

Aus der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
der Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
Univ. - Prof. Dr. med. Thomas Vogt

**Arbeitssituation und Zufriedenheit des Personals im
operativen Sektor unter den Mitgliedern der DGDC**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der
Medizin der Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes
2023**

vorgelegt von: Ann-Marie Knöller
geboren am 02.05.1996 in Zweibrücken

Tag der Promotion: 17.07.2024

Dekan: Univ. - Prof. Dr. med. Michael D. Menger

1. Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Cornelia S. L. Müller
2. Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Elke Ochsmann

*Diese Dissertation widme ich in aufrichtiger Dankbarkeit und Liebe meinen
Eltern*

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung/Summary	1
1.1 Zusammenfassung	1
1.2 Summary	3
2. Einleitung	5
2.1 Die wachsende Bedeutung der Dermatochirurgie.....	5
2.2 Personalsituation und -entwicklung in der Dermatologie sowie in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie.....	6
2.3 Einflussfaktoren auf die berufsbezogene Zufriedenheit im medizinischen Sektor.....	8
2.4 Work-Life-Balance und ärztliche Gesundheit	10
3. Fragestellung & Zielsetzung.....	12
4. Methoden	12
4.1 Auswahl der Stichprobe	12
4.2 Datenerfassung	13
4.3 Befragungsinstrument.....	14
4.5 Statistische Analyse.....	15
5. Ergebnisse	16
5.1 Beschreibung der Stichprobe.....	16
5.2 Auswertung der Ergebnisse	26
5.2.1 Ergebnisse der Domäne „Einhaltung der Arbeitszeitgesetze“.....	26
5.2.1.1 Ergebnisse bezüglich der Quantität und Qualität der Mehrarbeitsstunden	26
5.2.1.2 Individuelle Bewertung der Arbeitszeiten.....	38
5.2.2 Ergebnisse der Domäne „Personal und Verwaltung“.....	42
5.2.2.1 Arbeitsatmosphäre und interne Kooperation.....	42
5.2.2.2 Interaktion mit dem Vorgesetzten.....	46
5.2.2.3 Interaktion mit der Verwaltung.....	49
5.2.3 Ergebnisse der Domäne „Lehre und Weiterbildung“	52
5.2.3.1 Ergebnisse bezüglich Fortbildung und Finanzierung	52
5.2.3.2 Möglichkeiten bezüglich beruflicher Laufbahn und Aufstieg	58

5.2.3.3 Verschiedene Sichtweisen auf Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten	61
5.2.4 Ergebnisse der Domäne „Ausstattung und Vergütung“	67
5.2.4.1 Ergebnisse bezüglich personeller und materieller Ausstattung	67
5.2.4.2 Ergebnisse bezüglich finanzieller Vergütung und Sonderzahlungen	70
5.2.5 Ergebnisse der Domäne „Gesundheit und Privatleben“	72
5.2.5.1 Einfluss der Arbeitssituation auf Privatleben und Gesundheit der TeilnehmerInnen	72
5.2.5.2 Gesamtzufriedenheit und Kritik an der Arbeitssituation	79
5.3 Einflussfaktoren auf die berufliche Zufriedenheit	86
5.4 Unterschiede zwischen besonders zufriedenen und weniger zufriedenen Teilnehmenden	88
6. Diskussion.....	90
6.1 Allgemeines und Einschlusskriterien.....	90
6.2 Allgemeine Limitationen einer Querschnittsstudie und Online-Befragung	90
6.3 Konzipierung und Auswertung des Fragebogens.....	92
6.4 Spezielle Limitationen des Fragebogens	92
6.5 Allgemeine Daten im Vergleich	92
6.5.1. Arbeitsplatzwahl und Anstellungsverhältnis.....	93
6.5.2. Familienstand und Kinder.....	94
6.6 Arbeitszeit und Arbeitsbelastung	95
6.6.1 Einfluss des Geschlechts und des Alters	99
6.6.2 Einfluss des Arbeitsplatzes	101
6.6.3 Einfluss der funktionellen Position	102
6.7 Work-Life-Balance und ärztliche Gesundheit	103
6.7.1 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	103
6.7.2 Auswirkung der Arbeitsbedingungen auf die ärztliche Gesundheit	105
6.7.3 Einfluss des Geschlechts und des Alters	107
6.8 Einfluss personal- und verwaltungsbezogener Faktoren.....	109
6.8.1 Einfluss des Arbeitsplatzes	111
6.8.2 Einfluss des Geschlechts	112
6.8.3 Einfluss des Alters	112
6.8.4 Einfluss der funktionellen Position	113

6.9 Weiter- und Fortbildung	114
6.9.1 (Tariflich) vorgeschriebene Arbeitsbefreiungen zur Fortbildung	114
6.9.1.1 Einfluss des Geschlechts und des Alters	116
6.9.1.2 Einfluss der funktionellen Position und des Arbeitsplatzes	117
6.9.2 Berufliche Weiterentwicklung	118
6.9.3 Weiterbildungssituation aus zwei Perspektiven	119
6.9.3.1 Einfluss der funktionellen Position und des Arbeitsplatzes	122
6.10 Personalmangel und Folgen	124
6.10.1 Einfluss des Arbeitsplatzes	125
6.10.2 Einfluss des Geschlechts und des Alters	126
6.11 Vergütung und Sonderleistungen	127
6.11.1 Einfluss des Arbeitsplatzes	128
6.11.2 Einfluss des Geschlechts, des Alters und der funktionellen Position	128
6.12 Arbeitszufriedenheit der Teilnehmenden	129
6.13 Fazit	132
7. Verzeichnisse	134
7.1 Abkürzungsverzeichnis	134
7.2 Abbildungsverzeichnis	135
7.3 Tabellenverzeichnis	137
7.4 Literaturverzeichnis	139
8. Publikationen und Danksagung	149
8.1 Publikationen	149
8.2 Danksagung	150
9. Lebenslauf	151
10. Anhang	152
10.1 Fragebogen	152
10.2 Tabellen mit allgemeinen Daten	158
10.2.1 Anzahl der zurückgesendeten Antworten und gültigen Prozente	158
10.2.2 Allgemeine Auswertung der Fragen	160

10.2.3 Signifikante Unterschiede ($p < ,01$) zwischen besonders zufriedenen Teilnehmenden und weniger zufriedenen Teilnehmenden.....169

1. Zusammenfassung/Summary

1.1 Zusammenfassung

Fragestellung und Zielsetzung: Im Rahmen des aktuellen demografischen Wandels bedingt durch einen zunehmenden Anteil an weiblichen Medizinstudierenden und die befürchtete ‚Baby-Boomer‘-Lücke sowie der zusätzlichen wachsenden Abwanderung junger MedizinerInnen ins Ausland steht dem medizinischen Arbeitssektor ein gravierender Wandel auf personeller Ebene bevor. Vor diesem Hintergrund ist eine Bestandaufnahme aktueller Arbeitsverhältnisse zur Identifikation potenzieller Missstände nötig, um die Arbeitsbedingungen bevorstehenden Veränderungen anpassen zu können.

Methode: Zunächst erfolgte eine Pilotaussendung des Online-Fragebogens per E-Mail am 28.03.2019 an neun ausgewählte Testpersonen der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie (DGDC). Über einen in der E-Mail enthaltenen Online-Link erhielten die Teilnehmenden Zugang zu dem Fragebogen mit insgesamt 56 Items. Die offizielle Aussendung erfolgte schließlich am 10.04.2019 an alle Mitglieder der DGDC, die sich zum Zeitpunkt des Versandes auf 1.048 beliefen. Es kamen insgesamt 106 ausgefüllte Fragebögen zurück, von diesen stammten $n = 55$ (51,9%) von männlichen und $n = 51$ (48,1%) von weiblichen Teilnehmenden, womit die Antwortquote 10,1% betrug. Die anonymisierte Datenerhebung erfolgte von April bis Mai 2019, im Anschluss erfolgte eine statistische Auswertung mittels SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Ergebnisse: Teilnehmende waren am häufigsten zwischen 41 bis fünfzig Jahre alt, verheiratet und hatten eines oder zwei Kinder. Frauen waren signifikant jünger ($p = ,002$) als Männer und arbeiteten signifikant häufiger in der stationären Versorgung ($p = ,005$), Männer hingegen waren älter und vor allem in der Niederlassung tätig. Die Teilnehmenden waren überwiegend zufrieden mit ihrer Arbeitssituation (65,4%, $n = 68$). Wir erhielten positive Rückmeldungen bezüglich der Arbeitsatmosphäre und der Beziehung zu KollegInnen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen. Vor allem in der stationären Versorgung wurde ein Mangel an Pflegefachkräften beklagt ($p = ,000$), jeder Dritte zeigte sich hinzukommend unzufrieden bezüglich des Einkommens. Neben einer ungenügenden finanziellen Förderung von Fortbildungen identifizierten wir strukturelle Defizite in der operativen Weiterbildung. Infolge häufiger Mehrarbeit und einer hohen Arbeitsbelastung durch hohe administrative Anforderung und ökonomischen Druck hatte jeder Fünfte eine Work-Life-Imbalance, jeder Zehnte, darunter vor allem ÄrztInnen von 41 bis fünfzig Jahren ($p = ,022$), hatte sogar gesundheitliche Folgen. Ärztinnen waren dabei häufiger durch die Arbeitszeitgestaltung belastet ($p = ,040$). Wir konnten die Belastung durch Arbeitszeiten ($p = ,000$), kollegiale Beziehungen ($p = ,001$), den Mangel an Pflegefachkräften ($p = ,001$) und die Zufriedenheit bezüglich finanzieller Vergütung ($p = ,001$) als höchst signifikante Prädiktoren für die berufliche Zufriedenheit der Teilnehmenden identifizieren.

Schlussfolgerung: Die berufliche Zufriedenheit der Teilnehmenden zeigte sich höher als erwartet, jedoch konnten eindeutige Defizite an den aktuellen Arbeitsbedingungen identifiziert werden und bieten somit einen Ansatzpunkt zur Optimierung und für zukünftige Untersuchungen. Für eine bessere

Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf sowie gleichzeitig eine Reduktion gesundheitlicher Belastung sollten, vor allem für Ärztinnen, flächendeckend Teilzeitarbeit und alternative Arbeitszeitmodelle ermöglicht werden. Zudem wäre eine ausreichende Personaldecke an Pflegefachkräften sowie die Optimierung der finanziellen Vergütung einer Steigerung der beruflichen Zufriedenheit von ÄrztInnen in der DGDC förderlich. Des Weiteren sollten nähere Untersuchungen hinsichtlich des Status quo – vor allem des operativen Parts – der dermatologischen Weiterbildung erfolgen.

1.2 Summary

Work situation and satisfaction of staff in the operational sector among members of the DGDC

Research question and objective: In the context of the current demographic change caused by an increasing proportion of female medical students and the feared 'baby boomer' gap as well as the additional growing migration of young physicians abroad, the medical labor sector is facing a serious change on the personnel level. Against this background, a survey of current working conditions is necessary to identify potential grievances in order to adapt working conditions to upcoming changes.

Methods: First, a pilot mailing of the online questionnaire was sent via e-mail on March 28, 2019, to nine selected test persons of the German Society for Dermatotomy (DGDC). Via an online link included in the e-mail, the participants were given access to the questionnaire with a total of 56 items. The official mailing finally took place on April 10, 2019, to all members of the DGDC, which totaled 1,048 at the time of mailing. A total of 106 completed questionnaires were returned, of which $n = 55$ (51.9%) were from male participants and $n = 51$ (48.1%) from female participants, resulting in a response rate of 10.1%. Anonymized data collection was conducted from April to May 2019, followed by statistical analysis using SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Results: Participants were most often between 41 to fifty years old, married, and had one or two children. Women were significantly younger ($p = .002$) than men and significantly more likely to work in inpatient care ($p = .005$), whereas men were older and primarily worked in practices. Participants were mostly satisfied with their work situation (65.4%, $n = 68$). We received positive feedback regarding the work atmosphere and the relationship with colleagues, supervisors, and other professional groups. Especially in inpatient care, a shortage of nurses was complained about ($p = .000$), and every third person expressed dissatisfaction regarding their income. In addition to insufficient financial support for continuing education, we identified structural deficits in operational continuing education.

As a result of frequent overtime and a high workload due to massive administrative demands and economic pressure, one in five had a work-life imbalance, and one in ten, including mainly physicians aged 41 to fifty ($p = .022$), even had health consequences. Female physicians were more likely to be burdened by work schedules ($p = .040$). We identified work schedule stress ($p = .000$), collegial relationships ($p = .001$), nursing staff shortage ($p = .001$), and satisfaction regarding financial compensation ($p = .001$) as highly significant predictors of participants' job satisfaction.

Conclusion: The professional satisfaction of the participants showed to be higher than expected, but clear deficits in the current working conditions could be identified and thus offer a starting point for optimization and future research. Part-time work and alternative working time models should be made possible across the board, especially for female physicians, in order to achieve a better balance between private and professional life and at the same time reduce the health burden. In addition, sufficient staffing

of nursing specialists and optimization of financial compensation would be conducive to increasing the professional satisfaction of physicians in the DGDC. Furthermore, more detailed investigations should be carried out with regard to the status quo, especially of the operative part of dermatological training.

2. Einleitung

2.1 Die wachsende Bedeutung der Dermatochirurgie

Die Dermatochirurgie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als eine bedeutende und stetig an Wichtigkeit gewinnende Fachdisziplin etabliert, die unter anderem einer multifaktoriellen Erweiterung des sowohl dermatologischen als auch chirurgischen Aufgabenfeldes zu verdanken ist [59,82]. Die Anzahl der dermatochirurgisch durchgeführten Operationen ist seit den achtziger Jahren permanent gestiegen: im Universitätsklinikum der Stadt München stieg ihre Zahl im Verlauf der Jahrzehnte von 1971 bis 2006 insgesamt prozentual um 113% an, innerhalb mittelgroßer Operationen (per definitionem zwischen 20 – 60 Minuten Dauer) wurde ein Wachstum um 226% und innerhalb großer Operationen (per definitionem > 60 Minuten Dauer) sogar um 353% festgestellt [59]. Als ursächlich hervorzuheben ist hierbei mitunter die zunehmende Inzidenz einzelner Hauttumore: Die Inzidenz des malignen Melanoms hat sich im Zeitraum von 1970 bis 2015 verfünffacht [26] und bei Plattenepithelkarzinomen wurde ein Anstieg um 159% zwischen den Jahren 1996 und 2006 nachgewiesen [59]. Neben der Einführung des Hautscreenings im Jahr 2008 – und der überhaupt daraus erst resultierenden höheren Auffindungsrate von Tumoren - ist dafür auch das steigende Interesse an längeren Aufenthalten in der Sonne (wie z.B. beim Urlaub in südlichen Regionen) verantwortlich [26]. Ebenso bedeutsam für den Werdegang der Dermatochirurgie war und ist das steigende Interesse an kosmetischen Operationen durch ein einerseits zunehmend von Jugend geprägtes Schönheitsideal sowie andererseits durch neue technische Möglichkeiten auf diesem Gebiet. Daraus resultierte in den 2000er Jahren ein enormer Anstieg an kosmetisch motivierten Eingriffen im Bereich der Dermatochirurgie [56,111]. In den USA wurde zwischen 2001 und 2007 ein enormer Anstieg an kleineren, nichtinvasiven kosmetischen Eingriffen beobachtet: vor allem Injektionen mit Botulinumtoxin (Anstieg um 324,4%) und nicht-ablative Verfahren zur Hautverjüngung (Anstieg um 330,7%) erfuhren einen signifikanten Zuwachs. Ebenso gefragter waren beispielsweise invasive Weichteil-Vergrößerungen (wie z.B. Brustvergrößerung) (Anstieg um 405,0%), die prozentual größte Zunahme um 968,3% wurde jedoch bei invasiven Lifting-Eingriffen beobachtet [111]. Hinzukommend erfreut sich ein zunehmend größerer Teil der Bevölkerung an sogenannten „body modifications“ (z.B. Tattoos, Piercings). In einer deutschlandweiten Online-Umfrage im Juni 2017 gaben 24% der befragten Erwachsenen an, bereits eines oder mehrere Tattoos am Körper zu tragen, weitere 21% dachten zu diesem Zeitpunkt über eine Tätowierung nach [104]. In einer weiteren Online-Umfrage im Juni 2017 gaben 44% der befragten Männer über 18 Jahren sowie 45% der Frauen an, eine Tattooentfernung in Betracht zu ziehen, falls dieses ein gesundheitliches Risiko bergen sollte [105]. Aufgrund der Ende 2020 in Kraft getretenen Strahlenschutzverordnung [16] wird eine Tattooentfernung per Laser zukünftig nur noch aus ärztlicher Hand möglich sein [18], weswegen in diesem Bereich in den kommenden Jahren ein vermehrter Zulauf zu erwarten ist. Hinzukommend stellt die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und damit einhergehend vermehrt altersbedingte Hauterkrankungen und Komorbiditäten von Senioren eine

Herausforderung an die Dermatochirurgie der Zukunft dar [27,72]. Je umfassender die chirurgischen Kenntnisse des Operateurs/der Operateurin sind, desto weniger Konsultationen anderer Fachdisziplinen sind notwendig [59] und umso bessere Resultate können folglich in der Patientenversorgung erzielt werden. An Bedeutung gewinnt im Zuge dessen auch die ästhetische Dermatologie für Senioren, deren komplexe Anforderungen sich maßgeblich von jüngeren PatientInnen unterscheiden [121].

Unter anderem aufgrund dieser Entwicklungen ist im Laufe der nächsten Jahre eine weiterhin wachsende Nachfrage nach dermatochirurgischen Eingriffen zu erwarten [27,56,59], womit auch indirekt die Forderung einer angepassten Aus- und Weiterbildung für (zukünftige) DermatochirurgInnen gestellt wird. Um dieser Anforderung gerecht werden zu können, muss die derzeitige Situation von ÄrztInnen im operativen Sektor der Dermatologie in allen Bereichen adäquat erfasst werden, um einerseits Weiter- und Fortbildungs- sowie Arbeitsverhältnisse für nachfolgende Generationen an DermatochirurgInnen zu optimieren und andererseits den Status quo zu verbessern.

2.2 Personalsituation und -entwicklung in der Dermatologie sowie in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie

Im letzten Jahrzehnt konnte eine deutliche Steigerung sowohl der Gesamtzahl der Medizinstudierenden sowie dem Anteil an Frauen im Medizinstudium beobachtet werden. Die Anzahl der Medizinstudierenden im Fach Humanmedizin belief sich im Wintersemester 2007/2008 auf 78.545, im Wintersemester 2018/2019 bereits auf 96.115, was einem Wachstum von 22,37% entspricht. Die Anzahl der Medizinstudentinnen steigerte sich von 47.937 im Jahr 2007/2008 auf 59.636 im Jahr 2018/2019, was einer Zunahme um 24,4% entspricht [106]. Laut der Ärztestatistik für das Jahr 2019 der Bundesärztekammer (BÄK) kann seit 2015 parallel dazu ein Anstieg der Anzahl an berufstätigen ÄrztInnen im Fachgebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten von 5.767 auf 6.205 (Wachstum um 7,59%) im Jahr 2019 vermerkt werden; unter diesen befanden sich 3.557 (57,32%) Ärztinnen (Wachstum um 3,8% zum Vorjahr) [21]. 1.080 der berufstätigen DermatologInnen waren im stationären Bereich tätig (Wachstum um 3,3% zum Vorjahr), ambulant beschäftigt waren 3.509 ÄrztInnen (Verlust von -0,6% zum Vorjahr) [21]. Speziell für das Fachgebiet Dermatochirurgie herrscht auf personeller Ebene eine mangelnde Datenlage, es konnten keine offiziellen Zahlen bezüglich beruflich aktiver DermatologInnen mit Spezialisierung auf Dermatochirurgie gefunden werden. Als Vergleich dienen daher quantitative Daten der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie. Im Fachgebiet der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie waren im Jahr 2019 745 berufstätige ÄrztInnen in Deutschland verzeichnet, darunter 252 im ambulanten und 450 im stationären Umfeld; unter diesen befanden sich 251 Ärztinnen, (89 ambulant, 142 stationär tätig) [21]. Die Abbildung 1 verdeutlicht den Zuwachs an DermatologInnen sowie Plastischen ChirurgInnen im letzten Jahrzehnt. Nachdem die Anzahl der unter 35-jährigen ÄrztInnen ihren Tiefstand von 15,4% (2005) an der Gesamtzahl der berufstätigen ÄrztInnen im Jahr 2017 mit 18,9% überwunden hatte, stagnierte das Wachstum bis 2019 [21]. Die Anzahl der unter 35-

jährigen beruflich aktiven ÄrztInnen belief sich 2019 im Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten hierbei auf insgesamt 261, darunter befanden sich 200 Frauen [21]. Die Anzahl der Ärztinnen in der Dermatologie und Venerologie sowie zugleich in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie steigt folglich parallel zum wachsenden Anteil an Frauen im gesamten ärztlichen Sektor an.

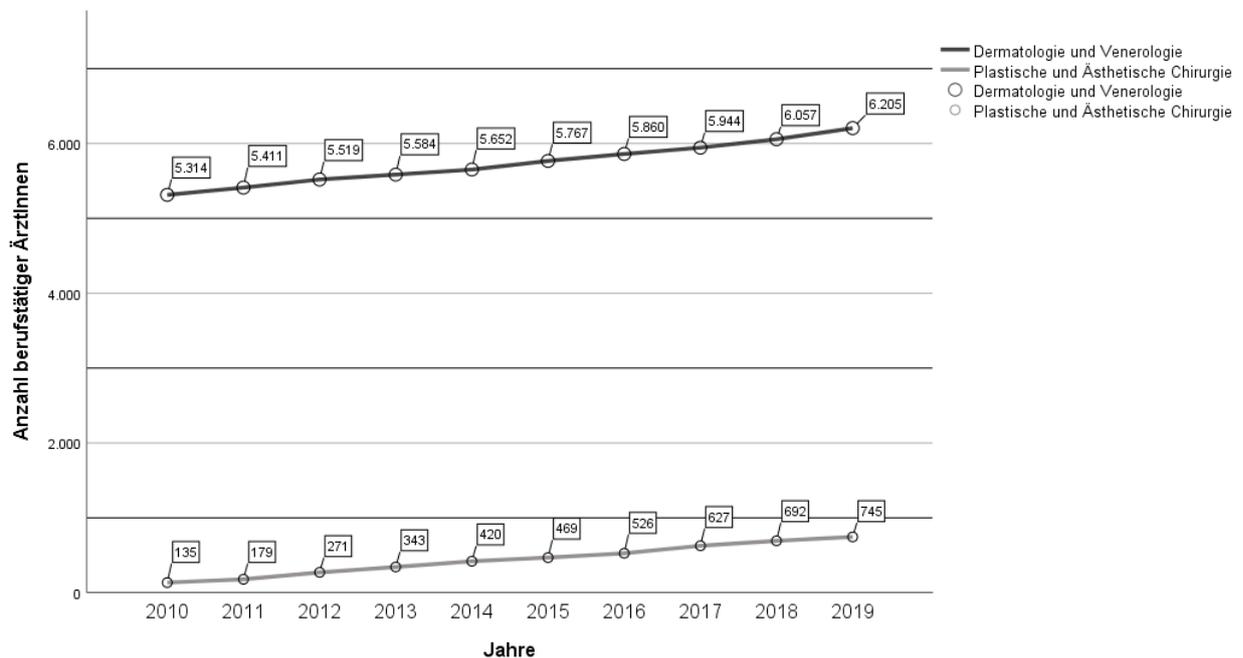


Abbildung 1: Berufstätige ÄrztInnen der Dermatologie und Venerologie sowie Plastischen und Ästhetischen Chirurgie in Deutschland im Wandel von 2010 bis 2019 (nach BÄK: Ärztestatistik 2019)

In der Literatur wird deshalb seit einigen Jahren von der ‚Feminisierung‘ im medizinischen Sektor gesprochen [55,116]. **Gedrose** et al. bestätigen in einer Befragung von MedizinstudentInnen im Praktischen Jahr aus dem Jahr 2009, dass geschlechtsspezifische Präferenzen bezüglich der Wahl des Fachgebietes existieren [34]. Medizinstudenten bevorzugten als Fachgebiet eher chirurgische Disziplinen und sahen sich nach ihrer Facharztausbildung sowohl häufiger in einer Vollzeitbeschäftigung als auch eher in leitenden Positionen als Frauen, beispielsweise als Ober- oder Chefarzt. Als häufige Gründe für eine Teilzeitanstellung wurden bei Männern vor allem eine gute Work-Life-Balance benannt. Fächer wie Pädiatrie, Gynäkologie oder Dermatologie gewannen in den vergangenen Jahren vermehrt bei Frauen an zunehmender Beliebtheit, allerdings strebten nur rund vierzig Prozent der Studentinnen der Humanmedizin nach ihrer fachärztlichen Weiterbildung eine Beschäftigung in Vollzeit an und benannten vorrangig Faktoren wie Kindererziehung als ausschlaggebende Gründe für diese Entscheidung [34]. Dies ist vor dem Hintergrund zu betrachten, dass über die Hälfte der Ärztinnen bereits während der Weiterbildungszeit in Mutterschutz gehen [70].

Bedeutend ist hierbei auch die Anzahl der ÄrztInnen in Elternzeit: im Jahr 2019 waren 6.860 Ärztinnen

(Verlust um -7,4 % zum Vorjahr) in Elternzeit, hingegen nur 178 Ärzte (Zuwachs um 6,6% zum Vorjahr); Frauen machten also mit 97,5 % die absolute Mehrheit der Berufstätigen in Elternzeit aus [21]. Aufgrund dieser nach wie vor eher traditionellen Rollenverteilung, trotz des stetig wachsenden Anteils an weiblichen Beschäftigten im ärztlichen Berufsstand, ist sowohl eine spezielle Förderung für Ärztinnen im gebärfähigen Alter als auch ein generelles Umdenken bezüglich einer zukunftsorientierten, familienfreundlicheren Umstrukturierung im medizinischen Sektor nötig [34,108], beispielsweise in Hinsicht auf alternative Arbeitszeitmodelle.

2.3 Einflussfaktoren auf die berufsbezogene Zufriedenheit im medizinischen Sektor

Der Begriff Arbeitszufriedenheit kann definiert werden als „positive Einstellung, die aus subjektiven Bewertungen der jeweiligen allgemeinen und spezifischen Arbeitssituationen und der Erfahrung mit diesen resultiert“ [63]. Die stetig wachsende Kritik an der Arbeitssituation im medizinischen Bereich in Deutschland [75] zwingt inzwischen zur Auseinandersetzung mit diesem Begriff. Unzufriedenheit im Berufsalltag führt zu einer Vielzahl an bedeutsamen Auswirkungen im Privat- und Berufsleben, beispielsweise auf die eigene mentale und physische Gesundheit, Familie und Sozialleben und letztlich auch auf die Arbeitsqualität und -produktivität [47,94]. Doch welche Faktoren haben eigentlich einen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit von ÄrztInnen? **Jackson** et al. führten 2016/2017 in den USA eine Befragung unter 993 ChirurgInnen in hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit durch; sie konnten feststellen, dass eine ausgeglichene Work-Life-Balance einen positiven Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit hatte [47]. Diese umfasste ferner genügend Zeit mit der Familie bzw. dem sozialen Umfeld, Raum für Freizeitaktivitäten und ausreichend Zeit zur Erholung [47]. Höhere reguläre Arbeitszeiten gingen im Umkehrschluss mit einer geringeren Zufriedenheit im Berufsalltag einher [47]. Zudem standen bestimmte Arbeitsumfeldvariablen, unter anderem das Gehalt, in einem signifikanten Zusammenhang mit der beruflichen Zufriedenheit [47]. Letztlich konnte auch für das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand der ÄrztInnen ein signifikanter Einfluss festgestellt werden [47]. In diesem Kontext konnte ein Zusammenhang zwischen beruflicher Frustration und einer höheren Prävalenz für psychischen Stress (beispielsweise in Form von Burnout und einer posttraumatischen Belastungsstörung) nachgewiesen werden [47,103], was wiederum einen negativen Einfluss auf die Patientenversorgung zur Folge hatte [47]. **Haas** et al. untersuchten in den USA den Einfluss beruflicher Zufriedenheit von niedergelassenen Internisten auf die Zufriedenheit ihrer PatientInnen: Dort konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen hoher beruflicher Zufriedenheit und einer hohen Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden [36]. **Janus** et al. untersuchten in einer Befragung von ÄrztInnen am Universitätsklinikum Hannover Einflussfaktoren auf die ärztliche Zufriedenheit und konnten einen höchst signifikanten Einfluss personalbezogener Faktoren nachweisen, die unter anderem das Arbeitsklima, Anerkennung durch Vorgesetzte und kollegiale Beziehungen beinhalteten [48].

Mrowietz et al. führten in den Jahren 2004/2005 eine Befragung von OberärztInnen dermatologischer Kliniken in Deutschland durch und konnten ebenfalls einen positiven Einfluss der funktionellen Position und dem Verhältnis mit Vorgesetzten sowie ArbeitskollegInnen auf die berufliche Zufriedenheit beobachten; sie konnten hinzukommend feststellen, dass ein höheres Pensum an administrativen Aufgaben mit einer geringeren Gesamtzufriedenheit einherging [75]. Selbiges konnte auch von **Rao** et al. bei der Auswertung der Ärztebefragung der Massachusetts General Physicians Organization (MGPO) nachgewiesen werden [84]. **Janus** et al. identifizierten zudem einen hochsignifikanten Einfluss der Arbeitsplatzsicherheit in Form unbefristeter Arbeitsverträge sowie einen signifikanten Einfluss des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes auf die Arbeitszufriedenheit von ÄrztInnen [48].

Jedoch spielen nicht nur arbeitsbezogene, sondern auch demografische Faktoren eine Rolle bezüglich der Arbeitszufriedenheit: **Janus** et al. konnten nachweisen, dass die medizinische Spezialisierung einen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit von ÄrztInnen hatte [48]. Auch wiesen ÄrztInnen in höheren funktionellen bzw. leitenden Positionen eine signifikant höhere berufliche Zufriedenheit auf [48]. **Jackson** et al. konnten weiterhin nachweisen, dass das Geschlecht und auch das Alter einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit besaßen: Weibliches Geschlecht und ein niedrigeres Alter waren dabei mit einer geringeren beruflichen Zufriedenheit assoziiert [47]. Es konnte allerdings kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer hohen beruflichen Zufriedenheit und der Anzahl an Dienstjahren nachgewiesen werden [47]. Zu ähnlichen Erkenntnissen gelangten auch **Sadeghpour** et al. in einer Befragung von 341 DermatologInnen in den USA: Es bestanden mehrere, signifikante Unterschiede bezüglich beruflicher Zufriedenheit zwischen ÄrztInnen in Führungspositionen und Nicht-Führungspositionen sowie auch geschlechtsbezogen [94]. Generell waren ÄrztInnen in höherem Lebensalter und in Führungspositionen zufriedener bezüglich ihrer beruflichen Situation als jüngere KollegInnen [92,94] und MedizinerInnen ohne leitende Stellung [94]. Bei ÄrztInnen in Nicht-Führungspositionen wurde vergleichsweise öfter Erschöpfung durch den Berufsalltag angegeben [94]. Insgesamt waren Frauen zu einem geringeren Anteil in Führungspositionen vertreten als Männer [94] und gaben auch eine niedrigere Zufriedenheit in Berufsalltag an [94], wohingegen Männer in Führungspositionen sowohl zufriedener im Beruf als auch mit ihrer akademischen Karriere waren [94]. Insgesamt ergab sich in einer früheren Studie von **Sadeghpour** et al. im Schnitt jedoch eine hohe berufliche Zufriedenheit bei beiden Geschlechtern [93]. Es tragen folglich eine Vielzahl sowohl monetärer als auch nicht-monetärer und demografischer Faktoren zur beruflichen Zufriedenheit von ÄrztInnen bei. Wir stellten uns deshalb die Frage, welche Faktoren einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von DermatologInnen und DermatochirurgInnen haben. Diese Faktoren könnten des Weiteren einen Ansatzpunkt für weiterführende Untersuchungen sowie gegebenenfalls für eine Optimierung der aktuellen Umstände bieten.

2.4 Work-Life-Balance und ärztliche Gesundheit

Bei Betrachtung der derzeitigen Studienlage rücken Themen wie Arbeitszeit, Work-Life-Balance und die physische und psychische Gesundheit im Zusammenhang mit beruflicher Zufriedenheit im medizinischen Arbeitssektor immer wieder in den Fokus. Die Wahl des Fachgebietes hat erwiesenermaßen einen bedeutenden Einfluss auf die Work-Life-Balance und auch die Burnout-Rate: in der Dermatologie herrscht mitunter die größte Zufriedenheit bezüglich der Work-Life-Balance, in chirurgischen Disziplinen jedoch die geringste [103]. Dermatologen weisen hinzukommend ein geringeres Burnout-Risiko [103] sowie eine höhere Gesamtzufriedenheit auf als andere Fachdisziplinen [87]. Aufgrund der mangelnden Datenlage hinsichtlich dieser Thematik im Bereich Dermatochirurgie sollen die Ergebnisse dieser Studie auch vor diesem Hintergrund beurteilt werden. Der Begriff Work-Life-Balance beschreibt allgemein die aufgewendete Zeit für berufliche Aktivitäten in Relation zu nicht-beruflichen Aktivitäten [119]. Einen Einfluss auf die Work-Life-Balance haben allem voran Faktoren wie Arbeitslast und -aufkommen, administrative Aufgaben und Versammlungen, personelle Ausstattung, Selbstfürsorge sowie Burnout [110]. Umgekehrt können Assoziationen zwischen einer Work-Life-Imbalance und einem Burnout hergestellt werden [80]. Eine ausgeglichene Work-Life-Balance führt wiederum zu einer höheren beruflichen Gesamtzufriedenheit [47]. **Fuß** et al. untersuchten Konflikte zwischen Berufs- und Familienleben von deutschen KrankenhausärztInnen im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung und stellten fest, dass die ÄrztInnen in ihrer Stichprobe signifikant häufiger Konflikten zwischen Berufs und Familie ausgesetzt waren; sie nahmen daher an, dass diese folglich auch insgesamt eine schlechtere Work-Life-Balance hatten [33]. **Sadeghpour** et al. konnten außerdem bei Frauen eine weniger ausgeglichene Work-Life-Balance als bei Männern feststellen [94]; diese waren im Durchschnitt außerdem unzufriedener mit ihrem Arbeitsumfeld und gaben häufiger Erschöpfung durch die tägliche Belastung an [94,109].

Linzer et al. untersuchten Stressfaktoren bei ÄrztInnen in den USA und identifizierten Zeitdruck während der Arbeit sowie Arbeitszeiten als Prädiktor für ärztlichen Stress [62]. **Sturm** et al. führten 2015 eine Studie unter 224 ÄrztInnen und 351 Pflegefachkräften an einem deutschen Universitätsklinikum hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und deren Einfluss auf die Patientenversorgung durch und konnten ebenfalls eine Korrelation zwischen objektiv gemessenen Überstunden und Arbeitslast mit subjektiv wahrgenommenem Stress bei ÄrztInnen feststellen [107]. **Rosta** und **Gerber** konnten allgemein feststellen, dass ÄrztInnen mit einer hohen Arbeitsbelastung signifikant häufiger gesundheitliche Probleme aufwiesen, welche genauer psychische und physische Erschöpfungsanzeichen (Unruhe, Müdigkeit, erhöhtes Schlafbedürfnis), Stimmungsschwankungen (Reizbarkeit, Grübeleien) sowie auch gastrointestinale (Gewichtsabnahme, Übelkeit) und kardiologische (Stiche in der Brust, Kloßgefühl im Hals) Beschwerden inkludierten [90]. Daneben konnte auch eine Korrelation zwischen dem weiblichen Geschlecht und häufigeren gesundheitlichen Einschränkungen nachgewiesen werden [90]. Auch **Schlafer** et al. manifestierten, dass unregelmäßige Arbeitszeiten,

beispielsweise durch Schichtdienst, gesundheitliche Folgen bargen [98], **Jackson** et al. konnten ebenfalls eine Beeinträchtigung der ärztlichen Gesundheit durch die Arbeitszeit feststellen [47]. Außerdem konnten negative Auswirkungen der Arbeitszeit auf die Leistungsfähigkeit von ÄrztInnen [98] sowie letztlich auch auf die Qualität der Patientenversorgung nachgewiesen werden [47].

Wie bereits erwähnt, kann eine Work-Life-Imbalance zudem mit dem Auftreten eines Burnouts in Verbindung gebracht werden [80]. Auch **Raspe** et al. konnten 2017 in einer Studie unter 1060 jungen ÄrztInnen und Pflegefachkräften zu ihren Arbeitsbedingungen und Gesundheit einen Einfluss arbeitszeitbezogener Faktoren sowohl auf den Gesundheitszustand als auch auf die Burnout-Rate feststellen [85]. In der neuen ICD-11 lautet die offizielle Definition eines Burnouts: „Burnout ist ein Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz verstanden wird, der nicht erfolgreich bewältigt wurde.“ Dabei werden verschiedene Charakteristika erfüllt: Erschöpfungsgefühle, eine wachsende geistige Distanz oder negative Haltung zum Job und ein verringertes berufliches Leistungsvermögen [122]. Für die Entstehung eines Burnouts werden in der Literatur hauptsächlich zwei Faktoren herangezogen: zum einen arbeitsbezogene Faktoren, zum anderen individuelle Ressourcen [118]. Unter individuellen Ressourcen sind Faktoren wie biologisches Geschlecht, Alter, Familienstand und Alter der Kinder aufgeführt [118]. Auch wenn das Geschlecht kein signifikanter Prädiktor eines Burnouts ist, so ist es doch erwähnenswert, dass Frauen ein höheres Risiko einer Ermüdung oder gar eines Burnouts haben [118]. Arbeitsbezogene Faktoren beinhalten unter anderem – analog zur Work-Life-Balance – eine hohe Arbeitslast (beispielsweise ein hohes Arbeitsaufkommen und lange Arbeitszeiten bzw. Überstunden) sowie ein großes Aufkommen an Dokumentation mittels elektronischer Datenverarbeitung (EDV) [118]. **Shanafelt** et al. wiesen beispielsweise nach, dass ÄrztInnen mit einem Burnout im Schnitt wöchentlich fünf Stunden mehr arbeiteten als ihre KollegInnen ohne Burnout [102]. Bereits viele Studien haben die Ursachen und Auswirkungen eines Burnouts unter ÄrztInnen untersucht; auf der Basis dessen wurden Maßnahmen zur Prävention sowie ‚Coping-Strategien‘ erfragt und erforscht [76,95,124]. Neben langfristig negativen Auswirkungen eines Burnouts auf die mentale Gesundheit von ÄrztInnen [10,97,103] kann es auch zu Defiziten in der Qualität der Patientenversorgung kommen [57]. ÄrztInnen, die ein Burnout erleiden, haben eine erhöhte Rate an Behandlungsfehlern, was zu einer niedrigeren Patientenzufriedenheit führt [57,74]. Dabei stehen Stress und Behandlungsfehler in einer bidirektionalen Beziehung: Medizinische Fehler bei ÄrztInnen führen zu Stress und dieser wiederum zu einer höheren Wahrscheinlichkeit an Behandlungsfehlern [74]. Diese Faktoren haben letztlich auch eine geringere berufliche Zufriedenheit der ÄrztInnen zur Folge [47]. Im Umkehrschluss konnte ein positiver Effekt einer höheren beruflichen Zufriedenheit auf die Burnout-Rate und Stress im Allgemeinen beobachtet werden [83,87].

3. Fragestellung & Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist eine Bestandsaufnahme der Arbeitsverhältnisse im dermatochirurgischen Bereich aus der Sicht von DermatochirurgInnen in der DGDC, die hier repräsentativ für alle in diesem Bereich tätigen ÄrztInnen stehen sollen, sowie deren individuellen, berufsabhängigen Befindlichkeiten. Dies soll aufgrund der zunehmenden Stellung der Dermatochirurgie durch die stetig wachsende Nachfrage zur Identifizierung eventueller Missstände dienen, um zukünftig weiterhin ein attraktives Feld für Medizinstudierende darzustellen. Im Vordergrund unserer Untersuchungen stehen deshalb zwei Fragen: Welche beruflichen und privaten bzw. persönlichen Aspekte haben einen maßgeblichen Einfluss auf die berufliche Gesamtzufriedenheit? Welche Probleme im Arbeitsalltag gilt es zu beheben, um einerseits zu einer anhaltenden Verbesserung der Arbeitsverhältnisse beizutragen und andererseits die Dermatochirurgie zukünftig vermehrt als potentiellen Arbeitsbereich für den kommenden medizinischen Nachwuchs attraktiv zu gestalten? Umso wichtiger erscheint dies vor dem Hintergrund, dass bei der Literaturrecherche in PubMed und Google Scholar unter den Überbegriffen „satisfaction survey dermatosurgery“ keine Treffer erzielt werden konnten. Mithilfe eines Fragebogens wurden die Teilnehmenden neben allgemeinen persönlichen Daten zu den wichtigsten Bereichen im ihrem beruflichen Alltag befragt; in 5 Domänen wurden Themenbereiche wie die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze, Personal und Verwaltung, Weiterbildung und Lehre, Ausstattung und Vergütung behandelt, darüber hinaus war deren Privatleben und persönliche Einschätzung ihres physischen und psychischen Gesundheitszustandes sowie die insgesamt berufliche Zufriedenheit von Interesse. Zudem bestand die Möglichkeit, individuelle Verbesserungsvorschläge bezüglich eigens gewählter Problematiken zum Ausdruck zu bringen.

4. Methoden

4.1 Auswahl der Stichprobe

Der Online-Fragebogen wurde an alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie (DGDC) geschickt, deren Anzahl bei Erstaussendung 1.048 betrug. Insgesamt 106 ausgefüllte Fragebögen kamen zurück, damit beträgt die Responderrate 10,1%. Von diesen Antworten stammten $n = 55$ (51,9%) von männlichen und $n = 51$ (48,1%) von weiblichen Teilnehmenden, womit die Antwortrate von Männern und Frauen nahezu in einem 1:1 – Verhältnis vorliegt. Berücksichtigt wurden jeweils alle Geschlechter, Altersklassen, sowie Arbeitsplätze und Karrieregrade; einziges Einschlusskriterium war die Mitgliedschaft in der DGDC. Der Verband der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie stellte die Erhebungsgesamtheit dar und ist als stellvertretend für alle praktizierenden DermatochirurgInnen anzusehen. Obwohl die Anzahl der zurückgesendeten beantworteten Fragebögen mit 106 relativ niedrig war, konnten dennoch nützliche Ergebnisse gewonnen werden, die einen Trend

des Status quo in der Dermatochirurgie erkennen lassen. Da die vorliegende Dissertation jedoch von der Rücklaufquote der beantworteten Fragebögen abhängig war, ist nur eine eingeschränkte statistische Repräsentativität der Daten geboten. Aufgrund dessen wäre eine weitere Überprüfung der Erkenntnisse auf ihre Repräsentativität im Rahmen größerer Studien notwendig.

4.2 Datenerfassung

Für diese Querschnittsstudie wurde der elektronische Weg der Datenerfassung über die Firma Transparent Werbeagentur Jörg Kruggel und Jan Haubensak GbR (Chemnitz, Deutschland) zur anonymen und effizienten Datenerhebung gewählt. Basis für den Online-Fragebogen war ein Formular im Content-Management-System Contao. Am 28.03.2019 erfolgte zunächst eine Pilotaussendung des Online-Fragebogens an neun ausgewählte Mitglieder der DGDC. Die erstmalige offizielle Aussendung der E-Mail mit der Einladung zur Teilnahme an der Umfrage und dem zugehörigen Online-Link, über den die Teilnehmer zum Fragebogen gelangten, erfolgte am 10. April 2019 an insgesamt 1.048 Personen. Teilnahmechluss war ursprünglich der 1. Mai 2019, dieser wurde schließlich bis zum 15. Mai 2019 verlängert; die Mitglieder, die bis zum 26. April 2019 noch nicht geantwortet hatten, erhielten einen einmaligen Reminder in Form einer E-Mail. Für die Beantwortung des Fragebogens wurde keine Belohnung in Aussicht gestellt. Die beantworteten Fragebögen wurden sowohl direkt an Frau Prof. Dr. med. Cornelia S. L. Müller geschickt als auch im System gespeichert. Um einer Doppelbeantwortung der Fragebögen und somit einer Verfälschung der Ergebnisse vorzubeugen, wurde der Online-Fragebogen an ein Script gebunden; dieses diente zur Überprüfung eines Cookies, der beim ersten Ausfüllen und Abschicken des Fragebogens auf dem Rechner der Teilnehmenden gesetzt wurde. Wurde bei der Prüfung dieses Cookie bei einem Teilnehmenden festgestellt, konnte dieser den Fragebogen nicht erneut beantworten. Die Umfrage wurde durch Vermeidung der Abfrage persönlicher Daten anonymisiert durchgeführt, sodass kein Ethikvotum für die vorliegende Arbeit erforderlich war. Die ausgefüllten Fragebögen konnten keiner E-Mail-Adresse zugeordnet werden und die Mitglieder der DGDC traten nicht mit der Verfasserin des Online-Fragebogens in Kontakt. Der Fragebogen wurde im Rahmen der Dissertation von der Promovierenden eigens konzipiert und unterlag keiner Validierung. Eine Überprüfung erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Medizinische Informatik am Universitätsklinikum in Homburg durch Frau Dipl.-Stat. Gudrun Wagenpfeil. Die Erstellung der Items erfolgte auf Basis umfassender Recherchen der aktuellen Literatur und im Rahmen eines ständigen Dialoges mit Experten, darunter Frau Prof. Dr. med. Cornelia S. L. Müller. Nach Abschluss der Erhebung im Mai 2019 standen $n = 55$ ausgefüllte Fragebögen der männlichen Teilnehmer und $n = 51$ Fragebögen der Teilnehmerinnen für die Auswertung zur Verfügung.

4.3 Befragungsinstrument

Das Erhebungsinstrument setzte sich aus einem insgesamt 56 Items umfassenden Fragebogen zusammen, wobei jeder Teilnehmer festen Zugang zu 36 Items hatte und je nach Karrieregrad bzw. Arbeitsplatz oder vorheriger Antwort noch bis zu zwanzig weitere Items bearbeiten konnte. Dabei war der Fragebogen so konzipiert, dass die Möglichkeit des Überspringens bzw. Auslassens von Fragen bestand und es keine Pflichtfelder gab. So wurden nicht alle Fragen von der Gesamtheit der Teilnehmenden beantwortet, weshalb die Anzahl der Antworten und folglich auch angegebene Prozentzahlen auf die einzelnen Fragen teilweise variieren. Zur Übersicht ist im Anhang eine Tabelle mit der Anzahl an vorhandenen Antworten zu den einzelnen Fragen aufgeführt, auf eine Nennung der Antwortzahl bei den einzelnen Fragen wurde deshalb verzichtet.

Die Gliederung der Items erfolgte in sechs Kategorien:

1. **Grundlegende Angaben zur Person:** Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinder (Anzahl), Karrieregrad, Dienstzeit, Arbeitsplatz, (externe Beratung), Beschäftigungsverhältnis, vertraglich gebundene Arbeitszeit, Entfernung des Wohnsitzes
2. **Einhaltung der Arbeitszeitgesetze:** Arbeitszeiten, Mehrarbeitsstunden (Bereiche), Arbeitszeitbelastung, Zeitdruck, Patientenkontakt
3. **Personal und Verwaltung:** Arbeitsatmosphäre und Zusammenarbeit im Team/mit Vorgesetzten/mit der Verwaltung, Unterstützung von Vorgesetzten/der Verwaltung
4. **Weiterbildung und Lehre:** Fragen zur tariflichen Arbeitsbefreiung zur Teilnahme an Arztkongressen und Fachtagungen, Karrieremöglichkeiten, Fragen zur Lehre für den Fachartztkatalog und zur individuellen Situation im operativen Bereich
5. **Ausstattung und Vergütung:** Mangel an Material bzw. IT bzw. Pflegepersonal bzw. OP-Räumen, Vergütung
6. **Privatleben und Gesundheit:** Auswirkungen auf das Privatleben, Arbeitsstress, gesundheitlicher/psychischer Zustand, Gesamtzufriedenheit

Der Fragebogen umfasste verschiedene Beantwortungsmechanismen, darunter fünf-stufige Likert-Skalen von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ sowie – vor allem in der Kategorie „Grundlegende Angaben zur Person“ – ausgewählte festgelegte Antwortmöglichkeiten (z.B. Ja-/Nein-Fragen) mit Einfachantworten und drei freie Fragen, bei denen auch Mehrfachantworten möglich waren. Die gleichzeitige Verwendung unterschiedlicher Fragetypen (geschlossen/offen/Behauptung) sollte dem Aufmerksamkeitsverlust der TeilnehmerInnen vorbeugen und der maximalen Informationsvermittlung dienen. Alle TeilnehmerInnen erhielten den gleichen Fragebogen, dessen Beantwortung ca. 10 Minuten

in Anspruch nahm. Durch die jeweiligen Antworten der Personen wurde der Fragebogen automatisch personalisiert und auf den/die EmpfängerIn zugeschnitten, um eine möglichst detaillierte Erfassung der Datenlage zu erzielen. So konnten die Fragen 7.1 und 7.2 nur von TeilnehmerInnen beantwortet werden, die als Arbeitsplatz „Klinik“ angegeben hatten, Frage 8.1 und 8.2. nur bei „in eigener Niederlassung“. Frage 10.4 bis 10.8 wurden nur angezeigt, so fern als Status nicht „Chefarzt/-ärztin bzw. KlinikdirektorIn“ angegeben wurde; Frage 10.6 bis 10.8 konnten zudem nur von den Teilnehmenden beantwortet werden, falls als Arbeitsplatz entweder „Universitätsklinik“ oder „andere“ angegeben wurde. Frage 11.4.1 und 11.4.2 konnten nur von ÄrztInnen beantwortet werden, die als Arbeitsplatz nicht „in eigener Niederlassung“ angeklickt und die auch nicht angegeben hatten, „Chefarzt/-ärztin bzw. KlinikdirektorIn“ zu sein. Frage 11.6 bis 11.8 konnten nur von der Kategorie „WeiterbildungsassistentIn“, Frage 11.9 bis 11.11 von allen Teilnehmenden außer der Kategorie „WeiterbildungsassistentIn“ beantwortet werden.

4.5 Statistische Analyse

Für die statistische Auswertung der erhobenen Daten wurde ein Computer mit dem Programm Windows 10 benutzt. Die Daten wurden elektronisch in das Statistikprogramm SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois) überführt. Die individuell verfassten Antworten zu den freien Fragen wurden manuell in Open Office Calculator zusammengetragen und soweit möglich in Kategorien unterteilt, um mehrere Freitextantworten einer Überkategorie zuordnen zu können. Da sich dies nicht immer als möglich erwies, konnten diese Fragen statistisch nicht ausgewertet werden und wurden aus diesem Grund einzeln im Ergebnisteil exemplarisch in Tabellenform aufgelistet. Da keine metrischen Daten vorlagen, wurde auf den nicht-parametrischen Kolmogorov-Smirnov-Test verzichtet. Nach der deskriptiven Analyse aller Antworten erfolgte ein Vergleich der folgenden Subgruppen unter den Teilnehmenden:

- Geschlecht

- Alter

- Karrieregrad

- Arbeitsplatz

Hierfür wurden diverse Signifikanztests durchgeführt, um eventuelle, nicht zufallsbedingte Unterschiede zwischen den Subgruppen festzustellen. Dazu wurde der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test für unabhängige dichotome Variablen und der Test nach Kruskal-Wallis zum Vergleich mehrerer Subgruppen angewandt und das Signifikanzniveau auf den p-Wert $< ,05$ festgelegt. Des Weiteren wurden Korrelationen durchgeführt und der Korrelationskoeffizient nach Spearman-Rho betrachtet. Für nominale Variablen wurde der exakte Test nach Fisher verwendet, wobei bei einem p-

Wert $< ,05$ von einem signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ausgegangen werden kann. Bei Fragen mit einer geringen Antwortrate wurde auf statistische Tests verzichtet und lediglich deskriptive Daten herangezogen. Zur genauen Differenzierung der Kategorie „FachärztIn“ wurde hinzukommend eine arbeitsplatzspezifische Adjustierung nach niedergelassenen und in Kliniken (Kommunal- und Universitätskliniken) angestellten ÄrztInnen durchgeführt. Durch schrittweise Selektion wurden zur Untersuchung der Beziehung zwischen der abhängigen Variable „Gesamtzufriedenheit im Beruf“ (13.4) und diversen unabhängigen nominalen und ordinalen Variablen in multiplen ordinalen Regressionsanalysen signifikante Variablen herausgefiltert, die zuvor durch univariate Regressionsanalysen erörtert worden waren.

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der beantworteten Fragebögen in Textform dargestellt und in Form von Balken-, Kreisdiagrammen und Kreuztabellen unterstützt. Die nicht mittels SPSS auswertbaren Freitextantworten werden exemplarisch in tabellarischer Form im dazugehörigen Fragenabschnitt dargestellt.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Der Fragebogen wurde insgesamt an $n = 1.048$ Mitglieder der DGDC versendet. Das Verhältnis der teilnehmenden Frauen und Männer war vergleichbar groß; insgesamt nahmen $n = 51$ (48,1%) Ärztinnen und $n = 55$ (51,9%) Ärzte an der Befragung teil. In Tabelle 1 sind die allgemeinen Daten der Teilnehmenden zur Übersicht dargestellt.

Tabelle 1: Allgemeine Daten der Teilnehmenden (% an der Gesamtzahl der Antworten)

Item		%	Anzahl
Geschlecht	Männlich	51,9	55
	Weiblich	48,1	51
Alter	≤ 30 Jahre	1,9	2
	31 – 40 Jahre	30,5	32
	41 – 50 Jahre	32,4	34

	51 – 60 Jahre	23,8	25
	≥ 61 Jahre	11,4	12
Aktueller Familienstand	Ledig	30,2	32
	Verheiratet (zusammenlebend, Ehepaar)	59,4	63
	Verheiratet (getrennt lebend)	6,6	7
	Geschieden	1,9	2
	Verwitwet	1,9	2
Kinder	Keine Kinder	34,9	37
	bis 2 Kinder	48,1	51
	ab 3 Kinder	17	18
Status	WeiterbildungsassistentIn	10,4	11
	Facharzt/-ärztin	43,4	46
	Oberarzt/-ärztin	34,9	37
	Chefarzt/-ärztin oder KlinikdirektorIn	11,3	12
Arbeitsplatz	Klinik	23,8	25
	Universitätsklinik	31,4	33
	In eigener Niederlassung	32,4	34
	Andere	12,4	13
Dienstjahre	≤ 5 Jahre	14,2	15
	6 – 9 Jahre	21,7	23
	10 – 19 Jahre	29,2	31
	20 – 29 Jahre	28,3	30

	≥ 30 Jahre	6,6	7
Entfernung des Arbeitsplatzes vom Wohnort	≤ 5 km	50,9	54
	6 – 15 km	18,9	20
	16 – 30 km	13,2	14
	31 – 50 km	13,2	14
	≥ 50 km	3,8	4

Der prozentual größte Anteil der TeilnehmerInnen (32,4%, n = 34) gab an, zum Befragungszeitpunkt zwischen 41 und fünfzig Jahre alt gewesen zu sein. Im Schnitt waren Teilnehmerinnen etwas jünger als männliche Teilnehmer: 43,1% (n = 22) der Ärztinnen waren zum Befragungszeitpunkt 31 bis vierzig Jahre alt, Männer waren mit 35,2% (n = 19) häufiger zwischen 41 und fünfzig Jahre alt (p = ,002) (Abbildung 2).

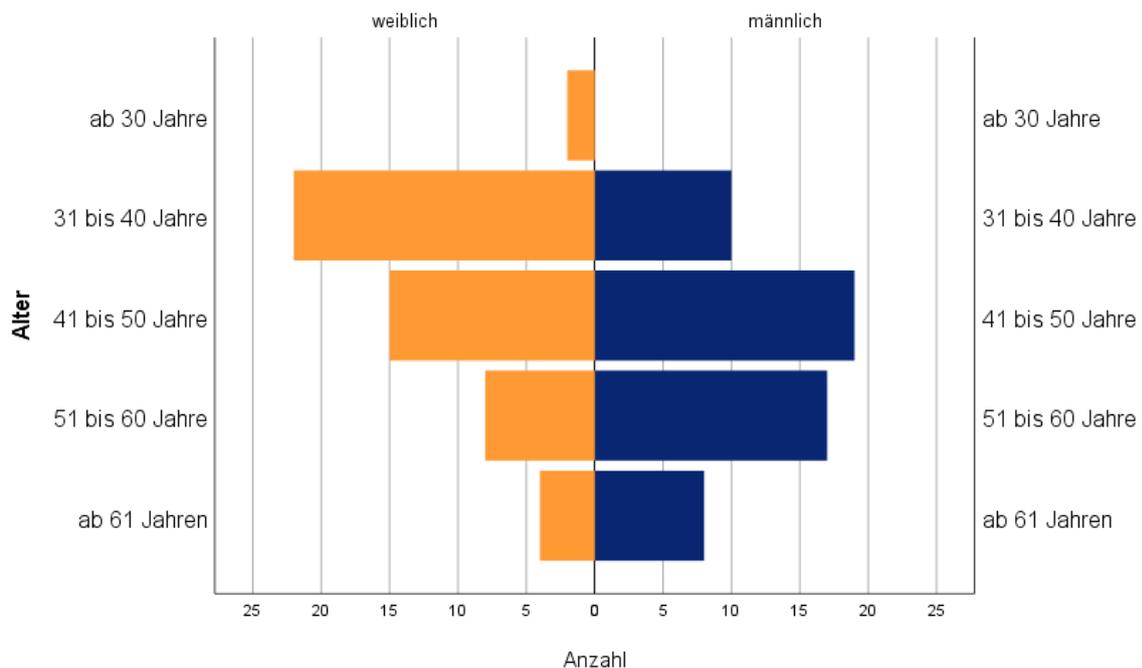


Abbildung 2: Alter nach Geschlecht (Gesamtzahl aller Antworten) (p = ,002)

Die meisten ÄrztInnen arbeiteten zum Befragungszeitpunkt an Universitätskliniken oder in der Niederlassung, rund ein Viertel (n = 25) der Befragten arbeitete in Kliniken, ein Achtel (n = 13) wiederum an alternativen Arbeitsplätzen. „Kliniken“ beinhaltet näher sämtliche Häuser außer Universitätskliniken, beispielsweise also Kommunalkliniken sowie auch Kliniken in kirchlicher oder privater Trägerschaft, und werden im Folgenden vereinfacht als „(Kommunal-)Kliniken“ bezeichnet. Die weiblichen Befragten arbeiteten häufiger in Kliniken (35,3%, n = 18), Männer öfter in der Niederlassung (46,3%, n = 25); in Universitätskliniken und anderen Arbeitsplätzen war der Anteil an männlichen und weiblichen Teilnehmenden ähnlich groß (p = ,005) (Abbildung 3).

ÄrztInnen bis vierzig Jahre waren häufiger an Universitätskliniken und Kliniken beschäftigt (p = ,029). Der prozentuale Anteil an ÄrztInnen in der Niederlassung und an anderen Arbeitsplätzen stieg mit zunehmendem Alter an: ÄrztInnen ab 51 Jahren waren vornehmlich in der Niederlassung tätig. Der prozentuale Anteil der TeilnehmerInnen in der Niederlassung von 41 bis fünfzig Jahren war doppelt so groß wie bei Befragten von 31 bis vierzig Jahren (Tabelle 2).

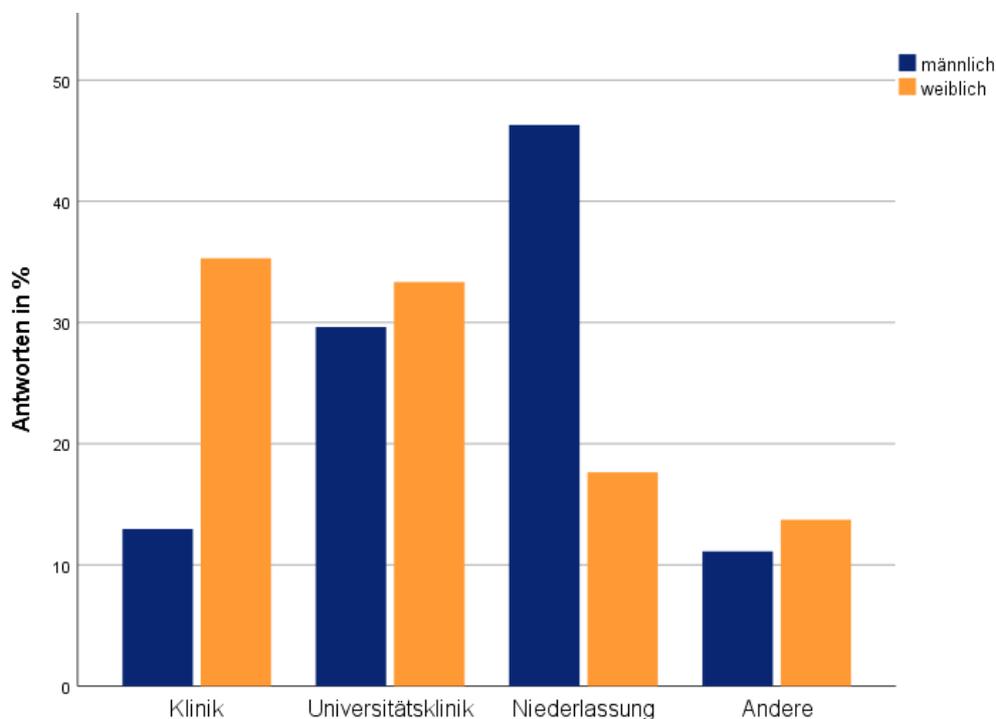


Abbildung 3: Arbeitsplatz nach Geschlecht (p = ,005)

Der größte Teil der Befragten (43,4%, n = 46) war zum Zeitpunkt der Befragung als Facharzt/-ärztin tätig, 34,9% (n = 37) als Oberarzt/-ärztin. Chefärzte/-innen oder KlinikdirektorInnen waren mit 11,3% (n = 12) vertreten, WeiterbildungsassistentInnen mit 10,4% (n = 11) (Abbildung 4).

