen Globalurteilen gemessen. Hierbei wurden die allgemeine Belastung und die Belastung durch sich ändernde Anforderungen (wie Gesetze, Verordnungen, Richtlinien) auf einer Skala von 1 (= hohe Belastung) bis 7 (= niedrige Belastung) erfasst.

Insgesamt ist das Belastungslevel hoch, liegt aber signifikant unter dem der Ersterhebung. Fasst man die Antwortstufen 1, 2 und 3 als hohe Belastung zusammen, so fallen 81,1% der Mediziner in diese Kategorie (2007: 86,8%), eine hohe Belastung durch sich ändernde Anforderungen gaben 65,9% an (2007: 72,7%; beide: Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ). Tabelle 21 gibt einen Überblick über die Belastungen in Abhängigkeit von Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Fachgruppe. Verbesserungen haben sich hier v.a. im Bereich der Belastungen durch sich ändernde Anforderungen ergeben, insbesondere bei Männern, ambulant tätigen Befragten, Allgemeinmedizinern, Kinder- und Jugendmedizinern und Mediziner im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn. Bei der allgemeinen beruflichen Belastung gab es lediglich in der diagnostischen FR eine Verbesserung.

**Tabelle 21: Mittlere Angaben zur arbeitsbezogenen Belastung in Abhängigkeit von Geschlecht, Tätigkeitsbereich oder Fachgruppe**

Item	Berufliche Belastung	Belastung durch sich ändernde Anforderungen
<b>Gesamt</b>	2	3
<b>nach Geschlecht (N= 1399)</b>		
männlich	2	3
weiblich	2	2
<b>nach Tätigkeitsbereich (N=1173)</b>		
Klinik	2	3
Praxis	2	2
<b>nach Fachgruppe (N=1399)</b>		
Allgemeinmedizin	2	2
Innere Medizin	2	3
Kinder- und Jugendmedizin	2	4
Diagnostische FR	3	4
Chirurgische FR	2	3
Organbezogene FR	2	2
Neurologische & psychiatrische FR	2	3
Prävention, Gesundheitsförderung Reha & angrenz. FRn	3	4
Keine/nicht verwertbare Angaben	2	2

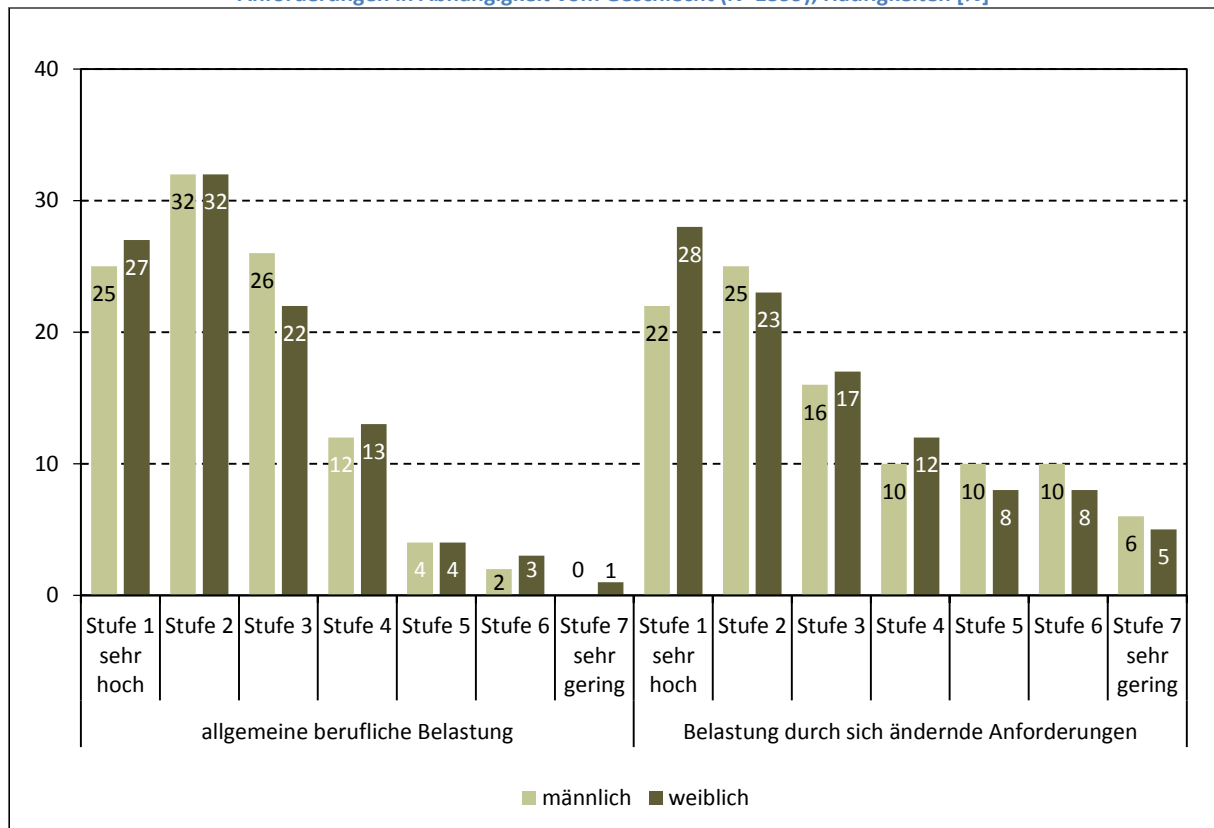
*Punktwerte 1 = sehr hohe Belastung bis 7 = keine Belastung.*

*FR = Fachrichtung*



Hinsichtlich der beiden Formen von Belastung zeigt sich zwischen den Geschlechtern kein signifikanter Unterschied (Abbildung 38). Insgesamt entfällt bei beiden Formen der Belastung ca. ein Viertel der Antworten auf die höchste Kategorie (Allgemeine berufliche Belastung: 26,2%, Sich ändernde Anforderungen: 25,2%).

**Abbildung 38: Subjektive Einschätzung der allgemeinen beruflichen Belastung und der Belastung durch sich ändernde Anforderungen in Abhängigkeit vom Geschlecht (N=1399); Häufigkeiten [%]**



*Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig) für „Allgemeine berufliche Belastung“ und „Belastung durch sich ändernde Anforderungen“: n.s.*

Insgesamt sind Personen zwischen 51 und 60 am höchsten belastet (Allgemeine Belastung: 84,0%; Belastungen durch sich ändernde Anforderungen: 74,3%; Abbildung 39). Während die Unterschiede bei der allgemeinen beruflichen Belastung allerdings nur geringfügig sind, ist für jüngere Mediziner – wie bereits 2007 – der Umgang mit sich ändernden Anforderungen wieder deutlich weniger belastend als für ihre älteren Kollegen (bis 30: 43,5%, 31 bis 40: 59,6%).

Abbildung 39a: Subjektive Einschätzung der allgemeinen beruflichen Belastung in Abhängigkeit vom Alter (N=1399); Häufigkeiten [%]

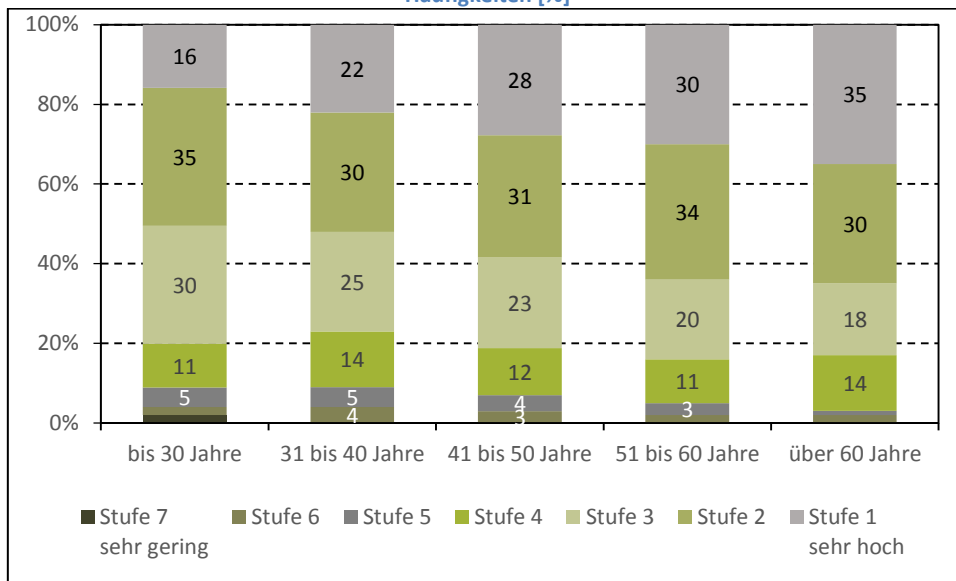
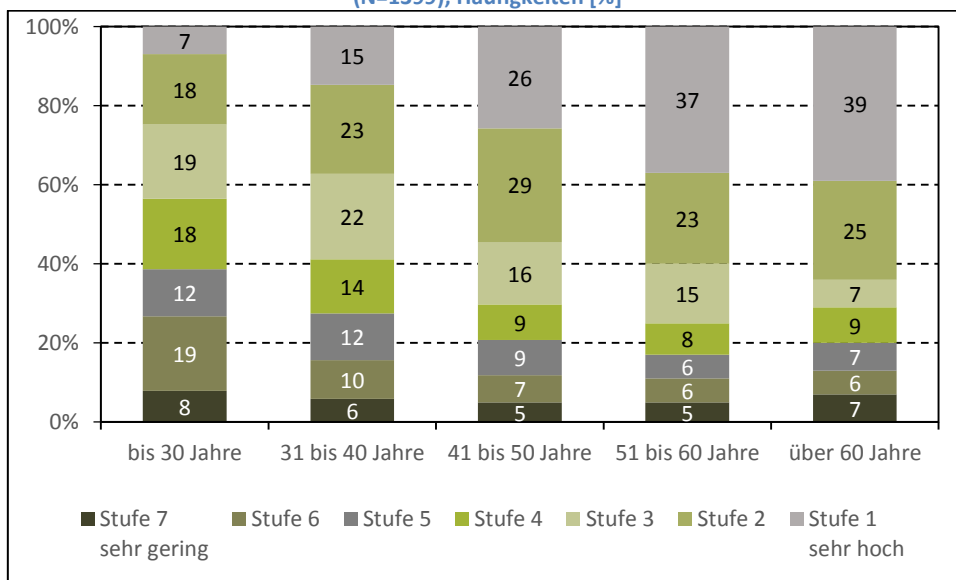


Abbildung 39b: Subjektive Einschätzung der Belastung durch sich ändernde Anforderungen in Abhängigkeit vom Alter (N=1399); Häufigkeiten [%]



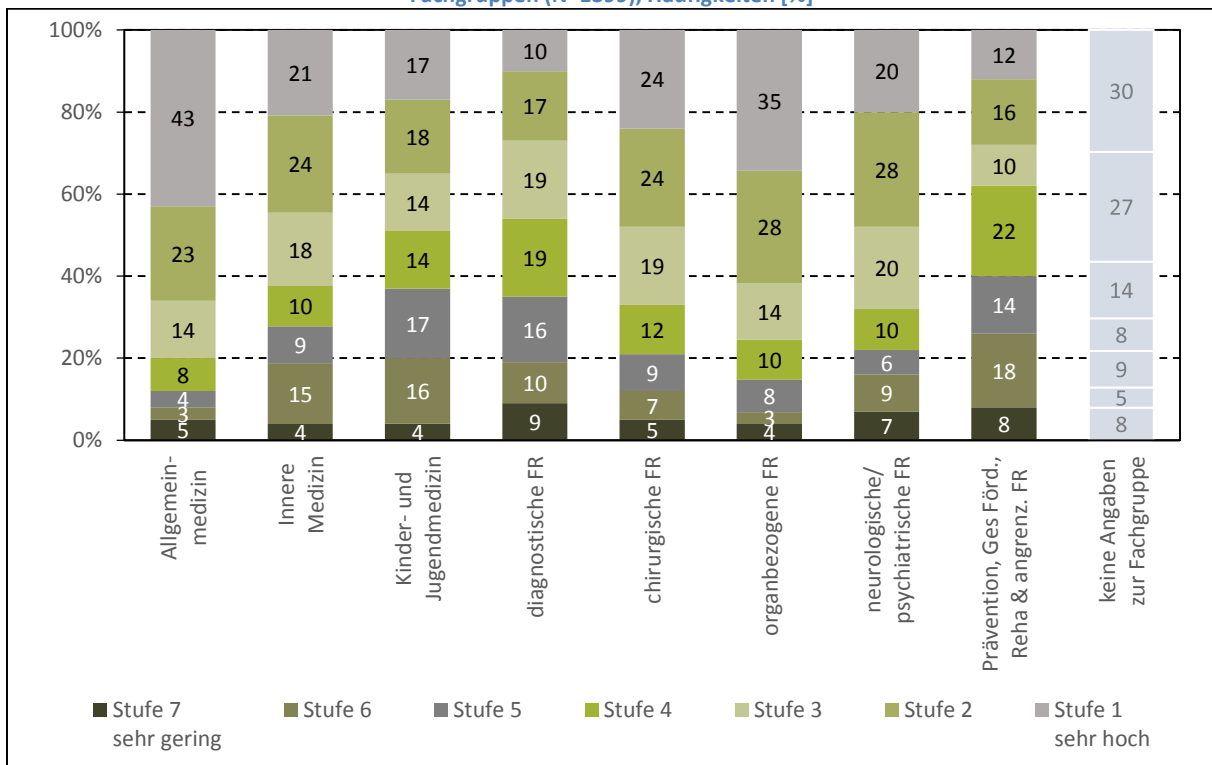
Vergleicht man den Anteil hoher Belastungen (Antwortkategorien 1-3) über die Fachrichtungen (Abbildung 40), so weist die organbezogene FR die höchste allgemeine berufliche Belastung (87,4%) und die Allgemeinmedizin die höchste Belastung durch sich ändernde Anforderungen (79,4%) auf. 2007 lag die Allgemeinmedizin in beiden Bereichen (Allgemeine berufliche Belastung: 90%; Sich ändernde Anforderungen: 92%) vorne. Damals wie heute wurde die höchste Belastungsstufe „1“ am häufigsten von Allgemeinmedizinern angegeben (Allgemeine berufliche Belastung: 30,3%; Sich ändernde Anforderungen: 42,5%).

Der geringste Anteil hoher allgemeiner und änderungsspezifischer Belastungswerte findet sich im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn (Allgemeine Belastungen: 54,0%; Sich ändernde Anforderungen: 38,0%), welcher bereits 2007 vergleichsweise niedrige Werte aufwies.

Abbildung 40a: Subjektive Einschätzung der beruflichen Belastung in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N=1399); Häufigkeiten [%]



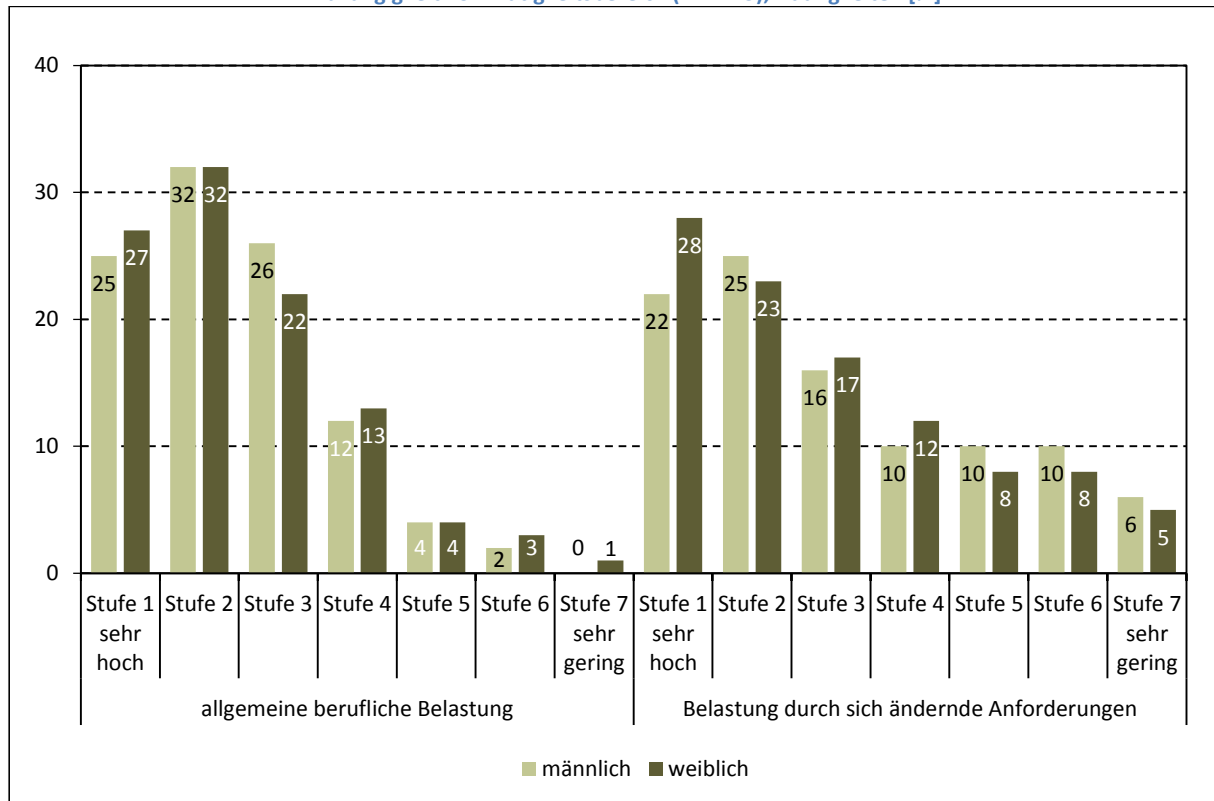
Abbildung 40b: Subjektive Einschätzung der Belastung durch sich ändernde Anforderungen in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N=1399), Häufigkeiten [%]



Vergleicht man ambulant und stationär tätige Ärzte so ergibt sich – wie bereits 2007 – kein Unterschied bei der Zustimmung zu hoher beruflicher Belastung (Antwortstufen 1-3, Klinik: 83,6% vs. Praxis: 83,8%), aber eine deutlich höhere Zustimmung ambulant tätiger Mediziner zur extremsten Belastungsstufe „1“ (31,5% vs. 25,4%; Abbildung 41). Auch in der aktuellen Befragung gaben

Praxisärzte wieder deutlich häufiger hohe Belastungen durch sich ändernde Anforderungen an als ihre stationär tätigen Kollegen (82,9% vs. 57,4%).

**Abbildung 41: Subjektive Einschätzung der beruflichen Belastung und der Belastung durch sich ändernde Anforderungen in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N=1173); Häufigkeiten [%]**



Ergebnis des Chi-Quadrat -Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): n.s. (Allgemeine berufliche Belastung),  $p < 0.001$  (Belastung durch sich ändernde Anforderungen)

Insgesamt sind sowohl die allgemeine berufliche Belastung als auch die Belastung durch sich ändernde Anforderungen bei den sächsischen Ärzten hoch, wenn auch etwas niedriger als noch in der Ersterhebung. Besonders betroffen von Belastungen durch sich ändernde Anforderungen sind, wie bereits 2007, Ärzte ab einem Alter von 40 Jahren und ambulant tätige Mediziner.

### 6.1.3 Work-Life Balance

Die Work-Life Balance wurde 2019 neu in die Befragung aufgenommen, Vergleiche mit den Ergebnissen der Erstbefragung sind hier deshalb nicht möglich. Während Männer eine marginal höhere Work-Life Balance aufweisen als ihre weiblichen Kolleginnen, liegen ambulant tätige Ärzte hier klar vor denen in der Klinik (Tabelle 22). Vergleicht man die sächsischen Ärzte (Gesamtmittelwert:  $3,6 \pm 1,2$ ) mit anderen Berufsgruppen aus der Validierungsstichprobe der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life Balance, so liegen sie in etwa gleich auf mit Lehrern und klar unterhalb von Führungskräften (Syrek et al. 2011). Es muss hier allerdings angemerkt werden, dass die Validierungsstichproben zwar eine gute Orientierung bieten, allerdings nicht repräsentativ sind.

**Tabelle 22: Work-Life Balance in Abhängigkeit von Geschlecht (N=1400) und Tätigkeitsbereich (N=1174)**

<b>Geschlecht</b>		
	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>
Sächsische Ärzte <sup>a</sup> (MW ± SD)	3,6 ± 1,2	3,5 ± 1,3
Lehrer <sup>b</sup> (MW ± SD)	3,9 ± 1,3	3,6 ± 1,2
Führungskräfte <sup>c</sup> (MW ± SD)	4,3 ± 0,8	4,3 ± 1,2

<b>Tätigkeitsbereich</b>		
	<b>Klinik</b>	<b>Praxis</b>
	3,3 ± 1,2	3,8 ± 1,2

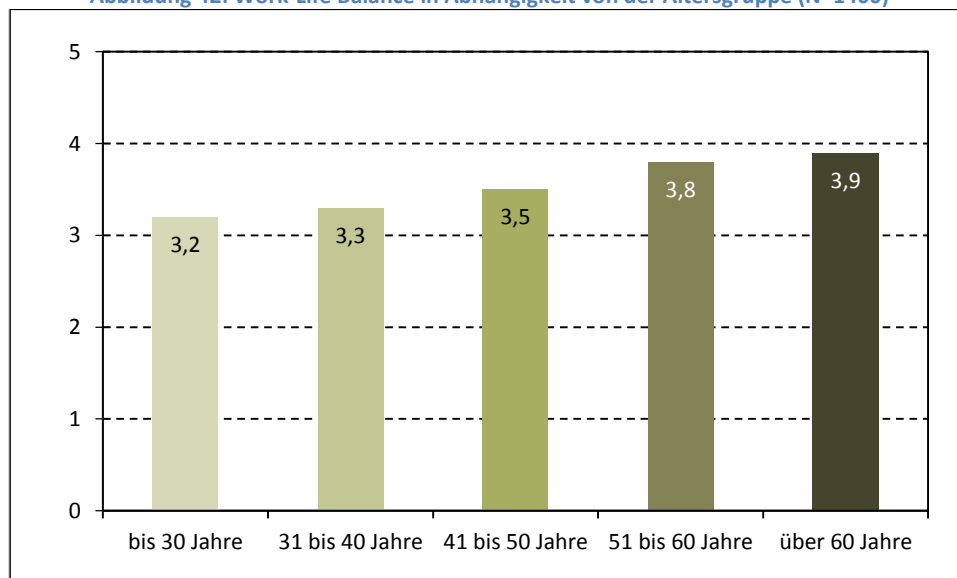
a: t-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig): Geschlecht:  $p < 0.05$ ., Tätigkeitsbereich:  $p < 0.001$ .

b: Stichprobe mit Lehrern aus verschiedenen Schulformen in Deutschland (N=137), kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern; bei beiden Geschlechtern findet sich kein signifikanter Unterschied zu den sächsischen Ärzten (t-Test Männer und Frauen: n.s.); Validierungsstichprobe der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life Balance (TKS-WLB; Syrek et al. 2011)

c: Stichprobe mit Führungskräften aus kleinen und mittelständischen Unternehmen in Deutschland (N=108), kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern; bei beiden Geschlechtern findet sich ein signifikanter Unterschied zu den sächsischen Ärzten (t-Test Männer/ Frauen:  $p < 0.001$ /  $p < 0.05$ ) Validierungsstichprobe der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life Balance (TKS-WLB; Syrek et al. 2011)

Es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Work-Life Balance mit Zunahme des Alters (Abbildung 42).

**Abbildung 42: Work-Life Balance in Abhängigkeit von der Altersgruppe (N=1400)**

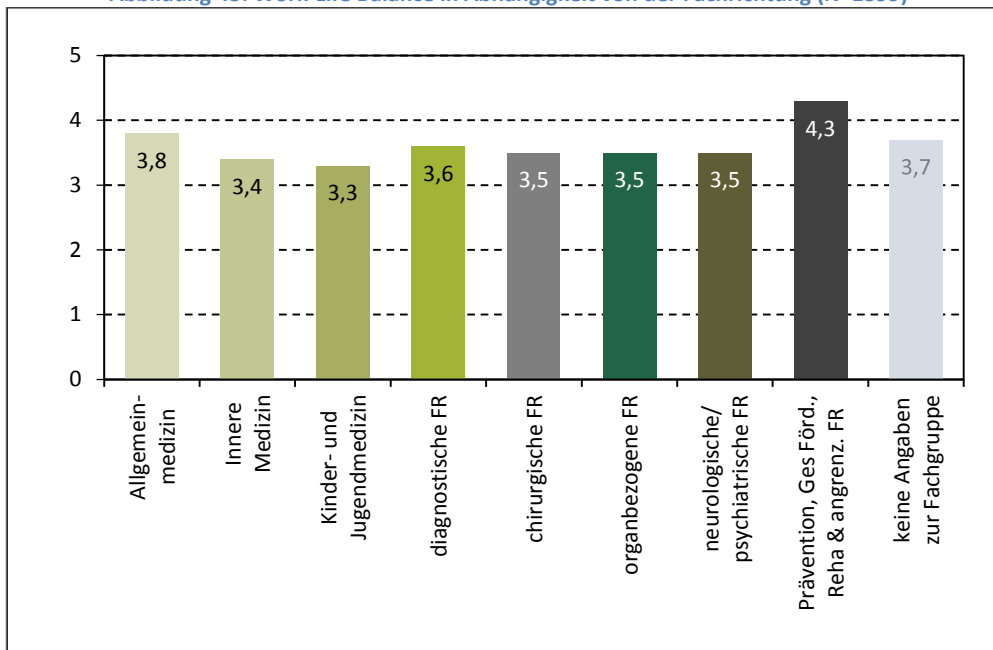


Ergebnis der einfachen Varianzanalyse (One-way Anova):  $p < 0.001$

Die höchste Work-Life Balance aller Fachrichtungen findet sich im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzenden FRn (4,3), gefolgt von der Allgemeinmedizin (3,8), Schlusslicht bildet die Kinder- und Jugendmedizin (3,3; Abbildung 43). Erwartungsgemäß wiesen Teilzeitbeschäftigte eine höhere Work-Life Balance auf als Vollzeitbeschäftigte (3,8 vs. 3,3; t-

Test:  $p < 0.001$ ), hinsichtlich des Tätigkeitsortes ergaben sich keine Unterschiede (Einfache Varianzanalyse: n.s.).

Abbildung 43: Work-Life Balance in Abhängigkeit von der Fachrichtung (N=1399)



Ergebnis der einfachen Varianzanalyse (One-way Anova):  $p < 0.001$

Insgesamt nimmt die Work-Life Balance mit dem Alter zu, bei ambulant tätigen Medizinern lag sie höher als bei denen in der Klinik.

## 6.2. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

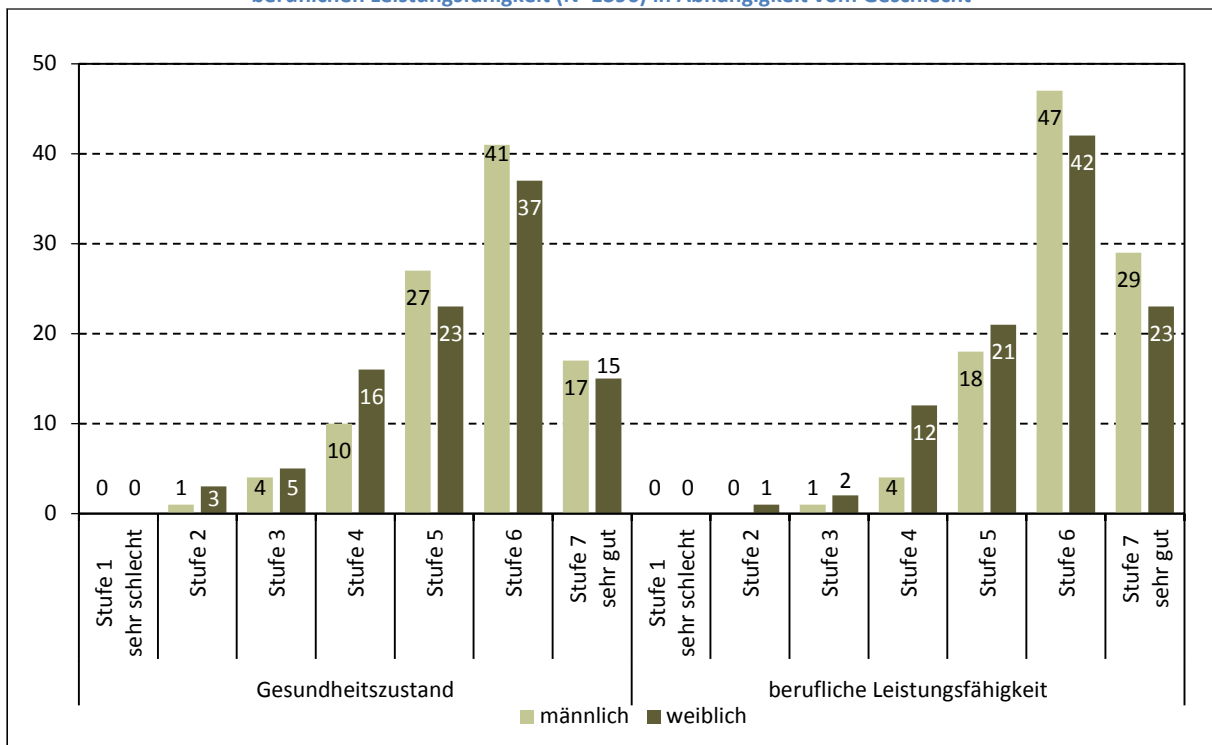
### 6.2.1. Allgemeine Gesundheit und Leistungsfähigkeit

Bei den Globalurteilen zu Gesundheitszustand und beruflicher Leistungsfähigkeit wurden die verschiedenen Items für die Analyse so aufbereitet, dass hohe Werte immer positive Urteile, d.h. gute Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit, bedeuten. Die Antwortmöglichkeiten liegen theoretisch zwischen 1 und 7.

Die sächsischen Ärzte weisen unabhängig von Geschlecht, Tätigkeitsbereich und Fachgruppe eine konstant hohe Gesundheit und Leistungsfähigkeit auf, der Median liegt in allen Gruppen bei „6“. Zugewinne gab es hier seit der Ersterhebung lediglich beim Gesundheitszustand bei ambulant tätigen Befragten, in der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendmedizin und der diagnostischen FR.

Bei der Bewertung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit ergeben sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Abbildung 44). Betrachtet man nur die Zustimmung (Antwortkategorien 5-7), so liegen Ärzte sowohl bei der subjektiven Gesundheit (84,8% vs. 75,7%) als auch bei der Leistungsfähigkeit (94,5% vs. 84,7%) signifikant vor ihren Kolleginnen (Beide: Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ). Im Vergleich zur Ersterhebung gibt es bei den Männern eine signifikante Zunahme hinsichtlich subjektiver Gesundheit und Leistungsfähigkeit (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ), bei den Frauen existiert hier keine signifikante Veränderung.

Abbildung 44: Häufigkeiten [%] zur subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes (N=1400) sowie der beruflichen Leistungsfähigkeit (N=1396) in Abhängigkeit vom Geschlecht



Vergleicht man ambulant und stationär tätige Mediziner, so ergibt sich kein signifikanter Unterschied mit Hinblick auf den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand (Klinik: 78,7%, Praxis: 79,3%, Chi-Quadrat-Test: n.s.), allerdings liegen stationär tätige Ärzte vor ihren ambulanten Kollegen, was die subjektive Leistungsfähigkeit angeht (Klinik: 90,8%, Praxis: 86,8%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ; Abbildung 45). Insgesamt haben sich ambulant und stationär tätige Kollegen mit ihren Werten seit der Ersterhebung aneinander angenähert, was v.a. auf Zuwächse bei den in Praxen tätigen Ärzten zurückzuführen ist (2007, Praxis: Gesundheit: 71,6%, Leistungsfähigkeit: 82,5%).

Betrachtet man nur die Zustimmung (Stufen 5-7), so liegen bei der subjektiven Gesundheit Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn (88,0%) und Innere Medizin (83,4%) auf den ersten Plätzen und die organbezogene FR (79,7%) auf dem letzten, die Unterschiede sind insgesamt allerdings gering (Abbildung 46). Bei der Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit liegen die Fachrichtungen nahe beieinander, so teilen sich Innere Medizin und die chirurgische FR den ersten Platz (90,8%) während Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn den letzten Platz belegt (82,0%). Wie bereits 2007, übersteigt die Zustimmung bei der Leistungsfähigkeit die bei der Gesundheit.

