


# Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Medizin: vom großen Wunsch und wenig Berücksichtigung

## Balancing Family and Career in Medicine: Greatly Desired but Given Little Consideration Results of the Study Arm VI of the KARiMED Study

### Autoren

Heiko Sorg<sup>1, 2</sup> , Mahsa Bagheri<sup>3</sup>, Jan Ehlers<sup>1</sup>, Jörg Hauser<sup>4</sup>, Daniel Johannes Tilkorn<sup>4</sup>, Irimi Helena Leifeld<sup>5</sup>, Paul Christian Fuchs<sup>3</sup>, Christian Günter Georg Sorg<sup>6</sup>

### Institute

- 1 Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung im Gesundheitswesen, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten
- 2 Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Marien Hospital Witten, Witten
- 3 Klinik für Plastische Chirurgie, Handchirurgie, Schwerbrandverletzententrum, Universität Witten/Herdecke Klinikum Köln Merheim, Köln
- 4 Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie, Alfred-Krupp-Krankenhaus, Essen
- 5 Klinik für Plastisch-rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Klinikum Kassel, Kassel
- 6 Lehrstuhl für Management und Innovation im Gesundheitswesen, Fakultät für Wirtschaft und Gesellschaft, Universität Witten/Herdecke, Witten

### Schlüsselwörter

Medizin, Arbeitszeitmodelle, Kinderbetreuung, Förderung, Teilzeitbeschäftigung

### Key words

Medicine, working time models, childcare, sponsorship, part-time employment

online publiziert 02.06.2022

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2023; 85: 505–513

DOI 10.1055/a-1813-8182

ISSN 0941-3790

© 2022, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. Heiko Sorg, MHBA  
Lehrstuhl für Didaktik und Bildungsforschung  
im Gesundheitswesen  
Fakultät für Gesundheit  
Universität Witten/Herdecke  
Alfred-Herrhausen-Str. 50  
58455 Witten  
Germany  
heiko.sorg@uni-wh.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Familienleben und die Berufsausübung sind für junge Ärztinnen und Ärzte hohe Güter. Entsprechend ist eine gute Vereinbarkeit beider Lebensbereiche wichtig. Trotz seit Jahren gegebener politischer Rahmenbedingungen und gesetzlicher Ansprüche, scheint die Umsetzung gerade in der Medizin nicht einfach zu sein und mit großen Vorbehalten und Problemen der Beteiligten verbunden.

**Methodik** Mittels einer Online-Befragung wurde der medizinische Mittelbau aus universitären und peripheren Krankenhäusern zu Themen rund um Familie, Kinder und berufsbiographischen sowie karriererelevanten Themen befragt und anschließend genderspezifisch analysiert.

**Ergebnisse** Die Studienteilnehmenden waren zu 65,1 % verheiratet und hatten bereits Kinder bzw. äußerten einen Kinderwunsch (86,0 %). Die meisten waren in Vollzeit (80,8 %) beschäftigt. Der überwiegende Anteil der Teilzeitbeschäftigten war weiblich (87,4 %). Bei 34,6 % lag eine zeitliche Unterbrechung von  $18,5 \pm 21,3$  Monate in der Karriere vor, welche zu 87,8 % aufgrund von Schwangerschaft oder Kindern genommen wurden. Ärztinnen nehmen im Allgemeinen deutlich mehr Elternzeit in Anspruch als Ärzte (6–12 Monate: Frauen 62,2 %; Männer 22,4 %; 12 Monate und mehr: Frauen 25,2 %; Männer 6,6 %). Die Familienplanung wird durch Vorgesetzte nur wenig unterstützt (21,2 % viel bis sehr viel Unterstützung) und 45,6 % geben an, Probleme mit deren Rückkehr in den Beruf bzw. dem beruflichen Weiterkommen erlebt zu haben. Bei knapp 60 % der Teilnehmenden bestehen im eigenen Krankenhaus keine

spezifischen Arbeitszeitmodelle für Mitarbeitende mit Betreuungspflichtigen Kindern.

**Schlussfolgerung** Für die Umsetzung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Ärztinnen und Ärzten sind in erster Linie Änderungen auf Seiten des Unternehmens notwendig. Zusätzlich müssen die jeweiligen Vorgesetzten umdenken, um eine Parallelisierung dieser beiden Lebensbereiche ihrer Mitarbeitenden zu ermöglichen. Jedoch müssen auch die jungen Ärztinnen und Ärzte ihre Sicht auf dieses Thema überdenken. Nur die reine Forderung zur Veränderung arbeitsrechtlicher Umstände bei Fortführung traditioneller Familienkonstellationen zu Hause, scheint diesem Thema in der heutigen Zeit nicht mehr gerecht zu werden.

## ABSTRACT

**Aim of the study** Family life and professional practice are both highly important for young physicians. Accordingly, a good balancing of both areas of life is necessary. Despite political framework conditions and legal requirements that have been in place for years, implementation of measures to achieve this seems to be difficult, especially in medicine, and is associated with great reservations and problems on the part of those involved.

**Methods** By means of an online survey, the medical mid-level staff from university and peripheral hospitals was questioned

on topics related to family, children and professional biographical as well as career-relevant topics and subsequently analyzed on a gender-specific basis.

**Results** Of the study participants, 65.1 % were married and already had children or expressed a desire to have children (86.0 %). Most were employed full-time (80.8 %). The majority of part-time employees were female (87.4 %). For 34.6 %, there was a career break of  $18.5 \pm 21.3$  months, 87.8 % of which were taken due to pregnancy or children. Female physicians generally took significantly more parental leave than male physicians (6–12 months: females 62.2 %; males 22.4 %; 12 months or more: females 25.2 %; males 6.6 %). Family planning received little support from superiors (21.2 % much to very much support) and 45.6 % reported having experienced problems with their return to work or career advancement. Almost 60 % of the participants did not have any specific working time models in their own hospital for employees with children who need to be cared for.

**Conclusion** In order to implement a work-life balance for physicians, changes are first and foremost necessary on the part of the institutions. In addition, the respective superiors must rethink in order to enable a parallelization of these two areas of their employees' lives. However, young physicians must also rethink their view of this issue. Demanding changes in labor law while continuing traditional family constellations at home does not seem to do address this issue adequately.

