

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

**Ärztinnen und Ärzte im Fach Rechtsmedizin:  
Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit  
und Generationenunterschiede**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Anna Heger

2022

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

Zweitgutachter: Prof. Dr. sc. hum. Adrian Loerbroks

*Für meine Großeltern*

## **Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:**

Heger, A., Ritz-Timme, S., (2021), Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte. Rechtsmedizin 31(6): 479–493

<https://doi.org/10.1007/s00194-021-00465-w>



## Zusammenfassung

Das Fach Rechtsmedizin unterscheidet sich durch besondere Aufgaben und Herausforderungen von anderen medizinischen Fachrichtungen. Neben dem speziellen Aufgabenspektrum mit Obduktionen, klinisch-forensischen Untersuchungen und Sachverständigentätigkeit für Justizbehörden zählen an den überwiegend universitär angesiedelten rechtsmedizinischen Instituten auch Forschung, studentische Lehre und Weiterbildung des Nachwuchses zum Arbeitspensum der Rechtsmediziner/-innen. Hinzu kommt im deutschsprachigen Raum die Besonderheit einer sehr kleinen Zahl an berufstätigen Rechtsmedizinerinnen und -medizinern, die in wenigen Instituten eng zusammenarbeiten. Wie in anderen Fächern, ist ein Einfluss von Generationenunterschieden auf die Arbeitsbedingungen anzunehmen. Der Fachkräftemangel, die zunehmende Feminisierung und ein verstärkter Fokus auf *Work-Life-Balance* jüngerer Generationen tragen zum Wandel des Arztberufs bei. Da zur aktuellen Arbeitssituation der rechtsmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte im deutschsprachigen Raum bisher wenig bekannt ist, war das Ziel dieser Arbeit, diese anhand einer Online-Umfrage – unter besonderer Berücksichtigung der psychosozialen Arbeitsbelastung, der Arbeitszufriedenheit und etwaiger Generationenunterschiede – zu untersuchen.

Im September 2019 wurde ein Fragebogen an 436 rechtsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte verschickt, der bis zu 53 Fragen zu Demografie und Berufsstatus, Arbeitsbelastung und -zufriedenheit, Forschungs- und Karriereambitionen, der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und Generationenunterschieden enthielt. Die Auswertung erfolgte quantitativ und mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Die psychosoziale Arbeitsbelastung wurde anhand des *Effort-Reward (ER) Imbalance* Modells überprüft.

181 vollständig ausgefüllte Fragebögen wurden ausgewertet. Die psychosoziale Arbeitsbelastung der Befragten war hoch (ER-Quotient:  $1,24 \pm 0,48$  [MW  $\pm$  SD]) und vergleichbar mit anderen Fachrichtungen. Bei 60 % der Befragten lag eine berufliche Gratifikationskrise (ER-Quotient  $> 1$ ) vor. Unterschiede zwischen Fach- und Assistenzärztinnen/-ärzten oder den Generationen Babyboomer, X und Y zeigten sich nicht. Trotz hoher Arbeitsbelastung war die Arbeitszufriedenheit der Teilnehmer insgesamt sehr hoch, was auf eine starke Identifizierung mit dem Beruf und eine hohe Arbeitsmotivation schließen lässt. Verbesserungsbedarf zeigte sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Forschungstätigkeit und den Weiterbildungsbedingungen. 73 % der befragten Rechtsmediziner/-innen nahmen bei der Zusammenarbeit mit älteren bzw. jüngeren ärztlichen Kollegen Konfliktsituationen wahr. Konfliktpotential hatten unterschiedliche Werte und Prioritäten der Generationen, die *Work-Life*-Thematik, persönliche und zwischenmenschliche Faktoren und die subjektiv unterschiedliche Arbeitslast der Generationen. Auch Aspekte der Weiterbildung und der wissenschaftlichen Tätigkeit führten auf beiden Seiten zu Frustration.

Die erhobenen Daten bieten eine wertvolle Grundlage für die Optimierung der Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit im Fach Rechtsmedizin, sowohl auf Ebene der Institute als auch auf übergeordneten Ebenen, wie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.

## Abstract

Legal Medicine differs distinctly from other medical specialties in its particular tasks and challenges. In addition to the special range of duties like autopsies, clinical forensic examinations and expert work for judicial authorities, the workload at the institutes for Legal Medicine, which are predominantly affiliated with a university, also includes academic research, teaching of students and specialty training of residents. In addition, in Legal Medicine in German-speaking countries, there are relatively few doctors working closely together in a small number of institutes. It is to be assumed that generational differences have an influence on their working conditions, as it does in other fields. A shortage of skilled professionals, increasing feminisation and an increased focus on the work-life balance of younger generations are contributing to a change in the medical profession. Since little is known about the current situation of doctors working in Legal Medicine in German-speaking countries, this topic was examined via an online survey with special consideration of work strain, job satisfaction and generational differences.

In September 2019, a questionnaire containing up to 53 questions on demographics and professional status, work strain and job satisfaction, research and career ambitions, work-life balance and generational differences was sent to 436 physicians working in Legal Medicine. The questionnaire was analysed quantitatively and partially via qualitative data analysis. The psychosocial work strain was analysed using the *effort-reward (ER) imbalance model*.

181 completed questionnaires were evaluated. The psychosocial work strain of the respondents was high overall (ER ratio:  $1.24 \pm 0.48$  [mean  $\pm$  SD]) and comparable to other medical specialisations. 60 % of the physicians showed an effort/reward imbalance (ER ratio  $> 1$ ). There were no differences between specialists and residents or the generations (baby boomer, X and Y). Despite the rather high level of work strain, the participants' job satisfaction was very high overall, which suggests a strong identification with and high motivation for their profession. However, satisfaction with the respondents' research activity and the conditions of the residents' specialist training was low. 73 % of the physicians surveyed noticed difficulties when working with colleagues of different generations. Different values and priorities, the work-life problem, personal and interpersonal factors and a subjectively unequally distributed workload between different generations had potential for job-related conflict. The quality and quantity of residents' training and the physicians' academic activity also led to feelings of frustration.

The data collected provide a valuable basis for optimising the working conditions for physicians in Legal Medicine, both at the level of the institutes as well as at superordinate levels, such as the German Society of Legal Medicine.

## Abkürzungsverzeichnis

<b>BB</b>	Babyboomer	<b>n.s.</b>	nicht signifikant
<b>DACHL</b>	Deutschland, Österreich, Schweiz, Luxemburg	<b>WBA</b>	Weiterbildungsassistenten/ -assistentinnen
<b>DGRM</b>	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin	<b>WIF</b>	<i>Work interfering with Fa- mily</i>
<b>ER</b>	<i>Effort/Reward</i>	<b>Wiss- ZeitVG</b>	Wissenschaftszeitvertrags- gesetz
<b>ERI</b>	<i>Effort-Reward Imbalance</i>		
<b>FÄ</b>	Fachärztinnen/-ärzte		
<b>Gen.</b>	Generation		

## Hinweis

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und andere Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich gleichermaßen gemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Arbeitsbelastung in der Medizin .....	1
1.2	Besonderheiten des Fachs Rechtsmedizin .....	2
1.3	Generationenwandel.....	4
1.3.1	Das Generationenkonzept .....	6
1.3.2	Generationen und ihre Unterschiede .....	8
1.3.3	Kritik am Generationenkonzept.....	10
1.4	Ziele der Arbeit.....	11
1.4.1	Teil I: Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in der Rechtsmedizin .....	11
1.4.2	Teil II: Generationsunterschiede in der Rechtsmedizin .....	12
1.5	Ethikvotum .....	12
2	Teil I: Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte, Heger, A., Ritz-Timme, S., Rechtsmedizin 31 (6): 479–493 (2021) .....	13
3	Teil II: Generationenwandel in der Rechtsmedizin .....	14
3.1	Methoden II .....	14
3.2	Ergebnisse II: quantitative Auswertung .....	15
3.2.1	Geschlechterverteilung und berufliche Positionen der Generationen .....	15
3.2.2	Beruf vs. Privatleben .....	15
3.2.3	Arbeitszufriedenheit .....	15
3.2.4	Arbeitsbelastung .....	16
3.2.5	Wahrnehmung von Konfliktsituationen.....	17
3.3	Ergebnisse II: qualitative Auswertung .....	21
3.3.1	Konfliktfelder .....	21
3.3.2	Wünsche und Kritikpunkte .....	22

4	Diskussion.....	26
4.1	Psychosoziale Arbeitsbelastung .....	26
4.2	Arbeitszufriedenheit .....	29
4.3	Belastungsfaktor: Weiterbildung .....	30
4.4	Belastungsfaktor: Forschung und Karriereambitionen .....	31
4.5	Belastungsfaktor: Generationenwandel .....	33
4.5.1	Konfliktfeld: <i>Work-Life-Balance</i> .....	34
4.5.2	Konfliktfeld: Berufliches Engagement .....	38
4.5.3	Konfliktfeld: Persönliches und zwischenmenschl. Konflikte ...	39
4.6	Schlussfolgerung .....	40
4.7	Limitationen.....	42
5	Literatur- und Quellenverzeichnis .....	44
6	Anhang.....	52
6.1	Abbildungsverzeichnis .....	52
6.2	Tabellenverzeichnis .....	52
6.3	Fragebogen.....	52
6.4	Weitere Tabellen.....	53

# 1 Einleitung

## 1.1 Arbeitsbelastung in der Medizin

In den letzten Jahren wurde vermehrt darüber berichtet, dass der ärztliche Berufsalltag einem Wandel unterliegt (1). Ökonomischer Druck, wissenschaftlicher Fortschritt sowie der allgemeine demografische Wandel mit einem immer älter werdenden Patientengut (2) haben Auswirkungen auf die ärztliche Patientenversorgung und beeinflussen die Arbeitsbedingungen, das professionelle Selbstverständnis und die Berufszufriedenheit der Ärzte (3). Aber auch die Ärzteschaft selbst verändert sich – durch einen Mangel an Fachkräften, einen höheren Frauenanteil und veränderte Ansprüche an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (Stichwort: *Work-Life-Balance*) unterscheiden sich die jüngeren Ärztegenerationen von ihren älteren Kollegen (1, 4-6).

Ärzte und andere Angestellte des Gesundheitssektors werden mit ungünstigen Arbeitsbedingungen konfrontiert (7). Die Arbeitslast ist in der Regel hoch, es herrscht Zeit- und Kostendruck, Ärzte niedrigerer hierarchischer Stufen haben eine geringere Handlungs- und Entscheidungskontrolle, das Arbeitsklima und die Entlohnung werden mitunter als schlecht bezeichnet und es herrschen (immer noch) starre hierarchische Strukturen (1, 7, 8). Auch der Arzt-Patient-Beziehung wird ein wichtiger Einfluss auf das ärztliche Selbstverständnis und die Arbeitszufriedenheit zugerechnet (3). Zahlreiche Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen einer hohen Arbeitsbelastung und Auswirkungen auf die Gesundheit (9-12) sowie auf die generelle Lebenszufriedenheit von Medizinern (13). Zudem kann auch die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leiden (14, 15). Die empfundene Arbeitslast und die ärztliche Berufszufriedenheit konnten außerdem mit der Intention, den Beruf zu verlassen bzw. zu wechseln, in Zusammenhang gebracht werden (16, 17).

Während der Weiterbildung sind Ärzte in der Regel noch größeren Belastungsfaktoren ausgesetzt. Diese Phase der Entwicklung des eigenen Selbstverständnisses (1), d.h. der persönlichen und beruflichen Entwicklung vom Medizinstudenten zum (Fach-) Arzt, ist gekennzeichnet von zahlreichen neuen Anforderungen an das Denken und Handeln, psychischen und physischen Belastungen und der raschen Aneignung von neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten (7). Für junge Ärzte bedeutet dies, „*Einstellungen und Überzeugungen über die Angemessenheit einschließlich der Grenzen ärztlichen Handelns, ferner Motivationen zu beruflichem Handeln und Formen der Affektkontrolle im Umgang mit emotional belastenden Situationen*“ zu erlernen (1). Nicht selten führt dies zu Gefühlen der Überforderung (18, 19). Weiterbildungsassistenten (WBA) berichteten

bspw. im Vergleich zu Chefärzten bzw. Ärzten mit Leitungsfunktion über signifikant höhere Arbeitsdefizite durch Stress (19). Sie haben weniger Entscheidungskontrolle und Handlungsspielräume bei der Arbeit; ein Aspekt, der negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit haben kann (3).

## **1.2 Besonderheiten des Fachs Rechtsmedizin**

Gauthier et al. (20) befragten 2011 erstmals die im deutschsprachigen Raum rechtsmedizinisch tätigen Ärzte in ihrer Pilotstudie zu Arbeitsbedingungen und Berufszufriedenheit und stellten fest, dass Rechtsmediziner insgesamt relativ zufrieden mit ihrem Karriereerfolg waren, wobei Frauen signifikant weniger zufrieden waren als Männer (20). Zudem wurde ein Mangel an Nachwuchskräften in der Rechtsmedizin diskutiert, der unter anderem auf unattraktive Arbeits- und Karrierebedingungen des Fachs, einen Stellenmangel und geringe Möglichkeiten für eine rechtsmedizinische Tätigkeit im privaten Setting zurückgeführt werden könnte (20). Seit dieser Piloterhebung wurde die Arbeitssituation im Fach Rechtsmedizin nicht weitergehend untersucht. Ergebnisse aus anderen Fachrichtungen lassen sich nur sehr bedingt auf die Rechtsmedizin übertragen, da sich das Fach Rechtsmedizin von anderen Fächern durch seine spezifischen Herausforderungen und Rahmenbedingungen in einigen wesentlichen Punkten unterscheidet (7):

1. Das Aufgabenspektrum eines Rechtsmediziners ist sehr vielfältig. Angefangen bei Leichenschauen und Obduktionen, über Untersuchungen von lebenden Gewaltbetroffenen bis hin zur Verfassung von schriftlichen Gutachten zu einer Vielzahl an unterschiedlichen forensischen Fragestellungen (Verletzungsbegutachtung, Verkehrsunfallrekonstruktion, Fahrsicherheit, Behandlungsfehler u.v.m.) – der Berufsalltag ist abwechslungsreich und Rechtsmediziner müssen sich stets neu auf gänzlich anders gelagerte Fälle konzentrieren. Obduziert werden (im Unterschied zu Obduktionen im Fach Pathologie) in vielen Fällen gewaltsam bzw. durch Einwirkung von außen zu Tode gekommene Erwachsene und Kinder, was diesen Teil der rechtsmedizinischen Aufgaben zu einem psychisch bzw. emotional besonders anspruchsvollen macht (7, 21, 22).
2. Der Patientenkontakt nimmt in der Rechtsmedizin im Gegensatz zu den klinischen Fächern einen weitaus geringeren Teil der täglichen Routinearbeit ein. In den letzten Jahren ist die sogenannte „klinische Rechtsmedizin“, d.h. klinisch-forensische Untersuchungen von Gewaltbetroffenen und -tätern, zwar immer wichtiger geworden, was sich in einer wachsenden Anzahl auch niedrighschwelliger Angebote äußert (23, 24). Dennoch spielt die typische Arzt-Patient-Beziehung üblicherweise

keine Rolle, da diese Untersuchungen keine über eine Dokumentation von Verletzungen, Spurensicherung und Beratung hinausgehende Behandlung und längerfristige Betreuung beinhalten (7). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Kontakte mit Opfern körperlicher oder sexualisierter Gewalt oder Folter auf der einen Seite und Tatverdächtigen auf der anderen Seite nicht ebenso mit spezifischen Belastungsfaktoren einhergehen und hohe Anforderungen mit sich bringen können (7). Eine starke psychische Belastbarkeit, eine dem Gegenüber angepasste Kommunikationsform und ein empathisches, aber zugleich professionelles Auftreten sind erforderlich und müssen zu Beginn der Weiterbildung rasch verinnerlicht werden.

3. Weitere Herausforderungen ergeben sich durch die Arbeit mit den und für die Justizbehörden (7). Schon in der Weiterbildungszeit werden in der Rechtsmedizin tätige Ärzte als Sachverständige herangezogen. Wenn auch innerhalb der Institute durch Qualitätssicherungsmaßnahmen über „Vielaugen-Prinzip“ eine gewisse Entlastung durch Absicherung gegeben ist, so muss bei Gericht doch sehr früh eigenständig Verantwortung übernommen werden und junge Rechtsmediziner müssen die mögliche Tragweite ihrer gutachterlichen Einschätzungen erkennen und respektieren lernen.
4. Im deutschsprachigen Raum sind rechtsmedizinische Institute meist universitär angesiedelt. Das bedeutet für dort tätige Ärzte, dass ihre dienstlichen Verpflichtungen neben den „klassischen“ rechtsmedizinischen Dienstleistungen auch Aufgaben in Forschung und studentischer Lehre umfassen (25). Die gleichzeitige Erfüllung aller universitären Aufgaben ist anspruchsvoll und verlangt einerseits Kompetenzen in Zeitmanagement und Prioritätensetzung, andererseits aber auch günstige Rahmenbedingungen. Bei zunehmender Arbeitsbelastung wird der Routine oftmals Priorität über Lehre und Wissenschaft gegeben (4). Auch forensisch tätige Ärzte beklagen eine zu hohe Last an Dienstleistungsaufgaben, sodass ihnen keine Zeit für Wissenschaft bleibe (20, 26).
5. Der Arbeitsmarkt in der Rechtsmedizin ist auf allen Ebenen klein. In der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) sind derzeit 55 Institute für Rechts-/ Gerichtsmedizin (inkl. Außenstellen, Privatinstitute, Landes- und städtische Institute) in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Luxemburg (DACHL-Länder) gelistet (7, 27); die Anzahl hier verfügbarer Arztstellen lässt sich nur abschätzen, es dürften aktuell etwa 450 Stellen (inkl. Drittmittelverträge) sein. Theoretisch gibt es zwar die Möglichkeit, sich als Rechtsmediziner niederzulassen; dies ist aber ausgesprochen schwierig und wurde bislang auch nur von wenigen Fachärzten umgesetzt. Faktisch bleibt für die meisten in der Rechtsmedizin tätigen Ärzte nur das universi-



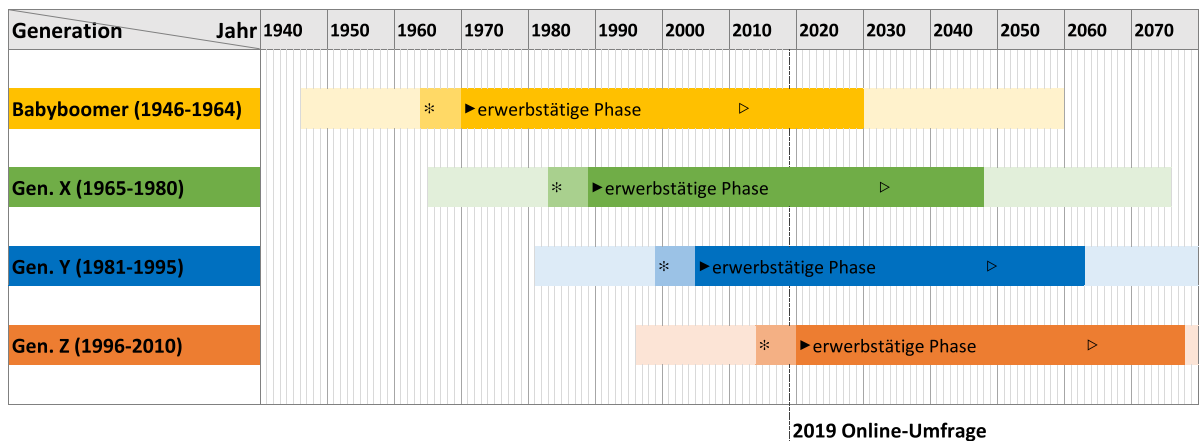
täre Institut als Arbeitsfeld und damit nur dann eine dauerhafte Perspektive, wenn eine akademische Karriere mindestens bis zur Habilitation erfolgreich umgesetzt wird oder es gelingt, eine der begehrten unbefristeten Verträge für Fachärzte mit Leitungsaufgaben zu besetzen. Für Ärzte mit drittmittelfinanzierten Arbeitsverträgen, die an Projekte mit begrenzten Laufzeiten geknüpft sind, kommt die Ungewissheit einer möglichen Vertragsverlängerung und die damit einhergehende fehlende Planungssicherheit hinzu – bei WBA auch hinsichtlich der erforderlichen Rotation in die Fremdfächer Psychiatrie und Pathologie relevant. Für Ärzte, die dauerhaft in der Rechtsmedizin bleiben wollen, kann die Stellensituation bei unsicherer Perspektive einen erheblichen Belastungsfaktor darstellen. Zusätzlich müssen Ärzte ohne Entfristungen bereit und flexibel genug sein, für die nächste Stelle ihren Standort zu wechseln – oftmals sind Umzüge in weit entfernte Universitätsstädte erforderlich –, wodurch sich Auswirkungen auf das Privat-/ Familienleben nicht vermeiden lassen.

6. Die Institute für Rechtsmedizin sind – bis auf wenige Ausnahmen – relativ klein; die ärztlichen Teams sind daher sehr überschaubar. Im Schnitt arbeiten zurzeit ca. acht Ärzte pro rechtsmedizinischem Institut zusammen und die Arbeitsorganisation erfordert i.d.R. eine enge Zusammenarbeit von Fach- und Assistenzärzten in dienstplanbedingt ständig wechselnder Zusammensetzung. Wie überall, setzen sich die Teams aus Vertretern verschiedener Generationen zusammen, die mit ihren unterschiedlichen Vorstellungen und Werten auf sehr engem Feld bei hoher Arbeitslast aufeinandertreffen (s. **Abschnitt 1.3**).
7. Bei vergleichsweise geringer Gesamtzahl der in der deutschsprachigen Rechtsmedizin tätigen Ärzte – 2020 gab es offiziellen Angaben zufolge 367 berufstätige Fachärzte für Rechtsmedizin in den DACHL-Ländern (nicht alle an Instituten beschäftigt) (28-31) und ca. 200 WBA (geschätzt, da keine offizielle Statistik vorhanden) – müssen 36 Lehrstühle an Universitätsinstituten (27) besetzt werden. Ohne Zweifel ist es eine Herausforderung für ein so überschaubares Fach, genügend qualifizierte Wissenschaftler für diese Leitungspositionen hervorzubringen. Die Frage, wie geeignete Nachwuchswissenschaftler identifiziert, gefördert und motiviert werden können, stellt sich hier besonders drängend.

### 1.3 Generationenwandel

Ein Aspekt, der die Arbeit von allen Ärzten auf unterschiedlichen Ebenen maßgeblich beeinflusst, ist die Zusammensetzung und der Zusammenhalt der Kollegenschaft. Wie oben dargelegt, sind rechtsmedizinische Ärzteteams im Vergleich zu vielen klinischen

Fachrichtungen ausgesprochen klein. Dennoch ist die Zusammensetzung dieser Teams durch nachrückende Nachwuchskräfte und rentenbedingt ausscheidende Fachärzte und Institutsleiter einer ständigen Veränderung unterworfen (32). Aktuell und in den nächsten Jahrzehnten werden in Kliniken voraussichtlich stets drei bis vier unterschiedliche Generationen von Ärzten zusammenarbeiten, rechtsmedizinische Institute sind hiervon natürlich nicht ausgenommen. Einen Überblick über die aktuell und in näherer Zukunft erwerbstätigen Ärztegenerationen in Relation zum Erhebungszeitpunkt der gegenständlichen Arbeit bietet **Abb. 1**.



**Abb. 1: Aktuell erwerbstätige Generationen (Geburtskohorten) und Zeitpunkt der Datenerhebung**

\* erster Geburtsjahrgang wird volljährig (18 Jahre [J.])

▶ erster Geburtsjahrgang beginnt Erwerbstätigkeit in der Medizin (frühestes Approbationsalter: ca. 24 J.; Alter von Humanmedizinabsolventen 2019, Median: 26,2 J. (33))

▷ erster Geburtsjahrgang geht in Rente (Rentenalter Babyboomer 65 J., ab Generation X 67 J.)

Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Themen der Zusammenarbeit mehrerer unterschiedlicher Generationen von Ärzten, deren veränderte Anforderungen an Arbeit und Arbeitgeber und die dadurch erforderlichen Anpassungen von Organisationsstrukturen und Führungsstilen seit einigen Jahren immer mehr an Aufmerksamkeit gewinnen (6, 32, 34-43).

Ärzte stellen eine spezielle Arbeitnehmergruppe dar, auf die die Erkenntnisse aus dem Personalmanagement anderer Berufsgruppen nicht ohne Weiteres übertragen werden können. Die im Medizinsektor durchgeführten Studien zeigten, dass die veränderten Erwartungen junger Generationen an den Arbeitgeber zu einer Modifizierung der Führungsstile und Arbeitsbedingungen in Kliniken führen (müssen) (6). Durch demografische Veränderungen mit steigender Lebenserwartung (44) und abnehmender Geburtenrate (45) in den europäischen Ländern wird die Patientenzahl immer weiter steigen und der Mangel an hochqualifizierten Fachkräften (32) wird sich noch weiter verstär-

ken. Wenngleich die Nachfrage nach Medizinstudienplätzen ungebrochen hoch ist – auf einen Studienplatz kommen in Deutschland zur Zeit etwa fünf Bewerber (46, 47) und die Anzahl der Medizinstudenten stieg in den letzten 20 Jahren um ca. 27 % an (48) –, gelten für Medizinabsolventen heute andere Motivatoren. Jüngere Generationen legen heutzutage eher Wert auf eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Jobsicherheit und ein hohes soziales Ansehen als auf einen Karriereberuf mit guten Verdienstmöglichkeiten, zu denen der Arztberuf traditionellerweise zählt (49). Zudem gibt es zahlreiche Alternativen zur kurativen ärztlichen Tätigkeit, die zusammen mit der Notwendigkeit der Kinderbetreuung und einer Abwanderung von Absolventen ins Ausland den Fachkräftemangel trotz steigender Studentenzahlen im deutschen Gesundheitssystem weiter verstärken wird (6). Es findet daher ein Wertewandel auf dem Arbeitsmarkt statt, der nun von den Bewerbern und nicht mehr von den Arbeitgebern bestimmt wird; es wird nicht mehr der perfekte Kandidat für eine Stellenausschreibung gesucht, sondern die Stelle auf die Ansprüche der Bewerber zugeschnitten (32).

Es wird angenommen, dass ein besseres Verständnis der zusammenarbeitenden Generationen – und insbesondere der jungen Generationen – zu einer Verbesserung der Faktoren Rekrutierung, Bindung, Kommunikation, Mitarbeiterengagement und Konfliktlösung führt (50), weshalb auf die Themen Generationen und Generationenunterschiede sowie deren mögliche Auswirkungen auf Arbeitsbelastung und -zufriedenheit in der vorliegenden Arbeit ein besonderes Augenmerk geworfen werden soll. Ohne Zweifel müssen Generationenunterschiede mitbedacht werden, wenn die Arbeitssituation von Ärzten (hier im Fach Rechtsmedizin) beleuchtet werden soll.

Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen der Generationenforschung sowie die drei für die vorliegende Arbeit relevanten Generationen und ihre potenziellen Unterschiede dargestellt.

### **1.3.1 Das Generationenkonzept**

Die sozialwissenschaftliche Generationenforschung und -theorie hat sich aus zwei unterschiedlichen Perspektiven entwickelt:

1. Die social forces-Perspektive, die der Arbeit des Soziologen Karl Mannheims entspringt (51). Generationen werden dort als miteinander verbundene und mehrdimensionale soziale Gruppen betrachtet, die durch die Ereignisse und den Kontext, den sie in ihren prägenden Jahren erleben, eine gemeinsame Lebens- und Welterfahrung entwickeln (51).
2. Die Kohortenperspektive aus der Arbeit von Ryder (52), die Generationen als Zusammenfassung einer Menschengruppe (demografische Kohorte) sieht, die im

selben definierten Zeitraum geboren wurde (52, 53) und daher ähnliche signifikante Ereignisse im selben Zeitintervall erlebt (52). Dies hat die Entwicklung einer generationsspezifischen Identität und ähnlicher Werte, Ansichten und Präferenzen zur Folge (54). Diese Kohorten müssen konkrete Grenzen haben (Geburtsjahre), homogen sein und messbare/beobachtbare Gemeinsamkeiten aufweisen (52).

Studien zu Generationsunterschieden hinsichtlich arbeitsbezogener Variablen stützen sich fast ausschließlich auf die Kohortenperspektive und zeigen dadurch Unterschiede zwischen den Geburtskohorten auf (55). Die Einteilung der Geburtskohorten, die zu einer Generation gezählt werden, ist im internationalen Vergleich äußerst uneinheitlich, und auch die Bezeichnungen der verschiedenen Generationen variieren stark. Anfang und Ende einer Geburtskohorte hängen von prägenden Ereignissen ab und folgen daher keiner externen Regelmäßigkeit (34). Prägende Faktoren, also maßgebliche Erlebnisse in der formativen Phase der Sozialisation (56), die ca. zwischen dem 16. und 24. Lebensjahr stattfindet (57), sind historische Ereignisse, Naturkatastrophen, politische und ökonomische Bedingungen, genauso wie Lifestyle, Popkultur und Kunst (54). Für die deutsche Bevölkerung sind verständlicherweise andere Schlüsselerlebnisse von Bedeutung als für andere Länder (z.B. hatte der Vietnam-Krieg auf US-Bürger einen wesentlich stärkeren Einfluss als auf europäische Länder), sodass internationale Studienergebnisse nur begrenzt auf die deutsche Bevölkerung anwendbar sind (34, 54). Darüber hinaus gibt es große Unterschiede zwischen den generationenvergleichenden Studien, die zum Teil eine unterschiedliche Anzahl an Geburtskohorten, unterschiedliche Kohortengrenzen oder langfristige Trends ohne Bezug auf bestimmte Kategorien untersuchten (58). Obwohl die mangelnde wissenschaftliche Fundierung und Widersprüchlichkeit von konkreten Geburtsjahresgrenzen kritisiert wurde (54), argumentierte Pilcher (59), dass die genauen Grenzen nicht ausschlaggebend seien, da sich Generationentrends trotz unscharfer Grenzen offenbaren sollten. Dennoch erschwert diese Variabilität den zusammenfassenden Überblick über die Studienergebnisse (58). Eine weitere Problematik der Kohortenperspektive ist die Gefahr einer Alters-/ Perioden-/ Kohorten-Verwechslung, d.h., dass angebliche Generationenunterschiede auch genauso plausibel durch altersbedingte Effekte (d.h. durch Reifung), die Bedingungen des historischen Zeitraums (d.h. die Periode) oder Kohorteneffekte (d.h. durch den prägenden Kontext) erklärt werden können (52, 54, 58). Kein einzelner methodischer Ansatz ist in der Lage, diese drei Effekte zu entwirren (58).

### 1.3.2 Generationen und ihre Unterschiede

In der vorliegenden Arbeit liegt das Augenmerk auf den folgenden drei Generationen:

1. Generation Babyboomer, auch Nachkriegs- oder Wirtschaftswundergeneration genannt und zwischen ca. 1946 und 1964 geboren,
2. Generation X, in Deutschland teilweise auch Generation Golf genannt und zwischen ca. 1965 und 1980 geboren, und
3. Generation Y, auch als *Millennials* oder *Digital Natives* bekannt und zwischen ca. 1981 und 1995 geboren (6, 34).

Es existieren zahlreiche Beschreibungen stereotyper Merkmale, Verhaltensweisen und Werte der Generationen, die nicht alle wissenschaftlich begründet sind (34), weshalb an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen werden soll. Empirische Studien, die Generationenunterschiede objektivieren würden, sind eher rar (60). Tatsächlich existieren sogar Studien, die die allgemeine Ansicht, es bestünden starke Generationenunterschiede, eher widerlegen (61), zu nicht eindeutigen oder sich widersprechenden Ergebnissen kommen (62) oder nur sehr geringe Unterschiede aufweisen (63). Insgesamt suggerieren die bisher in diesem Forschungsgebiet durchgeführten Arbeiten, dass die Generationen mehr Gemeinsamkeiten haben als Unterschiede (63).

Durch die hauptsächlich monokulturell und national durchgeführten Arbeiten bestehen zudem Schwierigkeiten in der internationalen Vergleichbarkeit und in der Anwendbarkeit auf andere berufliche Sektoren (64), da Generationen auf ein geographisches Gebiet begrenzt sind, in denen ähnliche gesellschaftliche, kulturelle und politische Rahmenbedingungen herrschen (65). Erschwerend kommt für aktuelle Vergleiche hinzu, dass die Generation Y in vielen der bisher durchgeführten Arbeiten altersbedingt noch nicht berücksichtigt wurde (63).

Auf der Persönlichkeitsebene konnte nachgewiesen werden, dass jüngere Generationen selbstbewusster (66) und extrovertierter sind (67, 68). Zudem haben jüngere Generationen ein stärkeres Verlangen nach sozialer Anerkennung (69), sind ängstlicher und neurotischer (70). Widersprüchliche Ergebnisse fanden sich hinsichtlich der Ausprägung einer narzisstischen Grundhaltung, die je nach Untersuchung zwischen den Generationen X und Y zu- oder abgenommen habe (71-73).

Die Generation X wertet die Faktoren Sicherheit und Unabhängigkeit höher, die Generation Y wertet das Arbeitsumfeld und die Entlohnung höher als die jeweils anderen beiden Generationen (74). Die Generation X bevorzugt es, unabhängig zu arbeiten (62) und legt ihr Augenmerk vor allem auf ihre eigenen Ziele und Ambitionen (75). Sie legt mehr Wert auf harte Arbeit und assoziiert harte Arbeit eher mit dem eigenen

Selbstwert als Babyboomer (76). Andere Arbeiten zeigten demgegenüber, dass Babyboomer ein höheres Arbeitsethos haben, was harte Arbeit und Überstunden angeht, als die jüngeren Generationen (77, 78).

Insgesamt nimmt der Beruf für die jüngeren Generationen eine immer weniger zentrale Rolle in ihrem Leben ein (76, 79, 80); die Generationen X und Y zeigen ein geringeres Interesse an Überstunden (77, 81) und legen mehr Wert auf Freizeit als die Babyboomer (77). Insbesondere die Generation Y ist weniger intrinsisch motiviert (77, 82) und erwartet Belohnungen für erfolgte Mühen (83). Sie ist eher als die vorherigen Generationen der Ansicht, nicht die ihnen zustehende Anerkennung zu erhalten (79). Wenngleich diese Aspekte auf ein höheres Anspruchsdenken (engl. *entitlement*) jüngerer Generationen hinweisen, konnten in einem multidimensionalen Ansatz dahingehend keinerlei signifikante Generationenunterschiede festgestellt werden (84).

Babyboomer werden als loyaler gegenüber ihrem Arbeitgeber bzw. ihrem Unternehmen beschrieben als die nachfolgenden Generationen (76, 85) und haben mehr Respekt vor Autorität (75, 79), während die Generationen X und Y Autorität eher hinterfragen und als individualistischer gelten (79, 80); insbesondere die Generation X gilt als egozentrischer als die Babyboomer (76). Das berufliche Engagement der Babyboomer basiert jedoch, verglichen mit der Generation X, weniger auf einem Pflichtgefühl als auf einem Wunsch nach Beständigkeit und der Vermeidung des großen Aufwands, den eine Kündigung bzw. ein beruflicher Wechsel mit sich bringen würde (86). Bei den jüngeren Generationen wurde eine höhere Berufswechsel- bzw. Kündigungsintention im Vergleich zu Babyboomern festgestellt (63, 87, 88).

Alters- und periodenbereinigte Untersuchungen zeigten zwar statistisch signifikante, aber beinahe vernachlässigbar geringe Generationenunterschiede in Bezug auf die allgemeine Berufszufriedenheit (geringfügig höhere Werte bei der Generation Y als bei den Generationen X und Babyboomer) und die Zufriedenheit mit der Entlohnung (63). Zwei Studien aus dem deutschsprachigen Raum kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Generation Y zwar in einigen Variablen statistisch signifikant von den vorherigen Generationen unterscheidet, bspw. durch eine geringere Zufriedenheit mit der Freizeit und eine höhere Zufriedenheit mit dem Einkommen, die Generationenunterschiede aber nicht so deutlich sind, wie vielfach behauptet (89, 90) und viele der Unterschiede durch die Kontrolle persönlicher und sozioökonomischer Variablen (z.B. höhere Frauenquote, höhere Teilzeitquote) nahezu vollständig erklärbar sind (89).

Bei der Generation Y konnte eine geringfügig höhere Leistungs- und Kooperationsbereitschaft festgestellt werden als bei älteren Generationen, was von den Autoren durch eine stärkere Karriereorientierung der jüngeren Generationen begründet wurde, die

sich noch in niedrigeren beruflichen Positionen befanden (91). Die Generation X ist weniger zufrieden mit ihrem Karrierefortschritt als andere Generationen (92). Die Generation Y ist etwas zufriedener mit ihren Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten als die vorherigen Generationen, selbst wenn die Auswertung um den Faktor Alter bereinigt wurde (63).

Die Generation Y bevorzugt ein strukturierteres Arbeitsumfeld als die Generation X sowie klare Regeln und Vorgaben (93). Babyboomer sind im Vergleich zu den jüngeren Generationen unsicherer im Umgang mit neuen Technologien (79).