Abbildung 45: Häufigkeiten [%] zur subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes (N=1173) sowie der beruflichen Leistungsfähigkeit (N=1170) in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich

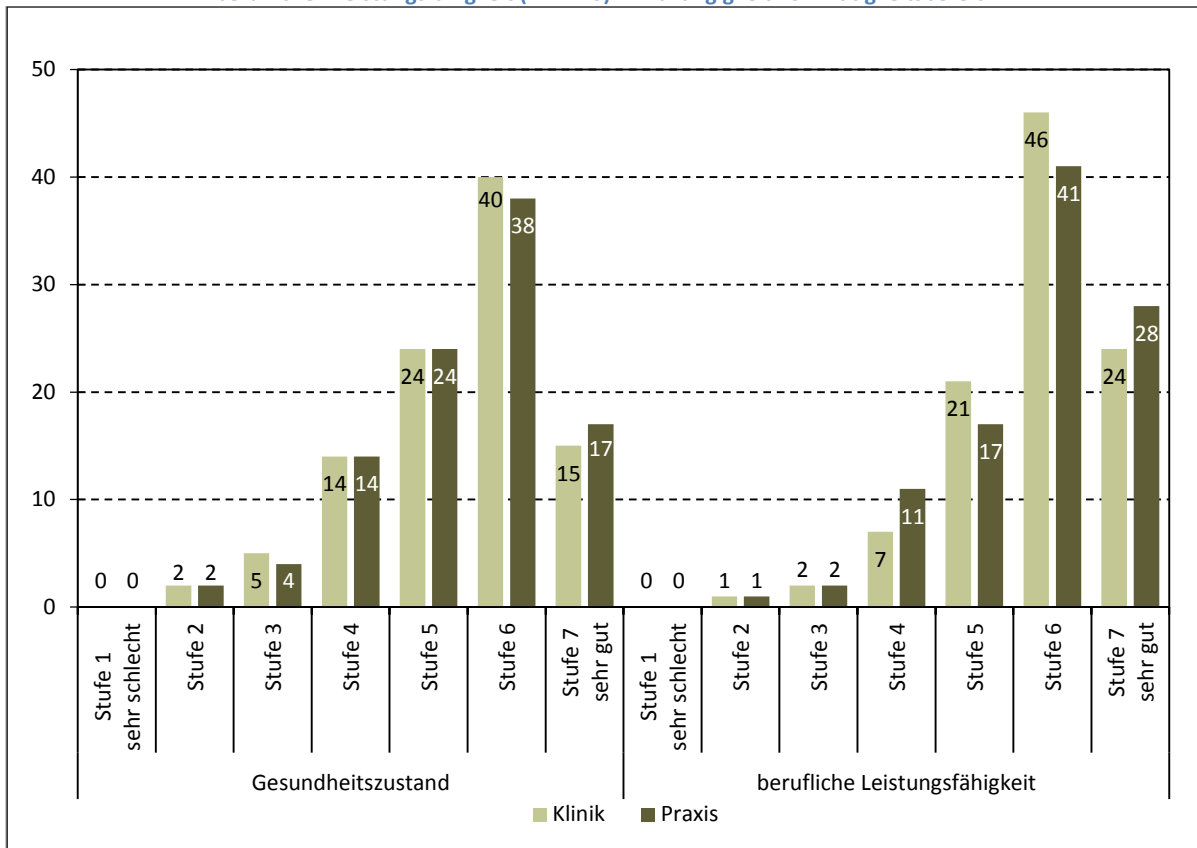


Abbildung 46a: Häufigkeitsverteilung [%] zur subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes (N=1400) in Abhängigkeit von der Fachgruppe

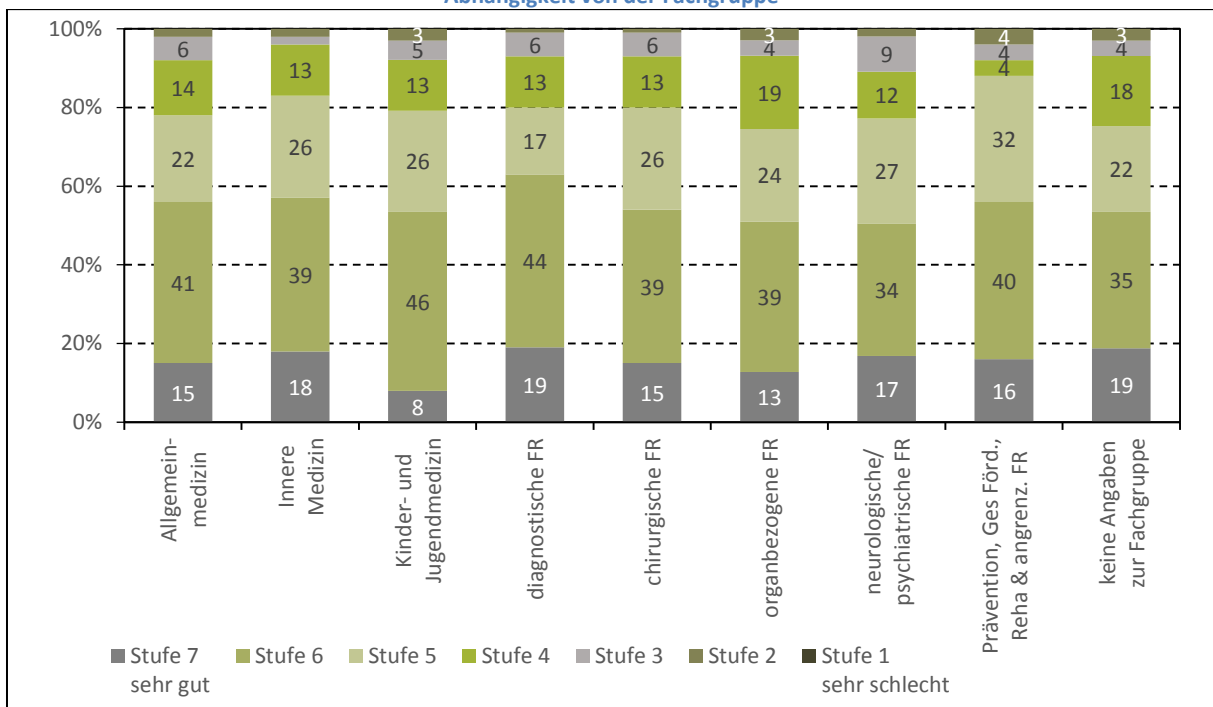
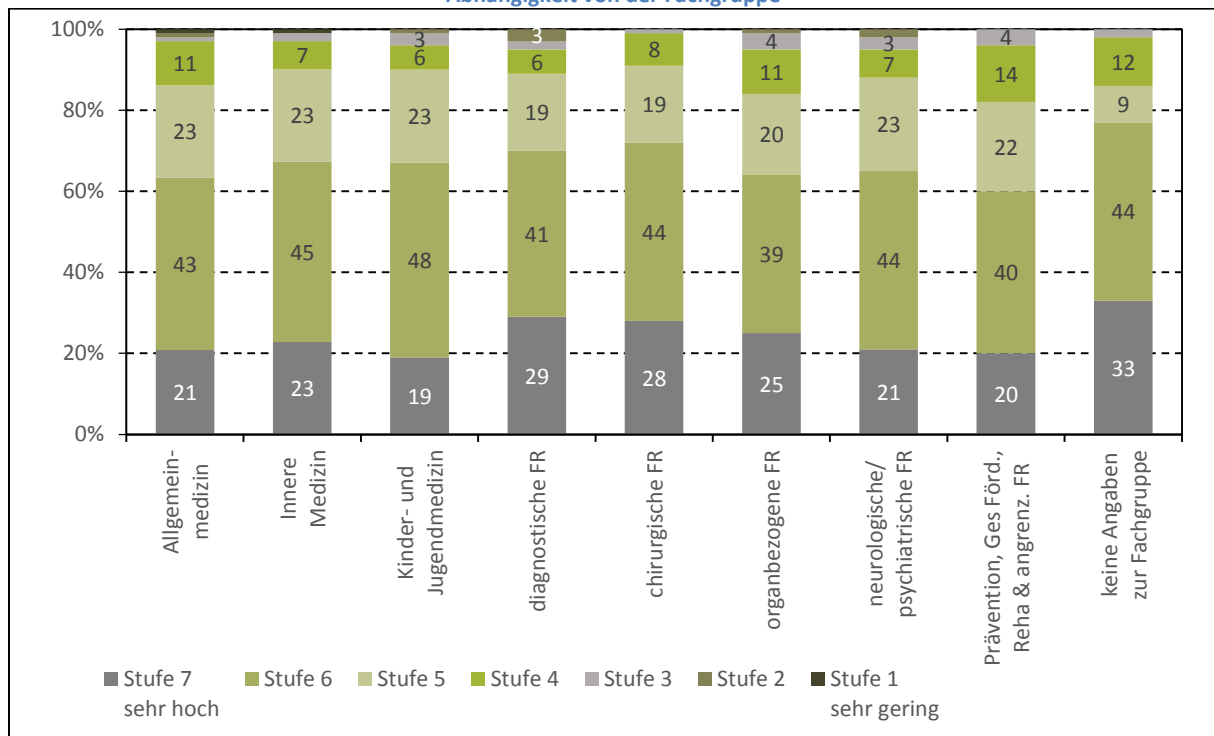




Abbildung 46b: Häufigkeitsverteilung [%] zur subjektiven Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit (N=1396) in Abhängigkeit von der Fachgruppe



Die sächsische Ärzteschaft weist insgesamt sowohl einen guten subjektiven Gesundheitszustand als auch eine hohe Leistungsfähigkeit auf. Ärzte liegen in beiden Bereichen nicht nur vor ihren weiblichen Kolleginnen, sondern auch vor ihren männlichen Kollegen aus der Ersterhebung und stationär tätige Mediziner vor ambulant tätigen Kollegen.

## 6.2.2. Lebensgewohnheiten, Gesundheits- und Risikoverhalten

### Körpergewicht und Body-Mass-Index (BMI)

Als wesentlicher Aspekt der Gesundheit wurde der BMI auf Basis von Körpergröße und -gewicht berechnet, ein weit verbreitetes Maß zur Bewertung des individuellen Gewichts im Verhältnis zu populationsspezifischen Normen (Must und Anderson 2006). Wie bereits bei der Ersterhebung nutzen wir etablierte Grenzwerte zur Kategorisierung der gemessenen BMI-Werte (Hauer et al. 2007; WHO 2000). 61,8% der befragten Ärzte befinden sich im Bereich des Normalgewichts, 28,8% sind übergewichtig, 7,6% adipös und 1,7% untergewichtig. Die Anteile in den verschiedenen Gewichtskategorien haben sich damit seit 2007 nicht signifikant verändert (Chi-Quadrat-Test: n.s.). Ähnlich wie bereits bei der Ersterhebung nimmt bei den Männern der Anteil der Normalgewichtigen im Altersverlauf ab (unter 30: 65,2%, über 60: 24,2%) und es kommt zu entsprechenden Zunahmen bei Übergewicht und Adipositas (Abbildung 47). Die Verschiebung weg vom Normgewicht und hin zu Übergewicht/ Adipositas mit zunehmenden Alter findet sich auch bei den Frauen, allerdings ist hier der Anteil an Normalgewichtigen zu allen Zeitpunkten deutlich höher (unter 30: 84,7%, über 60: 58,8%), zudem weisen junge Ärztinnen unter 30 (3,1 %, 2007: 6%) und zwischen 31 und 40 (3,7%, 2007: 6%) den höchsten Anteil an Untergewichtigen auf. In Tabelle 23 finden sich die mittleren BMI-Werten über die Altersgruppen.

Abbildung 47: Klassifikation des Körpergewichtes anhand des BMI in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1394); Häufigkeiten [%]

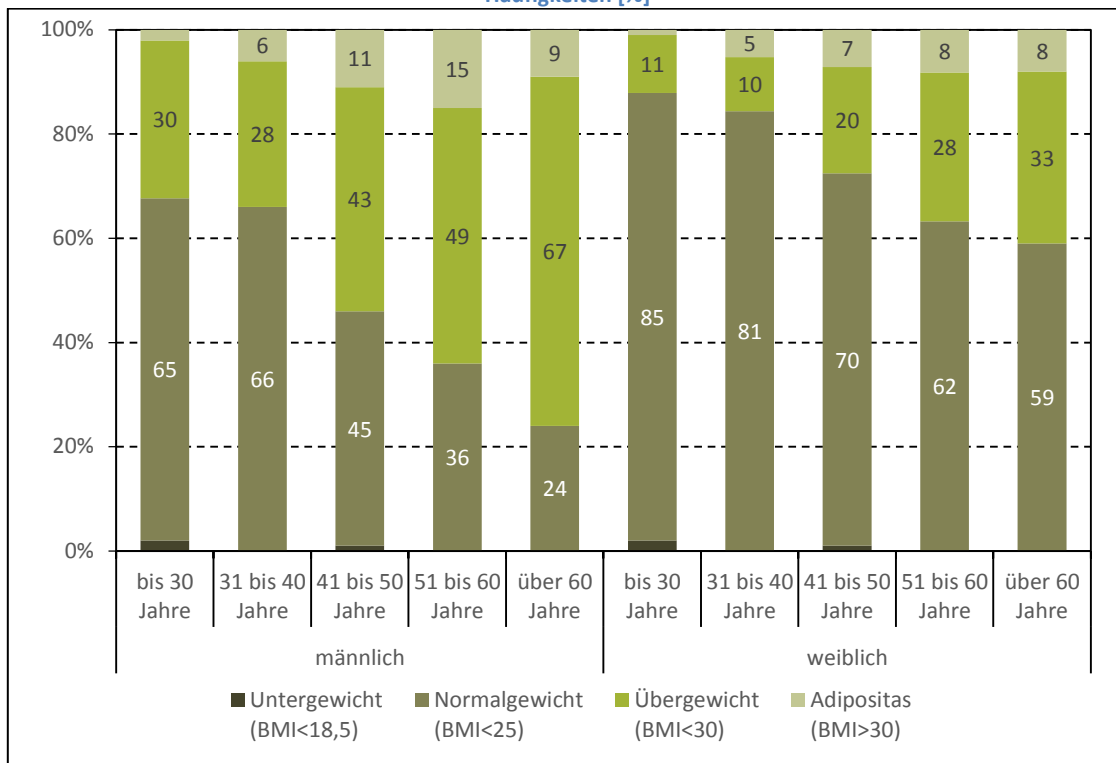
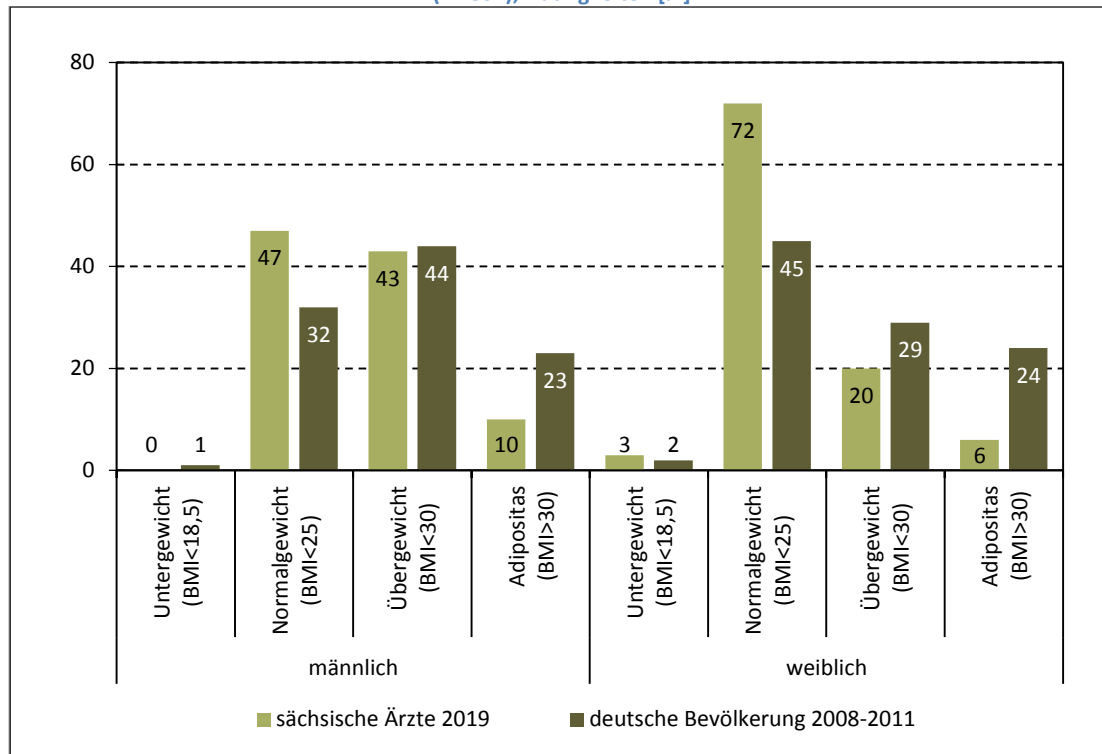


Tabelle 23: Mittlerer BMI in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht

Alter		männlich	weiblich	Gesamt (N=1394)
bis 30 Jahre	MW ± SD	23,8 ± 3,2	22,1 ± 2,9	22,6 ± 3,1
31 bis 40 Jahre	MW ± SD	24,6 ± 3,0	22,7 ± 3,9	23,5 ± 3,7
41 bis 50 Jahre	MW ± SD	25,9 ± 3,8	23,8 ± 4,3	24,7 ± 4,2
51 bis 60 Jahre	MW ± SD	26,5 ± 4,6	24,5 ± 3,7	25,3 ± 4,2
über 60 Jahre	MW ± SD	26,5 ± 2,9	24,4 ± 3,8	25,3 ± 3,6
Gesamt	MW ± SD	25,6 ± 3,8	23,5 ± 3,9	24,4 ± 4,0

Vergleicht man die BMI-Werte der sächsischen Ärzteschaft mit den Werten der repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1, Mensink et al. 2013), so ergeben sich einige deutliche Unterschiede (Abbildung 48). Sächsische Ärzte beider Geschlechter sind häufiger in der Kategorie „Normalgewicht“ und seltener in der Kategorie „Adipositas“ vertreten. Der Abstand zur Gesamtbevölkerung ist bei den Ärztinnen jeweils noch größer als bei ihren männlichen Kollegen, zudem sind Ärztinnen auch seltener übergewichtig als Frauen in der Gesamtbevölkerung.

Abbildung 48: BMI-Werte im Vergleich: Sächsische Ärzte (N=1394) und eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe (DEGS1); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$  (zwischen Ärzten und Ärztinnen); Repräsentative Vergleichsstichprobe: „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1), N=7116, Erhebungszeitraum 2008-2011 (Mensink et al. 2013)

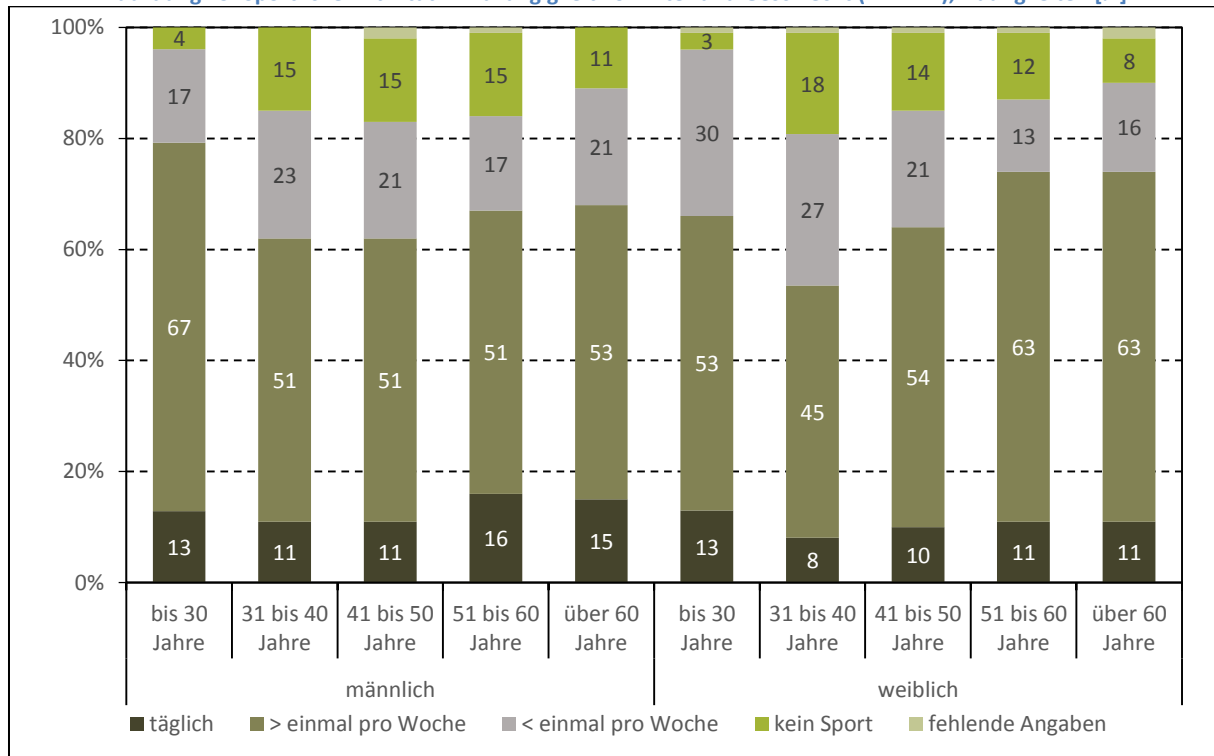
Mit Hinblick auf Gewicht und Übergewicht weist die sächsische Ärzteschaft, insbesondere die Ärztinnen, auch 2019, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wieder günstigere Werte auf.

### Sportliche Aktivitäten

Neben der Ernährung spielt v.a. die sportliche Betätigung eine wichtige Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. 65,2% der sächsischen Ärzteschaft gaben an, mindestens einmal pro Woche Sport zu machen (2007: 59,4%), 20,6% weniger als einmal pro Woche (2007: 18,1%) und 13,1% gaben an überhaupt keinen Sport zu machen (2007: 19,9%). Insgesamt ist die sächsische Ärzteschaft damit nicht nur seit der letzten Erhebung deutlich aktiver geworden sondern ist auch sportlicher als die deutsche Gesamtbevölkerung, bei der immerhin mehr als ein Drittel angibt, in den letzten drei Monaten keinen Sport gemacht zu haben (36,4%, Robert Koch-Institut 2010)

Betrachtet man die sportliche Betätigung in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (Abbildung 49), so findet sich der niedrigste Anteil an Nichtsportlern bei beiden Geschlechtern unter den unter Dreißigjährigen (Männer: 4,2%, Frauen: 3,0%), jeweils gefolgt von der höchsten Altersgruppe der über Sechzigjährigen (Männer: 10,6%, Frauen: 8,4%). Hier ergibt sich ein interessanter Unterschied zur Ersterhebung. Damals waren die über Sechzigjährigen – Männer (30%) wie Frauen (39%) – die Gruppe mit der höchsten Ablehnung sportlicher Betätigung. Offenbar spiegelt sich hier ein allgemeiner Trend zu aktivem Altern wider. Betrachtet man Personen, die mehr als einmal pro Woche Sport treiben, so fällt auf, dass Ärzte hier bis in ihre Dreißiger und Ärztinnen dann ab 50 vorne liegen.

Abbildung 49: Sportliche Aktivität in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1412); Häufigkeiten [%]



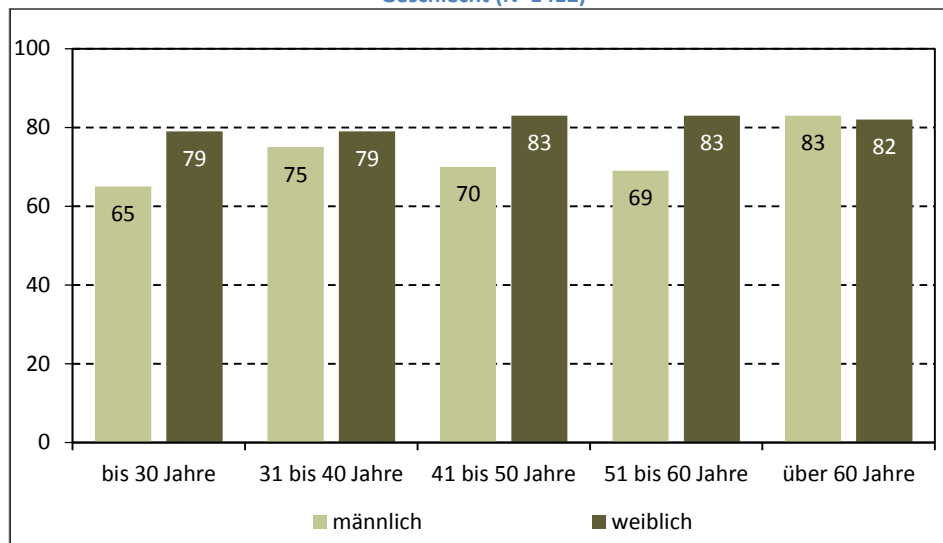
Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): Geschlecht: n.s./ Alter:  $p < 0.001$ .

### Subjektive Beurteilung des eigenen Ernährungsverhaltens

Nicht nur in Bezug auf die sportliche Betätigung, sondern auch mit Hinblick auf die gesunde Ernährung haben sich seit der letzten Befragung Verbesserungen ergeben, ein Geschlechtsunterschied besteht aber weiterhin (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ). So gaben 75,3% der Männer (2007: 68,3%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ) und 84,3% der Frauen (2007: 77,5%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ) an, sich gesund zu ernähren.

Auch 2019 ist bei den Männern die Altersgruppe über 60 Spitzenreiter bei der Zustimmung zur gesunden Ernährung (83%, 2007: 80%), am niedrigsten schätzt sich hier die Gruppe der unter Dreißigjährigen ein, wobei dies durchaus durch ein unterschiedlich striktes Verständnis von gesunder Ernährung bedingt sein könnte (Abbildung 50). Im Vergleich zu 2007 unterscheiden sich die Altersgruppen bei den Ärztinnen kaum, es ist lediglich eine leicht erhöhte Zustimmung zur gesunden Ernährung ab 40 zu beobachten.

Abbildung 50: Anteil [%] der Befragten, die ihre Ernährung als „gesund“ bezeichnen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1412)

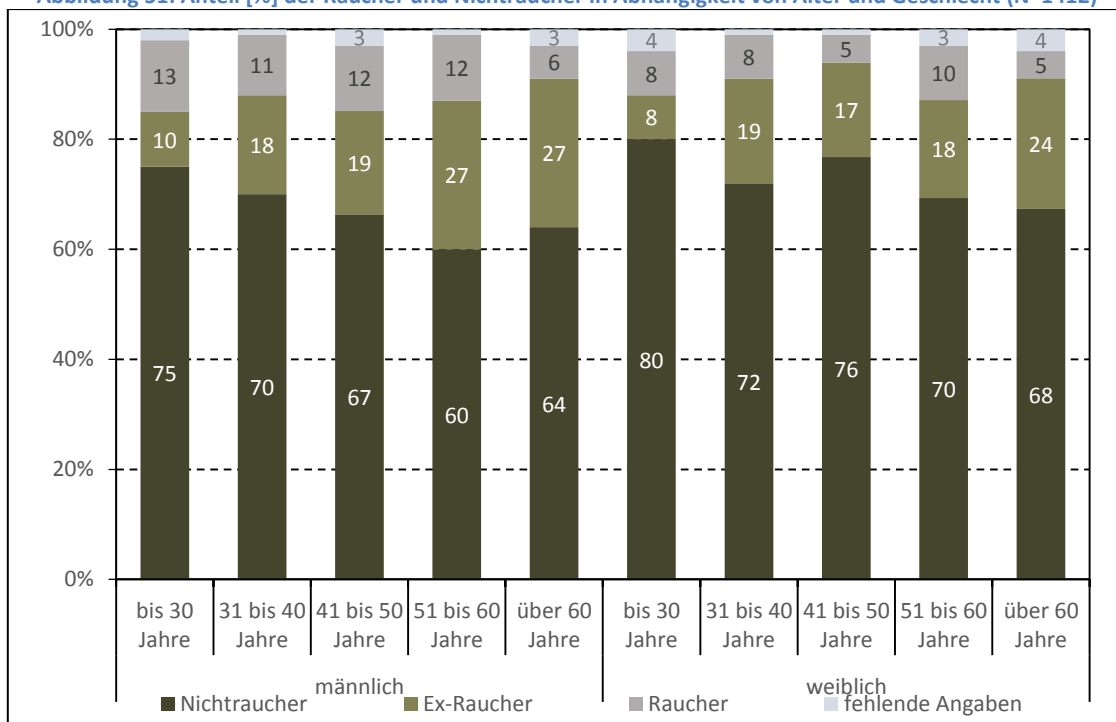


Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): Geschlecht:  $p < 0.001$  / Alter:  $n.s$

### Tabak- und Alkoholkonsum

Bei den Rauchern gab es seit der letzten Befragung einen deutlichen Rückgang. So bezeichnen sich 9,1% der Mediziner als Raucher (2007: 14,1%), 11,2% der Männer und 7,7% der Frauen. Bei den Männern findet sich der höchste Raucheranteil bei den unter Dreißigjährigen (12,5 %), der niedrigste bei denen über 60 (6,1%; Abbildung 51). Während bei den Frauen auch die über Sechzigjährigen den geringsten Raucheranteil aufweisen (4,8%), findet sich der höchste Anteil hier in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 (9,7 %). Bereits 2007 wies die Gruppe der über Sechzigjährigen den geringsten Anteil an Rauchern auf (2007: Männer: 11%, Frauen: 5%). Erwartungsgemäß nimmt der Anteil der Ex-Raucher mit dem Alter zu.

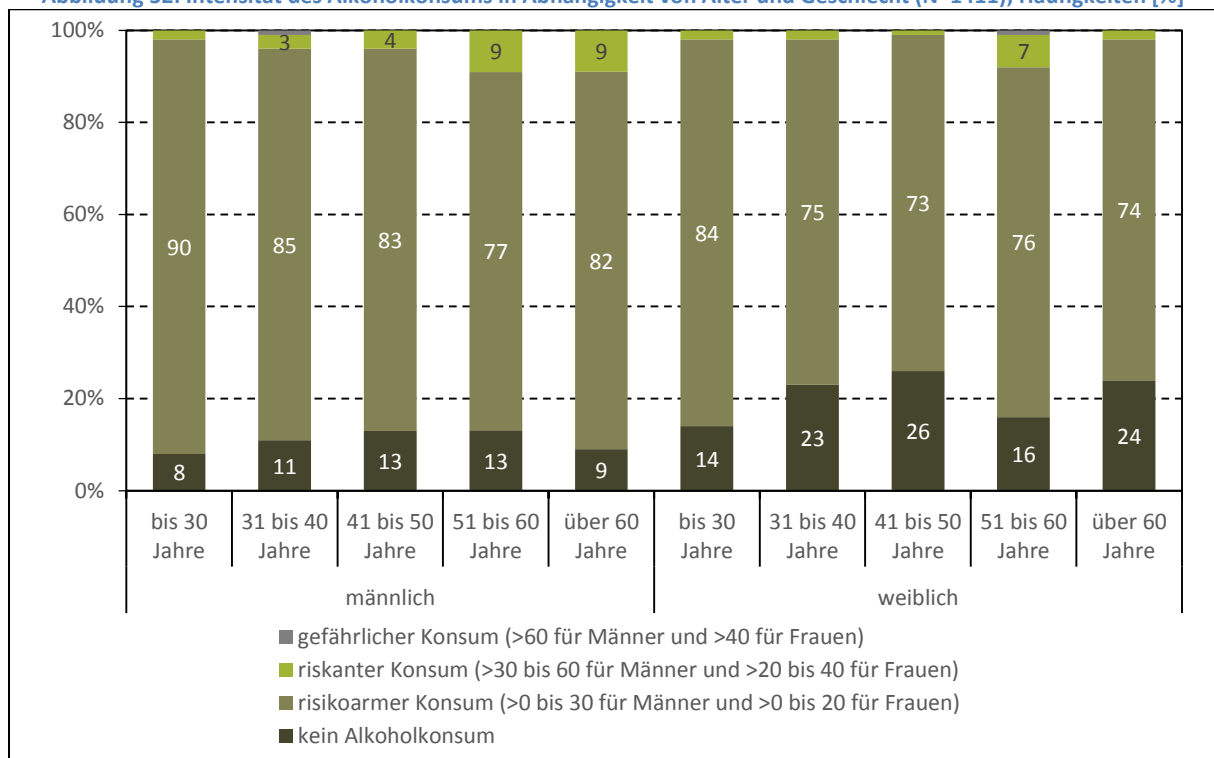
Abbildung 51: Anteil [%] der Raucher und Nichtraucher in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1412)



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): Geschlecht:  $p < 0.05$  / Alter:  $p < 0.01$

Betrachtet man den Alkoholkonsum, so fällt auf, dass die überwiegende Mehrheit der Ärzte (>90%) in allen Altersstufen entweder keinen Alkohol trinkt oder in den Bereich des risikoarmen Konsums fällt. Mit 94,4% bei den Männern und 96,4% bei den Frauen, liegen die Werte hier sogar noch signifikant über denen der Ersterhebung (2007: Männer: 90,2%, Frauen: 93,7%; beide Chi-Quadrat-Tests:  $p < 0.01$ ). Spitzenreiter beim risikoarmen bzw. nicht vorhandenen Konsum sind die unter Dreißigjährigen bei den Männern (97,9%) und Frauen in den Vierzigern (98,8%; Abbildung 52). Insgesamt liegen nur vier Personen im Bereich des gefährlichen Konsums, riskantes Konsumverhalten findet sich v.a. bei Ärzten ab 50 (9,1%) und bei Ärztinnen zwischen 51 und 60 (riskant/gefährlich: 8,1%).