## Einleitung

Die aktuellen und kommenden Ärztinnen und Ärzte haben, im Vergleich zu vorherigen Generationen, den dringenden Wunsch einer Parallelisierung von Familie und beruflicher Karriere [1, 2]. Diese beiden unterschiedlichen Lebensbereiche für alle Beteiligten jedoch suffizient zu verbinden ist eine große Herausforderung. Dies birgt im Krankenhaus eine Menge Konfliktpotential, da sich die Ansichten, Arbeitsweisen und Zukunftsvorstellungen der Generation Y, der Generation X, den Babyboomern und der Wirtschaftswundergeneration erheblich unterscheiden [2–4]. Gerade ärztlich tätige Frauen fallen in ihrer beruflichen Karriere durch Schwangerschaft und Kinderbetreuung im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen schon früh zurück [5, 6]. Konsekutiv setzen Ärztinnen hieraus deutlich niedrigere Karriereziele für sich selbst an [7]. So streben nur 4 % der Ärztinnen mit Kindern oder Kinderwunsch noch eine akademische Karriere an, im Vergleich zu 14 % der männlichen Kollegen mit Kindern oder Kinderwunsch [7]. Hieraus lässt sich auch in der Folge ableiten, dass je höher der berufliche Status bei Frauen ist, desto seltener entscheiden sie sich zur Gründung einer Familie [8]. Werden Familienpläne zudem offengelegt oder Elternzeit bzw. Teilzeioptionen wahrgenommen, so geben in einer aktuellen Umfrage über 40 % an, dass dies mit beruflichen Nachteilen verbunden ist [9]. Hinzu kommt die weiterhin hohe Arbeitsbelastung sowie der Druck durch Kolleg:innen und Vorgesetzte [8]. Aus diesem Grund denken mittlerweile mehr als ein Drittel der jungen Ärztinnen und Ärzte über einen Berufswechsel nach [8, 9] und mehr als die Hälfte wünscht sich eine Teilzeitstelle, um auf eine normale

40–42 Stundenwoche zu kommen [9]. Um eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erreichen, gibt es mittlerweile viele Möglichkeiten, die teilweise zwar genutzt werden, deren volle Ausschöpfung im Krankenhauswesen in Deutschland jedoch bislang nicht angekommen ist und sich auf den Rechtsanspruch von Elternzeit oder Teilzeitarbeit reduziert.

In diesem Zusammenhang bleibt daher weiter unklar, inwieweit die mittlerweile geschaffenen politischen Rahmenbedingungen und gesetzlichen Ansprüche zu einer symbiotischen Umsetzung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Unternehmen, Vorgesetzten und Arbeitnehmer:innen in der Medizin führen. Ziel dieser Arbeit war es daher diese Fragestellung bei Ärztinnen und Ärzten zu analysieren und eine aktuelle Sachstandsfrage zu diesem Thema zu erhalten.

## Methode

Die Untersuchung wurde im Rahmen des Studienarms VI der Karriere in der Medizin (KARiMED)-Studie ([www.karrierestudie.de](http://www.karrierestudie.de)) durchgeführt. Für die Befragung wurde der medizinische Mittelbau aller medizinischen Fakultäten Deutschlands sowie der gleichen Anzahl an ausgewählten peripheren Krankenhäusern als Zielgruppe definiert. Die Einschlusskriterien zur Teilnahme wurden wie folgt definiert: (I) abgeschlossenes Medizinstudium, (II) Tätigkeit als Ärztin oder Arzt, (III) Beschäftigung in einem deutschen Krankenhaus. Die Kandidatinnen und Kandidaten wurden per E-Mail über ihre öffentlich zugängliche E-Mail-Adresse zur Teilnahme eingeladen

► **Tab. 1** Beschreibung des Teilnehmerkollektivs der KARiMED-Studie aus dem Studienarm VI (n = 946).

	Gesamt	Frauen	Männer
<b>Allgemeine Angaben, n (%)</b>			
Teilnehmer	946 (100,0%)	543 (57,4%)	403 (42,6%)
Alter in Jahren, Mittelwert ( $\pm$ Standardabweichung)	38,2 ( $\pm$ 8,1)	37,1 ( $\pm$ 7,9)	39,6 ( $\pm$ 8,2)
In einer festen Partnerschaft	799 (84,5%)	436 (80,3%)	363 (90,1%)
– davon Familienstand ledig	253 (31,7%)	154 (35,3%)	99 (27,3%)
– davon in Ehe oder Lebenspartnerschaft	520 (65,1%)	266 (61,0%)	254 (70,0%)
– davon geschieden oder aufgehoben	26 (3,3%)	16 (3,7%)	10 (2,8%)
<b>Unterbrechung der Karriere, n (%)</b>			
Zeitliche Unterbrechung der Karriere liegt vor	327 (34,6%)	238 (43,8%)	89 (22,1%)
Aufgrund:			
– Schwangerschaft/Kinder	287 (87,8%)	212 (89,1%)	75 (84,3%)
– Krankheit	3 (0,9%)	3 (1,3%)	0 (0,0%)
– Urlaub oder Reise	10 (3,1%)	7 (2,9%)	3 (3,4%)
– Weitere Qualifizierung	19 (5,8%)	11 (4,6%)	8 (9,0%)
– Angehörigenpflege	1 (0,3%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)
– Arbeitslosigkeit	8 (2,4%)	6 (2,5%)	2 (2,2%)
– Sonstiger Grund	1 (0,3%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)
n = Anzahl.			

(N = 12.036). Die Online-Befragung wurde mittels der Software LimeSurvey auf einem eigenen Server durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom 01.05.2017 bis 31.05.2019. Zur Erfassung der Daten wurde ein anonymisierter Online-Fragebogen bestehend aus einem allgemeinen Teil mit Fragen zu soziodemographischen und berufsbiographischen Merkmalen und einem speziellen Teil zur Erfassung subjektiver Einschätzungen zur Karriere in der Medizin konzipiert. Für die Durchführung der Studie lag ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover vor (Nr. 1862–2013).

Die quantitative Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik unter Verwendung des Programms R (Version 4.1.0; 18.05.2021). Unverbundene Gruppenvergleiche wurden je nach Datenniveau mittels exaktem Fischer-, Chi-Quadrat- oder Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

