

Aus dem Institut/der Klinik für Radiologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Psychologische und strukturelle Erfolgsfaktoren
für eine wissenschaftliche Karriere –
Eine empirische Untersuchung im Fachbereich Radiologie**

**Psychological and structural success factors for a
scientific career – An empirical study in the field of radiology**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Christoph Kemper

aus

Hagen am Teutoburger Wald

Datum der Promotion: 25.06.2023

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
Abstrakt in Deutsch	1
Abstract in English.....	2
A. Einleitung.....	3
A.1. Zielsetzung der Arbeit.....	4
A.2. Gang der Arbeit	4
B. Literaturüberblick	5
B.1. Methodik der Literaturrecherche.....	5
B.2. Der Gender Gap im Fachbereich Radiologie.....	7
B.3. Der Frauenanteil in radiologischen Fachbereichen und Organisationen ..	19
B.4. Analyse des Publikationsverhältnisses zwischen Frauen und Männern...	23
B.5. Psychologische Persönlichkeitseigenschaften	29
B.6. Weitere relevante Studien	38
B.7. Zusammenfassung der Literatur.....	42
B.8. Ableitung der zentralen Fragestellungen	44
C. Methodik	47
C.1. Fragebogendesign.....	48
C.2. Zielgruppe	48
C.3. Durchführung der Datenerhebung.....	48
C.4. Methodik der Datenauswertung.....	49
D. Ergebnisse	51
D.1. Angaben zur Person und den privaten Lebensumständen.....	52
D.2. Angaben zum Ausbildungs- und Berufsverlauf.....	68
D.3. Angaben zur aktuellen beruflichen Situation	79
D.4. Angaben zur Arbeitszufriedenheit	99
D.5. Einschätzungen zur weiteren beruflichen Entwicklung	126
D.6. Der Einfluss psychologischer Persönlichkeitseigenschaften	144
E. Diskussion der Ergebnisse.....	147
E.1. Einordnung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand	147
E.2. Limitationen und Ansätze für weitere Forschung.....	159

Inhaltsverzeichnis

F.	Zusammenfassung und Ausblick	162
G.	Literaturverzeichnis	164
H.	Anhang.....	175
H.1.	Fragebogen in Deutsch	175
H.2.	Fragebogen in Englisch.....	194
H.3.	Liste der kontaktierten Kliniken.....	213
H.4.	Liste aller Kommentare zu Mobbing und Schikane am Arbeitsplatz	222
H.5.	Liste aller Kommentare zum Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den bisherigen beruflichen Werdegang	230
H.6.	Liste aller Kommentare zu Verbesserung der aktuellen Situation	239
	Eidesstattliche Versicherung	259
	Lebenslauf	260
	Danksagung	262
	Bescheinigung eines akkreditierten Statistikers.....	263

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Literatur zum Themenkomplex Gender Gap und empirische Befragungen im Fachbereich Radiologie	14
Tabelle 2: Literatur zum Themenkomplex Frauenanteil in radiologischen Fachbereichen bzw. Organisationen	21
Tabelle 3: Literatur zum Themenkomplex Publikationsverhältnis	26
Tabelle 4: Dimensionen des Fünf-Faktoren-Modells sowie deren Beschreibung	29
Tabelle 5: Literatur zum Themenkomplex Big Five.....	33
Tabelle 6: Weitere relevante Literatur.....	41
Tabelle 7: Verteilung nach Geschlecht	52
Tabelle 8: Verteilung nach Land der Geburt.....	54
Tabelle 9: Verteilung nach Staatsangehörigkeit	55
Tabelle 10: Geburtsland nach Geschlecht.....	55
Tabelle 11: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht.....	55
Tabelle 12: Familienstand.....	56
Tabelle 13: Berufstätigkeit des Partners	57
Tabelle 14: Umfang der Berufstätigkeit des Partners	57
Tabelle 15: Beruf des Partners	58
Tabelle 16: Kinder	59
Tabelle 17: Logistische Regression: AV: Haben Sie Kinder?	59
Tabelle 18: Anzahl der Kinder	59
Tabelle 19: Regression: AV: Anzahl der Kinder.....	60
Tabelle 20: Regression: AV: Alter des ersten oder einzigen Kindes.....	62
Tabelle 21: Regression: AV: Alter des jüngsten Kindes	63
Tabelle 22: Art der Kinderbetreuung.....	63
Tabelle 23: Unterbrechung der Berufstätigkeit	64
Tabelle 24: Anzahl der Berufsunterbrechungen	65
Tabelle 25: Regression: AV: Anzahl der eigenen Unterbrechungen nach Geschlecht ..	65
Tabelle 26: Regression: AV: Anzahl der Unterbrechungen des/der Partners*in nach Geschlecht.....	65
Tabelle 27: Dauer der eigenen Unterbrechung der Berufstätigkeit.....	66
Tabelle 28: Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit des Partners*in	67
Tabelle 29: Regression: AV: Jahr des Studienabschlusses	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 30: Weitere Studiengänge	69
Tabelle 31: Abschlüsse der weiteren Studiengänge	70
Tabelle 32: Fachrichtung der Master-Studiengänge	70
Tabelle 33: Anzahl der Radiologen*innen mit MBA / MHBA.....	71
Tabelle 34: Fachrichtung der Bachelor-Studiengänge.....	71
Tabelle 35: Fachrichtung der Diplom-Studiengänge.....	71
Tabelle 36: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit und ohne Promotion.....	72
Tabelle 37: Titel der Promotion.....	72
Tabelle 38 Regression: AV: Jahr der Promotion.....	74
Tabelle 39: Regression: AV: Jahr der Approbation.....	75
Tabelle 40: Interessen für Subfachgruppen.....	76
Tabelle 41: Dauer der Facharztausbildung (abgeschlossen)	76
Tabelle 42: Voraussichtliche Dauer der Facharztausbildung.....	77
Tabelle 43: Anteil der Studienteilnehmer*innen, deren Facharztausbildung sich verzögert hat.....	78
Tabelle 44: Gründe für die Verlängerung der Facharztausbildung	78
Tabelle 45: Aktuelle Berufliche Position	79
Tabelle 46: Regression: AV: Hierarchielevel (nur klinischer Bereich).....	80
Tabelle 47: Weisungsbefugnis.....	81
Tabelle 48: Laufzeit der aktuellen Arbeitsträge.....	82
Tabelle 49: Vollzeit vs. Teilzeit	83
Tabelle 50: Anzahl der vertraglich vereinbarten Arbeitsstunden.....	83
Tabelle 51: Anzahl bezahlter Überstunden pro Woche	85
Tabelle 52: Anzahl unbezahlter Überstunden pro Woche	86
Tabelle 53: Summe aus bezahlten und unbezahlten Überstunden	87
Tabelle 54: Bezahlte Rufbereitschaft pro Monat.....	88
Tabelle 55: Unbezahlte Rufbereitschaft pro Monat.....	88
Tabelle 56: Bezahlte Präsenzdienste pro Monat	89
Tabelle 57: Unbezahlte Präsenzdienste pro Monat.....	90
Tabelle 58: Gehalt der Vollzeit-Beschäftigten (inkl. Zulagen)	90
Tabelle 59: Gehalt der Teilzeit-Beschäftigten (inkl. Zulagen)	91
Tabelle 60: Forschung in der Freizeit in Stunden pro Woche.....	92
Tabelle 61: Universitätsklinikum als Arbeitgeber	92
Tabelle 62: Universitätsklinikum als Arbeitgeber nach Geschlecht.....	92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 63: Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen	93
Tabelle 64: Anzahl der Publikationen als Erstautor	94
Tabelle 65: Anzahl der Publikationen als letztgenannter Autor.....	94
Tabelle 66: Regression: AV: Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen.....	95
Tabelle 67: Regression: AV: Anzahl der Publikationen als Erstautor	95
Tabelle 68: Regression: AV: Anzahl der Publikationen als letztgenannter Autor.....	95
Tabelle 69: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits Drittmittel eingeworben haben	96
Tabelle 70: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits Drittmittel eingeworben haben nach Geschlecht.....	96
Tabelle 71: Höhe der eingeworbenen Drittmittel.....	97
Tabelle 72: Regression: AV: Höhe der eingeworbenen Drittmittel.....	97
Tabelle 73: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die rein wiss. tätig sind.....	98
Tabelle 74: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die rein wiss. tätig sind nach Geschlecht.....	98
Tabelle 75: Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit	99
Tabelle 76: Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit nach Geschlecht	100
Tabelle 77: Erfüllung der hauptsächlichen Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit	101
Tabelle 78: Erfüllung der Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit nach Geschlecht	102
Tabelle 79: Physisches und psychisches Wohlbefinden	103
Tabelle 80: Physisches und psychisches Wohlbefinden nach Geschlecht.....	104
Tabelle 81: Quelle der Unterstützung.....	105
Tabelle 82: Quelle der Unterstützung nach Geschlecht	105
Tabelle 83: Zufriedenheit mit der Förderung von Fähigkeiten und Forschung	106
Tabelle 84: Zufriedenheit mit der Förderung von Fähigkeiten und Forschung nach Geschlecht.....	107
Tabelle 85: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit einem/einer Mentor*in	108
Tabelle 86: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit einem/einer Mentor*in nach Geschlecht.....	108
Tabelle 87: Geschlecht der Mentoren*innen.....	108
Tabelle 88: Geschlecht der Mentoren*in nach Geschlecht der Studienteilnehmer*innen.....	108
Tabelle 89: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit Mobbing-Erfahrung	109

Tabellenverzeichnis

Tabelle 90: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit Mobbing-Erfahrung nach Geschlecht.....	110
Tabelle 91: Art und Weise der Mobbing-Erfahrungen.....	111
Tabelle 92: Ausübende Personengruppe des Mobbings	114
Tabelle 93: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits sexuell belästigt wurden .	115
Tabelle 94: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits sexuell belästigt wurden nach Geschlecht.....	115
Tabelle 95: Art und Weise der sexuellen Belästigung	116
Tabelle 96: Ausübende Personengruppe der sexuellen Belästigung	117
Tabelle 97: Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang ..	117
Tabelle 98: Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang ..	118
Tabelle 99: Art und Weise des Einflusses der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang	118
Tabelle 100: Derzeitige akademische Stellung an der Universität.....	126
Tabelle 101: Vorhaben einer Habilitation.....	127
Tabelle 102: Regression: AV: Jahr der Habilitation	128
Tabelle 103: Gründe für eine Habilitation	129
Tabelle 104: Gründe für eine Habilitation nach Geschlecht.....	129
Tabelle 105: Gründe gegen eine Habilitation.....	130
Tabelle 106: Gründe gegen eine Habilitation nach Geschlecht.....	130
Tabelle 107: Potenzielle Angebote und Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin.....	131
Tabelle 108: Potenzielle Angebote und Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin nach Geschlecht	132
Tabelle 109: Berufliche Zielposition.....	133
Tabelle 110: Berufliche Zielposition nach Geschlecht	133
Tabelle 111: Wünsche für eine bessere Karriereförderung in der Radiologie	134
Tabelle 112: Deskriptive Statistiken der Big Five Dimensionen.....	144
Tabelle 113: Regression Big Five - 1: AV: Extraversion	145
Tabelle 114: Regression Big Five - 2: AV: Agreeableness	145
Tabelle 115: Regression Big Five - 3: AV: Conscientiousness	145
Tabelle 116: Regression Big Five - 4: AV: Emotional Stability.....	145
Tabelle 117: Regression Big Five - 5: AV: Openness.....	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodik der Literaturrecherche	5
Abbildung 2: Übersicht der Stichprobe	51
Abbildung 3: Altersverteilung	52
Abbildung 4: Altersverteilung nach Geschlecht	53
Abbildung 5: Altersverteilung der Kinder	61
Abbildung 6: Altersverteilung des ersten / einzigen Kindes nach Geschlecht.....	61
Abbildung 7: Altersverteilung des jüngsten Kindes nach Geschlecht	62
Abbildung 8: Verteilung des Jahres des Studienabschlusses	68
Abbildung 9: Jahr des Studienabschlusses nach Geschlecht.....	68
Abbildung 10: Verteilung des Jahres des Promotionsabschlusses.....	73
Abbildung 11: Jahr der Promotion nach Geschlecht.....	73
Abbildung 12: Verteilung des Jahres der Approbation.....	74
Abbildung 13: Jahr der Approbation nach Geschlecht.....	75
Abbildung 14: Anteil von Männern und Frauen auf der jeweiligen Hierarchieebene.....	80
Abbildung 15: Beschäftigungsdauer bei dem aktuellen Arbeitgeber.....	82
Abbildung 16: Beschäftigungsdauer bei dem aktuellen Arbeitgeber nach Geschlecht	82
Abbildung 17: Vergleich der Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit und deren Erfüllung	103
Abbildung 18: Jahr der Habilitation.....	127
Abbildung 19: Jahr der Habilitation nach Geschlecht	128

Abkürzungsverzeichnis

AV	abhängige Variabel
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DGR	Deutsche Röntgengesellschaft
DR	Diagnostische Radiologie
ESR	European Society of Radiology
i.d.R.	in der Regel
insb.	insbesondere
IR	Interventionelle Radiologie
hins.	hinsichtlich
OLS	Ordinary Least Squares
m	männlich / männlicher Studienteilnehmer
N	Anzahl der Studienteilnehmer*innen / Stichprobenumfang
R ²	Bestimmtheitsmaß
resp.	respektive
SD	Standardabweichung
UV	unabhängige Variabel
w	weiblich / weiblicher Studienteilnehmer
∅	Durchschnitt

Abstrakt in Deutsch

Gegenstand und Zielsetzung

Mittlerweile sind mehr als die Hälfte der Medizinstudierenden weiblich. Dennoch sind Frauen im Fachbereich Radiologie immer noch unterrepräsentiert. Eine systematische Evaluation für Deutschland steht allerdings noch aus. Zielsetzung der vorliegenden Dissertation ist es daher, das aktuelle radiologische Berufsbild in Deutschland zu evaluieren und mögliche Erfolgsfaktoren für eine Karriere in der Radiologie zu identifizieren.

Methodik

Ein Online-Fragebogen wurde entwickelt, der per E-Mail an 4.500 Radiologen*innen der 500 größten Kliniken und Krankenhäuser in Deutschland sowie über Social Media Kanäle und Newsletter distribuiert wurde. 522 Radiologen*innen haben die Umfrage vollständig ausgefüllt. Neben deskriptiven Auswertungen wurden Standardverfahren der Statistik, wie Chi-Quadrat-Tests, Regressions- und Varianzanalysen verwendet.

Ergebnisse

53% der Befragten waren männlich und 46% weiblich. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bzgl. einer Vielzahl von Variablen. Beispielsweise haben Radiologinnen deutlich weniger wissenschaftliche Publikationen veröffentlicht. Auch der Anteil von Frauen in Führungspositionen nimmt mit der Hierarchiestufe deutlich ab. Die Dimension emotionale Stabilität des Big Five Modells erwies sich dabei als wesentlicher Einflussfaktor. Folglich scheint auch in Deutschland ein Gender Gap im Fachbereich Radiologie zu bestehen. Dieser könnte sich in Zukunft jedoch reduzieren, wenn sich der beobachtete Trend weiter fortsetzt.

Diskussion und Schlussfolgerung

Grundsätzlich stimmen die Ergebnisse weitgehend mit der bestehenden Literatur überein, die ähnliche Ergebnisse, z.B. für andere Länder berichten. Zwar wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Programme ins Leben gerufen, um die Karriere von Frauen zu fördern, dennoch scheint auch in Deutschland der Gender Gap im Fachbereich Radiologie immer noch existent zu sein. Insbesondere ein strukturierter Ausbildungsplan, flexible Teilzeitmodelle sowie Mentoring Programme werden dabei als zielführend erachtet, um Frauen bei Ihrer Karriere zu unterstützen.

Abstract in English

Objectives

Women are still underrepresented in radiology, although more than half of medical students are now female. However, a systematic evaluation for Germany is still pending. The objective of this dissertation is therefore to evaluate the gender gap in radiology in Germany and to identify possible success factors for a career in radiology.

Methods

We designed an online questionnaire, which was distributed by email to 4,500 radiologists at the 500 largest clinics and hospitals in Germany as well as via social media channels and newsletters. 522 radiologists completed the survey completely. In addition to descriptive analyses, standard statistical procedures such as chi-square tests, regression analysis and analysis of variance were used.

Results

53% of the respondents were male and 46% were female. We found significant differences between men and women with respect to a variety of variables. For example, female radiologists published significantly fewer scientific papers than their male colleagues. Also the proportion of women in management positions decreased significantly with hierarchical level. In this regard, the dimension emotional stability of the Big Five model seems to be a significant influencing factor. Consequently, there also appears to be also a gender gap in the field of radiology in Germany. However, this could be reduced in the future if the observed trend continues.

Discussion and Conclusion

In general, the results are quite consistent with the existing literature, which reports similar results, e.g. for other countries. Although various programs have been established in recent years to promote the careers of women, a gender gap in the field of radiology still seems to exist in Germany. In particular, a structured training plan, flexible part-time models and mentoring programs are considered to be effective in supporting women in their careers.

A. Einleitung

Frauen sind in der Radiologie immer noch unterrepräsentiert.¹ Auch wenn mittlerweile mehr als die Hälfte der Medizinstudierenden weiblich ist, liegt der ärztliche Frauenanteil in der Radiologie nur bei etwa 34%.² Mit zunehmender Hierarchiestufe nimmt dieser Anteil sogar noch weiter ab (sog. „Leaky Pipeline“).³ So sind nur etwa 25% der Bereichsleitenden weiblich und nur 9% der Abteilungsleiter werden mit einer Frau besetzt.⁴ Auch im Bereich der Forschung sind Frauen deutlich weniger präsent, was sich beispielsweise auch anhand einer signifikant geringeren Anzahl an Publikationen sowohl als erst- als auch als letztgenannte Autorin in relevanten Fachzeitschriften manifestiert.⁵ Tendenziell nimmt der Anteil an weiblichen Autoren zwar zu, es zeigt sich jedoch, dass Deutschland im internationalen Vergleich deutlich zurückbleibt.⁶ Weiterhin äußert sich die geringere Frauenquote auch hinsichtlich der Partizipation in fachspezifischen Gesellschaften⁷ sowie der Höhe der eingeworbenen Forschungsgelder.⁸

Diese Diskrepanz ist bemerkenswert, da die Geschlechtervielfalt im Gesundheitswesen aus mehreren Perspektiven potenzielle Vorteile bietet. Es konnte gezeigt werden, dass Ärztinnen und Chirurginnen im Vergleich zu ihrem männlichen Pendant geringere Sterblichkeits- und Rehospitalisierungsraten erreichen können.⁹ Eine Belegschaft, die die Patient*innenpopulation repräsentiert, kann auch die Beziehung und das Vertrauen erhöhen und dadurch die Patientenzufriedenheit verbessern.¹⁰ Die Übereinstimmung des Geschlechts zwischen Ärzten*innen und Patient*innen kann dazu wesentlich beitragen.¹¹

¹ Piltch-Loeb et al. (2020)

² Cater et al. (2018)

³ Z.B. Hubik-Huch et al. (2020)

⁴ Grimm et al. (2016)

⁵ Bernard et al. (2020), Hricak et al. (2020), Molwitz (2021), Wang et al. (2018), Xiao et al. (2018), Yun et al. (2015)

⁶ Yun et al. (2015)

⁷ Duc et al. (2020), Wang et al. (2018)

⁸ Franceschi & Rosenkrantz (2017)

⁹ Tsuganwa et al. (2017); Wallis et al. (2017)

¹⁰ Krupat (2000)

¹¹ Roter et al. (2004)

A.1. Zielsetzung der Arbeit

Ursachen für diese geschlechtsspezifische Diskrepanz in der Radiologie sind multidimensional¹² und es existieren zahlreiche Arbeiten¹³ zu diesem Thema. Eine systematische Evaluation in Deutschland steht allerdings immer noch aus. Die vorliegende Arbeit hat daher einen umfassenden Studienansatz entwickelt, um einen Erklärungsansatz für den Gender Gap beitragen zu können und somit auch die Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Fachbereich Radiologie in Deutschland systematisch zu evaluieren.

A.2. Gang der Arbeit

In einem ersten Schritt erfolgt dazu eine systematische Literaturrecherche zu dem Themenkomplex *Gender Gap* und Erfolgsfaktoren für eine Karriere sowohl im Fachbereich Radiologie als auch in anderen Fachdisziplinen, um den Forschungsstand umfassend darzulegen. Dies bildet die Grundlage für die Herleitung der Forschungsfragen und Hypothesen. Im zweiten Schritt erfolgt die Darstellung des methodischen Ansatzes und der Spezifizierung des Forschungsdesigns. Drittens werden die Ergebnisse der empirischen Studie präsentiert, bevor diese in einem vierten Schritt diskutiert und in den bisherigen Forschungsstand eingeordnet werden. Als letzter Schritt werden die Grenzen und Limitationen der Studie aufgezeigt sowie Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschungsarbeiten verdeutlicht. Der letzte Abschnitt fasst die vorliegende Arbeit und die wesentlichen Erkenntnisse noch einmal zusammen und skizziert einen Ausblick für die weitere Entwicklung des Forschungsgebiets der Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Fachbereich Radiologie in Deutschland.

¹² Kubick-Huch et al. (2020)

¹³ vgl. ausführlich Abschnitt B

B. Literaturüberblick

Bevor die Ergebnisse der Literaturrecherche umfassend dargestellt werden, soll zunächst die Methodik der Literaturrecherche eingehend erläutert werden.

B.1. Methodik der Literaturrecherche

Um die Erfolgsfaktoren für eine wissenschaftliche Karriere im Fachbereich Radiologie zu evaluieren, wurde eine systematische und umfassende Literaturrecherche auf der Meta-Datenbank PubMed nach relevanten Suchbegriffen durchgeführt (Abb. 1).

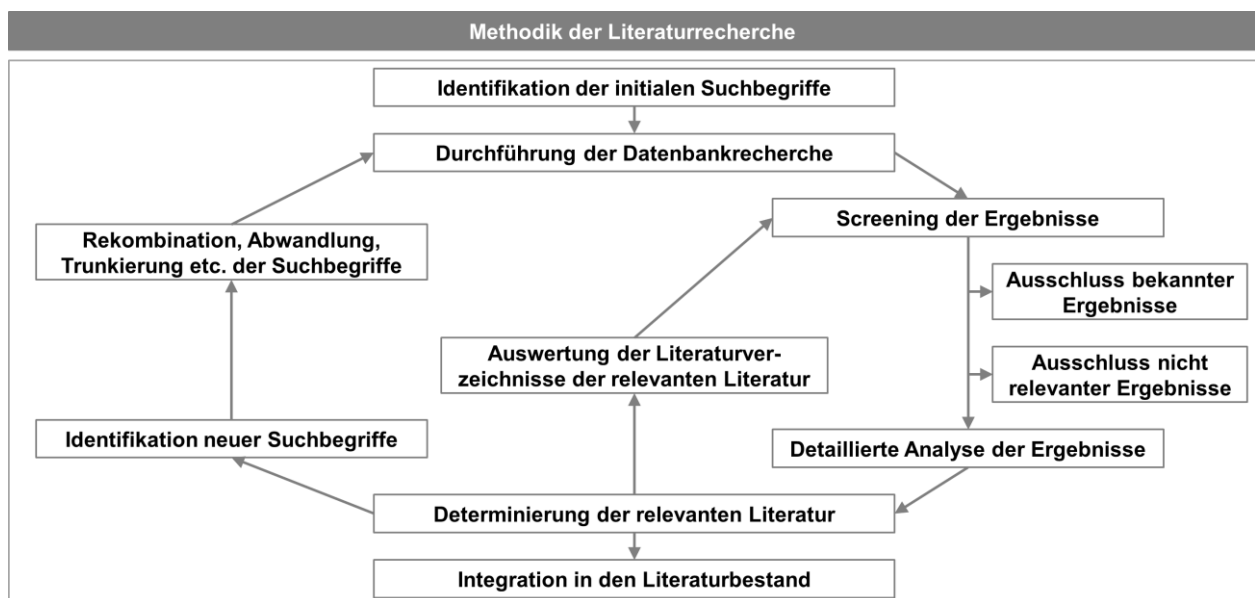


Abbildung 1: Methodik der Literaturrecherche

Die initialen Suchbegriffe umfassten beispielsweise *Gender Gap Radiology*, *Big Five Radiology* oder *Psychological Personality Traits Medicine*. Die identifizierten Veröffentlichungen wurden gesichtet, evaluiert und vollständig ausgewertet. Basierend auf den inhaltlichen Erkenntnissen wurde der Umfang der Literatur sowie die verwendeten Suchbegriffe stetig angepasst und erweitert, z.B. *Female Authorship in Radiology* oder *Gender Gap Board Representation*. Neben der Hinzunahme neuer Suchbegriffe wurden auch unterschiedliche Varianten und Kombinationen der Suchbegriffe, Synonyme und trunkierte Suchbegriffe verwendet, um unterschiedliche Schreibweisen und Formulierungen erfassen zu können. Die Ergebnisse wurden jeweils auf Duplikate bzw. bereits bekannte Studien geprüft. Weiterhin wurden die Referenzen und das Literaturverzeich-

Literaturüberblick

nis der bereits identifizierten Publikationen ausgewertet, um Veröffentlichungen zu finden, die über die Suchbegriffe noch nicht ausfindig gemacht werden konnten. Dieser iterative Prozess wurde solange wiederholt bis schließlich keine weiteren Studien und Veröffentlichungen mehr gefunden werden konnten, die sich thematisch der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit zuordnen ließen.

Der nachfolgende Literaturüberblick spiegelt somit nach bestem Wissen und Gewissen des Autors den vollständigen Stand der relevanten Literatur zu dem Thema Gender Gap im Fachbereich Radiologie wider. Die Literatur zu dem Themenkomplex psychologischer Persönlichkeitseigenschaften in einem medizinischen Kontext wird vollständig erfasst und evaluiert.

Auf Basis der inhaltlichen Analyse und Evaluation der Literatur lassen sich die Studien dabei in die folgenden thematischen Cluster einteilen, um eine bestmögliche Übersicht der bisherigen Veröffentlichungen zu erreichen:

1. Evaluation des Gender Gaps durch empirische Befragungen von Ärzten*innen im Fachbereich Radiologie bzw. Studierende mit Interesse an diesem Fachgebiet sowie Analyse potenzieller Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation
2. Auswertung des Frauenanteils in radiologischen Fachbereichen bzw. Organisationen und Gesellschaften
3. Analyse der Forschungsaktivitäten und des Publikationsverhältnisses zwischen Frauen und Männern in radiologischen Fachzeitschriften
4. Studien zum Thema psychologische Persönlichkeitseigenschaften in der Medizin
5. Weitere relevante Studien

Diese Kategorien dienen als Leitfaden und Orientierung für den nachfolgenden Literaturüberblick und werden strukturiert erläutert. Neben einer schriftlichen Darstellung der Erkenntnisse enthält jedes Kapitel auch eine zusammenfassende Tabelle, welche die Vielzahl an Studien noch einmal systematisch darstellt und die zentralen Ergebnisse der Studien übersichtlich präsentiert.

B.2. Der Gender Gap im Fachbereich Radiologie

Die Forschung zum Thema Gender Gap im Fachbereich Radiologie befasst sich mit der Geschlechterverteilung innerhalb dieser Fachdisziplin. Ein wesentlicher Effekt ist dabei, dass mit steigender Hierarchieebene der Anteil von Frauen im Vergleich zu Männern zunehmend abnimmt. Dies wird als sogenannte „Leaky Pipeline“¹⁴ bezeichnet. Während Studentinnen der Medizin mittlerweile in der Überzahl sind¹⁵, sind Radiologinnen auf oberen Führungspositionen hingegen immer noch deutlich unterrepräsentiert.¹⁶

Die Ursachen für die Unterrepräsentanz von Frauen im Fachbereich Radiologie sind bisher noch nicht umfassend untersucht worden, auch wenn sich zahlreiche Arbeiten mit diesem Thema beschäftigt und je nach Design der Studie ein deutliches Geschlechtergefälle ermittelt haben. In einer aktuellen Übersichtsarbeit fassen Kubik-Huch et al. (2020) den derzeitigen Erkenntnisstand zusammen und zeigen Lösungsmöglichkeiten auf. Wesentliche Gründe für die geringe Frauenquote in der Radiologie werden demnach in dem Mangel an Vorbildern und Mentoren*innen sowie aufgrund von gesellschaftlichen, biologischen und kulturellen Hemmnissen gesehen. Lösungsansätze beziehen sich folglich auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Förderung von offiziellen und inoffiziellen Mentoring Programmen, die stärkere Prävalenz von Vorbildern, die Teilnahme an Führungstrainings, die Implementierung von Geschlechterquoten und die Modifizierung von Auswahlprozessen. Weiterhin werden Potenziale in der Durchführung von Marketing und Imagekampagnen gesehen, um Studierende der Medizin für den Fachbereich Radiologie zu begeistern und Vorurteile z.B. hinsichtlich Strahlenexposition, Work-Life-Balance und Karriereperspektiven abzubauen. Ebenso könnten Potenziale in der frühzeitigen Einbindung von Studierenden und Ärztinnen in fachbezogene Gesellschaften und Netzwerke sowie in der Schärfung des Bewusstseins für Self-Marketing, um die eigenen Karrierepotenziale auszuweiten, bestehen.¹⁷

In einer Meta-Studie verweisen Englander & Belli (2018) darauf, dass eine deutliche Wahrnehmungslücke zwischen den Herausforderungen und Erschwernissen des Fachbereichs Radiologie und dem tatsächlichen Arbeitsumfeld hinsichtlich Strahlenbelas-

¹⁴ Kubik-Huch (2020)

¹⁵ Cater et al. (2018)

¹⁶ Kubik-Huch (2020)

¹⁷ Kubik-Huch et al. (2020)

tung, Work-Life-Balance und Karriereperspektiven für Frauen bestehe und verdeutlichen, dass eigentlich kein Grund existiere, warum Frauen einer Karriere in der Radiologie im Vergleich zu anderen Fachbereichen übermäßig kritisch gegenüberstehen sollten. Die Rekrutierung von Frauen wird sogar als Schlüssel erachtet, um den Fachbereich weiterzuentwickeln.¹⁸ Mit zunehmender Erfahrung und zunehmendem Alter der Radiologen*innen scheint sich diese Wahrnehmungslücke jedoch zu reduzieren, d.h. wenn erst einmal die Entscheidung für eine Karriere in der Radiologie getroffen wurde, empfanden die befragten Radiologen*innen ihre Karriere als befriedigend und sahen Karrierechancen für Frauen und Männer.¹⁹

Auch hinsichtlich der Auswirkungen einer Schwangerschaft scheint eine Wahrnehmungslücke zu bestehen, wie Ghatan et al. (2016) in einer Studien unter Interventionsradiologen zeigen konnten. So arbeiten die meisten Radiologinnen während einer Schwangerschaft weiter und verändern nicht oder kaum ihre Arbeitszeiten. Entgegen der allgemein gültigen Wahrnehmung kann eine Schwangerschaft daher sehr gut in den Arbeitsablauf integriert werden. Die Wahrnehmung der Auswirkungen einer Schwangerschaft auf die täglichen Arbeitszeiten war zwischen den Geschlechtern jedoch signifikant verschieden. So war beispielsweise der Anteil an Männern, die eine neue Aufteilung der Arbeitszeiten für schwangere Kolleginnen für notwendig erachteten, deutlich höher als der Anteil der Frauen.²⁰

Ebenso scheint eine Wahrnehmungslücke bzgl. des Patientenkontaktes zu bestehen, die weibliche Medizinstudierende davon abhält, eine Karriere im Fachbereich Radiologie anzustreben.²¹ So haben Fielding et al. (2007) festgestellt, dass direkter Patientenkontakt sowie intellektuelle Stimulation die beiden wesentlichen Faktoren darstellen, die eine Entscheidung für eine medizinische Fachrichtung determinieren. Das angebliche Fehlen eines direkten Patientenkontaktes war dabei der zentrale Grund, warum sich die Studienteilnehmer gegen eine Karriere im Fachbereich Radiologie entschieden haben. Viele Medizinstudierende scheinen sich jedoch nicht bewusst zu sein, dass ausgezeichnete patientenzentrierte Fähigkeiten erforderlich sind, um beispielweise die Ergeb-

¹⁸ Englander & Belli (2018)

¹⁹ Wah & Bell (2018)

²⁰ Ghatan et al. (2016)

²¹ Fielding et al. (2007), Perez et al. (2016), Zener et al. (2016)

nisse radiologischer Untersuchungen dem Patienten zu erläutern. Entsprechend sollte die Exposition mit solchen Bereichen der Radiologie erhöht werden, die viel Patientenkontakt aufweisen, um die Diskrepanz in der Wahrnehmung zu schließen.²²

Viele wahrgenommene Hindernisse und Vorurteile könnten sich somit überwinden lassen, wenn eine frühzeitige Einbindung des Faches Radiologie in das medizinische Curriculum erfolgen würde.²³ Typische Ansätze in diesem Zusammenhang betreffen i.d.R. spezielle Vorlesungen oder Angebote, um das Fach Radiologie in der Universität zu repräsentieren und entsprechend Interesse zu generieren und die Vorzüge dieses Fachgebiets herauszustellen. Beispielweise haben Depietro et al. (2017) den Effekt der Integration von vier Vorlesungen zum Thema interventionelle Radiologie in das Anatomiecurriculum im ersten Semester evaluiert, wodurch das Interesse der Studierenden deutlich gesteigert werden konnte. Folglich scheint die frühzeitige Integration von spezifischen radiologischen Inhalten ein sinnvoller Ansatz zu sein, um den Frauenanteil in dem Fachbereich zu erhöhen.²⁴ Ähnliche Erfahrungen mit einer frühzeitigen Einbindung des Fachbereiches Radiologie wurden an der Duke University und der University of Massachusetts gemacht.²⁵ Auch durch ein simulationsbasiertes Training konnte das Interesse an der interventionellen Radiologie signifikant gesteigert werden, wie O'Connor et al. (2017) nachweisen konnten. Das simulationsbasierte Training wies darüber hinaus einen hohen Ausbildungswert auf und wurde von den Studienteilnehmern*innen als deutlicher Mehrwert in der Ausbildung angesehen. Grundsätzlich zeigen viele Studierende der Medizin häufig sogar ein großes Interesse an radiologischen Themen²⁶, so dass solche Strategien durchaus vielversprechend erscheinen.

In einigen Studien erwies sich das Geschlecht sogar als einzig signifikante Variable.²⁷ In diesem Zusammenhang konnten Kapoor et al. (2017) zeigen, dass für Radiologen und Radiologinnen in den USA die gleiche Wahrscheinlichkeit besteht, eine volle Professur zu erhalten, wenn dieselben akademischen Leistungen vorliegen und für Variab-

²² Grimm et al. (2016), Zener et al. (2016)

²³ Bishay et al. (2017), Branstetter et al. (2005), Dettmer et al. (2017), Foo et al. (2018), Kasch et al. (2016)

²⁴ Depietro et al. (2017)

²⁵ Grimm et al. (2016)

²⁶ Foo et al. (2018)

²⁷ Foo et al. (2020), Wah & Bell (2018)

len kontrolliert wird, die typischerweise als Indikator für akademische Produktivität gelten, wie z. B. Publikationen, Teilnahme an klinischen Studien etc. Wenn allerdings keine Korrekturvariablen berücksichtigt werden, zeigen sich hingegen Unterschiede bei der Beförderung und der Forschungsproduktivität, was darauf hindeutet, dass Radiologen und Radiologinnen möglicherweise nicht die gleichen Forschungschancen haben. Entsprechend weisen Glastonbury (2017) in einer Kommentierung darauf hin, dass durch die Berücksichtigung der Kontrollvariablen ggf. ein verzerrtes Bild der aktuellen Situation gezeichnet wird, wodurch weiterer Handlungsbedarf verdeutlicht wird.

Ein wesentliches Instrument zur Förderung von weiblichen Talenten im Fachbereich Radiologie wird in Mentoring Programmen gesehen.²⁸ Mentoring bietet karrierebezogene Unterstützung, indem der Mentor*in den Mentee bei seinem Versuch, in Organisationshierarchien aufzusteigen, unterstützt, berät, fördert, exponiert, coacht, schützt und ermutigt. Der Mentor*in bietet auch psychosoziale Unterstützung, wobei der Mentor*in dem Mentee hilft, Kompetenz, Identität und Rollenwirksamkeit zu entwickeln, indem er als Vorbild dient und Beratung oder sogar Freundschaft anbietet.²⁹ Mentoring kann auf freiwilliger Basis oder durch formelle Mentoring Programme erfolgen, die auf persönlicher (one on one) oder Gruppenebene durchgeführt werden können.³⁰ Obwohl Mentoring sowohl für Männer als auch für Frauen von Vorteil ist, kann Mentoring insbesondere für Frauen wichtig sein, um in der Hierarchie aufzusteigen. Persönliche Beziehungen zu engagierten Mentoren*innen können Frauen helfen, Hindernisse zu überwinden, Informationen und Erkenntnisse zu gewinnen, Zugang zu Ressourcen zu erhalten und Aufstiegschancen zu erkennen.³¹ In diesem Zusammenhang wurde argumentiert, dass Mentoring am effektivsten sei, wenn weibliche Mentees von Mentorinnen betreut werden.³² Insbesondere die Theorie der sozialen Identität legt nahe, dass Mentorinnen mehr psychosozialen Nutzen für weibliche Mentees bieten.³³ Aufgrund der geringeren Anzahl von Frauen in höheren Positionen haben Frauen in der Konstellation einer gleichgeschlechtlichen Mentorinnen-Beziehung jedoch oft Mentorinnen mit weniger „or-

²⁸ Grimm et al. (2016), Kubik-Huch et al. (2020)

²⁹ Allen & Eby (2004), Kram (1985), Ragins & Cottons (1999)

³⁰ Iversen et al. (2014)

³¹ Kubik-Huch et al. (2020)

³² Allen & Eby (2004)

³³ Allen & Eby (2004)

ganisatorischer Schlagkraft".³⁴ Tatsächlich deuten Untersuchungen darauf hin, dass Männer Frauen dabei helfen, höhere Positionen und höhere Gehälter zu erlangen, und dass Frauen sie aufgrund ihrer Verbindungen als bessere Mentoren*innen ansehen.³⁵ Obwohl geschlechterübergreifendes Mentoring sehr effektiv und angesichts des Mangels an Mentorinnen unvermeidlich sein kann, kann die Beziehung zu Klatsch, Neid, Verdächtigungen, Spekulationen und sogar Vorwürfen der sexuellen Belästigung führen. Die negativen Ergebnisse, die mit geschlechtsübergreifendem Mentoring verbunden sind, können Männer und Frauen sogar von der Teilnahme an geschlechtsübergreifenden Mentoring Programmen abhalten.³⁶ Nichtsdestotrotz werden Mentoring Programme als eine der zentralen Faktoren für die berufliche Entwicklung erachtet, wie eine Vielzahl von Studien zeigen konnte.³⁷

Die große Mehrheit bisheriger Studien haben dabei einen Studienansatz verfolgt, (online) Befragungen unter Ärzten*innen bzw. Studierenden durchzuführen (vgl. auch Tab. 1). Im Gegensatz dazu wurden in einer ersten qualitativen Studie von Piltch-Loeb et al. (2020) semistrukturierte Interviews genutzt, um die Geschlechterdiskrepanz im Fachbereich Radiologie detailliert zu evaluieren und die individuelle Situation von Radiologinnen vertieft beleuchten zu können. Die Autoren führten dazu Interviews mit anerkannten Forscherinnen in Amerika durch, um typische Hindernisse, mit denen Frauen in der Radiologie konfrontiert werden, zu eruierten. Weiterhin wurden Lösungsansätze auf individueller, institutioneller und organschaftlicher Ebene identifiziert. Durch den Forschungsansatz konnten im Gegensatz zu quantitativen Interviews somit spezifische Aspekte differenziert analysiert werden. Auf individueller Ebene wurde betont, wie wichtig proaktives Relationship-Management und das bewusste Suchen von Mentoren*innen und persönlichen Befürwortern*innen bzw. Fürsprechern*innen sei. Viele Frauen seien sich ihrem Potenzial nicht bewusst und realisierten nicht die Möglichkeiten, die sich für ihre Karriere ergeben könnten. Mentoren*innen und Fürsprecher*innen könnten jedoch aufzeigen, welche Karrierepotenziale tatsächlich realisierbar wären und dabei helfen eine strategische Vision für die Zukunft zu entwickeln. Lösungsansätze auf institutionelle Ebene betrafen Maßnahme im Bereich Work-Life-Balance und der besseren Vereinbar-

³⁴ Ibarra et al. (2010)

³⁵ Kubik-Huch et al. (2020)

³⁶ Kubik-Huch et al. (2020)

³⁷ Forman et al. (2012), Grimm et al. (2016)

keit von Familie und Beruf, Aspekte der Beförderung und Bezahlung sowie das Einrichten von strukturierten Mentoring Programmen. Auf organschaftlicher Ebene wurden folgende Aspekte identifiziert: die frühzeitige Einbindung in fachspezifische Gesellschaften, die Teilnahme an Konferenzen, die Bereitstellung von Forschungsgeldern, sowie Angebote im Bereich Führungstraining, Kommunikation oder das Schreiben von Forschungsanträgen.³⁸ Ähnlich argumentieren Kuhlmann et al. (2017), die einen besonderen Handlungsbedarf auf mittleren Führungsebenen identifiziert haben. Während Top-Level-Positionen häufig im Rahmen der Gleichstellungspolitik intensiv überprüft werden, ist der Fokus (sowie die Datenlage inklusive Monitoring) bezüglich mittlerer Führungspositionen deutlich weniger ausgeprägt. Entsprechend wird die Befürchtung geäußert, dass sich der Gender Gap auf die mittleren Führungsebenen verlagern könnte.³⁹

Neben den fachlichen Herausforderungen sind Frauen auch in der Radiologie von Mobbing und sexueller Belästigung am Arbeitsplatz betroffen.⁴⁰ Dieses Phänomen scheint durchaus weit verbreitet zu sein und bisherige Maßnahmen zur Reduzierung des Problems scheinen nicht den gewünschten Erfolg gebracht zu haben.⁴¹ Nichtsdestotrotz ist dabei zu berücksichtigen, dass auch andere Fachbereiche von Mobbing und sexueller Belästigung betroffen sind⁴² und dies somit ein allgemeines und fachübergreifendes Problem darstellt, das sich bereits im Rahmen der universitären Ausbildung zeigt.⁴³

Ein Schwerpunkt bisheriger Studien scheint dabei in den USA⁴⁴ sowie Australien⁴⁵ zu liegen (vgl. auch Tab. 1). Ein Fokus auf Europa wurde bisher nur begrenzt verfolgt⁴⁶, sodass die vorliegende Arbeit die spezifische Situation der Radiologen*innen in Deutschland in den Blick nimmt. In diesem Zusammenhang konnten lediglich zwei thematisch angrenzende Studien identifiziert werden. Kasch et al. (2016) haben Studieren-

³⁸ Piltch-Loeb et al. (2020)

³⁹ Kuhlmann et al. (2017)

⁴⁰ Llewelly et al. (2018)

⁴¹ Llewelly et al. (2018)

⁴² Coopes (2016), Jamieson et al. (2015), Llewellyn et al. (2019)

⁴³ Schoenefeld et al. (2021)

⁴⁴ Hubik-Huch et al. (2020)

⁴⁵ Foo et al. (2018), Foo et al. (2020), Llewelly et al. (2019)

⁴⁶ Wah & Belli (2018)

Literaturüberblick

de in Deutschland mit Interesse an Radiologie befragt, die ggf. schon eine Famulatur in der Radiologie absolviert haben, und evaluiert, welche Faktoren die radiologischen Famulanten*innen zur Wahl eines radiologischen PJ-Tertials motivieren. Dettmer et al. (2017) gingen den logischen nächsten Schritt und haben schließlich PJ-Studierende mit dem Wahlfach Radiologie befragt, um zu untersuchen was junge Studierende im Praktischen Jahr zu einer Facharztweiterbildung in der Radiologie motiviert.

Die Tabelle 1 fasst die Literatur zum Themenkomplex Gender Gap im Fachbereich Radiologie noch einmal zusammen und verdeutlicht Anknüpfungspunkte für weitere Forschungsarbeiten. Eine strukturierte Untersuchung der Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Fachbereich Radiologie in Deutschland steht demnach noch aus, sodass die vorliegende Arbeit den derzeitigen Forschungsstand entsprechend erweitert, indem eine systematische und umfassende Befragung der Radiologen*innen in Deutschland durchgeführt wird.

Literaturüberblick

Tabelle 1: Literatur zum Themenkomplex Gender Gap und empirische Befragungen im Fachbereich Radiologie

ID	Autor	Jahr	Studien- design	N	Ziel- gruppe	Ge- schlecht	Land	Region	Zentrale Ergebnisse
1	Bishay et al.	2017	Fragebogen	143	Studieren- de	Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Die meistgenannten Hinderungsgründe bzgl. IR seien: Strahlenbelastung (51,8%), Work-Life-Balance (36,4%), Länge der Ausbildung (29,4%). - Wie könnte der Frauenanteil erhöht werden: Fehlende Exposition zu IR, weibliche Rollen-/Vorbilder in IR. - Es existieren sowohl reale als auch lediglich wahrgenommene Hindernisse, warum weibliche Medizinstudierende sich gegen eine Karriere in IR entscheiden. - Frühzeitige Einbindung von IR in das med. Studium wird als Schlüssel erachtet, den Anteil von Frauen in IR zu erhöhen.
2	Branstetter et al.	2005	Experimen- tell / Fragebogen	146	Studieren- de	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Durch die Integration von spezifischen radiologischen Inhalten konnte das Interesse für das Fachgebiet unter Studierenden deutlich gesteigert werden.
3	Depietro et al.	2017	Experimen- tell / Fragebogen	98	Studieren- de	Mann / Frau	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Integration von 4 IR-Vorlesungen in das Anatomiecurriculum im ersten Semester. - Das Interesse an IR konnte deutlich gesteigert werden. - Somit erscheint die frühzeitige Integration von IR-Inhalten als ein sinnvoller Ansatz, um den Frauenanteil zu erhöhen.
4	Dettmer et al.	2017	Fragebogen (online)	89	Studieren- de	Mann / Frau	DE	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Die meisten Studierenden waren mit ihrem PJ in der Radiologie zufrieden. - Verbesserungspotenzial besteht hinsichtlich der Betreuung an den Arbeitsplätzen und den Fortbildungen. - 63 % der Studierenden fühlten sich durch die radiologische Lehre im Medizinstudium unzureichend auf ihre ärztliche Tätigkeit vorbereitet, insb. die praktische Bildbetrachtung sei nicht ausreichend vermittelt worden.
5	Englander & Belli	2018	Metastudie Gründe für den Gender Gap	-					<ul style="list-style-type: none"> - Es bestehe kein Grund warum Frauen nicht eine Karriere in IR anstreben sollten. - Es besteht eine deutliche Wahrnehmungslücke zwischen den Herausforderungen / Erschwernissen des Fachbereichs und dem tatsächlichen Arbeitsumfeld hinsichtlich Strahlenbelastung, Work-Life-Balance und Karriereperspektiven für Frauen. - Die Rekrutierung von Frauen wird als Schlüssel erachtet, um den Mangel an Ärzten*innen im Bereich IR zu reduzieren.

Literaturüberblick

6	Englander & Horo	2018	Befragung (Papier)	99	(Fach-) Arzt	Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Die Studie untersucht die Erfahrungen von Frauen in IR (sowohl quantitativ als auch qualitativ). - Viele Frauen berichten von Diskriminierung und sexueller Belästigung. - In den letzten Jahren hat sich die Gleichberechtigung jedoch deutlich verbessert. - Frauen sind an IR interessiert und wenn die Voraussetzungen geschaffen werden, kann sich das Fachgebiet IR deutlich weiterentwickeln.
7	Foo et al.	2020	Befragung (online und Papier)	333	Jr. Doktor / PJ	Mann / Frau	Australien	Asien-Pazifik	<ul style="list-style-type: none"> - Frauen entscheiden sich weniger häufig für eine Karriere in (Interventions-) Radiologie. - Geschlecht als einzige Variable signifikant, alle anderen Variablen nicht signifikant.
8	Foo et al.	2018	Befragung (online und Papier)	237	Studierende	Mann / Frau	Australien	Asien-Pazifik	<ul style="list-style-type: none"> - Deutliches Gender Gap zwischen männlichen und weiblichen Medizinstudierenden, die eine Karriere in IR in Erwägung ziehen (25% vs. 59%). - Grundsätzlich jedoch starkes Interesse an Radiologie und IR. - IR sollte stärker in das Curriculum eingebunden werden. - 74% erachten IR als Schlüsseldisziplin.
9	Ghatan et al.	2016	Befragung (online)	534	(Fach-) Arzt	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Die meisten Ärztinnen im Fachbereich IR arbeiten während einer Schwangerschaft weiter und verändern nicht oder kaum ihre Arbeitszeiten. - Die Wahrnehmung der Auswirkungen einer Schwangerschaft auf die täglichen Arbeitszeiten war zwischen den Geschlechtern signifikant verschieden. - Weitere Auswirkungen wurden von Männern und Frauen jedoch ähnlich wahrgenommen. - Weibliche IRs bekommen weniger (und später) Kinder. - Entgegen der allgemein gültigen Wahrnehmung kann eine Schwangerschaft sehr gut in den Arbeitsablauf integriert werden.
10	Glastonbury et al.	2017	Kommentierung von Kapoor et al. (2017)						<ul style="list-style-type: none"> - Kritische Evaluation des Ansatzes und der Ergebnisse von Kapoor et al. (2017). - Adjustierte Werte verzerren das Bild der aktuellen Situation. - Es besteht weiterer Handlungsbedarf.

Literaturüberblick

11	Kapoor et al.	2017	Datenbankauswertung	5.089	(Fach-) Arzt	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> Nach multivariater Adjustierung unterschieden sich die Raten für eine volle Professur zwischen weiblichen und männlichen Radiologen nicht signifikant. Es gab jedoch Unterschiede bei der Beförderung und Forschungsproduktivität, wenn keine Korrekturvariablen berücksichtigt wurden, was darauf hindeutet, dass Radiologen und Radiologinnen möglicherweise nicht die gleichen Forschungschancen haben.
12	Kasch et al.	2016	Fragebogen (online)	94	Studierende	Mann / Frau	DE	EU	<ul style="list-style-type: none"> Die Zufriedenheit radiologischer Famulanten*innen ist entscheidend für die Motivation, ein PJ-Wahlterial Radiologie zu absolvieren. Eine klare Strukturierung des Praktikums sowie ein Mentoring Programm sind erstrebenswert, damit Studierende dem Fachgebiet verbunden bleiben. Kein signifikanter Effekt hinsichtlich Geschlecht und Alter.
13	Kubik-Huch et al.	2020	Metastudie Gründe für den Gender Gap						<ul style="list-style-type: none"> Überblick über den aktuellen Stand der Geschlechtervielfalt in der Radiologie (in allen Bereichen). Darstellung der möglichen Gründe für geschlechtsspezifische Ungleichheiten. Evaluation von Strategien für Einzelpersonen und Institutionen, um die Vertretung von Frauen in der Forschung und in Führungspositionen proaktiv zu erhöhen.
14	Llewelly et al.	2019	Fragebogen (online)	374 / 440	Jr. Doktor / PJ	Mann / Frau	Australien	Asien-Pazifik	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative und qualitative Befragung im Bereich Radiologie. Mobbing und sexuelle Belästigung sind weit verbreitet. Bisherige Maßnahmen scheinen wenig erfolgreich.
15	O'Connor et al.	2017	Experimentell / Fragebogen	30	Studierende	Mann / Frau	-	-	<ul style="list-style-type: none"> Durch ein simulationsbasiertes Training konnte das Interesse an IR deutlich gesteigert werden. Das simulationsbasierte Training weist darüber hinaus einen hohen Ausbildungswert auf.
16	Perez et al.	2016	Befragung (online)	94	Studierende	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation der Gründe, warum keine Karriere in IR angestrebt wird (Strahlungsexposition, Länge der Ausbildung, Arbeitszeiten, Patientenkontakt, Rufbereitschaft, Arbeitstechnischer Schwerpunkt, Männerdominanz). Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzgl. Rufbereitschaft und Männerdominanz. Weniger stark signifikant sind die Variablen: Arbeitszeiten und Länge der Ausbildung.

Literaturüberblick

17	Piltch-Loeb et al.	2020	Semi-strukturierte Interviews	16	(Fach-) Arzt	Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation der Erfolgsfaktoren und Hindernisse für eine Karriere in der Radiologie. - Work-Life-Balance und nicht lineare Karrierewege aufgrund von Schwangerschaften sind wesentliche Faktoren. - Erfolgsfaktoren konnten auf individueller, organisatorischer und institutioneller Ebene identifiziert werden: Networking, Mentoren*innen und Leadership Events seien wichtig. - Frauen sollten frühzeitig eingebunden werden. - Hilfe bei der Kinderbetreuung wurde nicht als wesentlich erachtet (kann selbst organisiert werden). - Erfolgsversprechender waren: Maßnahmen des "Selbstmarketings", Persönlichkeitsentwicklungskurse, frühzeitige Kurse in Forschungsmethoden, Diskussion von Funding-Möglichkeiten, Schreiben von Finanzierungsanträgen.
18	Wah & Belli	2018	Befragung (online)	149	(Fach-) Arzt	Frau	UK, IT, DE, Spanien, NL, FR, Schweden, US, etc.	EU / US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation wesentlicher Hindernisse von Frauen im Fachbereich Interventions-Radiologie (IR). - Geschlecht als einzige Variable signifikant, alle anderen Variablen nicht signifikant. - Evaluation der Erfahrungen von Frauen, die bereits eine Karriere in IR durchlaufen haben. - Wesentliche Faktoren sind: Work-Live-Balance, Strahlungsexposition, Auswirkungen einer Schwangerschaft, männlich-dominiertes Fachbereich. - Es zeigt sich ein deutlicher Alterseffekt: Jüngere Ärzte*innen sehen ein deutlich größeres Gender Gap. Mit zunehmender Erfahrung scheint sich dieses (oder die Wahrnehmung dessen) zu reduzieren. - Wenn erst einmal die Entscheidung für eine Karriere in IR getroffen wurde, empfinden die Befragten ihre Karriere als befriedigend und mit Chancen für Frauen und Männern. - Die Schwierigkeit besteht darin Frau für eine Karriere in IR zu begeistern. - Eintritt über Diagnostische Radiologie (DR) wird als Hindernis gesehen - Das US-Modell einer integrierten IR/DR-Ausbildung könnte vielversprechend sein.

Literaturüberblick

19	Zener et al.	2016	Fragebogen (online)	917	Studierende	Mann / Frau	CAN	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation der Faktoren, warum sich Medizinstudierende für bzw. gegen Radiologie entscheiden: Patientenkontakt, Physik, intellektuelle Stimulation, Vorklinische Observationen. - Die Wahrnehmungslücke bzgl. des Patientenkontakts sollte geschlossen werden. - Die Exposition mit Bereichen der Radiologie, die viel Patientenkontakt haben, sollte erhöht werden. - Frauen sollten aktiv rekrutiert werden.
----	--------------	------	---------------------	-----	-------------	-------------	-----	----------	---

B.3. Der Frauenanteil in radiologischen Fachbereichen und Organisationen

Der Gender Gap in der Radiologie manifestiert sich auch darin, dass Frauen in radiologischen Gesellschaften bisher immer deutlich unterrepräsentiert waren. Für die USA wurde in der Society of Interventional Radiology (SIR) ein Frauenanteil im Jahr 2017 von 13% ermittelt, wobei sich dieser bereits von 6% im Jahr 2008 deutlich erhöht hat.⁴⁷ Für die European Society of Radiology (ESR) wurde ein Frauenanteil von 30% ermittelt, wobei in jüngeren Generationen der Frauenanteil deutlich zunimmt (13% für die Jahrgänge 1927-1945 vs. 41% für die Jahrgänge 1977-1992).⁴⁸ Auch für die vier bedeutendsten vietnamesischen Gesellschaften wurde lediglich ein Frauenanteil von 15% nachgewiesen.⁴⁹ Ob eine solche Diskrepanz auch für Deutschland gilt, ist bisher nicht belegt. Ein repräsentatives Bild der gesellschaftlichen Vertretung des Fachbereichs für Radiologie ist bislang nicht skizziert worden. Geschlechtsspezifische Unterschiede der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG), welche als zentrale Gesellschaft für den spezifischen Fachbereich sowie als eine der traditionsreichsten medizinischen Fachgesellschaften gilt, wurden bislang nicht evaluiert.

Ein Gender Gap lässt sich dabei nicht nur für die radiologischen Gesellschaften, sondern auch für Redaktionsausschüsse wissenschaftlicher Fachzeitschriften feststellen, wobei deutlich weniger Frauen vertreten sind, als man aufgrund ihres Anteils in der akademischen Radiologie erwarten würde.⁵⁰ Zwischen den Jahren 1994 und 2003 schwankte der Frauenanteil nur geringfügig und betrug in den beiden betrachteten hochgerankten internationalen Fachzeitschriften *Radiology* bzw. *American Journal of Roentgenology* lediglich zwischen 6 und 15%.⁵¹ Eine Analyse der geschlechtsspezifischen Zusammensetzung der Redaktionsausschüsse deutscher radiologischer Fachzeitschriften scheint bisher nicht durchgeführt worden zu sein.

Weiterhin konkretisiert sich der Gender Gap im Fachbereich Radiologie auch darin, dass in den Fakultäten deutlich mehr Radiologen als Radiologinnen vertreten sind. So haben Grimm et al. (2016) die Webseiten der 51 größten radiologischen Fakultäten der USA

⁴⁷ Wang et al. (2018)

⁴⁸ Hubik-Huch et al. (2020)

⁴⁹ Duc et al. (2020)

⁵⁰ Baker et al. (2006)

⁵¹ Baker et al. (2006)

untersucht, welche die Top 50 medizinischen Hochschulen der USA repräsentieren, und dabei deutliche Unterschiede zwischen der Anzahl an männlichen und weiblichen Ärzten*innen festgestellt. Das Geschlechterverhältnis betrug ca. 2:1, wobei sich die Unterschiede mit Höhe der Hierarchiestufe deutlich ausdifferenzierten. Auf Ebene der Vize-Vorsitzenden und Bereichsleiter betrug der Frauenanteil nur noch 25% und lediglich 9% der Vorsitzenden waren Ärztinnen. Die für Europa verfügbaren Daten deuten auf ein ähnliches Geschlechtergefälle in Führungspositionen hin. Nach den von der ESR gesammelten Informationen sind lediglich 20,6% der Führungspositionen von Frauen besetzt.⁵² Weitere Studien, wie Bailey et al. (2017), Rosenkrantz et al. (2019) oder Higgins et al. (2016) belegen ebenfalls eine deutlich geringere Präsenz von Frauen in dem Fachbereich Radiologie. So hat sich bspw. der Anteil von Frauen in der Allgemeinchirurgie oder orthopädische Chirurgie in der 20 Jahresperiode deutlich erhöht, während der Anteil von Frauen im Fachbereich diagnostische oder interventionelle Radiologie dagegen konstant blieb.⁵³ Auch Higgins et al. (2016) verdeutlichen, dass Frauen sowohl in der diagnostischen als auch in der interventionellen Radiologie unterrepräsentiert sind. Dazu hat das Autorenteam öffentliche Register für den 20-Jahreszeitraum zwischen 1992-2012 ausgewertet und differenziert analysiert. Eine vergleichbare Studie für Deutschland scheint bisher hingegen nicht zu existieren.

Die nachfolgende Tabelle 2 fasst die Studien und die zentralen Ergebnisse noch einmal übersichtlich und komprimiert zusammen.

⁵² Hubik-Huch et al. (2020)

⁵³ Bailey et al. (2017)

Literaturüberblick

Tabelle 2: Literatur zum Themenkomplex Frauenanteil in radiologischen Fachbereichen bzw. Organisationen

ID	Autor	Jahr	Studien- design	Ge- schlecht	Land	Region	Zentrale Ergebnisse
1	Bailey et al.	2017	Auswertung von JAMA- Daten 1994- 2014	Mann / Frau			<ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Fachbereichswahl anhand der JAMA-Daten. - Der Anteil von Frauen in der Allgemein Chirurgie oder orthopädische Chirurgie hat sich in der 20 Jahresperiode deutlich erhöht. - Der Anteil von Frauen in DR und IR blieb hingegen konstant.
2	Baker et al.	2020	Auswertung der Board Be- setzung der zwei Zeitschrif- ten Radiology und American Journal of Ro- entgenology	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Es sind deutlich weniger Frauen in den Redaktionsausschüssen vertreten, als man aufgrund ihres Anteils in der akademischen Radiologie erwarten würde. - Zwischen 1994 und 2003 schwankt der Frauenanteil nur geringfügig zwischen 6 und 15%.
3	Duc et al.	2020	Auswertung von Gesell- schaften	Mann / Frau	Viet- nam	Asien- Pazifik	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des Frauenanteils in 4 vietnamesischen radiologischen Gesellschaften. - Deutlicher Geschlechterunterschied: 15,1% Frauen vs. 84,9% Männer. - Keine Frau war im Vorstand einer Gesellschaft.
4	Grimm et. al.	2016	Evaluation der Webseiten ra- diologischer Fachbereiche	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Es sind deutlich mehr Männer als Frauen in radiologischen Fachbereichen vertreten (34% Frauen, 25% weibliche Vizepräsidenten oder Bereichsleiter, 9% Vorsitze). - Wahrnehmung, dass Radiologie wenig Patientenkontakt habe, stimme nur bedingt und müsse adressiert werden. - Radiologie sei grundsätzlich sehr familienfreundlich. - Die Angst vor Physik sei unbegründet. - Auch der Wettbewerb innerhalb der Radiologie sei nicht ausgeprägter als in anderen Fachbereichen. - Radiologie sollte frühzeitig im Studium thematisiert werden, um ein reales Bild des Fachbereiches zu vermitteln. - Vorbilder und Mentoren*innen sollten etabliert werden.
5	Higgins et al.	2016	Auswertung von Fachbereichen	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse der öffentlichen Register zwischen 1992-2012. - Frauen sind in IR im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in den USA unterrepräsentiert. - Frauen sind auch in IR (7,3%) im Vergleich zu DR (27,8%) unterrepräsentiert. - Bzgl. des Frauenanteils belegte IR den letzten Platz der Radiologie Subspezialitäten. - In dem 20-Jahreszeitraum von 1992-2012 gab es keine Verbesserung des Frauenanteils in IR.
6	Hubik-Huch et al.	2020	Auswertung von ESR-Daten	Mann / Frau		EU	<ul style="list-style-type: none"> - Für die ESR beträgt der Frauenanteil 30%. - In jüngeren Generationen nimmt der Anteil deutlich zu.

Literaturüberblick

7	Rosenkrantz et al.	2019	Auswertung der Medicare claims Daten	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - nur 8,2% der IRs waren Frauen und sind somit massiv unterrepräsentiert. - Das Aufgabenspektrum zwischen Männern und Frauen war jedoch gleich (Fallzusammensetzung, Komplexität, Patienten, Komplexität etc.).
8	Wang et al.	2018	Auswertung von SIR-Daten	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Der Anteil von Frauen in der SIR hat sich zwischen den Jahren 2008 und 2017 deutlich von 6% auf 13% erhöht. - Die ergriffenen Maßnahmen, um Frauen für eine Karriere in IR zu begeistern zeigen erste Wirkung, müssen jedoch noch weiter verstärkt werden.

B.4. Analyse des Publikationsverhältnisses zwischen Frauen und Männern

Weiterhin konkretisiert sich der Gender Gap im Fachbereich Radiologie in dem Publikationsverhältnis zwischen Frauen und Männern. Da Publikationen in Fachzeitschriften mit Peer-Review für die akademische Karriere entscheidend sind, können Trends in der Autorenschaft den aktuellen Status und die zukünftige Ausrichtung von Frauen in der akademischen Medizin widerspiegeln und stellen einen wichtigen Indikator dar.⁵⁴ So haben Studien wie beispielweise von Bernard et al. (2020), Liang et al. (2015), Molwitz et al. (2021), Pyatigorskaya & Di Marco (2017), Wang et al. (2018), Xiao et al. (2018) und Yun et al. (2015) den Anteil von Frauen in der radiologischen Literatur evaluiert und signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt. Eine zusammenfassende Übersicht ist in Tabelle 3 darstellt.

Die Anzahl an Publikationen von männlichen Radiologen ist dabei deutlich höher als die der Radiologinnen und liegt je nach Auswertung und Spezifikation (erst- vs. letztgenannter Autor, Subspezialität, Zeitraum, Land etc.) ca. zwischen 70% und 90%.⁵⁵ Grundsätzlich zeigt sich jedoch auch die Tendenz, dass der Anteil von Frauen sowohl als erst- als auch als letztgenannter Autor in den vergangenen 30 Jahren zugenommen hat⁵⁶, wobei der Anteil der letztgenannten Autorinnen im Vergleich immer noch deutlich unterrepräsentiert ist.⁵⁷ Weiterhin zeigt sich ein deutlicher Unterschied, wenn der Impact Faktor der Fachzeitschriften berücksichtigt wird, wie Molwitz et al. (2021) belegen konnten. So manifestiert sich der Trend eines zunehmenden Frauenanteils insbesondere in den Low Impact Journals. Der geringste Frauenanteil ist weiterhin bei den High Impact Journal zu beobachten.⁵⁸

Darüber hinaus ergibt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den einzelnen Ländern.⁵⁹ Während einige Nationen den Frauenanteil der Erst- und Senior-Autoren in der Radiologie von 1991/93 bis 2011/13 deutlich steigern konnten (z.B. Niederlande: von

⁵⁴ Yun et al. (2015)

⁵⁵ Bernard et al. (2020), Molwitz (2021), Pyatigorskaya & Di Marco (2017), Wang et al. (2018), Xiao et al. (2018), Yun et al. (2015)

⁵⁶ Bernard et al. (2020), Liang et al. (2015), Molwitz (2021), Pyatigorskaya & Di Marco (2017), Wang et al. (2018), Xiao et al. (2018), Yun et al. (2015)

⁵⁷ Molwitz et al. (2021)

⁵⁸ Molwitz et al. (2021)

⁵⁹ Bernard et al. (2020), Yun et al. (2015)

8,3% auf 47,3%, Italien: von 2,9% auf 33,6%, China: von 0% auf 31,4% und Südkorea: von 3,6% auf 37,9%), realisierten deutsche Erst- und Senior-Autorinnen lediglich eine Steigerung von 3,9% auf 13,8%.⁶⁰

Ferner konnte auch verdeutlicht werden, dass signifikante Unterschiede hinsichtlich der Subspezialität der Autoren*innen bestehen.⁶¹ Im Rahmen der Analyse der beiden Journals AJR und Radiology weist die Interventionsradiologie dabei den geringsten Anteil von Frauen sowohl als erst- als auch als letztgenannter Autor auf. Deutlich ausgewogener zeigt sich hingegen das Geschlechterverhältnis im Bereich der Mammadiagnostik.⁶²

Insgesamt ist die weibliche Autorenschaft als letztgenannter Autor deutlich niedriger geblieben als die weibliche Erstautorenschaft, was wahrscheinlich die geringere Repräsentation von Frauen in Führungspositionen widerspiegelt, wenn man den Zusammenhang zwischen letztgenanntem Autor und dem höheren Fakultätsrang betrachtet.⁶³

Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass der Frauenanteil als Erstautor deutlich höher ist, wenn der letztgenannte Autor ebenfalls eine Frau war, was als Anzeichen für ein erfolgreiches Mentoring zwischen jungen weiblichen Talenten und erfahrenen Radiologinnen interpretiert werden könnte.⁶⁴ Die *Queen Bees Hypothese*, wonach Frauen keine weiteren weiblichen Talente fördern, um ihre eigene Position zu verteidigen und nicht zu gefährden, scheint somit nicht zuzutreffen.⁶⁵

Eine geringere Anzahl an Publikationen von Frauen findet sich nicht nur in der Radiologie, sondern über ein breites Spektrum an medizinischen Fachbereichen von beispielsweise Chirurgie⁶⁶, Dermatologie⁶⁷, Notfallmedizin⁶⁸, Allgemeinmedizin⁶⁹, Psychiat-

⁶⁰ Yun et al. (2015)

⁶¹ Bernard et al. (2020), Yun et al. (2015)

⁶² Yun et al. (2015)

⁶³ Yun et al. (2015)

⁶⁴ Bernard et al. (2020), Hricak et al. (2019), Vilgrain (2017)

⁶⁵ Hricak et al. (2019), Kubik-Huch et al. (2020), Vilgrain (2017)

⁶⁶ Kurichi et al. (2005)

⁶⁷ Feramisco et al. (2009)

⁶⁸ Tinjum et al. (2011)

⁶⁹ Schragger et al. (2011)

rie⁷⁰, Orthopädie⁷¹, HNO⁷², Urologie⁷³ bis hin zu Augenheilkunde⁷⁴. Dennoch weist der Fachbereich Radiologie eine der größten Geschlechterdisparitäten hinsichtlich der Anzahl der Publikationen zwischen Frauen und Männern auf.⁷⁵

Die Forschungsaktivität von Radiologen scheint somit auf den ersten Blick deutlich höher als die der Radiologinnen zu sein. Xiao et al. (2018) weisen jedoch darauf hin, dass die Anzahl der Publikationen proportional zu dem allgemeinen Geschlechterverhältnis im Fachbereich Radiologie ist und Frauen und Männer folglich relativ gesehen gleich produktiv sind. Der Beitrag von Frauen wird somit gleichbedeutend gewürdigt und ein Diskriminierungseffekt hinsichtlich der Publikationsquantität könne nicht nachgewiesen werden.⁷⁶ Analog argumentieren auch Liang et al. (2015). Ebenso könnte die geschlechtsspezifische Diskrepanz in der Autorenschaft zum Teil auch auf die geringere Anzahl weiblicher Vollzeitkräfte in akademischen Einrichtungen zurückzuführen sein.⁷⁷ Aufgrund des steigenden Anteils an weiblichen Medizinstudierenden sowie Assistenzärztinnen in der Radiologie kann jedoch auch davon ausgegangen werden, dass die Anzahl an Publikationen von Frauen in der radiologischen Literatur in Zukunft zunehmen könnte.⁷⁸

⁷⁰ Amering et al. (2011)

⁷¹ Okike et al. (2012)

⁷² Bergeron et al. (2012)

⁷³ Weiss et al. (2012)

⁷⁴ Shah et al. (2013)

⁷⁵ Yun et al. (2015)

⁷⁶ Xiao et al. (2018)

⁷⁷ Yun et al. (2015)

⁷⁸ Yun et al. (2015)

Tabelle 3: Literatur zum Themenkomplex Publikationsverhältnis

ID	Autor	Jahr	Studien- design	N	Ziel- gruppe	Ge- schlecht	Land	Region	Zentrale Ergebnisse
1	Bernard et al.	2020	Auswertung von zwei Fachzeit- schriften: EurRad und CVIR	2.632 Artikel	(Fach-) Ärzte*innen	Mann / Frau	EU	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei IR Journals (EurRad und CVIR) wurden für den Zeitraum 2000-2016 ausgewertet. - Insgesamt lag der Anteil der Frauen als Erstautor bei 23% und als letztgenannter Autor bei 10%. - Über die Zeit nahm der Frauenanteil sign. zu: EurRad Erstautor: von 22% auf 35%; EurRad letztgenannter Autor: von 13% auf 18%. - Bei CVIR gab es keine sign. Veränderungen über die Zeit. - Deutlicher Unterschied nach Subspezialität: in IR gab es keine Veränderung des Frauenanteils über die Zeit. - Deutlicher Länderunterschied. - Frauenanteil als Erstautor deutlich höher, wenn letztgenannter Autor ebenfalls eine Frau war.
2	Hricak et al.	2020	Kommentie- rung						<ul style="list-style-type: none"> - Kommentierung von Bernard et al.2020. - Notwendige Studie, um den Fortschritt zu tracken und Schwachstellen zu identifizieren. - Sehr wertvoll als Benchmark. - Die Queen Bees Hypothese scheint somit widerlegt. - Erstmals europäische Perspektive. - Frauen haben hervorragende Karriereaussichten in der akademischen IR.
3	Liang et al.	2015	Anzahl Pub- likationen in Radiology, the American Journal of Roentgenol- ogy (AJR), European Radiology, and Investi- gative Radi- ology	3.786 Artikel	(Fach-) Ärzte*innen	Mann / Frau		Global	<ul style="list-style-type: none"> - Der Anteil von Frauen als erst- und letztgenannter Autor hat sich über die Zeit deutlich erhöht. - Der Anteil von Frauen als Erstautor stieg von 16,4%-29,1% im Jahr 1993 auf 29,1%-34,8% im Jahr 2013. - Der Anteil von Frauen als letztgenannter Autor erhöhte sich von 4,3%-17,5% im Jahr 1993 auf 15,5%-23,2% im Jahr 2013. - Obwohl die Zunahme der Autorenschaft von Frauen in der radiologischen Literatur proportional zu ihrem Wachstum im Fachgebiet ist, bleiben sie weiterhin eine Minderheit.