Abbildung 52: Intensität des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1411); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): Geschlecht: n.s. / Alter:  $p < 0.001$

### 6.2.3 Vorliegende Beschwerden, Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit

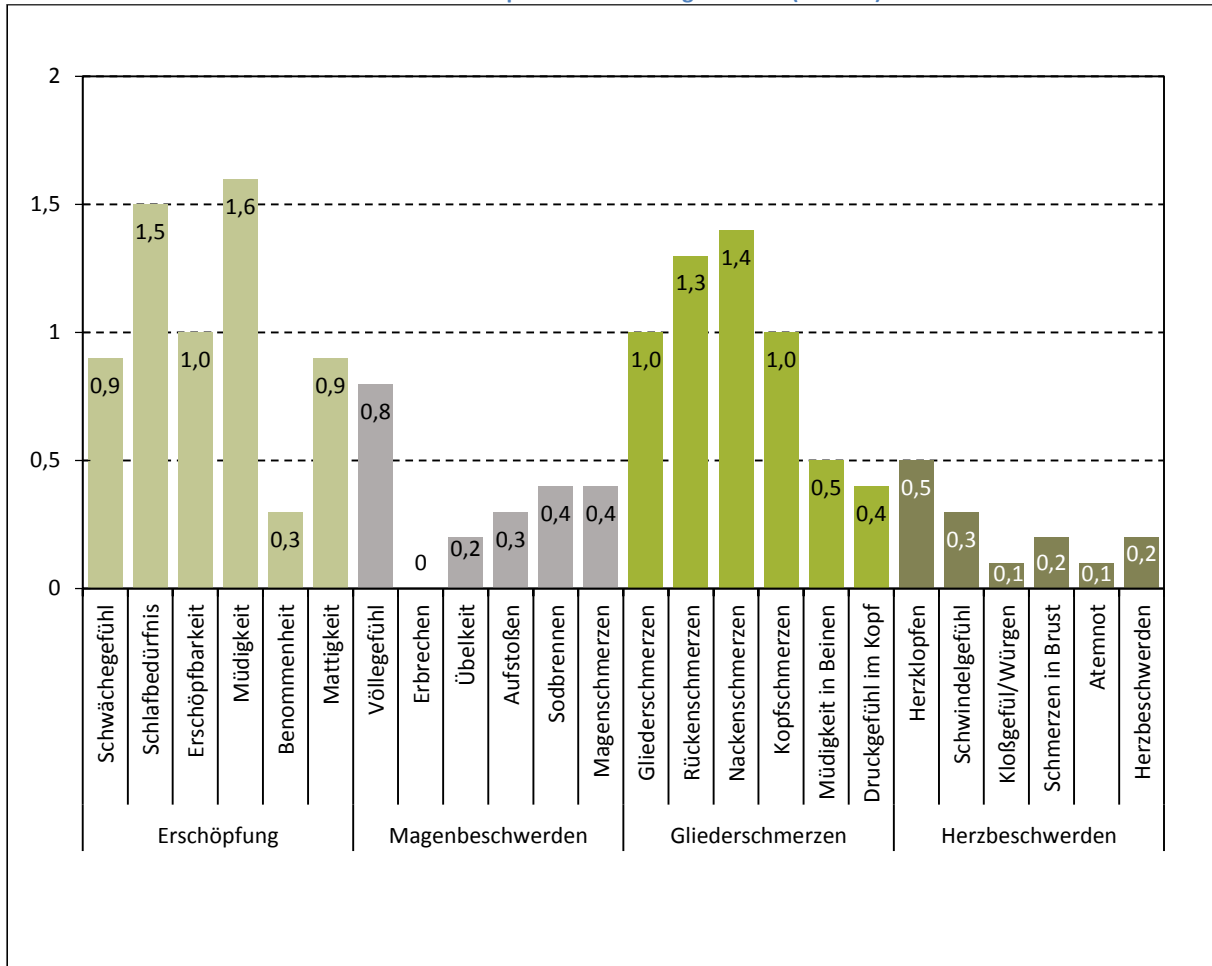
#### Aktuelle Beschwerden

Um Gesundheit und spezifische Beschwerden der Befragten zu erfassen, wurde die Kurzform des Gießener Beschwerdeboogens GBB-24 (Brähler und Scheer 1995) genutzt, welche psychosomatische Beschwerden in den Bereichen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden erfasst. Jede Skala fasst sechs Items mit Antwortmöglichkeiten von 0 bis 4, so dass die Skalenwerte theoretisch zwischen 0 (= keine Beschwerden) und 24 Punkten (= maximale Beschwerden) liegen. Durch die Addition der Skalen ergibt sich der allgemeine Beschwerdedruck mit Werten zwischen 0 und 96.

Bei den Beschwerden hat sich seit 2007 kaum etwas verändert. So ist nicht nur der Gesamtbescherdedruck fast identisch geblieben (15,3, 2007: 15,2) und die Erschöpfung weiterhin hoch (6,0, 2007: 5,9), auch mit Hinblick auf einzelne Beschwerde-Items hat sich kaum etwas

geändert: die höchsten Zustimmungswerte entfielen auf „Müdigkeit“ (1,6) und „Schlafbedürfnis“ (1,5) aus dem Bereich Erschöpfung, gefolgt von „Kreuz- oder Rückenschmerzen“ und „Nacken- oder Schulterschmerzen“ aus dem Bereich der Gliederschmerzen (Abbildung 53).

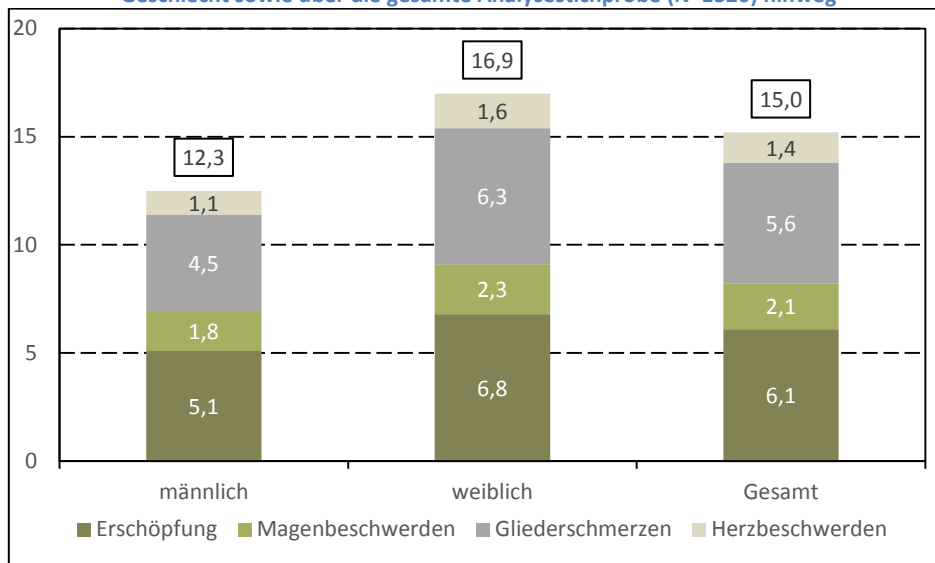
Abbildung 53: Mittlere Punktwerte für die Intensität von vorliegenden Einzelbeschwerden [0-4] des GBB-24 nach Beschwerdekomples für alle befragten Ärzte (N=1403)



Wie bereits 2007 weisen Frauen einen signifikant höheren Beschwerdedruck auf als ihre männlichen Kollegen (16,9 vs. 12,3; Abbildung 54). Waren sich die Geschlechter hinsichtlich Magenschmerzen in der Ersterhebung noch ähnlich, so weisen Frauen im Jahr 2019 signifikant höhere Werte auf als ihre männlichen Kollegen (2,3 vs. 1,8).

Während Ärzte sich hinsichtlich des Beschwerdedrucks nicht signifikant von der männlichen Allgemeinbevölkerung unterscheiden, liegen die Ärztinnen hier über dem Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung in Deutschland (Brähler et al. 2000; t-Test, Signifikanz zweiseitig:  $p < 0.01$ ).

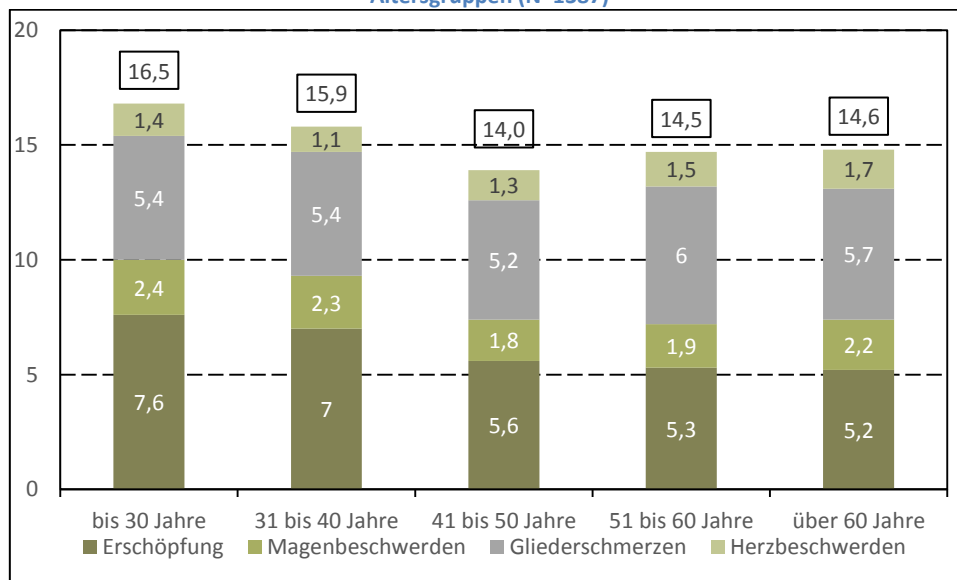
Abbildung 54: Mittlere Punktwerte (GBB-24) der Beschwerdekomplexe [0-24] und des Beschwerdedrucks [0-96] nach Geschlecht sowie über die gesamte Analyseschichprobe (N=1320) hinweg



Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig): Erschöpfung/ Gliederschmerzen/ Herzbeschwerden/ Beschwerdedruck:  $p < 0.001$ , Magenbeschwerden:  $p < 0.01$

Während der höchste Beschwerdedruck 2007 noch in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 angegeben wurde, liegen in der aktuellen Befragung die jüngeren Mediziner vorne, was in erster Linie auf die hohen Werte im Bereich der Erschöpfung zurückzuführen ist (Abbildung 55).

Abbildung 55: Mittlere Punktwerte (GBB-24) der Beschwerdekomplexe [0-24] und des Beschwerdedrucks [0-96] nach Altersgruppen (N=1387)

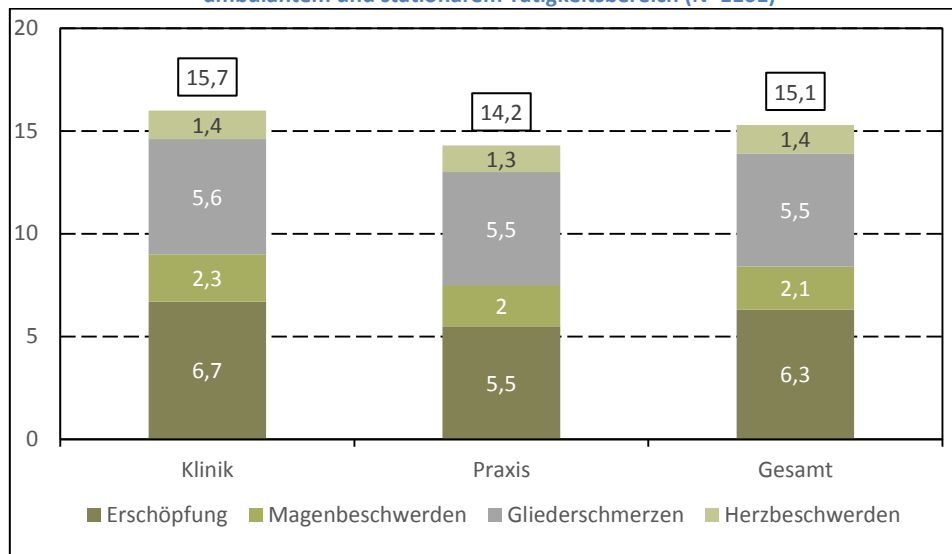


Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben: Erschöpfung:  $p < 0.001$ / Magenschmerzen:  $p < 0.05$ / Gliederschmerzen: n.s./ Herzbeschwerden:  $p < 0.01$ / Beschwerdedruck:  $p < 0.05$

Lagen Mediziner in Kliniken und Praxen bei der Ersterhebung mit Hinblick auf den Beschwerdedruck noch nahe beieinander, so hat sich die Situation inzwischen zu Ungunsten der stationär tätigen Mediziner verschoben (Klinik: 15,7, Praxis: 14,2). Der signifikante Unterschied zwischen beiden Gruppen ist dabei v.a. auf die höheren Erschöpfungswerte der stationär tätigen Ärzte zurückzuführen (6,7 vs. 5,5; Abbildung 56).



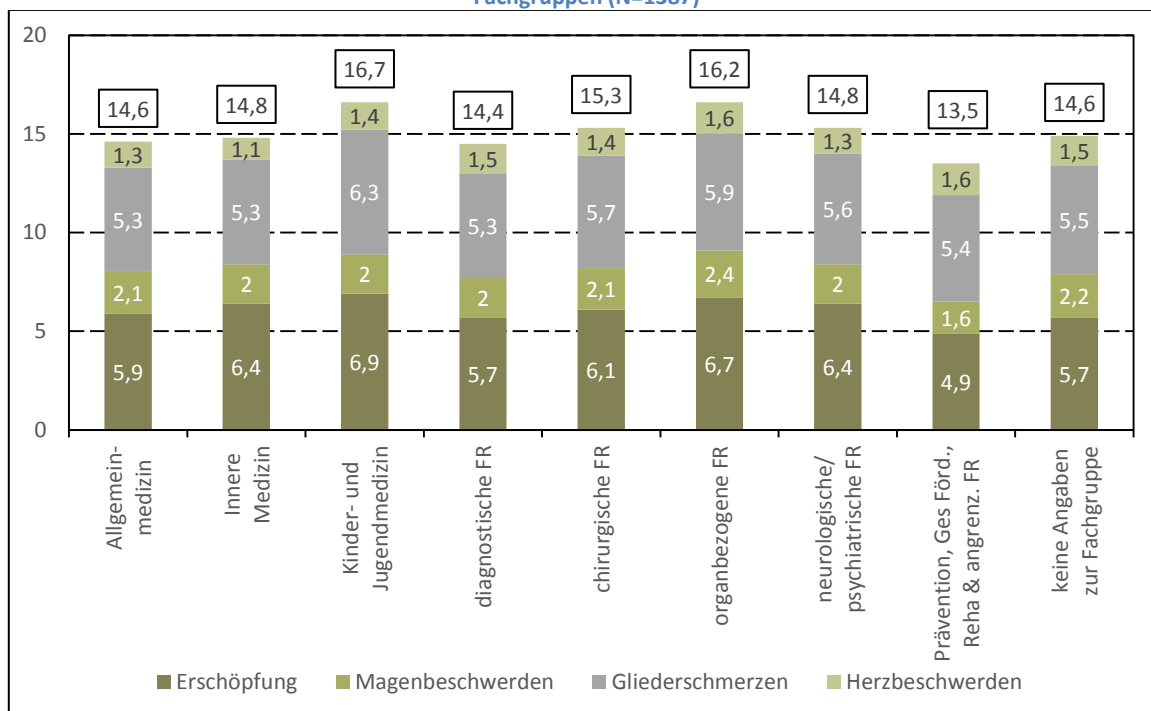
Abbildung 56: Mittlere Punktwerte (GBB-24) der Beschwerdekomplexe [0-24] und des Beschwerdedrucks [0-96] nach ambulantem und stationärem Tätigkeitsbereich (N=1161)



Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig): Erschöpfung:  $p < 0.001$  / Gliederschmerzen/ Herzbeschwerden/ Magenbeschwerden: n.s./ Beschwerdedruck:  $p < 0.05$

Innerhalb der Fachgruppen findet sich der höchste Beschwerdedruck im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin (16,7), gefolgt von der organbezogenen FR (16,2), welche bei der Ersterhebung das Feld anführte (Abbildung 57). Den geringsten Beschwerdedruck weist der Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn auf (13,5). Der Hauptteil des Beschwerdedrucks resultiert fachgruppenübergreifend aus den Bereichen Erschöpfung und Gliederschmerzen.

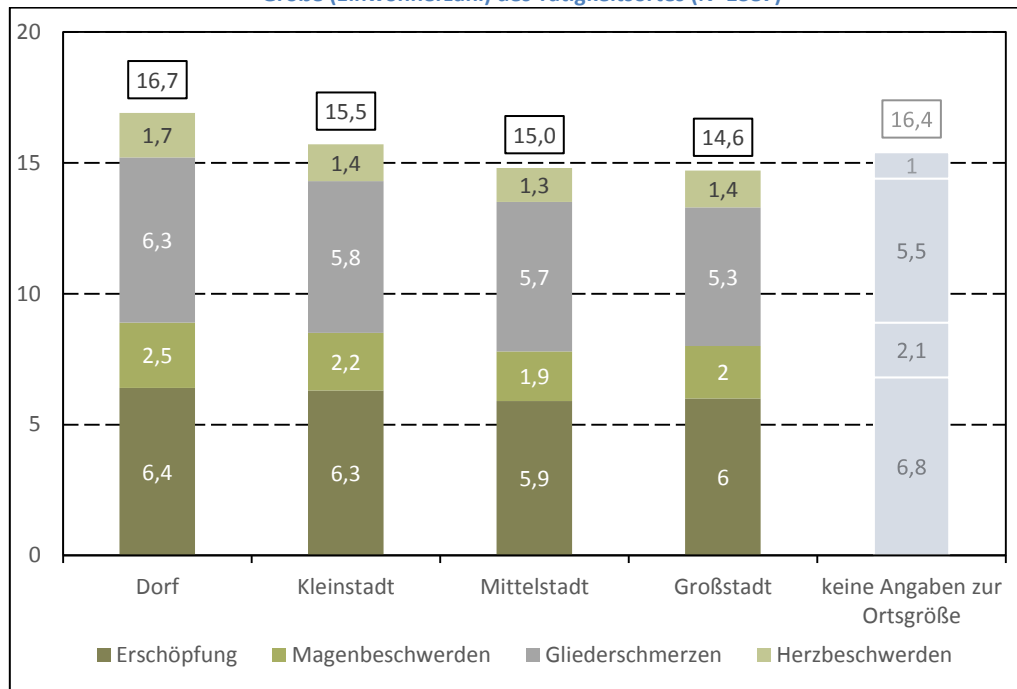
Abbildung 57: Mittlere Punktwerte (GBB-24) der Beschwerdekomplexe [0-24] und des Beschwerdedrucks [0-96] nach Fachgruppen (N=1387)



Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben: Erschöpfung/ Gliederschmerzen/ Herzbeschwerden/ Beschwerdedruck: n.s./ Magenbeschwerden:  $p < 0.05$

Wie bereits 2007 zeigt sich der höchste Beschwerdedruck in der Tendenz bei Ärzten, welche auf dem Dorf/ in einer Landstadt leben, ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Wohnort und Beschwerden ergibt sich aber nur bei den Gliederschmerzen, wo ebenfalls Mediziner auf dem Dorf an erster und die in der Großstadt an letzter Stelle liegen (6,3 vs. 5,3; Abbildung 58).

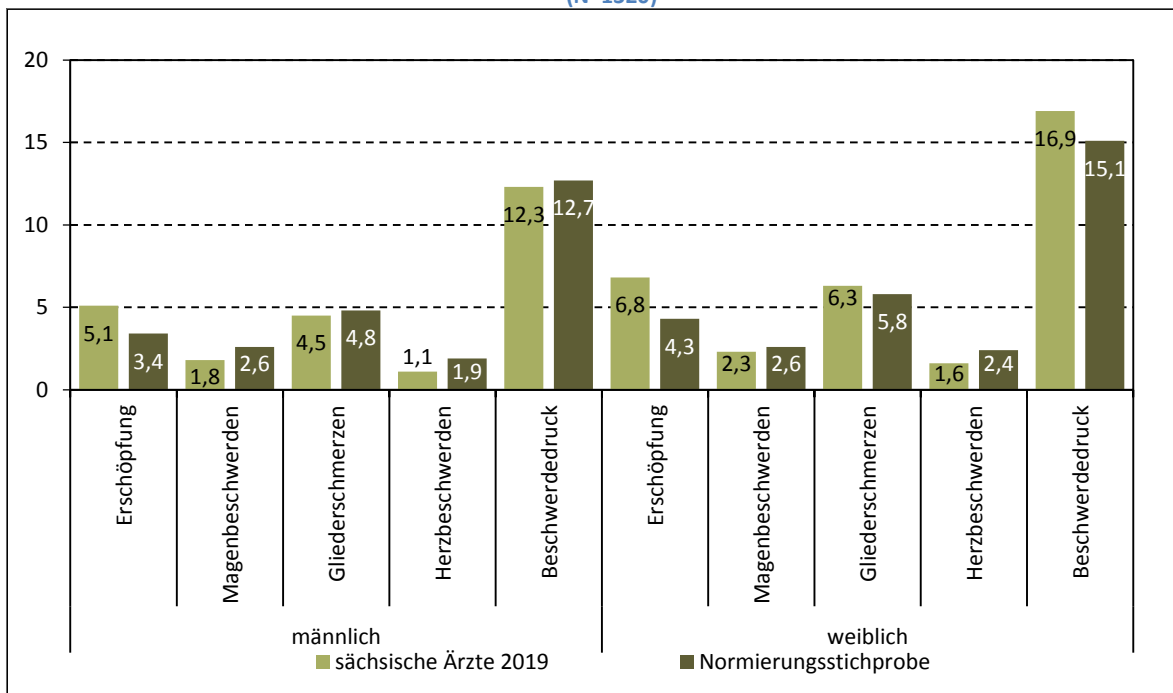
Abbildung 58: Mittlere Punktwerte (GBB-24) der Beschwerdekomplexe [0-24] und des Beschwerdedrucks [0-96] nach Größe (Einwohnerzahl) des Tätigkeitsortes (N=1387)



Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben: Erschöpfung/ Magenbeschwerden/ Herzbeschwerden/ Beschwerdedruck: n.s./ Gliederschmerzen:  $p < 0.05$

Im Vergleich zur Normierungsstichprobe (Brähler et al. 2000) zeigen sowohl Ärzte als auch Ärztinnen eine deutlich erhöhte Erschöpfung, während sie in allen anderen Bereichen – und insbesondere bei Herzbeschwerden – unter den Werten der Gesamtbevölkerung liegen (Abbildung 59).

Abbildung 59: Mittlere Punktwerte (GBB-24) für die Beschwerdekompexe [0-24] und den Beschwerdedruck [0-96] in Abhängigkeit vom Geschlecht für die gesamtdeutsche Normierungsstichprobe (N=2177) und die befragten Ärzte (N=1320)



Normierungsstichprobe: (Brähler et al. 2000)

Insgesamt zeigen die sächsischen Ärztinnen, wie bereits 2007, im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen einen erhöhten Beschwerdedruck, anders als bei der Ersterhebung wiesen stationär tätige Mediziner hier ungünstigere Werte auf als ihre ambulanten Kollegen. Von besonderer Bedeutung sind auch 2019 wieder Beschwerden im Zusammenhang mit Erschöpfung, welche bei der sächsischen Ärzteschaft deutlich präsenter sind als in der Allgemeinbevölkerung.

### Vorliegende Erkrankungen und damit verbundene Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit

Vorliegende Erkrankungen können sich direkt auf die Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität auswirken, ihnen kommt deshalb ein zentraler Stellenwert in dieser Erhebung zu. Um mögliche Erkrankungen und deren potentielle Auswirkungen optimal zu erfassen und die Ergebnisse mit denen aus der Ersterhebung vergleichen zu können, wurde auch 2019 wieder auf eine Itemliste zurückgegriffen, welche auf dem Work Ability Index (WAI nach Tuomi et al. 1998) basiert, anders als dieser aber auch die eventuelle Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erfragt.

Betrachtet man die bei der Ärzteschaft vorliegenden Erkrankungen, so zeigt sich, dass sich hier grundlegend wenig verändert hat. Immer noch werden Erkrankungen zwar häufig angegeben, aber diese nur selten als beeinträchtigend empfunden (Tabelle 24; Abbildung 60). Weiterhin befinden sich bei den vorliegenden Krankheiten Erkrankungen des Bewegungsapparates auf Platz eins (40,7%), gefolgt von sonstigen Allergien (29,3%). Auch mit Hinblick auf Beeinträchtigungen liegt der Bewegungsapparat wieder vorne (11,4%), gefolgt von psychischen Erkrankungen (9,1%).

Bei den vorliegenden Erkrankungen gab es seit 2007 eine Zunahme bei sonstigen Allergien sowie eine deutliche Zunahme bei Hormon-/Stoffwechselerkrankungen ( $p < 0.001$ ). Mit Hinblick auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gab es eine Zunahme bei Hautkrankheiten und eine Abnahme bei Herz- und Kreislauferkrankungen. Die Beeinträchtigung durch psychische Erkrankungen stieg von 6,8% (2007) auf 9,1%.

Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede mit Hinblick auf den Bewegungsapparat, psychische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen und Magen-Darm-Erkrankungen (Abbildung 61). In allen Bereichen ist der Anteil vorliegender und beeinträchtigender Erkrankungen bei Frauen höher, besonders auffällig bei den psychischen Erkrankungen (Beeinträchtigung: 5,9% vs. 11,3%) und bei Magen-Darm-Erkrankungen (Beeinträchtigung: 1,1% vs. 3,6%).

**Tabelle 24: Anteile von vorliegenden Beschwerden sowie von Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (N=1398)**

Krankheiten/ Beschwerden		nur vorliegend		Rangplatz „nur vorliegend“	vorliegend + beeinträchtigend		Rangplatz „beeinträchtigend“
<b>Unfallverletzung</b>	Anteil (%)	207	(14,8)	5	30	(2,2)	
<b>Ek. d. Bewegungsapparates</b>	Anteil (%)	567	(40,7)	1	159	(11,4)	1
<b>Herz-Kreislauf-Ek.</b>	Anteil (%)	231	(16,5)	4	21	(1,5)	
<b>Atemwegs-Ek.</b>	Anteil (%)	146	(10,4)		18	(1,3)	
<b>Hautkrankheiten</b>	Anteil (%)	245	(17,6)	3	33	(2,4)	
<b>sonstige Allergien</b>	Anteil (%)	408	(29,3)	2	43	(3,1)	4
<b>psychische Ek.</b>	Anteil (%)	196	(14,1)		127	(9,1)	2
<b>neurolog. &amp; sensorische Ek.</b>	Anteil (%)	91	(6,5)		68	(4,9)	3
<b>Ek. d. Magen-Darm-Traktes/Verdauungssystem</b>	Anteil (%)	181	(13,0)		36	(2,6)	5
<b>Geschlechts-/ Harnwegs-Ek.</b>	Anteil (%)	69	(4,9)		13	(0,9)	
<b>Tumore</b>	Anteil (%)	19	(1,4)		11	(0,8)	
<b>Hormon-/Stoffwechsel-Ek.</b>	Anteil (%)	202	(14,5)		10	(0,7)	
<b>Blutkrankheiten</b>	Anteil (%)	31	(2,2)		6	(0,4)	
<b>Sucht</b>	Anteil (%)	16	(1,1)		1	(0,1)	

Abbildung 60: Häufigste vorliegende Beschwerden/Erkrankungen und durch diese hervorgerufene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (N= 1395) auf Basis von Selbsteinschätzungen; Häufigkeiten [%]

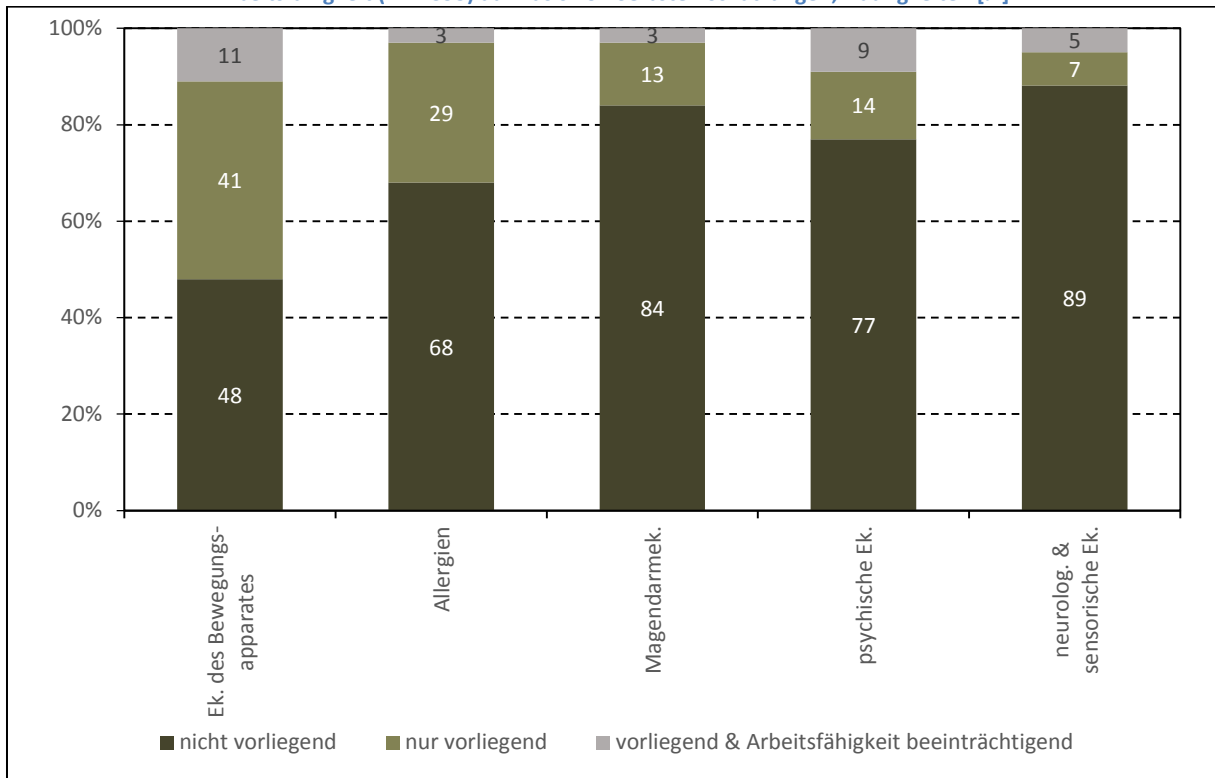
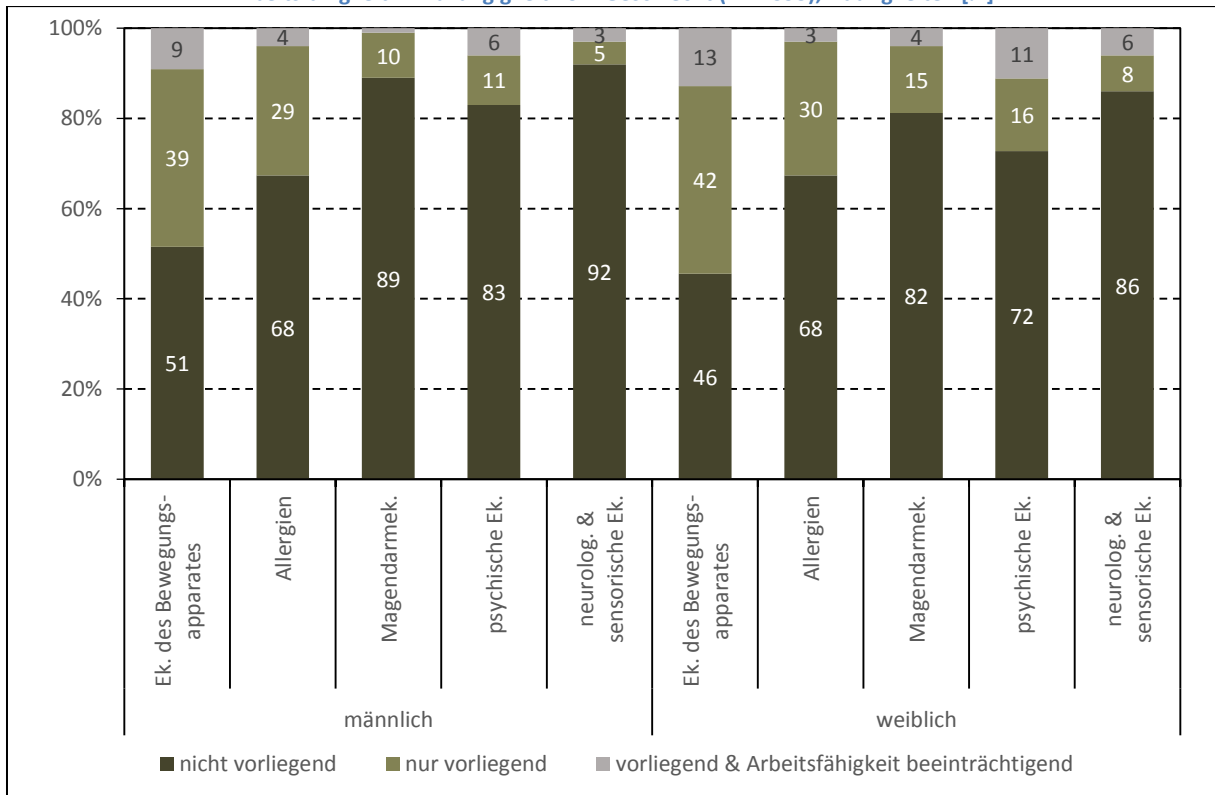


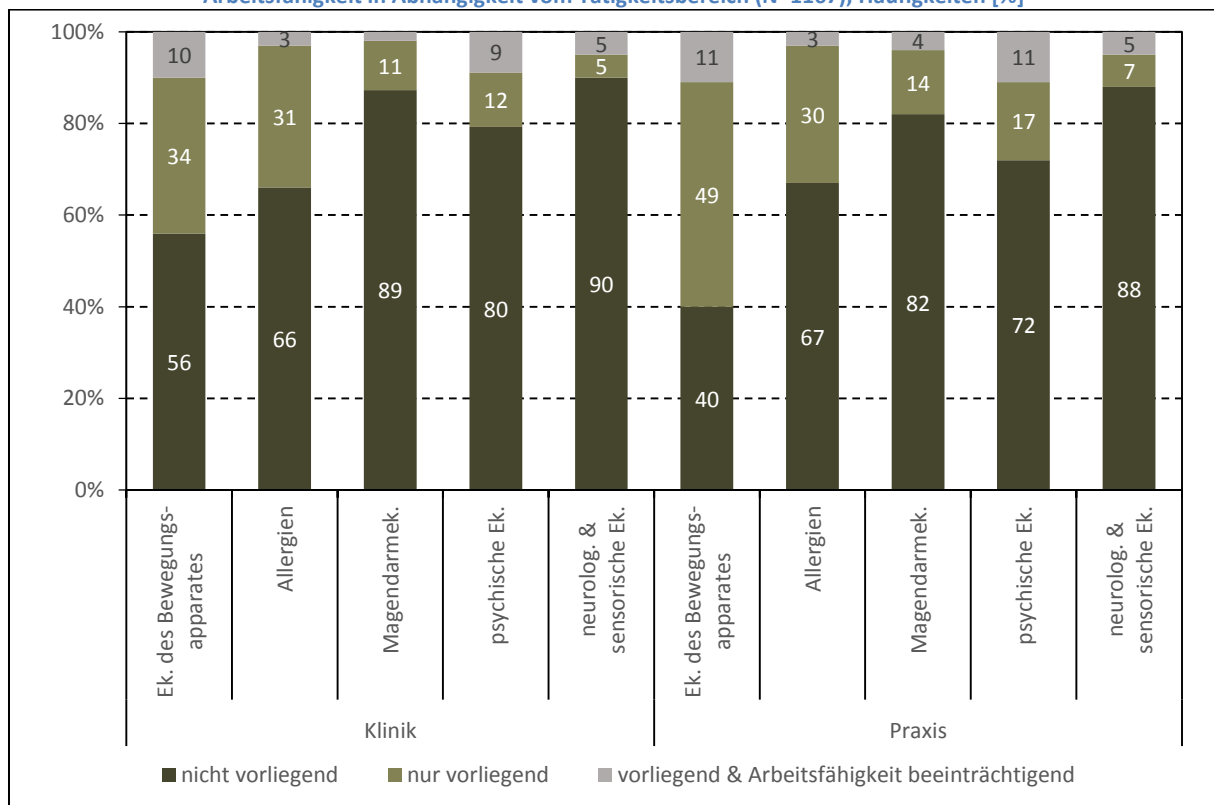
Abbildung 61: Häufigste vorliegende Beschwerden/Erkrankungen und durch diese hervorgerufene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht (N= 1395); Häufigkeiten [%]



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Erkrankungen des Bewegungsapparates:  $p < 0.05$ / psychische Erkrankungen:  $p < 0.001$ / neurologische und sensorische Erkrankungen:  $p < 0.01$ / sonstige Allergien: n.s./ Magen-Darm Erkrankungen:  $p < 0.001$ .