Tabelle 2: Arbeitsplatz nach Alterskategorie (p = ,029)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Klinik	50% (n = 1)	25% (n = 8)	23,5% (n = 8)	29,2% (n = 7)	8,3% (n = 1)
Universitäts- klinik	50% (n = 1)	50% (n = 16)	32,4% (n = 11)	8,3% (n = 2)	16,7% (n = 2)
Niederlassung	-	15,6% (n = 5)	32,4% (n = 11)	50% (n = 12)	50% (n = 6)
Andere	-	9,4% (n = 3)	11,8% (n = 4)	12,5% (n = 3)	25% (n = 3)

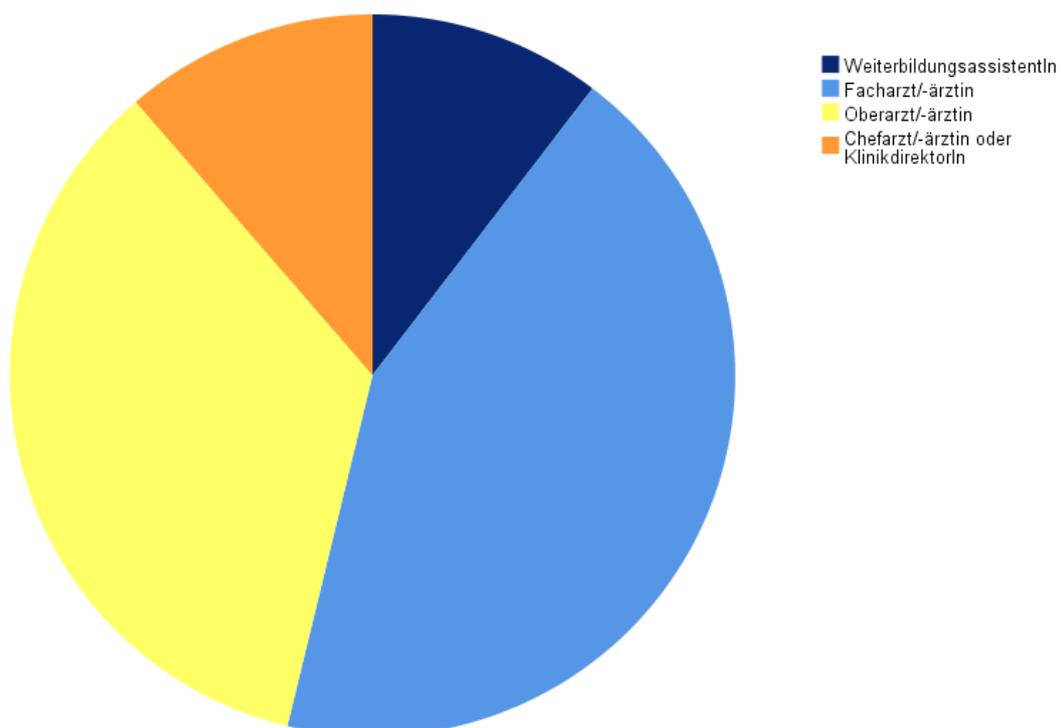


Abbildung 4: Karrieregrad (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Unter Fach- und OberärztInnen waren Männer jeweils häufiger vertreten als Frauen, WeiterbildungsassistentInnen waren mit 81,8% (n = 9) häufiger weiblich, ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen hingegen mit 66,7% (n = 8) häufiger männlich (p = ,102). FachärztInnen in der Niederlassung waren häufiger männlich (73,1%, n = 19) und zwischen 41 und sechzig Jahre alt (69,3%, n = 18), in Kliniken und Universitätskliniken angestellte FachärztInnen waren hingegen häufiger weiblich (88,9%, n = 8) und zwischen 31 und vierzig Jahre alt (77,8%, n = 7). Der prozentual größte

Teil der WeiterbildungsassistentInnen (45,5%, n = 5) war 31 bis 40 Jahre alt, die Hälfte (n = 6) der ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen bewegte sich zwischen 51 und sechzig Jahren. OberärztInnen bewegten sich altersmäßig am häufigsten zwischen 41 und fünfzig Jahren. Unter WeiterbildungsassistentInnen betrug die Altersspanne insgesamt von unter dreißig bis sechzig Jahre, bei ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen von 41 bis über 61 Jahre (p = ,101).

WeiterbildungsassistentInnen arbeiteten gleich häufig in Kliniken und Universitätskliniken, OberärztInnen mehrheitlich in Universitätskliniken; dieses Ergebnis war höchst signifikant (p = ,000). FachärztInnen waren prozentual am häufigsten in der Niederlassung tätig. ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen waren größtenteils an Kliniken beschäftigt, 36,4% (n = 4) gaben an, sich niedergelassen zu haben (Tabelle 3).

Tabelle 3: Arbeitsplatz nach Status (p = ,000)

	WeiterbildungsassistentIn	Facharzt/-ärztin	Oberarzt/-ärztin	Chefarzt/-ärztin, KlinikdirektorIn
Klinik	36,4% (n = 4)	2,2% (n = 1)	35,1% (n = 13)	63,6% (n = 7)
Universitätsklinik	36,4% (n = 4)	17,4% (n = 8)	56,8% (n = 21)	–
Niederlassung	18,2% (n = 2)	56,5% (n = 25)	5,4% (n = 2)	36,4% (n = 4)
Andere	9,1% (n = 1)	23,9% (n = 11)	2,7% (n = 1)	–

Die Mehrheit der ÄrztInnen (59,4%, n = 63) gab an (Abbildung 5), verheiratet zu sein, darunter prozentual Männer (65,5%, n = 36) häufiger als Frauen (52,9%, n = 27) (p = ,273). Ein Drittel (30,2%, n = 32) der Teilnehmenden war zum Befragungszeitpunkt ledig, Frauen (39,2%, n = 20) häufiger als Männer (21,8%, n = 12). Getrennt von ihrem Ehepartner lebten 6,6% (n = 7) der TeilnehmerInnen, Männer etwas häufiger (9,1%, n = 5). Geschieden oder verwitwet waren jeweils 1,9% (n = 2) der ÄrztInnen. Ledig waren vor allem FachärztInnen und WeiterbildungsassistentInnen (p = ,084) sowie TeilnehmerInnen bis vierzig Jahre und ÄrztInnen in Universitätskliniken (p = ,230); ab 41 Jahren gab der Großteil an, in einer Ehegemeinschaft zu leben (p = ,002).

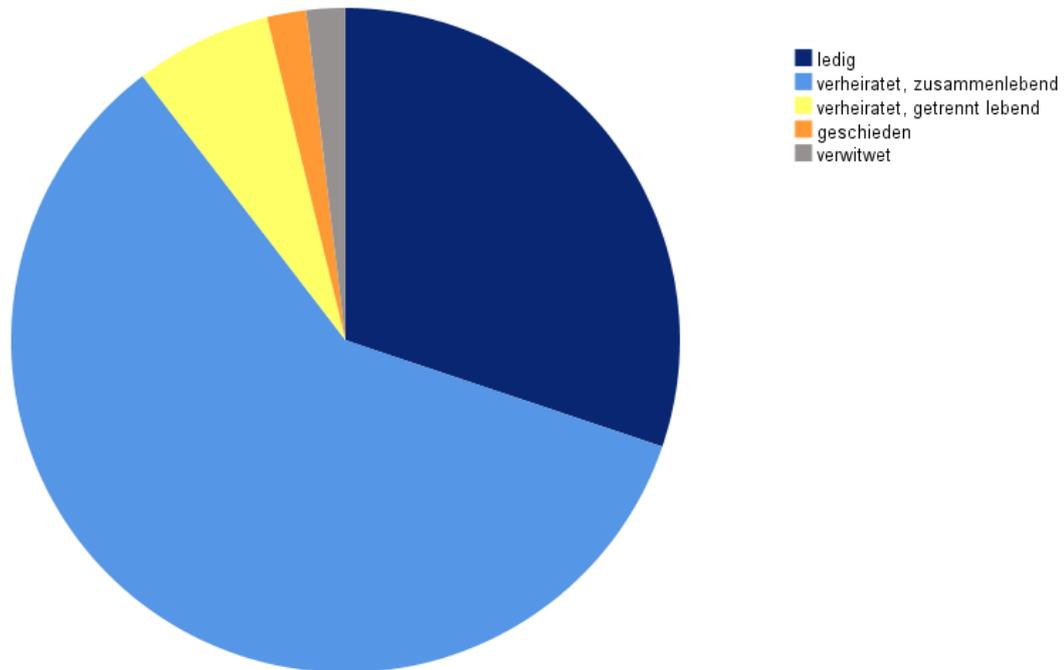


Abbildung 5: Familienstand (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Bei der Frage nach Kindern gaben 34,9% (n = 37) aller Befragten an, keine Kinder zu haben; bei 48,1% (n = 51) waren es eines bis zwei Kinder und bei 17% (n = 18) drei Kinder oder mehr. Insgesamt waren TeilnehmerInnen mit 45,1% (n = 23) signifikant häufiger kinderlos als Männer (p = ,027); Männer hatten im Schnitt zudem mehr Kinder als Frauen: während ein Fünftel (21,8%, n = 12) der männlichen Teilnehmer drei Kinder oder mehr angab, waren es bei den Frauen nur 11,8% (n = 6) (Abbildung 6).

Ein Großteil der Teilnehmenden bis 40 Jahre war kinderlos, ab 41 Jahren hatte die Mehrheit der ÄrztInnen eines bis zwei Kinder; dieses Ergebnis war höchst signifikant (p = ,001). Der Großteil der WeiterbildungsassistentInnen sowie ein großer Teil (43,5%, n = 20) der FachärztInnen hatte keine Kinder, die prozentual größten Anteile der Fach-, Ober- und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen hatten höchst signifikant häufiger eines bis zwei Kinder (p = ,001). Dabei hatten vor allem in Universitäts- und Kommunalkliniken angestellte FachärztInnen keine Kinder (88,9%, n = 8). OberärztInnen und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen gaben am häufigsten an, drei oder mehr Kinder zu haben. ÄrztInnen, die in Kommunalkliniken angestellt waren, hatten im Vergleich zu TeilnehmerInnen an allen anderen Arbeitsplätzen signifikant häufiger und auch öfter mehr als drei Kinder (p = ,022) (Tabelle 4).

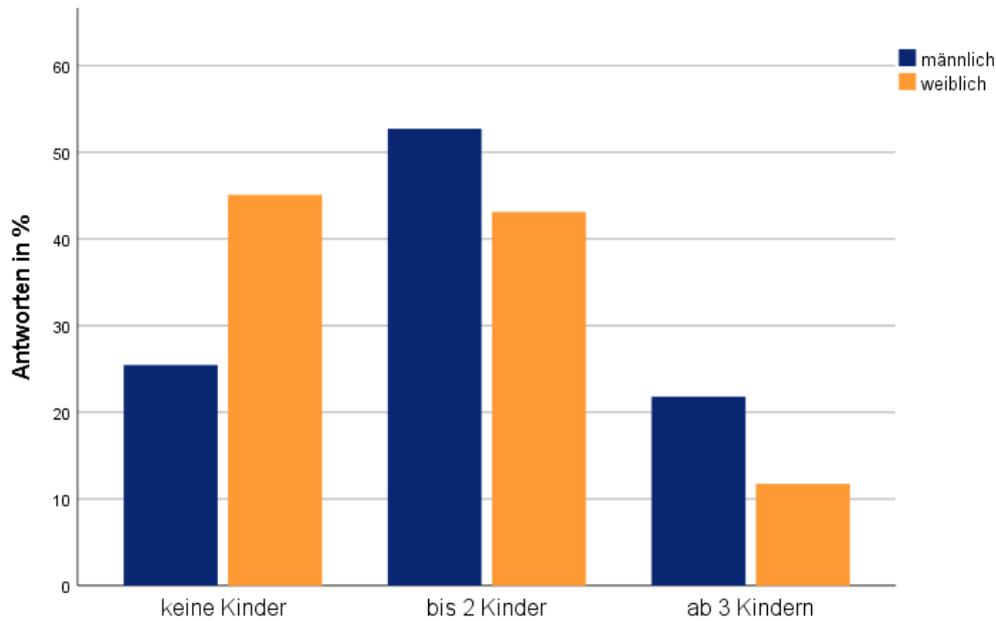


Abbildung 6: Kinder nach Geschlecht (p = ,027)

Tabelle 4: Kinder nach Arbeitsplatz (p = ,022)

	Klinik	Universitätsklinik	Niederlassung	Andere
Keine Kinder	20% (n = 5)	48,5% (n = 16)	29,4% (n = 10)	46,2% (n = 6)
1-2 Kinder	44% (n = 11)	42,4% (n = 14)	55,9% (n = 19)	46,2% (n = 6)
Ab 3 Kinder	36% (n = 9)	9,1% (n = 3)	14,7% (n = 5)	7,7% (n = 1)

Die Mehrheit der TeilnehmerInnen (57,5%, n = 61) war zum Befragungszeitpunkt seit zehn bis 29 Jahren in ihrem Beruf tätig. Ein Drittel der Befragten (35,9%, n = 38) gab an, seit weniger als zehn Jahren ärztlich zu arbeiten. Der prozentual größte Teil der männlichen Teilnehmenden (38,2%, n = 21) arbeitete seit zwanzig bis 29 Jahren in ihrem Beruf, Teilnehmerinnen mit 29,4% (n = 15) seit sechs bis neun Jahren (p =,000). Die befragten WeiterbildungsassistentInnen arbeiteten überwiegend (81,8%, n = 9) seit bis zu fünf Jahren in ihrem Beruf, der prozentual größte Anteil an FachärztInnen seit zwanzig bis 29 Jahren (p =,002); diese waren vor allem in der Niederlassung tätig. ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen waren mit 66,7% (n = 8) zwischen zwanzig und 29 Jahren in ihrem Beruf tätig (Abbildung 7).

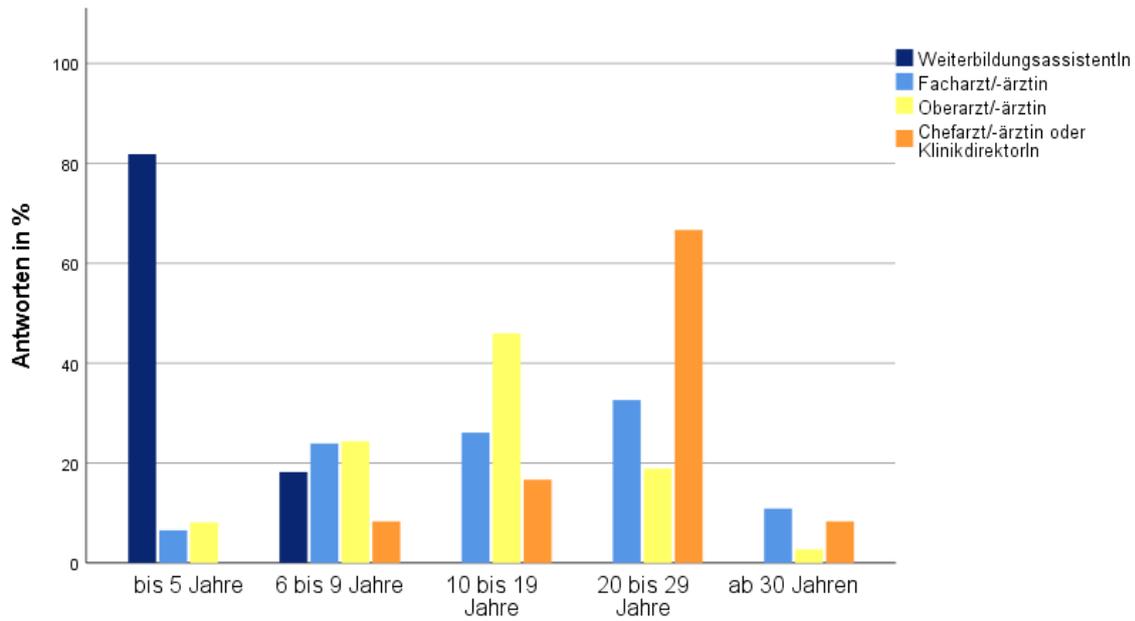


Abbildung 7: Dienstzeit nach Karrieregrad ($p = ,002$)

Dementsprechend arbeiteten an Universitätskliniken eher ÄrztInnen mit kürzerer Berufserfahrung, in der Niederlassung und an Kliniken mit längerer Dienstzeit ($p = ,001$). Niemand der Befragten an Universitätskliniken gab an, zum Befragungszeitpunkt bereits länger als dreißig Jahre zu arbeiten, an anderen Arbeitsplätzen waren es 15,4% ($n = 2$).

Die Fragen nach dem Anstellungsverhältnis und Arbeitszeitmodell konnten nicht von ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen sowie von ÄrztInnen in Kliniken und in der Niederlassung beantwortet werden. Es antworteten insgesamt 22 Männer und 24 Frauen: alle Männer gaben an, mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag ($p = ,000$) und überwiegend (72,7%, $n = 16$) in Vollzeit bei ihren ArbeitgeberInnen angestellt zu sein ($p = ,276$). Die Hälfte der Frauen ($n = 12$) war unbefristet und mehrheitlich (87,5%, $n = 21$) in Vollzeit angestellt; es waren mehr Männer (27,3%, $n = 6$) in einer Teilzeitstelle beschäftigt als Frauen (12,5%, $n = 3$). In der Altersklasse bis vierzig Jahren gaben die Teilnehmenden vorwiegend eine befristete Anstellung ($p = ,000$) in Vollzeit an ($p = ,039$), ab 41 Jahren waren alle befragten ÄrztInnen unbefristet angestellt. In der Altersgruppe von 51 bis sechzig Jahren war der Anteil der ÄrztInnen in Teilzeit am größten (60%, $n = 3$) (Tabelle 5).

Tabelle 5: Anstellungsverhältnis ($p = ,000$) und Arbeitszeitmodell ($p = ,039$) nach Alterskategorie

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Anstellungsverhältnis					
unbefristet	-	42,1% (n = 8)	100% (n = 15)	100% (n = 5)	100% (n = 5)
befristet	100% (n = 1)	57,9% (n = 11)	-	-	-
Arbeitszeitmodell					
Vollzeit	100% (n = 1)	94,7% (n = 18)	80% (n = 12)	40% (n = 2)	60% (n = 3)
Teilzeit	-	5,3% (n = 1)	20% (n = 3)	60% (n = 3)	40% (n = 2)

WeiterbildungsassistentInnen gingen mit großer Mehrheit einer befristeten Vollzeitanstellung nach (jeweils 80%, $n = 4$), Fach- und OberärztInnen arbeiteten hauptsächlich Vollzeit ($p = ,663$) in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis ($p = ,005$); ein Drittel der FachärztInnen (31,6%, $n = 6$) gab eine befristete Anstellung an, 26,3% ($n = 5$) arbeiteten in Teilzeit. In Universitätskliniken war die Mehrheit der Befragten unbefristet ($p = ,011$) und in Vollzeit angestellt ($p = ,009$), an alternativen Arbeitsplätzen gaben alle Teilnehmenden an, unbefristet angestellt zu sein, die Anzahl der in Teilzeit arbeitenden ÄrztInnen war hier nur wenig geringer als die der Vollzeitbeschäftigten (46,2%, $n = 6$ vs. 53,8%, $n = 7$).

Über die Hälfte der TeilnehmerInnen (50,9%, $n = 54$) wohnte bis zu fünf Kilometer von ihrem Arbeitsplatz entfernt, nur ein kleiner Teil der Befragten (3,8%, $n = 4$) legte zur Arbeitsstelle eine Strecke von über fünfzig Kilometern zurück. Ein vergleichbar großer Anteil von Männern und Frauen war bis fünf Kilometer von ihrer Arbeitsstelle entfernt wohnhaft ($p = ,548$), Männer nahmen öfter (7,3%, $n = 4$) eine Strecke von über fünfzig Kilometern auf sich. Vor allem OberärztInnen (21,6%, $n = 8$) legten häufiger über 31 Kilometer bis zu ihrem Arbeitsplatz zurück, bei ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen waren es bei einem Drittel (33,3%, $n = 4$) 31 bis fünfzig Kilometer ($p = ,025$). An Kliniken angestellte ÄrztInnen nahmen vergleichsweise mehr Kilometer zur Arbeit in Kauf als TeilnehmerInnen an anderen Arbeitsplätzen: während jeweils nur unter 15% der Teilnehmenden aus Universitätskliniken, alternativen Arbeitsplätzen und in der Niederlassung mehr als 31 Kilometer Anfahrtsweg in Kauf nahmen, waren es bei Angestellten in Kliniken 36% ($n = 9$) der Befragten ($p = ,008$) (Abbildung 8).

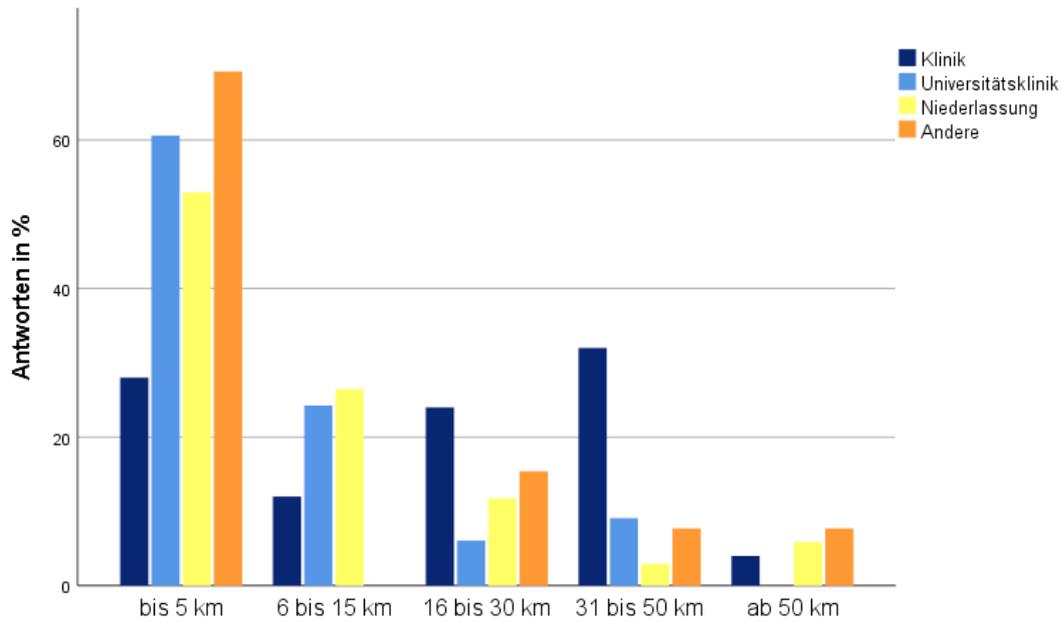


Abbildung 8: Anfahrtsweg nach Arbeitsplatz (p = ,008)

Insgesamt antworteten n = 11 Personen auf die Frage, ob ihre Arbeitsstelle in den letzten zehn Jahren durch eine externe Beratungsfirma unterstützt worden sei. Alle (n = 3) der männlichen Teilnehmenden beantworten diese Frage mit „nein“, sowie 87,5% (n = 7) der weiblichen Teilnehmenden; 12,5% (n = 1) der Frauen antworten mit „teilweise“. Niemand der TeilnehmerInnen antwortete auf die Frage, ob durch die externe Beratung eine Verbesserung eingetreten sei.

5.2 Auswertung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Befragungssitems innerhalb der übergeordneten Domänen jeweils nach den Faktoren „Geschlecht“, „Alter“, „Arbeitsplatz“ und „Karrieregrad“ beurteilt.

5.2.1 Ergebnisse der Domäne „Einhaltung der Arbeitszeitgesetze“

5.2.1.1 Ergebnisse bezüglich der Quantität und Qualität der Mehrarbeitsstunden

Mit 67,9% (n = 72) hatte der Großteil der befragten ÄrztInnen eher feste Arbeitszeiten, 16% (n = 17) gaben zum Befragungszeitpunkt unregelmäßige Arbeitszeiten durch Schicht-, Wochenend- und/oder Bereitschaftsdienste an (Abbildung 9). Signifikante Unterschiede konnten diesbezüglich für Geschlecht, Alter und Arbeitsplatz der Teilnehmenden festgestellt werden.

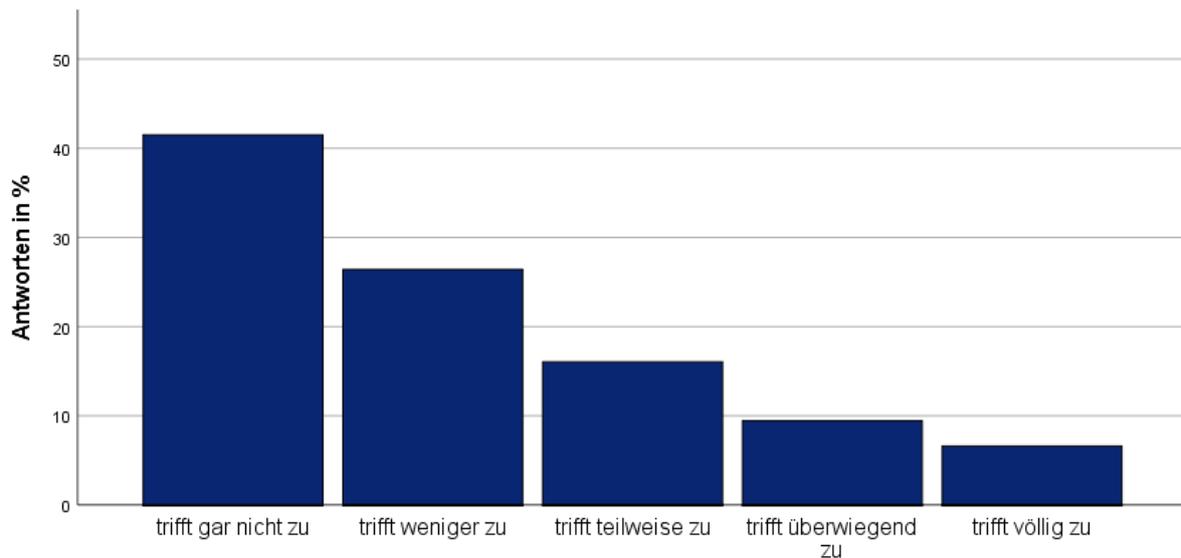


Abbildung 9: Unregelmäßige Arbeitszeiten (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Männliche Teilnehmer hatten insgesamt seltener Schicht-, Bereitschafts- oder Wochenenddienste (52,7%, n = 29) als Teilnehmerinnen, diese gaben häufiger teilweise unregelmäßige Arbeitszeiten an (27,5%, n = 14), ansonsten waren die Werte vergleichbar (p = ,022). In den Altersgruppen von 41 bis über 61 Jahren hatte die Mehrheit der befragten ÄrztInnen meistens regelmäßige Arbeitszeiten, bei rund einem Viertel der 41- bis Fünfzigjährigen (23,6%, n = 8) und 18,8% (n = 6) der 31- bis Vierzigjährigen waren diese unregelmäßig (p = ,004) (Tabelle 6).

Vor allem an anderen Arbeitsstellen (92,3%, n = 12) und in der Niederlassung (82,4%, n = 28) überwogen feste Arbeitszeiten, unregelmäßige Arbeitszeiten durch Schicht-, Bereitschafts- und Wochenenddienste wurden signifikant am häufigsten mit 24,3% (n = 9) an Universitätskliniken angegeben (p = ,031). Ober- und ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen gaben größtenteils wenig bis keine Dienste an (p = ,677), ebenso FachärztInnen in der Niederlassung; rund ein Fünftel der WeiterbildungsassistentInnen und OberärztInnen sowie 13% (n = 6) der FachärztInnen hatten hingegen einen von unregelmäßigen Arbeitszeiten geprägten Alltag. Bei vielen WeiterbildungsassistentInnen (45,5%, n = 5) wurden zudem teilweise wechselnde Arbeitszeiten durch Schicht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienste angegeben.

Tabelle 6: Unregelmäßige Arbeitszeiten nach Alterskategorie (p = ,004)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Trifft gar nicht zu	–	25% (n = 8)	50% (n = 17)	52% (n = 13)	50% (n = 6)
Trifft wenig zu	–	21,9% (n = 7)	23,5% (n = 8)	44% (n = 11)	16,7% (n = 2)
Trifft teilweise zu	100% (n = 2)	34,4% (n = 11)	2,9% (n = 1)	–	16,7% (n = 2)
Trifft überwiegend zu	–	12,5% (n = 4)	11,8% (n = 4)	4% (n = 1)	8,3% (n = 1)
Trifft völlig zu	–	6,3% (n = 2)	11,8% (n = 4)	–	8,3% (n = 1)

Insgesamt antworteten über vierzig Prozent (n = 46) der Befragten, oft bis sehr häufig Mehrarbeit zu verrichten, die Anzahl der Überstunden beliefen sich am häufigsten auf vier bis acht Stunden pro Woche (Abbildung 10). Frauen machten prozentual etwas häufiger (45,3%, n = 23) Überstunden als Männer; 43,7% (n = 24) der männlichen Teilnehmer gaben wenig bis gar keine Mehrarbeitsstunden an, bei den Teilnehmerinnen waren es hingegen nur 19,6% (n = 10). Zudem waren mehr als doppelt so viele weibliche Teilnehmende (35,3%, n = 18) von teilweise wiederkehrenden Überstunden betroffen als männliche (p = ,059). Die Mehrheit der weiblichen Befragten gab im Schnitt weniger als vier und mit 36% (n = 18) vier bis acht Überstunden pro Woche an und damit signifikant weniger als die männlichen Befragten; diese gaben vorwiegend (39%, n = 16) wöchentlich vier bis acht Stunden Mehrarbeit an, bei 36,6% (n = 15) waren es sogar mehr als acht Überstunden (p = ,016) (Abbildung 11).

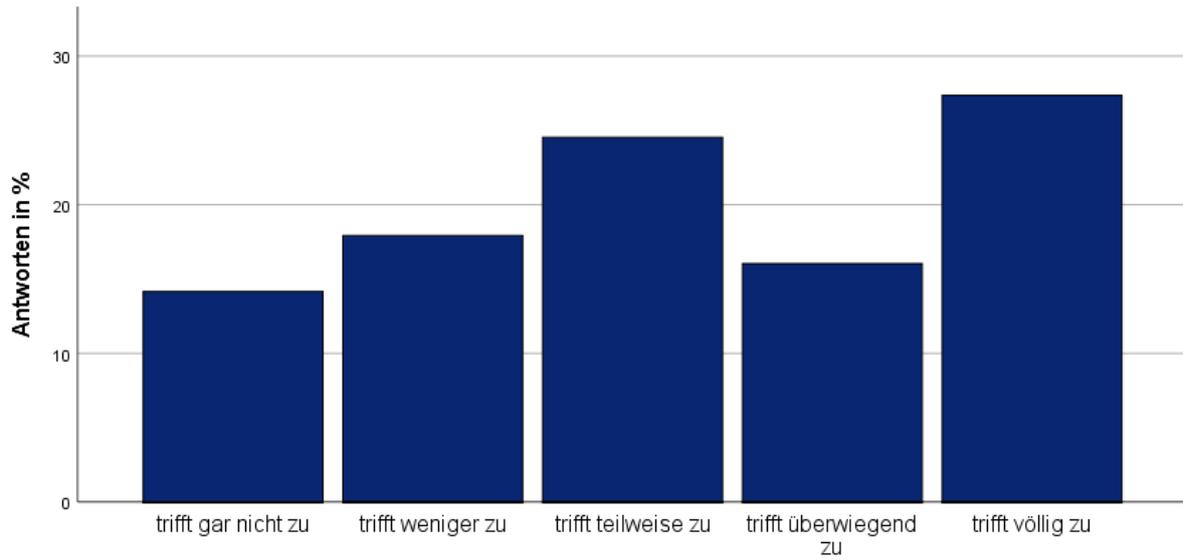


Abbildung 10: Regelmäßige Überstunden (Gesamtzahl aller Antworten in %)

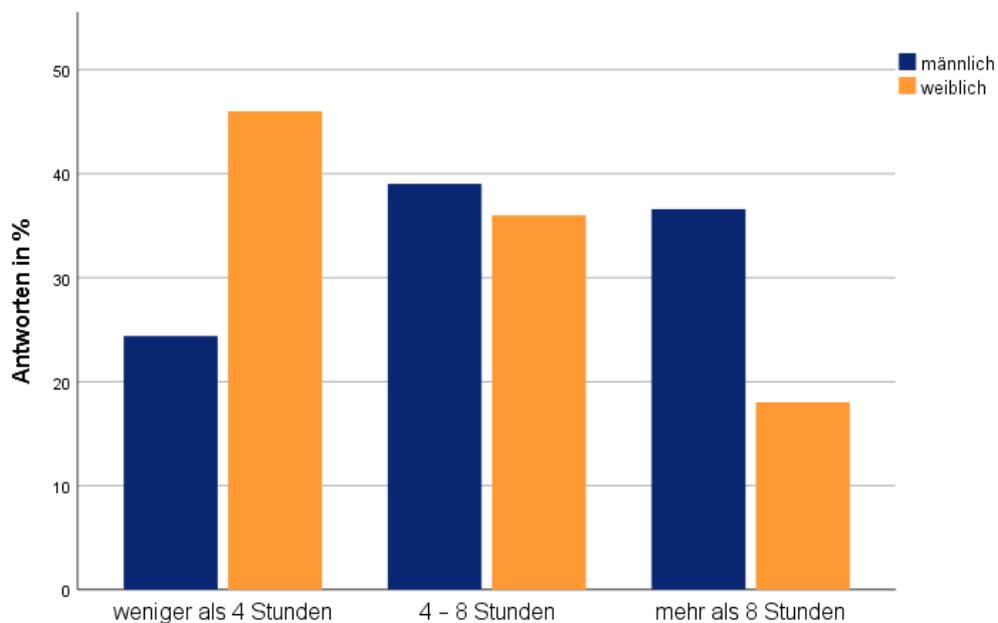


Abbildung 11: Anzahl der Überstunden nach Geschlecht ($p = ,016$)

Es konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit bzw. Regelmäßigkeit von Überstunden zwischen verschiedenen Altersklassen festgestellt werden ($p = ,247$), allerdings ergab sich für die Anzahl der Überstunden ein signifikanter Wert ($p = ,031$). Bis zum Alter von fünfzig Jahren

fielen bei den Teilnehmenden mehrheitlich wöchentlich bis zu acht Mehrarbeitsstunden an, der prozentuale Anteil der ÄrztInnen, die wöchentlich mehr als acht Überstunden verrichteten, stieg bis sechzig Jahre progredient an (Tabelle 7).

Tabelle 7: Anzahl der durchschnittlichen Überstunden pro Woche nach Alterskategorie ($p = ,031$)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
< 4 Stunden	50% (n = 1)	46,7% (n = 14)	40% (n = 12)	20% (n = 4)	25% (n = 2)
4 – 8 Stunden	50% (n = 1)	36,7% (n = 11)	33,3% (n = 10)	40% (n = 8)	50% (n = 4)
> 8 Stunden	–	16,7% (n = 5)	26,7% (n = 8)	40% (n = 8)	25% (n = 2)

Auch bei der Bewältigung von Mehrarbeit zwischen verschiedenen Karrieregraden zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($p = ,767$). Fach- und OberärztInnen leisteten im Vergleich am häufigsten Überstunden ab; die Anzahl der Mehrarbeitsstunden summierte sich bei diesen signifikant am häufigsten auf vier bis acht Stunden wöchentlich ($p = ,031$). 45,5% (n = 5) der WeiterbildungsassistentInnen leisteten zum Befragungszeitpunkt zum Teil regelmäßig Mehrarbeitsstunden ab, die sich überwiegend (72,7%, n = 8) auf unter vier Stunden pro Woche beliefen (Abbildung 12). Bei ChefärztInnen oder KlinikdirektorInnen summierten sich die Überstunden mit Abstand am häufigsten auf über acht Stunden wöchentlich (50%, n = 5). FachärztInnen in der Niederlassung hatten mit Abstand häufiger mehr als acht Überstunden pro Woche (45,5%, n = 10) als FachärztInnen an Kommunal- und Universitätskliniken.

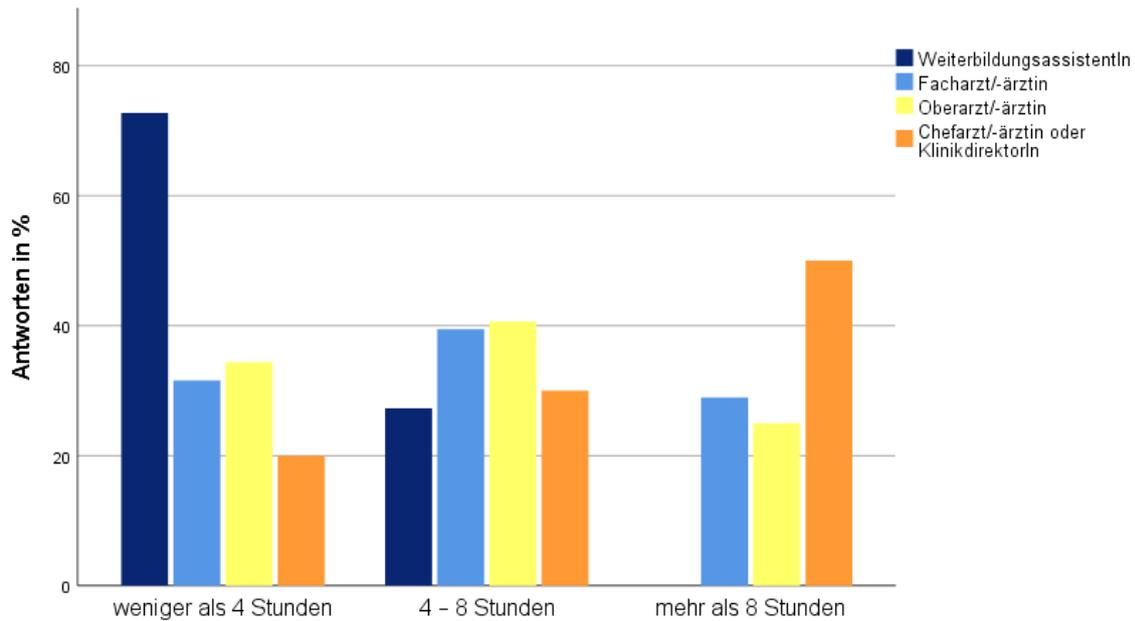


Abbildung 12: Anzahl der Überstunden nach Karrieregrad (p = ,031)

Vor allem ÄrztInnen in der Niederlassung (55,9%, n = 19) waren von permanent anfallenden Überstunden betroffen, dicht gefolgt von Kliniken und Universitätskliniken; diese Ergebnisse waren signifikant (p = ,015) (Tabelle 8). In beiden letzteren schwankte die Anzahl der Überstunden mehrheitlich zwischen vier und acht Stunden pro Woche, in der Niederlassung waren es in über der Hälfte der Fälle (n = 15) sogar über acht Stunden wöchentlich (Abbildung 13); dieses Ergebnis erwies sich als höchst signifikant (p = ,001). Vorwiegend ÄrztInnen an anderen Arbeitsstätten gaben signifikant weniger Überstunden an (61,6%, n = 8): bei 87,5% (n = 7) belief sich die wöchentliche Anzahl auf unter vier Stunden pro Woche.

Tabelle 8: Regelmäßig anfallende Überstunden nach Arbeitsplatz (p = ,015)

	Klinik	Universitätsklinik	Niederlassung	Andere
Trifft gar nicht zu	4% (n = 1)	12,1% (n = 4)	14,7% (n = 5)	38,5% (n = 5)
Trifft wenig zu	12% (n = 3)	24,2% (n = 8)	11,8% (n = 4)	23,1% (n = 3)
Trifft teilweise zu	36% (n = 9)	24,2% (n = 8)	17,6% (n = 6)	23,1% (n = 3)
Trifft überwiegend zu	24% (n = 6)	12,1% (n = 4)	14,7% (n = 5)	15,4% (n = 2)
Trifft völlig zu	24% (n = 6)	27,3% (n = 9)	41,2% (n = 14)	–

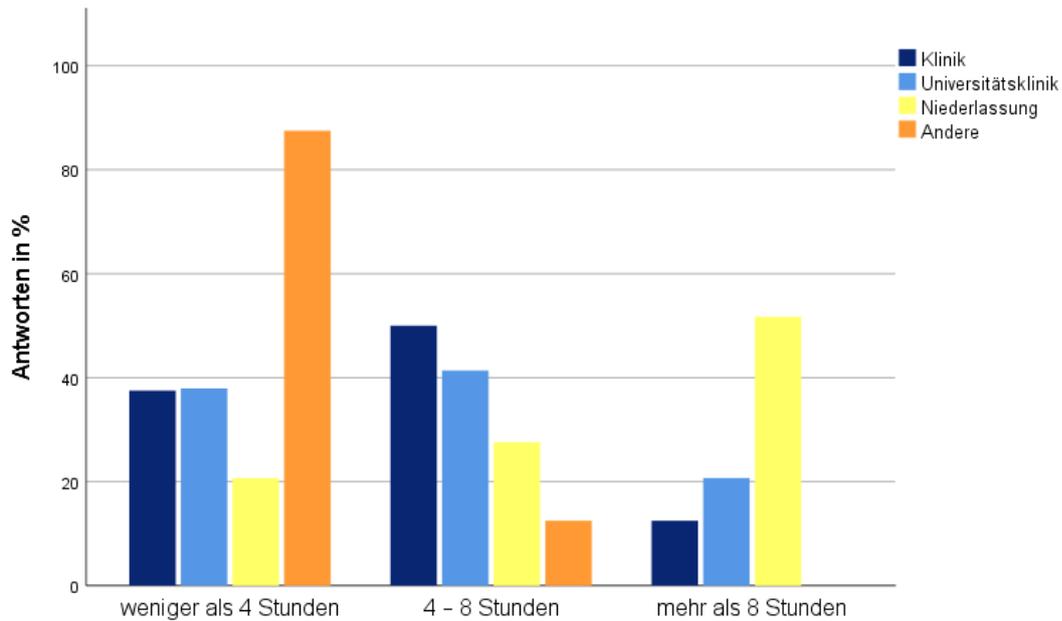


Abbildung 13: Anzahl der Überstunden nach Arbeitsplatz (p = ,001)

Tabelle 9 zeigt die Freitextantworten zu den häufigsten Ursachen für Mehrarbeit. Mehrfachantworten waren möglich; aus Gründen der Leserlichkeit und Übersichtlichkeit wurden die Freitextantworten in ihrer Rechtschreibung korrigiert und in semantische Übergruppen eingeteilt. Die zitierten Antworten der männlichen Befragten sind kursiv dargestellt.

Tabelle 9: Freitextantworten zu den Ursachen für angefallene Mehrarbeitsstunden (Freitextfrage 9.2)

n = 55, Frauen: n = 28, Männer: n = 27		
Ursachen	Zitate (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl
Hohes Arbeitsaufkommen (z.B. durch große Anzahl an PatientInnen und/oder OPs)	<ul style="list-style-type: none"> • „Zu schnelle Patientenrekrutierung und -abfertigung“ • „Pensum in Regelarbeitszeit nicht zu schaffen“ • „Eine Fallzahl von 1600 GK-Versicherten pro Quartal lässt sich nicht in einer 42 Stundenwoche leitliniengerecht versorgen.“ 	n = 28 (50,9%)
(OP-)Dokumentation, Bürokratie, Administration		n = 20 (36,4%)

Personelle Engpässe	<ul style="list-style-type: none"> • „Bei 80% Arbeitszeit Abdecken der Arbeit von 2 Vollzeit – Fachärzten“ • „Zu geringer Stellenschlüssel auf die Anzahl der Patienten“ • „Personalverdichtung – Mangel durch Einsparung“ 	n = 9 (16,4%)
Patientenversorgung (Post-OP, Nachsorge), Stationsarbeit		n = 7 (12,7%)
Notfälle		n = 3 (5,5%)
Meetings, Besprechungen		n = 2 (3,6%)
andere (z.B. Forschung)		n = 3 (5,5%)

Sowohl männliche als auch weibliche Teilnehmende gaben am häufigsten als Gründe für wiederkehrende Überstunden ein allgemein hohes Arbeitsaufkommen durch beispielsweise eine große Patientenzahl sowie administrative Aufgaben an. Des Weiteren wurden als Gründe personelle Engpässe, den Zeitaufwand für (OP-)Dokumentation und die Patientennachsorge angeführt. Zur alltäglichen Arbeit hinzu kamen zudem Notfallpatienten sowie Zeitaufwand für Meetings.

Der größte Teil der Mehrarbeitsstunden häufte sich in „anderen Bereichen“ an, die von uns nicht näher definiert waren, über ein Drittel fiel auf die konservative Dermatologie; der geringste Anteil an Mehrarbeit entstand durch operative Tätigkeiten (Abbildung 14). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht ($p = ,366$), Alter ($p = ,421$), Karrieregrad ($p = ,054$) und Arbeitsplatz ($p = ,184$) in den Bereichen der anfallenden Mehrarbeitsstunden.

Frauen bauten gleichermaßen (38%, $n = 19$) Überstunden in der konservativen Dermatologie und in „anderen Bereichen“ auf, bei Männern fiel der größte Anteil (53,8%, $n = 21$) in „anderen Bereichen“ an. Teilnehmerinnen leisteten vergleichsweise häufiger Mehrarbeit (24%, $n = 12$) im operativen Bereich als männliche Befragte (15,4%, $n = 6$). Bei ÄrztInnen von 31 bis vierzig Jahren und in der Altersgruppe von 51 bis sechzig Jahren fielen die Überstunden hauptsächlich durch konservative Tätigkeiten an. ÄrztInnen von 41 bis fünfzig Jahren häuften vor allem Mehrarbeitsstunden in „anderen Bereichen“ (56,7%, $n = 17$), in der ältesten Altersgruppe vermehrt in der operativen Dermatologie an.

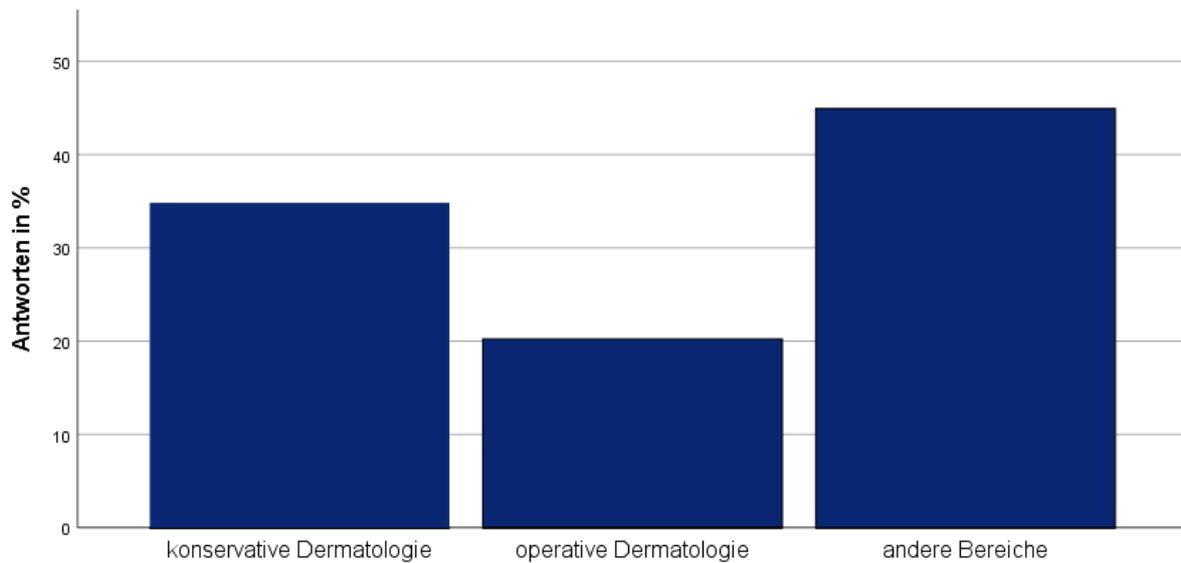


Abbildung 14: Bereiche für Überstunde (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Vor allem WeiterbildungsassistentInnen ordneten den Großteil ihrer verrichteten Mehrarbeit (72,7%, n = 8) der konservativen Dermatologie zu. Fach-, Ober- und vor allem ChefärztInnen oder KlinikdirektorInnen gaben größtenteils „andere Bereiche“ als Hauptgrund für anfallende Mehrarbeitsstunden an (Tabelle 10). OberärztInnen verrichteten im Vergleich am häufigsten Überstunden im operativen Bereich (33,3%, n = 10).

Überstunden in der konservativen Dermatologie wurden vernehmlich in Universitätskliniken und an alternativen Arbeitsplätzen verzeichnet, in Kliniken und vor allem in der Niederlassung traten überwiegend „andere Bereiche“ für Mehrarbeit in den Vordergrund.

In Tabelle 11 sind die individuellen Antworten der Teilnehmenden aufgelistet, die „andere Bereiche“ für ihre Überstunden genauer definierten. Die Freitextantworten zeigen, dass „andere Bereiche“ für anfallende Überstunden überwiegend administrative Tätigkeiten bzw. Bürokratie und Befunddokumentation umfassten.

Tabelle 12 zeigt Beispiele der Freitextantworten für die arbeitsplatzabhängigen „anderen Bereiche“ für angefallene Überstunden in übergeordneten Kategorien.

Tabelle 10: Bereiche für Überstunden nach Karrieregrad (p = ,029)

	Weiterbildungs- assistentIn	Facharzt/-ärztin	Oberarzt/-ärztin	Chefarzt/-ärztin, KlinikdirektorIn
operative Dermatologie	9,1% (n = 1)	15,8% (n = 6)	33,3% (n = 10)	10% (n = 1)
konservative Dermatologie	72,7% (n = 8)	36,8% (n = 14)	23,3% (n = 7)	20% (n = 2)
andere	18,2% (n = 2)	47,4% (n = 18)	43,3% (n = 13)	70% (n = 7)

Tabelle 11: Freitextantworten zu den „anderen Bereichen“ für Überstunden (Freitextfrage 9.2.2)

n = 32, Frauen: n = 14, Männer n = 18 „WeiterbildungsassistentInnen“: n = 1, „FachärztInnen“: n = 14, „OberärztInnen“: n = 12, „ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen“: n = 5	
„andere Bereiche“ (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl
Verwaltung, Organisation, Management, Bürokratie, Administration	n = 20 (62,5%)
Dokumentation, Arztbriefe	n = 7 (21,9%)
Fortbildung, Schulungen, Lehrtätigkeit, Forschung	n = 4 (12,5%)
Patientenbedarf, Stationsarbeit	n = 3 (9,4%)
In beiden Bereichen (operativ und konservativ)	n = 2 (6,3%)
Histopathologie	n = 1 (3,1%)
Dermatoonkologie	n = 1 (3,1%)
Andere (z. B.: „Zusatzarbeiten für Krankenkassen“, „Termine“)	n = 3 (9,4%)

Tabelle 12: Zitate aus den Freitextantworten zu den „anderen Bereichen“ für Überstunden gegliedert nach Arbeitsplätzen (Freitextfrage 9.2.2)

n = 32, Frauen: n = 14, Männer n = 18		
Arbeitsplatz	Zitate (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl
Kommunalklinik	<ul style="list-style-type: none"> • „Stationsarbeit, Briefe, Organisation“ • „Administrative Tätigkeiten“ 	n = 8
Universitätsklinik	<ul style="list-style-type: none"> • „Dienstplan, Fortbildung, Schulungen, Lehrtätigkeiten“ • „Verwaltungsarbeit, Meetings“ • „Dermatoonkologisch“, „Forschung“, „Histopathologie“ 	n = 7
Niederlassung	<ul style="list-style-type: none"> • „Klinische Studien“, „Literaturstudium“ • „Dokumentation, Verwaltung, Kongresse-Vorbereitung“ • „Bürokratie, operative Dermatologie, Konservative Dermatologie, quasi in allen Bereichen“ 	n = 14
andere	<ul style="list-style-type: none"> • „Arztbriefe, Telefonate mit Patienten, Ziffern“ • „Verwaltung“ 	n = 3

Die weitaus größte Bereitschaft für Überstunden bestand bei der Mehrheit der Teilnehmenden mit 67,9% (n = 57) in der operativen Dermatologie. WeiterbildungsassistentInnen (36,4%, n = 4) und FachärztInnen (21,9%, n = 7) waren im Vergleich signifikant häufiger bereit, Überstunden in der konservativen Dermatologie zu leisten, bei OberärztInnen bestand hingegen die mit Abstand größte Bereitschaft (80,6%, n = 25) für Mehrarbeit in der Dermatochirurgie (p = ,034) (Abbildung 15). FachärztInnen in der Niederlassung waren wesentlich häufiger zu Mehrarbeit in der konservativen Versorgung bereit (31,6%, n = 6) als FachärztInnen an Kliniken und Universitätskliniken. ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen wählten signifikant häufiger „andere Bereiche“ für Überstunden an zweite Stelle. Es konnten diesbezüglich keine signifikanten geschlechts- (p = ,846), alters- (p = ,642) und arbeitsplatzspezifischen (p = ,217) Unterschiede festgestellt werden.

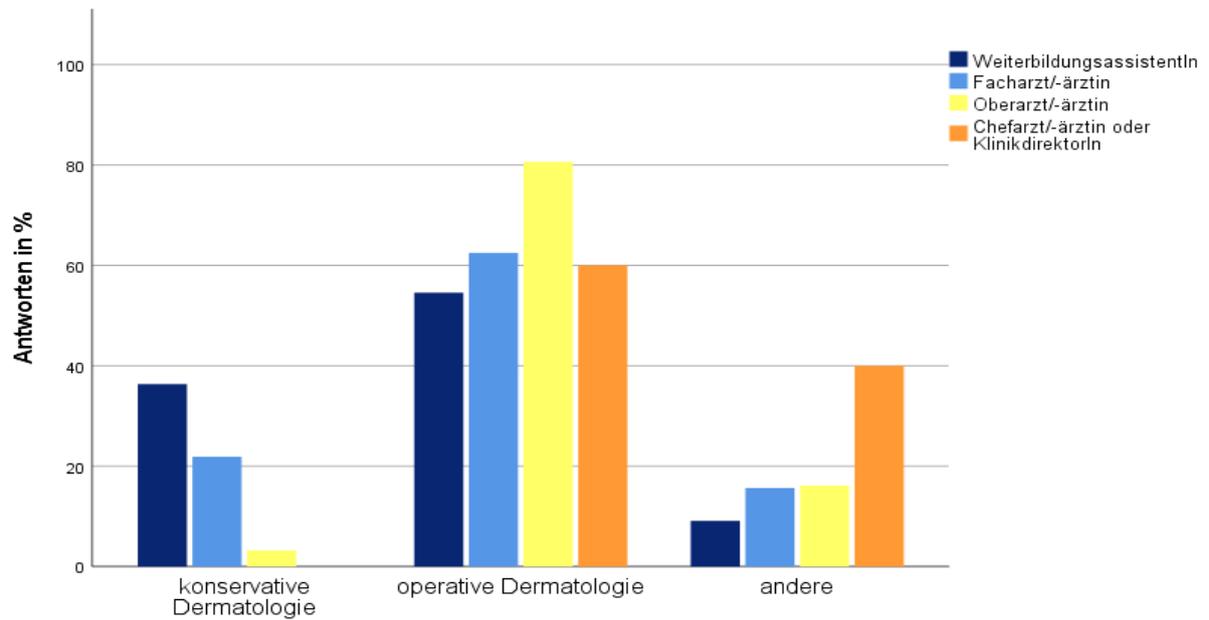


Abbildung 15: Bereitschaft für Überstunden nach Karrieregrad ($p = ,034$)

Tabelle 13 ist eine Auflistung der „anderen Bereiche“, in denen TeilnehmerInnen bereit waren, Mehrarbeitsstunden zu sammeln. Einige der Befragten zeigten weiterhin Bereitschaft für Mehrarbeitsstunden sowohl in der konservativen als auch in der operativen Dermatologie.

Tabelle 13: Freitextantworten zu den „anderen Bereichen“, in denen Bereitschaft für Überstunden bestand (Freitextfrage 9.2.3)

<p>n = 13, Frauen: n = 7, Männer: n = 6 „WeiterbildungsassistentInnen“: n = 0, „OberärztInnen“: n = 4, „FachärztInnen“: n = 5, „ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen“: n = 4</p>	
„andere Bereiche“	Anzahl
Bereitschaft in beiden Bereichen (operativ und konservativ)	n = 6 (46,2%)
Forschung	n = 2 (15,4%)
Weiterbildung der Assistenten, Klinikstrukturierung	n = 1 (7,7%)
Sprechstunde, Visite	n = 1 (7,7%)

Keine Bereitschaft vorhanden	n = 1 (7,7%)
Histopathologie	n = 1 (7,7%)
Andere	n = 1 (7,7%)

5.2.1.2 Individuelle Bewertung der Arbeitszeiten

Für über die Hälfte (n = 55) der befragten ÄrztInnen stellten die individuellen Arbeitszeiten wenig bis gar keine Belastung dar, im Gegensatz dazu bemerkten 14,1% (n = 15) überwiegend bis deutlich negative Auswirkungen auf ihren Alltag, die an dieser Stelle nicht genauer definiert waren. Über ein Drittel der Befragten (n = 36) gaben teilweise Beeinträchtigungen an.

Männer zogen insgesamt eine signifikant positivere Bilanz bezüglich ihrer Arbeitszeiten als Frauen: über ein Drittel (n = 17) der männlichen Teilnehmer spürte gar keinen negativen Effekt der Arbeitszeiten auf ihren Alltag, bei Frauen waren es hingegen nur 7,8% (n = 4) (p = ,040). Teilnehmerinnen gaben mit 39,2% (n = 20) häufiger eine partielle Belastung an als Männer mit 29,1% (n = 16) (Abbildung 16).

Die Ergebnisse hinsichtlich der Belastung durch die Arbeitszeiten zeigten weder für das Alter (p = ,072), den Karrieregrad (p = ,226) noch den Arbeitsplatz (p = ,111) signifikante Ergebnisse. In der jüngsten Altersgruppe fühlten sich 50% (n = 1) sowie 20,5% (n = 7) der 41- bis Fünfzigjährigen durch ihre Arbeitszeiten belastet, sowie 15,3% (n = 7) der FachärztInnen und 18,9% (n = 7) der OberärztInnen vor allem in Universitätskliniken (21,3%, n = 7) und der Niederlassung (17,6%, n = 6). Die geringste Belastung durch Arbeitszeiten erfuhren über 61-jährige ÄrztInnen, ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen (83,4%, n = 10) und ÄrztInnen an anderen Arbeitsstätten: dort fühlten sich 46,2% (n = 6) gar nicht von ihren Arbeitszeiten beeinträchtigt und 23,1% (n = 3) nur geringfügig, deutliche Einschränkungen wurden gar nicht verzeichnet.

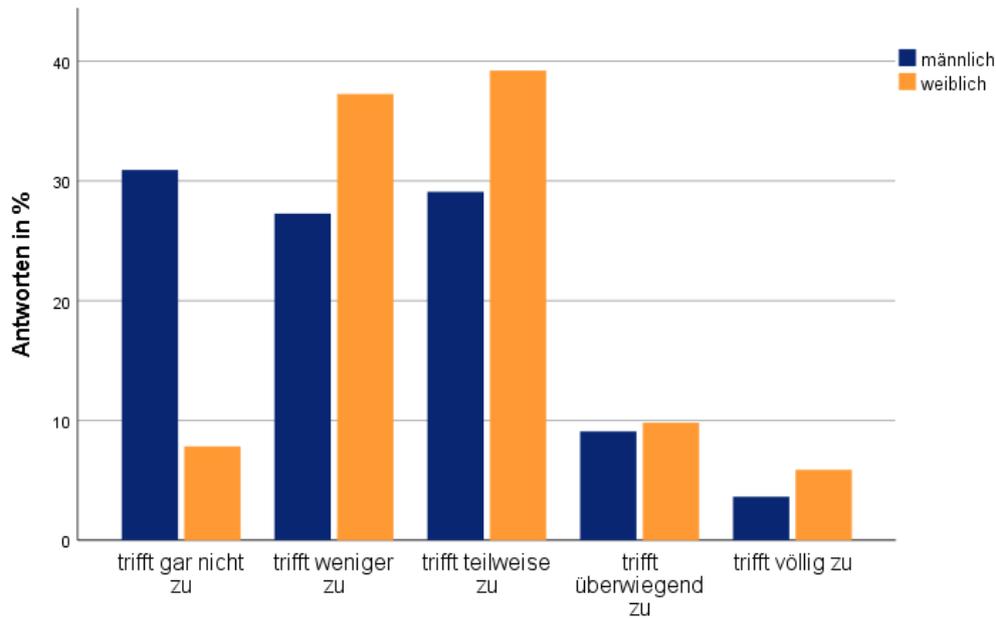


Abbildung 16: Belastung durch Arbeitszeiten nach Geschlecht ($p = ,040$)

Über die Hälfte der Teilnehmenden ($n = 57$) stand während ihrer Arbeit weitestgehend bis dauerhaft unter Zeitdruck, lediglich bei 11,3% ($n = 12$) gestaltete sich der Arbeitsalltag weniger stressig (Abbildung 17). Diesbezüglich konnten keine signifikanten geschlechts- ($p = ,194$), alters- ($p = ,059$), karrieregrad- ($p = ,601$) und arbeitsplatzbezogenen ($p = ,295$) Unterschiede festgestellt werden.

Frauen gaben mit 60,8% ($n = 31$) etwas häufiger als Männer (47,2%, $n = 26$) an, während ihrer Arbeitszeit unter Druck zu stehen, Männer waren mit 16,4% ($n = 9$) diesbezüglich weniger eingespannt als Teilnehmerinnen (5,9%, $n = 3$). Am häufigsten bestätigten WeiterbildungsassistentInnen mit 63,7% ($n = 7$) direkt gefolgt von Ober- und FachärztInnen sowie ÄrztInnen in der Niederlassung (61,8%, $n = 21$) und an Kommunalkliniken (60%, $n = 15$) einen zeitlich streng getakteten Arbeitsalltag. Ein geringer Teil der 51- bis Sechzigjährigen ÄrztInnen (20%, $n = 5$) und ÄrztInnen in Universitätskliniken (18,2%, $n = 6$) standen vergleichsweise am wenigsten unter zeitlichem Druck.

Darüber hinaus gaben 29,2% ($n = 31$) der Befragten an, während ihrer Arbeit zu wenig Zeit für direkten Patientenkontakt aufbringen zu können, 42,4% ($n = 45$) der ÄrztInnen zeigten sich hingegen weitestgehend zufrieden bezüglich dieser Thematik. Knapp ein Drittel der Befragten (28,3%, $n = 30$) zeigte keine Tendenz. Frauen waren hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes, der für PatientInnen eingeräumt werden konnte, höchst signifikant unzufriedener als Männer ($p = ,001$). Mit 39,2% ($n = 20$) gab die Mehrheit der weiblichen Befragten an, ihren PatientInnen nicht genug Aufmerksamkeit widmen zu können. Der Großteil (58,1%, $n = 32$) der männlichen Befragten bewertete die Zeit, die individuell für PatientInnen aufgebracht werden konnte, als angemessen, genauso wie 25,5% ($n = 13$) der Teilnehmerinnen (Abbildung 18).