Literaturüberblick

4	Molwitz et al.	2021	Anzahl Publikationen in 10 Journals	6.979 & 7.7383 Artikel	(Fach-) Ärzte*innen	Mann / Frau		Global	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung von 10 Journals zu zwei Zeitpunkten (2007/8 vs. 2017/18) und Analyse des Frauenanteils. - Einteilung der Journals in low, medium und high anhand des Impact Faktors. - Der Anteil der Radiologinnen hat sich als erstgenannter Autor von 20,6% auf 29,1% und als letztgenannter Autor von 10,7% auf 16,1% erhöht. - Es zeigen sich deutliche Unterschiede nach Impact Faktor. Insb. in low Impact Journals stieg der Frauenanteil relativ stärker an als bei medium und high Impact Journals. - Der geringste Frauenanteil ist bei den High Impact Journal zu beobachten.
5	Pyatigorskaya & Di Marco	2017	Anzahl Publikationen in Diagn Interv Imaging) und in Journal de Radiologie	664 Artikel	(Fach-) Ärzte*innen	Mann / Frau	FR	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Der Anteil der Autorinnen hat sich bei den Erstautoren von 12% im Jahr 1984 auf 34 % im Jahr 2014 und bei den letztgenannten Autoren von 11% im Jahr 1984 auf 20% im Jahr 2014 signifikant erhöht. - Dennoch sind Frauen immer noch unterrepräsentiert in der akademischen Forschung.
6	Wang et al.	2018	Anzahl Publikationen in JVIR	3.106 Artikel	(Fach-) Ärzte*innen	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Der Anteil an erst- und letztgenannten Autoren des Journals JVIR stieg von 10% auf 14,5% bzw. von 7,1% auf 11,9% an. - Die ergriffenen Maßnahmen, um Frauen für eine Karriere in IR zu begeistern zeigen erste Wirkung, müssen jedoch noch weiter verstärkt werden.
7	Xiao et al.	2018	Auswertung von zwei Fachzeitschriften: JVIR & CVIR	4.884 Artikel	(Fach-) Ärzte*innen	Mann / Frau	-	Global	<ul style="list-style-type: none"> - Es wurden zwei IR-Journals (JVIR & CVIR) ausgewertet - 84% der Erstautoren und 91,4% der letztgenannten Autoren sind männlich. - Der Anteil von Frauen sowohl der erst- als auch der letztgenannten Autoren steigt jedoch an. - Die Anzahl der Publikationen ist jedoch proportional zu dem allgemeinen Geschlechterverhältnis im Fachbereich. - Folglich sind Frauen und Männer gleich produktiv und in der Literatur repräsentiert. - Der Beitrag von Frauen wird somit gleichbedeutend gewürdigt und ein Diskriminierungseffekt hinsichtlich der Publikationsquantität konnte nicht nachgewiesen werden.

Literaturüberblick

8	Yun et al.	2015	Auswertung von zwei Fachzeitschriften: AJR und Radiology	5.523 Artikel	(Fach-) Ärzte*innen	Mann / Frau	-	Global	<ul style="list-style-type: none"> - Zwei IR-Journals (AJR und Radiology) wurden in 3 Zeitperioden (1991-93; 2001-03; 2011-13) ausgewertet. - Der Frauenanteil als Erstautor hat sich sign. erhöht (von 20,4% auf 34,0%). - Auch der Frauenanteil als letztgenannter Autor stieg an (von 18,0% auf 28,7%). - Deutliche Unterschiede nach Subspezialität (IR in 2011-13 geringster Anteil von allen sowohl als erst- als auch als letztgenannter Autor. - Deutlicher Länderunterschied: Deutschland hat die geringste Steigerungsrate (von 3,9% auf 13,8%). Südkorea: von 3,6% auf 37,9%, Niederlande: von 8,3% auf 47,3%, Italien: von 2,9% auf 33,6%) China: von 0% auf 31,4%.
---	------------	------	--	---------------	---------------------	-------------	---	--------	--

B.5. Psychologische Persönlichkeitseigenschaften

Ein Aspekt, der in der bisherigen Forschung noch nicht thematisiert wurde, sind psychologische Persönlichkeitseigenschaften als ein Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie. Daher soll im Folgenden die relevante Literatur zu diesem Themenkomplex dargestellt und analysiert werden, um potenzielle Anknüpfungspunkte zur Erklärung des Gender Gaps im Fachbereich Radiologie zu evaluieren.

Das verbreitetste Modell zur Messung der Persönlichkeit ist dabei das Big Five oder auch Fünf-Faktoren-Modell (FFM) der Persönlichkeitspsychologie, welches sich als eine Art Referenzmodell etabliert hat.⁷⁹ Dieses wird im Englischen basierend auf dem Akronym der fünf Dimensionen „Openness to experience“, „Conscientiousness“, „Extraversion“, „Agreeableness“ und „Neuroticism“ auch als OCEAN-Modell bezeichnet (vgl. auch Tab. 4). Die Namensgebung und die Beschreibungen der einzelnen Dimensionen können sich teilweise von Autor zu Autor unterscheiden. So verwenden beispielsweise Gosling et al. (2003) anstatt der Bezeichnung Neurotizismus den Begriff emotionale Stabilität, welches den Gegenpol auf der gleichen Skala darstellt. Eine Beschreibung der fünf Dimensionen anhand charakterlicher Adjektive basierend auf McCrae & John (1992) ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Dimensionen des Fünf-Faktoren-Modells sowie deren Beschreibung⁸⁰

Kürzel	Dimension englisch	Dimension Deutsch	Beschreibende Adjektive
O	Openness to experience	Offenheit für Erfahrungen	Artistic, curious, imaginative, insightful, original, wide interest
C	Conscientiousness	Gewissenhaftigkeit	Efficient, organised, planning, reliable, responsible, thorough
E	Extraversion	Extraversion	Active, assertive, energetic, enthusiastic, outgoing, talkative
A	Agreeableness	Verträglichkeit	Appreciative, forgiving, generous, kind, sympathetic, trusting
N	Neuroticism (Opposite pole: Emotional Stability)	Neurotizismus (Gegenpol: Emotionale Stabilität)	Anxious, self-pitying, tense, touchy, unstable, worrying

Die Dimension „Openness to experience / Offenheit für Erfahrungen“ stellt eine Eigenschaft dar, die mit Originalität und Kreativität verbunden ist, was z. B. ein Vorteil für das Erreichen bestimmter Arten von Führungspositionen sein kann.⁸¹

⁷⁹ Herzberg & Roth (2014), Muck et al. (2007), Soto & John (2017), Gosling et al. (2003)

⁸⁰ McCrae & John (1992)

Die Eigenschaft „Conscientiousness / Gewissenhaftigkeit“ wird assoziiert mit einer gewissen Tendenz für Lernen und beruflicher Leistung, da sie mit der Bereitschaft verbunden ist, sich wahrgenommenen Pflichten zu unterwerfen, nach Leistung zu streben und für die notwendige Struktur und Disziplin zu sorgen.⁸²

„Extraversion / Extrovertiertheit“ ist eine Eigenschaft, die leicht in der sozialen Interaktion wahrgenommen werden kann und mit der Tendenz verbunden ist, nach dem Feedback zu suchen, das aus Leistung, Erfolg, Funktionieren und Wohlbefinden resultiert.⁸³ Weiterhin ist diese Dimension jedoch auch mit einem gewissen Risiko der Selbstüberschätzung in Bezug auf die eigene Leistung verbunden.⁸⁴

Die Dimension „Agreeableness / Verträglichkeit“ ist eine Eigenschaft, die mit der Fähigkeit assoziiert wird, positive Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten⁸⁵, einschließlich einer Tendenz zur Uneigennützigkeit, die zu einem gewissen Grad an Kompromissbereitschaft in Bezug auf beruflichen Erfolg und Entwicklung führen kann.⁸⁶

Die fünfte Dimension des Big Five Modells der Persönlichkeitspsychologie ist „Neuroticism / Neurotizismus“. Der Gegenpol der gleichen Skala ist emotionale Stabilität. Neurotizismus scheint mit einem geringeren Selbstwertgefühl⁸⁷ sowie einer geringeren beruflichen Leistung und Motivation⁸⁸ zu korrelieren.

Jedes Jahr erscheinen rund 300 Publikationen, die das Fünf-Faktoren-Modell für vielfältige Forschungsrichtungen genutzt haben.⁸⁹ Neben der Persönlichkeitspsychologie findet dieser Ansatz u.a. auch im Rahmen der Vermögens-, Reichtums- und Unternehmerforschung Anwendung, um zentrale Erfolgsfaktoren zu evaluieren.⁹⁰ Erste Studien mit Bezug zur Medizin haben Unterschiede zwischen Medizinern und der Gesamtbevölke-

⁸¹ Soldz & Vaillant (1999)

⁸² Roccas et al. (2002), Woods et al. (2016)

⁸³ Ozer & Benet-Martínez (2006)

⁸⁴ Scheafer et al. (2004)

⁸⁵ Ozer & Benet-Martínez (2006)

⁸⁶ Roccas et al. (2002)

⁸⁷ Judge et al. (2002)

⁸⁸ Judge & Ilies (2002)

⁸⁹ John et al. (2008)

⁹⁰ Zitelmann (2017)

rung bzw. zwischen verschiedenen Facharzttrichtungen eruiert.⁹¹ Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften und der Wahl der medizinischen Facharzttrichtung⁹², der Arbeitszufriedenheit⁹³, Lernstilen⁹⁴, Depression⁹⁵ und Burnout⁹⁶, Wahl und Zulassung zum Medizinstudium⁹⁷ sowie Empathie⁹⁸ evaluiert.

Die Tabelle 5 fasst die zentralen Erkenntnisse wesentlicher bisheriger Studien zusammen und verdeutlicht die Anknüpfungspunkte für die vorliegende Arbeit. Dabei zeigt sich, dass Ärzte*innen ein spezifisches Profil aufweisen, welches sich von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet.⁹⁹ So konnten Stienen et al. (2018) zeigen, dass Ärzte*innen höhere Scores hinsichtlich der Dimensionen Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Verträglichkeit aufweisen sowie geringere Werte hinsichtlich der Dimension Neurotizismus (bzw. höhere Werte bzgl. der emotionalen Stabilität). Weiterhin konnte das Autorenteam Unterschiede zwischen Chirurgen*innen und Internisten*innen belegen, die sich in höheren Werten hinsichtlich der Dimensionen Extraversion, Offenheit und emotionaler Stabilität für Chirurgen*innen manifestiert. Dabei unterschieden sich diese Profile nicht zwischen den Ausbildungsstufen, d.h. Fachärzte*innen, Ärzten*innen in Weiterbildungen sowie Studierenden, sodass die psychologischen Persönlichkeitseigenschaften stabil erscheinen.¹⁰⁰ Analog konnten Preece & Cope (2016) für Großbritannien nachweisen, dass Fachärzte*innen der Chirurgie und Studierende, die sich in diese Richtung entwickeln wollten, über vergleichbare Persönlichkeitseigenschaften verfügen, was ebenfalls daraufhin deutet, dass bestimmten Fachbereichen ein spezifisches Persönlichkeitsprofil zuzuordnen ist. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Surbeck et al. (2020), die sich speziell auf die drei Fachrichtungen Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie fokussiert haben. So wiesen Neurochirurgen*innen beispielsweise höhere Scores bzgl. der Dimension emotionale Stabilität auf. Auch in dieser Studie waren die

⁹¹ Bexelius et al. (2016), Stienen et al. (2018), Surbeck et al. (2020)

⁹² Bexelius et al. (2016), Mullola et al. (2018), Kwon & Park (2015)

⁹³ Mullola et al. (2019)

⁹⁴ Preece & Cope (2016), McManus et al. (2004)

⁹⁵ Bunevicius et al. (2008)

⁹⁶ McManus et al. (2004), Prins et al. (2019)

⁹⁷ Lean et al. (2018), Lourinho et al. (2016), McManus et al. (2006)

⁹⁸ Guilera et al. (2019), Song & Shi (2017)

⁹⁹ Stienen et al. (2018)

¹⁰⁰ Stienen et al. (2018)

Ergebnisse über die Ausbildungsstufen hinweg stabil.¹⁰¹ Ebenso konnten Bunevicius et al. (2008) zeigen, dass bereits Studierende der Medizin über höhere Werte hinsichtlich der Dimension emotionale Stabilität verfügen im Vergleich zu Studierende der Geisteswissenschaften. Lean et al. (2018) haben diesen Effekt für Studierende der Medizin im Vergleich zu Studierende der Psychologie belegt. Auch Kwon & Park (2015) konnten Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen koreanischer Medizinstudierenden und einen Einfluss auf die angestrebte Facharzttrichtung belegen. Für ein schwedisches Setting konnten Bexelius et al. (2016) Unterschiede in den Persönlichkeitseigenschaften in Abhängigkeit der angestrebten Facharzttrichtung nachweisen, die insbesondere zwischen Chirurgen*innen und Psychiatern*innen zum Ausdruck kamen. Für Finnland haben Mulla et al. (2018) zeigen können, dass die Berufs- und Facharztwahl von den Persönlichkeitsmerkmalen abhängt. In einer Folgestudie konnten Mulla et al. (2019) auch belegen, dass psychologische Persönlichkeitseigenschaften einen Erklärungsbeitrag für das persönliche Wohlbefinden bei der Arbeit liefern können. Ebenso scheint es einen Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Stress, Zufriedenheit im Beruf und Burnout zu bestehen.¹⁰² Psychologische Persönlichkeitsmerkmale wurden auch für Bewerber*innen für ein Studium der Medizin evaluiert.¹⁰³ Dabei zeigte sich insbesondere die Dimension Offenheit für Erfahrungen als wesentliche Dimension, die stark mit bisherigen Auswahlkriterien übereinstimmt und mit Interesse und Motivation für Forschung und Wissenschaft in Verbindung gebracht wird.

Somit existieren zwar erste Studien bzgl. psychologischer Persönlichkeitseigenschaften in der Medizin, wobei ein Bezug hinsichtlich des Gender Gaps in spezifischen Fachbereichen bisher jedoch nicht explizit adressiert wurde. Ebenso wenig wurde sich bei den bisherigen Arbeiten auf Radiologen*innen fokussiert. Die vorliegende Studie greift diesen Aspekt entsprechend auf und überführt ihn in eine strukturierte Forschungsfrage. Dazu werden geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Facharztgruppe der Radiologen*innen untersucht und evaluiert, ob diese einen Erklärungsbeitrag für den Gender Gap liefern können und als Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich der Radiologie interpretiert werden können.

¹⁰¹ Surbeck et al. (2020)

¹⁰² McManus et al. (2004), Prins et al. (2019)

¹⁰³ Lourinho et al. (2016), McManus (2006)

Tabelle 5: Literatur zum Themenkomplex Big Five

ID	Autor	Jahr	Studien- design	N	Ziel- gruppe	Ge- schlecht	Land	Region	Zentrale Ergebnisse
1	Bexelius et al.	2016	Fragebogen	289	Jr. Doktor / PJ	Mann / Frau	Schwe- den	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Unterschiede in den Persönlichkeitseigenschaften in Abhängigkeit der angestrebten Facharzttrichtung. - Insb. deutliche Unterschiede zwischen Chirurgen und Psychiater.
2	Bunevicius et al.	2008	Fragebogen	338 vs. 73	Studieren- de der Me- dizin vs. Geisteswis- senschaf- ten	Mann / Frau	Litauen	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Sowohl Studierende der Medizin als auch der Geisteswissen- schaften zeigten Symptome von Angst und Depression. - Bei den Medizinstudierenden war Angst und Depression negativ korreliert mit der Dimension emotionale Stabilität. - Studierende der Medizin weisen eine höhere emotionale Stabilität auf als Studierende der Geisteswissenschaften.
3	Drosdeck et al.	2015	Fragebogen	192	(Fach-) Arzt	Mann / Frau	USA	US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgen*innen haben höhere Werte hinsichtlich der Dimensio- nen Gewissenhaftigkeit und Extraversion aber geringere hinsicht- lich der Dimension Verträglichkeit im Vergleich zu Nicht- Chirurgen*innen. - Diese Ergebnisse könnten genutzt werden, um die Auswahl ge- eigneter Kandidaten*innen für die Chirurgie zu verbessern. - Weiterhin könne frühzeitig die Gefahr von Burnout und beruflicher Unzufriedenheit erkannt und entsprechend interveniert werden.
4	Gosling et al.	2003	Fragebogen	Studien- reihe	-	Mann / Frau	USA / Global	Global / US / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Der 10-Kriterium Big Five Persönlichkeitstest ist ein adäquates Instrument, wenn die zeitlichen Ressourcen einer Befragung be- grenzt sind. - Der 10-Kriterium Big Five Persönlichkeitstest korreliert dabei sehr stark mit deutlich umfangreicheren Varianten des Big Five Per- sönlichkeitstests, die bis zu 240 Kriterien umfassen. - Auch wenn inhaltliche Abstriche zu machen sind, ist die 10- Kriterium Variante der optimale Trade-Off zwischen inhaltlicher Tiefe und zeitlicher Optimierung.
5	Guilera et al.	2019	Fragebogen	110	Studieren- de	Mann / Frau	Spanien	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Empathie und psychologische Persönlichkeitsmerkmale korrelieren miteinander. - Die stärkste Korrelation ergab sich zwischen der Dimension Of- fenheit und der kognitiven Fähigkeit, sich in fiktive Situationen zu versetzen sowie zwischen der Dimension Neurotizismus und der Fähigkeit negative Gefühle in anderen zu erkennen. - Weiterhin zeigten sich höhere Werte für die Dimension Offenheit und geringere Werte hinsichtlich der Dimension Verträglichkeit im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung Spaniens.

Literaturüberblick

6	Kwon & Park	2015	Fragebogen	105	Studierende	Mann / Frau	Korea	Asien-Pazifik	<ul style="list-style-type: none"> -Medizinstudierende mit einer höheren Ausprägung hinsichtlich Verträglichkeit bevorzugten eher die klinische Medizin. -Persönliches Interesse war ein signifikanter Einflussfaktor für die Wahl des Fachgebiets bei Studierenden mit hoher Offenheit und Gewissenhaftigkeit. -Die Ergebnisse können gezielt für die Wahl der eigenen Facharzt-richtung oder durch Berufsberater genutzt werden.
7	Lean et al.	2018	Fragebogen	65 vs. 377	Studierende der Medizin vs. Psychologie	Mann / Frau	Singapur	Asien-Pazifik	<ul style="list-style-type: none"> -4 der 5 Dimensionen unterschieden sich nicht zwischen Studierende der Medizin und Nicht-Medizinstudierende (lediglich Offenheit für Erfahrungen nicht). -Medizinstudierende erzielten geringere Scores hinsichtlich Neurotizismus aber höherer Werte hinsichtlich Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. -Somit würde der Auswahlprozess der Universität die richtigen Kandidaten für eine Karriere als Ärzte*innen identifizieren.
8	Lourinho et al.	2016	Fragebogen	181	Bewerber für ein Medizinstudium	Mann / Frau	Portugal	EU	<ul style="list-style-type: none"> -Die Dimension Offenheit hatte die höchste Korrelation (positiv) mit dem Interview-Score im Rahmen des offiziellen Auswahlprozesses für die Studierenden. -Die anderen Dimensionen waren nicht signifikant. -Psychologische Persönlichkeitsmerkmale könnten für Interventionsmaßnahmen und Coachings genutzt werden.
9	McManus et al.	2006	Fragebogen	2.867	Bewerber für ein Medizinstudium	Mann / Frau	UK	EU	<ul style="list-style-type: none"> -Hohe Scores hinsichtlich der Dimension Verträglichkeit korrelieren stark mit der Motivation für das Studium bzgl. des Faktors „ändern helfen“. -Die Motivation „Forschung und Wissenschaft“ korreliert mit der Big Five Dimension Offenheit.
10	McManus et al.	2004	Fragebogen (Papier)	1.668	Studierende / (Fach-) Arzt	Mann / Frau	UK	EU	<ul style="list-style-type: none"> -Im Rahmen einer zwölf-jährigen Längsschnittstudie wurden Studierende der Medizin und später als Ärzte*innen befragt. -Persönlichkeitseigenschaften haben einen signifikanten Einfluss auf Wahrnehmung von Stress, Burnout und Zufriedenheit im Beruf. -Die Persönlichkeitseigenschaften scheinen dabei über die Zeit relativ stabil zu sein. -Persönlichkeitseigenschaften können somit einen Erklärungsbeitrag dazu leisten, wie die Arbeitsumgebung und das Arbeitsklima wahrgenommen werden.

Literaturüberblick

11	Muck et al.	2007	Fragebogen	Studienreihe	-	Mann / Frau	DE	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Deutsche Übersetzung des 10-Kriterium Big Five Persönlichkeits-test von Gosling et al. (2003). - Konstruktion und Validierung des Testinstruments. - Nachweis einer effizienten Approximation der 10-Kriterium-Variante an den NEO-Personality Inventory mit 240 Fragen.
12	Mullola et al.	2018	Fragebogen	2.837	(Fach-) Ärzte	Mann / Frau	Finnland	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Die Ergebnisse zeigen, dass ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale mit der Berufs- und Facharztwahl nach dem Medizinstudium assoziiert sind. - Offenheit war die konsistenteste Persönlichkeitseigenschaft, die mit der Berufswahl von Ärzten in Bezug auf den Beschäftigungssektor, den Umfang des klinischen Patientenkontakts, der Wahl des Fachgebiets sowie dem Wechsel des Fachgebiets korreliert. - Höhere Offenheit war assoziiert mit der Arbeit im privaten Sektor und der Spezialisierung auf Psychiatrie. Geringere Offenheit war mit der Spezialisierung auf Allgemeinmedizin sowie Augen- und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde verbunden. - Höhere Gewissenhaftigkeit war verbunden mit einem hohen Maß an Patientenkontakt und der Spezialisierung auf Chirurgie und andere internistische Fachgebiete. Geringere Gewissenhaftigkeit wurde mit der Spezialisierung auf Psychiatrie und Krankenhausdienst-Fachgebiete in Verbindung gebracht. - Höhere Verträglichkeit war mit der Arbeit im privaten Sektor und der Spezialisierung auf Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin verbunden. Geringere Verträglichkeit und Neurotizismus waren mit einer Spezialisierung auf die Chirurgie verbunden. - Höhere Extraversion war assoziiert mit Spezialisierung auf Pädiatrie und einem Wechsel des Fachgebiets. Geringere Extraversion war damit verbunden, nicht mit Patienten zu praktizieren.

Literaturüberblick

13	Mullola et al.	2019	Fragebogen	2.815	(Fach-) Arzt	Mann / Frau	Finnland	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Die Persönlichkeitsmerkmale von Ärzten*innen können einen Erklärungsbeitrag hinsichtlich des medizinischen Fachgebiets und dem Wohlbefinden bei der Arbeit leisten. - Höhere Extraversion, Offenheit und Verträglichkeit erwiesen sich als Persönlichkeitsmerkmale, die für ein höheres Wohlbefinden bei der Arbeit in personenorientierten Fachbereichen förderlich waren. - Höhere Gewissenhaftigkeit, aber geringere Offenheit und Verträglichkeit haben sich als Persönlichkeitsmerkmale erwiesen, die für ein höheres Wohlbefinden bei der Arbeit in technikorientierten Fachbereichen förderlich scheinen. - Die Rolle von Neurotizismus bleibt im Allgemeinen gering.
14	Preece & Cope	2016	Fragebogen	53; 37	Studierende / (Fach-) Arzt	Mann / Frau	UK	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Studierende der Medizin, die eine Karriere als Chirurg*in anstreben, und Ärzte*innen in der Facharztausbildung zum Chirurgen*in, weisen ähnliche Persönlichkeitseigenschaften und Lernstiele auf. - Diese Ergebnisse könnten genutzt werden, um die Ausbildung zum Chirurgen sowie die Auswahl geeigneter Kandidaten zu verbessern.
15	Prins et al.	2019	Fragebogen	1.231	Ärzte*innen in der Facharztausbildung	Mann / Frau	NL	EU	<ul style="list-style-type: none"> - 15% der Studienteilnehmer*innen erfüllten die Kriterien für Burnout. - Hohe Werte hinsichtlich der Dimension Extraversion korreliert mit geringeren Burnout-Raten für den Fachbereich Chirurgie. - Neurotizismus korreliert hingegen stärker mit Burnout.
16	Song & Shi	2017	Fragebogen	530	Studierende	Mann / Frau	China	Asien-Pazifik	<ul style="list-style-type: none"> - Die Big Five Persönlichkeitsmerkmale waren wichtige Prädiktoren für die Empathie unter chinesischen Medizinstudierende. - Individualisierte Interventionsstrategien, die auf Persönlichkeitsmerkmalen basieren, könnten in Programmen zur Verbesserung der Empathie in der medizinischen Ausbildung integriert werden.

Literaturüberblick

17	Stienen et al.	2018	Fragebogen (online)	5.660	(Fach-) Ärzte*innen / Studierende	Mann / Frau	CH, D; AT, BEL, FR, CAN	EU / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgen und Internisten unterscheiden sich in ihrem Persönlichkeitsprofil von der Allgemeinbevölkerung. - Dabei weisen Sie höhere Scores hinsichtlich der Dimensionen Gewissenhaftigkeit, Extraversion und Verträglichkeit auf sowie geringere Werte hinsichtlich der Dimension Neurotizismus (bzw. höhere Werte bzgl. der emotionalen Stabilität). - Chirurgen und Internisten unterscheiden sich ebenfalls. Chirurgen haben höhere Werte hinsichtlich der Dimensionen Extraversion, Offenheit und emotionaler Stabilität. - Diese Profile unterschieden sich nicht bzgl. der Ausbildungsstufe, d.h. für Fachärzte*innen, Ärzten*innen in Weiterbildungen sowie Studierende.
18	Surbeck et al.	2020	Fragebogen (online)	5.148	(Fach-) Ärzte*innen / Studierende	Mann / Frau	CH, D; AT, BEL, CAN	EU / CAN	<ul style="list-style-type: none"> - Studienteilnehmer*innen der drei der Fachrichtungen Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie („NN&P“) unterschieden sich in ihrem Persönlichkeitsprofil von den anderen Fachgebieten der Medizin (höhere Werte hinsichtlich der Dimension Offenheit). - Innerhalb der drei Fachrichtungen „NN&P“ gab es ebenfalls spezifische Unterschiede. - Neurochirurgen wiesen deutlich höhere Scores bzgl. der Dimension emotionale Stabilität auf. - Höhere Werte für die Dimension Gewissenhaftigkeit ergaben sich für Neurochirurgen und Neurologen. - Psychiater zeigten höhere Werte hinsichtlich der Dimension Verträglichkeit. - Die Unterschiede innerhalb der drei der Fachrichtungen „NN&P“ waren über die Ausbildungsstufen, d.h. Fachärzte*innen, Ärzten*innen in Weiterbildungen sowie Studierende stabil.
19	Zitelmann	2017	Strukturierte Interviews	52	High-net-worth individual	Mann / Frau	DE	EU	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation der Persönlichkeitseigenschaften von vermögenden Privatpersonen Anhang des Big Five Persönlichkeitstests. - Unternehmertum und die dafür notwendigen Persönlichkeitseigenschaften sind zentraler Erfolgsfaktor für den Aufbau eines hohen Vermögens und weisen ein spezifisches Profil auf.

B.6. Weitere relevante Studien

Weitere relevante Literatur, die in den Studien zum Thema Gender Gap im Fachbereich Radiologie zitiert wird, gliedert sich im Wesentlichen in folgende Themenbereiche:

1. Studien zu dem Effekt der Strahlenbelastung im Fachbereich Radiologie
2. Studien zu dem Behandlungserfolg von Frauen und Männern

Eine Übersicht ist in Tabelle 6 dargestellt, die ausgewählte Studien und deren zentrale Ergebnisse zusammenfasst.

Ein Grund, warum sich junge Ärzte*innen gegen eine Karriere in der Radiologie entscheiden, sei die Angst vor der Strahlenexposition.¹⁰⁴ Daher werden in zahlreichen Studien zum Thema Gender Gap im Fachbereich Radiologie entsprechende Studien zu dem Effekt der Strahlenbelastung rekapituliert. Die grundsätzliche Aussage ist dabei, dass die Angst vor der Strahlenexposition unbegründet sei, wenn die definierten Schutzmaßnahmen eingehalten werden.¹⁰⁵ Ein negativer Effekt der Strahlenbelastung sei in der Regel nicht nachweisbar¹⁰⁶ und die jährliche Strahlenbelastung vergleichbar mit der natürlichen Hintergrundstrahlung von Radon oder anderen natürlichen Quellen.¹⁰⁷ Selbst für Schwangere bestehe kein erhöhtes Risiko.¹⁰⁸ So sei beispielsweise die Strahlenbelastung für die Besatzung eines Flugzeuges deutlich höher als für Radiologen*innen.¹⁰⁹

Studien zu dem zweiten Themenkomplex und dem Behandlungserfolg von Frauen und Männern zeigen, dass Frauen eindeutig keine schlechteren Ärzte*innen sind und ggf. sogar besser Behandlungserfolge erzielen.¹¹⁰ So haben Alcaide-Leon et al. (2022) die Performance von Radiologen*innen in der teleradiologischen Befundung untersucht und

¹⁰⁴ Bishay et al. (2017), Perez et al. (2017)

¹⁰⁵ Best et al. (2011), Dauer et al. (2015), Jaschke et al. (2018), Niklason et al. (1993), Marx et al. (1992), Vu & Elder (2013), Waters et al. (2000)

¹⁰⁶ Jaschke et al. (2018), Vu & Elder (2013)

¹⁰⁷ Niklason et al. (1993)

¹⁰⁸ Jaschke et al. (2018), Dauer et al. (2015)

¹⁰⁹ Waters et al. (2000)

¹¹⁰ Alcaide-Leon et al. (2022), Tsuganwa et al. (2017), Wallis et al. (2017)

konnten zeigen, dass Radiologinnen dazu neigen, weniger Fehler zu machen.¹¹¹ Weiterhin konnten Tsuganwa et al. (2017) nachweisen, dass die Behandlung durch eine Ärztin im Vergleich zu männlichen Kollegen zu geringeren Sterblichkeits- und Wiederaufnahmeraten führt. Auch die chirurgische Behandlung durch eine Frau kann zu besseren Ergebnissen führen.¹¹²

Untersuchungen in anderen Branchen haben ebenfalls gezeigt, dass die Einbeziehung von Menschen mit unterschiedlichen Geschlechtern, Fähigkeiten und Ansichten die Entscheidungsfindung, das Engagement der Mitarbeiter, das kritisch-analytische Denken und die Innovationsfähigkeit verbessert, wodurch letztendlich besser Ergebnisse erreicht werden.¹¹³

Für ein medizinisches Setting resultieren insbesondere folgende Aspekte: Patienten*innen wollen mit ihren Ärzten*innen in Kontakt treten, und einige Patientinnen haben das Gefühl, dass eine Ärztin besser auf ihre Bedürfnisse eingehen kann. Weiterhin ist es wahrscheinlicher, dass Forscher*innen und Wissenschaftler*innen Themen untersuchen, die für sie selbst von Interesse sind. Folglich besteht das Risiko, dass die Unterrepräsentation von Frauen die Erforschung spezifischer weiblicher Themen im Fachbereich Radiologie einschränken könnte.¹¹⁴

Die Schlussfolgerung der Autoren*innen solcher Studien ist stets, dass ein Gender Gap reduziert werden sollte.¹¹⁵ Weitere Studien zum Thema Gender Gap greifen diese Ergebnisse entsprechend auf und nutzen diese als ein zentrales Argument für die Implementierung weiterer Maßnahmen und die gezielte Förderung von weiblichen Talenten im Fachbereich Radiologie. Dies wird als wesentlich erachtet, um das Fach Radiologie weiterentwickeln zu können. Ziel ist es aus dem größten und reichhaltigsten Talentpool schöpfen zu können, die höchste Qualität der Versorgung sicherzustellen sowie Innovationen zu fördern, um den Bedürfnissen von männlichen und weiblichen Patienten

¹¹¹ Alcaide-Leon et al. (2022)

¹¹² Wallis et al. (2017)

¹¹³ Forman et al. (2012), Handelsman et al. (2005), Hricak et al. (2020), Desvaux et al. (2017), Deloitte (2017)

¹¹⁴ Forman et al. (2012)

¹¹⁵ Tsuganwa et al. (2017), Wallis et al. (2017)

gleichermaßen entsprechen zu können.¹¹⁶ Das Ausbleiben einer nennenswerten Verbesserung des Geschlechtergefälles in dem Fachbereich Radiologie deutet darauf hin, dass sich das Ungleichgewicht nicht von selbst korrigieren wird und aktive Maßnahmen erforderlich sind.¹¹⁷ Folglich scheint es gerechtfertigt und sinnvoll sich vertieft mit dem Thema Gender Gap und den Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Fachbereich Radiologie auseinanderzusetzen.

¹¹⁶ Forman et al. (2012), Kubik-Huch et al. (2020)

¹¹⁷ Grimm et al. (2016), Vernuccio et al. (2019)

Tabelle 6: Weitere relevante Literatur

ID	Autor	Jahr	Studien-design	Zentrale Ergebnisse
1	Best et al.	2011	Literatur-Review	- Die Angst vor Strahlenexposition sei unbegründet. - Es seien keine negativen Effekte nachweisbar, wenn Schutzmaßnahmen eingehalten werden.
2	Dauer et al.	2015	Metastudie	- Ein erhöhtes Risiko für den Embryo oder die Schwangere sei nicht belegbar. - Frauen sollten nicht davon abgehalten werden, sich im Fachbereich Radiologie zu engagieren. - Sicherheitsmaßnahmen werden abgeleitet.
3	Jaschke et al.	2018	Literatur-Review	- Die Angst vor Strahlenexposition sei unbegründet. - Es seien keine negativen Effekte nachweisbar, wenn Schutzmaßnahmen eingehalten werden. - Schwangere müssten nicht von der Arbeit ausgeschlossen werden. - Strahlenexposition sollte nicht die Entscheidung für oder gegen einen Karriereweg beeinflussen.
4	Marx et al.	1992	Experimentell	- Effektive Schutzmaßnahmen helfen die Strahlenbelastung für Radiologen*innen zu reduzieren.
5	Niklason et al.	1993	Experimentell	- Die durchschnittliche jährliche Strahlenbelastung für interventionelle Radiologen lag bei 3,16 mSv und ist somit vergleichbar mit der durchschnittlichen natürlichen Hintergrundstrahlung von Radon oder anderen natürlichen Quellen. - Das durchschnittliche jährliche Risiko an Krebs zu erkranken, lag bei lediglich 1 zu 10.000 pro Jahr für fast die gesamte Karriere eines Radiologen*in.
6	Tsugawa et al.	2017	Auswertung der Behandlungsergebnisse (Männer vs. Frauen)	- Die Behandlung durch eine Frau führt zu geringeren Sterblichkeits- und Wiederaufnahmeraten. - Folglich sollte der Gender Gap reduziert werden.
7	Wallis et al.	2017	Auswertung der Behandlungsergebnisse (Männer vs. Frauen)	- Die chirurgische Behandlung durch eine Frau führt zu besseren Ergebnissen (statistischer Effekt ist jedoch gering). - Folglich sollte der Gender Gap reduziert werden.
8	Waters et al.	2000	Experimentell	- Die Strahlendosis der Flugzeugbesatzung ist deutlich höher als bei Radiologen (0,2-5 vs. 1,1 mSv).
9	Vu & Elder	2013	Metastudie	- Wenn die relevanten Schutzmaßnahmen im Bereich Radiologie eingehalten werden, ist kein erhöhtes Risiko aufgrund der Strahlenbelastung nachweisbar. - Eine Karriere im Fachbereich Radiologie aufgrund der Gefahr vor einer Strahlenbelastung auszuschließen erscheint somit unbegründet.
10	Alcaide-Leon et al.	2022	Experimentell	- Radiologinnen in der teleradiologischen Befundung neigen dazu, weniger Fehler zu machen.

B.7. Zusammenfassung der Literatur

Um die relevante Literatur zu identifizieren wurde eine systematische Recherche auf der Meta-Datenbank PubMed durchgeführt. Die verwendeten Suchbegriffe wurden dabei basierend auf den inhaltlichen Erkenntnissen stetig erweitert. Weiterhin wurden sämtliche Referenzen der identifizierten Studien analysiert und ebenfalls recherchiert und ausgewertet. Dies wurde solange wiederholt bis schließlich alle relevanten Studien mit einem inhaltlichen Bezug zu dem Kernthema der vorliegenden Arbeit ermittelt werden konnten.

Im Rahmen empirischer Befragungen von Ärzten*innen im Fachbereich Radiologie bzw. Studierende mit Interesse an diesem Fachgebiet konnte auch in diesem Fachbereich ein Gender Gap identifiziert werden. Bisherige Studien beziehen sich aber vornehmlich auf die USA und Australien. Eine vergleichbare Analyse für den Fachbereich Radiologie in Deutschland wurde bisher noch nicht durchgeführt.

Neben empirischen Befragungen wurde darüber hinaus der Anteil von Frauen in radiologischen Fachbereichen, Organisationen und Gesellschaften evaluiert. Auch in diesem Aspekt manifestiert sich der Gender Gap in der Radiologie.

Das dritte Themencluster analysiert die Forschungsaktivitäten und das Publikationsverhältnis zwischen Frauen und Männern in radiologischen Fachzeitschriften. Dabei ist die Anzahl an Publikationen in Fachzeitschriften mit Peer-Review von männlichen Radiologen deutlich höher als die der Radiologinnen, sodass sich auch in dieser Dimension ein signifikanter Gender Gap zeigt.

Psychologische Persönlichkeitseigenschaften als ein Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie wurden in der bisherigen Forschung noch nicht explizit adressiert. Es existieren zwar erste Veröffentlichungen, die den Einfluss psychologischer Persönlichkeitseigenschaften in einem medizinischen Setting untersucht haben, allerdings wurde bisher kein Bezug zu dem Gender Gap im Fachbereich Radiologie hergestellt.

Weitere relevante Studien wurden der Vollständigkeit halber aufgeführt, können jedoch nur exemplarisch dargestellt werden, um angrenzende Themengebiete kurz zu skizzieren.

Literaturüberblick

Der dargestellte Literaturüberblick spiegelt somit nach bestem Wissen und Gewissen des Autors ein vollständiges Bild der relevanten Literatur über den aktuellen Stand der Forschung zu den Themen Gender Gap im Fachbereich Radiologie sowie einen umfassenden Überblick über die gesamte Literatur zu dem Themenkomplex psychologischer Persönlichkeitseigenschaften in einem medizinischen Kontext wider.

B.8. Ableitung der zentralen Fragestellungen

Basierend auf der Auswertung und dem Studium der Literatur können nun die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Arbeit hergeleitet werden. Bisherige Studien zum Thema Gender Gap im Fachbereich Radiologie haben sich vornehmlich auf die USA¹¹⁸ sowie Australien¹¹⁹ und begrenzt auf Europa fokussiert.¹²⁰ Kasch et al. (2016) und Dettmer et al. (2017) haben Studierende in Deutschland mit Interesse an Radiologie bzw. PJ-Studierende mit dem Wahlfach Radiologie befragt, um zu evaluieren welche Faktoren die Wahl der Facharztrichtung beeinflussen. Eine systematische Evaluation im Fachbereich Radiologie in Deutschland steht allerdings noch aus. Hier knüpft die vorliegende Arbeit an.

Das Spektrum der Forschungsfragen lässt dich dabei in drei Bereiche kategorisieren. Der erste Bereich adressiert die strukturellen Erfolgsfaktoren und analysiert die aktuellen Gegebenheiten im Fachbereich Radiologie sowie die derzeitige Situation der Radiologen*innen in Deutschland. Der zweite Bereich untersucht anhand des Big Five Modells die beschriebenen Persönlichkeitseigenschaften in Hinblick auf eine Karriere im Fachbereich Radiologie. Der dritte Bereich dient schließlich der Ableitung potenzieller Handlungsempfehlungen.

Strukturelle Erfolgsfaktoren

Der erste Bereich formuliert die Forschungsfrage, ob ein Gender Gap im Fachbereich Radiologie auch in Deutschland existiert und anhand welcher Dimensionen dieser besonders stark zum Ausdruck kommt. Unter Bezugnahme auf die Literatur werden geschlechtsspezifische Unterschiede dabei hinsichtlich folgender Aspekte vermutet:

- Private Lebensumstände
- Ausbildungs- und Berufsverlauf
- Aktuelle berufliche Situation
- Arbeitszufriedenheit
- Einschätzungen der weiteren berufliche Weiterentwicklung

¹¹⁸ Hubik-Huch et al. (2020)

¹¹⁹ Foo et al. (2018), Foo et al. (2020), Llewelly et al. (2019)

¹²⁰ Wah & Belli (2018)

Es wird die Hypothese formuliert, dass das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf Faktoren, wie beispielsweise die Länge der Ausbildung, die aktuelle Hierarchieposition oder die Anzahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen etc. ausübt. So konnten zahlreiche Studien¹²¹, die den Anteil von Frauen in der radiologischen Literatur evaluiert haben, deutlich höhere Publikationsraten für Männer als für Frauen nachweisen. Dass mit zunehmender Hierarchiestufe der Anteil von Frauen deutlich abnimmt, konnte ebenfalls umfangreich belegt werden.¹²² Mobbing und sexuelle Belästigung ist ebenfalls ein Problem, auf das bisherige Studien aufmerksam gemacht haben.¹²³ In Übereinstimmung mit den bisherigen Erkenntnissen wird auch in diesem Zusammenhang die Hypothese formuliert, dass sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit von Radiologen*innen in Deutschland im Berufsalltag feststellen lassen. Darüber hinaus wird auch vermutet, dass sich Unterschiede bezüglich der geplanten beruflichen Weiterentwicklung sowie Diskrepanzen hinsichtlich der wahrgenommenen Karriereförderung in Abhängigkeit des Geschlechtes zeigen. So haben beispielsweise Vernuccio et al. (2019) darauf hingewiesen, dass junge Radiologinnen den Eindruck hatten, deutlich schlechter gefördert zu werden. Folglich wird auch hier die Hypothese formuliert, dass sich geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben.

Der potenzielle Gender Gap im Fachbereich Radiologie in Deutschland wird dabei entsprechend evaluiert, indem die relevanten Dimensionen auf geschlechtsspezifische Unterschiede mittels inferenzstatistischer Verfahren evaluiert werden.

Psychologische Erfolgsfaktoren

Der zweite Bereich adressiert die Forschungsfrage wie Ärztinnen und Ärzte im Fachbereich Radiologie anhand des Big Five Persönlichkeitstests zu charakterisieren sind und ob dies einen Erklärungsbeitrag für den Gender Gap dieser Fachrichtung liefern kann. Zwar existieren erste Studien in einem medizinischen Setting¹²⁴, eine Evaluation für

¹²¹ Bernard et al. (2020), Liang et al. (2015), Molwitz et al. (2021), Pyatigorskaya & Di Marco (2017), Wang et al. (2018), Xiao et al. (2018) und Yun et al. (2015)

¹²² Z.B. Bailey et al. (2017), Cater et al. (2018), Englander & Belli (2018), Foo et al. (2020), Foo et al. (2018), Grimm et al. (2016), Higgins et al. (2016), Kapoor et al. (2017), Kubik-Huch (2020), Llewellyn et al. (2019), Perez et al. (2016), Piltch-Loeb et al. (2020), Rosenkrantz et al. (2019) Wah & Belli (2018), Wang et al. (2018), Zener et al. (2016)

¹²³ Coopes (2016), Jamieson et al. (2015), Llewellyn et al. (2019)

¹²⁴ Z.B. Bunevicius et al. (2008), Lean et al. (2018), Preece & Cope (2016), Stienen et al. (2018), Surbeck et al. (2020)

den Fachbereich Radiologie ist bisher allerdings noch nicht erfolgt. Die vorliegende Arbeit greift diese Forschungslücke entsprechend auf, indem die Hypothese formuliert wird, dass sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in den Persönlichkeitseigenschaften der Radiologen*innen in Deutschland feststellen lassen.

Ableitung von Handlungsempfehlungen

Der dritte Bereich dient schließlich der Ableitung potenzieller Handlungsempfehlungen. Es werden folgende Fragen aufgeworfen: Welche Maßnahmen könnten ergriffen werden, um einen potenziellen Gender Gap im Fachbereich Radiologie in Deutschland zu adressieren und ggf. auch zu reduzieren? Welche Strategien könnten individuelle Radiologen*innen ergreifen, um sich bestmöglich in dem bestehenden System zu entwickeln? Bisherige Studien haben verdeutlicht, dass ein zentraler Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie zum Beispiel in strukturierten Mentoring Programmen gesehen wird.¹²⁵ Dieser Aspekt wird ebenfalls in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und evaluiert, ob sich Radiologinnen und Radiologen in der Nutzung dieses Instrumentes unterscheiden. Darüber hinaus wird ein explorativer Forschungsansatz verfolgt, um Verbesserungspotenziale und Erfahrungen zu evaluieren. Eine explizite Hypothese wird in diesem Zusammenhang daher nicht formuliert.

¹²⁵ Grimm et al. (2016), Kubik-Huch et al. (2020), Vernuccio et al. (2019)

C. Methodik

Um die Erfolgsfaktoren für eine wissenschaftliche Karriere im Fachbereich Radiologie zu evaluieren und geschlechtsspezifische Unterschiede zu eruieren, wurde eine quantitative Querschnittsstudie durchgeführt und basierend auf der Literaturrecherche ein entsprechender Online-Fragebogen entwickelt. Dabei wurde sich an einem bereits validierten und getesteten Fragebogen orientiert, der von dem Institut Gender in Medicine (GIM) der Charité – Universitätsmedizin Berlin für eine ähnlich strukturierte Umfrage unter Kardiologen*innen genutzt wurde.¹²⁶ Der Fragebogen wurde an die spezifische Situation in dem Fachbereich Radiologie angepasst und umfasste alle wesentlichen Aspekte, um die aufgeworfenen Forschungsfragen adressieren zu können. Lediglich der Themenbereich der psychologischen Persönlichkeitseigenschaften war noch nicht enthalten und wurde entsprechend ergänzt.

Zur Messung der fünf Dimensionen des Big Five Modells wurden verschiedene Instrumente entwickelt. Der Goldstandard ist der NEO-PI-R, der von Costa & McCrae (1992) konzeptioniert wurde und 240 Kriterien umfasst, um auch differenzierte Fassetten der Persönlichkeit abbilden zu können.¹²⁷ Wenn innerhalb des Fragebogens jedoch auch noch andere Aspekte erfasst werden sollen, die Zeit einen limitierenden Faktor darstellt bzw. die Gefahr des vorzeitigen Abbruchs der Beantwortung des Fragebogens zu groß erscheint, ist ein kürzeres und komprimiertes Erhebungsinstrument notwendig.¹²⁸ Daher haben Gosling et al. (2003) ein Instrument mit lediglich 10 Kriterien (TIPI-10) entwickelt, welches sich in etwa einer Minute bearbeiten lässt. Trotz der Kürze konvergieren die Ergebnisse sehr gut mit den Resultaten aus umfangreicheren Erhebungsinstrumenten, sodass die 10-Kriterium Variante den optimalen Trade-Off zwischen inhaltlicher Tiefe und zeitlicher Optimierung darstellt.¹²⁹ Eine deutsche Version des TIPI-10 wurde von Muck et al. (2007) entwickelt und umfassend evaluiert. Auch zahlreiche weitere Sprachen sind mittlerweile verfügbar, sodass der TIPI-10 auch für umfangreiche internationale Studien eingesetzt werden kann.

¹²⁶ Dettmer et al. (2021)

¹²⁷ Muck et al. (2007)

¹²⁸ Gosling et al. (2003), Muck et al. (2007)

¹²⁹ Gosling et al. (2003), Muck et al. (2007)

C.1. Fragebogendesign

Die Online-Umfrage enthielt insgesamt 66 Fragen. Der vollständige Fragebogen in Deutsch und Englisch ist dem Anhang beigelegt. Die technische Umsetzung erfolgte mit dem Survey-Tool *limesurvey* (*LimeSurvey GmbH, Version: 4.3.15, Hamburg, Deutschland*). Bei der Programmierung des Fragebogens wurde die Möglichkeit der Filterfragen genutzt, sodass eine Personalisierung der Studie in Abhängigkeit der vorherigen Antworten der Studienteilnehmer*innen erfolgte. Folglich ergaben sich für verschiedene Fragen unterschiedlich hohe Stichprobenumfänge. Für die Erhebung der Daten wurden weiterhin verschiedene Fragetypen wie Listen, Mehrfachauswahlen sowie numerische und Text-Eingaben genutzt. Die Umfrage wurde dabei in fünf Abschnitte unterteilt:

1. Angaben zum Ausbildungs- und Berufsverlauf
2. Angaben zur aktuellen beruflichen Situation
3. Angaben zur Arbeitszufriedenheit
4. Einschätzungen zur weiteren beruflichen Entwicklung
5. Angaben zur Person und den privaten Lebensumständen

Folglich wurde ein weitreichender Ansatz verfolgt, um die Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Fachbereich Radiologie umfassend evaluieren zu können.

C.2. Zielgruppe

Zielgruppe der empirischen Befragungen waren Ärztinnen und Ärzte aus dem Fachbereich Radiologie, die in Deutschland tätig sind und eine Karriere in dem deutschen Gesundheitssystem durchlaufen. Entsprechend wurde die Datenerhebung und die Ansprache der Zielgruppe konzipiert.

C.3. Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Dezember 2020 und April 2021, d.h. für einen Zeitraum von ca. fünf Monaten. Kurz vor Weihnachten wurde mit der Durchführung der empirischen Studie begonnen, indem in dem Weihnachtsnewsletter des Forums Junge Radiologen*innen der Deutschen Radiologischen Gesellschaft (DRG) auf die Online-Umfrage aufmerksam gemacht wurde. Auch die European Society of Radiology (ESR)

hat den Fragebogen in der Weihnachtswoche über seine Social-Media-Kanäle (Facebook und Twitter) verbreitet. Weiterhin wurden über die DRG die Leiter*innen der radiologischen Fachbereiche der Unikliniken in Deutschland kontaktiert, mit der Bitte den Link zu dem Fragebogen in ihrem Institut zu verbreiten.

Um die Online-Umfrage möglichst umfangreich in Deutschland zu distribuieren, wurden weiterhin die 500 größten (Uni-)Kliniken in Deutschland über die Homepage www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de¹³⁰ identifiziert und die E-Mail-Adressen der ärztlichen Mitarbeiter*innen aus dem Fachbereich Radiologie recherchiert. Diese wurden anschließend individuell kontaktiert und auf die Studie aufmerksam gemacht. Nach sieben bis zehn Tagen wurde erneut eine Reminder-E-Mail versandt. In Summe konnten durch diesen Ansatz 4.500 Radiologen*innen identifiziert und kontaktiert werden. Im Vergleich dazu waren 2021 in Deutschland 9.535 berufstätige Fachärzte aus dem Fachbereich Radiologie bei der Bundesärztekammer registriert¹³¹. Folglich kann von einer weitreichenden Distribution der Online-Umfrage und einer adäquaten Ansprache der Zielgruppe ausgegangen werden.

Am 05.04.2021 wurde die Datenerhebung beendet. Insgesamt nahmen 522 Radiologen*innen an der Studie teil, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Die Stichprobe repräsentiert dabei das gesamte Spektrum der ärztlichen Funktionen im Bereich der Radiologie vom Assistenzarzt*in bis zum Klinikdirektor* in und Radiologen*innen in Niederlassung. Ebenso wurden niedergelassene Radiologen*innen in der vorliegenden Studie erfasst.

C.4. Methodik der Datenauswertung

Die Daten wurden aus *limesurvey* exportiert und in Excel sowie SPSS ausgewertet. Im Rahmen der deskriptiven Auswertungen werden Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte und Standardabweichungen berichtet. Für die induktive Statistik werden je nach Skalenniveau Chi-Quadrat-Tests, Mittelwertvergleiche sowie Regressions- und Varianzanalysen durchgeführt.

¹³⁰ www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de; Letzter Zugriff am 5. April 2021

¹³¹ Bundesärztekammer: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021

Methodik

Basierend auf der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit soll dabei vertieft der Gender Effekt evaluiert werden. Dazu werden die univariaten Analysen um die Dimension des Geschlechts erweitert und entsprechend auf Signifikanz geprüft. Sofern nicht anders angegeben, wurde ein zweiseitiger Test durchgeführt und ein Signifikanzniveau von 5% unterstellt.

Der Fokus der Analysen liegt folglich auf dem Vergleich zwischen Frauen und Männern, sodass Studienteilnehmer*innen, die nicht diesen beiden Kategorien zugeordnet werden konnten (8 von 522), in den induktiven Analysen entsprechend nicht inkludiert sind.

D. Ergebnisse

Insgesamt konnten 1.231 Aufrufe der Online-Umfrage verzeichnet werden (Abb. 2). Für die Auswertung der Ergebnisse wurden jedoch nur die Teilnehmer*innen der Studie berücksichtigt, welche den Online-Fragebogen bis zum Ende bearbeitet haben. Weiterhin wurden lediglich Studienteilnehmer*innen inkludiert, welche aktuell in Deutschland arbeiten, um die Zielgruppe der Stichprobe sauber abgrenzen zu können. Fünf Studienteilnehmer*innen wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen, da diese nicht dem Fachbereich Radiologie zugeordnet werden konnten. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich daher auf einen Stichprobenumfang von 522 Studienteilnehmern*innen. Dies entspricht einer Antwortquote von ca. 12% der 4.500 identifizierten Radiologen*innen.

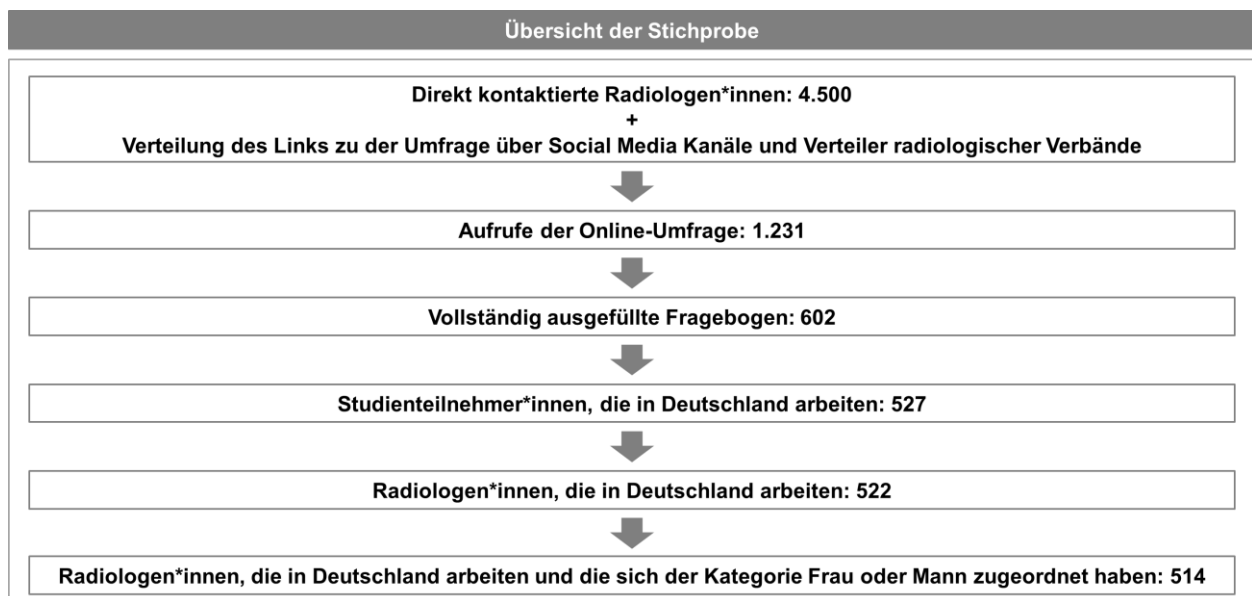


Abbildung 2: Übersicht der Stichprobe

Die Auswertung der Daten orientiert sich an den fünf Abschnitten des Fragebogens, wobei der fünfte Abschnitt „Angaben zur Person und den privaten Lebensumständen“ als erstes dargestellt wird, um einen Überblick über die Stichprobe zu erhalten. Anschließend werden die vier weiteren Sektionen des Fragebogens systematisch präsentiert, um den Ausbildungs- und Berufsverlauf, die aktuelle berufliche Situation, die Arbeitszufriedenheit und die weitere berufliche Entwicklung zu evaluieren.

Ergebnisse

D.1. Angaben zur Person und den privaten Lebensumständen

Insgesamt haben 522 Studienteilnehmer*innen die Online-Umfrage vollständig ausgefüllt. Davon waren 45,8% weiblich und 52,7% männlich. Folglich kann von einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis ausgegangen werden (Tab. 7).

Tabelle 7: Verteilung nach Geschlecht

Geschlecht	Anzahl	in %
Männlich	275	52,7%
Weiblich	239	45,8%
Keine Angabe	6	1,1%
Divers	2	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Für die nachfolgenden Auswertungen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede und der statistischen Signifikanzprüfung werden die acht Studienteilnehmer*innen, die ihr Geschlecht nicht eindeutig als männlich oder weiblich definiert haben, exkludiert, so dass sich der Datensatz auf 514 Studienteilnehmer*innen reduziert (275 Männer und 239 Frauen bzw. 53,5% und 46,5%). Soweit nichts anderes angegeben ist, beziehen sich die nachfolgenden induktiven Analysen entsprechend auf diese Datenverteilung.

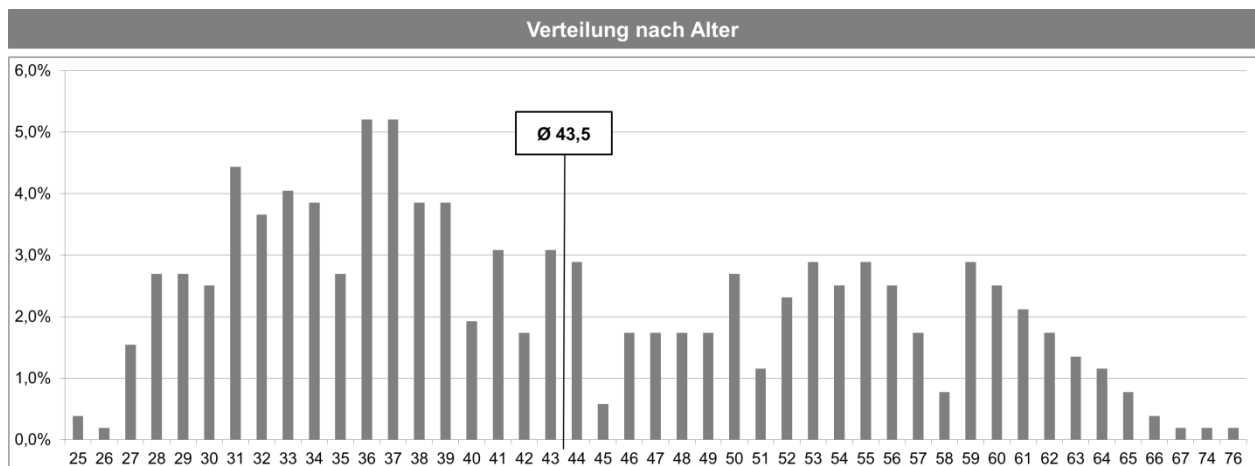


Abbildung 3: Altersverteilung

Im Durchschnitt waren die Radiologen*innen 43,5 Jahre alt, wobei die Altersverteilung eine große Breite aufweist und das gesamte Spektrum der berufstätigen Bevölkerung abdeckt. So war der jüngste Studienteilnehmer*in 25 Jahre alt, während der älteste Studienteilnehmer*in der Umfrage ein Alter von 76 Jahren angab. Beides waren dabei

Ergebnisse

Frauen. Auffällig ist der hohe Anteil in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren (41,2%), der deutlich stärker repräsentiert ist als die älteren Jahrgänge (Abb. 3).

Die aufgegliederte Altersverteilung nach Geschlecht zeigt eine deutliche Differenzierung zwischen Frauen und Männer. So liegt das Durchschnittsalter der Männer mit 45,9 Jahren (SD=11,1) fünf Jahre über dem Durchschnittsalter der Frauen mit 40,9 Jahren (SD=10,4). Dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant ($p < 0.001$). Insbesondere in der Altersgruppe zwischen 53 und 63 Jahren gibt es relativ mehr Radiologen (33,7% vs. 13,4), wohingegen in dem Alter zwischen 37 und 44 Jahren mehr Radiologinnen (33,1% vs. 19,1%) vertreten sind (Abb. 4).

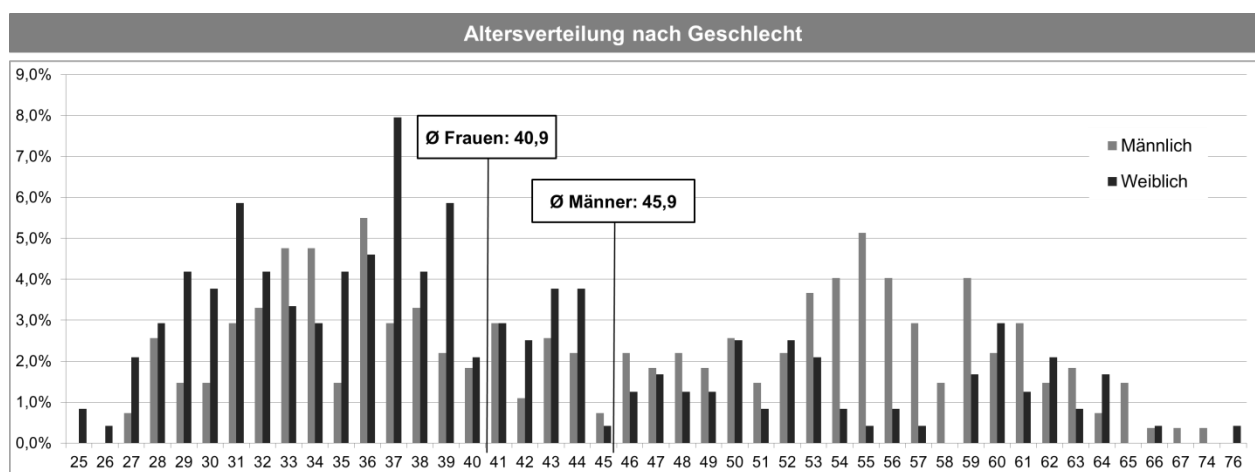


Abbildung 4: Altersverteilung nach Geschlecht

Die absolute Mehrheit der in Deutschland tätigen Radiologen*innen wurde auch in Deutschland geboren (86,8%) und besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft (91,6%) (Tab. 8-9).

Die weiteren Länder sowohl bzgl. des Geburtslandes als auch hinsichtlich der Staatsbürgerschaft machen nur einen sehr geringen Anteil aus. Zu nennen sind hier Rumänien, Russland, Österreich und Ungarn, die noch einen Anteil von über 1% bzgl. des Geburtslandes aufweisen. Hinsichtlich der Staatsbürgerschaft haben lediglich Österreich und Rumänien einen Anteil von 1%.

Ergebnisse

Tabelle 8: Verteilung nach Land der Geburt

Geburtsland	Anzahl	in %
Deutschland	453	86,8%
Rumänien	7	1,3%
Russland	6	1,1%
Österreich	6	1,1%
Ungarn	5	1,0%
Iran	4	0,8%
Ukraine	4	0,8%
USA	3	0,6%
Indien	3	0,6%
Italien	2	0,4%
Syrien	2	0,4%
Polen	2	0,4%
Luxemburg	2	0,4%
Tschechien	1	0,2%
Slowakei	1	0,2%
Kasachstan	1	0,2%
Litauen	1	0,2%
Spanien	1	0,2%
Äthiopien	1	0,2%
Türkei	1	0,2%
Ägypten	1	0,2%
Schweiz	1	0,2%
Frankreich	1	0,2%
Israel	1	0,2%
Palästina	1	0,2%
Bulgarien	1	0,2%
Georgien	1	0,2%
Tunesien	1	0,2%
Portugal	1	0,2%
Jordanien	1	0,2%
Bosnien und Herzegowina	1	0,2%
Kroatien	1	0,2%
Brasilien	1	0,2%
Moldawien	1	0,2%
Keine Angabe	2	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Ergebnisse

Tabelle 9: Verteilung nach Staatsangehörigkeit

Land der Staatsbürgerschaft	Anzahl	in %
Deutschland	478	91,6%
Österreich	5	1,0%
Rumänien	5	1,0%
Ungarn	4	0,8%
USA	3	0,6%
Indien	3	0,6%
Syrien	2	0,4%
Iran	2	0,4%
Italien	2	0,4%
Luxemburg	2	0,4%
Kanada	1	0,2%
Tschechien	1	0,2%
Litauen	1	0,2%
Ukraine	1	0,2%
Ägypten	1	0,2%
Slowakei	1	0,2%
Demokratische Republik Kongo	1	0,2%
Frankreich	1	0,2%
Polen	1	0,2%
Tunesien	1	0,2%
Portugal	1	0,2%
Jordanien	1	0,2%
Aserbaidshan	1	0,2%
Kroatien	1	0,2%
Russland	1	0,2%
Keine Angabe	1	0,2%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Tabelle 10: Geburtsland nach Geschlecht

Geburtsland	Männlich n=275	Weiblich n=239	Gesamt
Deutschland	88,7%	84,1%	86,6%
Nicht Deutschland	11,3%	15,9%	13,4%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert	0,125		

Tabelle 11: Staatsangehörigkeit nach Geschlecht

Geburtsland	Männlich n=275	Weiblich n=239	Gesamt
Deutschland	91,3%	91,6%	91,4%
Nicht Deutschland	8,7%	8,4%	8,6%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert	0,885		

Ergebnisse

Die geschlechtsspezifische Differenzierung hinsichtlich des Geburtslandes zeigt, dass die Radiologen in Deutschland auch geringfügig häufiger in Deutschland geboren wurden als ihre Kolleginnen. Dieser Unterschied erweist sich basierend auf einem Chi-Quadrat-Test jedoch als statistisch nicht signifikant ($p=0,125$) (Tab. 10). Hinsichtlich der Staatsangehörigkeit der in Deutschland tätigen Radiologen*innen zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied ($p=0,885$) (Tab. 11).

Über 80% der Studienteilnehmer*innen sind verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft bzw. einer eingetragenen Lebensgemeinschaft. Lediglich 9,0% leben ohne festen Partner. 4,8% sind geschieden (Tab. 12).

Tabelle 12: Familienstand

Familienstand	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Verheiratet	317	60,7%	66,9%	54,0%
In fester Partnerschaft lebend	110	21,1%	17,8%	24,7%
Ohne feste Partnerschaft	47	9,0%	7,3%	11,3%
Geschieden	25	4,8%	4,7%	5,0%
Sonstiges	13	2,5%	1,8%	2,9%
Keine Angabe	6	1,1%	0,7%	1,3%
Verwitwet	3	0,6%	0,4%	0,8%
Eingetragene Lebensgemeinschaft	1	0,2%	0,4%	0,0%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,135	

Bzgl. des Familienstandes gibt es leichte Unterschiede zwischen der Anzahl an verheirateten Frauen und Männern sowie zwischen Frauen und Männern, die in einer festen Partnerschaft leben. Basierend auf einem Chi-Quadrat-Test sind die Unterschiede in der Verteilung jedoch nicht signifikant ($p=0,135$).

Von den 428 Studienteilnehmer*innen, die verheiratet sind, in einer festen Partnerschaft oder in einer eingetragenen Lebensgemeinschaft leben, haben 83,6% angegeben, dass die/der Partner*innen berufstätig ist. Bei der Analyse der Berufstätigkeit der Partner*innen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede zeigt sich, dass die Partner*innen der Radiologinnen häufiger berufstätig sind als die Partner*innen ihrer männlichen Kollegen (87,2% vs. 80,8). Dieser Unterschied erweist sich auch als statistisch signifikant ($p=0,034$) (Tab. 13).

Ergebnisse

Tabelle 13: Berufstätigkeit des Partners

Berufstätigkeit des Partners	Anzahl	in %	Männlich n=234	Weiblich n=188
Ja	358	83,6%	80,8%	87,2%
Nein	70	16,4%	19,2%	12,8%
Gesamtergebnis	428	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,034	

25,1% der Partner*innen gehen dabei einer Vollzeitbeschäftigung im Umfang von 40 Wochenstunden nach. 29,9% sind im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung beruflich aktiv, wobei die Anzahl der Wochenarbeitsstunden zwischen 8 und 30 liegt. 21,8% der berufstätigen Partner*innen arbeiten sogar 50 oder mehr Stunden pro Woche und sind somit sehr stark beruflich eingebunden (Tab. 14).

Tabelle 14: Umfang der Berufstätigkeit des Partners

Anzahl der Arbeitsstunden des Partners pro Woche	Anzahl	in %	Männlich n=189	Weiblich n=164
8-19	23	6,4%	11,6%	0,6%
20	41	11,5%	18,5%	3,0%
21-29	18	5,0%	7,9%	1,8%
30	25	7,0%	12,2%	1,2%
31-39	40	11,2%	10,6%	11,6%
40	90	25,1%	18,5%	32,9%
41-49	43	12,0%	7,9%	16,5%
50	35	9,8%	7,4%	12,2%
51-59	3	0,8%	0,0%	1,8%
60	29	8,1%	5,3%	11,6%
60-100	11	3,1%	0,0%	6,7%
Gesamtergebnis	358	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	38,1		32,3	44,8
p-Wert			p<0,001	

Im Durchschnitt beträgt die wöchentliche Arbeitszeit der/des Partners*in 38,1 Stunden, wobei die/der Partner*in der Radiologinnen durchschnittlich 44,8 Stunden (SD=12,0) beruflich aktiv ist und die Arbeitszeit der Partner*innen der Radiologen lediglich 32,3 Stunden (SD=12,8) pro Woche beträgt. Ein Vergleich der Mittelwerte ergibt einen hoch signifikanten Unterschied ($p<0,001$). Folglich sind die Partner*innen der Radiologinnen beruflich deutlich engagierter als die Partner*innen ihrer männlichen Kollegen.

Ergebnisse

Bei der Art der beruflichen Tätigkeit der Partnerin/ des Partners zeigt sich eine eindeutige Tendenz. So ist die Mehrzahl der Partner*innen ebenfalls in gesundheitsbezogenen Berufen tätig. 33,6% sind ebenfalls Ärzte*innen. Weitere 9,6% sind als medizinische Fachkraft beruflich tätig. Bei den weiteren Berufen gibt es eine große Vielfalt. Dabei ist jedoch das generelle sehr hohe Ausbildungsniveau auffällig. Die Mehrheit der Partner*innen hat eine akademische Ausbildung durchlaufen und übt i.d.R. einen gesellschaftlich höher gestellten Beruf aus. Die Berufstätigkeit der Partner*in unterscheidet sich dabei signifikant zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$). 37,6% der männlichen Radiologen haben einen Partner*in, der ebenfalls als Arzt*in tätig ist. Bei den Radiologinnen ist der Partner*in lediglich in 28,2% der Fälle Arzt*in. Weiterhin ist die Kategorie der medizinischen Fachangestellten*innen bei den männlichen Radiologen mit 15,4% deutlich stärker repräsentiert als bei den Radiologinnen (2,7%). Im Gegensatz dazu übt der/die Partner*in der Radiologinnen überdurchschnittlich häufig den Beruf der/des Ingenieur*in aus (12,2% vs. 1,3%) (Tab. 15).