Bei ambulant tätigen Ärzten liegen im Vergleich zu ihren stationär tätigen Kollegen häufiger Erkrankungen des Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen und Magen-Darm-Erkrankungen vor (Abbildung 62). Auch weisen ambulant tätige Mediziner tendenziell eher Beeinträchtigung durch diese Erkrankungen auf, allerdings sind die Unterschiede hier nicht signifikant. Bereits in der Ersterhebung lagen Ärzte in Praxen hinsichtlich des Vorliegens von Erkrankungen vor den Medizinern in Kliniken, damals gaben ambulant tätige Mediziner auch noch deutlich häufiger als ihre Kollegen Beeinträchtigungen durch Erkrankungen des Bewegungsapparates an. Der Unterschied zwischen den Tätigkeitsfeldern ist höchstwahrscheinlich auf den Altersunterschied zwischen den beiden Gruppen zurück zu führen.

**Abbildung 62: Häufigste vorliegende Beschwerden/Erkrankungen und durch diese hervorgerufene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N=1167); Häufigkeiten [%]**



*Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Tätigkeitsfeldern: Erkrankungen des Bewegungsapparates:  $p < 0.001$  / psychische Erkrankungen:  $p < 0.05$  / neurologische und sensorische Erkrankungen: n.s. / sonstige Allergien: n.s. / Magen-Darm Erkrankungen:  $p < 0.05$ .*

Wie bereits 2007 liegen die Erkrankungen des Bewegungsapparates sowohl in Bezug auf ihr Vorliegen als auch mit Hinblick auf die damit assoziierten Beeinträchtigungen auf dem ersten Platz. Außerdem kam es zu einer deutlichen Zunahme der Hormon- und Stoffwechselerkrankungen und zu einem gestiegenen Anteil von Beeinträchtigungen durch psychische Erkrankungen, welcher auch insgesamt problematisch ist. Auffallend ist, dass der Anteil von Beeinträchtigungen teilweise deutlich unter dem Anteil vorliegender Erkrankungen liegt.

## 6.2.4. Aspekte psychischer Gesundheit

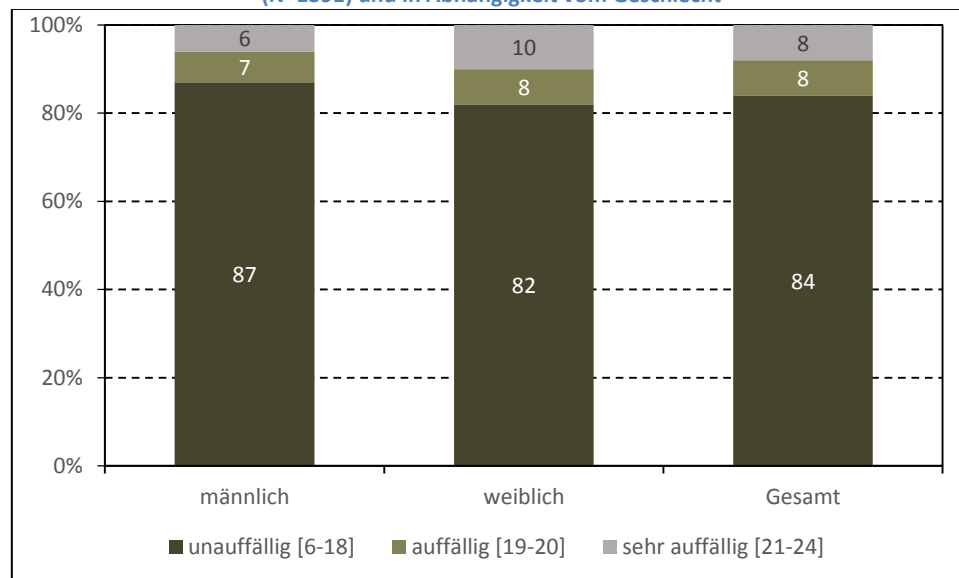
### Erholungsunfähigkeit

Unfähigkeit zur Erholung kann langfristig zu gesundheitlichen Problemen und eingeschränkter Leistungsfähigkeit führen. Sie wurde deshalb mit Hilfe der Skala E des Fragebogens zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA nach Richter et al. 1996) erfragt.

Auf der Skala Erholungsunfähigkeit sind zwischen 6 und 24 Punkte möglich, wobei hohe Werte ein gesundheitlich ungünstiges Ergebnis darstellen.

Die befragten Ärzte sind signifikant weniger erholungsunfähig als ihre Kollegen aus der Erstbefragung (13,6 vs. 2007: 15,3), befinden sich aber wie diese im normalen Bereich (6-18 Punkte: Richter et al. 1996). Dementsprechend ist ein Großteil der Mediziner im unauffälligen Bereich zu verorten, Ärzte (86,5%) etwas häufiger als Ärztinnen (82,4%; Abbildung 63). Seit der Ersterhebung hat sich der Abstand zwischen den Geschlechtern, bedingt durch einen deutlichen Zugewinn an unauffälligen Ärztinnen (2007: 72,8%), jedoch verringert.

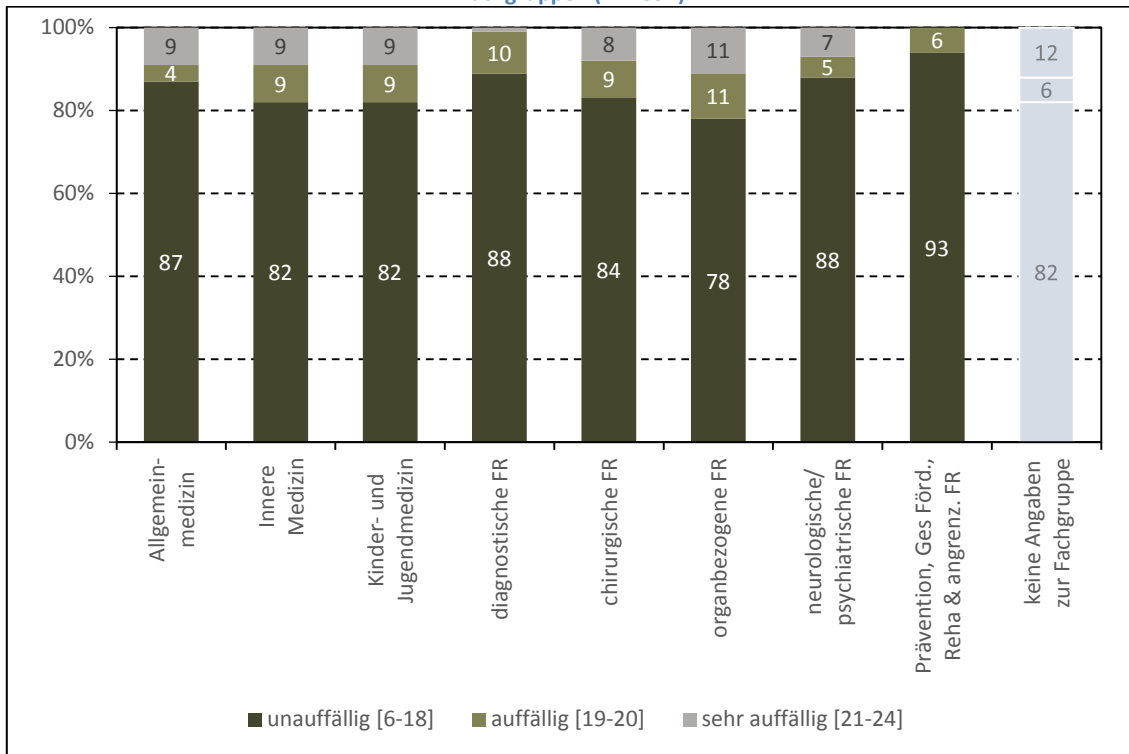
Abbildung 63: Häufigkeitsverteilung [%] nach Klassifikation der Erholungsunfähigkeit für die gesamte Analys Stichprobe (N=1391) und in Abhängigkeit vom Geschlecht



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.05$

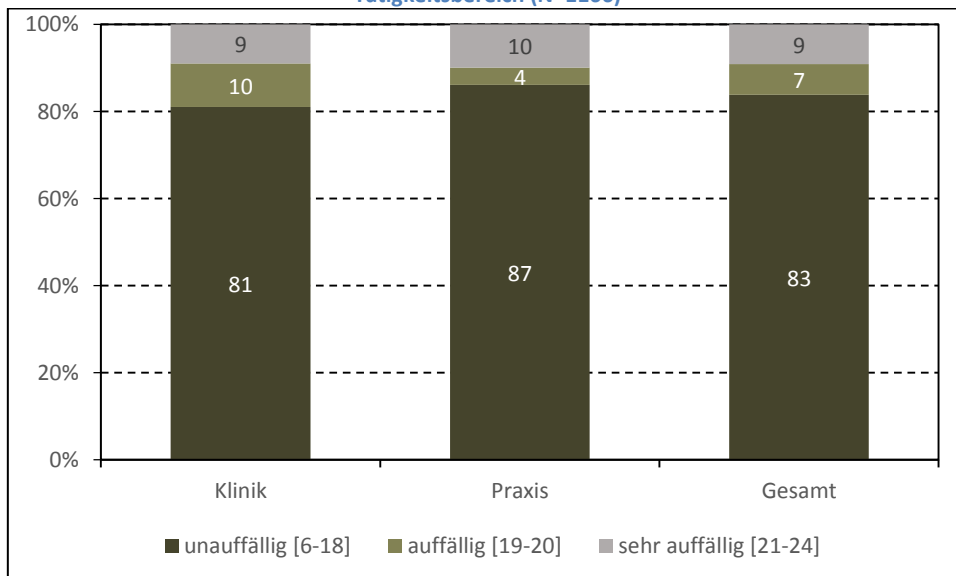
Wie bereits 2007, weist keine der Fachrichtungen einen problematischen Mittelwert hinsichtlich der Erholungsunfähigkeit auf. Während der höchste Anteil der Unauffälligen sich im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn findet (93,9%), weist die organbezogenen FR (77,5%) den geringsten Anteil auf, der Abstand zwischen den Extremen ist damit seit der Ersterhebung gewachsen (16,5% vs. 10%). Die organbezogene FR wies bereits 2007 verhältnismäßig ungünstige Werte auf und steht auch 2019 bei allgemein bedenklichen Werten (Kategorien auffällig + sehr auffällig) an erster Stelle (beide 11,3%; Abbildung 64). Dahingegen hat sich die einstmals problematische diagnostische FR in dieser Kategorie inzwischen auf den vorletzten Platz verbessert (11,5% vs. 2007: 28,0%).

**Abbildung 64: Häufigkeitsverteilung [%] nach Klassifikation der Erholungsunfähigkeit in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N=1391)**



Anders als noch 2007 unterscheiden sich ambulant und stationär tätige Mediziner 2019 signifikant (Abbildung 65). Dieser Unterschied ist in erster Linie auf den höheren Anteil in der Kategorie „auffällig“ im klinischen Bereich zurückzuführen (9,9% vs. 3,5%).

**Abbildung 65: Häufigkeitsverteilung [%] nach Klassifikation der Erholungsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N=1166)**



*Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.001$*

Insgesamt liegt die Erholungsunfähigkeit der sächsischen Ärzteschaft im normalen Bereich und hat sich seit der ersten Erhebung sogar noch verbessert. Während sich die Geschlechter annäherten, weisen stationär tätige Mediziner erstmals auffälligere Werte auf als ihre ambulanten Kollegen.



## Burnout

Wer sich für psychische Gesundheit im Arbeitskontext interessiert, kommt am Begriff Burnout nicht vorbei. Entsprechend wurde in der Untersuchung das Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI- GS) in deutscher Übersetzung (Schaufeli et al. 1996) verwendet, um das Burnout-Risiko der sächsischen Ärzteschaft zu erfassen. Der MBI misst drei Dimensionen, wobei Burnout sich über hohe Werte bei (1) emotionaler Erschöpfung und (2) Zynismus und einen niedrigen Wert bei (3) professioneller Effizienz definiert. Zur Einschätzung des Burnout-Risikos verwenden wir die Formel nach Kalimo et al. (Kalimo et al. 2003).

Vergleicht man Burnout-Subskalen und -Klassifizierungen zwischen den Geschlechtern, so ergibt sich lediglich bei der emotionalen Erschöpfung ein Unterschied: Hier sind Frauen mehr betroffen als Männer (Tabelle 25). Seit 2007 gab es einen signifikanten Zuwachs bei Burnout-Symptomen (45,2%, 2007: 41,5%; Chi-Quadrat-Test,  $p < 0.05$ ).

**Tabelle 25: Mittlere Angaben zu den Subskalen des MBI-GS (Maslach & Jackson 1996) und zum Burnoutisiko nach Kalimo et al (2003) in Abhängigkeit vom Geschlecht (N=1377)**

MBI-GS		männlich		weiblich		Gesamt	
<b>Emotionale Erschöpfung</b>	MW ± SD	2,3 ± 1,4		2,5 ± 1,4		2,5 ± 1,4	
<b>Zynismus</b>	MW ± SD	1,5 ± 1,3		1,4 ± 1,3		1,5 ± 1,3	
<b>Professionelle Effizienz</b>	MW ± SD	5,2 ± 0,8		5,2 ± 0,8		5,2 ± 0,8	
<b>Burnout-Klassifikation</b>							
N=1300							
<b>Burnout-Gesamtwert</b>	MW ± SD	1,7 ± 1,0		1,7 ± 1,0		1,7 ± 1,0	
<b>kein Burnout</b>	Anzahl (%)	272	(51,0)	374	(48,8)	646	(49,7)
<b>einige Burnout-Symptome</b>	Anzahl (%)	233	(43,7)	355	(46,3)	588	(45,2)
<b>Burnout</b>	Anzahl (%)	28	(5,3)	38	(5,0)	66	(5,1)

*Punktwerte 0 = nie bis 6 = täglich.*

*Skalen: Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig): Emotionale Erschöpfung:  $p < 0.01$ , Zynismus/ Professionelle Effizienz: n.s.*

*Klassifikation: Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): n.s.*

Sowohl Beschäftigungsverhältnisse als auch Tätigkeitsbereiche weisen mit Hinblick auf Burnout das gleiche Muster auf, was bei der hohen Überlappung keine Überraschung ist. Allerdings fallen die Unterschiede beim Tätigkeitsbereich etwas ausgeprägter aus (Tabelle 26). So zeigt sich bei stationär tätigen Medizinerinnen mehr emotionale Erschöpfung und Zynismus bei gleichzeitig niedrigerer professioneller Effizienz. Entsprechend finden sich Burnout-Symptome (51,0% vs. 40,0%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ) aber auch Burnout (6,6% vs. 2,9%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ) häufiger bei Ärztinnen in der Klinik. Seit der Ersterhebung kam es bei Befragten im stationären Bereich zu signifikanten Zunahmen von Burnout-Symptomen (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ) und Burnout (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ).

Tabelle 26: Mittlere Angaben zu den Subskalen des MBI-GS und zum Burnout-Risiko in Abhängigkeit von der Art des Beschäftigungsverhältnisses (N=1328) und vom Tätigkeitsbereich (N=1153)

MBI-GS		Angestellte (N=929)	Selbst- ständige (N=399)	Klinik (N=700)	Praxis (N=453)
<b>Emotionale Erschöpfung</b>	MW ± SD	2,5 ± 1,4	2,4 ± 1,4	2,7 ± 1,4	2,3 ± 1,4
<b>Zynismus</b>	MW ± SD	1,5 ± 1,3	1,3 ± 1,2	1,6 ± 1,3	1,2 ± 1,1
<b>Professionelle Effizienz</b>	MW ± SD	5,1 ± 0,8	5,4 ± 0,7	5,1 ± 0,8	5,3 ± 0,7
<b>Burnout-Klassifikation</b>					
<b>Burnout-Gesamtwert</b>	MW ± SD	1,7 ± 1,0	1,5 ± 1,0	1,8 ± 1,0	1,5 ± 0,9
<b>kein Burnout</b>	Anzahl (%)	417 (46,8)	204 (56,2)	283 (42,4)	239 (57,2)
<b>einige Burnout-Symptome</b>	Anzahl (%)	425 (47,7)	144 (39,7)	341 (51,0)	167 (40,0)
<b>Burnout</b>	Anzahl (%)	49 (5,5)	15 (4,1)	44 (6,6)	12 (2,9)

Punktwerte 0 = nie bis 6 = täglich.

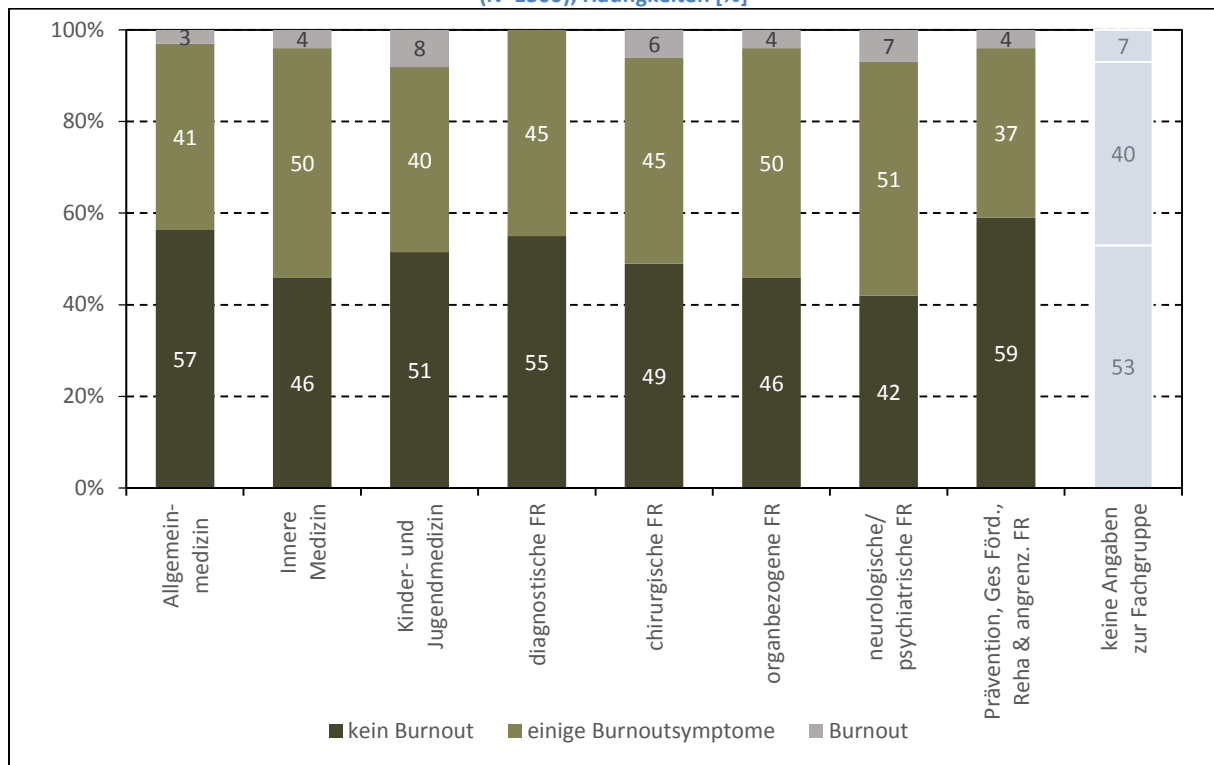
Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Beschäftigungsverhältnissen: Emotionale Erschöpfung:  $p < 0,05$ , Zynismus/ Professionelle Effizienz/ Burnout-Gesamtwert:  $p < 0,001$ .

Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Tätigkeitsbereichen: Emotionale Erschöpfung/ Zynismus/ Professionelle Effizienz/ Burnout-Gesamtwert:  $p < 0,001$ .

Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen Beschäftigungsverhältnissen/ Tätigkeitsbereiche (Burnout-Klassifikation):  $p < 0,05$ /  $p < 0,001$

Zwischen Burnout-Risiko (Symptome + Burnout) und Fachrichtung besteht kein signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test: n.s.), es zeigen sich allerdings klare Tendenzen. Insbesondere die neurologische/ psychiatrische FR (58,1%), die organbezogene FR und die Innere Medizin (beide: 54,2%) erscheinen als gefährdet, am wenigsten die Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn (40,8%; Abbildung 66). Bereits 2007 waren Mediziner in der Neurologie/ Psychiatrie am gefährdetsten.

Abbildung 66: Klassifikation des Burnout-Risikos nach Kalimo et al. (2003) in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N=1300); Häufigkeiten [%]



Insgesamt hat sich das Burnout-Risiko der sächsischen Ärzteschaft seit der Ersterhebung erhöht, insbesondere im stationären Bereich.

### Resilienz

Die sächsische Ärzteschaft weist eine durchschnittliche Resilienz von 60,1 ( $\pm$  11,6) auf, dabei existieren weder Unterschiede hinsichtlich Geschlecht noch Altersgruppe oder Fachrichtung. 55% der Befragten einer repräsentativen Vergleichsstichprobe erreichten einen Wert von 60 oder darunter, der Mittelwert der Vergleichsstichprobe beträgt 58,03 (Schumacher et al. 2005). Die sächsischen Ärzte liegen damit hinsichtlich ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit im durchschnittlichen Bereich.

## 6.3 Arbeitszufriedenheit, Wertschätzung und berufliche Zukunftsperspektive

### 6.3.1 Zufriedenheitsaspekte

Auch 2019 wurden wieder verschiedene Einzelitems genutzt, um die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte in Sachsen zu erfragen. Die Antwortmöglichkeiten bewegen sich theoretisch zwischen 1 und 7, wobei hohe Werte einer hohen Zufriedenheit entsprechen. Entsprechend wurden einzelne Items für die Auswertung umgepolt.

Die Befragten zeigten insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit dem Verantwortungsumfang, wie auch mit der Möglichkeit eigene Fähigkeiten im Beruf einzubringen (Tabelle 27). Etwas geringer fiel die Zufriedenheit mit dem Gehalt aus, während die höchste Zustimmung beim Sinnerleben in der Arbeit erzielt wurde. Bezüglich des Median unterscheiden sich die Geschlechter hier nicht. Auch die Tätigkeitsbereiche unterscheiden sich lediglich bei der Verwirklichung eigener Vorstellungen im Beruf und dem Item „Beruf entspricht meinen Erwartungen“, ambulant Tätige sind in beiden Fällen zufriedener als Kliniker.

Die deutlichste Veränderung seit der Ersterhebung ist die insgesamt gestiegene Zufriedenheit mit dem Gehalt (5, 2007: 3). Gab es noch 2007 ein Gefälle zwischen ambulant und stationär tätigen Medizinerinnen bzgl. Sinnerleben in der Arbeit (2007: Klinik: 6, Praxis: 7), so ist dieses inzwischen verschwunden. Allerdings ist jetzt ein Gefälle in Bezug auf Verwirklichung entstanden und in Bezug darauf, dass der Beruf den Erwartungen entspricht, in beiden Fällen zu Ungunsten stationär tätiger Ärzte.

**Tabelle 27: Mittlere Angaben zur beruflichen Zufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Tätigkeitsbereich**

<b>Items zur beruflichen Zufriedenheit</b>					
<b>Item</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Nach Geschlecht</b> (N=1400)		<b>Nach Tätigkeitsbereich</b> (N=1173)	
		<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>Klinik</b>	<b>Praxis</b>
Zufriedenheit mit Verantwortungsumfang	6	6	6	6	6
Einbringen eigener Fähigkeiten im Beruf	6	6	6	6	6
Zufriedenheit mit Gehalt	5	5	5	5	5
Sinnerleben in der Arbeit	7	7	7	7	7
Verwirklichung eigener Vorstellungen im Beruf	5	5	5	4	5
Beruf entspricht Erwartungen	5	5	5	5	6

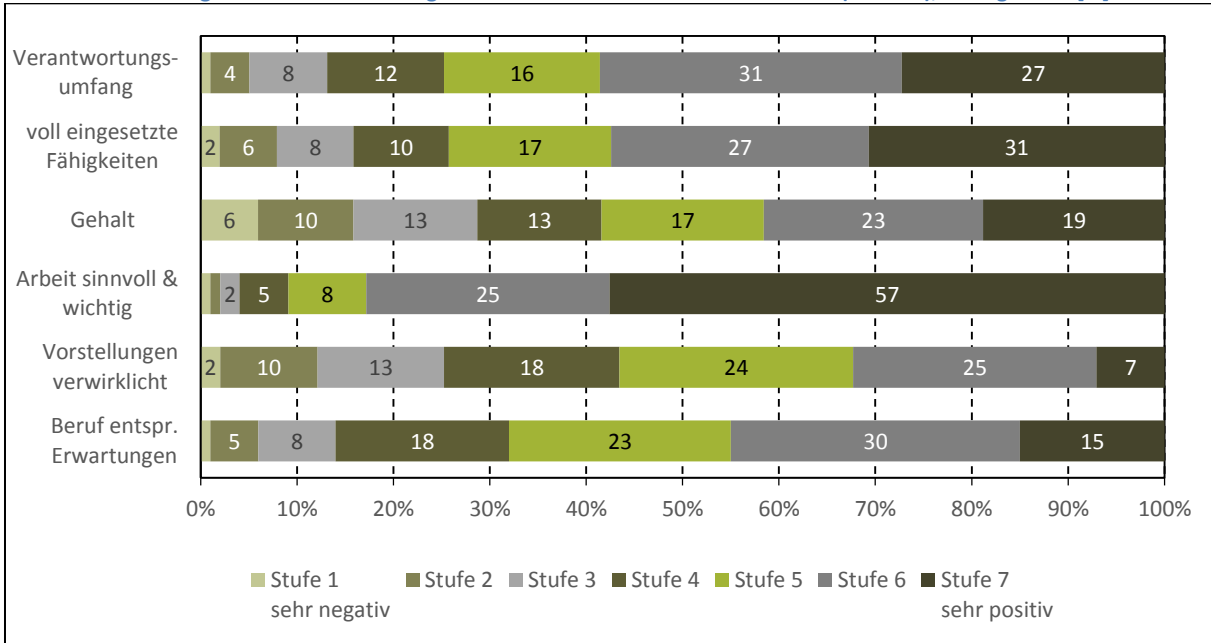
*Punktwerte 1 = sehr negative Bewertung bis 7 = sehr positive Bewertung.*

*Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Zufriedenheit:  $p < 0.001$ / Einbringen:  $p < 0.05$ / Gehalt: n.s./ Sinnerleben:  $p < 0.05$ / Verwirklichung:  $p < 0.01$ / Erwartungen:  $p < 0.01$ .*

*Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Tätigkeitsbereichen: Zufriedenheit/ Einbringen/ Sinnerleben/ Verwirklichung/ Erwartungen:  $p < 0.001$ . Gehalt: n.s.*

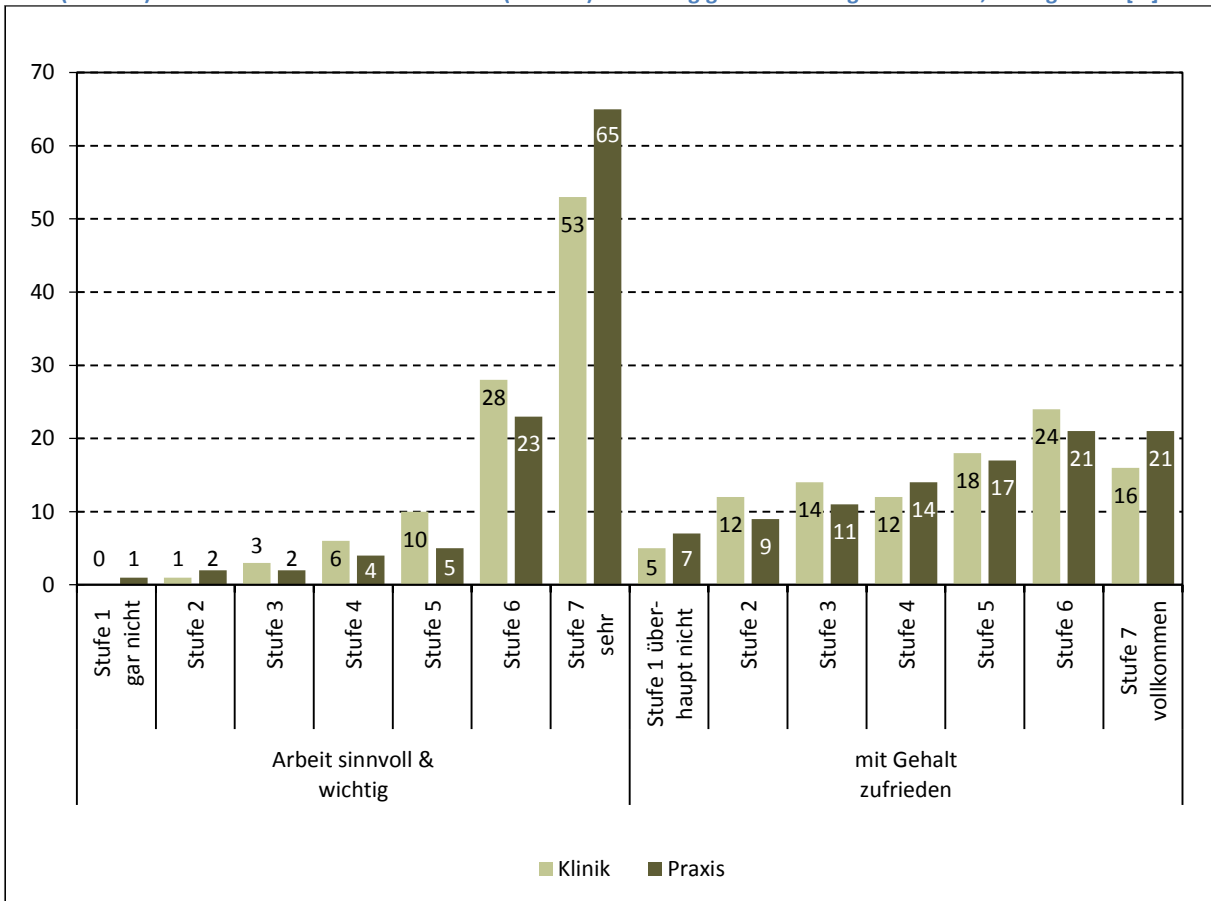
Die beschriebenen Ergebnisse spiegeln sich auch in den konkreten Antwortverteilungen wider, wo 57% der Mediziner bei der Frage nach der Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit die höchste Kategorie wählten (Abbildung 67). Bedenklich stimmt, dass dies bei der Verwirklichung der Vorstellungen nur auf acht Prozent zutrifft. Beim Gehalt sind es immerhin 19%, was einer Vervierfachung seit 2007 gleichkommt (2007: 5%). Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit dem Gehalt nicht signifikant.

Abbildung 67: Antwortverteilung der Items zur beruflichen Zufriedenheit (N=1400); Häufigkeiten [%]



Mit Hinblick auf den Tätigkeitsbereich fällt auf, dass sowohl bei Sinnhaftigkeit als auch bei Gehaltszufriedenheit ambulant tätige Mediziner bei der höchsten Antwortkategorie – wie bereits 2007 – vorne liegen (Abbildung 68).