### **1.3.3 Kritik am Generationenkonzept**

Die Grundidee des Generationenkonzepts wird mitunter auch kritisch betrachtet; so wird vor allem die kategoriale Abgrenzung der Generationen in Zweifel gezogen (54). Ungeachtet dessen, dass deren wissenschaftliche Fundierung nach wie vor nicht erbracht ist, wird die Existenz und Einteilung der Generationen in vielen Studien als Faktum übernommen (54). Das hat zur Folge, dass diese Studien nur vergleichende Analysen von Geburtskohorten darstellen und festgestellte Unterschiede zwischen diesen mehr oder weniger willkürlich gebildeten Kohorten reiner Zufall sein könnten, was sich durch die eher geringen intergenerationalen Differenzen zu bestätigen scheint (34). Will man sich mit Generationenunterschieden befassen, muss man sich mit einem verwirrenden Durcheinander von Hinweisen auseinandersetzen, die in unterschiedlichen Kontexten und mit unterschiedlichen methodischen und theoretischen Ansätzen generiert wurden (58). Unterschiede lassen sich zum Teil auch durch die ethnische Herkunft, die sozioökonomische Lage, kulturelle Einflüsse, das Geschlecht und das Bildungsniveau erklären (34). Letztlich muss auch berücksichtigt werden, dass eine Generation keine homogene Gruppe darstellt, sondern Subgruppen enthalten kann, die sich zum Teil wesentlich voneinander unterscheiden können (94).

## 1.4 Ziele der Arbeit

In den DACHL-Ländern gibt es aktuell ca. 550 berufstätige Rechtsmediziner und rechtsmedizinisch tätige WBA, von denen zurzeit etwa 450 an insgesamt 55 Instituten für Rechtsmedizin arbeiten. In verschiedenen Workshops der DGRM entstand der Eindruck, dass die Themen Arbeitslast und „Generationenkonflikte“ in vielen Instituten eine (negative) Rolle spielen und die Weiterentwicklung junger Ärzte im Fach sowie auch des Fachs selbst ungünstig beeinflussen (95). Die vorliegende Arbeit hatte das übergeordnete Ziel, dieses Themenfeld näher zu beleuchten und gegebenenfalls Anknüpfungspunkte für Veränderungen zu erarbeiten. Dabei wurden in zwei Teilen verschiedene (aber doch auch verknüpfte) Themenbereiche bearbeitet:

### 1.4.1 Teil I: Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in der Rechtsmedizin

Die Pilotstudie von Gauthier et al. (20) gewährte einen ersten Einblick in die Arbeitssituation der deutschsprachigen Rechtsmediziner. Seither sind jedoch beinahe zehn Jahre vergangen, eine daran anknüpfende aktualisierte Bestandsaufnahme der beruflichen Situation rechtsmedizinisch tätiger Ärzte ist daher dringend überfällig. Die psychosoziale Arbeitsbelastung von Rechtsmedizinern wurde bisher noch nicht systematisch untersucht (7). Hierfür bietet sich das „Modell der beruflichen Gratifikationskrisen“ (*Effort-Reward Imbalance [ERI] Model*) (96) an. Dieses misst anhand der Subskalen *Effort* (berufliche Verausgabung) und *Reward* (Belohnung, z.B. in Form von Gehalt, Anerkennung) bzw. durch deren (Un-) Gleichgewicht das Vorliegen einer Gratifikationskrise sowie anhand der Subskala *Overcommitment* die intrinsische Verausgabungsneigung, die den Effekt einer Gratifikationskrise verstärken kann (96). Anknüpfend an die oben ausgeführten Überlegungen zu den spezifischen Belastungsfaktoren im Fach Rechtsmedizin (s. **Abschnitt 1.2**) waren die Ziele des ersten Teils der Arbeit, einen aktuellen Blick auf Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit der rechtsmedizinisch tätigen Ärzte zu werfen und mögliche Einflussfaktoren (Routine, Forschung, Weiterbildung) zu identifizieren.

Folgende Fragen sollten beantwortet werden (alle Fragen aus (7)):

- *„Wie hoch ist die subjektive Arbeitsbelastung bei Ärzten in der Rechtsmedizin, liegen Gratifikationskrisen vor? Unterscheidet sich die psychosoziale Arbeitsbelastung von anderen Fachrichtungen? Wenn ja, welche Gründe könnte das haben?“*
- *„Wie hoch ist die Arbeitszufriedenheit von Rechtsmedizinern? Welche möglichen Einflussfaktoren gibt es?“*



- *Wie hoch ist die Zufriedenheit der WBA mit den Weiterbildungsbedingungen? Gibt es Veränderungs- oder Optimierungsbedarf?*
- *Wie sind die Forschungs- und Karriereambitionen der Rechtsmediziner? Sind sie zufrieden mit ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit? Gibt es Veränderungs- oder Optimierungsbedarf?“ (7)*

#### **1.4.2 Teil II: Generationsunterschiede in der Rechtsmedizin**

Die bisherigen Erkenntnisse zu arbeitsbezogenen Unterschieden der Generationen sind nicht eindeutig und werfen zum Teil mehr Fragen auf, als sie Antworten liefern. Ungeachtet der oben aufgeführten Problematik der Generationenforschung ergaben sich im Arbeitsalltag in rechtsmedizinischen Instituten anekdotische Hinweise auf ein mögliches Konfliktpotential durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Geburtskohorten (im Folgenden auch „Generationen Babyboomer/X/Y“ genannt) (95).

Ob und wie ausgeprägt Generationenunterschiede auch bei ärztlichen Mitarbeitern in deutschsprachigen Instituten für Rechtsmedizin vorhanden sind und welche Auswirkungen sie auf die Zusammenarbeit, die Arbeitsbelastung und die Arbeitszufriedenheit haben, wurde bisher nicht untersucht.

Das zweite Ziel der Arbeit war es daher, folgende Fragen zu beantworten:

- *Inwiefern sind Generationenunterschiede bei ärztlichen Mitarbeitern in rechtsmedizinischen Instituten wahrnehmbar?*
- *Führen Generationenunterschiede zu wahrnehmbaren Konflikten im Arbeitsalltag?*
- *Welche Auswirkungen haben Generationenunterschiede bzw. -konflikte auf die eigene Arbeit, die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbelastung?*
- *Welche Wünsche und Erwartungen haben die älteren an die jüngeren Generationen und umgekehrt?*

### **1.5 Ethikvotum**

Die Studie wurde der Ethikkommission (EK) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zur Prüfung vorgelegt. Ein positives Votum liegt vor:

**Studien-Nr. (EK):** 2019-653

**Studien-ID (Studienregister UKD):** 2019085209

**Datum:** 06.09.2019

**2 Teil I: Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit  
rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte, He-  
ger, A., Ritz-Timme, S., Rechtsmedizin 31 (6): 479–  
493 (2021)**

Rechtsmedizin 2021 · 31:479–493  
<https://doi.org/10.1007/s00194-021-00465-w>  
 Angenommen: 19. Januar 2021  
 Online publiziert: 15. Februar 2021  
 © Der/die Autor(en) 2021



A. Heger · S. Ritz-Timme

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

# Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte

## Ergebnisse einer Online-Umfrage im deutschsprachigen Raum, Teil I

**Die vorliegende Studie ist die erste systematische Untersuchung zur ärztlichen Arbeitsbelastung in der Rechtsmedizin unter Nutzung des Modells der beruflichen Gratifikationskrisen. Die erhobenen Daten belegen nicht nur eine hohe Arbeitszufriedenheit und eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung, sondern auch von Assistenz\*ärztinnen wahrgenommene Defizite in den Strukturen der institutsinternen Weiterbildung und der Forschung. Hier besteht Handlungsbedarf. Gleichzeitig ergibt sich daraus ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung des Fachs Rechtsmedizin.**

### Einleitung

Arbeitszufriedenheit und berufliche Belastung von Ärzten<sup>1</sup> sind immer wieder Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Ärzte werden häufig mit herausfordernden Arbeitsbedingungen konfrontiert. Große Arbeitslast, Zeitdruck, geringe eigene Entscheidungs- und Handlungskontrolle, schlechtes Arbeitsklima, starre hierarchische Strukturen und eine unbefriedigende Entlohnung tragen zu der allgemein als „psycho-

soziale Arbeitsbelastung“ bezeichneten Belastung durch den Beruf bei [1, 41]. Je mehr der ärztliche Handlungsspielraum eingegrenzt wird, desto geringer ist auch die Arbeitszufriedenheit [18]. Umgekehrt haben ein geringerer Leistungsdruck und ein sicheres Einkommen mit der Möglichkeit zusätzlicher finanzieller Anreize in Kombination mit einer guten kollegialen Zusammenarbeit und einer hohen Arbeitsautonomie eine positive Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit [18].

Eine Möglichkeit zur Untersuchung der psychosozialen Arbeitsbelastung bietet das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen („effort-reward imbalance [ERI] model“) von Siegrist [39, 43]. Dabei wird angenommen, dass die berufliche Verausgabung (engl.: „effort“) als Teil eines gesellschaftlichen Vertrags verstanden wird. Im Gegenzug erhält man eine Belohnung (engl.: „reward“) in Form von Gehalt, Anerkennung oder Arbeitsplatzsicherheit (soziale Reziprozität) [39, 42]. Liegt ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung zugunsten der Verausgabung vor, spricht man von einer Gratifikationskrise. Zahlreiche Studien konnten Auswirkungen einer hohen psychosozialen Arbeitsbelastung auf die psychische und physische Gesundheit [8, 28, 29, 40] sowie auf die generelle Lebenszufriedenheit von Medizinerinnen aufzeigen [37]. Die empfundene Arbeitslast und die Arbeitszufriedenheit konnten außer-

dem mit der Intention, den Beruf zu verlassen oder zu wechseln, in Zusammenhang gebracht werden [45]. Ergänzt wird das Modell durch das Verhaltensmuster der intrinsischen Verausgabungsneigung (engl.: „over-commitment“), das die gesundheitlichen Auswirkungen der Gratifikationskrise zusätzlich verstärken kann [42].

Das Fach Rechtsmedizin geht mit besonderen Aufgaben und Herausforderungen einher. Der Berufsalltag unterscheidet sich wesentlich von anderen medizinischen Fachrichtungen. Auch wenn die Rechtsmedizin über die Ambulanzen der Institute „klinischer“ geworden ist, so ist die klassische Arzt-Patient-Beziehung praktisch nicht vorhanden. Dennoch geht die Tätigkeit als Rechtsmediziner häufig mit einer hohen emotionalen Last einher. Der Kontakt mit Opfern körperlicher/sexualisierter Gewalt oder Folter, Tatverdächtigen und Angehörigen von Verstorbenen verlangt nicht nur individuelle Kommunikationsstrategien und eine Mischung aus Empathie und distanzierter Professionalität, sondern auch eine relevante psychische Belastbarkeit. Auch die Tätigkeit als Sachverständiger vor Gericht stellt hohe Anforderungen an Rechtsmediziner. In Universitätsinstituten ist die Vielfalt an Aufgaben in den Bereichen Forschung, Lehre und Dienstleistung herausfordernd [31], da sehr unterschiedliche

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden meist nur die männliche Form verwendet. Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Anforderungen gleichermaßen bedient werden müssen.

Unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) gibt es derzeit 55 rechtsmedizinische Institute (inkl. aller Zweigstellen und Privatinstitute) [16]; der Großteil ist in Deutschland angesiedelt (41 Institute), gefolgt von der Schweiz (8 Institute), Österreich (5 Institute) und Luxemburg (1 Institut). Etwa 360 Fachärzte für Rechtsmedizin arbeiten laut den aktuellen Ärztestatistiken in diesen 4 Ländern [11, 22, 30, 35]. Wenngleich die Anzahl der Weiterbildungsassistenten (WBA) in offiziellen Statistiken nicht geführt wird, dürfte sich die Gesamtzahl der in der Rechtsmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte schätzungsweise etwa im mittleren dreistelligen Bereich bewegen. Verglichen mit anderen Fachrichtungen ist die Rechtsmedizin also ein sehr überschaubares Fach, und der Arbeitsmarkt ist dementsprechend begrenzt.

Forschung ist ein wichtiger Teil rechtsmedizinischer Tätigkeit an den universitär angesiedelten rechtsmedizinischen Instituten – oder sollte es zumindest theoretisch sein. Allerdings wurde in den letzten Jahren nicht nur im deutschsprachigen Raum über den (nicht ausreichenden) Stellenwert der rechtsmedizinischen Forschung diskutiert [31, 32, 34]. In der Pilotstudie von Gauthier et al. [17] zu Arbeitsbedingungen deutschsprachiger Rechtsmediziner gab lediglich ein Viertel der Befragten an, eine akademische Karriere anzustreben oder bereits erfüllt zu haben. Möglicherweise war dieser geringe Anteil durch die Schwierigkeit bedingt, sowohl Forschung als auch Dienstaufgaben gleichermaßen effektiv zu bewältigen. Es ist bekannt, dass bei einer Überlastung mit Arbeitsaufgaben die Entscheidung, welchen Aufgaben Priorität gegeben wird, oftmals zugunsten der Routine und zulasten der Wissenschaft und der Lehre ausgeht [3]. Ohne fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse kann aber auch die Dienstleistung nicht mit der erforderlichen hohen Qualität und evidenzbasiert erbracht werden [31].

Nicht nur in der Rechtsmedizin ist die Zeit der Weiterbildung maßgeblich entscheidend für die Entwicklung des eigenen Selbstverständnisses als (Fach-)Arzt

[41]. Diese Entwicklung wird von äußeren (kulturellen und systemischen) Einflüssen geprägt und geht mit speziellen Belastungsfaktoren einher. Die Weiterbildungsphase ist gekennzeichnet von einer Flut an neuen Anforderungen, der noch ungewohnten Übernahme von Verantwortung und einer möglichst raschen Aneignung des umfangreichen theoretischen und praktischen Fachwissens. Für viele WBA ist sie eine Zeit voll Stress und Überforderung [7, 38].

Deutschsprachige Rechtsmediziner wurden bisher erst einmal zu ihren Arbeitsbedingungen und ihrer Berufszufriedenheit befragt [17]. Die psychosoziale Arbeitsbelastung in dieser Berufsgruppe wurde noch nicht systematisch untersucht. Ausgehend von den oben genannten Überlegungen ergaben sich folgende Fragestellungen, die anhand einer Umfrage unter rechtsmedizinisch tätigen Fach- und Assistenzärzten im deutschsprachigen Raum bearbeitet wurden:

- Wie hoch ist die subjektive Arbeitsbelastung bei Ärzten in der Rechtsmedizin, liegen Gratifikationskrisen vor? Unterscheidet sich die psychosoziale Arbeitsbelastung von anderen Fachrichtungen? Wenn ja, welche Gründe könnte das haben?
- Wie hoch ist die Arbeitszufriedenheit von Rechtsmedizinern? Welche möglichen Einflussfaktoren gibt es?
- Wie hoch ist die Zufriedenheit der WBA mit den Weiterbildungsbedingungen? Gibt es Veränderungs- oder Optimierungsbedarf?
- Wie sind die Forschungs- und Karriereambitionen der Rechtsmediziner? Sind sie zufrieden mit ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit? Gibt es Veränderungs- oder Optimierungsbedarf?

## Methoden

### Umfrage

Es wurde ein Online-Fragebogen konzipiert, der Fragen zu demografischen Basisdaten, beruflichen Spezifikationen und den Themenkomplexen Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Forschung und Karriere, Weiterbildung,

Beruf vs. Privatleben und Generationenwandel enthielt. (Anm.: Die Ergebnisse des Generationenteils werden gesondert publiziert.) Die Gesamtzahl der zu beantwortenden Fragen variierte je nach Teilnehmer zwischen mind. 24 und max. 53 Fragen, da nach manchen Entscheidungsfragen weitere ergänzende Fragen gestellt wurden und sich manchen Alternativfragen je nach gewählter Alternative unterschiedliche Fragen anschlossen. Alle angezeigten Fragen (ausgenommen fakultativer Freitextfragen) mussten beantwortet werden, um die jeweils nächste Seite zu erreichen.

Der ERI-Fragebogen [39, 43] in der Langfassung wurde in den Fragebogen integriert und allen Teilnehmern angezeigt. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte auf einer 4-Punkte-Likert-Skala (stimme gar nicht zu – stimme nicht zu – stimme zu – stimme voll zu). Ein Item (Frage nach der körperlichen Anstrengung des Berufs) wurde aus der Auswertung exkludiert, sodass 5 Items zur Verausgabung (Effort, E), 10 Items zur Belohnung (Reward, R) und 6 Items zur Verausgabungsneigung (Over-Commitment, OC) ausgewertet wurden. Aus den Skalenwerten Verausgabung und Belohnung wurde ein Quotient gebildet, um das Ausmaß der beruflichen Gratifikationskrise zu quantifizieren. Ein ER-Quotient >1 deutet auf das Vorhandensein einer Gratifikationskrise hin.

Weitere Fragen wurden eigens für die Umfrage verfasst, teilweise in Anlehnung an eine Umfrage unter ophthalmologischen Assistenzärzten von Hos et al. [21] und eine Dissertation zum Thema *Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin – gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?* von Hanika [20].

Der Fragebogen wurde im September 2019 per E-Mail an 436 rechtsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte verschickt, deren E-Mail-Adressen über das Mitgliederverzeichnis der DGRM oder über die Institutswebseiten zugänglich waren. Die Teilnehmer wurden 2-mal an die Teilnahme erinnert. Eine mehrfache Teilnahme wurde mittels individuellen, anonymisierten Referenzlinks ausgeschlossen. Voraussetzung für die Teilnahme war die Zustimmung zur Verarbeitung der anonymisierten Daten und

A. Heger · S. Ritz-Timme

**Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer Online-Umfrage im deutschsprachigen Raum, Teil I****Zusammenfassung**

**Hintergrund und Ziele.** Das Fach Rechtsmedizin unterscheidet sich strukturell und inhaltlich sehr von anderen medizinischen Disziplinen. Da zu Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit der Rechtsmediziner\*innen im deutschsprachigen Raum bislang wenig bekannt ist, wurden diese Aspekte über eine Online-Befragung untersucht.

**Material und Methoden.** Der Fragebogen wurde im September 2019 online an 436 rechtsmedizinisch tätige Ärzt\*innen verschickt. Er enthielt je nach Antwortverhalten der Teilnehmer bis zu 53 Fragen zu den Themen Arbeitsbelastung und -zufriedenheit, Weiterbildung, Karriere, Forschung, Beruf vs. Privatleben und Generationenwandel. Die psychosoziale Arbeitsbelastung wurde

anhand des Modells der beruflichen Gratifikationskrisen überprüft.

**Ergebnisse.** Von 199 bearbeiteten Fragebogen waren 181 vollständig ausgefüllt und konnten ausgewertet werden. Der Großteil der Befragten war zufrieden mit der Routinetätigkeit. Die Hälfte der Weiterbildungsassistent\*innen (WBA) war zufrieden mit den institutsinternen Weiterbildungsbedingungen. Nur etwas mehr als ein Drittel der Befragten war zufrieden mit der wissenschaftlichen Tätigkeit; die Hälfte der befragten Ärzt\*innen forschte aktiv. Die psychosoziale Arbeitsbelastung war bei einem mittleren ER-Quotienten von 1,24 insgesamt eher hoch. Es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich Arbeitsbelastung und -zufriedenheit zwischen Assistenz- und

Fachärzt\*innen. Nur wenige WBA strebten eine zukünftige Leitungsposition an.

**Diskussion.** Die (hohe) psychosoziale Arbeitsbelastung der Rechtsmediziner\*innen ist vergleichbar mit anderen medizinischen Fachrichtungen. Die gleichzeitig hohe Arbeitszufriedenheit könnte für eine Inkaufnahme der (Mehr-)Belastung aufgrund einer hohen intrinsischen Motivation sprechen. Aus den erhobenen Daten lässt sich Handlungsbedarf zur Etablierung optimierter Bedingungen für Forschung und institutsinterne Weiterbildung ableiten.

**Schlüsselwörter**

Umfrage · Rechtsmedizin · Facharztweiterbildung · Wissenschaftliche Karriere · Berufliche Gratifikationskrise

**Work strain and job satisfaction among doctors working in legal medicine. Results of an online survey in German-speaking countries, part I****Abstract**

**Background and objective.** Legal medicine differs greatly from other medical disciplines, in structure as well as in content. Since little is known about work strain and job satisfaction of physicians working in legal medicine in German-speaking countries, these aspects were examined via a survey.

**Material and methods.** The online survey was sent to 436 physicians working in legal medicine in September 2019. Depending on the participants answers the questionnaire contained up to 53 questions on the following topics: work strain, job satisfaction, specialist training, career, research, work vs. private life and generational change. Work strain was examined using the effort-reward imbalance (ERI) model.

**Results.** A total of 199 questionnaires were filled out, of which 181 were fully completed and could be evaluated. The majority of the respondents were satisfied with their routine work. Only a little more than a third were satisfied with their scientific work. Half of the doctors in training were satisfied with their specialist training conditions. The mean ER ratio was 1.24, which means that the work strain was relatively high overall. There were no differences in terms of work strain and job satisfaction between residents and specialists. Half of the physicians surveyed were actively involved in research and were aiming for an academic career path. Only few residents aim for future leadership positions.

**Conclusion.** The effort-reward imbalance of physicians working in legal medicine is comparable to that of other medical specialists. At the same time, there is a high level of job satisfaction, which could indicate that (additional) work stress is tolerated due to great intrinsic motivation. A need to establish more favorable conditions for research and specialist training in medicolegal institutes can be derived from the data collected.

**Keywords**

Surveys and questionnaires · Forensic medicine · Specialist training · Scientific career · Effort-reward imbalance

eine aktuelle oder max. 5 Jahre zurückliegende rechtsmedizinisch-ärztliche Tätigkeit. Es lag ein positives Votum der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf für die Durchführung der Studie vor.

**Statistik**

Neben der deskriptiven Datenanalyse erfolgte bei ausgewählten Fragen der Vergleich von 2 Gruppen mittels Mann-Whitney-U(MWU)-Test und von mehr Gruppen mittels Kruskal-Wallis-Test mit Dunn-Bonferroni- oder MWU-Test als Post-hoc-Tests. Erwartete und beobachtete Häufigkeiten wurden anhand

von Kreuztabellen verglichen und mittels  $\chi^2$ -Tests auf Signifikanz geprüft. Es erfolgte eine Korrektur für multiples Testen nach Bonferroni, ausgehend vom Signifikanzniveau  $\alpha = 0,05$ . Die Kennzahlen der Effektstärke wurden wie folgt berechnet: Für MWU- und Kruskal-Wallis-Tests:  $r$  (Effektgröße für Medianunterschiede):  $< 0,3$  schwacher,  $0,3-0,5$  mittlerer und  $> 0,5$  starker Effekt. Für  $\chi^2$ -

**Tab. 1** Basisdaten der Studienpopulation (alle Teilnehmer;  $n = 181$ )

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Teilnehmer gesamt</b>		181	100,0
<b>Geschlecht</b>	Weiblich	105	58,0
	Männlich	75	41,4
	Keine Angabe	1	0,6
<b>Geburtsjahr</b>	Vor 1965	26	14,4
	1965–1980	66	36,5
	1981–1995	88	46,6
	Ab 1996	1	0,6 <sup>a</sup>
<b>Land der Berufsausübung</b>	Deutschland	152	84,0
	Österreich	4	2,2
	Schweiz	21	11,6
	Anderes	4	2,2
<b>Anstellung</b>	Universitär	161	89,0
	Nichtuniversitär	20	11,0
	1 Vertrag	165	91,2
	≥2 Verträge	16	8,8
<b>Vertragsart<sup>b</sup></b>	Reguläre Anstellung („Hausstelle“)	156	86,2
	Projekt-/Drittmittelstelle	27	14,9
	Sonstiger Vertrag	17	9,4
<b>Facharzttitle</b>	Ja	114	63,0
	Nein	67	37,0
<b>Weiterbildung<sup>c</sup></b>	1. Jahr	5	7,5
	2. Jahr	4	6,0
	3. Jahr	16	23,9
	4. Jahr	22	32,8
	5. Jahr	16	23,9
	>5. Jahr	4	6,0
<b>Höchster akad. Titel</b>	Professur	29	16,0
	Habilitation	17	9,4
	Promotion	92	50,8
	Kein Titel	43	23,8
<b>Höchste berufliche Position</b>	Institutsleitung	23	12,7
	Stellv. Institutsleitung	16	8,8
	Abteilungsleitung	14	7,7
	Oberarzt	18	9,9
	Facharzt	43	23,8
	Assistenzarzt	67	37,0
		<b>MW ± SD</b>	
<b>Facharztjahre<sup>d</sup></b>		12,0 ± 9,4	
<b>Wochenarbeitsstunden</b>		46,3 ± 9,2	

MW Mittelwert, SD Standardabweichung

<sup>a</sup>Vermutlich fälschliche Angabe

<sup>b</sup>Mehrfachnennungen waren möglich

<sup>c</sup>Nur Assistenzärzte ( $n = 67$ )

<sup>d</sup>Nur Fachärzte ( $n = 114$ )

Test:  $\phi$ /Cramér's V ( $\chi^2$ -basiertes Zusammenhangsmaß):  $< 0,3$  schwacher,  $0,3-0,5$  mittlerer und  $> 0,5$  starker Effekt (nach Cohen 1988) [13]. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS® Statistics Version 25 (IBM, Armonk, New York, USA).

## Ergebnisse

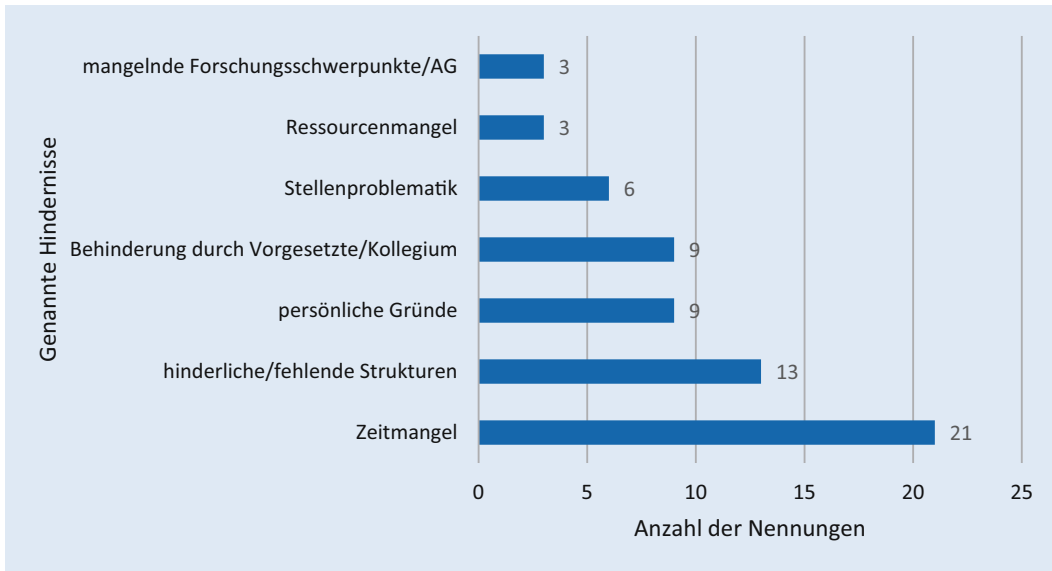
199 Fragebogen wurden ausgefüllt – 18 teilweise und 181 vollständig. Unvollständige Fragebogen wurden als Abbrüche der Studienteilnahme gewertet, sodass Daten von 181 Teilnehmern zur Auswertung zur Verfügung standen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 41,5 %.

## Basisdaten

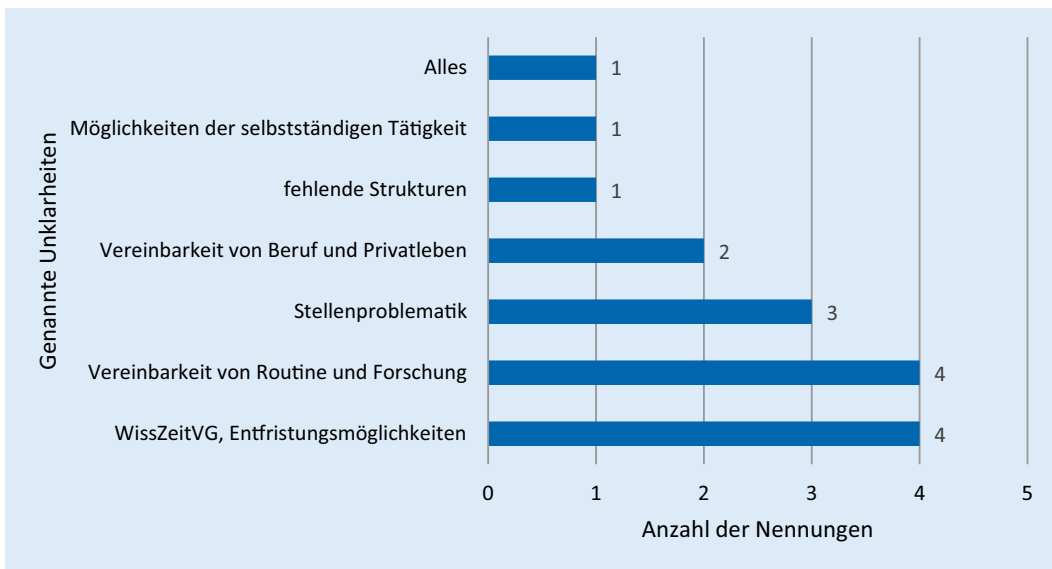
58,0 % der Teilnehmer waren weiblich, 41,4 % männlich (ein/eine Teilnehmer/-in machte keine Angabe). In der Gruppe der WBA war der Unterschied deutlicher und statistisch signifikant (77,6 % weiblich vs. 22,4 % männlich;  $p < 0,001$ ,  $\phi = 0,30$ ). Beinahe die Hälfte der Teilnehmer (48,6 %) ist zwischen 1981 und 1995 geboren, 36,5 % sind zwischen 1965 und 1980 geboren.

Der überwiegende Anteil der Befragten arbeitete in Deutschland (84,0 %). 63,0 % der Befragten hatten einen Facharzttitle, im Durchschnitt seit  $12,0 \pm 9,4$  Jahren (MW ± SD, Min. 0, Max. 36 Jahre). 46,5 % der Fachärzte hatten eine Führungs- oder Leitungsposition inne. (Anm.: Teilnehmer wurden nach ihrer beruflichen Position gefragt. Die Antworten „Institutsleitung“, „stellvertretende Institutsleitung“ oder „Abteilungsleitung“ wurden als Leitungspositionen gewertet.) Diese Positionen waren überwiegend männlich besetzt (75,5 % männlich vs. 24,5 % weiblich;  $p < 0,001$ ,  $\phi = -0,44$ ). Die meisten WBA befanden sich im 4. Jahr der WB (32,8 %).

Die Mehrheit aller Teilnehmer war an einer Universität angestellt. Die höchsten bisher erreichten akademischen Titel der Befragten waren in 50,8 % die Promotion, in 16,0 % eine Professur und in 9,4 % die Habilitation. Träger eines Professorentitels waren überwiegend männlich ( $p < 0,001$ , Cramer-V = 0,32).



**Abb. 1** ◀ Hindernisgründe der Fachärzte für das Nichterreichen der eigenen Karriereziele (Fachärzte;  $n = 44$ ). Qualitative Auswertung der fakultativen Freitextantworten. Mehrfachantworten waren möglich. AG Arbeitsgruppen



**Abb. 2** ◀ Unklarheiten der Weiterbildungsassistenten in Bezug auf den Karriereweg (Weiterbildungsassistenten;  $n = 17$ ). Qualitative Auswertung der fakultativen Freitextantworten. Mehrfachantworten waren möglich. *WissZeitVG* Wissenschaftszeitvertragsgesetz

Die wöchentliche Arbeitszeit der Befragten betrug  $46,3 \pm 9,2$  h (MW  $\pm$  SD, Min. 3 h, Max. 80 h). Frauen arbeiteten im Schnitt weniger Stunden pro Woche als Männer ( $p = 0,005$ ,  $r = 0,21$ ). Ärzte in Leitungspositionen arbeiteten mehr als jene ohne Leitungsfunktion ( $p = 0,005$ ,  $r = 0,21$ ). Kein Unterschied in der Arbeitszeit zeigte sich zwischen Assistenz- und Fachärzten.

Die detaillierte demografische Zusammensetzung der Studienpopulation ist **Tab. 1** zu entnehmen.

## Karriere

Betrachtet man – unabhängig vom Weiterbildungsstatus – die Ärzte, die zum Umfragezeitpunkt keine Leitungsposition innehatten ( $n = 128$ ), wurden von diesen v.a. Oberarztstellen angestrebt (27,3%). Eine Institutsleitungs- oder stellv. Institutsleitungsposition wurde nur von 9,4% bzw. 6,3% der Befragten ohne Leitungsfunktion gewünscht.

Bei gesonderter Betrachtung von Fachärzten und WBA ergab sich Folgendes:

## Fachärzte

Institutsleiter, stellvertretende Institutsleiter und Abteilungsleiter waren überwiegend männlich; in der Gruppe der stellv. Institutsleiter war der Unterschied statistisch signifikant (23,3% der Männer vs. 3,8% der Frauen;  $p = 0,003$ ). 86,8% der Fachärzte waren mit ihrem bisher erreichten Karrierestatus zumindest teilweise zufrieden. Frauen waren zwar tendenziell etwas weniger zufrieden mit ihrer bisherigen Karriere, der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant (79,2% der Frauen vs. 93,3% der Männer;  $p = 0,13$ ). 37,2% aller Fachärzte strebten noch weitere akademische oder dienstliche Karriereziele



**Tab. 2** Erreichte und angestrebte akademische Karriereziele (Weiterbildungsassistenten;  $n = 67$ )

Erreichter akademischer Titel	Angestrebter akademischer Titel									
			Promotion		Habilitation		Professur		Keiner der Genannten	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Promotion	32	47,8	–	–	19	59,4	8	25,0	5	15,6
Habilitation	1	1,5	–	–	–	–	–	–	1	100,0
Keiner der Genannten	35	52,2	33	94,1	12	35,3	3	8,8	–	–

Mehrfachnennungen waren möglich

**Tab. 4** Fragen und Antwortverhalten zu Arbeitsbedingungen, Arbeitseinstellung und Kündigungsintention (alle Teilnehmer;  $n = 181$ )

		<i>n</i>	%
Ich bin mit meiner ärztlichen Tätigkeit (Routineaufgaben) insgesamt zufrieden	Trifft sehr zu	70	38,7
	Trifft eher zu	91	50,3
	Trifft weniger zu	19	10,5
	Trifft gar nicht zu	1	0,6
Ich bin mit meiner wissenschaftlichen Tätigkeit zufrieden	Trifft sehr zu	18	9,9
	Trifft eher zu	52	28,7
	Trifft weniger zu	84	46,4
	Trifft gar nicht zu	27	14,9
Ich bin mit der prozentualen Verteilung der beruflichen Aufgaben (postmortale und klinisch-forensische Tätigkeit, Lehre, Forschung) zufrieden	Trifft sehr zu	28	15,5
	Trifft eher zu	80	44,2
	Trifft weniger zu	53	29,3
	Trifft gar nicht zu	20	11,0
Ich habe schon ernsthaft darüber nachgedacht zu kündigen	Trifft sehr zu	37	20,4
	Trifft eher zu	26	14,4
	Trifft weniger zu	31	17,1
	Trifft gar nicht zu	87	48,1
Ich habe die Möglichkeit, autonom arbeiten zu können	Trifft sehr zu	86	47,5
	Trifft eher zu	63	34,8
	Trifft weniger zu	25	13,8
	Trifft gar nicht zu	7	3,9
Ich gehe einer sinnvollen Tätigkeit nach	Trifft sehr zu	97	53,6
	Trifft eher zu	71	39,2
	Trifft weniger zu	13	7,2
	Trifft gar nicht zu	0	0,0

an (47,2% der Frauen vs. 28,3% der Männer,  $p = 0,02$ ). 53,5% der Fachärzte waren habilitiert oder strebten eine Habilitation an; 33,3% hatten eine Professur inne oder strebten eine solche an (Mehrfachnennungen waren möglich). 2 Fachärztinnen und 7 Fachärzte (von insgesamt 114) gaben an, Interesse an einer zukünftigen Institutsleitungsposition zu haben. Die meistgenannten Hindernisse, weshalb angestrebte Karriereziele (noch) nicht erreicht wurden, ließen sich in 7 Kategorien zusammenfassen

(Abb. 1). Vor allem der Zeitmangel durch hohe Arbeitslast an Routine- und sonstigen Tätigkeiten, hinderliche oder fehlende Strukturen und mangelnde Förderung sowie persönliche Gründe (Familie/Privatleben) oder Eigenschaften (z. B. mangelnde Motivation) wurden genannt.