## Ergebnisse

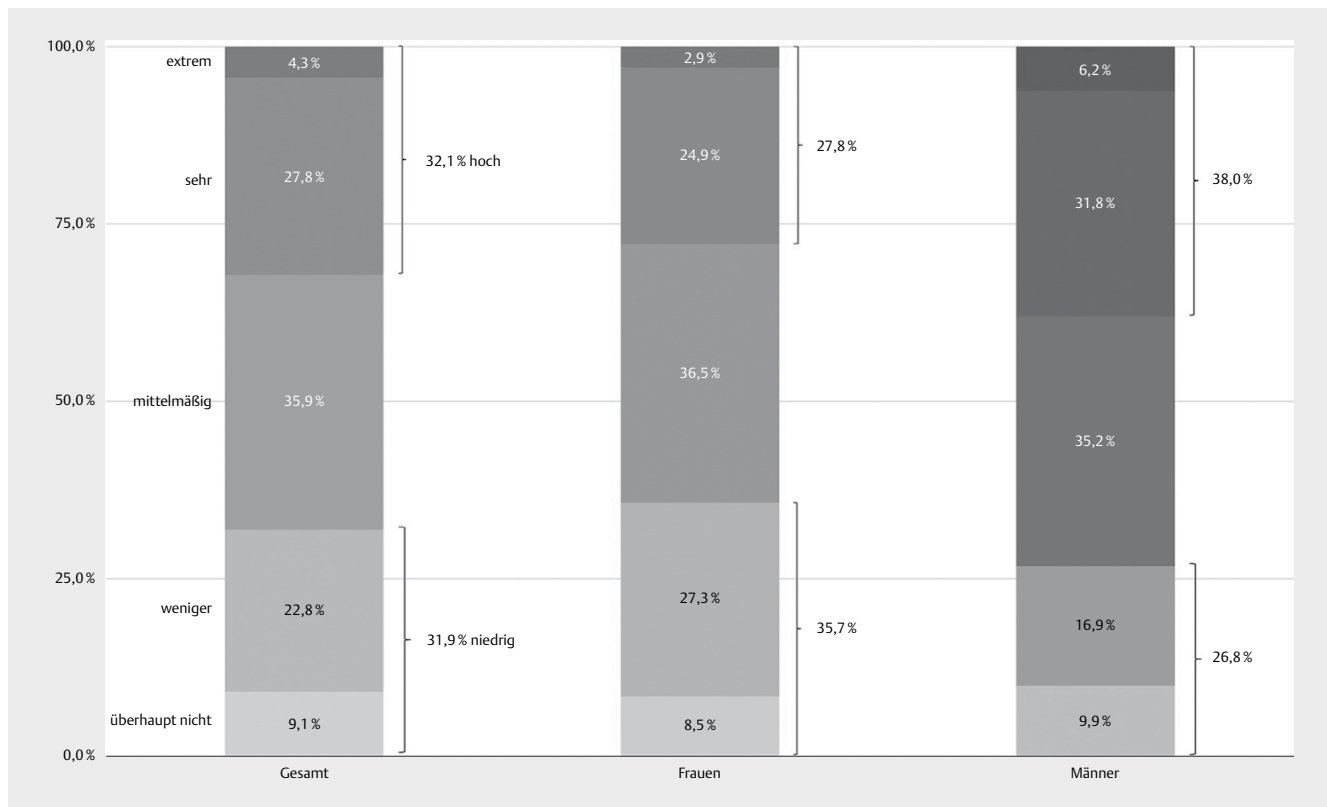
### Teilnehmerkollektiv

Insgesamt haben an der Umfrage 1.443 Personen teilgenommen, von welchen 946 mit vollständigen Antworten in die Studie eingeschlossen wurden (► **Tab. 1**). Hiervon waren insgesamt 664 Personen an Universitätskliniken beschäftigt (70,2%; Frauen 73,1%; Männer 66,3%). Die übrigen Teilnehmenden arbeiteten mit 11,6% an Krankenhäusern mit Maximalversorgung, 9,4% an Schwerpunktversorgern sowie zu 8,8% an Grund- und Regelversorgern. Von den Antwortenden waren 80,8% in Vollzeit beschäftigt. Bei den Teilzeitbeschäftigten (n = 182) war der überwiegende Anteil weiblich (87,4%). Insgesamt war die Mehrheit der Befragten befristet beschäftigt (61,4%) mit einer durchschnittlichen Befristung von  $36,0 \pm 18,9$  Monaten. Von den Befragten haben im Laufe ihrer bisherigen Karriere diese zu 34,6% zeitlich ( $18,5 \pm 21,3$  Monate) un-

terbrochen (in der Gruppe der Frauen 43,8% ( $22,9 \pm 23,1$  Monate); in der Gruppe der Männer 22,1% ( $6,5 \pm 7,0$  Monate)). Diese Unterbrechung fand zu knapp 90% aufgrund von Schwangerschaft oder Kindern statt (► **Tab. 1**). Die Teilnehmenden waren überwiegend in einer festen Partnerschaft (► **Tab. 1**).

### Aktuelle Situation der Teilnehmer und Förderung durch Vorgesetzte

Weit mehr als die Hälfte der Teilnehmer (60,6%) ist mit der aktuellen Situation gegenüber ihrem unmittelbaren Vorgesetzten *zufrieden* (44,6%) bis *sehr zufrieden* (16,1%). Hier sind Männer im Gegensatz zu Frauen etwas zufriedener (64,5 vs. 57,8% in der Gruppe der Frauen). Die Situation das der unmittelbare Vorgesetzte eine Oberärztin/Oberarzt oder Arbeitsgruppenleiterin/Arbeitsgruppenleiter war, wird mit 57,7% nicht ganz so zufriedenstellend beurteilt, wie wenn dies die Chefärztin/der Chefarzt oder die Institutsleiterin/der Institutsleiter war (67,4%). So geben die Teilnehmenden in nur 13,8% der Fälle an mit dieser Situation *sehr zufrieden* und mit 43,9% *zufrieden* zu sein. Die Förderung der allgemeinen beruflichen Weiterentwicklung durch die Vorgesetzten wird insgesamt fast gleichmäßig mit circa einem Drittel jeweils als *niedrig*, *mittelmäßig* und *hoch* angegeben (► **Abb. 1**). Bei einem Blick auf die geschlechterspezifische Unterteilung fällt jedoch auf, dass zwischen Frauen und Männern zu Ungunsten der Frauen in den Antwortgruppe *hoch* bzw. *niedrig* eine Verschiebung von circa 10% liegen (► **Abb. 1**). In diesem Zusammenhang bewerten Frauen die Frage nach gleichberechtigter Behandlung gegenüber Vorgesetzten statistisch signifikant unterschiedlich im Vergleich zu den befragten Männern und dies mit höheren Werten für eine nicht gleichberechtigte Behandlung (► **Abb. 2**).