Abbildung 68: Vergleich der extrem bewerteten Zufriedenheits-Items: Bewertung der Tätigkeit als sinnvoll und wichtig (N=1173) und Zufriedenheit mit dem Gehalt (N=1172) in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich; Häufigkeiten [%]



Hinsichtlich der Zufriedenheitsbewertung unterscheiden sich die Fachgruppen kaum, dennoch gibt es kleinere Ausnahmen (Tabelle 28). So sind Mediziner in der Kinder- und Jugendmedizin weniger zufrieden mit dem Einbringen eigener Fähigkeiten und mit ihrem Gehalt als ihre Kollegen aus anderen Fachbereichen. Die höchste Zufriedenheit mit dem Gehalt findet sich in der diagnostischen FR und der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn, welche das niedrigste Sinnerleben unter den Disziplinen aufweist. Die geringste Verwirklichung eigener Vorstellungen findet sich in der Inneren Medizin, am ehesten entspricht der Beruf in der Allgemeinmedizin und der diagnostischen FR den Erwartungen der Mediziner.

**Tabelle 28: Mittlere Angaben zur beruflichen Zufriedenheit in Abhängigkeit von der Fachgruppe (N=1400)**

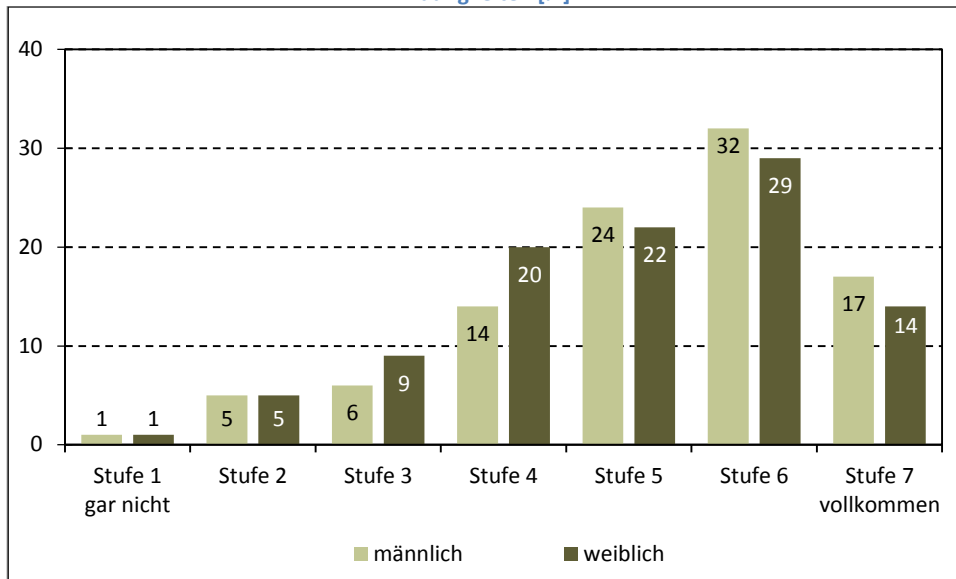
Item	Fachgruppe								
	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Kinder-/Jugendmed.	Diagnostische FR	Chirurgische FR	Organbez. FR	Neurolog./psych. FR	Präv., Ges.förd., Reha & angrenz. FRn	k.A.
Zufriedenheit mit Verantwortungsumfang	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Einbringen eigener Fähigkeiten im Beruf	6	6	5	6	6	6	6	6	6
Zufriedenheit mit Gehalt	5	5	4	6	5	5	5	6	5
Sinnerleben in der Arbeit	7	7	7	7	7	7	7	6	7
Verwirklichung eigener Vorstellungen im Beruf	5	4	5	5	5	5	5	5	5
Beruf entspricht Erwartungen	6	5	5	6	5	5	5	5	5

*Punktwerte 1 = sehr negative Bewertung bis 7 = sehr positive Bewertung.*

*FR = Fachrichtung(en)*

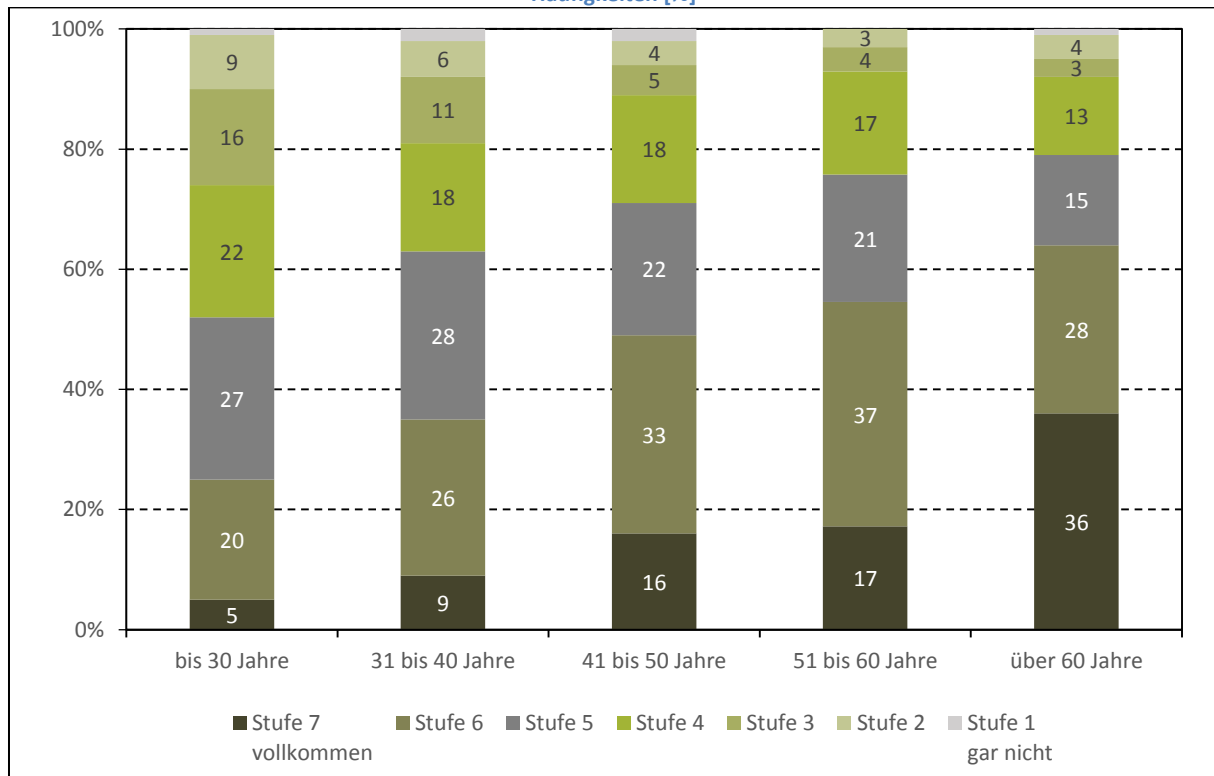
Betrachtet man die allgemeine Zustimmung (Antwortmöglichkeiten 5-7), so neigen Männer eher dazu, ihren Beruf als ihren Erwartungen entsprechend zu bezeichnen als Frauen (Männer: 73,9 % vs. Frauen: 65,2%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ; Abbildung 69).

Abbildung 69: Bewertung des Berufes als den Erwartungen entsprechend in Abhängigkeit vom Geschlecht (N=1399); Häufigkeiten [%]



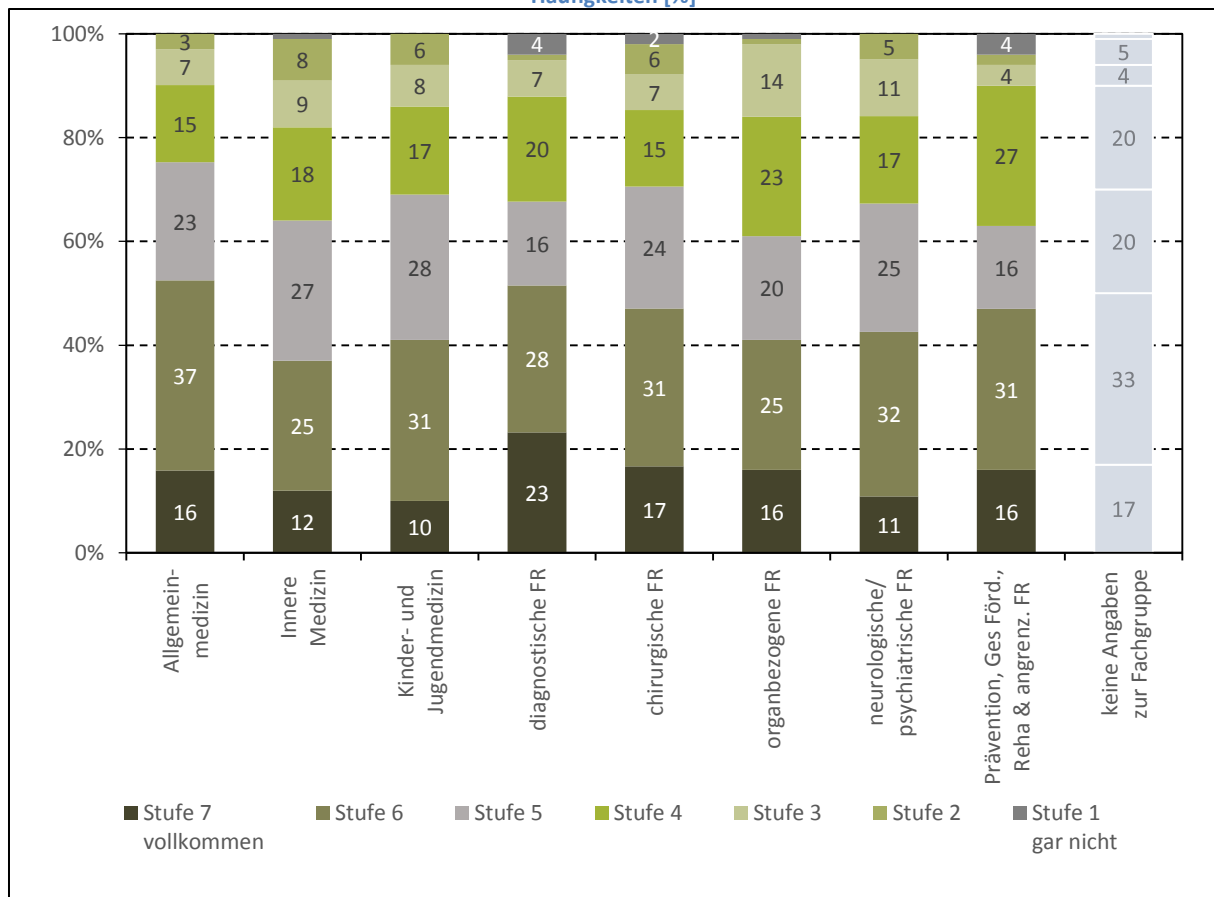
Insgesamt steigt die Bewertung des Berufes als den Erwartungen entsprechend mit dem Alter an. Während bei den unter Dreißigjährigen hier nur 5% die höchste Zustimmung geben (Antwortkategorie 7), sind es bei den über Sechzigjährigen 36% (Abbildung 70). Die Ergebnisse ähneln denen von 2007 und spiegeln höchstwahrscheinlich die Tatsache wider, dass Mediziner im Laufe ihres Berufslebens entweder ihre Erwartungen an die berufliche Realität adaptieren oder den Beruf wechseln (und damit nicht mehr Teil dieser Befragung sind).

Abbildung 70: Bewertung des Berufes als den Erwartungen entsprechend in Abhängigkeit von der Altersgruppe (N=1399); Häufigkeiten [%]



Im Fachgruppenvergleich stimmen Allgemeinmediziner (75,9%) besonders häufig zu, dass der Beruf ihren Erwartungen entspreche (Antwortkategorien 5-7), während dies am wenigsten auf die organbezogene FR zutrifft (61,3%; Abbildung 71). 2007 war die Zufriedenheit noch innerhalb der diagnostischen Fachrichtung am höchsten (2007: 78%) und in der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn (2007: 61%) am geringsten, die organbezogene FR nahm damals noch den zweiten Platz ein (75%).

**Abbildung 71: Bewertung des Berufes als den Erwartungen entsprechend in Abhängigkeit von der Fachgruppe (N=1399); Häufigkeiten [%]**



Insgesamt weist die sächsische Ärzteschaft auch 2019 wieder eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Beruf auf, insbesondere wenn es um die Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit geht. Die Zufriedenheit mit dem Gehalt fällt zwar im Vergleich zu anderen Bereichen eher gering aus, ist aber seit der Ersterhebung deutlich gestiegen.

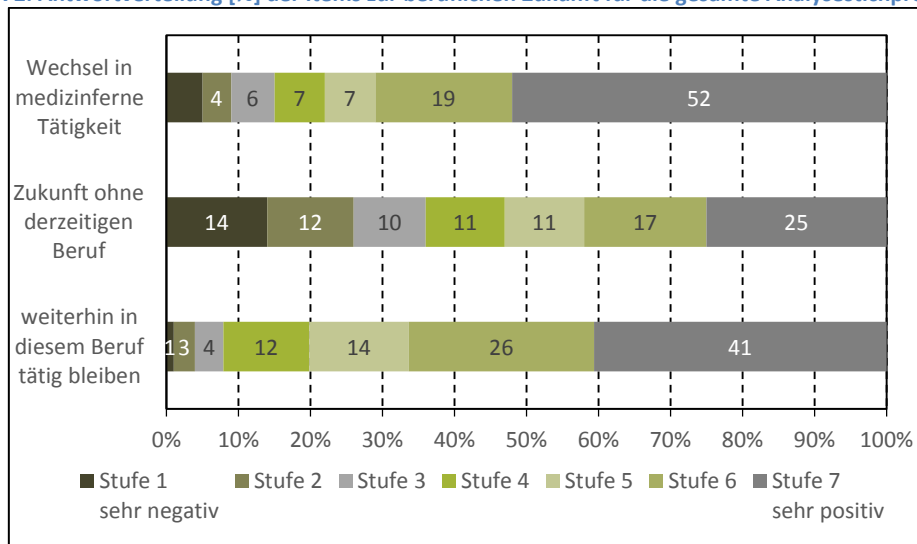
### 6.3.2. Zukunftsperspektive

Die Zukunftsvorstellungen und -wünsche der Mediziner wurden mit drei unterschiedlichen Items erfragt. Auch hier wurden die Items für die Analyse wieder so gepolt, dass hohe Werte eine positive Aussage wiedergeben und die Antwortstufen 5, 6 und 7 wurden als „Zustimmung“ zusammengefasst. Generell zeigt sich ein positiver Ausblick der sächsischen Ärzteschaft auf die Zukunft (Abbildung 72). So denken 77,1% (2007: 81,6%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ) nicht daran, in eine medizinferne Tätigkeit zu wechseln; 80,9% (2007: 83,6%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ) möchten weiterhin in ihrem Beruf tätig bleiben und mehr als ein Drittel kann sich eine Zukunft ohne ihren Beruf nicht vorstellen (36,0%; Stufen 1-3, 2007: 26,9%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ). Während die Ergebnisse insgesamt eine



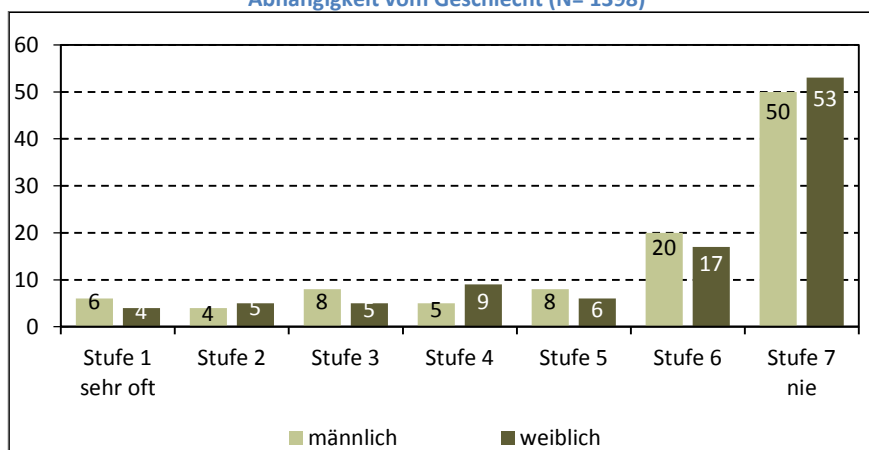
positive Einschätzung der ärztlichen Zukunft widerspiegeln, so zeigt sich doch auch eine insgesamt signifikant weniger positive Einschätzung als noch 2007. Diese Entwicklung bestätigt sich auch wenn man betrachtet, wie sich die Zustimmung zur höchsten Antwortkategorie (7) verändert hat. Konnten sich 2007 noch 59% einen Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit „nie“ vorstellen, so sind es aktuell noch 51,6%, 2007 wollten 48% der Befragten „unbedingt“ weiter in ihrem Beruf beschäftigt bleiben während es aktuell nur noch 41,4% sind. Konnten sich 2007 noch 34% eine persönliche Zukunft ohne ihren Beruf „überhaupt nicht“ vorstellen, so sind es 2019 noch 25,0%.

Abbildung 72: Antwortverteilung [%] der Items zur beruflichen Zukunft für die gesamte Analytestichprobe (N=1400)



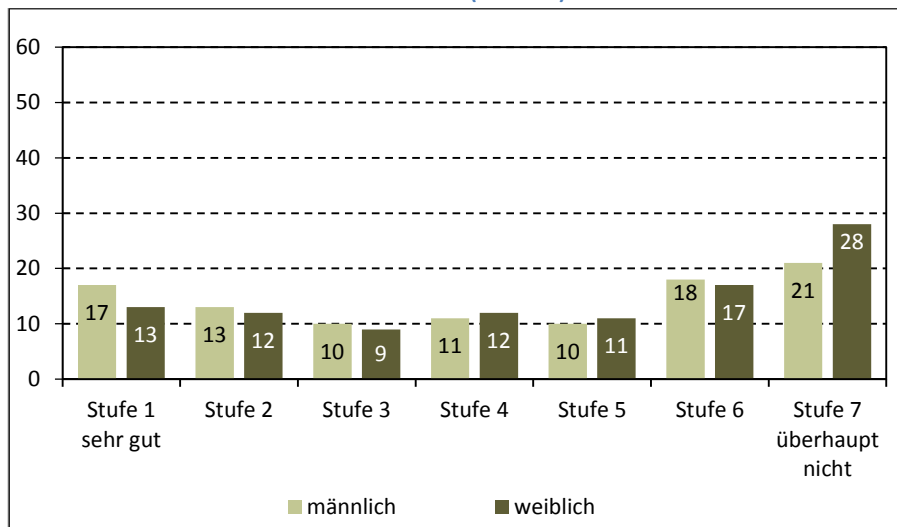
Während die Geschlechter sich mit Hinblick auf ihre Vorstellungen zu einer Zukunft ohne den Beruf (Abbildung 73b) und bei dem Wunsch weiterhin in dem Beruf tätig zu sein (Abbildung 73c) statistisch nicht unterscheiden, existiert bei dem Gedanken an einen Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit (Abbildung 73a) ein Geschlechterunterschied in der Verteilung der Häufigkeiten, der allerdings nicht zu einem Mittelwertunterschied führt. Ein Mittelwertunterschied zwischen den Geschlechtern ergibt sich allerdings an anderer Stelle. So fällt es Ärztinnen schwerer als Ärzten, sich ihre Zukunft ohne ihren Beruf vorzustellen (Männer: 4,2, Frauen: 4,6; Mann-Whitney-U-Test:  $p < .01$ ). 2007 hatten sich die Geschlechter in Bezug auf ihre Zukunftsvorstellungen nicht signifikant unterschieden.

Abbildung 73a: Antwortverteilung [%] der Angaben zum Gedanken an den Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht (N= 1398)



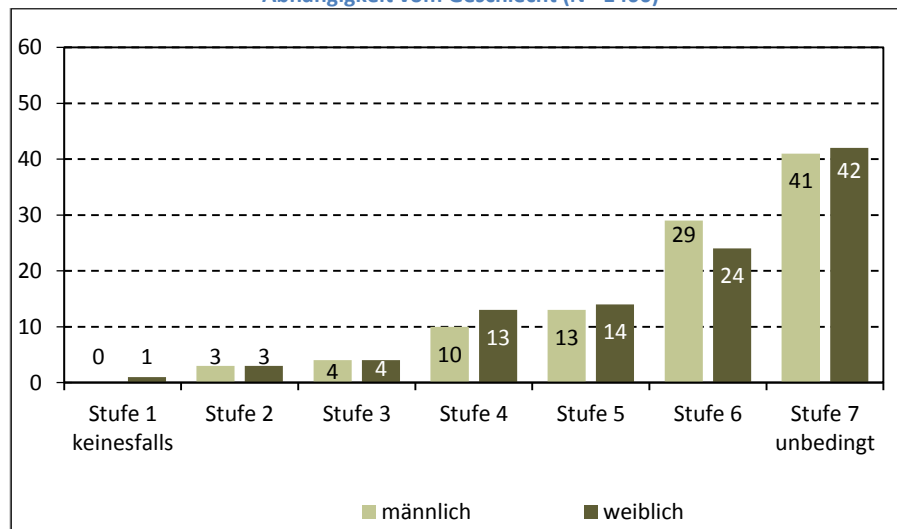
Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig):  $p < 0.01$

Abbildung 73b: Antwortverteilung [%] der Angaben zur Vorstellung einer Zukunft ohne den Beruf in Abhängigkeit vom Geschlecht (N= 1396)



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): n.s.

Abbildung 73c: Antwortverteilung [%] der Angaben zum Wunsch, auch weiterhin in diesem Beruf tätig zu bleiben in Abhängigkeit vom Geschlecht (N= 1400)



Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): n.s.

Unterschiede hinsichtlich der Zukunftsvorstellungen zeigen sich im Vergleich zwischen Mediziner in Klinik und Praxis (Abbildung 74abc). So sind ambulant tätige Mediziner weniger willens, in eine medizinerne Tätigkeit zu wechseln (6,0 vs. 5,5; Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.001$ ) und zeigen einen höheren Wunsch, auch weiterhin in ihrem Beruf tätig zu bleiben (6,0 vs. 5,7; Mann-Whitney U-Test  $p < 0.01$ ). Interessanterweise können sich in Praxen tätige Mediziner ihre Zukunft aber auch etwas häufiger ohne ihren derzeitigen Beruf vorstellen (4,3 vs. 4,6; Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.05$ ). Während die Unterschiede bei allen drei Zukunftssitems statistisch signifikant sind, so sind sie v.a. in Bezug auf den Gedanken an einen Wechsel auch empirisch relevant, welchen 83,0% (2007: 86,2%; Chi-Quadrat-Test: n.s.) der ambulant tätigen Mediziner, aber nur 72,9% (2007: 77,3%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ) in der Klinik ablehnen (Antwortkategorien: 5-7). Seit 2007 haben sich die Zustimmungswerte in der Klinik damit signifikant reduziert.

Abbildung 74a: Antwortverteilung der Angaben zum Gedanken an den Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N= 1171); Häufigkeiten [%]

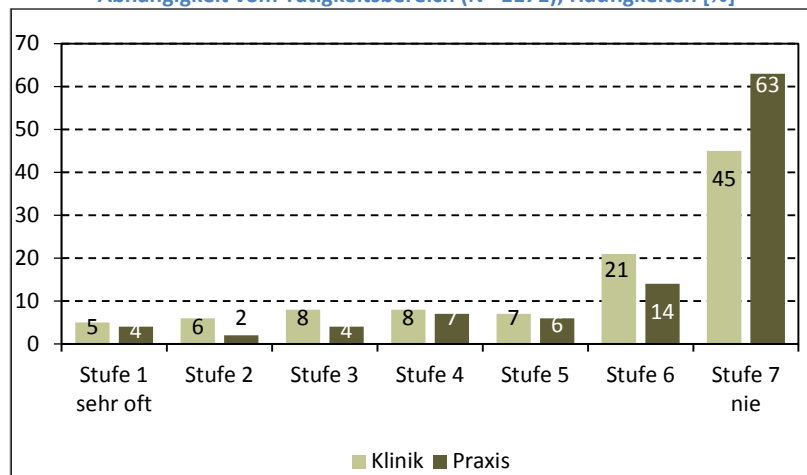


Abbildung 74b: Antwortverteilung der Angaben zur Vorstellung einer Zukunft ohne den Beruf in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N= 1170); Häufigkeiten [%]

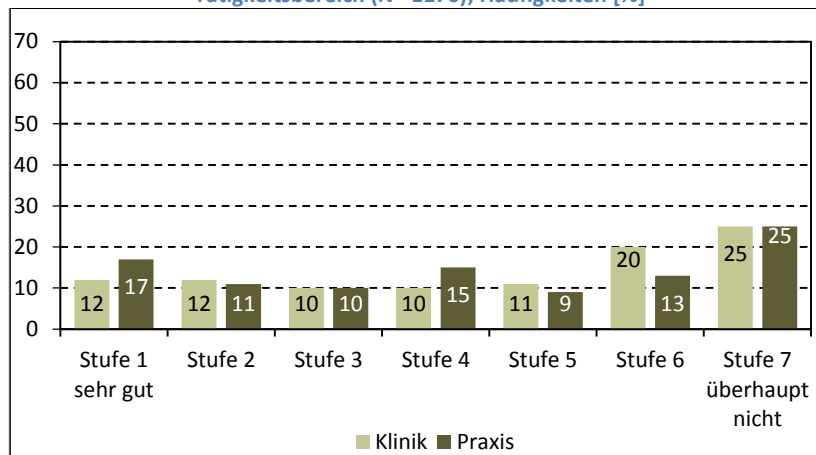
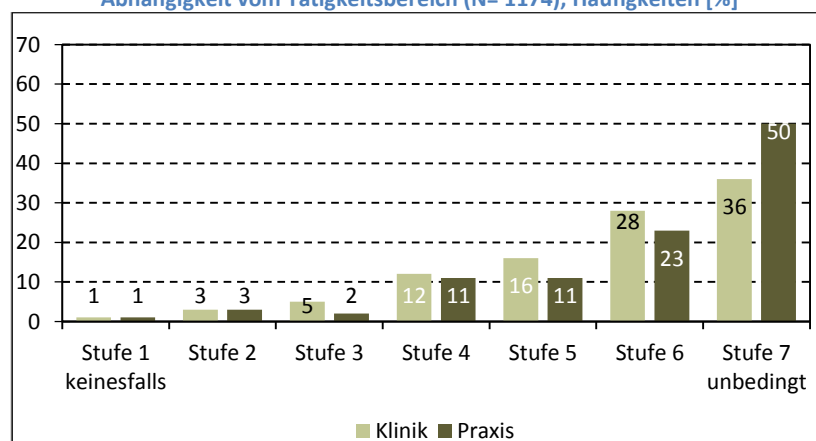


Abbildung 74c: Antwortverteilung der Angaben zum Wunsch, auch weiterhin in diesem Beruf tätig zu bleiben in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich (N= 1174); Häufigkeiten [%]



Im Fachgruppenvergleich denken insbesondere Allgemeinmediziner (83,6%), Ärzte in der diagnostischen FR (82,6%) und in der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn (82,0) selten über einen Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit nach (Antwortkategorien: 5-7), während die Befragten aus der neurologischen/ psychiatrischen FR dies am häufigsten tun (69,7%; Abbildung 75a). Die Unzufriedenheit im Bereich Neurologie/ Psychiatrie war

bereits in der Ersterhebung vorhanden und spiegelt sich auch im Anteil derer wider, die sich eine Zukunft ohne den Beruf nicht vorstellen konnten (Abbildung 75b). Hier landet die Disziplin auf dem letzten Platz (43,0%), während Innere Medizin (59,1%), chirurgische FR (56,1%) und Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation & angrenzende FRn (54,0%) auf den ersten Plätzen liegen.

Bei der Frage, ob die Mediziner auch weiterhin in ihrem Beruf tätig bleiben möchten, liegen diagnostische FR (84,1%), Allgemeinmedizin (83,2%) und chirurgische FR (81,7%) vorne, die Kinder- und Jugendmedizin (79,3%) auf dem letzten Platz; allerdings sind hier die Unterschiede zwischen den Fachrichtungen nur gering (Abbildung 75c).

Auffällig ist, dass Mediziner im Bereich Kinder- und Jugendmedizin, welche 2007 noch in großer Mehrheit einen Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit verneinten (2007: 91,5%), 2019 sehr viel eher bereit wären zu wechseln (71,7%) und sich beim Wunsch, auch weiterhin in ihrem Beruf tätig zu bleiben, vom ersten (2007: 91,5%) auf den letzten Platz (79,3%) verschlechtert haben.

**Abbildung 75a: Antwortverteilung der Angaben zum Gedanken an den Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N= 1398); Häufigkeiten [%]**

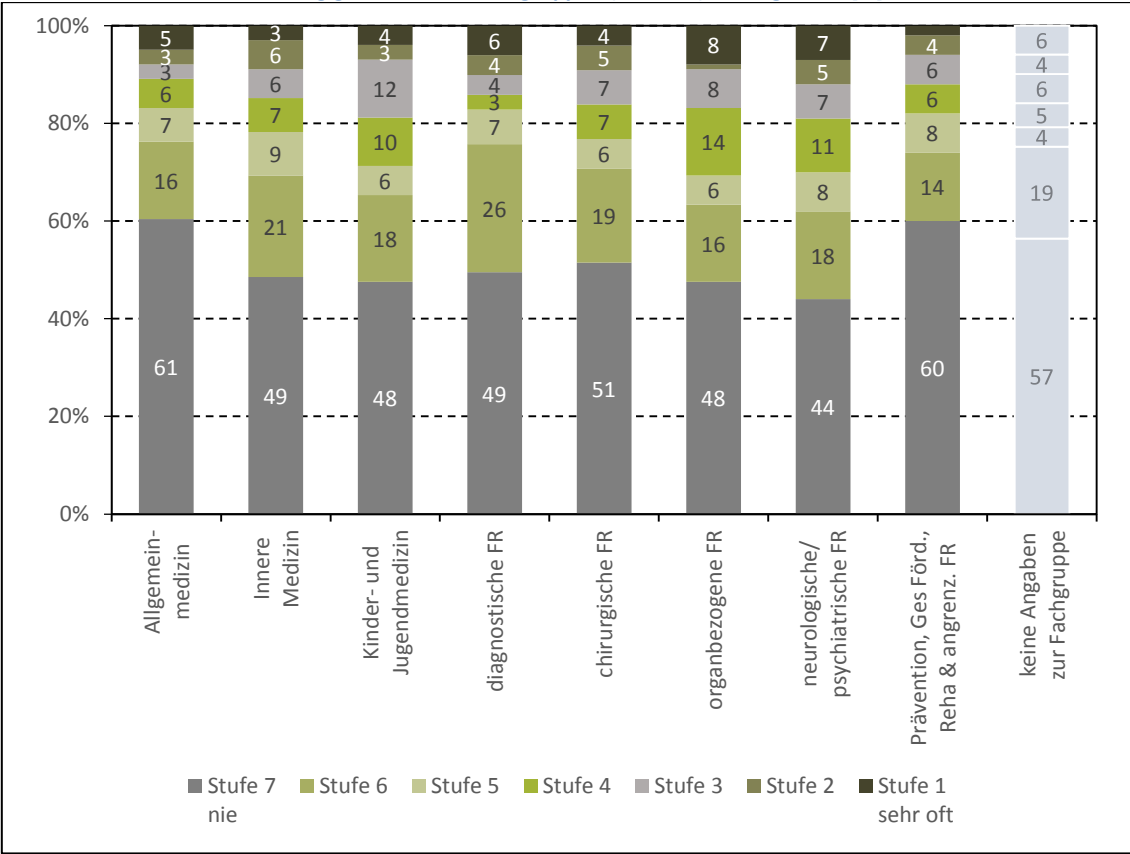


Abbildung 75b: Antwortverteilung der Angaben zur Vorstellung einer Zukunft ohne den Beruf in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N= 1396); Häufigkeiten [%]

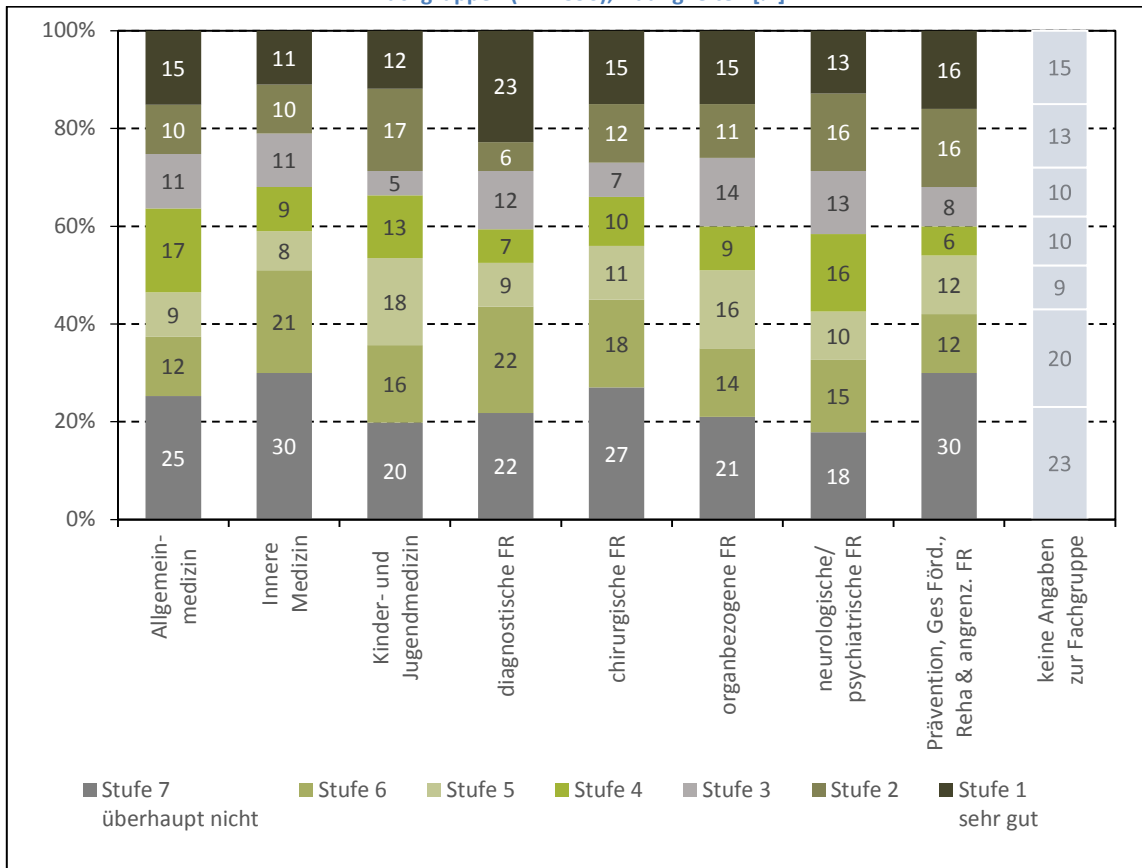
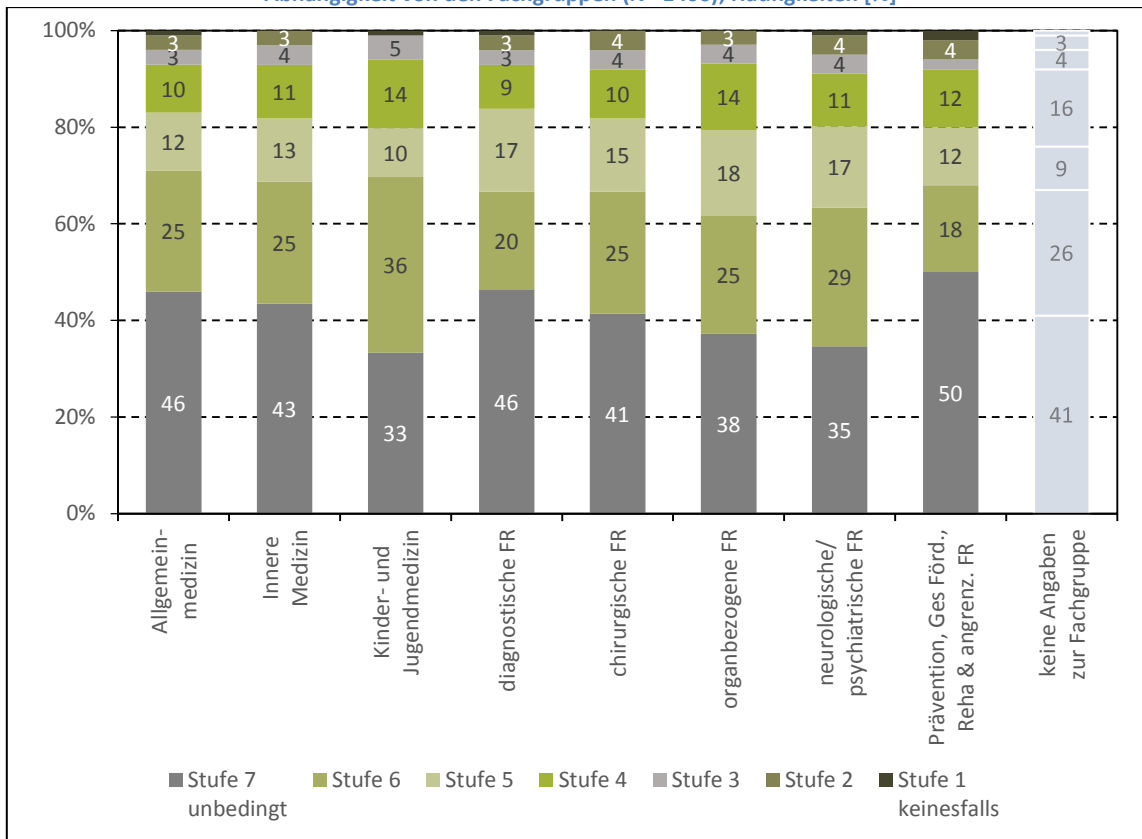


Abbildung 75c: Antwortverteilung der Angaben zum Wunsch, auch weiterhin in diesem Beruf tätig zu bleiben in Abhängigkeit von den Fachgruppen (N= 1400); Häufigkeiten [%]



Insgesamt zeichnet sich die sächsische Ärzteschaft durch eine positive Einschätzung der beruflichen Zukunft aus, auch wenn sich diese seit 2007 etwas abgeschwächt hat. Stationär tätige Mediziner waren etwas weniger zuversichtlich als ihre ambulant tätigen Kollegen.