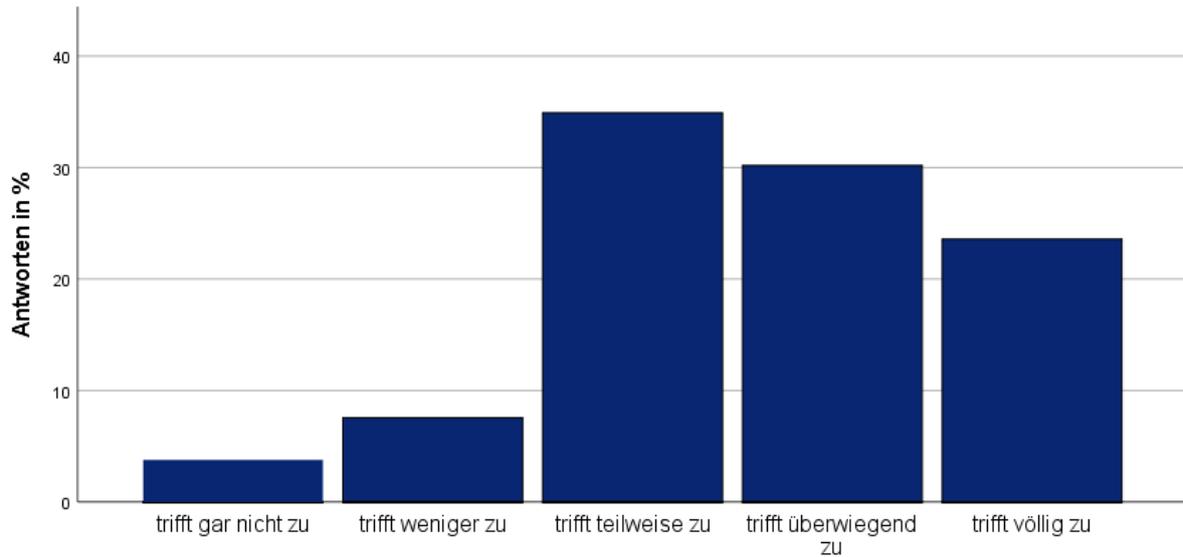


Abbildung 17: Zeitdruck während der Arbeit (Gesamtzahl aller Antworten in %)

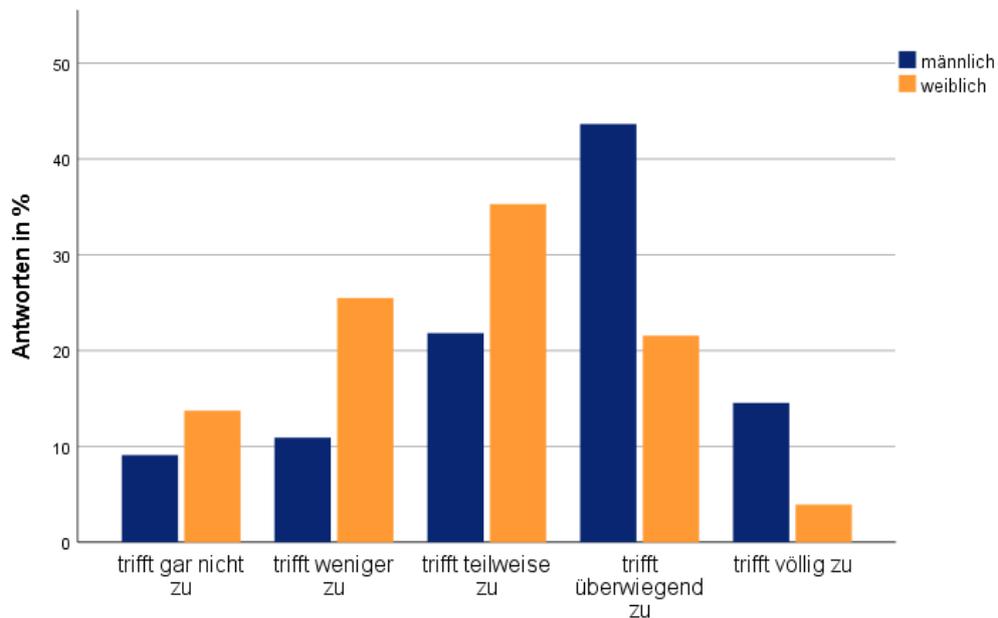


Abbildung 18: Zufriedenheit bzgl. der Zeit für direkten Patientenkontakt nach Geschlecht ($p = ,001$)

Mit zunehmendem Alter der ÄrztInnen wuchs gleichermaßen auch die Zufriedenheit über die für PatientInnen zur Verfügung stehende Zeit an; diese Ergebnisse erwiesen sich als signifikant ($p = ,045$). Am häufigsten bewerteten ÄrztInnen von 41 bis fünfzig Jahren (41,1%, $n = 14$) den eigentlichen

Patientenkontakt als ungenügend, gefolgt von ÄrztInnen von 31 bis vierzig Jahren. Am zufriedensten diesbezüglich zeigten sich ÄrztInnen ab 61 Jahren mit 66,7% (n = 7) (Tabelle 14). Bezüglich des Karrieregrades (p = ,301) und des Arbeitsplatzes (p = ,753) konnten über die zur Verfügung stehende Zeit für direkten Patientenkontakt keine signifikanten Aussagen getroffen werden. Vor allem Fach- (47,8%, n = 22) und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen (75%, n = 9) sowie ÄrztInnen in der Niederlassung (47,1%, n = 16) und an anderen Arbeitsstellen (46,2%, n = 6) bewerteten die Zeit, die sie in direkte Patientenarbeit investieren konnten, als weitestgehend bis völlig angemessen. Jeweils ungefähr ein Drittel der WeiterbildungsassistentInnen (n = 4), Fach- (n = 13) und OberärztInnen (n = 12) sowie ÄrztInnen in Universitätskliniken (36,4%, n = 12) und an anderen Arbeitsplätzen (30,4%, n = 4) zeigten sich diesbezüglich eher unzufrieden.

Tabelle 14: Zufriedenheit bzgl. der Zeit für direkten Patientenkontakt nach Alterskategorie (p = ,045)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Trifft gar nicht zu	–	3,1% (n = 1)	23,5% (n = 8)	8% (n = 2)	8,3% (n = 1)
Trifft wenig zu	100% (n = 2)	28,1% (n = 9)	17,6% (n = 6)	8% (n = 2)	–
Trifft teilweise zu	–	34,4% (n = 11)	20,6% (n = 7)	32% (n = 8)	25% (n = 3)
Trifft überwiegend zu	–	21,9% (n = 7)	32,4% (n = 11)	44% (n = 11)	50% (n = 5)
Trifft völlig zu	–	12,5% (n = 4)	5,9% (n = 2)	8% (n = 2)	16,7% (n = 2)

5.2.2 Ergebnisse der Domäne „Personal und Verwaltung“

5.2.2.1 Arbeitsatmosphäre und interne Kooperation

Das Feedback bezüglich Arbeitsatmosphäre sowie interpersoneller Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und verschiedenen Berufsgruppen erwies sich bei der Mehrheit der Befragten überwiegend als positiv. Im Vergleich geschlechtsspezifischer Antworten konnten signifikante Ergebnisse herausgearbeitet werden: sowohl die männlichen als auch weiblichen Befragten empfanden die Arbeitsatmosphäre in ihrem Team mehrheitlich als angenehm ($p = ,008$) (Tabelle 15). Ebenso zeigten sich männliche Teilnehmer hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten in ihrer Arbeitsgruppe zu über 90% ($n = 50$) als zufrieden, Frauen bewerteten mit 64% ($n = 33$) diese ebenfalls positiv ($p = ,017$) (Abbildung 19). Auch das Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen miteinander erachteten beide Geschlechter mit großer Mehrheit als unproblematisch ($p = ,300$). Frauen erwiesen sich jedoch signifikant häufiger als Männer nur teils zufrieden oder auch unzufrieden mit dem Arbeitsklima oder der interpersonellen Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppen oder mit anderen ÄrztInnen.

Tabelle 15: Zufriedenheit bzgl. der Atmosphäre im Team nach Geschlecht ($p = ,008$)

	Männlich	Weiblich
Trifft gar nicht zu	–	3,9% ($n = 2$)
Trifft wenig zu	1,8% ($n = 1$)	2% ($n = 1$)
Trifft teilweise zu	5,5% ($n = 3$)	17,6% ($n = 9$)
Trifft überwiegend zu	47,3% ($n = 26$)	51% ($n = 26$)
Trifft völlig zu	45,5% ($n = 25$)	25,5% ($n = 13$)

Auch für den Einfluss des Alters der Befragten auf die Zufriedenheit im Team und mit interpersoneller Zusammenarbeit konnten signifikante Ergebnisse erzielt werden. Im Vergleich waren ÄrztInnen bis vierzig Jahre häufiger unzufrieden oder nur teilweise zufrieden mit der Arbeitsatmosphäre in ihrer Arbeitsgruppe, ÄrztInnen über 61 Jahren waren am zufriedensten ($p = ,006$); die Zusammenarbeit der Ärzte untereinander ($p = ,005$) (Tabelle 16) und zwischen verschiedenen Berufsgruppen wurde unabhängig vom Alter ebenfalls als unproblematisch beschrieben ($p = ,153$). Hier zeigten sich erneut in der Altersgruppe von 31 bis vierzig Jahren Teilnehmende etwas häufiger unzufrieden oder nur teilweise zufrieden hinsichtlich personeller Interaktion.

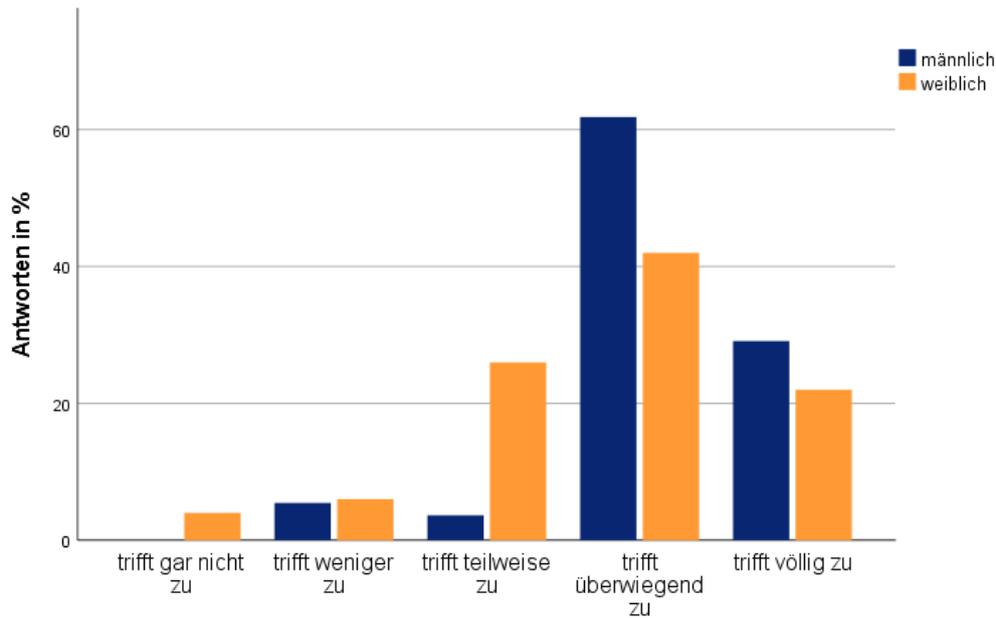


Abbildung 19: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit unter ÄrztInnen nach Geschlecht (p = ,017)

Tabelle 16: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit unter ÄrztInnen nach Alterskategorie (p = ,005)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Trifft gar nicht zu	–	6,3% (n = 2)	–	–	–
Trifft wenig zu	–	6,3% (n = 2)	2,9% (n = 1)	8,3% (n = 2)	–
Trifft teilweise zu	–	25% (n = 8)	11,8% (n = 4)	12,5% (n = 3)	–
Trifft überwiegend zu	50% (n = 1)	50% (n = 16)	58,8% (n = 20)	54,2% (n = 13)	41,7% (n = 5)
Trifft völlig zu	50% (n = 1)	12,5% (n = 4)	26,5% (n = 9)	25% (n = 6)	58,3% (n = 7)

Für die Karrieregruppe der ÄrztInnen ergaben sich diesbezüglich ebenfalls signifikante Ergebnisse. Alle Karrieregruppen waren vergleichbar mit wenigstens 78,4% (Oberärzte, n = 29) zumindest überwiegend mit der Arbeitsatmosphäre im Team zufrieden (p = ,801). Eine tendenziell unproblematische Zusammenarbeit der Ärzte untereinander wurde ebenfalls von allen Karrieregraden gleichermaßen

bestätigt ($p = ,044$), ebenso eine überwiegend harmonische Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ($p = ,013$) (Tabelle 17). Bis zu 8,8% ($n = 4$) der befragten FachärztInnen und 10,8% ($n = 4$) der OberärztInnen waren mit der Situation und Atmosphäre in ihrem Team und bezüglich der ärztlichen Kooperation eher unzufrieden, ebenso zeigten sich WeiterbildungsassistentInnen im Vergleich etwas häufiger unzufrieden bezüglich der Kooperation verschiedener Berufsgruppen. Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Ärzten (42,2%, $n = 19$) und unterschiedlichen Berufsgruppen (37%, $n = 17$) waren FachärztInnen mit Abstand am häufigsten sehr zufrieden; dies traf vor allem für niedergelassene FachärztInnen zu.

Für den Arbeitsplatz der Befragten ergaben sich sowohl hinsichtlich der Arbeitsatmosphäre im Team ($p = ,002$) (Abbildung 20), der Zusammenarbeit unter ÄrztInnen ($p = ,001$) als auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen ($p = ,000$) (Tabelle 18) höchst signifikante Ergebnisse. Im Vergleich bewerteten die Befragten an Universitätskliniken alle drei Fragestellungen etwas häufiger negativ als ÄrztInnen an allen anderen Arbeitsplätzen. Außerordentlich zufrieden zeigten sich hingegen am häufigsten ÄrztInnen in der Niederlassung und an alternativen Arbeitsplätzen. Zudem äußerte keiner der Teilnehmenden in Bezug auf die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen völlige Unzufriedenheit.

Tabelle 17: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen nach Karrieregrad ($p = ,013$)

	Weiterbildungs- assistentIn	Facharzt/-ärztin	Oberarzt/-ärztin	Chefarzt/-ärztin, KlinikdirektorIn
Trifft gar nicht zu	–	–	–	–
Trifft wenig zu	18,2% ($n = 2$)	2,2% ($n = 1$)	5,4% ($n = 2$)	–
Trifft teilweise zu	18,2% ($n = 2$)	8,7% ($n = 4$)	27% ($n = 10$)	41,7% ($n = 5$)
Trifft überwiegend zu	54,5% ($n = 6$)	52,2% ($n = 24$)	64,9% ($n = 24$)	50% ($n = 6$)
Trifft völlig zu	9,1% ($n = 1$)	37% ($n = 17$)	2,7% ($n = 1$)	8,3% ($n = 1$)

Tabelle 18: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen nach Arbeitsplatz (p = ,000)

	Klinik	Universitäts- klinik	Niederlassung	Andere
Trifft gar nicht zu	–	–	–	–
Trifft wenig zu	–	15,2% (n = 5)	–	–
Trifft teilweise zu	40% (n = 10)	24,2% (n = 8)	5,9% (n = 2)	7,7% (n = 1)
Trifft überwiegend zu	52% (n = 13)	54,5% (n = 18)	55,9% (n = 19)	69,2% (n = 9)
Trifft völlig zu	8% (n = 2)	6,1% (n = 2)	38,2% (n = 13)	23,1% (n = 3)

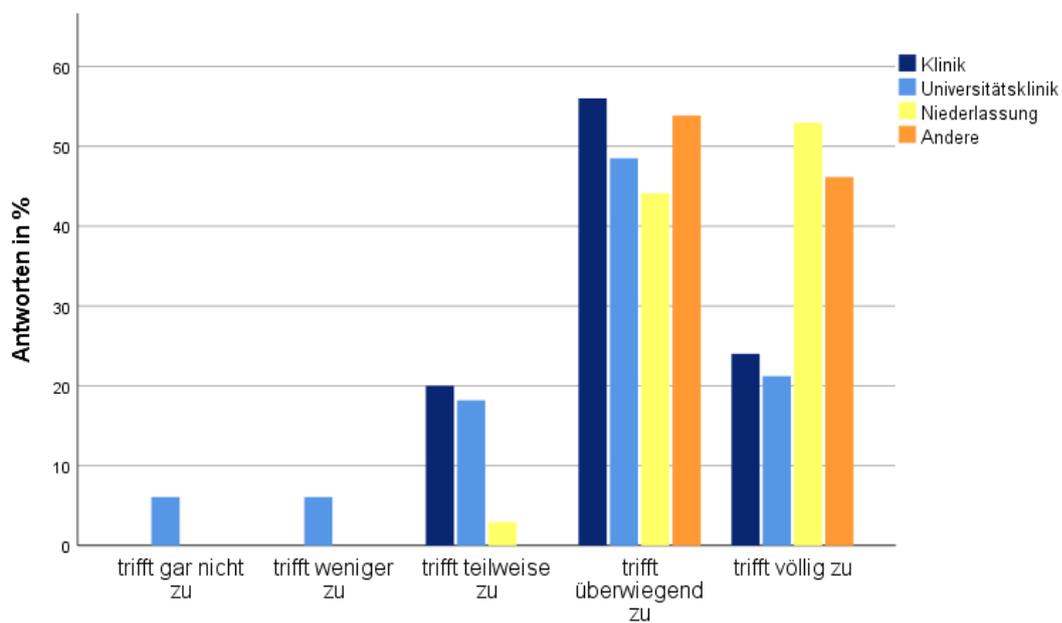


Abbildung 20: Zufriedenheit bzgl. der Teamatmosphäre nach Arbeitsplatz (p = ,002)

5.2.2.2 Interaktion mit dem Vorgesetzten

Die Fragen zu der Interaktion mit dem Vorgesetzten konnten nur von Teilnehmenden der Gruppe „WeiterbildungsassistentIn“, „Facharzt/-ärztin“ und „Oberarzt/-ärztin“ beantwortet werden, da ChefärztInnen und KlinikdirektorInnen in dieser Befragung als höchstmögliche Instanz gewertet wurden. Bezüglich dieser Thematik konnte bei der Mehrheit der Befragten eine positive Rezeption der Arbeitsbeziehung mit Vorgesetzten festgestellt werden (Abbildung 21). Für das Alter und den Arbeitsplatz der ÄrztInnen ergaben sich hinsichtlich dieser Fragestellungen signifikante Werte.

Sowohl männliche als auch weibliche Teilnehmende standen der Zusammenarbeit mit ihren Vorgesetzten vergleichbar positiv gegenüber ($p = ,142$), Frauen waren diesbezüglich subjektiv etwas häufiger unzufrieden oder nur teilweise zufrieden, während Männer häufiger sehr zufrieden waren.

Ebenso erachtete jeweils über die Hälfte der TeilnehmerInnen die angebotene Unterstützung des Vorgesetzten in schwierigen Situationen als angemessen ($p = ,735$), Frauen erachteten diese erneut tendenziell etwas häufiger als nicht ausreichend; die Ergebnisse erwiesen sich jedoch nicht als signifikant.

Obwohl in allen Altersgruppen die Kooperation mit Vorgesetzten vergleichbar als überwiegend bis sehr harmonisch empfunden wurde, waren in der jüngsten Altersgruppe sowie bei ÄrztInnen von 41 bis sechzig Jahren signifikant häufiger TeilnehmerInnen bezüglich der Kooperation mit ihrem Vorgesetzten unzufrieden als in anderen Altersgruppen ($p = ,033$) (Tabelle 19). Es zeigte sich der Trend, dass mit zunehmendem Alter der TeilnehmerInnen auch der Anteil an sehr zufriedenen ÄrztInnen bezüglich der Zusammenarbeit und Unterstützung durch den Vorgesetzten anstieg. Auch die Betreuung in schwierigen Situationen wurde von einem Großteil aller Altersgruppen vergleichbar als eher ausreichend angegeben ($p = ,114$).

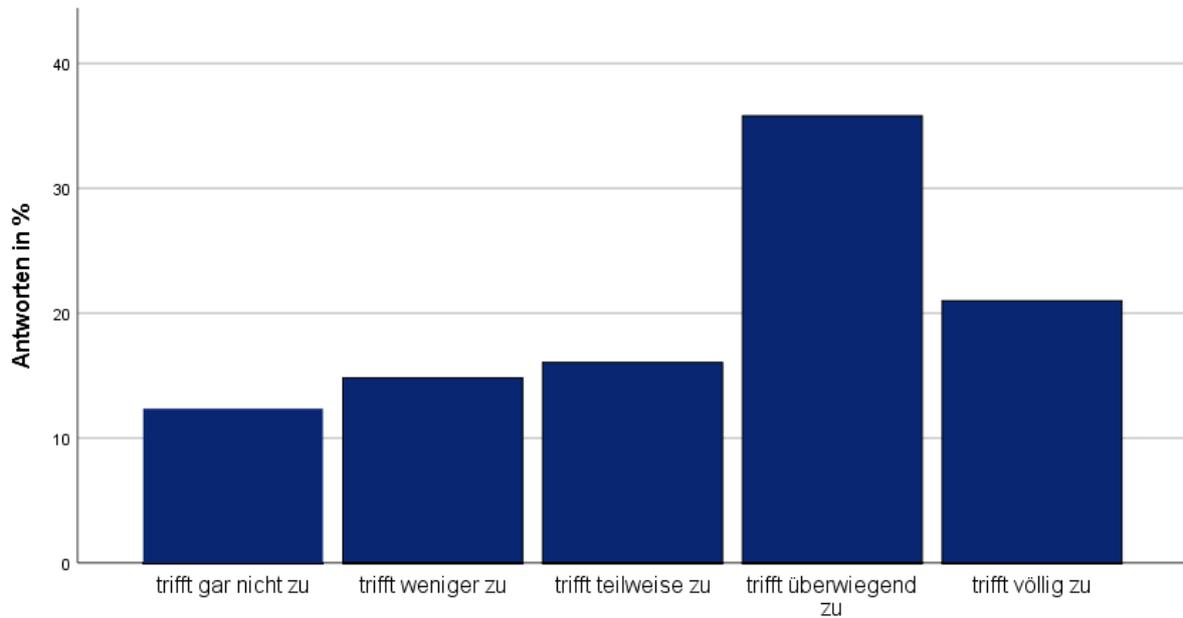


Abbildung 21: Ausreichende Unterstützung durch den Vorgesetzten (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Tabelle 19: Zufriedenheit bezüglich der Kooperation mit dem Vorgesetzten nach Alterskategorie (p = ,033)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Trifft gar nicht zu	–	6,9% (n = 2)	17,9% (n = 5)	8,3% (n = 1)	11,1% (n = 1)
Trifft wenig zu	50% (n=1)	3,4% (n = 1)	3,6% (n = 1)	25% (n = 3)	11,1% (n = 1)
Trifft teilweise zu	–	37,9% (n = 11)	7,1% (n = 2)	–	–
Trifft überwiegend zu	50% (n = 1)	41,4% (n = 12)	50% (n = 14)	33,3% (n = 4)	11,1% (n = 1)
Trifft völlig zu	–	10,3% (n = 3)	21,4% (n = 6)	33,3% (n = 4)	66,7% (n = 6)

Für den Karrieregrad der TeilnehmerInnen konnte hinsichtlich der Zusammenarbeit (p = ,632) sowie Unterstützung des Vorgesetzten (p = ,938) in bestimmten Situationen kein signifikantes Ergebnis

festgestellt werden. Jedoch bemängelten 30,3% (n = 10) der FachärztInnen und 13,5% (n = 5) der OberärztInnen die Betreuung durch ihre direkten Vorgesetzten, 39,4% (n = 13) der FachärztInnen und 18,9% (n = 7) der OberärztInnen quittierten zudem die dargebotene Unterstützung als unzureichend. Beim Vergleich der FachärztInnen in der Niederlassung und in Kliniken wurde deutlich, dass es vor allem niedergelassene FachärztInnen waren, die hinsichtlich der Beziehung zum Vorgesetzten sehr zufrieden waren.

Die signifikant höchste Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit Dienstvorgesetzten ($p = ,031$) (Tabelle 20) und der Unterstützung bei auftretenden Problemen ($p = ,050$) (Abbildung 22) konnte an alternativen Arbeitsstellen verzeichnet werden: dort zeigten sich 84,6% (n = 11) der ÄrztInnen sowohl zufrieden bezüglich der Kooperation als auch 77% (n = 10) hinsichtlich der Unterstützung. In der Niederlassung war das schlechteste Feedback zu vermerken, da sich jeweils 35,3% (n = 6) in Bezug auf diese Fragestellungen unzufrieden zeigten; ebenso bewerteten die Befragten in Universitätskliniken die Interaktion mit Vorgesetzten (21,2%, n = 7) sowie die Hilfe durch Vorgesetzte in schwierigen Situationen (36,3%, n = 12) als nicht zufriedenstellend.

Tabelle 20: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten nach Arbeitsplatz ($p = ,031$)

	Klinik	Universitäts- klinik	Niederlassung	Andere
Trifft gar nicht zu	5,6% (n = 1)	9,1% (n = 3)	29,4% (n = 5)	–
Trifft wenig zu	5,6% (n = 1)	12,1% (n = 4)	5,9% (n = 1)	7,7% (n = 1)
Trifft teilweise zu	22,2% (n = 4)	24,2% (n = 8)	5,9% (n = 1)	7,7% (n = 1)
Trifft überwiegend zu	38,9% (n = 7)	48,5% (n = 16)	29,4% (n = 5)	30,8% (n = 4)
Trifft völlig zu	27,8% (n = 5)	6,1% (n = 2)	29,4% (n = 5)	53,8% (n = 7)

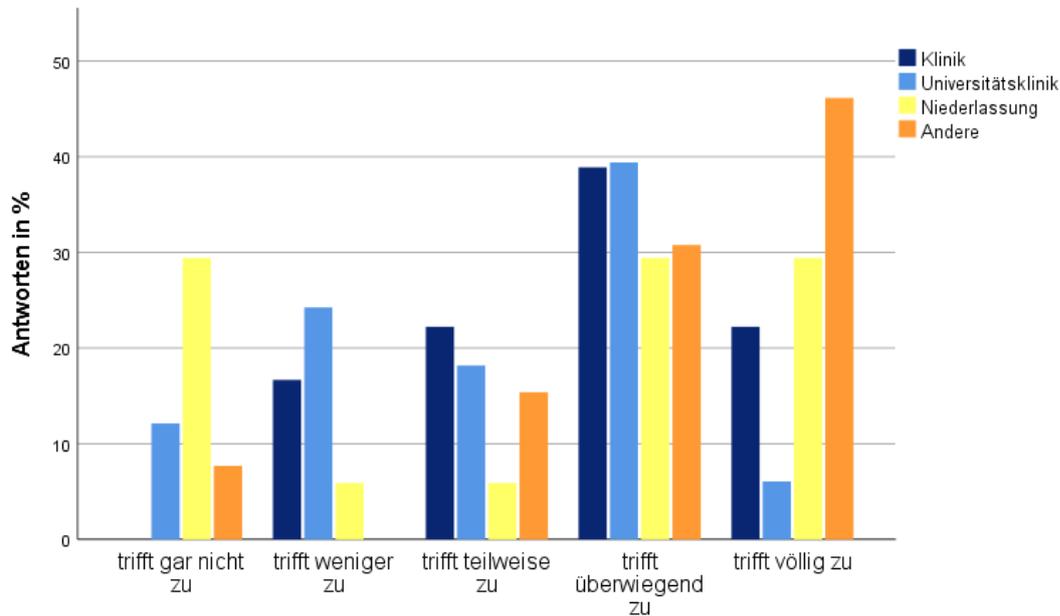


Abbildung 22: Ausreichende Unterstützung durch den Vorgesetzten nach Arbeitsplatz ($p = ,050$)

5.2.2.3 Interaktion mit der Verwaltung

Die folgenden Fragen konnten nur von ÄrztInnen an Universitätskliniken sowie alternativen Arbeitsplätzen beantwortet werden. Die Antworten der Teilnehmenden bezüglich der Fragestellungen zur Verwaltung ließen nur schwierig eine deutliche Tendenz erkennen. Auffällig ist jedoch, dass sich keine/-r der Befragten hinsichtlich der Zusammenarbeit und Unterstützung durch die Verwaltung sehr zufrieden zeigte. Weder für das Geschlecht, Alter, den Karrieregrad noch den Arbeitsplatz zeigten sich signifikante Werte.

Der Einfluss der Verwaltung auf das ärztliche Handeln wurde von vergleichbar vielen ÄrztInnen sowohl als deutlich bemerkbar als auch als nicht vorhanden eingestuft (Abbildung 23). Die Zusammenarbeit mit der Verwaltung wurde von der knappen Mehrheit der Teilnehmenden (39,5%, $n = 17$) als weniger gut bewertet (Abbildung 24), ebenso war die Unterstützung durch diese für die meisten ÄrztInnen nicht ausreichend (44,2%, $n = 19$) (Abbildung 25).

Die Angaben von Männern und Frauen diesbezüglich waren subgruppenintern ähnlich zwiespalten: Die Hälfte ($n = 11$) der männlichen und 42,8% ($n = 11$) der weiblichen Teilnehmenden gaben an, dass die Verwaltung ihres Arbeitsplatzes keinen oder nur geringen Einfluss auf ihr Handeln als Arzt habe ($p = ,776$). Jeweils über 40% beider Gruppen (Frauen: $n = 10$, Männer: $n = 9$) sahen eine deutliche Beeinflussung ihrer Arbeit durch die Verwaltung. Genauso empfanden ca. 40% beider Geschlechter die Zusammenarbeit mit der Verwaltung als problematisch, 35% ($n = 7$) der Männer und 17,4% ($n = 4$) der

Frauen hingegen zeigten sich diesbezüglich weitestgehend zufrieden ($p = ,819$). Ähnlich gestreut waren die Ansichten bezüglich der Unterstützung durch die Verwaltung: die Hälfte ($n = 10$) der Männer und 39,1% ($n = 9$) der Teilnehmerinnen bewerteten diese als nicht ausreichend, 35% ($n = 7$) der männlichen und 26,1% ($n = 6$) der Teilnehmerinnen genügte die Unterstützung ($p = ,640$).

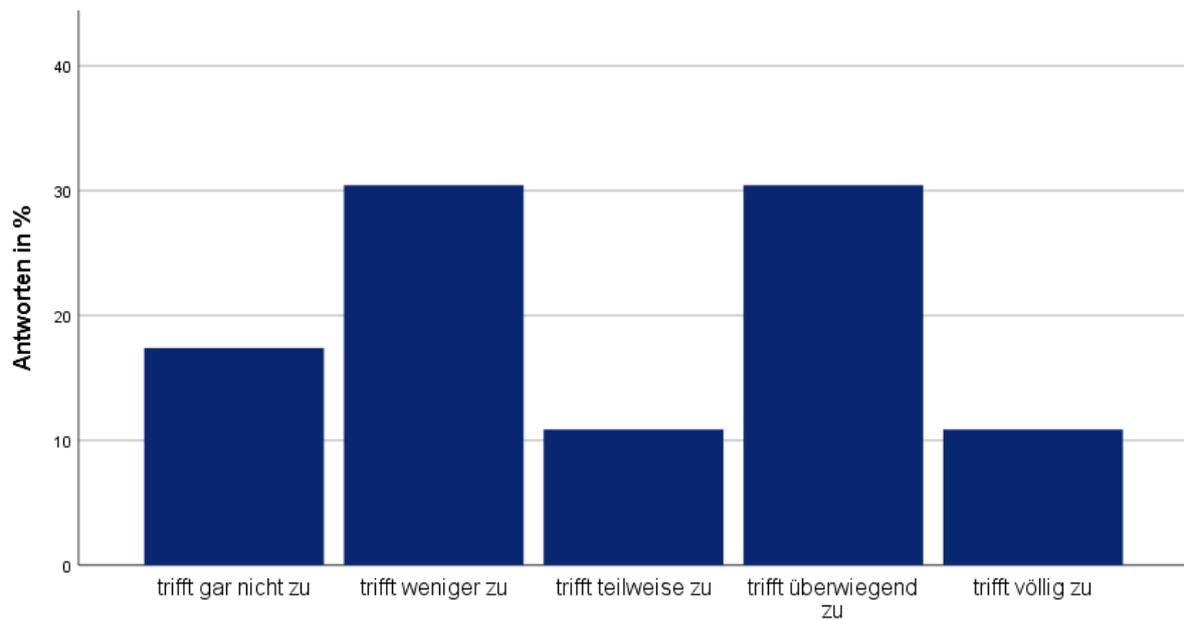


Abbildung 23: Einfluss der Verwaltung auf das ärztliche Handeln (Gesamtzahl aller Antworten in %)

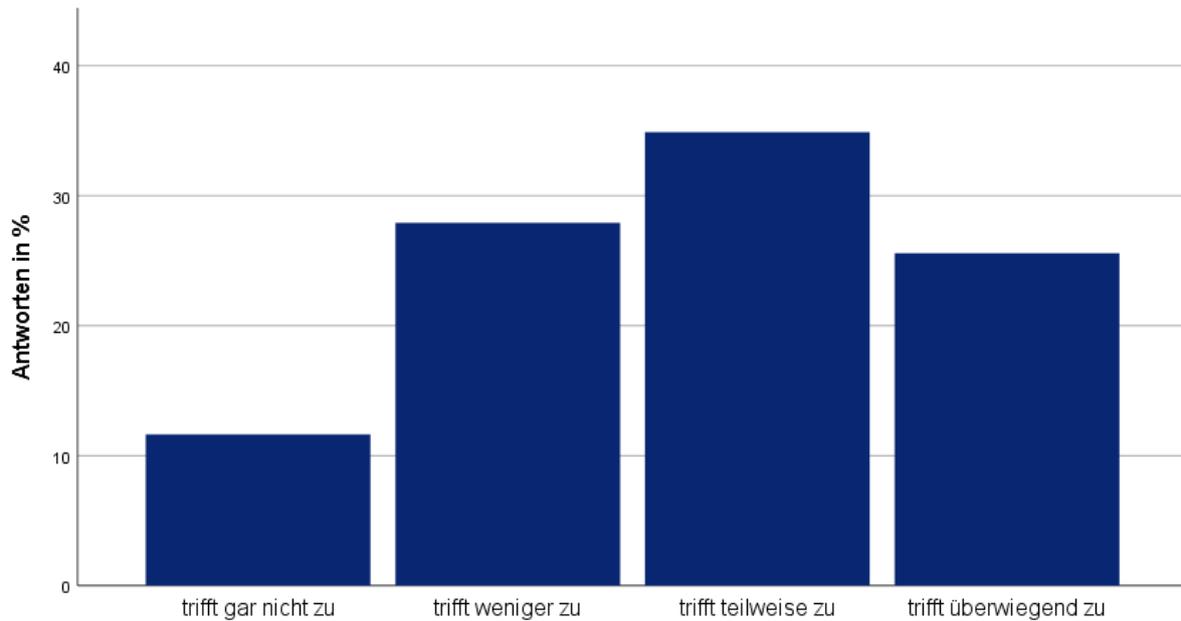


Abbildung 24: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit mit der Verwaltung (Gesamtzahl aller Antworten in %)

In den Alterskategorien der 51- bis über 61-jährigen wurde von jeweils 80% (n = 4) ein geringfügiger bis gar kein Einfluss der Verwaltung auf das ärztliche Handeln beschrieben (p = ,484), ebenso empfanden diese mit mindestens 60% (51- bis Sechzigjährige, n = 3) die Kooperation mit der Leitung als vorwiegend angenehm (p = ,366) sowie die angebotene Unterstützung als mehrheitlich ausreichend (p = ,438). Innerhalb der Altersgruppe der 31- bis Fünfzigjährigen bestand hinsichtlich dieser Fragestellungen bei über einem Drittel der Befragten eine größere Unzufriedenheit, zudem wurde ein größerer Einfluss der Verwaltung auf die ärztliche Tätigkeit angegeben. In der jüngsten Altersklasse der unter 31-jährigen wurde eine eher unzureichende Unterstützung durch die Verwaltung, eine suboptimale Zusammenarbeit, allerdings auch ein geringer Einfluss auf den Arbeitsalltag angegeben (100%, n = 1).

Der Mehrheit der WeiterbildungsassistentInnen (80%, n = 4) und 52,6% (n = 10) FachärztInnen zufolge besaß die Verwaltung keinen bis einen geringen Einfluss auf ihr ärztliches Handeln, bei über 40% der Fach- und OberärztInnen hingegen wurden relevante Auswirkungen beschrieben (p = ,124). Bezüglich der Qualität der Zusammenarbeit mit der Verwaltung zeigte sich vor allem bei FachärztInnen eine negative Tendenz (56,3%, n = 9), 45,5% (n = 19) der OberärztInnen empfanden diese weder als gut noch schlecht (p = ,334). Analog dazu verhielt es sich bei der Frage nach der Unterstützung der Verwaltung in schwierigen Situationen: Während 60% (n = 3) der Weiterbildungsassistenten diese als weitestgehend angemessen beurteilen, zeigen sich allem voran FachärztInnen (56,3%, n = 9) und OberärztInnen (40,9%, n = 9) vergleichbar unzufrieden (p = ,594).

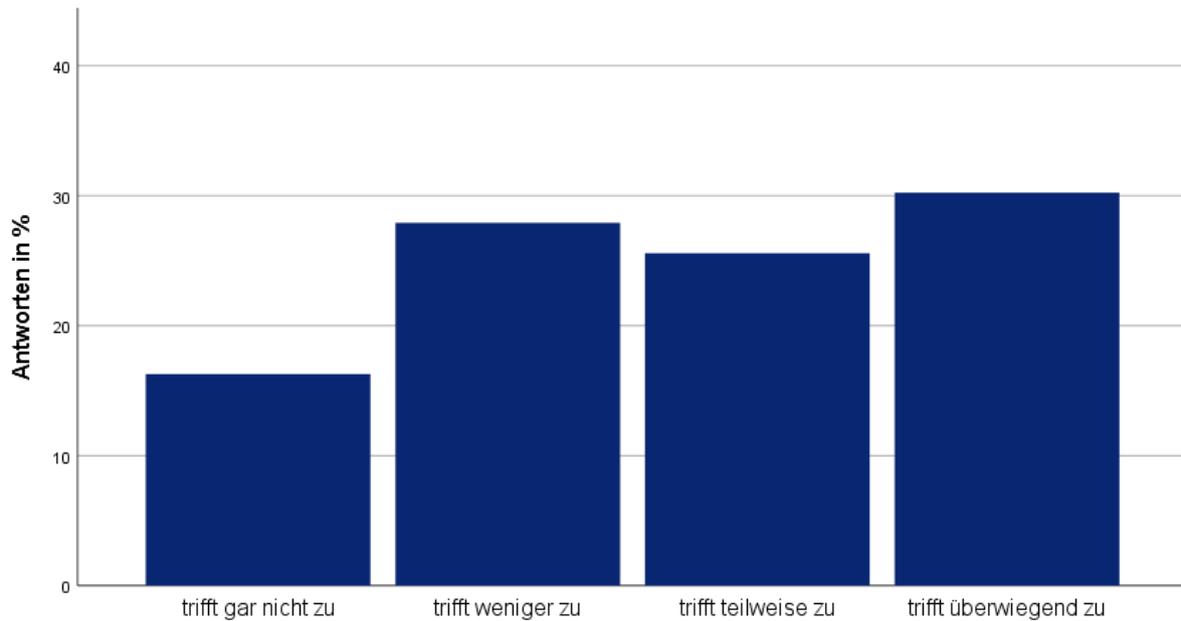


Abbildung 25: Ausreichende Unterstützung durch die Verwaltung (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Auch nach Auswertung der Fragen bezüglich der Verwaltung nach Arbeitsplätzen („Universitätsklinik“, „andere Arbeitsstellen“) konnte kein eindeutiger Trend festgestellt werden. In Universitätskliniken gaben 45,5% (n = 15) keinen bis einen geringen Einfluss der Verwaltung auf das eigene ärztliche Handeln an, 39,4% (n = 13) bestätigten hingegen erkennbare Auswirkungen ($p = ,860$), an anderen Arbeitsstätten zeichnete sich ein vergleichbares Bild ab. Die Kooperation mit der Verwaltung wurde von 33,4% (n = 11) der Befragten in Universitätskliniken als schwierig angegeben, der Großteil (42,4%, n = 14) bewertete diese weder positiv noch negativ ($p = ,261$). In der Gruppe „andere Arbeitsplätze“ bewerteten 60% (n = 6) die Zusammenarbeit als problembehaftet, 30% (n = 3) als überwiegend angenehm. Die TeilnehmerInnen sowohl an Universitätskliniken als auch an anderen Arbeitsstellen empfanden die Unterstützung der Verwaltung mit mindestens 40% als wenig bis nicht ausreichend, jeweils ein Drittel der Befragten bewertete diese als angemessen ($p = ,976$).

5.2.3 Ergebnisse der Domäne „Lehre und Weiterbildung“

5.2.3.1 Ergebnisse bezüglich Fortbildung und Finanzierung

Über 65% (n = 64) der Teilnehmenden gaben an, ausreichende bis umfassende Kenntnis über (tariflich) vorgeschriebene Arbeitsbefreiungen zur Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen zu besitzen, ähnlich viele TeilnehmerInnen (68,8%, n = 66) bestätigten zudem die Einhaltung eben genannter Arbeitsbefreiungen bei deren ArbeitgeberInnen. Nur ein geringer Teil der Befragten (9,5%, n = 9) nutze diese Freistellungen nicht zur Weiterbildung in der Dermatochirurgie, der Großteil der TeilnehmerInnen

(57,9%, n = 55) hingegen besuchte überwiegend bis regelmäßig Veranstaltungen mit dermatochirurgischen Themeninhalten (Abbildung 26). Während die Mehrzahl der befragten ÄrztInnen (56,5%, n = 52) wenig bis keine finanzielle Unterstützung für Fortbildungszwecke erhielten, bezogen 21,7%, (n = 20) monetäre Subventionen.

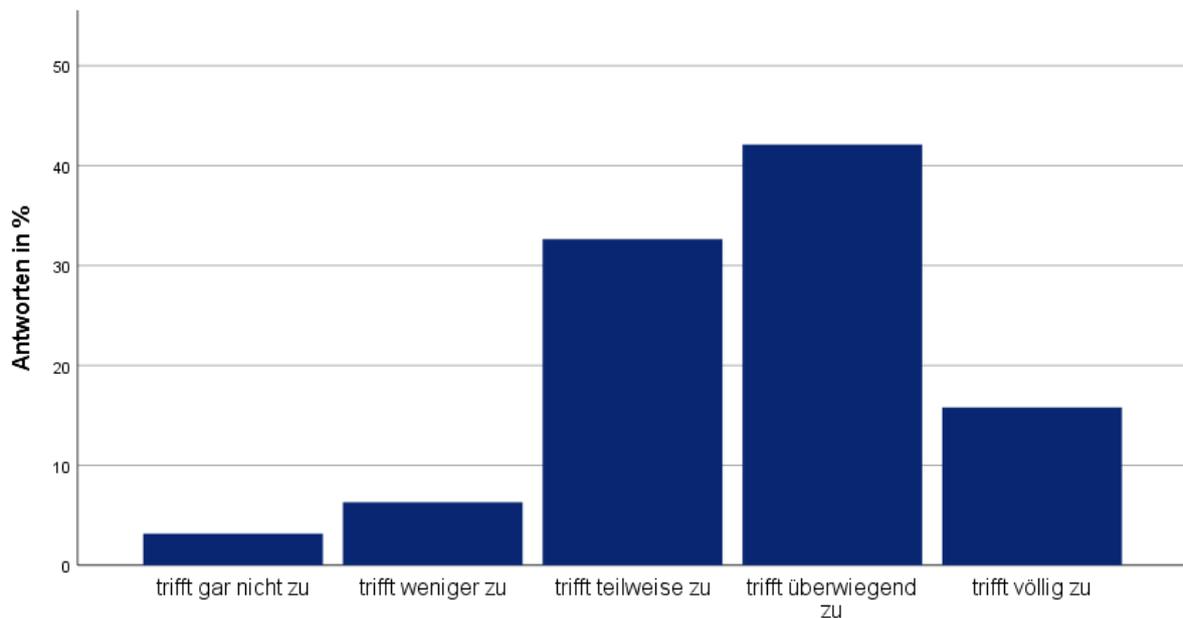


Abbildung 26: Nutzung der (tariflich) vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zur Weiterbildung in der Dermatochirurgie (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Die Auswertung dieser Fragen anhand des Geschlechtes der Teilnehmenden führte zu keinen oder lediglich fast signifikanten Ergebnissen. Sowohl Männer als auch Frauen waren ähnlich gut über vorgeschriebene Arbeitsbefreiungen zur Weiterbildung informiert ($p = ,056$). Frauen gaben jedoch häufiger an (28,6%, n = 14), diesbezüglich nur wenig oder keine ausreichende Kenntnis zu besitzen, hingegen nur 19,5% (n = 9) der Männer; diese waren mit 65,2% (n = 30) mit Abstand am besten darüber informiert. An den Arbeitsplätzen beider Geschlechter wurden die Arbeitsbefreiungen mehrheitlich eingehalten, bei Männern jedoch häufiger (78,3%, n = 36) als bei Frauen (60%, n = 30) ($p = ,051$); bei prozentual mehr als doppelt so vielen Ärztinnen (22%, n = 11) als Ärzten wurden diese am Arbeitsplatz nicht berücksichtigt. Männliche Teilnehmende nutzten die Freistellungen zur Weiterbildung häufiger (67,4%, n = 31) für Veranstaltungen im Bereich der Dermatochirurgie als Frauen (49%, n = 24) ($p = ,059$) (Tabelle 21); 40,8% (n = 20) der Teilnehmerinnen sowie 23,9% (n = 11) der Teilnehmer gaben an, diese teilweise für ihre dermatochirurgische Fortbildung zu nutzen. Finanzielle Unterstützung zur Teilnahme an Fortbildungsmöglichkeiten wurde rund einem Drittel (n = 13) der männlichen Teilnehmenden, allerdings nur 14,3% (n = 7) der weiblichen Befragten zuteil ($p = ,668$). Die Mehrheit

der Frauen (61,2%, n = 30) und Männer (51,1%, n = 22) erhielten hingegen keinen oder nur einen geringfügigen finanziellen Zuschuss.

Tabelle 21: Nutzung der (tariflich) vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zur Weiterbildung in der Dermatochirurgie nach Geschlecht (p = ,059)

	Männlich	Weiblich
Trifft gar nicht zu	2,2% (n = 1)	4,1% (n = 2)
Trifft wenig zu	6,5% (n = 3)	6,1% (n = 3)
Trifft teilweise zu	23,9% (n = 11)	40,8% (n = 20)
Trifft überwiegend zu	45,7% (n = 21)	38,8% (n = 19)
Trifft völlig zu	21,7% (n = 10)	10,2% (n = 5)

Hinsichtlich der Altersklasse der Teilnehmenden konnten zum Teil signifikante Ergebnisse erzielt werden. Am besten waren ÄrztInnen von 51 bis sechzig Jahren (80%, n = 16) über (tariflich) vorgeschriebene Arbeitsbefreiungen zu Fortbildungszwecken informiert, vergleichsweise am schlechtesten TeilnehmerInnen von 41 bis fünfzig Jahren (30,3%, n = 10) sowie über 61-jährige (30%, n = 3) (p = ,045) (Abbildung 27). Mit zunehmendem Alter wurden diese Freistellungen bei den Arbeitgebern vermehrt eingehalten, 20,9% (n = 6) der ÄrztInnen von 31 bis vierzig Jahren berichteten, dass diese von ihren ArbeitgeberInnen nicht berücksichtigt würden (p = ,002). Bei Teilnehmenden von 41 bis fünfzig Jahren (21,9%, n = 7) und ab 61 Jahren (20%, n = 2) war der prozentuale Anteil derer, die das größte Interesse an Weiterbildungen in der Dermatochirurgie bekundeten, am größten (p = ,720). Am häufigsten wurden TeilnehmerInnen von 41 bis fünfzig Jahren mit 30,3% (n = 10) für Weiterbildungszwecke finanziell subventioniert (p = ,914); keine/-r der unter 31-jährigen ÄrztInnen erhielt finanzielle Förderungen.

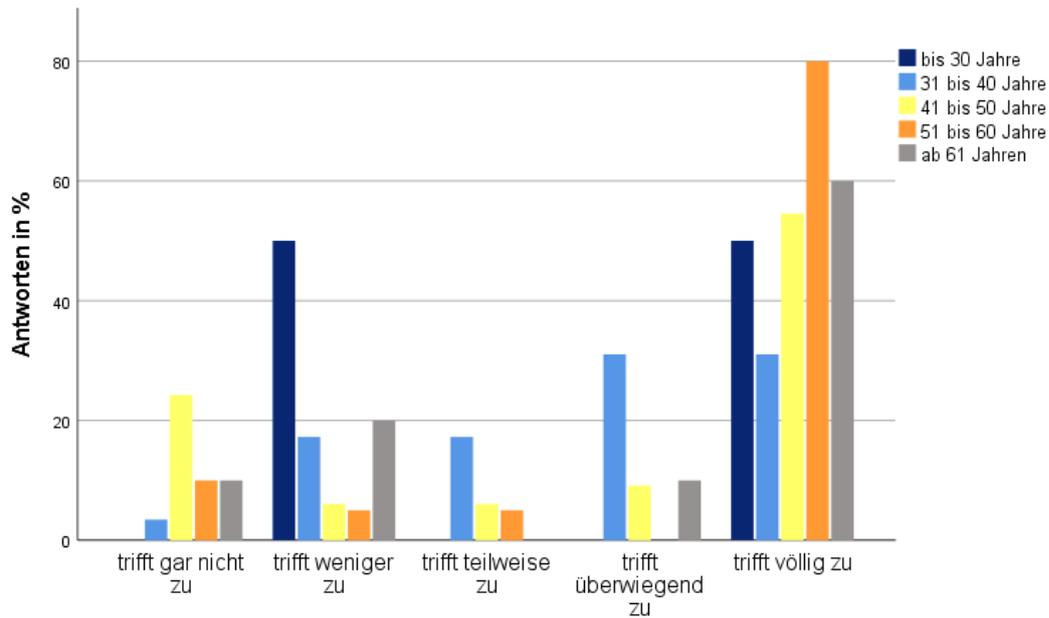


Abbildung 27: Kenntnis über (tariflich) vorgeschriebene Arbeitsbefreiungen zur Weiterbildung nach Alter ($p = ,045$)

Für die Auswertung nach dem Karrierestand der Teilnehmenden konnten teilweise signifikante Ergebnisse herausgearbeitet werden. WeiterbildungsassistentInnen, Fach- und OberärztInnen waren mehrheitlich vergleichbar gut über (tarifliche) Freistellungen zur Weiterbildung informiert, jeweils ungefähr ein Viertel der WeiterbildungsassistentInnen und OberärztInnen sowie ein Drittel der FachärztInnen wussten weniger bis nicht ausreichend darüber Bescheid ($p = ,051$) (Tabelle 22); dies traf dabei vor allem für niedergelassene FachärztInnen zu. Ausnahmslos alle ChefärztInnen und KlinikdirektorInnen (100%, $n = 12$) gaben an, diesbezüglich sehr gut informiert zu sein. Bei Fach-, Ober- und ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen wurden diese Arbeitsbefreiungen mehrheitlich eingehalten, 22,2% ($n = 8$) der FachärztInnen und 36,4% ($n = 4$) der WeiterbildungsassistentInnen vermerkten, dass diese von ihren ArbeitgeberInnen weniger beachtet würden ($p = ,002$). Beim weiteren Vergleich zwischen niedergelassenen und in Kliniken und Universitätskliniken angestellten FachärztInnen stellte sich heraus, dass Freistellungen zu Weiterbildung vor allem bei FachärztInnen in der Niederlassung eingehalten wurden. Weiterhin nutzten WeiterbildungsassistentInnen diese Fortbildungsmöglichkeiten mit 45,5% ($n = 5$) weniger häufig im dermatochirurgischen Bereich als Fach-, Ober- sowie ChefärztInnen oder KlinikdirektorInnen ($p = ,866$).

Finanzielle Unterstützung, um an Kongressen und Fortbildungen teilzunehmen, erhielten überwiegend OberärztInnen (35,1%, $n = 13$) und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen (27,3%, $n = 3$), WeiterbildungsassistentInnen und FachärztInnen wurden mehrheitlich keine oder nur geringfügige Subventionen zuteil (Abbildung 28); dieses Ergebnis war höchst signifikant ($p = ,001$).

Tabelle 22: Kenntnis über tarifliche Freistellungen zur Weiterbildung nach Karrieregrad (p = ,051)

	Weiterbildungs- assistentIn	Facharzt/-ärztin	Oberarzt/-ärztin	Chefarzt/-ärztin, KlinikdirektorIn
Trifft gar nicht zu	18,2% (n = 2)	20% (n = 7)	8,1% (n = 3)	–
Trifft wenig zu	9,1% (n = 1)	11,4% (n = 4)	16,2% (n = 6)	–
Trifft teilweise zu	9,1% (n = 1)	5,7% (n = 2)	13,5% (n = 5)	–
Trifft überwiegend zu	9,1% (n = 1)	17,1% (n = 6)	18,9% (n = 7)	–
Trifft völlig zu	54,5% (n = 6)	45,7% (n = 16)	43,2% (n = 16)	100% (n = 12)

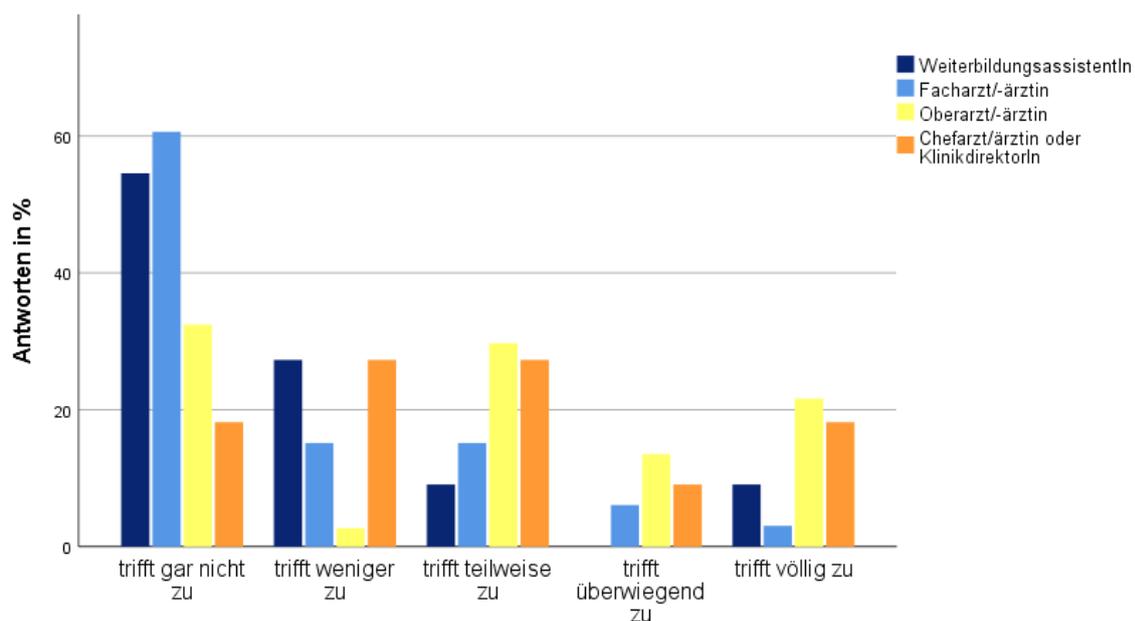


Abbildung 28: Finanzielle Subvention zu Weiterbildungszwecken nach Karrieregrad (p = ,001)

Die (tariflichen) Arbeitsbefreiungen zur Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen waren am besten an Universitätskliniken (75,8%, n = 25), weniger an alternativen Arbeitsplätzen (45,5%, n = 5) bekannt (p = ,785). An Kliniken und in der Niederlassung gaben jeweils 28% (n = 7) der ÄrztInnen an, diesbezüglich nicht ausreichend informiert zu sein. Auch wurden die Freistellungen zur Fortbildung im Vergleich an alternativen Arbeitsplätzen weniger berücksichtigt als bei anderen Arbeitgebern (27,3%, n = 3) (p = ,147) (Tabelle 23). Niedergelassene ÄrztInnen hatten hingegen am häufigsten die Möglichkeit, Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen (61,5%, n = 16). Vor allem ÄrztInnen an

Universitätskliniken (72,8%, n = 24) nutzten diese regelmäßig zur dermatochirurgischen Weiterbildung, gefolgt von ÄrztInnen in der Niederlassung (53,8%, n = 14) (p = ,649).

Tabelle 23: Berücksichtigung der zeitlichen Freistellung für Fortbildungsveranstaltungen nach Arbeitsplatz (p = ,147)

	Klinik	Universitäts- klinik	Niederlassung	Andere
Trifft gar nicht zu	4% (n = 1)	3% (n = 1)	7,7% (n = 2)	18,2% (n = 2)
Trifft wenig zu	8% (n = 2)	15,2% (n = 5)	7,7% (n = 2)	9,1% (n = 1)
Trifft teilweise zu	12% (n = 3)	24,2% (n = 8)	3,8% (n = 1)	18,2% (n = 2)
Trifft überwiegend zu	40% (n = 10)	27,3% (n = 9)	19,2% (n = 5)	18,2% (n = 2)
Trifft völlig zu	36% (n = 9)	30,3% (n = 10)	61,5% (n = 16)	36,4% (n = 4)

Finanzielle Subventionen für Weiterbildungsveranstaltungen erhielten am häufigsten ÄrztInnen an Kliniken und Universitätskliniken (36%, n = 9 und 27,3%, n = 9); dieses Ergebnis war höchst signifikant (p = ,000). An allen anderen Arbeitsplätzen wurde den Befragten mehrheitlich keine Förderung zuteil, vor allem in der Niederlassung (81,8%, n = 18) (Abbildung 29).

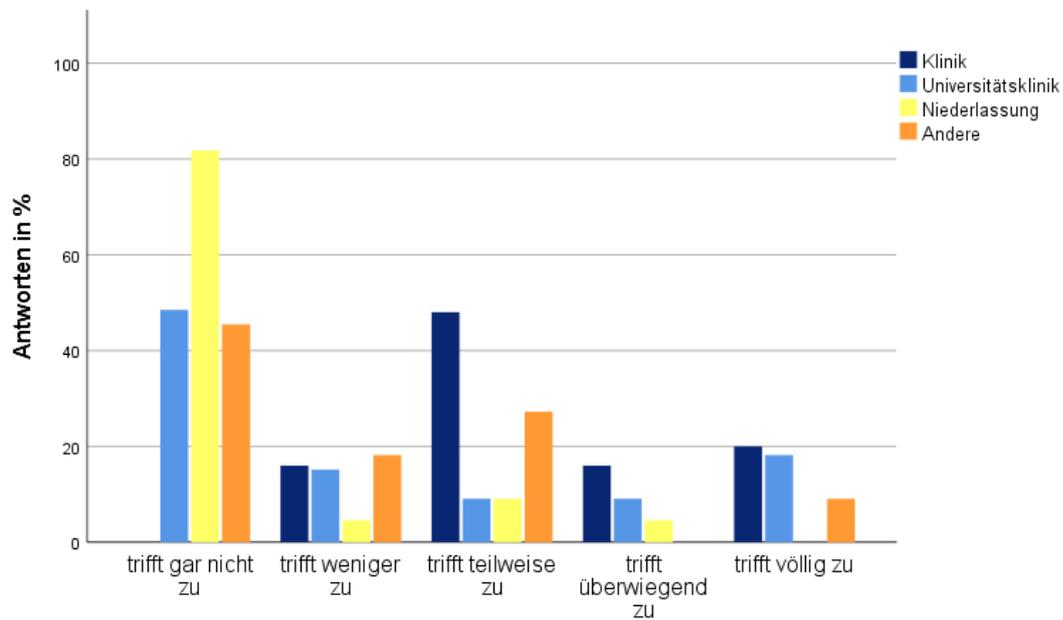


Abbildung 29: Finanzielle Subvention zu Weiterbildungszwecken nach Arbeitsplatz (p = ,000)

5.2.3.2 Möglichkeiten bezüglich beruflicher Laufbahn und Aufstieg

Die Fragen hinsichtlich des beruflichen Werdeganges waren nur an WeiterbildungsassistentInnen, Fach- und OberärztInnen gerichtet sowie an Beschäftigte an Universitätskliniken und alternativen Arbeitsplätzen. Die Mehrheit der befragten ÄrztInnen (60,4%, n = 26) war an einem beruflichen Aufstieg interessiert, 39,5% (n = 17) von diesen zeigten sogar besonders großes Interesse (Abbildung 30). Trotz der großen Nachfrage waren entsprechende Aufstiegsmöglichkeiten an der jeweiligen Arbeitsstelle nur bei einem Drittel der TeilnehmerInnen (29,6%, n = 13) gegeben, bei 43,2% (n = 19) waren diese hingegen nicht vorhanden (Abbildung 31).