### Weiterbildungsassistenten

Die Mehrheit der promovierten WBA strebte eine Habilitation an. Fast alle nichtpromovierten WBA strebten ei-

**Tab. 3** Höchstes berufliches Karriereziel (Weiterbildungsassistenten;  $n = 67$ )

Berufliches Karriereziel	<i>n</i>	%
Institutsleitung	6	9,0
Stellv. Institutsleitung	6	9,0
Abteilungsleitung	8	11,9
Oberarzt	25	37,3
Facharzt	19	28,4
Keines der Genannten	3	4,5

ne Promotion an. Details sind Tab. 2 zu entnehmen. Die angestrebten beruflichen Karriereziele der WBA sind Tab. 3 zu entnehmen. 61,2% der WBA gaben an, dass zumindest teilweise Unklarheiten in Bezug auf den Weg zu den jeweiligen Karrierezielen bestehen. Von 17 Assistenzärzten (14 aus Deutschland, 3 aus der Schweiz) wurden ergänzende Angaben zu den bestehenden Unklarheiten gemacht. Diese ließen sich in 7 Kategorien zusammenfassen (Abb. 2).

### Forschung

54,1% der Befragten gaben an, aktiv zu forschen (43,3% der Assistenzärzte vs. 60,5% der Fachärzte;  $p = 0,025$ ). 97,1% der forschenden Fachärzte und 62,1% der forschenden Assistenzärzte haben bereits Publikationen als Erstautoren veröffentlicht ( $p < 0,001$ ,  $\phi = -0,47$ ). 72,5% der forschenden Fachärzte und 17,2% der forschenden Assistenzärzte haben bereits Drittmittel eingeworben oder planen dies in nächster Zeit zu tun ( $p < 0,001$ ,  $\phi = -0,51$ ). Etwas über die Hälfte der forschenden Ärzte ist Teil einer internen, interdisziplinären Arbeitsgruppe (AG; 28,6%) oder einer externen, interdisziplinären AG (25,5%). 34,5% der Assistenzärzte und 7,2% der Fachärzte forschten alleine, d. h. ohne AG ( $p < 0,001$ ). Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Forschung waren für das Merkmal Geschlecht zu verzeichnen.

Die durchschnittliche wöchentliche Forschungszeit der aktiv forschenden WBA ( $n = 28$ , fehlend = 1) betrug  $4,5 \pm 4,1$  h (MW  $\pm$  SD, Min. 0 h, Max. 20 h). 20,7% gaben an, nur aus eigener Motivation zu forschen; 17,2% forschten, weil es von ihnen verlangt wurde, und für die Mehrheit (62,1%) trafen beide Mo-



**Tab. 5** Fragen und Antwortverhalten zur Zufriedenheit mit den Weiterbildungsbedingungen (Weiterbildungsassistenten;  $n=67$ )

Wie zufrieden sind Sie mit ...		n	%
... der in Ihrem Ausbildungsland gültigen Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Rechtsmedizin (Inhalt, Anforderungen, Dauer ...)?	Sehr zufrieden	8	11,9
	Eher zufrieden	52	77,6
	Weniger zufrieden	7	10,4
	Gar nicht zufrieden	0	0,0
... der Weiterbildung an Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz (Qualität, Struktur, Förderung ...)?	Sehr zufrieden	9	13,4
	Eher zufrieden	27	40,3
	Weniger zufrieden	23	34,3
	Gar nicht zufrieden	8	11,9
... dem Fort-/Weiterbildungsangebot der Fachgesellschaft (Kurse, Seminare, Workshops ...)?	Sehr zufrieden	6	9,0
	Eher zufrieden	43	64,2
	Weniger zufrieden	17	25,4
	Gar nicht zufrieden	1	1,5
... den Vernetzungs- und Austauschmöglichkeiten mit anderen Assistenzärzten?	Sehr zufrieden	10	14,9
	Eher zufrieden	34	50,7
	Weniger zufrieden	21	31,3
	Gar nicht zufrieden	2	3,0

tivationsfaktoren zu unterschiedlichen Teilen zu. 62,1 % der forschenden WBA gaben an, bestimmte wissenschaftliche Anforderungen erfüllen zu müssen (z. B. eine bestimmte Anzahl an Publikationen oder Kongressbeiträgen pro Jahr), was zwei Drittel (66,7 %) zumindest teilweise auch gelang. Dennoch empfanden 88,9 % der WBA diese Vorgaben zumindest teilweise als hinderlich oder störend. 69,0 % fühlten sich bei ihrer wissenschaftlichen Arbeit durch Vorgesetzte/das Kollegium unterstützt, und 58,6 % gaben an, derartige Unterstützung aktiv einfordern zu müssen.

Für 24,1 % war eine Freistellung von der Routine für Forschungstätigkeiten möglich. 75,9 % der forschenden WBA würden das Ausmaß ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit gerne erhöhen, und mehr als die Hälfte derer, die zum Zeitpunkt der Umfrage nicht wissenschaftlich tätig waren ( $n=38$ ), würden es gerne sein (52,6 %).

Für fast alle WBA bestand die Möglichkeit, an Tagungen/Kongressen teilzunehmen (98,5 %). 63,6 % würden gerne an mehr Kongressen teilnehmen, und alle Befragten, die dies nicht konnten/durften, würden es ebenfalls gerne tun.

### Arbeits- und Weiterbildungszufriedenheit

38,7 % aller Teilnehmer waren „sehr zufrieden“, und 50,3 % waren „eher zufrieden“ mit ihrer rechtsmedizinischen Routinetätigkeit (Obduktionen, klinisch-forensische Untersuchungen, Gutachten etc.). Mit ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit waren hingegen nur 9,9 % „sehr zufrieden“ und 28,7 % „eher zufrieden“. Die detaillierten Ergebnisse sind [Tab. 4](#) zu entnehmen. Fachärzte waren tendenziell zufriedener als Assistenzärzte (Routine:  $p=0,026$  bzw. Wissenschaft:  $p=0,013$ ) und Ärzte mit Leitungsfunktion zufriedener als jene ohne (Routine:  $p=0,068$  bzw. Wissenschaft:  $p=0,017$ ), die Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant. Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die wöchentliche Arbeitszeit hatte keinen Einfluss auf das Ausmaß der Zufriedenheit mit der Routine- oder Forschungstätigkeit.

Fast alle Befragten waren der Meinung, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen. Ärzte in Leitungspositionen zeigten hier eine größere Zustimmung ( $p<0,001$ , Cramer-V = 0,31). Mehr als vier Fünftel der Befragten waren außerdem der Ansicht, autonom arbeiten zu können. Mehr als die Hälfte der

Teilnehmer waren mit der prozentualen Verteilung ihrer beruflichen Aufgaben (Routinetätigkeit, Forschung, Lehre) zufrieden ([Tab. 4](#)). 20,4 % stimmten der Frage nach ernsthaften Gedanken an eine Kündigung „sehr“ zu, und 14,4 % stimmten „eher“ zu. Der überwiegende Anteil stimmte jedoch „gar nicht“ zu ([Tab. 4](#)). In Bezug auf die Einschätzung, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen bzw. autonom arbeiten zu können, auf die Zufriedenheit mit der prozentualen Verteilung der Arbeitsaufgaben und auf die Frage nach einer Kündigungsin-tention zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Assistenz- und Fachärzten sowie zwischen Frauen und Männern.

Die detaillierten Ergebnisse zur Zufriedenheit der WBA sind [Tab. 5](#) zu entnehmen. Etwas mehr als die Hälfte (53,7 %) war „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ mit der Weiterbildung an ihrem Arbeitsplatz. Schweizer Assistenzärzte waren tendenziell zufriedener (auf einen statistischen Vergleich wurde aufgrund der kleinen Gruppengröße verzichtet). Mit der Weiterbildungsordnung (WBO) der jeweiligen Länder war der Großteil zufrieden. Beinahe drei Viertel der WBA waren auch mit dem Fort- und Weiterbildungsangebot der Fachgesellschaft zufrieden, und etwa zwei Drittel waren mit den Vernetzungs- und Austauschmöglichkeiten mit anderen Assistenzärzten zufrieden; hier waren Schweizer Teilnehmer tendenziell etwas weniger zufrieden.

Die WBA wurden nach ihren Verbesserungsvorschlägen und Wünschen für die Weiterbildung befragt. 49 Teilnehmer (45 aus Deutschland, 4 aus der Schweiz) machten hierzu Angaben. Die Antworten ließen sich inhaltlich in 6 Kategorien einordnen ([Tab. 6](#)). Als Unterstützung für die Weiterbildung und den eigenen Karriereweg wünschten sich außerdem 41,8 % einen Mentor (z. B. Oberarzt) aus dem eigenen Institut und je 14,9 % einen Mentor aus einem anderen Institut oder den eigenen Chef als Mentor (Mehrfachnennungen waren möglich). Umgekehrt gaben 62,3 % aller Fachärzte an, selbst als Mentor für WBA aus dem eigenen Institut tätig zu sein, und 4,4 % gaben an, als Mentor für WBA aus einem anderen

**Tab. 6** Verbesserungs- und Veränderungswünsche zum Thema Facharztweiterbildung (Weiterbildungsassistenten; D:  $n=45$ , CH:  $n=4$ )

Nennungen (D/CH)	Thema	Genannte Beispiele
25 (25/0)	Rotation in Fremdfächer	<i>Struktur allgemein:</i> Kooperationen zwischen den Instituten bzw. klar geregelter Austausch mit Fremdfächern, ggf. Organisation durch Ärztekammer, Arbeitsvertrag über die gesamte Weiterbildung inkl. Fremdfächer, flexiblere Einteilung, Anerkennung klinischer Fächer (z. B. Radiologie) <i>Pathologie:</i> Mindestdauer erhöhen, Ausbildung verbessern, konkrete Lernziele, Reduktion der erforderlichen Schnittzahlen <i>Psychiatrie:</i> Mindestdauer reduzieren, ganz streichen oder auf freiwilliger Basis anbieten, Rotation in forensische Psychiatrie ermöglichen
25 (23/2)	Struktur der institutsinternen Weiterbildung	Regelmäßige institutsinterne Fortbildungen (FB), Fallbesprechungen, Einarbeitungsplan für Berufsanfänger, Verteilung von Gutachten, weniger fachfremde oder administrative Aufgaben, bessere/vermehrte Betreuung/Wissensweitergabe durch erfahrenere Kollegen, ggf. Mentoring-Programm, „Qualität und Quantität“, Freiräume und Unterstützung bei Forschung/Promotion
7 (7/0)	Struktur der Weiterbildungsordnung	Genauere Richtlinien/Vorgaben, welche Fähigkeiten/Fertigkeiten in welchem WB-Abschnitt erarbeitet werden sollen, ggf. Umstrukturierung analog zu klinischen Fächern, Reduktion der geforderten Tat-/Fundorte, größeres Augenmerk auf klinische Rechtsmedizin, Vereinheitlichung der geforderten Logbuchzahlen für alle Bundesländer
7 (7/0)	Feedback und Förderung	Konstruktiv, bessere Fehlerkultur, Anerkennung der geleisteten Arbeit
5 (2/3)	Vernetzung und Austausch	Mehr Vernetzung zwischen Instituten im In- und Ausland, zwischen Assistenzärzten, gemeinsamer Stammtisch „Alte Hasen/Neueinsteiger“
4 (4/0)	Institutsübergreifende Fortbildungen	Größeres Angebot, größere Teilnehmerzahl, ggf. verpflichtende FB durch Fachgesellschaft

Qualitative Zusammenfassung der Freitextantworten. Mehrfachnennungen waren möglich  
FB Fortbildungen, WB Weiterbildung

Institut zu fungieren. 82,6% der Institutsleiter sahen sich als Mentor für WBA aus dem eigenen Institut.

## Arbeitsbelastung und Gratifikationskrisen

Der ER-Quotient aller Befragten betrug  $1,24 \pm 0,48$  (MW  $\pm$  SD; Min. 0,54, Max. 3,64). In 59,7% der Fälle lagen ein ER-Quotient  $> 1$  und somit eine Gratifikationskrise vor (57,0% der Fachärzte, 64,2% der WBA). Ärzte in Leitungspositionen zeigten einen tendenziell niedrigeren ER-Quotient, wenngleich der Zusammenhang nicht statistisch signifikant war ( $p = 0,047$ ). Die Höhe des ER-Quotienten unterschied sich nicht in den Merkmalsausprägungen Geschlecht, Altersgruppe und Weiterbildungsstatus (Facharzt vs. Assistenzarzt), Details: **Tab. 7**.

Ein niedrigerer ER-Quotient war mit einer höheren Zufriedenheit mit der Routinetätigkeit assoziiert ( $p < 0,001$ , Details und Post-hoc-Tests: **Abb. 3**). Gleiches galt für die Zufriedenheit mit der Forschungstätigkeit ( $p < 0,001$ ), die Möglichkeiten des autonomen Arbeitens ( $p < 0,001$ ) und die Einschätzung, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen ( $p < 0,001$ ). Ein höherer ER-Quotient

war mit einer stärkeren Kündigungsintention assoziiert ( $p < 0,001$ ; Details und Post-hoc-Tests: **Abb. 4**). Bei den Assistenzärzten war der ER-Quotient signifikant mit der Zufriedenheit mit den Weiterbildungsbedingungen im eigenen Institut assoziiert ( $p < 0,001$ , Details und Post-hoc-Tests: **Abb. 5**). Keinen Einfluss auf den ER-Quotienten hatte der Weiterbildungsfortschritt ( $\leq 3$ . Jahr vs.  $\geq 4$ . Jahr).

Für weitere Vergleiche wurden 3 gleich große Gruppen des ER-Quotienten (niedrig, mittel, hoch) gebildet. Die Cut-off-Werte der Tertile lagen bei 0,97 und 1,29. Eine längere wöchentliche Arbeitszeit war mit höheren ER-Gruppen assoziiert, wobei sich in den Post-hoc-Tests lediglich zwischen den Gruppen „ER-Quotient niedrig“ und „ER-Quotient hoch“ ein signifikanter Unterschied zeigte ( $p = 0,001$ ,  $r = 0,33$ ).

Im Folgenden wird auf die einzelnen Skalen des ERI-Fragebogens eingegangen:

### Verausgabung (Effort)

Teilnehmer in Leitungspositionen zeigten höhere Verausgabungswerte ( $p = 0,005$ ,  $r = 0,21$ ). Niedrigere Verausgabungswerte waren tendenziell mit einer

größeren Zufriedenheit mit der Routinetätigkeit assoziiert ( $p = 0,026$ ), dieselbe Tendenz zeigte sich bei der Zufriedenheit mit der wissenschaftlichen Tätigkeit ( $p = 0,036$ ). Keinen Zusammenhang mit der Verausgabung zeigten die Merkmale Geschlecht, Weiterbildungsstatus und Altersgruppe.

### Belohnung (Reward)

Bei Assistenzärzten waren signifikant niedrigere Belohnungswerte zu verzeichnen als bei Fachärzten ( $p = 0,007$ ,  $r = 0,20$ ). Teilnehmer in Leitungspositionen zeigten höhere Belohnungswerte als jene ohne Leitungsfunktion ( $p < 0,001$ ,  $r = 0,43$ ), und entsprechend zeigten auch die Geburtsjahrgänge vor 1965 höhere Belohnungswerte als die Jahrgänge 1981–1995 ( $p = 0,002$ ,  $r = 0,32$ ). Höhere Belohnungswerte waren mit einer höheren Zufriedenheit mit der Routinetätigkeit ( $p < 0,001$ ) und der Zufriedenheit mit der wissenschaftlichen Tätigkeit ( $p = 0,003$ ) assoziiert. Frauen wiesen im Vergleich zu Männern tendenziell niedrigere Belohnungswerte auf; der Unterschied war statistisch nicht signifikant ( $p = 0,030$ ).

**Tab. 7** Psychosoziale Arbeitsbelastung der Studienteilnehmer, gemessen anhand der „Effort-reward“- und „Over-commitment“-Fragebogen, in Bezug auf Geschlecht, Weiterbildungsstatus und Leitungsposition

	Gesamt (n = 181)	Geschlecht		p	Weiterbildungsstatus		p	Leitungsposition <sup>a</sup>		p
		Weiblich (n = 105)	Männlich (n = 75)		Assistenzarzt (n = 67)	Facharzt (n = 114)		Ja (n = 53)	Nein (n = 128)	
ER-Quotient (Effort/reward*10/5)	1,24 ± 0,48	1,26 ± 0,51	1,22 ± 0,45	0,559	1,28 ± 0,45	1,22 ± 0,50	0,126	1,12 ± 0,35	1,29 ± 0,52	0,047**
Effort (Summenwert)	16,18 ± 2,62	15,92 ± 2,72	16,55 ± 2,48	0,117	16,06 ± 2,53	16,25 ± 2,69	0,479	17,13 ± 1,85	15,79 ± 2,80	0,005*
Reward (Summenwert)	28,06 ± 6,25	27,33 ± 6,01	29,09 ± 6,50	0,030**	26,63 ± 5,10	28,89 ± 6,72	0,007*	31,96 ± 5,09	26,44 ± 5,98	<0,001*
Over-commitment (Summenwert)	14,74 ± 3,83	14,87 ± 4,00	14,49 ± 3,56	0,624	15,00 ± 4,23	14,59 ± 3,58	0,349	14,17 ± 3,09	14,98 ± 4,08	0,232

ER Effort/reward

Mittelwerte ± Standardabweichung; Mann-Whitney-U-Test; p: Signifikanzen \*mit und \*\*ohne Korrektur für multiples Testen

<sup>a</sup>Leitungsposition = Institutsleitung, stellv. Institutsleitung oder Abteilungsleitung

## Verausgabungsneigung (Over-commitment)

Der durchschnittliche Wert der Verausgabungsneigung betrug 14,74 ± 3,83 (MW ± SD, Min. 7, Max. 24). Eine hohe Verausgabungsneigung war signifikant mit höheren ER-Quotient-Gruppen assoziiert ( $p < 0,001$ ). Niedrigere Werte auf der Skala Verausgabungsneigung waren mit einer höheren Zufriedenheit mit der Routinetätigkeit assoziiert ( $p < 0,001$ ). Die Verausgabungsneigung war signifikant mit der Kündigungsin-tention assoziiert ( $p < 0,001$ ). Eine höhere Zustimmung zur Möglichkeit des autonomen Arbeitens und die Einschätzung, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen, waren mit einem niedrigeren OC-Wert assoziiert ( $p < 0,001$  bzw.  $p = 0,001$ ). Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich für die Merkmale Geschlecht, Weiterbildungsstatus, Altersgruppe, Leitungsposition und Zufriedenheit mit der wissenschaftlichen Tätigkeit.

## Beruf und Privatleben

40,9% der befragten Ärzte gaben an, dass Aspekte ihres Berufslebens bzw. ihrer Karriereentscheidungen Priorität über ihr Privat- oder Familienleben haben oder hatten (z. B. Kinderplanung, Fernbeziehung, Trennung, Umzug usw.), während bei 18,2% der Ärzte Prioritäten im Privatleben Auswirkungen auf

das Berufsleben (z. B. längere Weiterbildungszeit, Verzicht auf Karriere oder Wunschstelle, Teilzeitverträge usw.) haben bzw. hatten. 25,4% konnten sowohl private als auch berufliche Prioritäten benennen. Hervorzuheben ist, dass bei-nahe die Hälfte aller Befragten einen Wohnort-/Standortwechsel für den Beruf bzw. die Karriere in Kauf nimmt bzw. nahm; es waren deutlich mehr Männer bereit, für den Beruf ihren Standort zu wechseln (60,0% der Männer vs. 38,1% der Frauen;  $p = 0,004$ ,  $\phi = 0,22$ ). Bei mehr als einem Drittel der Ärzte (38,3%) führten oder führen berufliche Entscheidungen zu einer Anpassung der Kinderplanung (später/weniger/keine Kinder), wobei dies auf signifikant mehr Frauen zutraf (50,5% der Frauen vs. 21,3% der Männer;  $p < 0,001$ ,  $\phi = -0,30$ ). Frauen entschieden sich tendenziell eher für ein Arbeiten in Teilzeit, der Unterschied war jedoch nicht signifikant (15,2% der Frauen vs. 5,3% der Männer;  $p = 0,037$ ). Die beruflichen und privaten Prioritäten unterschieden sich nicht statistisch signifikant zwischen Fach- und Assistenzärzten.

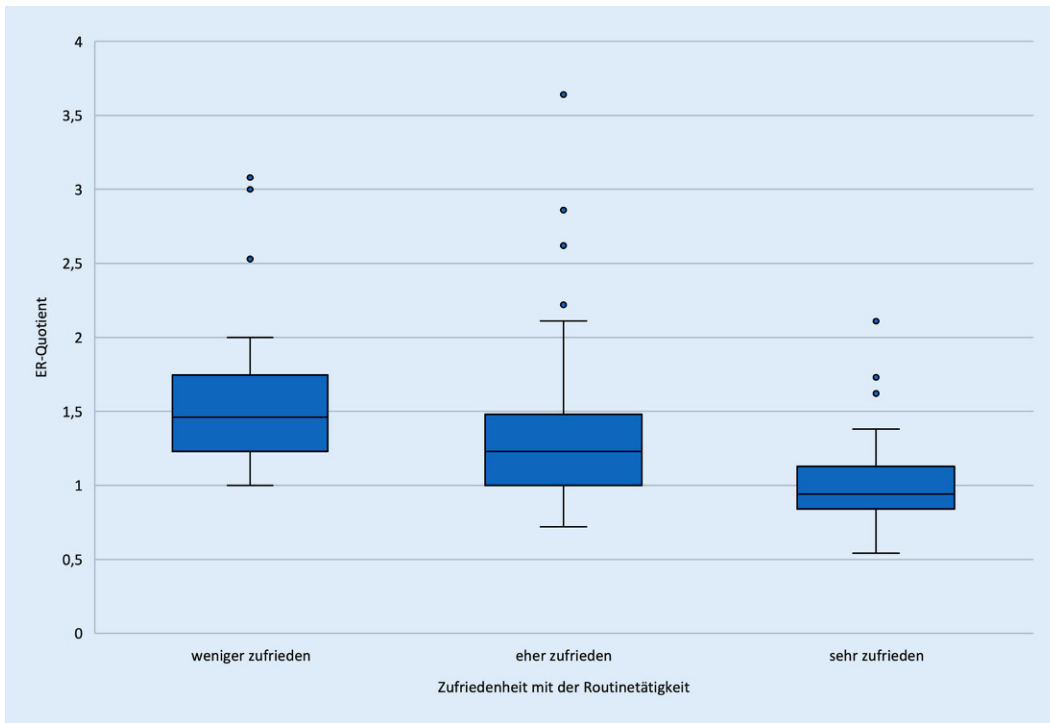
## Diskussion

Wenngleich die tatsächliche Gesamtzahl der rechtsmedizinisch tätigen Ärzte mangels offizieller Statistiken nicht bekannt ist, ist die Rücklaufquote von 41,5%

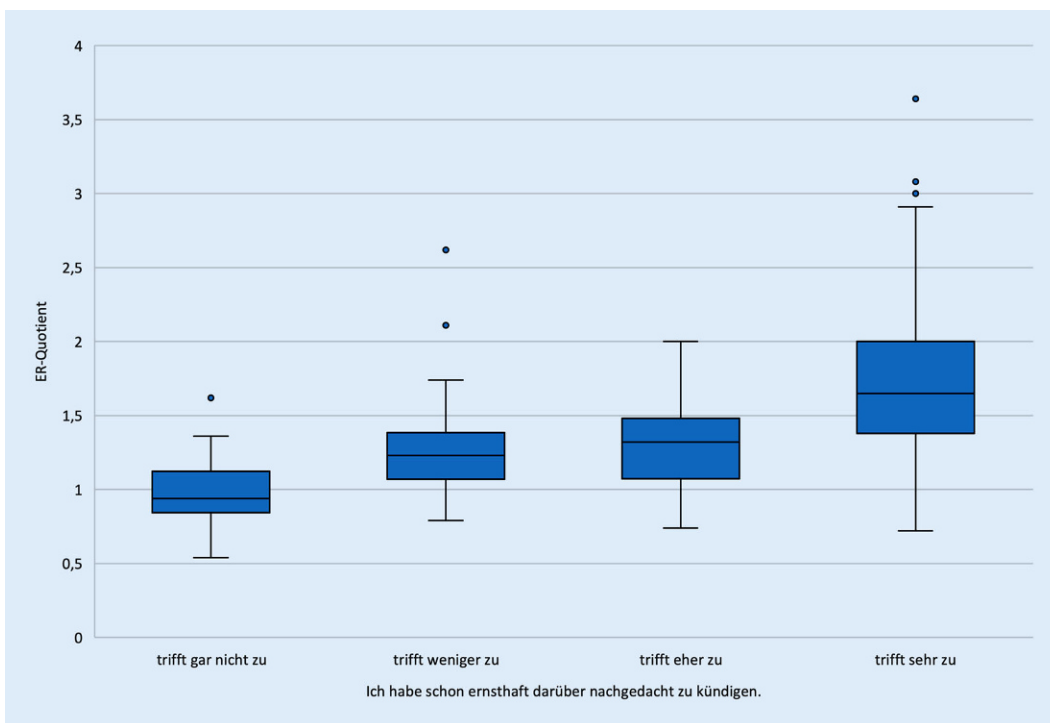
als zufriedenstellend einzuschätzen und dürfte zumindest näherungsweise eine Aussage über die Grundpopulation deutschsprachiger Rechtsmediziner zulassen.

## Hohe psychosoziale Arbeitsbelastung

Die psychosoziale Arbeitsbelastung der befragten Rechtsmediziner war hoch. Der durchschnittliche ER-Quotient von 1,24 liegt deutlich über dem der Allgemeinbevölkerung. Wege et al. [47] stellten in einer repräsentativen Stichprobe deutscher Angestellter einen mittleren ER-Quotient von 0,61 bei Männern und 0,59 bei Frauen fest. Anders ist die Situation bei Ärzten; hier zeigten in-zwischen zahlreiche Studien des letzten Jahrzehnts an Kollegen verschiedener Fachrichtungen zwar breit gestreute, aber ebenfalls jeweils deutlich höhere Werte. Der mittlere ER-Quotient betrug beispielsweise bei Ärzten chirurgischer Disziplinen 0,87 [45], bei Internisten 1,26 [4] und bei Assistenzärzten der Urologie 1,37 [2]. Im Vergleich zu den festgestellten ER-Quotienten der rechtsmedizinischen WBA von im Mittel 1,28 (Tab. 7) zeigten Assistenzärzte anderer Disziplinen höhere Werte. Eine Befragung junger Ärzte aus 6 klinischen Fachrichtungen ergab einen mittleren ER-Quotienten von 1,8 [26] und eine



**Abb. 3** ◀ Höhe des „Effort/reward“(ER)-Quotienten in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Routinetätigkeit (alle Teilnehmer;  $n = 180$ ). Ein ER-Quotient  $> 1$  deutet auf das Vorhandensein einer Gratifikationskrise hin. Die Gruppe „gar nicht zufrieden“ mit der Routinetätigkeit wurde wegen  $n < 5$  von der Analyse ausgeschlossen. Kruskal-Wallis-Test mit MWU als Post-hoc-Tests: eher zufrieden vs. sehr zufrieden:  $p < 0,001$ ,  $r = 0,42$ ; weniger zufrieden vs. sehr zufrieden:  $p < 0,001$ ,  $r = 0,54$ ; weniger zufrieden vs. eher zufrieden:  $p = 0,011$ ,  $r = 0,24$



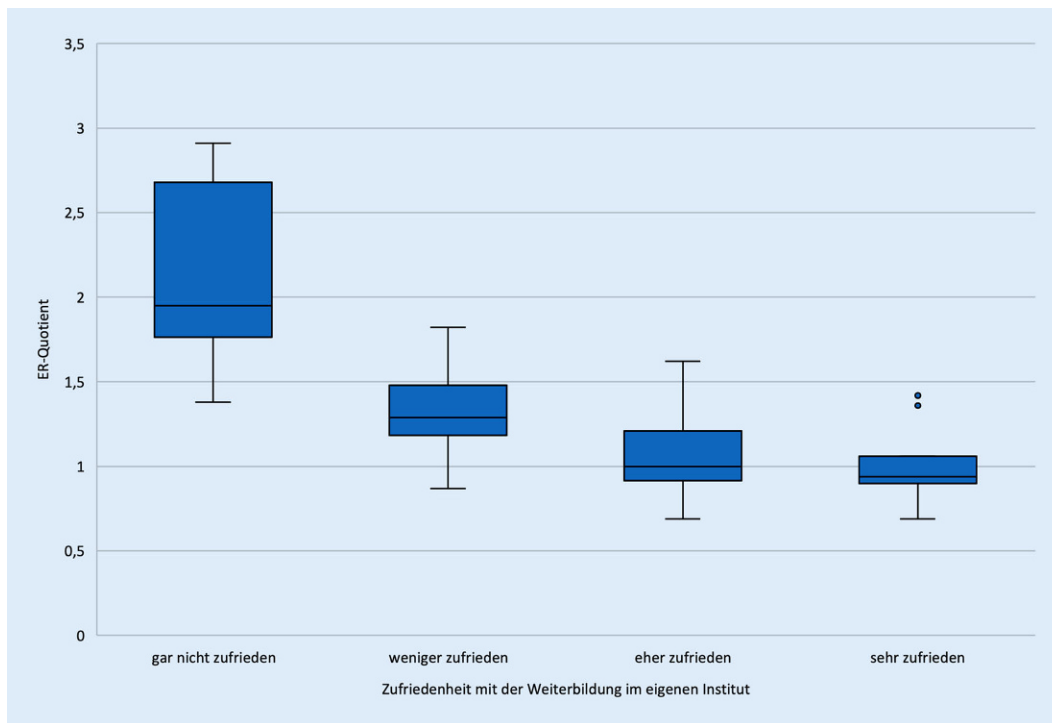
**Abb. 4** ◀ Höhe des „Effort/reward“(ER)-Quotienten in Bezug auf die Kündigungsintention (alle Teilnehmer;  $n = 181$ ). Kruskal-Wallis-Test mit Dunn-Bonferroni als Post-hoc-Tests: trifft gar nicht zu vs. trifft weniger zu:  $p < 0,001$ ,  $r = 0,38$ ; trifft gar nicht zu vs. trifft eher zu:  $p < 0,001$ ,  $r = 0,40$ ; trifft gar nicht zu vs. trifft sehr zu:  $p < 0,001$ ,  $r = 0,71$ ; trifft weniger zu vs. trifft sehr zu:  $p = 0,035$ ,  $r = 0,33$

unter internistischen Assistenzärzten einen mittleren ER-Quotienten von 1,9 [36]. In der vorliegenden Erhebung lag bei ca. 60 % der Teilnehmer eine Gratifikationskrise (definiert durch einen ER-Quotient  $> 1$ ) vor. Die diesbezügliche Prävalenz schwankt deutlich zwischen den verschiedenen Studien; zum Ver-

gleich lag bei 25 % der Chirurgen und Gynäkologen [45] sowie bei 72 % der Internisten [4] eine Gratifikationskrise vor. Allerdings werden Vergleiche zwischen den Fachrichtungen durch die verschiedenen zur Anwendung gekommenen Versionen des ERI-Fragebogens mit unterschiedlicher Item-Anzahl und

unterschiedlichem Antwortformat (4- bzw. 5-Punkte-Likert-Skalen) erschwert.

Aufgrund der unterschiedlichen Organisationsstrukturen und Aufgaben ist eine Übertragbarkeit von internationalen Studien auf den deutschsprachigen Raum und von der Arztrolle im Allgemeinen auf die spezielle Rolle des Rechtsmediziners



**Abb. 5** ◀ Höhe des „Effort/reward“(ER)-Quotienten in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Weiterbildungsassistenten;  $n = 67$ ). Kruskal-Wallis-Test mit Dunn-Bonferroni als Post-hoc-Tests: sehr zufrieden vs. gar nicht zufrieden:  $p < 0,001$ ,  $r = 1,06$ ; eher zufrieden vs. weniger zufrieden:  $p = 0,040$ ,  $r = 0,38$ ; eher zufrieden vs. gar nicht zufrieden:  $p < 0,001$ ,  $r = 0,78$ ; weniger zufrieden vs. gar nicht zufrieden:  $p = 0,048$ ,  $r = 0,48$

ebenfalls nur bedingt möglich. Dennoch können Parallelen zwischen den Fachrichtungen gezogen werden. Während in klinischen Fächern die enge Arzt-Patient-Beziehung mit möglicherweise schwierigen Krankheitsverläufen, Komplikationen oder Todesfällen psychisch belastend auf Ärzte wirken können, sind Rechtsmediziner ständig mit dem Thema *Gewalt* konfrontiert. Als emotional belastend wurden von forensischen Medizinerinnen v. a. Untersuchungen sexuell missbrauchter Frauen und Kinder oder körperlich misshandelter Kinder [24] sowie plötzliche oder traumatische Todesfälle von Kindern und Konfrontationen mit aggressiven Inhaftierten [44] angesehen. Die Auseinandersetzung mit solchen als „critical events“ bezeichneten Fällen bzw. Ereignissen kann laut den genannten Studien zu Symptomen klinischer Depression und posttraumatischer Belastungsreaktionen führen [24, 44]. Ähnlich wie in den klinischen Fächern sind Rechtsmediziner ebenfalls mit steigenden Fallzahlen und zunehmenden administrativen Tätigkeiten konfrontiert. Hinzu kommen der Zeitdruck bei besonders kritischen Fällen und die hohe Verantwortung, die durch die Tragweite der potenziellen juristischen Konsequenzen mit der Fallbearbeitung

einhergeht. Unvorhergesehene Aufgaben mit hoher Dringlichkeit während der Nacht- und Rufbereitschaftsdienste haben ebenfalls Stresspotenzial. Einen weiteren Belastungsfaktor für jüngere Rechtsmediziner kann ihre Stellensituation darstellen. Knapp 15% der Studienteilnehmer waren zumindest z. T. über einen drittmittelfinanzierten bzw. projektgebundenen Vertrag angestellt.

Signifikante Unterschiede der angegebenen Arbeitsbelastung zwischen Assistenz- und Fachärzten konnten durch die vorliegende Umfrage nicht festgestellt werden. Fachärzte zeigten im Vergleich zu Assistenzärzten jedoch höhere Werte auf der Belohnungsskala, was durch höhere Einkommen, eine oft größere Arbeitsplatzsicherheit durch Entfristung und größere Handlungs- und Gestaltungsspielräume erklärt werden kann. Der fehlende Unterschied in Bezug auf die Verausgabung und die psychosoziale Arbeitsbelastung könnte evtl. an den grundsätzlich ähnlichen Arbeitsaufgaben der (fortgeschrittenen) Assistenzärzte und der nichtleitenden Fachärzte liegen.

In der vorliegenden Studie zeigte sich bei Ärzten mit Leitungsfunktion eine insgesamt niedrigere psychosoziale Arbeitsbelastung (gemessen am ER-Quotient)

als bei Ärzten ohne Leitungsfunktion, obwohl signifikant höhere Werte in den Subskalen Belohnung und Verausgabung zu verzeichnen waren. Das spricht dafür, dass trotz zunehmender Verausgabung (Arbeitslast, Verantwortung) durch den Aufstieg auf der Karriereleiter die Belohnungsfaktoren noch stärker zunehmen. Das steht im Einklang mit anderen Studien, die im Krankenhaus eine Abnahme der Häufigkeit von Gratifikationskrisen mit höheren beruflichen Positionen feststellten [4, 45]; genannte Gründe waren dort v. a. höhere Belohnungsfaktoren in Form von Gehalt und Wertschätzung [45].

35% der befragten Ärzte haben bereits ernsthaft über eine Kündigung nachgedacht (Tab. 4). Eine höhere psychosoziale Arbeitsbelastung war mit einer stärkeren Zustimmung zur Frage nach den Gedanken an eine Kündigung assoziiert. Ein Zusammenhang zwischen hoher Arbeitsbelastung oder Burn-out und einer Kündigungsintention in Berufen des Medizinsektors konnte bereits in anderen Studien nachgewiesen werden [14, 19, 46]. Auch hier erlauben die unterschiedlichen Studiendesigns und Fragenformate nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit.



Viele Rechtsmediziner schätzten ihre eigene Tätigkeit als sinnvoll ein. Einen Sinn in der eigenen Arbeit zu sehen, zeichnet Ärzte grundsätzlich aus [20]. Zwar liegt dieser Sinn im rechtsmedizinischen Kontext nicht in der Heilung oder Linderung von Krankheiten, aber durch die Beteiligung an der Aufklärung von Straftaten dennoch in der Leistung eines sozial und gesellschaftlich wichtigen Beitrags. Ein Großteil der Befragten gab zudem an, die Möglichkeit zu haben, autonom arbeiten zu können. Beide genannten Aspekte waren signifikant mit einer niedrigeren psychosozialen Arbeitsbelastung assoziiert. Die selbstständige Bearbeitung eigener Fälle – im Idealfall unter Anleitung und Kontrolle durch erfahrenere Kollegen – ist integraler Bestandteil der rechtsmedizinischen Weiterbildung. Durch diese selbstständige Beschäftigung mit den Arbeitsaufgaben gibt es in der rechtsmedizinischen Routine viele Möglichkeiten zur Selbstentfaltung und zur individuellen Gestaltung des Arbeitsalltags, sowohl inhaltlich als auch organisatorisch. Die professionelle Autonomie, also eine Flexibilität in der Organisation der eigenen Arbeitsaufgaben, ist ein wesentlicher Faktor, der die Arbeitsbelastung senken und die Arbeitszufriedenheit steigern kann [41]. Die von klinisch tätigen WBA häufig beklagte Diskrepanz zwischen hoher Arbeitslast und mangelndem Handlungsspielraum bzw. mangelnder Entscheidungskontrolle [5] dürfte daher in der Rechtsmedizin weniger stark ausgeprägt sein.