### **6.3.3 Zusätzliche Anmerkungen der Befragten**

Vereinzelt nutzten Ärzte die Fragebögen, um Kommentare zur Erhebung zu machen. Neben befragungsbezogenen wurden auch einige inhaltliche Anmerkungen zurückgeschickt. Kritik seitens der Ärzteschaft wurde bzgl. einer umfangreichen Bürokratie und einer zunehmenden Ökonomisierung der Medizin geäußert.

## 7. Berentete, beruflich aktive Ärzte

Zusätzlich zu der bereits beschriebenen Stichprobe aktiver, sächsischer Ärzte, wurde der Fragebogen auch an den Teil der sächsischen Ärzteschaft geschickt, der zwar berentet aber dennoch beruflich aktiv war. Diese bisher kaum beachtete Gruppe stellt eine wichtige Ergänzung zur Hauptstichprobe dar und ermöglicht es, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zum nichtberenteten Teil zu untersuchen. Berentete Ärzte leisten einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung und können durch ihren großen Erfahrungsschatz viel zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Zudem wird die Zahl aktiver Ärzte im Ruhestand auch durch den demographischen Wandel weiter steigen. Die Erhebung ist ein wichtiger erster Schritt, um die Situation dieser Ärzte besser zu verstehen.

### 7.1 Untersuchungsmethoden und Erhebungsinstrumente

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie auf Basis einer Vollerhebung aller berenteten, sächsischen Ärzte im Jahr 2019, welche beruflich aktiv waren (laut Angaben der Sächsischen Landesärztekammer). Fragebogen, Versendezeitraum, Dateneingabe, -verarbeitung, und -auswertung sind identisch mit der bereits beschriebenen Stichprobe aktiver sächsischer Ärzte (siehe Kapitel 4. Untersuchungsmethoden und Erhebungsinstrumente). Im Vergleich zur Hauptstichprobe, ist diese Auswertung allerdings deutlich weniger umfangreich, da die geringere Stichprobengröße die Anzahl möglicher und sinnvoller Analysen stark einschränkt. Auch hier erfolgte die Teilnahme an der Befragung freiwillig und alle erhobenen Daten wurden entsprechend gesetzlicher Richtlinien vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form wissenschaftlich verarbeitet.

Im September 2019 wurden alle 585 berenteten, beruflich aktiven Ärzte in Sachsen postalisch zur Befragung eingeladen, insgesamt wurden 147 Bögen zurückgesendet. Da die vorliegenden Daten zum Berentungsstatus der sächsischen Ärzteschaft bereits einige Monate alt waren, waren inzwischen auch 29 der Ärzte aus der Hauptstichprobe berentet. Die entsprechenden Fragebögen wurden in die Stichprobe der berenteten Ärzte überführt und dann 42 Bögen auf Grund fehlender Angaben aussortiert. Somit enthält die finale Analysestichprobe 134 Personen (Tabelle 29). Insgesamt meldeten sich 27 Personen telefonisch oder per Mail, um mitzuteilen, dass sie entweder komplett aus dem Arbeitsleben ausgeschieden waren oder zu wenig tätig waren, um den Fragebogen sinnvoll beantworten zu können. Insgesamt 10 Fragebögen wurden leer zurückgeschickt.

**Tabelle 29: Berentete, beruflich aktive Ärzte in Sachsen: von der Grundgesamtheit zur Analysestichprobe**

Grundgesamtheit	585 (= alle gemeldeten berenteten, beruflich aktiven Ärzte in Sachsen)
Stichprobe	585 (komplett)
Responder (% Rücklauf)	147 (25%)
Responder inklusive 29 Personen aus anderer Stichprobe	176 (30%)
Analysestichprobe	134

### 7.2 Bereinigung der Stichprobe

Von den versendeten 585 Fragebögen wurden insgesamt 147 Bögen zurückgesendet. Nach Hinzunahme von 29 Fragebögen aus der aktiven Stichprobe lagen 176 Bögen vor. Nachdem 42 Bögen

entweder auf Grund fehlender Angaben in zentralen Bereichen, wie Alter oder Geschlecht, wegen Nichtbeantwortung großer Teile des Fragebogens oder auf Grund einer angegebenen wöchentlichen Arbeitszeit von null Stunden aussortiert wurden, enthielt die finale Analysestichprobe 134 Personen. Die Analysestichprobe unterschied sich hinsichtlich Alter und Geschlecht nicht signifikant von der Gesamtpopulation berenteter, aktiver Ärzte. Insgesamt wies die Stichprobe der berenteten Ärzte eine deutlich höhere Anzahl an fehlenden Werten als bei der aktiven Ärzteschaft auf, weshalb sich die Stichprobengröße bei einigen Auswertungen nochmals verringerte.

### 7.3 Zentrale Merkmale der Stichprobe

#### Geschlechter- und Altersgruppenverteilung

Anders als bei der Hauptstichprobe, waren Männer bei den berenteten Ärzten nicht nur häufiger sondern auch älter im Vergleich zu den Frauen (Tabelle 30).

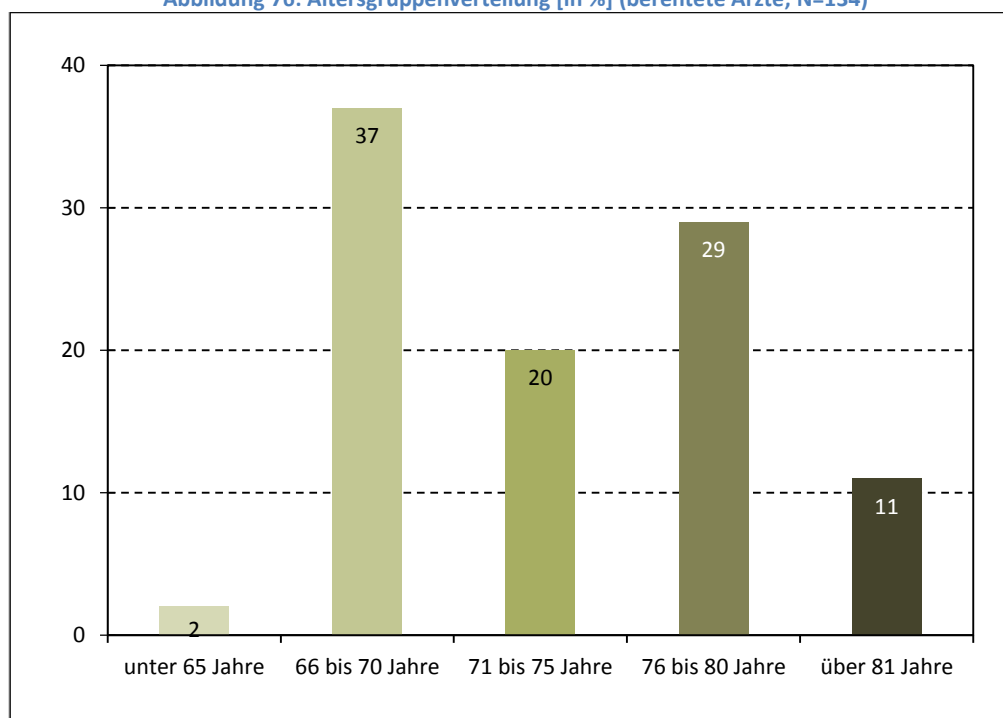
**Tabelle 30: Durchschnittsalter der Teilnehmer in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte, N=134)**

Geschlecht	Anteil	Mittleres Alter [Jahre]	Standardabweichung
männlich (N=81)	60,4%	74,8	±5,0
weiblich (N=53)	39,6%	71,7	±5,3
Gesamt (N=134)	100%	73,6	±5,3

*t-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern:  $p < 0.01$*

Die Befragten waren zwischen 63 und 87 Jahre alt, immerhin mehr als ein Zehntel der Ärzte war älter als 80 Jahre. Eine genaue Darstellung nach Altersgruppen findet sich in Abbildung 76.

**Abbildung 76: Altersgruppenverteilung [in %] (berentete Ärzte; N=134)**





## Familienstand und Kinder

Insgesamt war der größte Teil der Mediziner verheiratet, über 80% der Befragten waren entweder verheiratet oder in einer festen Beziehung (Tabelle 31).

**Tabelle 31: Familienstand in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte, N=134)**

Familienstand		männlich		weiblich		Gesamt	
verheiratet, zusammenlebend	Anzahl (%)	66	(81,5)	39	(73,6)	105	(78,4)
mit festem Partner	Anzahl (%)	3	(3,7)	5	(9,4)	8	(6,0)
kein fester Partner	Anzahl (%)	11	(13,6)	8	(15,1)	19	(14,2)
keine Angabe	Anzahl (%)	1	(1,2)	1	(1,9)	2	(1,5)
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	81	(100)	53	(100)	134	(100)

Fast alle Befragten gaben an, Kinder zu haben, die durchschnittliche Zahl lag bei 2,2 (Tabelle 32).

**Tabelle 32: Vorhandensein und Anzahl von Kindern (berentete Ärzte, N=134)**

	Kinder vorhanden	Anzahl Kinder
Männer (N=81)	97,5%	2,2 ±0,7
Frauen (N=53)	92,5%	2,1 ± 0,9
Gesamt (N=134)	95,5%	2,2 ±0,8

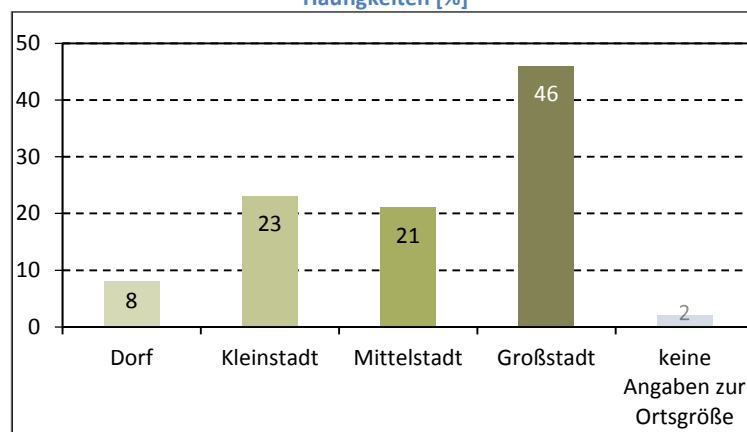
## Muttersprache

Bis auf eine Person gaben alle Befragten Deutsch als ihre Muttersprache an.

## Größe des Tätigkeitsortes

Auch bei den berenteten Ärzten lebt der Großteil der Befragten in der Großstadt (Abbildung 77), der Anteil der Großstadtbewohner im Verhältnis zur Gesamtstichprobe unterscheidet sich zwischen beiden Stichproben nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: n.s.). 67,2% gaben an, an ihrem Tätigkeitsort auch zu leben (1,5% fehlende Angaben).

**Abbildung 77: Verteilung der Befragten nach Größe (Einwohnerzahl) des Tätigkeitsortes (berentete Ärzte, N=134); Häufigkeiten [%]**



### Tätigkeitsfelder

Nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Mediziner ließen sich eindeutig einem der zwei Tätigkeitsfelder zuordnen. Drei Viertel (73,6% von 72) gaben an, in einer Praxis zu arbeiten, der Großteil davon in einer Einzelpraxis (62,3% der eindeutig ambulant tätigen Ärzte). Hier unterscheiden sich die berenteten Ärzte von den aktiven, bei denen eine Tätigkeit in der Klinik (60,5%) überwiegt. Zwischen den Geschlechtern besteht kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test: n.s.).

### Fachbereiche

Bei den Fachbereichen liegen Allgemeinmedizin (20,1%) und Innere Medizin (14,9%) auf den ersten Plätzen, die wenigsten Befragten arbeiteten in der diagnostischen FR (2,2%; Tabelle 33). Hierbei fallen einige Unterschiede zu den aktiven Ärzten auf. So ist bei den berenteten Ärzten im Vergleich zur Hauptstichprobe ein größerer Anteil in der Allgemeinmedizin (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.05$ ) und im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende FRn ( $p < 0.001$ ) tätig, aber ein deutlich geringerer Anteil in der chirurgischen FR ( $p < 0.001$ ). Auffallend ist zudem der hohe Anteil an fehlenden/ nicht auswertbaren Antworten, der hauptsächlich darauf zurück zu führen ist, dass Personen, die mehr als eine Fachrichtung angaben, von der Analyse ausgeschlossen wurden. Dies ist insbesondere bei älteren Mediziner nicht unproblematisch.

Tabelle 33: Häufigkeiten über die Fachgruppen (berentete Ärzte)

Fachgruppe		Häufigkeit (%)
Allgemeinmedizin	Anzahl (%)	27 (20,1)
Innere Medizin	Anzahl (%)	20 (14,9)
Kinder- und Jugendmedizin	Anzahl (%)	8 (6,0)
Diagnostische FR	Anzahl (%)	3 (2,2)
Chirurgische FR	Anzahl (%)	9 (6,7)
Organbezogene FR	Anzahl (%)	14 (10,4)
Neurologische/ psychiatrische FR	Anzahl (%)	6 (4,5)
Prävention, Gesundheitsförderung, Reha und angrenzende FRn	Anzahl (%)	17 (12,7)
Fehlend/ nicht auswertbar	Anzahl (%)	30 (22,4)
<b>Gesamt</b>	Anzahl (%)	134 (100,0)

### Hausärztliche Tätigkeit

Insgesamt 20,9% der Befragten gaben an, hausärztlich tätig zu sein, die Stichprobe unterscheidet sich damit nicht von der Hauptstichprobe (Aktive: 19,2%). Wie bei den aktiven Ärzten, ist allerdings auch bei ihren berenteten Kollegen ein hoher Anteil von fehlenden Angaben problematisch (39,6%).

### Tätigkeiten neben der Krankenversorgung

Auch hier gibt es, wie bereits in der Ersterhebung und der Hauptstichprobe, einen hohen Anteil fehlender Antworten. Für die Auswertung werden im Folgenden nur die Befragten mit einbezogen,

welche geantwortet hatten (Tabelle 34). Es ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede zur aktiven Stichprobe, am höchsten ist in beiden die Zustimmung zur Teilnahme an Weiterbildungen, am niedrigsten zum Ehrenamt in ärztlicher Selbstverwaltung.

**Tabelle 34: Gültige Antworten zu beruflichen Tätigkeitskomplexen neben der Krankenversorgung (berentete Ärzte)**

<b>Einzelitem zum Thema „Andere Tätigkeiten neben der Krankenversorgung“</b>	<b>Gültige Antworten (N pro Item)</b>	<b>Anteil an gültigen Antworten</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wissenschaftliche Tätigkeit	94	Anzahl (%)	22 (23,4)	72 (76,6)
Lehrtätigkeit	89	Anzahl (%)	21 (23,6)	68 (76,4)
Teilnahme an Weiterbildungen	106	Anzahl (%)	83 (78,3)	23 (21,7)
Ehrenamt in ärztlicher Selbstverwaltung	85	Anzahl (%)	11 (12,9)	74 (87,1)
Andere Ehrenämter	89	Anzahl (%)	25 (28,1)	64 (71,9)

#### **Art des Beschäftigungsverhältnisses**

Mit 42,5% liegt der Anteil der Selbstständigen leicht unter dem der Angestellten (47,8%; keine Angabe: 9,7%) aber signifikant über dem Anteil Selbstständiger in der Hauptstichprobe (Aktive: 29,1%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ). Hinsichtlich des Anstellungsverhältnisses besteht kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat-Test: n.s.).

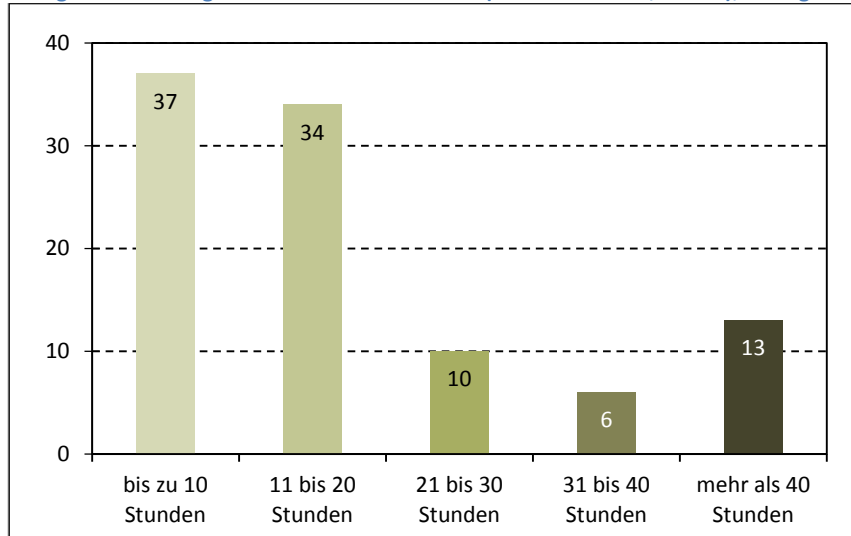
#### **Befristung von Arbeitsverträgen**

Von den 66 angestellt Beschäftigten gaben 33 (50,0%) an, einen unbefristeten Vertrag zu besitzen, 20 (30,3%) einen befristeten und 13 (19,7%) machten keine Angaben. Die durchschnittliche Dauer der Befristung betrug 15,6 Monate ( $\pm 10,1$ ,  $N=20$ ).

#### **Arbeitszeit und -umfang, Schicht und Bereitschaftsdienste**

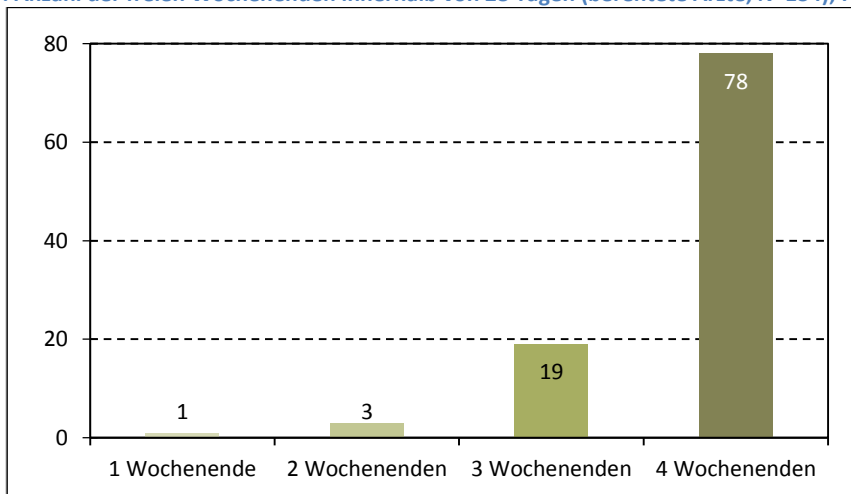
Zum Vergleich von Voll- und Teilzeitbeschäftigungen wurden bei fehlenden Werten wieder die Angaben zur subjektiven Arbeitszeit mit herangezogen und Mediziner mit einer mittleren wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 40 Stunden als Vollzeitbeschäftigte, die, die darunter lagen, als Teilzeitbeschäftigte gewertet. Anders als in der Hauptstichprobe fand sich bei den berenteten Befragten ein großer Anteil von Teilzeitarbeitsverhältnissen (114; 85,1%), 14,9% waren Vollzeit tätig (20). Bei der Frage nach der Wochenarbeitszeit (inklusive Überstunden) ergibt sich ein heterogenes Bild, sie rangierten von 0,6 bis 70 Stunden pro Woche (Median: 15 Stunden). Am häufigsten wurden „10“ (16 Nennungen von 134), „20“ (15 Nennungen) und „50“ (11 Nennungen) angegeben (Abbildung 78).

Abbildung 78: Verteilung der Arbeitszeit in Stunden (berentete Ärzte, N=134); Häufigkeiten [%]



Fast alle Befragten (126; 94%) gaben an, keinen Schichtdienst zu leisten, lediglich 4 (3%) leisten diesen (fehlende Angaben: 3%). Bei der Anzahl freier Wochenenden gibt es, wenig überraschend, deutliche Unterschiede zur aktiven Ärzteschaft. Nur 3,7% der Befragten haben zwei oder weniger Wochenenden im Monat frei (aktive Ärzte: 41,2%), der größte Teil vier (77,6%, aktive Ärzte: 25,2%; Abbildung 79), es besteht kein signifikanter Geschlechtsunterschied.

Abbildung 79: Anzahl der freien Wochenenden innerhalb von 28 Tagen (berentete Ärzte, N=134); Häufigkeiten [%]

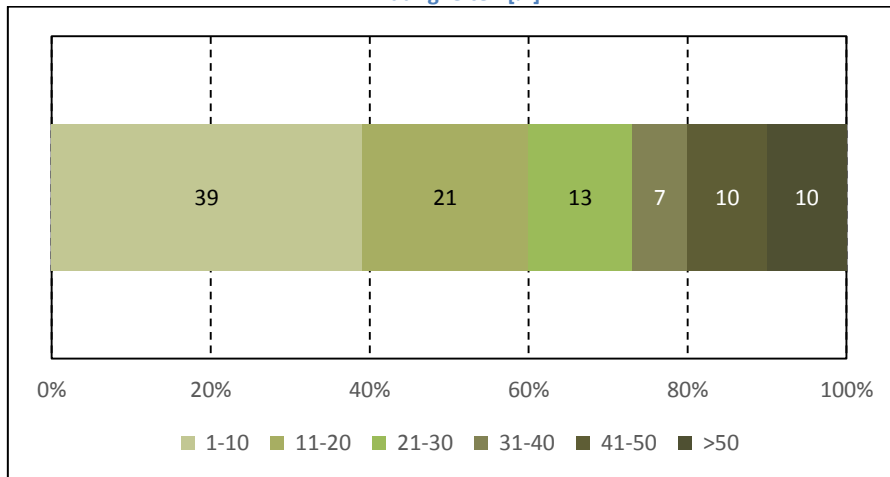


Die Option „0 freie Wochenenden“ wurde entfernt, da sie auf keinen der Befragte zutrifft.

### Patientenzahl

Im Mittel (Median) gaben die Befragten an, 15 Patienten pro Tag zu betreuen, die Antworten reichen dabei von 0 bis 80 (N=104; Abbildung 80). Wie bereits bei der Hauptstichprobe, behandeln ambulant tätige Mediziner im Durchschnitt mehr Patienten als ihre Kollegen in der Klinik (29,3 vs. 11,7, N=61; Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.01$ ).

Abbildung 80: Schätzung der durchschnittlichen Anzahl behandelter Patienten pro Tag (berentete Ärzte, N=94); Häufigkeiten [%]



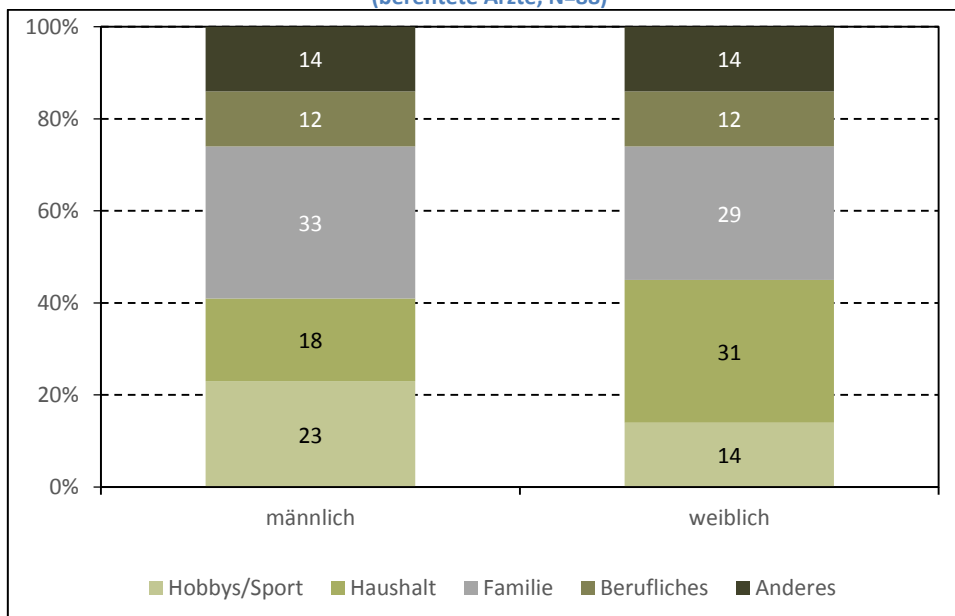
## 7.4 Deskriptive Auswertung der Stichprobe

### 7.4.1 Arbeitsbezogene Belastung und Beanspruchung

#### Beruf und Freizeit/ Urlaub

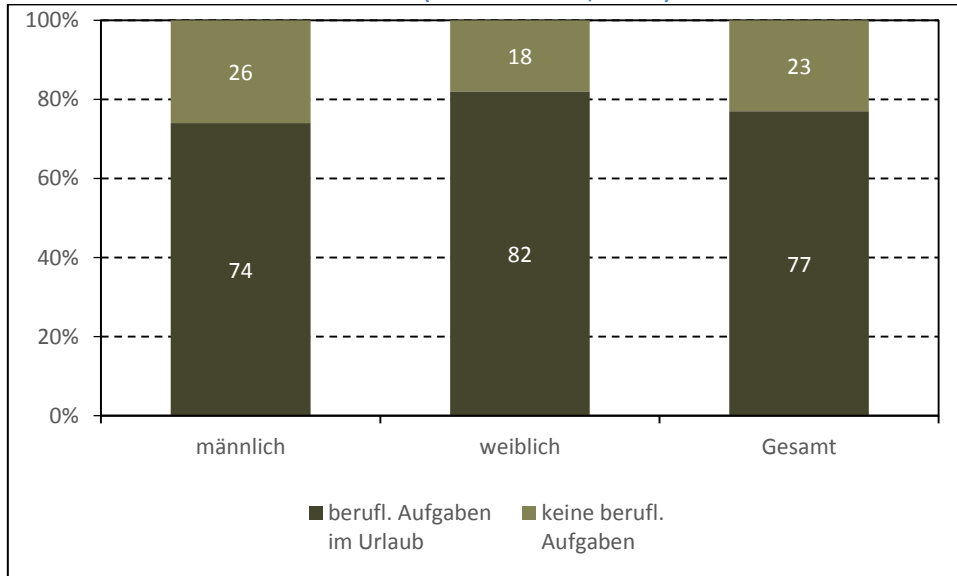
Von den Befragten gaben 88% an, Berufliches mit in den Urlaub zu nehmen (N=100), sie unterschieden sich damit nicht signifikant von der Hauptstichprobe. Berentete Ärzte beschäftigten sich in ihrer Freizeit häufiger mit Hobbies (Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.01$ ) und seltener mit dem Haushalt ( $p < 0.001$ ) als Ärztinnen (Abbildung 81). Im Vergleich zur Hauptstichprobe widmen berentete Ärzte einen größeren Teil ihrer Freizeit ihren Hobbies (22,6% vs. 16,4%;  $p < 0.01$ ), während berentete Ärztinnen mehr Zeit für Haushalt (31,2% vs. 23,9%;  $p < 0.01$ ) und andere, nicht näher bezeichnete Tätigkeiten (14,2% vs. 7,3%;  $p < 0.001$ ) angaben und weniger für Familie (36,2% vs. 28,8%;  $p < 0.05$ ).

Abbildung 81: Mittlere Anteile [%] einzelner Bereiche an der Freizeitgestaltung in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte, N=88)



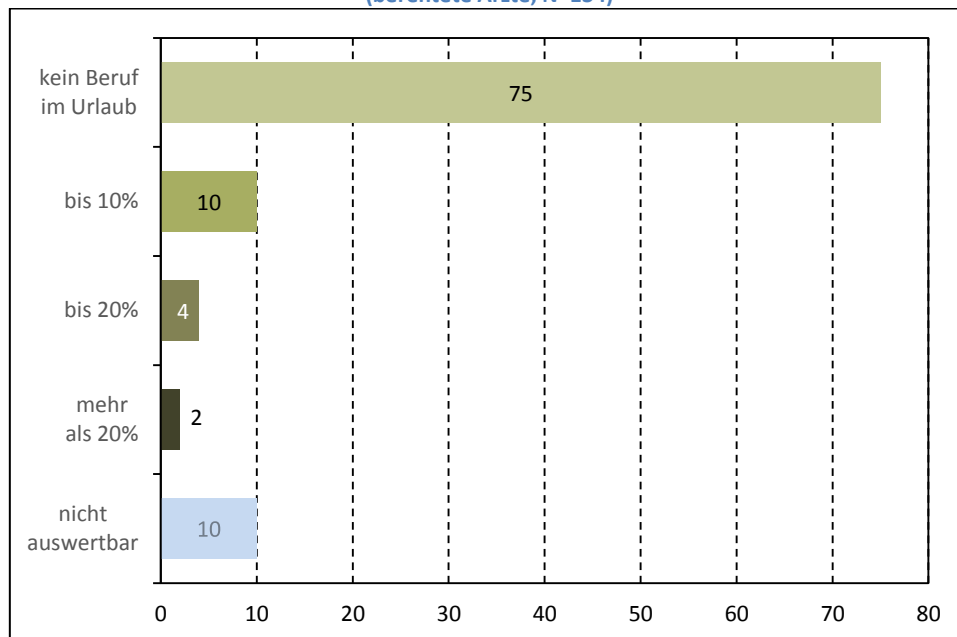
Knapp ein Viertel der berenteten Ärzte gab an, Berufliches im Urlaub zu erledigen und damit signifikant weniger als in der Hauptstichprobe (38,5%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ; Abbildung 82), der Großteil davon erledigt weniger als 10 Prozent Berufliches im Urlaub (Abbildung 83).