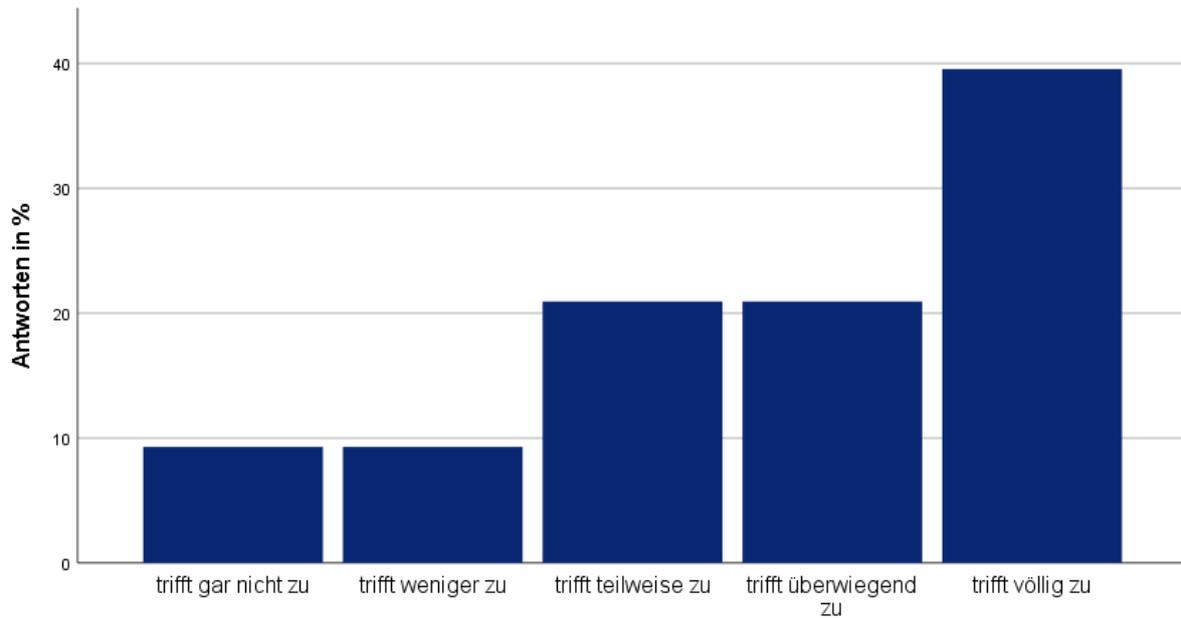


Abbildung 30: Interesse an beruflichem Aufstieg (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Beide Geschlechter waren vergleichbar häufig an einem beruflichen Aufstieg interessiert, Männer (63,2%, n = 12) etwas häufiger als Teilnehmerinnen (58,3%, n = 14) ($p = ,452$). Ärzte waren allerdings mit 26,3% (n = 5) auch öfter mit ihrer aktuellen Position zufrieden als Ärztinnen (12,5%, n = 3). An den Arbeitsstellen der weiblichen Teilnehmenden war die Option einer weiterführenden Berufslaufbahn weniger gegeben (16,6%, n = 2) als an den Arbeitsplätzen der männlichen Befragten (45%, n = 9) ($p = ,073$).

In den Altersgruppen bis fünfzig Jahren bestand überwiegend Interesse an einer beruflichen Weiterentwicklung, ab 51 Jahren war der Großteil der ÄrztInnen zufrieden mit ihrer derzeitigen Position; dieses Ergebnis war signifikant ($p = ,013$) (Abbildung 32). Möglichkeiten für einen beruflichen Aufstieg bestanden vor allem bei 41- bis Fünfzigjährigen (46,7%, n = 7) sowie bei 31- bis Vierzigjährigen (21,1%, n = 4) ($p = ,736$).

Die Mehrheit der Fach- und OberärztInnen sowie alle WeiterbildungsassistentInnen äußerten Interesse an einem beruflichen Aufstieg ($p = ,097$). Ein vergleichbar großer Anteil der FachärztInnen (17,7%, n = 3) und OberärztInnen (23,8%, n = 5) zeigten sich hingegen zufrieden in Bezug auf ihre derzeitige berufliche Situation. Vor allem WeiterbildungsassistentInnen hatten jedoch signifikant schlechtere Chancen hinsichtlich der Aufstiegsmöglichkeiten bei ihren aktuellen Arbeitgebern ($p = ,032$), obwohl bei diesen das größte Interesse festgestellt werden konnte. Bei 58,8% (n = 10) der teilnehmenden FachärztInnen bestanden ebenfalls nur wenige bis keine Optionen einer weiterführenden beruflichen Laufbahn. Die besten Karriereaussichten boten sich an den Arbeitsstellen von OberärztInnen (50%, n = 11). Über zwei Drittel der befragten ÄrztInnen an Universitätskliniken (68,8%, n = 22) strebten eine

berufliche Weiterentwicklung an ($p = ,117$) (Tabelle 24), die Voraussetzungen dafür waren hingegen lediglich bei einem Drittel (33,3%, $n = 11$) der Arbeitgeber erfüllt ($p = ,087$). An alternativen Arbeitsplätzen bestand bei über ein Drittel (36,4%, $n = 4$) der ÄrztInnen der Wunsch nach einem beruflichen Aufstieg, der Großteil (63,7%, $n = 7$) verneinte jedoch diesbezüglich bestehende Optionen am aktuellen Arbeitsplatz.

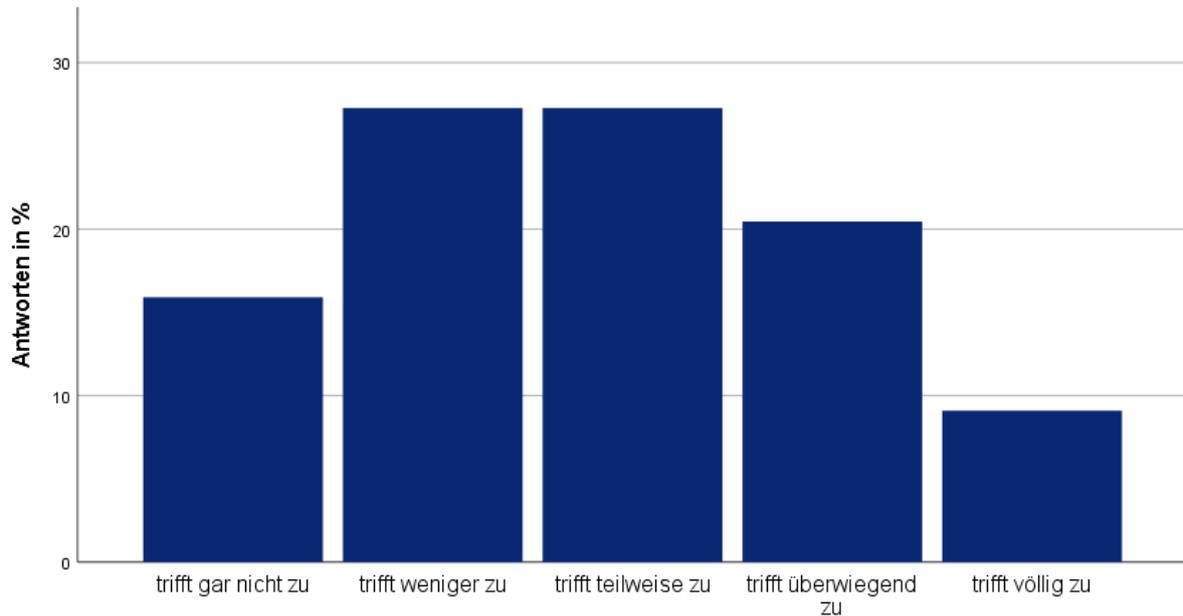


Abbildung 31: Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung beim Arbeitgeber (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Tabelle 24: Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung nach Arbeitsplatz ($p = ,117$)

	Universitätsklinik	Andere Arbeitsplätze
Trifft gar nicht zu	9,1% ($n = 3$)	36,4% ($n = 4$)
Trifft wenig zu	27,3% ($n = 9$)	27,3% ($n = 3$)
Trifft teilweise zu	30,3% ($n = 10$)	18,2% ($n = 2$)
Trifft überwiegend zu	24,2% ($n = 8$)	9,1% ($n = 1$)
Trifft völlig zu	9,1% ($n = 3$)	9,1% ($n = 1$)

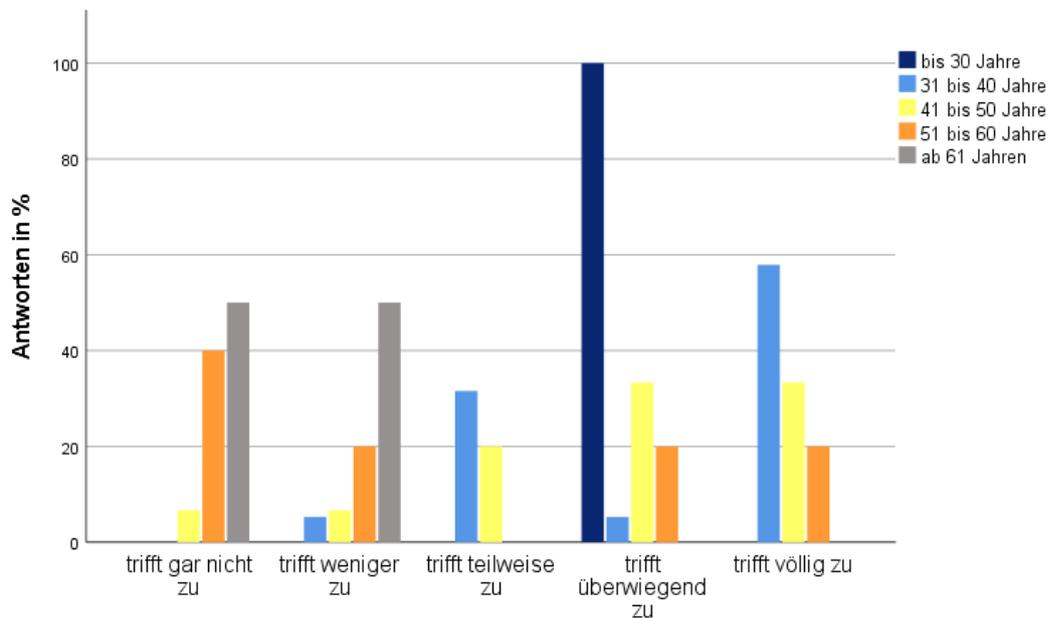


Abbildung 32: Interesse an beruflichem Aufstieg nach Alter ($p = ,013$)

5.2.3.3 Verschiedene Sichtweisen auf Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Die Hälfte der TeilnehmerInnen (51,6%, $n = 50$) hielt die Anforderungen im Facharzt-katalog in Hinsicht auf dermatochirurgische Kenntnisse und Fähigkeiten für WeiterbildungsassistentInnen ausreichend, um später selbstständig Eingriffe durchführen zu können; nur ein geringer Teil der ÄrztInnen (16,5%, $n = 16$) war gegenteiliger Ansicht (Abbildung 33).

Bei der Untersuchung der Antworten in Abhängigkeit vom Geschlecht ($p = ,290$), Alter ($p = ,144$) sowie Karrieregrad ($p = ,128$) und Arbeitsplatz ($p = ,055$) der Teilnehmenden konnte kein signifikantes Ergebnis erzielt werden. Es ist jedoch interessant, dass nur ein Drittel der WeiterbildungsassistentInnen (36,4%, $n = 4$) die obligatorischen Anforderungen für den Facharzt-katalog als ausreichend bewertete. Fach-, Ober- und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen beurteilten diese hingegen mehrheitlich als ausreichend, viele FachärztInnen (29,7%, $n = 10$) sahen diesbezüglich allerdings noch Verbesserungspotenzial. Auch stuften vergleichsweise weniger ÄrztInnen, die zum Befragungszeitpunkt in der Niederlassung tätig waren, den Anspruch des Facharzt-kataloges als optimal ein (37%, $n = 10$) als ÄrztInnen an anderen Arbeitsplätzen.

Um herauszufinden, ob Unterschiede bezüglich der Rezeption der Lehre im dermatochirurgischen Sektor bestehen, wurden zwei Befragungsgruppen gebildet und die folgenden Fragen an diese angepasst: Die erste Gruppe beinhaltete WeiterbildungsassistentInnen, die zweite Fach-, Ober- und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen. Beide Gruppen wurden zu Rotationsplänen im OP für

WeiterbildungsassistentInnen befragt sowie zu Operationskonstellationen. WeiterbildungsassistentInnen erhielten eine zusätzliche Frage über autonome operative Entscheidungen. Aufgrund der geringen Anzahl an Antworten von WeiterbildungsassistentInnen wurde hier auf statistische Tests verzichtet und lediglich deskriptive Daten zur Beurteilung herangezogen. Zur besseren Übersicht werden hier die Ergebnisse der Gruppen nacheinander aufgelistet.

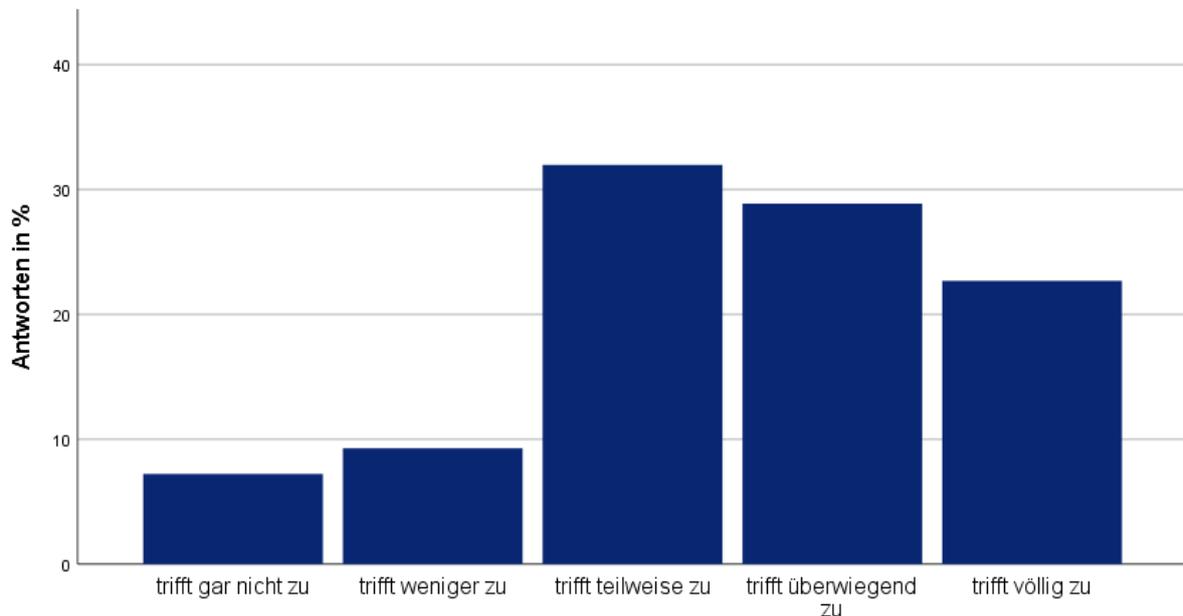


Abbildung 33: Ausreichende Anforderungen des Facharzt kataloges (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Fast die Hälfte der WeiterbildungsassistentInnen (45,5%, n = 5) bestätigte, dass ein Rotationsplan für operative Eingriffe für Ärzte in Weiterbildung bestehe, um genügend praktische Erfahrungen gewährleisten zu können. Dies gaben eher weibliche Weiterbildungsassistenten sowie ÄrztInnen in Kliniken und an alternativen Arbeitsplätzen an. Für ein Drittel (27,3%, n = 3) der WeiterbildungsassistentInnen an Kliniken war es zudem des Öfteren möglich, Operationen gemeinsam mit anderen ÄrztInnen durchzuführen, um sich Operationstechniken aneignen und diese festigen zu können. Bei den männlichen Weiterbildungsassistenten sowie ÄrztInnen in der Niederlassung war diese Möglichkeit weniger geboten. Positiv zu bewerten ist, dass sich keiner der WeiterbildungsassistentInnen bei operativen Entscheidungen unzureichend unterstützt fühlte. Nähere Informationen können Tabelle 25 entnommen werden.

Tabelle 25: Antworthäufigkeiten zu den Fragen 11.6 bis 11.8

Item	Antwortmöglichkeiten	Antworten (% und Anzahl)
Frage 11.6 („In meiner Weiterbildungsstätte gibt es einen festen Rotationsplan, der sicherstellt, dass ich während meiner Weiterbildung im OP eingeteilt bin und ausreichend praktische Erfahrungen sammle.“)	Trifft gar nicht zu	9,1% (n = 1)
	Trifft wenig zu	9,1% (n = 1)
	Trifft teilweise zu	36,4% (n = 4)
	Trifft überwiegend zu	27,3% (n = 3)
	Trifft völlig zu	18,2% (n = 2)
Frage 11.7 („Ich habe die Möglichkeit, zu zweit zu operieren und somit neue Operationsmethoden zu erlernen.“)	Trifft gar nicht zu	–
	Trifft wenig zu	18,2% (n = 2)
	Trifft teilweise zu	54,5% (n = 6)
	Trifft überwiegend zu	18,2% (n = 2)
	Trifft völlig zu	9,1% (n = 1)
Frage 11.8 („Ich fühle mich bei meinen operativen Entscheidungen in der Regel alleine gelassen.“)	Trifft gar nicht zu	18,2% (n = 2)
	Trifft wenig zu	36,4% (n = 4)
	Trifft teilweise zu	45,5% (n = 5)
	Trifft überwiegend zu	–
	Trifft völlig zu	–

Die Gruppe der Fach-, Ober- und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen bestätigte mit knapper Mehrheit (51,9%, n = 41) ebenfalls das Vorliegen eines Rotationsplanes für den operativen Bereich für WeiterbildungsassistentInnen. Unter diesen befanden sich vor allem OberärztInnen und über 80% (n = 10) der ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen; dieses Ergebnis war höchst signifikant (p = ,000). Viele ÄrztInnen (41,8%, n = 33) verneinten allerdings das Vorhandensein von Rotationsplänen am jeweiligen Arbeitsplatz, darunter ein großer Teil der FachärztInnen (60%, n = 18) und OberärztInnen (35,1%, n = 13) sowie ÄrztInnen in der Niederlassung (57,9%, n = 10) und an alternativen

Arbeitsplätzen (66,7%, n = 6) ($p = ,023$) (Abbildung 34). Alter ($p = ,261$) und Geschlecht ($p = ,628$) der ÄrztInnen spielten keine signifikante Rolle.

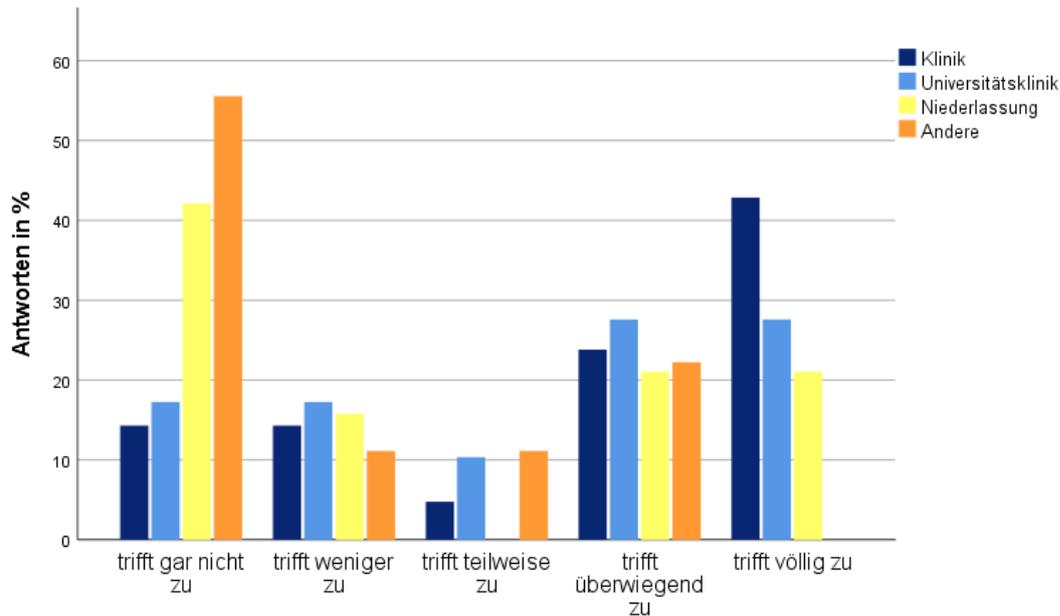


Abbildung 34: OP-Rotationsplan für WeiterbildungsassistentInnen nach Arbeitsplatz ($p = ,023$)

Fast die Hälfte der ÄrztInnen (48,8%, n = 40), darunter höchst signifikant am häufigsten FachärztInnen (71,5%, n = 25) ($p = ,000$), hatten nur wenig Möglichkeiten, gemeinsam mit anderen ÄrztInnen zu operieren, um das eigene Operationsspektrum erweitern zu können (Tabelle 26); dies war hauptsächlich in der Niederlassung (68,2%, n = 15) sowie an anderen Arbeitsstellen der Fall ($p = ,004$) (Abbildung 35). Nur rund ein Viertel (23,2%, n = 19) der Befragten hatte eine solche Option; dies waren vor allem ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen (54,6%, n = 6) sowie ÄrztInnen in Kliniken (40%, n = 8) und Universitätskliniken (27,5%, n = 8). Alter ($p = ,052$) und Geschlecht ($p = ,323$) der Teilnehmenden hatten keinen signifikanten Einfluss.

Tabelle 26: Möglichkeit zum Erlernen neuer Operationsmethoden nach Karrieregrad (p = ,000)

	Facharzt/-ärztin	Oberarzt/-ärztin	Chefarzt/-ärztin, KlinikdirektorIn
Trifft gar nicht zu	42,9% (n = 15)	11,1% (n = 4)	18,2% (n = 2)
Trifft wenig zu	28,6% (n = 10)	25% (n = 9)	–
Trifft teilweise zu	20% (n = 7)	36,1% (n = 13)	27,3% (n = 3)
Trifft überwiegend zu	5,7% (n = 2)	11,1% (n = 4)	27,3% (n = 3)
Trifft völlig zu	2,9% (n = 1)	16,7% (n = 6)	27,3% (n = 3)

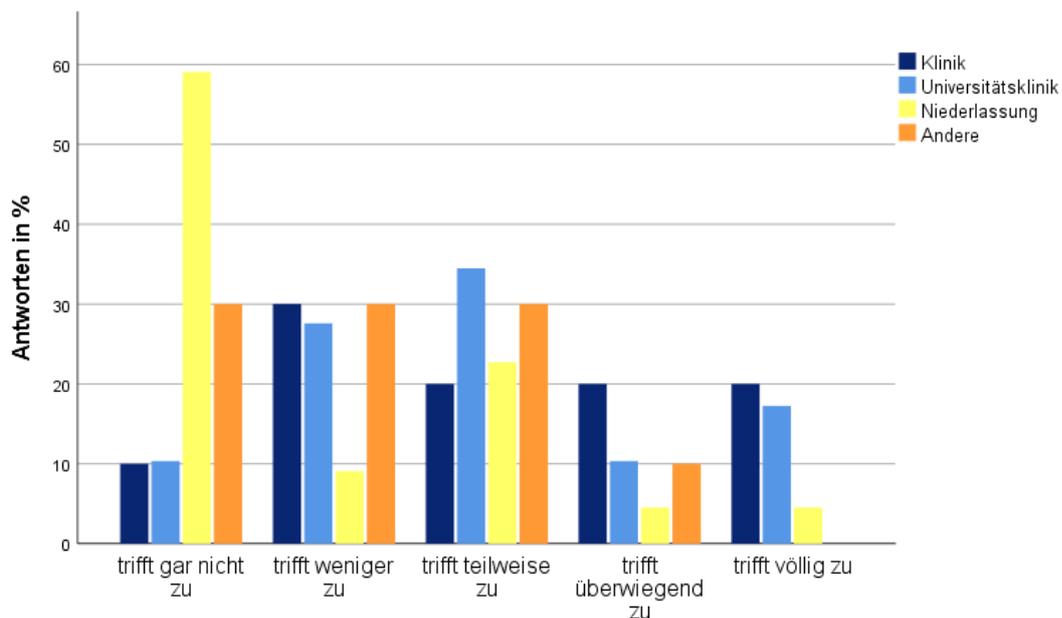


Abbildung 35: Möglichkeit zum Erlernen neuer Operationsmethoden nach Arbeitsplatz (p = ,004)

Von 40,4% (n = 34) ÄrztInnen in dieser Gruppe wurde jedoch bestätigt, dass bei diesen die Möglichkeit des gemeinsamen Operierens zur operativen Ausbildung bestehe; dies waren signifikant am häufigsten ÄrztInnen in Kliniken und Universitätskliniken (p = ,044) (Tabelle 27) sowie Ober- und ChefärztInnen oder KlinikdirektorInnen (p = ,000) (Abbildung 36). Hauptsächlich FachärztInnen sowie ÄrztInnen in der Niederlassung (45,8%, n = 11) und an alternativen Arbeitsstellen hatten dazu keine Gelegenheit. Für Geschlecht (p = ,112) und Alter (p = ,189) der Befragten ergab sich kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 27: Möglichkeit zur Weitergabe von OP-Methoden nach Arbeitsplatz (p = ,044)

	Klinik	Universitäts- klinik	Niederlassung	Andere
Trifft gar nicht zu	9,5% (n = 2)	6,9% (n = 2)	33,3% (n = 8)	22,2% (n = 2)
Trifft wenig zu	19% (n = 4)	6,9% (n = 2)	12,5% (n = 3)	33,3% (n = 3)
Trifft teilweise zu	14,3% (n = 3)	37,9% (n = 11)	29,2% (n = 7)	22,2% (n = 2)
Trifft überwiegend zu	33,3% (n = 7)	24,1% (n = 7)	8,3% (n = 2)	11,1% (n = 1)
Trifft völlig zu	23,8% (n = 5)	24,1% (n = 7)	16,7% (n = 4)	11,1% (n = 1)

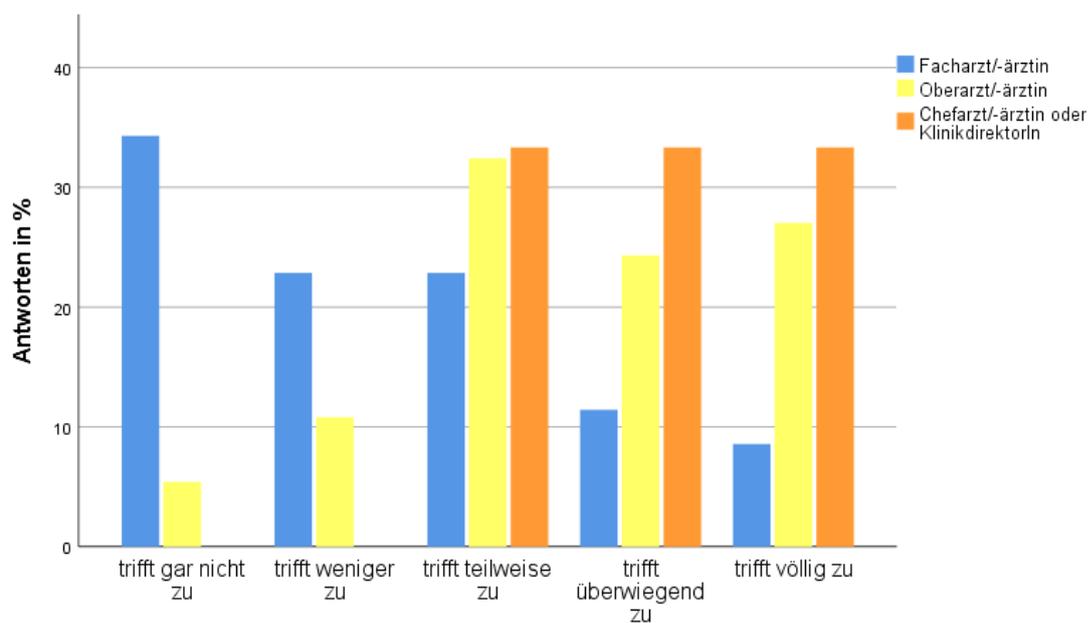


Abbildung 36: Möglichkeit zur Weitergabe von OP-Methoden nach Karrieregrad (p = ,000)

5.2.4 Ergebnisse der Domäne „Ausstattung und Vergütung“

5.2.4.1 Ergebnisse bezüglich personeller und materieller Ausstattung

Die materielle Ausstattung am Arbeitsplatz beanstandeten nur wenige TeilnehmerInnen. Im Fokus der Kritik stand bei vielen ÄrztInnen vor allem der Mangel an pflegerischem Personal (Pflegefachpersonal, Medizinische Fachangestellte): der Großteil der ÄrztInnen an Kliniken und Universitätskliniken (56%, n = 14 und 69,7%, n = 23) beklagte die personelle Situation (Abbildung 37); dieses Ergebnis war höchst signifikant (p = ,000). An alternativen Arbeitsplätzen und in der Niederlassung waren ÄrztInnen diesbezüglich deutlich häufiger zufrieden.

Es konnten hinsichtlich dieser Fragestellung auch signifikante geschlechts- (p = ,041) und altersspezifische (p = ,036) Unterschiede festgestellt werden. Ärztinnen und jüngere Teilnehmende bis fünfzig Jahre gaben häufiger einen personellen Mangel am Arbeitsplatz an als Männer und ältere Teilnehmende ab fünfzig Jahren. Eine Auswertung nach dem Karrieregrad der TeilnehmerInnen erzielte kein signifikantes Ergebnis (p = ,079), die Personalsituation wurde vornehmlich von OberärztInnen (59,4%, n = 22) und WeiterbildungsassistentInnen (45,5%, n = 5) kritisiert.

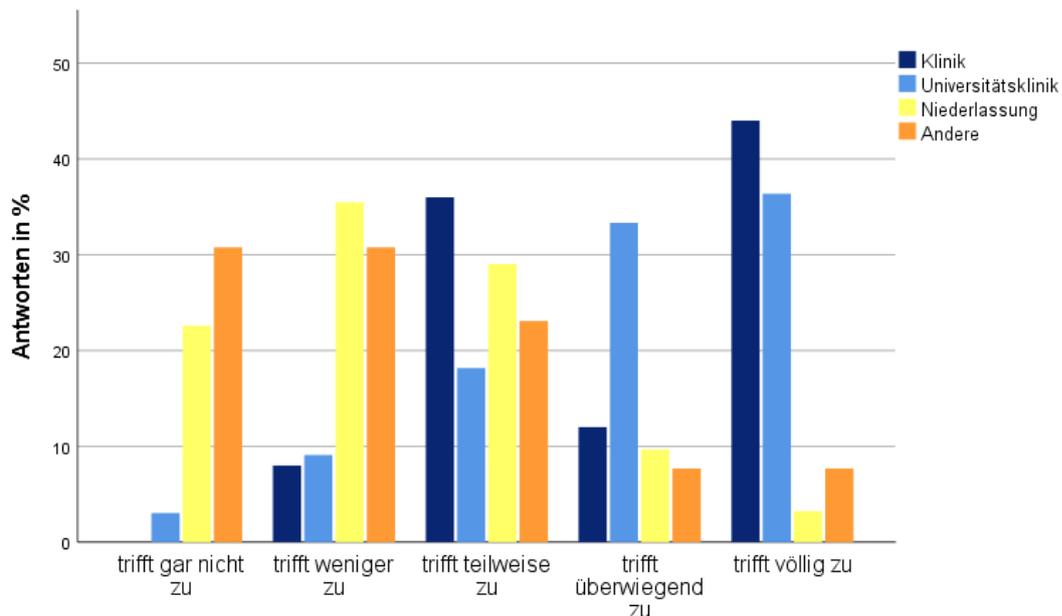


Abbildung 37: Personalmangel nach Arbeitsplatz (p = ,000)

Die Rückmeldung hinsichtlich der Ausstattung mit diversen Materialien, OP-Räumlichkeiten und IT an den jeweiligen Arbeitsplätzen der befragten ÄrztInnen war hingegen überwiegend positiv. An keinem Arbeitsplatz wurde ein gravierender Mangel an Arbeitsmaterialien angegeben; ÄrztInnen in der

Niederlassung und an alternativen Arbeitsplätzen waren diesbezüglich häufiger sehr zufrieden ($p = ,026$). An Universitätskliniken wurden signifikant häufiger (18,2%, $n = 6$) zur Verfügung stehende Operations-Räumlichkeiten kritisiert ($p = ,005$) (Tabelle 28), ebenso fehlende IT (27,3%, $n = 9$); dieses Ergebnis war höchst signifikant ($p = ,000$) (Abbildung 38).

Tabelle 28: Mangel an Operations-Räumlichkeiten nach Arbeitsplatz ($p = ,005$)

	Klinik	Universitäts- klinik	Niederlassung	Andere
Trifft gar nicht zu	41,7% ($n = 10$)	21,2% ($n = 7$)	64,5% ($n = 20$)	61,5% ($n = 8$)
Trifft wenig zu	33,3% ($n = 8$)	27,3% ($n = 9$)	12,9% ($n = 4$)	23,1% ($n = 3$)
Trifft teilweise zu	12,5% ($n = 3$)	33,3% ($n = 11$)	12,9% ($n = 4$)	7,7% ($n = 1$)
Trifft überwiegend zu	8,3% ($n = 2$)	6,1% ($n = 2$)	6,5% ($n = 2$)	–
Trifft völlig zu	4,2% ($n = 1$)	12,1% ($n = 4$)	3,2% ($n = 1$)	7,7% ($n = 1$)

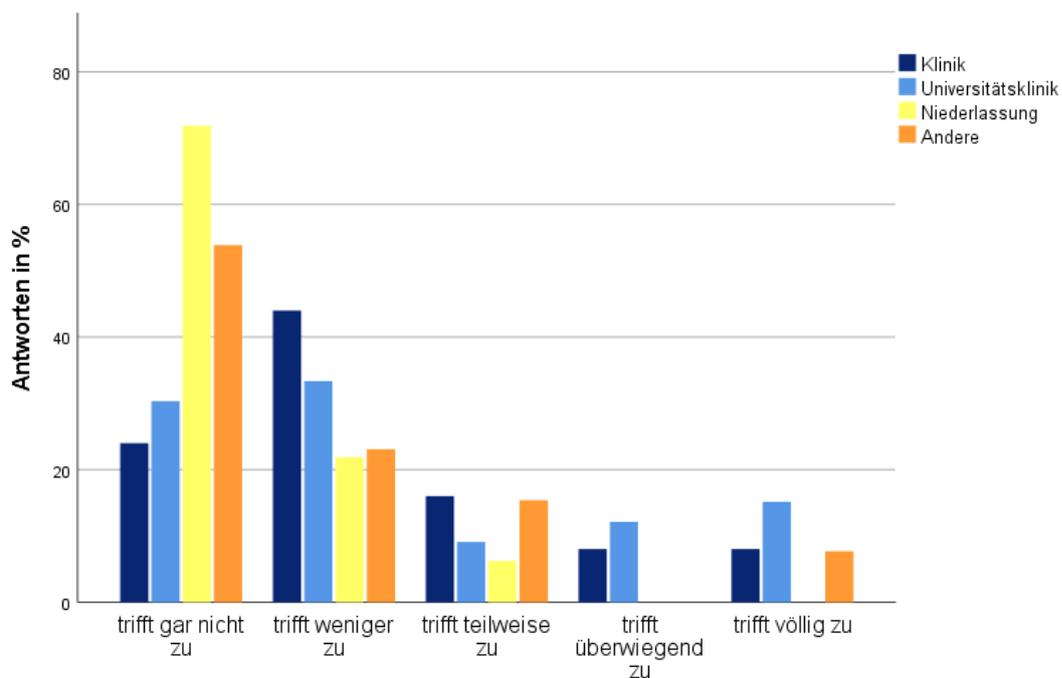


Abbildung 38: Mangel an notwendiger IT nach Arbeitsplatz ($p = ,000$)

Für das Alter und Geschlecht der Teilnehmenden ergaben sich zum Teil ebenfalls signifikante Werte. Hinsichtlich materieller Ausstattung am Arbeitsplatz waren Männer signifikant häufiger sehr zufrieden als Frauen ($p = ,019$). Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich OP-Räumen ($p = ,696$) und IT ($p = ,329$) konnte nicht festgestellt werden.

Je älter die Teilnehmenden waren, desto zufriedener waren sie bezüglich der Ausstattung mit Material ($p = ,014$) und OP-Räumen ($p = ,033$). ÄrztInnen von 31 bis vierzig Jahren übten signifikant häufiger Kritik hinsichtlich fehlender IT ($p = ,017$) am jeweiligen Arbeitsplatz (Tabelle 29). Die Auswertung nach den Karrieregruppen der ÄrztInnen ergab weder für Materialmangel ($p = ,467$), OP-Räumlichkeiten ($p = ,798$) noch IT ($p = ,360$) signifikante Werte.

Viele ÄrztInnen (50%, $n = 52$) sahen sich in ihrem Arbeitsalltag durch gegebene personelle oder materielle Engpässe nicht beeinträchtigt. Frauen (27,5%, $n = 14$) ($p = ,009$) und Teilnehmende bis fünfzig Jahren ($p = ,001$) gaben jedoch signifikant häufiger an, Auswirkungen auf ihre Arbeit zu bemerken, Männer (60,4%, $n = 32$) und ältere ÄrztInnen ab fünfzig Jahren verneinten eher eine Beeinträchtigung ihres Arbeitsalltages infolge arbeitsplatzbezogener Missstände.

Vor allem ÄrztInnen an Kliniken und Universitätskliniken bemerkten höchst signifikant häufiger eine Beeinträchtigung ihrer Arbeit ($p = ,000$) (Abbildung 39). Die Auswertung anhand des Karrieregrades der ÄrztInnen führte zu keinen signifikanten Werten ($p = ,206$).

Tabelle 29: Mangel an notwendiger IT nach Alter ($p = ,017$)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Trifft gar nicht zu	–	43,8% ($n = 14$)	44,1% ($n = 15$)	43,5% ($n = 10$)	66,7% ($n = 8$)
Trifft wenig zu	–	18,8% ($n = 6$)	32,4% ($n = 11$)	47,8% ($n = 11$)	33,3% ($n = 4$)
Trifft teilweise zu	100% ($n = 2$)	9,4% ($n = 3$)	14,7% ($n = 5$)	4,3% ($n = 1$)	–
Trifft überwiegend zu	–	15,6% ($n = 5$)	–	–	–
Trifft völlig zu	–	12,5% ($n = 4$)	8,8% ($n = 3$)	4,3% ($n = 1$)	–

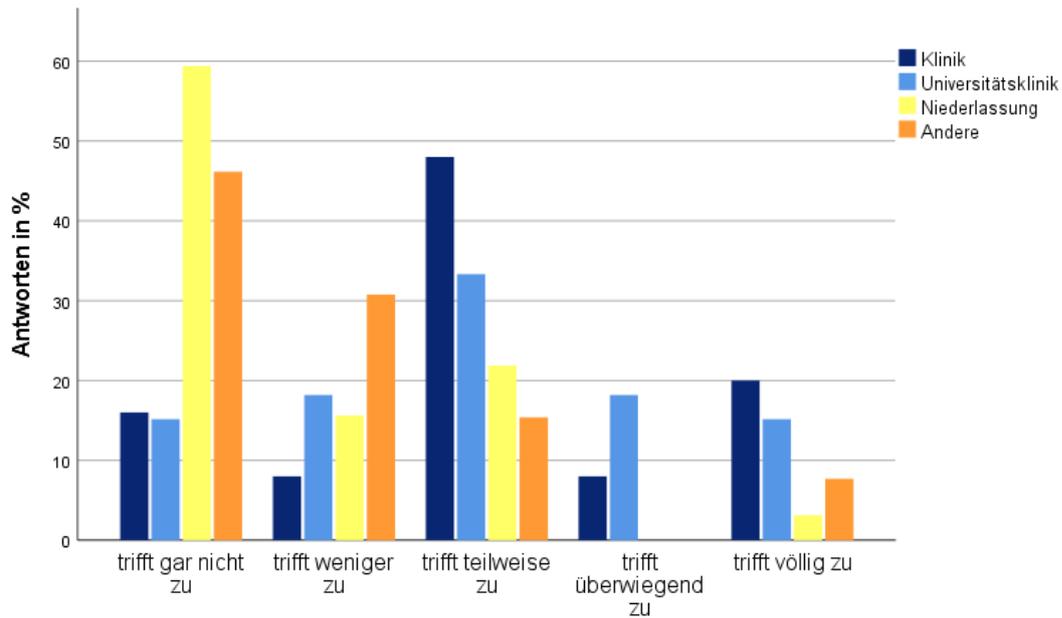


Abbildung 39: Beeinträchtigung der Arbeit durch jeweiligen Mangel nach Arbeitsplatz ($p = ,000$)

5.2.4.2 Ergebnisse bezüglich finanzieller Vergütung und Sonderzahlungen

Insgesamt zeigten sich viele der ÄrztInnen (40,4%, $n = 42$) zufrieden mit der finanziellen Vergütung ihrer Arbeit. Rund ein Drittel (27,9%, $n = 29$) der Teilnehmenden schätzte diese als nicht angemessen ein, darunter häufiger Frauen (31,4%, $n = 16$) ($p = ,408$) und ÄrztInnen von 41 bis fünfzig Jahren (41,4%, $n = 14$) ($p = ,775$). ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen (75%, $n = 9$) und OberärztInnen (40,5%, $n = 15$) stuften ihr Gehalt signifikant häufiger als adäquat ein als FachärztInnen (34,1%; $n = 15$) ($p = ,034$) (Tabelle 30).

Vor allem in Kliniken und Universitätskliniken (52%, $n = 13$ und 42,4%, $n = 14$) war die Zufriedenheit hinsichtlich des Gehaltes signifikant höher als in der Niederlassung oder an alternativen Arbeitsstellen ($p = ,027$). Insgesamt bewerteten Teilnehmende an alternativen Arbeitsplätzen ihre Entlohnung am schlechtesten, gefolgt von ÄrztInnen in der Niederlassung, Universitätskliniken und Kliniken (Abbildung 40).

Tabelle 30: Angemessene Vergütung der Arbeit nach Karrieregrad (p = ,034)

	Weiterbildungs- assistentIn	Facharzt/-ärztin	Oberarzt/-ärztin	Chefarzt/-ärztin, KlinikdirektorIn
Trifft gar nicht zu	9,1% (n = 1)	9,1% (n = 4)	5,4% (n = 2)	16,7% (n = 2)
Trifft wenig zu	9,1% (n = 1)	25% (n = 11)	21,6% (n = 8)	–
Trifft teilweise zu	63,6% (n = 7)	29,5% (n = 13)	32,4% (n = 12)	8,3% (n = 1)
Trifft überwiegend zu	9,1% (n = 1)	36,4% (n = 16)	29,7% (n = 11)	41,7% (n = 5)
Trifft völlig zu	9,1% (n = 1)	–	10,8% (n = 4)	33,3% (n = 4)

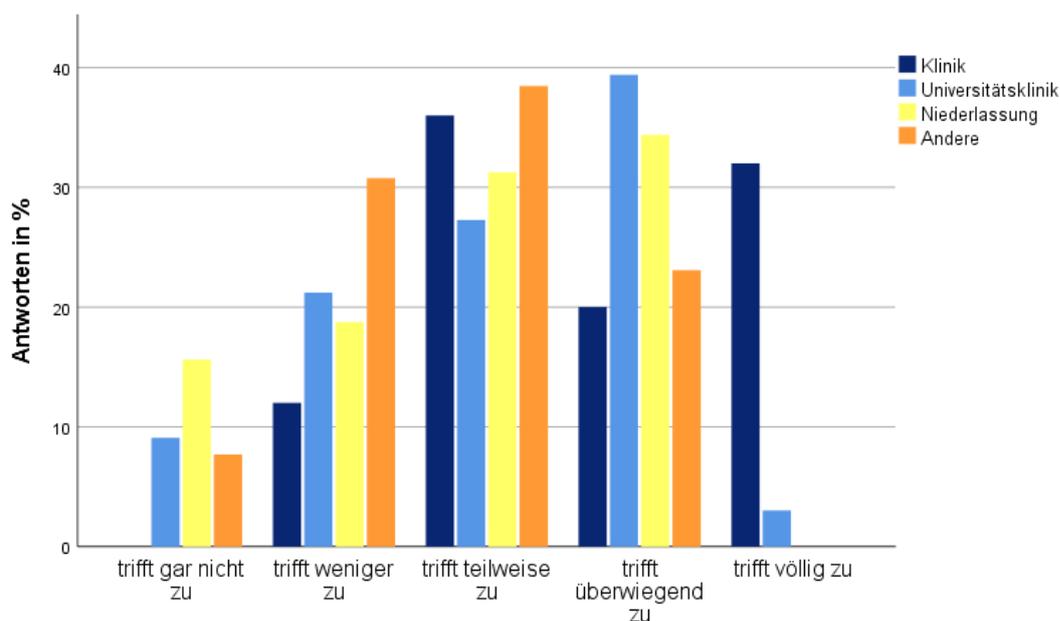


Abbildung 40: Angemessene Entlohnung nach Arbeitsplatz (p = ,027)

Hinsichtlich der zusätzlichen Vergütung operativer Leistungen ließ sich eine eindeutige Tendenz erkennen: Die Mehrheit (61,4%, n = 71) der TeilnehmerInnen verneinte eine zusätzliche Vergütung operativer Arbeit (Abbildung 41). Nur 14,9% (n = 15) aller Teilnehmenden erhielten Sondervergütungen. Hierbei waren signifikante geschlechts-, alters- und arbeitsplatzbezogene Unterschiede ersichtlich. Männer (25,5%, n = 13) sowie ÄrztInnen in der Niederlassung (37,9%, n = 11) wurden im Vergleich deutlich häufiger für operative Arbeit entlohnt als Frauen (4%, n = 2) sowie ÄrztInnen an allen anderen Arbeitsstellen; diese Ergebnisse waren höchst signifikant (beides p = ,000).

Auch erhielten ÄrztInnen ab sechzig Jahren (25%, n = 3) ($p = ,050$) sowie ChefärztInnen bzw. KlinikdirektorInnen (25%, n = 3) und FachärztInnen (21,9%, n = 9) ($p = ,112$) prozentual häufiger operative Sondervergütungen. Beim direkten Vergleich zwischen niedergelassenen und in Kliniken angestellten FachärztInnen war ersichtlich, dass keiner der FachärztInnen in Kliniken operative Sondervergütungen erhielt.

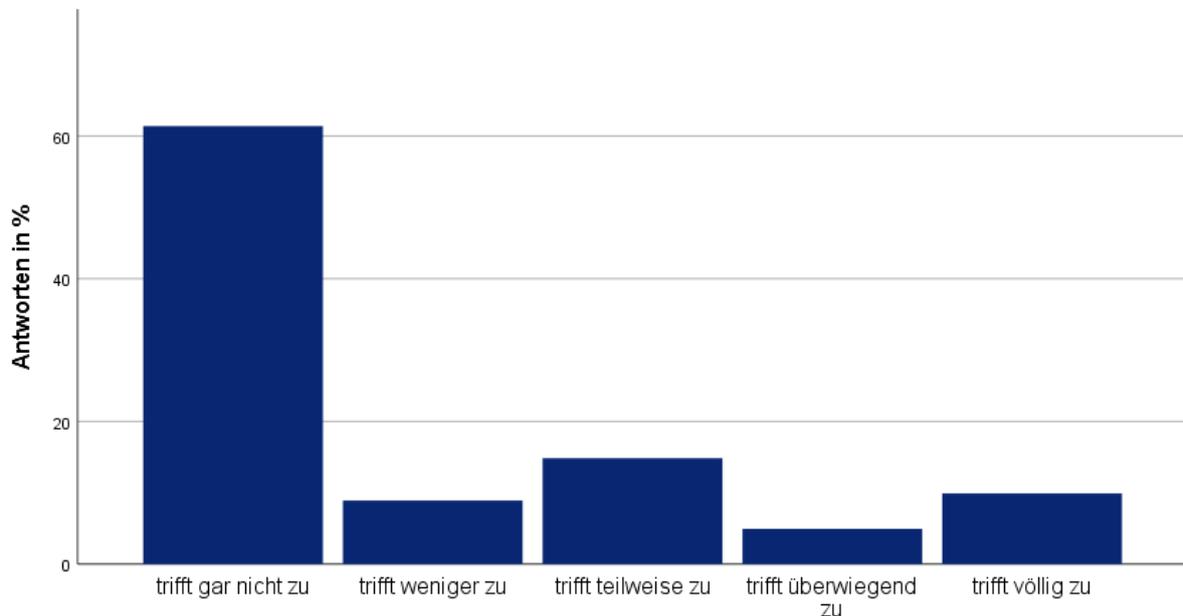


Abbildung 41: Zusätzliche Vergütung operativer Leistungen (Gesamtzahl aller Antworten in %)

5.2.5 Ergebnisse der Domäne „Gesundheit und Privatleben“

5.2.5.1 Einfluss der Arbeitssituation auf Privatleben und Gesundheit der TeilnehmerInnen

Viele ÄrztInnen (42,3%, n = 44) bemerkten keine oder nur geringfügige Auswirkungen ihres Arbeitsalltages auf ihr Privatleben (Abbildung 42), ebenso hatte ein Großteil der TeilnehmerInnen (46,2%, n = 48) keine Probleme hinsichtlich der Bewältigung des Arbeitsstress (Abbildung 43). Bei rund einem Fünftel (22,1%, n = 23) der Befragten hatte der Arbeitsalltag einen negativen Effekt auf persönliche und soziale Lebensbereiche, 26,9% (n = 28) hatten hinzukommend Probleme bei der Stressbewältigung. Nach Auswertung der Fragen hinsichtlich Geschlecht, Alter, Karrieregrad und Arbeitsplatz der Teilnehmenden ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Männer gaben jeweils häufiger an, keine Beeinträchtigung ihres Privatlebens durch ihre Arbeit zu erfahren (50,5%, n = 28) ($p = ,264$) (Tabelle 31) und auch keine Probleme hinsichtlich Stressbewältigung zu haben (49%, n = 26) ($p = ,263$). Frauen konnten sich häufiger schlechter nach Dienstende entspannen (31,3%, n = 16) und spürten einen zum Teil bestehenden Einfluss ihrer Arbeit auf ihr Privatleben (49%, n = 24); diese Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant.

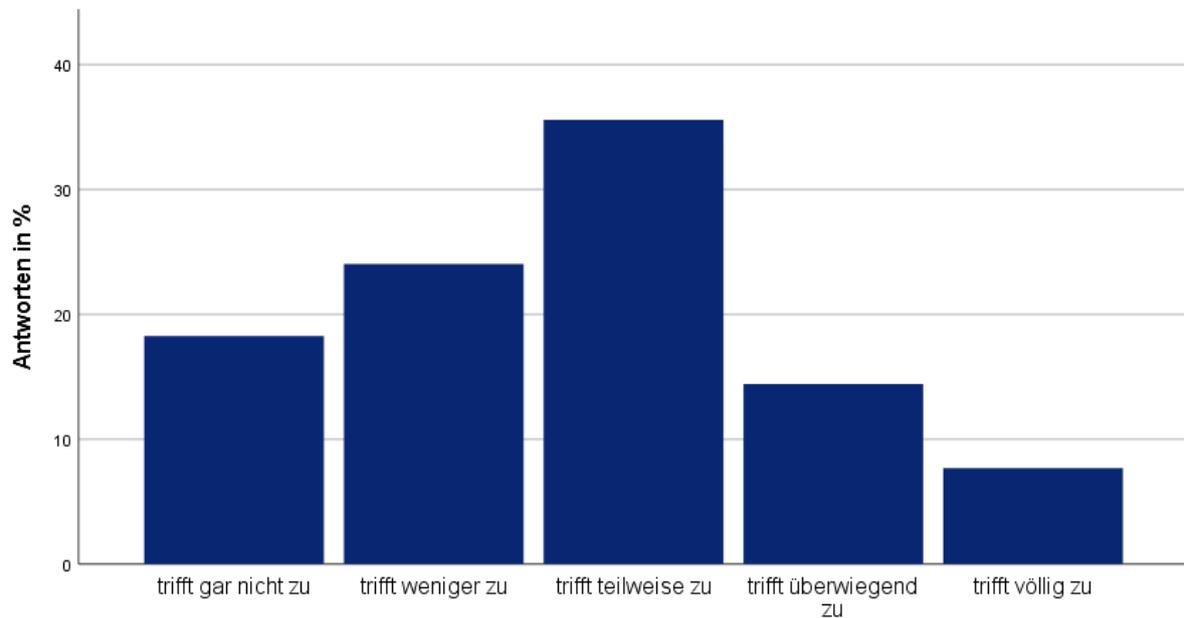


Abbildung 42: Beeinträchtigung des Privatlebens durch den Job (Gesamtzahl aller Antworten in %)

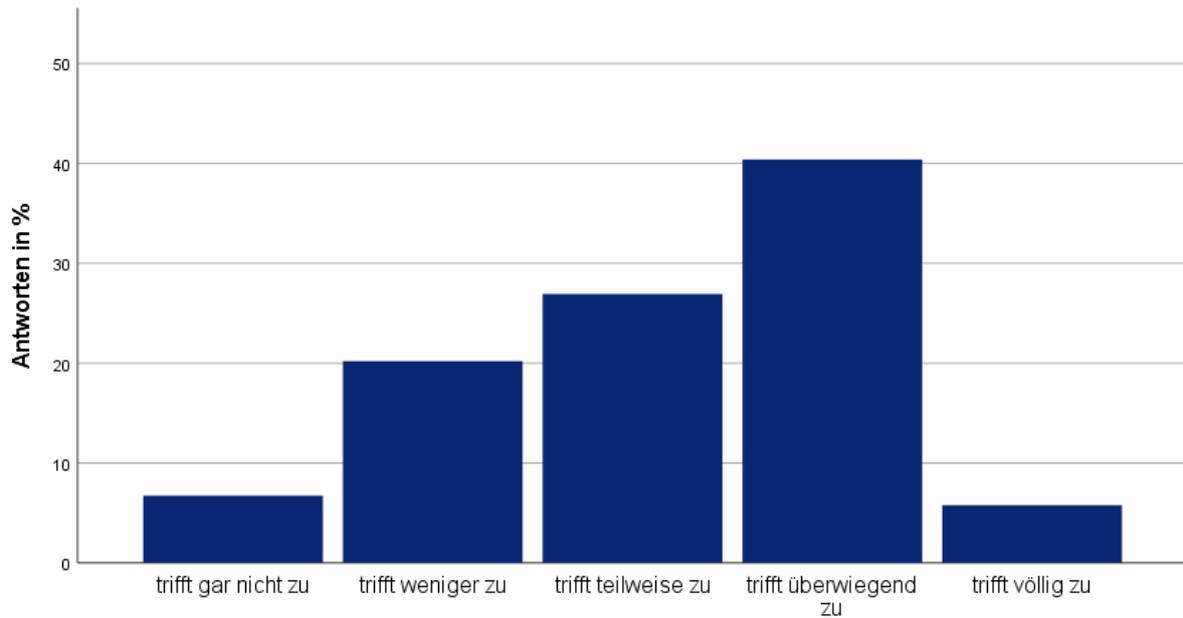


Abbildung 43: Unproblematische Bewältigung des Arbeitsstresses (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Tabelle 31: Beeinträchtigung des Privatlebens durch den Job nach Geschlecht (p = ,264)

	Männlich	Weiblich
Trifft gar nicht zu	25,5% (n = 14)	10,2% (n = 5)
Trifft wenig zu	25,5% (n = 14)	22,4% (n = 11)
Trifft teilweise zu	23,6% (n = 13)	49% (n = 24)
Trifft überwiegend zu	14,5% (n = 8)	14,3% (n = 7)
Trifft völlig zu	10,9% (n = 6)	4,1% (n = 2)

Die Auswertung nach dem Alter der Teilnehmenden hinsichtlich privater Einschränkungen durch die Arbeit ließ keinen signifikanten Trend erkennen (p = ,255). Es zeigt jedoch sich die Tendenz, dass mit zunehmendem Alter der ÄrztInnen diesen der Umgang mit Arbeitsstress leichter fiel; dies war allerdings nicht signifikant (p = ,124).

Fach- (28,9%, n = 13) und OberärztInnen (21,6%, n = 8) gaben häufiger eine Beeinträchtigung ihres Sozial- und Familienlebens durch ihren Arbeitsalltag an (p = ,890), einige OberärztInnen (16,7%, n =

6) hatten zudem häufiger Probleme in Hinsicht auf Stressbewältigung ($p = ,506$) (Tabelle 32); die Unterschiede erwiesen sich allerdings nicht als signifikant. Beim direkten Vergleich niedergelassener und in Kommunal- und Universitätskliniken angestellter FachärztInnen ergab sich, dass FachärztInnen in der Niederlassung häufiger Probleme im Umgang mit Arbeitsstress hatten.

Tabelle 32: Unproblematische Bewältigung des Arbeitsstresses nach Karrieregrad ($p = ,506$)

	Weiterbildungs- assistentIn	Facharzt/-ärztin	Oberarzt/-ärztin	Chefarzt/-ärztin, KlinikdirektorIn
Trifft gar nicht zu	–	2,2% (n = 1)	16,7% (n = 6)	–
Trifft wenig zu	27,3% (n = 3)	22,2% (n = 10)	13,9% (n = 5)	25% (n = 3)
Trifft teilweise zu	45,5% (n = 5)	31,1% (n = 14)	22,2% (n = 8)	8,3% (n = 1)
Trifft überwiegend zu	27,3% (n = 3)	35,6% (n = 16)	44,4% (n = 16)	58,3% (n = 7)
Trifft völlig zu	–	8,9% (n = 4)	2,8% (n = 1)	8,3% (n = 1)

ÄrztInnen an Universitätskliniken gaben prozentual am häufigsten (30,4%, n = 10) einen negativen Einfluss ihres Arbeitsalltages auf ihr Sozialleben an, ÄrztInnen an alternativen Arbeitsstellen am wenigsten (53,9%, n = 7) ($p = ,442$) (Tabelle 33). Die größten Schwierigkeiten hinsichtlich der Bewältigung des Arbeitsstresses wurden von ÄrztInnen in Kommunal- und Universitätskliniken (32%, n = 8 und 34,4%, n = 11) angegeben ($p = ,565$); diese Unterschiede waren nicht signifikant.

Tabelle 33: Beeinträchtigung des Privatlebens durch den Job nach Arbeitsplatz ($p = ,442$)

	Klinik	Universitäts- klinik	Niederlassung	Andere
Trifft gar nicht zu	8,7% (n = 2)	18,2% (n = 6)	14,7% (n = 5)	46,2% (n = 6)
Trifft wenig zu	34,8% (n = 8)	24,2% (n = 8)	20,6% (n = 7)	7,7% (n = 1)
Trifft teilweise zu	52,2% (n = 12)	27,3% (n = 9)	38,2% (n = 13)	23,1% (n = 3)
Trifft überwiegend zu	4,3% (n = 1)	15,2% (n = 5)	20,6% (n = 7)	15,4% (n = 2)
Trifft völlig zu	–	15,2% (n = 5)	5,9% (n = 2)	7,7% (n = 1)

In Tabelle 34 sind Beispiele für die Auswirkungen des Arbeitsalltages auf das Privatleben der Befragten aufgelistet, Mehrfachantworten waren möglich. Aus Gründen der Übersicht und Leserlichkeit wurden die Antworten in ihrer Rechtschreibung korrigiert und in übergeordnete Kategorien eingeteilt, die mit wörtlichen Zitaten versehen sind. Die zitierten Antworten der männlichen Befragten sind kursiv dargestellt.

Mit großer Mehrheit (71,4%, n = 25) wurden als Gründe für negative Auswirkungen des Berufsalltages auf das Privat- und Sozialleben primär Zeiteinbußen durch Überstunden, Rufdienste oder lange Arbeitszeiten genannt. Dies führte bei einem Drittel (28,6%, n = 10) der ÄrztInnen zu Erschöpfung und Gereiztheit im Allgemeinen. Nur ein geringer Anteil der Teilnehmenden, die diese Frage beantworteten, war zufrieden mit ihrem Arbeitsalltag. Ein großer Anteil (48,6%, n = 51) der ÄrztInnen konnte keinen oder nur einen geringen Einfluss ihres Arbeitsalltages auf ihren physischen sowie psychischen Zustand feststellen, nur ein kleiner Teil der Teilnehmenden (11,4%, n = 12) litt laut eigener Angaben gesundheitlich vermehrt unter der Arbeitsbelastung (Abbildung 44).

Tabelle 34: Freitextantworten zu den Auswirkungen des Arbeitsalltages auf das Privatleben (Freitextfrage 13.1)

n = 35, Frauen: n = 25, Männer: n = 10		
Auswirkungen	Zitate (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl
Weniger Zeit für Privatleben und Freizeiteinbußen durch Arbeitszeiten	<ul style="list-style-type: none"> • „Weniger Freizeit mit den Kindern“ • „<i>Zu wenig Zeit für die Familie und für mich selbst</i>“ • „Wenig Freizeit zum Ausgleich oder Ausruhen, Hobbys und Freunde leiden unter oft nicht planbarer Arbeitszeit bzw. Diensten“ • „<i>Rufdienste, spätes aus der Klinik kommen, Forschung, Lehre und Klinik lassen kaum Freiräume, auch im Urlaub wird man konsultiert</i>“ • „Keine variablen Arbeitszeiten, kein Homeoffice mit Klinikzugang, Dienste an Wochenenden & Feiertagen“ • „<i>Statt des üblichen 40 – Stunden-Vertrages 42 Stunden – Vertrag für Unikliniken</i>“ 	n = 25 (71,4%)

Stress und Erschöpfung durch hohe Arbeitsbelastung	<ul style="list-style-type: none"> • „Abgeschlagenheit, zunehmend mehr Zeit für Rekonvaleszenz notwendig“ • „Erschöpfung an freien Tagen, Erholungsbedürfnis, reduziertes Interesse an exzessiven Freizeitbetätigungen und konflikträchtigen sozialen Interaktionen “ • „Stress beeinflusst das Privatleben negativ, Überstunden, die nicht vergütet werden, fehlende Anerkennung“ • „Der Arbeitsalltag vereinnahmt einen Großteil meiner körperlichen und geistigen Kräfte.“ 	n = 10 (28,6%)
Problematische soziale Interaktion, Gereiztheit	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich arbeite abends oftmals zu lange und mache im Urlaub Papierarbeit. Ich bin dann im Familienleben oftmals angespannt, nervös und reagiere zu gereizt.“ 	n = 3 (8,6%)
Zeiteinbußen durch lange Fahrtstrecke		n = 2 (5,7%)
Universelles Wissen, hohe Anforderungen der PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> • „Als Arzt wird häufig erwartet, dass man immer alles bezüglich aller medizinischen Fachrichtungen zu jeder Zeit weiß.“ 	n = 1 (2,9%)
Keine negativen Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • „Ich kann meinen Traumberuf ausüben und komme zufrieden und ausgeglichen nach Hause.“ • „Da die Kinder aus dem Haus sind, sind alle meine Freizeitaktivitäten an meine Praxiszeiten angepasst. Ich kann es selbst bestimmen und meine Familie und meine Freunde sind daran gewöhnt, dass sie auf mich Rücksicht nehmen müssen.“ 	n = 2 (5,7%)

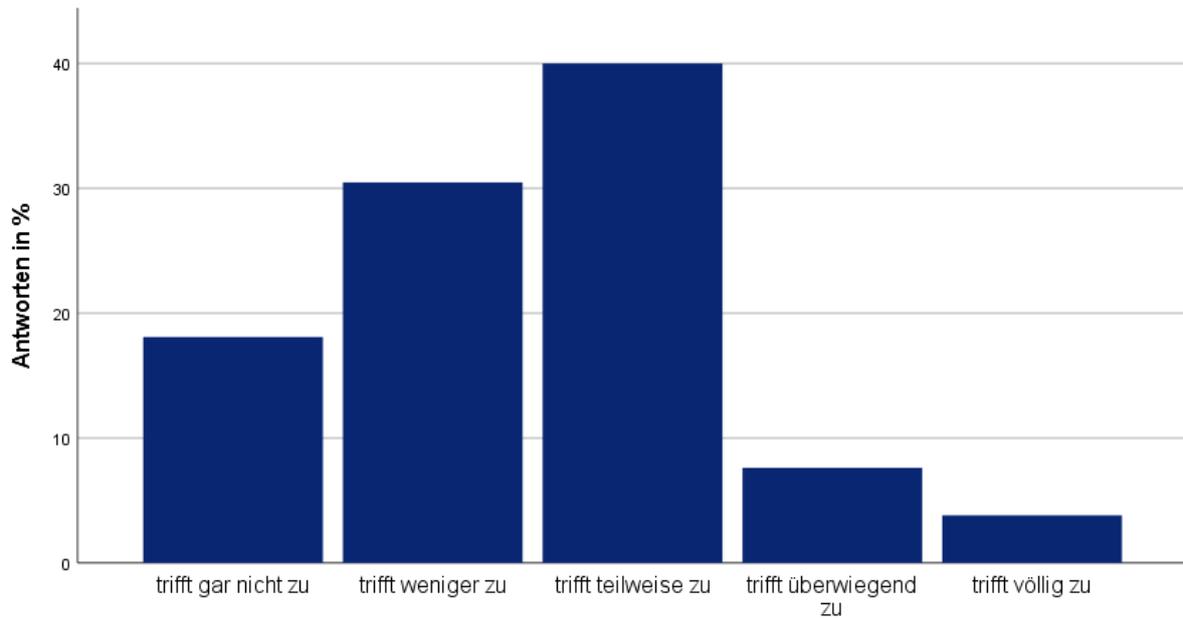


Abbildung 44: Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit durch den Job (Gesamtzahl aller Antworten in %)

Männliche Teilnehmer gaben häufiger (57,4%, n = 31) an, dass sie ihre Arbeit nicht gesundheitlich beeinträchtigt, weibliche Teilnehmende (49%, n = 25) beobachteten häufiger partielle Auswirkungen auf ihre Gesundheit (p = ,075); ein signifikanter Unterschied konnte nicht festgestellt werden. Mit steigendem Alter hatte der Arbeitsalltag der TeilnehmerInnen signifikant weniger einen Einfluss auf ihren gesundheitlichen Zustand (p = ,022) (Tabelle 35). Auswirkungen auf die Gesundheit wurden vornehmlich bei 41- bis Fünfzigjährigen beschrieben (23,5%, n = 8).