Die Verausgabungsneigung der Teilnehmer, d. h. die intrinsische Komponente des ERI-Modells, war ebenfalls hoch und erwartungsgemäß positiv mit dem ER-Quotienten assoziiert. Ein mittlerer Wert von 14,7 auf der Over-Commitment-Skala ist vergleichbar mit anderen medizinischen Fachrichtungen; beispielsweise erreichten chirurgisch tätige Ärzte einen mittleren OC-Wert von 15,7 [45]. Geschlechtsunterschiede, wie in anderen Studien gezeigt [36], konnten in der vorliegenden Befragung in Bezug auf die Verausgabungsneigung nicht festgestellt werden. Auch auf den Weiterbildungs- oder Karrierestatus der Teilnehmer bezogen fanden sich keine Unterschiede.

Allerdings zeigte sich, dass die Verausgabungsneigung – erwartungsgemäß – negativ mit der Arbeitszufriedenheit und positiv mit einer Kündigungsintention assoziiert war.

### Hohe Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit der teilnehmenden Rechtsmediziner war insgesamt sehr hoch. 89 % der Befragten waren eher oder sehr zufrieden mit ihrer Routine-tätigkeit. Dies steht im Einklang mit den wenigen bisher durchgeführten Studien zur Arbeitszufriedenheit forensischer Mediziner im deutschsprachigen [17] und im internationalen Raum [23, 33]. Ein konkreter Vergleich mit dem Grad der Zufriedenheit der Rechtsmediziner aus anderen Studien oder ein Longitudinalvergleich mit den Ergebnissen der Umfrage von Gauthier et al. [17] ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns nicht möglich. Die Berufszufriedenheit bei Ärzten ist jedoch bekanntermaßen generell sehr gut. In einer großen Umfrage von Bauer et al. [5] unter deutschen Krankenhausärzten unterschiedlicher Fachrichtungen gaben 55,8 % der Befragten an, sehr zufrieden mit ihrem Beruf zu sein. Die Zunahme der Berufszufriedenheit mit Abschluss der Weiterbildung und dem Erreichen höherer beruflicher Positionen konnte ebenfalls in anderen Studien gezeigt werden [6]. Tendenzielle Unterschiede zwischen Fach- und Assistenzärzten (mit etwas höherer Zufriedenheit bei den Fachärzten) waren durch die vorliegende Umfrage auch in der Rechtsmedizin festzustellen. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied zeigte sich jedoch nicht. Der vermeintliche Widerspruch zwischen einer ausgeprägten Gratifikationskrise und einer hohen Berufszufriedenheit fand sich auch in anderen Erhebungen unter Ärzten [4, 36]. Ein möglicher Grund könnte gerade bei Rechtsmedizinerinnen eine ausgeprägte Identifikation mit dem eigenen Beruf sein. Auch die oben genannten Faktoren des autonomen Arbeitens und der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns dürften einen wesentlichen Anteil daran haben, dass ein hohes Arbeitspensum in Kauf genommen wird.

### Weiterbildung: viele Veränderungswünsche

Nur 13 % der WBA sind sehr zufrieden mit den Weiterbildungsbedingungen in ihren Instituten. Knapp die Hälfte der teilnehmenden WBA war hingegen wenig bis gar nicht zufrieden damit. Die Schweizer Teilnehmer waren tendenziell etwas zufriedener. Gründe für eine Unzufriedenheit lagen nach Angaben der Befragten u. a. in einer fehlenden Weiterbildungsstruktur (■ Tab. 6). Die (Un-)Zufriedenheit mit der Weiterbildung war signifikant mit der Höhe der psychosozialen Arbeitsbelastung assoziiert, unabhängig vom Weiterbildungsfortschritt. Hingegen war die Zufriedenheit mit der WBO recht hoch. Einige der von den Assistenzärzten angesprochenen Änderungswünsche, z. B. die Möglichkeit zur Rotation in andere Fremdfächer oder ein Fokus auf klinische Rechtsmedizin, fanden bereits Eingang in die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer, die in vielen Bundesländern 2020 in Kraft getreten ist [12].

### Verunsicherung durch Befristung von Arbeitsverträgen

Geäußerte Unsicherheiten bezogen sich auf das Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) [10] und Entfristungsmöglichkeiten sowie die generelle Stellenproblematik. Rechtsmedizinische Institute sind bekanntermaßen überwiegend universitär angesiedelt. Das bedeutet folglich, dass beinahe alle rechtsmedizinischen WBA nach WissZeitVG angestellt sind. Das befristete Beschäftigungsverhältnis mit der Anforderung des wissenschaftlichen Arbeitens, die geringe Anzahl rechtsmedizinischer Institute und gleichzeitig die Vorgabe der WBO, eine Mindestdauer von je 6 Monaten in den Fächern Psychiatrie und Pathologie zu absolvieren, führen dazu, dass eine Flexibilität eingefordert und eine längerfristige Lebensplanung in diesen Jahren schwierig ist. Sowohl Ärztinnen als auch Ärzte haben heute aber ein hohes Bedürfnis danach, Planungssicherheit zu haben [25] – insbesondere (aber nicht nur), wenn es um das Thema Familiengründung geht. Dem

Wunsch nach Planbarkeit steht häufig ein Mangel an Informationen gegenüber. Oftmals fehlt zu Beginn der Weiterbildung das grundsätzliche Wissen über die Inhalte und Anrechnungsregeln des WissZeitVG und sich daraus ergebende Erfordernisse [27], sodass nicht selten wertvolle (Forschungs-)Zeit verloren geht, bis beispielsweise die Promotion in Angriff genommen wird. Auch der weitere Karriereweg im Fach ist häufig unklar, wie auch die Bedingungen, die an eine mögliche Entfristung geknüpft sind. Die Verunsicherung durch diese Situation kann dadurch adressiert werden, dass die Weiterbildungszeit, einschließlich der wissenschaftlichen Weiterentwicklung, von Beginn an konkret geplant wird, was eine gemeinsame Aufgabe für Weiterzubildende und Weiterbildende darstellt.

### Forschung: geringe Zufriedenheit, hohe Motivation

48 % der WBA und 54 % der Fachärzte gaben an, eine Habilitation bereits erreicht zu haben oder noch anzustreben und somit eine akademische Laufbahn eingeschlagen zu haben oder dies zu planen. In der Umfrage von Gauthier et al. [17] aus dem Jahr 2011 gab hingegen nur ein Viertel der Befragten an, eine akademische Karriere anzustreben oder bereits erfüllt zu haben. Möglicherweise spielt also der Blick auf die akademische Karriere heute eine größere Rolle als vor 10 Jahren. Gut die Hälfte der Teilnehmer der vorliegenden Studie gab an, zum Umfragezeitpunkt aktiv wissenschaftlich tätig zu sein, wobei der Anteil der forschenden WBA signifikant niedriger war als der der Fachärzte. Die Zufriedenheit mit der eigenen wissenschaftlichen Tätigkeit fiel insgesamt jedoch eher gering aus; nur etwas mehr als ein Drittel der Rechtsmediziner war sehr oder eher zufrieden mit der eigenen Forschungstätigkeit. Allerdings dürfte das nicht an grundsätzlich mangelnder intrinsischer Motivation liegen. Nur ein kleiner Teil der WBA forschte allein deshalb, weil es verlangt wurde. Ein Großteil der befragten Assistenzärzte gab außerdem an, das eigene wissenschaftliche Engagement steigern zu wollen. Als konkreter Grund für die Unzu-

friedenheit mit der eigenen Forschungstätigkeit wie auch für das Nichterreichen akademischer Karriereziele wurde von den Befragten die Schwierigkeit benannt, neben den (zunehmenden) Routineaufgaben noch Zeit für Forschung zu finden. Auch fehlende Ressourcen, ein Mangel an geeigneten Arbeitsgruppen im eigenen Institut, mangelnde Unterstützung oder Förderung durch die Vorgesetzten oder auch das Themenfeld „Work-Life-Balance“ wurden als Probleme angesprochen (Abb. 1 und 2). Es ist vielfach beschrieben, dass die jungen Ärztegenerationen die Balance zwischen Berufs- und Privatleben unterschiedlich definieren [9]; junge Ärzte sind oft nicht mehr in demselben Maße wie ihre Vorgängergenerationen bereit, private Zeit in Forschung zu investieren – zumal im Rahmen einer (nach WissZeitVG befristeten) universitären Anstellung die wissenschaftliche Arbeit explizit Teil der Arbeitsanforderungen ist. Der Belohnungsfaktor ist in der Forschung – jedenfalls kurzfristig – weitaus geringer ausgeprägt als bei Routinetätigkeiten. Forschung braucht Zeit und oft auch Frustrationstoleranz; Erfolgserlebnisse, z. B. durch eigene Publikationen oder Anerkennung vonseiten des Fachkollegiums, sind nicht garantiert. Der Zeit- und Energieaufwand, um beispielsweise ein Gutachten abzuschließen, ist dagegen überschaubar und der Erfolg schneller zu erkennen.

Aus all dem ergibt sich die Frage, wie die offenbar grundsätzlich vorhandene Forschungsmotivation auch junger Rechtsmediziner genutzt werden kann.

Aus den erhobenen Daten ergibt sich, dass die junge Ärztegeneration klare Strukturen wünscht und braucht, um sich wissenschaftlich optimal entfalten zu können: (1.) zeitliche Strukturen für Forschung; Definition von „Forschungszeiten“, die z. B. auch in Dienstplänen abgebildet und verlässlich sind, sowie (2.) inhaltliche und organisatorische Strukturen, die eine Heranführung junger Ärzte an Forschung ermöglichen: strukturierte Fortbildung auch für Forschung, Integration in Arbeitsgruppen, Mentoring, Plattformen für Vernetzung und Austausch (auch zwischen den verschiedenen naturwissenschaftlichen Disziplinen). Wenn solche Strukturen innerhalb der Institute entwickelt bzw. gepflegt werden sollen, dann sind dazu eine klare Kommunikation zwischen jungen und leitenden Ärzten zu den Zielen und gegenseitigen Erwartungen sowie eine verlässliche Vereinbarung von Bedingungen unerlässlich. Die DGRM kann über ihre neue *Akademie für wissenschaftliches Arbeiten und akademische Karriere* [15] die strukturierte Entwicklung wissenschaftlicher Kompetenz unterstützen.

### Leitungspositionen: von wenigen WBA angestrebt

Der Wunsch des rechtsmedizinischen Nachwuchses nach einer Karriere mit dem Ziel einer Führungsposition ist gering ausgeprägt. Nur jeweils 9 % der befragten Assistenzärzte gaben als höchstes Karriereziel eine Institutsleitungs- oder

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Leitungsstellvertreterposition an. Dies mag daran liegen, dass der Weg zur Erreichung der Karriereziele für viele (noch) unklar ist (s. oben).

Es ist zudem zu vermuten, dass viele WBA nur ein unscharfes Bild von „Leitungsposition“ und den damit verknüpften Aufgaben haben. Transparenz bei Entscheidungsprozessen der Vorgesetzten und eine offene Kommunikation im Team sowie die Übernahme von „mentorships“ von Institutsdirektoren und anderen Leitungspersonen könnten diese Unklarheiten reduzieren. Aufgrund der geringen Anzahl rechtsmedizinischer Institute müssen Leitungsinteressierte eine große Flexibilität mitbringen und möglicherweise ihren Lebensmittelpunkt für die Karriere an weit entfernte Orte verlagern. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass ein Standortwechsel für den Beruf von deutlich mehr Männern in Kauf genommen wird bzw. wurde. Während Frauen zwar insgesamt in größerer Anzahl nach einer Verbesserung ihres Karrierestatus strebten, waren beispielsweise nur 2 der teilnehmenden Fachärztinnen explizit an einer Institutsleitung interessiert. Rechtsmedizinerinnen waren zwar in großer Zahl (51 %) bereit, ihre Kinderplanung den Karriereambitionen unterzuordnen, nahmen aber auch tendenziell eher alternative Arbeitszeitmodelle in Anspruch als männliche Kollegen.

Diese Daten weisen darauf hin, dass die Motivation junger Ärzte, eine Leitungsposition anzustreben, gesteigert werden kann, wenn Entwicklungsmöglichkeiten im Fach von Beginn der Weiterbildung an transparent gemacht werden. Es sollte unbedingt vermieden werden, dass das Karriereziel „Leitungsfunktion“ verworfen wird, weil Hürden gesehen werden, die für unüberwindbar gehalten werden, aber tatsächlich entweder nicht existent oder leicht zu meistern sind. Mentoring (junger Arzt/leitender Arzt) bietet die Chance, die Option „Leitungsfunktion“ auch unter sehr persönlichen Aspekten auszuloten.

### Limitationen

Zum einen liegt eine Limitation durch das Fragebogendesign vor. Während es sich beim ERI-Modell um einen gut vali-

dierten Fragebogen handelt, wurden die restlichen Fragen eigens für diese Studie erstellt und bisher nicht validiert. Zum anderen muss eine gewisse Stichprobenverzerrung in Betracht gezogen werden. Es ist sowohl denkbar, dass Unzufriedene eher geneigt waren, die Umfrage auszufüllen, als auch, dass besonders Rechtsmediziner mit sehr hoher Identifikation mit dem eigenen Berufsbild und dem Fach motivierter waren, eine derartige Umfrage zu beantworten. Die Umfrageergebnisse können nur den Status quo der Situation in den rechtsmedizinischen Instituten abbilden. Die vorliegende Umfrage war außerdem lediglich an Ärzte in der Rechtsmedizin gerichtet und kann daher nur die Arbeitsbedingungen eines kleinen Teils der Beschäftigten in rechtsmedizinischen Instituten abbilden. Eine ähnliche Erhebung für die Kollegen der naturwissenschaftlichen Disziplinen ist daher noch geplant.

### Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit wurde das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen zum ersten Mal an der Berufsgruppe der Rechtsmediziner angewandt. Es konnte gezeigt werden, dass Rechtsmediziner einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind, deren Ausmaß vergleichbar mit diversen klinischen Fachrichtungen ist. Die Belastungsfaktoren unterscheiden sich von jenen der klinisch tätigen Ärzte, wenngleich sich Parallelen ziehen lassen. Eine insgesamt hohe Arbeitszufriedenheit lässt eine tiefgehende Identifikation mit dem Rollenbild des Rechtsmediziners vermuten und ist mit dem Glauben an die Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit verknüpft. Allerdings konnte auch gezeigt werden, dass Rechtsmediziner unzufrieden mit ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit sind, obwohl die Forschungsmotivation – zumindest beim rechtsmedizinischen Nachwuchs – sehr hoch ist. Die junge Ärztegeneration benötigt offenbar klare Strukturen, um sich wissenschaftlich optimal entfalten zu können – sowohl klare zeitliche Strukturen mit definierten Freiräumen für Forschung als auch organisatorische/inhaltliche Strukturen, wie die Zuordnung zu Arbeitsgruppen,

Mentoring, strukturierte Fortbildungsmöglichkeiten (auch für Forschung) und Vernetzungsmöglichkeiten. Die derzeit geringe Motivation junger Ärzte, eine Leitungsposition anzustreben, dürfte gesteigert werden können, wenn Entwicklungsmöglichkeiten im Fach von Beginn der Weiterbildung an transparent gemacht werden. Im offenen Dialog zwischen jungen und erfahrenen bzw. leitenden Ärzten liegen große Chancen für die Weiterentwicklung des Faches Rechtsmedizin.

### Korrespondenzadresse

#### A. Heger

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf  
Moorenstr. 5, Geb. 14.84, 40225 Düsseldorf, Deutschland  
anna.heger@hhu.de

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A. Heger und S. Ritz-Timme geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Es lag ein positives Votum der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf für die Durchführung der Studie vor.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.



## Literatur

1. Angerer P, Petru R, Nowak D et al (2008) Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 133:26–29
2. Arnold H, Meyer CP, Salem J et al (2017) Work and training conditions of residents in urology in Germany: results of a 2015 nationwide survey by the German society of residents in urology. *Urologe A* 56:1311–1319
3. Bahmer T, Walscher J, Fisser C et al (2019) Working conditions and quality of specialized training in respiratory medicine in Germany—status quo, challenges and perspectives. *Pneumologie* 73:578–581
4. Bauer J, Groneberg DA (2014) Distress and job satisfaction among hospital physicians in internal medicine. *Internist (Berl)* 55:1242–1250
5. Bauer J, Groneberg DA (2015) Working conditions of physicians in hospitals—a comparison of specialties in German hospitals (iCept-study). *Dtsch Med Wochenschr* 140:e150–158
6. Beitzel KI, Ertl L, Grosse C et al (2011) Job satisfaction of radiologists in Germany—status quo. *Rof* 183:749–757
7. Biaggi P, Peter S, Ulich E (2003) Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents—what can be done? *Swiss Med Wkly* 133:339–346
8. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M et al (2008) Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health* 82:31–38
9. Buddeberg-Fischer B, Stamm M (2010) The medical profession and young physicians' lifestyles in flux: challenges for specialty training and health care delivery systems. *Swiss Med Wkly* 140:w13134
10. Bundesamt Für Justiz Gesetz über befristete Arbeitsverträge in der Wissenschaft (2021) Gesetz über befristete Arbeitsverträge in der Wissenschaft. <https://www.gesetze-im-internet.de/wisszeitvg/>. Zugegriffen: 10. Jan. 2021
11. Bundesärztekammer (2020) Ärzttestatistik 2019. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2019/>. Zugegriffen: 12. Juli 2020
12. Bundesärztekammer (2018) (Muster-)Weiterbildungsordnung. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>. Zugegriffen: 25. Juli 2020
13. Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum, New York
14. Derycke H, Vlerick P, Burnay N et al (2010) Impact of the effort-reward imbalance model on intent to leave among Belgian health care workers: a prospective study. *J Occup Organ Psychol* 83:879–893
15. Deutsche Gesellschaft Für Rechtsmedizin (2020) Akademie für wissenschaftliches Arbeiten und akademische Karriere. <https://www.dgrm.de/akademie-fuer-wissenschaftliches-arbeiten-und-akademische-karriere>. Zugegriffen: 30. Okt. 2020
16. Deutsche Gesellschaft Für Rechtsmedizin (2020) Institute. <https://www.dgrm.de>. Zugegriffen: 26. Juli 2020
17. Gauthier S, Buddeberg-Fischer B, Bucher M et al (2013) Pilot study on doctors working in departments of forensic medicine in German-speaking areas. *J Forensic Leg Med* 20:1069–1074
18. Gothe H, Köster A-D, Storz P et al (2007) Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. *Dtsch Arztebl* 104:1394–1399
19. Hammig O (2018) Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals—a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Serv Res* 18:785
20. Hanika MMS (2015) Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin – gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede? [Dissertation]. Technische Universität München, München
21. Hos D, Steven P, Dietrich-Ntoukas T (2015) The situation of residents in ophthalmology in Germany: results of an online survey. *Ophthalmologie* 112:498–503
22. Hostettler S, Kraft E (2020) FMH-Ärzttestatistik 2019 hohe Abhängigkeit vom Ausland. *Schweiz Ärztztg* 101:450–455
23. Iorga M, Dondas C, Ioan B-G et al (2017) Job satisfaction among forensic physicians in Romania. *Rev Cercet Intervent Soc* 56:5–18
24. Iorga M, Soponaru C, Hanganu B et al (2016) The burnout syndrome of forensic pathologists. The influences of personality traits, job satisfaction and environmental factors. *Romanian J Legal Med* 24:325–332
25. Jaksztat S, Schindler N, Briedis K (2010) Wissenschaftliche Karrieren – Beschäftigungsbedingungen, berufliche Orientierungen und Kompetenzen des wissenschaftlichen Nachwuchses. *Forum Hochschule* 14:15–30
26. Joachim SC, Bitzinger D, Arnold H et al (2020) Work and training of young doctors in Germany—a comprehensive analysis of survey results from six disciplines. *Gesundheitswesen* 82:227–235
27. Jongmanns G (2011) Evaluation des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes (WissZeitVG) – Gesetzesevaluation im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. *Forum Hochschule* 4:79–80
28. Kivimäki M, Kawachi I (2015) Work stress as a risk factor for cardiovascular disease. *Curr Cardiol Rep* 17:74
29. Klein J, Grosse Frie K, Blum K et al (2010) Effort-reward imbalance, job strain and burnout among clinicians in surgery. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60:374–379
30. Laboratoire National De Santé Luxembourg (2020) Département de médecine légale. <https://lns.lu/departement/medecine-legale/>. Zugegriffen: 26. Juli 2020
31. Madea B (2005) Zukunft der Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin* 15:229–234
32. Madea B, Saukko P (2007) Future in forensic medicine as an academic discipline—focussing on research. *Forensic Sci Int* 165:87–91
33. Memarian A, Aghakhani K, Moosavi Nezhad Baboli SH et al (2020) Evaluation of job satisfaction of forensic medicine specialists and comparison with job satisfaction of some medical specialists in Tehran. *J Family Med Prim Care* 9:2710–2713
34. Nolte KB (2004) Research issues in forensic pathology: a survey of academic institutions employing forensic pathologists. *Hum Pathol* 35:532–535
35. Österreichische Ärztekammer (2019) Ärzttestatistik für Österreich. <https://www.aerztekammer.at/daten-fakten>. Zugegriffen: 26. Juli 2020
36. Raspe M, Muller-Marbach A, Schneider M et al (2016) Work and training conditions of young German physicians in internal medicine. Results of a nationwide survey by young internists from the German society of internal medicine and the German professional association of internists. *Dtsch Med Wochenschr* 141:202–210
37. Rockenbauch K, Meister U, Schmutzger G et al (2006) Lebenszufriedenheit von AbsolventInnen der Medizin. *Gesundheitswesen* 68:176–184
38. Römer F, Ziegler S, Scherer M et al (2017) Die Berufsverlaufszufriedenheit von Assistenzärzten und -ärztinnen nach vierjähriger Weiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 120:47–53
39. Siegrist J (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1:27–41
40. Siegrist J (2013) Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen: Aktuelle Forschungsevidenz. *Nervenarzt* 84:33–37
41. Siegrist J (2012) The changing role of physicians. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55:1100–1105
42. Siegrist J, Starke D, Chandola T et al (2004) The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 58:1483–1499
43. Siegrist J, Wege N, Puhlhofer F et al (2009) A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 82:1005–1013
44. van der Ploeg E, Dorresteijn SM, Kleber RJ (2003) Critical incidents and chronic stressors at work: their impact on forensic doctors. *J Occup Health Psychol* 8:157–166
45. von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K et al (2010) Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields: results of a nationwide survey in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 107:248–253
46. Vu-Eickmann P, Li J, Muller A et al (2018) Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. *Int Arch Occup Environ Health* 91:643–654
47. Wege N, Li J, Siegrist J (2018) Are there gender differences in associations of effort-reward imbalance at work with self-reported doctor-diagnosed depression? Prospective evidence from the German socio-economic panel. *Int Arch Occup Environ Health* 91:435–443

## 3 Teil II: Generationenwandel in der Rechtsmedizin

### 3.1 Methoden II

Im September 2019 wurde ein Online-Fragebogen, der Fragen zu Demografie und Berufsstatus, Arbeitsbelastung und -zufriedenheit, Forschungs- und Karriereambitionen und der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben enthielt, per E-Mail an 436 rechtsmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte verschickt (7). Zusätzlich zu den genannten Themenkomplexen wurden Fragen zur Wahrnehmung eines Generationenkonflikts in der Rechtsmedizin gestellt. Der Fragebogen enthielt je nach Antwortverhalten der Befragten zwischen 24 und 53 Fragen, davon bis zu 6 Fragen zum Thema „Generationen“ (Zusammenarbeit zwischen WBA, stellvertretend für jüngere Generationen, und erfahrenen Fachärzten, stellvertretend für ältere Generationen), siehe **Abschnitt 6.3**. Integriert war außerdem der Fragebogen des *Effort-Reward Imbalance* (ERI) Modells in der Langfassung (96). Ein *Effort-Reward-Quotient* (ER-Quotient)  $> 1$  deutet auf das Vorhandensein einer beruflichen Gratifikationskrise hin. Für eine detaillierte Darstellung der Probandenauswahl und der Methoden siehe **Abschnitt 2** (7). Die quantitative Auswertung, wo sinnvoll, erfolgte äquivalent zur dort beschriebenen Methodik (7).

Die Antworten der Teilnehmer in den Kommentarfeldern der fakultativen, offen formulierten Fragen und der Antwortmöglichkeit ‚*Sonstiges*‘ bei Fragen mit Mehrfachauswahl (s. **Abschnitt 6.3**) wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung (97), unter Verwendung des Programms MAXQDA2020®, Version 20, ausgewertet. Hierzu wurden die schriftlichen Antworten zunächst paraphrasiert und anschließend sequenziell und nach qualitativen Gesichtspunkten in ein Kategoriensystem (*Codes*) eingeordnet. Konnte eine Antwort keiner bestehenden Kodierung zugeordnet werden, wurde ein neuer *Code* erstellt. Die so generierten *Codes* wurden in einem weiteren Schritt in übergeordnete Kategorien zusammengefasst, welche schließlich durch Rücküberführung mit dem Ausgangsmaterial abgeglichen wurden. Die Ergebnisse werden im Folgenden qualitativ dargestellt.

## **3.2 Ergebnisse II: quantitative Auswertung**

Aufgrund einer auffälligen Diskrepanz in den Angaben von Weiterbildungsstatus und Geburtskohorte einer Teilnehmerin/ eines Teilnehmers (Facharztstatus und Geburtsjahr nach 1995) wurde jene/r aus der Auswertung für Teil II der Arbeit ausgeschlossen. Es standen somit für diesen Teil der Auswertung Daten von 180 Teilnehmern zur Verfügung.

### **3.2.1 Geschlechterverteilung und berufliche Positionen der Generationen**

Die Befragten der Generation Babyboomer (geb. vor 1965) waren zum Großteil männlich, jene der Generation Y (geb. 1981-1995) zum Großteil weiblich ( $n = 179$ ;  $p < 0.001$ , Cramer-V = 0.45). Alle Ärzte der Generation Babyboomer waren Fachärzte und die Mehrheit der Generation Y befand sich noch in der Weiterbildung ( $p < 0.001$ , Cramer-V = 0.70). Ähnlich verhielt es sich erwartungsgemäß mit der Verteilung der Leitungspositionen (Institutsleitung, stellvertretende Institutsleitung oder Abteilungsleitung): 76,9 % der Generation Babyboomer, 45,5 % der Generation X (geb. 1965-1980) und nur 3,4 % der Generation Y hatten derartige Positionen inne ( $p < 0.001$ , Cramer-V = 0.60).

### **3.2.2 Beruf vs. Privatleben**

Alle drei Generationen gaben mehr berufliche Einflussfaktoren auf private Entscheidungen an als umgekehrt. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Generationen festgestellt werden.

Der Anteil der Ärzte, die ihre Kinderplanung aufgrund ihrer Arbeit anpassen bzw. in der Vergangenheit angepasst haben, d.h., dass Kinder wegen beruflicher Entscheidungen später oder gar nicht geplant werden/wurden oder die Anzahl der geplanten Kinder reduziert wird/wurde, war bei der Generation Y höher als bei den Generationen X und Babyboomer (45,5 % vs. 37,9 % vs. 11,5 %;  $p = 0.007$ , Cramer-V = 0.23).

### **3.2.3 Arbeitszufriedenheit**

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der ärztlichen Routinetätigkeit zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den drei Generationen. Mit ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit waren Forschende der Generationen Babyboomer und X tendenziell zufriedener als jene der Generation Y ( $p = 0.059$ , Cramer-V = 0.18). Jeweils knapp die Hälfte der Befragten aus den Generationen Babyboomer und Y (46,2 %

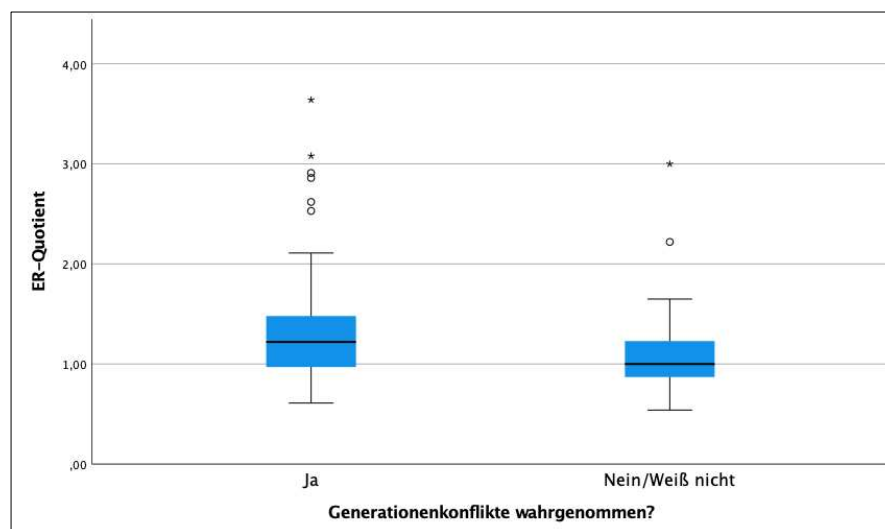
bzw. 47,7 %) und zwei Drittel der Generation X (66,7 %) gaben an, wissenschaftlich tätig zu sein ( $p = 0.043$ , Cramer-V = 0.19).

Ob ein Generationenkonflikt wahrgenommen wurde oder nicht, hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Routine- und Forschungstätigkeit der Umfrageteilnehmer.

### 3.2.4 Arbeitsbelastung

Der Effort/Reward-Quotient (ER-Quotient) der Befragten betrug im Mittel  $1,24 \pm 0,48$  (MW  $\pm$  SD; Min. 0,54, Max. 3,64, Median 1,13). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geburtskohorten in Bezug auf die Höhe des ER-Quotienten sowie die einzelnen Werte der Subskalen Verausgabung und Verausgabungsneigung. Die Babyboomer zeigten jedoch höhere Belohnungswerte als die Generation Y ( $p = 0.002$ ,  $r = 0.32$ ).

Ärzte, die angaben, einen Generationenkonflikt bei der Arbeit wahrzunehmen, wiesen einen signifikant höheren ER-Quotienten auf ( $p = 0.002$ ,  $r = 0.23$ ; s. **Abb. 2**) und zeigten signifikant niedrigere Werte auf der Belohnungsskala ( $p = 0.014$ ,  $r = 0.18$ ), bei allerdings kleiner Effektstärke.



**Abb. 2: Boxplot-Diagramm, das die Höhe des ER-Quotienten in Bezug auf die Wahrnehmung von Generationenkonflikten bei der Arbeit darstellt**

Die untere Begrenzung der Boxen markiert das 1. Quartil, die obere das 3. Quartil, die Querlinie innerhalb der Boxen zeigt den Medianwert an. Die Antennen markieren den Minimumwert (untere Antenne) und Maximalwert (obere Antenne), außer im Falle von Ausreißern (Kreise: einfache Ausreißer, Sterne: extreme Ausreißer).

ER: Effort/Reward. Ein ER-Quotient  $> 1$  deutet auf das Vorhandensein einer Gratifikationskrise hin.

$n = 180$

$p = 0.002$

### 3.2.5 Wahrnehmung von Konfliktsituationen

Fast drei Viertel aller Befragten (72,8 %) gaben an, dass im beruflichen Alltag zumindest teilweise ein Konflikt mit der jeweils anderen Generation („jung“ vs. „alt“, d.h. WBA vs. Fachärzte) wahrgenommen werde. Es zeigten sich dahingehend keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Gruppen Geschlecht, Weiterbildungsstatus, Leitungsfunktion und Geburtskohorte.

Um die Ursache für Konflikte besser zu verstehen, wurden die Teilnehmer nach ihrer Meinung über die jeweils andere Generation gefragt.

Hauptkritikpunkte der WBA an der Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachärzten war vor allem eine mangelnde oder mangelhafte Vermittlung von Weiterbildungsinhalten (56,7 %) und eine ungerechte Verteilung der Arbeitsaufgaben (52,2 %); weitere Ergebnisse sind **Tabelle 1** zu entnehmen. Aufgrund der teilweise geringen Gruppengrößen wurde hier auf einen statistischen Generationenvergleich verzichtet.

Was stört WBA an der Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachärzten?	Zustimmung WBA
Mangelnde/mangelhafte Vermittlung von Weiterbildungsinhalten	56,7 %
Ungerechte Verteilung der Routine-Aufgaben	52,2 %
Unterschiedliche fachliche Meinung, mangelnde Fachkompetenz	44,8 %
Unterschiedliche Priorisierung von Routine/Forschung/Lehre	41,8 %
Mangelndes Verständnis für die Vorstellung von Arbeitszeit der WBA	26,9 %
Ungerechte Verteilung von Zusatzeinkünften	25,4 %
Ungerechte Verteilung der Lehrtätigkeiten	19,4 %

**Tabelle 1: Kritik der Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten an Fachärztinnen/-ärzten**  
Zustimmung: Anteil der WBA, die die jeweilige Auswahlmöglichkeit wählten. Eine Mehrfachauswahl war möglich. Wegen teils sehr kleiner Gruppengrößen (Generation Babyboomer:  $n = 0$ ; Generation X:  $n = 4$ ) wurde auf eine getrennte Darstellung der Generationen und einen statistischen Vergleich verzichtet.

WBA: Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten.

$n = 67$

WBA gaben mehrheitlich an, dass erfahrene Fachärzte bereit seien, Verantwortung zu übernehmen (85,1 %), Wert auf strukturierte Arbeitsabläufe legen würden (70,2 %) und bereit seien, Überstunden zu machen (70,1 %). Während zwei Drittel der WBA der Meinung waren, dass Fachärzte sie bei Routineaufgaben unterstützen und ihnen Fertigkeiten vermitteln würden (68,7 %), sah nur ein Drittel eine aktive Unterstützung bei Forschungstätigkeiten (32,9 %). Für detaillierte Ergebnisse, s. **Tabelle 2**.

Kategorie	Erfahrenere Fachärztinnen/-ärzte...	Zustimmung WBA
Work-Life-Balance, Arbeitszeit	...sind bereit, Überstunden zu machen.	70,1 %
	...sind bereit, für den Beruf auf Privatleben zu verzichten.	34,3 %
	...legen Wert auf streng geregelte Arbeitszeiten.	29,9 %
Routine	...sind bereit, Verantwortung zu übernehmen.	85,1 %
	...legen Wert auf strukturierte Arbeitsabläufe.	70,2 %
	...unterstützen WBA aktiv in der Routine und vermitteln Fertigkeiten.	68,7 %
	...wollen/ wollten Karriere machen/ Leitungspositionen erreichen.	52,3 %
Forschung	...sind an Wissenschaft interessiert.	52,2 %
	...unterstützen WBA aktiv in der Forschung.	32,9 %

**Tabelle 2: Berufliche Merkmale der Fachärztinnen/-ärzte aus Sicht der Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten**

Zustimmung: Anteil der WBA, die die Antwortmöglichkeiten „trifft sehr zu“ oder „trifft eher zu“ auswählten. Wegen teils sehr kleiner Gruppengrößen (Generation Babyboomer: n = 0; Generation X: n = 4) wurde auf eine getrennte Darstellung der Generationen und einen statistischen Vergleich verzichtet.

WBA: Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten

n = 67

Fachärzte störte bei der Zusammenarbeit mit WBA vor allem ein Übermaß an – möglicherweise – ungerechtfertigtem Selbstbewusstsein (50,4 %) und eine mangelnde Selbstständigkeit (40,7 %). Es zeigten sich bei den Fachärzten kaum statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Generationen (s. **Tabelle 3**).

Was stört Fachärzte an der Zusammenarbeit mit WBA?	Zustimmung Fachärzte			
	Gen. BB	Gen. X	Gen. Y	Gesamt
Übermaß an (ungerechtfertigtem) Selbstbewusstsein	46,2 %	53,2 %	48,0 %	50,4 %
Mangelnde Selbstständigkeit	46,2 %	40,3 %	36,0 %	40,7 %
Andere Priorisierung von Arbeit vs. Freizeit	42,3 %	37,1 %	20,0 %	34,5 %
Unrealistische Ansprüche an Vorgesetzte*	19,2 %	37,1 %	8,0 %	26,5 %
Mangelnder Respekt für Autorität	11,5 %	32,3 %	24,0 %	25,7 %
Unterschiedliche fachliche Meinung, mangelnde Fachkompetenz	15,4 %	24,2 %	40,0 %	25,7 %
Unterschiedliche Priorisierung von Routine/Forschung/Lehre	38,5 %	24,2 %	12,0 %	24,8 %

**Tabelle 3: Kritik der Fachärztinnen/-ärzte an Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten**  
 Zustimmung: Anteil der Fachärzte, die die jeweilige Auswahlmöglichkeit wählten. Eine Mehrfachauswahl war möglich.