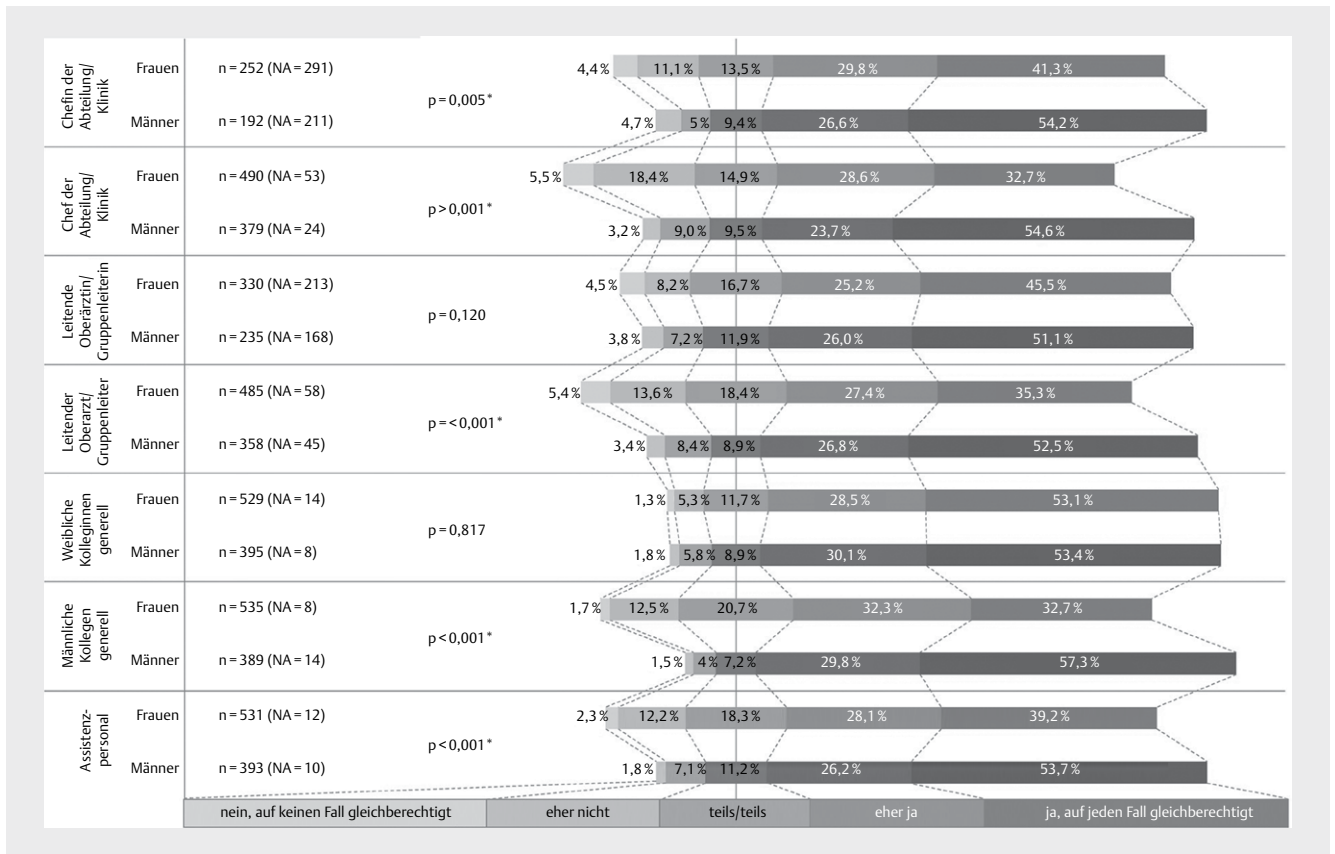
► **Abb. 1** Darstellung der Förderung der Weiterentwicklung durch die Vorgesetzte oder den Vorgesetzten der Studienteilnehmenden der KARIMED VI-Studie (n = 946).

## Familie und Kinder

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden dieser Studie hatte bereits Kinder (54,5%) und zwar im Durchschnitt  $1,9 \pm 0,9$  Kinder pro Teilnehmenden. Zudem planen 31,5% noch Kinder zu bekommen (bisher noch keine Kinder). Weitere 7,3% waren noch unentschieden. Für den überwiegenden Anteil der Studienteilnehmenden spielt oder spielte der Kinderwunsch in der Karriereplanung eine *sehr große* (19,2%) oder *große Rolle* (31,7%). Von den Teilnehmenden gaben 22,3% an, dass der Kinderwunsch eine nur *mittelmäßige* Rolle spielte, während dies bei 16,9% eine *geringe* und bei 9,8% eine *sehr geringe* Rolle spielte. Bei 70,7% (von n = 516 die Kinder haben) führte die Familie selbst oder sogar nur die Familienplanung zu einer Veränderung der bisherigen Karriere und Weiterbildung. Vornehmlich gaben die Befragten bei der Tendenz der Veränderung hierbei an, dass sich die bisherige Karriere/Weiterbildung durch die Familie bzw. Familienplanung nur *teils/teils* (39,5%) bzw. *eher zum negativen* verändert hat (38,6%). Eine *positive* oder *durchweg positive* Veränderung nahmen nur 13,4% der Teilnehmenden wahr. Ein kleiner Teil empfindet durch die Familie eine *durchweg negative* Veränderung (8,5%).

Bei der Familienplanung erhalten die Umfrageteilnehmenden nur in 21,2% *viel* bis *sehr viel* Unterstützung durch die jeweiligen Vorgesetzten. Der überwiegende Anteil (78,8%) erhält *keine* bis nur *mittelmäßige* Unterstützung bei der Familienplanung. In diesem Zusammenhang geben 45,6% an (Frauen 52,5%; Männer 36,2%), bereits Probleme mit deren Rückkehr in den Beruf bzw. deren beruflichem Weiterkommen bei Kollegen in der eigenen Klinik oder

Institut erlebt zu haben, welche aufgrund einer Schwangerschaft ausgefallen sind oder dieses planen (26,3% konnten sich hierzu nicht äußern; 28,1% haben dies nicht erlebt). Bei 59,8% der Umfrageteilnehmenden bestehen keine spezifischen Arbeitsmodelle für Mitarbeitende mit Kindern (bei 40,2% gibt es solche Modelle; n = 194 Teilnehmer konnten sich hierzu nicht äußern). In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, ob bei fehlenden Arbeitszeitmodellen entsprechend häufiger der gesetzliche Anspruch auf Elternzeit wahrgenommen wird. Grundsätzlich geben 86,7% der Teilnehmenden an, Elternzeit genommen zu haben, dieses zu planen oder soweit sich Nachwuchs einstellt nehmen zu wollen (13,3% würden keine Elternzeit nehmen, n = 117 haben sich zu der Frage nicht geäußert). Von den Teilnehmenden, die Elternzeit nehmen würden, planen zu nehmen oder genommen haben (n = 719), gaben 33,7% eine Dauer bis zu sechs Monaten an (Frauen 12,6%; Männer 71,0%), 47,8% von sechs bis 12 Monaten (Frauen 62,2%; Männer 22,4%) und 18,5% mehr als 12 Monate an (Frauen 25,2%; Männer 6,6%). Die Gruppe, welche Auskünfte zum Vorliegen von Arbeitszeitmodellen in ihrer Einrichtung geben konnten und eine Aussage zur Inanspruchnahme von Elternzeit abgegeben hatten, bestand aus insgesamt 674 Personen. Dabei war die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Elternzeit als gleich anzusehen (Exakter Fischer-Test; p = 0,817), ob nun ein Arbeitszeitmodell vorlag (87,1%) oder dieses nicht bei der Einrichtung gegeben war (86,3%). Ebenso war kein Unterschied in der Dauer der Elternzeit zu finden (Mann-Whitney-U-Test; p = 0,495).