Tabelle 15: Beruf des Partners

Beruf des Partners	Anzahl	in %	Männlich n=234	Weiblich n=188
Arzt*in	144	33,6%	37,6%	28,2%
Medizinische*r Fachangestellte*r	41	9,6%	15,4%	2,7%
Ingenieur*in	26	6,1%	1,3%	12,2%
Bürokaufmann*frau	20	4,7%	6,8%	2,1%
Kaufmännische Berufe (Akademiker)	19	4,4%	3,0%	6,4%
Lehrer*in	17	4,0%	5,1%	2,7%
Student*in	13	3,0%	2,6%	3,7%
Informatiker*in	12	2,8%	1,3%	4,8%
Manager*in	10	2,3%	3,4%	1,1%
Jurist*in	10	2,3%	1,3%	3,2%
Unternehmer*in	8	1,9%	0,0%	4,3%
Technische Berufe	7	1,6%	0,0%	3,7%
Wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in	6	1,4%	0,4%	2,7%
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*in	5	1,2%	0,9%	1,6%
Chemiker*in	4	0,9%	1,3%	0,5%
Apotheker*in	4	0,9%	0,4%	1,6%
Zahnarzt*in	4	0,9%	0,4%	1,6%
Architekt*in	4	0,9%	0,9%	1,1%
Sonstiges	74	17,3%	17,9%	16,0%
Gesamtergebnis	428	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p<0,001	

Ergebnisse

Insgesamt haben 59,4% der Studienteilnehmer*innen Kinder, wobei 65,8% der Radiologen und lediglich 52,3% der Radiologinnen bereits Kinder bekommen haben (Tab. 16).

Tabelle 16: Kinder

Kinder	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Ja	310	59,4%	65,8%	52,3%
Nein	212	40,6%	34,2%	47,7%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,002	

Basierend auf einem Chi-Quadrat-Test unterscheidet sich die Verteilung auch signifikant ($p=0,002$). Berücksichtigt man jedoch zusätzlich das Alter der Studienteilnehmer*innen und spezifiziert ein logistisches Regressionsmodell, verschwindet der Einfluss des Geschlechtes ($p=0,508$). Lediglich das Alter zeigt dann noch einen signifikanten Effekt ($p<0,001$). Mit einem R^2 von 0,316 liefert das Modell eine mittlere Erklärungsgüte (Tab. 17).

Tabelle 17: Logistische Regression: AV: Haben Sie Kinder?

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	Wald	df	p-Wert	Exp(B)
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,139	0,21	0,437	1	0,508	1,149
Alter	0,114	0,012	91,666	1	0,000	1,120
Konstante	-4,451	0,484	84,663	1	0,000	0,012
Nagelkerkes R^2 : 0,316						

Tabelle 18: Anzahl der Kinder

Anzahl der Kinder	Anzahl	in %	Männlich n=180	Weiblich n=124
1	61	19,8%	16,1%	25,0%
2	158	51,3%	48,3%	57,3%
3	72	23,4%	28,9%	13,7%
4	14	4,5%	5,0%	4,0%
5	3	1,0%	1,7%	-
Gesamtergebnis	308	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	1,96		2,28	1,97
p-Wert			p=0,001	

Mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer*innen (51,3%) hat zwei Kinder, 19,8% haben lediglich ein Kind und 28,9% haben drei oder mehr Kinder. Die Verteilung der Anzahl der Kinder unterscheidet sich dabei signifikant zwischen den Geschlechtern (Chi-

Ergebnisse

Quadrat-Test, $p=0,008$). Radiologinnen haben deutlich häufiger ein oder zwei Kinder, während männliche Radiologen häufiger drei, vier oder sogar fünf Kinder haben (Tab. 18).

Im Durchschnitt haben Männer 2,28 Kinder ($SD=0,85$) während Frauen 1,97 Kinder ($SD=0,74$) bekommen haben. Ein einfacher Vergleich der Mittelwerte zeigt einen signifikanten Unterschied ($p=0,001$). Dieser Effekt wird durch das Alter nur bedingt überlagert, wie eine Regressionsanalyse zeigt. Zwar verringert sich der Einfluss des Geschlechtes von 0,310 auf 0,245 Kinder, jedoch üben sowohl das Geschlecht als auch das Alter einen signifikanten Einfluss aus ($p=0,014$ respektive $p=0,047$). Mit einem R^2 von 0,046 liefert das Model jedoch nur eine geringe Varianzaufklärung (Tab. 19).

Tabelle 19: Regression: AV: Anzahl der Kinder

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	1,526	0,233	6,537	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,245	0,099	2,471	0,014
Alter	0,010	0,005	1,992	0,047
R ² : 0,046				

Die Altersverteilung der Kinder ist (auch aufgrund der Altersverteilung der Ärzte*innen) sehr breit. Die Verteilung des ersten oder einzigen Kindes reicht von 0 bis 41 Jahren. Das korrespondierende Durchschnittsalter beträgt 15,2 Jahre ($SD=10,4$). Die Verteilung des jüngsten Kindes reicht von 0 bis 38 Jahren. Das Durchschnittsalter ist mit 11,5 Jahre ($SD=10,8$) entsprechend geringer als das Alter des ersten oder einzigen Kindes (Abb. 5).

Ergebnisse

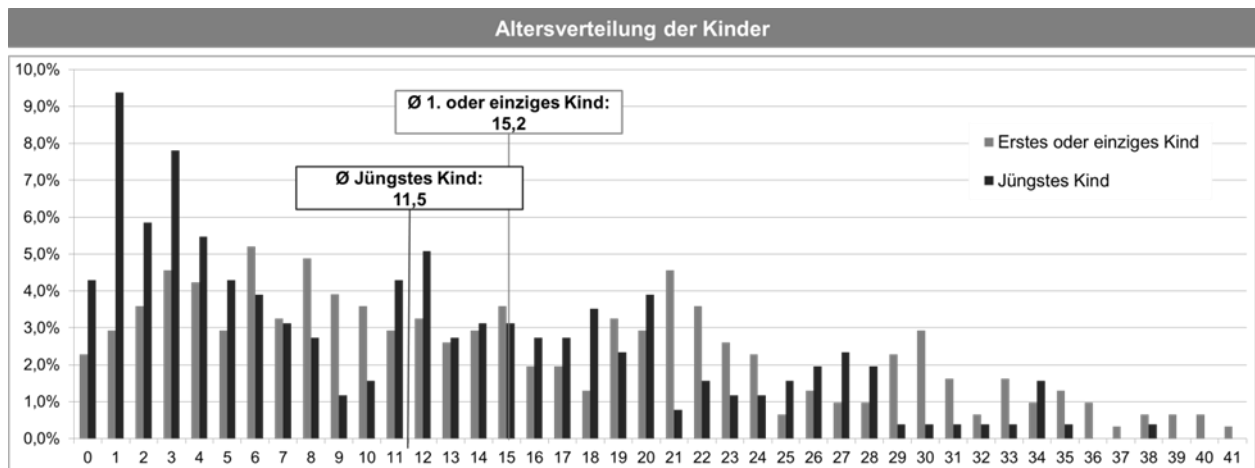


Abbildung 5: Altersverteilung der Kinder

Die Altersverteilung sowohl des ersten bzw. einzigen Kindes als auch die des jüngsten Kindes unterscheiden sich dabei signifikant zwischen Männern und Frauen. Das Durchschnittsalter des ersten bzw. einzigen Kindes bei Männern beträgt 17,2 Jahre (SD=10,1), während das Alter des ersten bzw. einzigen Kindes bei Frauen 12,3 Jahre (SD=10,2) beträgt. Ein Vergleich der Mittelwerte bestätigt den signifikanten Unterschied ($p < 0,001$) (Abb. 6). Auch das durchschnittliche Alter des jüngsten Kindes (13,4 Jahre bei Männern (SD=11,4) bzw. 9,4 Jahre bei Frauen (SD=9,3)) unterscheidet sich signifikant ($p = 0,004$) (Abb. 7).

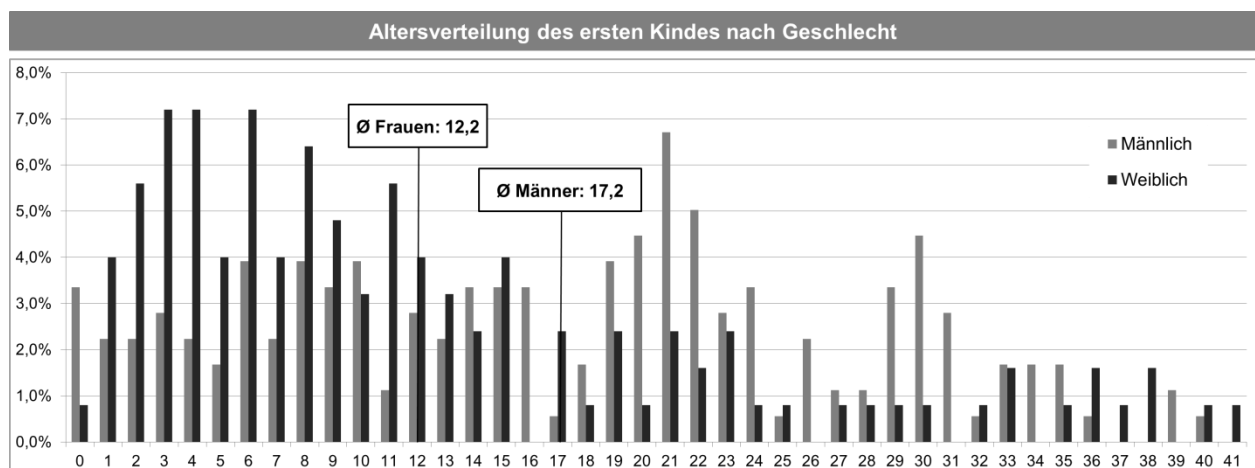


Abbildung 6: Altersverteilung des ersten / einzigen Kindes nach Geschlecht

Ergebnisse

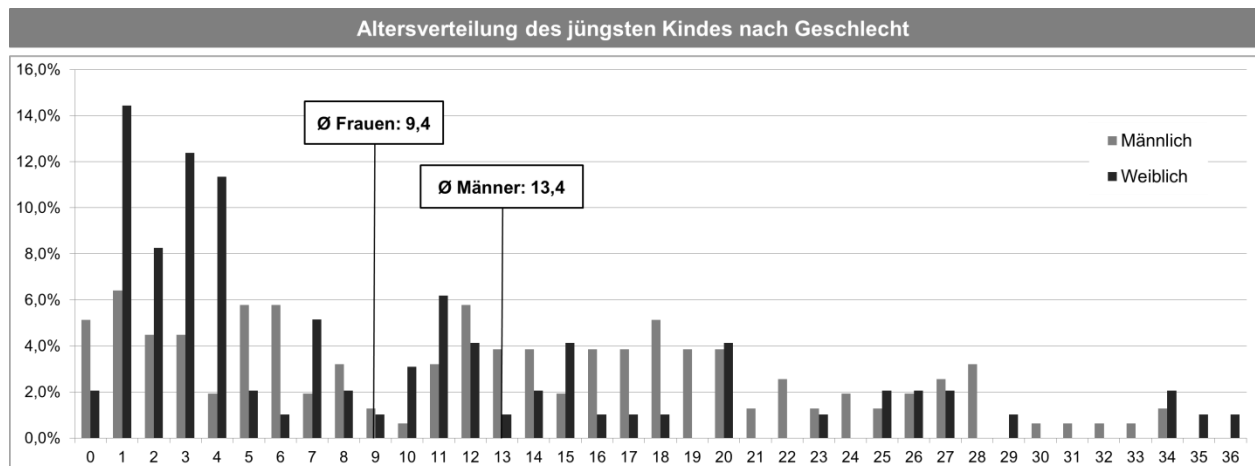


Abbildung 7: Altersverteilung des jüngsten Kindes nach Geschlecht

Berücksichtigt man weiterhin auch das Alter der Studienteilnehmer*innen selbst und spezifiziert ein Regressionsmodell mit den Einflussgrößen Geschlecht und Alter, so ergibt sich für das Alter des ersten oder einzigen Kindes kein signifikanter geschlechtsspezifischer Effekt mehr ($p=0,091$). Das Alter der Studienteilnehmer*innen kann somit das Alter des ersten oder einzigen Kindes deutlich besser erklären als das Geschlecht der Studienteilnehmer*innen. Mit einem R^2 von 0,796 liefert das Modell eine sehr hohe Erklärungsgüte (Tab. 20).

Tabelle 20: Regression: AV: Alter des ersten oder einzigen Kindes

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	-30,311	1,358	-22,324	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-0,982	0,579	-1,696	0,091
Alter	0,963	0,029	33,061	0,000
R ² : 0,796				

Hinsichtlich des jüngsten Kindes ergibt sich ebenfalls eine andere Interpretation, wenn das Alter der Studienteilnehmer*innen als Kontrollvariable mit in das Modell aufgenommen wird. Das Geschlecht der Studienteilnehmer*innen hat zwar weiterhin einen signifikanten Effekt auf das Alter des jüngsten Kindes ($p=0,005$), allerdings kehrt sich die Effektrichtung um. Demnach reduziert sich das Alter des jüngsten Kindes der männlichen Radiologen im Durchschnitt um 1,7 Jahre im Vergleich zu dem Alter des jüngsten Kindes der Radiologinnen. Das Alter der Studienteilnehmer*innen selbst hat ebenfalls ei-

Ergebnisse

nen signifikanten Effekt ($p < 0,001$) bzgl. des Alter des jüngsten Kindes. Die Erklärungsgüte des Modells ist mit einem R^2 von 0,761 ebenfalls sehr hoch (Tab. 21).

Tabelle 21: Regression: AV: Alter des jüngsten Kindes

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	-29,660	1,491	-19,892	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-1,745	0,620	-2,816	0,005
Alter	0,869	0,032	27,552	0,000
R ² : 0,761				

Bei 57,1% der Studienteilnehmer*innen mit Kindern hat die Betreuung durch eine öffentliche Institution eine überproportionale Bedeutung. In mehr als der Hälfte der Fälle (53,2%) wird die Kinderbetreuung durch die/den Partner*in übernommen. Lediglich in 21,3% der Fälle wird die Kinderbetreuung von den Befragten selbst vorgenommen. Mit 19,0% ist des Weiteren auch die Betreuung durch eine Tagesmutter, Au-Pair etc. recht hoch (Tab. 22).

Die Art der Kinderbetreuung unterscheidet sich deutlich nach Geschlecht. Die Radiologinnen betreuen ihre Kinder signifikant häufiger selbst als ihre männlichen Kollegen (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$). Entsprechend haben die Radiologen deutlich häufiger angegeben, dass ihr*e Partner*in die Kinderbetreuung übernimmt (68,5% vs. 29,6%, $p < 0,001$). Radiologinnen nutzen darüber hinaus signifikant häufiger eine öffentliche Institution für die Kundenbetreuung ($p < 0,001$). Die Kinderbetreuung durch andere Familienmitglieder bzw. durch eine*n Tagesmutter*vater / Au-Pair unterscheidet sich hingegen nicht signifikant.

Tabelle 22: Art der Kinderbetreuung

Kinderbetreuung (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl	In % der Befragten mit Kindern n=310	Männlich n=181	Weiblich n=125	p-Wert m vs. w
Durch eine öffentliche Institution	177	57,1%	44,2%	76,0%	0,000
Von meinem Partner/meiner Partnerin	165	53,2%	68,5%	29,6%	0,000
Von mir selbst	66	21,3%	13,8%	32,8%	0,000
Durch eine Tagesmutter, Au-Pair, Freunde, Bekannte o.ä.	59	19,0%	17,7%	20,8%	0,494
Von anderen Familienmitgliedern	44	14,2%	12,7%	16,8%	0,316
Sonstiges	25	8,1%	-	-	-
Keine Angabe	17	5,5%	-	-	-

Ergebnisse

In jeweils etwa der Hälfte der Fälle unterbricht die/der Studienteilnehmer*in selbst (51,6%) oder sein*e Partner*in (53,2%) die Berufstätigkeit. Bei 16,1% der Studienteilnehmer*innen widmet sich der/die Partner*in bis auf weiteres der Kinderbetreuung und in 18,7% der Fälle wurde die Berufstätigkeit weder durch den/die Studienteilnehmer*in selbst noch durch die/den Partner*in unterbrochen (Tab. 23).

Die Unterbrechung der Berufstätigkeit differenziert deutlich hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit. Frauen unterbrechen die eigene Berufstätigkeit deutlich häufiger als Männern (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$), wohingegen bei den Radiologen die/der Partner*in signifikant häufiger die Berufstätigkeit unterbrochen hat ($p = 0,010$). Analog setzten der/die Partner*in der Radiologen auch deutlich häufiger die Berufstätigkeit bis auf weiteres aus, um sich um die Kinderbetreuung zu kümmern ($p = 0,002$).

Tabelle 23: Unterbrechung der Berufstätigkeit

Unterbrechung der Berufstätigkeit	Anzahl	In % der Befragten mit Kindern n=310	Männlich n=181	Weiblich n=125	p-Wert m vs. w
Ja, ich habe meine Berufstätigkeit bislang "X-Mal" unterbrochen.	160	51,6%	30,9%	57,5%	0,000
Ja, mein/e (Ehe-) Partner/in hat ihre/seine Berufstätigkeit bislang "X-Mal" unterbrochen.	165	53,2%	59,7%	30,9%	0,010
Ja, mein/e Partner/ Partnerin hat seine/ihre Berufstätigkeit bis auf weiteres zugunsten der Kinderbetreuung ausgesetzt.	50	16,1%	21,0%	5,5%	0,002
Nein, ich habe bzw. wir haben unsere Berufstätigkeit bislang nicht unterbrochen.	58	18,7%	22,1%	9,4%	0,060
Keine Angabe	6	1,9%	-	-	-
Sonstiges	4	1,3%	-	-	-

Die Anzahl der Unterbrechungen beträgt sowohl bei der eigenen Unterbrechung als auch bei der Unterbrechung der/des Partnerin/Partners in ca. 80% der Fälle entweder ein- (38,0% bzw. 31,1%) oder zweimal (42,0% bzw. 48,6%) (Tab. 24).

Ergebnisse

Tabelle 24: Anzahl der Berufsunterbrechungen

Anzahl der Unterbrechung der Berufstätigkeit		1x	2x	3x	4x	5x	6x	Ø
Ja, ich habe meine Berufstätigkeit bislang "X-Mal" unterbrochen.	Anzahl	57	63	20	9	-	1	1,9
	in %	38,0%	42,0%	13,3%	6,0%	-	0,7%	
	Männlich n=52	38,5%	32,7%	17,3%	9,6%	-	1,9%	2,1
	Weiblich n=98	37,8%	46,9%	11,2%	4,1%	-	-	1,8
Ja, mein/e (Ehe-) Partner/in hat ihre/seine Berufstätigkeit bislang "X-Mal" unterbrochen.	Anzahl	46	72	23	5	-	2	2,0
	in %	31,1%	48,6%	15,5%	3,4%	-	1,4%	
	Männlich n=98	26,5%	50,0%	17,3%	4,1%	-	2,0%	2,1
	Weiblich n=49	40,8%	46,9%	10,2%	2,0%	-	-	1,7

Regressiert man die Anzahl der Unterbrechungen gegen das Geschlecht, so ergibt sich ein signifikanter Effekt lediglich hinsichtlich der Anzahl der Unterbrechungen der/des Partnerin/Partners (zweite Teilfrage; $p=0,033$). Dies bedeutet, dass die/der Partner*in der Radiologen auch häufiger ihre Berufstätigkeit unterbrechen als der/die Partner*in der Radiologinnen. Der Effekt des Geschlechtes hinsichtlich der Anzahl der Unterbrechung der eigenen Person (erste Teilfrage) ist hingegen nicht signifikant ($p=0,129$). Mit R^2 -Werten von 0,016 resp. 0,031 tragen die Modelle jedoch nur in einem geringen Maße zur Varianzaufklärung bei (Tab 25-26).

Tabelle 25: Regression: AV: Anzahl der eigenen Unterbrechungen nach Geschlecht

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	1,816	0,093	19,525	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,241	0,158	1,528	0,129
R ² : 0,016				

Tabelle 26: Regression: AV: Anzahl der Unterbrechungen des Partners*in nach Geschlecht

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	1,735	0,128	13,573	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,337	0,157	2,151	0,033
R ² : 0,031				

Die Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit unterscheidet sich dabei ebenfalls danach, ob die eigene Berufstätigkeit unterbrochen wird oder die der Partnerin / des Part-

Ergebnisse

ners. Wenn die eigene Berufstätigkeit unterbrochen wird, ist diese deutlich kürzer, als wenn die/der Partner*in die eigene Berufstätigkeit unterbricht. 10,9% der Proband*innen unterbrechen die eigene Berufstätigkeit für 1-3 Monate. Der korrespondierende Wert für die/den Partner*innen beträgt lediglich 6,9%. Auf der anderen Seite unterbrechen nur 11,3% der Befragten die eigene Berufstätigkeit für mehr als 24 Monate. Erfolgt die Unterbrechung der Berufstätigkeit durch die/den Partner*in für mehr als 24 Monate, liegt der Anteil hingegen bei 35,6%. Gerade in der Langzeitbetreuung übernimmt die/der Partner*in somit eine wichtige Aufgabe und stellt die eigene berufliche Entwicklung zurück (Tab. 27-28).

Die Dauer der Unterbrechungen der Berufstätigkeit differenziert nach Geschlecht unterscheidet sich dabei sowohl hinsichtlich der eigenen Unterbrechung der Berufstätigkeit als auch bzgl. der Unterbrechung der Berufstätigkeit der Partnerin bzw. des Partners signifikant. Radiologen haben ihre eigene Berufstätigkeit im Durchschnitt um 3,4 Monate (SD=10,3) unterbrochen, während Radiologinnen ihre Berufstätigkeit durchschnittlich 20,2 Monate (SD=13,2) unterbrochen haben. Ein Vergleich der Mittelwerte weist ein hoch signifikantes Ergebnis aus ($p < 0,001$). Auch hinsichtlich der Verteilung zeigen sich deutliche Unterschiede (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$). Männer haben ihre eigene Berufstätigkeit in 54,7% der Fälle gar nicht unterbrochen. Dies trifft lediglich auf 2,8% der Radiologinnen zu. Im Gegensatz dazu unterbrechen 66,1% der Frauen ihre Berufstätigkeit für mehr als 13 Monate im Vergleich zu 3,7% bei den Radiologen (Tab. 27).

Tabelle 27: Dauer der eigenen Unterbrechung der Berufstätigkeit

Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit durch den Befragten selbst	Anzahl	in %	Männlich n=137	Weiblich n=109
0 Monate	80	32,3%	54,7%	2,8%
1-3 Monate	27	10,9%	17,5%	2,8%
4-6 Monate	28	11,3%	16,1%	5,5%
7-12 Monate	36	14,5%	8,0%	22,9%
13-24 Monate	49	19,8%	2,2%	42,2%
mehr als 24 Monate	28	11,3%	1,5%	23,9%
Gesamtergebnis	248	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	10,7		3,4 Monate	20,2 Monate
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi-Quadrat)			p<0,001	

Die Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit der Partnerin bzw. des Partners ist zwischen Männern und Frauen ebenfalls hoch signifikant ($p < 0,001$). Während der/die

Ergebnisse

Partner*in der Männer ihre Berufstätigkeit im Durchschnitt um 64,1 Monate (SD=79,4) unterbrochen haben, lag die Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit der Partner*innen der Radiologinnen bei lediglich 6,0 Monate (SD=11,9). Entsprechend gestaltet sich die Verteilung. Die Partner*innen der Radiologinnen unterbrechen ihre Berufstätigkeit in 78,0% maximal für sechs Monate. Der korrespondierende Wert für die Partner*innen der Radiologen beträgt lediglich 8,8%. Im Gegensatz dazu unterbrechen die Partner*innen der Männer ihre Berufstätigkeit in 53,7% der Fälle für mehr als 24 Monate im Vergleich zu 5,5% bei den Partnern*innen der Radiologen. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt ebenfalls ein hoch signifikantes Ergebnis ($p < 0,001$) (Tab. 28).

Tabelle 28: Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit des/der Partners*in

Dauer der Unterbrechung der Berufstätigkeit des/der Partners*in	Anzahl	in %	Männlich n=136	Weiblich n=109
0 Monate	55	22,3%	2,9%	46,8%
1-3 Monate	17	6,9%	1,5%	13,8%
4-6 Monate	27	10,9%	4,4%	17,4%
7-12 Monate	27	10,9%	11,8%	11,9%
13-24 Monate	33	13,4%	25,7%	4,6%
25-48 Monate	38	15,4%	19,1%	3,7%
mehr als 48 Monate	50	20,2%	34,6%	1,8%
Gesamtergebnis	247	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	38,4		64,1 Monate	6,0 Monate
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi-Quadrat)			p<0,001	

Ergebnisse

D.2. Angaben zum Ausbildungs- und Berufsverlauf

Alle 522 Studienteilnehmer*innen haben das Studium der Humanmedizin abgeschlossen. Der älteste Studienabschluss erfolgte im Jahr 1978, der jüngste im Jahr 2020. Im Durchschnitt wurde das Studium Mitte des Jahres 2004 abgeschlossen (Median=2007). Korrespondierend zu der Altersverteilung der Stichprobe liegt ein Großteil der Studienabschlüsse (41,6%) in den letzten zehn Jahren (Abb. 8).

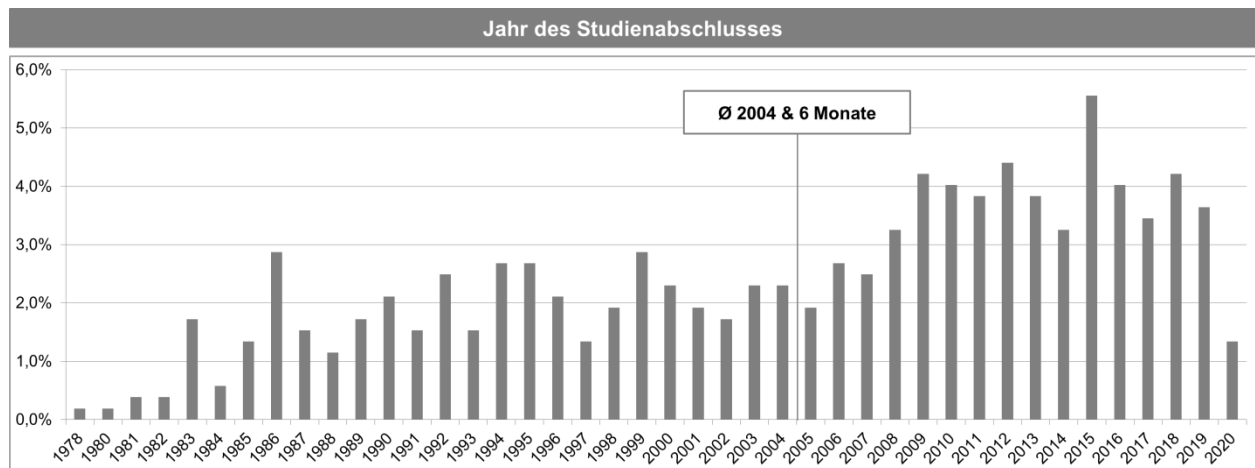


Abbildung 8: Verteilung des Jahres des Studienabschlusses

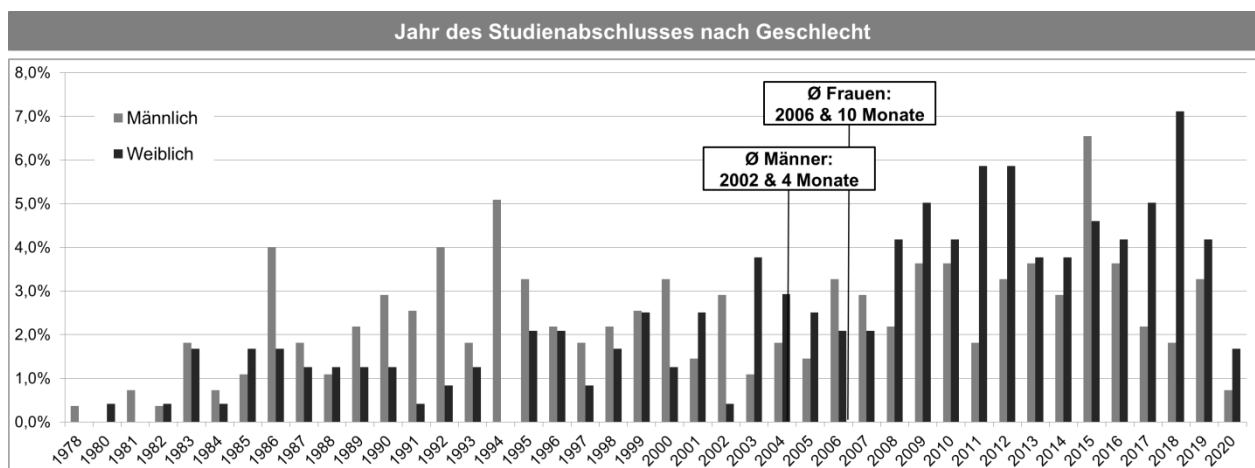


Abbildung 9: Jahr des Studienabschlusses nach Geschlecht

Die Verteilung des Jahres des Studienabschlusses nach Geschlecht ist in Abb. 9 dargestellt. Frauen haben ihr Studium im Durchschnitt im Oktober des Jahres 2006 abgeschlossen (SD=10,2; Median=2010), während Männer ihr Studium im April des Jahres 2002 beenden konnten (SD=10,9; Median=2002). Dieser Unterschied erweist sich auch

Ergebnisse

als statistisch signifikant ($p < 0,001$). Berücksichtigt man jedoch auch das Alter der Studienteilnehmer*innen, so verschwindet der signifikante Effekt des Geschlechtes ($p = 0,087$), und das Alter ($p < 0,001$) kann das Jahr des Studienabschlusses deutlich besser erklären. Mit einem R^2 von 0,951 liefert das Modell eine sehr hohe Varianzaufklärung. Folglich kann ein geschlechtsspezifischer Effekt hinsichtlich des Jahres des Studienabschlusses nicht belegt werden (Tab. 29).

Tabelle 29: Regression: AV: Jahr des Studienabschlusses

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	2045,725	0,427	4786,879	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,370	0,216	1,721	0,087
Alter	-0,952	0,010	-97,557	0,000
R ² : 0,951				

13,2% der Studienteilnehmer*innen haben neben ihrem Studium der Humanmedizin noch weitere Studiengänge absolviert. Differenziert nach Geschlecht wurden weitere Studiengänge von 12,4% der Radiologen und von 14,2% der Radiologinnen abgeschlossen. Basierend auf einem Chi-Quadrat-Test ist dieser Unterschied nicht signifikant ($p = 0,534$) (Tab. 30).

Tabelle 30: Weitere Studiengänge

Weitere Studiengänge	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Nein	453	86,8%	87,6%	85,8%
Ja	69	13,2%	12,4%	14,2%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,534	

Mit 6,3% war ein Master-Studium der häufigste Studienabschluss. 3,3% der Studienteilnehmer*innen hat einen Diplom-Studiengang und lediglich 1,0% haben ein Bachelor-Studium absolviert. Auch hinsichtlich der Art der Studienabschlüsse zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Alle Effekte sind nicht signifikant (Tab. 31).

Ergebnisse

Tabelle 31: Abschlüsse der weiteren Studiengänge

Studienabschlüsse	Anzahl	in % (n=522)	Männlich n=275	Weiblich n=239	p-Wert
Master	33	6,3%	6,9%	5,4%	0,492
Bachelor	5	1,0%	0,7%	1,3%	0,543
Diplom	17	3,3%	3,6%	2,9%	0,655

Haben die Studienteilnehmer*innen ein Masterstudium absolviert, so wurde mit 31,3% ein Master of Health Business Administration (MHBA) gewählt. 21,9% haben einen MBA (Master of Business Administration) abgeschlossen. Auch weitere Studiengänge haben einen Fokus auf Management und Business Kompetenzen. Somit haben mehr als die Hälfte der Masterstudiengänge eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung (Tab. 32).

Tabelle 32: Fachrichtung der Master-Studiengänge

Master-Studiengänge	Anzahl	in % n=32
MHBA	10	31,3%
MBA	7	21,9%
Molecular Medicine	2	6,3%
Health Management	1	3,1%
Medizinische Physik	1	3,1%
Master of Medicine-Ethics-Law (MLU Halle)	1	3,1%
Health Care Management	1	3,1%
Magister in Philosophie Uniform Geschichte	1	3,1%
Medical Physics	1	3,1%
Master of Arts in Gesundheitsökonomie TU Kaiserslautern	1	3,1%
Health Business	1	3,1%
MSc Clinical Immunology 2005	1	3,1%
Master of Public Health, Harvard University	1	3,1%
Radiologie in Damaskus-Uni vom 2014-2018	1	3,1%
Wirtschaftswissenschaften	1	3,1%
Damals 3. Staatsexamen	1	3,1%

Interessant ist die Ausrichtung der Masterstudiengänge: 5,8% der Radiologen haben ein Masterstudium mit einem Schwerpunkt im Bereich Business Management (MBA, MHBA, o.a.) gewählt, während lediglich 2,1% der Radiologinnen ein solches Masterstudium abgeschlossen haben. Dieser Unterschied erweist sich auch als signifikant ($p=0,049$) (Tab. 33).

Ergebnisse

Tabelle 33: Anzahl der Radiologen*innen mit MBA / MHBA

Master Abschlüsse	Männlich	Weiblich	p-Wert
MBA / MHBA o.ä.	15	5	0,049
Kein MBA / MHBA o.ä.	260	234	
in %	5,8%	2,1%	

Lediglich 5 der 522 Studienteilnehmer*innen haben ein Bachelor-Studium absolviert. Ein klarer Fokus der Fachrichtungen ist aufgrund der geringen Fallzahl dabei nicht zu identifizieren (Tab. 34).

Tabelle 34: Fachrichtung der Bachelor-Studiengänge

Bachelor-Studiengänge	Anzahl	in % n=5
BWL / Economic Sciences - Business Administration	2	40,0%
Anglistik / Germanistik	1	20,0%
Biotechnologie	1	20,0%
Mathematik	1	20,0%

Hinsichtlich der Diplom-Studiengänge gibt es ein breites Spektrum an Fachrichtung, die von BWL und Mathematik über Maschinenbau bis hin zu Sprachen und Physik reicht. Die letztgenannte Fachrichtung wurde mit drei Nennungen noch am häufigsten absolviert (Tab. 35).

Tabelle 35: Fachrichtung der Diplom-Studiengänge

Diplom-Studiengänge	Anzahl	in % n=15
Physik	3	20,0%
1984 Dipl. Med.	1	6,7%
Medizinökonomie	1	6,7%
Betriebswirtschaft	1	6,7%
Sprachwissenschaft	1	6,7%
Diagnostic Radiology Specialty (Canada)	1	6,7%
Med. Informatik	1	6,7%
Musikpädagogik	1	6,7%
Gesundheitsökonomie	1	6,7%
Spanisch	1	6,7%
Informatik	1	6,7%
Maschinenbau	1	6,7%
Mathematik	1	6,7%

Ergebnisse

70,1% der Studienteilnehmer*innen haben eine Promotion abgeschlossen. Das Geschlecht hat dabei keinen signifikanten Einfluss ($p=0,182$), obwohl tendenziell mehr Männer eine Promotion abgeschlossen haben (72,4% vs. 66,9%) (Tab. 36).

Tabelle 36: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit und ohne Promotion

Promotion	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Ja	366	70,1%	72,4%	66,9%
Nein	156	29,9%	27,6%	33,1%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,182	

Die absolute Mehrheit (98,4%) hat im Rahmen der Promotion den Abschluss Dr. med. bzw. MD erworben. Ein PhD wurde lediglich von 6 Studienteilnehmer*innen bzw. 1,6% abgeschlossen. Folglich scheint auch weiterhin das klassische Model der Promotion im Fachbereich Radiologie verbreitet zu sein. Ein geschlechtsspezifischer Effekt, ob mit der Promotion der Titel PhD oder MD / Dr. med. erworben wurde, ergab ebenfalls keinen signifikanten Effekt ($p=0,484$) (Tab. 37).

Tabelle 37: Titel der Promotion

Titel der Promotion	Anzahl	in %	Männlich n=199	Weiblich n=160
MD / Dr. med.	360	98,4%	99,0%	98,1%
PhD	6	1,6%	1,0%	1,9%
Gesamtergebnis	366	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,484	

Das Jahr, in dem die Promotion erlangt wurde, weist analog zu den bisherigen Betrachtungen eine hohe Bandbreite auf. Ein Studienteilnehmer hat seine Promotion bereits im Jahr 1978 abgeschlossen. Die jüngsten Promotionen der Studienteilnehmer*innen datieren aus dem Jahr 2021. Im Durchschnitt wurde die Promotion Mitte des Jahres 2005 abgeschlossen (Median=2007) (Abb. 10).

Ergebnisse

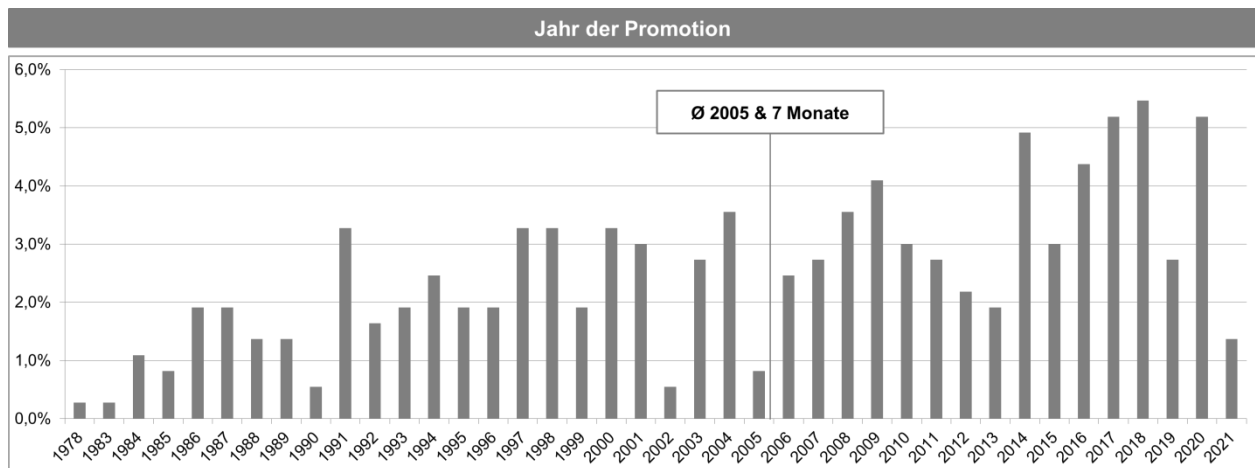


Abbildung 10: Verteilung des Jahres des Promotionsabschlusses

Radiologen haben dabei im Durchschnitt ihre Promotion zu Beginn des Jahres 2003 abgeschlossen (SD= 10,8, Median=2002), wohingegen die Radiologinnen ihre Promotion im Durchschnitt im Juli 2008 beendet haben (SD= 9,5, Median=2010). Ein Vergleich der Mittelwerte erweist sich als signifikant ($p < 0,001$). Dieser Effekt wird jedoch durch das Alter überlagert. Nimmt man das Alter mit in das Modell auf, so ergibt sich ein hoch signifikanter Effekt ($p < 0,001$), während der Einfluss des Geschlechts nicht mehr signifikant wird ($p = 0,521$). Die Varianzaufklärung des Modells ist mit einem R^2 von 0,857 sehr hoch (Abb. 11 / Tab. 38).

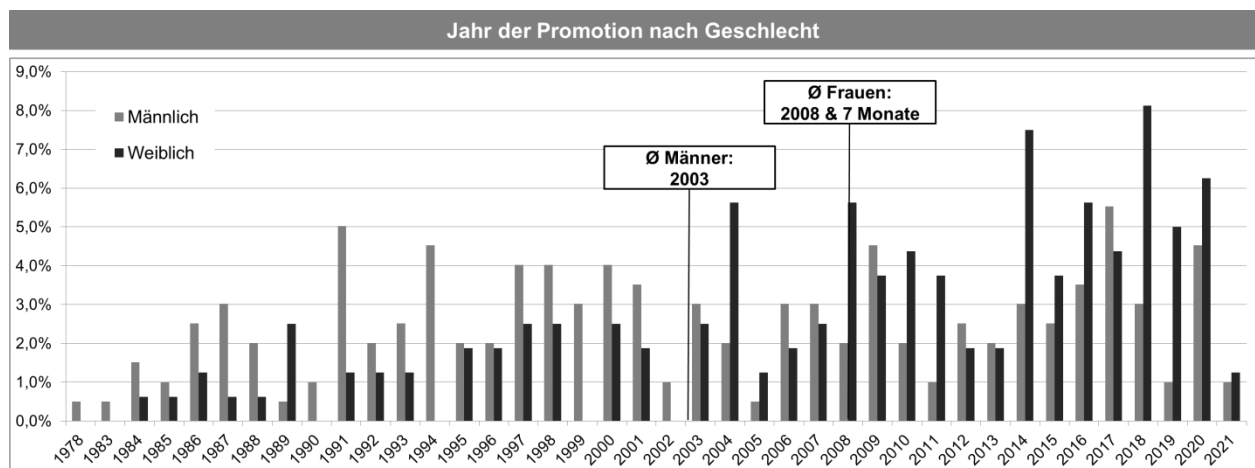


Abbildung 11: Jahr der Promotion nach Geschlecht

Ergebnisse

Tabelle 38 Regression: AV: Jahr der Promotion

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	2047,110	0,927	2209,353	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-0,284	0,442	-0,642	0,521
Alter	-0,915	0,021	-44,279	0,000
R ² : 0,857				

Das Jahr der Approbation reicht ebenfalls von 1978 bis 2021. Im Durchschnitt wurde die Approbation im Jahr 2005 und zwei Monaten erlangt (Median=2007). Korrespondierend zu der Altersverteilung und dem Jahr des Studienabschlusses wurde die Mehrheit der Approbationen (57,2%) in den letzten 15 Jahren verliehen (Abb. 12).

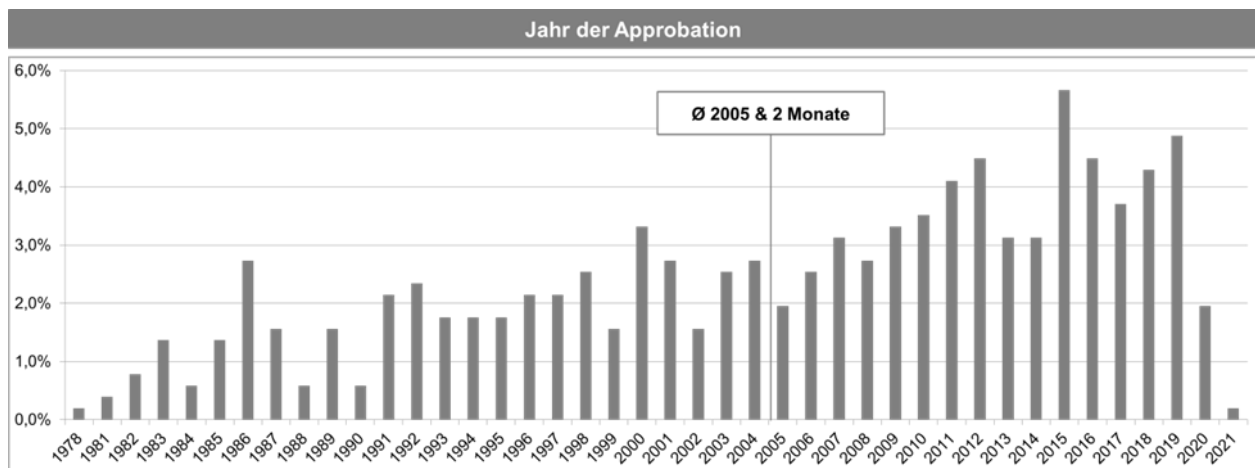


Abbildung 12: Verteilung des Jahres der Approbation

Im Durchschnitt haben Radiologen ihre Approbation im Januar 2003 erhalten (SD=10,8), während Frauen ihre Approbation im Durchschnitt im Mai 2005 erlangt haben (SD=10,1). Der Unterschied ist signifikant ($p < 0,001$), wird jedoch ebenfalls durch das Alter überkompensiert. Wird das Jahr der Approbation gegen das Geschlecht und das Alter regressiert, ist der Alters-Effekt hoch signifikant ($p < 0,001$), der Effekt des Geschlechtes jedoch nicht mehr ($p = 0,098$). Mit einem R^2 von 0,932 trägt das Modell sehr gut zur Varianzaufklärung bei (Abb.13 / Tab 39).

Ergebnisse

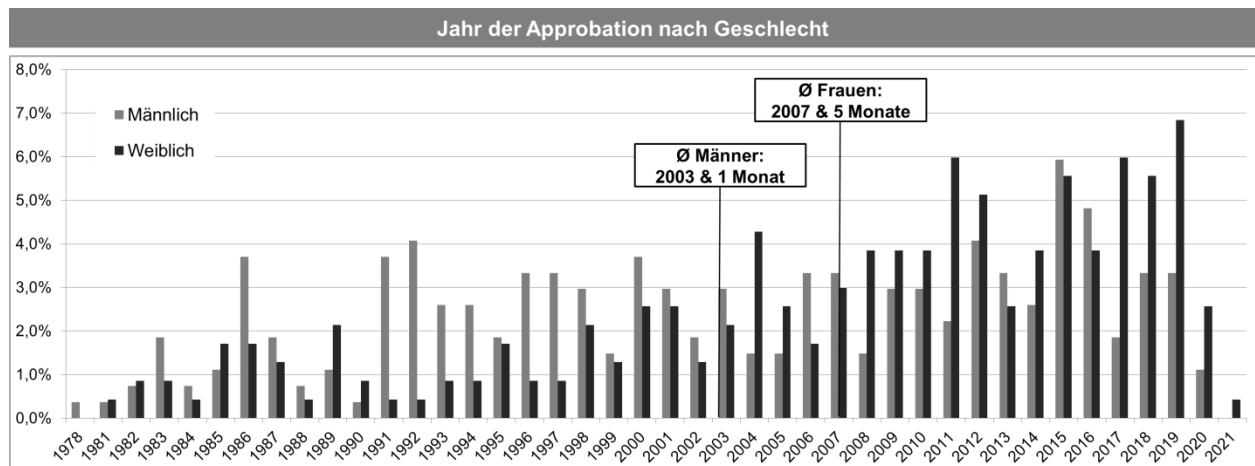


Abbildung 13: Jahr der Approbation nach Geschlecht

Tabelle 39: Regression: AV: Jahr der Approbation

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	2045,633	0,505	4047,328	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,424	0,256	1,658	0,098
Alter	-0,934	0,012	-81,068	0,000
R ² : 0,932				

Innerhalb des Fachbereichs Radiologie zeigt sich ein eindeutiger Interessensschwerpunkt. So wurde die Diagnostische Radiologie von 74,8% der Studienteilnehmer*innen als die Subgruppe angegeben, für die ein großes Interesse besteht. 40,1% der Studienteilnehmer*innen präferieren die Interventionsradiologie, dicht gefolgt von der Neuroradiologie mit 35,2%. Die Nuklearmedizin wurde lediglich von 5,9% der Befragten als ihr Interessensfokus angegeben.

Hinsichtlich eines geschlechtsspezifischen Effektes zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männer. Während das Interesse für die Fachrichtung Diagnostische Radiologie von beiden Geschlechtern ein sehr hohes Interesse erzeugt und sich nicht signifikant unterscheidet ($p=0,747$), interessieren sich deutlich mehr männliche als weibliche Radiologen*innen für die Interventionsradiologie ($p<0,001$). Im Gegensatz dazu ist die Kinderradiologie bei den Frauen deutlich beliebter als bei ihren männlichen Kollegen ($p=0,004$) (Tab. 40).

Ergebnisse

Tabelle 40: Interessen für Subfachgruppen

Subfachgruppe (Mehrfachnennungen möglich)	Anzahl	in % n=489	Männlich n=263	Weiblich n=219	p-Wert
Diagnostische Radiologie	366	74,8%	74,5%	75,8%	0,747
Interventionsradiologie	196	40,1%	49,8%	28,3%	0,000
Neuroradiologie	172	35,2%	38,4%	32,0%	0,141
Kinderradiologie	54	11,0%	7,2%	15,5%	0,004
Nuklearmedizin	29	5,9%	7,2%	4,1%	0,146
Sonstiges	41	8,4%	-	--	-

Die Dauer der Facharztausbildung für diejenigen Radiologen*innen, die ihre Facharztausbildung bereits abgeschlossen haben, betrug im Durchschnitt 6,6 Jahre (SD=2,2). Die kürzeste Facharztausbildung dauerte 3,4 Jahre und das Maximum betrug 20,9 Jahre. Unterstellt man eine reguläre Dauer der Facharztausbildung von 60 Monaten bzw. 5 Jahren, haben lediglich 9,4% der Studienteilnehmer*innen ihre Facharztausbildung in der Regelzeit tatsächlich abschließen können. 26,4% der Studienteilnehmer*innen haben die Regelausbildungszeit geringfügig zwischen ein und sechs Monate überschritten. 14,8% benötigten eine Verlängerung zwischen sechs und zwölf Monaten und bei weiteren 14,5% hat sich die Facharztausbildung zwischen 13 und 18 Monaten verlängert (Tab. 41).

Tabelle 41: Dauer der Facharztausbildung (abgeschlossen)

Dauer in Jahren	Anzahl	in %	Männlich n=204	Weiblich n=142
3,4 - 4,0	5	1,4%	2,5%	0,0%
4,1 - 4,5	7	2,0%	1,5%	2,8%
4,6 - 5,0	21	6,0%	5,4%	7,0%
5,1 - 5,5	93	26,4%	28,4%	23,2%
5,6 - 6,0	52	14,8%	18,1%	10,6%
6,1 - 6,5	51	14,5%	14,2%	13,4%
6,6 - 7,0	31	8,8%	8,3%	9,9%
7,1 - 8,0	43	12,2%	11,3%	14,1%
mehr als 8	49	13,9%	10,3%	19,0%
Gesamtergebnis	352	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	6,6		6,3 Jahre	7,1 Jahre
p-Wert			p=0,001	

Die Dauer der Facharztausbildung unterscheidet sich dabei signifikant nach Geschlecht. Radiologinnen, die ihre Facharztausbildung bereits abgeschlossen haben, benötigten im Durchschnitt 7,1 Jahre (SD=2,6), wohingegen die Facharztausbildung ihrer männlichen Kollegen im Durchschnitt lediglich 6,3 Jahre dauerte (SD=1,7). Ein Vergleich der Mittelwerte zeigt ein signifikantes Ergebnis ($p=0,001$) (Tab. 41).

Ergebnisse

Diejenigen Ärzte*innen, die sich noch in ihrer Facharztausbildung befinden, rechnen zu 10,9% damit, diese auch tatsächlich innerhalb der Regelausbildungszeit von 5 Jahren abschließen zu können und weitere 31,7% gehen davon aus, die Facharztausbildung lediglich um einen Monat zu verlängern. 19,8% rechnen bereits damit, für Ihre Facharztausbildung bis zu sechs Monate mehr Zeit zu benötigen und weitere 11,9% kalkulieren mit bis zu einem Jahr zusätzlicher Ausbildungszeit. Mehr als sechs Jahre für den Abschluss ihrer Facharztausbildung wird sogar von 25,7% der Studienteilnehmer*innen erwartet.

Tabelle 42: Voraussichtliche Dauer der Facharztausbildung

Dauer in Jahren	Anzahl	in %	Männlich n=43	Weiblich n=57
4,1 - 4,5	3	3,0%	4,7%	1,8%
4,6 - 5,0	8	7,9%	11,6%	5,3%
5,1	32	31,7%	32,6%	29,8%
5,2 - 5,5	20	19,8%	23,3%	17,5%
5,6 - 6,0	12	11,9%	14,0%	10,5%
mehr als 6	26	25,7%	14,0%	35,1%
Gesamtergebnis	101	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	5,8		5,4 Jahre	6,1 Jahre
p-Wert			p=0,010	

Auch für die Gruppe der Radiologen*innen, die ihre Facharztausbildung noch nicht abgeschlossen haben, zeigen sich deutliche Unterschiede. So rechnen Radiologinnen im Durchschnitt mit einer Dauer für Ihre Facharztausbildung von 6,1 Jahren (SD=1,5), Radiologen dahingegen nur mit 5,4 Jahren (SD=0,8). Auch dieser Unterschied erweist sich als signifikant ($p=0,010$). Insbesondere für sehr lange voraussichtliche Dauern der Facharztausbildung zeigen sich deutliche Differenzen. So erwarten 35,1% der Radiologinnen, dass ihre Facharztausbildung länger als sechs Jahre dauern wird. Im Vergleich dazu rechnen lediglich 14,0% der Radiologen mit einer solchen Dauer für ihre Facharztausbildung (Tab. 42).

46,9% der Befragten geben explizit an, dass sich ihre Facharztausbildung verzögert und länger gedauert hat als ursprünglich vorgesehen war bzw. länger dauern wird. D.h. knapp 50% der Studienteilnehmer*innen sind von einer Verzögerung der Facharztausbildung betroffen. Der Anteil der Radiologinnen, deren Facharztausbildung sich verzögert und länger gedauert hat als ursprünglich vorgesehen war bzw. sich verzögern wird,

Ergebnisse

beträgt 51,8% im Vergleich zu 43,2% bei den Radiologen. Basierend auf einem Chi-Quadrat-Test ist dieser Unterschied jedoch nicht signifikant ($p=0,059$) (Tab. 43).

Tabelle 43: Anteil der Studienteilnehmer*innen, deren Facharztausbildung sich verzögert hat

Verlängerung der Regelausbildungszeit	Anzahl	in %	Männlich n=266	Weiblich n=224
Ja	233	46,9%	43,2%	51,8%
Nein	264	53,1%	56,8%	48,2%
Gesamtergebnis	497	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,059	

Die Gründe für eine Verzögerung sind dabei vielfältig. Am häufigsten wurde mit 37,8% ein oder mehrere Stellenwechsel während der Facharztausbildung genannt. Mit 31,3% lag der Grund für die Verzögerung in einer Elternzeit während der Facharztausbildung. Arbeit in Teilzeit war in 22,3% der Fälle der Grund für eine Verzögerung, dicht gefolgt von der Nichtverfügbarkeit von Rotationsstellen mit 21,9% (Tab. 44).

Auch hinsichtlich der Gründe für eine Verlängerung der Facharztausbildung ergeben sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen Radiologinnen und Radiologen. Ein oder mehrere Stellenwechsel während der Facharztausbildung ist zwar der häufigste Grund für eine Verzögerung, jedoch betrifft dies Männer und Frauen gleichermaßen ($p=0,959$). Signifikant häufiger gehen Frauen während ihrer Facharztausbildung in Elternzeit ($p<0,001$). Ebenso verlängert sich die Facharztausbildung für Radiologinnen durch eine Arbeit in Teilzeit ($p<0,001$). Im Gegensatz dazu liegen die Gründe für eine Verlängerung der Facharztausbildung der männlichen Radiologen insbesondere in der Forschungstätigkeit begründet. Dies ist die einzige Kategorie, die signifikant häufiger von Männern als von Frauen angegeben wurde ($p=0,017$).

Tabelle 44: Gründe für die Verlängerung der Facharztausbildung

Gründe (Mehrfachnennungen möglich)	Anzahl	in % von 233	Männlich n=115	Weiblich n=116	p-Wert
Ein oder mehrere Stellenwechsel während der Facharztausbildung	88	37,8%	38,3%	37,9%	0,959
Elternzeit während der Facharztausbildung	73	31,3%	12,2%	50,9%	0,000
Teilzeitarbeit während der Facharztausbildung	52	22,3%	5,2%	39,7%	0,000
Nichtverfügbarkeit von Rotationsstellen	51	21,9%	20,9%	23,3%	0,659
Forschungstätigkeit	45	19,3%	25,2%	12,9%	0,017
Auslandsaufenthalt	21	9,0%	8,7%	8,6%	0,984
Krankheit	4	1,7%	0,9%	2,6%	0,317
Sonstiges	72	30,9%	-	-	-

D.3. Angaben zur aktuellen beruflichen Situation

Die Mehrzahl der Studienteilnehmer*innen (28,4%) ist aktuell als Assistenzarzt*in beschäftigt. Fachärzte*in der Radiologie machen 10,5% der Stichprobe aus. Weitere 20,5% haben eine Position als Oberarzt*in und 12,1% eine Stelle als Chefarzt*in inne. 1,0% sind sogar Ärztlicher Leiter*in / Klinikdirektor*in. Auch der ambulante Bereich ist in der Stichprobe vertreten. 9,0% der Studienteilnehmer*innen haben sich niedergelassen und weitere 5,6% sind als angestellter Arzt*in im ambulanten Bereich beschäftigt. Folglich repräsentiert die Stichprobe das gesamte Spektrum der ärztlichen Funktionen im Bereich der Radiologie (Tab. 45).

Tabelle 45: Aktuelle Berufliche Position

Position	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Assistenzarzt/Assistenzärztin	148	28,4%	21,5%	36,4%
Facharzt/Fachärztin	55	10,5%	6,5%	15,1%
Funktionsoberarzt/ Funktionsoberärztin	2	0,4%	0,0%	0,8%
Oberarzt/Oberärztin	107	20,5%	18,9%	22,2%
Leitender Oberarzt/Leitende Oberärztin	62	11,9%	13,8%	10,0%
Chefarzt/Chefärztin	63	12,1%	20,0%	2,9%
Ärztlicher Leiter / Klinikdirektor	5	1,0%	1,8%	0,0%
Niedergelassener Arzt/Niedergelassene Ärztin im ambulanten Bereich	47	9,0%	12,0%	5,4%
Angestellter Arzt/Angestellte Ärztin im ambulanten Bereich	29	5,6%	4,4%	6,7%
Sonstiges	4	0,8%	1,1%	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p<0,001	

Hinsichtlich der aktuellen Position zeigen sich dabei deutliche Unterschiede bezüglich des Geschlechts. So sind bedeutend mehr Radiologinnen als Assistenzärztinnen und Fachärztinnen beschäftigt, wohingegen mehr Radiologen als Leitender Oberarzt, Chefarzt oder Ärztlicher Leiter bzw. Klinikdirektor tätig sind. Mit zunehmender Hierarchiestufe nimmt somit der Anteil von Frauen deutlich ab (Tab. 45 / Abb. 14). Auch im ambulanten Bereich zeigt sich, dass mehr Radiologen sich niederlassen, wohingegen Frauen eine Position als angestellte Ärztin im ambulanten Bereich vorziehen. Ein Chi-Quadrat-Test zeigt signifikante Unterschiede in der Verteilung ($p < 0,001$). Wenn der Datensatz in ambulant und nicht ambulant aufgeteilt wird, ergeben sich ebenfalls deutliche Unterschiede in der Verteilung der aktuellen Position nach Geschlecht ($p < 0,001$ für den klinischen Bereich; $p = 0,014$ für den ambulanten Bereich).

Ergebnisse

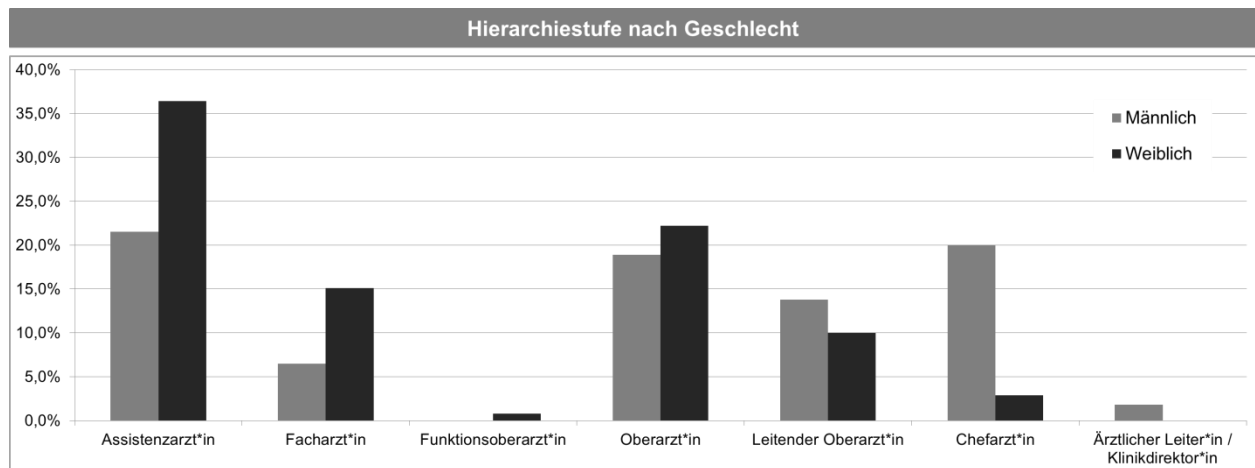


Abbildung 14: Anteil von Männern und Frauen auf der jeweiligen Hierarchieebene

Auch ein regressionsanalytischer Ansatz zeigt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei dieser fokussierten Analyse wurde nur der klinische Bereich inkludiert und das Alter der Studienteilnehmer*innen als Kontrollvariable mit in das Modell aufgenommen. Auf der einen Seite steigt mit zunehmendem Alter auch die Position in der Hierarchie an ($p < 0,001$). Auf der anderen Seite hat jedoch auch das Geschlecht einen signifikanten Einfluss ($p < 0,001$). So ergibt sich im Durchschnitt, dass männliche Radiologen ca. eine halbe Hierarchiestufe oberhalb von Radiologinnen eingruppiert sind. Mit einem R^2 von 0,584 ergibt sich dabei ein hoher Erklärungswert des Modells (Tab. 46).

Tabelle 46: Regression: AV: Hierarchielevel (nur klinischer Bereich)

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	-2,942	0,271	-10,846	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,553	0,123	4,509	0,000
Alter	0,125	0,060	22,495	0,000
R ² : 0,584				

30,5% der Studienteilnehmer*innen haben aktuell keine Weisungsbefugnis inne. Gegenüber 1-2 Mitarbeiter*innen sind 9,2% weisungsbefugt. 24,9% verfügen über eine Weisungsbefugnis gegenüber 3-9 Mitarbeiter*/innen und 30,5% sogar gegenüber 10 und mehr Mitarbeiter*innen. Diese Ergebnisse korrespondierend entsprechend mit der aktuellen Position der Studienteilnehmer*innen, da eine Vielzahl der Studienteilnehmer*innen bereits eine höhere Hierarchiestufe erreicht hat (Tab. 47).

Ergebnisse

Die Weisungsbefugnis unterscheidet sich ebenfalls deutlich zwischen Männern und Frauen. 40,6% der Radiologinnen haben keine Weisungsbefugnis während lediglich 21,8% der männlichen Radiologen keine Weisungsbefugnis innehaben. Das gegenteilige Ergebnis zeigt sich am anderen Ende der Skala. 39,6% der Männer haben eine Weisungsbefugnis ggü. 10 und mehr Mitarbeiter/innen. Bei den Frauen lag dieser Wert lediglich bei 19,2%. Basierend auf einem Chi-Quadrat-Test ist der Unterschied in der Verteilung ebenfalls hoch signifikant ($p < 0,001$).

Tabelle 47: Weisungsbefugnis

Anzahl Mitarbeiter	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Keine Weisungsbefugnis	159	30,5%	21,8%	40,6%
1-2 Mitarbeiter/innen	48	9,2%	9,5%	8,8%
3-9 Mitarbeiter/innen	130	24,9%	25,5%	24,7%
10 und mehr Mitarbeiter/innen	159	30,5%	39,6%	19,2%
Keine Angabe	26	5,0%	3,6%	6,7%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p < 0,001	

Die Dauer der Beschäftigung bei dem aktuellen Arbeitgeber beträgt im Durchschnitt 8,7 Jahre, wobei eine sehr breite Verteilung vorliegt. 8,1% der Studienteilnehmer*innen sind lediglich erst bis zu einem Jahr bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt. Auf der anderen Seite ist ein Studienteilnehmer auch bereits seit fast 40 Jahre bei seinem derzeitigen Arbeitgeber engagiert. 33,1% der Studienteilnehmer*innen gehen bereits seit mehr als zehn Jahren und 10,5% sogar mehr als 20 Jahren einer Beschäftigung bei ihrem aktuellen Arbeitgeber nach. Ein Großteil (43,0%) der Studienteilnehmer*innen ist jedoch erst bis zu fünf Jahren bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt (Abb. 15).

Differenziert nach Geschlecht (Abb. 16) ergeben sich hinsichtlich der Dauer der Beschäftigung bei dem aktuellen Arbeitgeber deutliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Verteilung als auch der Mittelwerte. Im Durchschnitt beträgt die Betriebszugehörigkeit für Radiologinnen 7,4 Jahren (SD=7,9) im Vergleich zu 9,8 Jahren bei den Radiologen (SD=8,4). Dieser Unterschied erweist sich auch als statistisch signifikant ($p = 0,001$).

Ergebnisse

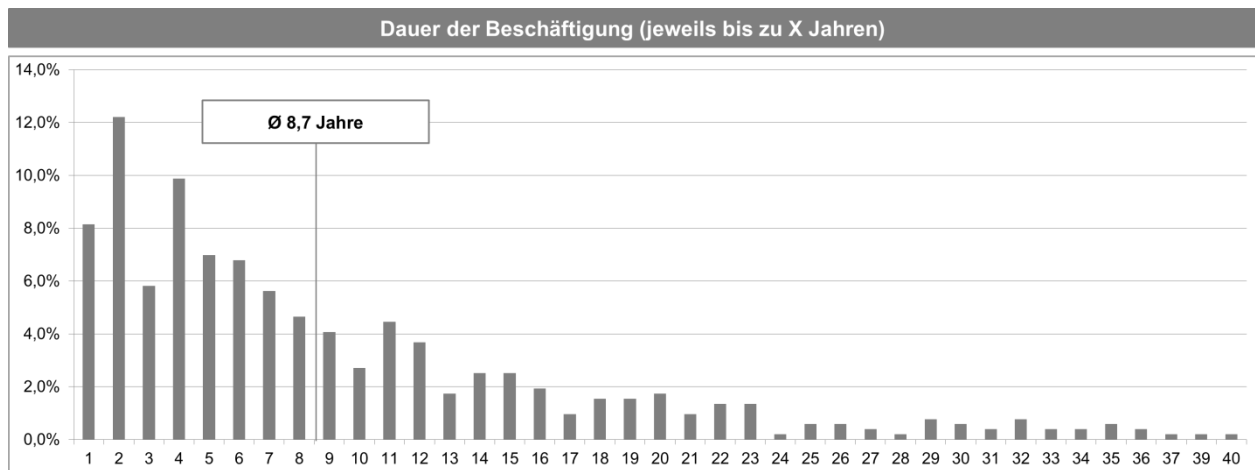


Abbildung 15: Beschäftigungsdauer bei dem aktuellen Arbeitgeber

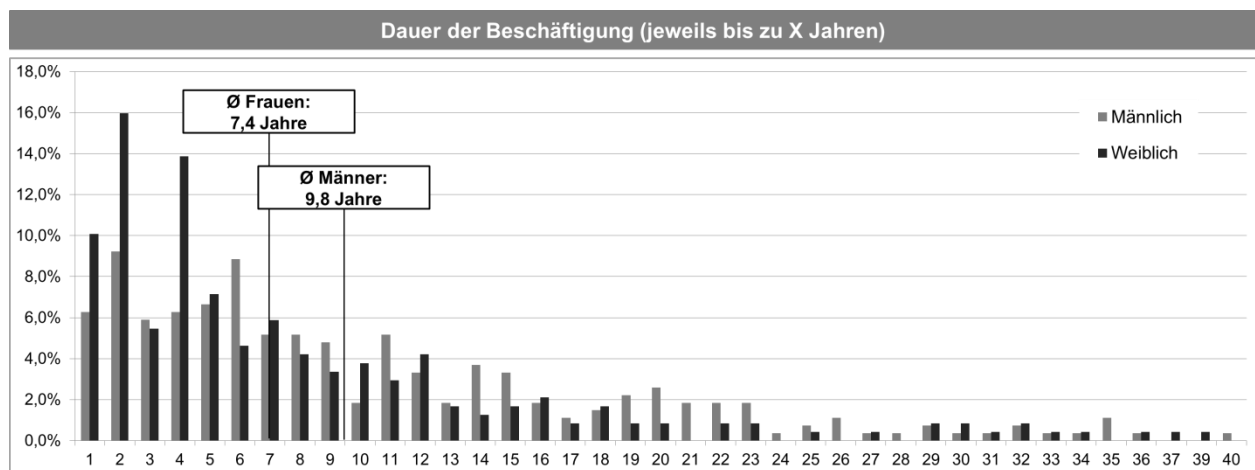


Abbildung 16: Beschäftigungsdauer bei dem aktuellen Arbeitgeber nach Geschlecht

Die Mehrheit der Befragten (62,8%) hat dabei einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Weitere 18,2% verfügen über einen Arbeitsvertrag mit einer Laufzeit von ein bis drei Jahren. Lediglich 3,8% der Arbeitsverträge hat eine Laufzeit von weniger als einem Jahr (Tab. 48).

Tabelle 48: Laufzeit der aktuellen Arbeitsverträge

Laufzeit	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Unbefristet	328	62,8%	68,4%	56,5%
Weniger als 1 Jahr	20	3,8%	2,9%	5,0%
1 Jahr bis 3 Jahre	95	18,2%	14,2%	22,6%
Mehr als 3 Jahre	53	10,2%	8,4%	12,1%
Sonstiges	22	4,2%	5,1%	3,3%
Keine Angabe	4	0,8%	1,1%	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p=0,025	

Ergebnisse

Die Dauer der Vertragslaufzeit unterscheidet sich ebenfalls signifikant zwischen den Geschlechtern (Chi-Quadrat-Test, $p=0,025$). Männer haben deutlich häufiger einen unbefristeten Arbeitsvertrag (68,4% vs. 56,5%) während Frauen neben unbefristeten Arbeitsverträgen insbesondere über Verträge mit einer Laufzeit von einem bis drei Jahren verfügen (14,2% vs. 22,6%).

Ca. drei Viertel (75,9%) der Studienteilnehmer*innen geht einer Vollzeitbeschäftigung nach. Ein Teilzeitmodell wird von 22,6% der Studienteilnehmer*innen verfolgt. 91,3% der Männer arbeiten dabei in Vollzeit während lediglich 57,7% der Frauen einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis ($p<0,001$). Somit resultiert ein sehr großer geschlechtsspezifischer Unterschied dahingehend, ob die Studienteilnehmer*innen in Vollzeit oder Teilzeit arbeiten (Tab. 49).

Tabelle 49: Vollzeit vs. Teilzeit

Vollzeit vs. Teilzeit	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Vollzeit	396	75,9%	91,3%	57,7%
Teilzeit	118	22,6%	7,6%	40,2%
Sonstiges	8	1,5%	1,1%	2,1%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p<0,001	

Tabelle 50: Anzahl der vertraglich vereinbarten Arbeitsstunden

Arbeitsstunden	Anzahl	in %	Männlich	Weiblich
8-10	4	0,8%	0,0%	1,7%
11-20	4	0,8%	0,4%	1,3%
20	10	1,9%	0,4%	3,8%
21-25	23	4,4%	1,1%	8,4%
26-29	6	1,1%	0,0%	2,5%
30	14	2,7%	1,1%	4,6%
31-35	48	9,2%	5,1%	14,2%
36-39	19	3,6%	2,5%	4,6%
40	205	39,3%	45,5%	31,8%
41-42	124	23,8%	26,5%	20,5%
43-44	15	2,9%	3,3%	2,1%
44-45	19	3,6%	5,1%	2,1%
45-50	16	3,1%	4,4%	1,7%
51-80	15	2,9%	4,7%	0,8%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	38,9		41,3 Stunden	36,0 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi²)			p<0,001	

Ergebnisse

Die 40-Stunden-Woche ist dabei das dominierende Modell. 39,3% der Studienteilnehmer*innen haben einen Arbeitsvertrag mit dieser Wochenarbeitszeit. Weitere 23,8% sind für eine wöchentliche Arbeitszeit von 41-42 Stunden beschäftigt. 45 und mehr Stunden ist lediglich bei 6,0% der Befragten vertraglich als Arbeitszeit fixiert (Tab. 50).