BB: Babyboomer, Gen.: Generation, WBA: Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten.

$n = 113$

\* $p < 0.05$

Die befragten Fachärzte waren sich zum Großteil einig, dass WBA Wert auf strukturierte Arbeitsabläufe und eine strukturierte Weiterbildung legen (80,5 % bzw. 75,2 %). Interessanterweise stimmten viele Fachärzte zu, dass WBA sowohl bereit seien, Überstunden zu machen, als auch, dass sie Wert auf streng geregelte Arbeitszeiten legen würden (69,9 % bzw. 59,3 %). Gleichzeitig gaben nur sehr wenige Fachärzte an, dass WBA bereit seien, für den Beruf auf Privatleben zu verzichten (11,5 %) und bereit für Forschungstätigkeit in der Freizeit seien (32,7 %). Für weitere Ergebnisse, s. **Tabelle 4**.

Kategorie	Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten...	Zustimmung Fachärzte
Work-Life-Balance, Arbeitszeit	...sind bereit, Überstunden zu machen.	69,9 %
	...legen Wert auf streng geregelte Arbeitszeiten.	59,3 %
	...sind bereit, für den Beruf auf Privatleben zu verzichten.	11,5 %
Weiterbildung	...legen Wert auf strukturierte Weiterbildung.	75,2 %
	...betreiben regelmäßiges Selbststudium zur Aneignung von theoretischem Wissen.	63,7 %
Routine	...legen Wert auf strukturierte Arbeitsabläufe.	80,5 %
	...wollen Karriere machen/ Leitungspositionen erreichen.	15,9 %
	...sind bereit, Verantwortung zu übernehmen.	54,8 %
Forschung	...betreiben eigenständige wissenschaftliche Tätigkeit inkl. Output.	52,2 %
	...sind an Wissenschaft interessiert.	36,2 %
	...sind bereit, in der Freizeit wissenschaftlich zu arbeiten.	32,7 %

**Tabelle 4: Berufliche Merkmale der Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten aus Sicht der Fachärztinnen/-ärzte**

Zustimmung: Anteil der Fachärztinnen/-ärzte, die die Antwortmöglichkeiten „trifft sehr zu“ oder „trifft eher zu“ auswählten.

n = 113

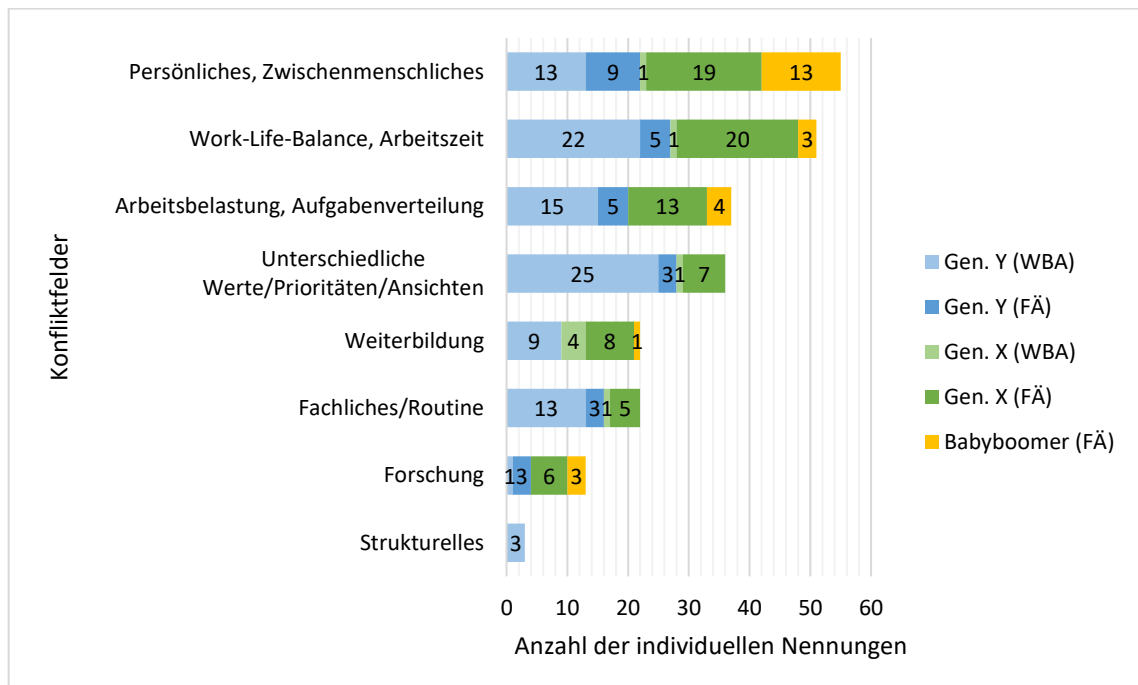


### 3.3 Ergebnisse II: qualitative Auswertung

#### 3.3.1 Konfliktfelder

Die Teilnehmer wurden gebeten, mögliche Konfliktsituationen bzw. -felder bei der Zusammenarbeit mit der jüngeren bzw. älteren Generation näher zu definieren. 57 Fachärzte (50,4 %) und 42 WBA (62,7 %) machten ergänzende Angaben in den fakultativen Kommentarfeldern. Diese ließen sich nach qualitativen Gesichtspunkten in acht Kategorien einteilen. In der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen waren dies (Gesamtzahl der Nennungen in Klammern dahinter; zur Aufschlüsselung der Konfliktfelder nach Weiterbildungsstatus und Generation, s. **Abb. 3**):

1. Persönliches/Zwischenmenschliches (55),
2. *Work-Life-Balance*, Arbeitszeit (51),
3. Arbeitsbelastung, Aufgabenverteilung (37),
4. Unterschiedliche Werte/Ansichten/Prioritäten (36),
5. Weiterbildung (22),
6. Fachliches/Routinetätigkeit (22),
7. Forschung (13) und
8. Strukturelles (3).



**Abb. 3: Wahrgenommene Konfliktfelder der Umfrageteilnehmer/-innen**  
 Gen.: Generation; WBA: Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten; FÄ: Fachärztinnen/-ärzte  
 n = 180

WBA der Generation Y sahen Konflikte vor allem durch unterschiedliche Werte, Prioritäten oder Ansichten der Generationen, die *Work-Life-Problematik* und die Arbeitsbelastung bzw. Aufgabenverteilung, während für Fachärzte der Generation X die meistgenannten Probleme in den Bereichen *Work-Life-Balance* und Persönliches/ zwischenmenschliche Konflikte lagen. Babyboomer sahen die Hauptproblematik ebenfalls im persönlichen/zwischenmenschlichen Bereich.

### **3.3.2 Wünsche und Kritikpunkte**

Ergänzende Angaben in den Kommentarfeldern der fakultativen Freitextfragen der Online-Umfrage, die konkrete Kritikpunkte oder Wünsche/Anforderungen enthielten, ließen sich induktiv in folgende vier Kategorien zusammenfassen (Gesamtzahl der Nennungen in Klammern dahinter [Kritikpunkte/Wünsche], detaillierte Antworten inkl. Aufschlüsselung nach Weiterbildungsstatus und Generationen s. **Tabellen 5-8** im Anhang, **Abschnitt 6.4**):

1. Werte, Ansichten & Prioritäten (37/59),
2. Persönliches, Zwischenmenschliches (28/55),
3. Arbeitsbelastung, Verteilung von Arbeitsaufgaben (24/14) und
4. *Work-Life-Balance*, Arbeitszeit (18/3).

#### **3.3.2.1 Werte, Ansichten & Prioritäten**

Die Fachärzte bemängelten ein geringes Interesse der WBA an Forschung und wünschten sich daher entsprechend mehr wissenschaftliches Engagement und Eigeninitiative, während sich WBA mehr Unterstützung in der Forschung wünschten. Zudem wünschten sich Fachärzte ein höheres Interesse der WBA am Beruf im Allgemeinen und eine stärkere Identifizierung mit dem Berufsbild.

**Zitat:** „Mehr Herzblut, mehr Leistungsbereitschaft und [eine] bedingungslose Aufopferung für das Fach und das Institut“. (Fachärztin, Generation Y)

In Bezug auf die Weiterbildung kritisierten zwar ein paar wenige Fachärzte der Generation X in der Umfrage eine mangelnde Eigenständigkeit der WBA und forderten eine aktive(re) Einforderung von Weiterbildung und mehr Selbststudium, demgegenüber wünschte sich jedoch eine deutlich größere Anzahl der WBA der Generationen X und Y mehr Weiterbildung insgesamt, eine bessere und aktive(re) Wissensvermittlung durch erfahrenere Kollegen und eine bessere Einarbeitung in den Beruf.

**Zitat:** „Es fehlt heutzutage das Verständnis für den Nachwuchs, dass er eben gebraucht wird, sonst stirbt das Fach aus, und zwar nicht, weil die Leitungen der Universitätskliniken im Hinblick auf die roten Zahlen die Sinnhaftigkeit des Faches hinterfra-

*gen, sondern weil es an Nachwuchs fehlen wird, da nur noch gefordert wird (Flexibilität, Engagement, Spontaneität, Quantität), aber kein Geben in Form von Weiterbildung stattfindet.“ (Assistenzärztin, Generation Y)*

Einige WBA störte laut Umfrage eine mangelnde Bereitschaft für Modernisierung und Veränderung bei älteren Kollegen. Zudem kritisierten manche der Jüngeren, dass an sie zu hohe Erwartungen gestellt würden und dass manche der an sie gestellten Anforderungen von den Älteren selbst nicht umgesetzt würden.

**Zitat:** *„Diskrepanz zwischen eigener Leistung/ Verantwortung und Forderungen gegenüber Assistenzärzten.“ (Assistenzarzt, Generation Y)*

### **3.3.2.2 Persönliches, Zwischenmenschliches**

Von Fachärzten – ohne erkennbare Unterschiede zwischen deren Geburtskohorten – wurde ein Mangel an Kritikfähigkeit und Selbstkritik, sowie Kollegialität und Respekt bzw. Loyalität gegenüber Vorgesetzten bei WBA geäußert, zudem wurde von deren Selbstüberschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten berichtet. Interessanterweise warfen WBA der Generation Y in der Umfrage auch den Fachärzten eine mangelnde Kritikfähigkeit und Überheblichkeit vor.

**Zitat:** *„Es wird keine Diskussionsgrundlage geschaffen, wenn man anderer Ansicht ist und einen Befund hinterfragt. Bestimmte Facharztkollegen fühlen sich sofort in ihrer Kompetenz angegriffen und als einzige Antwort auf Fragen heißt es: ‚Ich hab‘ keinen Bock zu diskutieren.““ (Assistenzärztin, Generation Y)*

Fachärzte würden sich von WBA allgemein mehr Eigeninitiative und Engagement erwarten.

**Zitat:** *„Mehr Engagement und Interesse auch außerhalb der regulären Pflichttätigkeiten.“ (Fachärztin, Generation X)*

WBA der Generation Y wünschten sich eine engere Zusammenarbeit mit Fachärzten sowie mehr Feedback und Verbesserungsvorschläge.

**Zitat:** *„Einbindung in Fälle, von denen die Assistenten etwas lernen könnten, z.B. Assistenten zu spannenden Fundorten/ Histo-Untersuchungen/ Besprechungen einfach mal mitnehmen.“ (Assistenzarzt, Generation Y)*

**Zitat:** *„Insgesamt sollte es mehr Feedback geben, ohne das wissen wir [Assistenzärzte] leider nicht, was wir schon gut machen und wo wir noch Nachholbedarf haben.“ (Assistenzärztin, Generation Y)*

### **3.3.2.3 Arbeitsbelastung, Verteilung von Arbeitsaufgaben**

Fachärzte der Generationen Babyboomer und X kritisierten in der Umfrage einen Mangel an Leistungsbereitschaft, Belastbarkeit und/oder Eigenständigkeit der WBA bei der (Routine-) Arbeit.

**Zitat:** „Keine Bereitschaft für notwendige Mehrarbeit oder Flexibilität.“ (Facharzt, Generation X)

WBA hingegen störte eine ungerechte Arbeitsverteilung zu Lasten der Jüngeren und ein mangelndes Verständnis für eine angezeigte Überlastung, die teilweise unter dem Verweis auf eine aus Sicht der Älteren zu früheren Zeiten höhere Arbeitsbelastung nicht ernst (genug) genommen werde.

**Zitat:** „Ungerechte Arbeitsverteilung in der Routine zwischen Assistenz- und Fachärzten (Assistenzärzte machen zum Teil genauso viel oder mehr als die Fachärzte, z.B. Gutachtenverteilung), oft mit der Begründung, die Assistenten müssten ‚noch lernen‘.“ (Assistenzärztin, Generation Y)

**Zitat:** „Fehlendes Verständnis der älteren Kollegen für ein vermehrtes Arbeitsaufkommen im Vergleich zu früher (zumindest laut unserem Sekretariat hat es früher weniger Obduktionen und weniger Gutachten im Institut gegeben) und die Überforderung, die das bei noch fehlender ‚Facharzt-Routine‘ bei ‚jungen‘ Kollegen bewirkt.“ (Assistenzärztin, Generation Y)

### **3.3.2.4 Work-Life-Balance, Arbeitszeit**

Die WBA der Generation Y kritisierten in Bezug auf die Problematik der *Work-Life-Balance*, dass Überstunden zum Teil von ihnen vorausgesetzt bzw. verlangt werden und dass Ältere kein Verständnis für ihre Vorstellungen von Arbeitszeit und den für sie notwendigen „Spagat“ zwischen Familie und Beruf hätten.

**Zitat:** „Mangelndes Verständnis der Fachärzte für die nicht uneingeschränkte Bereitschaft zu Überstunden.“ (Assistenzarzt, Generation Y)

Fachärzte der Generation X kritisierten demgegenüber, dass die Freizeit einen zunehmenden Stellenwert einnehme als die Arbeit (meistgenannter Kritikpunkt dieser Kategorie) und die wissenschaftliche Tätigkeit.

**Zitat:** „Dringende Arbeiten [werden] nicht erledigt wegen nahendem Feierabend.“ (Fachärztin, Generation X)

Entsprechend wünschten sich Fachärzte mehr Flexibilität und eine Bereitschaft für Forschung in der Freizeit von den WBA.

**Zitat:** „*Natürlich die Bereitschaft, auch in der Freizeit wissenschaftlich zu arbeiten. Es ist nicht alles in der regulären Dienstzeit möglich in unserem Fach.*“ (Fachärztin, Generation X).

## 4 Diskussion

### 4.1 Psychosoziale Arbeitsbelastung

Durch die vorliegende Arbeit konnte gezeigt werden, dass die psychosoziale Arbeitsbelastung von Rechtsmedizinern hoch ist und deutlich über dem Schnitt der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt (7, 98). Der mittlere ER-Wert von 1,24 ist vergleichbar mit anderen medizinischen Fachrichtungen (7, 99, 100). Beinahe 60 % der befragten Ärzte wiesen eine berufliche Gratifikationskrise und somit ein Ungleichgewicht zwischen beruflichen Verausgabungs- und Belohnungsfaktoren auf (7). Die Rechtsmedizin reiht sich in Bezug auf das Ausmaß der beruflichen Gratifikationskrise in die bisher untersuchten klinischen Fächer ein, wenngleich sich das Aufgabenspektrum gänzlich von jenem anderer Fachrichtungen unterscheidet (7). Besondere psychische Belastungsfaktoren ergeben sich durch eine ständige Konfrontation mit von Gewalt betroffenen Personen (7, 21, 22), unerwartet oder traumatisch Verstorbenen und Tatverdächtigen von Gewaltdelikten. In Nacht- und Rufbereitschaftsdiensten muss man stets für dringliche und zum Teil anspruchsvolle Aufgaben bereit sein. Steigende Fallzahlen, insbesondere im klinisch-forensischen Aufgabenbereich, hoher Zeitdruck und die große Verantwortung, die mit der Gutachtertätigkeit für die Justizbehörden unweigerlich einhergeht, haben ebenfalls Belastungspotential für Rechtsmediziner (7). Hinzukommen an universitären Instituten Lehraufgaben, Forschungsdruck und Weiterbildungsverpflichtungen. Für junge Ärzte in befristeten Vertragsverhältnissen kann die unklare Stellenperspektive und nicht zuletzt der Promotions-/ Habilitationsdruck aufgrund des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes (WissZeitVG) zu erheblichem beruflichem Stress führen (7).

Signifikante Unterschiede der Arbeitsbelastung (gemessen an der Höhe des ER-Quotienten) konnten weder in Bezug auf den beruflichen Karrierestatus noch das Geschlecht oder die Generationen (Geburtskohorten) der Ärzte festgestellt werden, wenngleich sich eine tendenziell niedrigere Arbeitsbelastung bei Ärzten mit Leitungsfunktion zeigte (7). Sowohl Ärzte mit Leitungsfunktion als auch die Gesamtzahl der befragten Fachärzte zeigten allerdings signifikant höhere Werte in der Subskala Belohnung (7), was auf deren höheres Einkommen und einer größeren ihnen entgegengebrachten Wertschätzung (16), aber auch einer größeren Jobsicherheit und stärkeren Kontrolle über die eigenen Aufgaben und Arbeitsorganisation beruhen kann (7). Erwartungsgemäß zeigten auch die Teilnehmer der Generation Babyboomer, der mehr als drei Viertel der befragten leitenden Ärzte angehörten, höhere Belohnungswerte; dieser Unterschied zwischen den Geburtskohorten lässt sich daher plausibel durch deren

höhere berufliche Positionen erklären. Interessanterweise waren es in der Arbeit von Hinkelmann et al. (32) die Fachärzte (dort: klinischer Fächer), die verglichen mit WBA und leitenden Ärzten am meisten unter einer steigenden Arbeitsbelastung und schwer planbaren Arbeitszeiten litten und sich Verbesserungen bei der persönlichen Wertschätzung und der Anerkennung eigener Karriere- und Entwicklungsziele wünschten (32). Der fehlende Unterschied zwischen rechtsmedizinischen Fach- und Assistenzärzten in Bezug auf die psychosoziale Arbeitsbelastung könnte eventuell an deren ähnlichen Arbeitsaufgaben liegen. Die rechtsmedizinische Arbeit besteht im Dienstleistungsbereich zu einem großen Teil aus der überwiegend selbstständigen Bearbeitung eigener Fälle (klinisch-forensische Untersuchungen, Obduktionen, Aktengutachten) von Auftrag bis Fertigstellung. Im Unterschied zur Patientenbetreuung in klinischen Disziplinen geht diese Fallbearbeitung daher für alle Ärzte (mit Ausnahme der Institutsleiter) mit denselben belastenden und belohnenden Aspekten einher – vorausgesetzt, die Fälle werden auf alle Mitarbeiter gleichmäßig verteilt und Anfänger werden bei ihrer Arbeit angemessen angeleitet.

Mehr als zwei Drittel der befragten WBA fühlten sich bei ihrer Routinetätigkeit von erfahrenen Fachärzten unterstützt (s. **Tabelle 2**). Einige WBA bemängelten jedoch eine subjektiv hohe Arbeitsbelastung und eine ungerechte Aufgabenverteilung zu Lasten der Jüngeren – teilweise unter dem Vorwand der Älteren, die Jüngeren müssten „noch lernen“ – sowie ein mangelndes Verständnis der Älteren für eine angezeigte Überlastung, die unter dem Verweis auf eine angeblich zu früheren Zeiten höhere Arbeitsbelastung ihrer Ansicht nach nicht ernst (genug) genommen werde, wie die qualitative Auswertung der Kommentarfelder ergab (vgl. **Tabelle 7**).

Arbeitsbedingungen sind für Ärzte auf niedrigeren Karrierestufen bekanntermaßen schlechter (32, 101, 102) und mit den Berufsjahren und der steigenden Erfahrung nehmen auch die Stressbewältigungs- und -vermeidungsstrategien zu (103). Es wäre daher zu erwarten gewesen, dass auch rechtsmedizinisch tätige Ärzte am Beginn ihrer Weiterbildungszeit stärker (psychisch) belastet sind, da sie in ungewohnt hohem Ausmaß – zumindest passiv – mit traumatischen Ereignissen und mit einer Vielzahl neuer Aufgaben konfrontiert werden, während sie gleichzeitig wenig Erfahrung und kaum eigene Entscheidungsgewalt haben, was die vorliegende Umfrage aber in dieser Form nicht eindeutig bestätigen konnte.

Um eine Resilienz gegen diese belastenden Erfahrungen aufzubauen, bedarf es sowohl spezieller Persönlichkeitsmerkmale als auch geeigneter Verhaltensmuster; Nachwuchs-Rechtsmediziner müssen sich diese Widerstandsfähigkeit erst aneignen. Horvath und Massey (104) zeigten, dass forensisch tätige Ärzte in Großbritannien

überwiegend positive Copingstrategien (z.B. Humor, Einholen emotionaler Unterstützung, Ablenkung) nutzten und einen starken ‚Glauben an eine gerechte Welt‘ hatten, was als protektiver Faktor vor psychischer Belastung gewertet wurde. Auch das Nachbesprechen der Fälle mit Kollegen erwies sich diesbezüglich als hilfreich (22), was die Wichtigkeit und Notwendigkeit interner Fallbesprechungen verdeutlicht. Insbesondere die befragten WBA der Generation Y wünschten sich eine engere Zusammenarbeit mit Fachärzten, wodurch sie sich einen stärkeren Wissens- und Erfahrungszuwachs erhofften, und eine Vielzahl der Rechtsmediziner in Weiterbildung wünschten sich einen eigenen Mentor (7). Hewlett et al. (92) zeigten, dass Arbeitnehmer der Generation Y eher Babyboomer als Mentoren präferieren, da diese in ihren Augen möglicherweise erfahrener und einflussreicher wirken (64). Die jüngeren WBA wünschten sich außerdem mehr konstruktives Feedback über ihre Leistungen. Es wird teilweise behauptet, die Generation Y neige dazu, viele Fragen zu stellen, reichlich Feedback zu benötigen und Schwierigkeiten zu haben, eigene Entscheidungen zu treffen (41). Die vorliegenden Ergebnisse stützen diese Annahme. Ebenfalls ist bekannt, dass sich die Beziehung zwischen Vorgesetzten und jungen Ärzten verändert (hat), die Interaktionen komplizierter und zeitintensiver werden und bestehende Strukturen immer mehr hinterfragt werden (32). Wenn sich beide Seiten dieser Veränderungen bewusstwerden und ihre Bedürfnisse klar äußern – indem Ältere zwar ansprechbar sind, aber ihre begrenzten zeitlichen Ressourcen deutlich machen, und Junge ihren Gesprächs- und Feedbackbedarf einfordern, aber mit der Zeit ihrer älteren Kollegen rücksichtsvoll umgehen – könnte das beiderseitige Frustrationspotential gemindert werden.

Umfrageteilnehmer, denen Generationenkonflikte im Arbeitsalltag bekannt waren, zeigten eine signifikant höhere Arbeitsbelastung, litten also eher an einer beruflichen Gratifikationskrise, wenngleich die Effektstärke gering war. Es ist nachvollziehbar, dass eine Unzufriedenheit bei der Zusammenarbeit, z.B. durch mangelnde Gefühle von Kollegialität und Wertschätzung, eine negative Auswirkung auf die wahrgenommenen Belastungs- und Belohnungsparameter hat. Konkrete Konfliktfelder zwischen den Generationen werden in **Abschnitt 4.5** diskutiert.

Im befragten Ärztekollektiv war die psychosoziale Arbeitsbelastung positiv mit einer Kündigungsintention assoziiert (7), was auch für andere medizinische Berufsgruppen nachgewiesen werden konnte (105-107). Um eine Abwanderung in andere Fächer oder ganz aus dem Medizinsektor zu verhindern und um Mitarbeiter langfristig an die rechtsmedizinischen Institute zu binden, könnten daher Strategien zur Reduktion der Arbeitsbelastung hilfreich sein.



Zwei weitere Faktoren, die wesentlich zur Senkung der wahrgenommenen Arbeitsbelastung beitragen können sind einerseits, einen Sinn in der eigenen Tätigkeit zu sehen (7, 108) und andererseits, jene Tätigkeit autonom ausführen zu können (1, 7). Rechtsmediziner halten ihre Arbeit überwiegend für sinnvoll (7) und im Vergleich zu klinisch tätigen Ärzten (109) dürften sie aufgrund ihres speziellen Tätigkeitspektrums mehr Kontrolle über die Organisation ihres Arbeitsalltags haben (7). Im Generationenvergleich ist es vor allem die Generation Y, die nach bedeutsamer, sinnvoller Tätigkeit strebt und Aktivitäten und Aufgaben hinterfragt, deren Grund für sie nicht ersichtlich ist (110). Sie stellen bestehende Strukturen sowie Arbeitsabläufe und -bedingungen in Frage (32), die aus Sicht der Älteren nicht veränderungsbedürftig sind, weil es „immer schon so gemacht wurde“. Dies führt offenkundig zu Frustration auf beiden Seiten. Die junge Generation versteht nicht, weshalb die älteren Generationen, die sich nun überwiegend als Instituts- und Abteilungsleiter in Positionen mit Entscheidungsgewalt befinden, die beruflichen Bedingungen für den aktuellen Nachwuchs nicht verbessern wollen. Die älteren Generationen werfen den Jungen teilweise eine leidende Haltung und „Jammern auf hohem Niveau“ vor und scheuen sich vor Veränderung. Ihre vermeintlich eigenständige Bewältigung einer subjektiv zu früheren Zeiten viel höheren Arbeitsbelastung wird von ihnen aus Sicht der WBA beinahe glorifiziert. Bickel et al. (40) stellten daher die Frage, ob die älteren Generationen möglicherweise an ihrer Vergangenheit festhalten, um einerseits ihre damaligen eigenen Aufopferungen zu rechtfertigen und andererseits ihre inzwischen gewonnenen Privilegien zu bewahren (40).

## 4.2 Arbeitszufriedenheit

Die Mehrheit der befragten Rechtsmediziner zeigte eine sehr hohe Zufriedenheit mit ihrer Routinearbeit (7), was angesichts der hohen psychosozialen Arbeitsbelastung und der hohen Zustimmung zur Wahrnehmung von Generationenkonflikten im Alltag (Details s. **Abschnitt 4.5**) überraschte. Rechtsmedizinisch tätige Ärzte dürften sich aufgrund der hohen Spezialisierung des Fachs und der verhältnismäßig geringen Anzahl an Ärzten, die diesen Beruf ausüben (wollen), besonders stark mit ihrem Rollenbild identifizieren, weshalb ihre berufliche Zufriedenheit auch durch eine hohe Arbeitsbelastung kaum geschmälert werden kann. Fachärzte und Ärzte mit Leitungsfunktion waren tendenziell etwas zufriedener als WBA bzw. Ärzte ohne Leitungsfunktion (7), was sich durch deren höhere berufliche Position erklären lässt (111), da sich eine hohe Arbeitsautonomie, ein geringerer Leistungsdruck und bessere Einkommensmöglichkeiten positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken (3).

Die Wahrnehmung von Generationenkonflikten im Arbeitsalltag hatte keinen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit der Rechtsmediziner und es konnte kein Generationenunterschied hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Routinetätigkeit festgestellt werden. Die Annahme, dass die Generation Babyboomer eine höhere Berufszufriedenheit im Vergleich zur Generation X aufweist (87), konnte für das rechtsmedizinische Ärztekollektiv somit nicht bestätigt werden. Um die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in Bezug auf die Zugehörigkeit zu einer „Generation“ von Ärzten besser zu verstehen, bedürfte es jedoch weiterführender Untersuchungen.

### 4.3 Belastungsfaktor: Weiterbildung

Die Umfrage zeigte, dass fast die Hälfte der WBA unzufrieden mit den Bedingungen ihrer Weiterbildung war (7) und 57 % der WBA schätzten die Weiterbildung als mangelnd bzw. mangelhaft ein (vgl. **Tabelle 1**). Als konkreter Kritikpunkt von WBA (Generationen X und Y) wurde in den Kommentarfeldern in erster Linie ein genereller Mangel an Weiterbildungsbemühungen genannt; viele der befragten WBA forderten daher mehr aktive Wissensvermittlung durch erfahrene Fachärzte. Wie für die jüngere Generation Y bereits bekannt ist (93), ist auch den rechtsmedizinischen WBA vor allem eine strukturierte Weiterbildung wichtig (7), was den meisten Fachärzten aber grundsätzlich bereits bekannt sein dürfte (vgl. **Tabelle 4**). Weiterhin sahen WBA Verbesserungs- bzw. Veränderungsbedarf vor allem in Bezug auf die Organisation der Rotation in die Fremdfächer Psychiatrie und Pathologie, die Weiterbildungsordnung und Art und Ausmaß von Feedback und Förderungsmaßnahmen (7).

Für WBA jeglichen Weiterbildungsfortschritts war die Zufriedenheit mit den Weiterbildungsbedingungen negativ mit der psychosozialen Arbeitsbelastung assoziiert (7). Für WBA ist die Unzufriedenheit mit den Weiterbildungsbedingungen somit ein nicht zu vernachlässigender Faktor, der zur Erhöhung der empfundenen psychosozialen Arbeitsbelastung beiträgt. Konfliktpotenzial haben widersprüchliche Anforderungen der weiterbildenden Fachärzte und der Weiterzubildenden: Seitens der Fachärzte (Generation X) wurde eine mangelnde Eigenständigkeit der WBA kritisiert, ihnen ein passiv konsumierendes Verhalten vorgeworfen und eine aktive(re) Einforderung von Weiterbildung eingefordert; demgegenüber wünschten sich WBA (Generationen X und Y), dass nicht nur mehr und bessere Weiterbildung erfolgt, sondern dass diese aktiv(er) an sie herangetragen wird. Diese „konsumorientierte“ Einstellung zur Arbeit ist ein oft diskutiertes Charakteristikum der Generation Y (32, 110). An universitär angesiedelten rechtsmedizinischen Instituten ist die Weiterbildung von Assistenzärzten neben Wissenschaft, Routineaufgaben und studentischer Lehre aber ein essenzieller Bestandteil

der Aufgabengebiete von (erfahrenen) Fachärzten und eine Vernachlässigung dieser Aufgabe stünde dem Interesse des Fachs und der Institute grundlegend entgegen. Für die Weiterentwicklung des Fachs sind hochqualifizierte Nachwuchskräfte unabdingbar. Die Weitergabe von Erkenntnissen und Erfahrungen der älteren Kollegen und ein regelmäßiger interkollegialer, möglichst auch interdisziplinärer Austausch im Rahmen von Fallbesprechungen würde maßgeblich zum Wissenszuwachs des Nachwuchses und zur Qualität deren Arbeitsleistung beitragen.

Der wissenschaftlich tätige Nachwuchs hat ein großes Bedürfnis nach Planungssicherheit in Bezug auf seine Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten (7, 112). Zur Vermeidung von Unklarheiten und Unsicherheiten während der Weiterbildungsphase, z.B. in Bezug auf das Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) und die Promotion, aber auch die Organisation der Rotationen in die Fremdfächer Pathologie und Psychiatrie, sind regelmäßige Weiterbildungsgespräche zur gemeinsamen Planung der Weiterbildungszeit sowie der wissenschaftlichen und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten hilfreich (7, 32).

#### **4.4 Belastungsfaktor: Forschung und Karriereambitionen**

Karriere- und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind in der Rechtsmedizin aufgrund der überwiegenden Anzahl universitär angesiedelter Institute eng mit den Möglichkeiten und Erfolgen der ärztlichen Forschungstätigkeit verknüpft. Die Umfrage konnte zeigen, dass die Zufriedenheit mit der eigenen wissenschaftlichen Tätigkeit der teilnehmenden Ärzte insgesamt eher gering ist (7). Von Seiten der befragten Fachärzte wurde ein mangelndes Forschungsinteresse und ein fehlendes Engagement bei der wissenschaftlichen Tätigkeit der WBA kritisiert, wobei der Anteil der aktiv forschenden WBA (43,3 %) und die Forschungsmotivation des rechtsmedizinischen Nachwuchses ihren eigenen Angaben zufolge offenbar recht hoch ist (7). Allerdings scheint die Forschungsmotivation nicht zwangsläufig mit dem Wunsch nach einer akademischen Karriere in Zusammenhang zu stehen, da nur 9 % der WBA das Karriereziel einer Institutsleitungsposition angaben, wohingegen mehr als zwei Drittel als höchstes berufliches Karriereziel eine Oberarzt- oder einfache Facharztstelle ohne Leitungsfunktion ins Auge fassten (7); die genauen Gründe für ein geringes Interesse an Leitungspositionen sind unklar, allerdings gaben die WBA diverse Unsicherheitsfaktoren auf ihrem Karriereweg an, wie Entfristungsmöglichkeiten und das WissZeitVG (7). Sicherlich besteht auch Aufklärungsbedarf über die Aufgaben und Verantwortlichkeiten einer Leitungsposition, z.B. über gezielte Förderungen von WBA im Rahmen von *Leadership*- oder *Mentoring*programmen (7).

Wie bereits im Kontext der Weiterbildung diskutiert, wünschten sich WBA auch bei der Forschung mehr Struktur und Anleitung; von ihren Vorgesetzten fühlten sie sich teilweise mangelhaft unterstützt (7). Hilfreich wären gemeinsame Zielvereinbarungen zwischen Ärzten und ihren Vorgesetzten, bspw. im Rahmen der Mitarbeitergespräche, und konkrete Forschungspläne, in denen die zu erreichenden Meilensteine, aber auch weitere Fragen (z.B. Unterstützung, Freistellungen, Finanzierung) klar abgesteckt werden. Die gegenseitigen Erwartungen sollten von beiden Seiten klar kommuniziert werden (7). Die DGRM hat das Bedürfnis junger Wissenschaftler nach mehr Struktur und Anleitung in der Forschung bereits erkannt und zur Förderung der wissenschaftlichen Kompetenz die „Akademie für wissenschaftliches Arbeiten und akademische Karriere“ ins Leben gerufen (113).

Von Fachärzten wurde eine größere Bereitschaft der WBA für Forschungstätigkeiten in der Freizeit gefordert. Die jüngere Ärztegeneration hinterfragt jedoch zunehmend die Notwendigkeit von (unbezahlten) Überstunden (77, 81), so auch im Kontext der Forschung – ihrer Ansicht nach sollte die wissenschaftliche Tätigkeit als integraler Bestandteil der universitären Arbeitsaufgaben auch in der Arbeitszeit zu absolvieren sein (7). Praktisch umsetzbar dürfte dies nur durch eine flexible Dienstplanung mit der Möglichkeit zur Schaffung von routine-/ diensleistungsfreien Zeiträumen sein, die explizit den Forschungsvorhaben gewidmet werden können (7). Gezielte Förderprogramme, wie der *Clinician Scientist* für klinisch tätige Ärzte, die bereits von vielen Fakultäten zur Unterstützung wissenschaftlicher Weiterentwicklung begabter Ärzte zur Verfügung stehen, werden in der Rechtsmedizin bislang kaum genutzt; hier besteht sicher Optimierungsbedarf.

Doch nicht nur für WBA bestehen Unsicherheiten in Bezug auf die eigene Karriere und die Forschung; obwohl der Großteil (86,8 %) der Fachärzte mit ihrer bisherigen Karriere (teilweise) zufrieden war, strebten noch 30,7 % aller Fachärzte (ausgenommen Institutsleiter) weitere Karriereziele an – zwei Drittel davon eine Form der Leitungsfunktion (Institutsleiter, stellvertretender Leiter oder Abteilungsleiter) (7). Genannte Hindernisgründe für das bisherige Nichterreichen angestrebter Karriereziele beinhalteten in erster Linie die Faktoren Zeitmangel, hinderliche oder fehlende Strukturen, persönliche Gründe oder Gründe auf Seiten der Vorgesetzten/ des Kollegiums (7). Um die Lehrstühle für Rechtsmedizin auch in Zukunft mit geeigneten Kandidaten besetzen zu können, müssen daher auch (junge) Fachärzte bei ihrer wissenschaftlichen Karriere gefördert werden.

## 4.5 Belastungsfaktor: Generationenwandel

Eines der Ziele dieser Arbeit war es, das mögliche Vorhandensein von Konflikten durch den ärztlichen Generationenwandel bei der Zusammenarbeit in rechtsmedizinischen Ärzteteams zu untersuchen. Bei den Ärztinnen und Ärzten in rechtsmedizinischen Instituten im deutschsprachigen Raum ist eine Generationenvielfalt vorhanden. Bei den Umfrageteilnehmern zeigte sich eine relativ klare hierarchische Trennlinie zwischen den Generationen: Babyboomer und die Generation X hatten (noch) einen Großteil der Leitungspositionen (94 %) und fast zwei Drittel der Oberarzt- und Facharztstellen (63 %) inne, während der weit überwiegende Anteil der Assistentenschaft der jungen Generation Y angehörte (94 %). Auffällig war auch eine mit den jüngeren Generationen stark zunehmende Feminisierung des Kollektivs, insbesondere im Vergleich zwischen der ältesten und der jüngsten Generation: Verglichen mit nur 19 % Frauen bei den Babyboomern, war der Frauenanteil bei der Generation Y signifikant höher (79 %;  $p < 0.001$ ).