► **Abb. 2** Darstellung der Auswertung einer gleichberechtigten Behandlung durch Vorgesetzte und Kollegen der Studienteilnehmenden der KARI-MED VI-Studie (n = 941). n = Anzahl, NA = not available; fehlende Daten (keine entsprechenden Kolleginnen und Kollegen)

Teilnehmende mit Kindern (n = 516) erhalten Unterstützung bei der Kinderbetreuung durch einen Kindergarten zu 64,7%, von den Großeltern mit 40,7% und von privaten Tagesmüttern, Au Pairs oder Babysittern mit 22,7%. Der/die Ehepartner/in oder Partner/in ist zudem in 92,4% der Fälle eine Unterstützung bei der Kinderbetreuung (Mehrfachnennungen waren möglich). Keine Unterstützung bei der Kinderbetreuung zu erhalten, gaben nur 1,4% an. Im Zusammenhang der Kinderbetreuung geben 74,4% aller Teilnehmer an über die Möglichkeit einer klinikeigenen Kinderbetreuung zu verfügen. Dennoch sind die Betreuungsangebote, soweit vorhanden, in 55,7% der Fälle für die Kinder der Mitarbeitenden nicht ausreichend. Die Gründe hierfür werden mit zu wenig Plätzen (54,6%), zu kurzen und/oder unflexiblen Betreuungszeiten (28,2%), sowie der Bevorzugung nicht akademischen/nicht-ärztlichen Personals bei der Platzvergabe (1,1%) beschrieben. Dies vor dem Hintergrund, dass ein Fünftel der Befragten angab (21,7%), dass der jeweilige Arbeitgeber spezifische Siegel oder Zertifizierungen für eine besondere Familienfreundlichkeit oder Kinderbetreuung auswies, jedoch sich ein spezifischer Nutzen für die Umfrageteilnehmenden durch diese Siegel oder die Zertifizierung jedoch nicht ableiten lies (74,6%).

## Diskussion

Für die junge Generation der Erwerbstätigen als Angehörige der Generation Y, aber im Speziellen auch für junge Ärztinnen und Ärzte, steht eine gute Work-Life-Balance, die Familienplanung und -gründung sowie die Möglichkeit von Teilzeitarbeits- und Lebensphasenmodellen im Vordergrund ihrer beruflichen Tätigkeit [2, 3, 10]. Hinzu kommt, dass der Anteil der beruflich tätigen Frauen in der Generation Y deutlich höher als in allen Generationen zuvor ist und sich dies insbesondere im Fachgebiet der Medizin seit Jahren widerspiegelt [4]. Die Arbeitszeit ist bei der Generation Y ein hohes Gut und wird mit „Leben beim Arbeiten“ beschrieben [4]. Sie wünschen sich eine sinnvolle und flexible Gestaltung ihrer Dienstzeiten und strukturierte Organisation ihrer Arbeitsinhalte. Überstunden bedürfen der Begründung und werden nur ungern gemacht, Mittagspausen sollen verlässlich und die Dienstplangestaltung sollte ausgewogen sein [11]. Dies geht insgesamt damit einher, dass zum einen die arbeitsfreie Zeit für die Generation Y eine größere Bedeutung hat, zum anderen aber auch die Möglichkeit der Teilzeitarbeit, Elternzeit oder Sabbatical wichtiger als bei den Vorgängergenerationen ist [10, 12]. Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind daher fast 70% der Ärztinnen und Ärzte bereit, für eine bestimmte Zeit eine Teilzeitanstellung anzunehmen [2, 13]. Werden diese Erwartungen nicht erfüllt, so ist die Generation Y bereit, den Arbeitsplatz zu kündigen [11, 14], wodurch die Mitarbeiterbindung an das Unternehmen eine völlig neue

Tragweite erhält. Somit ergibt eine familienbewusste Personalpolitik im Unternehmen Vorteile für beide Seiten. Dies wird auch durch eine Studie unter Medizinstudierenden aus dem Jahr 2010 unterstrichen [15]. Zwar war es nicht Gegenstand der Studie die privaten Ziele der Teilnehmenden abzufragen, jedoch spielten für die berufliche Karriere die Faktoren Planungssicherheit und gute Zukunftsaussichten eine wesentliche Rolle. Interessanterweise waren die Verdienstmöglichkeiten im Beruf nur von untergeordneter Bedeutung [15], handelt es sich bei der Ausübung des Berufes als Ärztin oder Arzt um einen doch per se sicheren Job [15], wenn auch die Bedingungen in Deutschland nicht unbedingt als die besten angesehen werden [16, 17]. Dies konnte in ähnlicher Weise durch eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Studie beim Marktforschungsinstitut GfK aus dem gleichen Jahr herausgefunden werden. So können sich nahezu 75 % vorstellen, für bessere Bedingungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf den Arbeitgeber zu wechseln. Interessanterweise hat dies fast jeder Dritte auch bereits getan. Des Weiteren gaben fast 70 % der Befragten zwischen 40–49 Jahren an, dass familienfreundliche Angebote im Unternehmen gleichermaßen wichtig wie das Gehalt oder sogar wichtiger seien. Dieser Anteil stieg auf 91 % bei Teilnehmenden mit Kindern unter 18 Jahren [18].

Trotz der vielen Unterschiede kann die Generation Y jedoch in Zukunft grundlegend zur Professionalisierung und Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses beitragen [4]. Als nachrückende Generation sind sie deshalb, zusätzlich verstärkt durch den bestehenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, begehrte Mitarbeitende [19, 20]. Der Generationenkonflikt aufgrund der erheblich anderen Wertvorstellungen der Arbeit und des Berufslebens kann oder sollte jedoch als Möglichkeit für einen Kulturwandel zu mehr Professionalisierung und Wettbewerbsfähigkeit genutzt werden [4, 21]. Hier reicht jedoch das alleinige Stellenangebot bei weitem nicht mehr aus. Für eine entsprechende Personalrekrutierung und -bindung werden familienfreundliche Arbeitgebende, im Sinne der Caring Company, mit entsprechender Kinderbetreuung, Teilzeit- und Lebensphasenprogrammen, Job- und Dienstsharing oder Stellensplitting in Zukunft bevorzugt werden [10]. Gerade der Bereich der flexiblen Arbeitszeiten ist für Angehörige der Generation Y von immanenter Bedeutung, um hier die eigene Lebens- und/oder Familienplanung an das Berufsleben anpassen zu können. Ein Bedürfnis, das ebenfalls kein rein nationales ist, sondern in Japan und den USA ebenfalls gefordert wird [22, 23].

Während in anderen Branchen ganze Gebäude auf die Mitarbeitenden angepasst werden, um deren Bedürfnissen am Arbeitsplatz gerecht zu werden, stehen hingegen insbesondere für akademische Mitarbeitende im Krankenhaus keine ausreichenden Betreuungsangebote für deren Nachwuchs zur Verfügung, bzw. sind nicht an die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte angepasst. So verwundert es nicht, dass im Jahr 2019 für Deutschland immer noch insgesamt über 342.000 Betreuungsplätze für Kinder fehlten [24]. Am Beispiel Schweden kann jedoch aufgezeigt werden, dass es auch anders geht. In Schweden sind über 80 % der Frauen berufstätig. Hiervon sind 82 % mit einem Kind unter 7 Jahren erwerbstätig und nur 40 % hiervon arbeiten in Teilzeit (Deutschland 69 %). Dies liegt an einer seit den 1970er Jahren begonnenen Familienpolitik, welche die Verbesserung der Geschlechtergleichheit durch die Unter-

stützung berufstätiger Mütter, die gemeinsame Elternschaft und den Ausbau der öffentlichen Kinderbetreuung zum Ziel hatte. Daher nutzen 90 % der Eltern in Schweden dieses Betreuungsangebot, welches sich mit frühen Öffnungszeiten und späten Schließzeiten an die berufstätigen Eltern anpasst [25, 26]. Des Weiteren besteht für beide Elternteile eine verpflichtende 60-Tage-Elternzeit nach der Geburt eines Kindes, was auch das Verständnis für Väter sich um Familienaufgaben zu kümmern, deutlich erhöht [25, 26].