Wird eine Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit vereinbart, so ist ein Modell zwischen 31 und 35 Wochenarbeitsstunden am häufigsten (9,2%). Auch eine wöchentliche Arbeitszeit zwischen 21 und 25 Stunden wird von 4,4% der Studienteilnehmer*innen praktiziert. 20 oder weniger Wochenarbeitsstunden wurde nur von 3,4% der Studienteilnehmer*innen vertraglich fixiert. Folglich wird ein breites Spektrum an Teilzeitmodellen hinsichtlich der vertraglichen vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit genutzt. Ein „klassisches“ Modell mit lediglich 20 Stunden ist dabei eher die Ausnahme und wird nur von 1,9% der Studienteilnehmer*innen praktiziert. Folglich wird i.d.R. ein Modell mit 21 bis 35 Wochenarbeitsstunden genutzt.

Hinsichtlich der Anzahl der regulären Arbeitsstunden zeigt sich ebenfalls ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied. Frauen arbeiten im Durchschnitt mit 36,0 Stunden (SD=8,6) deutlich weniger als ihre männlichen Kollegen mit 41,3 Stunden pro Woche (SD=11,3) ($p < 0,001$). Auch ein Chi-Quadrat-Test ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis ($p < 0,001$), sodass sich nicht nur die Mittelwerte, sondern auch die Verteilung der Arbeitsstunden unterscheidet. Dieser Unterschied zeigt sich insbesondere am jeweiligen Ende der Verteilung. Frauen arbeiten deutlich häufiger eine relativ geringe Anzahl an Stunden, während Männer auch in den Bereichen mit über 43 Wochenstunden deutlich häufiger vertreten sind.

Bei der Anzahl der Überstunden ist nach bezahlter und unbezahlter Mehrarbeit zu differenzieren. 45,7% der Studienteilnehmer*innen geben an, keine bezahlten Überstunden leisten zu müssen. 4,8% der Studienteilnehmer*innen verrichten lediglich bis zu einer Stunde pro Woche bezahlte Mehrarbeit und weitere 9,0% leisten 1,5 bis zwei Stunden bezahlte Mehrarbeit pro Woche. Mit 20,5% leistet ein Großteil der Radiologen*innen 2,5 bis fünf Stunden bezahlte Mehrarbeit. Mehr als zehn bezahlte Überstunden erfolgt lediglich von 4,0% der Studienteilnehmer*innen (Tab. 51).

Ergebnisse

Tabelle 51: Anzahl bezahlter Überstunden pro Woche

Bezahlte Überstunden	Anzahl	in %	Männlich n=274	Weiblich n=239
0	238	45,7%	51,8%	39,3%
0,5-1	25	4,8%	4,0%	5,9%
1,5-2	47	9,0%	5,5%	13,0%
2,5-4	57	10,9%	9,5%	13,0%
5	50	9,6%	8,0%	11,3%
6-9	46	8,8%	8,4%	9,2%
10	37	7,1%	8,4%	5,0%
11-19	14	2,7%	2,2%	2,9%
20	2	0,4%	0,7%	0,0%
21-29	2	0,4%	0,4%	0,4%
30	1	0,2%	0,4%	0,0%
40-60	2	0,4%	0,7%	0,0%
Gesamtergebnis	521	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	3,2		3,4 Stunden	2,9 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,314	
p-Wert (Chi²)			p<0,018	

Bei der Analyse der bezahlten Überstunden ist auffällig, dass Radiologen häufiger gar keine bezahlten Überstunden machen im Vergleich zu Frauen. Dafür gibt es aber auch einige wenige Radiologen, die in einem sehr großen Umfang bezahlte Überstunden leisten. Im Gegensatz dazu liegt die Mehrzahl der bezahlten Überstunden bei Frauen in einem Bereich mit bis zu fünf Überstunden pro Woche. Ein Chi-Quadrat-Test liefert ein signifikantes Ergebnis ($p=0,018$). Bei dem Vergleich der Mittelwerte (3,4 vs. 2,9 Überstunden; $SD=6,2$ für Männer und 3,7 Frauen) zeigt sich hingegen kein signifikanter Effekt ($p=0,314$).

Hinsichtlich der unbezahlten Überstunden haben 47,6% der Studienteilnehmer*innen angegeben, keine Mehrarbeit leisten zu müssen. 6,3% der Studienteilnehmer*innen leisten bis zu einer Stunde pro Woche unbezahlte Mehrarbeit. 1,5 bis zwei unbezahlte Überstunde wird von weiteren 5,8% der Studienteilnehmer*innen verrichtet. Mit 18,2% leistet eine Vielzahl von Radiologen*innen 2,5 bis fünf unbezahlte Überstunde pro Woche, d.h. im Durchschnitt arbeiten knapp ein Fünftel der Studienteilnehmer*innen täglich 30-60 Minuten pro Tag ohne entsprechende Entlohnung. Mehr als 10 unbezahlte Überstunden werden von 8,4% der Radiologen*innen verrichtet (Tab. 52).

Ergebnisse

Tabelle 52: Anzahl unbezahlter Überstunden pro Woche

Unbezahlte Überstunden	Anzahl	in %	Männlich n=274	Weiblich n=239
0	248	47,6%	48,5%	46,0%
0,5-1	33	6,3%	3,6%	9,6%
1,5-2	30	5,8%	4,7%	7,1%
2,5-4	48	9,2%	8,0%	10,9%
5	47	9,0%	8,0%	10,5%
6-9	38	7,3%	6,6%	8,4%
10	33	6,3%	6,9%	5,4%
11-19	19	3,6%	5,5%	1,7%
20	13	2,5%	4,4%	0,4%
21-29	2	0,4%	0,7%	0,0%
30	8	1,5%	2,2%	0,0%
40-60	2	0,4%	0,7%	0,0%
Gesamtergebnis	521	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	3,9		4,9 Stunden	2,6 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi²)			p=0,001	

Hinsichtlich der Anzahl unbezahlter Überstunden resultiert ebenfalls ein geschlechtsspezifischer Unterschied sowohl hinsichtlich der Verteilung (Chi-Quadrat-Test, $p=0,001$) als auch bezüglich des Vergleichs der Mittelwerte ($p<0,001$). Dabei arbeiten Radiologen im Durchschnitt 4,9 Stunden pro Woche ohne Bezahlung ($SD=8,0$) während Radiologinnen lediglich 2,6 Wochenstunden ohne entsprechende Vergütung verrichten ($SD=3,5$).

Werden bezahlte und unbezahlte Überstunden auf Ebene der Studienteilnehmer*innen addiert, resultiert daraus, dass nur noch 15,9% der Studienteilnehmer*innen gar keine Überstunden leisten, d.h. es gibt eine Vielzahl von Studienteilnehmern*innen, die entweder bezahlte oder unbezahlte Überstunden leisten. Lediglich 6,1% verrichten geringfügige Mehrarbeit mit bis zu einer Stunde (bezahlt oder unbezahlt) pro Woche. Ca. ein Viertel (25,5%) arbeiten im Durchschnitt täglich 30 bis 60 Minuten mehr als vertraglich vorgesehen und ca. ein weiteres Viertel (26,1%) leistet durchschnittlich zwischen zehn und 20 Stunden zusätzliche Arbeit pro Woche (Tab. 53).

Auch für die Summe aus bezahlten und unbezahlten Überstunden zeigt sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied. Sowohl die Verteilung (Chi-Quadrat-Test, $p<0,001$) als auch die Mittelwerte ($p<0,001$) unterscheiden sich hoch signifikant. Zwar gibt es mehr Männer, die gar keine Überstunden leisten (18,2% vs. 13,4%), dennoch resultiert ein deutlich höherer Anteil an Männern, die zehn oder mehr Überstunden pro Woche verrichten. Auch der Mittelwert der Männer liegt mit 8,3 Überstunden pro Woche

Ergebnisse

(SD=10,4) signifikant über der Anzahl an Überstunden der Frauen mit 5,5 Stunden (SD=4,8).

Tabelle 53: Summe aus bezahlten und unbezahlten Überstunden

Summe der Überstunden	Anzahl	in %	Männlich n=274	Weiblich n=239
0	83	15,9%	18,2%	13,4%
0,5-1	32	6,1%	4,4%	8,4%
1,5-2	42	8,1%	5,1%	11,3%
2,5-4	74	14,2%	12,8%	16,3%
5	59	11,3%	10,6%	12,1%
6-9	75	14,4%	13,5%	15,9%
10	62	11,9%	13,1%	9,6%
11-19	55	10,6%	10,6%	10,9%
20	19	3,6%	5,5%	1,7%
21-29	6	1,2%	1,8%	0,4%
30	9	1,7%	3,3%	0,0%
mehr als 30	5	1,0%	1,1%	0,0%
Gesamtergebnis	521	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	7,1		8,3 Stunden	5,5 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi²)			p<0,001	

Somit bleibt festzuhalten, dass sowohl bezahlte als auch unbezahlte Überstunden eher die Regel als die Ausnahme darstellen.

Auch hinsichtlich der Rufbereitschaft wird zwischen bezahlter und unbezahlter Rufbereitschaft differenziert. 45,8% der Studienteilnehmer*innen verrichten keine bezahlte Rufbereitschaft. Jeweils 5,7% leisten zwischen einer und fünf Stunden sowie zwischen sechs und zehn Stunden bezahlte Rufbereitschaft, d.h. in relativ geringem Umfang. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Radiologen*innen, die mehr als 40 Stunden bezahlte Rufbereitschaft pro Monat verrichten. Diese machen einen Anteil von 28,7%, d.h. mehr als ein Viertel, aus.

Bzgl. der bezahlten Rufbereitschaft unterscheidet sich die Verteilung der Stundenanzahl pro Monat zwischen Männern und Frauen signifikant (Chi-Quadrat-Test; $p=0,026$). Ein Vergleich der Mittelwerte liefert hingegen kein signifikantes Ergebnis ($p=0,430$), auch wenn Radiologen im Durchschnitt 39,6 Stunden pro Monat Rufbereitschaft leisten (SD=78,6) im Vergleich zu 34,6 Stunden der Radiologinnen (SD=47,0) (Tab. 54).

Ergebnisse

Tabelle 54: Bezahlte Rufbereitschaft pro Monat

Anzahl Stunden pro Monat	Anzahl	in %	Männlich n=247	Weiblich n=203
0	209	45,8%	52,6%	37,9%
1-5	26	5,7%	4,0%	7,9%
6-10	26	5,7%	3,6%	7,4%
11-20	25	5,5%	5,3%	5,9%
21-30	19	4,2%	4,5%	3,9%
31-40	20	4,4%	2,8%	6,4%
41-60	23	5,0%	3,6%	6,4%
60-80	21	4,6%	3,6%	5,9%
80-100	31	6,8%	6,1%	7,9%
mehr als 100	56	12,3%	13,8%	10,3%
Gesamtergebnis	456	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	37,4		39,6 Stunden	34,6 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,430	
p-Wert (Chi²)			p<0,026	

Unbezahlte Rufbereitschaft betrifft lediglich 13,2% der Radiologen*innen, d.h. die absolute Mehrheit von 86,8% braucht keine unbezahlte Rufbereitschaft zu verrichten. 5,0% der Studienteilnehmer*innen leisten in relativ geringem Umfang unbezahlte Rufbereitschaft, d.h. bis zu zehn Stunden pro Monat. Allerdings ist auch das gegenteilige Extrem vorhanden. So leisten 6,2% der Studienteilnehmer*innen unbezahlte Rufbereitschaft mit einem Umfang von mehr als 50 Stunden pro Monat (Tab. 55).

Tabelle 55: Unbezahlte Rufbereitschaft pro Monat

Anzahl Stunden pro Monat	Anzahl	in %	Männlich n=11,2	Weiblich n=146
0	310	86,8%	83,6%	91,1%
1-5	10	2,8%	2,4%	3,4%
6-10	8	2,2%	2,4%	2,1%
11-20	3	0,8%	1,4%	0,0%
21-30	1	0,3%	0,5%	0,0%
31-40	1	0,3%	0,5%	0,0%
41-50	2	0,6%	1,0%	0,0%
mehr als 50	22	6,2%	8,2%	3,4%
Gesamtergebnis	357	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	8,4		11,2 Stunden	4,7 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,087	
p-Wert (Chi²)			p<0,253	

Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich nicht. Weder ein Chi-Quadrat-Test ($p=0,253$) für die Verteilung noch ein Vergleich der Mittelwerte (Frauen: $\bar{x}=4,7$; $SD=24,5$ / Männer: $\bar{x}=11,2$; $SD=40,3$) zeigt einen signifikanten Effekt ($p=0,087$). Entsprechend

Ergebnisse

sind männliche und weibliche Radiologen*innen in vergleichbarer Weise von Rufbereitschaft belastet.

Bzgl. der Präsenzdienste wird ebenfalls zwischen bezahlten und unbezahlten Präsenzdiensten unterschieden. 62,2% der Studienteilnehmer*innen leisten keine bezahlten Präsenzdienste. Präsenzdienste im Umfang zwischen einer und fünf Stunden im Monat wird von 6,5% der Radiologen*innen verrichtet. Weitere 3,4% leisten zwischen sechs und zehn Stunden Präsenzdienste pro Monat. Mehr als 50 Stunden Präsenzdienste pro Monat wird von 9,9% der Studienteilnehmer*innen verrichtet (Tab. 56).

Tabelle 56: Bezahlte Präsenzdienste pro Monat

Anzahl Stunden pro Monat	Anzahl	in %	Männlich n=223	Weiblich n=187
0	258	62,2%	69,1%	53,5%
1-5	27	6,5%	3,6%	9,6%
6-10	14	3,4%	1,8%	5,3%
11-20	21	5,1%	4,9%	5,3%
21-30	21	5,1%	4,5%	5,9%
31-40	20	4,8%	4,5%	5,3%
41-50	13	3,1%	3,6%	2,7%
mehr als 50	41	9,9%	8,1%	12,3%
Gesamtergebnis	415	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	14,1		13,4 Stunden	15,4 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,483	
p-Wert (Chi²)			p<0,023	

Bei dem Vergleich zwischen Frauen und Männern zeigt sich ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied hinsichtlich der Verteilung der bezahlten Präsenzdienste (Chi-Quadrat-Test, $p=0,023$). Männliche Radiologen leisten zu 69,1% keine bezahlten Präsenzdienste, während Radiologinnen lediglich zu 53,3% keine bezahlten Präsenzdienste absolvieren. Ein Vergleich der Mittelwerte ergibt hingegen keinen signifikanten Effekt ($p=0,483$), obwohl Frauen im Durchschnitt zwei Stunden pro Woche mehr bezahlte Präsenzdienste leisten (15,4 vs. 13,4; $SD=25,7$ für Frauen resp. 29,4 für Männer).

Unbezahlte Präsenzdienste sind deutlich weniger relevant. So müssen 89,3% der Radiologen*innen keine unbezahlten Präsenzdienste leisten. Auch der Umfang der zu leistenden unbezahlten Präsenzdienste ist deutlich geringer. Mehr als 20 Stunden unbezahlte Präsenzdienste muss lediglich von 3,7% der Studienteilnehmer*innen geleistet werden (Tab. 57).

Ergebnisse

Hinsichtlich der unbezahlten Präsenzdienste ergibt sich sowohl ein signifikanter geschlechtsspezifischer Effekt für die Verteilung (Quadrat-Test, $p=0,003$) als auch für den Vergleich der Mittelwerte ($p=0,037$). 94,7% der Männer leisten keine unbezahlten Präsenzdienste, während dieser Wert für Frauen lediglich bei 82,2% liegt. Im Durchschnitt leisten Radiologinnen dabei 2,3 Stunden pro Monat mehr unbezahlte Präsenzdienste im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen (3,6 vs. 1,3; $SD=12,2$ für Frauen resp. 7,7 für Männer).

Tabelle 57: Unbezahlte Präsenzdienste pro Monat

Anzahl Stunden pro Monat	Anzahl	in %	Männlich n=190	Weiblich n=152
0	310	89,3%	94,7%	82,2%
1-5	11	3,2%	1,1%	5,9%
6-10	4	1,2%	0,0%	2,6%
11-20	9	2,6%	2,1%	3,3%
mehr als 20	13	3,7%	2,1%	5,9%
Gesamtergebnis	347	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	2,3		1,3 Stunden	3,6 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,037	
p-Wert (Chi²)			p<0,003	

Bei dem Gehalt für Vollzeit-Beschäftigten zeigen sich zwei Schwerpunkte. So verdient ca. ein Viertel der Radiologen*innen (24,7%) zwischen 5.000 und 7.000 Euro brutto pro Monat. 76,5% dieser Gehaltsklasse sind dabei Assistenzärzte*innen, sodass dies das typische Einstiegsgehalt darstellt. Den zweiten Gehaltsschwerpunkt bilden Studienteilnehmer*innen mit einem Gehalt von über 10.000 Euro (43,9%). Hier spiegelt sich entsprechend auch der relativ hohe Anteil an Oberärzten*innen, leitenden Oberärzten*innen und Chefärzten*innen sowie niedergelassenen Ärzten*innen im ambulanten Bereich wider. 86,2% derjenigen Radiologen*innen, die ein Gehalt über 10.000 Euro beziehen, sind einem dieser vier Kategorien zuzuordnen (Tab. 58).

Tabelle 58: Gehalt der Vollzeit-Beschäftigten (inkl. Zulagen)

Gehaltsklasse (Brutto)	Anzahl	in %	Männlich n=251	Weiblich n=138
< 5.000 €	32	8,1%	3,6%	16,7%
> 5.000 € bis 7.000 €	98	24,7%	16,7%	38,4%
> 7.000 € bis 8.500 €	47	11,9%	11,2%	13,8%
> 8.500 bis 10.000 €	38	9,6%	10,4%	8,7%
> 10.000 €	174	43,9%	56,2%	21,0%
Sonstiges	7	1,8%	2,0%	1,4%
Gesamtergebnis	396	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p<0,001	

Ergebnisse

Auch für Radiologen*innen, die in Teilzeit beschäftigt sind, ergeben sich gute Gehaltschancen. So verdienen 28,6% der Teilzeit-Beschäftigten zwischen 5.000 und 7.000 Euro brutto monatlich. Jeweils 15,1% der Teilzeit-Beschäftigten beziehen zwischen 4.000 und 5.000 Euro sowie zwischen 7.000 und 8.500 Euro. Selbst Gehälter von über 10.000 Euro monatlich sind für Radiologen*innen in Teilzeit möglich. Diese Ergebnisse sind entsprechend vor dem Hintergrund zu sehen, dass Teilzeit-Beschäftigte ein breites Spektrum an reduzierten wöchentlichen Arbeitsstunden nutzen und eine Reduktion auf lediglich 20 Stunden pro Wochen (als klassisches Teilzeitmodell) die Ausnahme darstellt (Tab. 59).

Tabelle 59: Gehalt der Teilzeit-Beschäftigten (inkl. Zulagen)

Gehaltsklasse (Brutto)	Anzahl	in %	Männlich n=24	Weiblich n=101
< 3.000 €	8	6,3%	4,2%	6,9%
> 3.000 € bis 4.000 €	17	13,5%	8,3%	14,9%
> 4.000 € bis 5.000 €	19	15,1%	4,2%	16,8%
> 5.000 € bis 7.000 €	36	28,6%	16,7%	31,7%
> 7.000 € bis 8.500 €	19	15,1%	16,7%	14,9%
> 8.500 bis 10.000 €	11	8,7%	8,3%	8,9%
> 10.000 €	13	10,3%	41,7%	3,0%
Sonstiges	3	2,4%	0,0%	3,0%
Gesamtergebnis	126	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p<0,001	

Bei dem Gehalt der Radiologen*innen zeigen sich sehr deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Sowohl das Gehalt der Vollzeitbeschäftigten als auch das Gehalt der Teilzeitbeschäftigten ist für männliche Radiologen bedeutend höher als für Radiologinnen. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt für beide Gruppen einen hoch signifikanten Effekt des Geschlechts (jeweils $p < 0,001$). Insbesondere die Gehaltsklasse „> 10.000 €“ ist bei Männern sehr viel stärker vertreten als bei Frauen (Vollzeit: 56,2% vs. 21,0%; Teilzeit: 41,7% vs. 3,0%).

Neben ihrem umfangreichen Arbeitspensum bringt knapp die Hälfte der Radiologen*innen (47,0%) noch zusätzliche Zeit in ihrer Freizeit auf, um ihren Forschungsaktivitäten nachzugehen. So wenden 17,2% der Studienteilnehmer*innen ein bis zwei Wochenstunden für Ihre Forschung auf und weitere 16,6% investieren drei bis fünf Stunden pro Woche für Ihre Forschung. Ein geringer Anteil (0,6%) investiert sogar mehr als 20 Stunden pro Woche für Ihre Forschungsaktivitäten (Tab. 60).

Ergebnisse

Im Durchschnitt investieren Radiologinnen zusätzlich zu ihrem Arbeitspensum 1,9 Stunde pro Woche in ihrer Freizeit für ihre Forschung (SD=3,2). Radiologen bringen durchschnittlich sogar 2,72 Stunden (SD=4,1) für ihre Forschung auf. Ein Vergleich der Mittelwerte liefert ein signifikantes Ergebnis ($p=0,013$). Ca. die Hälfte geht allerdings auch gar keiner Forschungstätigkeit nach. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt für die Verteilung keinen signifikanten Effekt des Geschlechtes ($p=0,105$). Das bedeutet, wenn Radiologen*innen Forschungsaktivitäten entfalten, sind Männer stärker zeitlich involviert als ihre Kolleginnen.

Tabelle 60: Forschung in der Freizeit in Stunden pro Woche

Anzahl Stunden	Anzahl	in %	Männlich n=272	Weiblich n=234
0	272	53,0%	52,2%	54,7%
1-2	88	17,2%	14,3%	20,1%
3-5	85	16,6%	17,3%	16,2%
6-9	20	3,9%	3,7%	3,8%
10	31	6,0%	8,5%	3,4%
11-20	14	2,7%	3,7%	1,7%
mehr als 20	3	0,6%	0,4%	0,0%
Gesamtergebnis	513	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	2,4		2,7 Stunden	1,9 Stunden
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,013	
p-Wert (Chi²)			p<0,105	

Ca. 30% der Studienteilnehmer*innen arbeiten in einem Universitätsklinikum. Die Mehrheit ist jedoch nicht in einem Universitätsklinikum beschäftigt. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied lässt sich nicht belegen (Chi-Quadrat-Test, $p=0,695$) (Tab. 61-62).

Tabelle 61: Universitätsklinikum als Arbeitgeber

Beschäftigter eines Uniklinikums?	Anzahl	in %
Nein	358	68,6%
Ja	160	30,7%
Sonstiges	2	0,4%
Keine Angabe	2	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Tabelle 62: Universitätsklinikum als Arbeitgeber nach Geschlecht

Beschäftigter eines Uniklinikums?	Männlich	Weiblich	Gesamt
Nein	70,0%	68,4%	69,2%
Ja	30,0%	31,6%	30,8%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	273	237	510
p-Wert	p=0,695		

Ergebnisse

Die Forschungsaktivität ist unter den Studienteilnehmer*innen sehr stark ausgeprägt. Lediglich 32,8% der Studienteilnehmer*innen haben noch keine wissenschaftliche Publikation veröffentlicht. 12,3% der Radiologen*innen haben bereits ein Paper veröffentlicht. Weitere 14,4% haben zwei bis drei Publikationen platziert. Ebenso gibt es zahlreiche Radiologen*innen, die eine Vielzahl an wissenschaftlichen Publikationen veröffentlicht haben. 4,0% der Studienteilnehmer*innen haben zwischen 100 und 199 Paper publiziert. 1,7% kommen sogar auf mehr als 200 wissenschaftliche Veröffentlichungen. Männer haben dabei im Durchschnitt 28,7 Paper veröffentlicht (SD=60,6), während Frauen lediglich 5,5 Paper publiziert haben (SD=16,7) (Tab. 63).

Tabelle 63: Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen

Anzahl Paper	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
0	171	32,8%	26,5%	40,6%
1	64	12,3%	9,1%	15,9%
2-3	75	14,4%	13,8%	15,5%
4-5	46	8,8%	6,5%	11,3%
6-9	31	5,9%	6,9%	4,6%
10-19	35	6,7%	8,4%	4,6%
20-29	19	3,6%	4,7%	2,5%
30-49	27	5,2%	6,9%	3,3%
50-99	24	4,6%	6,5%	1,3%
100-199	21	4,0%	7,6%	0,0%
200 und mehr	9	1,7%	2,9%	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	18,0		28,7 Paper	5,5 Paper
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi²)			p<0,001	

Die Forschungsaktivität manifestiert sich auch in der Differenzierung hinsichtlich Erstautor und letztgenannter Autor. Knapp die Hälfte aller Studienteilnehmer*innen kann auf mindestens eine Publikation als Erstautor verweisen. 15,3% der Studienteilnehmer*innen haben genau eine wissenschaftliche Veröffentlichung als Erstautor publiziert. Weitere 10,3% haben zwei bis drei Paper als Erstautor veröffentlicht. 1,3% der Radiologen*innen können sogar auf 50 und mehr wissenschaftliche Publikation als Erstautor verweisen. Frauen haben dabei im Durchschnitt 1,5 Paper veröffentlicht (SD=3,6), während Männer sogar 6,8 Paper als Erstautor publiziert haben (SD=16,7) (Tab. 64).

Ergebnisse

Tabelle 64: Anzahl der Publikationen als Erstautor

Anzahl Publikationen als Erstautor	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
0	262	50,2%	43,6%	59,0%
1	80	15,3%	13,8%	16,7%
2-3	54	10,3%	8,7%	12,1%
4-5	26	5,0%	5,1%	4,6%
6-9	32	6,1%	7,3%	4,6%
10-19	34	6,5%	10,5%	2,1%
20-29	16	3,1%	5,1%	0,4%
30-49	11	2,1%	3,3%	0,4%
50 und mehr	7	1,3%	2,5%	0,0%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	4,4		6,8 Paper	1,5 Paper
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi²)			p<0,001	

Tabelle 65: Anzahl der Publikationen als letztenannter Autor

Anzahl Publikationen als letztenannter Autor	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
0	377	72,2%	62,2%	84,1%
1	28	5,4%	5,5%	5,4%
2-3	40	7,7%	9,1%	5,9%
4-5	18	3,4%	4,0%	2,9%
6-9	16	3,1%	5,1%	0,8%
10-19	17	3,3%	5,5%	0,4%
20-29	11	2,1%	4,0%	0,0%
30-49	11	2,1%	3,6%	0,0%
50 und mehr	4	0,8%	1,1%	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	2,7		4,5 Paper	0,6 Paper
p-Wert (Mittelwerte)			p<0,001	
p-Wert (Chi²)			p<0,001	

Die Anzahl an Publikationen als letztenannter Autor ist entsprechend geringer. 72,2% der Studienteilnehmer*innen haben noch kein Paper als letztenannter Autor veröffentlicht. 5,4% der Studienteilnehmer*innen können auf eine Publikation als letztenannter Autor verweisen. Einige Radiologen*innen haben jedoch bereits auch eine Vielzahl an Publikationen als letztenannter Autor veröffentlicht. Jeweils 2,1% haben zwischen 20 und 29 sowie zwischen 30 und 49 Veröffentlichungen als letztenannter Autor publiziert. 0,8% der Radiologen*innen können sogar auf 50 und mehr Publikationen als letztenannter Autor verweisen. Auch für die Anzahl an Publikationen als letztenannter Autor weisen Frauen im Durchschnitt deutlich geringere Werte auf (Mittelwert=0,6; SD=3,4) als Männer (Mittelwert=4,5; SD=11,1) (Tab. 65).

Ergebnisse

Die Forschungsaktivität im Sinne der Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen unterscheidet sich deutlich nach Geschlecht. Sowohl hinsichtlich der Gesamtanzahl der publizierten Veröffentlichungen als auch bzgl. der Anzahl der Publikationen als Erstautor sowie als letztgenannter Autor weisen männliche Radiologen deutlich höhere Werte auf. Alle drei Vergleiche der Mittelwerte sind hoch signifikant (jeweils $p < 0,001$). Ebenso sind alle drei Chi-Quadrat-Test hoch signifikant (jeweils $p < 0,001$), sodass sich auch die Verteilung unterscheidet. Entsprechend schaffen es Männer deutlich mehr Paper zu publizieren als ihre Kolleginnen.

Diese Ergebnisse sind auch stabil, wenn die Analysen um das Alter korrigiert werden. In den folgenden drei Tabellen sind die Regressionsanalysen dargestellt, in denen das Alter mit in das Modell aufgenommen wurde (Tab. 66-68).

Tabelle 66: Regression: AV: Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	-36,449	7,993	-4,560	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	17,965	4,036	4,451	0,000
Alter	1,026	0,183	5,619	0,000
R ² = 0,115				

Tabelle 67: Regression: AV: Anzahl der Publikationen als Erstautor

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	-8,949	2,167	-4,130	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	3,925	1,094	3,587	0,000
Alter	0,255	0,049	5,162	0,000
R ² = 0,090				

Tabelle 68: Regression: AV: Anzahl der Publikationen als letztgenannter Autor

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	-6,897	1,459	-4,726	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	2,818	0,737	3,823	0,000
Alter	,0184	0,033	5,522	0,000
R ² = 0,102				

Sowohl für das Geschlecht als auch für das Alter ergeben sich für die Anzahl der wissenschaftlichen Publikationen (gesamt, Erstautor, letztgenannter Autor) hoch signifikant-

Ergebnisse

te Effekte (jeweils $p < 0,001$). Im Durchschnitt haben Radiologen dabei insgesamt knapp 18 Paper mehr veröffentlicht als Radiologinnen, wenn das Alter der Studienteilnehmer*innen berücksichtigt wird. Auch die Anzahl der Publikationen als Erstautor ist für Radiologen deutlich höher als für Radiologinnen. Korrigiert um das Alter veröffentlichen Männer knapp vier Paper mehr als Frauen. Die Anzahl der Publikationen als letztgenannter Autor unterscheidet sich ebenfalls signifikant, wobei Radiologen 2,8 Publikationen mehr aufweisen können als Radiologinnen, wenn das Alter der Studienteilnehmer*innen mit in das Modell aufgenommen wird.

Auch hinsichtlich der Einwerbung von Drittmitteln können die Radiologen*innen ein umfangreiches Engagement nachweisen. So haben 22,2% der Studienteilnehmer*innen bereits erfolgreich Drittmittel eingeworben. Ca. drei Viertel ist dies hingegen noch nicht gelungen (Tab. 69).

Tabelle 69: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits Drittmittel eingeworben haben

Eingeworbene Drittmittel	Anzahl	in %
Ja	116	22,2%
Nein	387	74,1%
Keine Angabe	17	3,3%
Sonstiges	2	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Ob die Radiologen*innen bereits Drittmittel eingeworben haben, wird dabei maßgeblich durch das Geschlecht beeinflusst, wobei deutlich mehr Männer (30,5% vs. 12,3% der Frauen) bereits Drittmittel einwerben konnten (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$) (Tab. 70).

Tabelle 70: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits Drittmittel eingeworben haben nach Geschlecht

Eingeworbene Drittmittel	Männlich	Weiblich	Gesamt
Ja	30,5%	13,2%	22,6%
Nein	69,5%	86,8%	77,4%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	269	227	496
p-Wert	$p < 0,001$		

Die Höhe der Drittmittel ist ebenfalls beachtlich. So haben 34,6% der Studienteilnehmer*innen bereits Drittmittel i.H.v. 100 T€ bis 1 Mio. Euro eingeworben. 12,1% der Radiologen*innen haben sogar bereits mehr als 1 Mio. Euro an Drittmitteln generiert (Tab. 71).

Ergebnisse

Tabelle 71: Höhe der eingeworbenen Drittmittel

Höhe der Drittmittel	Anzahl	in %	Männlich n=77	Weiblich n=27
weniger als 1.000 €	10	9,3%	6,5%	18,5%
1.000-10.000 €	19	17,8%	13,0%	33,3%
10.001-100 T€	28	26,2%	26,0%	25,9%
100.001-1 Mio. €	37	34,6%	40,3%	22,2%
Mehr als 1 Mio. €	13	12,1%	14,3%	0,0%
Gesamtergebnis	107	100,0%	100,0%	100,0%
Durchschnitt	643 Tsd. €		701 Tsd. €	106 Tsd. €
p-Wert (Mittelwerte)			p=0,020	
p-Wert (Chi²)			p=0,010	

Auch die Höhe der eingeworbenen Drittmittel unterscheidet sich signifikant nach Geschlecht. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt ebenso ein signifikantes Ergebnis ($p=0,010$) wie ein Vergleich der Mittelwerte ($p=0,020$). Im Durchschnitt haben die männlichen Radiologen dabei 701 Tsd. Euro eingeworben ($SD=1.295.124$), während ihre weiblichen Kolleginnen lediglich 106 Tsd. Euro einwerben konnten ($SD=194.003$).

Diese Ergebnisse werden jedoch durch das Alter der Studienteilnehmer*innen relativiert. Wird das Alter im Rahmen eines Regressionsmodell mitberücksichtigt, so ist ein geschlechtsspezifischer Unterschied hinsichtlich der Höhe der eingeworbenen Drittmittel nicht mehr signifikant ($p=0,168$). Das Alter der Studienteilnehmer*innen trägt somit maßgeblich zur Erklärung der Höhe der eingeworbenen Drittmittel bei und erweist sich als statistisch signifikant ($p=0,038$), wobei im Durchschnitt pro Lebensjahr ca. 25 Tsd. Euro generiert werden können (Tab. 72).

Tabelle 72: Regression: AV: Höhe der eingeworbenen Drittmittel

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	-936.249,541	539.581,723	-1,735	0,086
Geschlecht (Referenz weiblich)	375.532,400	270.321,326	1,389	0,168
Alter	25.427,704	12.088,819	2,103	0,038
R ² = 0,093				

Eine rein wissenschaftliche Tätigkeit wird nur von einer kleinen Minderheit der Radiolog*innen ausgeübt (1,3%). Auffällig ist dabei, dass lediglich ein Mann einer rein wissenschaftlichen Tätigkeit nachgeht, wohingegen sechs Frauen rein wissenschaftlich tätig sind. Dieser Effekt erweist sich auch als statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test, $p<0,035$) (Tab. 73-74).

Ergebnisse

Tabelle 73: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die rein wiss. tätig sind

Rein wiss. Tätigkeit	Anzahl	in %
Ja	7	1,3%
Nein	512	98,1%
Keine Angabe	2	0,4%
Sonstiges	1	0,2%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Tabelle 74: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die rein wiss. tätig sind nach Geschlecht

Rein wiss. Tätigkeit	Männlich	Weiblich	Gesamt
Ja	0,4%	2,5%	1,4%
Nein	99,6%	97,5%	98,6%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	275	236	511
p-Wert	p<0,035		

D.4. Angaben zur Arbeitszufriedenheit

Die wichtigste Erwartung an die aktuelle Tätigkeit war die Freude an der Arbeit. Für 79,3% der Studienteilnehmer*innen war dies sehr wichtig und für weitere 19,2% wichtig. Als Durchschnitt der vier Kategorien sehr wichtig bis unwichtig, d.h. ohne die Kategorie „trifft nicht zu“, ergibt sich ein Mittelwert¹³² von 1,22. Ein gutes Arbeitsklima sowie eine Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung belegten in dem Ranking die Positionen zwei und drei. Die Möglichkeit zur Forschungstätigkeit war den Studienteilnehmern mit einem Mittelwert von 2,94 am unwichtigsten hinsichtlich der Erwartung an die aktuelle Tätigkeit. Dies ist mit Abstand der geringste Wert aller abgeprüften Kriterien. Lediglich 9,6% erachteten dies als sehr wichtig und 31,2% als unwichtig. Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit sind den Studienteilnehmer*innen ebenfalls relativ unwichtig (Mittelwert: 1,92), da dieses Kriterium in dem Ranking den vorletzten Platz einnimmt. Ebenso ist ein gutes Einkommen mit einem Mittelwert von 1,88 für die befragten Radiologen*innen im Vergleich zu den anderen Kriterien nachrangig. Lediglich 37,2% erachteten ein gutes Einkommen als sehr wichtig bzgl. der Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit. Freude an der Arbeit und ein gutes Arbeitsklima sind hingegen die dominanten Kriterien (Tab. 75).

Tabelle 75: Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit

Erwartungen (sortiert nach dem Durchschnitt der Bewertungen)	Sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig	unwichtig	trifft nicht zu	n	\bar{x} ¹³² 1-4
Freude an der Arbeit	79,3%	19,2%	1,3%	0,0%	0,2%	522	1,22
Gutes Arbeitsklima	75,9%	22,2%	1,3%	0,4%	0,2%	522	1,26
Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung	65,9%	24,7%	1,9%	0,8%	6,7%	522	1,33
Förderung fachlicher Fortbildung	45,4%	44,3%	6,9%	1,1%	2,3%	522	1,63
Strukturierte Weiterbildung / Einhaltung der Weiterbildungszeiten	41,2%	31,2%	9,2%	3,3%	15,1%	522	1,70
Eigene Gestaltungsspielräume	44,1%	40,2%	14,0%	1,3%	0,4%	522	1,73
Familienfreundlichkeit	41,2%	33,1%	18,6%	4,8%	2,3%	522	1,87
Möglichkeit zur Karriereentwicklung/Aufstiegsperspektiven	33,9%	40,0%	17,8%	2,5%	5,7%	522	1,88
Gutes Einkommen	32,4%	48,3%	17,4%	1,7%	0,2%	522	1,88
Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit	37,2%	37,5%	19,3%	5,0%	1,0%	522	1,92
Möglichkeit zur Forschungstätigkeit	9,6%	17,2%	25,5%	31,2%	16,5%	522	2,94

¹³² Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „sehr wichtig“ bis 4: „unwichtig“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde in dieser Berechnung bewusst nicht inkludiert.

Ergebnisse

Die Erwartungen an die aktuelle berufliche Tätigkeit unterscheiden sich zum Teil sehr deutlich zwischen weiblichen und männlichen Befragten. Dabei ist insbesondere auffällig, dass Frauen eine Vielzahl von Kriterien deutlich stärker gewichten als Männer. Die größte Differenz der Mittelwerte¹³³ (auf einer 4-stufigen Likert Skala) ergibt sich für die Kategorie „Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit“ ($p < 0,001$) sowie für die Erwartungen hinsichtlich der Familienfreundlichkeit ($p < 0,001$). Die Erwartungen bzgl. des Einkommens unterscheiden sich hingegen nicht zwischen den Geschlechtern ($p = 0,683$). Die einzige Kategorie, die für Männer signifikant wichtiger ist als für Frauen sind die eigenen Gestaltungsspielräume ($p = 0,012$) (Tab. 76).

Tabelle 76: Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit nach Geschlecht

Erwartungen (sortiert nach Differenz der Mittelwerte: weiblich minus männlich)	männlich \bar{x} ¹³³	männlich SD	männlich n	weiblich \bar{x} ¹³³	weiblich SD	weiblich n	p-Wert
Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit	2,13	0,90	271	1,68	0,77	238	0,000
Familienfreundlichkeit	2,05	0,90	269	1,65	0,83	234	0,000
Förderung fachlicher Fortbildung	1,80	0,69	266	1,45	0,59	236	0,000
Strukturierte Weiterbildung/Einhaltung der Weiterbildungszeiten	1,86	0,84	225	1,55	0,76	211	0,000
Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung	1,39	0,59	249	1,26	0,51	230	0,011
Freude an der Arbeit	1,24	0,46	274	1,18	0,42	239	0,078
Gutes Arbeitsklima	1,28	0,50	274	1,22	0,47	239	0,119
Möglichkeit zur Karriereentwicklung/Aufstiegsperspektiven	1,91	0,82	253	1,86	0,78	231	0,480
Gutes Einkommen	1,88	0,70	275	1,90	0,79	238	0,683
Möglichkeit zur Forschungstätigkeit	2,87	1,05	232	3,03	0,97	196	0,105
Eigene Gestaltungsspielräume	1,64	0,74	273	1,81	0,75	239	0,012

Neben der Erwartung an die aktuelle berufliche Tätigkeit wurde ebenfalls evaluiert, inwiefern sich diese Erwartungen erfüllt haben. Dabei zeigt sich, dass die Erwartungen an ein gutes Einkommen mit einem Mittelwert¹³⁴ von 1,76 am besten erfüllt wurden. 37,9% der Studienteilnehmer*innen gaben an, dass sich ihre Erwartungen voll und ganz erfüllt hätten. 49,8% erachteten ihre Erwartungen als hauptsächlich erfüllt. Die Erwartungen hinsichtlich eines guten Arbeitsklimas sowie bzgl. der Freude an der Arbeit wurden relativ betrachtet ebenfalls sehr gut erfüllt. Am schlechtesten wurden hingegen die Erwar-

¹³³ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „sehr wichtig“ bis 4: „unwichtig“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde in dieser Berechnung nicht inkludiert.

¹³⁴ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „voll und ganz erfüllt“ bis 4: „gar nicht erfüllt“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde in dieser Berechnung nicht inkludiert.

Ergebnisse

tungen hinsichtlich der Möglichkeit zur Forschungstätigkeit erfüllt. 18,4% der Studienteilnehmer*innen sahen ihre Erwartungen kaum erfüllt und 9,8% gar nicht erfüllt. In diesem Zusammenhang ist natürlich zu sehen, dass die Erwartungen hinsichtlich der Möglichkeit zur Forschungstätigkeit für die Studienteilnehmer*innen auch relativ unwichtig war. Ein systematischer Vergleich ist daher in Abb. 17 dargestellt. Weiterhin wurden die Erwartungen hinsichtlich der Familienfreundlichkeit (Mittelwert: 2,10) und bzgl. der eigenen Gestaltungsspielräume (Mittelwert: 2,15) im Vergleich zu den anderen Kriterien relativ schlecht bewertet. 21,8% der Studienteilnehmer*innen sahen ihre Erwartungen hinsichtlich der Familienfreundlichkeit als kaum erfüllt an und weitere 5,7% als gar nicht erfüllt. Bzgl. der eigenen Gestaltungsspielräume lagen diese Werte respektive bei 24,1% und 6,9% (Tab. 77).

Tabelle 77: Erfüllung der hauptsächlichen Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit

Erfüllung der Erwartungen (sortiert nach dem Durchschnitt der Bewertungen)	Voll und ganz erfüllt	Hauptsächlich erfüllt	Kaum erfüllt	Gar nicht erfüllt	trifft nicht zu	n	\bar{x}^{134} 1-4
Gutes Einkommen	37,9%	49,8%	9,8%	1,9%	0,6%	522	1,76
Gutes Arbeitsklima	41,6%	43,5%	11,3%	3,3%	0,4%	522	1,76
Freude an der Arbeit	35,6%	51,0%	9,6%	3,4%	0,4%	522	1,81
Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung	26,1%	57,3%	8,6%	1,0%	7,1%	522	1,83
Strukturierte Weiterbildung / Einhaltung der Weiterbildungszeiten	19,7%	45,6%	16,5%	2,7%	15,5%	522	2,02
Förderung fachlicher Fortbildung	23,6%	51,9%	18,8%	3,6%	2,1%	522	2,03
Möglichkeit zur Karriereentwicklung/Aufstiegsperspektiven	28,0%	41,0%	18,2%	6,1%	6,7%	522	2,03
Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit	23,4%	48,7%	19,3%	6,3%	2,3%	522	2,09
Familienfreundlichkeit	23,9%	41,2%	21,8%	5,7%	7,3%	522	2,10
Eigene Gestaltungsspielräume	23,4%	42,5%	24,1%	6,9%	3,1%	522	2,15
Möglichkeit zur Forschungstätigkeit	15,7%	20,9%	18,4%	9,8%	35,2%	522	2,34

Hinsichtlich der Erfüllungen der Erwartungen an die aktuelle berufliche Tätigkeit zeigt sich, dass Radiologinnen den Erfüllungsgrad deutlich kritischer bewerten als ihre männlichen Kollegen. Die größte Differenz der Mittelwerte¹³⁵ ergibt sich für die Kategorie „Möglichkeit zur Karriereentwicklung / Aufstiegsperspektiven“, die von Frauen signifikant schlechter bewertet wird als von Männern ($p < 0,001$). Auch die eigenen Gestaltungsspielräume ($p < 0,001$), das Gehalt ($p < 0,001$) und das Arbeitsklima ($p < 0,001$) wird

¹³⁵ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „voll und ganz erfüllt“ bis 4: „gar nicht erfüllt“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde in dieser Berechnung nicht inkludiert.

Ergebnisse

von Radiologinnen deutlich schlechter bewertet als von den männlichen Radiologen. Kriterien, die von Frauen besser bewertet werden als von Männern, gibt es hingegen nicht (Tab. 78).

Tabelle 78: Erfüllung der Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit nach Geschlecht

Erfüllung der Erwartungen (sortiert nach Differenz der Mittelwerte: weiblich minus männlich)	männlich ø¹³⁵	männlich SD	männlich n	weiblich ø¹³⁵	weiblich SD	weiblich n	p-Wert
Familienfreundlichkeit	2,11	0,85	260	2,09	0,87	217	0,806
Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit	2,09	0,84	267	2,09	0,83	235	0,909
Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung	1,81	0,63	246	1,85	0,60	231	0,438
Möglichkeit zur Forschungstätigkeit	2,33	0,98	178	2,39	1,04	153	0,592
Förderung fachlicher Fortbildung	1,96	0,76	267	2,11	0,75	236	0,022
Strukturierte Weiterbildung/Einhaltung der Weiterbildungszeiten	1,96	0,72	228	2,12	0,76	206	0,029
Freude an der Arbeit	1,72	0,72	275	1,90	0,76	237	0,008
Gutes Arbeitsklima	1,63	0,71	274	1,91	0,81	238	0,000
Gutes Einkommen	1,61	0,64	273	1,92	0,72	238	0,000
Eigene Gestaltungsspielräume	1,96	0,82	268	2,37	0,87	230	0,000
Möglichkeit zur Karriereentwicklung / Aufstiegsperspektiven	1,84	0,81	256	2,25	0,89	223	0,000

Bei einem strukturellen Vergleich der Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit und deren Erfüllung (Abb. 17) zeigt sich, dass lediglich zwei Kriterien die Erwartungen (über-)erfüllt haben. Dies betrifft die Möglichkeit zur Forschungstätigkeit und ein gutes Einkommen. Insbesondere hinsichtlich der Möglichkeit zur Forschungstätigkeit waren die Erwartungen sehr gering, sodass diese auch relativ leicht erfüllt werden konnten. Ein gutes Gehalt war den Studienteilnehmer*innen ebenfalls nicht so wichtig, die Erwartungen wurden allerdings am besten erfüllt. Die drei wichtigsten Kriterien bzgl. der Erwartung an die aktuelle Tätigkeit waren die Freude an der Arbeit, ein gutes Arbeitsklima sowie eine Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung. Die Erwartungen wurden zwar relativ gut erfüllt, in Relation zu der Wichtigkeit der Erwartungen, wurden diese jedoch untererfüllt. Somit ergibt sich bei den Kriterien noch Potenzial für Verbesserungen und Ansatzpunkte für ein aktives Personalmanagement.

Ergebnisse

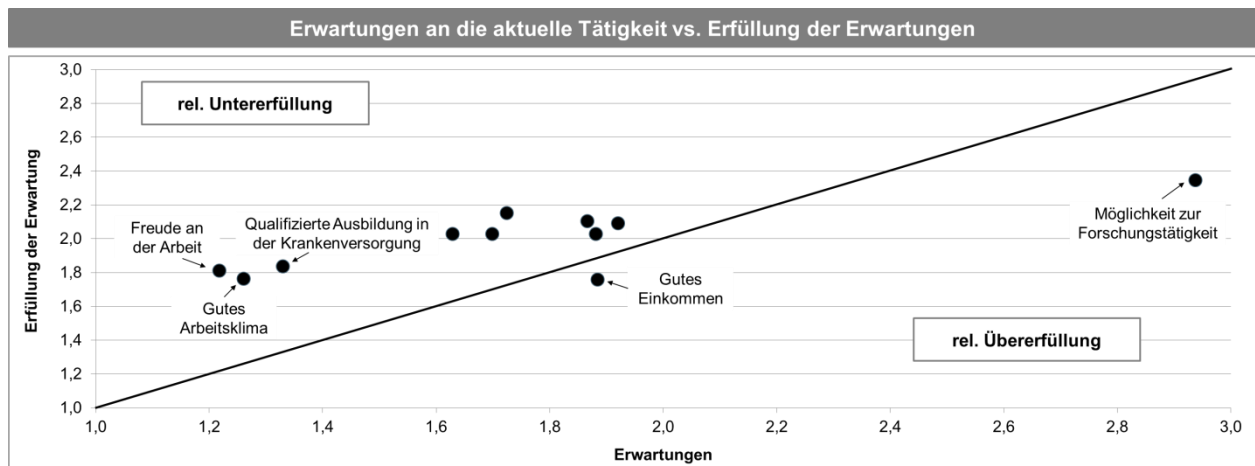


Abbildung 17: Vergleich der Erwartungen an die aktuelle Tätigkeit und deren Erfüllung

Die Ergebnisse zu dem physischen und psychischen Wohlbefinden der Studienteilnehmer*innen sind in der nachfolgenden Tabelle (Tab. 79) dargestellt.

Tabelle 79: Physisches und psychisches Wohlbefinden

Wie häufig ...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	immer	Keine Angabe	n	\bar{x}^{136} 1-5
... haben Sie das Gefühl, eine sinnvolle Arbeit zu leisten?	0,8%	4,0%	9,4%	48,9%	37,0%	0,0%	522	4,17
... kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich krank und unwohl fühlen?	8,2%	27,4%	36,2%	19,5%	8,2%	0,4%	522	2,92
... sind Sie emotional erschöpft?	6,5%	31,0%	32,6%	26,6%	3,3%	0,0%	522	2,89
... sind Sie körperlich erschöpft?	4,6%	32,8%	34,1%	26,2%	2,3%	0,0%	522	2,89
... haben Sie Probleme, nach Feierabend von der Arbeit abzuschalten?	11,7%	34,3%	30,7%	16,5%	6,9%	0,0%	522	2,73
... fühlen Sie sich bei problematischen Entscheidungen in der Patientenversorgung belastet?	12,3%	42,7%	35,2%	8,2%	1,3%	0,2%	522	2,44

Die Mehrheit der Radiologen*innen erachtet ihre Arbeit als sinnvoll. 48,9% haben oft und 37,0% sogar immer das Gefühl eine sinnvolle Arbeit zu leisten. Dieses Kriterium erreichte mit einer durchschnittlichen Bewertung¹³⁶ von 4,17 auch den höchsten Mittelwert aller abgefragten Kategorien. Allerdings kommen 19,5% der Radiologen*innen auch oft zur Arbeit, obwohl sie sich krank und unwohl fühlen, 8,2% kommen sogar immer. Es zeigt sich auch, dass eine Vielzahl von Radiologen*innen sich körperlich und

¹³⁶ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 5-stufigen Likert Skala von 1: „nie“ bis 5: „immer“ berechnet. Die Kategorie „keine Angabe“ wurde in dieser Berechnung bewusst nicht inkludiert.

Ergebnisse

emotional erschöpft fühlen. 26,2% der Studienteilnehmer*innen fühlen sich oft und 2,3% sogar immer körperlich erschöpft. Lediglich 4,6% fühlen sich nie körperlich erschöpft. Die Werte für eine emotionale Erschöpfung sind mit denen der körperlichen Erschöpfung vergleichbar. 26,6% der Studienteilnehmer*innen fühlen sich oft und 3,3% sogar immer emotional erschöpft. Auch nach Feierabend abzuschalten ist für viele ein Problem. 16,5% können oft und 6,9% immer nicht richtig nach Feierabend abschalten (Tab. 79).

Radiologinnen werden durch ihre berufliche Tätigkeit dabei deutlich stärker physisch und psychisch belastet als Radiologen. Vier der sechs abgefragten Kriterien zeigen signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei die Mittelwerte¹³⁷ aller vier Kriterien bei den Frauen signifikant höher sind als bei den Männern. Die größte Differenz der Mittelwerte ergibt sich für die Kategorie „Wie häufig ... sind Sie emotional erschöpft“ ($p < 0,001$). Trotz dieser Belastungen haben beide Geschlechter das Gefühl eine sinnvolle Arbeit zu leisten. Ein signifikanter Unterschied ist für dieses Kriterium nicht nachweisbar ($p = 0,057$) (Tab. 80).

Tabelle 80: Physisches und psychisches Wohlbefinden nach Geschlecht

Wie häufig ... (sortiert nach Differenz der Mittelwerte: weiblich minus männlich)	männlich ø ¹³⁷	männlich SD	männlich n	weiblich ø ¹³⁷	weiblich SD	weiblich n	p-Wert
... haben Sie das Gefühl, eine sinnvolle Arbeit zu leisten	4,24	0,74	275	4,10	0,87	239	0,057
... kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich krank und unwohl fühlen?	2,84	1,07	275	3,02	1,05	237	0,066
... haben Sie Probleme, nach Feierabend von der Arbeit abzuschalten?	2,63	1,11	275	2,85	1,06	239	0,025
... sind Sie körperlich erschöpft?	2,77	0,92	275	3,04	0,90	239	0,001
... fühlen Sie sich bei problematischen Entscheidungen in der Patientenversorgung belastet?	2,27	0,80	275	2,64	0,89	238	0,000
... sind Sie emotional erschöpft?	2,70	0,95	275	3,13	0,95	239	0,000

Die wichtigste Quelle der Unterstützung bei Ihrer beruflichen Tätigkeit mit einem Mittelwert¹³⁸ von 3,46 (auf einer 4-stufigen Likert Skala) ist für die Radiologen*innen die/der Ehe- bzw. Lebenspartner*in sowie das familiäre Umfeld (Mittelwert=3,33). 57,9% der

¹³⁷ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 5-stufigen Likert Skala von 1: „nie“ bis 5: „immer“ berechnet. Die Kategorie „keine Angabe“ wurde in dieser Berechnung bewusst nicht inkludiert.

¹³⁸ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „keine Unterstützung“ bis 4: „Volle Unterstützung“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde bewusst nicht inkludiert.

Ergebnisse

Studienteilnehmer*innen erhalten von ihrem Ehe- bzw. Lebenspartner*in die volle Unterstützung. Dies ist der mit Abstand höchste Wert. Weitere 19,5% bekommen viel Unterstützung durch ihren Ehe- bzw. Lebenspartner*in. Durch die Familie erhalten immer noch 49,8% die volle Unterstützung und 28,4% viel Unterstützung. Die geringste Unterstützung erhalten Radiologen*innen durch ihre Vorgesetzten (Mittelwert=2,61). Lediglich 19,7% fühlen sich durch diese voll unterstützt. 35,4% der Studienteilnehmer*innen erhalten lediglich mäßige Unterstützung und 10,3% beklagen, keine Unterstützung durch ihre Vorgesetzte zu erhalten (Tab. 81).

Tabelle 81: Quelle der Unterstützung

Unterstützung durch...	Keine Unterstützung	Mäßige Unterstützung	Viel Unterstützung	Volle Unterstützung	Trifft nicht zu	n	\bar{x}^{138} 1-4
Ehe- bzw. Lebenspartner/in	3,8%	8,6%	19,5%	57,9%	10,2%	522	3,46
Familie	4,6%	10,3%	28,4%	49,8%	6,9%	522	3,33
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	1,1%	24,5%	47,5%	23,9%	2,9%	522	2,97
Freundes und Bekanntenkreis	7,7%	19,5%	34,1%	29,1%	9,6%	522	2,94
Kolleginnen und Kollegen	2,7%	27,4%	45,0%	24,1%	0,8%	522	2,91
Vorgesetzte	10,3%	35,4%	26,8%	19,7%	7,7%	522	2,61

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Quelle der Unterstützung gibt es nur bzgl. der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ($p=0,001$). Mit einem Mittelwert¹³⁹ von 3,07 bewerten Männer die Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich besser als Frauen (Mittelwert=2,86). Die weiteren Kategorien unterscheiden sich nicht signifikant, sodass Radiologinnen und Radiologen jeweils ein vergleichbares Niveau an Unterstützung erfahren (Tab. 82).

Tabelle 82: Quelle der Unterstützung nach Geschlecht

Unterstützung durch ... (sortiert nach Differenz der Mittelwerte: weiblich minus männlich))	männlich \bar{x}^{139}	männlich SD	männlich n	weiblich \bar{x}^{139}	weiblich SD	weiblich n	p-Wert
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	3,07	0,71	270	2,86	0,75	229	0,001
Kolleginnen und Kollegen	2,98	0,77	272	2,85	0,81	238	0,074
Familie	3,34	0,81	262	3,29	0,92	217	0,503
Ehe- bzw. Lebenspartner/in	3,47	0,80	259	3,44	0,88	203	0,679
Vorgesetzte	2,61	0,92	243	2,58	0,97	231	0,738
Freundes und Bekanntenkreis	2,91	0,95	248	2,95	0,93	217	0,625

¹³⁹ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „keine Unterstützung“ bis 4: „Volle Unterstützung“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde bewusst nicht inkludiert.

Ergebnisse

Hinsichtlich der Förderung der klinischen Kenntnisse und Fähigkeiten sowie zur (klinischen) Forschung zeigt sich grundsätzlich ein mittleres Maß an Zufriedenheit. Die größte Zufriedenheit besteht mit der Möglichkeit, Kongresse zu besuchen (Mittelwert¹⁴⁰=1,93). 32,2% der Studienteilnehmer*innen sind mit diesem Aspekt sehr zufrieden und weitere 42,7% sind damit eher zufrieden. Auch mit den Möglichkeiten zur klinischen Fortbildung sind die Radiologen*innen überdurchschnittlich zufrieden (Mittelwert=2,14). 45,2% sind mit diesem Aspekt eher zufrieden und weitere 18,4% sind sogar sehr zufrieden. Weniger zufrieden sind die Studienteilnehmer*innen hingegen mit dem Angebot von Mitarbeitergesprächen zur Karriereentwicklung (Mittelwert=2,53) und dem Angebot von Supervision (Mittelwert=2,54). 23,2% der Radiologen*innen sind mit dem Angebot von Mitarbeitergesprächen zur Karriereentwicklung eher unzufrieden und 15,7% sind mit diesem Aspekt sogar sehr unzufrieden. Bzgl. des Angebots von Supervision liegen diese Werte respektive bei 20,9% und 13,2%. Entsprechend bieten sich hier Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Mitarbeiter-Managements (Tab. 83).

Tabelle 83: Zufriedenheit mit der Förderung von Fähigkeiten und Forschung

Zufriedenheit...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Trifft nicht zu	n	\bar{x} ¹⁴⁰ 1-4
... mit der Möglichkeit, Kongresse zu besuchen	32,2%	42,7%	13,4%	6,1%	5,6%	522	1,93
... mit den Möglichkeiten zur klinischen Fortbildung	18,4%	45,2%	18,6%	5,9%	11,9%	522	2,14
... mit der Möglichkeit eigene Projekte entwickeln und Drittmittelanträge zu stellen	8,2%	17,0%	11,7%	7,1%	55,9%	522	2,40
... mit der Einbindung in Forschungsprojekte	9,4%	18,6%	12,6%	8,8%	50,6%	522	2,42
... mit der Unterstützung im Umgang mit kritischen Ereignissen	10,7%	40,4%	22,8%	12,8%	13,2%	522	2,43
... mit dem Angebot von Mitarbeitergesprächen zur Karriereentwicklung	10,0%	35,2%	23,2%	15,7%	15,9%	522	2,53
... mit dem Angebot von Supervision	9,0%	27,8%	20,9%	13,2%	29,1%	522	2,54
... mit der Freistellung für klinische Forschung	6,5%	14,4%	16,1%	14,4%	48,7%	522	2,75

Besonders unzufrieden sind die Studienteilnehmer*innen allerdings mit der Freistellung für klinische Forschung (Mittelwert=2,75). Zwar ist dieser Aspekt für 48,7% nicht zutreffend, 14,4% sind jedoch sehr unzufrieden mit der Freistellung für klinische Forschung.

¹⁴⁰ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „Sehr zufrieden“ bis 4: „Sehr unzufrieden“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde bewusst nicht inkludiert.

Ergebnisse

Weitere 16,1% der Radiologen*innen sind eher unzufrieden. Auch in diesem Punkt bietet sich Verbesserungspotenzial, um forschungsorientierte Mitarbeiter langfristig zu halten und die Forschungsqualität am Standort Deutschland zu verbessern.

Nicht nur bzgl. der Erfüllungen der Erwartungen an die aktuelle berufliche Tätigkeit, sondern auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Förderung von Fähigkeiten und Forschung beurteilen Radiologinnen den Status-Quo zum Teil deutlich kritischer als die Radiologen. Alle abgefragten Kriterien wurden von Frauen schlechter bewertet als von Männern, obwohl nicht alle Effekte signifikant sind. Die größte Differenz der Mittelwerte¹⁴¹ ergibt sich bzgl. der Möglichkeiten zur klinischen Fortbildung ($p=0,001$) und der Möglichkeit, Kongresse zu besuchen ($p=0,002$). Ein dritter signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ergibt sich für das Angebot von Mitarbeitergesprächen zur Karriereentwicklung ($p=0,020$). Die weiteren Kategorien sind nicht signifikant (Tab. 84).

Tabelle 84: Zufriedenheit mit der Förderung von Fähigkeiten und Forschung nach Geschlecht

Zufriedenheit ... (sortiert nach Differenz der Mittelwerte: weiblich minus männlich)	männlich \bar{x} ¹⁴¹	männlich SD	männlich n	weiblich \bar{x} ¹⁴¹	weiblich SD	weiblich n	p-Wert
... mit dem Angebot von Supervision	2,54	0,87	185	2,56	1,00	178	0,874
... mit der Freistellung für klinische Forschung	2,70	1,01	141	2,82	1,00	122	0,315
... mit der Unterstützung im Umgang mit kritischen Ereignissen	2,37	0,89	234	2,52	0,88	211	0,085
... mit der Möglichkeit eigene Projekte entwickeln und Drittmittelanträge zu stellen	2,34	0,98	134	2,52	0,95	92	0,158
... mit dem Angebot von Mitarbeitergesprächen zur Karriereentwicklung	2,43	0,88	221	2,64	0,97	210	0,020
... mit der Einbindung in Forschungsprojekte	2,34	1,00	148	2,57	0,98	106	0,071
... mit der Möglichkeit, Kongresse zu besuchen	1,82	0,85	258	2,07	0,86	227	0,002
... mit den Möglichkeiten zur klinischen Fortbildung	2,02	0,80	237	2,27	0,82	216	0,001

Auch die Möglichkeit die eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen eines Mentoring Programms auszubauen, wurde von 28,9% der Radiologen*innen wahrgenommen. 66,3% hatten hingegen keine/keinen Mentor*in. Ein geschlechtsspezifischer Unter-

¹⁴¹ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 4-stufigen Likert Skala von 1: „Sehr zufrieden“ bis 4: „Sehr unzufrieden“ berechnet. Die Kategorie „trifft nicht zu“ wurde bewusst nicht inkludiert.

Ergebnisse

schied konnte dabei nicht belegt werden (Chi-Quadrat-Test, $p=0,806$). Beide Geschlechter nutzen daher zu gleichen Anteilen dieses Instrument der persönlichen Weiterentwicklung (Tab. 85-86).

Tabelle 85: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit einem/einer Mentor*in

Mentor	Anzahl	in %
Nein	346	66,3%
Ja	151	28,9%
Keine Angabe	16	3,1%
Sonstiges	9	1,7%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Tabelle 86: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit einem/einer Mentor*in nach Geschlecht

Mentor	Männlich	Weiblich	Gesamt
Ja	30,5%	29,5%	30,1%
Nein	69,5%	70,5%	69,9%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	262	227	489
p-Wert	p=0,806		

Die überwiegende Mehrheit der Mentoren*innen war dabei männlich (78,1%). Lediglich 17,2% hatten eine Mentorin. In zwei Fällen wurde auch ein Mentorship Verhältnis mit zwei Mentoren*innen vereinbart, wobei ein Verhältnis mit einer Mentorin und eines mit einem Mentor geschlossen wurde (Tab. 87).

Tabelle 87: Geschlecht der Mentoren*innen

Geschlecht des/der Mentors*in	Anzahl	in %
Männlich	118	78,1%
Weiblich	26	17,2%
Divers	5	3,3%
Männlich und weiblich	2	1,3%
Gesamtergebnis	151	100,0%

Tabelle 88: Geschlecht der Mentoren*innen nach Geschlecht der Studienteilnehmer*innen

Geschlecht des/der Mentors*in	Männlicher Studienteilnehmer	Weiblicher Studienteilnehmer	Gesamt
Männlich	92,4%	67,7%	81,6%
Weiblich	7,6%	32,3%	18,4%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	79	62	141
p-Wert	p<0,001		

Ergebnisse

Bei der Differenzierung nach Geschlecht der Studienteilnehmer*innen, zeigt sich ein hoch signifikanter Unterschied bei der Auswahl der Mentoren*innen (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$). Radiologen hatten in 92,4% der Fälle auch einen Mentor, wohingegen 32,3% der Radiologinnen auch eine Mentorin ausgewählt haben. Eine Übereinstimmung der Geschlechter zwischen Mentor*in und Mentee wird somit bei Männern deutlich häufiger realisiert als bei Frauen (Tab. 88).

Aufschlussreich sind auch die individuellen Kommentare. So wurde mehrfach die Qualität bzw. das Engagement der Mentoren*innen kritisiert. Ein Studienteilnehmer äußerte sich folgendermaßen auf die Frage, ob er einen Mentor*in hat/hatte: „fungierte als "Mentor" war aber keiner“. Ein anderer schrieb: „Ja auf Papier, aber fühlt sich nicht zuständig.“ Ein dritter antwortete: „War vom Chef initiiert, nie wieder aufgegriffen“. Diese Kommentare deuten auf Verbesserungspotenziale hin.

Mobbing scheint unter Radiologen*innen ein weit verbreitetes Thema zu sein. So berichten 39,3% der Studienteilnehmer*innen, dass sie in einer beruflichen Situation schon einmal gemobbt bzw. schikaniert wurden (Tab. 89).

Tabelle 89: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit Mobbing-Erfahrung

Mobbing	Anzahl	in %
Nein	300	57,5%
Ja	205	39,3%
Keine Angabe	12	2,3%
Sonstiges	5	1,0%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Radiologinnen sind dabei von Mobbing deutlich häufiger betroffen als männliche Radiologen. So berichten 53,9% der Frauen, dass sie in einer beruflichen Situation schon einmal gemobbt bzw. schikaniert wurden, wohingegen lediglich 29,2% der Männer von solchen Erfahrungen berichten. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis ($p < 0,001$). Grundsätzlich scheint Mobbing somit sehr präsent zu sein, da auch drei von zehn männlichen Radiologen bereits Mobbing erleiden mussten (Tab. 90).

Ergebnisse

Tabelle 90: Anteil der Studienteilnehmer*innen mit Mobbing-Erfahrung nach Geschlecht

Mobbing	Männlich	Weiblich	Gesamt
Ja	29,2%	53,9%	40,6%
Nein	70,8%	46,1%	59,4%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	267	230	497
p-Wert	p<0,001		

Die Art und Weise des Mobbings und der Schikanen ist dabei extrem vielfältig. Durch den offenen Fragentyp konnten die Erfahrungen der Radiologen*innen individuell zugänglich gemacht werden. 174 der 205 Studienteilnehmer*innen, die bereits Mobbing und Schikane am Arbeitsplatz erleben mussten, haben dabei zum Teil sehr ausführlich und detailliert ihre Erfahrungen geschildert. Die Tabelle 91 zeigt eine Kategorisierung der Antworten.

Die häufigste Form des Mobbings, die Radiologen*innen während ihrer beruflichen Tätigkeit erfahren mussten, sind dabei allgemeine negative Äußerungen sowie persönliche Anfeindungen und Beleidigungen. 16,1% der Radiologen*innen, die Mobbing erlebt haben, berichten von dieser Form. Die Kommentare können dabei so interpretiert werden, dass sich dieses Verhalten i.d.R. zu wiederholen scheint. So kommentierte ein Studienteilnehmer, dass „Mobbing als Führungsinstrument“ durch die Geschäftsführung explizit eingesetzt wurde. Ein weiterer Studienteilnehmer schrieb: „Das war ein Problem begründet in der Persönlichkeitsstruktur des Vorgesetzten. Da waren alle „mal dran“.“ Ein dritter Studienteilnehmer bescheinigte seinem Vorgesetzten sogar eine narzisstische Persönlichkeit. Dies führte zu einer systematischen und „...häufig lautstarken Herabwürdigung aller Untergebenen, dem ruppigen Einfordern von Überstunden bis hin zur Androhung von körperlicher Gewalt“.

Ergebnisse

Tabelle 91: Art und Weise der Mobbing-Erfahrungen

Art und Weise	Anzahl	in % aller Radiologen (n=522)	in % mit Mobbing Erfahrung (n=205)
Allg. negative Äußerungen / persönliche Anfeindungen & Beleidigungen / üble Nachrede	33	6,3%	16,1%
Behinderung & Verzögerung der Aus- & Weiterbildung / Einschränkung der Rotationstellen	27	5,2%	13,2%
Unsachliche Kritik der Arbeitsleistung / Infrage stellen der Kompetenz / Bloßstellen / nicht ernst genommen werden	27	5,2%	13,2%
Mobbing allg. (nicht genauer spezifiziert) / Diskriminierung allg. / sonstiges	23	4,4%	11,2%
Beförderung wird verzögert bzw. erfolgt nicht / Karriereentwicklung wird behindert	18	3,4%	8,8%
Probleme mit der Arbeitszeit- / Urlaubsplanung / Dienstplan als Sanktions- und Belohnungsinstrument	18	3,4%	8,8%
Zuteilung eines überhöhten Arbeitspensum / Kritik an dem Arbeitstempo	16	3,1%	7,8%
Mobbing aufgrund des Geschlechts	14	2,7%	6,8%
Behinderung der wiss. Arbeit und der Forschungstätigkeit	13	2,5%	6,3%
Mobbing aufgrund eines Migrationshintergrundes / Sprache	11	2,1%	5,4%
Benachteiligung aufgrund von Kindern und Schwangerschaft	10	1,9%	4,9%
Benachteiligung aufgrund von Teilzeit	8	1,5%	3,9%
Keine Integration ins Kollegium / Team	7	1,3%	3,4%
Drohung den Vertrag nicht zu verlängern bzw. zu kündigen	7	1,3%	3,4%
Probleme im Zusammenhang mit Elternzeit / Mutterschutz / Wiedereinstieg	6	1,1%	2,9%
Kontakt wird vermieden / Missachtung	5	1,0%	2,4%
Zusagen / Absprachen wurden nicht eingehalten	5	1,0%	2,4%
Keine Unterstützung / Rückendeckung durch den Vorgesetzten	4	0,8%	2,0%
Mobbing aufgrund einer Behinderung	4	0,8%	2,0%
Kollegen werden allg. oder aufgrund von "Vitamin B" bevorzugt	4	0,8%	2,0%
Negative Kommentare in Bezug auf Familie / Familiengründung / Kinderplanung	4	0,8%	2,0%
Unter Druck setzen	4	0,8%	2,0%
Zuteilung unbeliebter / ungewünschter Aufgaben	3	0,6%	1,5%
Ungerechtfertigte Kündigung / zur Kündigung gedrängt / keine Vertragsverlängerung	3	0,6%	1,5%
Keine Unterstützung durch Kollegen	3	0,6%	1,5%
Entzug von Aufgaben / Beschneidung der Tätigkeiten	3	0,6%	1,5%
Ungerechtfertigte Abmahnungen	2	0,4%	1,0%
Finanzielle Sanktionen / Bezahlung	2	0,4%	1,0%
Unterstellung einer Vergewaltigung oder der sexuellen Belästigung	2	0,4%	1,0%
Fehler werden auf andere abgeschoben	2	0,4%	1,0%
Anzügliche Bemerkungen	1	0,2%	0,5%
Ungewollte Berührungen	1	0,2%	0,5%
Arbeitsspint wurde aufgebrochen und persönliche Sachen durchsucht	1	0,2%	0,5%
Veränderung von Befunden	1	0,2%	0,5%
Beschuldigung der Urkundenfälschung	1	0,2%	0,5%
Bewusste Missachtung von Arbeitsanweisungen	1	0,2%	0,5%
Androhung körperlicher Gewalt	1	0,2%	0,5%

Ergebnisse

Die Behinderung und Verzögerung der Aus- und Weiterbildung bzw. die Einschränkung der Rotationstellen und -möglichkeiten wurde von 13,2% der Mobbing-Opfer genannt. In gleicher Häufigkeit wurde ebenso die unsachliche Kritik der Arbeitsleistung bzw. die Infragestellung der Kompetenz angegeben. Beispielhaft sei die Aussage von einem Oberarzt gegenüber einer Radiologin genannt, der in persönlich beleidigender Art die Frage stellte: „Haben Sie eigentlich Medizin studiert?“. Aber nicht nur von Vorgesetzten wird die Kompetenz der Radiologen*innen in Frage gestellt. Auch von Seiten der Patienten*innen sehen sich die Studienteilnehmer*innen mit diskreditierenden Äußerungen konfrontiert. Eine laut eigener Aussage eher ruhige Radiologin werde von älteren Patienten häufig nicht ernst genommen und gefragt: „...wann denn der Arzt komme“. Ein weiterer Kommentar einer Radiologin lautete: „...man sei ja nur Assistenzarzt und sei nicht mal "Doktor", man habe also keine Ahnung“.