Die geringsten gesundheitlichen Auswirkungen wurden von ChefärztInnen oder KlinikdirektorInnen (83,4%, n = 10) angegeben, von Fach- und OberärztInnen wurden mit 13,3% bzw. 16,2% (n = 6) gesundheitliche Folgen bezüglich körperlicher Verfassung und Psyche festgestellt (p = ,157). Hinsichtlich des Arbeitsplatzes der Teilnehmenden ergab sich kein signifikanter Unterschied (p = ,259); auffällig ist jedoch, dass an alternativen Arbeitsplätzen niemand gesundheitliche Beeinträchtigungen durch den Job angab.

Tabelle 35: Folgen für körperliche und geistige Gesundheit durch den Job nach Alter ($p = ,022$)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Trifft gar nicht zu	–	15,6% (n = 5)	5,9% (n = 2)	37,5% (n = 9)	25% (n = 3)
Trifft wenig zu	50% (n = 1)	21,9% (n = 7)	35,3% (n = 12)	25% (n = 6)	41,7% (n = 5)
Trifft teilweise zu	50% (n = 1)	53,1% (n = 17)	35,3% (n = 12)	33,3% (n = 8)	33,3% (n = 4)
Trifft überwiegend zu	–	6,3% (n = 2)	14,7% (n = 5)	4,2% (n = 1)	–
Trifft völlig zu	–	3,1% (n = 1)	8,8% (n = 3)	–	–

5.2.5.2 Gesamtzufriedenheit und Kritik an der Arbeitssituation

Die Ergebnisse bezüglich der Gesamtzufriedenheit der ÄrztInnen zeigen eine eindeutige Tendenz: 65,4% (n = 68) der TeilnehmerInnen waren insgesamt mit ihrer Arbeitssituation zufrieden, davon 18,3% (n = 19) sogar außerordentlich (Abbildung 45). Lediglich 9,6% (n = 10) zeigten sich bezüglich ihrer beruflichen Situation unzufrieden. Weder für das Geschlecht und Alter noch für den Karrieregrad und Arbeitsplatz konnten diesbezüglich signifikante Unterschiede festgestellt werden.

Die geschlechtsspezifischen Ergebnisse waren nahezu identisch, Männer gaben jedoch im Gegensatz zu Frauen deutlich häufiger (28,3%, n = 15) an, außerordentlich zufrieden mit ihren beruflichen Gegebenheiten zu sein ($p = ,168$). Mit steigendem Alter stieg auch die Gesamtzufriedenheit der ÄrztInnen ($p = ,055$), besonders zufrieden waren TeilnehmerInnen ab 51 Jahren (Tabelle 36); dieses Ergebnis war nicht signifikant.

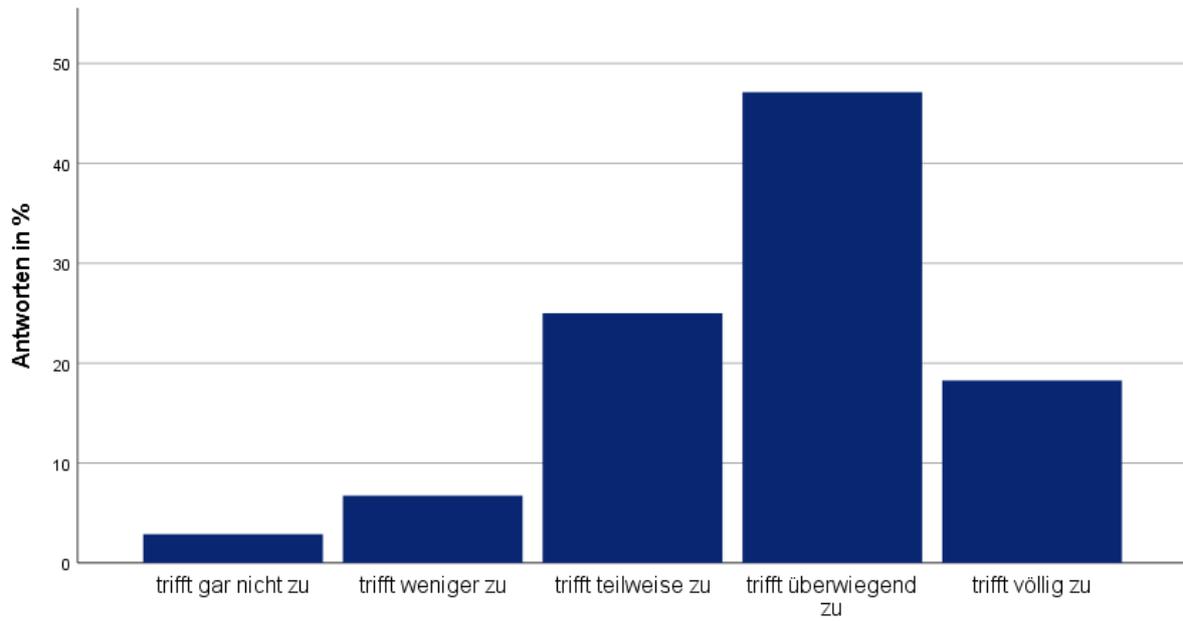


Abbildung 45: Gesamtzufriedenheit mit beruflicher Situation (Gesamtzahl der Antworten in %)

Tabelle 36: Gesamtzufriedenheit mit beruflicher Situation nach Alter (p = ,055)

	≤ 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51 – 60 Jahre	≥ 61 Jahre
Trifft gar nicht zu	–	3,1% (n = 1)	5,9% (n = 2)	–	–
Trifft wenig zu	50% (n = 1)	6,3% (n = 2)	5,9% (n = 2)	4,3% (n = 1)	8,3% (n = 1)
Trifft teilweise zu	–	34,4% (n = 11)	26,5% (n = 9)	17,4% (n = 4)	8,3% (n = 1)
Trifft überwiegend zu	–	40,6% (n = 13)	47,1% (n = 16)	65,2% (n = 15)	41,7% (n = 5)
Trifft völlig zu	50% (n = 1)	15,6% (n = 5)	14,7% (n = 5)	13% (n = 3)	41,7% (n = 5)

Vor allem WeiterbildungsassistentInnen (72,7%, n = 8) und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen (91,7%, n = 11) (p = ,417) sowie ÄrztInnen an alternativen Arbeitsplätzen (91,7%, n = 11) (p = ,167) (Abbildung 46) waren mit deutlicher Mehrheit zufrieden hinsichtlich ihrer beruflichen Situation; ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen (41,7%, n = 5) sowie TeilnehmerInnen in der Niederlassung (30,3%, n = 10) waren zudem prozentual am häufigsten außerordentlich zufrieden.

Tabelle 37 zeigt die individuellen Freitextantworten zu der Frage, welche Gegebenheit die Teilnehmenden an ihrer Arbeitssituation ändern würden, hierbei waren Mehrfachantworten möglich. Aus Gründen der Übersicht und Leserlichkeit wurden die Antworten in ihrer Rechtschreibung korrigiert und in übergeordnete Kategorien eingeteilt. Als Hauptänderungswünsche wurden die Reduktion der sich ansammelnden Überstunden sowie flexiblere Arbeitszeiten bzw. mehr Zeit für Privat- und Sozialleben genannt, gefolgt von einer Forderung nach einer Optimierung der finanziellen Entlohnung. Zudem wurde der Wunsch nach einer Reduktion der Patientenzahlen und/oder mehr Zeit pro Patient sowie einer Erhöhung des Personalschlüssels geäußert.

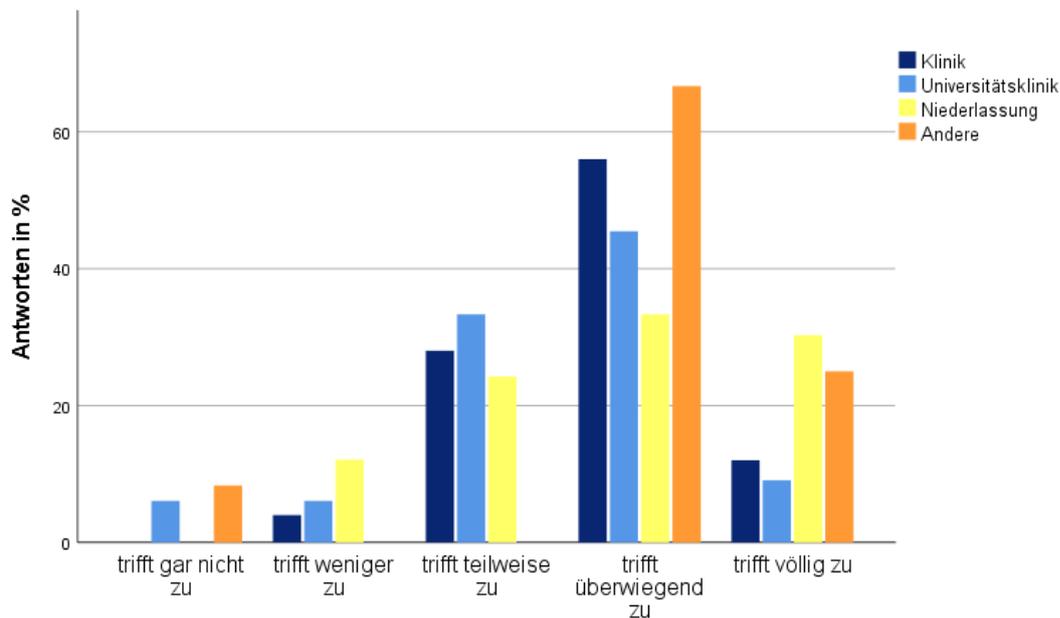


Abbildung 46: Gesamtzufriedenheit mit beruflicher Situation nach Arbeitsplatz (p = ,167)

Tabelle 37: Freitextantworten zu gewünschten Änderungen bzgl. der Arbeitssituation (Freitextfrage 13.4)

n = 61, Frauen n = 39, Männer n = 22 „WeiterbildungsassistentInnen“: n = 11, „OberärztInnen“: n = 37, „FachärztInnen“: n = 46, „ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen“: n = 12	
Antworten	Anzahl
Überstundenreduktion, kürzere und flexiblere Arbeitszeiten	n = 17 (27,9%)
Höheres Gehalt	n = 8 (13,1%)
Weniger Administration/Bürokratie, bessere Organisation	n = 6 (9,8%)
Patientenreduktion	n = 5 (8,2%)
Mehr bzw. besser ausgebildetes Personal	n = 5 (8,2%)
Mehr Zeit für Fortbildungen, Verbesserung der Lehre	n = 5 (8,2%)
Reduktion politischer Auflagen	n = 4 (6,6%)
Mehr Zeit für Privatleben	n = 4 (6,6%)
Höhere OP-Kapazität schaffen, mehr Zeit für PatientInnen	n = 3 (4,9%)
Kritik am Krankenkassensystem	n = 2 (3,3%)
anderes (u. a. Auflistung persönlicher Ziele)	n = 7 (11,5%)

Um herauszufiltern, welche konkreten Änderungswünsche bei spezifischen Karrieregruppen sowie Arbeitsplätzen bestehen, wurden diesen ausgewählte Zitate aus den Freitextantworten der Frage 13.4 zugeordnet. In Tabelle 38 werden wörtliche Zitate verschiedener Karrieregruppen bezüglich konkreter Änderungswünsche aufgelistet.

WeiterbildungsassistentInnen wünschten sich mehr Zeit für eine angemessene Ausbildung zum Facharzt bzw. eine bessere Organisation der Weiterbildung. Ein Teil der FachärztInnen befürwortete eine

Veränderung bezüglich politischer Auflagen, sodass es beispielsweise zu einer „bessere[n] Organisation durch Verminderung von Aktionismus und ökonomischen Zwängen“ komme. Bei Fach- und OberärztInnen bestand vor allem der Wunsch nach einer geringeren Arbeitsbelastung, zudem wurde Kritik am Krankenkassensystem geäußert.

Tabelle 38: nach Karrieregruppen geordnete Auswahl von Zitaten zu Freitextfrage 13.4

Status	Zitate
Weiterbildungs- assistentInnen	<ul style="list-style-type: none"> • „Mehr Teaching“ • „Volle Weiterbildung, um die Facharztprüfung zu absolvieren.“ • „Mehr organisatorische Flexibilität, um beispielsweise Fortbildungen besuchen oder Überstunden abbauen zu können (...).“ • „Angemessene Vergütung für die erbrachte Leistung und die Verantwortung, die man trägt.“
FachärztInnen	<ul style="list-style-type: none"> • „Bessere Organisation durch Verminderung von Aktionismus und ökonomischen Zwängen.“ • „Weniger auferlegte Zwänge durch die Politik. Hier wird von Laien in unsäglicher Weise in meine unternehmerische Freiheit eingegriffen.“ • “Die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) sollte einen Inflationsausgleich erhalten.“ • „Standardisierte Rotation, insbesondere im OP-Bereich.“ • „Vertraglich festgeschriebene Umsatzbeteiligung.“
OberärztInnen	<ul style="list-style-type: none"> • „Bessere Organisation der administrativen Arbeitsabläufe, z.B. durch eine digitale Akte.“ • „Abschaffung des KV-Systems, da es teuer, inkompetent, ungerecht und der Versorgungsqualität im ambulanten Bereich nicht zuträglich ist“ • „Weniger Doppel- und Dreifachbelastungen z.B. OP -

	<p>Sprechstunde/Ambulanz, Station oder OP-Vorlesung/Kurs-Besprechungen“</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Flexiblere Arbeitszeiten, um auch gelegentlich etwas erledigen zu können.“
ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen	<ul style="list-style-type: none"> • „Personalerhöhung, dann gibt es weniger Wartezeit für Patienten.“ • „Eine 4-Tage-Arbeitswoche“ • „Unsinnige Hygienevorschriften“

Tabelle 39 zeigt ausgewählte Zitate aus den Freitextantworten zu Frage 13.4 geordnet nach den jeweiligen Arbeitsplätzen der TeilnehmerInnen. Es wird ersichtlich, dass an allen Arbeitsplätzen gleichermaßen der Wunsch nach einer Reduktion und/oder Umstrukturierung der Arbeitszeiten sowie administrativer Angelegenheiten geäußert wurde. ÄrztInnen in der Niederlassung und an alternativen Arbeitsstellen übten zudem Kritik an gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Tabelle 39: nach Arbeitsplätzen geordnete Auswahl von Zitaten aus den Freitextantworten zu gewünschten Änderungen bezüglich der Arbeitssituation (Freitextfrage 13.4)

Arbeitsplatz	Zitate
Klinik	<ul style="list-style-type: none"> • „Mehr organisatorische Flexibilität, um beispielsweise Fortbildungen besuchen oder Überstunden abbauen zu können. Dies ist aufgrund der wirtschaftlichen Vorgaben häufig nur eingeschränkt möglich.“ • „Feste bewilligte Zahl an möglichen Überstunden pro Monat mit ggf. Gleitzeit, sodass weniger psychischer und physischer Stress entsteht durch die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze und vorab durch Rücksprachen mit Vorgesetzten bzgl. beantragter/bewilligter Überstunden, damit weiterhin eine gute Patientenversorgung gewährleistet werden kann.“ • „Personaldichte in allen Bereichen erhöhen, um die Patientenversorgung zu verbessern.“ • „Die Kernarbeitszeit sollte man entweder nach vorne oder hinten

	<p>verlegen.“</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Bessere Organisation der administrativen Arbeitsabläufe, z.B. digitale Akte.“
Universitätsklinik	<ul style="list-style-type: none"> • „Standardisierte Rotation, insbesondere im OP-Bereich.“ • „Weniger Doppel- und Dreifachbelastungen z.B. OP - Sprechstunde/Ambulanz - Station oder OP-Vorlesung/Kurs – Besprechungen.“ • „Erweiterung der OP-Kapazität, da ich täglich dringlich operative Patienten sehe, denen ich keinen frühen Termin anbieten kann.“ • „Arbeitszeitreduktion“ • „Kollegiale Führung abschaffen und die Pflege direkt einer ärztlichen Leitung unterstellen.“
Niederlassung	<ul style="list-style-type: none"> • „Weniger Bürokratie und Erfüllung externer politischer Notwendigkeiten.“ • „Umstieg auf Privatpraxis“ • „Die GOÄ sollte einen Inflationsausgleich erhalten.“ • „Einen Nachmittag mehr Freizeit pro Woche.“ • „Keine Kassenmedizin mehr“
Andere Arbeitsstätten	<ul style="list-style-type: none"> • „Angemessene Vergütung für die erbrachte Leistung und die Verantwortung, die man trägt.“ • „Weniger dichte Patiententaktung, um den Zeitdruck zu reduzieren.“ • „Weiterbildung des Personals zur besseren Patientenbetreuung.“ • „Vertraglich festgeschriebene Umsatzbeteiligung“ • „Mehr Zeit für Patienten und weniger für Bürokratie.“

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • „Abschaffung des KV-Systems, da es teuer, inkompetent, ungerecht und der Versorgungsqualität im ambulanten Bereich nicht zuträglich ist.“ |
|--|---|

5.3 Einflussfaktoren auf die berufliche Zufriedenheit

Durch eine Regressionsanalyse sollten signifikante Prädiktoren (unabhängige Variablen) für die berufliche Zufriedenheit (abhängige Variable) herausgearbeitet werden. Mittels univariater ordinaler Regressionsanalysen unter Variablen, die von der Gesamtheit der Teilnehmenden beantwortet werden konnten, wurden signifikante Variablen ($p < ,05$) herausgearbeitet, die nachfolgend multiplen ordinalen Regressionsanalysen zugeführt wurden, um so durch schrittweise Selektion die wichtigsten Prädiktoren für die Arbeitszufriedenheit herauszufiltern. In Tabelle 40 sind diese Variablen aufgeführt.

Als Prädiktoren konnten in multiplen Regressionsanalysen die Belastung durch Arbeitszeiten ($p = ,000$), die Zusammenarbeit unter KollegInnen ($p = ,001$), die Bewertung der Lehre für den Fachartzkatalog ($p = ,010$), die personelle Ausstattung an Pflegepersonal und Medizinischen Fachangestellten ($p = ,001$), die ausstattungstechnischen Auswirkungen auf die eigene Arbeit ($p = ,016$), die Bewertung der eigenen Vergütung ($p = ,001$) und gesundheitliche Auswirkungen des Arbeitsalltages ($p = ,020$) festgestellt werden.

Anhand der durch die Regressionsanalyse ermittelten Schätzer kann eine Aussage über die Art des Einflusses durch unabhängige Variablen getroffen werden. Dabei wiesen die Belastung durch Arbeitszeiten (-1,081), der Fachpersonalmangel (-,962) und die Beeinträchtigung der Gesundheit (-,759) einen inversen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit auf und müssen daher als negative Prädiktoren betrachtet werden. Je größer die Belastung durch Arbeitszeiten und je höher der Personalmangel sowie Auswirkungen auf die Gesundheit der Teilnehmenden bewertet wurden, desto unzufriedener zeigten sich die TeilnehmerInnen letztendlich. Hingegen zählen eine gute Zusammenarbeit mit anderen ÄrztInnen (.966), eine ausreichende Lehre für späteres autonomes Arbeiten (.560) und die Zufriedenheit bezüglich der finanziellen Vergütung (.831) als positive Prädiktoren beruflicher Zufriedenheit. Je positiver diese Variablen von Teilnehmenden bewertet wurden, desto zufriedener waren diese bezüglich ihrer beruflichen Situation. Paradoxerweise ergab sich für die Beeinträchtigung der Arbeit durch einen personellen/ausstattungstechnischen Mangel ebenfalls ein positiver Schätzer (.706).

Tabelle 40: Prädiktoren für die berufliche Zufriedenheit (Regressionsanalysen mit beruflicher Zufriedenheit als abhängiger Variable)

Unabhängige Variablen ¹	p-Werte ² (inkl. Schätzer)	p-Werte ³ (inkl. Schätzer)
Alter	,200	
Dienstzeit	,320	
Unregelmäßige Arbeitszeiten	,478	
Regelmäßige Überstunden	,061 (,965)	
Anzahl wöchentlicher Überstunden	,031 (-1,568)	
Belastung durch Arbeitszeiten	,080 (-,980)	,000 (-1,081)
Zeitdruck während der Arbeit	,718	
Ausreichend Zeit für Patientenversorgung	,056 (,720)	
Gute Arbeitsatmosphäre	,699	
Gute Zusammenarbeit mit KollegInnen	,048 (,989)	,001 (,966)
Gute Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen	,173	
Ausreichende Lehre für autonomes Arbeiten	,009 (1,005)	,010 (,560)
Mangel an Pflegepersonal/Medizinischen Fachangestellten	,013 (-,999)	,001 (-,962)
Mangel an Materialien	,696	
Mangel an Operationssälen	,589	
Mangel an IT	,840	
Beeinträchtigung der Arbeit durch fehlende Ausstattung	,040 (,932)	,016 (,706)
Zufriedenheit mit finanzieller Vergütung	,066 (,601)	,001 (,831)
Sondervergütung operativer Leistungen	,207	

Work-Life-Imbalance	,542	
Einfacher Umgang im Arbeitsstress	,939	
Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit	,031 (-1,140)	,020 (-,759)
<p>¹ Durch univariate Regressionsanalysen selektierte signifikante Variablen.</p> <p>² P- Werte der ersten multiplen Regressionsanalyse. Signifikante Werte sind „fett“ dargestellt. Tendenzuell signifikante Werte sind „kursiv“ dargestellt.</p> <p>³ P- Werte der fünften multiplen Regressionsanalyse. Signifikante Werte sind „fett“ dargestellt. Tendenzuell signifikante Werte sind „kursiv“ dargestellt.</p>		

5.4 Unterschiede zwischen besonders zufriedenen und weniger zufriedenen Teilnehmenden

Weiterführend sollten Unterschiede zwischen besonders zufriedenen Teilnehmenden und solchen, die sich selbst nicht als besonders zufrieden einstufen, herausgearbeitet werden. Dazu wurden aus allen Teilnehmenden (n = 106) zwei Gruppen gebildet: die erste Gruppe beinhaltete die ÄrztInnen, die bei der Frage nach der Gesamtzufriedenheit hinsichtlich ihrer Arbeitssituation (Frage 13.4) die Antwort „trifft völlig zu“ wählten (n = 19); da nur 104 von insgesamt 106 TeilnehmerInnen diese Frage beantworteten, beträgt der Anteil der besonders zufriedenen Teilnehmenden an der Gesamtteilnehmerzahl 17,9%. Die zweite Gruppe bestand aus allen TeilnehmerInnen, die bei Frage 13.4 „trifft gar nicht zu“, „trifft weniger zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft überwiegend zu“ angaben (n = 85); der Anteil der nicht besonders zufriedenen Teilnehmenden an der Gesamtteilnehmerzahl beträgt damit 80,2%. Innerhalb dieser beiden Gruppen wurden der Mann-Whitney-Test und der exakte Test nach Fisher für nicht-parametrische Ergebnisse durchgeführt, um Bereiche mit statistischer Signifikanz zwischen beiden Gruppen zu erörtern. Des Weiteren wurden deskriptive Statistiken zur Interpretation herangezogen. Im Anhang sind allein die besonders signifikanten Unterschiede auf dem $p < ,01$ Niveau zwischen beiden Gruppen aufgelistet.

Bei Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass sich unter den besonders zufriedenen Teilnehmenden vornehmlich Männer ($p = ,010$) und ÄrztInnen befanden, die länger als zehn Jahre in ihrem Beruf arbeiteten; einen signifikanten Unterschied gab es vor allem bei ÄrztInnen, die seit mehr als dreißig Jahren in ihrem Beruf arbeiteten ($p = ,005$). Insgesamt ergaben sich vor allem in den Fragedomänen „Einhaltung der Arbeitszeitgesetze“, „Personal und Verwaltung“ sowie „Privatleben und Gesundheit“ signifikante Unterschiede zwischen besonders zufriedenen und weniger zufriedenen Teilnehmenden.

Sehr zufriedene ÄrztInnen gaben überwiegend geregelte Arbeitszeiten ($p = ,007$) sowie weniger Überstunden ($p = ,001$) an und waren durch ihre Arbeitszeiten deutlich seltener belastet als die restlichen Teilnehmenden ($p = ,000$). Außerdem zeigte sich bei diesen größere Zufriedenheit hinsichtlich der für PatientInnen zur Verfügung stehenden Zeit ($p = ,000$); im Gegensatz zur Vergleichsgruppe wurde auch häufiger angegeben, dass keinerlei Zeitdruck während der Arbeitszeit bestand ($p = ,001$). Weitere Unterschiede zeigten sich in der Zusammenarbeit mit KollegInnen ($p = ,000$) und anderen Berufsgruppen ($p = ,007$) sowie hinsichtlich der Arbeitsatmosphäre ($p = ,000$): Weniger zufriedene Teilnehmende äußerten diesbezüglich häufiger Probleme als besonders zufriedene DermatochirurgInnen. Obwohl die Fragen nach der Beziehung zum Vorgesetzten nicht von ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen und nach der Verwaltung nur von ÄrztInnen in Universitätskliniken und alternativen Arbeitsplätzen beantwortet werden konnten, zeigten sich auch hier Differenzen zwischen beiden Gruppen. Weniger zufriedene TeilnehmerInnen waren mit der Kooperation ($p = ,001$) sowie der Unterstützung von ihrem Vorgesetzten ($p = ,000$) deutlich häufiger unzufrieden, zudem schätzten besonders zufriedene TeilnehmerInnen den Einfluss der Verwaltung auf ihr ärztliches Handeln als geringer ein ($p = ,006$). Diese bewerteten auch die Lehre für den Facharztkatalog überwiegend als ausreichend, um später selbstständig dermatochirurgisch tätig zu sein ($p = ,002$). Besonders zufriedene Fach-, Ober- und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen hatten außerdem eher die Möglichkeit, ihre operativen Fähigkeiten zu erweitern ($p = ,003$). Weniger zufriedene Teilnehmende gaben häufiger einen personellen Mangel an Pflegefachkräften bzw. Medizinischen Fachangestellten an ($p = ,001$). Besonders zufriedene ÄrztInnen waren hinsichtlich ihrer finanziellen Vergütung zufriedener ($p = ,005$) und schätzten ihre Work-Life-Balance deutlich besser ein als die Vergleichsgruppe ($p = ,000$). Zudem hatten diese eher keine Probleme, ihren Arbeitsstress zu bewältigen ($p = ,002$) und trugen seltener gesundheitliche Folgen ihrer Arbeit davon ($p = ,000$). Im Umkehrschluss hatten weniger zufriedene Teilnehmende häufiger eine Work-Life-Imbalance, größere Probleme bei der Bewältigung des Arbeitsstresses und häufiger gesundheitliche Schäden durch ihren Beruf.

Obwohl sich keine weiteren signifikanten Werte für personenbezogene Daten wie beispielsweise das Alter oder die funktionelle Position der Teilnehmenden ergaben, so ist es doch erwähnenswert, dass sich häufiger ältere ÄrztInnen, vor allem über 61 Jahre ($p = ,420$), ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen ($p = ,376$) und ÄrztInnen in der Niederlassung ($p = ,116$) als besonders zufrieden einstuften. Zudem waren alle besonders zufriedenen TeilnehmerInnen in Kliniken, Universitätskliniken und an alternativen Arbeitsplätzen unbefristet angestellt ($p = ,171$).

6. Diskussion

6.1 Allgemeines und Einschlusskriterien

Bei dieser Studie handelt es sich um eine mittels einer Online-Befragung durchgeführte Querschnittstudie zur Erfassung des Status Quo der Arbeitssituation und -zufriedenheit im dermatochirurgischen Sektor. Da es sich unseres Wissens bei dieser Studie um die erste ihrer Art in der Spezialisierung Dermatochirurgie handelt, war es uns umso wichtiger, so viele Informationen wie möglich über die beruflichen Gegebenheiten der Teilnehmenden erheben zu können, um einen möglichst detaillierten Einblick in deren Berufsalltag zu erhalten.

Es konnten dabei bestimmte Faktoren identifiziert werden, die einen maßgeblichen Einfluss auf die berufliche Gesamtzufriedenheit der Teilnehmenden hatten. Dadurch war es uns möglich, konkrete Defizite an der Arbeitssituation der Befragten zu demaskieren und unter Einbeziehung gängiger Literatur Empfehlungen zur Optimierung des Status Quo und damit der Aufrechterhaltung der Attraktivität der Dermatochirurgie zu formulieren.

Das einzige Einschlusskriterium für diese Studie war eine zum Befragungszeitpunkt aktuelle Mitgliedschaft in der DGDC, wodurch ein gezieltes Ansprechen von dermatochirurgisch tätigen und/oder spezialisierten DermatologInnen gewährleistet werden konnte. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass unter dieser Teilnehmerauswahl ein großes Interesse an dermatochirurgischer Fort- und Weiterbildung sowie operativer Tätigkeit bestand. Die hier gewonnen Ergebnisse stehen beispielhaft und dürfen nur eingeschränkt generalisiert bzw. auf die Gesamtheit der dermatochirurgisch tätigen ÄrztInnen herangezogen werden, da die vorliegende Arbeit nur eine subjektive Momentaufnahme der Arbeitssituation einer begrenzten Stichprobe darstellt. Dennoch können die Resultate dieser Befragung als Basis und Vergleich für zukünftige Untersuchungen dienen. So kann die Entwicklung der Arbeitszufriedenheit und beruflicher Rahmenbedingungen – speziell in der Dermatochirurgie – im Verlauf der Zeit besser beurteilt werden.

6.2 Allgemeine Limitationen einer Querschnittsstudie und Online-Befragung

Die Auswahl des Studiendesigns sowie die Mittel zur Durchführung einer Studie bergen diverse Vor- und Nachteile, die stets gegeneinander abgewogen und bereits bei der Konzipierung eines Fragebogens berücksichtigt werden müssen.

Da wir so viele Informationen wie möglich in möglichst kurzer Zeit sammeln und im Grunde einen ‚Schnappschuss‘ der Arbeitssituation vieler ÄrztInnen erlangen wollten, lag das Studiendesign einer Querschnittsstudie nahe [22,61,117]. Da uns, wie bereits erwähnt, generell nur wenige Daten

hinsichtlich dieser Thematik vorlagen, erschien es umso wichtiger, auf Basis dieser gesammelten Informationen allgemeine Empfehlungen und Hypothesen für zukünftige Untersuchungen formulieren zu können; diesbezüglich bot uns die Form einer Querschnittstudie ebenfalls einen Vorteil [61,117]. Obwohl Querschnittsstudien regulär kein Follow-up beinhalten [117], können sie jedoch potentiell auch zu einem späteren Zeitpunkt erneut durchgeführt werden, um so im Laufe der Zeit sich entwickelnde Trends zu identifizieren und analysieren [100].

Allerdings bestehen bei der Durchführung einer Querschnittstudie mittels Online-Fragebögen einige Limitationen, mit denen auch wir uns auseinandersetzen mussten. Ein Problem stellt sich in der Generierung der Aussagekraft über die Rücklaufquote dar: je mehr Personen an einer Studie teilnehmen, umso höher wird in der Regel ihre Aussagekraft [61]. Obwohl Möglichkeiten existieren, die Antwortrate beispielsweise durch Erinnerungen in Form von E-Mails an Nonresponder oder durch die Betonung der Wichtigkeit der Beantwortung zu erhöhen, so kann generell die Nutzung von Fragebögen zu einer vergleichbar kleineren Responderrate führen als beispielsweise bei persönlichen Interviews [61,117]. Auch wir mussten uns trotz Erinnerungsanstoß in Form einer E-Mail mit einer geringen Rücklaufquote von nur 10,1% (n = 106) auseinandersetzen. Die Daten der vorliegenden Arbeit liefern einen detaillierten Einblick in die aktuelle Arbeitssituation sowie alltägliche Probleme von ÄrztInnen in der Dermatochirurgie, die als beispielhaft betrachtet werden können. Es muss allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass eine Generalisierung der Ergebnisse aufgrund dessen nur eingeschränkt möglich ist.

Als ein weiterer Nachteil muss das mögliche Auftreten verschiedener Bias erwähnt werden. Eine Verzerrung bei Online- bzw. via E-Mail verschickten Fragebögen entsteht häufig durch eine „selection bias“, welche letzten Endes die Generalisierbarkeit der Ergebnisse limitiert [30]. Diese resultiert aus der nicht-repräsentativen Verteilung der Population im Internet sowie aus der Eigenselektion von TeilnehmerInnen („volunteer effect“), die daraus folgt, dass Personen eher an einer Befragung teilnehmen, deren Thematik für sie selbst von Interesse ist [30]. Auch kann eine Schweigeverzerrung oder „nonresponse bias“ auftreten, indem Personen, die nicht auf einen Fragebogen antworteten, anders geantwortet hätten als die, die diesen bearbeitet haben und so eine bestimmte Subgruppe in den Ergebnissen überrepräsentiert werden kann [101,117]. Eine weitere Verzerrung der Informationsgewinnung kann durch eine „recall bias“ zustande kommen, wenn also Ereignisse retrospektiv betrachtet besser oder schlechter bewertet werden [117]. Eine weitere Limitation ergibt sich daher aus der subjektiven Beantwortung der Fragen durch die Teilnehmenden, die durch deren individuelle Ressourcen und Erfahrungen geprägt war. Eine objektive Datenerfassung war durch die Wahl dieses Studiendesigns allerdings auch nicht vorgesehen.

Obwohl durch die Möglichkeit der breiten Informationsgewinnung eine komplexe Abbildung einer Situation oder Person geboten wird, liefert das Studiendesign einer Querschnittstudie jedoch keinen

Überblick über Hintergründe, Ursachen oder Folgen der Aussagen der Teilnehmenden. So ist es schwierig, das generierte Bild in einen Zusammenhang zu stellen [22,61].

6.3 Konzipierung und Auswertung des Fragebogens

Aufgrund der mangelnden Datenlage über die Arbeitssituation speziell in der Dermatochirurgie war es uns wichtig, möglichst viele sowie breit gefächerte Informationen zu gewinnen. Neben Fragen über allgemeine Angaben bildeten wir fünf Fragedomänen, die die wichtigsten Bereiche des Privat- und Arbeitslebens der TeilnehmerInnen abdecken und uns letztendlich Rückschlüsse auf die Gesamtzufriedenheit der ÄrztInnen ermöglichen sollten. Unsere Annahme war, dass das Geschlecht, das Alter, der Karrierestand oder der Arbeitsplatz der ÄrztInnen Einflüsse auf deren Bewertung der Arbeitssituation und Gesamtzufriedenheit nehmen würden, weshalb eine Auswertung aller Fragen in Abhängigkeit dieser vier Merkmale erfolgte. Am häufigsten ergaben sich dabei signifikante Werte bei der Auswertung anhand des Arbeitsplatzes, gefolgt vom Alter der Teilnehmenden innerhalb der fünf Fragedomänen.

6.4 Spezielle Limitationen des Fragebogens

Trotz der zuvor beschriebenen allgemeinen Limitationen durch die Art des Studiendesigns konnten dennoch genügend Informationen gesammelt werden, um einen detaillierten Einblick in das Berufs- und Privatleben der Teilnehmenden zu erlangen. Dass es sich bei der vorliegenden Arbeit jedoch unseres Wissens um die erste dieser Art in der Subspezialisierung Dermatochirurgie handelt, erschwert folglich einen Vergleich mit anderen spezifischen Daten. So wurden zur Beurteilung der Ergebnisse allem voran Daten aus dem Fachbereich Dermatologie sowie vergleichend auch anderer Fachrichtungen herangezogen. Es ergaben sich jedoch auch Limitationen durch den Aufbau des Fragebogens: die Bewertung der Kategorie „Chefarzt/-ärztin oder KlinikdirektorIn“ wird dadurch verfälscht, dass sich einige TeilnehmerInnen, die in der Niederlassung tätig waren, selbst in diesen Karrieregrad einordneten. Da wir allerdings keine Aussage über die Richtigkeit dieser Daten treffen konnten, ließen wir sie dennoch in beiden Kategorien inkludiert. Ebenso verhielt es sich mit der Angabe des Arbeitsplatzes in der Kategorie „andere Arbeitsstellen“: hier konnte keine genauere Differenzierung bei der Auswertung vorgenommen werden.

6.5 Allgemeine Daten im Vergleich

Barat et al. untersuchten die Karrierewahl von ÄrztInnen im UK und konnten wie auch **Ng-Sueng** et al. feststellen, dass das Fachgebiet Dermatologie eine Präferenz von Ärztinnen darstellte [6,77]. Einen

Vorteil der vorliegenden Arbeit stellt daher sicherlich das annähernd gleiche Geschlechterverhältnis der Teilnehmenden dar (Männer: n = 55, Frauen: n = 51), das eine gute Basis für geschlechtsspezifische Interpretation bietet. Dies erscheint umso wichtiger, da auch in der Dermatochirurgie die Feminisierung offensichtlich Einzug hält: der Anteil an Frauen von 31 bis vierzig Jahren unter den Teilnehmenden unserer Befragung betrug 68,8% (n = 22), der größte Teil der ÄrztInnen in Weiterbildung (81,8%, n = 9) war ebenfalls weiblich. Frauen waren folglich signifikant jünger als Männer in unserer Teilnehmerpopulation (p = ,002) und hatten damit auch eine signifikant geringere Dienstzeit als Männer (p = ,000). Männer waren hingegen eher älter (p = ,018); folglich arbeiteten diese auch länger in ihrem Beruf. Männer waren etwas häufiger als Frauen in Führungspositionen vertreten; dieser Unterschied war allerdings nicht signifikant. Damit bestätigen unsere Ergebnisse die von **Augustin** et al.: diese führten im Oktober 2019 eine Studie unter 115 dermatologischen Kliniken in Deutschland zum Status Quo der Arbeitsbedingungen durch und stellten eine ähnliche Geschlechterverteilung innerhalb der Karrieregrade fest [4].

6.5.1. Arbeitsplatzwahl und Anstellungsverhältnis

In Hinblick auf den Arbeitsplatz wird aus unseren Ergebnissen deutlich, dass Frauen signifikant häufiger in Kliniken angestellt waren, während Männer überwiegend in der Niederlassung tätig waren (p = ,005). **Augustin** et al. stellten zudem eine häufigere Anstellung von Frauen in Kommunal- gegenüber Universitätskliniken fest [4]; bei uns zeigte sich hingegen kein auffälliger Unterschied. Das Alter spielte jedoch eine entscheidende Rolle: mit zunehmendem Alter der Teilnehmenden war ein signifikanter Anstieg der Beschäftigten in der Niederlassung und an anderen Arbeitsstellen zu vermerken (p = ,029). Dies bestätigt auch der signifikante Einfluss des Karrieregrades auf die Wahl des Arbeitsplatzes (p = ,000).

Das Interesse an Teilzeitanstellungen und alternativen Arbeitszeitmodellen stieg in den letzten Jahren unter zunehmender Beachtung der Work-Life-Balance und der wachsenden Feminisierung in der Medizin stetig an. **Ziegler** et al. untersuchten die Entwicklung der realen Arbeitszeit und der Arbeitszeitvorstellungen von ÄrztInnen über vier Weiterbildungsjahre hinweg und konnten feststellen, dass das Interesse an einer Teilzeitanstellung und alternativen Arbeitszeitmodellen im Verlauf der Facharztausbildung zunahm [123]. Sie konnten weiterhin feststellen, dass vor allem das Geschlecht der ÄrztInnen einen signifikanten Einfluss auf den Wunsch nach einer Teilzeitanstellung oder alternativen Arbeitszeitmodellen hatte: vor allem bei Ärztinnen stieg der Wunsch nach einer Teilzeitanstellung nach Abschluss der fachärztlichen Ausbildung im Laufe der Weiterbildungszeit signifikant an [123]. Die Betrachtung der realen Arbeitszeiten ergab jedoch, dass nur ein geringer Anteil der Befragten in Teilzeit beschäftigt waren, darunter häufiger Frauen (17%) als Männer (4%), der Großteil (88%) war im vierten Jahr der Weiterbildung in Vollzeit angestellt [123].

Unsere Ergebnisse ähneln den Erkenntnissen von **Ziegler** et al.: jüngere Teilnehmende bis vierzig Jahren und Frauen arbeiteten signifikant häufiger befristet (jeweils $p = ,000$) und in Vollzeit ($p = ,039$, $p = ,276$), zudem waren WeiterbildungsassistentInnen und FachärztInnen signifikant häufiger befristet ($p = ,005$) und in Vollzeit angestellt ($p = ,663$). In unserer Teilnehmerpopulation waren Männer jedoch häufiger in Teilzeit angestellt als Frauen. Dabei waren vor allem ÄrztInnen in Universitätskliniken signifikant häufiger befristet ($p = ,011$) und in Vollzeit ($p = ,009$) beschäftigt. Der prozentuale Anteil der in Teilzeit arbeitenden ÄrztInnen stieg signifikant mit zunehmendem Alter an ($p = ,039$). Diese Zahlen dürfen jedoch aufgrund der geringen Anzahl an Antworten von ÄrztInnen über 51 Jahren nur mit Vorsicht herangezogen werden. Ein Grund für unsere Resultate ist sicherlich der höhere Anteil weiblichen Nachwuchses sowie eine überwiegende Anstellung von ÄrztInnen in Weiterbildung in der stationären Versorgung. Da unsere Querschnittsstudie jedoch nur eine Momentaufnahme liefern kann, wäre es vor dem Hintergrund der Erkenntnisse von **Ziegler** et al. und des wachsenden Frauenanteils in der Medizin von Bedeutung, wie sich die zukünftigen Arbeitszeitpräferenzen junger ÄrztInnen gestalten.

6.5.2. Familienstand und Kinder

Auffällig ist, dass Ärztinnen weitaus häufiger ledig ($p = ,273$) und auch signifikant häufiger kinderlos ($p = ,027$) waren als ihre männlichen Kollegen. Neben dem naheliegenden, signifikanten Zusammenhang des Alters der ÄrztInnen mit dem Familienstand ($p = ,002$) sowie dem Vorhandensein von Kindern ($p = ,001$), vor allem bedingt durch das jüngere Alter der Teilnehmerinnen ($p = ,018$), konnten wir auch einen signifikanten Einfluss des Arbeitsplatzes auf das Vorhandensein von Kindern nachweisen ($p = ,022$): ÄrztInnen an Kliniken hatten mit Abstand am häufigsten drei oder mehr Kinder, während ÄrztInnen in Universitätskliniken am häufigsten kinderlos waren. **Barat** et al. identifizierten die Anzahl der Arbeitsstunden und generellen Arbeitsbedingungen als wichtigsten Faktor für die Wahl der Spezialisierung bei Ärztinnen [6]. **Ziegler** et al. und **Gedrose** et al. konnten weiterhin die Familienplanung von Frauen mit ihren Arbeitszeitpräferenzen in Verbindung bringen [34,123]. **Körber** et al. konnten in einer Umfrage unter ÄrztInnen und Pflegekräften in Deutschland hinsichtlich ihrer Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit und Work-Life-Balance feststellen, dass ÄrztInnen an kommunalen Kliniken signifikant weniger Einbußen bezüglich Freizeit und Zeit für die Familie beklagten als ÄrztInnen in Universitätskliniken und auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als signifikant besser empfanden [58], was die Attraktivität von Kliniken vor allem für Frauen und ÄrztInnen mit Kindern erklärt und auch durch unsere Ergebnisse bestätigt werden kann. Vor diesem Hintergrund muss die Wichtigkeit familienfreundlicher Arbeitskonzepte vor allem in Universitätskliniken betont werden, um auch in Zukunft im Zuge des steigenden Frauenanteils auch in der stationären Versorgung weiterhin als attraktiver Arbeitgeber zu fungieren. In einer Langzeitstudie von **Buddeberg-Fischer** et al. unter jungen ÄrztInnen in der Schweiz konnte außerdem nachgewiesen

werden, dass 42% der ÄrztInnen mit Kinderwunsch vorhatten, in der Niederlassung zu arbeiten [15]. Somit könnten adäquate Vorkehrungen einer vermehrten Abwanderung junger ÄrztInnen in die ambulante Versorgung entgegenwirken. Auch **Heller** et al. betonen explizit die Notwendigkeit familienfreundlicher Konzepte in Kliniken [43].

6.6 Arbeitszeit und Arbeitsbelastung

Bereits seit Jahren wird die mangelhafte Umsetzung der Arbeitszeitgesetze bei ärztlichem Personal kritisiert. Das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) beinhaltet unter anderem Regelungen hinsichtlich der Arbeitszeiten von ArbeitnehmerInnen, Nacht- und Schichtdiensten sowie Ruhezeiten und -pausen [17]. Im Folgenden sind einige wichtige Auszüge daraus aufgelistet:

- § 3 Arbeitszeit der Arbeitnehmer: „Die werktägliche Arbeitszeit der Arbeitnehmer darf acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf bis zu zehn Stunden nur verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden.“
- § 7 Abweichende Regelungen:
 - o (1) „In einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrags in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung kann zugelassen werden,
 - 1. abweichend von § 3: a) die Arbeitszeit über zehn Stunden werktäglich zu verlängern, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt [...]“
 - o (2a) „In einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrags in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung kann [...] zugelassen werden, die werktägliche Arbeitszeit auch ohne Ausgleich über acht Stunden zu verlängern, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt und durch besondere Regelungen sichergestellt wird, dass die Gesundheit der Arbeitnehmer nicht gefährdet wird.“
 - o (8) „Werden Regelungen nach Absatz 1 Nr. 1 [...] zugelassen, darf die Arbeitszeit 48 Stunden wöchentlich im Durchschnitt von zwölf Kalendermonaten nicht überschreiten. [...]“

Damit sind für angestelltes, ärztliches Personal unter bestimmten Voraussetzungen wöchentliche Höchstarbeitszeiten sogar bis zu durchschnittlich 66 Stunden möglich [32]. Aus mehreren Mitgliederumfragen des Marburger Bundes geht jedoch hervor, dass die Einhaltung dieser Gesetzmäßigkeiten in Deutschland nach wie vor häufig nicht gewährleistet ist [64,66,68].

Bei Betrachtung der Ergebnisse unserer Befragung ist festzustellen, dass obgleich über die Hälfte der

Teilnehmenden (55,2% n = 58) in Kliniken oder Universitätskliniken beschäftigt waren, lediglich 16% (n = 17) regelmäßig Schicht-, Wochenend- oder Bereitschaftsdienste leisteten, die deutliche Mehrheit der Teilnehmenden (67,9%, n = 72) hingegen keine unregelmäßigen Arbeitszeiten angab. Viele ÄrztInnen (43,4%, n = 46) leisteten jedoch regelmäßig Überstunden, bei insgesamt 63,8% (n = 58) beliefen sich diese wöchentlich auf mindestens vier Stunden, bei einem Viertel der Befragten (26,4%, n = 24) sogar auf mindestens acht Stunden. Somit überschneiden sich die von uns gewonnenen Ergebnisse mit den Ergebnissen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes aus dem Jahr 2019: daraus geht hervor, dass angestellte ÄrztInnen durchschnittlich 6,7 Stunden Mehrarbeit pro Woche leisteten, 37% davon eine bis vier Stunden, 38% vier bis neun Stunden, 25% der Befragten sogar über zehn Stunden pro Woche [68]. Rein unter Berücksichtigung der Mehrarbeit (exklusive Bereitschaftsdiensten in der stationären Versorgung) errechnet sich damit für die Mehrheit der Teilnehmenden unserer Befragung bei der üblichen tarifvertraglichen Arbeitszeit von vierzig Stunden pro Woche an Kommunal- bzw. 42 Stunden an Universitätskliniken bei fünf Werktagen [112,113] eine durchschnittliche Arbeitszeit von wenigstens 8,8 Stunden bzw. 9,2 Stunden täglich, bei einem Viertel sogar wenigstens 9,6 Stunden bzw. 10 Stunden täglich. Das bedeutet folglich eine regelmäßige Überziehung der vorgeschriebenen acht Stunden Arbeitszeit laut ArbZG. Ob damit eine Missachtung der Vorgaben zur durchschnittlichen werktäglichen Arbeitszeit im Zeitraum von 6 Monaten bzw. 24 Wochen stattfindet, lässt sich nur anhand dieser Informationen schwer beurteilen; weitere Faktoren, wie beispielsweise die Einwilligung in eine Opt-Out-Regelung oder die Anzahl geleisteter Bereitschaftsdienste pro Monat zur Errechnung der wöchentlichen realen Gesamtarbeitszeit, wären für eine genauere Beurteilung notwendig. Vor dem Hintergrund, dass laut der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes bei dreißig Prozent der in Kliniken beschäftigten ÄrztInnen Überstunden nicht systematisch erfasst wurden und zudem bei 26% keinerlei Kompensation von Mehrarbeit gewährt wurde [68], wären Informationen hinsichtlich der systematischen Erfassung bzw. Kompensation geleisteter Mehrarbeit auch in der Dermatochirurgie interessant und würden eine Grundlage für zukünftige Befragungen bieten. **Bornschein** et al. stellten in einer Befragung unter 2553 angestellten und beamteten ÄrztInnen in München fest, dass der Wunsch nach einer Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit in einem signifikanten Zusammenhang mit der Nicht-Umsetzung der Arbeitsgesetze stand [13]. Vor diesem Hintergrund scheinen nähere Untersuchungen aktueller Gegebenheiten und der Entwicklung der Einhaltung der Arbeitszeitgesetze auch im Rahmen der COVID-19-Pandemie sinnvoll und wichtig für die Zukunft der Dermatochirurgie.

Über die Hälfte der Teilnehmenden (53,8%, n = 57) standen häufig während ihrer Arbeit unter Zeitdruck. Dies impliziert, dass ÄrztInnen in unserer Teilnehmerpopulation zum Befragungszeitpunkt unter einer hohen Arbeitsbelastung litten. Diese Ergebnisse sind erneut vergleichbar mit denen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes aus dem Jahr 2019: Dort gaben 49% der Befragten hinsichtlich ihrer Arbeitsbelastung an, häufig überlastet zu sein bzw. oft über ihre eigenen Grenzen zu gehen [68]. Die Bewältigung des allgemein hohen Arbeitsaufkommens durch unter anderem eine große Patientenanzahl (50,9%, n = 28) sowie damit einhergehende Administration und Dokumentationsarbeit

(36,4%, n = 20) führten am häufigsten zu Überstunden, welche folglich mit Abstand vor allem in „anderen Bereichen“ (44,9%, n = 40) geleistet wurden. Diese Ergebnisse deuten hinzukommend darauf hin, dass von uns befragte ÄrztInnen unter einem enormen ökonomischen Druck standen. In den Vorschlägen zur Optimierung der Arbeitssituation wird dies abermals deutlich: Einige ÄrztInnen forderten explizit eine Reduktion des Patientendurchlaufes bzw. wünschten sich mehr Zeit für ihre PatientInnen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam man in der Umfrage des Hartmannbundes unter WeiterbildungsassistentInnen im Jahr 2021: mehr als 47% der ÄrztInnen gaben an, eine Beeinflussung ihrer Arbeit durch steigenden ökonomischen Druck zu bemerken, die unter anderem im Folgenden näher definiert waren als ein hoher Patientenumsatz, Sicherstellung dauerhaft gefüllter Stationen und Zeitdruck während der Arbeit, vor allem hinsichtlich des direkten Patientenkontaktes [42]; dies überschneidet sich mit unseren Erkenntnissen. Weiterführend wäre interessant, inwiefern sich ökonomische Zwänge näher auf den Arbeitsalltag in der operativen Dermatochirurgie auswirken: Weiterführende Investigationen hinsichtlich OP-Kapazitäten, Liegezeiten und des Entlassmanagements von PatientInnen, der Dokumentation von Mehrarbeit sowie Personalmanagement sind im Zuge zukünftiger Nachforschungen vor diesem Hintergrund dringend anzuraten.

Vor allem die Bewältigung administrativer Aufgaben und patientenbezogener Dokumentation schien eine deutliche Belastung für die ÄrztInnen in unserer Befragung darzustellen. Die Forderung nach einer Reduktion administrativer und dokumentativer Tätigkeiten war mehrmals bei den Optimierungsvorschlägen hinsichtlich der Arbeitssituation vertreten. Einer der Teilnehmenden kommentierte explizit, er wünsche sich „mehr Zeit für Patienten und weniger für Bürokratie“. **Wolff et al.** untersuchten in einer Studie unter 250 Ärzten im Universitätsklinikum in Freiburg deren Arbeitszeitverteilung und stellten fest, dass lediglich 46% der ärztlichen Arbeitszeit für direkte Patientenarbeit investiert wurde, über die Hälfte wurde für administrative Aufgaben, Dokumentation und andere Aktivitäten, zum Beispiel Besprechungen und Lehre, aufgewendet [120]. Bei näherer Betrachtung der Ergebnisse von **Wolff et al.** fällt zudem auf, dass dermatologisch tätige Ärzte im Vergleich durchschnittlich am häufigsten Zeit für indirekte Patientenarbeit, wie zum Beispiel Dokumentation und Briefe schreiben, investierten [120]. Auch wenn sich unsere Befragung auf die Gestaltung der Überstunden und nicht der Arbeitszeit im Allgemeinen konzentrierte, so implizieren unsere Ergebnisse dennoch einen hohen Anteil an administrativer und dokumentationsbezogener Aufgaben an der Arbeitszeit. Aus der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019 geht zudem hervor, dass der Zeitaufwand für administrative Aufgaben unter ÄrztInnen weiterhin ansteigt: Zwei Drittel der ÄrztInnen wendeten täglich mindestens drei Stunden oder mehr für administrative, organisatorische und verwaltungstechnische Arbeit auf [68]. Da durch das von uns gewählte Format einer Querschnittstudie nur die Beurteilung der punktuellen Gegebenheiten möglich ist, kann keine Aussage über eine Zunahme der administrativen und bürokratischen Belastung getroffen werden. Eine erneute Erhebung von Daten bezüglich dieser Fragestellung im zeitlichen Verlauf wäre daher sinnvoll.

Holzer et al. untersuchten die Rolle administrativer Tätigkeiten bei ChirurgInnen in der deutschsprachigen Schweiz und stellten fest, dass die berufliche Zufriedenheit zwar nicht direkt mit der Menge an administrativen Aufgaben zusammenhing, dennoch aber als die am wenigsten beliebte Tätigkeit eingestuft wurde [46]. Je höher zudem die Menge an Administration war, desto mehr wurde sie auch als inadäquat eingestuft und desto mehr hatten Ärzte das Gefühl, von anderen, subjektiv als wichtiger eingestuften, medizinischen Tätigkeiten abgehalten zu werden [46]. **Janus** et al. identifizierten hingegen sogar einen höchst signifikanten Einfluss administrativer Tätigkeiten [48]. Die befragten ÄrztInnen bewerteten die Verrichtung administrativer Arbeit subjektiv als die am wenigsten wichtige Tätigkeit, zusätzlich waren sie diesbezüglich am unzufriedensten [48]. Auch **Rao** et al. stellten fest, dass ÄrztInnen, die mehr Zeit mit administrativen Aufgaben verbrachten, auch ihre berufliche Zufriedenheit schlechter bewerteten [84]. Obwohl wir keinen signifikanten Einfluss der Gestaltung der Überstunden mit der Arbeitszufriedenheit feststellen konnten, lassen die individuellen Antworten einiger Teilnehmenden dennoch darauf schließen, dass eine Reduktion administrativer und bürokratischer Arbeit die Arbeitssituation auch in der Dermatochirurgie optimieren könnte. Berücksichtigen wir zudem, dass zwei Drittel der befragten ÄrztInnen bei **Rao** et al. angaben, dass eine höhere Belastung durch Administration die Qualität ihrer Patientenversorgung sowie auch ihre Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigte und allgemein sogar ein erhöhtes Risiko für ein Burnout festgestellt werden konnte [84], könnte sich eine derartige Entlastung zukünftig günstig auf die Versorgung der PatientInnen sowie auch auf die Gesundheit der ÄrztInnen selbst auswirken.

In der bereits erwähnten Studie von **Janus** et al. herrschte die größte Zufriedenheit der ÄrztInnen bezüglich des direkten Patientenkontaktes [48]. Trotz der hohen Belastung durch indirekte Patientenarbeit und Bürokratie zeigte sich auch ein großer Anteil der ÄrztInnen (42,4%, n = 45) in unserer Befragung mit der zur Verfügung stehenden Zeit für direkte Patientenarbeit zufrieden. Ein Drittel (29,2%, n = 31) der ÄrztInnen bewerteten den direkten Patientenkontakt allerdings als ungenügend, 11,3% (n = 12) sogar als sehr schlecht. Einige Teilnehmende forderten daher mehr Zeit für ihre PatientInnen sowie die Erhöhung operativer Kapazitäten ein, andere wünschten sich wiederum, wie bereits erwähnt, eine Reduktion der Patientenzahlen. Diese Ergebnisse präsentieren sich etwas positiver im Vergleich zu Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2017: dort gaben sogar über zwei Drittel (66%) der angestellten ÄrztInnen an, nicht genügend Zeit für ihre PatientInnen zur Verfügung zu haben [66]. Dennoch bestätigen auch unsere Ergebnisse leider die in einer Befragung von **Waeschle** et al. unter 742 MedizinstudentInnen an der Universitätsklinik Göttingen geäußerte Angst bezüglich des Berufseinstieges, im Arbeitsalltag nicht genügend Zeit hinsichtlich der Patientenversorgung zu haben [114].

Janus et al. konnten einen signifikanten Einfluss der Zufriedenheit hinsichtlich des direkten Patientenkontaktes auf die berufliche Zufriedenheit feststellen [48]. Auch wenn sich bei uns in einer ersten univariaten Regressionsanalyse ein tendenziell signifikanter Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit

zeigte, relativierte sich dieser in weiteren multiplen Regressionsanalysen. Die individuellen Antworten und Forderungen der ÄrztInnen in unserer Befragung lassen dennoch darauf schließen, dass eine Entlastung hinsichtlich administrativer und dokumentationsbezogener Aufgaben zugunsten größerer Kapazitäten für direkte Patientenarbeit zu einer Verbesserung der Gesamtsituation beitragen könnte. Betrachtet man hinzukommend das überwältigende Ergebnis, dass 67,9% (n = 57) der ÄrztInnen am ehesten die Bereitschaft für operative Mehrarbeit äußerten, so scheint bei einem voraussichtlich nicht abnehmenden Patientenaufkommen bzw. vermeidbarer Mehrarbeit zumindest eine Reduktion prinzipiell delegierbarer Tätigkeiten und die geforderte Schaffung größerer operativer Kapazitäten umso wichtiger. Auch **Wolff** et al. vermuten, dass eine Reduktion verwaltungstechnischer Aufgaben, durch z. B. Delegation an geeignetes Personal, und mehr Zeit für direkten Patientenkontakt positive Effekte für PatientInnen, Ärzte und auch das gesamte Gesundheitssystem nach sich ziehen könnte [120].

6.6.1 Einfluss des Geschlechts und des Alters

Unsere Ergebnisse zeigen einen signifikanten Einfluss des biologischen Geschlechts und des Alters auf die Arbeitszeit ($p = ,022$; $p = ,004$) sowie die Anzahl der Überstunden pro Woche ($p = ,016$; $p = ,031$). Frauen und jüngere ÄrztInnen bis vierzig Jahre arbeiteten häufiger im Schicht- und Bereitschaftsdienst, dafür leisteten Männer und ältere ÄrztInnen ab 41 Jahren häufig mehr als acht Überstunden wöchentlich; Frauen und jüngere ÄrztInnen hingegen gaben mit Abstand am häufigsten weniger als vier Überstunden wöchentlich an. Unsere Ergebnisse ähneln denen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019: Frauen gaben im Vergleich zu Männern häufiger an, bis maximal vier Überstunden wöchentlich zu leisten (41% vs. 34%), Männer hingegen hatten häufiger mehr als neun Überstunden pro Woche als Frauen (23% vs. 19%) [68]. **Rosta** untersuchte die Arbeitszeit von in Krankenhäusern angestellten ÄrztInnen und stellte ebenfalls fest, dass Ärzte signifikant länger arbeiteten als Ärztinnen [91]. **Dräger** et al. führten 2017 in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den länderspezifischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eine bundesweite Befragung unter angestellten ÄrztInnen im ambulanten Sektor durch; sie kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Ärzte in Durchschnitt länger arbeiteten als Ärztinnen [28]; auch **Bornschein** et al. gelangten zu demselben Erkenntnis [13].