Von Studierenden der Medizin wird berechtigterweise die Frage gestellt, ob der beste Moment zur Familiengründung nicht während des Medizinstudiums liegt [27]. Medizinstudierende mit Kindern sahen in der Familiengründung bereits während des Studiums Vorteile sowohl für die Familie selbst, als auch die Karriere [27]. Als nachteilig wurde jedoch die schwierige finanzielle Situation und die fehlenden finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten in dieser Situation genannt [27]. Akademische Mitarbeitende scheinen zudem an vielen Kliniken keine gleichberechtigte Behandlung bei der Platzvergabe für die Kinderbetreuung zu erhalten. Verleihe Siegel zur Familienfreundlichkeit scheinen mehr dem Renommee der Unternehmen zu nutzen, als denjenigen, für die solche Qualitätszertifikate eigentlich vergeben wurden. Ferner sollte man die Frage stellen, warum das Programm zur Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in Krankenhäusern durch das im Jahr 2019 verabschiedete Pflegepersonalstärkungsgesetz nicht auch in ähnlicher Weise für ärztliches Personal aufgelegt werden kann. Legt man diesem Problem die geleisteten Arbeitszeiten zugrunde, erkennt man eine höhere Arbeitsbelastung des ärztlichen Dienstes gegenüber der Pflege [13, 28] und darf somit die zumindest gleiche Herausforderung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Alltag für Ärztinnen und Ärzte voraussetzen.

Bei den Ärztinnen und Ärzten unserer Untersuchung besteht ein klares Bekenntnis zu Familie und Kindern (86 % haben Kinder bzw. Kinderwunsch). Dieser Wunsch spielt in der jeweiligen Karriereplanung auch eine große Rolle. Dies spiegeln Ergebnisse einer schweizerischen Studie aus dem Jahr 2007 wieder, bei der 88 % angaben, eine Familie gründen zu wollen [7]. Bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und bei gleich anspruchsvollen (akademischen) Berufen der Partner:innen wird jedoch an einer eher traditionellen bzw. konventionellen Aufteilung von Mann und Frau in der Familie festgehalten [7, 8, 29, 30]. Fast doppelt so viel Frauen als Männer haben ihre Karrieren aufgrund von Schwangerschaft und Kindern unterbrochen und dies insgesamt für fast viermal so lange Zeit. Dieser Trend wird durch die Ergebnisse in der hier vorgelegten Studie ebenfalls bestätigt und zeigt sich insbesondere bei der Analyse (familienfreundlicher) Teilzeitmodelle. So sind Ärztinnen mehr als doppelt so häufig in Teilzeitarbeit beschäftigt, als Ärzte (38 vs. 16%; [31]). Diese Aufteilung (Vater 100 %, Mutter Teilzeit oder beide Teilzeit) war interessanterweise auch bei Ärztinnen mit Kindern das präferierte Arbeitszeitmodell [7]. Jedoch bestehen weiterhin bei knapp der Hälfte der Befragten keine entsprechenden Arbeitszeitmodelle, weshalb vermutlich der gesetzliche Elternzeitanspruch, also die unbezahlte Freistellung von der Arbeit nach der Geburt eines Kindes, genommen wird. Mehr als 85 % der Umfrageteilnehmenden dieser Studie würden das Recht auf Elternzeit für die Familiengründung bzw. zur Kinderbetreuung nutzen wollen. Die bekannte Geschlechterinkongruenz bei Inanspruchnahme der Elternzeit zeigt sich jedoch auch im medizinischen Mittelbau [32].



► **Tab. 2** Zusammenfassung der notwendigen Reformwünsche zur besseren Vereinbarkeit von Karriere und Familienplanung (n = 815).

Reformwunsch, n (%) <sup>a</sup>	Gesamt	Frauen	Männer
Andere Arbeitszeiten/Teilzeitmodelle/Anspruch auf Vollzeitstelle nach Teilzeit für Mitarbeiter mit Kindern	604 (74,1%)	393 (78,9%)	211 (66,6%)
Anspruch auf Kinderbetreuung in der Dienststelle	581 (71,3%)	367 (73,7%)	214 (67,5%)
Parallelisierung Karriere und Familienplanung	579 (71,0%)	364 (73,1%)	215 (67,8%)
Sicherstellung von Personal bei Schwangerschaft/Anreize für Schwangerschaftsvertretung geben	549 (67,4%)	331 (66,5%)	218 (68,8%)
Flexible Kinderbetreuungsangebote durch Arbeitgeber/finanzielle Unterstützung	510 (62,6%)	323 (64,9%)	187 (59,0%)
Transparente Zusatzvergütung bei Mehrarbeit	373 (45,8%)	208 (41,8%)	165 (52,1%)
Klare Regelungen im Falle einer Schwangerschaft	372 (45,6%)	239 (48,0%)	133 (42,0%)
Weniger Abhängigkeit von Vorgesetzten/Umdenken des Vorgesetzten notwendig	287 (35,2%)	169 (33,9%)	118 (37,2%)
Mehr Transparenz	249 (30,6%)	140 (28,1%)	109 (34,4%)
Sonstiges (teilweise offene Antworten)	37 (4,5%)	28 (5,6%)	9 (2,8%)

<sup>a</sup> Mehrfachnennung mit n = 4.141 bei 815 Teilnehmern (Frauen 498; Männer 317; n = 73 sehen keinen Reformbedarf und n = 58 haben sich mit der Frage bislang nicht auseinandergesetzt).

Während Frauen zu mehr als 87 % 12 Monate und mehr Elternzeit nehmen, unterbrechen Männer ihre berufliche Karriere für die Familie in 71 % nur bis zu sechs Monaten.

Neben den verschiedenen Arbeitszeitmodellen und den Möglichkeiten zur Kinderbetreuung spielt die die Unterstützung durch die Vorgesetzten eine ebenso große Rolle. Die Förderung der beruflichen Weiterentwicklung wird in unserer Untersuchung gleichmäßig mit *niedrig*, *mittelmäßig* und *hoch* angegeben. Geht es jedoch um die Unterstützung bei der Familienplanung so bewerten die Umfrageteilnehmenden dies deutlich schlechter. Nur etwa ein Fünftel kann in einem solchen Zusammenhang auf eine gute Unterstützung durch die Vorgesetzten bauen. Dies geht sogar so weit, dass fast die Hälfte aller Umfrageteilnehmenden Probleme mit deren Rückkehr in den Beruf bzw. dem beruflichen Weiterkommen erlebt haben, welche aufgrund eines Kinderwunsches oder einer definitiven Schwangerschaft induziert waren.