In 8,8% der Fälle wurde kritisiert, dass die eigene Karriereentwicklung behindert wurde und dass zugesagte Beförderungen verzögert bzw. ausgesetzt wurden. Ebenfalls mit 8,8% wurden Probleme mit der Arbeitszeit- bzw. Urlaubsplanung genannt. Eine Radiologin wählte die Formulierung, dass der Dienstplan bewusst als „Sanktions- und Belohnungsinstrument“ genutzt wurde. Auch die Zuteilung eines überhöhten Arbeitspensums bzw. die Kritik an dem Arbeitstempo wurde von 7,8% der Radiologen*innen mit Mobbing-Erfahrung überdurchschnittlich häufig genannt.

Mobbing aufgrund des Geschlechts lag in 6,8% der Fälle vor. Die Kommentare reichten von frauenfeindlichen Witzen und anzüglichen Bemerkungen, über die Ausgrenzung aus dem Kollegium bis hin zu der Benachteiligung bei Beförderungen. Es gab aber auch den Fall, dass sich ein männlicher Kollege benachteiligt fühlte. So schrieb ein Radiologe, dass Kolleginnen für Stipendien allein aufgrund der gewünschten Frauenförderung bevorzugt wurden.

Die Behinderung der wissenschaftlichen Arbeit und der Forschungstätigkeit wurde von 6,3% Radiologen*innen mit Mobbing-Erfahrung genannt. So berichtet ein Radiologe, dass neue Mitarbeiter*innen von einem Radiologen bewusst aus Forschungsprojekten ausgeschlossen wurden, mit dem Hinweis, besser keine Forschungsprojekte mit ihm zu machen. In einem weiteren Fall führte die Behinderung der Forschungstätigkeit bei einer Radiologin sogar zu der Aufgabe der wissenschaftlichen Tätigkeit nach der Habilitation.

Ergebnisse

Eine Benachteiligung aufgrund von Kindern und Schwangerschaft findet sich bei 4,9% der Kommentare. Eng damit verbunden sind Äußerungen hinsichtlich der Reduzierung des Arbeitsumfangs. 3,9% der Radiologen*innen mit Mobbing-Erfahrung verdeutlichen, dass ein Arbeiten in Teilzeit immer wieder zu Problemen führt. So gab eine Studienteilnehmerin die Aussage ihres Vorgesetzten wieder: "Nein, wir wollen keine Teilzeitmutter, die feiert dann mal krank und haben gleich ne ganze Woche Urlaub!" Ein zweiter Kommentar lautete: „Da Teilzeit, ist man nicht vollwertig akzeptiert, erledigt aber die Arbeit einer Vollzeitstelle und muss immer sehr flexibel sein.“ Eine weitere Ärztin schilderte ihre Erfahrungen folgendermaßen: „In zwei unterschiedlichen Arbeitsstellen wurde wegen Schwangerschaft mein Vertrag nicht verlängert (1. Mal privater Träger, 2. Mal Uniklinik). Beide Male führte der Wechsel im Nachhinein betrachtet zu einem Karriere-sprung.“ Zumindest konnte diese Radiologin die Vorteile ihrer Mobbing-Erfahrungen sehen.

Teilweise schilderten die Studienteilnehmer*innen auch sehr extreme Fälle. So wurde einem Radiologen gedroht, ihm sexuelle Belästigung zu unterstellen, wenn er nicht im Sinne seines Vorgesetzten handeln würde. Ein anderer berichtete über einen ähnlichen Vorfall mit der Unterstellung einer Vergewaltigung.

Diese Erfahrungen führen ggf. auch zu sehr persönlichen Schicksalen. Ein Radiologe schilderte, dass er durch einen Chefarzt-Kollegen systematisch gemobbt wurde. Das Leiden führte schließlich „...bis zur psychischen Erkrankung, langer Krankschreibung, Auflösungsvertrag und Wechsel der Arbeitsstelle, der Position und des Arbeits-/Wohnortes“. Eine Radiologin schreibt: „Die vielen Gesichter des Mobblings von meinem damaligen Chef habe ich alle gesehen. Ich war 6 Monate wegen Burnout krankgeschrieben, habe dann versucht bei dem alten Arbeitgeber wieder anzufangen. Es hatte sich aber trotz Gesprächen mit dem Klinikleiter, der Verwaltung und dem kirchlichen Träger nichts geändert. Daraufhin habe ich mir einen neuen Arbeitgeber gesucht.“

Abschließend sei eine Extremposition von einem Radiologen erwähnt, der das Thema Mobbing sehr rational kommentierte: „Karriere ohne Neid gibt es nicht. Wer erfolgreich ist, ist ständigen Intrigen, Grabenkämpfen ausgesetzt und wird mit viel Unwahrheit konfrontiert.“

Ergebnisse

Eine vollständige Liste aller Kommentare zu dem Themenkomplex Mobbing und Schikane am Arbeitsplatz ist dem Anhang zu entnehmen. Diese vermittelt das umfangreiche und ungefilterte Spektrum der individuellen Erlebnisse in den Kliniken und dem Fachbereich Radiologie in Deutschland.

Wenn Radiologen*innen Opfer von Mobbing und Schikanen am Arbeitsplatz werden, erfolgt dies i.d.R. durch Vorgesetzte oder Kollegen. 67,3% der Radiologen*innen mit Mobbing-Erfahrung wurde durch den Vorgesetzten gemobbt bzw. schikaniert. Kollegen*innen sind in 46,3% der Fälle die Mobbenden. In Relation zu der Gesamtzahl der Stichprobe (n=522) bedeutet dies, dass mehr als ein Viertel aller Radiologen*innen (26,4%) bereits durch den Vorgesetzten gemobbt bzw. schikaniert wurde bzw. knapp ein Fünftel (18,2%) Mobbing und Schikane durch Kolleginnen oder Kollegen erleiden mussten.

Auch die ausübende Personengruppe des Mobbings unterscheidet sich deutlich nach Geschlecht. Sowohl Vorgesetzte, Kollegen*innen als auch Patienten*innen verüben Mobbing stärker an Frauen als an Männern. Alle drei geschlechtsspezifischen Effekte sind dabei signifikant (Tab. 92).

Tabelle 92: Ausübende Personengruppe des Mobbings

Mobbender (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl	in % aller Radiologen n=522	in % der Radiologen mit Mobbing Erfahrung n=205	Männlich in % aller Männer n=275	Weiblich in % aller Frauen n=239	p-Wert m vs. w
Vorgesetzte	138	26,4%	67,3%	18,2%	36,0%	0,000
Kollegen/innen	95	18,2%	46,3%	11,3%	26,4%	0,000
Patienten/innen	10	1,9%	4,9%	0,7%	3,3%	0,032
Keine Angabe	11	2,1%	5,4%	-	-	-
Sonstiges	14	2,7%	6,8%	-	-	-

Neben Mobbing ist auch die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz ein Problem, mit dem sich 12,1% der Radiologen*innen bereits konfrontiert sahen. 85,8% berichten von keiner Erfahrung mit sexueller Belästigung im beruflichen Kontext (Tab. 93).

Ergebnisse

Tabelle 93: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits sexuell belästigt wurden

Sexuelle Belästigung	Anzahl	in %
Nein	448	85,8%
Ja	63	12,1%
Keine Angabe	9	1,7%
Sonstiges	2	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz ist dabei ein Problem, das so gut wie ausschließlich Frauen betrifft. 26,1% der Radiologinnen berichteten davon, schon einmal Opfer sexueller Belästigung im beruflichen Kontext geworden zu sein. Die Quote der Männer beträgt lediglich 0,7%. Ein hoch signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test, $p < 0,001$) (Tab. 94).

Tabelle 94: Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits sexuell belästigt wurden nach Geschlecht

Sexuelle Belästigung	Männlich	Weiblich	Gesamt
Ja	0,7%	26,1%	12,3%
Nein	99,3%	73,9%	87,7%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	273	230	503
p-Wert	$p < 0,001$		

Bei der Analyse der Art und Weise der sexuellen Belästigung ergeben sich hinsichtlich der Häufigkeit der Vorfälle im Wesentlichen drei Cluster. Wenn Radiologen*innen Opfer sexueller Belästigung werden, so äußert sich dies in einem ersten Häufigkeitscluster zu 65,1% in direkt auf die Person bezogenen Äußerungen, anzüglichen Sprüchen oder sexuellen Anspielungen, zu 63,5% in nicht direkt auf die Person bezogenen abwertenden oder obszönen Sprüchen und zu 61,9% in unerwünschtem Körperkontakt. Das zweite Cluster betrifft unerwünschte Geschichten (23,8%), unerwünschte Briefe/E-Mails oder unerwünschte Einladungen (jeweils 20,6%), obszöne Gesten (19,0%) sowie nachpfeifen oder anstarren und unerwünschtes Begrabschen (jeweils 17,5%). Deutlich untergeordnet sind das Versenden von pornographischem Material, sexuelle Erpressung oder sexuelle Übergriffe (Cluster 3) (Tab. 95).

Ergebnisse

Tabelle 95: Art und Weise der sexuellen Belästigung

Art und Weise (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl	in % aller Radio- logen n=522	in % der sex. Beläs- tigten n=63	Männ- lich in % aller Männer n=275	Weib- lich in % aller Frauen n=239	p-Wert m vs. w
Auf Sie persönlich, Ihr Aussehen oder Ihre Kleidung anzügliche Sprüche oder sexuelle Anspielungen bzw. abwertende oder obszöne Sprüche	41	7,9%	65,1%	0,4%	16,7%	0,000
Allgemeine abwertende oder obszöne Sprüche / Witze (nicht auf Sie persönlich bezogen)	40	7,7%	63,5%	0,0%	16,3%	0,000
Unerwünschter Körperkontakt / scheinbar zufällige Berührungen	39	7,5%	61,9%	0,4%	15,9%	0,000
Unerwünschte Geschichten mit sexuellem Inhalt	15	2,9%	23,8%	0,0%	5,9%	0,000
Unerwünschte Briefe, E-Mails, Telefonate etc. mit abwertenden oder obszönen Witzen, Sprüchen, Bildern	13	2,5%	20,6%	0,0%	5,4%	0,000
Unerwünschte Einladungen mit sexueller Absicht	13	2,5%	20,6%	0,0%	5,0%	0,000
Obszöne Gesten / Zeichen	12	2,3%	19,0%	0,0%	4,6%	0,000
Nachpfeifen / anstarren	11	2,1%	17,5%	0,4%	4,6%	0,002
Unerwünschtes Begrabschen / Küssen	11	2,1%	17,5%	0,0%	4,6%	0,000
Pornographisches Material	2	0,4%	3,2%	0,0%	0,8%	0,129
Sexuelle Erpressung / Versprechen von Vorteilen für sexuelles Entgegenkommen bzw. Androhung von Nachteilen für den Fall, dass kein sexuelles Entgegenkommen gezeigt wird	1	0,2%	1,6%	0,0%	0,4%	0,283
Sexueller Übergriff / Vergewaltigung	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-
Sonstiges	2	0,4%	3,2%	-	-	-

Korrespondierend zu dem Anteil der Studienteilnehmer*innen, die bereits sexuell belästigt wurden, unterscheidet sich auch die Art und Weise der sexuellen Belästigung zwischen Männern und Frauen. Neun der zwölf evaluierten Kriterien zeigen signifikante geschlechtsspezifische Effekte. Bei den Männern handelt es sich lediglich um Einzelfälle. Frauen hingegen berichten von einem breiten Spektrum an sexueller Belästigung.

Die ausübenden Personengruppen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz sind zu etwa gleichem Anteil Vorgesetzte sowie Kollegen. Wenn Radiologen*innen sexuelle Belästigung erfahren, erfolgt dies zu 52,4% durch ihre Vorgesetzte. In 49,2% der Fälle sind Kollegen*innen dafür verantwortlich. Auffällig ist der hohe Anteil der Patienten*innen, die sexuelle Belästigung ausüben. Während der Anteil der Radiologen*innen, die Mobbing durch Patienten*innen erfahren haben, bei 4,9% lag, betrug der Anteil der Radiologen*innen, die sexuelle Belästigung durch Patienten*innen erlebt haben, bei 30,2%.

Ergebnisse

Analog zu der vorherigen Differenzierung nach Geschlecht gibt es auch einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der ausübenden Personengruppe der sexuellen Belästigung. Frauen sind durch alle drei Personengruppen (Vorgesetzte*innen, Kollegen*innen, Pateinten*innen) häufiger einer sexuellen Belästigung ausgesetzt als Männer (jeweils $p < 0,001$). Männliche Radiologen wurden lediglich von Patient*innen sexuell belästigt (Tab. 96).

Tabelle 96: Ausübende Personengruppe der sexuellen Belästigung

Wer... (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl	in % aller Radiolo- gen (n=522)	in % der sex. Be- lästigten (n=63)	Männlich in % aller Männer n=275	Weiblich in % aller Frauen n=239	p-Wert m vs. w
Vorgesetzte	33	6,3%	52,4%	0,0%	13,4%	0,000
Kollegen/innen	31	5,9%	49,2%	0,0%	13,0%	0,000
Patienten/innen	19	3,6%	30,2%	0,7%	7,1%	0,000
Sonstiges	4	0,8%	6,3%	-	-	-
Keine Angabe	3	0,6%	4,8%	-	-	-

Der Glaube, dass die eigene Geschlechtszugehörigkeit einen Einfluss auf den bisherigen beruflichen Werdegang ausgeübt hat, ist unter Radiologen*innen sehr stark verbreitet. Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer*innen (48,1%) stimmte dem zu (Tab. 97).

Tabelle 97: Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang

Einfluss des Geschlechts	Anzahl	in %
Nein	255	48,9%
Ja	251	48,1%
Keine Angabe	16	3,1%
Gesamtergebnis	522	100,0%

Differenziert nach Geschlecht, wird von knapp zwei Dritteln der Radiologinnen geglaubt, dass die eigene Geschlechtszugehörigkeit einen Einfluss auf den bisherigen beruflichen Werdegang ausgeübt hat. Bei den männlichen Radiologen ist dieses Verhältnis umgekehrt. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt einen hoch signifikanten Effekt des Geschlechts ($p < 0,001$) (Tab. 98).

Ergebnisse

Tabelle 98: Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang

Einfluss des Geschlechts	Männlich	Weiblich	Gesamt
Ja	37,1%	64,2%	49,7%
Nein	62,9%	35,8%	50,3%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%
N	267	232	499
p-Wert	p<0,001		

Die Art und Weise, wie die Geschlechtszugehörigkeit Einfluss auf den beruflichen Werdegang genommen hat, wurde ebenfalls mittels einer offenen Frage erfasst, um die individuelle Situation der Radiologen*innen abbilden zu können. Eine Kategorisierung der Antworten ist in Tabelle 99 dargestellt. Eine ausführliche Liste aller Kommentare ist dem Anhang zu entnehmen.

Tabelle 99: Art und Weise des Einflusses der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang

Art und Weise	Anzahl	in % aller Radiologen (n=522)	in % der Ja-Antworten (n=251)
Männer werden bei Stellenbesetzungen / Beförderungen insb. Leitungsfunktionen bevorzugt	49	9,4%	19,5%
Männer haben Vorteile (allgemein) / Frauen werden benachteiligt (allgemein)	42	8,0%	16,7%
Männer wollen unter sich bleiben / rein männliche Gruppen & Netzwerke	23	4,4%	9,2%
Nachteile für Frauen aufgrund von Teilzeit / "Teilzeitmutter"	22	4,2%	8,8%
Nachteile für Frauen aufgrund von Elternzeit / Kinderbetreuung / Unterbrechungen / Fehlzeiten	22	4,2%	8,8%
Männer werden allgemein mehr gefördert	17	3,3%	6,8%
Männer werden bei der Rotationseinteilung / Weiterbildung bevorzugt	17	3,3%	6,8%
Interventionelle Radiologie - leichter Zugang für Männer	16	3,1%	6,4%
"Gefahr" einer Schwangerschaft - Sorge um Ausfall der Frau / bessere Planbarkeit bei Männern	14	2,7%	5,6%
Frauen werden weniger ernst genommen / akzeptiert / weniger Fachkompetenz unterstellt / erhalten weniger Anerkennung	12	2,3%	4,8%
Männern wird mehr zugetraut / seien leistungsfähiger / belastbarer	10	1,9%	4,0%
Verzögerung der Aus- und Weiterbildung für Frauen	10	1,9%	4,0%
Frauen haben mehr Probleme bzgl. der Vereinbarung von Familie und Beruf	8	1,5%	3,2%
Frauen werden nicht in Forschung eingebunden / Behinderung der Forschung	7	1,3%	2,8%
Männliche Stereotype (Dominant, Durchsetzungsfähig etc.) bieten Vorteile / Rollenbilder / Erziehung ("Als Frau ist man still und zurückhaltend")	7	1,3%	2,8%
Gesellschaftliche Erwartungen / Klassische Rollenverteilung - dadurch Vorteile für Männer	7	1,3%	2,8%
Gefahr kurzfristiger Ausfälle aufgrund kranker Kinder / Arbeitszeitplanung / "Betreuung kranker Kinder erfolgt durch die Frau"	6	1,1%	2,4%

Ergebnisse

Frauen haben Vorteile (allgemein) / Männer werden benachteiligt (allgemein)	6	1,1%	2,4%
Frauen erhalten keine Vertragsverlängerung / nur befristete Verträge	4	0,8%	1,6%
Überlegungen: Lohnt sich die Ausbildung / Förderung einer Frau überhaupt?	4	0,8%	1,6%
Förderung von Frauen führt zur Benachteiligung von Männern ("Quotenfrau")	4	0,8%	1,6%
Nachteile für Frauen aufgrund von Mutterschutz	3	0,6%	1,2%
"Als Mama abgestempelt" / "Mit Schwangerschaft sei Karriere vorbei"	3	0,6%	1,2%
Finanzielle Benachteiligung von Frauen	3	0,6%	1,2%
Geringere Flexibilität bzgl. Arbeitszeiten von Frauen	3	0,6%	1,2%
Vorurteile / Annahmen: Frauen seien nicht an bestimmten Bereichen interessiert (z.B. Forschung, operative Tätigkeit)	3	0,6%	1,2%
Frauen werden für spezifische Tätigkeiten eingeteilt	2	0,4%	0,8%
Abwertungen ggü. Kinder / Bezeichnung als "Mutti"	2	0,4%	0,8%
Chirurgie sei noch weniger familienfreundlich als Radiologie / Wechsel in Radiologie	2	0,4%	0,8%
"Facetime" / Geringere Präsenzzeiten für Frauen / Erwartungshaltung anwesend zu sein	2	0,4%	0,8%
Erwartungshaltung an die Männer - Teilzeit führt zu Imageverlust	2	0,4%	0,8%
Frauen müssten sich zwischen klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit entscheiden	1	0,2%	0,4%
Abwertungen aufgrund von Emotionalität des weiblichen Geschlechts	1	0,2%	0,4%
Integration in ein neues Land ist für Männer leichter	1	0,2%	0,4%
Urlaube von Frauen werden nicht genehmigt	1	0,2%	0,4%
Frauen erhalten schlechtere Noten / Bewertungen	1	0,2%	0,4%
Benachteiligung von Ärztinnen durch Kollegen aus anderen Kulturkreisen, in denen Frauen nicht gleichberechtigt sind.	1	0,2%	0,4%

Am häufigsten wurde in diesem Zusammenhang die Aussage getätigt, dass Männer bei Stellenbesetzungen bzw. Beförderungen und insb. für Leitungsfunktionen bevorzugt werden. Dies wurde von 19,5% der Studienteilnehmer*innen genannt, die einen Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang bejaht haben. So schreibt eine Radiologin: „Ich habe bei zwei Bewerberrunden auf eine W3-Professur "unter der Hand" gesagt bekommen, man hätte doch lieber einen Mann und ich möge das nicht übel nehmen“. Eine weitere Radiologin kommentierte: „[...] eine Absage auf eine Bewerbung kam mit der Aussage: „wir haben grade schon drei im Mutterschutz““. Ein Radiologe schildert seine Erfahrungen folgendermaßen: „Zu meiner [...] Zeit haben Frauen eigentlich keine Karriere gemacht, das waren Einzelfälle. Dagegen war man als Mann mit Interesse an Forschung sofort auf der Überholspur“. Eine weitere Radiologin kommentierte: „Als Frau deutlich geringere Aufstiegschancen als gleich qualifizierte männliche Kollegen, deshalb Wechsel in den niedergelassen Bereich. Innerhalb von 3

Ergebnisse

Jahren sind in unserer Abteilung aus diesem Grund 5 gut ausgebildete Fachärztinnen in eine Praxis gewechselt“. Ein Studienteilnehmer schreibt: „...Männer sind bei Leitungspositionen bevorzugt, trotz aller "Gegenmaßnahmen". Dies hat sich bei einer weiteren Radiologin ebenfalls gezeigt, die knapp kommentierte: „... kein Weiterkommen bis weibliche Chefin!“

Es gibt jedoch auch die Gegenposition, dass eine Bevorzugung bei Stellenbesetzungen objektiv und gerecht erfolgt und nicht primär auf das Geschlecht an sich zurückzuführen sei, sondern sich an Leistung orientiere. So schreibt ein Radiologe: „Auch wegen Fehlzeiten durch Elternzeit / Erziehungsurlaub habe ich Kollegen/innen auf der Karriereleiter übersprungen. Zurecht, wie ich finde, denn ich war verlässlich und kontinuierlich verfügbar.“

Insgesamt scheint die Mehrheit der Radiologen*innen jedoch den Eindruck zu haben, dass Männer bei der Stellenbesetzung einen Vorteil genießen.

Am zweithäufigsten wurde genannt, dass Männer allgemein Vorteile haben bzw. Frauen benachteiligt werden, ohne dies differenziert auszuführen. 16,7% der Studienteilnehmer*innen, die einen Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang bejaht haben, äußerten sich in dieser Art und Weise.

Die Kategorie mit den dritthäufigsten Nennungen (9,2%) betrifft die Erfahrung, dass Männer gerne unter sich bleiben wollen bzw. rein männliche Gruppen & Netzwerke bevorzugen. So kommentierte eine Radiologin auf die Frage, inwiefern sie vermutet, dass ihre Geschlechtszugehörigkeit einen Einfluss auf Ihren bisherigen beruflichen Werdegang hatte: „Ausladen von mehreren Abendessen bei den Kongressen, da nur Männer anwesend“. Eine weitere Radiologin schrieb: „In dem Augenblick in dem echte Expertise und Erfahrung klar zu Tage tritt, fühlen sich männliche Vorgesetzte (habe ich jetzt schon mit 3 Chefs erlebt) von Frauen bedroht. Dann wird der gesamte Arbeitsinhalt kleingeredet und weitere Aufstiegschancen in der Abteilung blockiert“.

8,8% der Nennungen betrifft Aspekte der Benachteiligung von Frauen aufgrund von Teilzeit und dass Frauen als "Teilzeitmutter" abgestempelt werden. Eine Radiologin formuliert dies sehr prägnant: „Teilzeit = keine Oberarztstelle“. Andere Kommentare gehen in eine vergleichbare Richtung: „Teilzeitarbeit gab es für leitende Ärzte nicht“ oder „Für 100% Karriere muss man 100% geben. Teilzeit ist da nicht möglich“. Ein weiterer

Ergebnisse

Kommentar einer Radiologin zeugt von den hohen Anforderungen an Teilzeitkräfte: „...man arbeitet Teilzeit [...] muss aber das Vollzeitpensum in der Zeit schaffen. Aussagen wie: Sind Ihnen Ihre Kinder also wichtiger als Ihre Karriere, da können Sie gleich kündigen“.

Ebenfalls mit 8,8% wurden Aspekte genannt, die sich auf Nachteile für Frauen aufgrund von Elternzeit, Kinderbetreuung, längere Arbeitszeitunterbrechungen und Fehlzeiten beziehen. Ein Radiologe schrieb: „...Ich kenne einige fachlich sehr gute Kolleginnen, die nach Mutterschutz und Elternzeit keinen Einstieg mehr ins Berufsleben gefunden haben bzw. nicht mehr finden wollten“. Eine Radiologin schildert ihre Perspektive in diesem Zusammenhang folgendermaßen: „Man ist nach der Rückkehr aus der Elternzeit weniger sichtbar für seine Vorgesetzten, die haben meine Bedürfnisse (interventionelle Ausbildung nach den (inzwischen 2) längeren Pausen immer schlichtweg vergessen gehabt. Das ist bei den Männern, deren Pausen meist sehr kurz sind, kein Problem - die müssen sich nicht erst wieder in ihre Ausbildung „reindrängeln““.

Weit verbreitet ist mit 6,8% der Nennungen auch die Auffassung, dass Männer im Allgemeinen mehr gefördert werden. Eine Radiologin kommentierte: „Z.B. gab es deutliche Differenzen zwischen der Weiterbildung von Ärzten und Ärztinnen. Männliche Vorgesetzte haben mehr Zeit auf männliche Arbeitskollegen aufgewandt und diese auch mehr gefördert“. Auch männliche Radiologen schildern diesen Eindruck: „Ich bin mir nicht sicher, ob ich als Frau ggf. ebenso gefördert worden wäre“.

Eine Konkretisierung dieser allgemein genannten Förderung von männlichen Radiologen zeigt sich in der Bevorzugung in der Weiterbildung und bei der Rotationseinteilung. Weitere 6,8% der Nennungen können diesem Bereich zugeordnet werden. So schrieb eine Radiologin: „Wäre ich ein pragmatischer Mann, der mit meinem Vorgesetzten gut kann, wären meine Rotationen für den Facharzt früher erfolgt #vitaminb“.

Gerade was den Bereich interventionelle Radiologie betrifft, scheint ein leichter Zugang für Männer zu bestehen. 6,4% der Kommentare betreffen diesen Aspekt. Eine Aussage lautete: „Insbesondere in der interventionellen Radiologie/Neuroradiologie werden Männer bevorzugt ausgebildet, das ist ein Männerclub“. Bei einer weiteren Radiologin führte dies sogar zu einem Stellenwechsel: „Sehr geringer Frauenanteil in Ärzteschaft, Frauen ohne Möglichkeit, interventionell ausgebildet zu werden; vor diesem

Ergebnisse

Hintergrund Wechsel an forschungstechnisch schlechtere Abteilung, damit wenigstens klinische Ausbildung stimmt“.

Allein die "Gefahr" einer Schwangerschaft und die Sorge um einen Ausfall bzw. eine potenziell schlechtere Planbarkeit betrifft 5,6% der Nennungen. So wurde von einer Radiologin eine Zusicherung gefordert, „in den nächsten Jahren nicht schwanger zu werden“.

Weitere relativ häufige Kommentare sind, dass Frauen weniger ernst genommen werden bzw. ihnen weniger Fachkompetenz unterstellt wird (4,8%), dass Männern mehr zugetraut wird und diese leistungsfähiger und belastbarer seien (4,0%) oder dass sich die Aus- und Weiterbildung für Frauen verzögere (4,0%).

Dass Frauen weniger in die Forschung eingebunden werden bzw. bei der Forschung behindert werden, wurde von 2,8%, der Radiologen*innen genannt, die einen Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang bejaht haben. Eine Radiologin schrieb: „Forschungsinteressierte Frauen werden in unserer Abteilung wenig unterstützt... O-Ton Oberarzt: perspektivisch keine Habilitation möglich aufgrund Schwerpunktverlagerung Privat“.

2,8% der Kommentare betreffen Vorteile für Männer aufgrund von Stereotypen, wie Dominanz und Durchsetzungsfähig bzw. Benachteiligungen von Frauen aufgrund typischer angenommener weiblicher Verhaltensweisen. Ein Radiologe äußerte sich dazu folgendermaßen: „Ich bin männlichen Geschlechts und körperlich groß und habe damit im klinischen Haifischbecken einen Vorteil der ungeachtet meiner beruflichen Qualifikation ist. Diesen Vorteil hat meine kleine blonde Kollegin mit der Fiepsstimme nicht, obwohl sie fachlich keinen Deut schlechter ist als ich“. Eine Radiologin schrieb: „Bestimmte männliche Qualitäten z.B. im Auftreten werden doch eher positiv gewertet. Eher unsichere strebsame Frauen werden eher als minderwertig wahrgenommen“. Zwei weitere Kommentare lauteten: „Zudem ist man als Frau auch benachteiligt, da man eher so erzogen wurde, dass man still und zurückhaltend sein soll. Wenn man laut und fordernd ist, gilt man schnell als zickig“ bzw. „Wenn man seine Meinung vertritt, ist man als Frau sofort zickig. Ein Totschlagargument“.

Auch gesellschaftliche Erwartungen bzw. Erwartungshaltungen hinsichtlich einer „klassischen Rollenverteilung“ begründen Vorteile für Männer (2,8%). Ein Radiologe kommentierte diesen Aspekt folgendermaßen: „gesellschaftlich [sei es] als Mann leichter,

Ergebnisse

den Fokus auf den Beruf zu richten“. Eine Radiologin schrieb: „Als Frau mit maximal engagiertem Ehemann (Arzt in Niederlassung) haben wir die Rollen (klassisch) so verteilt: ich Teilzeitärztin mit voller Familienverantwortung, er Vollzeitarzt mit begrenzter Familienverantwortung, zumindest hinsichtlich des Zeitaufwands. Das war für uns die optimale Lösung - bin zufrieden und würde es wieder so machen“.

Es wird jedoch auch erkannt, dass es durchaus Vorteile für Frauen geben kann, wie 2,4% der Studienteilnehmer*innen, die einen Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den beruflichen Werdegang bejaht haben, bestätigen: “I feel like sometimes it is easier to get through certain situation as a pretty girl, especially if the main supervisors are male. Nothing sexual”.

Die weiteren Kommentare wurden nur von einer sehr geringen Anzahl der Studienteilnehmer*innen genannt, spiegeln jedoch einige interessante Aspekte und Ansichten wider. So wurde die Vertragsverlängerung einer Radiologin mit der Begründung abgelehnt: "Ihre Schwangerschaftsvertretung ist nun mal billiger!".

Gerade die Förderprogramme bzw. Quotenregelungen für Frauen werden teilweise kritisch reflektiert. Eine Radiologin hat daraus gezielt Vorteile gezogen, ist sich dessen aber auch durchaus bewusst: „...Frauenförderung hat mir Vorteile gebracht (Stipendium, Freistellung, spezielle Fortbildungen, Berücksichtigung bei Bewerbungen als „Quotenfrau“. Bei Männern führen die Konsequenzen aus diesen Programmen zum Teil zu Unverständnis. Zwei Kommentare lauteten: „Im Rahmen der bestehenden Strukturen war es sicherlich nicht nachteilig männlichen Geschlechts zu sein. Obgleich zum Ende der Habilitation der Ausgleich zur Förderung weiblicher Kolleginnen die gesamte Situation dann schon umgekehrt hatte, so dass das männliche Geschlecht nachteilig war (finanzielle Anreize für die Abteilung Frauen zu habilitieren“ sowie „um den Betriebsrat hinsichtlich der Frauenquote zu befriedigen wurde eine Kollegin bei der Stellenbesetzung bevorzugt obwohl sie minderqualifiziert war“. Entsprechend resultiert das Gefühl, dass Männer in der heutigen Zeit teilweise schon bewusst benachteiligt werden.

Die Thematik einer geschlechtsbezogenen Diskriminierung scheint aber durchaus komplexer. So berichten auch zahlreiche männlichen Radiologen von Problemen. Die Vorteile, die den Männern allgemeinen zugesprochen werden, wie beispielweise der Vorteil, der aus der hierarchischen Struktur sowie den männerzentrierten Gruppen erwach-

Ergebnisse

sen kann und den viele Männer für sich zu nutzen wissen, kann sich auch ins Gegenteil verkehren. So schildert ein Radiologe: „In den Neunzigern bei einem extrem konservativen Chef/ Ordinarius hatten es groß gewachsene Männer leichter bzw. wurden stärker gefördert als Kleine oder Frauen. Man musste allerdings auch Freizeit und Familie hinten anstellen, voller Einsatz oder gehen. Einige konnten oder wollten dies nicht“. Ein weiterer Radiologe schrieb: „Sobald man als Mann versucht, auch familiäre Dinge in die Lebens-/ Arbeitszeitplanung zu integrieren, stößt man schnell an Grenzen“. Auch das Thema Teilzeit ist für Männer negativ behaftet. Der Kommentar eines Radiologen lautete: „Als Mann Imageverlust auf Grund bei Teilzeit zur Erziehung sowohl innerhalb als auch außerhalb der eigenen Abteilung (Exotenstatus)“. Die Konsequenzen seien: „[...] Aufstiegsbehinderung: Verwehrung Sektionsleitung bzw. Personalführung“. Zwei weitere Kommentare verdeutlichen ebenfalls die Herausforderungen, wenn Männer Verantwortung für die Kinderbetreuung übernehmen: „...die Familienplanung wird häufig (natürlich nicht immer) bei Frauen immer noch als Hinderungsgrund für langfristige Leitungsverantwortung angesehen. Betrifft im Übrigen genauso alleinerziehende Männer“ oder „Frauen wird weniger Arbeit zugeteilt, bei Ihnen ist Elternzeit und Teilzeit akzeptiert. Ebenfalls dass Sie pünktlich wegen Kita gehen müssen“. Folglich haben auch Männer mit der hierarchischen Struktur und der männlichen Dominanz zu kämpfen, wenn es um Familie, Kinderbetreuung oder Teilzeit geht.

Es gibt aber auch Kommentar, die eine positive Entwicklung hin zu mehr Gleichbehandlung der Geschlechter verdeutlichen. So sieht ein Radiologe deutliche Fortschritte in den letzten 30 Jahren: „Zu meinem Berufsbeginn 1990 hatte man als Mann wohl bessere Chancen wie als Frau. Seit meiner Niederlassung 2001 ist es egal“. Auch ein weiterer Radiologe sieht die derzeitige Entwicklung: „Prinzipiell ist Medizin in Führungspositionen noch männerdominiert. Ändert sich aber gerade“. Auch der Vorteil gemischtgeschlechtlicher Teams wird zunehmend wahrgenommen, wie eine Radiologin verdeutlicht: „Die eher weiblich geprägten Kompetenzen ergänzten die männlichen Kompetenzen in Teamführung und Organisation oft gut und führten dazu dass keine innergeschlechtliche Konkurrenzsituation aufkam“.

Darüber hinaus berichten zwei Radiologinnen, dass die Familienfreundlichkeit in anderen Facharztbereichen noch schlecht ausgeprägt sei und eine Beschäftigung in der Radiologie durchaus auch Vorteile bieten kann: „In den ersten 10 Jahren meiner berufli-

Ergebnisse

chen Tätigkeit habe ich in der Chirurgie gearbeitet. Die Vereinbarung von Beruf und Familie war schwierig, v.a. wegen der Überstunden. In der Radiologie habe ich keine Benachteiligungen bemerkt“.

Abschließend sei noch ein Kommentar genannt, der Bezug zu den Folgen der aktuellen Corona-Pandemie nimmt: „Aktuell wird es auch wieder schwierig werden Frauen einzustellen, weil mit Eingruppierung des SARS-COV2 in Risikogruppe 2 von Viren der Mutterschutz eine Ausbildung von Schwangeren auf Monate verhindert, während Homeoffice trotz offizieller Vorgabe der Regierung in der Klinik abgelehnt wird“. Mit dem Arbeiten aus dem Home-Office benennt die Radiologin auch einen Ansatz, um die aktuelle Situation zu verbessern. Die zunehmende Digitalisierung wird auch die Medizin nachhaltig verändern und mehr Möglichkeiten für eine bessere Vereinbarung von Familie und Beruf schaffen. Diese müssen nur genutzt werden.

D.5. Einschätzungen zur weiteren beruflichen Entwicklung

Für die Einschätzungen zur weiteren beruflichen Entwicklung wurde zunächst die derzeitige akademische Stellung an der Universität evaluiert. Dabei zeigt sich, dass 26,2% der Studienteilnehmer*innen als wissenschaftliche Mitarbeiter*innen tätig sind. 6,5% der Studienteilnehmer*innen haben die Stellung eines/einer Privatdozenten*in inne. Über eine Professur verfügen insgesamt 8,3% der Radiologen*innen, wobei sich diese auf eine Außerplanmäßige Professur (6,9%), eine Universitätsprofessur (1,1%) und eine Stiftungsprofessur (0,2%) aufteilen. Die Mehrheit der Studienteilnehmer*innen (59,0%) hat derzeit jedoch keine akademische Stellung inne (Tab. 100).

Bei der Analyse der akademischen Stellung nach Geschlecht zeigt sich, dass weniger Frauen eine akademische Stellung innehaben und deutlich mehr Männer als außerplanmäßiger Professor, Universitätsprofessor oder Privatdozent arbeiten. Lediglich eine Frau verfügt über die Position einer Stiftungsprofessur. Ein Chi-Quadrat-Test ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis ($p < 0,001$).

Tabelle 100: Derzeitige akademische Stellung an der Universität

Akademische Stellung	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Keine akademische Stellung	308	59,0%	53,5%	66,1%
Promoviert / wissenschaftlicher Mitarbeiter	137	26,2%	24,7%	27,6%
Außerplanmäßige Professur (APL)	36	6,9%	10,9%	1,7%
Privatdozent*in	34	6,5%	9,1%	3,8%
Universitätsprofessur	6	1,1%	1,8%	0,4%
Stiftungsprofessur	1	0,2%	0,0%	0,4%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p < 0,001	

Anschließend wurde das Bestreben, selbst eine Habilitation anzufertigen, erfasst. 52,7% der Studienteilnehmer*innen streben keine Habilitation an. Weitere 10,2% der Studienteilnehmer*innen hatten zwar geplant, zu habilitieren, diesen Plan jedoch wieder verworfen. Im Gegensatz dazu planen 10,3% der Radiologen*innen eine Habilitation anzufertigen und weitere 3,4% haben bereits mit einer Habilitation begonnen. 14,0% der Befragten sind sogar schon habilitiert. 7,9% sind noch unentschlossen, ob sie eine Habilitation schreiben möchten (Tab. 101).

Auch hinsichtlich der weiteren beruflichen Entwicklung bzgl. des Vorhabens einer Habilitation ergeben sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede (Chi-Quadrat-

Ergebnisse

Test, $p < 0,001$). 59,0% der Radiologinnen haben nicht die Absicht, zu habilitieren im Vergleich zu lediglich 47,6% der männlichen Radiologen. 11,7% der Frauen hatten zwar geplant zu habilitieren, diesen Plan jedoch wieder verworfen. Bei den Männern beträgt dieser Wert nur 8,7%. Die Unschlüssigkeit, ob eine Habilitation angestrebt wird, ist bei den Radiologinnen ebenfalls deutlich ausgeprägter (10,5% vs. 5,8%).

Tabelle 101: Vorhaben einer Habilitation

Habilitationsvorhaben	Anzahl	in %	Männlich n=275	Weiblich n=239
Nein, ich habe nicht die Absicht, zu habilitieren.	275	52,7%	47,6%	59,0%
Ja, ich bin bereits habilitiert.	73	14,0%	21,5%	5,0%
Ja, ich plane zu habilitieren.	54	10,3%	11,3%	9,2%
Ich hatte geplant zu habilitieren, diesen Plan aber wieder verworfen.	53	10,2%	8,7%	11,7%
Ich weiß noch nicht genau.	41	7,9%	5,8%	10,5%
Ja, ich habe bereits begonnen zu habilitieren.	18	3,4%	3,6%	2,9%
Keine Angabe	8	1,5%	1,5%	1,7%
Gesamtergebnis	522	100,0%	100,0%	100,0%
p-Wert			p < 0,001	

Die Jahre, in denen die Habilitation erlangt wurde, reichen von 1992 bis 2020. Mit jeweils 9,6% wurde eine relativ hohe Anzahl an Habilitationen in den Jahren 2005 und 2008 abgeschlossen. Im Durchschnitt wurde die Habilitation im Herbst des Jahres 2008 erlangt (Median=2008) (Abb. 18).

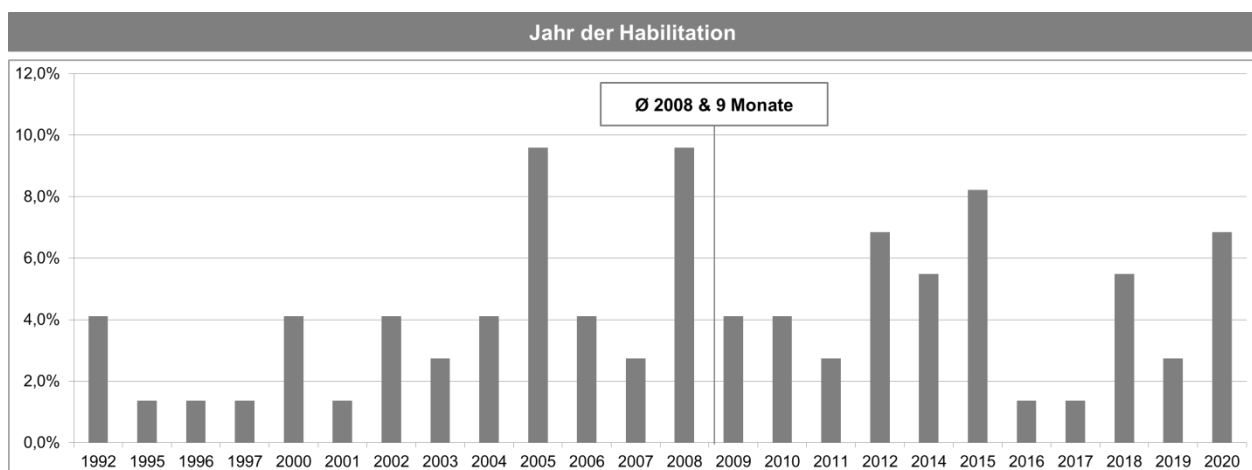


Abbildung 18: Jahr der Habilitation

Die Verteilung des Jahres der Habilitation nach Geschlecht ist in Abbildung 17 dargestellt. Frauen haben ihre Habilitation im Durchschnitt im September des Jahres 2013 abgeschlossen (SD=5,2), während Männer ihre Habilitation Mitte des Jahres 2007 be-

Ergebnisse

enden konnten ($SD=7,2$). Ein Vergleich der Mittelwerte erweist sich auch als statistisch signifikant ($p<0,001$). Berücksichtigt man allerdings auch das Alter der Studienteilnehmer*innen, so wird der Effekt des Geschlechtes ($p=0,253$) durch das Alter ($p<0,001$) überlagert. Entsprechend kann nicht von einem geschlechtsspezifischen Effekt auf das Jahr der Habilitation ausgegangen werden. Mit einem R^2 von 0,768 liefert das Modell eine sehr hohe Erklärungsgüte (Tab. 102).

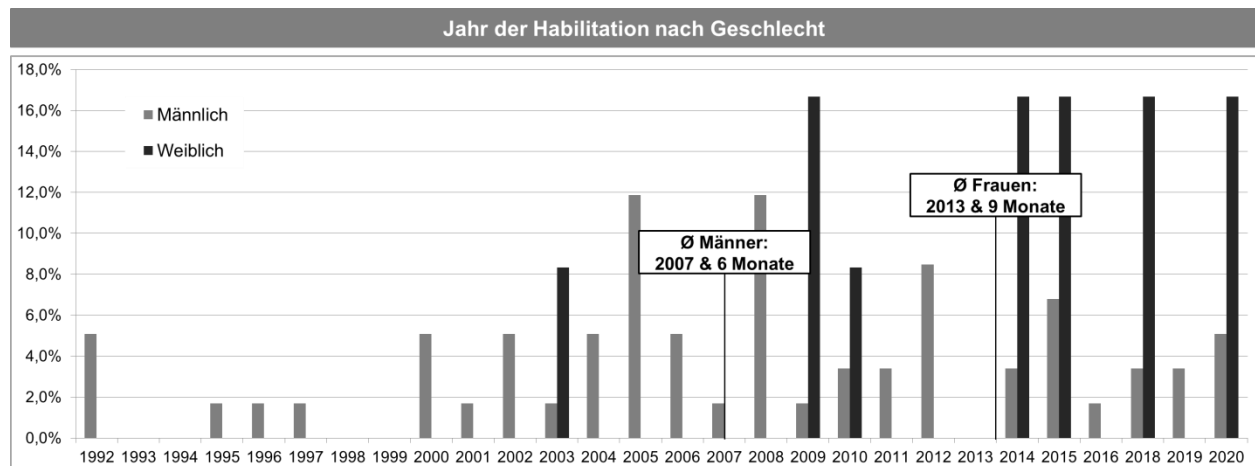


Abbildung 19: Jahr der Habilitation nach Geschlecht

Tabelle 102: Regression: AV: Jahr der Habilitation

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	2048,740	2,716	754,223	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-1,347	1,168	-1,154	0,253
Alter	-0,772	0,056	13,895	0,000
R ² : 0,768				

Der wesentliche Grund für eine Habilitation liegt für 73,8% derjenigen Radiologen*innen, die eine Habilitation anstreben bzw. bereits schon abgeschlossen haben, in dem Interesse an Forschung und Wissenschaft. Somit sind knapp drei Viertel der Habilitationsinteressierten sehr idealistisch motiviert. Um mehr Entwicklungsmöglichkeiten zu bekommen, stellt für 62,1% der Studienteilnehmer*innen einen Grund für eine Habilitation dar. Weniger wichtige Gründe sind die Absicht, sich auf eine Chefarztstelle (40,0%) oder eine Professur (33,8%) bewerben zu können, auch wenn diese immer noch relativ häufig genannt werden (Tab. 103).

Ergebnisse

Als sonstige Gründe werden i.d.R. genannt, die Akzeptanz im universitären Umfeld bzw. das eigene Standing verbessern oder sein Selbstwertgefühl steigern zu wollen. Somit zeugen auch diese Antworten von einem sehr kompetitiven beruflichen Umfeld.

Tabelle 103: Gründe für eine Habilitation

Gründe für eine Habilitation	Anzahl	in % aller Radiologen n=522	in % der ja-Antworten n=145
Aus Interesse an Forschung und Wissenschaft	107	20,5%	73,8%
Um mehr Entwicklungsmöglichkeiten zu bekommen	90	17,2%	62,1%
Um stärkere eigene Unabhängigkeit zu erlangen	78	14,9%	53,8%
Aus Interesse an Lehrtätigkeit	73	14,0%	50,3%
Um bessere Aufstiegsmöglichkeiten außerhalb der Universität zu haben	69	13,2%	47,6%
Um mich auf eine Chefarztstelle bewerben zu können	58	11,1%	40,0%
Um mich auf eine Professur bewerben zu können	49	9,4%	33,8%
Sonstiges	12	2,3%	8,3%

Die Gründe für eine Habilitation unterscheiden sich in der Regel nicht nach Geschlecht. Sechs der sieben Antwortkategorien ergaben keinen signifikanten geschlechtsspezifischen Effekt. Lediglich der Grund sich auf eine Chefarztstelle bewerben zu können ist bei männlichen Radiologen signifikant ausgeprägter als bei Radiologinnen ($p=0,004$) (Tab. 104).

Tabelle 104: Gründe für eine Habilitation nach Geschlecht

Gründe für eine Habilitation (sortiert nach Differenz der Anteile)	Anteil in % aller Männer mit Habilitation bzw. Vorhaben n=100	Anteil in % aller Frauen mit Habilitation bzw. Vorhaben n=41	p-Wert
Um mich auf eine Chefarztstelle bewerben zu können	48,0%	22,0%	0,004
Aus Interesse an Forschung und Wissenschaft	79,0%	63,4%	0,054
Um mich auf eine Professur bewerben zu können	37,0%	22,0%	0,083
Um bessere Aufstiegsmöglichkeiten außerhalb der Universität zu haben	50,0%	39,0%	0,236
Um mehr Entwicklungsmöglichkeiten zu bekommen	65,0%	56,1%	0,322
Aus Interesse an Lehrtätigkeit	53,0%	46,3%	0,473
Um stärkere eigene Unabhängigkeit zu erlangen	55,0%	53,7%	0,884

Der mit Abstand wesentlichste Grund gegen eine Habilitation ist die fehlende Relevanz für die weiteren beruflichen Pläne. 62,2% derjenigen Radiologen*innen, die keine Habi-

Ergebnisse

litation anstreben, gaben diesen Grund an. 34,4% sahen einen zu großen Aufwand im Vergleich zu dem Ergebnis. Lediglich 18,9% der an einer Habilitation nicht interessierten Studienteilnehmer*innen gaben an, dass keine Freistellung bzw. Förderung möglich sei. Somit liegt ein zentraler Grund, sich gegen eine Habilitation zu entscheiden, i.d.R. an einem „Nicht-Wollen“ der Radiologen*innen und nicht an einem „Nicht-Können“. Interessant sind auch die sonstigen Antworten. Hier gibt es im Wesentlichen zwei Kategorien. Entweder sehen sich die Studienteilnehmer*innen als zu alt für eine Habilitation an oder sie erachten eine Habilitation als nicht mehr relevant, da sich eine andere Option ergeben hat und sie beispielweise bereits Chefarzt*innen geworden sind (Tab. 105).

Tabelle 105: Gründe gegen eine Habilitation

Gründe gegen eine Habilitation	Anzahl	in % aller Radiologen n=522	in % der nein- Antworten n=328
Nicht relevant für meine beruflichen Pläne	204	39,1%	62,2%
Zu großer Aufwand im Vergleich zum Ergebnis	114	21,8%	34,8%
Kein Interesse	107	20,5%	32,6%
Mangelnde Vereinbarkeitsbedingungen mit Familie	96	18,4%	29,3%
Keine Freistellung bzw. Förderung	62	11,9%	18,9%
Sonstiges	16	3,1%	4,9%

Die Gründe gegen eine Habilitation unterscheiden sich ebenfalls nicht nach Geschlecht. Alle fünf abgefragten Kriterien sind nicht signifikant. Eine gewisse Tendenz lässt sich jedoch feststellen. Frauen tendieren eher dazu sich aus der mangelnden Vereinbarkeit mit der Familie gegen eine Habilitation zu entscheiden. Männer sehen dies eher pragmatisch und erachten den Aufwand als zu groß im Vergleich zu dem Ergebnis. Dennoch sind diese Tendenzen nicht signifikant (Tab. 106).

Tabelle 106: Gründe gegen eine Habilitation nach Geschlecht

Gründe gegen eine Habilitation (sortiert nach Differenz der Anteile)	Anteil in % aller Männer ohne Habilitation bzw. -vorhaben n=155	Anteil in % aller Frauen ohne Habilitation bzw. -vorhaben n=169	p-Wert
Mangelnde Vereinbarkeitsbedingungen mit Familie	24,5%	33,7%	0,069
Keine Freistellung bzw. Förderung	18,7%	18,9%	0,959
Kein Interesse	32,9%	32,5%	0,945
Nicht relevant für meine beruflichen Pläne	65,8%	58,6%	0,181
Zu großer Aufwand im Vergleich zum Ergebnis	38,7%	30,8%	0,133

Ergebnisse

Hinsichtlich potenzieller Angebote und Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin wurde mit Abstand eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie genannt (Mittelwert¹⁴²=1,71). 48,5% der Studienteilnehmer*innen erachten solche Maßnahmen als entscheidend und weitere 35,6% als sehr hilfreich. Ebenso werden Maßnahmen zur Arbeitszeitflexibilisierung (bspw. Arbeitszeitkonten) von 33,9% der Studienteilnehmer*innen als entscheidend und von 46,7% sehr hilfreich eingestuft. Mit einem Mittelwert von 1,91 werden solche Maßnahmen als überdurchschnittlich hilfreich für die Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin angesehen. Als weniger effektiv werden Dual-Career Angebote für den/die Lebenspartner*in (Mittelwert 2,63), eine Geschlechter-Balance auf den Leitungsebenen (Mittelwert 2,64) und Maßnahmen zur Steigerung des Ansehens von Forschung und Lehre in der Gesellschaft (Mittelwert 2,68) erachtet. Diese Angebote und Maßnahmen würden zwar immer noch einen positiven Effekt zeigen, jedoch liegen die größeren Stellhebel im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und der Arbeitszeitflexibilisierung (Tab. 107).

Tabelle 107: Potenzielle Angebote und Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin

Wie hilfreich wären ...?	Entscheidend	Sehr hilfreich	Mäßig hilfreich	Nicht sehr hilfreich	Überhaupt nicht hilfreich	n	Ø ¹⁴² 1-5
Angebote für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie	48,5%	35,6%	12,8%	2,1%	1,0%	522	1,71
Maßnahmen zur Arbeitszeitflexibilisierung (bspw. Arbeitszeitkonten)	33,9%	46,7%	14,8%	3,6%	1,0%	522	1,91
Verbesserte finanzielle Ausstattung	20,3%	50,2%	26,6%	2,7%	0,2%	522	2,12
Angebote zur Teilung von Führungsaufgaben ("Top Sharing")	19,9%	48,7%	23,6%	6,1%	1,7%	522	2,21
Flachere Hierarchien	18,2%	44,6%	27,8%	8,0%	1,3%	522	2,30
Dual-Career Angebote für den/die Lebenspartner/in	11,7%	34,3%	37,7%	11,7%	4,6%	522	2,63
Geschlechter-Balance auf den Leitungsebenen	18,6%	28,5%	31,4%	13,6%	7,9%	522	2,64
Maßnahmen zur Steigerung des Ansehens von Forschung und Lehre in der Gesellschaft	11,3%	30,7%	40,6%	14,0%	3,4%	522	2,68

Radiologinnen schätzen dabei potenzielle Angebote und Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin in der Regel als hilfreicher

¹⁴² Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 5-stufigen Likert Skala von 1: „Entscheidend“ bis 5: „Überhaupt nicht hilfreich“ berechnet.

Ergebnisse

ein als männliche Radiologen. Sieben der acht Mittelwerte¹⁴³ der Frauen liegen unterhalb der Mittelwerte der Männer, auch wenn sich lediglich für vier Maßnahmen signifikante Effekte ergeben. Die größte Differenz hinsichtlich der Effektivität der Maßnahmen resultiert für die Kategorie „Geschlechter-Balance auf den Leitungsebenen“ ($p < 0,001$). Die weiteren drei signifikanten Kriterien „Maßnahmen zur Arbeitszeitflexibilisierung (bspw. Arbeitszeitkonten)“, „Angebote für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ sowie „Angebote zur Teilung von Führungsaufgaben ("Top Sharing")“ können in ein Cluster Familienfreundlichkeit und Arbeitszeitflexibilisierung zusammengefasst werden und verdeutlichen die Relevanz diese Aspekte (Tab. 108).

Tabelle 108: Potenzielle Angebote und Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin nach Geschlecht

Wie hilfreich wären ...? (sortiert nach Differenz der Mittelwerte: weiblich minus männlich)	männlich \bar{x} ¹⁴³ (n=275)	männlich SD	weiblich \bar{x} ¹⁴³ (n=239)	weiblich SD	p-Wert
Verbesserte finanzielle Ausstattung	2,12	0,76	2,13	0,76	0,885
Dual-Career Angebote für den / die Lebenspartner/in	2,68	0,93	2,57	1,05	0,221
Flachere Hierarchien	2,36	0,89	2,22	0,92	0,084
Maßnahmen zur Steigerung des Ansehens von Forschung und Lehre in der Gesellschaft	2,75	0,98	2,60	0,95	0,077
Maßnahmen zur Arbeitszeitflexibilisierung (bspw. Arbeitszeitkonten)	2,06	0,85	1,72	0,79	0,000
Angebote für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie	1,91	0,85	1,48	0,75	0,000
Angebote zur Teilung von Führungsaufgaben ("Top Sharing")	2,41	0,89	1,97	0,83	0,000
Geschlechter-Balance auf den Leitungsebenen	3,04	1,11	2,15	1,02	0,000

Ihr zukünftiges Tätigkeitfeld sieht ca. die Hälfte der Studienteilnehmer*innen (50,2%) in einer Beschäftigung als Arzt*in in einem Krankenhaus. Eine Position in einem Universitätsklinikum ist für 28,2% der Radiologen*innen attraktiv. Auch der ambulante Bereich ist für etwa die Hälfte der Studienteilnehmer*innen eine valide Option. 31,2% können sich eine Tätigkeit als niedergelassener Arzt*in bzw. 23,9% als angestellter Arzt*in für ihre berufliche Zukunft vorstellen. Eine Karriere in der Forschung ist lediglich für 5,9% der Studienteilnehmer*innen eine berufliche Zielposition (Tab. 109).

Die Mehrheit der sonstigen Antworten betrifft Radiologen*innen, die entweder bereits am Ende ihrer beruflichen Laufbahn stehen und sich auf den Ruhestand vorbereiten oder

¹⁴³ Der Durchschnitt wurde basierend auf einer 5-stufigen Likert Skala von 1: „Entscheidend“ bis 5: „Überhaupt nicht hilfreich“ berechnet.

Ergebnisse

ihr derzeitiges Tätigkeitsfeld beibehalten möchten und sehr zufrieden scheinen. Zwei individuelle Kommentare zeugen jedoch auch von der kritischen Selbstreflexion und den Selbstzweifeln der Radiologen*innen. So lautete ein Kommentar: „Ich überlege aufgrund der Ausbeutung des medizinischen Personals aus dem Beruf in den nächsten 5 Jahren auszuschneiden“. Eine weitere Studienteilnehmerin schrieb: „Ich weiß es gerade nicht. Nach 6 Jahren als Oberärztin überlege ich, ob das noch das Richtige ist.“ Somit scheinen einige Radiologen*innen auch bewusst nach Exit-Optionen und alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten zu suchen.

Tabelle 109: Berufliche Zielposition

Gewünschtes Tätigkeitsfeld (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl	in %
Als Ärztin/Arzt in einem Krankenhaus	262	50,2%
Als selbständig niedergelassene(r) Ärztin/Arzt im ambulanten Bereich	163	31,2%
Als Ärztin/Arzt in einem Universitätsklinikum	147	28,2%
Als angestellte Ärztin/angestellter Arzt im ambulanten Bereich	125	23,9%
Als Ärztin/Arzt außerhalb der Krankenversorgung in der freien Wirtschaft	37	7,1%
Als Ärztin/Arzt in der Forschung	31	5,9%
Als Ärztin/Arzt außerhalb der Krankenversorgung im öffentlichen Dienst (z.B. Medizinischer Dienst, Gesundheitsamt, außeruniversitäre Forschung)	21	4,0%
Sonstiges	30	5,7%
Gesamtergebnis	816	156,3%

Tabelle 110: Berufliche Zielposition nach Geschlecht

Berufliche Zielposition (sortiert nach Differenz der Anteile)	Männlich in % aller Männer (n=275)	Weiblich in % aller Frauen n (239)	p-Wert
Als angestellte Ärztin/angestellter Arzt im ambulanten Bereich	17,5%	31,8%	0,000
Als Ärztin/Arzt in einem Krankenhaus	47,6%	53,1%	0,213
Außerhalb der Krankenversorgung im öffentlichen Dienst (z.B. Medizinischer Dienst, Gesundheitsamt, außeruniversitäre Forschung)	2,9%	5,0%	0,217
Als Ärztin/Arzt in der Forschung	6,2%	5,9%	0,878
Als Ärztin/Arzt in einem Universitätsklinikum	28,7%	27,6%	0,780
Außerhalb der Krankenversorgung in der freien Wirtschaft	7,6%	6,3%	0,547
Als selbständig niedergelassene(r) Ärztin/Arzt im ambulanten Bereich	33,8%	28,0%	0,158

Die berufliche Zielposition der Radiologen*innen unterscheidet sich dabei in der Regel nicht nach Geschlecht. Sechs der sieben Kategorien ergaben keine geschlechtsspezifischen Effekte. Lediglich der Anteil der Radiologinnen, die als angestellte Ärztin im ambulanten Bereich arbeiten wollen ist mit 31,8% signifikant höher als der Anteil der männlichen Radiologen mit 17,5% ($p < 0,001$). Demgegenüber streben tendenziell eher Män-

Ergebnisse

ner eine Position als selbständig niedergelassener Arzt im ambulanten Bereich an, obwohl dieser Effekt nicht signifikant ist ($p=0,158$). In einem klinischen Umfeld unterscheiden sich die Zielpositionen hingegen nicht nach Geschlecht (Tab. 110).

Abschließend sollen weitere Optimierungspotenziale zur besseren Karriereförderung in der Radiologie aufgezeigt werden. Diese wurden über eine offene Frage erfasst, um ein möglichst breites Spektrum an Antworten zu ermöglichen. Die Tabelle 111 fasst die Kommentare der Studienteilnehmer*innen in Kategorien zusammen. Dabei wurden bewusst auch Antworten aufgeführt, die nur in sehr geringer Anzahl genannt wurden, so dass die Vielzahl an individuellen Verbesserungsansätzen zum Ausdruck gebracht werden kann. Dennoch bedingt eine Kategorisierung immer auch einen Verlust an Information und Detailtiefe. Eine Liste aller individuellen Antworten ist daher dem Anhang beigefügt.

Tabelle 111: Wünsche für eine bessere Karriereförderung in der Radiologie

Optimierungspotenziale	Anzahl	in %
Strukturierte Aus- und Weiterbildung / gerechte Verteilung der Rotationen / festes Curriculum / Einhalten der Untersuchungszahlen (inkl. Kontrolle)	61	11,7%
Verbesserung der Lehre / Mehr Zeit für die Ausbildung der unterstellten Ärzte*innen in Weiterbildung / Mehr Teaching / Fallbesprechungen / Supervision / Investitionen in Ausbildung	53	10,2%
Mehr Zeit für Forschung / Forschung als Teil der Arbeitszeit / nicht in der Freizeit / Freistellung für Forschung / Bessere Möglichkeiten Forschung und klinische Arbeit zu kombinieren	52	10,0%
Bessere Vereinbarkeit Familie und Beruf / Work-Life-Balance	51	9,8%
Systematische und frühzeitige Heranführung an die Forschungstätigkeit / Bessere Betreuung / feste Arbeitsgruppen / Verbesserung der Forschungsmöglichkeiten / ggf. Kooperationen u.a. mit ambulanten Bereichen oder externen Instituten	43	8,2%
Einhaltung der Arbeitszeiten und -grenzen / Begrenzung der Dienste / Ausgleich für Überstunden / Begrenzung des Arbeitspensums	39	7,5%
Förderung von Frauen bzw. echte Gleichbehandlung / Mehr Frauen in Führungspositionen (Role Models) / bessere Aufstiegschancen für Frauen / Frauenquote	36	6,9%
Mentoring Programme / Coaching	34	6,5%
Flexiblere Arbeitszeitgestaltung / Gleitzeit etc.	33	6,3%
Mehr / ausreichend Personal	26	5,0%
Mehr / bessere und strukturierte Fortbildung / mehr als 3 Fortbildungstage pro Jahr / Freistellung und Finanzierung	21	4,0%
Mehr Möglichkeiten zu Home Office / Teleradiologie	20	3,8%
Mehr Teilzeitangebote / -modelle (auch in Führungspositionen) / Arbeitsteilung und Jobsharing	16	3,1%
Flachere Hierarchien / Abschaffung des konservativen Denkens und Führungsstrukturen / Abschaffung der Altherren-Clubs	16	3,1%
Förderung von Soft-Skills / Mitarbeiterführung / wirtschaftliche Aspekte / MBA etc.	16	3,1%
Bessere Abstimmung mit den Zuweisern / anderen klinischen Fächern / Optimierung der klinischen Abläufe / interne Kommunikation	14	2,7%
Verbesserung der Vergütung / Bessere Staffelung / Angleichung der Vergütungsdiskrepanz zwischen Universitäten und Praxen	13	2,5%

Ergebnisse

Rotationen an andere Kliniken / Kooperationen / Koordination der FA-Ausbildung durch übergeordnete Ebene (Bund, DRG) / Kreative Maßnahmen, um Engpässe in der Weiterbildung (z.B. Mammadiagnostik, Interventionstradiologie, Angiographie) zu verbessern	13	2,5%
Feedback Kultur / offene Kommunikation / Mitarbeitergespräche / Bewertung der Vorgesetzten	13	2,5%
Erhöhung der Wertschätzung für die klinische Tätigkeit / Beförderung nicht nur für Forschungsleistung / Förderung des Nachwuchses in der ambulanten Radiologie bzw. außerhalb der Forschung	13	2,5%
Strukturierte Karriereplanung / Bessere Begleitung und Beratung zu Karrieremöglichkeiten von Beginn an (auch durch berufsferne Mitarbeiter)	12	2,3%
Möglichkeiten der Kinderbetreuung / Kita von 6-22 Uhr	11	2,1%
Erhöhung des Standings und Ansehens des Faches Radiologie im Vergleich zu anderen Disziplinen / Lobbying	11	2,1%
Verringerung des Konkurrenzverhaltens /-denkens / mehr Kollegialität / Teamspirit / offene Wissensvermittlung	10	1,9%
Entmachtung der Investoren und Controller / weniger Druck durch die Verwaltung / weniger Kostenfokus / weniger Share-Holder-Value-Maximierung	10	1,9%
Ausbau von Förder- und Karriereprogrammen insb. des DRG (z.B. "Forscher für die Zukunft" (FFZ) / Clinician Scientist Programm	9	1,7%
Verringerung der administrativen Aufgaben / Regulierung / Dokumentationsanforderungen	7	1,3%
Mehr Zeit für das Selbststudium / die Nachbereitung der Lehrinhalte / Lernzeiten als Teil der Arbeitszeit	7	1,3%
Trennung von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit (ggf. auch nur temporär z.B. während der Habilitation)	7	1,3%
Förderung junger und motivierter Radiologen (insb. auch unabhängig des Bildungshintergrundes des Elternhauses) / Junge Kollegen einfach mal machen lassen und in kritischen Situationen hinter Ihnen stehen	6	1,1%
Fokus auf Kompetenz und weniger auf Vermarktung ("Blender") / weniger Beziehungsklüngel und Vetternwirtschaft	6	1,1%
Bessere Präsentation des Faches Radiologie an der Universität zur Rekrutierung von Nachwuchs	6	1,1%
Mehr anerkannte Sub-Disziplinen und Zertifizierungen	6	1,1%
Anleitung zur Einwerbung von Drittmitteln	6	1,1%
Mehr Wertschätzung und Respekt für alle Mitarbeiter	6	1,1%
Frühere (Sub-)Spezialisierung in Teilbereichen der Radiologie (z.B. eigener Facharzt interventionelle vs. diagnostische Radiologie) / individuelle Schwerpunktsetzung ermöglichen	5	1,0%
Verbesserung der technischen Ausstattung / Arbeitsplätze / EDV und IT	5	1,0%
Verbreiterung der Ausbildung / Hospitation in anderen klinischen Fachbereichen (Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie etc.)	5	1,0%
Mehr Verständnis / Akzeptanz für die Doppelbelastung durch die Kinderbetreuung	4	0,8%
Abschaffung von Kettenzeitverträgen / mehr unbefristete Stellen / längere Arbeitsverträge	4	0,8%
Mehr (weibliches) Networking / mehr Austausch unter Radiologen	4	0,8%
Leistungsbezogene Vergütungen / Anreize / Bonussysteme	3	0,6%
Mehr Aufstiegsmöglichkeiten / Mehr Oberarztstellen / W2-Professuren	3	0,6%
Trennung von klinischen Chefs und Vorgesetztem bezüglich Forschung / Reduzierung der Abhängigkeit von dem Betreuer der Habilitation / weniger Druck ("publish or perish")	3	0,6%
Mehr Anerkennung und Akzeptanz (in der Gesellschaft) für Teilzeitarbeitsmodelle (auch für Männer)	3	0,6%
Ausbau von Lehrplattformen / Online-Angebote	3	0,6%
Einbindung neuer Untersuchungsmethoden und technischen Möglichkeiten (z.B. KI /AI etc.)	3	0,6%
Bereitstellung von Literaturdatenbanken durch den Arbeitgeber (z.B. statdx)	2	0,4%
Fokus auf eine Organ-basierte Radiologie / weg von Gerätemedizin	2	0,4%

Ergebnisse

Mehr Akzeptanz von Ausfällen durch Schwangerschaft / Familienzeiten	2	0,4%
Verhinderung des "Rauswurf" durch das Wissenschaftsarbeitszeitgesetz	1	0,2%
Harmonisierung der Habilitationsbedingungen zw. den Fakultäten	1	0,2%
Bewusste Förderung ruhiger und eher introvertierter Kollegen*innen	1	0,2%
Kampf gegen Mobbing	1	0,2%
Verkürzung der Facharztausbildung, wenn diese in Teilzeit erfolgt	1	0,2%
Diversität der Mitarbeiter erhöhen (nicht nur 1,0-Abiturienten*innen)	1	0,2%
Auch einen späteren Einstieg in eine universitäre Laufbahn möglich machen	1	0,2%
Transparenter Wettbewerb zwischen den Weiterbildungsstätten und Inhaltsschwerpunkten	1	0,2%
Aufwertung der Ausbildung zur MTRA / Konzeptionierung als Fachhochschulstudium wie in der Schweiz	1	0,2%
Anti-Rassismus Programme	1	0,2%
Promotionsangebote für Externe	1	0,2%
Berücksichtigung des Mutterschutzes für Facharztzeit	1	0,2%
Finanzieller Ausgleich bei Teilzeitarbeit und Kinderbetreuung	1	0,2%
Gezielte Förderung von Männern (Vätern)	1	0,2%

Die meisten Kommentare hinsichtlich einer Verbesserung der Karriereförderung in der Radiologie bezogen sich dabei auf eine strukturierte Aus- und Weiterbildung, eine gerechte Verteilung der Rotationsmöglichkeiten sowie das Einhalten der Untersuchungszahlen. 11,7% der Radiologen*innen sehen Optimierungspotenziale in diesem Bereich. So lautete ein Kommentar eines Radiologen: „Straffung und bessere Organisation der Weiterbildung. Weiterbildung wird häufig nur als Abfallprodukt der klinischen Routine angesehen, sie ist häufig unstrukturiert und zu lang“. Ein weiterer Radiologe mit einem sehr internationalen Ausbildungsweg schrieb dazu: „In D sind die zu erreichenden Fallzahlen doppelt so hoch wie in der Schweiz. Ich kenne keinen, der die Fallzahlen in D wirklich erreicht. Alle bekommen die benötigten Fallzahlen bestätigt, das wird dann nicht mehr hinterfragt“. Entsprechend sollten auch die Kontrollen verschärft werden. So kommentierte eine Radiologin: "Strengere Kontrolle der Ausbildungsstätten durch die Ärztekammer. Offizielle Zahlen wie viele Fachärzte eine Klinik hervorbringt im Vergleich dazu wie viele angestellt sind". Auch der Verzögerungen der Facharztausbildung sollte konsequent entgegengewirkt werden, wie ein Radiologe zum Ausdruck bringt: „Verpflichtende Ausbildungskonzepte durch weiterbildungsbefugte Einrichtungen. Weiterbilder sollten verpflichtet werden, eine Verzögerung der Ausbildung über z.B. 6 Monate schriftlich begründen zu müssen“.