Ein Großteil der befragten angehenden und fertigen Rechtsmediziner gab unabhängig von Weiterbildungsstatus und Geburtskohorte an, bei der Zusammenarbeit mit älteren bzw. jüngeren ärztlichen Kollegen Konfliktsituationen wahrzunehmen oder bereits selbst erlebt zu haben (73 %). In rechtsmedizinischen Instituten dürfte also durchaus ein spürbares Problem bei der Zusammenarbeit zwischen jüngeren und älteren Ärzten bestehen, wie im Rahmen des Workshops „Zusammenarbeit und Generationenvielfalt“ (Februar 2020) der DGRM bereits vermutet (95).

Um der Ursache interkollegialer Konflikte auf den Grund gehen zu können, muss man versuchen zu verstehen, was die zusammenarbeitenden Generationen aneinander stört und mit welchen unterschiedlichen Anforderungen und Wünschen sie einander begegnen.

WBA der Generation Y nahmen ein Konfliktpotential vor allem in Bezug auf unterschiedliche Werte, Prioritäten oder Ansichten der Generationen, die *Work-Life*-Problematik und die Arbeitsbelastung bzw. Aufgabenverteilung und persönliche/ zwischenmenschliche Probleme wahr. An erfahreneren Fachärzten störte sie vor allem eine mangelnde Wissensvermittlung zu Weiterbildungszwecken, eine ungerechte Verteilung der Arbeitslast zu Ungunsten der WBA und unterschiedliche fachliche Meinungen bzw. eine mangelnde Fachkompetenz. In den Kommentaren wurden darüber hinaus eine mangelnde Bereitschaft für Modernisierung/ Veränderung bei Älteren, zu hohe Erwartungen/ Anforderungen an die Jüngeren sowie eine Überheblichkeit oder fehlende Kritikfähigkeit bei Älteren bemängelt.

Für Fachärzte der Generationen Babyboomer und X lagen die meisten Konfliktfelder im persönlichen/ zwischenmenschlichen Bereich sowie in den Bereichen *Work-Life-Balance*, Arbeitsbelastung, Weiterbildung und Forschung. An WBA störte sie vor allem ein übermäßiges Selbstbewusstsein und eine mangelnde Selbstständigkeit. Kritikpunkte aus den Kommentaren bezogen sich auf den Fokus der Jungen auf *Work-Life-Balance* mit Vermeidung von Überstunden und Mehrarbeit, ein mangelndes Interesse an Beruf und/oder Forschung, eine mangelnde Eigeninitiative (u.a. bei der Weiterbildung) sowie eine mangelnde Belastbarkeit und Leistungsbereitschaft.

Aus der vorliegenden Umfrage ergibt sich somit ein ähnliches Stimmungsbild, wie es bereits in anderen Studien zu Generationenunterschieden in ärztlichen Kollektiven erkennbar war (35, 36). Die genannten Kritikpunkte lassen sich in die folgenden Konfliktfelder zusammenfassen:

#### **4.5.1 Konfliktfeld: *Work-Life-Balance***

Die Problematik von *Work-Life-Balance*, Arbeitszeit und (mangelnder) Überstundenbereitschaft wurde von allen befragten Generationen thematisiert. Die unterschiedliche Priorisierung von Arbeits- und Freizeit der WBA störte im Generationenvergleich vor allem die Fachärzte der Generation Babyboomer (42 %), wobei die Generationenunterschiede nicht signifikant waren (s. **Tabelle 3**). Der Trend zu einem Anstieg der Wichtigkeit der *Work-Life-Balance* bei jüngeren Generationen ist ein bekanntes Phänomen, das durch einige Studien aus dem nordamerikanischen Raum bestätigt wurde (77, 79, 114, 115). Der Trend ist auch bei ärztlichen Kollektiven belegt worden (35). Auch in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde war einer der von Chefarzten meistkritisierten Aspekte an den WBA deren Fokus auf die *Work-Life-Balance* (36). Es ist denkbar, dass das Augenmerk der Jungen auf das Thema *Work-Life-Balance* auch deshalb zur Zeit verstärkt kritisiert wird, weil ihm in der Fachliteratur und in den Medien aktuell immer mehr Raum gegeben wird (102).

Allerdings lässt sich von diesen Erkenntnissen nicht automatisch auf einen Generationeneffekt schließen. Bei Querschnittsstudien, wie der vorliegenden, besteht ein möglicher Störfaktor durch einen Alters- bzw. Lebensphaseneffekt, da sich die beruflichen und familiären Anforderungen während des Lebensverlaufs verändern (58). Ärzte der Generation X, die in der Arbeit von Jovic et al. (35) ein größeres Verlangen nach einer *Work-Life-Balance* zeigten und dahingehend von Babyboomern kritisiert wurden, übten in der vorliegenden Arbeit selbst Kritik an der jüngeren Generation Y wegen deren Fokus auf *Work-Life-Balance*. Das ließe sich einerseits dadurch erklären, dass das Verlangen nach einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen Beruf und Privatleben mit den

den Babyboomern nachfolgenden Generationen immer stärker wurde und die Wichtigkeit des Berufs abnahm (76, 77, 79, 80), oder andererseits, dass die Generation X heute ganz andere Lebens- und Berufsbedingungen hat als vor 15 Jahren und sich ihre Prioritäten daher lebensphasenbedingt verändert haben. Ihre Familienplanung ist i.d.R. abgeschlossen, ihre Kinder sind bereits älter, sie sind auf der Karriereleiter aufgestiegen und genießen mehr Jobsicherheit durch unbefristete Stellen oder Führungspositionen. Nun sind die Ärzte der Generation Y in einer Lebensphase, in der Beruf bzw. Karriere und Familiengründung sowie andere größere Entscheidungen im Privatleben zeitlich zusammenfallen. Umgekehrt muss aber auch berücksichtigt werden, dass heute eine stärkere Parallelisierung der Lebensphasen junger und angehender Fachärzte stattfindet. Wurde früher noch in einem deutlich jüngeren Alter geheiratet und die Familiengründung der beruflichen Etablierung zeitlich vorangestellt, fallen heutzutage wichtige berufliche, finanzielle und familiäre Entwicklungen für junge Ärzte oft zusammen, vor allem aufgrund einer späteren Familiengründung erst nach Erreichen einer gewissen Jobsicherheit (z.B. Facharztanerkennung) (32). Der ärztliche Nachwuchs ist dahingehend einer stärkeren Belastung ausgesetzt als die Vorgängergenerationen (32).

Ein weiterer Treiber der *Work-Life*-Problematik dürfte die zunehmende Feminisierung in der Medizin sein. Jovic et al. (35) merkten an, dass das größere Verlangen einer *Work-Life-Balance* mit einer höheren Anzahl an Studienabsolventinnen zusammenhängen könnte, die wegen größerer familiärer Verantwortungen Anspruch auf mehr Flexibilität und eine zu bewältigende Arbeitslast haben (35). Der Anteil der Medizinstudentinnen und Ärztinnen ist seit der Studie von Jovic et al. (35) noch weiter angestiegen; ein zunehmender Frauenanteil des Ärztenachwuchses ist seit vielen Jahren bekannt (1, 116-119). Während der Anteil berufstätiger Ärztinnen in Deutschland im Jahr 2000 noch ca. 37 % betrug, ist er im Jahr 2020 auf ca. 48 % angestiegen (in absoluten Zahlen, 2000 - 2020: Ärztinnen +80 %, Ärzte +14 %) (28). Im Fach Rechtsmedizin ist sogar ein noch stärkerer Anstieg der Frauenquote zu verzeichnen: 2020 war der Frauenanteil an der Gesamtzahl der Fachärzte für Rechtsmedizin in Deutschland mehr als doppelt so hoch als noch vor 15 Jahren (45 % bzw. 22 % (28); Anm.: gesonderte Zahlen für das Fach Rechtsmedizin werden erst ab 2005 ausgewiesen, Anzahl der WBA wird nicht erhoben) und in den Jahren 2018 - 2020 waren knapp 7 von 10 der neu anerkannten Fachärzte für Rechtsmedizin weiblich, verglichen mit nur knapp 3 von 10 in den Jahren 1998 - 2000 (28). Auch der aktuelle Frauenanteil bei rechtsmedizinischen Institutsleitern ist mit fast 22 % (27) vergleichsweise hoch – der durchschnittliche Anteil leitender Ärztinnen an Universitätsklinika liegt bspw. in Deutschland aktuell bei etwa 10 % (120).

In der vorliegenden Umfrage war der Frauenanteil bei Teilnehmern der Generation Y (79 %) um ein Vielfaches höher als bei den Generationen Babyboomer und X (19 % bzw. 46 %;  $p < 0.001$ ), wengleich davon auszugehen ist, dass nicht alle weiblichen WBA auch eine Facharztanerkennung erlangen werden bzw. wollen. Kopetsch (47) zeigte in seiner Auswertung der Ärztestatistik, dass die Frauenquote, die zwischen Studienanfang und Staatsexamen mit über 50 % gleichbleibend hoch war, bis zur Facharztanerkennung um ca. zehn Prozentpunkte sank. Dies wurde vom Autor darauf zurückgeführt, dass Ärztinnen mit strukturellen oder gesellschaftlichen Hürden konfrontiert werden, die sie zur Aufgabe des ärztlichen Berufs zwingen (47).

Im vorliegenden Kollektiv nahmen Frauen tendenziell eher alternative Arbeitszeitmodelle in Anspruch als ihre männlichen Kollegen (7). Obwohl immer mehr Männer die klassische Rollenverteilung hinterfragen, mehr Zeit mit ihren Kindern bzw. ihrer Familie verbringen wollen (32) und sich ein Wandel hin zu mehr väterlicher Elternzeit und/oder Teilzeit abzeichnet (121, 122), fallen nach wie vor vor allem Assistenzärztinnen gerade in den ersten Jahren ihrer beruflichen Laufbahn wegen Mutterschutz und Elternzeit aus und/oder müssen ihre Arbeitszeiten zumindest reduzieren, um den familiären Verpflichtungen gerecht zu werden. Zudem konnte gezeigt werden, dass berufstätige männliche Ärzte eher Partner/-innen haben, die in Teilzeit arbeiten oder in Vollzeit den Haushalt managen (123), und dass Ärzte selbst weniger Aufgaben im Haushalt übernehmen (123, 124), somit also weniger gezwungen sind, ihre Arbeit und Arbeitszeit wegen privater Verpflichtungen zu reduzieren. Ärztinnen hingegen haben eher Partner/-innen mit ähnlich anspruchsvollen Berufen (123). Durch Teilzeitverträge und gute Kinderbetreuungsmöglichkeiten ist für sie zwar eine Kombination aus Karriere und Kindern möglich, sie beziehen aber Überlegungen zu familiären Verpflichtungen öfter in ihre Spezialisierungswahl ein als ihre männlichen Kollegen (123) und an sie gestellte Arbeitsanforderungen sind nicht geringer als an die in Vollzeit arbeitenden Männer (125). Für Mitarbeiter/-innen mit Kindern ist eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf nur durch eine zuverlässige und flexible Dienstplanung möglich (32). Die zunehmende Attraktivität des Fachs Rechtsmedizin für Frauen könnte daher in den relativ geregelten Arbeitszeiten mit besserer Planbarkeit des Alltags und der verhältnismäßig unkomplizierten Vereinbarkeit des Aufgabenspektrums mit einer Teilzeitanstellung begründet sein – Faktoren, die von Frauen bekanntermaßen favorisiert werden (126, 127).

Mehr als die Hälfte der befragten Frauen (51 %) hat Aspekte der Kinderplanung ihren Karriereambitionen untergeordnet, verglichen mit nur 21 % der Männer ( $p < 0.001$ ) (7) – hier könnte postuliert werden, dass dieser Unterschied nicht durch eine höhere Bereitschaft der Ärztinnen, sondern eher aus einer Notwendigkeit heraus entsteht, wenn ein Karriereknick vermieden werden soll; für Männer besteht auch bei Karriereambitio-



nen eine geringere Notwendigkeit der Anpassung der Kinderplanung, da eine deutlich kürzere berufliche Pause möglich ist. Es ist bekannt, dass die beruflichen Belastungen für Arztpaare eine größere Auswirkung auf das Privatleben haben als umgekehrt (125). Deutsche Ärzte zeigten laut einer Studie von Fuß et al. (102) signifikant höhere Werte in der Skala „*Work interfering with Family*“ (*WIF*; störende Einwirkung der Arbeit auf das Familienleben) als die deutsche Allgemeinbevölkerung (102, 128) und Ärzte < 35 Jahren zeigten wiederum signifikant höhere *WIF*-Werte als Ärzte über 55 Jahren (102). Eine mögliche Erklärung wäre, wie Fuß et al. (102) postulierten, die höhere (psychische) Belastung und Arbeitslast bei gleichzeitig weniger Kontrolle, Autonomie und Routine am Berufsbeginn und die altersbedingte Koinzidenz des Arbeitseintritts mit der Familienplanung und -gründung (32, 102). Ein Konflikt zwischen Beruf und Familie senkt die Arbeitszufriedenheit (102), erhöht das Stress- und Burnoutisiko sowie die Kündigungsintention (129) und ist auch einer der anzunehmenden Gründe, weshalb Ärzte aus kurativen Fachrichtungen abwandern (130). Die Studienlage zu der Frage, ob Frauen mehr *Work-Family*-Konflikte wahrnehmen als Männer, ist jedoch nicht eindeutig (102). Als positive Prädiktoren für einen *WIF*-Konflikt haben sich neben dem ärztlichen Alter (s.o.) die quantitative Arbeitslast (102), unvorhergesehene/ kurzfristige Dienstplanänderungen (131), das Arbeiten trotz eigener Krankheit (102) und eine exzessive Identifizierung mit dem Beruf (132) herausgestellt. Protektiv wirkte sich demgegenüber ein Gefühl der Gemeinschaft bzw. Zusammengehörigkeit aus (102).

Hinsichtlich der sich hier anschließenden Frage, ob Generationenunterschiede in Bezug auf die Priorisierung von Beruf oder Privatleben existieren, waren die Ergebnisse nicht eindeutig. Entgegen der Erwartung, dass sich für junge Ärzte eher der Beruf/ die Karriere von ihrer Wichtigkeit hinter private Entscheidungen oder Verpflichtungen reiht als für ältere, konnten anhand der vorliegenden Umfrageergebnisse keine Generationenunterschiede hinsichtlich der Priorität von privaten über berufliche Entscheidungen festgestellt werden. Für einen deutlich größeren Teil der befragten Ärzte hatten oder haben hingegen berufliche Entscheidungen Einfluss auf private Faktoren (Kinder, Beziehung, Umzug usw.) als umgekehrt (40,9 % bzw. 18,2 %) (7), ohne dass sich hier Generationenunterschiede feststellen ließen. Es konnte allerdings festgestellt werden, dass die Generation Y zugunsten des Berufs eher ihre Kinderplanung anpasst bzw. angepasst hat (weniger/keine Kinder oder Kinder zu einem späteren Zeitpunkt, Anm.) als die Generationen Babyboomer und X. Dies dürfte jedoch (auch) dem weitaus höheren Männeranteil dieser Generationen (insbesondere bei Babyboomern) geschuldet sein, deren Kinderplanung aus den oben genannten Gründen weniger Auswirkungen auf die Karriere hat/hatte.

#### 4.5.2 Konfliktfeld: Berufliches Engagement

Der Fokus auf *Work-Life-Balance* und die von den befragten älteren Ärzten wahrgenommene eingeschränkte Bereitschaft für Überstunden der jüngeren Generationen hat einen weiteren Konfliktpunkt zur Folge: Jüngere wurden von Älteren als wenig(er) engagiert, leistungsbereit und motiviert eingeschätzt. Nur wenige Fachärzte gaben in der Umfrage an, dass die sich in der Weiterbildung befindlichen Jungärzte ein Interesse daran hätten, Karriere zu machen (s. **Tabelle 4**). Zudem wünschten sich Fachärzte ein stärkeres Interesse der WBA am Beruf sowie eine stärkere Identifizierung mit dem Berufsbild des Rechtsmediziners und dem Institut. Auch in anderen Fachrichtungen waren die von den älteren Generationen unter anderem geforderten Eigenschaften der WBA Einsatzbereitschaft, Eigenverantwortung und Interesse am Fach (36), während die Arbeitseinstellung und fehlende Motivation des Nachwuchses bemängelt wurden (36). Das Verlangen nach einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben wird von den Älteren also teilweise als Reduktion der Wichtigkeit oder Priorität des Berufs im Allgemeinen, des Engagements, der Loyalität dem Arbeitgeber (hier: den Instituten für Rechtsmedizin und den Institutsleitern) gegenüber und der Identifikation mit dem Rollenbild des Rechtsmediziners verstanden. Jüngere Generationen sehen sich also zum Teil mit dem Vorwurf konfrontiert, nicht hart genug zu arbeiten und ihren Beruf bzw. ihre Karriere nicht ernst genug zu nehmen. Umso überraschender ist es, dass in unserem Kollektiv auch die Fachärzte der jüngeren Generationen X und Y den WBA mangelnde Loyalität und eine mangelnde Identifizierung mit dem Beruf und Arbeitgeber (dem Institut) vorwarfen.

Eine mögliche Erklärung für die Wahrnehmung eines mangelnden Engagements wäre, dass in Vollzeit Arbeitende, die sich mit dem Beruf in hohem Maße identifizieren und bereit sind, familiäre oder private Zeit für den Beruf zu opfern, als engagierter und ihrem Beruf, ihrer Karriere stärker verpflichtet wahrgenommen werden als jene, die ihrem Privatleben (auch) Priorität einräumen (133). Außerdem war bzw. ist für ältere Generationen an Ärzten, besonders die Generation Babyboomer, der Beruf als Arzt und die Karriere das Hauptmerkmal ihrer Identität (35). Jüngere Generationen, beginnend mit der Generation X, aber in zunehmendem Ausmaß scheint dies auch auf die Generation Y zuzutreffen, nehmen ihre Karriere zwar ernst, aber sehen sie nicht als ihr einziges identifizierendes Merkmal an; der Beruf als Arzt ist (nur) *ein* Aspekt ihres Lebens, neben vielen anderen (35), und wird nie die größte Priorität in ihrem Leben haben (79). Manche Fachärzte scheinen hingegen (noch) der Annahme zu sein, dass man den Beruf des Rechtsmediziners nur ergreifen sollte, wenn man bereit ist, den Beruf uneingeschränkt vor andere Verpflichtungen und Bedürfnisse zu stellen, was von den jüngeren Generationen – auch aus den oben genannten Gründen des *Work-Family*-Konflikts

– so nicht mehr mitgetragen wird. Es ist jedoch zu erwarten, dass diese Sicht auf berufliches Engagement sich nach und nach auch in den Leitungspositionen auflösen wird.

#### **4.5.3 Konfliktfeld: Persönliches und zwischenmenschliche Konflikte**

Zwischenmenschliche Konflikte zwischen den jüngeren und älteren Generationen kreisten um zwei Themenkomplexe: Kollegialität, Teamfähigkeit und Respekt auf der einen Seite, Selbstüberschätzung, mangelnde Kritikfähigkeit und fehlende Eigenständigkeit auf der anderen Seite.

Interessanterweise waren es überwiegend Fachärzte, die einen Mangel an Kollegialität und Teamfähigkeit bei der Gruppe der WBA kritisierten. Aus Sicht der jüngeren Ärzte besteht hier scheinbar weniger Veränderungsbedarf, obwohl sie zum Teil auch nach einer (zumindest fachlich) engeren kollegialen Zusammenarbeit verlangten. Auch in der Studie von Schmidt et al. (36) wurde seitens der Chefärzte mehr Teamgeist bzw. Kollegialität von WBA gefordert (36). Ein weiterer in den Kommentarfeldern immer wieder genannter Kritikpunkt der älteren Fachärzte war ein mangelnder Respekt vor Autorität und immerhin ein Viertel aller befragten Fachärzte stimmte diesem Punkt zu (keine Generationenunterschiede) – dies könnte dadurch zu erklären sein, dass Angehörige der Generation Y Autorität im Gegensatz zu Babyboomern eher hinterfragen (79) und nicht einfach nach dem Senioritätsprinzip akzeptieren (34), was für ältere Generationen in Leitungspositionen möglicherweise nicht nachvollziehbar ist. Insbesondere Babyboomer sind für ihre Loyalität gegenüber ihrem Arbeitgeber (34, 40, 85) und ihren Respekt vor Autorität (79) bekannt; sie erwarten sich nun, dass ihnen aufgrund ihrer höheren hierarchischen Stellung dasselbe Maß an Respekt zuteilwird.

WBA würden gemäß der Hälfte der befragten Fachärzte ein überhöhtes Selbstbewusstsein an den Tag legen und die eigenen Fähigkeiten und/oder ihr Fachwissen überschätzen. Die Umfrageergebnisse stehen im Einklang mit der gängigen Meinung, dass Angehörige der Generation Y als besonders selbstbewusst gelten (34). Der Generation Y wurde in ihrer Erziehung mitgegeben, dass sie alles tun kann, was sie möchte; sie wurde gefördert, genoss eine gute Ausbildung – daraus hat sich ein hohes Selbstbewusstsein und ein Hang zur Meinungsäußerung entwickelt, wodurch sie sich von den vorherigen Generationen unterscheidet (134, 135). Umgekehrt warfen WBA (Generation Y) den Fachärzten eine mangelnde Kritikfähigkeit und ein überhebliches Verhalten vor, was die gemeinsame fachliche Diskussion erschwere. Beinahe die Hälfte aller WBA (45 %) störten bei der Zusammenarbeit fachliche Meinungsverschiedenheiten und eine (subjektiv empfundene) mangelnde Fachkompetenz der Älteren.

Ein weiterer von Fachärzten der älteren Generationen häufig genannter Kritikpunkt an den Nachwuchs-Rechtsmedizinerinnen war eine mangelnde Selbstständigkeit; 41 % aller Fachärztinnen, insbesondere der Generation Babyboomer (Unterschiede n.s.), stimmten dieser Kritik zu. Ein höheres Maß an Eigenständigkeit war in den Kommentarfeldern die von älteren Fachärztinnen meistgenannte Anforderung an die Jüngeren. Es wird angenommen, dass die junge Generation Y (zu) stark behütet aufgewachsen ist, in ihrer Kindheit für jegliche Leistung übertrieben gelobt und vor Misserfolgen bewahrt wurde (41), weshalb sie im Berufsleben als unselbstständig gilt, nach regelmäßigem Feedback verlangt (41) und eine starke Führung sowie viel Anleitung und Betreuung benötigt (135).

## 4.6 Schlussfolgerung

In **Teil I** der Arbeit (vgl. **Abschnitt 2**) konnte erstmals bei der Mehrheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte eine berufliche Gratifikationskrise nachgewiesen werden (7). Das Fach Rechtsmedizin geht mit besonderen Belastungsfaktoren einher, die es grundlegend von anderen medizinischen Fachrichtungen unterscheidet. In diesem Fach tätige Ärzte scheinen sich stark mit dem Rollenbild des Rechtsmediziners zu identifizieren und über eine hohe intrinsische Motivation zu verfügen, da trotz einer hohen psychosozialen Arbeitsbelastung die Arbeitszufriedenheit insgesamt sehr hoch war (7).

Unzufriedenheit zeigte sich jedoch in Bezug auf die ärztliche Forschungstätigkeit, wenngleich eine diesbezügliche Motivation offenbar vorhanden war (7). Die jüngere Generation wünschte sich und benötigt dahingehend mehr Struktur sowie klare Vorgaben und Rahmenbedingungen. Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten sollten mit Vorgesetzten regelmäßig besprochen und von diesen gezielt gefördert werden.

Eine vorhandene Unzufriedenheit der rechtsmedizinischen WBA mit den Weiterbildungsbedingungen (7) muss ebenfalls ernst genommen werden. Eine schlechte Weiterbildung kann dazu führen, dass WBA das Fach vor Erreichen ihrer Fachärztinnenanerkennung wieder verlassen und wird insgesamt die Qualität der fachlichen Leistungen – und das allgemeine Ansehen des Fachs Rechtsmedizin – in der Zukunft reduzieren. Regelmäßige Weiterbildungsgespräche, die ein wertschätzendes, konstruktives Feedback über die Leistungen der WBA, Pläne über die Organisation der weiteren Weiterbildungsphase und ggf. konkrete Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb des Instituts beinhalten, würden sicherlich zur Qualität der Weiterbildung und einer höheren Zufriedenheit der WBA beitragen. Um junge Ärzte im Fach Rechtsmedizin zu halten und die Zukunft des Fachs auf lange Sicht zu sichern, könnten auch gezielte fachliche und

wissenschaftliche Fördermaßnahmen und *Mentoring*programme erfolgsversprechend sein (7). Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen sollten auch mit Fachärzten die Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten, z.B. im Rahmen von gemeinsamen Zielvereinbarungen, besprochen und bei entsprechendem Interesse an einer akademischen Karriere durch Entlastungen in der Routine ermöglicht werden (7).

**Teil II** der Arbeit (vgl. **Abschnitt 3**) zeigte, dass der Generationenwandel für einen Großteil der Befragten negative Auswirkungen auf den Arbeitsalltag und die Arbeitsbelastung hat und auch zu Konflikten und Frustration führen kann. Während Fachärzte der älteren Generationen Babyboomer und X ein stärkeres berufliches Engagement, ein größeres Interesse an Forschung, eine aktive Einforderung von Weiterbildung und mehr Kollegialität von den WBA forderten, wünschten sich jüngere WBA mehr aktive Weiterbildung und eine bessere Einarbeitung, eine engere Zusammenarbeit mit den Fachärzten, eine gerechtere Aufgabenverteilung, mehr Feedback allgemein und mehr Unterstützung bei Forschungstätigkeiten. Zwar spiegeln diese Anforderungen die viel diskutierten Generationencharakteristika teilweise wider, aber nicht alle genannten Kritikpunkte können auf die Generationenvielfalt in den Instituten zurückgeführt werden. Auch strukturelle Probleme, z.B. die Organisation des Arbeitsalltags und die Verteilung von Arbeitsaufgaben, führen zu Unmut bei den Mitarbeitern. Eine als gerecht empfundene Aufgabenverteilung zwischen allen Ärzten eines Instituts, unabhängig von ihrem Karrierestatus, sowie eine erfahrungsangepasste Anleitung und Unterstützung von Nachwuchs-Rechtsmedizinerinnen würde zur Reduktion der Arbeitsbelastung und zur Zufriedenheit der Mitarbeiter beitragen.

Die stereotypen Charakterisierungen der Generationen finden sich zum Teil auch im vorliegenden Studienkollektiv rechtsmedizinischer Ärzte wieder, Unterschiede zeigten sich aber eher zwischen den Ansichten und Anforderungen von Fach- und Assistenzärzten unabhängig von deren Geburtskohorte. Es ist ein maßgeblicher Effekt der unterschiedlichen Karrierestadien auf die Ergebnisse anzunehmen, sodass ein eindeutiger Generationenunterschied nicht festgestellt werden konnte. Kommt es zu Konflikten, dann offenbar zum Teil eher mit einzelnen Kollegen als mit allen Vertretern einer bestimmten Generation. Dennoch spiegeln die Antworten der Teilnehmer den realen Arbeitsalltag in rechtsmedizinischen Instituten wider und geben einen Überblick über die aktuell vorherrschenden Konfliktfelder, die vor allem einen grundlegenden Mangel an Kommunikation anzeigen – Kommunikation über die gegenseitigen Erwartungen, die im Kern, unabhängig von Alter oder Weiterbildungsstatus, sehr ähnlich sind. Es besteht somit Verbesserungspotential bei der Zusammenarbeit von „Jung“ und „Alt“ in Instituten für Rechtsmedizin. Eine generell engere, konstruktive Zusammenarbeit zwischen erfahreneren und Nachwuchs-Rechtsmedizinerinnen könnte die teilweise offenbar

vorhandene Problematik der mangelnden Kollegialität reduzieren und hätte gleichzeitig einen positiven Effekt auf die Qualität der Weiterbildung. Sowohl junge als auch erfahrene Ärzte müssen ihre jeweiligen Bedürfnisse offen kommunizieren (dürfen). Ein gegenseitiges Verständnis für die – möglicherweise generations- oder altersbedingt – unterschiedlichen Anforderungen und Wünsche, ebenso wie eine Offenheit für Veränderungs- und Optimierungsvorschläge aller Mitarbeiter ist für eine erfolgreiche und zufriedenstellende Zusammenarbeit unabdingbar.

## 4.7 Limitationen

Es liegt zum einen eine Limitation durch das verwendete Fragebogendesign vor, da die in der vorliegenden Arbeit ausgewerteten Fragen zum Teil eigens für diese Studie erstellt und bisher nicht validiert wurden (Ausnahme: ERI-Modell). Eine Validierung wäre aufgrund des besonderen, zahlenmäßig stark limitierten Studienkollektivs (s.u.) jedoch nicht realisierbar gewesen.

Eine weitere Limitation ist in diesem Zusammenhang auch die eher geringe Probandenanzahl, die darauf zurückzuführen ist, dass die Grundpopulation von Rechtsmedizinern im Einzugsgebiet der Umfrage (DACHL-Länder) sehr klein ist (ca. 550 Ärzte gesamt, davon ca. 450 an rechtsmedizinischen Instituten). Dabei war die Rücklaufquote mit 41,5 % (181 von 436 versandten Fragebögen (7)) insgesamt zufriedenstellend und das Studienkollektiv dürfte einen repräsentativen Überblick über aktuell berufstätige Rechtsmediziner im deutschsprachigen Raum erlauben. Insbesondere die Generation Babyboomer war im Vergleich zu den Generationen X und Y im Studienkollektiv der Umfrage allerdings nur in relativ geringer Anzahl vertreten, da diese Generation bereits zum Teil in Rente gegangen ist.

Eine Stichprobenverzerrung muss in Betracht gezogen werden, da sowohl unzufriedenere Ärzte als auch jene mit einer besonders hohen Identifikation mit dem Beruf motivierter gewesen sein könnten, die Umfrage auszufüllen (7).

Da die Teilnehmer nicht spezifisch nach der Zusammenarbeit mit einzelnen benannten Generationen, sondern Fachärzte nach ihren Ansichten über und Anforderungen an WBA und umgekehrt befragt wurden, lässt sich eine gewisse Verzerrung der Ergebnisse nicht ausschließen, wenngleich die Antworten getrennt nach Geburtskohorte/Generation ausgewertet wurden. Eine weitere Limitation der vorliegenden Arbeit in Bezug auf die Untersuchung eines Generationenunterschieds ist das Studiendesign als Querschnittsstudie; hierdurch lassen sich die zum Teil festgestellten Unterschiede der „Generationen“ nicht von einem Alters- bzw. Lebensphaseneffekt unterscheiden. Unterschiede im Antwortverhalten der älteren Generationen können auch aus deren

höherem beruflichen Status resultieren (34). Es ist davon auszugehen, dass die festgestellten Unterschiede aus einer Kombination der Einflüsse Alter bzw. Karriereniveau, Geschlecht und Generation resultieren. Nichtsdestotrotz schmälert dies nicht die Erkenntnisse, die aus den geäußerten Kritikpunkten und Wünschen der Befragten gewonnen werden konnten und die zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit und einer Weiterentwicklung des Fachs beitragen können.

## 5 Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Siegrist J. Die ärztliche Rolle im Wandel. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012; 55(9): 1100-5.
2. Nowossadeck E. Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt. 2012; 3(2): 1-8.
3. Gothe H, Köster A-D, Storz P, Nolting H-D, Häussler B. Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten: Eine Übersicht der internationalen Literatur. Deutsches Ärzteblatt. 2007; 104(20): A1394-9.
4. Bahmer T, Walscher J, Fisser C, Kreuter M, Karg O, Boing S, et al. Arbeitsbedingungen, Weiterbildungsqualität und -zufriedenheit in der Pneumologie – Status quo, Herausforderungen und Perspektiven. Pneumologie. 2019; 73(10): 578-81.
5. Depeweg D, Achatz G, Liebig K, Lorenz O. Der junge Arzt zwischen Beruf und Familie - Status quo und Lösungsansätze im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie. Unfallchirurg. 2013; 116(1): 15-20.
6. Schmidt CE, Möller J, Schmidt K, Gerbershagen MU, Wappler F, Limmroth V, et al. Generation Y - Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Anaesthesist. 2011; 60(6): 517-24.
7. Heger A, Ritz-Timme S. Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte. Rechtsmedizin. 2021; 31(6): 479-93.
8. Angerer P, Petru R, Nowak D, Weigl M. Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. Dtsch Med Wochenschr. 2008; 133(01/02): 26-9.
9. Siegrist J. Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen: Aktuelle Forschungsevidenz. Nervenarzt. 2013; 84(1): 33-7.
10. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Klaghofer R. Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. Dtsch Med Wochenschr. 2008; 133(47): 2441-7.
11. Kivimäki M, Kawachi I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. Curr Cardiol Rep. 2015; 17(9): 74.
12. Li J, Yang W, Cho SI. Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. Soc Sci Med. 2006; 62(5): 1066-77.
13. Rockenbauch K, Meister U, Schmutzer G, Alfermann D. Lebenszufriedenheit von AbsolventInnen der Medizin. Gesundheitswesen. 2006; 68(03): 176-84.
14. Loerbroks A, Weigl M, Li J, Angerer P. Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany. BMC Public Health. 2016; 16: 342.
15. Angerer P, Weigl M. Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review. Professions and Professionalism. 2015; 5(1): 1-14.
16. von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J. Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields: results of a nationwide survey in Germany. Dtsch Arztebl Int. 2010; 107(14): 248-53.
17. Söderberg M, Härenstam A, Rosengren A, Schiöler L, Olin A-C, Lissner L, et al. Psychosocial work environment, job mobility and gender differences in turnover behaviour: a prospective study among the Swedish general population. BMC public health. 2014; 14(1): 605.



18. Römer F, Ziegler S, Scherer M, van den Bussche H. Die Berufsverlaufszufriedenheit von Assistenzärzten und -ärztinnen nach vierjähriger Weiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2017; 120: 47-53.
19. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done? *Swiss Med Wkly.* 2003; 133(2324): 339-46.
20. Gauthier S, Buddeberg-Fischer B, Bucher M, Thali M, Bartsch C. Pilot study on doctors working in departments of forensic medicine in German-speaking areas. *J Forensic Leg Med.* 2013; 20(8): 1069-74.
21. van der Ploeg E, Dorresteijn SM, Kleber RJ. Critical incidents and chronic stressors at work: their impact on forensic doctors. *J Occup Health Psychol.* 2003; 8(2): 157-66.
22. Iorga M, Soponaru C, Hanganu B, Ioan B-G. The burnout syndrome of forensic pathologists. The influences of personality traits, job satisfaction and environmental factors. *Romanian Journal of Legal Medicine.* 2016; 24(4): 325-32.
23. Gahr B, Graß H, Ritz-Timme S, Banaschak S. Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltversorgung. *Rechtsmedizin.* 2012; 22(5): 379-84.
24. Banaschak S, Gerlach K, Seifert D, Bockholdt B, Graß H. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. *Rechtsmedizin.* 2014; 24(5): 405-11.
25. Madea B. Zukunft der Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin.* 2005; 15(4): 229-34.
26. Murakami M, Matoba K, Terazawa K. Raising future forensic pathologists (first report): results of a preliminary questionnaire survey. *Hokkaido Igaku Zasshi.* 2012; 87(4-5): 153-7.
27. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin. Institute. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin; 2020. Online: <https://www.dgrm.de>. [Zuletzt aufgerufen am: 09.12.2021].
28. Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2020. Bundesärztekammer; 2021. Online: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik\\_2020/2020-Statistik.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf). [Zuletzt aufgerufen am: 18.11.2021].
29. FMH. Berufstätige Ärzteschaft nach Hauptfachgebiet und Geschlecht 2020. 2021. Online: <https://www.fmh.ch/files/pdf25/5.-aerzteschaft-nach-hauptfachgebiet-und-geschlecht.pdf>. [Zuletzt aufgerufen am: 14.12.2021].
30. Österreichische Ärztekammer. Ärztestatistik für Österreich 2020. 2021. Online: [https://www.aerztekammer.at/documents/261766/986618/ÖÄK\\_Ärztestatistik\\_2020.pdf/8d3a4002-2ba2-4e44-6550-6cf190e0fb6b](https://www.aerztekammer.at/documents/261766/986618/ÖÄK_Ärztestatistik_2020.pdf/8d3a4002-2ba2-4e44-6550-6cf190e0fb6b). [Zuletzt aufgerufen am: 14.12.2021].
31. Laboratoire national de santé Luxembourg. Département de médecine légale. Laboratoire national de santé Luxembourg; 2021. Online: <https://lns.lu/departement/medecine-legale/>. [Zuletzt aufgerufen am: 14.12.2021].
32. Hinkelmann J, Volkert T, Hecke J, Singer M. Die junge Ärztegeneration im Krankenhaus: Kompetenzbasierte Karrierepfade im Universitätsklinikum. In: Hasebrook J, Zinn B, Schletz A, Hrsg. Lebensphasen und Kompetenzmanagement. Kompetenzmanagement in Organisationen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2018. S. 93-109.
33. Statista. Durchschnittsalter von Absolventen in der Fächergruppe Humanmedizin und Gesundheitswissenschaft in Deutschland im Jahr 2019. 2021. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/986118/umfrage/alter-von-absolventen-der-humanmedizin-und-der-gesundheitswissenschaft/>. [Zuletzt aufgerufen am: 23.11.2021].
34. Pfeil S. Werteorientierung und Arbeitgeberwahl im Wandel der Generationen. Wiesbaden: Springer Gabler; 2017. 384 S.