Die Implementierung von familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen in der Medizin, vor allem der akademischen Medizin, bleibt daher weiterhin eine große zu bewältigende Aufgabe. Für Arbeitszeitflexibilisierungen stehen zwar viele Modelle und Möglichkeiten, wie Gleitzeit, Teilzeit, Schichtarbeit, Vertrauensarbeitszeit, Lebensarbeitszeit, Jobsharing, Home-Office, Familienarbeitszeit und viele weitere mehr, zur Verfügung. Jedoch sind bis auf wenige einzelne dieser Optionen im System Krankenhaus in seiner aktuellen Situation nicht umgesetzt oder umsetzbar. Die meisten medizinischen Fachgebiete bedürfen eines direkten Arzt-Patienten-Kontaktes, chirurgisch tätige Fachgebiete sind auf Hauptarbeitszeiten der OP-Abteilungen angewiesen, kleine Abteilungen mit nur wenig ärztlichen Mitarbeitenden können, wenn überhaupt, nur in einem begrenzten Umfang Gleitzeit oder Schichtarbeit einführen, flexible Kinderbetreuungsangebote, auch für kranke Kinder, sind kaum oder nicht vorhanden. Und somit stellt die Möglichkeit der Teilzeitarbeit für die meisten nach einer Elternzeit, die einzige Option dar und unterstützt somit das staatlich begünstigte Modell des „Hauptnährers mit Zuverdienerin“ [33]. Hier könnte hingegen das Modell der Familienarbeitszeit eine Möglichkeit auch für das Krankenhaus bieten. Sie stellt ein Modell dar, in welchem es zu einer partnerschaftlichen Aufteilung der Erwerbsarbeit und Familienarbeit

zwischen den Partner:innen kommt, in welchem beide einer Erwerbstätigkeit mit reduzierter Wochenstundenzahl von z. B. 80 %, nachgehen und sich familiäre Aufgaben teilen [33]. Entsprechende Lohnersatzleistungen könnten den finanziellen Anreiz für dieses Modell zusätzlich erhöhen, da gerade die Gehaltseinbußen für Ärztinnen und Ärzte in Elternzeit, nicht unerheblich sind. Auch hier muss ein Umdenken der Geschäftsleitungen von Krankenhäusern erfolgen. Das IT-Unternehmen Hewlett-Packard hat dies erkannt und bietet seinen Angestellten eine sechsmonatige Elternzeit bei voller Weiterbezahlung an [34]. Dies gilt sowohl bei Geburt wie Adoption und auch für gleichgeschlechtliche Partnerschaften [34]. Auch Krankenhäuser beschäftigen hochspezialisiert ausgebildetes Personal, welches beim aktuellen Fachkräftemangel unbedingt gehalten werden muss. Dem Wunsch nach Arbeitszeitflexibilisierung eines Mitarbeitenden könnten Krankenhäuser daher mit entsprechender Vorlaufzeit ebenso gut begegnen, wenngleich nicht alle Modelle äquivalent zu Wirtschaftsunternehmen umsetzbar sind.

Als Limitation dieser Studie müssen noch einige Punkte angesprochen werden. Die Rücklaufquote lag trotz mehrfacher Einladung und Erinnerung sowie einem optimierten Fragebogendesign bei 8,6 %. Die Methodik zur Erstellung und Nutzung von Fragebögen als Instrumente wissenschaftlicher Erhebungen sind in der Wissenschaft bewährt und Online-Befragungen sind aus der modernen Kommunikation und Wissenschaft nicht mehr wegzudenken [35–37]. Eine Online-Umfrage kann schnell umgesetzt werden. Dies betrifft nicht nur die Einladung der potenziellen Teilnehmenden, sondern auch die Auswertung der Daten, welche direkt nach Bearbeitung des Fragebogens vorliegen. Des Weiteren ist die Online-Umfrage kostengünstig, da kein externes Institut beauftragt werden muss. Durch die Anonymität liefert eine Online-Befragung zudem meist ehrliche Antworten und erhöht somit die Qualität der Daten. Trotz der vermeintlich geringen Teilnahme an der Umfrage ist daher trotzdem von einem entsprechenden Gehalt der Daten im Sinne der Annahmen für eine große Gesamtheit der Betroffenen auszugehen. Als weiteren limitierenden Punkt könnte die unterschiedliche Teilnehmerate von Befragten an Universitäts- und peripheren Kliniken sein, was zu einer gewissen Verzerrung führen könnte. Dem kann insofern stattgegeben werden, dass das Thema

der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gerade an Universitätskliniken von höherem Interesse sein könnte, da neben der reinen Krankenversorgung noch Lehraufträge und Forschung hinzukommen, welche den Umstand der Vereinbarkeit durch signifikante zeitliche Mehrbelastungen weiter erschweren. Hierdurch lässt sich gegebenenfalls die höhere Teilnehmerate erklären. Abschwächend kann an dieser Stelle jedoch gesagt werden, dass in vielen Online-Umfragen der KARiMED-Studie auch zu anderen Themen und teilweise deutlich höheren Einladungszahlen von Teilnehmenden in peripheren Kliniken das gleiche zwei Drittel-Verhältnis erkennbar ist.

Zusammenfassend kann anhand der in dieser Befragung erhaltenen Ergebnisse berichtet werden, dass bei der jungen Ärzteschaft ein klarer Wunsch zu einer Vereinbarkeit von Familie und Beruf besteht und, dass es hierfür zu Reformen in der Medizin kommen muss (siehe auch ► **Tab. 2**). An dieser Stelle ist mit Sicherheit von beiden Seiten ein gewisses Verständnis für die Situation des anderen notwendig. Die politischen Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der Vereinbarkeit sind hierfür seit langem geschaffen durch Modelle wie Elternzeit, Elterngeld o.ä. Neue Arbeitszeitflexibilisierungen sind ebenfalls möglich, jedoch nicht alle in der Medizin gleichermaßen umsetzbar. Aktuell stellt sich die Situation hingegen so dar, dass für die Umsetzung dieses Wunsches in erster Linie Änderungen auf Seiten der Arbeitgebenden bzw. ein Umdenken der Vorgesetzten erforderlich ist. Wie unbefriedigend die Arbeitsverhältnisse im Gesundheitssektor weiterhin sind, wird durch die aktuelle Befragung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten des Hartmannbundes aus 2021 erneut unterstrichen [9]. Die feste Etablierung entsprechender Arbeitszeitmodelle sowie die Kinderbetreuung am Dienort stellen hier für Mütter wie Väter notwendige Voraussetzungen zur Möglichkeit der Parallelisierung von beruflicher Karriere und Familienplanung dar. Ob es sich hierdurch in der Folge dann um eine konkrete Vereinbarkeit oder eher die Addition zweier Lebensbereiche handelt, bleibt weiter in der Diskussion [8].