Am zweithäufigsten wurden mit 10,2% Aspekte zur Verbesserung der Lehre, mehr Zeit für die Ausbildung der unterstellten Ärzte*innen in Weiterbildung, mehr Fallbesprechungen und Supervision genannt. Ein Radiologe hat dies sehr prägnant formuliert: „Mehr

Ergebnisse

fachliche Kompetenz im gesamten medizinischen Spektrum. Schließlich sind wir die „Allgemeinmediziner der Bildgebung“ und stellen häufig die entscheidende Diagnose“. Ein weiterer Radiologe schrieb: „Im Angloamerikanischen Raum ist der Student, PJ-ler, Assistenzarzt ein Juwel um das sich jeder bemüht. In D und der Schweiz war das nicht so.“ Eine Radiologin hat folgenden Vorschlag unterbreitet: „[...] Material für die Weiterbilder. Checkliste: Was muss ich vermitteln“. Der Vorschlag eines weiteren Radiologen lautet: „Keine Weiterbildungsbefugnis für überwiegend in der Forschung tätige Chefärzte“. Auch die Einbindung neuer Untersuchungsmethoden und neuer technischer Möglichkeiten, wie z.B. künstliche Intelligenz wurde von drei Studienteilnehmer*innen explizit genannt. Einer Verbesserung der Lehre wird wohl keiner widersprechen. Es werden jedoch auch Bedenken geäußert, dass eine qualifizierte Facharztausbildung in fünf Jahren kaum möglich sei: „Die Arbeitszeitgesetze sind kontraproduktiv für die Ausbildung: 30 Tage Urlaub, 5 Tage Fortbildung, Dienstausgleich durch Überstunden, 3 Nachtdienste unter der Woche (2 Tage im Tagdienst nicht präsent) und der Assistenzarzt fehlt an die 100 Arbeitstage unter der normalen täglichen Arbeitszeit. Dies führt dazu, dass Ausbildung zum Facharzt in 5 Jahren bei rasch zunehmendem Wissen kaum durchgeführt werden kann. [...] Durch die hohe Anzahl an "durchzuschleusenden" Assistenzärzten leidet die Ausbildung eklatant.“

10,0% der Radiologen*innen sehen Verbesserungspotenziale hinsichtlich der besseren Möglichkeit Forschung und klinische Arbeit zu kombinieren und fordern explizit mehr Zeit für Forschung, wobei diese als Teil der Arbeitszeit gelten und nicht in der Freizeit erfolgen sollte. Hierzu zwei beispielhafte Kommentare: „Es ist ein Unding zu erwarten, dass man Forschungstätigkeiten in seiner "Freizeit" absolviert. Ein anstrengender Tag in der Intervention und dann Abends/Nachts ins Labor und dann in den frühen Stunden noch ein Paper auf den Weg bringen. Das ist einfach lächerlich!“ oder „[die] Arbeitskraft wird durch die Krankenversorgung kpl. absorbiert, und zwar 40h plus x pro Woche. D.h. Forschung findet ihren Platz jenseits der 50h Woche“. Diese Aussagen verdeutlichen die hohen Erwartungen, die an eine wissenschaftliche Karriere gestellt werden. Auch die Qualität der Paper, die unter diesen Bedingungen verfasst werden, kann durchaus kritisch hinterfragt werden. Für eine Stärkung des Forschungsstandortes Deutschland bieten sich in diesem Zusammenhang auf jeden Fall Anknüpfungspunkte.

Ergebnisse

Eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurde von 9,8% der Studienteilnehmer*innen für eine bessere Karriereförderung in der Radiologie genannt, i.d.R. jedoch ohne detailliert zu schildern, wie diese erreicht werden soll. Es wird allerdings auch die Gegenposition vertreten, wie der Kommentar eines Radiologen zum Ausdruck bringt: „Weniger Fokus auf Life-Work-Balance oder nine to five-Jobs. Wer mehr will, muss auch mehr von sich investieren!“ Eine solch ausgeprägte Karriereorientierung kann sicherlich nicht jedem/jeder Radiologen*in unterstellt werden, sodass wählbare Optionen hinsichtlich einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sicherlich nicht nachteilig für einen Arbeitgeber sind, um als attraktiv zu gelten.

Neben mehr Zeit für die Forschung wurde von 8,2% der Studienteilnehmer*innen auch eine systematische und frühzeitige Heranführung an die Forschungstätigkeit und eine bessere Betreuung genannt. Beispielhaft seien dazu zwei Kommentare genannt: „strukturierte Einführung in Forschung, da viele im Studium ggf. nur rudimentäre Erfahrungen damit sammeln konnten“ oder „Mehr Angebote, wie man alleine eine Studie startet“. In diesem Zusammenhang haben 1,1% der Studienteilnehmer*innen auch eine bessere Anleitung zur Einwerbung von Drittmitteln als sehr hilfreiche Unterstützungsmaßnahme erachtet. Gerade vor dem Hintergrund, dass Forschungsaktivitäten eine enorme Bedeutung für eine Karriere in einem universitären Setting haben, ist die Sorge vieler Radiologen*innen, dass der Nachwuchs nicht frühzeitig an die Forschung herangeführt wird, sehr gut nachvollziehbar.

Die Einhaltung der Arbeitszeitgrenzen wird von 7,5% der Studienteilnehmer*innen für eine bessere Karriereförderung in der Radiologie vorgeschlagen. Andere Länder scheinen diesbezüglich deutlich besser positioniert zu sein, wie der Kommentar eines Radiologen verdeutlicht: „Das Hauptproblem der Medizin in Deutschland ist die massive Arbeitsbelastung [...] Nichts davon ist neu. Skandinavien oder die Niederlande sind hier deutlich weiter, hier wird selbst an Unikliniken die geplante Arbeitszeit eingehalten.“

Die gezielte Förderung von Frauen bzw. eine echte Gleichbehandlung von Frauen und Männern wird geschlechterübergreifend von 6,9% der Radiologen*innen gefordert. Auch eine Frauenquote wird als probates Mittel erachtet. So kommentierte eine Radiologin: „Spätestens, wenn man Oberarzt ist, ist die Karriereleiter zu Ende. Chefs kommen immer von außen“. Eine weitere Radiologin äußerte sich folgendermaßen: „Ich glaube, eine Änderung tritt erst ein, wenn eine ausreichende „kritische Masse“ an weib-

Ergebnisse

lichen Führungskräften (und insbesondere von Frauen mit Kindern / Familienaufgaben) in Schlüsselpositionen der klinischen Versorgung und Forschung etabliert ist. Solange es keine bzw. zu wenig weibliche Leitungen in den Kliniken und Instituten gibt, kommen Frauen deutlich schwieriger in Führungspositionen und erfahren weniger Unterstützung auf ihrem Karriereweg. Kurz: ohne Quote sehe ich nur eine sehr, sehr langsame Änderung“.

Mentoring und Coaching Programme werden von 6,5% der Radiologen*innen als wichtiges und zielführendes Instrument für eine Verbesserung der Karriereförderung in der Radiologie erachtet. Sehr häufig wird dabei der Bezug zu einer frühzeitigen Heranführung an die Forschungstätigkeit hergestellt.

Relativ häufig wurden auch eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung (6,3%), mehr Personal (5,0%) sowie mehr Zeit für Fortbildungen (4,0%) genannt.

Viel Potenzial wird in einer Ausweitung der Teleradiologie bzw. in mehr Möglichkeiten zu Home Office gesehen. Hierzu schrieb eine Radiologin: „Gerade in der Radiologie ist mithilfe der Teleradiologie das flexible Arbeiten, auch von zu Hause aus, besser als in jeder anderen Fachrichtung möglich und sollte ausgebaut werden“. Ein weiterer Radiologe kommentierte: „Radiologie kann in großem Maße in Teilzeit und auch Home Office / Teleradiologie betrieben werden. Vieles ist unabhängig von der Tageszeit. Viele Forschungsgebiete sind technischer Natur und unabhängig von Patientenkontakten, können somit z.B. auch nachts und von zuhause aus bearbeitet werden“. Die zunehmende Digitalisierung wird auch Einzug in die Radiologie halten. Entsprechend werden sich in diesem Zusammenhang große Potenziale ergeben.

Mehr Teilzeitangebote und -modelle, insbesondere auch in Führungspositionen, sowie Möglichkeiten der Arbeitsteilung und Jobsharing werden von 3,1% der Studienteilnehmer*innen als wesentlich für eine bessere Karriereförderung in der Radiologie erachtet. Ebenfalls mit 3,1% wurden Aspekte wie die Förderung von Soft-Skills, Seminare zu Mitarbeiterführung sowie eine verstärkte Ausbildung in wirtschaftlichen Themen, z.B. MBA Programmen, genannt. Auch die Einführung flacherer Hierarchien wird von 3,1% der Studienteilnehmer*innen befürwortet. Ein Radiologe schrieb dazu: „Abschaffung des traditionell-konservativen, akademischen Denkens im Leadership. Auch Nicht-Habilitierte können exzellente Leader sein, werden jedoch oft wie faules Obst behan-

Ergebnisse

delt! Hier werden enorme Chancen verpasst“. Eine Radiologin formulierte knapp: „Abschaffen der Altherren Clubs“.

Die weiteren Kategorien sind lediglich im geringen Umfang repräsentiert und betreffen weniger als 3,0% der Nennungen. Dennoch können sie interessante Hinweise auf eine Verbesserung der Karriereförderung in der Radiologie bieten, sodass ausgewählte Bereiche detaillierter vorgestellt werden sollen.

Eine bessere Vergütung wurde von 2,5% der Studienteilnehmer*innen vorgeschlagen: „Für erfahrene Radiologen, welche in Kliniken dringend für die Weiterbildung von Assistenten gebraucht würden, bieten sich in den Kliniken sehr viel schlechtere Konditionen als in den Praxen.“

Ein konkreter Ansatz für eine strukturierte Aus- und Weiterbildung wird von 2,5% der Radiologen*innen in Kooperationen mit anderen Kliniken gesehen, um beispielsweise auch Rotationen in Bereiche zu ermöglichen, die von der eigenen Klinik nur bedingt angeboten werden können. Dies könnte durch einen Zusammenschluss von mehreren Kliniken erfolgen oder indem eine übergeordnete Ebene, wie die DRG oder der Bund mehr Kompetenzen bei der Aus- und Weiterbildung erhält. Ein Radiologe äußerte sich dazu folgendermaßen: „Aus persönlicher Erfahrung kann ich berichten, dass vor allem die kleineren bis mittelgroßen Krankenhäuser die Lehre vernachlässigen, insbesondere wenn der Vorgesetzte selber keine Ambitionen in der Hinsicht zeigt. Zudem wäre eine vermehrte Kooperation zwischen mehreren Krankenhäusern anzustreben. Die Synergieeffekte werden hier nicht ausgeschöpft, dabei wäre dieses Fach prädestiniert, um ganz einfach Untersuchungen, Ergebnisse und Bildgebungen auszutauschen“. Ein weiterer Radiologe berichtete von seinen internationalen Erfahrungen: “Sometimes I feel that a state-level guided residency (either federal or local, like it is in UK) as opposed to a hospital level as it is now would improve the quality of education because in radiology are definite big differences between hospitals (for example here very few mri's) but we need to be good prepared for everything. Just changing jobs is however not often so the employers are skeptical. Some I know are even strongly against taking someone in the middle of his education since they prefer to educate a resident in their own department style from the beginning”.

Ergebnisse

Eine Erhöhung der Wertschätzung für die klinische Tätigkeit wird von 2,5% der Radiologen*innen befürwortet. Auch Beförderungen sollten sich weniger stark an der Forschungsleistung orientieren. Eine Radiologin schrieb dazu: „Es kann nicht sein, dass diejenigen den meisten Erfolg haben, die klinisch schludrig aber gerade so ohne Katastrophen arbeiten und dafür Zeit für ihre Forschungen abzwacken. Klinische Leistungen sollten ebenso zu einer Förderung führen“. Eine andere Radiologin kommentierte: „Irgendwer muss ja auch die Routine machen, während andere habilitieren“. Und eine dritte Radiologin formuliert sehr plakativ: „Uni = Paper > Rest“. Ebenso sollte sich nicht nur auf die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses konzentriert werden, sondern auch die Möglichkeiten außerhalb der Forschung und in der ambulanten Radiologie stärker gewichtet werden. Hierzu äußerte sich ein Radiologe wie folgt: „Die Befähigung für eine Habil zu forschen und das, was es für ein Leben als niedergelassener Arzt ist nicht unbedingt kongruent. In meiner Erfahrung war das Ziel von Universitären Chefs [...] primär Assistenzärzte zur Habil zu bringen. Wer das nicht leisten wollte bzw. konnte, der fiel durchs Raster. Ich weiß von einer Klinik, dort war ein Oberarzt, der so gut Paper schreiben konnte, dass der für alle, denen das nicht lag, die Paper geschrieben hat, dafür musste er im klinischen Alltag, das lag ihm nämlich nicht, nix machen. [...] Ich weiß heute von 2-3 Ausbildungsstellen, die qualitativ hochwertig einzuordnen sind. Aber ich habe auch viele Ärzte getroffen, die den Uniweg eingeschlagen haben und sich dann kaum in die Niederlassung traute, weil sie einfach nix drauf haben“.

In diesem Zusammenhang sprechen sich 1,3% der Radiologen*innen für eine Trennung von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit aus. Dies könnte ggf. auch nur temporär, z.B. während der Habilitation erfolgen. Eine Radiologin unterbreitete folgenden Vorschlag: „Forschung als Pflicht zu Anfang um festzustellen, ob es Spaß macht, dann Entscheidung für eine klinisch oder wissenschaftlich orientierte Ausbildung, die als gleichwertig angesehen werden müssten“. Ein Radiologe kommentierte: „Es wäre viel schlauer Kompetenzen unterhalb der Chefebene attraktiv zu machen [...]. Die Teilung von Forschung und Krankenversorgung könnte viele kompetente Kliniker und Wissenschaftler halten, die so das universitäre Umfeld verlassen aus vielerlei Gründen.“ Ähnlich argumentieren drei Studienteilnehmer*innen, die eine Trennung von klinischen Chefs und dem Vorgesetzten bezüglich Forschung bzw. die Reduzierung der Abhängigkeit von dem Betreuer der Habilitation vorschlagen.

Ergebnisse

Neben der Trennung von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit könnte auch eine frühere (Sub-)Spezialisierung in Teilbereichen der Radiologie ein Ansatz sein, um zum einen die Belastung junger Radiologen*innen zu reduzieren und die Rotationsplätze zu erhöhen. Dies wird immerhin von 1,0% der Radiologen*innen so gesehen, wie folgender Kommentar verdeutlicht: „Flexibilität in der Weiterbildungsordnung (warum muss jemand, der weiß, dass er nicht interventionell tätig sein möchte, hohe Zahlen für den Facharzt aufbringen und so anderen diese Plätze und Möglichkeit wegnimmt“.

Eine strukturelle Karriereplanung bzw. eine bessere und frühzeitige Begleitung und Beratung zu Karrieremöglichkeiten wird von 2,3% der Studienteilnehmer*innen als zielführend erachtet. So formuliert dies ein Radiologe sehr treffend: "An seiner Karriere muss man selbst arbeiten, denn dieses Engagement qualifiziert einen für Führungsaufgaben. Eine wohlwollende Begleitung und ggf. Tipps können allerdings sehr helfen".

Bessere Möglichkeiten der Kinderbetreuung erachten 2,1% der Radiologen*innen als sehr hilfreich. Im optimalen Fall sollten Kita-Plätze von 6-22 Uhr angeboten werden, um eine möglichst große Flexibilität zu gewährleisten.

Ebenfalls aus Sicht von 2,1% der Studienteilnehmer*innen sollte das Ansehen und Standing des Faches Radiologie im Vergleich zu anderen Disziplinen erhöht und sozusagen systematisches Lobbying betrieben werden. So lautete der Kommentar einer Radiologin: „Das Bild des Radiologen als zunehmend behandelnder Arzt und unverzichtbare Instanz im KH muss gefördert werden, auch bei den anderen Kollegen.“ Analog argumentieren 1,1% der Studienteilnehmer, die eine bessere Präsentation des Faches Radiologie an den Universitäten für sinnvoll erachten, insbesondere um qualifizierten Nachwuchs zu rekrutieren.

Abschließend sei noch ein Kommentar einer Radiologin genannt, die sich für mehr Diversität ausgesprochen hat. So schrieb sie: „Nicht überwiegend Kollegen mit 1.0-Abitur... da fehlen Kreativität und Durchsetzungsvermögen häufiger als bei Kollegen, die sich den Zugang zum Studium erkämpfen mussten????“.

Es wurden somit zahlreiche zum Teil sehr interessante Vorschläge und Ansätze von den Radiologen*innen unterbreitet, um die aktuelle Situation zu verbessern und für eine bessere Karriereförderung in der Radiologie zu sorgen. Neben den eher naheliegenden Optimierungspotenzialen, wie eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Fa-

Ergebnisse

milie und die Begrenzung bzw. die Einhaltung der Arbeitszeiten, konnten auch einige Ansätze herausgearbeitet werden, die nicht allgemein bekannt und im kollektiven Bewusstsein der Radiologen*innen verankert zu sein scheinen. Beispielhaft könnte die bewusste Trennung von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit oder eine frühere Spezialisierung ein Ansatz sein, die Belastung der Radiologen*innen zu reduzieren und eine Verbesserung der Kernkompetenzen zu erreichen.

D.6. Der Einfluss psychologischer Persönlichkeitseigenschaften

Im Folgenden wird der Einfluss psychologischer Persönlichkeitseigenschaften als Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie analysiert. Dazu wird das Big Five oder auch Fünf-Faktoren-Modell (FFM) der Persönlichkeitspsychologie, welches das verbreitetste Modell zur Messung der Persönlichkeit darstellt, genutzt und die Ergebnisse differenziert ausgewertet.

Für die Analyse der psychologischen Persönlichkeitseigenschaften anhand des Big Five Modells wurden die Daten zunächst in der von Gosling et al. (2003) beschriebenen Weise aufbereitet. Die umgekehrt bewerteten Kriterien (Fragen: 2, 4, 6, 8 und 10) wurden dazu in einem ersten Schritt recodiert¹⁴⁴. Anschließend wurde der Mittelwert¹⁴⁵ aus den beiden Kriterien gebildet (das Standard-Kriterium und das umcodierte, umgekehrt bewertete Kriterium), der zusammen die jeweilige Skala der fünf Dimensionen des Big Five Modells konstruiert. Weiterhin wurde sich bei der folgenden Auswertung auf das klinische Setting konzentriert, um den Effekt der hierarchischen Struktur systematisch evaluieren zu können. Die deskriptiven Statistiken für die fünf Dimensionen sind in Tabelle 112 dargestellt. Für die Evaluation des geschlechtsspezifischen Effektes wurde ein regressionsanalytischer Ansatz gewählt, wobei das Alter und die Hierarchieposition mit in das Modell aufgenommen wurden.

Tabelle 112: Deskriptive Statistiken der Big Five Dimensionen

Big Five Dimension	männlich \bar{x} ¹⁴⁵ (n=230)	männlich SD	weiblich \bar{x} ¹⁴⁵ (n=210)	weiblich SD
Extraversion = Extraversion (Geselligkeit)	4,49	1,34	4,68	1,44
Agreeableness = Verträglichkeit (Kooperationsbereitschaft, Empathie)	5,17	0,97	5,34	1,05
Conscientiousness = Gewissenhaftigkeit (Perfektionismus)	5,97	0,88	6,12	0,88
Emotional Stability = Neurotizismus (emotionale Labilität und Verletzlichkeit)	5,61	1,01	4,99	1,23
Openness = Offenheit für Erfahrungen (Aufgeschlossenheit)	5,35	1,02	5,43	1,09

¹⁴⁴ Die Zuordnung ergibt sich dabei wie folgt: Extraversion: 1, 6R; Agreeableness: 2R, 7; Conscientiousness; 3, 8R; Emotional Stability: 4R, 9; Openness to Experiences: 5, 10R.

¹⁴⁵ Das Erhebungsinstrument bestand aus einer 7-stufigen Likert Skala von 1: „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 7: „Trifft voll und ganz zu“ berechnet. Unter Berücksichtigung der Recodierung wurde entsprechend der Durchschnitt berechnet.

Ergebnisse

Tabelle 113: Regression Big Five - 1: AV: Extraversion

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	4,590	0,295	15,579	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-0,270	0,140	-1,921	0,055
Alter	-0,003	0,009	-0,380	0,704
Hierarchielevel	0,087	0,054	1,622	0,106
R ² = 0,014				

Tabelle 114: Regression Big Five - 2: AV: Agreeableness

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	5,495	0,216	25,475	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-0,172	0,103	-1,677	0,094
Alter	-0,005	0,007	-0,767	0,444
Hierarchielevel	0,021	0,039	0,535	0,593
R ² = 0,009				

Tabelle 115: Regression Big Five - 3: AV: Conscientiousness

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	5,802	0,184	31,454	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-0,215	0,088	-2,447	0,015
Alter	0,005	0,006	0,941	0,347
Hierarchielevel	0,039	0,034	1,152	0,250
R ² = 0,025				

Tabelle 116: Regression Big Five - 4: AV: Emotional Stability

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	4,789	0,233	20,551	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	0,474	0,111	4,266	0,000
Alter	-0,004	0,007	-0,562	0,574
Hierarchielevel	0,138	0,043	3,240	0,001
R ² = 0,107				

Tabelle 117: Regression Big Five - 5: AV: Openness

Variabel	Reg-Koeffizient	Standardfehler	T	p-Wert
Konstante	5,198	0,221	23,484	0,000
Geschlecht (Referenz weiblich)	-0,148	0,105	-1,405	0,161
Alter	0,003	0,007	0,426	0,670
Hierarchielevel	0,042	0,040	1,040	0,299
R ² = 0,011				

Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass lediglich zwei Dimensionen des Big Five Modells signifikante Effekte aufweisen (Tab. 113-117). Hinsichtlich der Dimension Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness) ergibt sich für das Geschlecht ein signifikanter Einfluss ($p=0,015$). Männliche Radiologen scheinen somit eine deutlich geringere Ausprägung auf dieser Dimension aufzuweisen. Basierend auf dem R^2 von 0,025 trägt das Modell jedoch nur in einem geringen Maße zur Varianzaufklärung bei.

Der zweite relevante Faktor ist die emotionale Stabilität (Emotional Stability). Hinsichtlich dieser Dimension ist das Geschlecht ($p<0,001$) und das Hierarchielevel ($p=0,001$) signifikant. Für Männer scheint somit ein deutlich höherer Wert auf der Skala der emotionalen Stabilität zu resultieren. Weiterhin weisen die Ergebnisse daraufhin, dass mit zunehmender Hierarchieposition auch die emotionale Stabilität zunimmt. Es macht somit den Anschein, dass Radiologen*innen auf einer höheren beruflichen Hierarchieebene höhere Werte auf dieser Skala aufzuweisen scheinen. Mit einem R^2 von 0,107 liefert das Modell den höchsten Erklärungsbeitrag zur Varianzaufklärung aller fünf Dimensionen des Big Five Modells. Folglich scheint die Dimension emotionale Stabilität durchaus in einem Zusammenhang mit dem hierarchischen Aufstieg im Fachbereich Radiologie zu stehen.

E. Diskussion der Ergebnisse

In dem nachfolgenden Abschnitt werden die Methoden und Ergebnisse systematisch gewertet und differenziert in den bisherigen Forschungsstand eingeordnet, indem ein strukturierter Vergleich mit anderen Arbeiten erfolgt.

E.1. Einordnung der Ergebnisse in den bisherigen Forschungsstand

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde erstmalig ein umfassender Ansatz verfolgt, den Gender Gap im Fachbereich Radiologie in Deutschland zu evaluieren und potenzielle Erfolgsfaktoren für eine Karriere abzuleiten. Dabei zeigten sich auch für den Fachbereich Radiologie in Deutschland zahlreiche Unterschiede zwischen Radiologinnen und Radiologen.

Ein wesentlicher Effekt hinsichtlich der Evaluation des Gender Gaps und den Erfolgsfaktoren für eine Karriere betrifft die Analyse der beruflichen Hierarchie und dem Geschlechterverhältnis auf der jeweiligen Ebene. In diesem Zusammenhang konnte in Übereinstimmung mit bisherigen Untersuchungen¹⁴⁶ auch in der vorliegenden Studie das Phänomen der sogenannten „Leaky Pipeline“¹⁴⁷ beobachtet werden, d.h. dass mit steigender Hierarchieebene der Anteil von Frauen im Vergleich zu Männern kontinuierlich abnimmt. In der vorliegenden Studie zeigte sich ebenfalls ein deutlicher geschlechtsspezifischer Effekt hinsichtlich der Hierarchieebene. Mit zunehmender Hierarchiestufe nimmt der Anteil von Frauen dabei deutlich ab. So sind bedeutend mehr Radiologinnen als Assistenzärztinnen und Fachärztinnen beschäftigt, wohingegen mehr Radiologen als Leitender Oberarzt, Chefarzt oder Ärztlicher Leiter bzw. Klinikdirektor tätig sind. Im ambulanten Bereich bevorzugen Frauen eine Position als angestellte Ärztin, wohingegen Radiologen sich eher niederlassen und selbst Verantwortung als Chef übernehmen. Somit sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie in diesem Aspekt kongruent mit den bisherigen Erkenntnissen in der Literatur.

Ein Mangel an jungen Radiologinnen konnte nicht identifiziert werden. Insbesondere die Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren war dabei deutlich stärker repräsentiert als die

¹⁴⁶ Cater et al. (2018), Englander & Belli (2018), Foo et al. (2020), Foo et al. (2018), Grimm et al. (2016), Kapoor et al. (2017), Kubik-Huch (2020), Llewellyn et al. (2019), Perez et al. (2016), Piltch-Loeb et al. (2020), Wah & Belli (2018), Zener et al. (2016)

¹⁴⁷ Kubik-Huch (2020)

älteren Jahrgänge. Ein Grund könnte das gewählte Erhebungsinstrument der Online-Befragung darstellen. Ein weiterer Grund könnte allerdings auch sein, dass sich jüngere Radiologen*innen noch stärker für das Thema der Umfrage interessiert haben, da ihre Karriere noch vor ihnen liegt und sie dementsprechend auch noch gezielter Einfluss auf den Verlauf ihrer Karriere nehmen wollen. Das Geschlechterverhältnis verschiebt sich mit zunehmendem Alter und Hierarchiestufe allerdings deutlich zugunsten der männlichen Radiologen im Sinne einer „Leaky Pipeline“. So waren in den jüngeren Altersgruppen (zwischen 37 und 44 Jahren) deutlich mehr Frauen vertreten, wohingegen in der Altersgruppe zwischen 53 und 63 Jahren mehr Radiologen männlich waren. Ob diese Momentaufnahme auch über die Zeit stabil ist, können nur weitere Studien und ggf. ein longitudinaler Forschungsansatz zeigen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten jedoch in Übereinstimmung mit anderen Studien¹⁴⁸ auch auf positive Entwicklungen zur Reduzierung des Gender Gaps im Fachbereich Radiologie hin. Implementierte Maßnahmen zur Förderung von Frauen zeigen erste Wirkung, wie von verschiedenen Studienteilnehmer*innen der vorliegenden Studie auch anerkannt wird, obwohl noch nicht von einer Gleichbehandlung der Geschlechter gesprochen werden kann.

Ein wesentlicher Meilenstein im Rahmen einer wissenschaftlichen Karriere und oft Grundlage für den hierarchischen Aufstieg stellt die Promotion dar. In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass Männer und Frauen zu vergleichbaren Anteilen eine Promotion schreiben und ein geschlechtsspezifischer Effekt im Fachbereich Radiologie in Deutschland nicht nachgewiesen werden konnte. Somit setzt die „Leaky Pipeline“¹⁴⁹ zu diesem Zeitpunkt noch nicht ein. In diesem Zusammenhang ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass Mediziner*innen ihre Dissertation in der Regel schon im Studium beginnen und viele diese auch schon kurz vor oder nach dem Staatsexamen beenden. Der Effekt der „Leaky Pipeline“ scheint hingegen auf dem Weg zur Habilitation seine Wirkung zu entfalten, da sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Vorhabens, eine Habilitation anzufertigen, ergeben. Deutlich mehr Radiologinnen als Radiologen in Deutschland haben nicht die Absicht zu habilitieren und auch mehr Radiologinnen hatten zwar geplant zu habilitieren, diesen Plan jedoch wieder verworfen. Auch die Unschlüssigkeit, eine Habilitation anzufertigen ist bei Frauen deutlich ausgeprägter. Diese Ergebnisse werden auch durch eine Studie von Vernuccio

¹⁴⁸ Llewelly et al. (2019), Piltch-Loeb et al. (2020)

¹⁴⁹ Kubik-Huch (2020)

et al. (2019) unterstützt, wonach Ärztinnen während ihrer Facharztausbildung weniger in Forschungsaktivitäten involviert waren. Weiterhin wurde von Ärztinnen deutlich häufiger eine geschlechtsspezifische Benachteiligung empfunden, die sich insbesondere in der geringeren Unterstützung durch Vorgesetzte, Ausbilder*innen und Mentoren*innen äußerte. Dadurch hatten junge Radiologinnen den Eindruck, deutlich schlechter an Forschungstätigkeiten herangeführt zu werden, mit der Folge einer deutlich geringeren Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen.¹⁵⁰

Die Forschungstätigkeit und die Anzahl der Publikationen ist ein zentraler Aspekt, in dem sich der Gender Gap im Fachbereich Radiologie manifestiert, da für eine wissenschaftliche Karriere Publikationen in Peer-Review-Journals von entscheidender Bedeutung sind.¹⁵¹ So haben zahlreiche Studien einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Anzahl an Publikationen in der radiologischen Literatur festgestellt.¹⁵² Auch in der vorliegenden Studie konnte dieser Effekt beobachtet werden. Demnach zeigt die Forschungsaktivität der Radiologen*innen in Deutschland ein deutliches Geschlechtergefälle. Sowohl hinsichtlich der Gesamtanzahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch bzgl. der Anzahl der Publikationen als Erstautor sowie als letztgenannter Autor weisen Radiologen signifikant höhere Werte auf. Folglich schaffen es Radiologen deutlich mehr Paper zu publizieren als ihre Kolleginnen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind jedoch auch vor dem Hintergrund der Geschlechts- und Altersverteilung sowie der Hierarchieposition im Fachbereich Radiologie zu sehen und zu interpretieren. So weisen Xiao et al. (2018) und Liang et al. (2015) darauf hin, dass Frauen und Männer relativ gesehen ähnlich produktiv sind, wenn man das allgemeine Geschlechterverhältnis im Fachbereich Radiologie zwischen Frauen und Männern berücksichtigt. Dies gilt auch für die vorliegende Arbeit.

Es zeigt sich auch, dass sich eine Vielzahl an jungen weiblichen Talenten für eine Karriere im Fachbereich Radiologie interessieren. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass sich in Zukunft der Gender Gap, zumindest in der klinischen Versorgung, re-

¹⁵⁰ Vernuccio et al. (2019)

¹⁵¹ Yun et al. (2015)

¹⁵² Bernard et al. (2020), Liang et al. (2015), Molwitz et al. (2021), Pyatigorskaya & Di Marco (2017), Vernuccio et al. (2019), Wang et al. (2018), Xiao et al. (2018), Yun et al. (2015)

duzieren könnte. Analog argumentieren Yun et al. (2015), die auf den steigenden Anteil an weiblichen Medizinstudierenden sowie Assistenzärztinnen in der Radiologie hinweisen.¹⁵³ Insbesondere wenn es gelingt durch entsprechende Maßnahmen die „Leaky Pipeline“¹⁵⁴ zu reduzieren, kann davon ausgegangen werden, dass die Anzahl an Publikationen von Frauen in der radiologischen Literatur in Zukunft zunehmen könnte.

Ein zentrales Instrument könnten dazu strukturierte Mentoring Programme sein. Wie bisherige Studien verdeutlicht haben, wird ein zentraler Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie in diesem Ansatz gesehen.¹⁵⁵ Diese Erkenntnisse wurden auch in der vorliegenden Studie bestätigt, wobei sowohl Radiologen als auch Radiologinnen zu gleichen Anteilen (knapp 30%) dieses Instrument der persönlichen Weiterentwicklung genutzt haben. Deutliche Unterschiede zeigten sich hingegen bei dem Geschlecht der Mentoren*innen. Eine Übereinstimmung der Geschlechter zwischen Mentor*in und Mentee wurde bei Männern mit über 90% deutlich häufiger realisiert als bei Frauen (32,3%). Auch dieses Ergebnis ist vergleichbar mit bisherigen Untersuchungen.¹⁵⁶ So wurde argumentiert, dass Mentoring am effektivsten sei, wenn weibliche Mentees auch von Mentorinnen betreut werden.¹⁵⁷ Aufgrund der geringeren Anzahl von Frauen in höheren Positionen können Frauen jedoch auch nachhaltig von einem männlichen Mentor profitieren, der Frauen in ihrer beruflichen Entwicklung maßgeblich unterstützen und dabei helfen kann, höhere Positionen und höhere Gehälter zu erreichen.¹⁵⁸ Für junge Radiologinnen kann die Empfehlung somit nur lauten, sich an Mentoring Programmen zu beteiligen und sich ggf. auch außerhalb von offiziellen Mentoring Programmen Unterstützer*innen und Fürsprecher*innen zu suchen. Das Geschlecht des Mentors scheint dabei nachrangig zu sein, entscheidend dürften hingegen der Einfluss und das Netzwerk des Mentors oder der Mentorin sein. Analog argumentieren Ibarra et al. (2010), die die „organisatorische Schlagkraft“ der Mentoren*innen als wesentliches Kriterium erachten. Mentoring Programme können somit als eine der zentralen Faktoren für die berufliche Entwicklung erachtet werden, wie eine Vielzahl von Studien belegen

¹⁵³ Yun et al. (2015)

¹⁵⁴ Kubik-Huch (2020)

¹⁵⁵ Grimm et al. (2016), Kubik-Huch et al. (2020), Vernuccio et al. (2019)

¹⁵⁶ Allen & Eby (2004), Ibarra et al. (2010),

¹⁵⁷ Allen & Eby (2004)

¹⁵⁸ Ibarra et al. (2010), Kubik-Huch et al. (2020)

konnte.¹⁵⁹ Dies wird auch von zahlreichen Studienteilnehmern*innen so gesehen. So beziehen sich eine Vielzahl von Verbesserungsvorschlägen auf die Einrichtung und Förderung strukturierter Mentoring Programmen. Insbesondere für die frühzeitige Heranführung an die Forschungstätigkeit werden Mentoring Programme von den Studienteilnehmer*innen als zielführendes Instrument erachtet. Vor dem Hintergrund der Bedeutung der wissenschaftlichen Tätigkeit für die Karriere in einem klinischen Setting und für die Weiterentwicklung des Fachgebiets Radiologie insgesamt erscheint dieser Verbesserungsvorschlag sehr gut nachvollziehbar. Folglich sollten Radiologen und Radiologinnen jede sich bietende Opportunität im Bereich des Mentorings nutzen, um sich beruflich weiterzuentwickeln, auch wenn einige wenige Kommentare darauf hindeuten, dass zum Teil noch Verbesserungspotenzial hinsichtlich des Engagements einiger Mentoren*innen zu bestehen scheint. Positiv ist zu werten, dass sich Radiologen*innen (zumindest in geringem Umfang) auch unabhängig von bestehenden Mentoring Programmen einen Mentor oder eine Mentorin zu suchen scheinen. So wurde zwei Mal ein inoffizielles Mentorship Verhältnis vereinbart, um die Vorteile dieses wertvollen Instruments zur Mitarbeiterentwicklung nutzen zu können.

Ein weiterer Vorschlag zur Förderung junger Radiologinnen und zur Verbesserung der Forschungsbedingungen ist, dass spezifische „Zeit-Slots“ für Forschungsaktivitäten reserviert werden.¹⁶⁰ So haben Vernuccio et al. (2019) beispielweise einen halben Tag pro Woche vorgeschlagen, der auch von Vorgesetzten und Mentoren*innen berücksichtigt und respektiert werden sollte. In gleicher Weise argumentieren die Studienteilnehmer*innen der vorliegenden Studie, die sich häufig mehr Zeit für ihre eigene Forschung wünschen. Insbesondere vor dem Hintergrund der umfangreichen zeitlichen Beanspruchung der Radiologen*innen in Deutschland durch die reguläre Arbeitszeit, Überstunden, Ruf- und Präsenzdienste scheint dieser Wunsch nachvollziehbar, da Forschungsaktivitäten i.d.R. außerhalb dieser Zeiten stattfinden. Sowohl bezahlte als auch unbezahlte Überstunden sind dabei ein weit verbreitetes Phänomen in der alltäglichen Arbeit der Radiologen*innen. Zwar verrichtet jeweils knapp die Hälfte der Studienteilnehmer*innen isoliert betrachtet weder bezahlte noch unbezahlte Mehrarbeit, jedoch ergibt sich gerade aus der Kombination von bezahlten und unbezahlten Überstunden eine enorme Arbeitsbelastung und ein außerordentliches zeitliches Engagement der Radio-

¹⁵⁹ Forman et al. (2012), Grimm et al. (2016)

¹⁶⁰ Vernuccio et al. (2019)

Diskussion der Ergebnisse

logen*innen, wodurch die Forschungsaktivitäten massiv belastet zu werden scheinen. So wurde von einigen Studienteilnehmern sogar eine (ggf. auch nur temporäre) Trennung von Forschung und klinischer Tätigkeit vorgeschlagen, um sich intensiver der Forschung widmen zu können.

Darüber hinaus wurde von Vernuccio et al. (2019) auch betont, dass Vorgesetzte und Mentoren*innen junge Ärzte*innen entsprechend motivieren sollten, sich in die Forschung einzubringen und Erfolge, wie die Veröffentlichung eines Papers, regelmäßig in Newslettern, E-Mails oder den Social-Media-Kanälen der Fakultät zu würdigen. In ähnlicher Weise argumentieren Kubik-Huch et al. (2020) sowie Piltch-Loeb et al. (2020), die noch deutliche Potenziale im Bereich des Self-Marketings sehen, um die eigene Karriere zu fördern. Während das Konzept des „Personal Brandings“ in anderen Disziplinen bereits bekannt und verbreitet ist¹⁶¹, stehen Radiologen*innen noch am Anfang dieser Entwicklung.¹⁶² Auch die individuellen Kommentare der Radiologen*innen der vorliegenden Studie zeugen nicht davon, dass dieses Konzept besonders präsent ist, obwohl dieser Ansatz in der heutigen Zeit durchaus einen wichtigen Beitrag für eine erfolgreiche Karriere liefern könnte.

Zahlreiche Vorschläge hinsichtlich potenzieller Optimierungsansätze bezogen sich auch auf eine bessere Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie, flexiblere Arbeitsgestaltungen und die Möglichkeit in Teilzeit zu arbeiten. Somit sind diese Ergebnisse kongruent zu bisherigen Studien, die eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Radiologen*innen fordern.¹⁶³ Dennoch weisen einige Autoren, wie Grimm et al. (2016) oder Fielding et al. (2007), auch daraufhin, dass die Radiologie im Vergleich zu anderen Fachbereichen bereits heute relativ familienfreundlich sei. Radiologen seien oft in der Lage, ihre klinischen Pflichten auf den Arbeitstag aufzuteilen, weil sie weniger häufig klinischen Notizen, Telefonaten mit Patienten oder Laborergebnissen nachgehen müssen als beispielsweise ihre Kollegen in der Familienmedizin oder Pädiatrie.¹⁶⁴ Diese Sichtweise spiegelt sich auch in den Kommentaren von zwei Radiologinnen wieder, die zuvor in der Chirurgie gearbeitet haben und bewusst in die Radiologie gewechselt sind.

¹⁶¹ Gorbatov et al. (2018)

¹⁶² Kalia et al. (2017)

¹⁶³ Kubik-Huch et al. (2020), Piltch-Loeb et al. (2020)

¹⁶⁴ Grimm et al. (2016)

Diskussion der Ergebnisse

Die Bedenken der Radiologen und Radiologinnen sollten jedoch ernst genommen werden und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, damit die Radiologie in Zukunft als noch attraktiverer Fachbereich positioniert werden kann. Medizinstudentinnen, die mit der Familienfreundlichkeit der Radiologie in Berührung kommen, könnten eher geneigt sein, dieses Fach zu wählen.¹⁶⁵ Entsprechend vielversprechend könnten Image-Kampagnen und bewusstes Lobbying für das Fach Radiologie sein. Auch dieser Ansatz wird von mehreren Teilnehmenden dieser Studie explizit empfohlen, um mehr weibliche Talente für den Fachbereich Radiologie zu gewinnen.

In dem Zusammenhang mit der Facharztwahl und einer strukturierten Karriereplanung ist dabei auch zu sehen, dass sich die Facharztausbildung sowohl für Männer als auch Frauen zum Teil deutlich verlängert, wobei sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen. Sowohl für diejenigen Radiologen*innen, die Ihre Facharztausbildung bereits abgeschlossen haben, als auch für diejenigen Radiologen*innen, die sich noch in der Ausbildung befinden, ist die Ausbildungsdauer der Frauen deutlich länger. Hier scheinen sich folglich Ansätze einer besseren Strukturierung der Facharztausbildung zu bieten, wie dies auch von zahlreichen individuellen Kommentaren bestätigt wird.

Mobbing und sexuelle Belästigung ist ein Problem, mit dem viele Radiologen*innen konfrontiert werden. Radiologinnen sind dabei von Mobbing deutlich häufiger betroffen und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz betrifft praktisch ausschließlich Frauen. Diese Ergebnisse sind vergleichbar zu denen bisheriger Studien.¹⁶⁶ Die Art und Weise des Mobbings und der Schikanen ist dabei sehr vielfältig und auch hinsichtlich der sexuellen Belästigung zeigt sich ein breites Spektrum. In diesem Aspekt konnte die bisherige Literatur erweitert werden, da durch den methodischen Ansatz ein individuelles Bild der Radiologen*innen in Deutschland gezeichnet werden konnte. Da Mobbing und sexuelle Belästigung jedoch nicht der Fokus der vorliegenden Studie waren, bieten sich hier Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschung.

Ein weiterer Aspekt, der in der vorliegenden Studie zum Ausdruck kommt, betrifft die gesellschaftlichen Erwartungen und Stereotype. Die von Eagly & Karau (2002) eingeführte Rollenkongruenztheorie postuliert, dass Personen positiver bewertet werden,

¹⁶⁵ Grimm et al. (2016)

¹⁶⁶ Coopes (2016), Jamieson et al. (2015), Llewellyn et al. (2019)

wenn ihre Eigenschaften mit ihren typischen gesellschaftlichen Rollen übereinstimmen. Da Männer in Führungspositionen dominierten, wurden deren Persönlichkeitsmerkmale zum Synonym für die Verhaltensweisen, die für den Führungserfolg erforderlich sind. Dazu zählten Unabhängigkeit, Entschlossenheit, Wettbewerbsfähigkeit und Charisma. Im Gegensatz dazu galten Frauen als begehrenswerter, wenn sie kommunale Eigenschaften wie Sensibilität, Fürsorge, Hilfsbereitschaft und Sympathie besaßen. Umgekehrt wurden Frauen, die Verhaltensweisen annahmen, um den gesellschaftlichen Normen der Führung zu entsprechen, als weniger weiblich angesehen.¹⁶⁷ Heute übernehmen Frauen, selbst wenn sie in Führungspositionen eingesetzt werden, häufiger Positionen, die traditionell als empathiebedürftig angesehen werden, wie z. B. Ausbilderinnen oder Leiter von Facharztprogrammen.¹⁶⁸ Dieses Phänomen zeigte sich auch in der vorliegenden Studie, wie einige individuelle Kommentare der Radiologen*innen verdeutlichen. Typische männliche Stereotype betreffen Dominanz und Durchsetzungsfähigkeit, sodass ein entsprechendes Auftreten auch positiv gewertet wird. Eher stille, strebsame und zurückhaltende Frauen, können so einen Nachteil erfahren, auch wenn sie fachlich genauso gut oder besser qualifiziert sind als ihre männlichen Kollegen.

Frauen können jedoch ihren eigenen Führungsstil entwickeln. Analog argumentieren auch Kubik-Huch et al. (2020), die die Vorteile femininer Eigenschaften betonen. Weibliche Führungskräfte müssen keine stereotypisch männlichen Verhaltensweisen annehmen, um effektiv zu sein; im Gegenteil, sie können durch die Betonung traditionell weiblicher Eigenschaften einflussreichere und inspirierendere Führungskräfte sein.¹⁶⁹

Um sich zur Führungskraft zu entwickeln, können auch ergänzende Studiengänge hilfreich sein, die spezifische Kompetenzen vermitteln, die über das eigentliche Studium der Humanmedizin hinausgehen. Insbesondere ein aufbauendes M(H)BA-Studium (Master of Business Administration oder Master of Health Business Administration) kann in diesem Zusammenhang genannt werden, um sich betriebswirtschaftliche und Management-Kompetenzen anzueignen. Insbesondere männliche Radiologen scheinen diesen Ansatz zu verfolgen, um sich durch den Erwerb expliziter Management-

¹⁶⁷ Eagly & Karau (2002)

¹⁶⁸ Grimm et al. (2016)

¹⁶⁹ Kubik-Huch et al. (2020)

Kompetenzen über eine rein fachliche Karriere hinaus für Führungsaufgaben zu qualifizieren. Eine Studie von Baker & Daginawala (2011) konnte zeigen, dass MBA Programme für Mediziner beliebter und verbreiteter geworden sind. Dennoch verweisen die Autoren darauf, dass mehr Angebote geschaffen werden sollten, um relevante Themen der Führung und des Managements zu behandeln, die für das Fachgebiet Radiologie relevant sind, und um motivierte Radiologen*innen zu unterstützen, die an der Führung des Berufsstandes interessiert sind.¹⁷⁰ Eine notwendige Voraussetzung für eine Karriere im Fachbereich Radiologie und für die Wahrnehmung übergeordneter Management-Aufgaben scheint ein M(H)BA jedoch nicht zu sein.

Ergänzende Bachelor-Studiengänge spielen keine Rolle. Hier könnte vermutet werden, dass diese Studiengänge vor der Aufnahme eines Studiums der Humanmedizin absolviert wurden und somit ein Fachrichtungswechsel erfolgte.

Bei den meisten Diplom-Studiengängen scheint ebenfalls die Vermutung nahe zu liegen, dass diese vor dem eigentlichen Studium der Humanmedizin absolviert wurden und eine Neuausrichtung der Studiengänge erfolgte. Lediglich im Fall des Diplom-Studienganges der Physik ergibt sich eine thematische Überschneidung mit der Radiologie. Welcher Studiengang zuerst absolviert wurde, lässt sich an dieser Stelle leider nicht eindeutig belegen. Aufgrund der geringen Häufigkeit erscheint ein Studium der Physik allerdings keine notwendige Voraussetzung für eine Karriere im Fachbereich Radiologie zu sein, auch wenn ein Studium der Physik als ein naheliegender ergänzender Studiengang erscheinen mag. Dies wird auch durch eine Studie von Rehani et al. (2018) bestätigt, die belegt, dass die Vermittlung von physikalischen Inhalten in der Ausbildung zum Radiologen oder zur Radiologin i.d.R. von Mediziner*innen und nicht von Physikern*innen erfolgt.

Ein Aspekt, der in der bisherigen Literatur noch keine Berücksichtigung gefunden hat, sind psychologische Persönlichkeitseigenschaften als ein Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie. Die vorliegende Studie hat diesen Aspekt erstmalig aufgegriffen und konnte den bisherigen Forschungsstand entsprechend erweitern.

Dabei zeigte sich, dass insbesondere die Dimension emotionale Stabilität von Bedeutung zu sein scheint, da diese signifikant mit dem Geschlecht und der Hierarchieposition

¹⁷⁰ Baker & Daginawala (2011)

Diskussion der Ergebnisse

korreliert. Für Männer scheint dabei ein deutlich höherer Wert auf der Skala der emotionalen Stabilität zu resultieren. Dies ist konsistent mit den Normdaten von Gosling et al. (2003), die Männern eine höhere emotionale Stabilität zuschreiben.

Weiterhin konnte in der vorliegenden Studie erstmalig ein Zusammenhang der emotionalen Stabilität und der beruflichen Hierarchieebene in einem medizinischen Setting evaluiert werden. Dabei scheint mit zunehmender Hierarchieposition auch die emotionale Stabilität zuzunehmen, sodass Radiologen*innen auf einer höheren beruflichen Hierarchieebene höhere Werte auf dieser Skala aufweisen. Folglich scheint die Dimension emotionale Stabilität einen Einfluss auf den hierarchischen Aufstieg im Fachbereich Radiologie auszuüben. Dies scheint durchaus nachvollziehbar, da mit zunehmender Hierarchieebene auch die Verantwortung, die Exposition und das Stresslevel zunehmen. Der Umgang mit Kritik und Resilienz sind in diesem Zusammenhang von zunehmender Bedeutung. Ähnliche Ergebnisse konnten auch außerhalb der Medizin beobachtet werden. So berichtet Zitelmann (2017) von vergleichbaren Resultaten für die Vermögens-, Reichtums- und Unternehmerforschung, wo der Umgang mit Rückschlägen ein zentrales Kriterium für den beruflichen Erfolg darstellt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind dabei auch mit bisherigen Studien in der Medizin kompatibel. So haben Stienen et al. (2018) von höheren Werten der emotionalen Stabilität für Ärzte*innen im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung berichtet. Gerade Chirurgen*innen wiesen eine besonders hohe emotionale Stabilität auf, was auch dem Anforderungsprofil dieser Profession gerecht wird.¹⁷¹ Analog haben Surbeck et al. (2020) höhere Scores hinsichtlich der Dimension emotionale Stabilität für Neurochirurgen*innen im Vergleich zu Neurologen*innen und Psychiatern*innen beobachtet. Eine höhere emotionale Stabilität konnte des Weiteren auch für Studierende der Medizin im Vergleich zu anderen Studienrichtungen nachgewiesen werden.¹⁷² Darüber hinaus scheinen diese Profile auch über die Ausbildungsstufen (Fachärzte*innen, Ärzten*innen in Weiterbildungen sowie Studierende) stabil zu sein.¹⁷³

Folglich deuten die bisherigen Arbeiten und Ergebnisse darauf hin, dass bestimmten Facharztgruppen ein spezifisches psychologisches Persönlichkeitsprofil zugeordnet

¹⁷¹ Stienen et al. (2018)

¹⁷² Bunevicius et al. (2008), Lean et al. (2018)

¹⁷³ Preece & Cope (2016), Stienen et al. (2018), Surbeck et al. (2020)

werden kann. Durch die vorliegende Studie konnten diese Erkenntnisse erweitert werden, indem analysiert werden konnte, dass nicht nur ein spezifisches Persönlichkeitsprofil hinsichtlich der Facharzttrichtung zu bestehen scheint, sondern auch bzgl. der hierarchischen Position. Folglich könnten psychologische Persönlichkeitseigenschaften und insbesondere die Dimension emotionale Stabilität als ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie interpretiert werden. Bereits für Studierende der Medizin konnte gezeigt werden, dass die Dimension emotionale Stabilität negativ mit Angst und Depression korreliert.¹⁷⁴ Für Ärzte*innen in der Facharztausbildung konnte ein Zusammenhang dieser Dimension mit Burnout belegt werden.¹⁷⁵ Analog scheint eine geringe Ausprägung der Dimension emotionale Stabilität auch für den beruflichen und hierarchischen Aufstieg nicht förderlich zu sein. Die weiteren vier Dimensionen des Big Five Modells hatten in der vorliegenden Studie hingegen keine signifikanten Effekte hinsichtlich der Hierarchieebene.

In Übereinstimmung mit zahlreichen bisherigen Arbeiten zum Thema Big Five kann daraus eine Trias an Schlussfolgerungen abgeleitet werden, die sich auf die Auswahl geeigneter Kandidaten, die Karriereberatung sowie ein systematisches Coaching der Ärzte*innen bezieht.¹⁷⁶

Ein Ansatz, den Frauenanteil im Fachbereich Radiologie zu erhöhen, könnte demnach sein, bewusst junge Radiologinnen mit einem hohen Score hinsichtlich der emotionalen Stabilität für eine Karriere auszuwählen und zu fördern. Vergleichbar argumentieren zum Beispiel Drosdeck et al. (2015), Preece & Cope (2016) oder Lean et al. (2018).

Ein zweiter Ansatz wäre darüber hinaus bewusst die emotionale Stabilität junger Radiologinnen zu stärken und entsprechende Coachings bereitzustellen.¹⁷⁷ Wie diese in dem Setting für Radiologie entsprechend aussehen und gestaltet werden müssten, ist hingegen Aufgabe zukünftiger Forschung in diesem Bereich. Ein Fokus auf die emotionale Stabilität könnte jedoch vielversprechend sein. Die anderen Dimensionen könnten hingegen eine untergeordnete Rolle spielen.

¹⁷⁴ Bunevicius et al. (2008)

¹⁷⁵ Prins et al. (2019)

¹⁷⁶ z.B. Drosdeck et al. (2015), Kwon & Park (2015), Lean et al. (2018), Lourinho et al. (2016), McManus (2006), Preece & Cope (2016), Song & Shi (2017), Stienen et al. (2018), Surbeck et al. (2020)

¹⁷⁷ z.B. Kwon & Park (2015), Preece & Cope (2016)

Diskussion der Ergebnisse

Diese Erkenntnisse sind schließlich auch für junge Radiologen*innen relevant, die entsprechende Karriereabsichten verfolgen. Durch einen relativ einfachen Test könnten sie eine Einschätzung ihrer psychologischen Persönlichkeitseigenschaften erlangen, den sie konkret für ihre Karriereplanung nutzen könnten. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie sollte dabei insbesondere die Dimension der emotionalen Stabilität beachtet werden und mit den Anforderungen einer höheren Hierarchieebene abgeglichen werden. Neben der rein fachlichen Qualifikation scheint demnach ein hoher Score hinsichtlich der Dimension emotionale Stabilität ein Erfolgsfaktor für eine Karriere im Fachbereich Radiologie zu sein.

Diese Erkenntnisse, Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen sollten dabei sowohl von Institutionen als auch von Individuen berücksichtigt werden, da ein zentraler Faktor für den beruflichen Erfolg in der Übereinstimmung psychologischer Persönlichkeitseigenschaften mit den Anforderungen der spezifischen Profession liegt¹⁷⁸ und auch die individuelle Gesundheit maßgeblich beeinflussen kann.¹⁷⁹

Die vorliegende Studie liefert somit zahlreiche Beiträge und Erweiterungen zu dem derzeitigen Forschungsstand bzgl. des Themas Gender Gap im Fachbereich Radiologie, indem erstmalig eine strukturierte Studie in Deutschland durchgeführt wurde. Wesentliche Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Fachbereich Radiologie, die in bisherigen Studien identifiziert wurden, konnten bestätigt sowie weitere Faktoren hinzugefügt werden, um ein größeres Gesamtbild entwickeln zu können. Insgesamt zeigt sich das Bild, dass Frauen in zahlreichen Aspekten eine Benachteiligung erfahren und es für Männer im Vergleich zu Frauen leichter scheint, Karriere zu machen. Dies wird i.d.R. auch von männlichen Radiologen so gesehen. Ein wesentlicher Grund liegt dabei in der hohen zeitlichen Belastung. Viele Vorgesetzte scheinen 100% Einsatz und Engagement von ihren Mitarbeiter*innen zu verlangen, um eine berufliche Weiterentwicklung aktiv zu fördern. Teilzeitmodelle scheinen hingegen immer noch diskreditiert zu werden. Dieses Problem betrifft dabei sowohl Frauen als auch Männer, wie ausgewählte Kommentare zeigen. Es gibt jedoch auch Stimmen, die auf eine positive Entwicklung in den letzten Jahren hindeuten, obwohl der Weg zu einer Gleichbehandlung der Geschlechter noch weit zu sein scheint.

¹⁷⁸ Holland (1997)

¹⁷⁹ z.B. Bunevicius et al. (2008), McManus et al. (2004), Prins et al. (2019)

E.2. Limitationen und Ansätze für weitere Forschung

Trotz eines sorgfältigen Designs ist diese Studie nicht frei von Limitationen, sodass die Ergebnisse kritisch zu hinterfragen sind und sich vielfältige Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschungsarbeiten ergeben.

Ein Aspekt betrifft die Response Rate. So wurde als Zielgruppe der Studie Radiologen und Radiologinnen in Deutschland definiert. Trotz umfangreicher und zeitlich aufwändiger Bestrebungen konnten von den 4.500 kontaktierten Radiologen*innen nur ca. 12% zu einer vollständigen Bearbeitung des Online-Fragebogens bewegt werden. Es kann angenommen werden, dass dies zum einen mit dem sehr umfangreichen Erhebungsinstrument zusammenhing, da etwa doppelt so viele Ärzte*innen die Homepage zwar aufgerufen, den Fragenbogen allerdings nicht beendet haben. Weiterhin gestaltete sich die Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe als schwierig. So mussten die Internetauftritte der Kliniken manuell recherchiert werden, um die Mitarbeitenden aus dem Fachbereich Radiologie identifizieren zu können. Dabei wurden nicht immer alle Mitarbeitenden genannt bzw. E-Mail-Adressen konnten z.T. nicht identifiziert werden. Weiterhin hinkt die Aktualisierung der Webpräsenz immer der hohen Fluktuation der Mitarbeitenden hinterher. So konnten E-Mail-Einladungen zur Teilnahme an der Umfrage teilweise nicht zugestellt werden. In diesem Zusammenhang bietet sich entsprechend Potenzial für eine Erweiterung der Datenbasis. Auch die Repräsentativität der vorliegenden Studie ist kritisch zu hinterfragen, da diese auf einer Online-Befragung mit Selbstrekutierung beruht. So konnte nicht die gesamte Grundgesamtheit, d.h. alle Radiologen*innen in Deutschland, identifiziert und kontaktiert werden, da eine Liste der Bundesärztekammer aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zur Verfügung gestellt wurde. Ein Selektionsbias ist daher als mögliche Limitation anzunehmen. Dennoch ist die absolute Anzahl an Studienteilnehmer*innen mit 522 als durchaus umfangreich zu bezeichnen. Im Vergleich dazu waren im Jahr 2021 in Deutschland 9.535 berufstätige Radiologen*innen bei der Bundesärztekammer registriert¹⁸⁰. Die spezifischen Charakteristika der Stichprobe hinsichtlich des Geschlechts und Alters sprechen ebenfalls für eine gute Validität der Ergebnisse. Vor dem Hintergrund, dass bisher keine weiteren vergleichbaren Studien vorliegen, welche Radiologen*innen in Deutschland untersucht haben, und aufgrund des umfangreichen Stichprobenumfangs der vorliegenden Arbeit, sollten sich

¹⁸⁰ Bundesärztekammer: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021

Diskussion der Ergebnisse

somit dennoch Aussagen ableiten lassen, die die typische Situation dieser Zielgruppe widerspiegeln und über die Stichprobe hinaus Gültigkeit besitzen, auch wenn diese Ergebnisse immer kritisch reflektiert werden sollten. Insgesamt bleibt dennoch festzuhalten, dass zum ersten Mal ein so umfangreicher Datensatz generiert werden konnte, um die Situation und Erfolgsfaktoren für eine Karriere von Radiologen*innen in Deutschland zu evaluieren.

Ein zweiter Aspekt betrifft die geografische Eingrenzung der Studie. Die vorliegende Arbeit hat sich dabei auf Radiologen*innen in Deutschland fokussiert. Bisherige Studien haben insbesondere die Situation in den USA erfasst, wobei i.d.R. nicht ein solch umfassender Ansatz wie in der vorliegenden Studie verfolgt wurde. Europa und insbesondere Deutschland wurden bisher nicht oder nur rudimentär thematisiert. Somit konnte wesentlich zu dem Forschungsstand hinsichtlich der Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Fachbereich Radiologie beigetragen werden. Nichtsdestotrotz ergeben sich Anknüpfungspunkte für weitere Forschung, indem der vorgestellte Ansatz auf weitere bisher nicht evaluierte Länder übertragen wird. Ein Vergleich zwischen Ländern ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher Kulturen und Gesundheitssysteme vielversprechend, da so spezifische Besonderheiten evaluiert werden können und ein Transfer von Best-Practices erfolgen kann.

Ein weiterer Ansatz für zukünftige Forschungsarbeiten betrifft die Ausweitung der Studie auf andere Fachdisziplinen. So wurde ein Gender Gap nicht nur im Bereich der Radiologie identifiziert, sondern stellt ein fachübergreifendes Phänomen in der Medizin dar. Folglich könnte das vorgestellte Forschungsdesign auch auf andere Fachgruppen übertragen werden, um so den Kenntnisstand zu erweitern und vielversprechende Ansätze zu identifizieren, um dem Gender Gap entgegenzuwirken.

Ob die identifizierten Faktoren auch langfristig stabil sind, ist ebenfalls Gegenstand zukünftiger Forschung. Zeitliche Dynamiken konnten durch das Studiendesign einer Querschnittsbefragung leider nicht erfasst werden. So könnte es sich anbieten, in einigen Jahren eine Wiederholung der Studie anzustreben, um zu evaluieren, ob die gleichen Faktoren weiterhin wirksam sind oder ob andere Faktoren an Relevanz gewonnen haben. Auf unterschiedlichen Ebenen werden derzeit Initiativen entwickelt, um die Karrieremöglichkeiten von Frauen zu verbessern und gleichberechtigte Möglichkeiten der

Diskussion der Ergebnisse

wissenschaftlichen Entfaltung zu schaffen. Wie erfolgreich diese Maßnahmen sind, kann nur eine langfristig angelegte Studie zeigen.

Trotz des umfangreichen Studiendesigns konnten durch den Fragebogen nicht alle Aspekte bis ins Detail erfasst werden. Für zukünftige Forschungsarbeiten könnten sich daher spezifische Scherpunktsetzungen anbieten. Ein Beispiel betrifft die Auswirkung von Mobbing am Arbeitsplatz und dessen langfristige Effekte auf die Karriere von Radiologen*innen. Dieses Thema konnte in der vorliegenden Studie nur am Rande erfasst und evaluiert werden, um die Bearbeitungszeit des Fragebogens zu begrenzen. Aufgrund der Prävalenz des Problems erscheint eine tiefergehende Analyse jedoch angebracht zu sein. So haben knapp 40% der Studienteilnehmer*innen von Mobbing und Schikanen am Arbeitsplatz berichtet (53,9% der Radiologinnen bzw. 29,2% der Radiologen). Für eine systematische Erfassung sei daher auf zukünftige Forschungsarbeiten verwiesen. Interessant wäre beispielsweise inwiefern sich diese Erfahrungen auf die Motivation der Radiologen*innen sowie den Karriereverlauf ausgewirkt haben und ob bestimmte Entscheidungen wie Kündigungen und Stellenwechsel auf Mobbing zurückgeführt werden können.

Der Ansatz den Einfluss psychologischer Persönlichkeitseigenschaften als Erfolgsfaktoren für eine wissenschaftliche Karriere zu evaluieren, wurde in der vorliegenden Studie erstmalig verfolgt und die bestehende Literatur auf diesem Gebiet erweitert. Entsprechend sollten die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit in zukünftigen Studien repliziert und die Effekte validiert werden. Weiterhin könnte ein sehr großes Potenzial darin bestehen, diesen Ansatz auch in internationalen Studien anzuwenden. Das notwendige Erhebungsinstrument ist dafür bereits verfügbar, da der TIPI-10 mittlerweile in zahlreichen Sprachen validiert wurde. Die vorliegende Arbeit liefert in diesem Zusammenhang einen ersten Ansatz, der jedoch nur auf Deutschland beschränkt ist. Darüber hinaus könnte es sich auch anbieten, den Forschungsansatz auf andere Fachbereiche auszuweiten. Ebenso könnte ein Vergleich zu Professionen außerhalb der Medizin durchaus vielversprechend sein.

Die Forschung auf dem Gebiet Gender Gap im Fachbereich Radiologie und der Erfolgsfaktoren für eine wissenschaftliche Karriere bietet somit noch viel Potenzial, da sich zahlreiche Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschungsarbeiten und Studien ergeben.

F. Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit ist der bisher erste und umfassendste Ansatz, den Gender Gap im Fachbereich Radiologie und die spezifische Situation von Radiologen*innen in Deutschland hinsichtlich der Erfolgsfaktoren für eine wissenschaftliche Karriere umfassend zu evaluieren.

Dabei zeigen sich auch für Deutschland signifikante Unterschiede zwischen Radiologen und Radiologinnen hinsichtlich einer Vielzahl von Variablen. Grundsätzlich stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit der bestehenden Literatur überein, die ähnliche Ergebnisse für andere Länder berichten. So haben Radiologinnen beispielsweise deutlich weniger wissenschaftliche Publikationen als ihre männlichen Kollegen veröffentlicht und auch der Anteil von Frauen in Führungspositionen nimmt mit der Hierarchiestufe deutlich ab. In diesem Zusammenhang konnte in der vorliegenden Studie erstmalig gezeigt werden, dass psychologische Persönlichkeitseigenschaften und insbesondere die Dimension der emotionalen Stabilität einen Effekt auf die Hierarchieposition auszuüben scheinen.

Es ergaben sich jedoch auch Tendenzen, dass sich der Gender Gap im Fachbereich Radiologie in Deutschland in Zukunft reduzieren könnte. So ist zunächst die hohe Beteiligung junger Radiologinnen in der durchgeführten Befragung zu nennen. Wenn sich das Phänomen der „Leaky Pipeline“¹⁸¹ in Zukunft nicht verstärkt, bestehen berechtigte Hoffnungen, dass mehr talentierte Radiologinnen eine erfolgreiche Karriere durchlaufen. Weiterhin wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Programme ins Leben gerufen, um die Karriere von Frauen zu fördern. Dies wurde von den Studienteilnehmer*innen der Studie auch so wahrgenommen und von einigen Radiologinnen auch explizit genutzt. Teilweise empfinden Radiologen die gezielte Förderung von Frauen mittlerweile sogar als Diskriminierung des männlichen Geschlechts. Dennoch ist auch in Deutschland ein Gender Gap im Fachbereich Radiologie immer noch existent, sodass Maßnahmen zur Erhöhung des Frauenanteils gerechtfertigt erscheinen. Insbesondere ein strukturierter Ausbildungsplan, flexible Teilzeitmodelle sowie Mentoring Programme werden dabei als zielführend erachtet, um Frauen bei Ihrer Karriere zu unterstützen. Gerade letztgenannter Aspekt stellt aus Sicht zahlreicher Studienteilnehmer*innen ei-

¹⁸¹ Kubik-Huch (2020)

Zusammenfassung und Ausblick

nen zentralen Erfolgsfaktor für eine Karriere dar. Junge Radiologen und Radiologinnen sind somit angehalten, sich an offiziellen Mentoring Programmen zu beteiligen, sich aber auch selbst um inoffizielle Mentoren*innen zu bemühen, die sie in ihrer beruflichen Entwicklung unterstützen.

Darüber hinaus konnte in Übereinstimmung mit bisherigen Arbeiten verdeutlicht werden, dass der Big Five Persönlichkeitstest ein Instrument darstellen könnte, welches bei der Auswahl geeigneter Kandidaten, der Karriereberatung und im Rahmen eines systematischen Coachings einen wertvollen Beitrag leisten könnte.

Letztendlich muss jeder selbst an seiner Karriere arbeiten, begleitende Maßnahmen können allerdings sehr hilfreich sein, um junge Talente zu unterstützen. Die vorliegende Studie liefert dazu verschiedene Ansatzpunkte, wie der Gender Gap im Fachbereich Radiologie in Deutschland adressiert werden könnte, welche Erfolgsfaktoren eine Karriere in der Radiologie begünstigen und welche Strategien individuelle Radiologen*innen selbst ergreifen können, um ihre Karriere optimal zu gestalten und sich beruflich zu entfalten.

G. Literaturverzeichnis

- Alcaide-Leon P, Rawal S, Krings T, Wang G, Zhu J, van Tuijl R, Anderman I, Schorlemmer C. Gender Differences in Diagnostic Radiology Practice: An Observational Study. *J Am Coll Radiol*. 2022 Jan;19(1 Pt A):90-96. doi: 10.1016/j.jacr.2021.09.034. Epub 2021 Nov 9. PMID: 34767795.
- Allen TD, Eby LT. Factors related to mentor reports of mentoring functions provided: gender and relational characteristics. *Sex Roles*. 2004;50:129–139.
- Amering M, Schrank B, Sibitz I. The gender gap in high-impact psychiatry journals. *Acad Med*. 2011 Aug;86(8):946-52. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182222887. PMID: 21694564.
- Bailey C, Sok M, Komorowski D. Entrance of women into interventional radiology lags behind other surgically oriented specialties. *J Vasc Interv Radiol*. 2017;28(2):S187–8.
- Baker S, Daginawala N. Leadership training for radiologists: a survey of opportunities and participants in MBA and MPH programs by medical students, residents, and current chairpersons. *J Am Coll Radiol*. 2011 Aug;8(8):563-7. doi: 10.1016/j.jacr.2011.02.013. PMID: 21807350.
- Bergeron JL, Wilken R, Miller ME, Shapiro NL, Bhattacharyya N. Measurable progress in female authorship in otolaryngology. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012 Jul;147(1):40-3. doi: 10.1177/0194599812438171. Epub 2012 Feb 10. PMID: 22328701.
- Bernard C, Pommier R, Vilgrain V, Ronot M. Gender gap in articles published in European Radiology and CardioVascular and Interventional Radiology: evolution between 2002 and 2016. *Eur Radiol*. 2020 Feb;30(2):1011-1019. doi: 10.1007/s00330-019-06390-7. Epub 2019 Sep 10. PMID: 31506817.
- Best PJ, Skelding KA, Mehran R, Chieffo A, Kunadian V, Madan M, Mikhail GW, Mauri F, Takahashi S, Honye J, Hernández-Antolín R, Weiner BH; Society for Cardiovascular Angiography & Interventions' Women in Innovations (WIN) Group. SCAI consensus document on occupational radiation exposure to the pregnant cardiologist and technical personnel. *EuroIntervention*. 2011 Feb;6(7):866-74. doi: 10.4244/EIJV6I7A148. PMID: 21252022.
- Bexelius TS, Olsson C, Järnbert-Pettersson H, Parmskog M, Ponzer S, Dahlin M. Association between personality traits and future choice of specialisation among Swedish doctors: a cross-sectional study. *Postgrad Med J*. 2016 Aug;92(1090):441-6. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133478. Epub 2016 Feb 10. PMID: 26864310.
- Bishay V, Young L, Ranade M, Fischman A, Lookstein R. Lack of exposure and perceived occupational hazards as barriers to entry into IR for women: a survey of 143 female medical students. *J Vasc Interv Radiol*. 2017;28(2):S20-1. doi: 10.1016/j.jvir.2016.12.629.