**Abbildung 82: Angabe eines Anteils [%] beruflicher Aufgaben, die im Urlaub erledigt werden in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte, N=130)**



*Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): n.s.*

**Abbildung 83: Anteile der Mediziner [%], die einen bestimmten Prozentsatz ihres Urlaubes für Berufliches aufwenden (berentete Ärzte, N=134)**



#### 7.4.2 Globalurteile zur subjektiv wahrgenommenen Belastung

Die Urteile zur subjektiv wahrgenommenen Belastung fallen bei den berenteten Ärzten, wenig überraschend, günstiger aus, als bei ihren aktiven Kollegen. Auffällig ist jedoch, dass Belastungen durch sich ändernde Anforderungen, welche bei den aktiven Ärzten insgesamt als weniger problematisch eingeschätzt wurden, insbesondere bei berenteten Frauen und ambulant tätigen Mediziner als problematisch wahrgenommen werden, während Mediziner in der Klinik hier

besonders gut abschneiden (Tabelle 35). Der Unterschied zwischen berenteten und aktiven Ärztinnen ist statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.001$ ; Vergleich Tätigkeitsbereiche: Datenlage unzureichend).

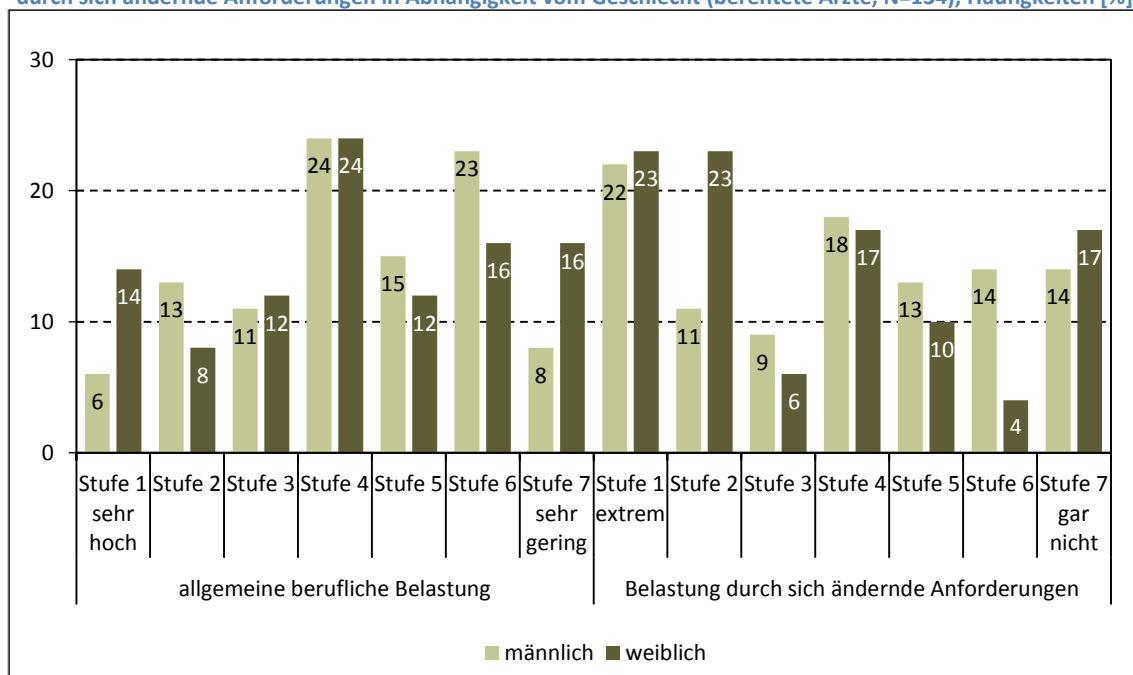
Fasst man die Antwortkategorien 1, 2 und 3 als hohe Belastung zusammen, so weist ein Drittel der berenteten Ärzte (Männer: 30,4%, Frauen: 33,3%) eine hohe allgemeine Belastung auf, aber deutlich mehr Ärzte (41,8%) und Ärztinnen (52,0%) fühlten sich durch sich ändernde Anforderungen belastet (Abbildung 84). Es ergaben sich keine statistisch signifikanten Korrelationen zwischen dem Alter der Befragten und den beiden Belastungsitems.

**Tabelle 35: Mittlere Angaben [Median] zur arbeitsbezogenen Belastung in Abhängigkeit von Geschlecht und Tätigkeitsbereich (berentete Ärzte)**

Item	Berufliche Belastung	Belastung durch sich ändernde Anforderungen
<b>Gesamt</b>	4	4
<b>nach Geschlecht (N=131)</b>		
männlich	4	4
weiblich	4	3
<b>Nach Tätigkeitsbereich (N=72)</b>		
Klinik	4	5
Praxis	4	2

*Punktwerte 1 = sehr hohe Belastung bis 7 = keine Belastung.*

**Abbildung 84: Items zur Belastung im Vergleich: Subjektive Einschätzung der beruflichen Belastung und der Belastung durch sich ändernde Anforderungen in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte, N=134); Häufigkeiten [%]**



### 7.4.3 Work-Life Balance

Berentete Ärzte weisen eine durchschnittliche Work-Life Balance von  $5,0 \pm 1,0$  auf, ein signifikanter Geschlechtsunterschied existiert nicht (t-Test für unabhängige Stichproben: n.s.). Das Ergebnis liegt deutlich über dem Wert der Hauptstichprobe (Aktiv: 3,6; t-Test für unabhängige Stichproben:  $p < 0.001$ ).

### 7.4.4 Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

#### Allgemeine Gesundheit und Leistungsfähigkeit

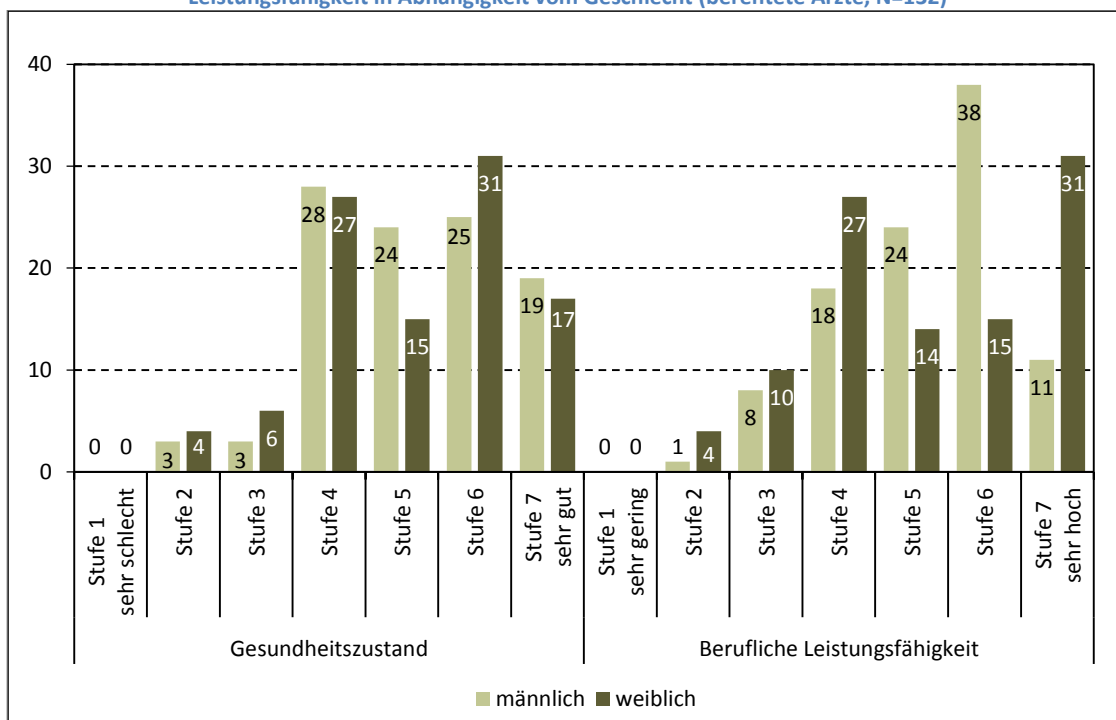
Betrachtet man die Mediane, so zeigt sich, dass berentete Ärzte allgemein einen guten Gesundheitszustand und eine hohe Leistungsfähigkeit aufweisen (Tabelle 36). Fasst man die Antwortkategorien 5, 6 und 7 als Zustimmung zusammen, so schätzen um die zwei Drittel der Mediziner ihren Gesundheitszustand (66,0%) und ihre Leistungsfähigkeit (67,9%) als gut ein (Geschlechtsunterschiede: beide Chi-Quadrat-Tests: n.s.; Abbildung 85). Berentete Ärzte liegen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und ihrer Leistungsfähigkeit unter der Hauptstichprobe.

Tabelle 36: Mittlere Angaben [Median] zur Gesundheit und Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit von Geschlecht (N=132) und Tätigkeitsbereich (berentete Ärzte, N=72)

Item	Gesamt	nach Geschlecht		nach Tätigkeitsbereich	
		männlich	weiblich	Klinik	Praxis
Eigener Gesundheitszustand	5	5	5	6	5
Berufliche Leistungsfähigkeit	5	5	5	6	6

1 = sehr negative Bewertung, 7 = sehr positive Bewertung/ Items wurden umgepolt

Abbildung 85: Häufigkeiten [%] zur subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes sowie der beruflichen Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte, N=132)





## **Lebensgewohnheiten, Gesundheits- und Risikoverhalten**

### ***Körpergewicht und BMI***

Der BMI der Ärztinnen und Ärzte befindet sich im Durchschnitt gerade noch im Bereich des Normgewichts (Frauen: 24,6) bzw. im Bereich Übergewicht (Männer: 26,0). Weder zwischen den Geschlechtern, noch zwischen berenteten Ärzten und ihren Kollegen über 60 Jahre in der Hauptstichprobe bestehen signifikante Unterschiede (t-Test für unabhängige Stichproben, alle: n.s.). 45% der Ärzte wiesen Normalgewicht und 44,3% Übergewicht auf, 9,9% waren adipös.

### ***Sportliche Aktivitäten***

18,8% der befragten Ärzte gaben an, keinen Sport zu machen, 14,3% weniger als ein Mal pro Woche, 51,1% mindestens ein Mal pro Woche und 15,8% täglich (N=133). Die Geschlechter unterscheiden sich hinsichtlich ihres Antwortverhaltens nicht signifikant. Im Vergleich zur Hauptstichprobe fällt v.a. der höhere Anteil an Personen auf, die angaben, keinen Sport zu machen (Aktiv: 13,1%).

### ***Subjektive Beurteilung des Ernährungsverhaltens***

91,5% der Ärzte gaben an, sich gesund zu ernähren (N=129), sie liegen damit auf dem gleichen Niveau wie die aktiven Ärzte über 60 (Aktiv: 87,9%). Die Geschlechter unterscheiden sich hinsichtlich ihres Antwortverhaltens nicht signifikant.

### ***Genussmittel: Tabak- und Alkoholkonsum***

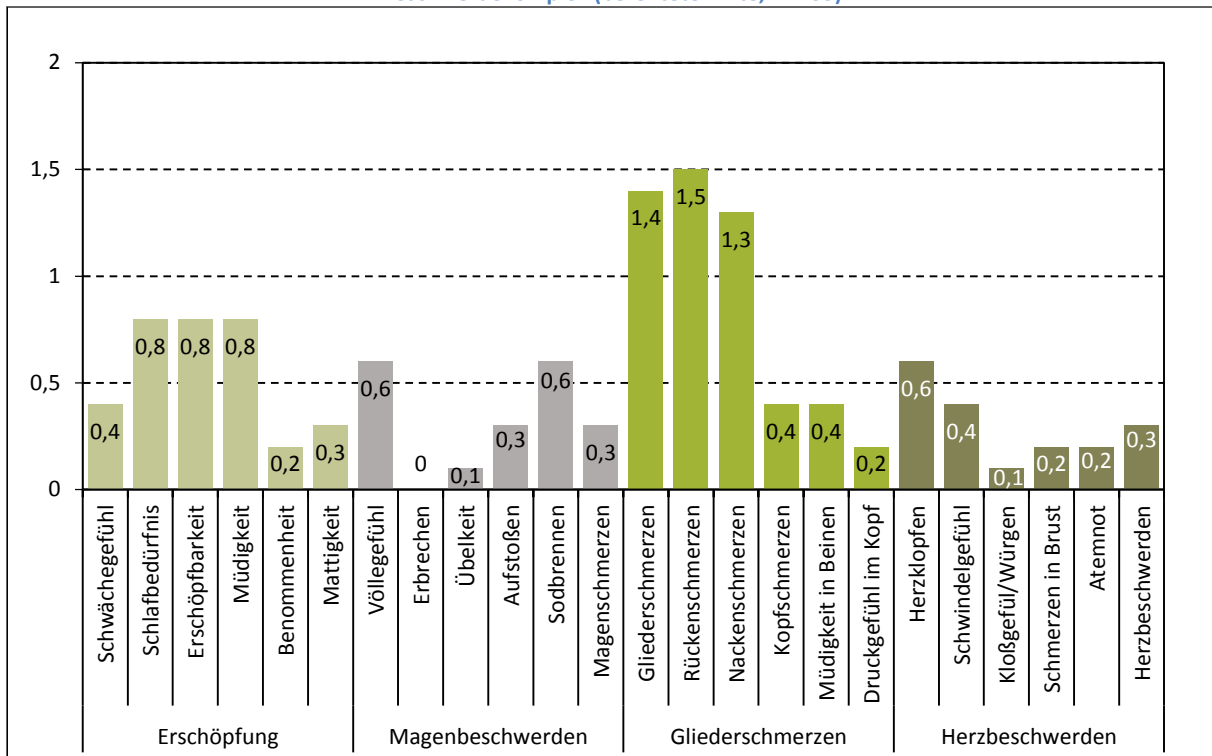
95,5% der Befragten gaben an nicht, bzw. nicht mehr, zu rauchen (Aktive Ärzte über 60: 94,4%). Des Weiteren trinken 95,5% der Ärzte entweder keinen Alkohol oder weisen einen risikoarmen Konsum auf (N=132; Aktive Ärzte über 60: 95,3%).

## **7.4.5 Vorliegende Beschwerden, Erkrankungen und Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit**

### **Aktuelle Beschwerden**

Die mit Abstand am häufigsten genannten Beschwerden - Kreuz- oder Rückenschmerzen (1,5), Gelenk – oder Gliederschmerzen (1,4) und Nacken- oder Schulterschmerzen (1,3) – stammen alle aus dem Bereich Gliederschmerzen (Abbildung 86). Dementsprechend war „Gliederschmerzen“ auch der Beschwerdekomples mit den höchsten Werten (5,1), gefolgt von Erschöpfung (3,0), Magenbeschwerden und Herzbeschwerden (beide 1,8). Der Beschwerdedruck insgesamt beträgt 11,4. Es existieren keine signifikanten Geschlechterunterschiede innerhalb der einzelnen Beschwerdekomplesse. Berentete Ärzte weisen deutlich weniger Erschöpfung (Aktive Ärzte über 60: 5,2; Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.001$ ) und einen niedrigeren Gesamtbeschwerdedruck auf als ihre aktiven Kollegen über 60 Jahre (Aktive Ärzte über 60: 14,6; Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.05$ ). Dies ist um so erstaunlicher, da die berentete Stichprobe im Durchschnitt 10 Jahre älter ist als ihre Vergleichsgruppe aus der Hauptstichprobe (73,6 vs. 63,3 Jahre).

Abbildung 86: Mittlere Punktwerte für die Intensität von vorliegenden Einzelbeschwerden [0-4] des GBB-24 nach Beschwerdekplex (berentete Ärzte, N=133)



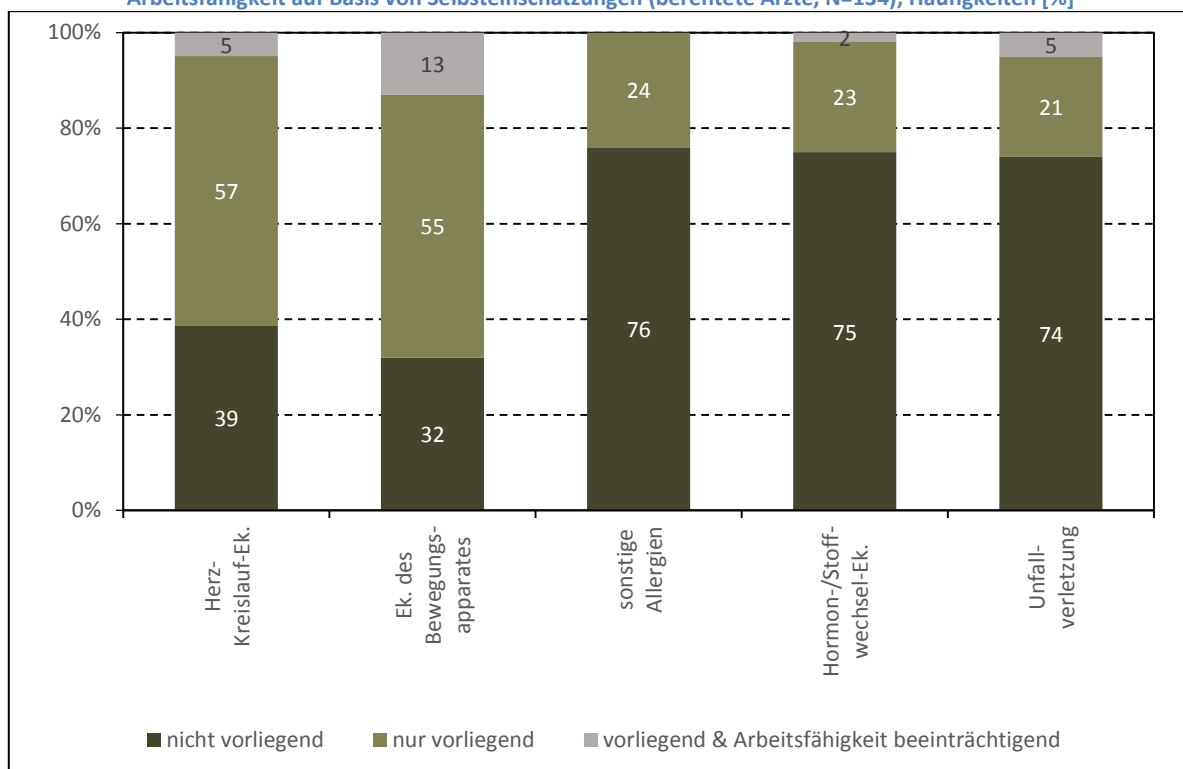
### Vorliegende Erkrankungen und damit verbundene Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit

Über die Hälfte der berenteten Mediziner gab Beschwerden im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems (56,7%) oder des Bewegungsapparates (55,2%) an. Damit lagen die beiden Bereiche deutlich vor den anderen Beschwerden (Tabelle 37). In der Kategorie „vorliegend und beeinträchtigend“ liegen die Erkrankungen des Bewegungsapparates auf dem ersten Platz (12,7%) und mit deutlichem Abstand vor den zweitplatzierten Unfallverletzungen (5,3%). Abbildung 87 gibt einen Überblick über die am häufigsten vorliegenden Beschwerden/ Erkrankungen und die damit verbundene Beeinträchtigung.

Tabelle 37: Anteile von vorliegenden Beschwerden sowie von Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (berentete Ärzte, N=134)

Krankheiten/ Beschwerden		nur vorliegend		Rangplatz „nur vorliegend“	vorliegend + beeinträchtigt		Rangplatz „beeinträchtigt“
Unfallverletzung	Anteil (%)	27	(20,5)	5	7	(5,3)	2
Ek. d. Bewegungsapparates	Anteil (%)	74	(55,2)	2	17	(12,7)	1
Herz-Kreislauf-Ek.	Anteil (%)	76	(56,7)	1	6	(4,5)	3
Atemwegs-Ek.	Anteil (%)	25	(18,7)		1	(0,7)	
Hautkrankheiten	Anteil (%)	21	(15,7)		1	(0,7)	
sonstige Allergien	Anteil (%)	32	(24,1)	3	0	(0,0)	
psychische Ek.	Anteil (%)	17	(12,9)		1	(0,8)	
neurolog. & sensorische Ek.	Anteil (%)	21	(15,7)		5	(3,7)	4
Ek. Magen-Darm-Trakt /Verdauungssystem	Anteil (%)	27	(20,1)		4	(3,0)	
Geschlechts-/ Harnwegs-Ek.	Anteil (%)	26	(19,5)		1	(0,8)	
Tumore	Anteil (%)	13	(10,0)		4	(3,1)	5
Hormon-/Stoffwechsel-Ek.	Anteil (%)	30	(22,6)	4	3	(2,3)	
Blutkrankheiten	Anteil (%)	1	(0,7)		0	(0,0)	
Sucht	Anteil (%)	2	(1,5)		1	(0,8)	

Abbildung 87: Häufigste vorliegende Beschwerden/Erkrankungen und durch diese hervorgerufene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auf Basis von Selbsteinschätzungen (berentete Ärzte, N=134); Häufigkeiten [%]



## 7.4.6 Aspekte psychischer Gesundheit

### Erholungsunfähigkeit

Hinsichtlich der Erholungsunfähigkeit liegen Ärztinnen (10,5) signifikant über Ärzten (8,8; Mann-Whitney-U-Test:  $p < 0.05$ ). Legt man dem Geschlechtervergleich jedoch die Kategorisierung in „nicht auffällig“ vs „auffällig + sehr auffällig“ (94,5% vs. 5,5%,  $N=128$ ) zu Grunde, so existiert kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Es befinden sich deutlich mehr berentete Ärzte im unauffälligen Bereich als in der Gruppe der aktiven Ärzte (84,1%; Chi-Quadrat-Test:  $p < 0.01$ ).

### Burnout

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Ärzte mit Burnout-Symptomen in der Stichprobe der berenteten Ärzte deutlich niedriger als bei den aktiven Medizinern (16,5% vs. 45,2%), zudem existierten in der berenteten Stichprobe keine Burnout-Fälle (Tabelle 38).

**Tabelle 38: Mittlere Angaben zu den Subskalen des MBI-GS und zum Burnout-Risiko in Abhängigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte)**

MBI-GS (N=123)		männlich	weiblich	Gesamt
<b>Emotionale Erschöpfung</b>	MW ± SD	0,8 ± 0,9	1,1 ± 0,8	0,9 ± 0,9
<b>Zynismus</b>	MW ± SD	0,6 ± 0,8	0,6 ± 0,8	0,6 ± 0,8
<b>Professionelle Effizienz</b>	MW ± SD	4,6 ± 1,5	4,9 ± 1,0	4,8 ± 1,3
<b>Burnout-Klassifikation (N=91)</b>				
<b>Burnout-Gesamtwert</b>	MW ± SD	0,9 ± 0,7	0,8 ± 0,5	0,9 ± 0,7
<b>kein Burnout</b>	Anzahl (%)	49 (81,7)	27 (87,1)	76 (83,5)
<b>einige Burnout-Symptome</b>	Anzahl (%)	11 (18,3)	4 (12,9)	15 (16,5)
<b>Burnout</b>	Anzahl (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

*Punktwerte 0 = nie bis 6 = täglich.*

*Skalen: Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig): Emotionale Erschöpfung:  $p < 0.05$ , Zynismus/ Professionelle Effizienz/ Burnout-Gesamtwert: n.s.*

*Klassifikation: Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Signifikanz zweiseitig): n.s.*

### Resilienz

Die berenteten Ärzte weisen einen Resilienz-Wert von 60,9 ( $\pm 14,7$ ) auf und liegen damit, wie ihre Kollegen aus der Hauptstichprobe, im unauffälligen, mittleren Bereich der deutschen Gesamtbevölkerung (Schumacher et al. 2005).

## 7.4.7 Arbeitszufriedenheit, Wertschätzung und berufliche Zukunftsperspektive

### Zufriedenheitsaspekte

Die berenteten Ärzte weisen durchweg hohe Zufriedenheitswerte auf, lediglich die Zufriedenheit mit dem Gehalt und der Verwirklichung eigener Vorstellungen liegen etwas niedriger, allerdings immer

noch auf extrem hohen Niveau (Tabelle 39). Dieser Eindruck bestätigt sich, wenn man die Zustimmungswerte (Antwortkategorien 5-7) für die einzelnen Items betrachtet. Die höchste Zustimmung erhält – wie in der Hauptstichprobe – das Sinnerleben in der Arbeit (97,7%). Es folgen die Möglichkeit die eigenen Fähigkeiten einzubringen, das Item „Beruf entspricht Erwartungen“ (beide 90,8%) und die Zufriedenheit mit dem Verantwortungsumfang (84,7%; Abbildung 88). Schlusslichter bilden die Verwirklichung eigener Vorstellungen im Beruf (76,1%) und Zufriedenheit mit dem Gehalt (70,9%).

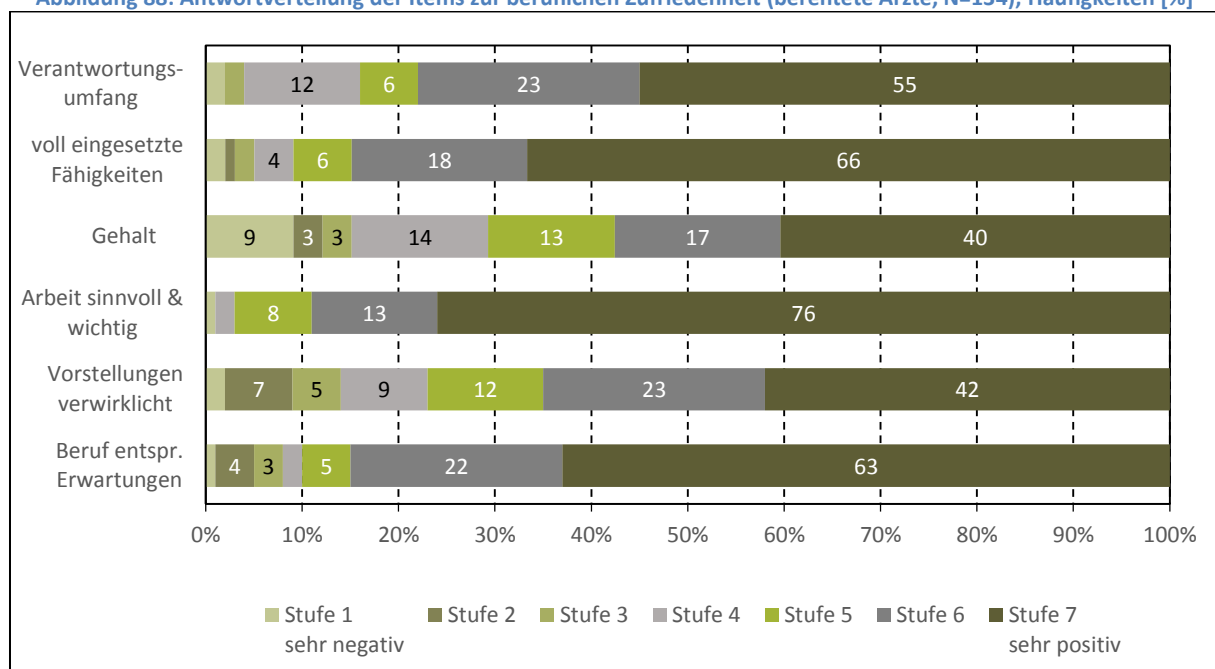
**Tabelle 39: Mittlere Angaben [Median] zur beruflichen Zufriedenheit in Abhängigkeit vom Geschlecht (berentete Ärzte, N=131)**

Item	Gesamt	Nach Geschlecht (N=1400)	
		männlich	weiblich
Zufriedenheit mit Verantwortungsumfang	7	7	7
Einbringen eigener Fähigkeiten im Beruf	7	7	7
Zufriedenheit mit Gehalt	6	6	6
Sinnerleben in der Arbeit	7	7	7
Verwirklichung eigener Vorstellungen im Beruf	6	6	6
Beruf entspricht Erwartungen	7	7	7

*Punktwerte 1 = sehr negative Bewertung bis 7 = sehr positive Bewertung.*

*Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Signifikanz zweiseitig) auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern: alle: n.s.*

**Abbildung 88: Antwortverteilung der Items zur beruflichen Zufriedenheit (berentete Ärzte, N=134); Häufigkeiten [%]**



#### 7.4.8 Fazit: Berentete Ärzte

Berentete Ärzte weisen in den Bereichen Work-Life Balance, Erholungsunfähigkeit und Burnout-Symptome gute Ergebnisse auf, die besser als die Werte der Hauptstichprobe sind. Sie geben insgesamt eine hohe Zufriedenheit und eine durchschnittliche Resilienz an und liegen bei subjektivem Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit auf hohem Niveau, aber unter den Werten der aktiven Ärzte. Die berenteten Ärzte zeigen ein ähnlich gesundes Verhalten in Bezug auf Rauchen, Alkohol, Ernährung und Gewicht wie die aktiven Ärzte über 60 Jahre aus der Hauptstichprobe, geben allerdings deutlich häufiger an, keinen Sport zu machen. Als beeinträchtigend werden v.a. Erkrankungen des Bewegungsapparates erlebt. Als belastend erweist sich der Umgang mit sich ändernden Anforderungen für berentete Ärztinnen und ambulant tätige Mediziner und Medizinerinnen.

## 8. Zusammenfassung und Bewertung

Die Befragung der sächsischen Ärzteschaft ermöglicht es erstmals, nicht nur ein Bild zu aktueller Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit zu erhalten, sondern auch, dieses mit den Ergebnissen der Ersterhebung (2007) zu vergleichen. Tabelle 40 fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen.