Bei der Interpretation unserer Ergebnisse spielt vermutlich der Arbeitsplatz eine entscheidende Rolle, da in der Niederlassung zwar signifikant weniger unregelmäßige Arbeitszeiten herrschten ($p = ,031$), dafür aber häufiger Mehrarbeit anfiel ($p = ,015$). Aufgrund dessen findet die Signifikanz der Ergebnisse sicherlich zum Teil ihren Ursprung in der unter unseren Teilnehmenden vorherrschenden Alters- ($p = ,029$) und Geschlechterverteilung ($p = ,005$) jüngerer Ärztinnen vor allem auf Kliniken und Universitätskliniken und älterer Ärzte in der Niederlassung. **Bornschein** et al. statuierten außerdem, dass Frauen in ihrer Befragung häufiger an Arbeitsplätzen beschäftigt waren, an denen das

Arbeitszeitgesetz umgesetzt wurde und vermuteten daher, dass diese bereits ihre Stellensuche nach diesem Kriterium ausrichten [13]. **Schmidt** et al. befragten über einen mehrjährigen Zeitraum Medizinstudierende der Universitätskliniken in Kiel und Hannover und bestätigten, dass vor allem für Frauen die Familienfreundlichkeit des Arbeitgebers ein wichtiges Auswahlkriterium darstellte [99]. In der bereits angeführten Studie von **Ziegler** et al. konnte hinzukommend ein bedeutend höheres Interesse von Frauen an einer Teilzeitanstellung auch bereits vor dem Vorhandensein von Kindern festgestellt werden als von Männern; sie vermuteten daher ebenfalls, dass Frauen bereits zum Berufseinstieg die Familienplanung berücksichtigten [123]. Obwohl wir in unserer Befragung nicht explizit nach dem Kinderwunsch bzw. der Familienplanung fragten, könnte dies aufgrund der deutlich höheren Rate an kinderlosen Frauen ($p = ,027$) und jüngeren ÄrztInnen ($p = ,001$) auch unsere Ergebnisse erklären.

Holzer et al. und **Rao** et al. stellten einen signifikanten Unterschied des Geschlechtes auf das Ausmaß administrativer Arbeit fest: Frauen verbrachten signifikant mehr Arbeit mit administrativen Tätigkeiten als Männer [46,84]. In unserer Befragung zeigte sich, dass Männer häufiger (53,8%, $n = 21$) Mehrarbeit in „anderen Bereichen“ (mitunter am häufigsten deklariert als administrative und dokumentative Arbeit) leisteten als Frauen (38%, $n = 19$), dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant.

Wir konnten hinzukommend einen höchst signifikanten Einfluss des Geschlechts und auch einen signifikanten Einfluss des Alters der Teilnehmenden auf die subjektiv empfundene Zeit für Patientenversorgung nachweisen ($p = ,001$; $p = ,045$). Frauen und ÄrztInnen bis fünfzig Jahre in unserer Befragung merkten häufiger an, nicht genügend Zeit für direkte Patientenarbeit zu Verfügung zu haben: während nur 20% ($n = 11$) der Ärzte unzufrieden hinsichtlich dieser Thematik waren, waren es 39,2% ($n = 20$) bei den Ärztinnen. Auch in der Studie von **McMurray** et al. unter 5704 ÄrztInnen in den USA stellte sich heraus, dass Ärztinnen mehr Zeitdruck bei der Behandlung von PatientInnen empfanden als Männer [71]. Hinzukommend konnten **McMurray** et al. nachweisen, dass Frauen sich zufriedener hinsichtlich der Beziehung zu ihren PatientInnen zeigten als ihre männlichen Kollegen [71]. **Hojat** et al. wiesen in einer Studie unter ÄrztInnen in Philadelphia wiederum auf eine nahezu signifikante höhere Empathie von Ärztinnen gegenüber PatientInnen hin und begründeten diese, unter Hinzuziehung gängiger Literatur, unter anderem in einer höheren Fürsorglichkeit von Frauen [45]. Beide Erkenntnisse könnten auch eine Erklärung für die höhere Unzufriedenheit hinsichtlich direkter Patientenarbeit von Frauen in unserer Befragung liefern. Zur genaueren Beurteilung der Gründe für die vorherrschende Unzufriedenheit wären jedoch weitere Informationen, wie beispielsweise die objektiv bemessene Zeit für direkte Patientenarbeit im Geschlechtervergleich, notwendig, da dieses Ergebnis alleinstehend keine Erklärung liefern kann.

Obwohl wir keinen signifikanten Einfluss des Arbeitsplatzes auf die Zufriedenheit hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Zeit für direkten Patientenkontakt feststellen konnten ($p = ,753$), ist es doch wichtig zu erwähnen, dass nach **Dräger** et al. ein häufig genannter Grund angestellter ÄrztInnen im

ambulanten Sektor für einen Arbeitsplatzwechsel die Hoffnung auf einen intensiveren, direkten Arzt-Patienten-Kontakt war [28]. Da die meisten ÄrztInnen von Kliniken in die ambulante Versorgung wechselten und ohnehin Frauen häufiger einen Wechsel in Erwägung zogen [28], wäre in Anbetracht unserer Ergebnisse hinsichtlich der geschlechtsbezogenen Arbeitsplatzverteilung und der größeren Unzufriedenheit bei Frauen bezüglich des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes sowie hinzukommend der stetig zunehmenden Anzahl an Frauen in der ärztlichen Tätigkeit die Aufdeckung zugrundeliegender Ursachen für die vorliegende Unzufriedenheit womöglich von Bedeutung, um eine vermehrte Abwanderung von Ärztinnen in die ambulante Versorgung zu mindern.

6.6.2 Einfluss des Arbeitsplatzes

Es konnte ein signifikanter Einfluss des Arbeitsplatzes der Teilnehmenden auf die Arbeitszeiten ($p = ,031$) sowie die Häufigkeit ($p = ,015$) und ein höchst signifikanter Zusammenhang mit der Anzahl ($p = ,001$) der Überstunden ausgemacht werden. In der Niederlassung wurden eher regelmäßige Arbeitszeiten, allerdings häufige (55,9%, $n = 14$) und viele Überstunden angegeben: ÄrztInnen in der Niederlassung hatten mit Abstand am häufigsten mehr als acht Überstunden wöchentlich (51,7%, $n = 15$). Auch die Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund) im Jahr 2018 bestätigt, dass niedergelassene DermatologInnen abzüglich Bereitschafts- und Notdiensten im Mittel 50,6 Stunden wöchentlich arbeiteten [54]. **Dräger** et al. konnten in ihrer Befragung hinzukommend Unterschiede hinsichtlich der Überstundenanzahl je nach Praxisgröße feststellen: so arbeiteten angestellte ÄrztInnen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beispielsweise länger als ÄrztInnen in Gemeinschafts- oder Einzelpraxen [28]. Weitere Studien zu dieser Thematik in der Dermatologie und Dermatochirurgie sollten deshalb unbedingt die Art der Praxis und auch eine Differenzierung niedergelassener ÄrztInnen in InhaberInnen und Angestellte beinhalten.

Beim Vergleich zwischen Kliniken und Universitätskliniken wird ersichtlich, dass ÄrztInnen an Kliniken zwar häufiger Überstunden angaben (48%, $n = 12$), ÄrztInnen an Universitätskliniken jedoch länger arbeiteten (20,7%, $n = 6$ über acht Überstunden wöchentlich). Obwohl sich für die Belastung durch Arbeitszeiten kein signifikanter Unterschied zwischen verschiedenen Arbeitsplätzen ergab ($p = ,111$), so waren ÄrztInnen an Universitätskliniken subjektiv häufiger belastet (21,3%, $n = 7$). Unsere Ergebnisse bestätigen damit gängige Studien: auch **Körber** et al. stellten in ihrer Befragung unter ÄrztInnen und Pflegekräften beim Vergleich zwischen einer kommunalen Klinik und Universitätsklinik fest, dass bei ÄrztInnen in Universitätskliniken eine signifikant höhere Belastung durch Überstunden und damit einhergehende größere Einbußen in Freizeit und Privatleben im Vergleich zu ÄrztInnen an kommunalen Kliniken herrschten [58].

6.6.3 Einfluss der funktionellen Position

Die Ergebnisse unserer Befragung ergeben einen signifikanten Einfluss der funktionellen Position der TeilnehmerInnen auf die Anzahl der geleisteten Überstunden ($p = ,031$) sowie einen nahezu signifikanten Einfluss auf die Bereiche, in denen Mehrarbeit geleistet wurde ($p = ,054$). Unsere Ergebnisse decken sich überwiegend mit denen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019, mit Ausnahme der Werte für ÄrztInnen in Weiterbildung. Während WeiterbildungsassistentInnen in unserer Befragung mit Abstand am häufigsten höchstens vier Überstunden wöchentlich leisteten, waren es beim Marburger Bund durchschnittlich 6,7 Stunden [68]. Auch in der Umfrage des Hartmannbundes unter WeiterbildungsassistentInnen konnte festgestellt werden, dass diese am häufigsten mit knapp 33% zwischen vier und sechs Stunden Mehrarbeit pro Woche leisteten [41]. Damit liegen die von uns befragten ÄrztInnen in Weiterbildung deutlich unter dem Durchschnitt, was als positiv zu werten ist. **Mrowietz** et al. stellten fest, dass fast sechzig Prozent der dermatologischen OberärztInnen in ihrer Studie wöchentlich mehr als fünfzig Stunden arbeiteten [75]. Im Vergleich dazu gaben nur 25% ($n = 8$) der OberärztInnen in unserer Befragung an, mehr als acht Überstunden wöchentlich zu leisten, was bei einer regulären 40-Stunden-Woche bzw. 42-Stunden-Woche folglich einer Wochenarbeitszeit von 48 bzw. 50 Stunden (exklusive Bereitschaftsdiensten) entspräche. Ein direkter Vergleich mit **Mrowietz** et al. ist allerdings nur schwierig möglich, da wir in unserer Befragung nicht die genaue Wochenarbeitszeit inklusive Bereitschaftsdiensten erfragten. Dennoch scheint sich damit auch für OberärztInnen in unserer Befragung ein positives Bild abzuzeichnen. **Mrowietz** et al. stellten zudem fest, dass dermatologische OberärztInnen 20,3% ihrer gesamten Arbeitszeit in administrative Verpflichtungen investierten [75]. Im Gegensatz zu WeiterbildungsassistentInnen, die hauptsächlich Überstunden in der konservativen Dermatologie ableisteten, fiel die Mehrarbeit auch bei den von uns befragten Fach-, Ober- und ChefärztInnen/KlinikdirektorInnen mit Abstand am häufigsten in „anderen Bereichen“ an, die überwiegend als administrative Aufgaben oder Dokumentationsarbeit beschrieben wurden, was die Erkenntnisse von **Mrowietz** et al. bekräftigt.

In der Studie von **Mrowietz** et al. konnte zudem festgestellt werden, dass sich rund ein Fünftel und damit auch der größte Anteil der OberärztInnen der Stichprobe auf die Dermatochirurgie spezialisiert hatten [75]. Trotz der allgemein größeren Bereitschaft für Überstunden in der operativen Dermatologie konnten wir dennoch auch einen signifikanten Einfluss des Karrieregrades ($p = ,034$) beobachten; hier zeigten OberärztInnen (80,6%, $n = 25$) mit Abstand die größte Bereitschaft für operative Mehrarbeit, was durch eben genannte Erkenntnisse einer häufig operativen Spezialisierung von OberärztInnen von **Mrowietz** et al. erklärt werden könnte.

Vor dem Hintergrund, dass in der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019 dreißig Prozent der Befragten angaben, dass Überstunden weder systematisch erfasst wurden noch bei 26% in irgendeiner Art und Weise kompensiert wurden und auch bei **Mrowietz** et al. bei 70,8% der OberärztInnen keine

Kompensation der geleisteten Überstunden verzeichnet werden konnte [75], wäre ein Vergleich mit aktuellen Gegebenheiten für verschiedene Karrieregrade in der Dermatochirurgie im Vergleich von Interesse und bietet eine Grundlage für zukünftige Untersuchungen.

6.7 Work-Life-Balance und ärztliche Gesundheit

6.7.1 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Die Beurteilung der Work-Life-Balance gestaltete sich trotz häufiger Kritik in unserer Befragung im Vergleich mit anderen Datenerhebungen und Fachrichtungen positiver als erwartet. Über die Hälfte der Teilnehmenden (51,9% n = 55) in unserer Befragung erfuhr keine Belastung durch die Arbeitszeiten. Außerdem waren viele der von uns befragten ÄrztInnen (42,3%, n = 44) insgesamt hinsichtlich ihrer Work-Life-Balance zufrieden und bemerkten im Privatleben nicht oder nur wenig Auswirkungen ihres Arbeitsalltags. Im Vergleich zur Mitgliederbefragung des Marburger Bundes im Jahr 2019 ist dies ein positives Ergebnis: dort gaben 75% der ÄrztInnen eine Beeinträchtigung ihres Privatlebens durch ihre Arbeit an und nur 25% waren hinsichtlich ihrer Work-Life-Balance zufrieden [68]. Auch in der Befragung von WeiterbildungsassistentInnen durch den Hartmannbund 2021 wird ersichtlich, dass ein bedeutend größerer Anteil der AssistenzärztInnen (ca. 64%) ihre Arbeitsbelastung als so groß empfanden, dass sie private Einschränkungen in Kauf nehmen mussten [42]. Verglichen mit anderen Fachrichtungen bzw. Studien schneiden die von uns gewonnenen Ergebnisse ebenfalls besser ab: Eine Umfrage unter GynäkologInnen in Deutschland ergab, dass fast die Hälfte der Befragten unzufrieden bezüglich ihrer Work-Life-Balance waren [38]. **Bohrer** et al. gelangten in einer Studie unter ÄrztInnen verschiedener Fachdisziplinen in Deutschland ebenfalls zu dem Ergebnis, dass ChirurgInnen häufiger eine wesentlich höhere zeitliche Einschränkung ihres Privatlebens durch ihre Arbeit erfuhren als Nicht-ChirurgInnen und demzufolge auch ihre Lebensqualität als geringer einstufen [12]. Damit werden gängige Annahmen zumindest teilweise auch für den operativen Sektor der Dermatologie bestätigt: in einer Studie unter 530 australischen Medizinstudierenden von **Creed** et al. wurde die Dermatologie als das Fachgebiet mit der größten Work-Life-Balance eingestuft [23]. Eine relativ hohe Zufriedenheit hinsichtlich der Work-Life-Balance bei DermatologInnen im Vergleich mit anderen Fachdisziplinen konnte ähnlich in einer US-amerikanischen Studie von **Shanafelt** et al. beobachtet werden [103].

Bei Betrachtung unserer Ergebnisse ist jedoch auch ersichtlich, dass jeder Dritte (34%, n = 36) teilweise und sogar jeder Sechste (14,1%, n = 15) deutlich durch die Arbeitszeiten belastet war, viele ÄrztInnen in unserer Befragung hatten aufgrund ihrer Arbeitszeiten Zeiteinbußen im Privatleben. Auch **Fuß** et al. konnten unter anderem hohe quantitative Arbeitsanforderungen als Prädiktor für Konflikte zwischen Berufs- und Familienleben identifizieren [33]. Insgesamt beurteilte jeder Fünfte (22,1%, n = 23) der befragten ÄrztInnen und über ein Drittel (35,6%, n = 37) zumindest teilweise seine

Work-Life-Balance als unausgeglichen zugunsten der Arbeit. Einer der Teilnehmenden schrieb, dass neben der Arbeit „wenig Freizeit zum Ausgleich oder Ausruhen [bleibt], Hobbys und Freunde leiden unter oft nicht planbarer Arbeitszeit bzw. Diensten“, einige kritisierten, ihnen bleibe „zu wenig Zeit für die Familie und für [sich] selbst“. Diese Ergebnisse und Aussagen deuten sowohl auf Konflikte zwischen Familien- und Berufsleben durch berufliche Anforderungen als auch auf eine mangelnde Work-Life-Balance unter vielen DermatochirurgInnen in unserer Befragung hin. An den Ergebnissen des Marburger Bund-Monitors ab 2013 ist ersichtlich, dass die Diskrepanz zwischen tatsächlicher und bevorzugter durchschnittlicher Wochenarbeitszeit und damit die Forderung nach einer besseren Work-Life-Balance immer größer wurde [64,66,68]. Auch in der Befragung von WeiterbildungsassistentInnen des Hartmannbundes 2018/2019 antworteten fast 45% der ÄrztInnen, dass eine fehlende flexible Arbeitszeitgestaltung sowie zu viele Dienste das größte Hindernis des Berufs hinsichtlich einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf darstellte [41]. Dies bestätigen ebenfalls unsere Ergebnisse: die Antworten der Befragten zur Optimierung der Arbeitssituation heben abermals deutlich hervor, dass die Forderung nach einer Arbeitszeitreform und eine Verbesserung der Work-Life-Balance auch bei DermatochirurgInnen im Vordergrund steht. Jeder Dritte (27,9%, n = 17), der auf dieser Frage antwortete, äußerte den Wunsch nach einer Reduktion der Überstunden sowie kürzeren und flexiblen Arbeitszeiten, einige Teilnehmende (6,6%, n = 4) forderten explizit mehr Zeit für ihr Privatleben.

Der Work-Life-Balance kommt eine entscheidende Rolle im zukünftigen medizinischen Arbeitssektor zu. **O'Dowd** et al. identifizierten in Interviews lange Arbeitszeiten, Schichtarbeit, ein hohes Arbeitsaufkommen und die Aufrechterhaltung einer Work-Life-Balance zu den größten Herausforderungen des ärztlichen Berufsfeldes [79]. Gleichzeitig zählten die Herstellung einer Work-Life-Balance, Freizeitaktivitäten sowie das Pflegen sozialer Beziehungen zu den häufigsten Bewältigungsstrategien hinsichtlich Arbeitsstress von ÄrztInnen [79]. Vonseiten der ArbeitgeberInnen sollte deshalb ein Umdenken hin zu einer ausgeglichenen Work-Life-Balance der ArbeitnehmerInnen stattfinden, da diese eine wichtige Ressource von ÄrztInnen darstellt. Eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik erscheint zudem umso wichtiger vor dem Hintergrund gängiger Untersuchungen hinsichtlich der Arbeitspräferenzen unter Medizinstudierenden und jungen ÄrztInnen. **Kasch** et al. identifizierten in einer bundesweiten Befragung von Medizinstudierenden über Arbeitsplatzpräferenzen die Work-Life-Balance als den wichtigsten Faktor für die Arbeitsplatzwahl und Arbeitszufriedenheit; explizit beinhaltete dies geregelte Arbeitszeiten, Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, Familienfreundlichkeit, weniger Mehrarbeit und Kompensation geleisteter Überstunden [51]. Eine schlechte Work-Life-Balance war zudem der häufigste Grund für Medizinstudierende, nicht kurativ tätig sein zu wollen [51]. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch **Waeschle** et al.: Es wird deutlich, dass der Faktor Work-Life-Balance in Zukunft zunehmend einen zentralen Stellenwert bei der Wahl des Arbeitgebers von jungen ÄrztInnen einnimmt [114]. Auch unsere Ergebnisse suggerieren, dass die Ermöglichung einer ausgeglichenen Work-Life-Balance die Attraktivität der Dermatochirurgie für den ärztlichen Nachwuchs steigern und damit eventuelle personelle Engpässe vermieden werden könnten. **De Ridder**

bestätigt ebenfalls die unumgängliche Notwendigkeit einer Änderung bestehender Verhältnisse zugunsten eines familienfreundlichen Arbeitsumfeldes und einer ausgeglichenen Work-Life-Balance, um außerdem einer künftigen Abwanderung junger MedizinerInnen entgegenzuwirken [24].

Welchen Stellenwert die Arbeitszeiten und Work-Life-Balance auch bei DermatologInnen und –chirurgInnen in unserer Teilnehmerpopulation einnahm, wird durch den höchst signifikanten, negativen Einfluss der Belastung durch die Arbeitszeiten auf die berufliche Zufriedenheit deutlich ($p = ,000$). Damit bestätigen unsere Ergebnisse die Erkenntnisse von **Jackson** et al., die eine Work-Life-Imbalance und nicht ausreichend Zeit für ein Familien- und Sozialleben signifikant mit einer niedrigeren Gesamtzufriedenheit von ÄrztInnen in Verbindung bringen konnten [47]. Eine Umstrukturierung der Arbeitszeit- und Überstundenregelung durch beispielsweise eine flexible Arbeitszeitgestaltung, die konsequente Erfassung, Anerkennung und Kompensation geleisteter Mehrarbeit sowie Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit könnte folglich nicht nur zu einer Attraktivitätssteigerung der Dermatologie und Dermatochirurgie für den medizinischen Nachwuchs führen, sondern auch erheblich zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit von ÄrztInnen beitragen.

6.7.2 Auswirkung der Arbeitsbedingungen auf die ärztliche Gesundheit

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, nehmen Arbeitsbedingungen und Work-Life-Balance sowohl eine zentrale Rolle hinsichtlich der ärztlichen mentalen und körperlichen Gesundheit [33,47,90,98,118] als auch für das Wohlergehen der PatientInnen ein [47]. **Wallace** et al. behaupteten jedoch, dass das ärztliche Wohlergehen oft übersehen oder willentlich ignoriert würde [115], weshalb diese Thematik unser besonderes Interesse fand. Unsere Ergebnisse implizieren einerseits, dass ÄrztInnen in unserer Befragung im Vergleich mit anderen Studien weniger häufig eine gesundheitliche Belastung durch ihre Arbeitsbedingungen erfuhren. Ein großer Anteil der ÄrztInnen (46,2%, $n = 48$) konnte die Arbeitsbelastung gut verarbeiten und verspürte nach Beendigung der Arbeit keinen Stress, auch erfuhren vergleichbar viele ÄrztInnen (48,6%, $n = 51$) weder körperliche noch psychische Beeinträchtigungen durch ihre Arbeit. Im Vergleich zu Ergebnissen anderer Befragungen unter ÄrztInnen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung schneiden die von uns erhobenen Daten besser ab: in einer Studie von **Bauer** et al. unter 1142 deutschen ChirurgInnen in Krankenhäusern wurde festgestellt, dass fast zwei Drittel (58,2%) der ÄrztInnen Dysstress durch ungünstige Arbeitsbedingungen angaben [8]. Laut der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019 waren zudem lediglich 26% der Befragten nicht gesundheitlich in Form von Schlafstörungen oder Müdigkeit infolge ihrer Arbeitszeiten beeinträchtigt, während 74% unter gesundheitlichen Auswirkungen litten; hinzukommend waren 15% der ÄrztInnen psychisch so stark belastet, dass sie eine psychologische Betreuung in Anspruch nahmen [68]. Auch in der Befragung niedergelassener ÄrztInnen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den Virchow-Bund 2018 wird deutlich, dass sich fast

die Hälfte der niedergelassenen DermatologInnen durch ihre Arbeit ausgebrannt fühlten (n = 45 im Vergleich zu n = 55, die keine Erschöpfung angaben) [54].

Andererseits bestanden bei einem nicht unerheblichen Teil der ÄrztInnen in unserer Befragung anhaltender Stress sowie gesundheitliche Einschränkungen durch ihre Arbeit. Ein Teil der Befragten hatte Probleme, die hohe Arbeitsbelastung zu verarbeiten: jeder Vierte (26,9%, n = 28) gab an, auch nach Beendigung der Arbeit noch weiterhin unter Stress zu stehen. Ein großer Teil der ÄrztInnen (40%, n = 42) antwortete zudem, dass bei ihnen zum Teil gesundheitliche Probleme infolge der Arbeitszeiten und -belastung bestünden, jeder Zehnte (11,4%, n = 12) bemerkte subjektiv deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit. Dies wird vor allem auch in den individuellen Kommentaren deutlich. Am häufigsten wurden (28,6%, n = 10) explizit Stress, Erschöpfung sowie Müdigkeit durch eine hohe Arbeitsbelastung benannt. Einer der Teilnehmenden schrieb, er wünsche sich eine „feste bewilligte Zahl an möglichen Überstunden pro Monat mit ggf. Gleitzeit, sodass durch die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze weniger psychischer und physischer Stress [entstehe] [...]“. Ein anderer schrieb: „Der Arbeitsalltag vereinnahmt einen Großteil meiner körperlichen und geistigen Kräfte.“ Ein weiterer Teilnehmender in unserer Befragung beklagte, er verspüre „Erschöpfung an freien Tagen, Erholungsbedürfnis, reduziertes Interesse an exzessiven Freizeitbetätigungen und konflikträchtigen, sozialen Interaktionen“. Damit unterstreichen unsere Ergebnisse die Erkenntnisse anderer Studien zu dieser Thematik: **Rosta** und **Gerber** beschrieben eine Korrelation zwischen einer hohen Arbeitszeitbelastung und körperlichen Beschwerden, wie z.B. mentale und körperliche Erschöpfung sowie Reizbarkeit [90]. **Hämmig** et al. konnte in einer sekundären Datenauswertung von Gesundheitspersonal in der Schweiz einen direkten Einfluss von arbeitsbezogenen Stress auf das Auftreten von Schlafstörungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen feststellen [37]. Auch **Aalto** et al. stellten im Rahmen der Finnish Health Care Professionals Study eine Zunahme der psychischen Belastung und des Auftretens von Schlafproblemen durch eine erhöhte Arbeitsbelastung fest; diese gingen hinzukommend mit einer geringeren Leistungsfähigkeit der ÄrztInnen einher [1].

In der bereits in der Einleitung angeführten Studie von **Raspe** et al. konnte hinzukommend ein Einfluss arbeitszeitbezogener Faktoren auf den Gesundheitszustand sowie die Burnout-Rate festgestellt werden: während Wochenenddienste einen signifikanten, negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand hatten, hatte die tatsächliche Arbeitszeit einen Einfluss auf das Burnout-Risiko [85]. Auch in anderen Publikationen konnte eine Work-Life-Imbalance mit einer höheren Prävalenz für ein Burnout in Verbindung gebracht werden [33,80,118]. Auch wenn in unserer Befragung nicht explizit das Auftreten eines Burnouts unter den Befragten eruiert wurde, so gestatten unsere Ergebnisse hinsichtlich der Work-Life-Balance und einige – unter anderem die eben exemplarisch aufgezählten – Kommentare doch die Vermutung, dass für einen Teil der ÄrztInnen in unserer Befragung ein potenziell erhöhtes Risiko besteht, da einige Teilnehmende die Kriterien eines Burnouts zu erfüllen scheinen. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, können arbeitsplatzbezogene Faktoren zwar nicht alleinig für die Entstehung eines

Burnouts verantwortlich gemacht werden, da auch persönliche Ressourcen eine Rolle spielen [118], es kann jedoch angenommen werden, dass mindestens ein Fünftel der ÄrztInnen zum Befragungszeitpunkt gefährdet waren, ein Burnout zu erleiden, da diese eine Work-Life-Imbalance beklagten.

Eine subjektiv wahrgenommene Beeinträchtigung der Gesundheit der ÄrztInnen durch ihre Arbeit war außerdem ein signifikanter, negativer Prädiktor der beruflichen Zufriedenheit ($p = ,020$). **Jackson** et al. kamen zu ähnlichen Ergebnissen: Ein schlechterer Gesundheitszustand der befragten ÄrztInnen war mit einer niedrigeren Gesamtzufriedenheit assoziiert [47]. Aufgrund der von uns gewonnenen Erkenntnisse und der bereits erwähnten Ergebnisse von **O'Dowd** et al. [79] ist anzunehmen, dass eine Reduktion der Arbeitsbelastung sowie auch eine Verbesserung der Work-Life-Balance nicht nur zum leichteren Umgang mit Arbeitsstress, sondern auch zu einer geringeren gesundheitlichen Belastung von ÄrztInnen und in der Folge zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit der ÄrztInnen führen könnte. Eine zusätzliche sinnvolle präventive Maßnahme hinsichtlich zunehmender psychischer Belastung und eines Burnouts durch den Arbeitsalltag könnte hinzukommend beispielsweise die breite Etablierung von ‚Coping-Strategien‘ für ÄrztInnen darstellen. Es existieren sogar bereits Zusammenstellungen diverser Strategien, speziell angepasst auf DermatologInnen [76].

Weiterhin geben die besorgniserregenden Erkenntnisse hinsichtlich der Auswirkung arbeitsplatzbezogener Faktoren auf die körperliche und mentale Gesundheit der ÄrztInnen in unserer Befragung dringend Anlass zu genaueren Untersuchungen sowohl der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie vor allem auch der Burnout-Prävalenz unter DermatologInnen und speziell DermatochirurgInnen.

6.7.3 Einfluss des Geschlechts und des Alters

Wir konnten einen signifikanten Einfluss des Geschlechts auf die subjektiv wahrgenommene Belastung durch die Arbeitszeiten feststellen ($p = ,040$): Frauen empfanden ihre Arbeitszeiten etwas häufiger belastend als Männer. Diese Ergebnisse ähneln denen einer Studie von **Sadeghpour** et al. aus den USA, die ebenfalls eine größere Unzufriedenheit bezüglich der Work-Life-Balance bei Frauen als bei deren männlichen Kollegen feststellen konnten; Frauen gaben dementsprechend auch häufiger an, erschöpft zu sein [94]. Eine Erklärung für diese Ergebnisse könnte die auch heutzutage noch häufig vorherrschende Doppelbelastung von Frauen durch Beruf und Familie liefern. **Kasch** et al. stellten fest, dass die Work-Life-Balance ein wichtiger Faktor für die Arbeitsplatzwahl und sogar der wichtigste Faktor in Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit war; für Frauen, Paare und ÄrztInnen mit Kindern war die Work-Life-Balance dabei signifikant wichtiger [51]. **Gedrose** et al. stellten außerdem fest, dass Frauen den Wunsch nach einer Teilzeitanstellung nach abgeschlossener Facharztausbildung signifikant häufiger aufgrund der Kindererziehung anstrebten als Männer, welche sich dadurch hingegen häufiger

eine bessere Work-Life-Balance erhofften [34]. Auch **Ziegler** et al. kamen zu dem Ergebnis, dass Ärztinnen mit Kindern ein wesentlich größeres Interesse an einer Teilzeitanstellung nach Abschluss der Facharztausbildung anstrebten als Männer mit Kindern [123]. **Dräger** et al. stellten hinzukommend fest, dass die Erwartung einer besseren Work-Life-Balance und damit die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem für Frauen ein Grund war, in die ambulante Versorgung zu wechseln [28]. Somit scheinen die Arbeitszeiten in Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach wie vor für Frauen einen wichtigeren Faktor darzustellen als für Männer, was auch die höhere Belastung von Frauen durch die Arbeitszeiten in unserer Befragung bedingen könnte.

McMurray et al. fanden eine Beziehung zwischen dem weiblichen Geschlecht und einem höheren Risiko für ein Burnout, welches bei zunehmender Anzahl an Arbeitsstunden ebenfalls anstieg; bei Männern hingegen zeigte sich keine Assoziation zwischen einem Burnout und der Arbeitszeit [71]. Auch in der bereits angeführten Studie von **Bauer** et al. zeigte sich unter Ärztinnen eine signifikant höhere Dysstress-Prävalenz [7]. Obgleich in unserer Befragung kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und physischer und/oder psychischer Beeinträchtigung festgestellt werden konnte, so muss doch erwähnt werden, dass Männer deutlich häufiger als Frauen angaben, nur eine geringe oder gar keine gesundheitliche Beeinträchtigung durch ihre Arbeitsumstände zu erleben (57,4%, n = 31 vs. 39,3%, n = 20) ($p = ,075$). Zudem gaben Frauen im Vergleich häufiger anhaltenden Stress nach Beendigung der Arbeit an als Männer ($p = ,263$). Auch in der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019 stellte man fest, dass Frauen etwas häufiger durch ihre Arbeitszeiten gesundheitliche Beeinträchtigungen vermerkten und auch häufiger psychisch belastet waren als Männer [68].

Unsere Erkenntnisse implizieren, dass die Work-Life-Balance für Frauen auch in unserer Befragung eine signifikant wichtigere Rolle spielte als für Männer. Obwohl über die Hintergründe unserer Ergebnisse nur Vermutungen angestellt werden können, so kann doch in Zusammenschau mit bereits angeführten Studien angenommen werden, dass mitunter die familiäre Situation eine Rolle spielen könnte. Wie bereits erwähnt stellten **Barat** et al. fest, dass für Frauen die Arbeitszeit den wichtigsten Faktor für die Wahl der Fachspezialisierung Dermatologie darstellte [6]. Zudem identifizierten **Bornschein** et al. vor allem für Frauen eine hohe Arbeitszeitbelastung als Grund, den ärztlichen Beruf aufzugeben [13]. Wir möchten somit erneut die Etablierung familienfreundlicher Arbeitszeitkonzepte zur Verbesserung der Work-Life-Balance auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Feminisierung der Medizin betonen, was sicherlich einer Attraktivitätssteigerung der Dermatologie und Dermatochirurgie zuträglich wäre.

Für das Alter der ÄrztInnen konnte ein signifikanter Zusammenhang mit den Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die psychische und physische Gesundheit nachgewiesen werden ($p = ,022$). Die Anzahl der Teilnehmenden, die keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch ihre Arbeit hatten, stieg mit zunehmendem Alter an. Vor allem jüngere TeilnehmerInnen von 31 bis 50 Jahren bemerkten

häufiger Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand. Auch in anderen Studien konnten vergleichbare Ergebnisse festgestellt werden: **Aalto** et al. konnten beispielsweise ein höheres Alter von ÄrztInnen mit vermindertem Dysstress und geringeren Schlafproblemen in Verbindung bringen [1]. **Bauer** et al. stellten ebenfalls fest, dass jüngere ÄrztInnen unter 35 Jahren eine höhere Dysstress-Prävalenz hatten als ältere ÄrztInnen ab 59 Jahren; sie vermuteten daher, dass der im Alter als größer wahrgenommene berufliche Handlungsspielraum eine Rolle spielen könnte [8]. Die gesundheitliche Situation von ÄrztInnen bis dreißig Jahren kann in unserer Befragung aufgrund der zu geringen Teilnehmerzahl in dieser Alterskategorie (n = 2) nur sehr eingeschränkt beurteilt werden. Gegen die Vermutungen von **Bauer** et al. spricht jedoch, dass der Anteil an ÄrztInnen, die deutliche gesundheitliche Einschränkungen hatten, von 41 bis fünfzig Jahren am größten war (23,5%, n = 8).

Vor dem Hintergrund, dass fast drei Viertel (73%) der befragten ÄrztInnen im Marburger Bund Monitor 2019 angaben, nur mäßig bis ungenügend auf ihre Gesundheit zu achten [68], sollte in Hinblick auf die von uns gewonnenen Erkenntnisse vor allem die Gesundheit jüngerer bis mittelalter ÄrztInnen in der Dermatologie und -chirurgie in den Fokus von Bemühungen beispielsweise vonseiten der Arbeitgeber rücken, da diese letztlich nicht nur zu niedrigeren krankheitsbedingten Personalausfällen, sondern vor allem zu einer Steigerung der beruflichen Zufriedenheit von ÄrztInnen führen könnte.

Obwohl wir für die Items der Fragekategorie „Privatleben und Gesundheit“ keine weiteren signifikanten Zusammenhänge mit dem Geschlecht, der funktionellen Position oder dem Arbeitsplatz feststellen konnten, bedürfen einige Auffälligkeiten doch einer Erwähnung: ÄrztInnen an alternativen Arbeitsstellen hatten die beste Work-Life-Balance und hatten weder Probleme hinsichtlich andauerndem Stress noch gesundheitlichen Beeinträchtigungen. ÄrztInnen an Universitätskliniken bemerkten häufiger Auswirkungen ihrer Arbeit auf ihr Privatleben und hatten zusammen mit in Kliniken angestellten ÄrztInnen häufiger Probleme im Umgang mit Stress. Die vergleichsweise schlechteren Ergebnisse hinsichtlich der Work-Life-Balance in Universitätskliniken könnten bis zu einem gewissen Grad mit der zusätzlichen zeitlichen Belastung durch eine höhere vertraglich geregelte Wochenarbeitszeit in Verbindung gebracht werden. Auch **Körber** et al. konnten Unterschiede hinsichtlich der Work-Life-Balance im Vergleich zwischen einer Universitäts- und Kommunalklinik feststellen, diese erwiesen sich jedoch als signifikant [58].

6.8 Einfluss personal- und verwaltungsbezogener Faktoren

Die Wichtigkeit kollegialer Beziehungen wird von **Janus** et al. aufgezeigt: ÄrztInnen schätzten ein gutes Arbeitsklima als am wichtigsten ein, zudem konnte ein höchst signifikanter Einfluss kollegialer Beziehungen auf die berufliche Zufriedenheit identifiziert werden [48]. Auch **Kasch** et al. sowie **Schmidt** et al. identifizierten in ihrer Befragung unter Medizinstudierenden das Betriebsklima als ein

wichtiges Kriterium für die Arbeitsplatzwahl, bei **Kasch** et al. ergab sich zudem ein Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit [51,99]. Umso erfreulicher ist daher, dass wir hinsichtlich dieser Thematik deutlich positive Ergebnisse erhielten. Die ÄrztInnen in unserer Befragung bewerteten sowohl die Zusammenarbeit mit anderen ÄrztInnen (78,1% n = 72) als auch mit anderen Berufsgruppen (75,5%, n = 80) sowie die gesamte Arbeitsatmosphäre in ihrem Team (84,9%, n = 90) durchweg als positiv. Damit schließen sich unsere Ergebnisse bisherigen Untersuchungen hinsichtlich dieser Fragestellung an. In der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019 konnte eine vergleichbar hohe Zufriedenheit (71%) hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal festgestellt werden [68]. Eine Studie unter an Kliniken angestellten Ärzten in Baden-Württemberg von **Bauer** et al. bestätigte ebenfalls eine vergleichbar affirmative Haltung der ÄrztInnen hinsichtlich der Zusammenarbeit und Beziehung zu KollegInnen [7]. **Bohrer** et al. und auch **Bauer** et al. erhielten ebenso überwiegend positive Rückmeldungen hinsichtlich der Arbeitsatmosphäre [7,12]. Die Wichtigkeit kollegialer Zusammenarbeit wird abermals hervorgehoben durch den höchst signifikanten Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit von ÄrztInnen ($p = ,001$), womit unsere Ergebnisse bereits erwähnte Erkenntnisse von **Janus** et al. bestätigen.

Laubach et al. stellten in einer Befragung von 447 ÄrztInnen an einem deutschen Universitätsklinikum fest, dass das Verhalten von Vorgesetzten einen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit von ÄrztInnen hatte [60]. Auch **Janus** et al. konnten einen höchst signifikanten Einfluss der Anerkennung von erbrachter Leistung durch Vorgesetzte auf die berufliche Zufriedenheit vermerken [48]. Beide Feststellungen verdeutlichen die Wichtigkeit der Beziehung zu Vorgesetzten. Die Beziehung zu Vorgesetzten (63%, n = 51) und deren Unterstützung bei problematischen Fragestellungen wurde von der Mehrheit unserer Teilnehmenden als zufriedenstellend eingeordnet (56,5%, n = 46). Ein Fünftel der ÄrztInnen (n = 16) empfand jedoch die Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten als schwierig, ein Drittel (n = 22) war mit der Unterstützung nicht zufrieden. Diese Ergebnisse präsentieren sich damit etwas schlechter als die von **Bauer** et al., bei denen 67,9% der befragten baden-württembergischen KrankenhausärztInnen eine ausreichende Unterstützung durch Höherstehende verzeichneten [7].

Auch wenn wir im Gegensatz zu **Laubach** et al. und **Janus** et al. keinen Einfluss der Items bezüglich der Arbeit mit Vorgesetzten auf die berufliche Zufriedenheit verzeichnen konnten, so kann dennoch angenommen werden, dass eine Optimierung der Interaktion mit Vorgesetzten mit einer geringeren Belastung im Arbeitsalltag einhergehen könnte. Angedeutet wird dies auch in der Studie von **Kasch** et al.: bei den befragten Medizinstudierenden zählte unter anderem auch das Betriebsklima zu den Faktoren, die die Entscheidung über eine kurative Tätigkeit beeinflussten: Ein Drittel der befragten Männer und Frauen benannten eine mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte, ein Viertel der Männer sowie ein Drittel der Frauen zudem fehlende kollegiale und interdisziplinäre Zusammenarbeit als Grund, keine kurative Tätigkeit anzustreben [51]. In der Studie von **Waeschle** et al. wird zudem deutlich, dass die Beziehung zu Vorgesetzten eine essentielle Rolle im Berufsleben zukünftiger ÄrztInnen zu spielen

scheint: MedizinstudentInnen lehnten den hierarchischen Führungsstil in Kliniken häufiger ab, zudem war ein weiterer Faktor, den Medizinstudierende als wichtig einstufen, ein partnerschaftliches Verhältnis zu Vorgesetzten [114].

Die Haltung der befragten ÄrztInnen bezüglich des Einflusses, der Zusammenarbeit und Unterstützung vonseiten der Verwaltung gestalteten sich eher durchwachsen. Viele TeilnehmerInnen fühlten sich in ihrer Arbeit von der Verwaltung beeinflusst (41,3%, n = 19), ein vergleichbar großer Anteil zeigte sich gleichzeitig weder bezüglich der Kooperation (39,5%, n = 17) noch der Unterstützung (44,2%, n = 19) durch die Verwaltung zufrieden. Keiner der ÄrztInnen bewertete hinzukommend die Zusammenarbeit und Unterstützung durch die Verwaltung als sehr gut. Zu ähnlichen Ergebnissen kam man in der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019: 77% der ÄrztInnen wünschten sich mehr Unterstützung vor allem vonseiten der Verwaltung [68]. Auch in der Studie von **Bornschein** et al. waren ÄrztInnen häufig Druck vonseiten der Verwaltung ausgesetzt, hier handelte es sich spezifisch um die Aufzeichnung der Überstunden [13]. Damit können unsere Ergebnisse bereits erfolgte Untersuchungen nur bestätigen. Da wir einen bestehenden Einfluss der Verwaltung nicht näher spezifizierten, wäre es deshalb interessant, inwiefern sich ÄrztInnen beeinflusst fühlten. Obwohl wir – wie auch **Janus** et al. – keinen signifikanten Einfluss hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Verwaltung und der Arbeitszufriedenheit von ÄrztInnen feststellen konnten, vermuten wir genauso wie **Janus** et al., dass eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Administration auch einer Steigerung der Gesamtzufriedenheit zuträglich wäre [48].

6.8.1 Einfluss des Arbeitsplatzes

Der Arbeitsplatz hatte einen signifikanten Einfluss auf die Stimmung im Team ($p = ,002$), die Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten ($p = ,031$) sowie auch auf dessen Unterstützung bei schwierigen Fragestellungen ($p = ,050$). Für die Zusammenarbeit unter ÄrztInnen ($p = ,001$) und mit anderen Berufsgruppen ($p = ,000$) ergaben sich für die Auswertung nach dem Arbeitsplatz sogar höchst signifikante Werte. Der Arbeitsplatz ist folglich der entscheidende Faktor hinsichtlich der Beziehung zu KollegInnen und anderen Berufsgruppen. Die vergleichsweise größte Unzufriedenheit bezüglich Arbeitsatmosphäre und der Zusammenarbeit mit KollegInnen und anderen Berufsgruppen wurde in Universitätskliniken angegeben, am zufriedensten waren mit Abstand ÄrztInnen in der Niederlassung und an anderen Arbeitsstellen. Da wir keine genauere Erläuterung eventueller Probleme in unserer Befragung vornahmen, können wir nur Vermutungen anstellen, welche Faktoren diese Ergebnisse an den verschiedenen Arbeitsplätzen beeinflussen könnten. In einer Literaturrecherche von **Petit di Dariel** et al. konnten ebenfalls Probleme bei der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in Krankenhäusern identifiziert werden; man nahm an, dass komplexe organisatorische Strukturen sowie Hierarchien innerhalb von Berufsgruppen häufig einer effektiven Arbeitsweise im Wege standen [81].

Das sehr positive Feedback von ÄrztInnen in der Niederlassung bezüglich personeller Kooperation und der Teamatmosphäre kann sicherlich zumindest teilweise mit der Möglichkeit der eigenen Auswahl der Angestellten erklärt werden. Vor allem in der Niederlassung und in Universitätskliniken sahen ÄrztInnen am häufigsten Optimierungsbedarf hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und deren Unterstützung. Die Interpretation der Ergebnisse in der Niederlassung gestalten sich an dieser Stelle als schwierig, da wir keine nähere Differenzierung der Teilnehmenden in angestellte ÄrztInnen und Inhaber einer Praxis vornahmen.

6.8.2 Einfluss des Geschlechts

McMurray et al. stellten fest, dass Frauen kompatible ärztliche KollegInnen sowie eine gute Beziehung zum Praxispersonal als signifikant wichtiger einstufen als Männer und zudem auch signifikant häufiger zufrieden hinsichtlich der Beziehung zu ärztlichen KollegInnen waren [71]. Wir konnten bezüglich der Zufriedenheit mit der Arbeitsatmosphäre im Team ($p = ,008$) und der Zusammenarbeit unter ÄrztInnen ($p = ,017$) ebenfalls signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Frauen zeigten sich in unserer Befragung jedoch entgegen den Ergebnissen von **McMurray** et al. bezüglich beider Punkte häufiger mittelmäßig zufrieden oder eher unzufriedener als Männer. Auch **Falkum** et al. konnten in ihrer Befragung unter 862 ÄrztInnen in Norwegen verzeichnen, dass Frauen häufiger interpersonelle Probleme als Männer angaben, dieser Unterschied erwies sich in deren Studie jedoch als nicht signifikant [31]. Da wir bestehende Probleme bezüglich der Personalsituation in unserer Befragung nicht näher eruierten, können nur Vermutungen über die Gründe für die häufigere Frustration von Ärztinnen aufgestellt werden. Der entscheidende Faktor ist hier der Arbeitsplatz der Teilnehmenden und damit die bereits erwähnte Arbeitsplatzverteilung von jüngeren Ärztinnen in der stationären und älteren Ärzten in der ambulanten Versorgung, da in Praxen eher ein Einfluss auf die Auswahl des Personals genommen werden kann.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie der die Verwaltung betreffenden Items konnten wir keinen signifikanten geschlechterspezifischen Unterschied feststellen. Dies gleicht den Ergebnissen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019, wo ebenfalls kein geschlechtsbezogener Unterschied sowohl hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal sowie nur geringfügige Unterschiede bezüglich des Wunsches nach mehr Unterstützung durch die Verwaltung verzeichnet werden konnten [68].

6.8.3 Einfluss des Alters

In unserer Befragung spielte das Alter spielte eine Rolle hinsichtlich der Zufriedenheit über die Arbeitsatmosphäre ($p = ,006$), die Kooperation mit anderen ÄrztInnen ($p = ,005$) sowie die

Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten ($p = ,033$). Jüngere ÄrztInnen von 31 bis 40 Jahren waren im Gegensatz zu älteren ÄrztInnen mit der Arbeitsatmosphäre im Team etwas häufiger unzufrieden und gaben häufiger Probleme bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen ÄrztInnen an. Auch bei **Falkum** et al. hatte ein höheres Alter einen signifikant positiven Einfluss auf das Kommunikationsklima mit KollegInnen [31]. Entgegen den Ergebnissen von **Laubach** et al. [60] und **Falkum** et al. [31] konnten wir jedoch keinen signifikanten Einfluss des Alters auf die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen feststellen.

Erneut stellen der Arbeitsplatz und die entsprechende Geschlechts- und Altersverteilung der Teilnehmenden hier die entscheidende Variable dar. **Waeschle** et al. befragten im Jahr 2016 742 MedizinstudentInnen am Universitätsklinikum Göttingen, was ihnen im Berufsleben wichtig sei: unter den drei am häufigsten genannten Antworten befanden sich gute kollegiale Beziehungen und Teamarbeit [114]. Folglich könnten zusätzlich auch höhere Erwartungen jüngerer Generationen hinsichtlich personeller Beziehungen deren höhere Unzufriedenheit hinsichtlich dieser Thematik bedingen. Wie auch immer, trotz der sehr positiven Ergebnisse in unserer Befragung sollte auch unter Einbeziehung der Ergebnisse von **Kasch** et al. [51] die Förderung kollegialer Beziehungen und Kollaboration sowie des sozialen Klimas in den Fokus von Bemühungen vonseiten der ArbeitgeberInnen rücken, da diese Faktoren für nachfolgende Generationen unabdingbar erscheinen und weiterhin die personelle Abdeckung in der Dermatologie und Dermatochirurgie sichern könnten.

Aalto et al. stellten fest, dass das Teamklima und kollegiale Unterstützung einen größeren Einfluss auf jüngere und mittelalte ÄrztInnen als auf ältere ÄrztInnen hatte: Ein gutes Teamklima sowie kollegiale Unterstützung standen dabei im Zusammenhang mit geringerem Dysstress, der Schlafqualität sowie verbesserter Arbeitsfähigkeit der ÄrztInnen [1]. Vor diesem Hintergrund wäre es interessant, ob die bei uns festgestellte höhere Unzufriedenheit unter jüngeren ÄrztInnen im Vergleich zu älteren ÄrztInnen ebenfalls einen Einfluss auf deren Stressempfinden und Gesundheit nahm.

Das Alter hatte außerdem einen positiven Einfluss auf die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten: ältere Teilnehmende ab 41 Jahren empfanden die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten häufiger als gut bis sehr gut, wobei der Anteil der diesbezüglich sehr zufriedenen ÄrztInnen mit zunehmendem Alter anstieg. Jüngere ÄrztInnen von 31 bis vierzig Jahren stufen diese im Vergleich häufiger als mittelmäßig ein. Eine Erklärung dafür könnte der größere Altersunterschied zwischen jungen ÄrztInnen und häufig älteren Vorgesetzten liefern.

6.8.4 Einfluss der funktionellen Position

Die funktionelle Position der Teilnehmenden wirkte sich signifikant auf die Zusammenarbeit der ÄrztInnen untereinander ($p = ,044$) sowie zwischen den Berufsgruppen ($p = ,013$) aus. **Mrowietz** et al.

gelangten bei OberärztInnen einer dermatologischen Klinik in Deutschland zu dem Ergebnis, dass eine recht hohe Zufriedenheit hinsichtlich der beruflichen Beziehung zu KollegInnen und Vorgesetzten herrschte [75]. Obwohl auch OberärztInnen in unserer Befragung überwiegend zufrieden mit kollegialer Zusammenarbeit waren (67,6%, n = 25), waren diese jedoch auch häufiger nur teilweise oder sogar unzufriedener als andere Karrieregruppen, gefolgt von FachärztInnen in Kliniken und Universitätskliniken. ÄrztInnen in Weiterbildung waren hingegen prozentual gesehen häufiger mit der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen eher unzufrieden. Auch in der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019 waren es eher ÄrztInnen in Weiterbildung, die beispielsweise die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal als geringgradig schlechter beurteilten als andere Karrieregrade und sich von diesem mehr Unterstützung bei der Arbeit wünschten [68]. Vor allem für AssistenzärztInnen scheinen jedoch arbeitsplatzbezogene Faktoren wichtiger als beispielsweise monetäre Faktoren: in der Umfrage des Hartmannbundes unter AssistenzärztInnen 2018/2019 war ersichtlich, dass WeiterbildungsassistentInnen am häufigsten durch ein nettes Team oder eine gute Arbeitsatmosphäre an ihren Arbeitsplatz gebunden waren [41].

Vor allem FachärztInnen in der Niederlassung waren bezüglich kollegialer Zusammenarbeit und der Interaktion zwischen verschiedenen Berufsgruppen am häufigsten sehr zufrieden. Damit scheinen sich auch bei den ÄrztInnen in der ambulanten dermatologischen und dermatochirurgischen Versorgung in unserer Befragung die von **Dräger** et al. skizzierten Erfahrungen angestellter ÄrztInnen zu bewahrheiten: Diese äußerten häufig (>80%) nach Aufnahme einer Tätigkeit im ambulanten Sektor positive Erfahrungen hinsichtlich der Arbeitsgemeinschaft [28].

6.9 Weiter- und Fortbildung

6.9.1 (Tariflich) vorgeschriebene Arbeitsbefreiungen zur Fortbildung

Durch die Regelungen des § 4 der (Muster-)Berufsordnung der BÄK (MuBO-Ä) ist jede/-r approbierte Arzt/Ärztin zu einer regelmäßigen und kontinuierlichen Fortbildung verpflichtet [86,88]. Auf der Grundlage des § 95d in Sozialgesetzbuch (SGB) V sowie des § 136b in SGB V wurden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die „Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ [52] sowie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die „Regelungen zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte [...] im Krankenhaus“ [35] als allgemeine Regelungen zu Rahmenbedingungen der ärztlichen Fortbildung sowie Fortbildungsinhalten erstellt. Daneben existiert auch die (Muster-)Fortbildungsordnung der BÄK [19], die letztlich auch alle die ÄrztInnen umfasst, die vom SGB V nicht inkludiert werden [14].

Um dieser Fortbildungsverpflichtung nachkommen zu können, sind in den Tarifverträgen angestellter ÄrztInnen und Ärzte an Kommunalkliniken (TV-Ärzte, VKA) in § 6 Absatz 9 [113] sowie an

Universitätskliniken in § 29 Absatz 6 [112] Regelungen zu Arbeitsbefreiungen für Fortbildungszwecke verankert.

Beispielhaft wird deshalb im Folgenden der aktuelle Inhalt des Tarifvertrages für angestellte ÄrztInnen an Universitätskliniken (TV-Ärzte, TdL) dargestellt: „Zur Teilnahme an Arztkongressen, Fachtagungen und vergleichbaren Veranstaltungen ist Ärzten Arbeitsbefreiung bis zu drei Arbeitstage im Kalenderjahr zu gewähren. [...] Bei Personalkostenerstattung durch Dritte erfolgt eine Freistellung für bis zu fünf Tage“ [112]. ChefärztInnen unterliegen üblicherweise bezüglich der Freistellung für Fortbildungen einzelvertraglich festgelegten Sonderregelungen; im Muster des Chefarztdienstvertrages, veröffentlicht in der Zeitschrift „ArztRecht“, wird beispielsweise in § 13 Absatz 1 und 2 Folgendes hinsichtlich der chefärztlichen Fortbildung festgehalten: 1. „Dienstreisen bedürfen der Genehmigung durch den Dienstvorgesetzten. Der Chefarzt erhält Reisekosten nach den bei dem Krankenhausträger geltenden Reisekostenbestimmungen.“ 2. „Der Chefarzt kann jährlich bis zur Dauer von zehn Arbeitstagen (Fünftageweche) an wissenschaftlichen Kongressen und ärztlichen Fortbildungskursen teilnehmen; damit sind etwaige Ansprüche länderspezifischer Weiterbildungsgesetze abgegolten. Die Teilnahme gilt als Dienstreise; Reisekosten und Auslagen werden nicht vergütet. Eine Anrechnung auf den Erholungsurlaub findet nicht statt [11].“

Bruns konstatiert, dass Regelungen hinsichtlich des Fortbildungsurlaubes außer bei ChefärztInnen und in den beiden genannten Tarifverträgen angestellter ÄrztInnen bisher entweder uneinheitlich oder sogar überhaupt nicht in Tarif-/Arbeitsverträgen von ÄrztInnen festgehalten sind [14]. Es existieren beispielhafte Musterverträge, die Vorschläge zur Fortbildungsfreistellung im ambulanten Bereich beinhalten [67], in der Niederlassung unterliegen Details bezüglich der Freistellung zur Fortbildung jedoch oft einzelvertraglichen Vereinbarungen. Daneben bestehen für ArbeitnehmerInnen länderspezifische Bildungsurlaubsgesetze (außer in Sachsen und Bayern), die den ArbeitnehmerInnen in der Regel etwa fünf Tage bezahlten Fortbildungsurlaub bei eigener Kostenübernahme der Fortbildungsveranstaltung gewähren. Im Saarland haben ArbeitnehmerInnen beispielsweise jährlich Anspruch auf sechs Tage Bildungsurlaub für ihre berufliche und/oder politische Weiterbildung [73].

Sowohl die Ergebnisse hinsichtlich der Kenntnis und Einhaltung der tarif-/arbeitsvertraglich vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zu Weiterbildungszwecken, als auch bezüglich des Interesses an dermatochirurgischer Weiterbildung präsentieren sich insgesamt erfreulich: dem Großteil der ÄrztInnen in unserer Befragung waren die Freistellungen bekannt (67,3%, n = 64) und wurden am Arbeitsplatz zudem überwiegend eingehalten (68,8%, n = 66) und auch von vielen ÄrztInnen zur Weiterbildung im dermatochirurgischen Bereich genutzt (57,9%, n = 55). Allerdings erhielt nur jeder Fünfte (21,7%, n = 20) finanzielle Unterstützung zur Weiterbildung, der Großteil der ÄrztInnen musste diese selbst finanzieren (56,5%, n = 52). Dies bestätigt, dass die ärztliche Weiterbildung nach wie vor im Allgemeinen ‚Privatsache‘ bleibt [14,29]. Diese Ergebnisse implizieren mitunter jedoch auch ein mangelndes Interesse vieler ArbeitgeberInnen an einer umfassenden Weiterbildung des ärztlichen

Personals. Bereits **Ansorg** et al. konnten in einer Befragung unter 584 chirurgischen AssistenzärztInnen im Berufsverband der deutschen Chirurgen (BDC) aus dem Jahr 2003/2004 feststellen, dass nur knapp ein Fünftel (18%) der Arbeitgeber sich für die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter einsetzte [3]. Zumindest hinsichtlich der finanziellen Unterstützung scheint sich seit jeher an dieser Situation nicht wesentlich etwas geändert zu haben. Die Befragung von **Waeschle** et al. unter NachwuchsärztInnen ergab jedoch, dass bezahlte Fort- und Weiterbildungen auch nach Abschluss der Facharztausbildung ein wichtiges Kriterium für ÄrztInnen bei der Wahl des Arbeitgebers darstellte [114]. Unter diesen Gesichtspunkten wäre ein zunehmendes Umdenken vonseiten der Arbeitgeber hin zu qualitativ und quantitativ umfassender Fort- und Weiterbildung beispielsweise auch als Part der Unternehmensstrategie anzuraten [3], um zukünftig eine attraktive Arbeitsstelle für den medizinischen Nachwuchs darzustellen.

Hinsichtlich interner, praktischer Fortbildungen für Fach-, Ober- und ChefärztInnen bot sich nur jedem vierten Arzt/jeder vierten Ärztin (23,2%, n = 19) die Chance, das eigene Operations-Spektrum durch gemeinsames Operieren, beispielsweise im Sinne von Hospitationen, zu erweitern. Da wir eventuelle Gründe dafür nicht näher eruierten, können wir bloß mutmaßen, dass dies sicherlich mitunter der Tatsache geschuldet sei, dass durch die allgemein hohe Arbeitsbelastung sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor sowie den überwiegend vorherrschenden ärztlichen Personal­mangel die Zeit für personalinterne, praktische Fortbildung während der regulären Arbeitszeiten nicht zur Verfügung steht.

6.9.1.1 Einfluss des Geschlechts und des Alters

Es konnte ein tendenziell signifikanter Einfluss des Geschlechts sowie ein signifikanter Einfluss des Alters auf die Kenntnis über Arbeitsbefreiungen ($p = ,056$, $p = ,045$) und deren Einhaltung am Arbeitsplatz ($p = ,051$, $p = ,002$) festgestellt werden. Männer und ÄrztInnen ab 41 Jahren waren häufiger sehr gut über diese informiert, genauso wurden diese an deren Arbeitsplätzen häufiger eingehalten. Für die Nutzung der Freistellungen für dermatochirurgische Weiterbildungsveranstaltungen konnte ein tendenziell signifikanter geschlechtsabhängiger Einfluss verzeichnet werden ($p = ,059$): Männer nutzten diese häufiger zu Weiterbildungen im Bereich der Dermatochirurgie. Für die Möglichkeit der Erweiterung des eigenen operativen Spektrums konnte ebenfalls ein tendenziell signifikanter Einfluss des Alters erarbeitet werden: bei ÄrztInnen ab 51 Jahren bot sich diese Gelegenheit eher seltener ($p = ,052$).

Es ist naheliegend, dass ältere ÄrztInnen aufgrund ihrer in der Regel auch längeren Dienstzeit besser über die gesetzlich und vertraglich festgelegten Rahmenbedingungen der Fortbildungspflicht informiert sind und diese möglicherweise bei den Arbeitgebern deshalb auch entsprechend einfordern. Da die ältere Population unter unseren Befragten überwiegend männlich war, erklärt dies auch den nahezu

signifikanten Einfluss des Geschlechts. Da zudem ältere Teilnehmende häufiger Ober- oder ChefärztInnen und damit in der Regel auch öfter operativ tätig waren, ergibt sich so auch der fast signifikante Einfluss des Alters.

6.9.1.2 Einfluss der funktionellen Position und des Arbeitsplatzes

Die funktionelle Position der TeilnehmerInnen konnte tendenziell signifikant mit der Kenntnis ($p = ,051$) und signifikant mit der Einhaltung ($p = ,002$) der Freistellungen zur Fortbildung in Zusammenhang gebracht werden. Alle ChefärztInnen ($n = 12$) in unserer Teilnehmerpopulation waren in vollem Umfang über die zweckmäßigen Arbeitsbefreiungen informiert, ebenso wurden diese an deren Arbeitsplätzen am häufigsten eingehalten. Den ChefärztInnen wird in Hinblick auf die Fort- und Weiterbildung eine besondere Rolle zuteil: Sie sind zum einen Organisator der Weiterbildung der eigenen AssistenzärztInnen in der Abteilung, zum anderen wird deren eigene Fortbildung mit strengeren Maßstäben gemessen [14]. Deshalb wird ChefärztInnen auch eine Fortbildungsverpflichtung in einem größeren zeitlichen Umfang aufgetragen [11,14]. Aufgrund dieser Besonderheiten ist es nicht verwunderlich, dass ChefärztInnen – trotz ihrer geringen anzahlmäßigen Vertretung in unserer Befragungspopulation – am besten über diese Regelungen informiert waren und diese auch eingehalten wurden.