Literaturverzeichnis

- Branstetter BF 4th, Faix LE, Humphrey AL, Schumann JB. Preclinical medical student training in radiology: the effect of early exposure. *AJR Am J Roentgenol.* 2007 Jan;188(1):W9-14. doi: 10.2214/AJR.05.2139. PMID: 17179333.
- Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021. Zugriff am 05.10.2022 unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Statistik_2021/2021_Statistik.pdf
- Bunevicius A, Katkute A, Bunevicius R. Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress. *Int J Soc Psychiatry.* 2008 Nov;54(6):494-501. doi: 10.1177/0020764008090843. PMID: 18974188.
- Cater SW, Yoon SC, Lowell DA, Campbell JC, Sulioti G, Qin R, Jiang B, Grimm LJ. Bridging the Gap: Identifying Global Trends in Gender Disparity Among the Radiology Physician Workforce. *Acad Radiol.* 2018 Aug;25(8):1052-1061. doi: 10.1016/j.acra.2017.12.021. Epub 2018 Feb 15. PMID: 29398433.
- Coopes A. Operate with respect: how Australia is confronting sexual harassment of trainees. *BMJ.* 2016 Sep 1;354:i4210. doi: 10.1136/bmj.i4210. PMID: 27587299.
- Costa PT, McCrae, RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEOFFI) professional manual. 1992; Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dauer LT, Miller DL, Schueler B, Silberzweig J, Balter S, Bartal G, Chambers C, Collins JD, Damilakis J, Dixon RG, Marx MV, Stecker MS, Vañó E, Venkatesan AM, Nikolic B; Society of Interventional Radiology Safety and Health Committee; Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe Standards of Practice Committee. Occupational radiation protection of pregnant or potentially pregnant workers in IR: a joint guideline of the Society of Interventional Radiology and the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe. *J Vasc Interv Radiol.* 2015 Feb;26(2):171-81. doi: 10.1016/j.jvir.2014.11.026. PMID: 25645407.
- Deloitte Global Center for Corporate Governance. Women in the boardroom: a global perspective, fifth edition. 2017; Zugriff am 22.05.2021 unter: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Risk/Women%20in%20the%20boardroom%20a%20global%20perspective%20fifth%20edition.pdf>.
- DePietro DM, Kiefer RM, Redmond JW, Workman AD, Nadolski GJ, Gade TP, Trerotola SO, Hunt SJ. Increasing Medical Student Exposure to IR through Integration of IR into the Gross Anatomy Course. *J Vasc Interv Radiol.* 2017 Oct;28(10):1455-1460. doi: 10.1016/j.jvir.2017.06.040. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28827012.
- Desvaux G, Devillard S, de Zelicourt A, Kossoff C, Labaye E, Sancier-Sultan S (2017) Women matter: ten years of insights on gender diversity. McKinsey & Company. October 2017; Zugriff am 22.05.2021 unter: <https://www.mckinsey.com/featured-insights/gender-equality/women-matter-ten-years-of-insights-on-gender-diversity>.
- Dettmer S, Fischer V, Paeßens C, Meyer S, Wacker FK, Rodt T. Who will be the Radiologists of Tomorrow? A survey of radiology during the "Practical Year" in Ger-

Literaturverzeichnis

- many. *Rofo*. 2017 Oct;189(10):967-976. English. doi: 10.1055/s-0043-112338. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28697528.
- Dettmer S, Wenzel A, Trenkwalder T, Tiefenbacher C, Regitz-Zagrosek V. Gender and career in cardiology-a cross-sectional study. *Herz*. 2021 Mar;46(2):150-157. English. doi: 10.1007/s00059-021-05027-0. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33599803.
- Deutsches Krankenhaus Verzeichnis. Zugriff im Zeitraum Dezember 2020 bis April 2021 unter: www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de.
- Duc NM, Huy HQ, Keserci B, Thong PM. Gender Disparity in Vietnamese Radiological Societies: a Preliminary Observational Study. *Acta Inform Med*. 2020 Mar;28(1):71-74. doi: 10.5455/aim.2019.28.71-74. PMID: 32210519; PMCID: PMC7085318.
- Eagly AH, Karau SJ. Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychol Rev*. 2002 Jul;109(3):573-98. doi: 10.1037/0033-295x.109.3.573. PMID: 12088246.
- Englander MJ, Belli A. Women can lead the way for the future of Interventional Radiology. *Endovasc Today*. 2018;17(1):40–2.
- Englander MJ, O'Horo SK. JOURNAL CLUB: Women in Interventional Radiology: How Are We Doing? *AJR Am J Roentgenol*. 2018 Oct;211(4):724-729. doi: 10.2214/AJR.18.19938. Epub 2018 Jul 24. PMID: 30040465.
- Feramisco JD, Leitenberger JJ, Redfern SI, Bian A, Xie XJ, Resneck JS Jr. A gender gap in the dermatology literature? Cross-sectional analysis of manuscript authorship trends in dermatology journals during 3 decades. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Jan;60(1):63-9. doi: 10.1016/j.jaad.2008.06.044. PMID: 19103359.
- Fielding JR, Major NM, Mullan BF, Neutze JA, Shaffer K, Wilcox CB, Paynter L, Pisano ED. Choosing a specialty in medicine: female medical students and radiology. *AJR Am J Roentgenol*. 2007 Apr;188(4):897-900. doi: 10.2214/AJR.06.0539. PMID: 17377020.
- Foo M, Maingard J, Phan K, Lim R, Chandra RV, Lee MJ, Asadi H, Kok HK, Brooks M. Australian students' perspective on interventional radiology education: A prospective cross-institutional study. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2018 Dec;62(6):758-763. doi: 10.1111/1754-9485.12764. Epub 2018 Jul 13. PMID: 30004633.
- Foo M, Maingard J, Wang M, Kok HK, Chandra RV, Jhamb A, Chong W, Lee MJ, Brooks M, Asadi H. Women in interventional radiology: insights into Australia's gender gap. *Clin Radiol*. 2020 Jul;75(7):560.e1-560.e7. doi: 10.1016/j.crad.2020.03.030. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32331782.
- Forman HP, Larson DB, Kaye AD, Kazerooni EA, Norbash A, Crowe JK, Javitt MC, Beauchamp NJ Jr. Masters of radiology panel discussion: women in radiology--how can we encourage more women to join the field and become leaders? *AJR Am J Roentgenol*. 2012 Jan;198(1):145-9. doi: 10.2214/AJR.11.8053. PMID: 22194490.

- Franceschi AM, Rosenkrantz AB. Patterns of Recent National Institutes of Health (NIH) Funding to Diagnostic Radiology Departments: Analysis Using the NIH REPORTER System. *Acad Radiol.* 2017 Sep;24(9):1162-1168. doi: 10.1016/j.acra.2017.02.018. Epub 2017 May 18. PMID: 28528855.
- Ghatan CE, Fassiotto M, Jacobsen JP, Sze DY, Kothary N. Occupational Radiation Exposure during Pregnancy: A Survey of Attitudes and Practices among Interventional Radiologists. *J Vasc Interv Radiol.* 2016 Jul;27(7):1013-1020.e3. doi: 10.1016/j.jvir.2016.03.040. Epub 2016 May 26. PMID: 27236211.
- Glastonbury CM, Wall SD, Arenson RL. Gender Issues Persist in Academic Radiology Promotions. *Radiology.* 2017 Apr;283(1):4-6. doi: 10.1148/radiol.2017162508. PMID: 28318440.
- Gorbatov S, Khapova SN, Lysova EI. Personal Branding: Interdisciplinary Systematic Review and Research Agenda. *Front Psychol.* 2018 Nov 21;9:2238. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02238. PMID: 30519202; PMCID: PMC6258780.
- Gosling SD, Rentfrow PJ & Swann WB Jr. A Very Brief Measure of the Big-Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality.* 2003;37:504-528.
- Grimm LJ, Ngo J, Pisano ED, Yoon S. Men (and Women) in Academic Radiology: How Can We Reduce the Gender Discrepancy? *AJR Am J Roentgenol.* 2016 Apr;206(4):678-80. doi: 10.2214/AJR.15.15277. Epub 2016 Feb 2. PMID: 27003048.
- Guilera T, Batalla I, Forné C, Soler-González J. Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2019 Feb 14;19(1):57. doi: 10.1186/s12909-019-1485-2. PMID: 30764878; PMCID: PMC6376790.
- Handelsman J, Cantor N, Carnes M, Denton D, Fine E, Grosz B, Hinshaw V, Marrett C, Rosser S, Shalala D, Sheridan J. Careers in science. More women in science. *Science.* 2005 Aug 19;309(5738):1190-1. doi: 10.1126/science.1113252. PMID: 16109868.
- Higgins MC, Hwang WT, Richard C, Chapman CH, Laporte A, Both S, Thomas CR Jr, Deville C. Underrepresentation of Women and Minorities in the United States IR Academic Physician Workforce. *J Vasc Interv Radiol.* 2016 Dec;27(12):1837-1844.e2. doi: 10.1016/j.jvir.2016.06.011. Epub 2016 Aug 26. PMID: 27569677.
- Herzberg R & Roth M. *Persönlichkeitspsychologie*, Wiesbaden. 2014.
- Holland JL. *Making vocational choices. A theory of vocational personalities and work environments.* Psychological Assessment Resources. 1997; Odessa.
- Hricak H, Kubik-Huch RA, Menu Y. Closing the gender gap in academic radiology: reasons for hope? *Eur Radiol.* 2020 Feb;30(2):1008-1010. doi: 10.1007/s00330-019-06456-6. Epub 2019 Dec 3. PMID: 31797076; PMCID: PMC6960345.
- Ibarra H, Carter NM, Silva C. Why men still get more promotions than women. *Harv Bus Rev.* 2010 Sep;88(9):80-5, 126. PMID: 20821967.

Literaturverzeichnis

- Iversen AC, Eady NA, Wessely SC. The role of mentoring in academic career progression: a cross-sectional survey of the Academy of Medical Sciences mentoring scheme. *J R Soc Med.* 2014 Aug;107(8):308-317. doi: 10.1177/0141076814530685. Epub 2014 Apr 16. PMID: 24739382; PMCID: PMC4128076.
- Judge TA, Erez A, Bono JE, Thoresen CJ. Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *J Pers Soc Psychol.* 2002 Sep;83(3):693-710. doi: 10.1037//0022-3514.83.3.693. PMID: 12219863.
- Judge TA, Ilies R. Relationship of personality to performance motivation: a meta-analytic review. *J Appl Psychol.* 2002 Aug;87(4):797-807. doi: 10.1037/0021-9010.87.4.797. PMID: 12184582.
- Kalia V, Patel AK, Moriarity AK, Canon CL. Personal Branding: A Primer for Radiology Trainees and Radiologists. *J Am Coll Radiol.* 2017 Jul;14(7):971-975. doi: 10.1016/j.jacr.2017.03.017. Epub 2017 May 3. PMID: 28476605.
- Kapoor N, Blumenthal DM, Smith SE, Ip IK, Khorasani R. Gender Differences in Academic Rank of Radiologists in U.S. Medical Schools. *Radiology.* 2017 Apr; 283(1):140-147. doi: 10.1148/radiol.2016160950. Epub 2016 Oct 21. PMID: 27768540.
- Kasch R, Wirkner J, Hosten N, Hinz P, Napp M, Kessler R. Subinternship in Radiology - A Practical Start to the Specialization? *Rofo.* 2016 Nov;188(11):1024-1030. English. doi: 10.1055/s-0042-113612. Epub 2016 Sep 22. PMID: 27657345.
- Kubik-Huch RA, Vilgrain V, Krestin GP, Reiser MF, Attenberger UI, Muellner AU, Hess CP, Hricak H. Women in radiology: gender diversity is not a metric-it is a tool for excellence. *Eur Radiol.* 2020 Mar; 30(3):1644-1652. doi: 10.1007/s00330-019-06493-1. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31802213; PMCID: PMC7033068.
- Kuhlmann E, Ovseiko PV, Kurmeyer C, Gutiérrez-Lobos K, Steinböck S, von Knorring M, Buchan AM, Brommels M. Closing the gender leadership gap: a multi-centre cross-country comparison of women in management and leadership in academic health centres in the European Union. *Hum Resour Health.* 2017 Jan 6;15(1):2. doi: 10.1186/s12960-016-0175-y. PMID: 28061790; PMCID: PMC5219766.
- Kurichi JE, Kelz RR, Sonnad SS. Women authors of surgical research. *Arch Surg.* 2005 Nov;140(11):1074-7. doi: 10.1001/archsurg.140.11.1074. PMID: 16301443.
- Kram KE. *Mentoring at work: developmental relationships in organizational life.* 1985. Scott, Foresman, Glenview.
- Jamieson J, Mitchell R, Le Fevre J, Perry A. Bullying and harassment of trainees: an unspoken emergency? *Emerg Med Australas.* 2015 Oct;27(5):464-7. doi: 10.1111/1742-6723.12465. Epub 2015 Aug 20. PMID: 26289402.
- Jaschke W, Bartal G, Trianni A, Belli AM. Fighting the Gender Gap in Interventional Radiology: Facts and Fiction Relating to Radiation. *Cardiovasc Intervent Radiol.*

- 2018 Aug;41(8):1254-1256. doi: 10.1007/s00270-018-1968-2. Epub 2018 Apr 25. PMID: 29696371; PMCID: PMC6021469.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (p. 114–158). The Guilford Press.
- Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000 Jan;39(1):49-59. doi: 10.1016/s0738-3991(99)00090-7. PMID: 11013547.
- Kubik-Huch RA, Vilgrain V, Krestin GP, Reiser MF, Attenberger UI, Muellner AU, Hess CP, Hricak H. Women in radiology: gender diversity is not a metric-it is a tool for excellence. *Eur Radiol*. 2020 Mar;30(3):1644-1652. doi: 10.1007/s00330-019-06493-1. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31802213; PMCID: PMC7033068.
- Kwon OY, Park SY. Specialty choice preference of medical students according to personality traits by Five-Factor Model. *Korean J Med Educ*. 2016 Mar;28(1):95-102. doi: 10.3946/kjme.2016.14. Epub 2016 Jan 27. PMID: 26838573; PMCID: PMC4926941.
- Lean LL, Hong RYS, Ti LK. How the personalities of medical students at the National University of Singapore differ from those of the local non-medical undergraduate population: a cross-sectional study. *Singapore Med J*. 2018 Dec;59(12):656-659. doi: 10.11622/smedj.2018018. Epub 2018 Feb 12. PMID: 29430574; PMCID: PMC6301879.
- Liang T, Zhang C, Khara RM, Harris AC. Assessing the Gap in Female Authorship in Radiology: Trends Over the Past Two Decades. *J Am Coll Radiol*. 2015 Jul;12(7):735-41. doi: 10.1016/j.jacr.2015.03.008. Epub 2015 May 29. PMID: 26032356.
- Llewellyn A, Karageorge A, Nash L, Li W, Neuen D. Bullying and sexual harassment of junior doctors in New South Wales, Australia: rate and reporting outcomes. *Aust Health Rev*. 2019 Jul;43(3):328-334. doi: 10.1071/AH17224. PMID: 29448972.
- Lourinho I, Moreira A, Mota-Cardoso R, Severo M, Ferreira MA. Associations Between the Big Five Personality Traits and a Medical School Admission Interview. *Acta Med Port*. 2016 Dec 30;29(12):796-802. doi: 10.20344/amp.8390. Epub 2016 Dec 30. PMID: 28425882.
- Marx MV, Niklason L, Mauger EA. Occupational radiation exposure to interventional radiologists: a prospective study. *J Vasc Interv Radiol*. 1992 Nov;3(4):597-606. doi: 10.1016/s1051-0443(92)72903-0. PMID: 1446120.
- McCrae RR, John OP. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers*. 1992 Jun;60(2):175-215. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x. PMID: 1635039.

- McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med*. 2004 Aug 18;2:29. doi: 10.1186/1741-7015-2-29. PMID: 15317650; PMCID: PMC516448.
- McManus IC, Livingston G, Katona C. The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *BMC Med Educ*. 2006 Feb 21;6:11. doi: 10.1186/1472-6920-6-11. PMID: 16504048; PMCID: PMC1397825.
- Molwitz I, Yamamura J, Ozga AK, Wedekind I, Nguyen TA, Wolf L, Kamo M, Zhao J, Can E, Keller S. Gender trends in authorships and publication impact in Academic Radiology-a 10-year perspective. *Eur Radiol*. 2021 May 19. doi: 10.1007/s00330-021-07928-4. Epub ahead of print. PMID: 34009412.
- Muck PM, Hell B, Gosling SD. Construct Validation of a Short Five-Factor Model Instrument. *European Journal of Psychological Assessment*. 2007;23:166-175. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.166>.
- Mullola S, Hakulinen C, Gimeno Ruiz de Porras D, Presseau J, Jokela M, Vänskä J, Paunio T, Elovainio M. Medical specialty choice and well-being at work: Physician's personality as a moderator. *Arch Environ Occup Health*. 2019;74(3):115-129. doi: 10.1080/19338244.2018.1448355. Epub 2018 Apr 3. PMID: 29522380.
- Mullola S, Hakulinen C, Presseau J, Gimeno Ruiz de Porras D, Jokela M, Hintsala T, Elovainio M. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Med Educ*. 2018 Mar 27;18(1):52. doi: 10.1186/s12909-018-1155-9. PMID: 29587722; PMCID: PMC5870817.
- Nicholson AA, Adam A. "Whatever happened to the class of 2000?" An outcome survey of potential interventional radiologists. *Clin Radiol*. 2006 Aug;61(8):706-9. doi: 10.1016/j.crad.2006.04.009. PMID: 16843756.
- Niklason LT, Marx MV, Chan HP. Interventional radiologists: occupational radiation doses and risks. *Radiology*. 1993 Jun;187(3):729-33. doi: 10.1148/radiology.187.3.8497622. PMID: 8497622.
- O'Connor P, Rothenberg E, Kim E, Patel R, Tabori N, Nowakowski F, Lookstein R, Fischman A. Introduction of a simulator-based curriculum for the integrated interventional radiology residency. *JVIR*. 2017;28(2):Supplement, Pages S21–S22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2016.12.631>.
- Okike K, Liu B, Lin YB, Torpey JL, Kocher MS, Mehlman CT, Bhandari M, Biermann JS. The orthopedic gender gap: trends in authorship and editorial board representation over the past 4 decades. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2012 Jul;41(7):304-10. PMID: 22893880.
- Ozer DJ, Benet-Martínez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:401-21. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190127. PMID: 16318601.

Literaturverzeichnis

- Perez YV, Kesselman A, Abbey-Mensah G, Walsh J. A Glance at Gender-Specific Preferences Influencing Interventional Radiology Selection. *J Vasc Interv Radiol*. 2016 Jan;27(1):142-143.e1. doi: 10.1016/j.jvir.2015.09.009. PMID: 26723924.
- Piltch-Loeb R, Rosenkrantz AB, Merdjanoff AA. Identifying Barriers and Facilitators of Success for Female Radiology Researchers: An Analysis of In-Depth Interviews With Nationally Recognized Leaders of the Field. *J Am Coll Radiol*. 2020 Oct;17(10):1344-1351. doi: 10.1016/j.jacr.2020.03.020. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32305421.
- Preece RA, Cope AC. Are Surgeons Born or Made? A Comparison of Personality Traits and Learning Styles Between Surgical Trainees and Medical Students. *J Surg Educ*. 2016 Sep-Oct;73(5):768-73. doi: 10.1016/j.jsurg.2016.03.017. Epub 2016 May 12. PMID: 27184178.
- Prins DJ, van Vendeloo SN, Brand PLP, Van der Velpen I, de Jong K, van den Heijkant F, Van der Heijden FMMA, Prins JT. The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents. *Med Teach*. 2019 May;41(5):584-590. doi: 10.1080/0142159X.2018.1514459. Epub 2018 Nov 3. PMID: 30394166.
- Pyatigorskaya N, Di Marco L. Women authorship in radiology research in France: An analysis of the last three decades. *Diagn Interv Imaging*. 2017 Nov;98(11):769-773. doi: 10.1016/j.diii.2017.07.001. Epub 2017 Jul 31. PMID: 28774587.
- Ragins BR, Cotton JL. Mentor functions and outcomes: a comparison of men and women in formal and informal mentoring relationships. *J Appl Psychol*. 1999 Aug;84(4):529-50. doi: 10.1037/0021-9010.84.4.529. PMID: 10504893.
- Rehani MM, Pauwels R, Rehani B. Evaluation of medical physics training in radiology residency in 67 countries. *Phys Med*. 2018 Oct;54:30-33. doi: 10.1016/j.ejmp.2018.09.006. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30337007.
- Roccas S, Sagiv L, Schwartz SH, Knafo A. The big five personality factors and personal values. *Personal Soc Psychol Bull*. 2002; 28(6):789–801. doi: 10.1177/0146167202289008.
- Rosenkrantz AB, Englander MJ, Deipolyi AR, Findeiss L, Duszak R Jr. Clinical Practice Patterns of Interventional Radiologists by Gender. *AJR Am J Roentgenol*. 2019 Oct;213(4):867-874. doi: 10.2214/AJR.19.21321. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31268735.
- Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:497-519. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134. PMID: 15015932.
- Schaefer PS, Williams CC, Goodie AS, Campbell WK. Overconfidence and the big five. *J Res Pers*. 2004;38(5):473–480. doi:10.1016/j.jrp.2003.09.010.
- Schoenefeld E, Marschall B, Paul B, Ahrens H, Sensmeier J, Coles J, Pflaiderer B. Medical education too: sexual harassment within the educational context of med-

Literaturverzeichnis

- icine - insights of undergraduates. *BMC Med Educ.* 2021 Feb 1;21(1):81. doi: 10.1186/s12909-021-02497-y. PMID: 33526025; PMCID: PMC7852293.
- Schrager S, Bouwkamp C, Mundt M. Gender and first authorship of papers in family medicine journals 2006--2008. *Fam Med.* 2011 Mar;43(3):155-9. PMID: 21380946.
- Shah DN, Huang J, Ying GS, Pietrobon R, O'Brien JM. Trends in female representation in published ophthalmology literature, 2000-2009. *Digit J Ophthalmol.* 2013 Dec 31; 19(4):50-5. doi: 10.5693/djo.01.2013.07.002. PMID: 24459456; PMCID: PMC3899803.
- Soldz S, Vaillant GE. The Big Five personality traits and the life course: a 45-year longitudinal study. *J Res Pers.* 1999;33(2):208–232. doi:10.1006/jrpe.1999.2243.
- Song Y, Shi M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PLoS One.* 2017 Feb 10;12(2):e0171665. doi: 10.1371/journal.pone.0171665. PMID: 28187194; PMCID: PMC5302826.
- Sosik JJ, Godschalk VM. The role of gender in mentoring: implications for diversified and homogeneous mentoring relationships. *J Vocat Behav.* 2000;57:102–122. doi: 10.1006/jvbe.1999.1734.
- Soto CJ, John OP. The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power. *J Pers Soc Psychol.* 2017 Jul;113(1):117-143. doi: 10.1037/pspp0000096. Epub 2016 Apr 7. PMID: 27055049.
- Stienen MN, Scholtes F, Samuel R, Weil A, Weyerbrock A, Surbeck W. Different but similar: personality traits of surgeons and internists-results of a cross-sectional observational study. *BMJ Open.* 2018 Jul 7;8(7):e021310. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021310. PMID: 29982214; PMCID: PMC6045716.
- Surbeck W, Samuel R, Spieler D, Seifritz E, Scantamburlo G, Stienen MN, Scholtes F. Neurologists, neurosurgeons, and psychiatrists' personality traits: a comparison. *Acta Neurochir (Wien).* 2020 Mar;162(3):461-468. doi: 10.1007/s00701-020-04233-9. Epub 2020 Jan 24. PMID: 31980949.
- Tinjum BE, Getto L, Tiedemann J, Marri M, Brodowy M, Bollinger M, O'Connor RE, Breyer MJ. Female authorship in emergency medicine parallels women practicing academic emergency medicine. *J Emerg Med.* 2011 Dec;41(6):723-7. doi: 10.1016/j.jemermed.2010.04.014. Epub 2010 May 23. PMID: 20580875.
- Tong E, Spooner M, Van Delden O, Uberoi R, Sheehan M, O'Neill DC, Lee M. The European Board of Interventional Radiology Examination: A Cross-Sectional Web-Based Survey. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2018 Jan;41(1):21-26. doi: 10.1007/s00270-017-1762-6. Epub 2017 Aug 15. PMID: 28812186.
- Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male

Literaturverzeichnis

- vs Female Physicians. *JAMA Intern Med.* 2017 Feb 1;177(2):206-213. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7875. PMID: 27992617; PMCID: PMC5558155.
- Vernuccio F, Arzanauskaite M, Turk S, Torres ET, Choa JMD, Udare AS, Haroun D, Serra MM, Shelmerdine S, Bold B, Bae JS, Romero EE, Vilgrain V. Gender discrepancy in research activities during radiology residency. *Insights Imaging.* 2019 Dec 21;10(1):125. doi: 10.1186/s13244-019-0792-9. PMID: 31865450; PMCID: PMC6925606.
- Vilgrain V. Women in radiology in France: The future is bright. *Diagn Interv Imaging.* 2017 Nov;98(11):749-750. doi: 10.1016/j.diii.2017.10.006. PMID: 29103545.
- Vu CT, Elder DH. Pregnancy and the working interventional radiologist. *Semin Intervent Radiol.* 2013 Dec;30(4):403-7. doi: 10.1055/s-0033-1359735. PMID: 24436568; PMCID: PMC3835582.
- Wah TM, Belli AM. The Interventional Radiology (IR) Gender Gap: A Prospective Online Survey by the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE). *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2018 Aug;41(8):1241-1253. doi: 10.1007/s00270-018-1967-3. Epub 2018 May 22. PMID: 29789874; PMCID: PMC6021462.
- Wallis CJ, Ravi B, Coburn N, Nam RK, Detsky AS, Satkunasivam R. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study. *BMJ.* 2017 Oct 10;359:j4366. doi: 10.1136/bmj.j4366. PMID: 29018008; PMCID: PMC6284261.
- Wang M, Laguna B, Koethe Y, Lehrman E, Kumar V, Kohi MP. Bridging the Gender Gap in the Society of IR: A Benchmark Study. *J Vasc Interv Radiol.* 2019 Apr;30(4):584-588.e2. doi: 10.1016/j.jvir.2018.09.007. Epub 2019 Feb 27. PMID: 30824306.
- Waters M, Bloom TF, Grajewski B. The NIOSH/FAA Working Women's Health Study: evaluation of the cosmic-radiation exposures of flight attendants. *Federal Aviation Administration. Health Phys.* 2000 Nov;79(5):553-9. doi: 10.1097/00004032-200011000-00012. Erratum in: *Health Phys* 2002 Mar;82(3):403. PMID: 11045529.
- Weiss DA, Kovshilovskaya B, Breyer BN. Gender trends of urology manuscript authors in the United States: a 35-year progression. *J Urol.* 2012 Jan;187(1):253-8. doi: 10.1016/j.juro.2011.09.029. Epub 2011 Nov 17. PMID: 22099995; PMCID: PMC3565604.
- Woods SA, Patterson FC, Koczwara A, Sofat JA. The value of being a conscientious learner. *J Work Learn.* 2016;28(7):424-434. doi: 10.1108/JWL-10-2015-0073.
- Xiao N, Oliveira DFM, Gupta R. Characterizing the Impact of Women in Academic IR: A 12-Year Analysis. *J Vasc Interv Radiol.* 2018 Nov;29(11):1553-1557. doi: 10.1016/j.jvir.2018.06.010. Epub 2018 Oct 5. PMID: 30293729.

Literaturverzeichnis

Yun EJ, Yoon DY, Kim B, Moon JY, Yoon SJ, Hong SJ, Baek S. Closing the Gender Gap: Increased Female Authorship in AJR and Radiology. *AJR Am J Roentgenol.* 2015 Aug;205(2):237-41. doi: 10.2214/AJR.14.14225. PMID: 26204270.

Zener R, Lee SY, Visscher KL, Ricketts M, Speer S, Wiseman D. Women in Radiology: Exploring the Gender Disparity. *J Am Coll Radiol.* 2016 Mar;13(3):344-50.e1. doi: 10.1016/j.jacr.2015.10.019. Epub 2016 Jan 13. PMID: 26774885.

Zitlmann R. *Psychologie der Superreichen: Das verborgene Wissen der Vermögenselite.* FinanzBuch Verlag. 2017.

H. Anhang

H.1. Fragebogen in Deutsch

Erfolgsfaktoren für eine wissenschaftliche Karriere

Einleitung und Begrüßung

Lieber Studienteilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und an unserer Online-Fragebogenstudie teilnehmen. Die Beantwortung des Fragebogens dauert lediglich etwa: 20 Minuten.

Im Folgenden werden wir Sie über Ziele und Hintergrund dieser Untersuchung informieren. Bitte lesen Sie sich diese Informationen sorgfältig durch.

Hintergrund

Wir möchten in unserer Studie erfassen, ob spezifische Erfolgsfaktoren eine wissenschaftliche Karriere determinieren.

Themenbereiche

Der Fragebogen gliedert sich in 5 Teile.

1. Ausbildungs- und Berufsverlauf
2. Aktuelle beruflichen Situation
3. Angaben zur Arbeitszufriedenheit
4. Einschätzungen zur weiteren beruflichen Entwicklung
5. Angaben zu Ihrer Person und Ihren privaten Lebensumständen

Bitte nehmen Sie nur dann an der Untersuchung teil, wenn Sie bereit sind, Ihre persönliche Meinung offen und ehrlich bei der Bearbeitung der Fragebogen zu äußern. Sie können zu jedem Zeitpunkt die Bearbeitung der Umfrage abbrechen. Wir weisen darauf hin, dass Sie für die Teilnahme an dieser Untersuchung keinerlei Vergütung erhalten.

Anhang

Haben Sie vor Beginn der Befragung noch offene Fragen oder wünschen Sie nach Abschluss der Befragung noch weitere Informationen, können Sie Herrn Dr. Christoph Kemper gerne per E-Mail an christoph.kemper@outlook.com kontaktieren.

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christoph Kemper (christoph.kemper@outlook.com)

Priv.-Doz. Dr. med. Sarah Keller (sarah.keller@charite.de)

Dr. med. Elif Can (elif.can@charite.de)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek (vera.regitz-zagrosek@charite.de)

Klinik für Radiologie bzw. Institut für Geschlechterforschung in der Medizin

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Charitéplatz 1

10117 Berlin

Dies ist eine anonyme Umfrage.

In den Umfrageantworten werden keine persönlichen Informationen über Sie gespeichert, es sei denn, in einer Frage wird explizit danach gefragt.

Wenn Sie für diese Umfrage einen Zugangscode benutzt haben, so können Sie sicher sein, dass der Zugangsschlüssel nicht zusammen mit den Daten abgespeichert wurde. Er wird in einer getrennten Tabelle aufbewahrt und nur aktualisiert, um zu speichern, ob Sie diese Umfrage abgeschlossen haben oder nicht. Es gibt keinen Weg, die Zugangs-codes mit den Umfrageergebnissen zusammenzuführen.

Anmerkungen zum Datenschutz

Hintergrund

Wir möchten in unserer Studie erfassen, ob spezifische Erfolgsfaktoren eine wissenschaftliche Karriere determinieren.

Themenbereiche

Der Fragebogen gliedert sich in 5 Teile.

1. Ausbildungs- und Berufsverlauf
2. Aktuelle beruflichen Situation
3. Angaben zur Arbeitszufriedenheit
4. Einschätzungen zur weiteren beruflichen Entwicklung
5. Angaben zu Ihrer Person und Ihren privaten Lebensumständen

Die Befragung ist vollständig anonym. Zu keinem Zeitpunkt werden wir Daten abfragen, die Sie persönlich identifizierbar machen wie Ihren Namen oder Ihre Adresse. Auch bei möglicher Veröffentlichung der Studienergebnisse wird kein Rückschluss auf einzelne Studienteilnehmer*innen möglich sein. Die ausgefüllten Fragebogen werden nur vom Studienpersonal (Studienleiterin: PD Dr. Sarah Keller) bearbeitet. Weiterhin wird Ihre Identität durch das Programm Soci geschützt (keine Speicherung der IP-Adresse während der Untersuchung, Zugriff auf den Server erfolgt mittels SSH-verschlüsselter Verbindung). Sie können die Befragung außerdem jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden. Bei Abbruch der Untersuchung werden Ihre Daten nach dem Abschluss der Datenerhebung von uns aus dem Datensatz ausgeschlossen und manuell gelöscht.

Im Einzelnen stehen Ihnen folgende Rechte zu: Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO: Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten. Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO: Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden. Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO: Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen, wenn bestimmte Löschründe vorliegen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie ursprünglich er-

Anhang

hoben oder verarbeitet wurden, nicht mehr erforderlich sind. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO: Sie haben das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Dies bedeutet, dass Ihre Daten zwar nicht gelöscht, aber gekennzeichnet werden, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken. Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO: Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht auch gegen rechtmäßige Datenverarbeitungen, die im öffentlichen Interesse liegen, in Ausübung öffentlicher Gewalt oder aufgrund des berechtigten Interesses einer Stelle erfolgen. Die Verantwortliche für die studienbedingte Erhebung personenbezogener Daten ist: PD Dr. med. S. Keller. Bitte beachten Sie, dass aufgrund der Anonymität der Untersuchung nach Bearbeitung der Fragebögen bis zur letzten Seite keine nachträgliche Löschung mehr erfolgen kann, da der Fragebogen dann nicht mehr auf Sie zurück verfolgbar ist. Die während der Studie erhobenen Daten werden nach Studienabschluss für 10 Jahre aufbewahrt und danach datenschutzgerecht vernichtet. Die Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieser Studie verwendet.

Bitte nehmen Sie nur dann an der Untersuchung teil, wenn Sie bereit sind, Ihre persönliche Meinung offen und ehrlich bei der Bearbeitung der Frageboogen zu äußern. Sie können zu jedem Zeitpunkt die Bearbeitung der Umfrage abbrechen. Wir weisen darauf hin, dass Sie für die Teilnahme an dieser Untersuchung keinerlei Vergütung erhalten.

Haben Sie vor Beginn der Befragung noch offene Fragen oder wünschen Sie nach Abschluss der Befragung noch weitere Informationen, können Sie Herrn Dr. Christoph Kemper gerne per E-Mail an christoph.kemper@outlook.com kontaktieren.

Wir danken Ihnen für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Studienleiterin:

PD Dr. med. Sarah Keller, MPH

Institut für Radiologie

Campus Charité Mitte

Anhang

Charitéplatz 1

10117 Berlin

E-Mail: sarah.keller@charite.de

Studienmitarbeiter*innen:

Dr. med. Elif Can

Institut für Radiologie

Campus Charité Virchow

Augustenburgerplatz 1

13353 Berlin

E-Mail: elif.can@charite.de

Christoph Kemper, PhD

Institut für Radiologie

Campus Charité Mitte

Charitéplatz 1

10117 Berlin

E-Mail: christoph.kemper@outlook.com

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek

Institut für Geschlechterforschung in der Medizin

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hessische Straße 3-4

10115 Berlin

E-Mail: vera.regitz-zagrosek@charite.de

Anhang

I. Angaben zum Ausbildungs- und Berufsverlauf

Frage 1: In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium der Humanmedizin abgeschlossen?	
	Kommentar
<input type="checkbox"/>	Jahr (JJJJ):
<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu

Frage 2: Haben Sie ggf. noch weitere Studiengänge absolviert? Bitte geben Sie Ihren Abschluss und die Studienrichtung an.	
	Kommentar
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Master
<input type="checkbox"/>	Bachelor
<input type="checkbox"/>	Diplom
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 3: Haben Sie eine Promotion abgeschlossen?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Frage 4: Welchen Titel haben Sie durch Ihre Promotion erlangt?	
<input type="checkbox"/>	MD
<input type="checkbox"/>	PhD
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 5: In welchem Jahr (JJJJ) haben Sie ihre Promotion abgeschlossen?	
	Kommentar
	Jahr (JJJJ):

Frage 6: In welchem Jahr haben Sie Ihre Approbation erlangt?	
	Kommentar
<input type="checkbox"/>	Jahr (JJJJ):
<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu

Frage 7: Welche Facharztweiterbildung streben Sie an, bzw. haben Sie absolviert?	
<input type="checkbox"/>	Radiologie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinmedizin (Hausarzt)
<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie
<input type="checkbox"/>	Usw. Liste aller Facharztbezeichnungen

Anhang

Frage 8: Welcher Bereich der Radiologie interessiert Sie am meisten? (wenn Frage 7 „Radiologie“)	
<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/>	Kinderradiologie
<input type="checkbox"/>	Interventionsradiologie
<input type="checkbox"/>	Neuroradiologie
<input type="checkbox"/>	Diagnostische Radiologie
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 9: Wann haben Sie Ihre Facharztweiterbildung begonnen und abgeschlossen? Bitte geben Sie Monat und Jahr an.		
	Monat (MM)	Jahr (JJJJ)
Begonnen		
Abgeschlossen		
Voraussichtlicher Abschluss		

Frage 10: Hat Ihre Facharztweiterbildung länger gedauert als vorgesehen bzw. ist bereits abzusehen, dass Ihre Facharztweiterbildung länger dauern wird?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe

Frage 11: Was waren die Gründe für die Verlängerung Ihrer Facharztweiterbildung? Mehrfachnennungen sind möglich	
<input type="checkbox"/>	Ein oder mehrere Stellenwechsel während der Facharztausbildung
<input type="checkbox"/>	Teilzeitarbeit während der Facharztausbildung
<input type="checkbox"/>	Elternzeit während der Facharztausbildung
<input type="checkbox"/>	Nichtverfügbarkeit von Rotationsstellen
<input type="checkbox"/>	Krankheit
<input type="checkbox"/>	Forschungstätigkeit
<input type="checkbox"/>	Auslandsaufenthalt
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

II. Angaben zur aktuellen beruflichen Situation

Frage 12: Welche berufliche Position haben Sie aktuell inne?	
<input type="checkbox"/>	Assistenzarzt/Assistenzärztin
<input type="checkbox"/>	Facharzt/Fachärztin
<input type="checkbox"/>	Oberarzt/Oberärztin
<input type="checkbox"/>	Leitender Oberarzt/Leitende Oberärztin
<input type="checkbox"/>	Angestellter Arzt/Angestellte Ärztin im ambulanten Bereich
<input type="checkbox"/>	Niedergelassener Arzt/Niedergelassene Ärztin im ambulanten Bereich
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 13: Gegenüber wie vielen anderen Ärzten/Ärztinnen sind Sie in Ihrer aktuellen Position weisungsbefugt?	
<input type="checkbox"/>	Keine Weisungsbefugnis
<input type="checkbox"/>	1-2 Mitarbeiter/innen
<input type="checkbox"/>	3-9 Mitarbeiter/innen
<input type="checkbox"/>	10 und mehr Mitarbeiter/innen
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe

Frage 14: Seit wann arbeiten Sie für Ihren derzeitigen Arbeitgeber? Bitte geben Sie Monat und Jahr an (MM/JJJJ).	
	Kommentar
<input type="checkbox"/>	Monat (MM):
<input type="checkbox"/>	Jahr (JJJJ):

Frage 15: Welche Laufzeit hat Ihr derzeitiger Arbeitsvertrag?	
<input type="checkbox"/>	Weniger als 1 Jahr
<input type="checkbox"/>	1 Jahr bis 3 Jahre
<input type="checkbox"/>	Mehr als 3 Jahre
<input type="checkbox"/>	Unbefristet
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 16: Arbeiten Sie Vollzeit oder Teilzeit?	
<input type="checkbox"/>	Vollzeit
<input type="checkbox"/>	Teilzeit
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 17: Wie viele Stunden pro Woche beträgt ihre regelmäßige Arbeitszeit (ohne Überstunden)?	
	Kommentar
h/Woche:	

Frage 18: Wie viele Überstunden leisten sie im Durchschnitt pro Woche? Wie viele Überstunden sind davon bezahlt bzw. unbezahlt?	
	Kommentar
Bezahlte Überstunden/Woche:	
Unbezahlte Überstunden/Woche:	

Anhang

Frage 19: Wie häufig leisten Sie im Durchschnitt pro Monat Rufbereitschaft und Präsenzdienste? Wie viele sind davon bezahlt bzw. unbezahlt?		
	Bezahlt	Unbezahlt
Rufbereitschaft (Anzahl pro Monat):		
Präsenzdienste (Anzahl pro Monat):		

Frage 20: Wie hoch ist Ihr durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen inkl. Zulagen? (wenn „Vollzeit“ bei Frage 16)	
<input type="checkbox"/>	< 5.000 €
<input type="checkbox"/>	> 5.000 € bis 7.000 €
<input type="checkbox"/>	> 7.000 € bis 8.500 €
<input type="checkbox"/>	> 8.500 bis 10.000 €
<input type="checkbox"/>	> 10.000 €
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 21: Wie hoch ist Ihr durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen inkl. Zulagen? (wenn „Teilzeit“ oder „Keine Angabe“ oder „Sonstiges“ bei Frage 16)	
<input type="checkbox"/>	< 3.000 €
<input type="checkbox"/>	> 3.000 € bis 4.000 €
<input type="checkbox"/>	> 4.000 € bis 5.000 €
<input type="checkbox"/>	> 5.000 € bis 7.000 €
<input type="checkbox"/>	> 7.000 € bis 8.500 €
<input type="checkbox"/>	> 8.500 bis 10.000 €
<input type="checkbox"/>	> 10.000 €
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 22: Wie viel Zeit (Stunden/Woche) wenden Sie im Durchschnitt in Ihrer Freizeit für Ihre Forschung auf?	
	Kommentar
Stunden / Woche	

Frage 23: Arbeiten Sie in Ihrem Hauptberuf in einem Universitätsklinikum?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 24: Wie viele wissenschaftliche Paper haben Sie bereits publiziert?	
	Anzahl
Gesamt:	
(von gesamt) als Erstautor:	
(von gesamt) als letztgenannter Autor:	

Frage 25: Haben Sie bereits Drittmittel eingeworben?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Anhang

Frage 26: Wie hoch sind ungefähr die gesamten bewilligten Drittmittelgelder? (wenn „Ja“ bei Frage 25)	
	Kommentar
in Euro:	

Frage 27: Sind Sie rein wissenschaftlich tätig?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

III. Angaben zur Arbeitszufriedenheit

Frage 28: Was waren Ihre hauptsächlichen Erwartungen an Ihre aktuelle Tätigkeit?					
	sehr wichtig	wichtig	nicht so wichtig	Unwichtig	trifft nicht zu
Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Forschungstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturierte Weiterbildung / Einhaltung der Weiterbildungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Karriereentwicklung/Aufstiegsperspektiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung fachlicher Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freude an der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienfreundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Gestaltungsspielräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 29: Inwieweit haben sich Ihre hauptsächlichen Erwartungen an Ihre aktuelle Tätigkeit erfüllt?					
	Voll und ganz erfüllt	Hauptsächlich erfüllt	Kaum erfüllt	Gar nicht erfüllt	trifft nicht zu
Qualifizierte Ausbildung in der Krankenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Forschungstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturierte Weiterbildung / Einhaltung der Weiterbildungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Karriereentwicklung/Aufstiegsperspektiven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung fachlicher Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freude an der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienfreundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Gestaltungsspielräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gut planbare Arbeitszeiten & Planungssicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

Frage 30: Bitte beantworten Sie nun einige Fragen zu Ihrem physischen wie psychischen Wohlbefinden? Wie häufig...						
	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer	Keine Angabe
... sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich krank und unwohl fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie das Gefühl, eine sinnvolle Arbeit zu leisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Probleme, nach Feierabend von der Arbeit abzuschalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlen Sie sich bei problematischen Entscheidungen in der Patientenversorgung belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 31: Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Persönlichkeitseigenschaften, die mehr oder weniger stark auf Sie zutreffen. Bitte markieren Sie für jede Aussage, inwieweit sie auf Sie zutrifft oder nicht. Sie sollen diese Einstufung jeweils für Paare von Eigenschaften vornehmen, auch wenn möglicherweise die eine Eigenschaft stärker zutrifft als die andere.							
Ich sehe mich selbst als:							
	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft größtenteils nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder zutreffend noch unzutreffend	Trifft eher zu	Trifft größtenteils zu	Trifft voll und ganz zu
extravertiert, begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kritisch, streitsüchtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zuverlässig, selbstdiszipliniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich, leicht aus der Fassung zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offen für neue Erfahrungen, vielschichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zurückhaltend, still	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verständnisvoll, warmherzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unorganisiert, achtlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gelassen, emotional stabil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konventionell, un kreativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 32: Inwieweit fühlen Sie sich bei Ihrer beruflichen Tätigkeit von folgenden Personenkreisen unterstützt?					
	Keine Unterstützung	Mäßige Unterstützung	Viel Unterstützung	Volle Unterstützung	Trifft nicht zu
Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolleginnen und Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe- bzw. Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundes und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

Frage 33: Wie zufrieden sind/waren Sie mit folgenden Aspekten zur Förderung Ihrer klinischen Kenntnisse/Fähigkeiten und zur (klinischen) Forschung?					
	Sehr zu- frieden	Eher zu- frieden	Eher unzufrie- den	Sehr un- zufrieden	Trifft nicht zu
... mit dem Angebot von Mitarbeitergesprächen zur Karriereentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den Möglichkeiten zur klinischen Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Freistellung für klinische Forschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Möglichkeit, Kongresse zu besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Einbindung in Forschungsprojekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Möglichkeit eigene Projekte entwickeln und Drittmittelanträge zu stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem Angebot von Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Unterstützung im Umgang mit kritischen Ereignissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 34: Haben oder hatten Sie einen Mentor/in?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 35: Welches Geschlecht hat bzw. hatte Ihr Mentor? (wenn „Ja“ bei Frage 34)	
<input type="checkbox"/>	Weiblich
<input type="checkbox"/>	Männlich
<input type="checkbox"/>	Divers
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 36: Wurden Sie in einer beruflichen Situation schon einmal gemobbt bzw. schikaniert?	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 37: Auf welche Weise wurden Sie gemobbt, schikaniert oder benachteiligt?	
Kommentar:	

Frage 38: Von wem wurden Sie gemobbt bzw. schikaniert? (wenn „Ja“ bei Frage 36)	
<input type="checkbox"/>	von Kolleginnen oder Kollegen
<input type="checkbox"/>	von Vorgesetzten
<input type="checkbox"/>	von Patienten/innen
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Anhang

Frage 39: Sind Sie schon einmal sexuell belästigt worden? (z.B. verbale Äußerungen, Gesten, E-Mails mit unerwünschten Inhalten, unerwünschter Körperkontakt, Angebote von Vorteilen für sexuelle Angebote etc.)	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 40: Auf welche Weise wurden Sie sexuell belästigt? (wenn „Ja“ bei Frage 39)	
<input type="checkbox"/>	Allgemeine abwertende oder obszöne Sprüche / Witze (nicht auf Sie persönlich bezogen)
<input type="checkbox"/>	Auf Sie persönlich, Ihr Aussehen oder Ihre Kleidung anzügliche Sprüche oder sexuelle Anspielungen bzw. abwertende oder obszöne Sprüche
<input type="checkbox"/>	Unerwünschte Briefe, E-Mails, Telefonate etc.mit abwertenden oder obszönen Witzen, Sprüchen, Bildern
<input type="checkbox"/>	Nachpfeifen / anstarren
<input type="checkbox"/>	Obszöne Gesten / Zeichen
<input type="checkbox"/>	Unerwünschte Geschichten mit sexuellem Inhalt
<input type="checkbox"/>	Unerwünschte Einladungen mit sexueller Absicht
<input type="checkbox"/>	Pornographisches Material
<input type="checkbox"/>	Unerwünschter Körperkontakt / scheinbar zufällige Berührungen
<input type="checkbox"/>	Unerwünschtes Begrabschen / Küssen
<input type="checkbox"/>	Sexuelle Erpressung / Versprechen von Vorteilen für sexuelles Entgegenkommen bzw. Androhung von Nachteile für den Fall, dass kein sexuelles Entgegenkommen gezeigt wird
<input type="checkbox"/>	Sexueller Übergriff / Vergewaltigung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 41: Von wem sind Sie sexuell belästigt worden? (wenn „Ja“ bei Frage 39)	
<input type="checkbox"/>	von Kolleginnen oder Kollegen
<input type="checkbox"/>	von Vorgesetzten
<input type="checkbox"/>	von Patienten/innen
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 42: Glauben Sie, dass Ihre Geschlechtszugehörigkeit einen Einfluss auf Ihren bisherigen beruflichen Werdegang hatte?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe

Frage 43: Inwiefern vermuten Sie, dass Ihre Geschlechtszugehörigkeit einen Einfluss auf Ihren bisherigen beruflichen Werdegang hatte? (wenn „Ja“ bei Frage 42)	
Kommentar:	

IV. Einschätzungen zur weiteren beruflichen Entwicklung

Frage 44: Hatten oder haben Sie vor zu habilitieren bzw. sind Sie bereits habilitiert?	
<input type="checkbox"/>	Ja, ich bin bereits habilitiert.
<input type="checkbox"/>	Ja, ich habe bereits begonnen zu habilitieren.
<input type="checkbox"/>	Ja, ich plane zu habilitieren.
<input type="checkbox"/>	Ich hatte geplant zu habilitieren, diesen Plan aber wieder verworfen.
<input type="checkbox"/>	Ich weiß noch nicht genau.
<input type="checkbox"/>	Nein, ich habe nicht die Absicht, zu habilitieren.
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe

Frage 45: In welchem Jahr haben Sie habilitiert (JJJJ)? (wenn „Ja“ bei Frage 44)	
	Kommentar
Jahr (JJJJ):	

Frage 46: Weshalb streben Sie eine Habilitation an bzw. warum haben Sie habilitiert? (wenn „Ja“ bei Frage 44)	
<input type="checkbox"/>	Um mich auf eine Professur bewerben zu können.
<input type="checkbox"/>	Um mich auf eine Chefarztstelle bewerben zu können.
<input type="checkbox"/>	Aus Interesse an Forschung und Wissenschaft.
<input type="checkbox"/>	Um bessere Aufstiegsmöglichkeiten außerhalb der Universität zu haben.
<input type="checkbox"/>	Aus Interesse an Lehrtätigkeit.
<input type="checkbox"/>	Um mehr Entwicklungsmöglichkeiten zu bekommen.
<input type="checkbox"/>	Um stärkere eigene Unabhängigkeit zu erlangen.
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 47: Weshalb streben Sie keine Habilitation (mehr) an? Bitte geben Sie die wichtigsten Gründe an. (Mehrfachnennungen möglich) (wenn „Nein“ bei Frage 44)	
<input type="checkbox"/>	Zu großer Aufwand im Vergleich zum Ergebnis.
<input type="checkbox"/>	Nicht relevant für meine beruflichen Pläne.
<input type="checkbox"/>	Keine Freistellung bzw. Förderung.
<input type="checkbox"/>	Kein Interesse.
<input type="checkbox"/>	Mangelnde Vereinbarkeitsbedingungen mit Familie.
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Anhang

Frage 48: Wie hilfreich wären Ihrer Meinung nach folgende Angebote und Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität von Leitungspositionen in der Hochschulmedizin?					
	Entscheidend	Sehr hilfreich	Mäßig hilfreich	Nicht sehr hilfreich	Überhaupt nicht hilfreich
Flachere Hierarchien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserte finanzielle Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote zur Teilung von Führungsaufgaben ("Top Sharing")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dual-Career Angebote für den/die Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechter-Balance auf den Leitungsebenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen zur Steigerung des Ansehens von Forschung und Lehre in der Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen zur Arbeitszeitflexibilisierung (bspw. Arbeitszeitkonten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 49: In welchem Tätigkeitsfeld würden Sie später gerne arbeiten?	
<input type="checkbox"/>	Als selbständig niedergelassene(r) Ärztin/Arzt im ambulanten Bereich
<input type="checkbox"/>	Als angestellte Ärztin/angestellter Arzt im ambulanten Bereich
<input type="checkbox"/>	Als Ärztin/Arzt in einem Universitätsklinikum
<input type="checkbox"/>	Als Ärztin/Arzt in einem Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Als Ärztin/Arzt außerhalb der Krankenversorgung in der freien Wirtschaft
<input type="checkbox"/>	Als Ärztin/Arzt außerhalb der Krankenversorgung im öffentlichen Dienst (z.B. Medizinischer Dienst, Gesundheitsamt, außeruniversitäre Forschung)
<input type="checkbox"/>	Als Ärztin/Arzt in der Forschung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 50: Alles in allem: Was würden Sie sich zur besseren Karriereförderung in der Radiologie wünschen bzw. was müsste verbessert werden? (ggf. auch sonstige Anmerkungen)	
Kommentar:	

Frage 51: Welche akademische Stellung haben Sie an der Universität inne?	
<input type="checkbox"/>	Universitätsprofessur
<input type="checkbox"/>	Ausserplanmäßige Professur (APL)
<input type="checkbox"/>	Privatdozent*in
<input type="checkbox"/>	Stiftungsprofessur
<input type="checkbox"/>	Juniorprofessor
<input type="checkbox"/>	Promoviert / wissenschaftlicher Mitarbeiter
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

V. Angaben zu Ihrer Person und Ihren privaten Lebensumständen

Frage 52: Welches Geschlecht haben Sie?	
<input type="checkbox"/>	Weiblich
<input type="checkbox"/>	Männlich
<input type="checkbox"/>	Divers
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 53: In welchem Jahr sind Sie geboren?	
	Kommentar
Jahr (JJJJ):	

Frage 54: In welchem Land sind Sie geboren?	
<input type="checkbox"/>	Deutschland
<input type="checkbox"/>	USA
<input type="checkbox"/>	Usw. Liste aller Länder

Frage 55: Bitte geben Sie das Land Ihrer Staatsangehörigkeit an.	
<input type="checkbox"/>	Deutschland
<input type="checkbox"/>	USA
<input type="checkbox"/>	Usw. Liste aller Länder

Frage 56: In welchem Land arbeiten Sie aktuell?	
<input type="checkbox"/>	Deutschland
<input type="checkbox"/>	USA
<input type="checkbox"/>	Usw. Liste aller Länder

Frage 57: Welchen Familienstand haben Sie?	
<input type="checkbox"/>	Verheiratet
<input type="checkbox"/>	Eingetragene Lebensgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	In fester Partnerschaft lebend
<input type="checkbox"/>	Ohne feste Partnerschaft
<input type="checkbox"/>	Geschieden
<input type="checkbox"/>	Verwitwet
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 58: Ist Ihr/e Partner/in derzeit berufstätig? (wenn „Verheiratet“ oder „Eingetragene Lebensgemeinschaft“ oder „In fester Partnerschaft lebend“ bei Frage 57)	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Anhang

Frage 59: In welchem Umfang ist Ihr/e Partner/in derzeit berufstätig? Bitte geben Sie die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche an! (wenn „Ja“ bei Frage 58)	
	Kommentar
h/Woche:	

Frage 60: Welchen Beruf hat Ihr/e Partner/in? Bitte geben Sie die Berufsbezeichnung möglichst genau an. (bspw. Lehrer, Pflegekraft, Bürokauffrau usw.)!	
Kommentar:	

Frage 61: Haben Sie Kinder?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein

Frage 62: Wie viele Kinder haben Sie?	
Kommentar:	

Frage 63: Wie alt sind Ihre Kinder? Wenn unter einem Jahr, dann bitte 0 eintragen.	
	Kommentar
Alter des ältesten bzw. einzigen Kindes:	
Alter des jüngsten Kindes:	

Frage 64: Wie werden/wurden Ihr(e) Kind(er) tagsüber hauptsächlich betreut?	
<input type="checkbox"/>	Von mir selbst
<input type="checkbox"/>	Von meinem Partner/meiner Partnerin
<input type="checkbox"/>	Von anderen Familienmitgliedern
<input type="checkbox"/>	Durch eine Tagesmutter, Au-Pair, Freunde, Bekannte o.ä
<input type="checkbox"/>	Durch eine öffentliche Institution
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Frage 65: Haben Sie oder Ihr/e Partner/in die eigene Berufstätigkeit auf Grund von Kinderbetreuung bislang unterbrochen? Dabei zählt der Mutterschutz <u>nicht</u> als Unterbrechung! Mehrfachnennung möglich. Elternzeit hingegen <u>zählt</u> als Unterbrechung.		
		Kommentar
<input type="checkbox"/>	Ja, ich habe meine Berufstätigkeit bislang "X-Mal" unterbrochen. Bitte geben Sie die Anzahl an:	
<input type="checkbox"/>	Ja, mein/e (Ehe-) Partner/in hat ihre/seine Berufstätigkeit bislang "X-Mal" unterbrochen. Bitte geben Sie die Anzahl an:	
<input type="checkbox"/>	Ja, mein/e Partner/ Partnerin hat seine/ihre Berufstätigkeit bis auf weiteres zugunsten der Kinderbetreuung ausgesetzt.	
<input type="checkbox"/>	Nein, ich habe bzw. wir haben unsere Berufstätigkeit bislang nicht unterbrochen.	
<input type="checkbox"/>	Keine Angabe	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

Anhang

Frage 66: Über welchen Zeitraum liefen die Unterbrechungen insgesamt? Bitte geben Sie den Zeitraum jeweils in Monaten an.		
		Kommentar
<input type="checkbox"/>	Eigene Unterbrechung. Dauer in Monaten:	
<input type="checkbox"/>	Unterbrechung des Partners/der Partnerin. Dauer in Monaten:	

Abschluss und Danksagung

Sie haben die Studie erfolgreich beendet. Vielen Dank für die Teilnahme.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich gerne an christoph.kemper@outlook.com.

H.2. Fragebogen in Englisch

Factors determining the success for a scientific career

Introduction and welcome

Dear study participant,

Thank you for taking the time to participate in our online questionnaire study. Answering the questionnaire only takes about: 20 minutes.

In the following we will inform you about the aims and background of this study. Please read this information carefully.

Background

In our study we want to determine whether specific success factors determine a scientific career.

Subject areas

The questionnaire is divided into 5 parts.

1. educational and professional background
2. current professional situation
3. information on job satisfaction
4. assessments of further professional development
5. information about your person and your private circumstances

Please participate in the survey only if you are prepared to express your personal opinion openly and honestly when processing the questionnaire. You can cancel the processing of the survey at any time. We would like to point out that you will not receive any remuneration for participating in this survey.

If you still have open questions before the start of the survey or if you would like further information after the survey has been completed, you can contact Dr. Christoph Kemper via e-mail to christoph.kemper@outlook.com.

Anhang

We thank you again for your willingness to participate.

Kind regards

Dr. Christoph Kemper (christoph.kemper@outlook.com)

Priv.-Doz. Dr. med. Sarah Keller (sarah.keller@charite.de)

Dr. med. Elif Can (elif.can@charite.de)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek (vera.regitz-zagrosek@charite.de)

Klinik für Radiologie bzw. Institut für Geschlechterforschung in der Medizin

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Charitéplatz 1

10117 Berlin

This survey is anonymous.

The record of your survey responses does not contain any identifying information about you, unless a specific survey question explicitly asked for it.

If you used an identifying access code to access this survey, please rest assured that this code will not be stored together with your responses. It is managed in a separate database and will only be updated to indicate whether you did (or did not) complete this survey. There is no way of matching identification access codes with survey responses.

Comments on data protection

Background

In our study we want to determine whether specific success factors determine a scientific career.

Subject areas

The questionnaire is divided into 5 parts.

1. educational and professional background
2. current professional situation
3. information on job satisfaction
4. assessments of further professional development
5. information about your person and your private circumstances

The survey is completely anonymous. At no time will we request data that makes you personally identifiable, such as your name or address. Even if the study results are published, it will not be possible to draw conclusions about individual study participants. The completed questionnaires will only be processed by the study staff (study director: PD Dr. Sarah Keller). Furthermore, your identity will be protected by the program Sosci (no storage of the IP address during the study, access to the server is via SSH encrypted connection). You can also terminate the survey at any time and without giving reasons. If the survey is terminated, your data will be excluded from the data record after the completion of the data collection and deleted manually.

In detail, you have the following rights: Right to information, Art. 15 DS-GVO: You have the right to information about the stored personal data concerning you. Right to correction, Art. 16 DS-GVO: If you discover that incorrect personal data relating to you is being processed, you can demand correction. Incomplete data must be completed taking into account the purpose of the processing. Right of deletion, Art. 17 DS-GVO: You have the right to request the deletion of your data if there are specific reasons for deletion. This is particularly the case if they are no longer necessary for the purpose for which they were originally collected or processed. Right to restrict processing, Art. 18 DS-GVO: You have the right to restrict the processing of your data. This means that your data will not be deleted, but will be marked in order to restrict their further pro-

Anhang

cessing or use. Right of objection against unreasonable processing of data, Art. 21 DSGVO: You have a general right of objection, in principle, even against lawful data processing which is in the public interest, in the exercise of official authority or on the basis of the legitimate interest of a body. The person responsible for the collection of personal data related to the study is: PD Dr. med. S. Keller. Please note that, due to the anonymity of the study, after processing the questionnaires up to the last page, no subsequent deletion can take place, as the questionnaire can then no longer be traced back to you. The data collected during the study will be stored for 10 years after completion of the study and then destroyed in accordance with data protection laws. The data will be used exclusively for the purposes of this study.

Please participate in the survey only if you are prepared to express your personal opinion openly and honestly when processing the questionnaire. You can cancel the processing of the survey at any time. We would like to point out that you will not receive any remuneration for participating in this survey.

If you still have open questions before the start of the survey or if you would like further information after the survey has been completed, you can contact Dr. Christoph Kemper via e-mail to christoph.kemper@outlook.com.

We thank you again for your willingness to participate.

Kind regards

Director of Studies:

PD Dr. med. Sarah Keller, MPH

Institut für Radiologie

Campus Charité Mitte

Charitéplatz 1

10117 Berlin

E-Mail: sarah.keller@charite.de

Anhang

Study assistants:

Dr. med. Elif Can
Institut für Radiologie
Campus Charité Virchow
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin
E-Mail: elif.can@charite.de

Christoph Kemper, PhD
Institut für Radiologie
Campus Charité Mitte
Charitéplatz 1
10117 Berlin
E-Mail: christoph.kemper@outlook.com

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek
Institut für Geschlechterforschung in der Medizin
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Hessische Straße 3-4
10115 Berlin
E-Mail: vera.regitz-zagrosek@charite.de

I. Information on education and professional experience

Question 1: In which year did you complete your medical studies?	
	Comment
<input type="checkbox"/>	Year (JJJJ):
<input type="checkbox"/>	Not applicable

Question 2: Have you possibly completed other courses of study? Please specify the degree and the field of study, if applicable.	
	Comment
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Master
<input type="checkbox"/>	Bachelor
<input type="checkbox"/>	Diploma
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 3: Have you completed a doctorate?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No

Question 4: What title did you gain through your promotion?	
<input type="checkbox"/>	MD
<input type="checkbox"/>	PhD
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 5: In which year (JJJJ) did you complete your doctorate?	
	Comment
	Year (JJJJ):

Question 6: In which year did you receive your license to practice medicine?	
	Comment
<input type="checkbox"/>	Year (JJJJ):
<input type="checkbox"/>	Not applicable

Question 7: Which specialist training do you strive for or have you completed?	
<input type="checkbox"/>	Radiology
<input type="checkbox"/>	General medicine (family doctor)
<input type="checkbox"/>	Anesthesiology
<input type="checkbox"/>	Etc. List of all medical specialties

Anhang

Question 8: What area of radiology interests you most?	
<input type="checkbox"/>	Nuclear Medicine
<input type="checkbox"/>	Pediatric Radiology
<input type="checkbox"/>	Interventional Radiology
<input type="checkbox"/>	Neuroradiology
<input type="checkbox"/>	Diagnostic Radiology
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 9: When did you start and complete your specialist training? Please enter month and year.		
	Month (MM)	Year (JJJJ)
Started		
Completed		
Expected completion		

Question 10: Did your specialist training take longer than planned or is it already foreseeable that your specialist training will take longer?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No information

Question 11: What were the reasons for extending your specialist training? Multiple answers are possible	
<input type="checkbox"/>	One or more job changes during the residency
<input type="checkbox"/>	Part-time work during the specialist training
<input type="checkbox"/>	Parental leave during specialist training
<input type="checkbox"/>	Unavailability of rotation positions
<input type="checkbox"/>	Illness
<input type="checkbox"/>	Research activity
<input type="checkbox"/>	Stay abroad
<input type="checkbox"/>	Other:

II. Information on the current professional situation

Question 12: Which professional position do you currently hold?	
<input type="checkbox"/>	Resident doctor
<input type="checkbox"/>	Board certified / Specialist
<input type="checkbox"/>	Senior physician / Consultant
<input type="checkbox"/>	Leading senior physician
<input type="checkbox"/>	Employed doctor in ambulant area
<input type="checkbox"/>	Self-employed (own practice or participation in practice)
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 13: In your current position, to how many other physicians are you authorized to give instructions?	
<input type="checkbox"/>	No authority to issue instructions
<input type="checkbox"/>	1-2 employees
<input type="checkbox"/>	3-9 employees
<input type="checkbox"/>	10 and more employees
<input type="checkbox"/>	No information

Question 14: Since when have you been working for your current employer? Please enter month and year (MM/JJJJ).	
	Comment
<input type="checkbox"/>	Month (MM):
<input type="checkbox"/>	Year (JJJJ):

Question 15: What is the term of your current employment contract?	
<input type="checkbox"/>	Less than 1 year
<input type="checkbox"/>	1 year to 3 years
<input type="checkbox"/>	More than 3 years
<input type="checkbox"/>	Unlimited
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 16: Do you work full-time or part-time?	
<input type="checkbox"/>	Full time
<input type="checkbox"/>	Part time
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 17: How many hours per week is your regular working time (excluding overtime)?	
	Comment
h/week:	

Question 18: How many overtime hours do you work on average per week? How much overtime is paid or unpaid?	
	Comment
Paid h/week:	
Unpaid h/week:	

Anhang

Question 19: On average, how often per month do you provide on-call and presence services? How many are paid or unpaid?		
	Paid	Unpaid
On-call service (number per month):		
Presence services (number per month):		

Question 20: What is your average gross monthly income including bonuses? (if "Full-time" for question 16)	
<input type="checkbox"/>	< 5.000 €
<input type="checkbox"/>	> 5.000 € bis 7.000 €
<input type="checkbox"/>	> 7.000 € bis 8.500 €
<input type="checkbox"/>	> 8.500 bis 10.000 €
<input type="checkbox"/>	> 10.000 €
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 21: What is your average gross monthly income including bonuses? (if "Part-time" or "No information" or "Other" for question 16)	
<input type="checkbox"/>	< 3.000 €
<input type="checkbox"/>	> 3.000 € bis 4.000 €
<input type="checkbox"/>	> 4.000 € bis 5.000 €
<input type="checkbox"/>	> 5.000 € bis 7.000 €
<input type="checkbox"/>	> 7.000 € bis 8.500 €
<input type="checkbox"/>	> 8.500 bis 10.000 €
<input type="checkbox"/>	> 10.000 €
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 22: On average, how much time (hours/week) do you spend on your research in your free time?	
	Comment
hours / week	

Question 23: Do you work in your main job at a university hospital?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 24: How many scientific papers have you already published?	
	Number
Total:	
(of total) as first author:	
(of total) last named author:	

Question 25: Have you already raised third-party funds?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Anhang

Question 26: What is the approximate total amount of approved third-party funds? (if "Yes" for question 25)	
	Comment
in Euro:	

Question 27: Are you purely scientifically active?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

III. Information on your job satisfaction

Question 28: What were your main expectations of your current job?					
	very im- portant	important	not so important	not im- portant	Not ap- plicable
Qualified training in health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibility for research activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structured further education / compliance with further education times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opportunity for career develop- ment/prospects for promotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotion of technical further education	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Good income	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleasure at work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Good working atmosphere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family-friendly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Own creative leeway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Well plannable working hours & planning reliability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 29: To what extent have your main expectations of your current job been met?					
	complete- ly fulfilled	mainly fulfilled	barely ful- filled	not ful- filled at all	Not ap- plicable
Qualified training in health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibility for research activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structured further education / compliance with further education times	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opportunity for career develop- ment/prospects for promotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotion of technical further education	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Good income	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleasure at work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Good working atmosphere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family-friendly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Own creative leeway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Well plannable working hours & planning reliability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 30: Please answer some questions about your physical and mental well-being. How often...						
	Never	Rarely	Some- times	Often	Always	No for- mation
... are you physically exhausted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... are you emotionally exhausted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... do you come to work although you feel sick and unwell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... do you have the feeling of doing a meaningful job?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... do you have problems to switch off after work?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... do you feel burdened by problematic decisions in patient care?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

Question 31: Here are a number of personality traits that may or may not apply to you. Please mark for each statement to what extent you agree or disagree with that statement. You should rate the extent to which the pair of traits applies to you, even if one characteristic applies more strongly than the other.

I see myself as:

	Disagree strongly	Disagree moderately	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree moderately	Agree strongly
extraverted, enthusiastic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
critical, quarrelsome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dependable, self-disciplined	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anxious, easily upset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
open to new experiences, complex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reserved, quiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sympathetic, warm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disorganized, careless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
calm, emotionally stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conventional, uncreative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 32: To what extent do you feel supported in your professional activity by the following groups of people?

	No support	Moderate support	A lot of support	Full support	Not applicable
Supervisors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colleagues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spouse or life partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friends and acquaintances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 33: How satisfied are/have you been with the following aspects of promoting your clinical knowledge/skills and (clinical) research?