**Tabelle 40: Zusammenfassung zentraler Ergebnisse**

<b>Merkmal</b>	<b>Ergebnis</b>	<b>Anmerkung</b>
Wochenarbeitszeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit lag bei 51,6 Stunden und damit signifikant unter dem Ergebnis der Ersterhebung (55,2)</li> <li>- Die Arbeitszeit liegt über den gesetzlichen Vorgaben</li> </ul>	Es wurden nur Angestellte in Vollzeit berücksichtigt
Beruf und Freizeit	<p><b>Freie Wochenenden pro Monat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Großteil (93%) gab 2 oder mehr freie Wochenenden an</li> <li>- seit 2007 deutlicher Zuwachs bei vier freien Wochenenden, Frauen lagen hier vor Männern</li> <li>- ambulant tätige Mediziner hatten häufiger drei oder mehr Wochenenden frei als ihre stationären Kollegen</li> </ul> <p><b>Berufliches in der Freizeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Großteil (87%) erledigt Berufliches in der Freizeit</li> <li>- sowohl die Zustimmung zur Aussage Berufliches mit in die Freizeit zu nehmen, als auch der Anteil beruflicher Tätigkeiten am Urlaub (weniger als ein Fünftel) hatten seit der Ersterhebung abgenommen</li> </ul> <p><b>Berufliches im Urlaub</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- circa jeder Vierte (2007: die Hälfte) nimmt den Beruf mit in den Urlaub, Ärzte etwas häufiger als Ärztinnen</li> <li>- Allgemeinmediziner erledigten am häufigsten berufliche Tätigkeiten im Urlaub</li> </ul>	
Subjektiv wahrgenommene Belastung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insgesamt hoher Level von allgemeiner, beruflicher Belastung und von Belastung durch sich ändernde Anforderungen, allerdings unter der Erstbefragung</li> <li>- Belastung durch sich ändernde Anforderungen besonders ab 50 Jahren und im ambulanten Bereich problematisch, seit 2007 gab es allerdings Verbesserungen im ambulanten Bereich und bei den Männern</li> </ul>	
Work-Life Balance (WLB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulant tätige Ärzte lagen über stationär tätigen, die schlechtesten Ergebnisse fanden sich in der Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>- die WLB nahm mit dem Alter leicht zu</li> </ul>	WLB wurde 2019 zum ersten Mal erhoben.
Berufliche Leistungsfähigkeit und Gesundheitszustand (subjektiv)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insgesamt eine sehr gute Einschätzung von Gesundheitszustand und beruflicher Leistungsfähigkeit</li> <li>- Ärzte lagen in beiden Bereichen vor Ärztinnen und konnten sich auch gegenüber ihren Geschlechtsgenossen aus der Ersterhebung verbessern</li> <li>- stationär tätige Ärzte schätzten ihre Leistungsfähigkeit höher ein als ambulant tätige</li> </ul>	
Gesundheitsverhalten vs. Risikofaktoren	<p><b>BMI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Hälfte der Mediziner und ein Viertel den Medizinerinnen war entweder übergewichtig oder adipös, Ältere häufiger als Jüngere</li> <li>- kaum Veränderungen zur Ersterhebung, günstigere Werte als die Allgemeinbevölkerung</li> </ul> <p><b>Sport</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zwei Drittel gaben an, mindestens einmal in der Woche Sport zu</li> </ul>	

	<p>machen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärzte erwiesen sich sportlicher als bei der Ersterhebung und in der Allgemeinbevölkerung</li> <li>-während 2007 noch ein Drittel der über Sechzigjährigen angab, keinen Sport zu machen, ist es aktuell nur noch jeder Zehnte</li> </ul> <p>Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- circa vier von fünf Befragten gaben an, sich gesund zu ernähren, besonders häufig Ärztinnen und Personen über 60 Jahre</li> </ul> <p>Alkohol und Tabakgebrauch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9,1% der Befragten waren Raucher, fast alle wiesen risikoarmen oder keinen Alkoholkonsum auf</li> <li>- in beiden Bereichen gab es seit 2007 Verbesserungen</li> </ul>	
Aktuelle Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kaum Veränderungen zur Erstbefragung, Erschöpfung weiterhin problematisch</li> <li>- Beschwerdedruck erhöht bei Frauen, Jüngeren und stationär tätigen Medizinern</li> </ul>	
Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch vorliegende Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorliegende Erkrankungen: Erkrankungen des Bewegungsapparates an erster Stelle, gefolgt von sonstigen Allergien. Seit 2007 deutliche Zunahme bei Hormon- und Stoffwechselerkrankungen.</li> <li>- Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit: Erkrankungen des Bewegungsapparates an erster Stelle, gefolgt von psychischen Erkrankungen</li> <li>- Frauen sind häufiger von Vorliegen und Beeinträchtigungen betroffen bei: Erkrankungen des Bewegungsapparates, psychischen Erkrankungen, neurologischen und sensorischen Erkrankungen und Magen-Darm-Erkrankungen</li> </ul>	
Erholungsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mehr als vier Fünftel der Befragten unauffällig</li> <li>- seit 2007 deutliche Verbesserungen bei den Ärztinnen</li> <li>- stationär tätige Mediziner waren häufiger auffällig als ambulant tätige</li> </ul>	
Burnout	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signifikante Zunahme von Burnout Symptomen seit 2007</li> <li>- stationär tätige Mediziner häufiger von Symptomen und Burnout betroffen als ambulant tätige</li> </ul>	
Resilienz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resilienz-Werte liegen im Bevölkerungsdurchschnitt</li> </ul>	Resilienz wurde 2019 zum ersten Mal erhoben.
Berufliche Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insgesamt hohe Zufriedenheit mit Verantwortungsumfang, der Möglichkeit die eigenen Fähigkeiten einzubringen und insbesondere dem Sinnerleben</li> <li>- Zufriedenheit mit dem Gehalt lag unter anderen Bereichen aber deutlich über der Ersterhebung</li> <li>- der Beruf entsprach den Erwartungen besonders für Männer, Allgemeinmediziner und ältere Personen</li> </ul>	
Berufliche Zukunft	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zukunftsvorstellungen insgesamt positiv aber unter 2007</li> <li>- drei Viertel der Befragten dachten nicht an den Wechsel in ein medizinisches Fach, vier von fünf möchten weiterhin in ihrem Beruf tätig bleiben und mehr als ein Drittel kann sich die Zukunft ohne den Beruf nicht vorstellen</li> <li>- stationär tätige Ärzte konnten sich einen Wechsel in eine medizinische Tätigkeit eher vorstellen als ambulant tätige</li> <li>- die Allgemeinmedizin wies allgemein günstige Werte auf, die Kinder- und Jugendmedizin ungünstige</li> </ul>	

Nach wie vor ist die sächsische Ärzteschaft einer hohen beruflichen Belastung ausgesetzt, auch wenn diese sich seit der ersten Erhebung im Jahr 2007 verringert hat. Neben inhaltlichen Aspekten des



Arztberufes – wie der Umgang mit Leiden und Tod oder mit Patienten in extremen Situationen – spielt hier sicher auch die hohe durchschnittliche Wochenarbeitszeit von mehr als 50 Stunden eine Rolle. Obwohl die selbstberichtete Arbeitszeit (inklusive Überstunden) bei Vollzeit tätigen Medizinern seit der ersten Erhebung um circa fünf Stunden abgenommen hat, liegt sie immer noch deutlich über einer Vierzig-Stunden-Woche. Vollzeitbeschäftigungen machen immer noch den größten Anteil an den Beschäftigungsverhältnissen aus, so dass 9 von 10 Ärzten und 7 von 10 Ärztinnen in Vollzeit arbeiten. Zudem nehmen fast alle Mediziner ihren Beruf auch mit in die Freizeit, beim Urlaub ist es 2019 immerhin noch ein Viertel.

Die unterschiedlichen Arbeitskontexte in denen die Mediziner arbeiten, wirken sich dabei auch auf die Angaben zur Work-Life Balance aus. So weisen ambulant tätige Ärzte – die seltener Schicht- und Nachtdienste absolvieren und häufiger drei oder mehr Wochenenden im Monat frei haben – eine bessere Work-Life Balance auf als ihre Kollegen in der Klinik. Insgesamt betrachtet liegen die sächsischen Ärzte hinsichtlich ihrer Work-Life-Balance unterhalb der Führungskräfte aus kleinen und mittelständigen Unternehmen und in etwa gleichauf mit den Lehrern aus Gymnasien, Real- und Gesamtschulen, welche die Validierungsstichproben der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life Balance bilden (Syrek et al. 2011).

Etwas anders sieht es mit der Belastung durch sich ändernde Anforderungen, beispielsweise in Bezug auf Gesetze, Verordnungen und Richtlinien, aus. Auch sie ist allgemein hoch, allerdings bei ambulant tätigen Medizinern besonders ausgeprägt. Die Belastung durch sich ändernde Anforderungen nimmt mit dem Alter zu und ist dementsprechend auch bei den berenteten, aktiven Ärzten als problematisch einzustufen. Betrachtet man die Bedeutung von Praxen für die Versorgung insbesondere des ländlichen Raumes und die durch den demographischen Wandel bedingte Alterung der Ärzteschaft, so kommt dieser Form der Belastung eine Schlüsselrolle zu, wenn es darum geht, die sächsische Ärzteschaft zu entlasten. Es empfehlen sich Maßnahmen, die bürokratische Anforderungen im ambulanten Bereich reduzieren und notwendige Veränderungen zielgruppengerecht kommunizieren.

Trotz der insgesamt hohen Belastung schätzt die sächsische Ärzteschaft ihre Gesundheit und Arbeitsfähigkeit insgesamt als gut ein. Der gute Gesundheitszustand dürfte nicht zuletzt auch am entsprechenden gesunden Lebensstil der sächsischen Ärzte liegen, welche auch 2019 wieder, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, einen günstigeren BMI und eine höhere sportliche Aktivität aufweisen. Vier von fünf Ärzten ernähren sich laut eigenen Angaben gesund, weniger als jeder Zehnte raucht und fast alle trinken entweder keinen Alkohol oder konsumieren in einem risikoarmen Ausmaß. Was Sport, Ernährung und Alkohol- und Tabakkonsum angeht, haben sich die Ärzte seit der letzten Erhebung damit sogar noch verbessert. Insbesondere der insgesamt niedrige Alkoholkonsum überrascht vor dem Hintergrund aktueller Studien, die problematisches Konsumverhalten bei Ärzten beschreiben (Oreskovich et al. 2015; Mäulen 2013). Einschränkend muss hier aber auch erwähnt werden, dass es sich um eigene Angaben der Befragten handelt. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass Ärzte mit risikoreichen oder gefährlichen Alkoholkonsum eher nicht an dieser Befragung zur Ärztegesundheit teilgenommen haben.

Trotz des allgemein guten gesundheitlichen Zustandes stellen Beschwerden im Zusammenhang mit Erschöpfung immer noch ein relevantes Problem für die sächsischen Ärzte dar. Allgemein ist der Beschwerdedruck, welcher hauptsächlich auf Erschöpfung und Gliederschmerzen zurückzuführen ist, bei Frauen, stationär tätigen Medizinern und bei Ärzten unter 40 erhöht. Die Erkrankungen des Bewegungsapparates liegen sowohl hinsichtlich der Verbreitung als auch hinsichtlich der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit an erster Stelle. Problematisch erscheint im Jahr 2019 zudem die Beeinträchtigung durch psychische Erkrankungen, welche seit der Ersterhebung zugenommen

hat, so wie es seit 2007 auch zu einer Zunahme der Burnout-Symptomatik gekommen ist, wovon aktuell die Hälfte der Ärzteschaft betroffen ist. Dies ist nicht nur mit Hinblick auf die Ärzteschaft von Bedeutung, die psychische Gesundheit der Ärzte ist auch für eine hochwertige medizinische Versorgung und die Zufriedenheit der Patienten von großer Wichtigkeit (Panagioti et al. 2018; Anagnostopoulos et al. 2012). Neben Änderungen bei den Arbeitszeiten, scheint hier auch die vermehrte Implementierung von Präventionsmaßnahmen bereits während des Medizinstudiums sinnvoll, wie sie bereits vereinzelt zu finden ist (Vajda und Matzer 2017; Kötter 2019) sowie Maßnahmen zur Reduktion der Stigmatisierung von Ärzten mit psychischen Erkrankungen (Wallace 2012).

Betrachtet man die Gesundheit, so fallen insbesondere zwei Risikogruppen auf. Stationär tätige Mediziner weisen einen höheren Beschwerdedruck auf und berichten häufiger Burnout-Symptome als ihre Kollegen in Praxen. Außerdem erleben Ärztinnen einen höheren Beschwerdedruck sowie häufiger Erkrankungen und Beeinträchtigungen als ihre männlichen Kollegen. Maßnahmen zur Verbesserung der Arztgesundheit sollten deshalb auch immer mit Hinblick auf diese beiden Gruppen entwickelt werden.

Die sächsische Ärzteschaft weist insgesamt eine hohe, selbsteingeschätzte berufliche Leistungsfähigkeit auf, hier liegen stationär tätige Ärzte vor ihren ambulant tätigen Kollegen und Ärzte vor Ärztinnen. Auch die berenteten Ärzte schätzen sich insgesamt als gesund und leistungsfähig ein, wenn auch insgesamt weniger als ihre aktiven Kollegen. Während sie hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens ihren älteren Kollegen aus der Hauptstichprobe ähneln, ist allerdings auffällig, dass berentete Ärzte deutlich öfter keinen Sport treiben, was möglicherweise auf das vermehrte Auftreten von Erkrankungen des Bewegungsapparates und anderer Beschwerden und das höhere Alter zurück zu führen ist.

Die Ärzteschaft ist insgesamt hochzufrieden mit ihrem Beruf, besonders hoch ist die Zustimmung zur Sinnhaftigkeit des ärztlichen Handelns, welche durchaus eine Ressource für die Ärzteschaft darstellen kann. Andererseits kann gerade diese erlebte Sinnhaftigkeit zum Ignorieren eigener Bedürfnisse und Grenzen sowie zu problematischem Arbeitsverhalten führen und damit das erhöhte Burnout-Risiko der sächsischen Ärzteschaft begünstigen. Zur hohen Zufriedenheit passen auch die insgesamt positiven Zukunftsvorstellungen und -wünsche der sächsischen Ärzteschaft, die allerdings etwas unter denen der ersten Erhebung liegen. Vier von fünf Befragten möchten auch weiterhin in ihrem Beruf tätig bleiben und mehr als ein Drittel kann sich einen Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit nicht vorstellen. Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass sich die Zukunftsvorstellungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin seit der Ersterhebung verschlechtert haben. Auch die Zufriedenheit mit dem Gehalt hat seit der letzten Befragung deutlich zugenommen, weist aber im Vergleich zu den anderen Zufriedenheitsbereichen immer noch eher niedrige Werte auf.

Insgesamt haben sich bei der sächsischen Ärzteschaft seit der ersten Erhebung Verbesserungen bezüglich Freizeit und Gesundheitsverhalten ergeben. Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit sind weiterhin hoch, allerdings auch die Erschöpfung; psychische Erkrankungen haben zugenommen. Die berenteten Ärzte ähneln ihren aktiven Kollegen, sind aber allgemein weniger belastet und liegen bei Gesundheitszustand und Leistungsfähigkeit unter diesen.

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, Carla; Giernalczyk, Thomas (2016): Ärzte im Krankenhaus. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 17 (02), S. 36–39. DOI: 10.1055/s-0042-103844.
- Anagnostopoulos, Fotios; Liolios, Evangelos; Persefonis, George; Slater, Julie; Kafetsios, Kostas; Niakas, Dimitris (2012): Physician Burnout and Patient Satisfaction with Consultation in Primary Health Care Settings: Evidence of Relationships from a one-with-many Design. In: *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 19 (4), S. 401–410. DOI: 10.1007/s10880-011-9278-8.
- Bauer, J.; Groneberg, D. A. (2015): Ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: *Dtsch med Wochenschr* 140 (15), e150-e158. DOI: 10.1055/s-0041-103165.
- Behmann, Mareike; Schmiemann, Guido; Lingner, Heidrun; Kühne, Franziska; Hummers-Pradier, Eva; Schneider, Nils (2012): Berufs zufriedenheit von Hausärzten. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 109 (11).
- Beitzel, K. I.; Ertl, L.; Grosse, C.; Reiser, M.; Ertl-Wagner, B. (2011): Berufszufriedenheit von Radiologen in Deutschland – aktueller Stand. In: *Fortschr Röntgenstr* 173 (08), S. 749–757. DOI: 10.1055/s-0031-1273328.
- Bergner, T. (2018): Belastungen in der Notfallmedizin. In: *Notfall Rettungsmed* 21 (3), S. 192–198. DOI: 10.1007/s10049-018-0447-2.
- Brähler, E.; Scheer, J. W. (1995): Der Gießener Beschwerdebogen (GGB). Handbuch (2, ergänzte und revidierte Aufl. gestellt.).
- Brähler, Elmar; Schumacher, Jörg; Brähler, Christa (2000): Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GGB-24. In: *Psychother Psych Med* 50 (01), S. 14–21.
- Bugaj, Till Johannes; Mücksch, Christine; Schmid, Carolin; Junne, Florian; Erschens, Rebecca; Herzog, Wolfgang; Nikendei, Christoph (2016): Peer-led Stress Prevention Seminars in the First Year of Medical School—A Project Report. In: *GMS journal for medical education* 33 (1).
- Bühringer, Gerhard (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland: Nomos-Verlag-Ges.
- Center, Claudia; Davis, Miriam; Detre, Thomas; Ford, Daniel E.; Hansbrough, Wendy; Hendin, Herbert et al. (2003): Confronting Depression and Suicide in Physicians A Consensus Statement. In: *JAMA* 289 (23), S. 3161–3166. DOI: 10.1001/jama.289.23.3161.
- Chiu, Yen-Lin; Chung, Ruey-Gwo; Wu, Chin-Shi; Ho, Chih-Hung (2009): The effects of job demands, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. In: *Applied Nursing Research* 22 (4), S. 258–263. DOI: 10.1016/j.apnr.2008.02.006.
- Dalgard, Odd Steffen; Sørensen, Tom; Sandanger, Inger; Nygård, Jan F.; Svensson, Elisabeth; Reas, Deborah L. (2009): Job demands, job control, and mental health in an 11-year follow-up study: Normal and reversed relationships. In: *Work & Stress* 23 (3), S. 284–296. DOI: 10.1080/02678370903250953.
- Emmert, Martin; Sander, Uwe; Pisch, Frank (2013): Eight questions about physician-rating websites: a systematic review. In: *Journal of medical Internet research* 15 (2), e24. DOI: 10.2196/jmir.2360.

forsa (Hg.) (2019): dbb Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst 2019: Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen der Bürger. Online verfügbar unter [https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2019/forsa\\_2019.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2019/forsa_2019.pdf), zuletzt geprüft am 25.02.2020.

Haar, Jarrod M.; Russo, Marcello; Suñe, Albert; Ollier-Malaterre, Ariane (2014): Outcomes of work–life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. In: *Journal of Vocational Behavior* 85 (3), S. 361–373. DOI: 10.1016/j.jvb.2014.08.010.

Haas, Jennifer S.; Cook, E. Francis; Puopolo, Ann Louise; Burstin, Helen R.; Cleary, Paul D.; Brennan, Troyen A. (2000): Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? In: *J Gen Intern Med* 15 (2), S. 122–128. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2000.02219.x.

Hauner, H.; Buchholz, G.; Hamann, A.; Husemann, B.; Koletzko, B.; Liebermeister, H. et al. (2007): Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. In: *Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin*, S. 1–29.

Hofmeister, Dirk; Rothe, K.; Alfermann, Dorothee; Brähler, Elmar (2010): Ärztemangel selbstgemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten*.

Hübler, Anja; Scheuch, Klaus; Müller, Gabrielle; Kunath, Hildebrand (2009): Berufliche Belastung, Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit sächsischer Ärzte. Dresden: Sächsische Landesärztekammer, zuletzt geprüft am 13.02.2019.

Jurkat, H. B. (2008): Lebensqualität bei Ärztinnen und Ärzten. Erfahrungen aus der empirischen Forschung. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 133 (1-2), S. 14–16. DOI: 10.1055/s-2008-1017463.

Kalimo, Raija; Pahkin, Krista; Mutanen, Pertti; Topipinen-Tanner, Salla (2003): Staying well or burning out at work: Work characteristics and personal resources as long-term predictors. In: *Work & Stress* 17 (2), S. 109–122. DOI: 10.1080/0267837031000149919.

Kata, Anna (2012): Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm—an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. In: *Vaccine* 30 (25), S. 3778–3789. DOI: 10.1016/j.vaccine.2011.11.112.

Korzilius, H. (2016): Bürokratie in der Arztpraxis: 52 Millionen Stunden für Papierkram. In: *Dtsch Arztebl* 113 (48), zuletzt geprüft am 14.02.2019.

Kötter, Thomas (2019): Ansatzpunkte für Resilienzförderung im Medizinstudium – Was hält angehende Ärztinnen und Ärzte gesund? In: *Aktuel Urol* 50 (02), S. 190–194. DOI: 10.1055/a-0834-5954.

Linzer, Mark; Gerrity, Martha; Douglas, Jeffrey A.; McMurray, Julia E.; Williams, Eric S.; Konrad, Thomas R.; for the Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study Group (CSSG) (2002): Physician stress: results from the physician worklife study. In: *Stress and Health* 18 (1), S. 37–42. DOI: 10.1002/smi.917.

Löffler, C.; Höck, J.; Hornung, A.; Kundt, G.; Drewelow, E.; Völker, S. et al. (2015): Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 (12), S. 927–931. DOI: 10.1055/s-0034-1387743.

Maslach, Christina; Jackson, Susan E.; Leiter, Michael P. (1996): Burnout inventory manual. Palo Alto. In: *CA: Consulting*.

Mäulen, B. (2013): Sucht unter Ärzten. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 143–150. Online verfügbar unter [https://doi.org/10.1007/978-3-642-37117-2\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-642-37117-2_16).

Mäulen, Bernhard (2002): Förderung der Ärztesundheit: Es besteht Nachholbedarf. In: *Dtsch Arztebl International* 99 (50), A-3392. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=34878>.

Mensink, G. B. M.; Schienkiewitz, A.; Haftenberger, M.; Lampert, T.; Ziese, T.; Scheidt-Nave, C. (2013): Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 786–794. DOI: 10.1007/s00103-012-1656-3.

Must, A.; Anderson, S. E. (2006): Body mass index in children and adolescents: considerations for population-based applications. In: *International Journal of Obesity* 30 (4), S. 590–594. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803300.

Naegele, Gerhard (2013): Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft. In: Michael Hüther und Gerhard Naegele (Hg.): Demografiemolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 245–258. Online verfügbar unter [https://doi.org/10.1007/978-3-658-00779-9\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-658-00779-9_13).

Nitzsche, A.; Driller, E.; Kowalski, C.; Ansmann, L.; Pfaff, H. (2013): Der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben und sein Zusammenhang mit Burnout – Ergebnisse einer Studie bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 75 (05), S. 301–306. DOI: 10.1055/s-0033-1337996.

OCR Systeme GmbH: FormPro. Version 3.0.

Oreskovich, Michael R.; Shanafelt, Tait; Dyrbye, Lotte N.; Tan, Litjen; Sotile, Wayne; Satele, Daniel et al. (2015): The prevalence of substance use disorders in American physicians. In: *The American journal on addictions* 24 (1), S. 30–38. DOI: 10.1111/ajad.12173.

Panagioti, Maria; Geraghty, Keith; Johnson, Judith; Zhou, Anli; Panagopoulou, Efharis; Chew-Graham, Carolyn et al. (2018): Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA internal medicine* 178 (10), S. 1317–1330. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.3713.

Pantenburg, B.; Kitze, K.; Luppä, M.; König, H.-H.; Rieder-Heller, S. G. (2018): Physician emigration from Germany: insights from a survey in Saxony, Germany. In: *BMC health services research* 18 (1), S. 341. DOI: 10.1186/s12913-018-3142-6.

Pantenburg, B.; Luppä, M.; König, H.-H.; Riedel-Heller, S. G. (2016): Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave results of a survey in Saxony, Germany. Leipzig: Universitätsbibliothek Leipzig (Journal of occupational medicine and toxicology (2016) 11:2 doi: 10.1186/s12995-016-0091-z). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-205160>.

Pantenburg, B.; Lupp, M.; König, H-H; Riedel-Heller, S. G. (2014): Überlegungen junger Ärztinnen und Ärzte aus der Patientenversorgung auszusteigen--Ergebnisse eines Surveys in Sachsen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 76 (7), S. 406–412. DOI: 10.1055/s-0034-1381986.

Richter, Peter; Merkel, Susanne; Streit, Beate; Haeslich, Gabriele; Strakow, Ines; Engel, Sabine (2014): Wie belastet sind Ärzte mit Bereitschaftsdienst? Eine Belastungs-Beanspruchungs-Analyse bei sächsischen Krankenhausärzten. Online verfügbar unter [https://www.arbeitsschutz.sachsen.de/download/kh\\_bereitschaftsdienst.pdf](https://www.arbeitsschutz.sachsen.de/download/kh_bereitschaftsdienst.pdf), zuletzt geprüft am 13.11.2019.

Richter, Peter; Rudolf, Matthias; Schmidt, Christian Frank (1996): Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung: FABA: Swets & Zeitlinger, Swets Test Services.

Robert Koch-Institut (2010): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010" 6.19 Sportliche Aktivität. Online verfügbar unter [http://www.gbe-bund.de/pdf/GEDA\\_2010\\_6\\_19\\_Sportliche\\_Aktivitaet.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/GEDA_2010_6_19_Sportliche_Aktivitaet.pdf), zuletzt geprüft am 20.02.2020.

Sagone, Elisabetta; Caroli, Maria Elvira De (2014): Relationships between Psychological Well-being and Resilience in Middle and Late Adolescents. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 141, S. 881–887. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.05.154.

Samora, Julie Balch; Lifchez, Scott D.; Blazar, Philip E. (2016): Physician-Rating Web Sites: Ethical Implications. In: *The Journal of hand surgery* 41 (1), 104-10.e1. DOI: 10.1016/j.jhsa.2015.05.034.

Schaufeli, W. B.; Leiter, M. P.; Maslach, C.; Jackson, S. E. (1996): MBI-General Survey (MBI-GS). In: *Palo Alto, CA: Mindgarden*.

Scheepers, Renée A.; Boerebach, Benjamin C. M.; Arah, Onyebuchi A.; Heineman, Maas Jan; Lombarts, Kiki M. J. M. H. (2015): A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. In: *International Journal of Behavioral Medicine* 22 (6), S. 683–698. DOI: 10.1007/s12529-015-9473-3.

Schernhammer, Eva S.; Colditz, Graham A. (2004): Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). In: *AJP* 161 (12), S. 2295–2302. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.12.2295.

Scheuch, K. (2008): Arbeitsphysiologie. In: G. Triebig, M. Kentner und R. Schiele (Hg.): *Arbeitsmedizin: Handbuch für Theorie und Praxis*: Gentner, S. 413–458.

Schulz, Anika D.; Wendsche, Johannes; Lohmann-Haislah, Andrea; Schöllgen, Ina (2019): Erholungsbeeinträchtigungen bei Beschäftigten. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*. DOI: 10.1007/s40664-019-00373-7.

Schumacher, J.; Leppert, K.; Gunzelmann, Th; Strauss, Bernhard; Brähler, Elmar (2005): Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 53.

Shanafelt, Tait D.; Boone, Sonja; Tan, Litjen; Dyrbye, Lotte N.; Sotile, Wayne; Satele, Daniel et al. (2012): Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. In: *Archives of internal medicine* 172 (18), S. 1377–1385. DOI: 10.1001/archinternmed.2012.3199.

- Shanafelt, Tait D.; Hasan, Omar; Dyrbye, Lotte N.; Sinsky, Christine; Satele, Daniel; Sloan, Jeff; West, Colin P. (2015): Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. In: *Mayo Clinic proceedings* 90 (12), S. 1600–1613. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023.
- Siegrist, J. (2012): Die ärztliche Rolle im Wandel. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (9), S. 1100–1105. DOI: 10.1007/s00103-012-1527-y.
- Stiller, Jeannine; Busse, Cindy (2008): Berufliche Belastungen von Berufsanfängern in der klinischen Praxis. In: *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 165–178.
- Syrek, Christine; Bauer-Emmel, Claudia; Antoni, Conny; Klusemann, Jens (2011): Entwicklung und Validierung der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life Balance (TKS-WLB). In: *Diagnostica* 57 (3), S. 134–145. DOI: 10.1026/0012-1924/a000044.
- Taku, Kanako (2014): Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. In: *Personality and Individual Differences* 59, S. 120–123. DOI: 10.1016/j.paid.2013.11.003.
- Tonsaker, Tabitha; Bartlett, Gillian; Trpkov, Cvetan (2014): Health information on the Internet. In: *Canadian Family Physician* 60 (5), S. 407.
- Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Jahkola, A.; Katajarinne, L.; Tulkki, A. (1998): Work Ability Index (WAI). In: *Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health*.
- Vajda, Christian; Matzer, Franziska (2017): Den Umgang mit psychosozialen Krisen im Medizinstudium und späteren Beruf erlernen. In: *Präv Gesundheitsf* 12 (4), S. 280–284. DOI: 10.1007/s11553-017-0619-9.
- Voltmer, Edgar; Spahn, Claudia (2009): Soziale Unterstützung und Gesundheit von Ärzten. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 55 (1), S. 51–69. DOI: 10.13109/zptm.2009.55.1.51.
- Wallace, Jean E. (2012): Mental health and stigma in the medical profession. In: *Health* 16 (1), S. 3–18. DOI: 10.1177/1363459310371080.
- Wallace, Jean E.; Lemaire, Jane B.; Ghali, William A. (2009): Physician wellness: a missing quality indicator. In: *The Lancet* 374 (9702), S. 1714–1721. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61424-0.
- Walsh, Kieran (2013): An Economic Argument for Investment in Physician Resilience. In: *Academic Medicine* 88 (9), S. 1196. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31829ed1cc.
- WHO (2000): Obesity: preventing and managing the global epidemic: World Health Organization (894).
- Wu, Hui; Liu, Li; Wang, Yang; Gao, Fei; Zhao, Xue; Wang, Lie (2013): Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study. In: *BMC public health* 13 (1), S. 786. DOI: 10.1186/1471-2458-13-786.

## Anhang

**Tabelle A Übersicht Fachrichtungen**

<b>Allgemeinmedizin (N=180)</b>
<b>Innere Medizin (N=250)</b>
<b>Kinder- und Jugendmedizin (N=78)</b>
<b>Diagnostische Fachrichtung (N=69)</b>
Diagnostische Radiologie
Strahlentherapie
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
Laboratoriumsmedizin
Pathologie
<b>Chirurgische Fachrichtung (N=394)</b>
Anästhesiologie
Chirurgie
Herzchirurgie
Kinderchirurgie
Mund-, Kiefer-, Gesichts-Chirurgie
Neurochirurgie
Orthopädie
Plastische Chirurgie
Urologie
Frauenheilkunde/ Geburtshilfe
<b>Organbezogene Fachrichtung (N=80)</b>
Haut- und Geschlechtskrankheiten
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Augenheilkunde
<b>Neurologisch/ psychiatrische Fachrichtung (N=143)</b>
Neurologie/ Nervenheilkunde
Psychiatrie/ Psychotherapie
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
Psychosomatische Medizin
<b>Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und angrenzende Fachrichtungen (N=52)</b>
Arbeitsmedizin
Humangenetik
Hygiene, Umwelt- und Sozialmedizin
Öffentliches Gesundheitswesen
Transfusionsmedizin
Physikalische und Rehabilitationsmedizin
<b>Fehlende oder nicht verwertbare Angaben (N=166)</b>



**Tabelle B Tätigkeiten neben der Krankenversorgung nach Fachrichtungen [Zustimmung in %]**

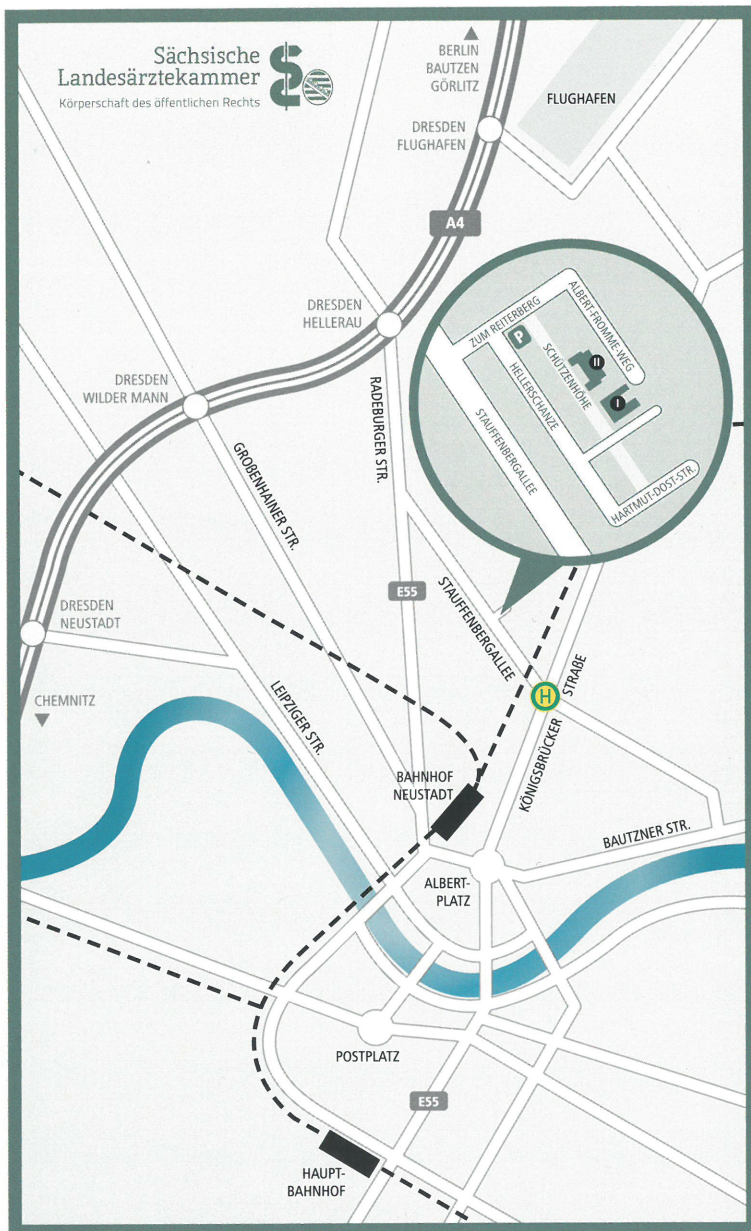
<b>Fachrichtung</b>	<b>Wissen- schaft</b> (N=1154)	<b>Lehre</b> (N=1144)	<b>Weiter- bildung</b> (N=1279)	<b>Ehrenamt in der ärztlichen Selbst- verwaltung</b> (N=1087)	<b>andere Ehren- ämter</b> (N=1115)	<b>andere Tätigkeiten</b> (N=418)
Allgemeinmedizin	6,1	17,3	77,0	6,2	20,8	34,9
Innere Medizin	25,2	29,2	73,8	5,8	16,6	36,1
Kinder- und Jugendmedizin	22,0	26,7	71,6	5,4	16,1	50,0
Diagnostische FR	39,7	54,2	82,5	15,1	20,8	33,3
Chirurgische FR	25,8	36,9	78,4	10,6	17,9	60,9
Organbezogene FR	24,6	25,8	78,7	17,2	21,2	50,0
Neurologische/ psychiatrische FR	20,4	29,9	78,0	10,9	21,9	53,8
Prävention, Gesundheitsförder- ung, Reha und angrenzende FRn	18,9	23,1	75,6	10,8	21,1	30,8
keine Angabe zur Fachrichtung	26,8	34,6	83,7	14,9	31,0	55,4
<b>Gesamt</b>	<b>23,0</b>	<b>31,2</b>	<b>77,7</b>	<b>9,9</b>	<b>20,3</b>	<b>49,5</b>

**Tabelle C Schichtdienst und Nachtschichten nach Fachrichtungen [Zustimmung in %, N=1412]**

<b>Fachrichtung</b>	<b>Schichtdienst</b>	<b>kein Schichtdienst</b>	<b>keine Angaben zum Schichtdienst</b>	<b>Nachtschicht</b>
Allgemeinmedizin	5,6	88,9	5,6	6,7
Innere Medizin	27,6	72,0	0,4	26,4
Kinder- und Jugendmedizin	21,8	74,4	3,8	17,9
Diagnostische FR	15,9	81,2	2,9	2,9
Chirurgische FR	17,8	81,5	0,8	16,0
Organbezogene FR	6,3	92,5	1,3	8,8
Neurologische/ psychiatrische FR	16,8	81,1	2,1	15,4
Prävention, Gesundheitsförderung, Reha und angrenzende FRn	13,5	78,8	7,7	1,9
keine Angabe zur Fachrichtung	19,9	77,1	3,0	16,9
<b>Gesamt</b>	<b>17,4</b>	<b>80,3</b>	<b>2,3</b>	<b>15,2</b>



# Wegbeschreibung



© Veröffentlichung von Texten, Bildern und Grafiken,  
auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Herausgeber  
Sächsische Landesärztekammer  
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Dresden, 12. Juni 2020