35. Jovic E, Wallace JE, Lemaire J. The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 55.
36. Schmidt K, Meyer JE, Liebeneiner J, Schmidt CE, Huttenbrink KB. Fachkräftemangel in Deutschland: Umfrage zu Erwartungen von Chefärzten an junge Mitarbeiter. *HNO.* 2012; 60(2): 102-8.
37. Lakasz A. Führungsaspekte in Universitätskliniken mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen. Essen: ifgs Schriftenreihe der FOM; 2019.
38. Warde C, Allen W, Gelberg L. Physician role conflict and resulting career changes. Gender and generational differences. *J Gen Intern Med.* 1996; 11(12): 729-35.
39. Nakagawa K, Yellowlees P. Inter-generational Effects of Technology: Why Millennial Physicians May Be Less at Risk for Burnout Than Baby Boomers. *Curr Psychiatry Rep.* 2020; 22(9): 45.
40. Bickel J, Brown AJ. Generation X: implications for faculty recruitment and development in academic health centers. *Acad Med.* 2005; 80(3): 205-10.
41. Schlitzkus LL, Schenarts KD, Schenarts PJ. Is your residency program ready for Generation Y? *J Surg Educ.* 2010; 67(2): 108-11.
42. Williams VN, Medina J, Medina A, Clifton S. Bridging the Millennial Generation Expectation Gap: Perspectives and Strategies for Physician and Interprofessional Faculty. *Am J Med Sci.* 2017; 353(2): 109-15.
43. Spielberg P. Generationenkonflikte am Arbeitsplatz: „Das Problem ist nicht unlösbar“. *Dtsch Arztebl.* 2019; 116(23-24): A1194-5.
44. OECD. Life expectancy at birth (indicator). 2021. Online: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>. [Zuletzt aufgerufen am: 25.11.2021].
45. OECD. Fertility rates (indicator). 2021. Online: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>. [Zuletzt aufgerufen am: 25.11.2021].
46. Höhl R, Hommel T. Wintersemester 2020/21: Deutlich mehr Bewerber als freie Medizinstudienplätze. *Ärzte Zeitung: Springer Medizin Verlag GmbH*; 2020. Online: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Hundertmal-mehr-Bewerber-als-freie-Medizinstudienplaetze-412696.html>. [Zuletzt aufgerufen am: 26.11.2021].
47. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010.
48. Statista. Anzahl der Studenten im Fach Allgemeinmedizin in Deutschland im Zeitraum von 1998 bis 2021. 2021. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/6706/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/>. [Zuletzt aufgerufen am: 26.11.2021].
49. Marschall B. Medizinstudium: Die Inflation der Spitzenzeugnisse. Frankfurt: Frankfurter Allgemeine Zeitung; 2011. Online: <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/forschung-und-lehre/medizinstudium-die-inflation-der-spitzenzeugnisse-11336173.html>. [Zuletzt aufgerufen am: 30.11.2021].
50. Dencker JC, Joshi A, Martocchio JJ. Towards a theoretical framework linking generational memories to workplace attitudes and behaviors. *Human Resource Management Review.* 2008; 18(3): 180-7.

51. Mannheim K. Das Problem der Generationen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. 2017; 69(S1): 81-119 [Erstveröffentlichung: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 7, 1928, Heft 2, S. 157–185, Heft 3, S. 309–330].
52. Ryder NB. The Cohort as a Concept in the Study of Social Change. In: Mason WM, Fienberg SE, Hrsg. *Cohort Analysis in Social Research: Beyond the Identification Problem*. New York, NY: Springer New York; 1985. S. 9-44.
53. Gilleard C. Cohorts and generations in the study of social change. *Social Theory & Health*. 2004; 2(1): 106-19.
54. Parry E, Urwin P. Generational Differences in Work Values: A Review of Theory and Evidence. *International Journal of Management Reviews*. 2011; 13(1): 79-96.
55. Foster K. Generation and discourse in working life stories. *Br J Sociol*. 2013; 64(2): 195-215.
56. Meredith GE, Schewe CD, Karlovich J. *Defining markets, defining moments: America's 7 generational cohorts, their shared experiences, and why businesses should care*. New York: Hungry Minds, Inc.; 2002.
57. Inglehart RF. Changing values among western publics from 1970 to 2006. *West european politics*. 2008; 31(1-2): 130-46.
58. Lyons S, Kuron L. Generational differences in the workplace: A review of the evidence and directions for future research. *Journal of Organizational Behavior*. 2014; 35(S1): S139-S57.
59. Pilcher J. Mannheim's sociology of generations: an undervalued legacy. *British Journal of Sociology*. 1994: 481-95.
60. Macky K, Gardner D, Forsyth S. Generational differences at work: introduction and overview. *Journal of Managerial Psychology*. 2008; 23(8): 857-61.
61. Deal JJ. *Retiring the Generation Gap: How Employees Young and Old Can Find Common Ground*. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
62. Jurkiewicz CL. Generation X and the Public Employee. *Public Personnel Management*. 2000; 29(1): 55-74.
63. Kowske BJ, Rasch R, Wiley J. Millennials' (Lack of) Attitude Problem: An Empirical Examination of Generational Effects on Work Attitudes. *Journal of Business and Psychology*. 2010; 25(2): 265-79.
64. Edge K. A review of the empirical generations at work research: implications for school leaders and future research. *School Leadership & Management*. 2013; 34(2): 136-55.
65. Cogin J. Are generational differences in work values fact or fiction? Multi-country evidence and implications. *The International Journal of Human Resource Management*. 2012; 23(11): 2268-94.
66. Twenge JM, Campbell WK. Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and social psychology review*. 2001; 5(4): 321-44.
67. Twenge JM. Birth cohort changes in extraversion: A cross-temporal meta-analysis, 1966–1993. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(5): 735-48.
68. Smits IA, Dolan CV, Vorst HC, Wicherts JM, Timmerman ME. Cohort differences in Big Five personality factors over a period of 25 years. *J Pers Soc Psychol*. 2011; 100(6): 1124-38.

69. Twenge JM, Im C. Changes in the need for social approval, 1958–2001. *Journal of Research in Personality*. 2007; 41(1): 171-89.
70. Twenge JM. The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of personality and social psychology*. 2000; 79(6): 1007.
71. Twenge JM, Macky K, Campbell SM. Generational differences in psychological traits and their impact on the workplace. *Journal of Managerial Psychology*. 2008; 23(8): 862-77.
72. Trzesniewski KH, Donnellan MB. Rethinking "Generation Me": A Study of Cohort Effects From 1976-2006. *Perspect Psychol Sci*. 2010; 5(1): 58-75.
73. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Robins RW. Is Generation Me Really More Narcissistic Than Previous Generations? *Journal of Personality*. 2008; 76(4): 903-18.
74. Chen PJ, Choi Y. Generational differences in work values: a study of hospitality management. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*. 2008; 20(6): 595-615.
75. Miller P, Yu H-C. Organisational values and generational values: a cross cultural study. *Australasian Journal of Business & Social Inquiry*. 2003; 1(3): 138-53.
76. Wey Smola K, Sutton CD. Generational differences: revisiting generational work values for the new millennium. *Journal of Organizational Behavior*. 2002; 23(4): 363-82.
77. Twenge JM, Campbell SM, Hoffman BJ, Lance CE. Generational Differences in Work Values: Leisure and Extrinsic Values Increasing, Social and Intrinsic Values Decreasing. *Journal of Management*. 2010; 36(5): 1117-42.
78. Meriac JP, Woehr DJ, Banister C. Generational Differences in Work Ethic: An Examination of Measurement Equivalence Across Three Cohorts. *Journal of Business and Psychology*. 2010; 25(2): 315-24.
79. Gursoy D, Maier TA, Chi CG. Generational differences: An examination of work values and generational gaps in the hospitality workforce. *International Journal of Hospitality Management*. 2008; 27(3): 448-58.
80. Twenge JM, Campbell WK, Freeman EC. Generational differences in young adults' life goals, concern for others, and civic orientation, 1966–2009. *Journal of personality and social psychology*. 2012; 102(5): 1045.
81. Busch P, Venkitachalam K, Richards D. Generational differences in soft knowledge situations: Status, need for recognition, workplace commitment and idealism. *Knowledge and Process Management*. 2008; 15(1): 45-58.
82. Lyons S, Duxbury L, Higgins C, Hrsg. An empirical assessment of generational differences in work-related values. *Proceedings of the Annual Conference of the Administrative Sciences Association of Canada Human Resources Management*; 2005 27.-31.05.2005; Toronto, Ontario.
83. Alexander CS, Sysko JM. I'm Gen Y, I love feeling entitled, and it shows. *Academy of Educational Leadership Journal*. 2013; 17(4): 127.
84. Ney EA, Fischweicher P. Generational trends in entitlement from a multi-dimensional approach. *Journal of Studies in Social Sciences and Humanities*. 2020; 6(3): 129-42.
85. D'Amato A, Macky K, Herzfeldt R. Learning orientation, organizational commitment and talent retention across generations. *Journal of Managerial Psychology*. 2008; 23(8): 929-53.

86. Davis JB, Pawlowski SD, Houston A. Work commitments of Baby Boomers and Gen-Xers in the IT profession: Generational differences or myth? *Journal of Computer Information Systems*. 2006; 46(3): 43-9.
87. Benson J, Brown M. Generations at work: are there differences and do they matter? *The International Journal of Human Resource Management*. 2011; 22(9): 1843-65.
88. Jorgensen B. Baby Boomers, Generation X and Generation Y? *Foresight*. 2003; 5(4): 41-9.
89. Metzler C, Werner D, Zibrowius M. Arbeitsmarktergebnisse und berufliche Ziele der Generation Y im Vergleich zur Generation X. *IW-Trends-Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*. 2014; 41(3): 3-19.
90. Breitsohl H, Ruhle S. Differences in work-related attitudes between Millennials and Generation X: evidence from Germany. In: Ng ES, Lyons ST, Schweitzer L, Hrsg. *Managing the New Workforce: International Perspectives on the Millennial Generation*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited; 2012. S. 107-29.
91. Wong M, Macky K, Gardiner E, Lang W, Coulon L. Generational differences in personality and motivation. *Journal of Managerial Psychology*. 2008; 23(8): 878-90.
92. Hewlett SA, Sherbin L, Sumberg K. How Gen Y and Boomers will reshape your agenda. *Harvard Business Review*. 2009; 87(7-8): 71-6, 153.
93. Hershatter A, Epstein M. Millennials and the World of Work: An Organization and Management Perspective. *Journal of Business and Psychology*. 2010; 25(2): 211-23.
94. Guillot-Soulez C, Soulez S. On the heterogeneity of Generation Y job preferences. *Employee Relations*. 2014; 36(4): 319-32.
95. Tzimas I, Feix-Berscheid M-C, Feld K, Hagen M, Heger A, Morgenthal S, et al. „Generationenkonflikte“ in Instituten für Rechtsmedizin? Diskussionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin*. 2020; 30(6): 485-91.
96. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*. 2004; 58(8): 1483-99.
97. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. Ausg. Weinheim: Beltz; 2015.
98. Wege N, Li J, Siegrist J. Are there gender differences in associations of effort-reward imbalance at work with self-reported doctor-diagnosed depression? Prospective evidence from the German Socio-Economic Panel. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018; 91(4): 435-43.
99. Bauer J, Groneberg DA. Disstress und Berufszufriedenheit unter Klinikärzten der Inneren Medizin. *Internist (Berl)*. 2014; 55(10): 1242-50.
100. Arnold H, Meyer CP, Salem J, Raspe M, Struck JP, Borgmann H. Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen urologischer Assistenzärzte in Deutschland. *Urologe A*. 2017; 56(10): 1311-9.
101. Jurkat HB, Raskin K, Cramer M. German medical hierarchy: the ladder to quality of life? *Lancet*. 2006; 368(9540): 985-6.
102. Fuß I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*. 2008; 8: 353.

103. Grandey AA, Cropanzano R. The conservation of resources model applied to work–family conflict and strain. *Journal of vocational behavior*. 1999; 54(2): 350-70.
104. Horvath MAH, Massey K. The impact of witnessing other people's trauma: The resilience and coping strategies of members of the Faculty of Forensic and Legal Medicine. *J Forensic Leg Med*. 2018; 55: 99-104.
105. Derycke H, Vlerick P, Burnay N, Declaire C, D'Hoore W, Hasselhorn HM, et al. Impact of the effort–reward imbalance model on intent to leave among Belgian health care workers: A prospective study. *J Occup Organ Psychol*. 2010; 83(4): 879-93.
106. Hammig O. Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals - a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1): 785.
107. Vu-Eickmann P, Li J, Muller A, Angerer P, Loerbroks A. Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018; 91(5): 643-54.
108. Hanika MMS. Die wissenschaftliche Karriere in der Medizin - gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede? [Dissertation]. München: Technische Universität München; 2015.
109. Bauer J, Groneberg DA. Ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus: Ein Vergleich der Fachgebiete (iCept-Studie). *Dtsch Med Wochenschr*. 2015; 140(15): e150-8.
110. Parment A. Die Generation Y - Mitarbeiter der Zukunft: Herausforderung und Erfolgsfaktor für das Personalmanagement. 1. Ausg. Wiesbaden: Gabler; 2009.
111. Beitzel KI, Ertl L, Grosse C, Reiser M, Ertl-Wagner B. Berufszufriedenheit von Radiologen in Deutschland – aktueller Stand. *Fortschr Röntgenstr*. 2011; 183(8): 749-57.
112. Jaksztat S, Schindler N, Briedis K. Wissenschaftliche Karrieren - Beschäftigungsbedingungen, berufliche Orientierungen und Kompetenzen des wissenschaftlichen Nachwuchses. *HIS: Forum Hochschule*. 2010; 14: 15-30.
113. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin. Akademie für wissenschaftliches Arbeiten und akademische Karriere. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin; 2020. Online: <https://www.dgrm.de/akademie-fuer-wissenschaftliches-arbeiten-und-akademische-karriere>. [Zuletzt aufgerufen am: 17.12.2021].
114. Sullivan SE, Forret ML, Carraher SM, Mainiero LA. Using the Kaleidoscope Career Model to Examine Generational Differences in Work Attitudes. *Career Development International*. 2009; 14(3): 284-302.
115. Wray-Lake L, Syvertsen AK, Briddell L, Osgood DW, Flanagan CA. Exploring the Changing Meaning of Work for American High School Seniors from 1976 to 2005. *Youth Soc*. 2011; 43(3): 1110-35.
116. Buddeberg-Fischer B, Stamm M. The medical profession and young physicians' lifestyles in flux: challenges for specialty training and health care delivery systems. *Swiss Med Wkly*. 2010; 140: w13134.
117. Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T. Women in medicine– is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Medical education*. 2007; 41(1): 39-49.
118. Zuber MA. Analyse des Frauenanteils bei verschiedenen Qualifikationsstufen des Fachgebietes Humanmedizin in Deutschland. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2001; 126(04): 65-71.

119. Abele-Brehm AE. Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. 2010; 2: 149-58.
120. Beerheide R. Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen. Deutsches Ärzteblatt. 2017; 114(10): A452-A4.
121. Heiligers PJM, Hingstman L. Career preferences and the work–family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Social Science & Medicine*. 2000; 50(9): 1235-46.
122. Neumann B, Hrsg. Elternzeitnahme durch Väter: Chancen und Konfliktfelder innerhalb des Paarkontextes. Krisen, Prozesse, Potenziale: Beiträge zum 4. Studentischen Soziologiekongress; 2015; Bamberg: University of Bamberg Press.
123. Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Social Science & Medicine*. 2003; 57(7): 1327-41.
124. Colletti LM, Mulholland MW, Sonnad SS. Perceived obstacles to career success for women in academic surgery. *Arch Surg*. 2000; 135(8): 972-7.
125. Swanson V, Power KG. Stress, satisfaction and role conflict in dual-doctor partnerships. *Community, Work & Family*. 1999; 2(1): 67-88.
126. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. *Swiss Med Wkly*. 2003; 133(39-40): 535-40.
127. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Knecht M, et al. The impact of gender and parenthood on physicians' careers-professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Services Research*. 2010; 10(1): 40.
128. Nübling M, Stößel U, Hasselhorn H-M, Michaelis M, Hofmann F. Measuring psychological stress and strain at work-Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social Medicine*. 2006; 3: 1-14.
129. Rode JC, Rehg MT, Near JP, Underhill JR. The effect of work/family conflict on intention to quit: The mediating roles of job and life satisfaction. *Applied Research in Quality of Life*. 2007; 2(2): 65-82.
130. Bundesministerium fGusS. Gutachten zum "Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland": Abschlussbericht. Hamburg: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; 2004.
131. Yildirim D, Aycan Z. Nurses' work demands and work–family conflict: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2008; 45(9): 1366-78.
132. Frone MR, Yardley JK, Markel KS. Developing and testing an integrative model of the work–family interface. *Journal of vocational behavior*. 1997; 50(2): 145-67.
133. Crompton R, Harris F. Explaining Women's Employment Patterns: 'Orientations to Work' Revisited. *The British Journal of Sociology*. 1998; 49(1): 118-36.
134. Shaw S, Fairhurst D. Engaging a new generation of graduates. *Education + Training*. 2008; 50(5): 366-78.
135. Bernecker M, Udri S, Bechtel F, Kappel J. Herausforderung Generation YZ. In: Bechtel P, Friedrich D, Kerres A, Hrsg. *Mitarbeitermotivation ist lernbar*: Springer; 2018. S. 253-73.

## 6 Anhang

### 6.1 Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b> Aktuell erwerbstätige Generationen (Geburtskohorten) und Zeitpunkt der Datenerhebung.....	5
<b>Abb. 2:</b> Boxplot-Diagramm, das die Höhe des ER-Quotienten in Bezug auf die Wahrnehmung von Generationenkonflikten bei der Arbeit darstellt .....	16
<b>Abb. 3:</b> Wahrgenommene Konfliktfelder der Umfrageteilnehmer/-innen .....	21

### 6.2 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Kritik der Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten an Fachärztinnen/-ärzten.....	17
<b>Tabelle 2:</b> Berufliche Merkmale der Fachärztinnen/-ärzte aus Sicht der Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten .....	18
<b>Tabelle 3:</b> Kritik der Fachärztinnen/-ärzte an Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten.....	19
<b>Tabelle 4:</b> Berufliche Merkmale der Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten aus Sicht der Fachärztinnen/-ärzte .....	20
<b>Tabelle 5:</b> Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer durch unterschiedliche Werte, Ansichten und Prioritäten .....	54-55
<b>Tabelle 6:</b> Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer in Bezug auf persönliche oder zwischenmenschliche Faktoren .....	56-57
<b>Tabelle 7:</b> Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer in Bezug auf die Arb.bel.. ....	58-59
<b>Tabelle 8:</b> Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer in Bezug auf Work-Life-Bal.....	60

### 6.3 Fragebogen

Siehe nächste Seite.

Anmerkung zum Fragebogen:

Die **Fragen 1-4** wurden allen Teilnehmern gestellt, **Fragen 5-55** nur den teilnehmenden WBA und **Fragen 56-81** nur den teilnehmenden Fachärzten. Manche Fragen wurden nur dann angezeigt, wenn vorgeschaltete Entscheidungsfragen bejaht wurden.



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Bereitschaft, an dem Forschungsprojekt

## **Arbeitssituation, Selbstverständnis und berufliche Visionen der im Fach Rechtsmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte**

teilzunehmen.

Es handelt sich um ein Projekt des Instituts für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Düsseldorf (Ansprechpartnerinnen: Frau Anna Heger, Frau Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme).

Die Ergebnisse der Studie werden Ihnen nach deren Abschluss auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Wir möchten zudem die Ergebnisse im Rahmen einer Jahrestagung der DGRM (voraussichtlich 2020) vorstellen und dann natürlich auch mit Ihnen diskutieren.

Um teilzunehmen, klicken Sie bitte unten rechts auf „Weiter“. Auf der nächsten Seite folgen Informationen zum Datenschutz. Wenn Sie der Teilnahme zustimmen, gelangen Sie zum eigentlichen Fragebogen. Das Ausfüllen wird zwischen 15 und 30 Minuten in Anspruch nehmen. Sie können die Beantwortung jederzeit unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen. Benutzen Sie in diesem Fall bitte wieder den Link in der Einladungs-Email. Ein Abbruch der Umfrage mit Löschung der bereits eingegebenen Daten ist ohne Angabe von Gründen ebenfalls möglich (vor Abschluss der Umfrage). Eine nachträgliche Löschung der Antworten nach regulärem Abschluss und Versand des vollständigen Fragebogens ist aufgrund der Anonymisierung nicht möglich.

Wir bedanken uns bereits jetzt sehr für Ihre Mitarbeit, mit der Sie einen Beitrag zur Gestaltung unseres Fachs und damit unserer Arbeitsbedingungen leisten.

**Vielen Dank!**

Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme & Anna Heger

Bei Fragen oder Anmerkungen steht Ihnen jederzeit zur Verfügung:  
Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf  
Dr. med. univ. Anna Heger  
Tel.: 0211/81-19367  
E-Mail: anna.heger@hhu.de

# Information zum Datenschutz

## 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf  
Sie erreichen den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Düsseldorf per Mail unter:

[datenschutz@med.uni-duesseldorf.de](mailto:datenschutz@med.uni-duesseldorf.de)

## 2. Erhobene Daten und Zwecke der Datenverarbeitung

Im Rahmen des Fragebogens werden Sie anonymisiert zu Ihrem Alter, Geschlecht, Land der Berufsausübung, Beschäftigungsstatus, Berufserfahrung/Weiterbildungsstatus und Vertragssituation befragt.

Die erhobenen Daten werden zunächst auf dem Server der Plattform Soscisurvey.de gespeichert und nach Abschluss der Erhebung im Institut für Rechtsmedizin für 10 Jahre lang aufbewahrt.

Die so gewonnenen Daten werden für wissenschaftliche Publikationen und Vorträge genutzt. Die Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieser Studie verwendet. Wir weisen darauf hin, dass bereits anonymisierte Daten/ Aufnahmen und Daten, die in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind, nicht mehr auf Wunsch gelöscht/vernichtet werden können.

## 3. Weiterleitung der von Ihnen gemachten Angaben

Die von Ihnen gemachten Angaben werden NICHT weitergeleitet. Sie verbleiben im Institut für Rechtsmedizin und werden dort lediglich von den am Projekt teilnehmenden Wissenschaftler\*innen ausgewertet.

## 4. Speicherung der von Ihnen gemachten Angaben

Die erhobenen Angaben werden 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend gelöscht.

Mir ist bekannt, dass im Zusammenhang mit der Teilnahme an der Umfrage „Arbeitssituation, Selbstverständnis und berufliche Visionen der im Fach Rechtsmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte“ keine personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die Verarbeitung der Daten erfolgt anonymisiert.

Sollte ich die Umfrage vorzeitig abbrechen, werden alle bis zu diesem Punkt gemachten Angaben gelöscht.

Ich habe die Inhalte des anliegenden Datenschutzhinweises zur Kenntnis genommen und verstanden und gebe die folgende Einwilligungserklärung ab:

**Beide Antworten sind zur Teilnahme unbedingt erforderlich. Sollten Sie nicht einverstanden sein, klicken Sie bitte unten links auf „Abbrechen“.**

Ich willige ein, dass meine bei der Umfrage erhobenen und für die anschließende Auswertung erforderlichen Angaben/Daten zu den in der vorstehenden Aufklärung und Einverständniserklärung beschriebenen Zwecken durch das Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD), verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung (d.h. vor Absenden des vollständig ausgefüllten Fragebogens) jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen kann (durch Abbruch der Umfrage). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird hiervon nicht berührt.

**1. Geschlecht:**

- Weiblich.
- Männlich.
- Ich möchte keine Angabe machen.

**2. In welchem Land haben Sie zuletzt in der Rechtsmedizin gearbeitet?**

- Deutschland
- Österreich
- Schweiz
- Anderes

**3. Sind Sie aktuell oder waren Sie in den letzten 5 Jahren an einem rechtsmedizinischen Institut tätig?**

- Ja
- Nein

**Hinweis:**

- Falls Sie aktuell rechtsmedizinisch tätig sind, beziehen sich die folgenden Fragen auf Ihren aktuellen rechtsmedizinischen Arbeitsplatz.
- Falls Sie in den letzten fünf Jahren rechtsmedizinisch tätig waren, beziehen sich die folgenden Fragen auf Ihre letzte rechtsmedizinische Stelle.

**4. Wie ist ihr aktueller beruflicher (Weiterbildungs-) Status?**

- Assistenzärztin/-arzt
- Fachärztin/-arzt

**5. Wann sind Sie geboren?**

- Vor 1965
- 1965 – 1980
- 1981 – 1995
- Ab 1996

## 6. Im wievielten Weiterbildungsjahr zur Fachärztin/zum Facharzt für Rechtsmedizin befinden Sie sich?

(Aktueller Weiterbildungsfortschritt inkl. aller bereits absolvierter Weiterbildungsmonate in den Fremdfächern)

1. Jahr  
 2. Jahr  
 3. Jahr  
 4. Jahr  
 5. Jahr  
 >5. Jahr

## 7. Wie zufrieden sind Sie mit...

Gar nicht zufrieden    Weniger zufrieden    Eher zufrieden    Sehr zufrieden

... der in Ihrem Ausübungsland gültigen  
Weiterbildungsordnung zum Facharzt für  
Rechtsmedizin (Inhalt, Anforderungen, Dauer,...)?

... der Weiterbildung an Ihrem rechtsmedizinischen  
Arbeitsplatz (Qualität, Struktur, Förderung,...)?

... dem Fort-/Weiterbildungsangebot der  
Fachgesellschaft (Kurse, Seminare, Workshops...)?

... den Vernetzungs- und Austauschmöglichkeiten mit  
anderen Assistenzärztinnen und -ärzten?

## 8. Wenn Sie etwas an der Weiterbildung ändern könnten, was wäre das?

### 9. Wie gut helfen Ihnen die folgenden Lehrmaterialien bei Ihrer Fort-/ Weiterbildung?

	Gar nicht	Eher wenig	Eher gut	Sehr gut	Weiß nicht/ Noch nie verwendet
Lehrbücher/Standardwerke der Rechtsmedizin (Buch/eBook)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehrbücher/Standardwerke anderer Fachrichtungen (Buch/eBook)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachjournale/Publikationen (Print/ePub)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internetrecherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Audiobooks/Podcasts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Youtube-) Videos/Lehrfilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorlesungen/Vorträge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachspezifische Tagungen/Kongresse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fortbildungsveranstaltungen der Fachgesellschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Institutsinterne Fortbildungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interpersoneller Austausch mit Kolleginnen/Kollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. Ist/war Ihr rechtsmedizinischer Arbeitsplatz an einer universitären Einrichtung?**

- Ja.
- Nein.

**11. In welchem Vertragsverhältnis stehen/standen Sie an ihrem rechtsmedizinischem Arbeitsplatz?**

Bei geteilten Stellen bitte alle vorhandenen Vertragsarten ankreuzen. Mehrfachnennung ist möglich.

- Regulärer Vertrag (z.B. Tarifvertrag)
- Drittmittel-/Projektstelle
- Sonstiges
- Weiß nicht.

**12. Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie/ haben Sie in der Rechtsmedizin gearbeitet?**

Geschätzte durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche, gerundet auf volle Stunden.

Std./Woche



### 13. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen, bezogen auf ihre Arbeit in der Rechtsmedizin:

	Trifft gar nicht zu	Trifft weniger zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
Ich bin mit meiner ärztlichen Tätigkeit (Routineaufgaben) insgesamt zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit meiner wissenschaftlichen Tätigkeit zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit der prozentualen Verteilung der beruflichen Aufgaben (Postmortale und klinisch-forensische Tätigkeit, Lehre, Forschung) zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe schon ernsthaft darüber nachgedacht, zu kündigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Möglichkeit, autonom arbeiten zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich gehe einer sinnvollen Tätigkeit nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 14. Sehen Sie Ihre berufliche Zukunft im Fach Rechtsmedizin?

- Ja.
- Eher ja.
- Eher nein.
- Nein.
- Weiß (noch) nicht.

### 15. Welches akademische Ziel haben Sie (zum aktuellen Zeitpunkt) erreicht?

#### Mehrfachnennungen möglich.

- Promotion
- Habilitation
- Professur
- (Noch) keines der Genannten.
- Sonstiges:

### 16. Welches akademische Ziel streben Sie (noch) an?

#### Mehrfachnennungen möglich.

- Promotion
- Habilitation
- Professur
- (Noch) keines der Genannten.
- Sonstiges:

### 17. Welches berufliche Ziel streben Sie an?

#### Mehrfachnennungen möglich.

- Institutsleitung
- Stellv. Institutsleitung
- Bereichs-/Abteilungsleitung
- Oberärztin/-arzt
- Fachärztin/-arzt
- (Noch) keines der Genannten.
- Sonstiges:

## 18. Welche Arbeits-/ Vertragsbedingungen streben Sie an?

### Mehrfachnennungen möglich.

- Angestellte Tätigkeit an einem universitären Institut.
- Angestellte Tätigkeit an einem Privatinstitut.
- Selbstständige Tätigkeit in eigener (rechtsmedizinischer) Praxis.
- Entfristetes Angestelltenverhältnis.
- Anstellung in Vollzeit.
- Anstellung in Teilzeit.
- Sonstiges:

## 19. Ist Ihnen der Weg zu Ihren persönlichen Karrierezielen klar?

- Ja, völlig.
- Teilweise.
- Nein, gar nicht.
- Weiß nicht.

### 20. Ich habe folgende offene Fragen, was meinen Karriereweg angeht:

### 21. Welche Unterstützung wünschen Sie sich für Ihre Weiterbildung und/oder die Erreichung Ihrer Karriereziele in der Rechtsmedizin?

- Eigene/r Chef/in als Mentor/in.
- Mentor/in im eigenen Institut (z.B. Oberärztin/-arzt).
- Mentor/in aus einem anderen Institut.
- Sonstiges:
- Ich brauche/möchte keine spezielle Unterstützung.
- Weiß nicht.

### 22. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren rechtsmedizinischen Arbeitsplatz. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

(Quelle: ERI-L 16 Items. Version 22.11.2012 © J. Siegrist, Universität Düsseldorf)

	Stimme			
	gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**23. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren rechtsmedizinischen Arbeitsplatz. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.**

(Quelle: ERI-OC 6 Items. Version 22.11.2012 © J. Siegrist, Universität Düsseldorf)

	Stimme			
	gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24. Betreiben Sie selbst aktiv Forschung in der Rechtsmedizin?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**25. Was ist Ihre aktuelle Motivation, wissenschaftlich zu arbeiten?**

- Ich möchte es tun.
- Ich muss es tun.
- Beides zu gewissen Teilen.
- Sonstiges:
- Weiß nicht.

**26. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie wissenschaftlich?**

**Geschätzte durchschnittliche Dauer in vollen Stunden.**

Std./Woche

**27. In welchem Setting forschen Sie überwiegend?**

**Anm.: Intern = innerhalb des eigenen Instituts. Extern = mit Kolleginnen/Kollegen eines anderen Instituts. Monodisziplinär = Nur Ärzte. Interdisziplinär = mit anderen Fachrichtungen (z.B. Biologen).**

- Alleine.
- Interne monodisziplinäre Arbeitsgruppe (AG).
- Interne interdisziplinäre AG.
- Externe monodisziplinäre AG.
- Externe interdisziplinäre AG.
- Sonstiges:
- Weiß nicht.

## 28. In welchem Setting möchten Sie (lieber) forschen?

**Anm.: Intern = innerhalb des eigenen Instituts. Extern = mit Kolleginnen/Kollegen eines anderen Instituts. Monodisziplinär = Nur Ärzte. Interdisziplinär = mit anderen Fachrichtungen (z.B. Biologen).**

- Alleine.
- Interne monodisziplinäre Arbeitsgruppe (AG).
- Interne interdisziplinäre AG.
- Externe monodisziplinäre AG.
- Externe interdisziplinäre AG.
- Sonstiges:
- Weiß nicht.

---

Seite 17

FA2

## 29. Ist eine Forschungsfreistellung von der regulären Tätigkeit an Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz möglich (gewesen)?

**Bsp.: einzelne Forschungstage an denen keine Routinetätigkeit erfolgen muss oder längere Forschungskarenzen.**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

## 30. Gibt/gab es bestimmte Anforderungen an wissenschaftliche Arbeit, die an Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz von Ihnen verlangt werden/wurden?

**Z.B. eine bestimmte Anzahl an Publikationen/Kongressbeiträgen pro Jahr, bestimmte Forschungsthemen, bestimmte Vorgehensweisen....**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.



**31. Können/konnten Sie diese Anforderungen regelmäßig erfüllen?**

- Ja.
- Zum Teil.
- Nein.
- Weiß nicht.

**32. Empfinden/empfinden Sie diese Vorgaben als störend oder hinderlich?**

- Ja.
- Zum Teil.
- Nein.
- Weiß nicht.

**33. Haben Sie während Ihrer bisherigen rechtsmedizinischen Laufbahn eigene wissenschaftliche Arbeiten in Fachjournalen veröffentlicht (Erstautorenschaften)?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**34. Haben Sie während Ihrer bisherigen rechtsmedizinischen Laufbahn bereits Drittmittel für Forschungsprojekte eingeworben oder planen Sie in nächster Zeit, Drittmittel einzuwerben?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**35. Sind Sie zufrieden mit dem Ausmaß ihrer aktuellen Forschungstätigkeit?**

- Ja, ich bin zufrieden mit dem Ausmaß meiner Forschung.
- Nein, ich würde gerne noch mehr forschen.
- Nein, ich würde gerne weniger forschen (müssen).
- Weiß nicht.

**36. Würden Sie gerne wissenschaftlich arbeiten?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**37. Besteht/bestand an Ihrem rechtmedizinischen Arbeitsplatz die Möglichkeit, an externen Tagungen / Kongressen teilzunehmen?**

- Ja, ohne Einschränkungen.
- Ja, mit Einschränkungen (z.B. eigener Beitrag als Voraussetzung, abhängig vom Dienstplan, begrenzte Anzahl pro Jahr...).
- Nein.
- Weiß nicht.

**38. Wird/wurde die Teilnahme an Kongressen / Tagungen von Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitgeber finanziert oder finanziell unterstützt?**

- Ja, vollständig und ohne Einschränkungen.
- Ja, mit Einschränkungen (z.B. eigener Beitrag, Reisekosten werden nicht übernommen, nur eine bestimmte Anzahl pro Jahr).
- Nein.
- Weiß nicht.

**39. Wie viele nationale wissenschaftliche Tagungen / Kongresse besuchen/besuchten Sie während Ihrer rechtsmedizinischen Tätigkeit im Durchschnitt pro Jahr?**

- 0 (Null)       1-2       3-4       5+

**40. Wie viele internationale wissenschaftliche Tagungen / Kongresse besuchen/besuchten Sie während Ihrer rechtsmedizinischen Tätigkeit im Durchschnitt pro Jahr?**

- 0 (Null)       1-2       3-4       5+

**41. Würden/wollten Sie gerne an mehr Kongressen teilnehmen?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**42. Würden/wollten Sie gerne an Kongressen teilnehmen?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**43. Werden/wurden Sie an Ihrem rechtmedizinischen Arbeitsplatz bei Ihrer wissenschaftlichen Arbeit und/oder der Vorbereitung auf einen eigenen Kongressbeitrag (z.B. Vortrag) unterstützt?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**44. Müssen/mussten Sie derartige Unterstützung aktiv einfordern, um sie zu erhalten?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

45. Haben Sie eigene Kinder oder leben in Ihrem Haushalt Kinder, die von Ihnen versorgt werden?

- Ja.
- Nein.

46. Haben Sie von der Möglichkeit der Elternzeit Gebrauch gemacht oder planen Sie Elternzeit in naher Zukunft?

- Ja,  Monate.
- Nein.
- Weiß (noch) nicht.

47. Sind/waren Sie alleinerziehend?

- Ja.
- Nein.

48. Hat Ihre Partnerin/Ihr Partner von der Möglichkeit der Elternzeit Gebrauch gemacht oder plant dies in naher Zukunft?

- Ja,  Monate.
- Nein.
- Weiß (noch) nicht.