Obwohl sich für den Arbeitsplatz kein signifikanter Einfluss hinsichtlich der Kenntnis ($p = ,785$) und der Einhaltung festgelegter Arbeitsbefreiungen ergab ($p = ,147$), so waren ÄrztInnen in der Niederlassung am häufigsten sehr gut darüber informiert (64%, $n = 16$), ebenso wurde diese am häufigsten sehr gut eingehalten (61,5%, $n = 16$). In einer Befragung der KBV und des Virchow-Bundes unter ambulant tätigen ÄrztInnen ist ersichtlich, dass niedergelassene DermatologInnen im Schnitt 3,8 Stunden wöchentlich für Fort- und Weiterbildung investierten, womit sich diese unter allen Fachrichtungen hinsichtlich der Quantität an zweiter Stelle platzierten [54]. Unsere Ergebnisse suggerieren ebenfalls, dass niedergelassene ÄrztInnen sich sehr um ihre Fortbildung bemühten, wahrscheinlich auch vor dem Hintergrund sonstiger, bestehender Sanktionierungen [52].

Außerdem hatte die Position der ÄrztInnen sowie auch der Arbeitsplatz einen höchst signifikanten Einfluss auf die Finanzierung der Weiterbildungsveranstaltungen, zum Beispiel durch den Arbeitgeber ($p = ,001$, $p = ,000$). Chef- und OberärztInnen waren im Vergleich am besten hinsichtlich der Kostenübernahme für Fortbildungsveranstaltungen aufgestellt (27,3%, $n = 3$ und 35,1%, $n = 13$), FachärztInnen, darunter hauptsächlich FachärztInnen in der Niederlassung, wurden nicht subventioniert. ÄrztInnen in Universitätskliniken (27,3%, $n = 9$) und vor allem in anderen Kliniken (36%, $n = 9$) erhielten häufiger finanzielle Unterstützung zur Teilnahme an Fortbildungen, der Großteil der niedergelassenen ÄrztInnen (86,3%, $n = 19$) hingegen wurde nicht für Weiterbildungszwecke

unterstützt. Dass weder angestellten ÄrztInnen in Kliniken und Universitätskliniken tarifvertraglich noch ChefärztInnen (laut aktueller Musterverträge) arbeitsvertraglich die Kostenübernahme von Fortbildungsveranstaltungen bzw. Reisekostenübernahme vom Arbeitgeber zusteht [11,112,113], erklärt die insgesamt niedrige Anzahl an angestellten (Chef-)ÄrztInnen, die finanzielle Subventionen erhielten. In einer Umfrage des Hartmannbundes unter 1437 AssistenzärztInnen im Jahr 2018/2019 gab ein Fünftel (19,14%) der AssistenzärztInnen an, keine finanzielle Förderung zum Besuch von Fortbildungsveranstaltungen von ihrem Arbeitgeber zu bekommen [41]; in unserer Befragung zeigte sich, dass sogar 81,8% (n = 9) der WeiterbildungsassistentInnen keine oder nur geringfügige Subventionen erhielten. Da wir zudem in unserer Befragung nur die Option „Klinik“ als Arbeitsplatz anboten, gilt es in nachfolgenden Befragungen zu eruieren, welche Krankenhausträger im Speziellen eine Kostenübernahme der Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter übernehmen. Der Marburger Bund forderte bereits 2015 eine Regelung zur Refinanzierung von Fortbildungskosten [65]. Auch wir vermuten, dass tarif- und arbeitsvertraglich festgehaltene Regelungen hinsichtlich finanzieller Förderungen zur Fortbildung – vor allem im Rahmen des Fachkräftemangels – (Universitäts-)Kliniken als Arbeitgeber wieder attraktiver für NachwuchsärztInnen gestalten könnten. Da wir keine Differenzierung zwischen InhaberInnen und angestellten ÄrztInnen in der Niederlassung vornahmen, können die Ergebnisse hinsichtlich der Subventionierung folglich nur eingeschränkt interpretiert werden. Allerdings wäre eine einheitliche, arbeitsvertragliche Regelung auch für angestellte Ärztinnen im ambulanten Sektor sicherlich eine Motivation zu Erfüllung des hohen Fortbildungspensums.

6.9.2 Berufliche Weiterentwicklung

Der Wunsch nach einer beruflichen Weiterentwicklung war insgesamt recht hoch: obwohl zwei Drittel (60,4%, n = 26) der ÄrztInnen in Universitätskliniken und anderen Arbeitsplätzen an einem beruflichen Aufstieg interessiert waren, stand dort nur jedem Dritten diese Möglichkeit offen (29,6%, n = 13). Der Wunsch nach beruflicher Weiterentwicklung und bestehende Möglichkeiten für ÄrztInnen an Universitätskliniken und anderen Arbeitsplätzen wurde maßgeblich durch deren Alter ($p = ,013$) und ihre funktionelle Position ($p = ,032$) beeinflusst. Entsprechend unserer Erwartung waren es folglich vor allem jüngere ÄrztInnen bis fünfzig Jahre, die eine höhere Position anstrebten. OberärztInnen bot sich dabei häufiger als FachärztInnen die Möglichkeit einer beruflichen Weiterentwicklung. Obwohl sich für den Arbeitsplatz kein signifikanter Unterschied ergab, ist es doch ersichtlich, dass vor allem ÄrztInnen an Universitätskliniken (68,8%, n = 22) Interesse zeigten.

In der Befragung von **Janus** et al. wurde bestehenden Karrieremöglichkeiten eine hohe Wichtigkeit, jedoch niedrige Zufriedenheit zugesprochen, weshalb **Janus** et al. vermuteten, dass ein Ausbau derselben die berufliche Zufriedenheit von MitarbeiterInnen steigern könnte [48]. **Waesche** et al. konnten zudem nachweisen, dass die Unterstützung bei langfristiger Karriereplanung einen wichtigen

Faktor für MedizinstudentInnen im Berufsleben darstellte [114]. Dass keine/-r der WeiterbildungsassistentInnen und nur 11,8% (n = 2) der FachärztInnen angaben, dass die Möglichkeit einer weiteren beruflichen Laufbahn beim Arbeitgeber bestehe, ist deshalb erneut vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Hinblick auf eine langfristige Karriereplanung und Mitarbeiterbindung ein Faktor, der vom Arbeitgeber berücksichtigt werden sollte.

6.9.3 Weiterbildungssituation aus zwei Perspektiven

Der Marburger Bund führte 2021 eine Befragung unter 3238 WeiterbildungsassistentInnen durch und kam zu dem Ergebnis, dass über zwei Drittel der ÄrztInnen weniger oder gar nicht zufrieden hinsichtlich ihrer Weiterbildungssituation waren [69]. Über den Status quo der Weiterbildungssituation des operativen Parts der Weiterbildung in der Dermatologie in Deutschland gibt es jedoch unseres Wissens bisher keine Erhebungen. Einen Vorteil der vorliegenden Befragung bietet die Sicht auf operative Aspekte in der Weiterbildung von ÄrztInnen aus zwei Perspektiven – die der ÄrztInnen in Weiterbildung selbst und auch die der höhergestellten Karrieregruppen, der Fach-, Ober- und auch ChefärztInnen. Allerdings konnten die Antworten der ÄrztInnen in Weiterbildung zu den Fragen 11.6 – 11.8 aufgrund einer zu geringen Anzahl (n = 11) lediglich einer rein deskriptiven statistischen Analyse unterzogen werden und können deshalb nur anhand von Häufigkeiten mit den Antworten der restlichen Teilnehmenden verglichen werden. Es sei deshalb an dieser Stelle explizit vermerkt, dass aufgrund dessen zwar ein Abbild der Weiterbildungssituation aus der Sicht der ÄrztInnen in Weiterbildung in unserer Befragung skizziert werden kann, dies jedoch nicht als repräsentativ für WeiterbildungsassistentInnen der Dermatologie und Dermatochirurgie in ihrer Gesamtheit angesehen werden darf. Dennoch konnten wir Defizite in der Weiterbildungssituation von ÄrztInnen identifizieren, die als Grundlage zukünftiger Nachforschungen dienen können. Unsere Ergebnisse implizieren zudem teilweise divergierende Ansichten hinsichtlich der Weiterbildungssituation von ÄrztInnen.

Bei Betrachtung der Ergebnisse der Befragung des Marburger Bundes unter ÄrztInnen in Weiterbildung ist ersichtlich, dass bei ca. 83% der ÄrztInnen kein strukturierter Weiterbildungsplan existierte, und falls doch, wurde er bei einem Großteil der ÄrztInnen (ca. 67%) nicht eingehalten [69]. Zudem gaben über die Hälfte der ÄrztInnen Probleme hinsichtlich Rotationen an [69]. Auch in der Vergangenheit konnten bereits häufiger qualitative und quantitative Mängel vor allem in der chirurgischen Fort- und Weiterbildung von ÄrztInnen identifiziert werden, die ebenfalls oft mit Defiziten hinsichtlich eines strukturierten Weiterbildungscurriculums einhergingen [3,5,44]: in einer Befragung von **Axt** et al. unter 325 ÄrztInnen der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) gaben 62% der befragten Assistenz-, Fach- und OberärztInnen sowie 69% der ChefärztInnen an, dass an ihrem Arbeitsplatz kein festes Curriculum für theoretische und praktische Weiterbildung für AssistentInnen vorhanden sei [5]. So konnten auch **Helms** et al. in einer Studie unter 316 Assistenz- und FachärztInnen

des Jungen Forums der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) feststellen, dass 66,2% der ÄrztInnen eine ungenügende Strukturierung der Facharztweiterbildung angaben und das Fehlen eines schriftlich festgehaltenen Weiterbildungskonzeptes bestätigten (66,4%) [44]. Die Einschätzung der Weiterbildungssituation unter den Teilnehmenden in unserer Befragung offenbart ebenfalls strukturelle Mängel: nur weniger als die Hälfte (45,5%, n = 5) der ÄrztInnen in Weiterbildung gaben an, dass an ihrem Arbeitsplatz ein fester Rotationsplan zur Gewährleistung ausreichend praktischer Erfahrungen im OP existierte. Mit knapp über der Hälfte bestätigten ÄrztInnen in höhergestellten Positionen (51,9%, n = 41) etwas häufiger die Gewährleistung einer strukturierten operativen Ausbildung in Form von OP-Rotationsplänen an ihrem Arbeitsplatz für WeiterbildungsassistentInnen. Damit ähneln unsere Ergebnisse beiden genannten Studien in den rein chirurgischen Disziplinen. Da die Antworten der ÄrztInnen in Weiterbildung und der ÄrztInnen in höheren funktionellen Positionen sehr nah beieinander liegen, kann trotz der geringen Antwortzahl der WeiterbildungsassistentInnen von einer realistischen Problematik hinsichtlich einer ungenügenden Strukturierung der dermatochirurgischen Ausbildung ausgegangen werden. Wie auch bereits **Römer** et al. (s.u.) und **Axt** et al. [5,89] möchten wir deshalb die Notwendigkeit fester Curricula bzw. Rotationspläne auch im Bereich der Dermatochirurgie betonen, um eine ausreichende operative Ausbildung von WeiterbildungsassistentInnen gewährleisten zu können. Die Tragweite einer nicht ausreichend organisierten Weiterbildung zeigten beispielsweise **Joachim** et al. in einer Umfrage unter 4041 jungen ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Deutschland auf: es zeigte sich, dass Faktoren einer guten Weiterbildung, so beispielsweise auch feste Curricula, mit einer geringeren psychosozialen Arbeitsbelastung von ÄrztInnen assoziiert waren [49].

Nur jede/-r dritte WeiterbildungsassistentIn in unserer Befragung berichtete von einer regelmäßigen, individuellen, operativen Anleitung (27,3%, n = 3). Diese Ergebnisse ähneln erneut den Erkenntnissen von **Axt** et al.: die regelmäßige Assistenz von Teilschritten bei Operationen wurde zwar von 72% der WeiterbildungsassistentInnen als sehr wichtig gewertet, allerdings wurde nur bei 27% der ÄrztInnen in Weiterbildung auch deren Durchführung bestätigt [5]. ÄrztInnen in höheren funktionellen Positionen in unserer Befragung gaben etwas häufiger an (40,4%, n = 34), die operative Anleitung anderer ÄrztInnen, so auch von ÄrztInnen in Weiterbildung, individuell durchführen zu können. Auch wenn anhand dieses offensichtlichen, quantitativen Defizits nicht über die Qualität der operativen Betreuung geurteilt werden kann, so kann eine schlechte Organisation und fehlende Strukturierung der Weiterbildungszeit zu einer Verlängerung der Weiterbildungsdauer führen [25], was sich wiederum auf die berufliche Zufriedenheit auswirken könnte. **Römer** et al. führten eine jährliche multizentrische Befragungen des PJ-Jahrganges von 2009/2009 mehrerer deutscher Fakultäten durch und konnten im vierten Jahr ihrer Weiterbildungszeit feststellen, dass ÄrztInnen in Weiterbildung signifikant unzufriedener mit ihrem Berufsverlauf waren, wenn ihre Weiterbildungszeit über die Mindestzeit andauerte [89].

Hinzukommend fühlten sich einige WeiterbildungsassistentInnen (45,5%, n = 5) in unserer Befragung

– häufiger in der Niederlassung sowie an anderen Arbeitsplätzen – zum Teil nicht optimal bei operativen Entscheidungen unterstützt. Da eine unzureichende Unterstützung der Lehrbefähigten neben einer mangelhaften Weiterbildung vor allem auch Konsequenzen für die Patientenversorgung haben kann, sind diese Ergebnisse nicht akzeptabel. Eine Verallgemeinerung dieser Erkenntnisse ist aufgrund der geringen Antwortzahl zwar nicht möglich, jedoch sollte im Zuge weiterer Nachforschungen dringend die Frequenz von Indikationskonferenzen, internen Fortbildungsveranstaltungen sowie vor allem angebotene Weiterbildungsmöglichkeiten in der Niederlassung erfragt werden.

Nur knapp mehr als die Hälfte der befragten Assistenz-, Fach-, Ober- und ChefärztInnen bewertete das operative Spektrum der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) von 2018 im Bereich Dermatologie als ausreichend für späteres autonomes Operieren (51,6%, n = 50), Fach- und OberärztInnen bewerteten dieses häufiger als unzureichend. Dies wirkte sich zudem signifikant auf die berufliche Zufriedenheit der ÄrztInnen aus ($p = ,010$), was hinzukommend die Wichtigkeit einer umfassenden, operativen Ausbildung unterstreicht. Eine mögliche Erklärung dieser Signifikanz wäre, dass ÄrztInnen, die selbst täglich vor sehr hohen Anforderungen in Bezug auf ihre operative Tätigkeit stehen, die Anforderungen auch im Rückblick auf eigene Erfahrungen subjektiv als nicht ausreichend einschätzten. Obwohl wir, wie beispielsweise **Joachim** et al. [49], keinen Einfluss einer strukturierten Weiterbildung auf die Arbeitszufriedenheit nachweisen konnten, konstatiert dieses Ergebnis dennoch den bedeutenden Einfluss der Weiterbildungssituation auf die berufliche Zufriedenheit von ÄrztInnen. Dies wird abermals deutlich, da die Forderung nach einer Verbesserung der Lehre sowie nach mehr zur Verfügung stehender Zeit für Fortbildung mehrmals in den Wünschen zur Optimierung der Arbeitssituation auftaucht.

Die Weiterbildungssituation der ÄrztInnen in unserer Befragung zeigte aus der Sicht aller ÄrztInnen durchweg deutliches Optimierungspotenzial. Der Weiterbildung in der Dermatologie und -chirurgie sollte daher in Zukunft auch vor diesem Hintergrund ein besonderes Augenmerk geschenkt werden: in der bereits angeführten Studie von **Römer** et al. ergab sich eine Assoziation zwischen einer höheren subjektiven Einschätzung der Qualität der Weiterbildung und einer höheren Berufsverlaufszufriedenheit, die auch signifikant mit einer höheren allgemeinen Lebenszufriedenheit korrelierte [89]. **Degen** et al. suggerierten außerdem, dass eine von Beginn an strukturierte Weiterbildung die Absicht von ÄrztInnen, die klinische Praxis zu verlassen, verringern könnte [25]. Zudem identifizierten **Waeschle** et al. in ihrer Befragung von Medizinstudierenden eine gute Ausbildung, eine strukturierte Einarbeitung sowie ein klar definiertes Weiterbildungscurriculum als die Hauptprioritäten hinsichtlich des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin [114].

Da unsere Befragung erst kurze Zeit nach der Veröffentlichung der neuen MWBO von 2018 durchgeführt wurde und deren Umsetzung erst schrittweise im Laufe der letzten Jahre durch die Landesärztekammern erfolgte, wäre es hinzukommend interessant, ob sich die Weiterbildungssituation

hinsichtlich dermatochirurgischer Anteile positiv verändert hat. Auch **Elsner** forderte 2021 eine breite Bestandsaufnahme der aktuellen ärztlichen Weiterbildung in der Dermatologie [29]. Generell sollte zur Identifikation und Spezifizierung weiterer Defizite hinzukommend eine Erhebung der aktuellen Weiterbildungssituation einer anzahlmäßig aussagekräftigen Stichprobe speziell auch in Hinblick auf die Dermatochirurgie und unter Berücksichtigung der durch die neue MWBO eingeführten Änderungen erfolgen. Vor dem Hintergrund, dass in der Umfrage des Marburger Bundes über ein Drittel (ca. 35%) der WeiterbildungsassistentInnen konstatierte, dass sich ihre Weiterbildungsbedingungen während der COVID-19-Pandemie geändert hätten, wäre hinzukommend interessant, ob dies auch Einfluss auf die Qualität der operativen Ausbildung in der Dermatologie hatte [69].

6.9.3.1 Einfluss der funktionellen Position und des Arbeitsplatzes

Die Auswertung nach der funktionellen Position lieferte höchst signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Sicherstellung einer strukturierten operativen Weiterbildung im Sinne von Rotationsplänen: ChefärztInnen gaben signifikant häufiger an, dass feste Rotationspläne für WeiterbildungsassistentInnen existieren als Fach- oder OberärztInnen ($p = ,000$). Bei der Auswertung nach dem Arbeitsplatz ergab sich, dass die operative Ausbildung in Kliniken und Universitätskliniken (66,7%, $n = 14$ und 55,6%, $n = 16$) signifikant häufiger durch Rotationspläne bestimmt wurde als in der Niederlassung (kein Rotationsplan bei 66,7%, $n = 6$) oder an anderen Arbeitsstellen ($p = ,023$). Die Auswertung nach funktioneller Position und dem Arbeitsplatz lieferten erneut signifikante Werte in Hinblick auf die Möglichkeit einer individuellen operativen Betreuung und Anleitung: vor allem ChefärztInnen (66,6%, $n = 8$), gefolgt von OberärztInnen (51,3%, $n = 19$) hatten signifikant häufiger die Möglichkeit der individuellen operativen Anleitung von ÄrztInnen in Weiterbildung ($p = ,000$), ebenso ÄrztInnen an Kliniken und Universitätskliniken (57,1%, $n = 12$ und 48,2%, $n = 14$) ($p = ,044$). Diese Ergebnisse sind sicherlich der Tatsache geschuldet, dass hinsichtlich der operativen Bandbreite und auch der Verfügbarkeit von Lehrbefähigten in Universitätskliniken und Kliniken viel mehr Möglichkeiten bestehen als in der Niederlassung. Da die interne Weiterbildung in Kliniken zudem hauptsächlich Sache der Chef- und vor allem der OberärztInnen ist, präsentieren sich diese Ergebnisse wie erwartet. Hinzukommend konnte ein fast signifikanter Einfluss des Arbeitsplatzes auf die subjektive Bewertung der operativen Anforderungen der MWBO festgestellt werden: in der Niederlassung gaben ÄrztInnen vergleichsweise deutlich häufiger an, dass diese nur teilweise ausreiche, um selbst autonom operieren zu können; in Universitätskliniken und in der Niederlassung hielten ÄrztInnen diese am häufigsten für nicht genügend.

Unsere Erkenntnisse implizieren zwar Defizite in der Weiterbildung von ÄrztInnen sowohl in der stationären Versorgung als auch in der Niederlassung, jedoch scheinen die Umstände in der Niederlassung noch weitaus gravierender. Obgleich die Antwortzahl erneut relativ gering ausfiel,

präsentieren sich dennoch deutliche Unterschiede beim Vergleich des stationären und ambulanten Sektors. Damit bestätigen unsere Ergebnisse die Behauptung von **Elsner** 2021, die Weiterbildungsstandards in Kliniken und Praxen würden stark divergieren [29] – zumindest unter den Teilnehmenden in unserer Befragung. Dies spielt insofern eine entscheidende Rolle in der Entwicklung der ärztlichen Weiterbildung in den nächsten Jahren, dass durch das Inkrafttreten und die schrittweise Umsetzung der neuen kompetenzorientierten MWBO von 2018 die Möglichkeit für ÄrztInnen besteht, ihre gesamte Weiterbildung in der Niederlassung zu absolvieren [9,20,78]. Obwohl auch von unseren Teilnehmenden Kritik an den praxisorientierten Inhalten der MWBO 2018 geäußert wurde, besteht daher vorrangig die Notwendigkeit, zumindest weitestgehend einheitliche strukturelle Bedingungen für WeiterbildungsassistentInnen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor zu schaffen. Im Ärztemonitor von 2018 ist ersichtlich, dass auch bereits über die Hälfte (n = 58) der befragten ÄrztInnen in der Niederlassung planten, in den kommenden fünf Jahren eine/-n WeiterbildungsassistentIn zu beschäftigen [54]. Mit der bereits 2016 in Kraft getretenen „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“, beschlossen durch die KBV in Kooperation mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der BÄK, existieren bereits einheitliche Regelungen zur finanziellen Förderung der Weiterbildung im ambulanten Sektor [53]. Der Umfang geförderter Stellen wird dabei je nach Versorgungslage einer Region jährlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder festgelegt; so stehen je nach Bundesland auch für die fachärztliche Ausbildung in der Dermatologie Fördermittel zur Verfügung. Seit 2017 bestehen in diesem Rahmen in einigen KV-Bezirken zudem Koordinierungsstellen bzw. „Kompetenzzentren Weiterbildung“, die unter anderem Mentoring-Programme und Schulungen über Rahmenstrukturen der Weiterbildung und Didaktik sowohl für Lehrbefähigte als auch Weiterzubildende anbieten. Jedoch existieren diese Zentren bislang vorwiegend in der Allgemeinmedizin. Die Etablierung solcher Zentren zur Förderung einer strukturellen Weiterbildung auch in der Dermatologie und speziell Dermatochirurgie sowie die Erarbeitung einheitlicher Richtlinien hinsichtlich der Gestaltung und Umsetzung vor allem des operativen Teils der dermatologischen Facharztausbildung für die weiterbildungsbefugten ÄrztInnen in der Niederlassung könnte einer Verbesserung der Weiterbildungssituation zuträglich sein [78]. Da jedoch zum einen die Umsetzung der MWBO nach wie vor in der Hand der Landesärztekammern liegt und damit die Schaffung einheitlicher Regelungen erschwert wird und es zum anderen kaum möglich sein wird, die Rahmenbedingungen sowie das operative Leistungsspektrum in weiterbildungsbefugten Praxen denen von Universitätskliniken anzugleichen [29], wäre alternativ beispielsweise eine Pflichtrotation auch während der operativen Ausbildung zwischen Niederlassung und Kliniken eine realisierbare Zwischenlösung [9,78].

Neben des bereits erläuterten Bedarfs an einer besseren Strukturierung des operativen Teils der dermatologischen Facharztausbildung, beispielsweise mittels Rotationsplänen, scheint folglich auch die

konsequente Überprüfung der Weiterbildungsstandards an Kliniken, vor allem aber in der Niederlassung notwendig. Nur durch die Gewährleistung einer einheitlich anspruchsvollen, operativen Weiterbildung sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor können operativ kompetente ÄrztInnen hervorgebracht werden und damit sowohl eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit von ÄrztInnen und vor allem eine gute Patientenversorgung und -sicherheit garantiert werden.

6.10 Personalmangel und Folgen

Der Personalmangel an Fachkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege steht seit Jahren im Fokus intensiver, öffentlicher Diskussionen. **Schermuly** et al. identifizierten in ihrer Untersuchung aus dem Jahr 2015 den Personalmangel im Gesundheitswesen als die mitunter größte Gefahr für die medizinische Versorgung [96]. Ein höheres Patient-pro-Pflegefachkraft-Verhältnis kann sich neben negativen Auswirkungen wie berufliche Unzufriedenheit und Erschöpfung bis hin zum Burnout der Pflegefachkräfte auch in einer schlechteren Patientenversorgung (und sogar einer höheren Mortalität) der PatientInnen äußern [2]. In anderen Fachdisziplinen schlägt sich der Pflege- und auch Ärzte-Fachkräftemangel bereits merklich zutage, beispielsweise durch Einschränkungen der Versorgungskapazität durch Bettenkürzungen im intensivmedizinischen Bereich [50]. Wie erwartet wurde so auch in unserer Befragung der Mangel an Pflege- bzw. Praxispersonal bei einer Mehrheit der ÄrztInnen thematisiert: lediglich zwölf ÄrztInnen (11,7%) gaben an, dass an ihrem Arbeitsplatz gar kein nicht-ärztlicher Personalmangel bestehe, bei 27,2% (n = 28) war dieser teilweise, bei 41,8% (n = 43) sogar ausgeprägt vorhanden. Wie bedeutend diese Problematik nicht nur für das Gesundheitssystem und die Patientenversorgung im Allgemeinen, sondern auch hinzukommend auch für das Wohlbefinden von ÄrztInnen ist, wird umso deutlicher, da sich der subjektiv empfundene Mangel an Personal im pflegerischen Bereich in unserer Befragung als ein negativer Prädiktor der beruflichen Zufriedenheit der ÄrztInnen erwies ($p = ,001$). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch **Sturm** et al.: sie konnten nachweisen, dass eine zunehmende Arbeitsbelastung des Pflegepersonals, welche letztlich auch aus einem Mangel an pflegerischem Fachpersonal hervorgehen kann, negativ mit ärztlicher beruflicher Zufriedenheit korrelierte [107].

Obwohl sich der wahrgenommene Mangel an Materialien (85,5%, n = 89), Operationsräumlichkeiten (68,6%, n = 70) und an IT (76%, n = 79) insgesamt erfreulicherweise als weit weniger schwerwiegend erwies, wird jedoch deutlich, dass dennoch viele ÄrztInnen (19,2%, n = 20) ihren Arbeitsalltag trotz Einschränkungen durch die ökonomisch bedingte Situation bewältigen mussten. Dies stellte sich ebenfalls als ein Prädiktor für die ärztliche berufliche Zufriedenheit heraus ($p = ,016$). Da diese Studie lediglich einen Überblick über aktuelle Gegebenheiten verschaffen sollte, wurden eventuelle Defizite hinsichtlich nicht-ärztlichem Personal, Materialien und IT sowie dadurch entstehende Beeinträchtigungen im Arbeitsalltag von uns nicht genauer spezifiziert. Einer der Teilnehmenden

forderte jedoch explizit, man müsse die „Personaldichte in allen Bereichen erhöhen, um die Patientenversorgung zu verbessern“. Im Hinblick auf unsere Ergebnisse kann daher angenommen werden, dass eine Aufstockung des pflegerischen Personals und die Beseitigung materieller Defizite nicht nur mit einer höheren Arbeitszufriedenheit von ÄrztInnen einhergehen könnten, sondern letztendlich auch der Gewährleistung einer optimalen Patientenversorgung förderlich wären.

Diese Ergebnisse verdeutlichen abermals den ökonomischen Druck, der auf den ÄrztInnen auch in der Dermatochirurgie lastet. In der Befragung des Hartmannbundes unter ÄrztInnen in Weiterbildung 2021 ist ersichtlich, dass der Arbeitsalltag von ÄrztInnen auch hinsichtlich Personal- und Materialeinsparungen sowie fehlender räumlicher Ausstattung von einer Fokussierung auf die Wirtschaftlichkeit geprägt war [42]. Obwohl vor allem der pflegerische Personalmangel in unserer Befragung von ÄrztInnen hervorgehoben wurde, wurde allerdings auch keine optimale Ausstattung hinsichtlich Materialien, IT sowie OP-Räumlichkeiten angegeben. Diese Ergebnisse suggerieren folglich, dass auch im Bereich dieser Faktoren ökonomische Vorgaben eine Rolle spielen könnten.

6.10.1 Einfluss des Arbeitsplatzes

Der Arbeitsplatz der ÄrztInnen hatte auf jedes Item dieser Kategorie einen signifikanten Einfluss. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang mit der Beurteilung materieller Ressourcen ($p = ,026$) und Operationsräumlichkeiten ($p = ,005$) nachgewiesen, und sogar ein höchst signifikanter Einfluss auf die Bewertung des personellen ($p = ,000$) und IT-technischen Bestandes ($p = ,000$) sowie auf daraus folgende Einschränkungen im Arbeitsalltag ($p = ,000$). Nebst partiellen Materialengpässen sowohl in den dermatologischen und dermatochirurgischen Abteilungen in Kliniken als auch Universitätskliniken sowie häufigerer Knappheit an Operationsräumlichkeiten vor allem in Universitätskliniken (18,2%, $n = 6$), gibt vor allem das als gravierend wahrgenommene Defizit in Universitätskliniken und anderen Kliniken auf personeller Ebene im pflegerischen Bereich (69,7%, $n = 23$ und 56%, $n = 14$) im Vergleich zur Niederlassung und anderen Arbeitsstellen Anlass zum dringlichen Handeln. Dies ist vergleichbar mit den Ergebnissen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2017: dort kam man zu dem Ergebnis, dass über 75% der befragten ÄrztInnen an Kliniken einen ausgeprägten Wunsch nach einer höheren Personaldichte im pflegerischen Bereich äußerten [66,68], was unsere Feststellungen nur bestätigen können. Da niedergelassene ÄrztInnen in der Regel selbst über die Ausstattung ihrer Praxis bestimmen können und auch hinsichtlich des Personals einen größeren Spielraum haben, fielen die Ergebnisse dort weitaus positiver aus.

Zudem drängt auch das subjektiv bewertete Fehlen notwendiger IT vor allem in Universitätskliniken und Kliniken (27,3%, $n = 9$ und 16%, $n = 4$) im Vergleich zur Niederlassung und anderen Arbeitsstellen zur näheren Auseinandersetzung. Dies ist vor dem Hintergrund der zunehmenden und auch notwendigen

Digitalisierung sowie Technisierung der ärztlichen Tätigkeit in der Zukunft nicht hinnehmbar [39]. Einer der Teilnehmenden in einer Klinik kommentierte beispielsweise, er wünsche sich eine „bessere Organisation der administrativen Arbeitsabläufe, z.B. [durch die] digitale Akte“. Damit sei nur eine von vielen Möglichkeiten digitaler Aufrüstung genannt [39]. **Janus** et al. verzeichneten außerdem einen signifikanten Einfluss der Verfügbarkeit von moderner Technik und damit der Möglichkeit, hoch spezialisierte Medizin zu betreiben, auf die berufliche Zufriedenheit von ÄrztInnen [48]. Obwohl wir hinsichtlich mangelnder IT-Ressourcen keinen direkten Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit der Teilnehmenden feststellen konnten, so ist doch anzunehmen, dass diese Problematik in Zukunft eine größere Rolle hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit spielen könnte. Dies erscheint umso naheliegender, zumal wir bereits, wie erwähnt, einen Zusammenhang zwischen den – unter anderem auch aus dem IT-Defizit folgenden – Einschränkungen im Arbeitsalltag und der beruflichen Zufriedenheit nachweisen konnten.

Folglich erschließt sich auch, warum ÄrztInnen in Universitätskliniken und Kliniken deutlich häufiger in ihren Arbeitsabläufen beeinträchtigt waren (33,4%, n = 11 und 28%, n = 7) als ÄrztInnen in der Niederlassung oder an anderen Arbeitsstellen. Dass zudem die Situation an dermatologischen Abteilungen in Universitätskliniken als noch gravierender eingestuft wurde als an anderen Kliniken, drängt zu weiteren objektiven, quantitativen Nachforschungen. Diese sollten sich vor allem das Ausmaß personeller Engpässe im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch die qualitative und quantitative Ausstattung hinsichtlich IT und Operationsräumlichkeiten konzentrieren.

6.10.2 Einfluss des Geschlechts und des Alters

Signifikante Ergebnisse hinsichtlich Geschlecht und Alter in dieser Themendomäne lassen sich teilweise sicherlich aus dem Arbeitsplatz der ÄrztInnen ableiten, da Männer ab vierzig Jahren wesentlich häufiger in der Niederlassung vertreten waren als Frauen und jüngere ÄrztInnen bis vierzig Jahre, die vornehmlich an Kommunal- und Universitätskliniken arbeiteten. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede konnten folglich hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Mangels an Pflegepersonal bzw. Medizinischen Fachangestellten ($p = ,041$), Materialien ($p = ,019$) sowie der daraus entstehenden Beeinträchtigungen im Berufsalltag ($p = ,009$) festgestellt werden. Frauen gaben häufiger einen personellen Mangel und auch eher fehlende Materialien an ihrem Arbeitsplatz an, weshalb sich wohl auch mehr Frauen dadurch in ihrer Arbeit behindert sahen.

Für das Alter der Teilnehmenden stellten wir einen signifikanten Zusammenhang bezüglich personeller Defizite ($p = ,036$), fehlender Materialien ($p = ,014$), OP-Räumlichkeiten ($p = ,033$), IT ($p = ,017$) sowie folgender Auswirkungen auf die Arbeit ($p = ,001$) der ÄrztInnen her. Personelle Defizite beklagten vor allem ÄrztInnen bis fünfzig Jahren, zu wenige OP-Räume eher ÄrztInnen zwischen vierzig und sechzig

Jahren. Jüngere ÄrztInnen zwischen 31 und vierzig Jahren beklagten hingegen mit Abstand am häufigsten fehlende Ressourcen hinsichtlich IT (28,1%, n = 9) und verzeichneten zudem deutlich häufiger Einschränkungen ihrer Arbeit (34,4%, n = 11) als ÄrztInnen ab 41 Jahren. Diese Erkenntnisse implizieren, dass vor allem jüngere ÄrztInnen in der Dermatologie und Dermatochirurgie die Notwendigkeit einer digitalen Aufrüstung zur Erleichterung ihrer Arbeit sehen. Dies bestätigt bisherige Erkenntnisse: in einer Umfrage unter AssistenzärztInnen des Hartmannbundes 2021 wird deutlich, dass sich die absolute Mehrheit (83,31%) für eine Digitalisierung auch im beruflichen Alltag aussprach [42]. **Waeschler** et al. stellten sogar fest, dass eine technisch gute Ausstattung für Medizinstudierende eine Priorität bei der Auswahl des Arbeitgebers darstellte [114]. Vor diesem Hintergrund gewinnt das Thema IT und Digitalisierung im beruflichen Umfeld einen ganz anderen Stellenwert und scheint auch unter jüngeren DermatologInnen und DermatochirurgInnen an Wichtigkeit zu gewinnen.

6.11 Vergütung und Sonderleistungen

Janus et al. stellten fest, dass das Einkommen von ÄrztInnen als sehr wichtig eingestuft wurde, gleichzeitig diesbezüglich allerdings eine hohe Unzufriedenheit unter den befragten ÄrztInnen herrschte [48]. Auch bei **Rosta** et al. waren die befragten ÄrztInnen in Kliniken sehr unzufrieden hinsichtlich ihres Gehaltes [92]. Obwohl die meisten TeilnehmerInnen in unserer Befragung keine Vergütung für zusätzliche operative Leistungen erhielten (70,3%, n = 71), bestand bei einem großen Teil der ÄrztInnen Zufriedenheit bezüglich ihres Einkommens (40,4%, n = 42). Ungefähr jede/-r Dritte (27,9%, n = 29) der TeilnehmerInnen bewertete hingegen die Vergütung als inadäquat. Unsere Ergebnisse im Allgemeinen präsentieren sich im Vergleich eher positiv: in einer Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zeigte sich ein deutlich größerer Anteil an ChirurgInnen (61%) und auch Nicht-ChirurgInnen (47%) unzufriedener bezüglich finanzieller Entlohnung [12].

Die Wichtigkeit der finanziellen Vergütung auch bei den Teilnehmenden in unserer Befragung wird verdeutlicht, indem sich diese bei uns als ein höchst signifikanter positiver Prädiktor der Gesamtzufriedenheit der ÄrztInnen erwies ($p = ,001$). Auch **Jackson** et al. konnten einen höchst signifikanten Einfluss des Gehaltes auf die berufliche Zufriedenheit von ChirurgInnen feststellen [47]. Die Optimierung der finanziellen Vergütung stand zudem mitunter am häufigsten im Fokus der Forderungen zur Verbesserung der Arbeitssituation (13,1%, n = 8). Unsere Ergebnisse leiten daher wie auch bei **Jackson** et al. [47] zu der Annahme, dass die Sicherstellung einer adäquaten Vergütung der ÄrztInnen zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen könnte. Dies wird abermals durch die individuellen Antworten der ÄrztInnen deutlich: die Forderung nach einer Erhöhung des Gehaltes stand an zweiter Stelle zur Optimierung der Arbeitssituation (13,1%, n = 8). Einer der Teilnehmenden kommentierte, er wünsche sich eine „angemessene Vergütung für die erbrachte Leistung und die Verantwortung, die man trägt“.

6.11.1 Einfluss des Arbeitsplatzes

Die Differenzierung nach dem Arbeitsplatz der ÄrztInnen zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Bewertung des Gehaltes ($p = ,027$) und wie erwartet sogar einen höchst signifikanten Einfluss auf das Erhalten zusätzlicher Prämien für operative Leistungen ($p = ,000$). Es zeigte sich, dass, obwohl fast ausschließlich ÄrztInnen in der Niederlassung gesonderte Zahlungen für operative Leistungen erhielten (37,9%, $n = 11$), vor allem aber ÄrztInnen in Kliniken und Universitätskliniken ihre Entlohnung am positivsten bewerteten. ÄrztInnen an anderen Arbeitsstellen und in der Niederlassung waren am wenigsten zufrieden mit ihrem Gehalt; in der Niederlassung zeigten sich 34,4% ($n = 11$) eher zufrieden, niemand war sehr zufrieden. Niedergelassene ÄrztInnen in unserer Befragung scheinen damit im Vergleich deutlich unzufriedener als andere niedergelassene DermatologInnen und FachärztInnen im Allgemeinen. Bei Betrachtung des Ärztemonitor 2018 ist ersichtlich, dass ein Großteil der niedergelassenen DermatologInnen Zufriedenheit hinsichtlich ihres monatlichen Einkommens äußerten ($n = 71$ zufrieden vs. $n = 29$ unzufrieden) [54]. Ein Grund für unsere Ergebnisse könnte die Relation zwischen Einkommen und Wochenarbeitszeit bei niedergelassenen ÄrztInnen sein, da niedergelassene ÄrztInnen durch anfallende, zusätzliche Praxiskosten oft einen niedrigeren Stundenlohn erwirtschaften als angestellte ÄrztInnen und in der Folge längere Arbeitszeiten für ein vergleichbares Gehalt aufwenden müssen. Da sich in unserer Befragung sowohl ein höchst signifikanter Einfluss des Arbeitsplatzes auf die Anzahl wöchentlicher Mehrarbeit ergab ($p = ,001$) und diese mit Abstand am häufigsten mehr als 8 Stunden (51,7%, $n = 15$) verzeichneten, sind diese Vermutungen naheliegend. Im Zuge einer objektiven Beurteilung wären jedoch genauere Informationen hinsichtlich des Einkommens und beispielsweise auch der Umsatzrendite der Praxis nötig.

6.11.2 Einfluss des Geschlechts, des Alters und der funktionellen Position

Es konnte ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht ($p = ,000$) sowie ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter ($p = ,050$) der ÄrztInnen und der zusätzlichen Vergütung operativer Leistungen nachgewiesen werden: Männer erhielten deutlich häufiger Bonifikationen für ihre operative Tätigkeit als Frauen, zudem sank der Anteil derer, die überhaupt keine Sondervergütungen bekamen, mit zunehmendem Alter. Vor allem das Geschlecht sowie der Arbeitsplatz stellen damit die bestimmenden Variablen für den Erhalt einer finanziellen Sondervergütung operativer Leistungen dar und lassen sich vornehmlich auf die dominante Präsenz älterer Ärzte in der Niederlassung zurückführen.

Frauen in unserer Befragung zeigten sich zwar häufiger unzufrieden hinsichtlich ihrer finanziellen Situation als Männer (31,4%, $n = 16$ vs. 24,6%, $n = 13$), entgegen den Ergebnissen von **McMurray et al.** [71] war dieser Unterschied jedoch nicht signifikant. Im Gegensatz zu einer Studie unter ÄrztInnen aller Fachrichtungen in einem deutschen Universitätsklinikum [60] konnte wir auch keine signifikante

Korrelation zwischen dem Alter und der Zufriedenheit über die allgemeine finanzielle Situation feststellen.

Die funktionelle Position der TeilnehmerInnen hatte einen Einfluss auf die subjektive Beurteilung ihrer finanziellen Vergütung ($p = ,034$): ein großer Teil der OberärztInnen und allem voran ChefärztInnen und KlinikdirektorInnen waren mit Abstand am zufriedensten hinsichtlich ihres Gehaltes. Obwohl FachärztInnen in der Niederlassung deutlich häufiger für ihre operative Leistung vergütet wurden (42,9%, $n = 9$ vs. $n = 0$), waren diese sowohl in der Niederlassung als auch in der stationären Versorgung hingegen am unzufriedensten, gefolgt von knapp einem Drittel der OberärztInnen. Unsere Ergebnisse bestätigen damit nur teilweise die Feststellungen von **Mrowietz** et al. in einer Studie unter OberärztInnen einer deutschen, dermatologischen Klinik, die eine deutliche Unzufriedenheit bezüglich ihres als inadäquat empfundenen Einkommens äußerten [75]. Jedoch sind wir, wie auch **Mrowietz** et al. [75], der Auffassung, dass die Gewährleistung einer angemessenen Entlohnung auch die berufliche Zufriedenheit – nicht nur der OberärztInnen – erhöhen sollte.

6.12 Arbeitszufriedenheit der Teilnehmenden

Die ÄrztInnen in unserer Befragung zeigten sich insgesamt zufriedener als erwartet: über zwei Drittel (65,4%, $n = 68$) gaben eine hohe bis sehr hohe berufliche Zufriedenheit an, nur jeder Zehnte (9,6%, $n = 10$) war unzufrieden mit der beruflichen Situation. Diese Ergebnisse sind mit der Studie von **Janus** et al. vergleichbar: über 65% der Befragten zeigten sich mit ihrer Arbeitssituation eher bis sehr zufrieden [48]. Im Vergleich mit den Ergebnissen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2019 präsentieren sich ÄrztInnen in unserer Befragung deutlich zufriedener: dort waren lediglich 28% mit ihren aktuellen Arbeitsbedingungen zufrieden [68]. Lediglich das Alter der ÄrztInnen erwies sich als nahezu signifikanter Faktor ($p = ,055$): mit zunehmendem Alter stieg der Anteil an ÄrztInnen, die überwiegend bis sehr zufrieden mit ihrer Arbeitssituation waren, stetig an. Bei **Jackson** et al. und **Falkum** et al. zeigten sich ebenfalls eine Korrelation zwischen höherem Alter und einer höheren beruflichen Zufriedenheit [31,47]. Eine Erklärung für unsere Ergebnisse könnte sein, dass ältere ÄrztInnen bereits eine Anpassung ihrer Arbeitsumstände vorgenommen hatten, sodass sie besser zu ihren Lebensumständen passten und folglich zu einer höheren Zufriedenheit hinsichtlich beruflicher Umstände führten.

Wir fragten uns weiterhin, ob ein Unterschied zwischen besonders zufriedenen Teilnehmenden und denen, die nicht besonders zufrieden waren, bestand. Es konnten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Arbeitsbelastung, monetärer, personalbezogener und persönlicher Faktoren festgestellt werden. Signifikant zufriedener waren Männer, die bereits länger als dreißig Jahre Berufserfahrung hatten. Auch bei **Jackson** et al. waren im Umkehrschluss weibliches Geschlecht und

jüngeres Alter mit einer niedrigeren beruflichen Zufriedenheit assoziiert [47]. Besonders zufriedene ÄrztInnen hatten häufiger geregelte Arbeitszeiten und weniger Überstunden sowie folglich eine bessere Work-Life-Balance; zudem schien deren Arbeitsbelastung geringer zu sein, da sie subjektiv weniger Zeitdruck während der Arbeitszeit verspürten und genügend Zeit für direkten Patientenkontakt hatten. **Jackson** et al. fanden ebenfalls heraus, dass eine höhere durchschnittliche Anzahl an Überstunden und weniger Zeit für Familie und Freunde sowie Freizeitaktivitäten auch mit einer geringeren beruflichen Gesamtzufriedenheit assoziiert waren [47].

Besonders zufriedene ÄrztInnen bewerteten zudem personalbezogene Faktoren, wie die Zusammenarbeit mit KollegInnen, anderen Berufsgruppen und Vorgesetzten sowie die Arbeitsatmosphäre, besser als nicht besonders zufriedene Teilnehmende. Auch **Janus** et al. bestätigen einen Einfluss des Arbeitsklimas sowie kollegialer und hierarchischer Beziehungen auf die Arbeitszufriedenheit [48]. In einer Studie von **Harris** et al. unter Personal in australischen allgemeinmedizinischen Praxen konnte ebenfalls ein gutes Arbeitsklima mit einer generell höheren beruflichen Zufriedenheit assoziiert werden [40]. **Aalto** et al. wiesen wiederum nach, dass ein schlechtes Arbeitsklima und ungenügende kollegiale Unterstützung mit höherem Stress und Schlafproblemen assoziiert waren; eine gute Arbeitsatmosphäre im Team wirkt folglich protektiv hinsichtlich des Stressrisikos und kann auch mit einer gesteigerten Leistungsfähigkeit in Verbindung gebracht werden [1]. Auch hinsichtlich monetärer Faktoren bestand ein Unterschied zwischen besonders und weniger zufriedenen ÄrztInnen: besonders zufriedene ÄrztInnen zeigten sich bezüglich ihrer Vergütung zufriedener; **Jackson** et al. konnten ebenfalls einen Einfluss der Vergütung auf die berufliche Zufriedenheit feststellen [47]. Zudem konnten **Bohrer** et al. unter anderem einen signifikanten Einfluss der Unzufriedenheit über finanzielle Vergütung und einer reduzierten Lebensqualität von Chirurgen nachweisen [12]. **Mrowietz** et al. ermahnten in ihrer Studie, dass in Deutschland nach wie vor Unterschiede in der Bezahlung zwischen Kliniken, Universitätskliniken und niedergelassenen ÄrztInnen bestünden – was sich mit den Ergebnissen unserer Studie deckt – und betonten, dass eine Optimierung der Vergütung die berufliche Zufriedenheit positiv beeinflussen könnte [75], was auch unsere Ergebnisse implizieren.

Besonders zufriedene ÄrztInnen empfanden die Anforderungen des Facharzt kataloges eher als ausreichend als weniger zufriedene ÄrztInnen, zudem hatten diese eher die Möglichkeit der Erweiterung der eigenen operativen Kenntnisse und Fähigkeiten. Dies suggeriert, dass neben einer adäquaten Weiterbildung auch die eigene Fortbildung einen Stellenwert hinsichtlich der beruflichen Zufriedenheit hatte. Zudem war ein geringerer Personalmangel an Pflegefachkräften höchst signifikant mit einer besonders hohen beruflichen Zufriedenheit vergesellschaftet. Bestätigung findet dies durch eine Studie eines deutschen Universitätsklinikums von **Sturm** et al., die eine negative Korrelation zwischen der wachsenden Arbeitsbelastung von Pflegefachkräften und der beruflichen Zufriedenheit von Ärzten sowie deren Auffassung der personellen Besetzung feststellen konnten [107]. Besonders zufriedene

Teilnehmende hatten hinzukommend eher keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch ihre Arbeitszeiten und waren hinzukommend weniger gestresst. Und auch bei **Jackson** et al. gingen ein niedrigeres Wohlbefinden und ein subjektiv wahrgenommener schlechterer Gesundheitszustand mit einer geringeren beruflichen Zufriedenheit einher [47].

Obwohl sich für andere Faktoren keine signifikanten Werte ergaben, so muss doch erwähnt werden, dass sich ÄrztInnen in der Niederlassung und Teilnehmende mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag häufiger als besonders zufrieden einstuften. Auch in der Befragung niedergelassener DermatologInnen durch die KBV und den Virchow-Bund ist ersichtlich, dass sich diese als überwiegend zufrieden präsentierten: nur $n = 13$ DermatologInnen waren nicht mit ihrer Arbeit zufrieden waren, $n = 86$ hingegen überwiegend oder sehr zufrieden [54]. **Janus** et al. gelangten außerdem zu dem Ergebnis, dass ein unbefristeter Arbeitsvertrag sich positiv auf die berufliche Zufriedenheit auswirkte [48]. Auch wenn sich dieser Unterschied zwischen besonders zufriedenen und weniger zufriedenen ÄrztInnen in unserer Befragung nicht als signifikant erwies, so ist doch anzunehmen, dass auch die Arbeitsplatzsicherheit auch unter ÄrztInnen in unserer Befragung eine Rolle hinsichtlich der beruflichen Zufriedenheit spielen könnte.

Mittels multipler Regressionsanalysen ermittelten wir weiterhin einen Einfluss sowohl monetärer als auch nicht-monetärer Faktoren auf die berufliche Zufriedenheit der ÄrztInnen in der Dermatologie und Dermatochirurgie. Unsere Ergebnisse überschneiden sich, wie bereits in den einzelnen Sinnabschnitten dargestellt, überwiegend mit den Erkenntnissen von **Jackson** et al. sowie **Janus** et al. [47,48]. Die Beeinträchtigung der Gesundheit ($p = ,020$), die durch Ausstattungsdefizite bedingten Einschränkungen im Arbeitsalltag ($p = ,016$) sowie die Bewertung der Anforderungen des Fachartzkataloges ($p = ,010$) sagten signifikant die berufliche Zufriedenheit der ÄrztInnen voraus. Die kollegiale Zusammenarbeit ($p = ,001$), personelle Defizite im Bereich der Pflege ($p = ,001$), die Zufriedenheit mit der finanziellen Vergütung ($p = ,001$) sowie die subjektiv wahrgenommene Belastung durch die Arbeitszeiten ($p = ,000$) erwiesen sich hinzukommend als höchst signifikante Prädiktoren der Arbeitszufriedenheit.

Unsere Erkenntnisse bestätigen damit gängige Ergebnisse sowohl angloamerikanischer als auch deutscher Studien auch für den operativen Sektor der Dermatochirurgie. Wir nehmen an, dass vor allem eine Optimierung jener Faktoren, die wir als signifikante Prädiktoren der beruflichen Zufriedenheit identifizierten, dazu beitragen könnte, die Arbeitszufriedenheit der ÄrztInnen und damit letztlich auch deren Lebenszufriedenheit zu steigern. Dies könnte dazu beitragen, dass sich im Zuge eines vermehrten Bedarfs an DermatochirurgInnen in der Zukunft dieses Fachgebiet für NachwuchsärztInnen attraktiver gestalten könnte und so unter anderem durch vermehrte Abwanderung ins Ausland bedingte personelle Defizite im ärztlichen Bereich vermieden werden könnten.

6.13 Fazit

Soweit uns bekannt ist, ist dies die erste Studie, die die Arbeitszufriedenheit des im operativen Bereich der Dermatologie tätigen Personals untersucht. Wir erlangen einen breit gefächerten Einblick über wichtige sowohl private als auch berufliche Aspekte im Leben unserer Teilnehmenden. Erfreulicherweise sind die meisten ÄrztInnen insgesamt zufrieden mit ihrer aktuellen Arbeitssituation. Die Rückmeldung bezüglich des personellen Arbeitsklimas sowie anderer personalbezogener Faktoren ist sehr positiv. Auch die Work-Life-Balance wird im Vergleich zu anderen Fachrichtungen als besser eingeschätzt. Zudem besteht großes Interesse der Teilnehmenden an dermatochirurgischer Fortbildung. Viele dieser insgesamt positiven Ergebnisse werden durch andere Studien bestätigt.

Daneben können jedoch auch einige Schwächen und Defizite in diesem Arbeitsfeld identifiziert werden. Ein allgegenwärtiges Problem ergibt sich aus häufiger Mehrarbeit durch beispielsweise enorm hohe bürokratische Anforderungen, einem hohen Patientenumsatz bei gleichzeitigem Personalmangel, hier speziell im pflegerischen Bereich. Beide Aspekte haben einen negativen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit der ÄrztInnen. Eine ernstzunehmende Problematik ergibt sich auch durch offensichtliche, strukturelle Defizite bei der fachärztlichen Ausbildung der WeiterbildungsassistentInnen, die von einer Neu-Strukturierung unter anderem des operativen Parts ihrer Weiterbildung nur profitieren würden. Trotz des deutlichen Interesses an dermatochirurgischer Fortbildung wird diese von vielen Arbeitgebern kaum durch finanzielle Mittel unterstützt. Dies muss also von ÄrztInnen aus eigener Tasche gestemmt werden, obwohl daneben auch die Meinungen bezüglich der finanziellen Entlohnung ihrer Arbeit divergieren. Nicht zuletzt führen mitunter diese Umstände zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einiger und vor allem jüngerer Teilnehmenden, was als Anlass zur Überarbeitung einiger struktureller Gegebenheiten und als Anstoß zur Intervention dienen sollte. Vor allem Frauen sind subjektiv durch ihre Arbeitszeitgestaltung in Hinblick auf die Work-Life-Balance belastet, weshalb Vorkehrungen zur besseren Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf vor allem für Ärztinnen getroffen werden sollten.

Wir können des Weiteren signifikante monetäre und nicht-monetäre Prädiktoren der Arbeitszufriedenheit von dermatologisch und -chirurgisch tätigen ÄrztInnen identifizieren, die Ansatzpunkte für zukünftige Bemühungen darstellen sollten. Die im Allgemeinen doch recht positiven Rückmeldungen über das Arbeiten im operativen Sektor der Dermatologie bestätigten unsere Erwartungen zu einem großen Teil; die herausgearbeiteten Kritikpunkte waren für uns ebenfalls nicht sonderlich überraschend, da diese Fachgebiet-übergreifend waren und teilweise bereits seit Jahren in Fachkreisen diskutiert werden.

Einige unserer Befragungsergebnisse bieten zudem Raum für weiterführende Untersuchungen, da einige Bereiche in unserer Studie durch die große Themenbandbreite nur oberflächlich angeschnitten werden konnten. So könnten beispielsweise genauere Defizite in der Ausbildung von WeiterbildungsassistentInnen sowie effektive Optimierungsvorschläge für die wachsende Bürokratisierung in der

Medizin, speziell der Dermatochirurgie, herausgearbeitet werden. Auch genauere Investigationen hinsichtlich der Gesamtarbeitszeit und der systematischen Erfassung und Kompensation geleisteter Mehrarbeit wären einer objektiveren Beurteilung förderlich. Zudem wäre eine Befragung des operativen Personals in der Dermatologie über den generellen Einfluss der COVID-19-Pandemie und sich dadurch eventuell geänderte Arbeitsbedingungen sowie Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit von Interesse.

7. Verzeichnisse

7.1 Abkürzungsverzeichnis

ArbZG	Arbeitszeitgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
bzgl.	bezüglich
DGDC	Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
et al.	et alii
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV-System	Kassenärztliche Vereinigung-System
MGPO	Massachusetts General Physicians Organization
MuBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MWBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
TdL	Tarifgemeinschaft der Länder
TV-Ärzte	Tarifvertrag-Ärzte
UK	United Kingdom
USA	United States of America
VKA	Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berufstätige ÄrztInnen der Dermatologie und Venerologie sowie Plastischen und Ästhetischen Chirurgie in Deutschland im Wandel von 2010 bis 2019.....	7
Abbildung 2: Alter nach Geschlecht (Gesamtzahl aller Antworten).....	18
Abbildung 3: Arbeitsplatz nach Geschlecht.....	19
Abbildung 4: Karrieregrad (Gesamtzahl aller Antworten in %).....	20
Abbildung 5: Familienstand (Gesamtzahl aller Antworten in %).....	22
Abbildung 6: Kinder nach Geschlecht	23
Abbildung 7: Dienstzeit nach Karrieregrad.....	24
Abbildung 8: Anfahrtsweg nach Arbeitsplatz.....	26
Abbildung 9: Unregelmäßige Arbeitszeiten (Gesamtzahl aller Antworten in %).....	27
Abbildung 10: Regelmäßige Überstunden (Gesamtzahl aller Antworten in %).....	29
Abbildung 11: Anzahl der Überstunden nach Geschlecht.....	29
Abbildung 12: Anzahl der Überstunden nach Karrieregrad.....	31
Abbildung 13: Anzahl der Überstunden nach Arbeitsplatz.....	32
Abbildung 14: Bereiche für Überstunde (Gesamtzahl aller Antworten in %).....	34
Abbildung 15: Bereitschaft für Überstunden nach Karrieregrad.....	37
Abbildung 16: Belastung durch Arbeitszeiten nach Geschlecht.....	39
Abbildung 17: Zeitdruck während der Arbeit (Gesamtzahl aller Antworten in %).....	40
Abbildung 18: Zufriedenheit bzgl. der Zeit für direkten Patientenkontakt nach Geschlecht.....	40
Abbildung 19: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit unter ÄrztInnen nach Geschlecht.....	43
Abbildung 20: Zufriedenheit bzgl. der Teamatmosphäre nach Arbeitsplatz.....	45
Abbildung 21: Ausreichende Unterstützung durch den Vorgesetzten (Gesamtzahl aller Antworten in %).	47
Abbildung 22: Ausreichende Unterstützung durch den Vorgesetzten nach Arbeitsplatz.....	49
Abbildung 23: Einfluss der Verwaltung auf das ärztliche Handeln (Gesamtzahl aller Antworten in %).	50
Abbildung 24: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit mit der Verwaltung (Gesamtzahl aller Antworten in %).	51
Abbildung 25: Ausreichende Unterstützung durch die Verwaltung (Gesamtzahl aller Antworten in %).	52
Abbildung 26: Nutzung der tariflich vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zur Weiterbildung in der Dermatochirurgie (Gesamtzahl aller Antworten in %).	53
Abbildung 27: Kenntnis über tariflich vorgeschriebene Arbeitsbefreiungen zur Weiterbildung nach Alter.....	55
Abbildung 28: Finanzielle Subvention zu Weiterbildungszwecken nach Karrieregrad.....	56

Abbildung 29: Finanzielle Subvention zu Weiterbildungszwecken nach Arbeitsplatz.....	58
Abbildung 30: Interesse an beruflichem Aufstieg (Gesamtzahl aller Antworten in %)......	59
Abbildung 31: Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung beim Arbeitgeber (Gesamtzahl aller Antworten in %)......	60
Abbildung 32: Interesse an beruflichem Aufstieg nach Alter.....	61
Abbildung 33: Ausreichende Anforderungen des Facharzkataloges (Gesamtzahl aller Antworten in %)......	62
Abbildung 34: OP-Rotationsplan für WeiterbildungsassistentInnen nach Arbeitsplatz.....	64
Abbildung 35: Möglichkeit zum Erlernen neuer Operationsmethoden nach Arbeitsplatz.....	65
Abbildung 36: Möglichkeit zur Weitergabe von OP-Methoden nach Karrieregrad.....	66
Abbildung 37: Personalmangel nach Arbeitsplatz.....	67
Abbildung 38: Mangel an notwendiger IT nach Arbeitsplatz.....	68
Abbildung 39: Beeinträchtigung der Arbeit durch jeweiligen Mangel nach Arbeitsplatz.....	70
Abbildung 40: Angemessene Entlohnung nach Arbeitsplatz.....	71
Abbildung 41: Zusätzliche Vergütung operativer Leistungen (Gesamtzahl aller Antworten in %).	72
Abbildung 42: Beeinträchtigung des Privatlebens durch den Job (Gesamtzahl aller Antworten in %)......	73
Abbildung 43: Unproblematische Bewältigung des Arbeitsstresses (Gesamtzahl aller Antworten in %)......	74
Abbildung 44: Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit durch den Job (Gesamtzahl aller Antworten in %)......	78
Abbildung 45: Gesamtzufriedenheit mit beruflicher Situation (Gesamtzahl der Antworten in %).	80
Abbildung 46: Gesamtzufriedenheit mit beruflicher Situation nach Arbeitsplatz.....	81

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Allgemeine Daten der Teilnehmenden (% an der Gesamtzahl der Antworten).....	16-18
Tabelle 2: Arbeitsplatz nach Alterskategorie.....	20
Tabelle 3: Arbeitsplatz nach Status.....	21
Tabelle 4: Kinder nach Arbeitsplatz.....	23
Tabelle 5: Anstellungsverhältnis und Arbeitszeitmodell nach Alterskategorie.....	25
Tabelle 6: Unregelmäßige Arbeitszeiten nach Alterskategorie.....	28
Tabelle 7: Anzahl der durchschnittlichen Überstunden pro Woche nach Alterskategorie.....	30
Tabelle 8: Regelmäßig anfallende Überstunden nach Arbeitsplatz.....	31
Tabelle 9: Freitextantworten zu den Ursachen für angefallene Mehrarbeitsstunden (Freitextfrage 9.2).....	32/33
Tabelle 10: Bereiche für Überstunden nach Karrieregrad.....	35
Tabelle 11: Freitextantworten zu den „anderen Bereichen“ für Überstunden (Freitextfrage 9.2.2).....	35
Tabelle 12: Zitate aus den Freitextantworten zu den „anderen Bereichen“ für Überstunden gegliedert nach Arbeitsplätzen (Freitextfrage 9.2.2).....	36
Tabelle 13: Freitextantworten zu den „anderen Bereichen“, in denen Bereitschaft für Überstunden bestand (Freitextfrage 9.2.3).....	37/38
Tabelle 14: Zufriedenheit bzgl. der Zeit für direkten Patientenkontakt nach Alterskategorie.....	41
Tabelle 15: Zufriedenheit bzgl. der Atmosphäre im Team nach Geschlecht.....	42
Tabelle 16: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit unter ÄrztInnen nach Alterskategorie.....	43
Tabelle 17: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen nach Karrieregrad.....	44
Tabelle 18: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen nach Arbeitsplatz.....	45
Tabelle 19: Zufriedenheit bezüglich der Kooperation mit dem Vorgesetzten nach Alterskategorie....	47
Tabelle 20: Zufriedenheit bzgl. der Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten nach Arbeitsplatz.....	48
Tabelle 21: Nutzung der tariflich vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zur Weiterbildung in der Dermatochirurgie nach Geschlecht.....	54
Tabelle 22: Kenntnis über tarifliche Freistellungen zur Weiterbildung nach Karrieregrad.....	56
Tabelle 23: Berücksichtigung der zeitlichen Freistellung für Fortbildungsveranstaltungen nach Arbeitsplatz.....	57
Tabelle 24: Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung nach Arbeitsplatz.....	60
Tabelle 25: Antworthäufigkeiten zu den Fragen 11.6 bis 11.8.....	63
Tabelle 26: Möglichkeit zum Erlernen neuer Operationsmethoden nach Karrieregrad.....	65
Tabelle 27: Möglichkeit zur Weitergabe von OP-Methoden nach Arbeitsplatz.....	66
Tabelle 28: Mangel an Operations-Räumlichkeiten nach Arbeitsplatz.....	68

Tabelle 29: Mangel an notwendiger IT nach Alter.....	69
Tabelle 30: Angemessene Vergütung der Arbeit nach Karrieregrad.....	71
Tabelle 31: Beeinträchtigung des Privatlebens durch den Job nach Geschlecht.....	74
Tabelle 32: Unproblematische Bewältigung des Arbeitsstresses nach Karrieregrad.....	75
Tabelle 33: Beeinträchtigung des Privatlebens durch den Job nach Arbeitsplatz.....	75
Tabelle 34: Freitextantworten zu den Auswirkungen des Arbeitsalltages auf das Privatleben (Freitextfrage 13.1).....	76/77
Tabelle 35: Folgen für körperliche und geistige Gesundheit durch den Job nach Alter.....	79
Tabelle 36: Gesamtzufriedenheit mit beruflicher Situation nach Alter.....	80
Tabelle 37: Freitextantworten zu gewünschten Änderungen bezüglich der Arbeitssituation (Freitextfrage 13.4).....	82
Tabelle 38: nach Karrieregruppen geordnete Auswahl von Zitaten zu Freitextfrage 13.4.....	83/84
Tabelle 39: nach Arbeitsplätzen geordnete Auswahl von Zitaten aus den Freitextantworten zu gewünschten Änderungen bezüglich der Arbeitssituation (Freitextfrage 13.4).....	84-86
Tabelle 40: Prädiktoren für die berufliche Zufriedenheit (Regressionsanalysen mit beruflicher Zufriedenheit als abhängiger Variable).....	87/88

7.4 Literaturverzeichnis

1. Aalto A-M, Heponiemi T, Josefsson K, Arffman M, Elovainio M (2018) Social relationships in physicians' work moderate relationship between workload and wellbeing-9-year follow-up study. *European Journal of Public Health* 28:798–804
2. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288:1987–1993
3. Ansorg J, Hassan I, Fendrich V, Polonius MJ, Rothmund M, Langer P (2005) Qualität der chirurgischen Weiterbildung in Deutschland. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130:508–513
4. Augustin M, Girbig G, Hertl M, Elsner P, Welzel J, Honak L, Hischke S, Biedermann T (2021) Status quo and perspectives of dermatology hospitals in Germany: spectra of health care and staff situation. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 19:14–23
5. Axt S, Johannink J, Storz P, Mees ST, Röth AA, Kirschniak A (2016) Chirurgische Weiterbildung an deutschen Kliniken – Wunsch und Realität. *Zentralblatt für Chirurgie - Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie* 141:290–296
6. Barat A, Goldacre MJ, Lambert TW (2018) Career Choices and Career Progression of Junior Doctors in Dermatology: Surveys of UK Medical Graduates. *Dermatology Research and Practice* 2018:2092039
7. Bauer J, Groneberg DA (2013) Distress among physicians in hospitals - an investigation in Baden-Württemberg, Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 138:2401–2406
8. Bauer J, Groneberg DA (2017) Distress Among Surgeons - a Study in German Hospitals. *Zentralblatt für Chirurgie* 142:590–598
9. Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) Facharzt Dermatologie: Klinikzeiten in der Weiterbildung sind wichtig. Online verfügbar unter <https://www.bvdd.de/aktuelles-presse/newsroom/pressemitteilungen/details/facharzt-dermatologie-klinikzeiten-in-der-weiterbildung-sind-wichtig/>. Letzter Zugriff am 19.07.2022.
10. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E (2015) Burnout-depression overlap: a review. *Clinical Psychology Review* 36:28–41
11. Boecke W, Andreas M, Herausgeber (2014) Chefarztdienstvertrag 10. Auflage. *ArztRecht* 49:1–28
12. Bohrer T, Koller M, Schlitt HJ, Bauer H, German Society of Surgery (2011) Workload and quality of life of surgeons. Results and implications of a large-scale survey by the German Society of Surgery. *Langenbeck's Archives of Surgery* 396:669–676
13. Bornschein S, Erbas B, Borelli S, Emminger C, Hesse J, Pilz J, Schwarzkopf-Steinhauser G, Wenzl H, Kunze D, Borelli C (2006) Working hours and job satisfaction among physicians in hospitals and general practice in Munich. Results of an anonymous

questionnaire. Gesundheitswesen 68:535–544

14. Bruns W (2016) Fortbildungsverpflichtung und Fort bildungsurlaub. *ArztRecht* 145–151
15. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Klaghofer R (2008) Family and career planning in young physicians. *Gynakologisch-geburtshilfliche Rundschau* 48:234–240
16. Bundesamt für Justiz (2018) NiSV - Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen. Online verfügbar unter <http://www.gesetze-im-internet.de/nisv/BJNR218700018.html>. Letzter Zugriff am 08.06.2020.
17. Bundesamt für Justiz Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/arbzg/BJNR117100994.html>. Letzter Zugriff am 27.06.2022.
18. Bundesamt für Strahlenschutz (2019) Schutzmaßnahmen bei Laseranwendungen. Online verfügbar unter <https://www.bfs.de/DE/themen/opt/anwendung-alltag-technik/laser/schutz/schutz-laser.html>. Letzter Zugriff am 08.06.2022.
19. Bundesärztekammer (2013) (Muster-)Fortbildungsordnung 2013. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/_Muster-_Fortbildungsordnung_29052013.pdf. Letzter Zugriff am 20.07.2022.
20. Bundesärztekammer (2018) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20220625_MWBO-2018.pdf. Letzter Zugriff am 19.07.2022.
21. Bundesärztekammer (2019) Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/WEBStatistik_2019_k.pdf. Letzter Zugriff am 21.09.2020.
22. Carlson M, Morrison R (2009) Study design, precision, and validity in observational studies. *Journal of palliative medicine* 12:77–82
23. Creed PA, Searle J, Rogers ME (2010) Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Social Science & Medicine* 71:1084–1088
24. De Ridder D (2012) How to add more „family“ to the work-life-balance? - family friendliness in medical under- and postgraduate studies and the workplace. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 29:Doc22
25. Degen C, Weigl M, Glaser J, Li J, Angerer P (2014) The impact of training and working conditions on junior doctors' intention to leave clinical practice. *BMC Medical Education* 14:119
26. Deutsche Krebsgesellschaft (2020) Hautkrebs: Definition und Häufigkeit. Online verfügbar unter <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/hautkrebs/malignes-melanom-schwarzer->

hautkrebs/definition-und-haeufigke/articles/onko-internetportal-basis-informationen-krebs-krebsarten-hautkrebs-malignes-melanom-schwarzer-hautkrebs-definition-und-haeufigke.html. Letzter Zugriff am 14.09.2020.