## Einhaltung ethischer Richtlinien.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

### Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- [1] Zippel C, Güde M, Bohnet-Joschko S. Was der Ärztenachwuchs erwartet. Ergebnisse einer Befragung zur Arbeitgeberwahl unter Studierenden der Humanmedizin. *Das Krankenhaus* 2012; 1128–1134
- [2] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. In 5 Schritten zu mehr Vereinbarkeit. Leitfaden für eine erfolgreiche Fachkräftesicherung im Krankenhaus 2020;
- [3] Schmidt C, Möller J, Windeck P. Arbeitsplatz Krankenhaus. Vier Generationen unter einem Dach. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: A928–A933
- [4] Schmidt CE, Moller J, Schmidt K et al. Generation Y: recruitment, retention and development. *Anaesthesist* 2011; 60: 517–524. doi:10.1007/s00101-011-1886-z
- [5] Buddeberg-Fischer B, Ebeling I, Stamm M. Karriereförderliche und karrierehinderliche Erfahrungen in der Weiterbildungszeit junger Ärztinnen und Ärzte. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2009; 134: 2451–2457. doi:10.1055/s-0029-1243027
- [6] Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C et al. The impact of gender and parenthood on physicians' careers--professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 40. doi:10.1186/1472-6963-10-40
- [7] Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Klaghofer R. Family and career planning in young physicians. *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 2008; 48: 234–240. doi:10.1159/000154808
- [8] Rosch L. Beruf und Familie: Immer ein Spagat. *Dtsch Arztebl International* 2020; 20–22
- [9] Hartmannbund. Assistenzarzt-Umfrage 2021 – Arbeitsbedingungen, Ökonomisierung und Digitalisierung. 2021
- [10] Twardy C. Arbeitszeitmodelle: Zahlreiche Kombinationsmöglichkeiten. *Deutsches Ärzteblatt* 2017; 114: A2364–A2365
- [11] Hardering H, Hofmeister Friedericke. Auf der Suche nach dem Sinn. Die Bedeutung der Arbeit für das Leben. *Forschung & Lehre* 2014; 7: 520–522
- [12] Garweg LC. Die Herausforderungen der Generation Y an die Arbeitgeber der freien Wirtschaft und die Bedeutung für Arbeitgeber in der Sozialen Arbeit. Bachelor-Thesis 2019; Hochschule Düsseldorf -Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften-.
- [13] Marburger Bund. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Gesamtauswertung MB-Monitor 2019. 2019
- [14] Deloitte. The 2016 Deloitte Millennial Survey. Winning over the next generation of leaders. 2016
- [15] Gotz K., Miksch A, Hermann K et al. Aspirations of medical students: "planning for a secure career" – results of an online-survey among students at five medical schools in Germany. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 253–257. doi:10.1055/s-0031-1272520
- [16] Zupanic M, Hofmann M, Osenberg D et al. The aimed or feared professional future of medical students at the University of Witten/Herdecke. *GMS Z Med Ausbild* 2011; 28: Doc25. doi:10.3205/zma000737
- [17] Richter-Kuhlmann E. Berufsperspektiven: „Ja“ zum Arztberuf, „Nein“ zu deutschen Verhältnissen. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A1881–A1882
- [18] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Familienfreundlichkeit – Erfolgsfaktor für Arbeitgeberattraktivität. 2010; 1–14
- [19] Ramsay M. The new generation of graduating anesthesia residents: what is the impact on a major tertiary referral private practice medical center? *Current Opinion in Anaesthesiology* 2007; 20: 568–571. doi:10.1097/ACO.0b013e3282f100ed
- [20] Salfeld R, Hehner S, Wichels RC. *Modernes Krankenhausmanagement*. Springer Science & Business Media; 2010
- [21] Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Berufsmonitoring Medizinstudierende* 2018. 2018
- [22] Harrison RA, Gregg JL. A time for change: an exploration of attitudes toward part-time work in academia among women internists and their division chiefs. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 2009; 84: 80–86. doi:10.1097/ACM.0b013e3181900ebd
- [23] Nomura K, Yamazaki Y, Gruppen LD et al. The difficulty of professional continuation among female doctors in Japan: a qualitative study of alumnae of 13 medical schools in Japan. *BMJ Open* 2015; 5: e005845–e005845. doi:10.1136/bmjopen-2014-005845



- [24] Geis-Thöne W. IW-Kurzbericht 96/2020 Kinderbetreuung: Über 340.000 Plätze für unter Dreijährige fehlen. Institut der Deutschen Wirtschaft 2020; 1–3
- [25] Chzhen Y G, A.; Rees G. Are the world's richest countries family friendly? Policy in the OECD and EU. UNICEF Office of Research, Florence 2019; 1–22
- [26] Anonym. Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Was im Norden besser läuft. Böcklerimpuls 2013; 2
- [27] Quak S, Hofmann M, Ehlers JP et al. Child and Career, but When? Mixed Methods Research on Starting a Family During Student Years vs. after Graduation from Medical School. *Gesundheitswesen* 2021; 83: 512–515. doi:10.1055/a-1402-0154
- [28] Statistisches Bundesamt. Ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte arbeitete 2018 mehr als 48 Stunden pro Woche. Pressemitteilung Nr N 019 vom 24 April 2020 2020
- [29] Abele AE. Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. in Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg): *Karriereplanung für Ärztinnen*. Heidelberg: Springer; 2006: 35–57
- [30] Hohner HU, Grote S, Hoff EH et al. Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensgestaltung von Ärztinnen und Ärzten. in Abele AE, Hoff EH, Hohner HU (Hrsg): *Frauen und Männer in akademischen Professionen: Berufsverläufe und Berufserfolg*. Heidelberg: Asanger; 2003: 43–56
- [31] Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2018 2020; Fachserie 12
- [32] Statistisches Bundesamt. Qualität der Arbeit: Personen in Elternzeit. 2019
- [33] Reuyß S, Rauschnick L, Kanamüller A. Arbeitszeit: Qualitative Ergebnisse für Deutschland. Expertise für die Kommission „Arbeit der Zukunft“ Hans Böckler Stiftung 2016; 1–65
- [34] Redaktionsnetzwerk Deutschland. Kampf um Fachkräfte: Dieses Unternehmen zahlt in der Elternzeit volles Gehalt. 2019.(abgerufen 12.02.2022 <https://www.rnd.de/wirtschaft/kampf-um-fachkraefte-dieses-unternehmen-zahlt-in-der-elternzeit-volles-gehalt-5FXJ2OC6LJ2IRYC3LA3VVG5KJl.html>)
- [35] Theobald A. *Praxis Online-Marktforschung*. Springer; 2017. doi:10.1007/978-3-658-10203-6
- [36] Wagner P, Hering L. Online-Befragung. In: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2014: 661–673. doi:10.1007/978-3-531-18939-0\_48
- [37] Taddicken M. Online-Befragung. *Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft*. 2013: Springer; 201–217. doi:10.1007/978-3-531-18776-1\_11