**49. Hat/hatte Ihre Arbeit einen Einfluss auf Ihr Privatleben oder umgekehrt? Bitte kreuzen Sie alle Aussagen an, die auf Sie aktuell zutreffen oder während Ihrer rechtsmedizinischen Laufbahn jemals zugetroffen haben:**

- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher werden/wurden Kinder später oder gar nicht geplant.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher sind/wurden wenige(r) Kinder geplant.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher nehme/nahm ich einen Standortwechsel/Umzug in Kauf.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher nehme/nahm ich eine Fernbeziehung in Kauf.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher nehme/nahm ich die Trennung einer Beziehung in Kauf.
- Familie/Kinder haben/hatten Priorität, daher achte/achtete ich auf strenge Einhaltung der regulären Arbeitszeiten.
- Familie/Kinder haben/hatten Priorität, daher arbeite/arbeitete ich in Teilzeit.
- Familie/Kinder hat/haben Priorität, daher nehme ich eine längere Weiterbildungszeit in Kauf.
- Familie/Kinder hat/haben Priorität, daher verzichte ich auf einen höheren akademischen Grad.
- Familie/Kinder hat/haben Priorität, daher verzichte ich auf einen höheren Dienstgrad/berufliche Karriere.
- Familie/Kinder hatten Priorität, daher verzichte/verzichtete ich auf eine Wunsch-Stelle/ einen Wunsch-Standort.
- Familie/Kinder haben/hatten Priorität, daher verzichte/verzichtete ich auf Kongressbesuche/Dienstreisen.
- Sonstiges:
- Keines der Genannten.

**50. Bitte bewerten Sie, wie sehr die folgenden Punkte auf erfahrenere fachärztliche Kolleginnen und Kollegen und die gemeinsame Zusammenarbeit an ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz zutreffen:**

Trifft gar nicht gut    Trifft wenig zu    Trifft eher zu    Trifft sehr zu

Aktive Unterstützung der Weiterbildungsassistenten in der Forschung.

Aktive Unterstützung der Weiterbildungsassistenten und Vermittlung von Fertigkeiten in der Routine.

Gerechte Verteilung der Arbeitslast zwischen Assistenz- und Fachärztinnen und -ärzten.

**51. Was würden Sie sich von den erfahrenen fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen außerdem wünschen?**

## 52. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen:

Trifft gar nicht zu    Trifft wenig zu    Trifft eher zu    Trifft sehr zu

Die Mehrheit der erfahrenen Fachärztinnen und -ärzte ist bereit, Überstunden zu machen.

Die Mehrheit der erfahrenen Fachärztinnen und -ärzte legt Wert auf streng geregelte Arbeitszeiten.

Die Mehrheit der erfahrenen Fachärztinnen und -ärzte ist an Wissenschaft/Forschung interessiert.

Die Mehrheit der erfahrenen Fachärztinnen und -ärzte wollte/will Karriere machen / Leitungspositionen erreichen.

Die Mehrheit der erfahrenen Fachärztinnen und -ärzte ist bereit, Verantwortung zu übernehmen.

Die Mehrheit der erfahrenen Fachärztinnen und -ärzte ist bereit, für den Beruf auf Privatleben zu verzichten (z.B. Kinder, Freizeit,...).

Die Mehrheit der erfahrenen Fachärztinnen und -ärzte legt Wert auf strukturierte Arbeitsabläufe.

## 53. Entstehen aus Ihrer Sicht Konflikte bei der Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten aufgrund möglicherweise unterschiedlicher Werte, Ansichten und Prioritäten?

- Ja.
- Zum Teil.
- Nein.
- Weiß nicht.



**54. Welche Konfliktsituationen sind Ihnen bewusst oder haben Sie selbst bereits erlebt?****55. Gibt es etwas, das Sie an der Zusammenarbeit mit den erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten an Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz stört/gestört hat?****Mehrfachnennung ist möglich.**

- Mangelndes Verständnis für meine Vorstellungen zur Arbeitszeit.
- Ungerechte Verteilung der Routineaufgaben (Obduktionen, Dienste, klinisch-forensische Untersuchungen,...).
- Ungerechte Verteilung eines möglichen Zusatz-Einkommens (Gerichtstermine, Nebentätigkeiten, Zuschläge,...).
- Ungerechte Verteilung der Lehrtätigkeiten (Vorlesungen, Studentenkurse,...).
- Mangelnde oder mangelhafte Vermittlung von Weiterbildungsinhalten.
- Unterschiedliche fachliche Meinung / mangelnde Fachkompetenz.
- Unterschiedliche Priorisierung von Routine/Forschung/Lehre.
- Sonstiges:
- Keines der Genannten. / Weiß nicht.

**56. Wann sind Sie geboren?**

- Vor 1965
- 1965 – 1980
- 1981 – 1995
- Ab 1996

**57. Seit wie vielen Jahren sind Sie Facharzt für Rechtsmedizin?**

Zahl Jahre.

**58. Ist/war Ihr rechtsmedizinischer Arbeitsplatz an einer universitären Einrichtung?**

- Ja.
- Nein.

**59. In welchem Vertragsverhältnis stehen/standen Sie an ihrem rechtsmedizinischem Arbeitsplatz?**

Bei geteilten Stellen bitte alle vorhandenen Vertragsarten ankreuzen. Mehrfachnennung ist möglich.

- Regulärer Vertrag (z.B. Tarifvertrag)
- Drittmittel-/Projektstelle
- Sonstiges
- Weiß nicht.

**60. Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie/ haben Sie in der Rechtsmedizin gearbeitet?**

Geschätzte durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche, gerundet auf volle Stunden.

Std./Woche

**61. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen, bezogen auf ihren rechtsmedizinischen Arbeitsplatz:**

	Trifft gar nicht zu	Trifft weniger zu	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
Ich bin mit meiner ärztlichen Tätigkeit (Routineaufgaben) insgesamt zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit meiner wissenschaftlichen Tätigkeit zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit der prozentualen Verteilung der beruflichen Aufgaben (Postmortale und klinisch-forensische Tätigkeit, Lehre, Forschung) zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe schon ernsthaft darüber nachgedacht, zu kündigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe die Möglichkeit, autonom arbeiten zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich gehe einer sinnvollen Tätigkeit nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**62. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren rechtsmedizinischen Arbeitsplatz. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.**

(Quelle: ERI-L 16 Items. Version 22.11.2012 © J. Siegrist, Universität Düsseldorf)

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**63. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren rechtsmedizinischen Arbeitsplatz. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.**

(Quelle: ERI-OC 6 Items. Version 22.11.2012 © J. Siegrist, Universität Düsseldorf)

	Stimme			
	gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**64. Welches akademische Ziel haben Sie (zum aktuellen Zeitpunkt) erreicht?**

**Mehrfachnennung ist möglich.**

Promotion

Habilitation

Professur

(Noch) keines der Genannten.

Sonstiges:

### 65. Was ist Ihre aktuelle berufliche Position?

**Mehrfachnennung ist möglich.**

- Institutsleitung
- Stellv. Institutsleitung
- Bereichs-/Abteilungsleitung
- Oberärztin/-arzt
- Keiner/s der Genannten.
- Sonstiges:

### 66. Sind Sie mit Ihren erreichten Karrierezielen (akademisch & beruflich) zufrieden?

- Ja.
- Zum Teil, ich strebe noch folgende Ziele aktiv an:
- Zum Teil, aber ich strebe keine weiteren Ziele mehr an.
- Nein, ich strebe noch folgende Ziele aktiv an:
- Nein, aber ich strebe keine weiteren Ziele mehr an.
- Weiß nicht.

### 67. Falls Sie Ihre angestrebten Karriereziele (noch) nicht erreicht haben, was war/ist das größte Hindernis?

**68. Betreiben Sie selbst aktiv Forschung in der Rechtsmedizin?**

- Ja.
- Nein.

**69. In welchem Setting forschen Sie überwiegend?**

**Anm.: Intern = innerhalb des eigenen Instituts. Extern = mit Kolleginnen/Kollegen eines anderen Instituts. Monodisziplinär = Nur Ärzte. Interdisziplinär = mit anderen Fachrichtungen (z.B. Biologen).**

- Alleine.
- Interne monodisziplinäre Arbeitsgruppe (AG).
- Interne interdisziplinäre AG.
- Externe monodisziplinäre AG.
- Externe interdisziplinäre AG.
- Sonstiges:
- Weiß nicht.



**70. Haben Sie während Ihrer bisherigen rechtsmedizinischen Laufbahn eigene wissenschaftliche Arbeiten in Fachjournalen veröffentlicht (Erstautorenschaften)?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**71. Haben Sie während Ihrer bisherigen rechtsmedizinischen Laufbahn bereits Drittmittel für Forschungsprojekte eingeworben oder planen Sie in nächster Zeit, Drittmittel einzuwerben?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**72. Unterstützen Sie aktuell Ihre Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung bei deren wissenschaftlicher Arbeit?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**73. Fordern die Weiterbildungsassistenten aktiv Unterstützung für wissenschaftliche Arbeit ein?**

- Ja.
- Nein.
- Weiß nicht.

**74. Welche spezielle Unterstützung bieten Sie den in der Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen?**

- Ich bin als Mentor/in für Weiterbildungsassistenten aus meinem Institut tätig..
- Ich bin als Mentor/in für Weiterbildungsassistenten aus einem anderen Institut tätig.
- Ich biete (Info-) Veranstaltungen über die Fachgesellschaft (DGRM) an.
- Sonstiges:
- Ich biete (noch) keine spezielle Unterstützung.
- Weiß nicht.

75. Hat/hatte Ihre Arbeit einen Einfluss auf Ihr Privatleben oder umgekehrt? Bitte kreuzen Sie alle Aussagen an, die auf Sie aktuell zutreffen oder während Ihrer rechtsmedizinischen Laufbahn jemals zugetroffen haben:

**Mehrfachnennung ist möglich.**

- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher werden/wurden Kinder später oder gar nicht geplant.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher werden/wurden wenige(r) Kinder geplant.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher nehme/nahm ich einen Standortwechsel/Umzug in Kauf.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher nehme/nahm ich eine Fernbeziehung in Kauf.
- Beruf/Karriere hat/hatte Priorität, daher nehme/nahm ich die Trennung einer Beziehung in Kauf.
- Familie/Kinder haben/hatten Priorität, daher achte/achtete ich auf strenge Einhaltung der regulären Arbeitszeiten.
- Familie/Kinder haben/hatten Priorität, daher arbeite/arbeitete ich in Teilzeit.
- Familie/Kinder hatten Priorität, daher habe ich eine längere Weiterbildungszeit in Kauf genommen.
- Familie/Kinder hatten Priorität, daher verzichte ich auf einen höheren akademischen Grad.
- Familie/Kinder hatten Priorität, daher verzichte ich auf einen höheren Dienstgrad/ eine Leitungsposition.
- Familie/Kinder hatten Priorität, daher verzichte/verzichtete ich auf eine Wunsch-Stelle/ einen Wunsch-Standort.
- Familie/Kinder haben/hatten Priorität, daher verzichte/verzichtete ich auf Kongressbesuche/Dienstreisen.
- Sonstiges:
- Keines der Genannten.

**76. Bitte bewerten Sie, wie sehr die folgenden Punkte auf die Weiterbildungsassistenten an Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz zutreffen:**

Sollten an Ihrem Arbeitsplatz keine Weiterbildungsassistenten arbeiten, wählen Sie bitte „Weiß nicht“.

	Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Weiß nicht	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
Eigenständige Aneignung von theoretischem (Fach-) Wissen durch regelmäßiges Selbststudium.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigenständige wissenschaftliche Tätigkeit mit Verfassung von Publikationen, Kongressbeiträgen, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Bereitschaft, falls erforderlich, Überstunden zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Bereitschaft, in der Freizeit wissenschaftlich zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**77. Was würden Sie sich von den in der Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen außerdem wünschen?**

**78. Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zu Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung an Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz:**

Sollten an Ihrem Arbeitsplatz keine Weiterbildungsassistenten arbeiten, wählen Sie bitte „Weiß nicht“.

	Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Weiß nicht	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten legt Wert auf streng geregelte Arbeitszeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten ist an Wissenschaft/Forschung interessiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten will Karriere machen / Leitungspositionen erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten ist bereit, Verantwortung zu übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten ist bereit, für den Beruf auf Privatleben zu verzichten (z.B. Kinder, Freizeit,...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten legt Wert auf eine strukturierte Weiterbildung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Mehrheit der Weiterbildungsassistenten legt Wert auf strukturierte Arbeitsabläufe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**79. Entstehen aus Ihrer Sicht Konflikte bei der Zusammenarbeit mit den Weiterbildungsassistenten aufgrund möglicherweise unterschiedlicher Werte, Ansichten oder Prioritäten?**

- Ja.
- Zum Teil.
- Nein.
- Weiß nicht.

**80. Welche Konfliktsituationen sind Ihnen bewusst oder haben Sie selbst bereits erlebt?**

--	--

**81. Gibt es etwas, das Sie an der Zusammenarbeit mit Weiterbildungsassistenten an Ihrem rechtsmedizinischen Arbeitsplatz stört/gestört hat?**

Sollten an Ihrem Arbeitsplatz keine Weiterbildungsassistenten arbeiten, wählen Sie bitte „Weiß nicht“.

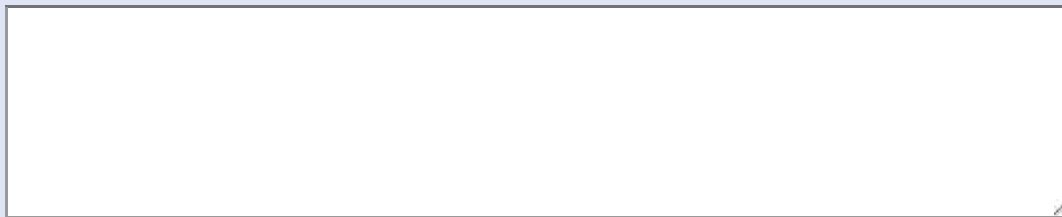
**Mehrfachnennung ist möglich.**

- Mangelnde Selbstständigkeit.
- Übermaß an (ungerechtfertigtem) Selbstbewusstsein.
- Unrealistische Ansprüche an Vorgesetzte.
- Andere Prioritäten in Bezug auf Arbeit vs. Freizeit.
- Mangelnder Respekt vor Autorität.
- Unterschiedliche fachliche Meinung / mangelnde Fachkompetenz.
- Unterschiedliche Priorisierung von Routine/Forschung/Lehre.
- Sonstiges:
- Keines der Genannten. / Weiß nicht.

### Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Hier ist Platz für Kommentare, Kritik, Wichtiges oder Wissenswertes... Diese Information fließt nicht in die Auswertung der Fragebögen ein und beeinflusst Ihre Teilnahme nicht.

Zum Absenden des Fragebogens klicken Sie bitte anschließend unten rechts auf „Weiter“.



**Letzte Seite**

## Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Bei Fragen oder Anmerkungen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung:

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. med. univ. Anna Heger

Tel.: 0211/81-19367

E-Mail: [anna.heger@hhu.de](mailto:anna.heger@hhu.de)

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

## **6.4 Weitere Tabellen**

Siehe nächste Seite.



Werte, Ansichten & Prioritäten				
Gen. Babyboomer	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Fachärztinnen/-ärzte	mangelndes Interesse an Forschung (2)	„Fehlendes Interesse, wissenschaftlich zu arbeiten.“ „Lange Inaktivität bei der Bearbeitung der Dissertation.“	mehr Interesse an Forschung (5)	„Interesse an wissenschaftlicher Tätigkeit.“ „Mehr wissenschaftlichen Ehrgeiz.“
	mangelnde/s Interesse/Begeisterungsfähigkeit allg. (2)	„Kein Interesse am ‚Interesse des Hauses‘.“ „Zu wenig Begeisterungsfähigkeit.“	mehr Interesse/Begeisterung allg. (3)	„Begeisterung für den Beruf.“ „Überdurchschnittliches Interesse.“
Gen. X	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Fachärztinnen/-ärzte	mangelnde Eigeninitiative bei Weiterbildung (4)	„Mangelnde Eigenständigkeit bei der Einarbeitung, Vorbereitung [auf den] Beruf, Wunsch nach kleinteiliger Anleitung.“	mehr Engagement in der Forschung (9)	„mehr Eigeninitiative und Einforderung bei wissenschaftlichen Tätigkeiten.“
		„Keine Eigenmotivation zur Aneignung von fachlichem Wissen und Erlernen von Routinetätigkeiten.“		„Engagement in der Wissenschaft.“ „mehr intrinsisches Interesse an Forschung.“
	mangelnde Identifizierung mit Beruf (2)	„Fehlende Identifizierung mit Berufsbild und -anspruch.“	aktive Einforderung von Weiterbildung (4)	„aktives Einfordern von Weiterbildungsleistung beim Vorgesetzten anstatt nur passiven Konsums vorhandener Angebote.“
		„Mit Verlassen des Institutes kein Rechtsmediziner mehr sein.“		„mehr Mut, sich von der Leitungsebene eine optimale Weiterbildung einzufordern.“ „mehr Eigeninitiative und Einforderung bei der Weiterbildung.“
	mangelndes Interesse am Beruf (2)	„Die ‚Jüngeren‘ arbeiten vielmehr das, was sie müssen, als das, was sie interessieren sollte, was früher anders war.“	stärkere Identifizierung mit dem Beruf (2)	„Höhere Identifizierung mit dem Berufsbild und -anspruch.“
		„Kein Interesse an Dienstaufgaben trotz des gewählten Berufes.“		„Mit Leib und Seele Rechtsmediziner sein.“
	fordernde Haltung (2)	„Fordernde Grundhaltung.“ „Fordernde Haltung bezüglich Gehaltes, Überstundenkompensation etc.“	mehr Interesse am Beruf (2)	„Mehr Interesse am Fach.“ „Höhere Priorität der Karriere.“
Verweigerung von Forschung (1)	„Wissenschaftliche Arbeit [wird] verweigert.“			
Assistenzärztinnen/-ärzte	mangelnde Weiterbildung (1)	„Oftmals wird die Lehre im Institut vernachlässigt.“	mehr Weiterbildung (1)	„Kontinuierliche Ausbildung (1-2 Mal pro Monat).“
Gen. Y	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Fachärztinnen/-ärzte	mangelndes Interesse an Forschung (1)	„Mangelndes Interesse an aktiver Forschungsarbeit und Publikationstätigkeit.“	mehr Interesse am Fach (2)	„Mehr ernsthaftes und langfristiger ausgerichtetes Interesse am Fach und den Fachinhalten.“ „Mehr Herzblut, mehr Leistungsbereitschaft und bedingungslose Aufopferung für das Fach und das Institut.“
			mehr Interesse an Forschung (1)	„Mehr Interesse an Wissenschaft und Forschung.“

Werte, Ansichten & Prioritäten (Forts.)				
Gen. Y (Forts.)	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Assistenzärztinnen/ -ärzte	mangelnde Bereitschaft für Modernisierung (6)	„Modernisierung oder Aktualisierung der Arbeitsabläufe auf ein zeitgerechteres Niveau wird von dienstälteren Kollegen nicht gewünscht.“	bessere Weiterbildung/Einarbeitung (16)	„Fachwissen und Erfahrungswerte teilen.“
		„Generell Ablehnung von allem, was fremd/neu ist und Veränderung bedeutet.“		„Mehr 1:1 Teaching abseits der Routine.“
		„Konflikte in Bezug auf den Wunsch der ‚Jungen‘, Arbeitsbedingungen zu verbessern: ‚Bei uns war das auch nie so und wir haben das auch geschafft.‘“		„Sich Zeit nehmen! Eine schlechte und kurze Einarbeitung fällt auf sie zurück!“
	mangelnde Weiterbildung (4)	„Es fehlt heutzutage das Verständnis für den Nachwuchs, dass er eben gebraucht wird, sonst stirbt das Fach aus, und zwar nicht, weil die Leitungen der Universitätskliniken im Hinblick auf die roten Zahlen die Sinnhaftigkeit des Faches hinterfragen, sondern weil es an Nachwuchs fehlen wird, da nur noch gefordert wird (Flexibilität, Engagement, Spontaneität, Quantität), aber kein Geben in Form von Weiterbildung stattfindet.“	mehr Unterstützung in der Forschung (3)	„Mehr Unterstützung und Anleitung in der Forschung.“
		„Nur sehr zurückhaltende Weitergabe des Wissens.“		„Wissenschaftlich zusammenarbeiten.“
	zu hohe Anforderungen/Erwartungen (3)	„Unlogische, kontroverse oder unrealistische Erwartungen.“	Offenheit für Veränderung (1)	„Mehr Offenheit für Veränderungen.“
„Teilweise wird eine hohe ‚Aufopferung‘ für den Job erwartet. Aussagen wie: Früher habe man ja auch das ganze Wochenende durchgearbeitet.“				
Erwartungen an WBA werden von FÄ selbst nicht erfüllt (3)	„Diskrepanz zwischen eigener Leistung / Verantwortung und Forderungen gegenüber Assistenzärzten.“			
	„Dinge, die von uns erwartet werden, werden von den Oberärzten teilweise selbst nicht umgesetzt.“			

**Tabelle 5: Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer durch unterschiedliche Werte, Ansichten und Prioritäten**

Qualitative Zusammenfassung der in den Kommentarfeldern schriftlich eingetragenen Aussagen. Die Zitate wurden in manchen Fällen zu Verständniszwecken sprachlich angepasst oder gekürzt, ohne deren Aussagen zu verändern.

Weitere Nennungen (je 1): Fachärztin/-arzt (FA), Generation (Gen.) Babyboomer: Kritik: Kundtun politischer Überzeugungen; Wünsche: Klare Formulierung eigener Ziele, Aneignung einer mehr juristischen als kurativ-medizinischen Denkweise. FA, Gen. X: Kritik: geringer Qualitätsanspruch, Einfluss politischer Überzeugungen auf die Arbeit; Wünsche: Dasein als Erfüllungsgehilfen d. Dienstleistung hinterfragen, Klare Formulierung eigener Ziele, Risiken eingehen, Interesse am Blick über den Tellerrand, Prioritäten setzen. FA, Gen. Y: Kritik: mangelnde Unterstützung; Wünsche: geringeres Planungs- und Sicherheitsbedürfnis, mehr Struktur. Assistenzärztin/-arzt, Gen. Y: Wünsche: Verantwortungsübernahme hinsichtlich arbeitsrechtlicher Konflikte.

n = 180

<b>Persönliches, Zwischenmenschliches</b>				
<b>Gen. Babyboomer</b>	<b>Kritik (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>	<b>Wünsche (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>
Fachärztinnen/-ärzte	mangelnde/s Engagement/ Eigeninitiative (2)	„Fehlendes eigenes Engagement der Weiterbildungsassistenten.“ „Zu wenig Eigeninitiative.“	mehr Eigeninitiative/ Engagement (5)	„Mehr Engagement und Eigeninitiative.“
	mangelnde Kollegialität/ Teamfähigkeit (2)	„Mangelnde Kollegialität der AssistentInnen untereinander.“ „Mangelnder Teamgeist/ mangelnde Teamfähigkeit.“	kollegialer Austausch (1)	„Kollegialer Austausch.“
<b>Gen. X</b>	<b>Kritik (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>	<b>Wünsche (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>
Fachärztinnen/-ärzte	Defizite in der Arbeitsqualität (4)	„Z.T. eher oberflächliches Arbeiten.“	mehr Eigeninitiative/Engagement (11)	„Höhere Eigeninitiative.“
		„Wenig kriminalistisches Denken/Gespür.“		„Mehr Engagement und Interesse auch außerhalb der regulären Pflichttätigkeiten.“ „Mehr eigenständiges Engagement über die Routine hinaus: Weiterentwicklung Arbeitsumfeld, universitäre Gremien etc.“
	Selbstüberschätzung (3)	„Eigene Meinung z.T. wichtiger als Meinung des [Facharztes].“ „Weiterbildungsassistent ist nicht stets bereit, die Rückkopplung zum Facharzt zu akzeptieren (Garantie des Facharzt-Standards).“	Ehrlichkeit (2)	„Ehrlichkeit bei der Introspektion.“
	mangelnde Kritikfähigkeit (2)	„Mangelnde Kritikfähigkeit.“ „Praktische Hinweise werden als Zurechtweisungen bis hin zu persönlichen Erniedrigungen empfunden.“	mehr Kollegialität & Respekt (2)	„Respektvollen Umgang.“ „Teamfähigkeit.“
Assistenzärztinnen/-ärzte	-	-	-	-
<b>Gen. Y</b>	<b>Kritik (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>	<b>Wünsche (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>
Fachärztinnen/-ärzte	mangelnder Respekt (2)	„Teils außer Acht lassen von Autoritäten.“ „Teils fehlender respektvoller Umgang.“	mehr Kritikfähigkeit (3)	„Bereitschaft, sich auf neue Inputs einzulassen.“ „[Offenheit] für Kritik.“ „Mehr Kritikfähigkeit.“
	Verweigerung v. Input neuer Kollegen (1)	„Leider der Mangel, sich auf neuen fachlichen Input von zeitlich neueren, aber fachlich fortgeschritteneren Kollegen einzulassen.“	kritisch sein (2)	„Weiter aufmerksam, kritisch und diskussionsbereit zu sein.“ „Kritisches Hinterfragen von Entscheidungen.“

Persönliches, Zwischenmenschliches (Forts.)				
Gen. Y (Forts.)	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Assistenzärztinnen/ -ärzte	Überheblichkeit (3)	„Ich bin Facharzt und sage das so, also habe ich Recht.“	engere Zusammenarbeit mit FÄ (10)	„Eingehendere Besprechungen von Fällen, insbesondere Dienstfällen.“
		„Überhebliche Äußerungen aufgrund fachlichen Nichtwissens (am Anfang der Weiterbildung kann man noch nicht alles ganz genau wissen bzw. wissen, welche Aspekte in einem bestimmten Fall relevant sind).“		„Mehr Unterstützung insbesondere bei Gutachten.“ „Einbindung in Fälle, von denen die Assistenten etwas lernen könnten, z.B. Assistenten zu spannenden Fundorten/ Histo-Untersuchungen/ Besprechungen einfach mal mitnehmen.“
	mangelnde Kritikfähigkeit (2)	„Es wird keine Diskussionsgrundlage geschaffen, wenn man anderer Ansicht ist und einen Befund hinterfragt. Bestimmte Facharztkollegen fühlen sich sofort in ihrer Kompetenz angegriffen und als einzige Antwort auf Fragen heißt es: ‚Ich hab‘ keinen Bock zu diskutieren.“	mehr Feedback (5)	„Insgesamt sollte es mehr Feedback geben, ohne das wissen wir [Assistenzärzte] leider nicht, was wir schon gut machen und wo wir noch Nachholbedarf haben.“ „Besseres Korrekturlesen, Verbesserungsvorschläge.“

**Tabelle 6: Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer in Bezug auf persönliche oder zwischenmenschliche Faktoren**

Qualitative Zusammenfassung der in den Kommentarfeldern schriftlich eingetragenen Aussagen. Die Zitate wurden in manchen Fällen zu Verständniszwecken sprachlich angepasst oder gekürzt, ohne deren Aussagen zu verändern.

Weitere Nennungen (je 1): Fachärztin/-arzt (FA), Generation (Gen.) Babyboomer: Kritik: mangelnde Selbstkritik, mangelnde Loyalität gegenüber Vorgesetzten, fachliche Selbstüberschätzung; Wünsche: Menschlichkeit, Bei Fallbearbeitung Wesentliches von Unwesentlichem trennen, Annahme von Kritik/Feedback. FA, Gen. X: Kritik: Keine Verantwortungsübernahme; Wünsche: Selbstständigkeit, mehr Kritikfähigkeit, mehr Vertrauen in eigene Fähigkeiten, Zuverlässigkeit, Aufbau von Beziehungen außerhalb des Instituts. FA, Gen. Y: Kritik: mangelnde Motivation, mangelnde Kollegialität; Wünsche: aktive Einforderung von Weiterbildung, Kommunikationsbereitschaft, Transparenz, weniger Sensationsgier, mehr Motivation. Assistenzärztin/-arzt, Gen. Y: Kritik: Sexismus, Wünsche: mehr Einheitlichkeit bei Feedback.

n = 180

<b>Arbeitsbelastung, Verteilung von Arbeitsaufgaben</b>				
<b>Gen. Babyboomer</b>	<b>Kritik (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>	<b>Wünsche (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>
Fachärztinnen/-ärzte	mangelnde Belastbarkeit (1)	„Zu wenig Durchhaltevermögen.“	-	-
<b>Gen. X</b>	<b>Kritik (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>	<b>Wünsche (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>
Fachärztinnen/-ärzte	mangelnde Leistungsbereitschaft (3)	„Keine Übernahme von arbeitsintensiven Fällen.“ „Keine Bereitschaft für notwendige Mehrarbeit oder Flexibilität.“	ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nehmen und Geben (1)	„Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nehmen/Fordern und Geben.“
	mangelnde Belastbarkeit (2)	„Geringe Belastbarkeit.“ „Wenig Stressresistenz.“	Qualität über Quantität (1)	„Qualität über Quantität (wird allerdings durch die Routinebelastung von der Leitung anders gefordert).“
	Überlastungen werden eher angezeigt, als selbst zu reduzieren versucht (1)	„Überlastungen werden angezeigt, anstatt an Strategien der Arbeitsoptimierungen zu denken.“		
Assistenzärztinnen/-ärzte	-	-	Entlastung in der Routine (1)	„2 Obduzenten im Saal.“
<b>Gen. Y</b>	<b>Kritik (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>	<b>Wünsche (Anzahl Nennungen)</b>	<b>Zitate (Beispiele)</b>
Fachärztinnen/-ärzte	Verweigerung übertragener Aufgaben (1)	„Teils Nicht-Erfüllung übertragener Aufgaben.“	-	-
	mangelnde Leistungsbereitschaft (1)	„Zu geringe Leistungsbereitschaft.“		
	mangelnde Eigenständigkeit (1)	„Eigenständiges Arbeiten [wird] teilweise abgelehnt, aber von anderen erwartet.“		
Assistenzärztinnen/-ärzte	ungerechte Arbeitsverteilung zulasten der WBA (8)	„Ungerechte Arbeitsverteilung in der Routine zwischen Assistenz- und Fachärzten (Assistenzärzte machen zum Teil genauso viel oder mehr als die Fachärzte, z.B. Gutachtenverteilung), oft mit der Begründung, die Assistenten müssten ‚noch lernen‘.“	gerechtere Verteilung von Arbeitsaufgaben/ Diensten (5)	„Gerechtere Verteilung der Dienste.“
		„Fachärzte werden weniger als ‚Lückenfüller‘ im Dienstplan beansprucht.“		„Kein Abwälzen unliebsamer Tätigkeiten.“
	mangelnde Unterstützung in der Routine (2)	„Z.T. fehlende Unterstützung bei der Bearbeitung schwieriger/komplizierter Gutachtenfragen.“  „Es gibt [in] unserem Hause (für mich) nur 1 Facharzt (nicht OA) der mich unterstützt, alle anderen, insb. alle (!) OA des Hauses und den Chef interessiert es nicht, was ich/wir Assistenten machen, Hauptsache die Routine-Arbeit wird getan... Dass sich ein OA für einen bei irgendwas einsetzt, kommt so gut wie nie vor; die größte Unterstützung sind die anderen Assistenten des Hauses.“	bessere Entlohnung (2)	„Paritätische Beteiligung an den Bereitschaftsdiensten der Oberärzte/ aller Mitarbeiter.“  „Bezahlung nach Ärztetarif wäre auch schön, schließlich machen wir ja nach StPO ärztliche Tätigkeiten und deshalb möchte ich auch wie ein Arzt bezahlt werden und nicht wie ein Hiwi.“  „Zeitliche Kompensation für Nacht- und Wochenenddienste wäre wünschenswert, genauso wie eine Bezahlung der Nacht- und Wochenenddienste.“

Arbeitsbelastung, Verteilung von Arbeitsaufgaben (Forts.)				
Gen. Y (Forts.)	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Assistenzärztinnen/ -ärzte	mangelndes Verständnis für Überforderung bei vermehrter Arbeitsbelastung (2)	„Fehlendes Verständnis der älteren Kollegen für [ein] vermehrtes Arbeitsaufkommen im Vergleich zu früher (zumindest laut unserem Sekretariat hat es früher weniger Obduktionen und weniger Gutachten im Institut gegeben) und die Überforderung, die das bei noch fehlender ‚Facharzt-Routine‘ bei ‚jungen‘ Kollegen bewirkt.“ „Wenn es um Themen wie Überlastung/ Zeitdruck/ usw. bei viel Routine und geforderter Forschung geht, wird das permanent belächelt à la ‚Früher hab‘ ich die Hälfte der monatlichen Dienste übernommen.“	Entwicklung eines eigenen Stils erlauben (1)	„Mehr Spielraum für die Entwicklung eines eigenen Stils (z.B. beim Schreiben von Berichten).“

**Tabelle 7: Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer in Bezug auf die Arbeitsbelastung**

Qualitative Zusammenfassung der in den Kommentarfeldern schriftlich eingetragenen Aussagen. Die Zitate wurden in manchen Fällen zu Verständniszwecken sprachlich angepasst oder gekürzt, ohne deren Aussagen zu verändern.

Weitere Nennungen (je 1): Fachärztin/-arzt, Generation (Gen.) X: Wünsche: Flexibilität. Assistenzärztin/-arzt, Gen. Y: Kritik: Abgabe von zu viel Verantwortung & Unzufriedenheit mit Leistung, Umerzierung anderer Arbeitsweisen/Stile; Wünsche: Freistellung für Forschung, klare Definition der Aufgabenverteilung.

n = 180

Work-Life-Balance				
Gen. Babyboomer	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Fachärztinnen/-ärzte	-	-	-	-
Gen. X	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Fachärztinnen/-ärzte	Freizeit hat höhere Priorität als Arbeit (6)	„Dringende Arbeiten [werden] nicht erledigt wegen nahendem Feierabend.“ „Wenn die Arbeitszeit erfüllt ist, ist keine Zeit mehr für Wissenschaft - Wissenschaft nur, wenn in der regulären Arbeitszeit Freiräume dafür gestellt werden.“	Bereitschaft für Forschung in Freizeit (1)	„Natürlich die Bereitschaft, auch in der Freizeit wissenschaftlich zu arbeiten. Es ist nicht alles in der regulären Dienstzeit möglich in unserem Fach.“
	mangelnde Bereitschaft für Überstunden (1)	„Mangelnde Bereitschaft zur Übernahme von Dienstgeschäften außerhalb der regulären Arbeitszeit.“	mehr Flexibilität in Bezug auf Arbeitszeit (1)	„Mehr Flexibilität hinsichtlich notwendiger Überstunden/Dienste, insbesondere so lange noch keine eigenen Kinder [da sind], leider nimmt die Einstellung ‚maximal Dienst nach Vorschrift‘ drastisch zu (auch bei altgedienten Kollegen).“
Assistenzärztinnen/-ärzte	Externe Fortbildungen müssen in Freizeit besucht werden (1)	„Wenn man [sich] nach [externen Fortbildungsangeboten] bemüht, werden diese nicht als Arbeitszeit angerechnet, sondern sind in der persönlichen Freizeit zu besuchen.“	-	-
Gen. Y	Kritik (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)	Wünsche (Anzahl Nennungen)	Zitate (Beispiele)
Fachärztinnen/-ärzte	mangelnde Bereitschaft für Überstunden (1)	„Überstunden werden teilweise abgelehnt, aber von anderen erwartet.“	-	-
Assistenzärztinnen/-ärzte	Überstunden werden vorausgesetzt (2)	„Überstunden werden von manchen Kollegen vorausgesetzt oder als normal empfunden.“ „Unbezahlte Überstunden werden als selbstverständlich angesehen.“	Verständnis für Konflikt Beruf/Privatleben (1)	„Verständnis für den Spagat Familie – Beruf“
	mangelnde Bereitschaft für Überstunden (2)	„Z.T. fehlende Bereitschaft, länger zu bleiben.“ „Unverständnis darüber, dass man mit ‚nur‘ 3 Überstunden nach Hause zu seinem kranken Kind möchte, während diese selbst um 16 Uhr die Arbeit beenden.“		
	Nichteinhalten der vertraglichen Arbeitszeit aus privaten Gründen (1)	„Einzelne Mütter mit Facharzt gehen weit vor Ende der Arbeitszeit nach Hause und lassen sich für die volle Arbeitszeit bezahlen.“		

**Tabelle 8: Kritikpunkte und Wünsche der Umfrageteilnehmer in Bezug auf Work-Life-Balance**

Qualitative Zusammenfassung der in den Kommentarfeldern schriftlich eingetragenen Aussagen. Die Zitate wurden in manchen Fällen zu Verständniszwecken sprachlich angepasst oder gekürzt, ohne deren Aussagen zu verändern.

Weitere Nennungen (je 1): Assistenzärztin/-arzt, Generation (Gen.) Y: Kritik: mangelndes Verständnis für Ablehnung von Überstunden, dienstliche Anrufe in der Freizeit, mangelndes Verständnis für Konflikt Beruf/Privatleben, ungerechte Urlaubsplanung.

n = 180

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter und Chefin Frau Prof. Ritz-Timme für die Idee und Inspiration zur Studie, ihr immerwährend offenes Ohr für Fragen oder Sorgen, ihre Ratschläge und ihre unendliche Geduld.

Danke auch an Frau Dipl. Soz.-Wiss. Melanie Siegel für ihre Hilfe bei meinen Fragen zur qualitativen Inhaltsanalyse.

Nicht zuletzt danke ich Simon, meinen Eltern und meinem Bruder für ihre Motivation und moralische Unterstützung. Sie waren die treibende Kraft hinter der Fertigstellung dieser Arbeit.