27. Diepgen TL (2003) Demographic changes in Germany. Consequences in health policy and dermatology. *Hautarzt* 54:804–808
28. Dräger S, Gibis B, Jacob R, Kopp J, Trebar B (2019) The Situation of Employed Doctors in Outpatient Care in Germany: Results of an Empirical Study. *Gesundheitswesen* 83:425–431
29. Elsner P (2021) New specialist training regulations in dermatology: Old wine in new bottles? *Hautarzt* 72:533–534
30. Eysenbach G, Wyatt J (2002) Using the Internet for surveys and health research. *Journal of medical Internet research* 4:e13
31. Falkum E, Vaglum P (2005) The relationship between interpersonal problems and occupational stress in physicians. *General Hospital Psychiatry* 27:285–291
32. Friedrich M, Popov A, Schmitto J, Bireta C, Emmert A, Tirilomis T (2011) Sollarbeitszeit und maximale Arbeitszeit bei angestellten Ärzten. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 136:1377–1383
33. Fuss I, Nübling M, Hasselhorn H-M, Schwappach D, Rieger MA (2008) Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 8:353
34. Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra BP, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, Rothe K, van den Bussche H (2012) Do female medical graduates have different views on professional work and workload compared to their male colleagues? Results of a multicenter postal survey in Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137:1242–1247
35. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020) Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten im Krankenhaus. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2374/FKH-R_2020-12-03_iK-2020-12-01.pdf. Letzter Zugriff am 21.07.2022.
36. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA (2000) Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine* 15:122–128
37. Hämmig O (2020) Work- and stress-related musculoskeletal and sleep disorders among health professionals: a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC* 21:319
38. Hancke K, Igl W, Toth B, Bühren A, Ditsch N, Kreienberg R (2014) Work-life balance of German gynecologists: a web-based survey on satisfaction with work and private life. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 289:123–129

39. Haring R, Herausgeber (2018) *Gesundheit digital: Perspektiven zur Digitalisierung im Gesundheitswesen*. Springer-Verlag, Berlin
40. Harris MF, Proudfoot JG, Jayasinghe UW, Holton CH, Powell Davies GP, Amoroso CL, Bubner TK, Beilby JJ (2007) Job satisfaction of staff and the team environment in Australian general practice. *The Medical Journal of Australia* 186:570–573
41. Hartmannbund (2018) *Assistenzärzte im Hartmannbund 2018/2019*. Online verfügbar unter <https://www.hartmannbund.de/wp-content/uploads/2019/08/HB-Assistenzarztumfrage-2018-2019.pdf>. Letzter Zugriff am 20.07.2022.
42. Hartmannbund *Assistenzarztumfrage 2021*. Online verfügbar unter https://www.hartmannbund.de/wp-content/uploads/2021/04/Assistenzarztumfrage_2021_Ergebnisse-komplett.pdf. Letzter Zugriff am 16.07.2022.
43. Heller AR, Heller SC (2009) The family-friendly hospital: (how) does it work? *Der Anaesthesist* 58:571–581
44. Helms S, Rost S, Van Linden A, Beckmann A, Dohle D-S (2018) Assistentenbefragung 2016 des Jungen Forums der DGTHG: Alles beim Alten oder neue Erkenntnisse? *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* 32:510–519
45. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M (2002) Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry* 159:1563–1569
46. Holzer E, Tschan F, Kottwitz MU, Beldi G, Businger AP, Semmer NK (2019) The workday of hospital surgeons: what they do, what makes them satisfied, and the role of core tasks and administrative tasks; a diary study. *BMC surgery* 19:112
47. Jackson TN, Percy CP, Khorgami Z, Agrawal V, Taubman KE, Truitt MS (2018) The Physician Attrition Crisis: A Cross-Sectional Survey of the Risk Factors for Reduced Job Satisfaction Among US Surgeons. *World Journal of Surgery* 42:1285–1292
48. Janus K, Amelung VE, Gaitanides M, Schwartz FW (2007) German physicians „on strike“ - shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 82:357–365
49. Joachim SC, Bitzinger D, Arnold H, Lermann J, Oechtering TH, Schott S, Schulte K, Raspe M (2020) Work and Training of Young Doctors in Germany - a Comprehensive Analysis of Survey Results from Six Disciplines. *Gesundheitswesen* 82:227–235
50. Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, Krakau M, Bein T, Janssens U (2018) Impact of nursing staff shortage on intensive care medicine capacity in Germany. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 114:327–333
51. Kasch R, Engelhardt M, Förch M, Merk H, Walcher F, Fröhlich S (2016) Physician Shortage: How to Prevent Generation Y From Staying Away - Results of a Nationwide Survey. *Zentralblatt für Chirurgie* 141:190–196
52. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016) *Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte*

- und Vertragspsychotherapeuten. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Fortbildungsregelung_der_KBV.pdf. Letzter Zugriff am 20.07.2022.
53. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2016) Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V1. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf
 54. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., (NAV-Virchow-Bund) (2018) Ärztemonitor 2018, Ergebnisse nach Facharztgruppen. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Facharztgruppen_20180615.pdf. Letzter Zugriff am 13.07.2022.
 55. Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T (2007) Women in medicine - is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical Education* 41:39–49
 56. Kimball AB (2003) Dermatology: a unique case of specialty workforce economics. *Journal of the American Academy of Dermatology* 48:265–270
 57. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O (2010) Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care* 22:525–530
 58. Körber M, Schmid K, Drexler H, Kiesel J (2018) Subjective Workload, Job Satisfaction, and Work-Life-Balance of Physicians and Nurses in a Municipal Hospital in a Rural Area Compared to an Urban University Hospital. *Gesundheitswesen* 80:444–452
 59. Kunte C, Pfützner W, Kerschenlohr K, Konz B (2008) Dermatology - a surgical discipline - as exemplified by surgical procedures at the Hospital of Munich Thalkirchner Strasse. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 6:555–561
 60. Laubach W, Fischbeck S (2007) Job satisfaction and the work situation of physicians: a survey at a German university hospital. *International Journal of Public Health* 52:54–59
 61. Levin KA (2006) Study design III: Cross-sectional studies. *Evid Based Dent* 7:24–25
 62. Linzer M, Gerrity M, Douglas JA, McMurray JE, Williams ES, Konrad TR, Group (CSSG) for the S of GIM (SGIM) CSS (2002) Physician stress: results from the physician worklife study. *Stress and Health* 18:37–42
 63. Maier PDGW Was ist „Arbeitszufriedenheit“? Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Online verfügbar unter <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/arbeitszufriedenheit-28618>. Letzter Zugriff am 17.09.2020.
 64. Marburger Bund (2013) Gesamtauswertung MB-Monitor 2013. Online verfügbar unter <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/3.gesamtauswertung-mb-monitor-2013-1-08032013-pk.pdf>, Letzter Zugriff 17.07.2022.

65. Marburger Bund (2015) Positionspapier des Marburger Bund-Bundesverbandes zur ärztlichen Fortbildung. Online verfügbar unter <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-07/mb-positionspapier-zur-aerztlichen-fortbildung-08-05-2015.pdf>. Letzter Zugriff am 24.07.2022.
66. Marburger Bund (2017) Gesamtauswertung MB-Monitor 2017. Online verfügbar unter <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/gesamtauswertung-mb-monitor-2017-presse-pk-website.pdf>. Letzter Zugriff am 17.07.2022.
67. Marburger Bund (2017) Standard-Anstellungsvertrag für sich im ambulanten Bereich weiterbildende Ärzte. Online verfügbar unter <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-07/2017-02-02-standard-av-fuer-sich-im-amb-bereich-weiterbild-aerzte-final.pdf>. Letzter Zugriff am 24.07.2022.
68. Marburger Bund (2019) MB-Monitor 2019. Online verfügbar unter <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2020-01/Gesamtauswertung%20-%20MB-Monitor%202019-presse.pdf>. Letzter Zugriff am 17.07.2022.
69. Marburger Bund (2021) MB-Barometer „Ärztliche Weiterbildung“. Online verfügbar unter https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2021-10/MB-Barometer_grafische%20Darstellung.pdf. Letzter Zugriff am 27.07.2022.
70. Mattessich S, Shea K, Whitaker-Worth D (2017) Parenting and female dermatologists' perceptions of work-life balance. *International Journal of Women's Dermatology* 3:127–130
71. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K (2000) The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *Journal of General Internal Medicine* 15:372–380
72. Meissner M, Kaufmann R (2016) Dermatosurgery in the elderly. *Hautarzt* 67:153–159
73. Ministerium der Justiz Saarland (2010) Saarländisches Bildungsfreistellungsgesetz (SBFG). Online verfügbar unter https://recht.saarland.de/jportal/recherche3doc/BiFreistG_SL_2010.pdf?json=%7B%22format%22%3A%22pdf%22%2C%22params%22%3A%7B%22fixedPart%22%3A%22true%22%7D%2C%22docPart%22%3A%22X%22%2C%22docId%22%3A%22jlr-BiFreistGSL2010rahmen%22%2C%22portalId%22%3A%22bssl%22%7D&_=%2FBiFreistG_SL_2010.pdf. Letzter Zugriff am 22.07.2022.
74. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN (2016) An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest* 150:17–26
75. Mrowietz U, Rott S (2007) Survey regarding the status of senior physicians in German dermatology clinics. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 5:1002–1007
76. Nagler AR, Shinkai K, Kimball AB (2020) Burnout Among All Groups of Physicians-Mitigation Strategies for Dermatologists. *JAMA Dermatology* 156:1049–1050

77. Ng-Sueng LF, Vargas-Matos I, Mayta-Tristán P, Pereyra-Eliás R, Montenegro-Idrogo JJ, Inga-Berrospi F, Ancalli F, Bonilla-Escobar F, Diaz-Velez C, Gutierrez-Quezada E, Gomez-Alhach J, Muñoz-Medina CE, Sanchez-Pozo A, Vidal M, Red LIRHUS (2016) Gender Associated with the Intention to Choose a Medical Specialty in Medical Students: A Cross-Sectional Study in 11 Countries in Latin America. *PLOS ONE* 11:e0161000
78. Ochsendorf F, Welzel J (2021) Kompetenzorientierte Weiterbildung in der Dermatologie. *Hautarzt* 72:535–548
79. O’Dowd E, O’Connor P, Lydon S, Mongan O, Connolly F, Diskin C, McLoughlin A, Rabbitt L, McVicker L, Reid-McDermott B, Byrne D (2018) Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC health services research* 18:730
80. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M (2018) Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences* 8:98
81. Petit Dit Dariel O, Cristofalo P (2018) A meta-ethnographic review of interprofessional teamwork in hospitals: what it is and why it doesn’t happen more often. *Journal of Health Services Research & Policy* 23:272–279
82. Petres J, Rompel R (1994) Status of surgical dermatology in the hospital and general practice. *Hautarzt* 45:133–139
83. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347:724–728
84. Rao SK, Kimball AB, Lehrhoff SR, Hidrue MK, Colton DG, Ferris TG, Torchiana DF (2017) The Impact of Administrative Burden on Academic Physicians: Results of a Hospital-Wide Physician Survey. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 92:237–243
85. Raspe M, Koch P, Zilezinski M, Schulte K, Bitzinger D, Gaiser U, Hammerschmidt A, Köhnlein R, Puppe J, Tress F, Uden T, Nienhaus A (2020) Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 63:113–121
86. Ratzel R, Lippert H-D, Prütting J (2018) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg. Online verfügbar unter http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-55165-3_2. Letzter Zugriff am 25.07.2022.
87. Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P (2005) Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *JEADV: Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 19:153–157
88. Ring G (2016) Die ärztliche Pflicht zur Qualitätssicherung. *Medizinrecht* 34:423–428
89. Römer F, Ziegler S, Scherer M, van den Bussche H (2017) Career satisfaction of German medical residents after four years of training. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 120:47–53

90. Rosta J, Gerber A (2007) Excessive working hours and health complaints among hospital physicians: a study based on a national sample of hospital physicians in Germany. *German medical science: GMS e-journal* 5:Doc09
91. Rosta J (2007) Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 104:2417–2423
92. Rosta J, Gerber A (2008) Job satisfaction of hospital doctors. Results of a study of a national sample of hospital doctors in Germany. *Gesundheitswesen* 70:519–524
93. Sadeghpour M, Bernstein I, Ko C, Jacobe H (2012) Role of sex in academic dermatology: results from a national survey. *Archives of Dermatology* 148:809–814
94. Sadeghpour M, Sung SM, Jacobe H, Kimball AB (2020) Career satisfaction of leaders in academic dermatology: Results from a national survey. *International Journal of Women's Dermatology* 6:25–29
95. Sand M, Hessam S, Sand D, Bechara FG, Vorstius C, Bromba M, Stockfleth E, Shiue I (2016) Stress-coping styles of 459 emergency care physicians in Germany: A pilot study. *Der Anaesthesist* 65:841–846
96. Schermuly CC, Draheim M, Glasberg R, Stantchev V, Tamm G, Hartmann M, Hessel F (2015) Human resource crises in German hospitals - an explorative study. *Human Resources for Health* 13:40
97. Schernhammer ES, Colditz GA (2004) Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *The American Journal of Psychiatry* 161:2295–2302
98. Schlafer O, Wenzel V, Högl B (2014) Sleep disorders among physicians on shift work. *Der Anaesthesist* 63:844–851
99. Schmidt K, Meyer J, Liebeneiner J, Schmidt CE, Hüttenbrink KB (2012) Generation Y in der HNO: Führung einer neuen Generation von Ärzten. *HNO* 60:993–1002
100. Sedgwick P (2014) Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ* 348:g2276
101. Sedgwick P (2015) Bias in observational study designs: cross sectional studies. *BMJ* 350:h1286
102. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, Rummans TA, Dyrbye LN (2009) Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med* 169:990–995
103. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Oreskovich MR (2012) Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine* 172:1377–1385
104. Statista (2017) Tattoos & Piercing - Vorhandensein von Tattoos in Deutschland im Jahr 2017. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/718861/umfrage/umfrage-zum->

vorhandensein-von-tattoos-in-deutschland/. Letzter Zugriff 15.09.2020.

105. Statista (2017) Tattoos & Piercing - Gründe für die Entfernung eines Tattoos in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2017. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/720046/umfrage/umfrage-zu-gruenden-einer-tattooentfernung-in-deutschland-nach-geschlecht/>. Letzter Zugriff 15.09.2020.
106. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) Bildung und Kultur: Studierende an Hochschulen Wintersemester 2020/2021. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/>. Letzter Zugriff am 21.09.2020.
107. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, Maschmann J, WorkSafeMed Consortium (2019) Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLOS ONE* 14:e0209487
108. Stutzer E (2012) Family-friendliness in business as a key issue for the future. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 29:Doc34
109. Sundquist J, Johansson SE (2000) High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health* 28:123–131
110. Thimmapuram JR, Grim R, Bell T, Benenson R, Lavalley M, Modi M, Noll D, Salter R (2019) Factors Influencing Work–Life Balance in Physicians and Advance Practice Clinicians and the Effect of Heartfulness Meditation Conference on Burnout. *Global Advances in Health and Medicine* 8:1–8
111. Tierney EP, Hanke CW (2009) Recent trends in cosmetic and surgical procedure volumes in dermatologic surgery. *Dermatologic Surgery* 35:1324–1333
112. Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberbände, Marburger Bund (2020) Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte). Online verfügbar unter <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2020-06/20-06-02%20TV-%C3%84rzte%20i.d.F.%207.%C3%84nderungsTV.pdf>. Letzter Zugriff 27.06.2022.
113. Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, Marburger Bund (2019) Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA). Online verfügbar unter https://www.vka.de/assets/media/docs/0/Tarifvertr%C3%A4ge/TV-%C3%84rzte_VKA_iF_%C3%84TV-7_Lesefassung_final.pdf. Letzter Zugriff 27.06.2022.
114. Waeschle RM, Schmidt C, Mörstedt A-B (2021) Generations Y and Z-New challenges for hospital leadership. *Der Anaesthesist* 70:1011–1021
115. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA (2009) Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 374:1714–1721
116. Wallenfels M (2016) Die Medizin wird weiblich. *HNO Nachrichten* 46:51–51

117. Wang X, Cheng Z (2020) Cross-Sectional Studies. *Chest* 158:65–71
118. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD (2018) Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine* 283:516–529
119. Wilcox J (2020) Work-life balance. *Heart* 106:1276–1277
120. Wolff J, Auber G, Schober T, Schwär F, Hoffmann K, Metzger M, Heinzmann A, Krüger M, Normann C, Gitsch G, Südkamp N, Reinhard T, Berger M (2017) Work-Time Distribution of Physicians at a German University Hospital. *Deutsches Ärzteblatt International* 114:705–711
121. Wollina U, Goldman A (2016) Esthetic dermatology for the elderly. *Hautarzt* 67:148–152
122. World Health Organization (2019) Burn-out an „occupational phenomenon“: International Classification of Diseases. Online verfügbar unter <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Letzter Zugriff am 07.11.2021.
123. Ziegler S, Krause-Solberg L, Scherer M, van den Bussche H (2017) Working hour preferences of female and male residents: Developments over 4 years of postgraduate medical training in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60:1115–1123
124. Zwack J, Schweitzer J (2013) If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 88:382–389

8. Publikationen und Danksagung

8.1 Publikationen

8.2 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich meinen größten und aufrichtigen Dank den Personen aussprechen, die mich während der Ausarbeitung meiner Dissertation begleitet haben.

Ein besonderer Dank gilt zunächst meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Cornelia S. L. Müller für die Betreuung der Arbeit und die Möglichkeit, über diese wichtige und interessante Thematik schreiben zu dürfen. Die intensive Auseinandersetzung mit dieser Materie hat mir sehr viel Freude bereitet und einen kritischen Zugang zu der Thematik ermöglicht. Ich möchte mich für ihre kompetente Unterstützung bei jeglicher Fragestellung und die freundliche Zusammenarbeit bedanken. Die Gespräche auf fachlicher und persönlicher Ebene waren mir stets eine große Hilfe und Motivation. Der konstruktive Austausch und die vielfache Ideengebung waren zudem eine Bereicherung für diese Dissertation.

Ich möchte mich herzlich bei Frau Dipl.-Stat. Gudrun Wagenpfeil des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Medizinischen Fakultät des Saarlandes für die freundliche und kompetente, statistische Beratung bedanken.

Außerdem möchte ich den Mitgliedern der DGDC für ihre Zeit und die Bearbeitung des Fragebogens danken. Durch ihre Teilnahme wurde die vorliegende Arbeit erst ermöglicht.

Darüber hinaus bedanke ich mich bei meinen StudienkollegInnen und Freunden für die Aufheiterung und Ablenkung in schwierigen Zeiten. Ein außerordentlicher Dank gilt meinen Freunden Nicolas und Johannes für ihre Zeit und den ein oder anderen Rat in scheinbar aussichtslosen Situationen.

In tiefer Verbundenheit möchte ich meinem Freund, Timo Wagner, für seine Geduld und sein Verständnis während der Anfertigung dieser Doktorarbeit danken. Sein moralischer Beistand und die liebevolle Unterstützung waren mir ein großer Rückhalt und gaben mir immer wieder die Kraft zur Ausarbeitung und Fertigstellung dieser Dissertation.

Abschließend gilt mein aufrichtiger und besonderer Dank meinen Eltern Karl-Heinz und Jutta Knöller, die in liebevollem Engagement die vorliegende Dissertation in stundenlanger, mühevoller Arbeit korrekturgelesen haben. Ich möchte mich für die kritischen Anmerkungen und konstruktiven Gespräche, vor allem aber für ihren menschlichen Halt sowie die bedingungslose Liebe und Unterstützung bedanken, die sie mir während des gesamten Studiums und auch während dieser Arbeit entgegenbrachten. Durch ihre uneingeschränkte Unterstützung war es mir überhaupt erst möglich, diesen Lebensweg zu bestreiten, weshalb ich ihnen diese Arbeit von Herzen widme.

9. Lebenslauf

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.

10. Anhang

10.1 Fragebogen

Allgemeine Daten
Frage 1: Geschlecht Antwortmöglichkeiten: männlich, weiblich, divers
Frage 2: Alter Antwortmöglichkeiten: < 30 Jahre, 30 - 40 Jahre, 40 - 50 Jahre, 50 - 60 Jahre, > 60 Jahre
Frage 3: Aktueller Familienstand Antwortmöglichkeiten: ledig, in einer Partnerschaft, verheiratet, geschieden, verwitwet
Frage 4: Haben Sie Kinder Antwortmöglichkeiten: ja, nein
Frage 4.1: Wenn ja, wie viele Kinder haben Sie? Antwortmöglichkeiten: bis 2 Kinder, ab 3 Kinder
Frage 5: Ihr derzeitiger Status Antwortmöglichkeiten: WeiterbildungsassistentIn, Facharzt/-ärztin, (leitender) Oberarzt/-ärztin, Chefarzt/-ärztin oder KlinikdirektorIn
Frage 6: Wie viele Jahre sind Sie bereits im operativen Sektor (Dermatochirurgie) tätig? Antwortmöglichkeiten: < 5 Jahre, 5 - 10 Jahre, 10 - 20 Jahre, 20 - 30 Jahre, > 30 Jahre
Frage 7: Wo sind Sie aktuell beschäftigt? Antwortmöglichkeiten: Klinik, Universitätsklinik, Praxis, Andere
Frage 7.1.1: <u>(Diese Frage nur beantworten, wenn bei Frage 7 „Klinik“ angekreuzt wurde)</u> In den letzten 10 Jahren ist unser Klinikum durch eine externe Beratungsfirma beraten worden. Antwortmöglichkeiten: ja, nein
Frage 7.1.2: <u>(Diese Frage nur beantworten, wenn bei Frage 7.1 „Ja“ angekreuzt wurde)</u> Durch die externe Beratung hat sich meine Arbeit verbessert. Antwortmöglichkeiten: ja, nein, teilweise
<u>Diese Frage nur beantworten, wenn bei Frage 7 nicht „in eigener Niederlassung“ angegeben wurde)</u> Frage 7.2: In welchem Verhältnis sind Sie zurzeit bei Ihrem Arbeitgeber beschäftigt? Antwortmöglichkeiten: befristet, unbefristet
Frage 7.3: Wie ist Ihre vertraglich gebundene Arbeitszeit? Antwortmöglichkeiten: Vollzeit, Teilzeit

Frage 8: Welche Strecke ist Ihre Arbeitsstelle von ihrem Wohnsitz entfernt?

Antwortmöglichkeiten: < 5 km, 5 - 15 km, 16 - 30 km, 31 - 50 km, > 50 km

9. Einhaltung Arbeitszeitgesetze

Frage 9.1: Meine Arbeitszeiten sind unregelmäßig (Schichtdienst, Wochenenddienst, Bereitschaftsdienst).

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 9.2: Ich muss regelmäßig Mehrarbeitsstunden ableisten.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Freitextfrage (zu 9.2): Nennen Sie Ursachen für Ihre abgeleisteten Mehrarbeitsstunden.

Frage 9.2.1: Wenn ja: Wie viele Überstunden machen Sie pro Woche?

Antwortmöglichkeiten: < 4 Stunden, 4 bis 8 Stunden, > 8 Stunden

Frage 9.2.2: Der Großteil der Überstunden fällt an in der...

Antwortmöglichkeiten: operative Dermatologie, konservative Dermatologie, andere Bereiche

Freitextfrage (zu 9.2.2): Wenn „andere Bereiche“, dann welche?

Frage 9.2.3: Ich bin bereit, Überstunden abzuleisten in der...

Antwortmöglichkeiten: operative Dermatologie, konservative Dermatologie, andere Bereiche

Freitextfrage (zu 9.2.3): Wenn „andere Bereiche“, dann welche?

Frage 9.3: Meine Arbeitszeiten stellen für mich eine Belastung dar.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 9.4: In der Regel stehe ich während meiner Arbeit unter Zeitdruck.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 9.5: Ich habe das Gefühl, genügend Zeit für meine PatientInnen aufbringen zu können.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

10. Personal & Verwaltung

Frage 10.1: Die Arbeitsatmosphäre in unserem Team empfinde ich als angenehm.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 10.2: Die Zusammenarbeit der Ärzte untereinander verläuft in der Regel ohne Schwierigkeiten.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 10.3: Die Kooperation bzw. Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (Arzt/Ärztin, Krankenpfleger/-in, Helfer/-in, Sekretär/-in) verläuft in der Regel unproblematisch.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

(Frage nur beantworten, wenn bei 6. nicht „Klinikdirektor“ angekreuzt wurde)

Frage 10.4: Ich empfinde die Zusammenarbeit mit meinen direkten Vorgesetzten als angenehm.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 10.5: Die Unterstützung, die ich in schwierigen Situationen von meinem direkten Vorgesetzten erhalte, empfinde ich als auszureichend.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 10.6: Die Verwaltung beeinflusst mich in meinem ärztlichen Handeln.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 10.7: Ich empfinde die Zusammenarbeit mit der Verwaltung als angenehm.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 10.8: Die Unterstützung, die ich in schwierigen Situationen von der Verwaltung erhalte, empfinde ich als ausreichend.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

11. Weiterbildung & Lehre

Frage 11.1: Die (tariflich) vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zur Teilnahme an Arztkongressen, Fachtagungen und vergleichbaren Veranstaltungen sind mir bekannt.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.2: Die (tariflich) vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zur Teilnahme an Arztkongressen, Fachtagungen und vergleichbaren Veranstaltungen werden an meiner Arbeitsstelle eingehalten.
Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.3: Die (tariflich) vorgeschriebenen Arbeitsbefreiungen zur Teilnahme an Arztkongressen, Fachtagungen und vergleichbaren Veranstaltungen nutze ich zur Weiterbildung im Bereich der Dermatochirurgie.
Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.4: Ich erhalte finanzielle Unterstützung, um an Arztkongressen, Fachtagungen und vergleichbaren Veranstaltungen teilzunehmen.
Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

(Diese Frage nur beantworten, wenn nicht „in eigener Niederlassung“ angegeben wurde)
Frage 11.4.1: Ich bin an einem beruflichen Aufstieg interessiert.
Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.4.2: Bei meinem Arbeitgeber ist die Möglichkeit eines beruflichen Aufstieges gegeben.
Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.5: Die Lehre/OP Eingriffe, welche für den Facharzkatalog benötigt wird/werden, halte ich für ausreichend, um später selbstständig dermatochirurgische Eingriffe durchzuführen.
Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

(Diese und die nächsten 2 Fragen nur beantworten, wenn bei Frage 6 „Weiterbildungsassistent“ angekreuzt wurde)
Frage 11.6: In meiner Weiterbildungsstätte gibt es einen festen Rotationsplan, der sicherstellt, dass ich während meiner Weiterbildung im OP eingeteilt bin und ausreichend praktische Erfahrungen sammle.
Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.7: Ich habe die Möglichkeit zu zweit zu operieren und somit die Möglichkeit neue Operationsmethoden zu erlernen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.8: Ich fühle mich bei meinen operativen Entscheidungen in der Regel alleingelassen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

(Diese und die nächsten 2 Fragen nur beantworten, wenn bei Frage 6 **nicht** „Weiterbildungsassistent“ angekreuzt wurde)

Frage 11.9: In meiner Weiterbildungsstätte gibt es einen festen Rotationsplan, der sicherstellt, dass alle Weiterbildungsassistenten für zukünftige operative Tätigkeiten vorbereitet sind.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.10: Ich habe die Möglichkeit zu zweit zu operieren und somit auch selbst neue Operationsmethoden zu erlernen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 11.11: Ich habe die Möglichkeit zu zweit zu operieren und somit auch anderen neue Operationsmethoden beizubringen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

12. Ausstattung & Vergütung

Frage 12.1: An meiner Arbeitsstelle herrscht ein Mangel an Pflegepersonal/ArzthelferInnen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 12.2: An meiner Arbeitsstelle herrscht ein Mangel an Materialien.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 12.3: An meiner Arbeitsstelle herrscht ein Mangel an OP-Räumen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 12.4: An meiner Arbeitsstelle herrscht ein Mangel an notwendiger IT.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 12.5: Meine Arbeit wird durch den Mangel an Pflegepersonal, Material, OP-Räumlichkeiten und IT behindert.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 12.6: Ich finde die finanzielle Vergütung für meine Arbeit angemessen.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 12.7: Meine operative Leistung wird finanziell extra vergütet.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

13. Privatleben & Gesundheit

Frage 13.1: Mein Arbeitsalltag beeinträchtigt mein Sozialleben (Familie/Freunde) negativ.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Freitextfrage (zu 13.1): Inwiefern wirkt sich Ihr Arbeitsalltag auf das Zusammenleben mit Ihrer Familie und Ihr Sozialleben aus?

Frage 13.2: Mir fällt es leicht, den Arbeitsstress nach Feierabend abzulegen.

Frage 13.3: Meine Arbeit wirkt sich erheblich auf meinen gesundheitlichen/psychischen Zustand aus.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Frage 13.4: Ich bin insgesamt mit meiner Arbeitssituation zufrieden.

Antwortmöglichkeiten: trifft gar nicht zu, trifft wenig zu, trifft teilweise zu, trifft überwiegend zu, trifft völlig zu

Freitextfrage (zu 13.4): Wenn Sie die Möglichkeit hätten, an Ihren Arbeitsumständen genau eine Gegebenheit zu ändern, was wäre diese konkret und warum?

10.2 Tabellen mit allgemeinen Daten

10.2.1 Anzahl der zurückgesendeten Antworten und gültigen Prozente

Item	Anzahl der Antworten	gültige Prozente von 100%
Allgemeine Fragen		
Geschlecht	106	100%
Alter	105	99,1%
Aktueller Familienstand	106	100%
Kinder	106	100%
Status	106	100%
Dienstjahre	106	100%
Arbeitsplatz	105	99,1%
Externe Beratung	11	10,4%
Verbesserung durch externe Beratung	0	0%
Arbeitsvertrag	46	43,4%
Vertragliche Arbeitszeit	46	43,4%
Entfernung Arbeitsplatz	106	100%
Einhaltung Arbeitszeitgesetze		
Frage 9.1	106	100%
Frage 9.2	106	100%
Freitextfrage 9.2	55	51,9%
Frage 9.2.1	91	85,8%
Frage 9.2.2	89	84%
Freitextfrage 9.2.2	32	30,2%
Frage 9.2.3	84	79,2%
Freitextfrage 9.2.3	13	12,3%
Frage 9.3	106	100%

Frage 9.4	106	100%
Frage 9.5	106	100%
Personal & Verwaltung		
Frage 10.1	106	100%
Frage 10.2	105	99,1%
Frage 10.3	106	100%
Frage 10.4	81	76,4%
Frage 10.5	81	76,4%
Frage 10.6	46	43,4%
Frage 10.7	43	40,6%
Frage 10.8	43	40,6%
Weiterbildung & Lehre		
Frage 11.1	95	89,6%
Frage 11.2	96	90,6%
Frage 11.3	95	89,6%
Frage 11.4	92	86,8%
Frage 11.4.1	43	40,6%
Frage 11.4.2	44	41,5%
Frage 11.5	97	91,5%
Frage 11.6	11	10,4%
Frage 11.7	11	10,4%
Frage 11.8	11	10,4%
Frage 11.9	79	74,5%
Frage 11.10	82	77,4%
Frage 11.11	84	79,2%
Ausstattung & Vergütung		
Frage 12.1	103	97,2%
Frage 12.2	104	98,1%

Frage 12.3	102	96,2%
Frage 12.4	104	98,1%
Frage 12.5	104	98,1%
Frage 12.6	104	98,1%
Frage 12.7	101	95,3%
Privatleben & Gesundheit		
Frage 13.1	104	98,1%
Freitextfrage 13.1	35	33%
Frage 13.2	104	98,1%
Frage 13.3	105	99,1%
Frage 13.4	104	98,1%
Freitextfrage 13.4	61	57,5%

10.2.2 Allgemeine Auswertung der Fragen

Item		Antworten in % und Anzahl
Geschlecht	Männlich	51,9% (n = 55)
	Weiblich	48,1% (n = 51)
Alter	≤ 30 Jahre	1,9% (n = 2)
	31 – 40 Jahre	30,5% (n = 32)
	41 – 50 Jahre	32,4% (n = 34)
	51 – 60 Jahre	23,8% (n = 25)
	≥ 61 Jahre	11,4% (n = 12)
Aktueller Familienstand	Ledig	30,2% (n = 32)
	Verheiratet (zusammenlebend, Ehepaar)	59,4% (n = 63)
	Verheiratet (getrennt lebend)	6,6% (n = 7)

	Geschieden	1,9% (n = 2)
	Verwitwet	1,9% (n = 2)
Kinder	Keine Kinder	34,9% (n = 37)
	≤ 2 Kinder	48,1% (n = 51)
	≥ 3 Kinder	17% (n = 18)
Status	WeiterbildungsassistentIn	10,4% (n = 11)
	Facharzt/-ärztin	43,4% (n = 46)
	Oberarzt/-ärztin	34,9% (n = 37)
	Chefarzt/-ärztin oder Klinikdirektor/-in	11,3% (n = 12)
Bisherige Dienstzeit	≤ 5 Jahre	14,2% (n = 15)
	6 – 9 Jahre	21,7% (n = 23)
	10 – 19 Jahre	29,2% (n = 31)
	20 – 29 Jahre	28,3% (n = 30)
	≥ 30 Jahre	6,6% (n = 7)
Arbeitsplatz	Klinik	23,8% (n = 25)
	Universitätsklinik	31,4% (n = 33)
	Niederlassung	32,4% (n = 34)
	Andere	12,4% (n = 13)
Externe Beratung ¹	Ja	–
	Nein	90,9% (n = 10)
	Teilweise	9,1% (n = 1)
Verbesserung durch externe Beratung ¹	Ja	–
	Nein	–
	Teilweise	–
Anstellungsverhältnis ²	Unbefristeter Arbeitsvertrag	73,9% (n = 34)

	Befristeter Arbeitsvertrag	26,1% (n = 12)
Arbeitszeitmodell ²	Vollzeit	80,4% (n = 37)
	Teilzeit	19,6% (n = 9)
Entfernung des Arbeitsplatzes vom Wohnort	≤ 5 km	50,9% (n = 54)
	6 – 15 km	18,9% (n = 20)
	16 – 30 km	13,2 % (n = 14)
	31 – 50 km	13,2% (n = 14)
	> 50 km	3,8% (n = 4)
Einhaltung der Arbeitszeitgesetze		
Frage 9.1	Trifft gar nicht zu	41,5% (n = 44)
	Trifft wenig zu	26,4% (n = 28)
	Trifft teilweise zu	16% (n = 17)
	Trifft überwiegend zu	9,4% (n = 10)
	Trifft völlig zu	6,6% (n = 7)
Frage 9.2	Trifft gar nicht zu	14,2% (n = 15)
	Trifft wenig zu	17,9% (n = 19)
	Trifft teilweise zu	24,5% (n = 26)
	Trifft überwiegend zu	16% (n = 17)
	Trifft völlig zu	27,4% (n = 29)
Frage 9.2.1	< 4 Stunden	36,3% (n = 33)
	4 – 8 Stunden	37,4% (n = 34)
	> 8 Stunden	26,4% (n = 24)
Frage 9.2.2	Operative Dermatologie	20,2% (n = 18)
	Konservative Dermatologie	34,8% (n = 31)
	andere	44,9% (n = 40)
Frage 9.2.3	Operative Dermatologie	67,9% (n = 57)
	Konservative Dermatologie	14,3% (n = 12)
	andere	17,9% (n = 15)

Frage 9.3	Trifft gar nicht zu	19,8% (n = 21)
	Trifft wenig zu	32,1% (n = 34)
	Trifft teilweise zu	34% (n = 36)
	Trifft überwiegend zu	9,4% (n = 10)
	Trifft völlig zu	4,7% (n = 5)
Frage 9.4	Trifft gar nicht zu	3,8% (n = 4)
	Trifft wenig zu	7,5% (n = 8)
	Trifft teilweise zu	34,9% (n = 37)
	Trifft überwiegend zu	30,2% (n = 32)
	Trifft völlig zu	23,6% (n = 25)
Frage 9.5	Trifft gar nicht zu	11,3% (n = 12)
	Trifft wenig zu	17,9% (n = 19)
	Trifft teilweise zu	28,3% (n = 30)
	Trifft überwiegend zu	33% (n = 35)
	Trifft völlig zu	9,4% (n = 10)
Personal & Verwaltung		
Frage 10.1	Trifft gar nicht zu	1,9% (n = 2)
	Trifft wenig zu	1,9% (n = 2)
	Trifft teilweise zu	11,3% (n = 12)
	Trifft überwiegend zu	49,1% (n = 52)
	Trifft völlig zu	35,8% (n = 38)
Frage 10.2	Trifft gar nicht zu	1,9% (n = 2)
	Trifft wenig zu	5,7% (n = 6)
	Trifft teilweise zu	14,3% (n = 15)
	Trifft überwiegend zu	52,4% (n = 55)
	Trifft völlig zu	25,7% (n = 27)
Frage 10.3	Trifft gar nicht zu	–
	Trifft wenig zu	4,7% (n = 5)

	Trifft teilweise zu	19,8% (n = 21)
	Trifft überwiegend zu	56,6% (n = 60)
	Trifft völlig zu	18,9% (n = 20)
Frage 10.4 ³	Trifft gar nicht zu	11,1% (n = 9)
	Trifft wenig zu	8,6% (n = 7)
	Trifft teilweise zu	17,3% (n = 14)
	Trifft überwiegend zu	39,5% (n = 32)
	Trifft völlig zu	23,5% (n = 19)
Frage 10.5 ³	Trifft gar nicht zu	12,3% (n = 10)
	Trifft wenig zu	14,8% (n = 12)
	Trifft teilweise zu	16% (n = 13)
	Trifft überwiegend zu	35,8% (n = 29)
	Trifft völlig zu	21% (n = 17)
Frage 10.6	Trifft gar nicht zu	17,4% (n = 8)
	Trifft wenig zu	30,4% (n = 14)
	Trifft teilweise zu	10,9% (n = 5)
	Trifft überwiegend zu	30,4% (n = 14)
	Trifft völlig zu	10,9% (n = 5)
Frage 10.7	Trifft gar nicht zu	11,6% (n = 5)
	Trifft wenig zu	27,9% (n = 12)
	Trifft teilweise zu	34,9% (n = 15)
	Trifft überwiegend zu	25,6% (n = 11)
	Trifft völlig zu	–
Frage 10.8	Trifft gar nicht zu	16,3% (n = 7)
	Trifft wenig zu	27,9% (n = 12)
	Trifft teilweise zu	25,6% (n = 11)
	Trifft überwiegend zu	30,2% (n = 13)
	Trifft völlig zu	–

Weiterbildung & Lehre		
Frage 11.1	Trifft gar nicht zu	12,6% (n = 12)
	Trifft wenig zu	11,6% (n = 11)
	Trifft teilweise zu	8,4% (n = 8)
	Trifft überwiegend zu	14,7% (n = 14)
	Trifft völlig zu	52,6% (n = 50)
Frage 11.2	Trifft gar nicht zu	6,3% (n = 6)
	Trifft wenig zu	10,4% (n = 10)
	Trifft teilweise zu	14,6% (n = 14)
	Trifft überwiegend zu	27,1% (n = 26)
	Trifft völlig zu	41,7% (n = 40)
Frage 11.3	Trifft gar nicht zu	3,2% (n = 3)
	Trifft wenig zu	6,3% (n = 6)
	Trifft teilweise zu	32,6% (n = 31)
	Trifft überwiegend zu	42,1% (n = 40)
	Trifft völlig zu	15,8% (n = 15)
Frage 11.4	Trifft gar nicht zu	43,5% (n = 40)
	Trifft wenig zu	13% (n = 12)
	Trifft teilweise zu	21,7% (n = 20)
	Trifft überwiegend zu	8,7% (n = 8)
	Trifft völlig zu	13% (n = 12)
Frage 11.4.1 ²	Trifft gar nicht zu	9,3% (n = 4)
	Trifft wenig zu	9,3% (n = 4)
	Trifft teilweise zu	20,9% (n = 9)
	Trifft überwiegend zu	20,9% (n = 9)
	Trifft völlig zu	39,5% (n = 17)
Frage 11.4.2 ²	Trifft gar nicht zu	15,9% (n = 7)
	Trifft wenig zu	27,3% (n = 12)

	Trifft teilweise zu	27,3% (n = 12)
	Trifft überwiegend zu	20,5% (n = 9)
	Trifft völlig zu	9,1% (n = 4)
Frage 11.5	Trifft gar nicht zu	7,2% (n = 7)
	Trifft wenig zu	9,3% (n = 9)
	Trifft teilweise zu	32% (n = 31)
	Trifft überwiegend zu	28,9% (n = 28)
	Trifft völlig zu	22,7% (n = 22)
Frage 11.6 ⁴	Trifft gar nicht zu	9,1% (n = 1)
	Trifft wenig zu	9,1% (n = 1)
	Trifft teilweise zu	36,4% (n = 4)
	Trifft überwiegend zu	27,3% (n = 3)
	Trifft völlig zu	18,2% (n = 2)
Frage 11.7 ⁴	Trifft gar nicht zu	–
	Trifft wenig zu	18,2% (n = 2)
	Trifft teilweise zu	54,5% (n = 6)
	Trifft überwiegend zu	18,2% (n = 2)
	Trifft völlig zu	9,1% (n = 1)
Frage 11.8 ⁴	Trifft gar nicht zu	18,2% (n = 2)
	Trifft wenig zu	36,4% (n = 4)
	Trifft teilweise zu	45,5% (n = 5)
	Trifft überwiegend zu	–
	Trifft völlig zu	–
Frage 11.9 ⁵	Trifft gar nicht zu	26,6% (n = 21)
	Trifft wenig zu	15,2% (n = 12)
	Trifft teilweise zu	6,3% (n = 5)
	Trifft überwiegend zu	24,1% (n = 19)
	Trifft völlig zu	27,8% (n = 22)

Frage 11.10 ⁵	Trifft gar nicht zu	25,6% (n = 21)
	Trifft wenig zu	23,2% (n = 19)
	Trifft teilweise zu	28% (n = 23)
	Trifft überwiegend zu	11% (n = 9)
	Trifft völlig zu	12,2% (n = 10)
Frage 11.11 ⁵	Trifft gar nicht zu	16,7% (n = 14)
	Trifft wenig zu	14,3% (n = 12)
	Trifft teilweise zu	28,6% (n = 24)
	Trifft überwiegend zu	20,2% (n = 17)
	Trifft völlig zu	20,2% (n = 17)
Ausstattung & Vergütung		
Frage 12.1	Trifft gar nicht zu	11,7% (n = 12)
	Trifft wenig zu	19,4% (n = 20)
	Trifft teilweise zu	27,2% (n = 28)
	Trifft überwiegend zu	17,5% (n = 18)
	Trifft völlig zu	24,3% (n = 25)
Frage 12.2	Trifft gar nicht zu	56,7% (n = 59)
	Trifft wenig zu	28,8% (n = 30)
	Trifft teilweise zu	12,5% (n = 13)
	Trifft überwiegend zu	1% (n = 1)
	Trifft völlig zu	1% (n = 1)
Frage 12.3	Trifft gar nicht zu	45,1% (n = 46)
	Trifft wenig zu	23,5% (n = 24)
	Trifft teilweise zu	18,6% (n = 19)
	Trifft überwiegend zu	5,9% (n = 6)
	Trifft völlig zu	6,9% (n = 7)
Frage 12.4	Trifft gar nicht zu	45,2% (n = 47)
	Trifft wenig zu	30,8% (n = 32)

	Trifft teilweise zu	10,6% (n = 11)
	Trifft überwiegend zu	5,8% (n = 6)
	Trifft völlig zu	7,7% (n = 8)
Frage 12.5	Trifft gar nicht zu	32,7% (n = 34)
	Trifft wenig zu	17,3% (n = 18)
	Trifft teilweise zu	30,8% (n = 32)
	Trifft überwiegend zu	7,7% (n = 8)
	Trifft völlig zu	11,5% (n = 12)
Frage 12.6	Trifft gar nicht zu	8,7% (n = 9)
	Trifft wenig zu	19,2% (n = 20)
	Trifft teilweise zu	31,7% (n = 33)
	Trifft überwiegend zu	31,7% (n = 33)
	Trifft völlig zu	8,7% (n = 9)
Frage 12.7	Trifft gar nicht zu	61,4% (n = 62)
	Trifft wenig zu	8,9% (n = 9)
	Trifft teilweise zu	14,9% (n = 15)
	Trifft überwiegend zu	5% (n = 5)
	Trifft völlig zu	9,9% (n = 10)
Privatleben & Gesundheit		
Frage 13.1	Trifft gar nicht zu	18,3% (n = 19)
	Trifft wenig zu	24% (n = 25)
	Trifft teilweise zu	35,6% (n = 37)
	Trifft überwiegend zu	14,4% (n = 15)
	Trifft völlig zu	7,7% (n = 8)
Frage 13.2	Trifft gar nicht zu	6,7% (n = 7)
	Trifft wenig zu	20,2% (n = 21)
	Trifft teilweise zu	26,9% (n = 28)
	Trifft überwiegend zu	40,4% (n = 42)

	Trifft völlig zu	5,8% (n = 6)
Frage 13.3	Trifft gar nicht zu	18,1% (n = 19)
	Trifft wenig zu	30,5% (n = 32)
	Trifft teilweise zu	40% (n = 42)
	Trifft überwiegend zu	7,6% (n = 8)
	Trifft völlig zu	3,8% (n = 4)
Frage 13.4	Trifft gar nicht zu	2,9% (n = 3)
	Trifft wenig zu	6,7% (n = 7)
	Trifft teilweise zu	25% (n = 26)
	Trifft überwiegend zu	47,1% (n = 49)
	Trifft völlig zu	18,3% (n = 19)
¹ nur bei der Angabe „Klinik“ als Arbeitsplatz ² nur bei Angabe „Klinik“, „Universitätsklinik“ und „Andere“ als Arbeitsplatz ³ nur für den Status „WeiterbildungsassistentIn“, „Facharzt/-ärztin“ und „Oberarzt/-ärztin“ ⁴ nur für den Status „WeiterbildungsassistentIn“ ⁵ nur für den Status „Facharzt/-ärztin“, „Oberarzt/-ärztin“, „Chefarzt/-ärztin oder KlinikdirektorIn“		

10.2.3 Signifikante Unterschiede ($p < ,01$) zwischen besonders zufriedenen Teilnehmenden und weniger zufriedenen Teilnehmenden

Fragen, die nur von einem Teil der Teilnehmenden beantwortet werden konnten, sowie ihre dazugehörigen Kreuztabellen sind „kursiv“ gedruckt.

Items	Besonders zufriedene Teilnehmende (n = 19)	Weniger zufriedene Teilnehmende (n = 85)	p-Wert
<i>Geschlecht</i>			<i>,010²</i>
Männlich	15 (78,9%)	38 (44,7%)	
Weiblich	4 (21,1%)	47 (55,3%)	
<i>Dienstzeit</i>			<i>,005¹</i>
Bis 5 Jahre	1 (5,3%)	14 (16,5%)	
6 bis 9 Jahre	1 (5,3%)	22 (25,9%)	
10 bis 19 Jahre	7 (36,8%)	24 (28,2%)	
20 bis 29 Jahre	6 (31,6%)	22 (25,9%)	

Ab 30 Jahre	4 (21,1%)	3 (3,5%)	
Frage 9.1: Unregelmäßige Arbeitszeiten			,007 ¹
Trifft gar nicht zu	13 (68,4%)	30 (35,3%)	
Trifft wenig zu	4 (21,1%)	23 (27,1%)	
Trifft teilweise zu	1 (5,3%)	16 (18,8%)	
Trifft überwiegend zu	–	10 (11,8%)	
Trifft völlig zu	1 (5,3%)	6 (7,1%)	
Frage 9.2: Regelmäßige Überstunden			,001 ¹
Trifft gar nicht zu	9 (47,4%)	5 (5,9%)	
Trifft wenig zu	4 (21,1%)	15 (17,6%)	
Trifft teilweise zu	1 (5,3%)	25 (29,4%)	
Trifft überwiegend zu	2 (10,5%)	15 (17,6%)	
Trifft völlig zu	3 (15,8%)	25 (29,4%)	
Frage 9.3: Belastung durch Arbeitszeiten			,000 ¹
Trifft gar nicht zu	13 (68,4%)	7 (8,2%)	
Trifft wenig zu	4 (21,1%)	30 (35,3%)	
Trifft teilweise zu	2 (10,5%)	33 (38,8%)	
Trifft überwiegend zu	–	10 (11,8%)	
Trifft völlig zu	–	5 (5,9%)	
Frage 9.4: Zeitdruck während der Arbeit			,001 ¹
Trifft gar nicht zu	4 (21,1%)	–	
Trifft wenig zu	2 (10,5%)	6 (7,1%)	
Trifft teilweise zu	8 (42,1%)	28 (32,9%)	
Trifft überwiegend zu	4 (21,1%)	28 (32,9%)	
Trifft völlig zu	1 (5,3%)	23 (27,1%)	
Frage 9.5: Ausreichend Zeit für Patientenversorgung			,000 ¹
Trifft gar nicht zu	–	11 (12,9%)	
Trifft wenig zu	2 (10,5%)	17 (20%)	
Trifft teilweise zu	2 (10,5%)	28 (32,9%)	
Trifft überwiegend zu	8 (42,1%)	26 (30,6%)	
Trifft völlig zu	7 (36,8%)	3 (3,5%)	
Frage 10.1: Gute Arbeitsatmosphäre			,000 ¹
Trifft gar nicht zu	–	2 (2,4%)	
Trifft wenig zu	–	2 (2,4%)	
Trifft teilweise zu	–	12 (14,1%)	
Trifft überwiegend zu	5 (26,3%)	46 (54,1%)	

Trifft völlig zu	14 (73,7%)	23 (27,1%)	
Frage 10.2: Gute Zusammenarbeit mit KollegInnen			,000 ¹
Trifft gar nicht zu	–	2 (2,4%)	
Trifft wenig zu	–	5 (6%)	
Trifft teilweise zu	1 (5,3%)	14 (16,7%)	
Trifft überwiegend zu	6 (31,6%)	48 (57,1%)	
Trifft völlig zu	12 (63,2%)	15 (17,9%)	
Frage 10.3: Gute Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen			,007 ¹
Trifft gar nicht zu	–	–	
Trifft wenig zu	–	5 (5,9%)	
Trifft teilweise zu	2 (10,5%)	19 (22,4%)	
Trifft überwiegend zu	9 (47,4%)	49 (57,6%)	
Trifft völlig zu	8 (42,1%)	12 (14,1%)	
Frage 10.4: Gute Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten			,001 ¹
Trifft gar nicht zu	–	9 (12,9%)	
Trifft wenig zu	–	6 (8,6%)	
Trifft teilweise zu	–	14 (20%)	
Trifft überwiegend zu	3 (30%)	29 (41,4%)	
Trifft völlig zu	7 (70%)	12 (17,1%)	
Frage 10.5: Ausreichende Unterstützung durch den Vorgesetzten			,000 ¹
Trifft gar nicht zu	–	9 (12,9%)	
Trifft wenig zu	–	12 (17,1%)	
Trifft teilweise zu	–	13 (18,6%)	
Trifft überwiegend zu	2 (20%)	27 (38,6%)	
Trifft völlig zu	8 (80%)	9 (12,9%)	
Frage 10.6: Beeinflussung der ärztlichen Arbeit durch die Verwaltung			,006 ^{1,3}
Trifft gar nicht zu	4 (66,7%)	4 (10,3%)	
Trifft wenig zu	1 (16,7%)	13 (33,3%)	
Trifft teilweise zu	1 (16,7%)	4 (10,3%)	
Trifft überwiegend zu	–	14 (35,9%)	
Trifft völlig zu	–	4 (10,3%)	
Frage 11.5: Ausreichende Lehre für autonomes Arbeiten			,002 ¹
Trifft gar nicht zu	–	7 (8,5%)	
Trifft wenig zu	–	9 (11%)	
Trifft teilweise zu	2 (15,4%)	29 (35,4%)	
Trifft überwiegend zu	4 (30,8%)	22 (26,8%)	

Trifft völlig zu	7 (53,8%)	15 (18,3%)	
<i>Frage 11.10: Möglichkeit des Erlernens neuer Operationstechniken</i>			,003 ¹
Trifft gar nicht zu	1 (9,1%)	19 (27,1%)	
Trifft wenig zu	1 (9,1%)	18 (25,7%)	
Trifft teilweise zu	2 (18,2%)	21 (30%)	
Trifft überwiegend zu	2 (18,2%)	7 (10%)	
Trifft völlig zu	5 (45,5%)	5 (7,1%)	
<i>Frage 12.1: Mangel an Pflegepersonal bzw. Medizinischen Fachangestellten</i>			,001 ¹
Trifft gar nicht zu	6 (35,3%)	6 (7,1%)	
Trifft wenig zu	4 (23,5%)	15 (17,9%)	
Trifft teilweise zu	4 (23,5%)	24 (28,6%)	
Trifft überwiegend zu	3 (17,6%)	15 (17,9%)	
Trifft völlig zu	–	24 (28,6%)	
<i>Frage 12.6: Zufriedenheit mit finanzieller Vergütung</i>			,005 ¹
Trifft gar nicht zu	1 (5,9%)	8 (9,4%)	
Trifft wenig zu	1 (5,9%)	19 (22,4%)	
Trifft teilweise zu	2 (11,8%)	29 (34,1%)	
Trifft überwiegend zu	10 (58,8%)	23 (27,1%)	
Trifft völlig zu	3 (17,6%)	6 (7,1%)	
<i>Frage 13.1: Work-Life-Imbalance</i>			,000 ¹
Trifft gar nicht zu	11 (57,9%)	8 (9,6%)	
Trifft wenig zu	4 (21,1%)	21 (25,3%)	
Trifft teilweise zu	3 (15,8%)	34 (41%)	
Trifft überwiegend zu	1 (5,3%)	13 (15,7%)	
Trifft völlig zu	–	7 (8,4%)	
<i>Frage 13.2: Einfacher Umgang im Arbeitsstress</i>			,002 ¹
Trifft gar nicht zu	–	7 (8,3%)	
Trifft wenig zu	2 (10,5%)	19 (22,6%)	
Trifft teilweise zu	3 (15,8%)	25 (29,8%)	
Trifft überwiegend zu	10 (52,6%)	31 (36,9%)	
Trifft völlig zu	4 (21,1%)	2 (2,4%)	
<i>Frage 13.3: Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit</i>			,000 ¹
Trifft gar nicht zu	11 (57,9%)	8 (9,4%)	
Trifft wenig zu	6 (31,6%)	26 (30,6%)	
Trifft teilweise zu	1 (5,3%)	41 (48,2%)	
Trifft überwiegend zu	–	7 (8,2%)	

Trifft völlig zu	1 (5,3%)	3 (3,5%)	
<p>¹ Mann-Whitney-U-Test zwischen besonders zufriedenen („trifft völlig zu“) und weniger zufriedenen TeilnehmerInnen („trifft gar nicht zu“, „trifft wenig zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft überwiegend zu“). Dargestellt sind sehr signifikante p-Werte ($p \leq ,01$). Items, die nicht von jedem Teilnehmenden beantwortet werden konnten, sind „kursiv“ dargestellt.</p> <p>² Exakter Test nach Fisher zwischen besonders zufriedenen („trifft völlig zu“) und weniger zufriedenen TeilnehmerInnen („trifft gar nicht zu“, „trifft wenig zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft überwiegend zu“). Dargestellt sind sehr signifikante p-Werte ($p \leq ,01$).</p> <p>³ Diese Frage wurde von nur 6 Personen beantwortet.</p>			