	Very satisfied	Rather satisfied	Rather dissatisfied	Very dissatisfied	Not applicable
... with the offer of employee interviews for career development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... with the possibilities for clinical training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... with the exemption for clinical research	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... with the possibility to organize congresses visits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... with the integration in research projects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... with the possibility to develop own projects and to apply for external funding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... with the offer of supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... with support in dealing with critical events	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

Question 34: Do you have or had a mentor*?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 35: What gender is or was your mentor? (if "Yes" for question 34)	
<input type="checkbox"/>	Female
<input type="checkbox"/>	Male
<input type="checkbox"/>	Divers
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 36: Have you ever been bullied or harassed in a professional situation?	
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 37: In what ways have you been bullied, harassed, or discriminated against?	
Comment:	

Question 38: By whom were you bullied or harassed? (if "Yes" for question 37)	
<input type="checkbox"/>	by colleagues
<input type="checkbox"/>	by superiors
<input type="checkbox"/>	by patients
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 39: Have you ever been sexually harassed? (e.g. verbal expressions, gestures, e-mails with unwanted content, unwanted physical contact, offers of advantages for sexual offers etc.)	
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Anhang

Question 40: In what way were you sexually harassed? (if "Yes" for question 39)	
<input type="checkbox"/>	General derogatory or obscene sayings / jokes (not related to you personally)
<input type="checkbox"/>	Insinuating or sexual references or derogatory or obscene remarks about you personally, your appearance or your clothing
<input type="checkbox"/>	Unwanted letters, e-mails, phone calls etc. with derogatory or obscene jokes, sayings, pictures
<input type="checkbox"/>	Whistling / staring
<input type="checkbox"/>	Obscene gestures / signs
<input type="checkbox"/>	Unwanted stories with sexual content
<input type="checkbox"/>	Unsolicited invitations with sexual intent
<input type="checkbox"/>	Pornographic material
<input type="checkbox"/>	Unwanted body contact / seemingly random touches
<input type="checkbox"/>	Unwanted fondling / kissing
<input type="checkbox"/>	Sexual extortion / promise of advantages for sexual favors or threat of disadvantages in case no sexual favors are shown
<input type="checkbox"/>	Sexual assault / rape
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 41: Who have you been sexually harassed by? (if "Yes" for question 39)	
<input type="checkbox"/>	by colleagues
<input type="checkbox"/>	by superiors
<input type="checkbox"/>	by patients
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 42: Do you believe that your gender has had an impact on your career to date?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No information

Question 43: To what extent do you suspect that your gender has had an influence on your career to date? (if "Yes" for question 42)	
Comment:	

IV. Assessments on further professional development

Question 44: Do you strive for further specialization in research and teaching in order to obtain an associate professorship respectively do you already have an associate professorship?	
<input type="checkbox"/>	Yes, I already have an associate professorship.
<input type="checkbox"/>	Yes, I have already started to specialize further in order to obtain an associate professorship.
<input type="checkbox"/>	Yes, I am planning to begin my further specialization in order to obtain an associate professorship.
<input type="checkbox"/>	I had the intention to get a professorship, but I rejected this plan.
<input type="checkbox"/>	I do not know yet exactly.
<input type="checkbox"/>	No, I do not intend to specialize further in order to obtain an associate professorship.
<input type="checkbox"/>	No information

Question 45: In which year did you habilitate (JJJJ) ? (if "Yes" for question 44)	
	Comment
Year (JJJJ):	

Question 46: Why do you strive for an associate professorship respectively why have you already achieved an associate professorship? Please indicate the most important reasons. (multiple answers possible) (if "Yes" for question 44)	
<input type="checkbox"/>	To be able to apply for a professorship.
<input type="checkbox"/>	To be able to apply for a position as chief physician.
<input type="checkbox"/>	Out of interest in research and science.
<input type="checkbox"/>	To have better opportunities for advancement outside the university.
<input type="checkbox"/>	Out of interest in teaching.
<input type="checkbox"/>	To get more development opportunities.
<input type="checkbox"/>	To achieve greater independence.
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 47: Why don't you strive for an associate professorship (anymore)? Please indicate the most important reasons. (multiple answers possible) (if "No" for question 44)	
<input type="checkbox"/>	Too much effort compared to the result.
<input type="checkbox"/>	Not relevant for my professional plans.
<input type="checkbox"/>	No exemption or subsidy.
<input type="checkbox"/>	Not interested.
<input type="checkbox"/>	Lack of compatibility with family.
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 48: In your opinion, how helpful would the following offers and measures be to increase the attractiveness of management positions in university medicine?					
	Decisive	Very helpful	Moderately helpful	Not very helpful	Not helpful at all
Flatter hierarchies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Improved financial resources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offers for sharing management tasks ("top sharing")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dual-career offers for the life partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gender balance at management level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Measures to enhance the reputation of research and teaching in society	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Measures to make working hours more flexible (e.g. working time accounts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offers for a better compatibility of work and family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

Question 49: In which field of occupation would you like to work later?	
<input type="checkbox"/>	As a self-employed physician in private practice in the outpatient sector
<input type="checkbox"/>	As an employed physician in the outpatient sector
<input type="checkbox"/>	As a doctor in a university hospital
<input type="checkbox"/>	As a doctor in a hospital
<input type="checkbox"/>	As a physician outside of health care in the free economy
<input type="checkbox"/>	As a physician outside of health care in the public sector (e.g. medical service, public health department, non-university research)
<input type="checkbox"/>	As a doctor in research
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 50: All in all: What would you like to see improved career advancement in radiology or what would need to be improved? (if necessary also other remarks)	
Comment:	

Question 51: What is your academic position at the university?	
<input type="checkbox"/>	Full Professorship / Professor
<input type="checkbox"/>	Associate Professor / Senior Lecturer
<input type="checkbox"/>	Associate Professor / Adjunct Professor
<input type="checkbox"/>	Endowed Professorship
<input type="checkbox"/>	Assistant Professor / Lecturer
<input type="checkbox"/>	Phd / MD / Teaching Assistant
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Anhang

V. Information about your person and your private circumstances

Question 52: What is your gender?	
<input type="checkbox"/>	Female
<input type="checkbox"/>	Male
<input type="checkbox"/>	Divers
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 53: In which year were you born?	
	Comment
Year (JJJJ):	

Question 54: In which country were you born?	
<input type="checkbox"/>	Germany
<input type="checkbox"/>	USA
<input type="checkbox"/>	Etc. List of all countries

Question 55: Please indicate the country of your citizenship.	
<input type="checkbox"/>	Germany
<input type="checkbox"/>	USA
<input type="checkbox"/>	Etc. List of all countries

Question 56: In which country do you currently work?	
<input type="checkbox"/>	Germany
<input type="checkbox"/>	USA
<input type="checkbox"/>	Etc. List of all countries

Question 57: What is your marital status?	
<input type="checkbox"/>	Married
<input type="checkbox"/>	Registered partnership
<input type="checkbox"/>	Living in a solid partnership
<input type="checkbox"/>	Without a permanent partnership
<input type="checkbox"/>	Divorced
<input type="checkbox"/>	Widowed
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 58: Is your partner currently employed? (if "Married" or "Registered partnership" or "Living in a solid partnership" for question 57)	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No

Anhang

Question 59: To what extent is your partner currently employed? Please indicate the average working hours per week! (if "Yes" for question 58)	
	Comment
h/week:	

Question 60: What is your partner's profession? Please enter the job title as precisely as possible. (e.g. teacher, nurse, office clerk etc.)!	
Comment:	

Question 61: Do you have children?	
<input type="checkbox"/>	Yes
<input type="checkbox"/>	No

Question 62: How many children do you have?	
Comment:	

Question 63: How old are your children? If under one year, please enter 0.	
	Comment
Age of the oldest or only child:	
Age of the youngest child:	

Question 64: How is/were your child(ren) mainly looked after during the day?	
<input type="checkbox"/>	By myself
<input type="checkbox"/>	By my partner
<input type="checkbox"/>	By other family members
<input type="checkbox"/>	By a day mother, au pair, friends, acquaintances or similar
<input type="checkbox"/>	By a public institution
<input type="checkbox"/>	No information
<input type="checkbox"/>	Other:

Question 65: Have you or your partner interrupted your own professional activity so far due to child-care? Maternity leave <u>does not</u> count as an interruption! Multiple answers possible. Parental leave on the other hand <u>does</u> count as an interruption.		
		Comment
<input type="checkbox"/>	Yes, I have interrupted my professional activity "X times" so far. Please enter the number:	
<input type="checkbox"/>	Yes, my spouse / partner has interrupted his or her professional activity "X times" so far. Please enter the number:	
<input type="checkbox"/>	Yes, my partner has suspended his or her work until further notice in favor of childcare.	
<input type="checkbox"/>	No, I have not or we have not interrupted our professional activities so far.	
<input type="checkbox"/>	No information	
<input type="checkbox"/>	Other:	

Anhang

Question 66: Over what period of time did the interruptions run in total? Please enter the period in months.		
		Comment
<input type="checkbox"/>	Own interruption. Duration in months:	
<input type="checkbox"/>	Interruption of the partner. Duration in months:	

End and Acknowledgement

You have successfully completed the study. Thank you very much for your participation.

If you have further questions, please contact christoph.kemper@outlook.com.

H.3. Liste der kontaktierten Kliniken

ID	Klinik
1	Uniklinik RWTH Aachen
2	Universitätsklinikum Augsburg
3	Charité – Universitätsmedizin Berlin
4	Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
5	Universitätsklinikum Bonn
6	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
7	Universitätsklinikum Düsseldorf
8	Universitätsklinikum Erlangen
9	Universitätsklinikum Essen
10	Universitätsklinikum Frankfurt am Main
11	Universitätsklinikum Freiburg
12	Universitätsklinikum Gießen und Marburg
13	Universitätsklinikum Göttingen
14	Universitätsklinikum Greifswald
15	Universitätsklinikum Halle (Saale)
16	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
17	Medizinische Hochschule Hannover
18	Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD)
19	Universitätsklinikum Jena
20	Universitätsklinikum Köln
21	Universitätsklinikum Leipzig
22	Universitätsklinikum Magdeburg
23	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
24	Universitätsklinikum Mannheim
25	Klinikum der Universität München
26	Klinikum rechts der Isar (Klinikum der TU München)
27	Universitätsklinikum Münster
28	Universität Oldenburg
29	Universitätsklinikum Regensburg
30	Universitätsmedizin Rostock
31	Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg
32	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
33	Universitätsklinikum Tübingen
34	Universitätsklinikum Ulm
35	Helios Universitätsklinikum Wuppertal
36	Universitätsklinikum Würzburg
37	KRH Klinikum Lehrte
38	Klinikum Hanau GmbH
39	Städtisches Klinikum Karlsruhe
40	Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg Gemeinnützige GmbH
41	Klinikum Dortmund Mitte
42	SLK-Kliniken Heilbronn GmbH - Klinikum am Gesundbrunnen
43	Klinikum Kassel GmbH
44	Klinikum Esslingen GmbH
45	Klinikum Ludwigsburg
46	HELIOS Klinikum Erfurt
47	Klinikum Chemnitz gGmbH
48	Helios Klinikum Berlin-Buch
49	Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH
50	Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
51	Helios Klinikum Krefeld
52	Klinikum Bremen-Mitte
53	HELIOS Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden
54	Bezirksklinikum Regensburg

Anhang

55	Klinikum Nürnberg I Standort Süd
56	Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
57	Klinikum Oldenburg AöR
58	München Klinik Schwabing, Städtisches Klinikum München GmbH
59	Johannes Wesling Klinikum Minden
60	Städtisches Klinikum Dresden - Standort Friedrichstadt
61	Klinikum Obergöltzsch Rodewisch
62	St. Elisabeth-Krankenhaus Köln GmbH
63	Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH
64	Klinikum St. Georg gGmbH
65	Bundeswehr Zentralkrankenhaus Koblenz
66	Sana Klinikum Offenbach GmbH
67	Helios Vogtland-Klinikum Plauen
68	Klinikum Darmstadt GmbH
69	Asklepios Klinikum Uckermark GmbH
70	Asklepios Klinik Nord - Heidberg
71	Helios Kliniken Schwerin
72	Klinikum Lüdenscheid, Märkische Kliniken GmbH
73	LVR-Klinik Bedburg-Hau
74	Marienhospital Stuttgart
75	Kliniken Maria Hilf GmbH
76	Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH Standort Bethel
77	Klinikum am Steinenberg
78	St. Vincenz-Krankenhaus (Paderborn)
79	Bundeswehrkrankenhaus Ulm
80	Westpfalz-Klinikum GmbH - Standort I Kaiserslautern
81	Kath. Marienkrankenhaus gemeinnützige GmbH (Hamburg)
82	Helios Klinikum Hildesheim GmbH
83	Helios St. Johannes Klinik (Duisburg)
84	Klinikum Herford
85	Klinikum Frankfurt Höchst GmbH
86	DRK Kliniken Berlin Westend
87	Klinik am Eichert (Göppingen)
88	Bonifatius Hospital Lingen
89	Robert-Bosch-Krankenhaus
90	Krankenhaus Ludmillenstift (Meppen)
91	Niels-Stensen-Kliniken Marienhospital Osnabrück
92	Klinikum Osnabrück GmbH
93	Diakonie-Klinikum Stuttgart
94	Caritas Klinikum Saarbrücken Standort St. Theresia
95	Klinikum Stuttgart - Krankenhaus Bad Cannstatt
96	Rems-Murr-Klinikum Winnenden
97	Klinik Josephinum gemeinnützige AG
98	Kliniken der Stadt Köln GGmbH - Krankenhaus Merheim
99	Zentralinstitut für seelische Gesundheit (zi)
100	Klinikum dritter Orden München-Nymphenburg
101	Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach Standort Ebertplatz
102	Klinikum Lippe Detmold
103	ST. Elisabethen-Klinikum (Ravensburg)
104	SRH Wald-Klinikum Gera GmbH
105	SANA Kliniken Leipziger Land GmbH - Klinikum Borna
106	SANA Klinikum Lichtenberg
107	Donauisar Klinikum Deggendorf
108	St. Vinzenz-Hospital (Dinslaken / Duisburg)
109	GFO Kliniken Bonn - Betriebsstätte St. Marien-Hospital
110	BG-Unfallklinik - Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH
111	Städtische Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH
112	Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus

Anhang

113	Klinikum Fulda gAG
114	Städtisches Klinikum Solingen gemeinnützige GmbH
115	Klinikum Ingolstadt GmbH
116	Klinikum Leverkusen gGmbH
117	Klinikum Bamberg - Betriebsstätte am Bruderwald
118	Klinikum Dortmund Nord
119	Städtisches Klinikum Dessau
120	GPR Klinikum
121	LVR-Klinikum Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
122	Caritas-Krankenhaus St. Josef (Regensburg)
123	Klinikum Rheine / Mathias-Spital Rheine
124	Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen - Standort Mitte
125	Knappschaftskrankenhaus Bottrop GmbH
126	Marienhospital Gelsenkirchen GmbH
127	FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH
128	Klinikum Kulmbach
129	Klinikum Wolfsburg
130	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
131	Klinikum Memmingen
132	Asklepios Klinikum Harburg
133	Städtisches Klinikum Lüneburg gemeinnützige GmbH
134	St. Anna Hospital Herne
135	GFO Kliniken Bonn - Betriebsstätte St. Josef
136	Kliniken der Stadt Köln gGmbH - Krankenhaus Holweide
137	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Standort Neubrandenburg
138	Diakonissenkrankenhaus Flensburg
139	Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH
140	Klinikum Bremen-Ost
141	Kreiskrankenhaus Gummersbach
142	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
143	Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH
144	RoMed Klinikum Rosenheim
145	Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers
146	Klinikum Garmisch-Partenkirchen - Haupthaus
147	Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH
148	Städtische Kliniken Mönchengladbach GmbH
149	München Klinik Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH
150	Klinikum Magdeburg gemeinnützige GmbH
151	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
152	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
153	Klinikum Saarbrücken
154	Asklepios Klinik Altona
155	St. Joseph Krankenhaus Berlin
156	München Klinik Harlaching, Städtisches Klinikum München GmbH
157	Helios Klinikum Pforzheim GmbH
158	Klinikum Passau
159	Florence-Nightingale-Krankenhaus
160	SRH Zentralklinikum Suhl GmbH
161	MARIENHAUS KLINIKUM SAARLOUIS - DILLINGEN
162	Klinikum Bad Hersfeld
163	Imland GmbH - Imland Klinik Rendsburg
164	Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gGmbH - Standort Aschaffenburg
165	Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
166	Hegau-Bodensee-Klinikum Singen
167	Klinikum Konstanz
168	Asklepios Klinik St. Georg
169	Knappschaftsklinikum Saar GmbH, Krankenhaus Sulzbach
170	Marienhospital St. Elisabeth Neuwied

Anhang

171	Kreisklinikum Siegen GmbH
172	Evangelische Kliniken Gelsenkirchen GmbH
173	Kliniken Nordoberpfalz AG - Klinikum Weiden
174	Klinikum Südstadt Rostock
175	Klinikum Bremen-Nord
176	Wedau Kliniken
177	Krankenhaus Düren gem. GmbH
178	Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH / Kemperhof
179	Klinikum Itzehoe
180	Heinrich-Braun-Klinikum gemeinnützige GmbH, Standort Zwickau
181	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
182	Elbe Klinikum Stade
183	Universitätsklinikum Tübingen
184	Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim Standort Lahr
185	Albertinen Krankenhaus
186	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
187	Klinikum Bad Salzungen GmbH
188	Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf
189	Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim
190	Kliniken Böblingen
191	Marien Hospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum
192	Ammerland-Klinik Westerstede
193	Katholisches-Karl-Leisner-Klinikum gGmbH Standort St.-Antonius-Hospital
194	St. Vincenz-Krankenhaus Limburg
195	Klinikum St. Marien Amberg
196	Sana-Klinikum Remscheid GmbH
197	Christliches Krankenhaus Quakenbrück GmbH
198	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
199	Luisenhospital Aachen
200	Marien-Hospital Wesel gGmbH
201	Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH
202	Klinikum Vest GmbH
203	Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH Klinikum Lünen St.-Marien-Hospital
204	Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße GmbH
205	Knappschaftsklinikum Saar GmbH, Krankenhaus Püttlingen
206	Klinikum Neumarkt
207	Klinikverbund Allgäu gGmbH - Klinikum Kempten
208	St Josefskrankenhaus (RkK) Freiburg
209	Kliniken Sindelfingen
210	DRK Kliniken Berlin Köpenick
211	Kliniken Dr. Erler gGmbH
212	Klinikum Westmünsterland St. Agnes-Hospital Bocholt
213	Helios Klinikum Aue
214	Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH
215	KRH Klinikum Nordstadt
216	Marienkrankehaus Schwerte
217	ALLGEMEINES KRANKENHAUS CELLE
218	Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln - Universität Witten/Herdecke
219	Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH
220	BG Klinikum Bergmannstrost Halle
221	Sana Klinikum Biberach
222	Klinikum Traunstein
223	Asklepios Klinik Sankt Augustin GmbH
224	Klinikum Worms gGmbH
225	Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital gGmbH Standort: Bürgerhospital Frankfurt
226	St. Bernward Krankenhaus
227	St. Josefs-Hospital Cloppenburg
228	Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn

Anhang

229	Helios Park-Klinikum Leipzig
230	Klinikum Kaufbeuren
231	Gesundheitseinrichtungen Hameln-Pyrmont GmbH - Sana Klinikum Hameln-Pyrmont
232	Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH
233	medius KLINIK NÜRTINGEN
234	Krankenhaus St. Elisabeth gGmbH
235	ELBLANDKLINIKEN Stiftung & Co. KG, ELBLANDKLINIKUM Riesa
236	GFO Kliniken Troisdorf, Betriebsstätte St. Josef Troisdorf
237	HELIOS Klinikum Bad Saarow
238	Kreiskrankenhaus Johann Kentmann gGmbH
239	Klinikum Friedrichshafen GmbH
240	Stauferklinikum Schwäbisch-Gmünd
241	Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
242	DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH
243	medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
244	HELIOS Klinikum Emil von Behring GmbH
245	Krankenhaus Bad Arolsen GmbH
246	Kerckhoff-Klinik GmbH
247	Asklepios Klinik Lich GmbH
248	St.-Antonius-Hospital gGmbH
249	Klinikum Idar-Oberstein GmbH
250	KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH
251	St. Elisabeth Krankenhaus Wittlich
252	EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH
253	AKK Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH
254	GFO Kliniken Troisdorf
255	St. Marienhospital Vechta
256	Schön Klinik München Harlaching
257	Klinikum Wetzlar-Braunfels
258	Lausitzer Seenland Klinikum GmbH
259	Klinikum Christophsbad Göppingen
260	Krankenhaus Nordwest
261	Knappschafts-Krankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen GmbH
262	Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH
263	Asklepios Klinik Wandsbek
264	Kreisklinik Ebersberg gemeinnützige GmbH
265	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik gGmbH
266	München Klinik Neuperlach, Städtisches Klinikum München GmbH
267	Diakonie Klinikum Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus
268	Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH
269	Oberlausitz-Kliniken gGmbH / Krankenhaus Bautzen
270	Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg
271	Johanna-Etienne-Krankenhaus
272	Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH
273	Hermann-Josef-Krankenhaus
274	Klinikum Links der Weser
275	Klinikum Landshut gGmbH
276	Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
277	Agaplesion Markus Krankenhaus
278	HELIOS Klinikum Schwelm
279	Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen GmbH
280	BG Klinikum Murnau gGmbH
281	Krankenhaus Gelnhausen
282	Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH
283	St. Martinus-Hospital Olpe
284	St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig
285	Katholisches Klinikum Mainz
286	St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach gGmbH

Anhang

287	Klinikum Bayreuth
288	St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus
289	Kliniken Ostalb, Ostalb-Klinikum Aalen
290	Schön Klinik Hamburg Eilbek
291	Theresienkrankenhaus Mannheim
292	Bezirksklinikum Ansbach
293	Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Balg
294	Evangelisches Krankenhaus Hamm
295	Westküstenklinikum Heide
296	Katholisches Krankenhaus "St. Johann Nepomuk" Erfurt
297	Christophorus-Kliniken Coesfeld – Dülmen – Nottuln, Standort Coesfeld
298	BG Klinik Tübingen
299	Kreiskrankenhaus Osterholz
300	SRH Krankenhaus Sigmaringen
301	Ruppiner Kliniken
302	DIAKOVERE Friederikenstift
303	Marien Hospital Düsseldorf GmbH
304	Heilig Geist-Krankenhaus
305	St. Marien-Krankenhaus Siegen
306	Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT
307	HELIOS Klinikum Meiningen
308	Thoraxklinik Heidelberg
309	Vivantes Klinikum Spandau
310	KEM Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH, Standort Evang. Huysens-Stiftung Essen-Huttrop
311	Missioklinik Würzburg
312	Krankenhaus Bietigheim
313	BG Klinikum Duisburg gGmbH
314	Marien-Hospital Euskirchen
315	KRH Klinikum Robert Koch Gehrden
316	Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben, Standort Quedlinburg
317	Helios Klinikum Niederberg
318	Helios Klinikum München West
319	Katholisches Krankenhaus Hagen gem. GmbH -St. Josefs-Hospital-
320	Sophien- und Hufeland-Klinikum gGmbH
321	Leopoldina-Krankenhaus
322	Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH
323	Klinikum Leer gGmbH
324	Fachklinik Hornheide
325	Vinzentius-Krankenhaus Landau
326	Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
327	Helios Hanseklinikum Stralsund
328	Schön Klinik Neustadt
329	Kliniken Nagold
330	Collm Klinik Oschatz GmbH
331	Klinikum Stadt Soest gGmbH
332	Marien Hospital Papenburg Aschendorf
333	Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben, Standort Wernigerode
334	Krankenhaus Waldfriede e.V.
335	Heidekreis-Klinikum GmbH Krankenhaus Walsrode
336	Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal
337	Vivantes Klinikum Neukölln
338	Bezirksklinikum Schwaben, Bezirkskrankenhaus Günzburg
339	AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS WUPPERTAL gemeinnützige GmbH
340	Elbe Klinikum Buxtehude
341	Ludgerus-Kliniken Münster GmbH-Standort Clemenshospital
342	St. Georg Klinikum Eisenach gGmbH
343	St. Marien-Hospital gGmbH
344	Barmherzige Brüder Krankenhaus München

Anhang

345	Klinikum Gütersloh
346	St.-Josefs-Hospital
347	Helios Klinikum Pirna
348	Helios Amper-Klinikum Dachau
349	Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe
350	Krankenhaus Leonberg
351	DIAKOVERE Henriettenstift
352	Evangelisches Krankenhaus Bergisch Gladbach gGmbH
353	Sana Klinikum Hof
354	Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gGmbH - Standort Alzenau
355	Augusta-Kranken-Anstalt gGmbH Bochum
356	Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gGmbH
357	Katharinen-Hospital - gGmbH
358	Katholische Hospitalvereinigung Ostwestfalen gem. GmbH
359	Cnopfsche Kinderklinik
360	DRK-Kliniken Nordhessen Gemeinnützige GmbH Standort Wehlheiden
361	Klinikum Starnberg
362	Evangelisches Krankenhaus Lippstadt
363	HELIOS Klinikum Siegburg
364	Herz-Jesu-Krankenhaus Hilstrup GmbH
365	AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG
366	Borromäus Hospital Leer gGmbH
367	Rhein-Maas Klinikum
368	Klinikum Westmünsterland St. Marien- Krankenhaus Ahaus
369	Orthopädische Fachkliniken der Hessing Stiftung
370	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
371	Ubbo-Emmius-Klinik gGmbH, Ostfriesisches Krankenhaus, Klinik Aurich
372	Krankenhaus Mechernich
373	Krankenhaus Landshut-Achdorf
374	ELBLANDKLINIKEN Stiftung & Co. KG, ELBLANDKLINIKUM Meißen
375	Hümmeling Hospital Sögel gGmbH
376	Helios Klinikum Salzgitter GmbH
377	Städtisches Klinikum Dresden - Standort Neustadt
378	BETHESDA Krankenhaus
379	St. Franziskus-Hospital
380	Waldkliniken Eisenberg
381	Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
382	Sana Kliniken Düsseldorf, Standort Gerresheim
383	Johanniter-Krankenhaus Stendal
384	St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH
385	Lubinus Clinicum
386	Sana HANSE-Klinikum Wismar GmbH
387	Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau
388	Hunsrück Klinik Kreuznacher Diakonie
389	Sankt Elisabeth Hospital
390	Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola", Standort Saalfeld
391	Marienhof Koblenz
392	Vivantes Klinikum im Friedrichshain
393	Klinikum Lippe Lemgo
394	KMG Klinikum Güstrow
395	Evangelisches Krankenhaus Duisburg Nord
396	KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge
397	Herzzentrum Leipzig GmbH
398	HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg
399	Evangelisches Krankenhaus Herne - Standort Herne-Mitte
400	Rotkreuzklinikum München
401	Gemeinschaftskrankenhaus Bonn gGmbH, Haus St. Petrus
402	Klinikum Landsberg am Lech

Anhang

403	Achenbach Krankenhaus Königs Wusterhausen
404	Juliussspital Würzburg
405	Johanniter GmbH - Waldkrankenhaus Bonn
406	Klinikum Altenburger Land GmbH
407	Helios Weißeritztal Kliniken, Klinikum Freital
408	AMEOS Klinikum Halberstadt
409	Park-Klinik Weißensee
410	Kreiskliniken Günzburg-Krumbach, Klinik Günzburg
411	Klinikum am Plattenwald
412	HELIOS Klinik Schleswig GmbH
413	Hochtaunus-Kliniken gGmbH - Bad Homburg
414	HELIOS Klinikum Gifhorn GmbH
415	Helios Klinikum Gotha
416	Siloah St. Trudpert Klinikum
417	Zollernalb Klinikum Balingen
418	Kreiskrankenhaus Dormagen (ab Aug. 2019: Rheinland Klinikum Dormagen)
419	Eduardus-Krankenhaus gGmbH
420	Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH Kreiskrankenhaus Lörrach
421	Regio Kliniken GmbH - Klinikum Pinneberg
422	St. Ansgar Krankenhaus Hörter
423	Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH
424	St. Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH
425	BG Klinik Ludwigshafen
426	Malteser Krankenhaus St. Anna
427	Klinikum Fürth
428	St. Marien-Hospital Mülheim an der Ruhr GmbH
429	St. Vinzenz-Hospital Köln
430	ELBLANDKLINIKEN Stiftung & Co. KG, Elblandklinikum Radebeul
431	Krankenhaus Freudenstadt
432	Krankenhaus Wermelskirchen GmbH
433	Asklepios Klinik Weißenfels
434	Orthopädische Klinik Markgröningen
435	Agaplesion Ev. Klinikum Schaumburg
436	St. Hedwig-Krankenhaus Berlin
437	Isar Kliniken GmbH
438	Krankenhaus Agatharied GmbH
439	Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH
440	Sana Kliniken Lübeck GmbH, Krankenhaus Süd
441	Vinzenzkrankenhaus Hannover
442	Krankenhaus Neuwerk "Maria von den Aposteln" gGmbH
443	Kreiskliniken Altötting-Burghausen Standort Altötting
444	Elisabeth Krankenhaus Recklinghausen
445	HELIOS Klinik Sangerhausen
446	Helios Kliniken Mittelweser
447	St. Elisabeth-Krankenhaus Geilenkirchen gemeinnützige Gesellschaft mbH
448	Sana Kliniken Düsseldorf, Standort Benrath
449	St. Elisabethen-Krankenhaus Frankfurt a.M.
450	Niels-Stensen-Kliniken Franziskus-Hospital Harderberg
451	Die Filderklinik gGmbH
452	Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH / Ev. Stift. St. Martin
453	Marienhauklinik St. Josef Kohlhof
454	Medius Klinik Kirchheim
455	Ev. Diakoniekrankenhaus
456	Petrus-Krankenhaus
457	Jüdisches Krankenhaus Berlin - Stiftung des bürgerlichen Rechts
458	Klinikum Fürstfeldbruck
459	Helfenstein Klinik
460	Anregiomed Klinikum Ansbach

Anhang

461	DIAKOVERE Annastift
462	Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH
463	St. Elisabeth-Hospital
464	Helios Klinikum Uelzen GmbH
465	Allgemeines Krankenhaus Viersen GmbH
466	Marienhaus Klinikum Hetzelstift
467	St. Josef Krankenhaus GmbH Moers - Betriebsstätte St. Josef Krankenhaus Moers
468	Paul Gerhardt Diakonie Krankenhaus und Pflege GmbH
469	Hospital zum Heiligen Geist Kempen GmbH & Co. KG
470	Katholisches Karl-Leisner Klinikum gGmbH Standort Marienhospital Kevelaer
471	St. Elisabeth-Hospital Herten
472	Krankenhaus Hedwigshöhe
473	St.-Clemens-Hospital Geldern
474	Zentralklinik Bad Berka GmbH
475	Klinikum Hochrhein
476	Klinikum Vest GmbH, Paracelsus-Klinik Marl
477	Klinikum Freising GmbH
478	St. Augustinus Krankenhaus gGmbH
479	Rems-Murr-Klinik Schorndorf
480	kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost
481	Universitätsmedizin Greifswald - Körperschaft des öffentlichen Rechts
482	Krankenhaus St. Barbara
483	Immanuel Klinik Rüdersdorf
484	Karl-Olga-Krankenhaus GmbH
485	BG Klinikum Hamburg gGmbH
486	KRH Klinikum Großburgwedel
487	Diakonissenkrankenhaus Mannheim
488	St. Marien-Hospital Borken
489	Regio Kliniken GmbH - Klinikum Elmshorn
490	Lukas-Krankenhaus Bünde
491	St. Vincenz-Krankenhaus Datteln
492	Alexianer Krefeld GmbH - Krankenhaus Maria-Hilf
493	HELIOS St. Elisabeth Klinik Oberhausen
494	Herzogin Elisabeth Hospital
495	Klinikum Burgenlandkreis GmbH / Saale-Unstrut-Klinikum Naumburg
496	Oberhavel Kliniken GmbH / Klinik Hennigsdorf
497	St. Josef Krankenhaus Essen-Werden GmbH
498	KRH Psychiatrie Wunstorf
499	Hufeland Klinikum GmbH, Standort Mühlhausen
500	Krankenhaus Lübbecke-Rahden, Betriebsstelle Lübbecke

H.4. Liste aller Kommentare zu Mobbing und Schikane am Arbeitsplatz

ID	Kommentare zu der Frage 37: Auf welche Weise wurden Sie gemobbt, schikaniert oder benachteiligt?
1	Negative Äußerungen durch Vorgesetzten vor versammelter Mannschaft, ständige "Seitenhiebe" vor anderen, nicht verständliche Anweisungen betreffs des eigenen Verantwortungsbereichs ohne Erklärungen oder Gespräche
2	In den ersten Jahren der Tätigkeit beim jetzigen Arbeitgeber rein männliches ärztliches Kollegium: regelmäßig anzügliche Bemerkungen, teils auch ungewollte Berührungen ohne Verständnis oder Schutz durch die Vorgesetzten. Zusagen des damaligen Institutsleitung auf Weiterbeschäftigung nach Mutterschutz wurden nicht eingehalten, sondern trotz anderslautender Zusage, männlicher Kollege eingestellt mit nur noch Angebot an mich 7 h/Woche zu arbeiten. Eine Weiterbeschäftigung war erst nach Jahren wieder auf voller Stundenzahl nach Intervention beim Vorstand und letztlich Wechsel der Institutsleitung möglich. Aktuell einzige Frau in Oberarztkollegium mit relativer Isolation, Unwillen und Ressentiments der männlichen Kollegen. Seit Jahren zugesagter Wechsel auf die leitenden Oberarztposition, welche in der Tätigkeit/Funktion schon seit Jahren ausgefüllt wird, aber aus Rücksicht auf männliche OA-Kollegen nicht erfolgt.
3	Während der universitären Ausbildung durch Verzögerung der Ausbildung und Blockade wissenschaftlicher Arbeiten bzw. Verhinderung von Habilitationsbestrebungen.
4	- teilweise Ausschluss von Untersuchungen, die formal Bestandteil der Ausbildung sind - in den ersten Monaten offenkundige "Vorhaltungen", wenn das (sehr hohe) Arbeitspensum der Dienste nicht "geschafft" wurde trotz Überstunden - unsachliche Kritik an Befunden ohne Verbesserungsvorschläge - persönliche Anfeindungen
5	It. OA mit annähernd identischem Ausbildungsstand und eher geringerem wissenschaftlichen Output hat meine Forschung massiv behindert durch überproportionale klinische Verpflichtungen (lange geplante Termine mit Kooperationspartnern durch kurzfristige Änderung der Arbeitsplatzverteilung platzen lassen bzw. verhindert), ungerechte Arbeitsverteilung, Urlaubsplanung, ...
6	- Über mich wurde schlecht geredet - Befunde wurde abwertend in Frage gestellt
7	üble Nachrede/ Beleidigungen, Nachteilige Behandlung auf Grund des Geschlechts; mehr Dienste als die anderen Kollegen bekamen, v.a. an den Tagen an denen meinerseits "frei" gewünscht wurde.
8	- unbegründete Kritik an der Forschung durch andere fachfremde Forschungsgruppe - Verzögerung der Weiterbildung
9	- being new and knowing how everthing works - because of language
10	2. Ein alternatives Klinikum wurde mir genannt, an dem ich mich bewerben sollte. Ich würde meine Rotationen nicht erhalten sagte mir eine befreundete zugewandte Oberärztin. 1. Ich gehöre nicht an die Uni, erfordere zu viel Aufmerksamkeit und hätte meine Hörbehinderung bewusst verschwiegen von Beginn an. Dabei war mit dieser umzugehen und zu lernen welche Situationen schwierig sind, ein Lernprozess auch für mich.. 3. Forschungsprojekte kenne ich nur als Datensammeln aber nicht als fachkundige Anleitung dazu durch meinen Abteilungsleiter - als ob man sich zierte mir fachlich etwas beizubringen.
11	Keine Rückendeckung durch Vorgesetzten trotz voriger Rücksprache mit diesen vor anderen Abteilungen.
12	abwertende Kommentare in Konferenzen, keine Möglichkeit zur Karriereentwicklung
13	Mobbing durch CA-Kollegen bis zur psychischen Erkrankung, langer Krankschreibung, Auflösungsvertrag und Wechsel der Arbeitsstelle, der Position und des Arbeits-/Wohnortes
14	als Assistentensprecher in der ersten FA-Ausbildung. Dann, als ich wegen eines Elternzeitersuchens aus dem OP raus bin in die Ambulanz. Alter Dino-Chef eben.
15	Prinzipielles Mobbing als Führungsinstrument durch die GF
16	Als Frau, als Ausländer, als Kollege
17	Versetzung an Arbeitsplätze in denen ich mit meiner Weiterbildung nicht weiterkomme und nicht ausgebildet werde. Per Telefon zurechtgewiesen, angeschrieen und der Telefonhörer einfach aufgelegt.

Anhang

	Entzug von Aufgaben Nichtgewährung von Fortbildungen
18	Als junge Anfängerin gemobbt bzgl der Arbeitsschnelligkeit wenig Unterstützung durch Fachkräftemangel zu Beginn der Ausbildung durch Teilzeitarbeit (nach Schwangerschaft) keine Aufstiegsmöglichkeit
19	Wg. der Herkunft (brasilianisch) oder wg. Sprachfehler werden nicht selten Witzen darüber gemacht. Am Anfang sieht es eher freundlich aus, aber mit der Zeit wirkt schon sehr diskriminierend.
20	als junge Ass. Ärztin durch erfahrenen FÄ - ausgeschlossen, vor den Chef für Neuerungen denunziert.
21	im Rahmen einer Bewerbung zum Chefarzt
22	ältere Kollegen fühlten sich ungerecht behandelt, sodass mir als jüngerer Assistentin Aufgaben übertragen wurden, für die ich keine ausreichende fachliche Kompetenz besitze (Tumorboards etc.) Bevorzugung männlicher Kollegen für Oberarztposten Familiengründung wird von Vorgesetzten/dem Chef von vornherein als Karrierebremse dargestellt ("übers Nudeln kochen habilitieren", "jemandem halt die Kinder bekommen") Degradierung als Frau ("wenn der TÜV kommt, stellen Sie sich hin, lächeln und sehen gut aus, das können Sie ja")
23	Initial oft wegen Sprache an meiner ersten Stelle in Deutschland provoziert (Chirurgie), vom Betriebsarzt mit einer Vergewaltigung gedroht, aus der Klinik rausgejagt zusammen mit noch 2 Kolleginnen, bei OP-Ansatz zusammen mit der zuständigen Oberärztin provoziert im Sinne einer Liebesbeziehung und dadurch erworbene Möglichkeit im OP tätig sein zu können. In der aktuellen Stelle in der Radiologie bin ich nicht gemobbt.
24	Ältere männliche Kollegen, die sich überlegen fühlen. Täglicher Beweis der Fachlichkeit und Qualifikation gegenüber diesen.
25	Konflikte mit der Leitungsebene bei Bitten um bessere Planbarkeit von Diensten (längerer Vorlauf): als Reaktion würden Teilzeit Tage spontan gestrichen oder verschoben
26	An der Uniklinik wurde vom Chef beim Personalgespräch darauf hingewiesen bzw. befragt, dass ich ja geheiratet hätte und wie meine Kinderplanung aussähe. Mir wurde gesagt dass es ja klar sei dass ich ab jetzt nur noch Halbjahresverträge bekomme - obwohl ich aktuellen Kinderwunsch verneinte.
27	Mir wurde mehr Arbeit zugewiesen als anderen Oberärzten und mehr, als ich schaffen konnte.
28	Anfänglich von einem wesentlich jüngerem Assistenzarzt gemobbt, da ich den unbefristeten Vertrag habe. Kam nach ihm, aber als Fachärztin. Keine berufliche Perspektive. Mein Chef hat mir direkt gesagt, dass ich hier nicht Oberärztin werde und dafür gehen müsste. Er würde eine frei werdende Oberarztstelle von extern besetzen. Karriere wird hier nicht nach Talent entschieden, sondern nach Connections und Sympathie. Zwei jüngere Kolleginnen sind Funktions-OÄ geworden, eine sogar schon als Assistentin. Ich nie. Meine FA-Ausbildung war teils in einer Praxis. Dort haben die Partner gesagt, solange wir verhindern können, dass eine Frau Praxispartnerin wird, werden wir es tun.
29	Mündliche Zusagen wurden nicht eingehalten oder geleugnet. Seitdem alles wichtige schriftlich.
30	anonym bezichtigt ausgebootet
31	Oberärztin hat hinterrücks anderen Oberärzten und dem Chef berichtet, dass ich nicht gut arbeiten würde und hat damit Rufmord betrieben und mich auch immer am Arbeitsplatz schikaniert.
32	Anrufe/persönliche Nachrichten nach 22 Uhr durch Vorgesetzten mit Arbeitsaufträgen; persönliche Beleidigung und unsachliche Kritik durch Vorgesetzten; Dienstenteilung als Sanktionsmaßnahme (bestimmte "unbeliebte" Schichten nach "non-konformen" Verhalten)
33	trotz Handicap halbes Jahr auf PC Headset und alternatives PC-Steuergerät gewartet
34	Arbeitseinteilung- zuschütten mit "unliebsamer" Routinearbeit, Menge der Arbeit, Ausgliederung bzw. Versetzung, keine Dienstreisen, wenig Information, Denunziation. ungerechtfertigte Abmahnungen, keine Poolbeteiligung, es werden Extrakosten verursacht. Überstunden nicht anerkannt.
35	Unter Druck gesetzt und fehlkritisiert, respektlos behandelt
36	Arbeitspint aufgebrochen vom Arbeitgeber ohne Ankündigung, in persönlichen Sachen herumgewühlt

Anhang

37	Von Vorgesetzten angeordnete Überarbeitung von Papern von Kollegen ohne Koautorenschaft. Keine Aussicht auf OA-Stelle nach Elternzeit in Teilzeit trotz Übernahme von funktionsoberärztlichen Tätigkeiten.
38	Arbeitszeit
39	Weil ich in der Weiterbildung zwei Kinder bekommen habe. Anderer Arbeitgeber als der jetzige
40	Auf einmal keine Teilnahme mehr an Kongressen trotz sehr guter Forschungsleistung, keine Freistellung mehr für Forschung.
41	Zu viele Kinder (und ggf. zu wenig Ja-Sager) -> bei Beförderungen übergangen
42	auf jede erdenkliche Weise in meiner Position als Oberärztin vom meinem alten Chef
43	Im Nachtdienst wurde meine Kompetenz von einem Oberarzt einer anderen Abteilung auf persönlich beleidigende Art in Frage gestellt, da ich eine gewünschte Untersuchung auf Grund einer vorliegenden absoluten Kontraindikation abgelehnt habe (O-Ton unter anderem: „Haben Sie eigentlich Medizin studiert?“)
44	Aufgrund einer Behinderung (Schwerhörigkeit)
45	Immer wieder über die gesamte Ausbildungszeit hinweg vorkommende mündliche Angriffe/Schikane/Mobbing von Oberärzten anderer Abteilungen bei eigener Inkompetenz und Überforderung. Oft auch gerade dann persönliche Beleidigungen, vor allem wenn man eine Frau ist. Schikanen von Oberärzten der eigenen Abteilung bei eigener Inkompetenz und Überforderung. Usw. und so fort
46	Aufgrund von Krankheit erdachte Abmehnungen erhalten
47	in einer früheren Ausbildung AiP Urologie. Von Oberarzt angebrüllt.
48	Aufgrund von Teilzeittätigkeit wurden mir weitere Karriereschritte abgesagt.
49	kein Mobbing explizit gegen meine Person, jedoch allgemein sehr männlich und leistungsorientiert geprägte Abteilung; viele Lästereien und Bewertung der eigenen Arbeit von anderen Assistenten, denen dies nicht zusteht; frauenfeindliche Witze
50	Aufgrund von Vitamin B werden in unserer Abteilung einige Kollegen bevorteilt... andere müssen extra viel Arbeit leisten
51	Kollegin war neidisch und hat mich nach Beförderung in der Arbeitsausführung überwacht und über Dritte regelmäßig kritisiert.
52	Ausbildung im MRT kürzer als bei anderen Kollegen/innen
53	Kündigung wegen politischem Engagement in der Freizeit bei vorherigem Arbeitgeber
54	Ausgebremst!!!!
55	Mein Erfolg wurde mir von einigen nicht gegönnt
56	Ausgegrenzt. Keine Gespräche über Probleme. Zur Kündigung gedrängt.
57	Missachtung
58	Ausgrenzung, Verleumdung, öffentliches Beschimpfen vor anderen MitarbeiterInnen, Verbreitung von Lügen über meine Person, Degradierung, Missachtung von meinen Wünschen (Urlaub, Arbeitsorganisation etc.), Verhinderung von Rotationsplätzen (MRT, Mammografie), Einteilung in unbeliebte Arbeitsplätze (Sonografie), Entzug von Aufgaben etc. - das volle Programm
59	Mobbing durch nachgeordnete ärztliche Kollegen
60	ausländischer unterkunft
61	nach Kündigung keine finanziellen Extraleistungen mehr, obwohl diese mir immer noch zugestanden hätten
62	Ausländische Wurzeln und keine Lust von den Oberärzten die Befunden zu korrigieren und etwas beibringen
63	not being invited to parties in the department, being envied by colleagues because my partner was also in the same dept and holding a leading position.
64	Ausschluss aus bestimmten Teilbereichen, doppelt verplant (Routine in der Forschungszeit).....
65	persönlich angegangen, beleidigt
66	Befunde verändert
67	Selbst durcgeführte Studie wird anderen angerechnet, verbale Angriffe,
68	Befunde wurden infrage gestellt, Absprachen nicht eingehalten. Die vielen Gesichter des Mobbing von meinem damaligen Chef habe ich alle gesehen. Ich war 6 Monate wegen Burnout krankgeschrieben, habe dann Versucht bei dem alten Arbeitgeber wieder anzufangen. Es hatte sich aber trotz Gesprächen mit dem Klinikleiter, der Verwaltung und dem kirchlichen Träger nichts geändert. Daraufhin habe ich mir einen neuen Arbeitgeber gesucht. Da ist alles zu meiner vollen Zufriedenheit. Seitdem keine Probleme mehr.

Anhang

69	Übergriffe seitens Verwaltungsleitung, Controlling, keine Unterstützung , fehlende Übernahme von Verantwortung auf der Leitungsebene
70	Bei Beförderung/ Weiterbildung übergangen, gemobbt, mit Sanktionen bedroht
71	Unfairness des Chefs
72	Bei der Ausbildung übergangen, unprofessionell in meiner Persönlichkeit kritisiert, öffentlich beschimpft, der Lüge bezichtigt, als inkompetent dargestellt und bezeichnet
73	verbale Entgleisungen
74	Bei gleicher Qualifikation wurde ich (weiblich) bei einer hausinternen Stellenausschreibungen übergangen und eine externe Bewerbung (männlich) bevorzugt.
75	Versuche des dienstplanenden männlichen Kollegen, meine Teilzeittätigkeit absprachewidrig zu bündeln/ blockweise zu organisieren - damit Verlust von Regelmäßigkeit und Planbarkeit unter den Bedingungen zusätzlicher Familienarbeit. Zugesagter Einstieg in Teilhaberschaft wurde um Jahre verzögert.
76	Bei Kündigung üble Nachrede
77	Vorwürfe und Benachteiligung durch ehemaligen Chef bei Schwangerschaft.
78	Beleidigungen durch Kollegen anderer Fachabteilungen.
79	während der Weiterbildung: überdurchschnittlich viele Dienste, Benachteiligung bei der Vergabe der für die Weiterbildung wichtigen Arbeitsplätze. Konkurrierende Weiterbildungsassistenten mit viel "Ellenbogen" kamen häufig schneller zum Zug, Oberärzte waren die Abläufe egal.
80	Benachteiligt aufgrund von Nationalität, Sprachkenntnissen
81	Weiterbildungsteilnahme kurzfristig abgesagt Zu Aufgaben verpflichtet, die nicht in meine Zuständigkeit fallen und erheblichen zeitl. Mehraufwand ohne finanziellen/ zeitlichen Ausgleich und ohne Anerkennung Je mehr ich übernommen habe, desto mehr wurde mir auferlegt, wie „der süße Brei“.
82	Benachteiligt bei der Rotation i.R. der Facharztweiterbildung
83	Wiedereinstieg nach Elternzeit
84	Benachteiligt bei Rotationen im Vergleich zu Günstlingen des Chefs
85	Zwang zur Erbringung von Rufdiensten in Elternzeit trotz Überschreitung der Höchstarbeitszeit. Drohung, den Arbeitsvertrag nicht zu verlängern (vorheriger Arbeitgeber.
86	Benachteiligt durch Willkür des Personaloberarztes im Rahmen der Rotationen. Zurücksetzung mit dann Verlängerung der Assistenzarztzeit (11 Monate).
87	Ich werde systematisch benachteiligt, da faule Kollegen mit großer Klappe Vorteile gegenüber Leuten genießen, die einfach ruhig sehr viel arbeiten. Desweiteren leidet man als Radiologe regelmäßig unter persönlichen Beleidigungen cholischer Kliniker.
88	benachteiligt in den Rotationen und in der Forschungsarbeit
89	Im Rahmen der Rotationen offene Zurücksetzung und Verlängerung der Ausbildung durch vorgeetzten Oberarzt.
90	Benachteiligt: Keine Oberarztposition trotz langjähriger Facharztstätigkeit (ggf. da weiblich und berufsbedingt 1x erkrankt)
91	Im Vergleich zu meinen männlichen Kollegen musste ich bei einer Wochenende-übergreifenden Vollzeit-Fortbildung, die auch Freitags und Montags stattfand an diesen beiden Tagen arbeiten. Doktorarbeit-Verteidigung während der Arbeitszeit (parallel zum normalen Arbeitsplatz), da Urlaub nicht genehmigt wurde. Allerdings mehrere Kollegen zu diesem Zeitpunkt eigentlich einsatzbereit und "im Forschungsfrei"
92	Benachteiligt: Einteilung ins MRT (während FA-Weiterbildung ein sehr begehrtter Arbeitsplatz, da wir während der 3-monatigen Rotation nicht genügend Zahlen bekommen) nur selten, männliche Kollegen wurden viel häufig eingeteilt.
93	In Bezug auf FZA und Urlaub durch Oberarzt
94	Benachteiligung durch seinerzeitige Oberärztin und Chef; üble Nachrede
95	In der Schwangerschaft vom Chefarzt. Hat nicht mehr mit mir geredet
96	Benachteiligung in der Arbeitsplatzverteilung und weiteren angiographischen Ausbildung aufgrund von Teilzeitarbeit
97	In zwei unterschiedlichen Arbeitsstellen wurde wegen Schwangerschaft mein Vertrag nicht verlängert (1. Mal privater Träger, 2. Mal Uniklinik). Beide Male führte der Wechsel im Nachhinein betrachtet zu einem Karrieresprung.

Anhang

98	Bewußt gegen die Ansagen des Chefs (meine) vorgegangen, um den change aufzuhalten, insbesondere durch ältere, nicht mehr wandlungswillige MAs
99	Karriere ohne Neid gibt es nicht. Wer erfolgreich ist, ist ständigen Intrigen, Grabenkämpfen ausgesetzt und wird mit viel Unwahrheit konfrontiert.
100	Bezahlung im Vergleich zu Kollegen (v.a. männlichen), keine Gehaltsanpassung Da Teilzeit, ist man nicht vollwertig akzeptiert, erledigt aber die Arbeit einer Vollzeitstelle und muss immer sehr flexibel sein
101	keine Angabe
102	Bloßstellung vor dem Chefarzt durch Oberärztin in der Stationsvisite Von Patienten, man sei ja nur Assistenzarzt und sei nicht mal "Doktor", man habe also keine Ahnung
103	Kollege/Vorgesetzter hat tagelang nicht mit mir gesprochen oder er hat mich angeschrien. Hat so getan, als hätte ich Fehler begangen, was definitiv nicht stimmte. Fiel mir in der Klinik und auf Kongressen in den Rücken. Hat Informationen über die Arbeit zurückgehalten. Hat verboten, dass ich auf Fortbildungen gehe. Das ist Gott sei Dank schon länger her.
104	Bossing
105	Kollegin wurde trotz schlechterer Leistung vom Chef deutlich stärker gefördert
106	Da ich eine Frau im potentiell fruchtbarem Altre bin, wollte man mir die Oberarztstelle zunächst nicht geben. Da ich eher ein ruhiger Typ bin, werde ich übergangen, wenn es um Vorträge geht. Ich werde von älteren Patienten häufig nicht ernst genommen ("Wann kommt denn der Arzt?") Ich werde von Kollegen häufig darauf angesprochen, wann ich denn nun endlich Kinder kriege ("Wird ja mal Zeit." Dann fällst Du ja eh aus und die Karriere ist dann vorbei.)
107	Krankenhaus-Hierarchie, choleriche Vorgesetzte in der Vergangenheit
108	Dadurch, dass ich Teilzeit arbeite (75%) und Kinder habe, wurde ich nicht auf Kongresse geschickt, wurde nicht eingelernt bzw nicht ausgewählt neue Sachen (Geräte/Untersuchungen (Herz-MRT)) zu erlernen. Es wurde mir immer einschlechtes Gewissen eingeredet weil ich mal krank mit den Kindern daheim bleiben musste und wurde immer kritischer beobachtet und korrigiert als meine männlichen oder kinderlosen Kollegen
109	Lästereien, aufbrausendes Verhalten durch die Kolleg*innen, unprofessionelles Verhalten in der Zusammenarbeit, diskriminierende Äußerungen über meinen migrantischen Hintergrund.
110	Das war ein Problem begründet in der Persönlichkeitsstruktur des Vorgesetzten. Da waren alle "mal dran". Trotzdem hatte das Auswirkungen auf mich in allen Bereichen meines Lebens.
111	mehrfach Einstellungsungleichheit 4 Kinder, trotz 2 Fachärzten, Fachweiterbildung, 3 Fremdsprachen fehlerfrei fließend
112	Dauerkrach mit einem Kollegen. Dadurch stand ich kurz vor der Kündigung (ich wollte kündigen). Da ich ein Babyboomer bin, habe ich aber weitergemacht. auch wenn es der schwer fiel. Mein damaliger Chef hat ist dieser Situation leider nicht unterstützt.
113	Meine Weiterbildungszeiten wurden von einem Kollegen als seine Weiterbildungszeiten an die Ärztekammer gemeldet, damit er schneller zum Facharzt wird.
114	Der Versuch wurde gemacht durch Einschränkung von Fortbildung und Forschung
115	Mir wurde zweimalig bewilligter Urlaub verwehrt, einmal musste ich den Urlaub abbrechen. Dies und weiteres führte zur Kündigung. Nach Kündigung wurde ich am Universitätsklinikum interventionell im Regeldienst kalt gestellt und nur noch in die Schnittbildarbeitsplätze und für Demos eingeteilt. Im Dienstplan wurde ich für zwei Wochenenden plus die Feiertage des Kalendermonats eingetragen. Ich wurde der Urkundenfälschung beschuldigt, als ich mein DeGIR Modul E Zertifikat beantragt habe. Das Zeugnis musste ich mir selbst schreiben. Fortbildungen wurden mir nach Kündigung nicht mehr bewilligt und Dienstherrengenehmigungen für Sponsoring verwehrt. Ich wurde im Dienstplan so eingeteilt, dass ich in meinen Resturlaubstag Dienst machen musste. Die Rückzahlung des Urlaubstages musste ich beantragen. Ein Arbeitszeugnis erhielt ich nur nach mehrfacher schriftlicher Anfrage und deutlich später als 6 Monate mit einer deutlich schlechten Beurteilung meiner zurückliegenden Tätigkeit in der Uniklinik.
116	Die (wohl eher unbedachte) Annahme, ich als Frau würde mich eher nicht für die interventionelle Radiologie interessieren. Daher wurde ich bei der Postenvergabe nicht einmal in Betracht gezogen.

Anhang

	Für Vorträge zu interventionellen Themen wurden immer die männlichen OÄ geschickt. Bei diagnostischen Themen die weiblichen. Daher ergab sich für mich (und meine Kolleginnen) nicht die Möglichkeit unsere interventionellen Fähigkeiten und Ergebnisse der scientific Community zu präsentieren. Daraus folgt auch eine geringere Sichtbarkeit für Headhunter oder Vorgesetzte anderer Kliniken, wenn es um die Beetzung dieser Posten geht.
117	Mistake from a superior was made and I was the only resident on place so that automatically made me the scapegoat. Hopefully there was no severe consequences for the Patient (it was before my residency in Radiologie).
118	Direkte Vorgesetzte mit Drohung, den Chef bei kleinsten Konflikten einzuschalten - Chefeinschaltung trotz Versprechen des Gegenteiligen - gänzliche Auslebung der Machtposition über Dienstplangestaltung - Exklusion aus Forschungsprojekten - Hinweis eines direkten Vorgesetzten an neue Mitarbeiter besser keine Forschungsprojekte mit mir zu machen Im Wesentlichen moderierte Chef diese Konflikte zum Positiven ("Entschärfung"), manchmal auch nicht - Drohung mit damals befristetem Arbeitsvertrag keine Entfristung vorzunehmen ("verschärfte Beobachtung")
119	Mobbing durch Elternzeit und entsprechende Anpassung der Arbeitszeiten. Daraus resultierende fehlende berufliche Förderung bzw. verzögerter Zugang zu Weiterbildungsinhalten
120	diskriminiert, als ausländerfeindlich beschimpft bei sachlicher Kritik, gemobbt als Ehefrau eines Oberarztes...
121	möchte ich nicht beantworten
122	Diskriminierung
123	Nach dem Wiedereinstieg nach der Elternzeit, wollte ich 50 Prozent arbeiten, da hiess es ich sei nutzlos für die Abteilung und ich musste für 3 Jahre an ein kleines an die Klinik angeschlossenes Krankenhaus. Teilzeitoberarztstellen gäbe es nicht. Inzwischen arbeiten alle in Teilzeit, aber ich bekomme keine Oberarztstelle mehr. Ich durfte lange Zeit nicht ans MRT und nun kann ich es auch nicht mehr. Ich bin alleinerziehend und würde gerne mehr arbeiten, aber ich bekomme keine weiteren Prozente, keinen neuen Arbeitsvertrag.
124	Druck zum Beschäftigungsverbot während der Schwangerschaft. Kritik am Arbeitstempo während der Schwangerschaft. Keine Flexibilität/kein entgegenkommen vonseiten den Vorgesetzten beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit. Irritation weil Dienste während Stillzeit ausfallen.
125	Nationality
126	durch Chefärzte anderer Abteilungen ohne Grund gegängelt und runtergeputzt
127	Nicht informiert Fachliche Kompetenz missachtet
128	Durch leitenden Oberarzt, vermutlich weil bessere Leistung als dessen protegierte Assistenzärzte: Bevorzugung anderer Assistenzärzte trotz besserer Leistung meinerseits (Mammographie, Punktionen, Angios etc). Kontrolle des CT-Managements durch leitenden Oberarzt (obwohl verantwortlicher Oberarzt sehr zufrieden mit meiner Arbeit). Fähigkeiten werden vor Chefarzt durch leitenden Oberarzt schlecht gemacht. Protegierte Kollegin mit schlechteren Befunden und Befundzahlen bekommt Vollzeitstelle befristet für Weiterbildung - ich lediglich 75% mit erneuter Befristung auf 1 Jahr.
129	OA Ernennung wurde aufgeschoben hingehalten mit Funktionsoberarztstitel..
130	Durch meinen ehemaligen Chef aufgrund meines Erfolges und Engagements drangsaliert und jeder Zeit gemobbt (ca. 15 J. lang)
131	Öffentliche Bloßstellung
132	durch untergeordnete Mitarbeiter über Betriebsrat
133	politische Mahlstene in der Fakultät
134	durch unzumutbare (mit meiner Familie und meiner körperlichen und geistigen Gesundheit nicht vereinbare) hohe Arbeitsbelastung in leitender Position quasi zum Rückzug gezwungen (mit dementsprechenden karrieretechnischen und finanziellen Konsequenzen)
135	Schlimmer Chef
136	Durchsetzung rechtlicher Vorgaben als leitender Arzt wurde primär durch GF nicht ernstgenommen. Stattdessen gegenüber mir Druck aufgebaut. Letztlich konnte ich mich dann aufgrund der eindeutigen rechtlichen Situation durchsetzen.

Anhang

137	subtil
138	Ein Chefarzt einer Reha-Klinik warf mir-wie sich herausstellte auf Initiative der Geschäftsführung-unkollegiales Verhalten vor. Mitarbeiter hätten sich über mich beschwert, etc. Diese Vorwürfe erwiesen sich jedoch haltlos. Ein ehemaliger Oberarzt - damals an der Uniklinik- erschwerte meine Tätigkeit in der Studentenbetreuung immer insofern, dass , wenn hier erhöhter Zeitbedarf notwendig war mir zusätzliche Aufgaben aufgedrückt wurden, obwohl weitere Assistenzärzte mit Valenzen zur Verfügung standen
139	Trotz Rücksprache mit dem OA hat der OA sich beschwert. Ungünstige Einteilung in die Rotationen.
140	Eine MTRA fühlte sich von mir übergangen und beschloss, mich fortan zu ignorieren ohne auf Angebote der Entschuldigung und Aussprache einzugehen.
141	üble Nachrede, Vorteilsnahme
142	Eine Oberärztin und ein Oberarzt bei meinem vorherigen Arbeitgeber haben unnötige Aufgaben an die Assistenten verteilt, Fehler wurden vertuscht und den Assistenten untergeschoben. Es wurde gelogen. Der Dienstplan wurde als Belohnungs-/Strafsystem eingesetzt. Kollegen wurden von den betroffenen OÄ vor dem Chef diskreditiert. Mittlerweile sind die betroffenen Assistenten alle gegangen.
143	Unangebrachte, sehr laut vorgetragene Kritik vor einem Patienten in einer Notfallsituation ohne Grund
144	Eineutige Bevorzugung männlicher Kollegen. Unehrlische und hinten herum agierende Vorgesetzte. später Versuch zum alten Eisen abgeschoben zu werden.
145	Ungerechtfertigte Unterstellung sexueller Belästigung
146	Eingestuft als schlechter Assistentin (bei fehlender Erfahrung) von heranwachsenden Oberärztinnen in Privatgesprächen.
147	Verbale Ausgrenzung; Benachteiligung für weibliches Geschlecht
148	es wurde versucht mich zu kündigen, nachdem ich meine Schwangerschaft bekannt gegeben habe
149	Verbreitung falscher, rufschädigender Gerüchte
150	Extrem unkollegiales Verhalten der eigenen Oberärzteschaft und eines Chefarztes aus einer anderen Abteilung gegen den eigenen leitenden Oberarzt, auf dessen Unterstützung ich angewiesen war. In diesem Zusammenhang Anzweifeln meiner Führungsfähigkeit der eigenen Abteilung.
151	versprochene Weiterbildung wurde nie durchgeführt; anderer Kollege vorgezogen
152	Falschaussagen hintenrum, Benachteiligung bei Fortbildung, Arbeitspensum
153	Von Kolleginnen zu Beginn meiner Ausbildung nicht involviert und ignoriert
154	Fortwährende juristische Auseinandersetzung mit ehemaliger Praxispartnerin
155	-Vorwurf der ungenügenden Arbeitsleistung während einer anstrengenden Familienphase. -Bewusste Nichtbeachtung meiner Anweisungen durch MitarbeiterInnen.
156	Frauenfeindliche, abfällige Bemerkungen Frauenfeindliche Witze,
157	Vorzug weiblicher Kolleginnen für Stipendien aufgrund gewünschter Frauenförderung
158	Früher als Assistenzärztin. Zu hohe Anforderungen, Auspielung der Assistenten gegeneinander.
159	während der universitären Ausbildung: Konkurrenzsituation bei Forschungsprojekten, fehlende Weitergabe von Informationen, fehlende Freistellung für Projekte, langwierige Reviews der eigenen Publikationen, fehlendes Feedback und Einarbeitung, fehlende Vereinbarkeit von Job und Familie an der Uni, daher Aufgabe der wissenschaftlichen Tätigkeit nach der Habilitation
160	Frühere Arbeitsstelle: Mitarbeitergespräche mehrfach verschoben, Absprachen aus vormaligen Mitarbeitergesprächen nicht eingehalten
161	WB behindert, bewußt Rotationen unterschlagen. Keine Karriere an der Uni in OA Tätigkeit. Verhinderung interventioneller Ausbildung
162	für unfähig hingestellt vor Mitarbeitern zu unrecht und unsachlich angegangen worden
163	Weil ich Mutter bin, wurden mir an zwei Standorten Karrierechancen versagt. Das wurde auch genau so formuliert. "Sie konzentrieren sich ja auf die Familie!" "Wie, Sie wollen Facharzt machen, Sie haben doch Kinder!"

Anhang

	<p>"Nein, wir wollen keine Teilzeitmutter, die feiern dann mal krank und haben gleich ne ganze Woche Urlaub!"</p> <p>Bei Verkündung der Schwangerschaft: "Konnten Sie nicht aufpassen?"</p> <p>Alles Aussagen meiner Chefärzte/innen</p>
164	herabwürdigendes Verhalten durch Vorgesetzte
165	wenig Anerkennung von Seiten des Chefs
166	Ich hab drei Kinder, dies führte zu vielen Kommentaren beim jetzigen und meinen ehemaligen Chefs. Ich sollte mich auf die Familie konzentrieren (statt mich fortzubilden). Ob ich nicht aufpassen konnte (als ich die dritte Schwangerschaft verkündet habe). Ob ich wirklich Facharzt machen wollte, ich hätte doch Kinder.....
167	Wichtige Absprachen von Kollegen nicht eingehalten und hinter dem Rücken dagegen gearbeitet. Führt dazu, dass man von Mitarbeiter/Angestellten weniger ernst genommen wird, falls man nicht auf vollen Konfrontationskurs geht.
168	Ich habe die Klinik aus der Position als leitender Oberarzt heraus verlassen, weil systematisch gegen Prinzipien des Strahlenschutzes verstoßen wurde und auch formal massiv gegen die Röntgenverordnung verstoßen wurde. Da ich dies als Strahlenschutzbeauftragter nicht mitgetragen haben, wurde versucht mich unter Druck zu setzen. Das war mir zu blöd.
169	<p>Zeitweise als Facharztrotation in der Interventionsradiologie: einzelner Fachvorgesetzter (Sektionsleitung) mit narzisstischer Persönlichkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - häufig lautstarke Herabwürdigung der Persönlichkeit, - nichtschriftliche Verfahrensanweisungen, die zu späterem Zeitpunkt geleugnet wurden, - Ruppiges Einfordern von Überstunden zur Erfüllung von Routineaufgaben - Androhung körperlicher GEwalt <p>Anmerkung: kein Einzelfall sondern systematisches Vorgehen gegen jeden Untergebenen, durch Abteilungsleitung (CA + LTD OA) nicht beherrschbar.</p>
170	Ich habe meinen Facharzt in der Schweiz gemacht und da gehörte Mobbing gegen Deutsche Mitarbeiter zum Alltag: Schweizer hatten immer Recht, also mussten alle Probleme von den Deutschen kommen.
171	Zusätzliche Arbeit, eingeschränkter Urlaub / Freizeit. Boykott / Sabotage der wissenschaftlichen Arbeit. Emotionaler Druck durch Willkür des Vorgesetzten.
172	Ich möchte darüber nicht schreiben.
173	Ich war als Oberärztin an einer Uniklinik tätig. Nach Chefwechsel erfolgte eine systematische Beschneidung der Tätigkeiten / Befugnisse sowie ein Vorenthalten von Informationen etc.
174	<p>Ich werde diskriminiert, weil ich Ausländerin bin. Das war am Anfang nur eine Vermutung, aber inzwischen habe ich mit anderen ausländischen Kollegen gesprochen, die dieselbe Beschwerden haben.</p> <p>Die Oberärzte und der Chefarzt haben sich schon beschwert, dass meine Befunde nicht gut sind, obwohl ich viel Zeit (vielmals Überstunden) dabei verbringe. Ich bin mir sicher, viele haben meine Befunde nie gelesen. Es gibt trotzdem immer den Vorurteil, dass ich nicht so gut wie meine Kollegen bin. Mir wurde schon gesagt, dass mein Vertrag vielleicht nicht verlängert wird, weil meine Lernkurve nicht gut genug ist. Ich leiste mein Bestes und trotzdem bekomme nur Kritik. Ich denke manchmal, dass ich nur Teil von einer Ausländer-Quote war - und dass bald irgendwo anders arbeiten muss.</p> <p>Mein 2-Jahre-Vertrag läuft bald ab. Meine deutschen Kollegen haben alle längere Verträge bekommen.</p> <p>Es gibt auch ein bestimmtes Team in unserer Abteilung, wo nicht alle Ärzte die gleichen Möglichkeiten/Chancen haben. Z.B. wenn man Ausländer ist, dann wird es entschieden, dass man ewig CT-Vordergrund macht. Bei unserer Abteilung befundet man gar nicht, wenn man CT-Vordergrund macht.</p> <p>Manche MTRAs waren auch nicht so nett, besonders am Anfang - vielleicht weil ich neu war, vielleicht weil ich eine Frau bin, vielleicht weil ich keine Deutsche bin... Wer weiß...</p>

H.5. Liste aller Kommentare zum Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf den bisherigen beruflichen Werdegang

ID	Kommentare zu der Frage 43: Inwiefern vermuten Sie, dass Ihre Geschlechtszugehörigkeit einen Einfluss auf Ihren bisherigen beruflichen Werdegang hatte? (wenn „Ja“ bei Frage 42)
1	Keine Hilfe zur Selbsthilfe bei Vereinbarung von Familie und Beruf
2	Ich bin momentan als Mama abgestempelt und werde nicht in die Forschung einbezogen.
3	mir wurde viel zugetraut
4	unterschiedlich - teils mehr, teils auch weniger gefördert
5	- Als Mann Möglichkeit der Vollzeitarbeit. - Frauen ob Teilzeit
6	Im Rahmen der bestehenden Strukturen war es sicherlich nicht nachteilig männlichen Geschlechts zu sein. Obgleich zum Ende der Habilitation der Ausgleich zur Förderung weiblicher Kolleginnen die gesamte Situation dann schon umgekehrt hatte, so dass das männliche Geschlecht nachteilig war (finanzielle Anreize für die Abteilung Frauen zu habilitieren.).
7	- Arbeit in Teilzeit als Mutter - Entscheidung zwischen klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit aufgrund Familie - Bevorzugung von männlichen Kollegen bei interventionellen Tätigkeiten in der Radiologie
8	Männer werden bevorzugt
9	- Erwartungshaltung, wieviel ein Mutter arbeiten soll - Verzögerung der Weiterbildung durch Abzug des Mutterschutzes (!) - Ausladen von mehreren Abendessen bei den Kongressen, da nur Männer anwesend
10	schwieriger Zugang zu "männlichen Forschungsgruppen", bei informellen Besprechungen übergegangen
11	- kein/erschwerter Zugang zu beruflichen Netzwerken, die hauptsächlich aus Männern bestehen - deshalb weniger Einbindung in Forschungsprojekte, Kooperationen schwieriger - durch manche Chefs ist keine Unterstützung zu erwarten, das habe ich frühzeitig erkannt und dann schnell die Stellen gewechselt - Frauenförderung hat mir Vorteile gebracht (Stipendium, Freistellung, spezielle Fortbildungen, Berücksichtigung bei Bewerbungen als "Quotenfrau")
12	Wenn ich eine Frau gewesen wäre, hätte ich diese Position wahrscheinlich nicht bekommen.
13	"Gefahr" einer Schwangerschaft von Anfang an nachteilig für Rotationseinteilung etc
14	Ich habe bei zwei Bewerberrunden auf eine W3-Professur "unter der Hand" gesagt, bekommen, man hätte doch lieber einen Mann und ich möge das nicht übel nehmen.
15	1. Als Mann Vorteil bei der Einstellung 2. Als Mann Imageverlust auf Grund bei Teilzeit zur Erziehung sowohl innerhalb als auch außerhalb der eigenen Abteilung (Exotenstatus) 3. Aus 2. resultierende Aufstiegsbehinderung: Verweigerung Sektionsleitung bzw. Personalführung
16	insbesondere am Anfang meiner beruflichen Laufbahn hatte mein Geschlecht positiven Einfluss (kein Mutterschutz/keine längere Elternzeit zu erwarten)
17	1. Insofern, als ich Mutter zweier Kinder werden durfte. Meine Entscheidung, eine Familie zu gründen und gut zu versorgen, führte zu einer "Verkleinerung" des ganzen beruflichen Prozesses. In der Weiterbildung war es z.B. notwendig, pünktlich zuhause zu sein. Zeit zum Lernen war begrenzt. Als Frau mit maximal engagiertem Ehemann (Arzt in Niederlassung) haben wir die Rollen (klassisch) so verteilt: ich Teilzeitärztin mit voller Familienverantwortung, er Vollzeitarzt mit begrenzter Familienverantwortung, zumindest hinsichtlich des Zeitaufwands. Das war für uns die optimale Lösung - bin zufrieden und würde es wieder so machen. 2. Mein Selbstwertgefühl bezüglich fachlicher Kompetenz, und "soft skills" hat sich wegen der Teilzeitarbeit und wahrscheinlich auch wegen weiblicher Bescheidenheit verzögert entwickelt.
18	Man wollte mir zunächst die Oberarztstelle nicht geben, da man meinte, ich könne ja demnächst schwanger werden. Man wird in seinem Karriereweg (gerade in der interventionellen Radiologie) immer beäugt, ob man das auch weiter macht oder ob man sich dann, wenn man Kinder hat aus dem Beruf zurückziehen könnte ("Lohnt sich die Ausbildung überhaupt?")

Anhang

	Zudem ist man als Frau auch benachteiligt, da man eher so erzogen wurde, dass man still und zurückhaltend sein soll. Wenn man laut und fordernd ist, gilt man schnell als zickig. Gerade ich als Erstakademikerin hatte große Schwierigkeiten mich in die Strukturen der Universität einzufinden. Z.B. Ein Auslandsaufenthalt war schon vom finanziellen Aspekt nicht drin (es fehlen dann einfach Erfahrungen). Man durfte einfach nicht trödeln und Extrasachen machen, sondern musste einfach schnell Geld verdienen und vorankommen.
19	Abwertung gegenüber Kind/Geburt etc. Abwertung aufgrund von Emotionalität des weiblichen Geschlechtes
20	Männliche Vorgesetzte fühlen sich anscheinend oft in einer Kumpelatmosphäre wohler als mit weiblichen Personen, so dass sie diese im direkten Kontakt lieber fördern. Gleichzeitig wird Frau rasch als Objekt der Begierde gesehen und muss sich entsprechend zurückhalten und schützen. Frau musste auf jeden Fall in meiner Generation mehr leisten um voran zu kommen und Familienplanung war damals nicht drin, so dass während meiner Weiterbildung alle FA Radiologinnen einschließlich mir selbst kinderlos blieben. Aktuell wird es auch wieder schwierig werden Frauen einzustellen, weil mit Eingruppierung des SARS-COV2 in Risikogruppe 2 von Viren der Mutterschutz eine Ausbildung von Schwangeren auf Monate verhindert, während Homeoffice trotz offizieller Vorgabe der Regierung in der Klinik abgelehnt wird.
21	allgemein männlich geprägte Abteilung mit von vielen Seiten großem Interesse am beruflichen Fortkommen, Frauen werden von einigen männlichen Kollegen als weniger leistungsfähig, 'anstrengend', nicht an Forschung interessiert angesehen, bei Schwangerschaft wird quasi angenommen, die (Uni-)Karriere sei jetzt abgeschlossen
22	ohne Wechsel des Arbeitgebers aufgrund Nachzug zum Ehemann und nachfolgend Mutterschaft, hätte ich meine Habilitation beim vorigen Arbeitgeber beendet. ohne Mutterschaft und nachfolgend erzwungene Teilzeitstelle (weil eigene auslaufende Stelle im Mutterschutz an männlichen Kollegen vergeben) wäre weitere Spezialisierung (Neuroradiologie, Interventionelle Tätigkeit) und auch Wechsel auf eine Oberarztposition deutlich früher erfolgt.
23	Als Mann waren sowohl die Belastung während der Ausbildung als auch Möglichkeiten zur Forschung besser zu realisieren.
24	Teilzeit wegen Familie
25	Als "Teilzeitmutter" wird man von Kollegen oft als weniger leistungsfähig eingeschätzt.
26	Wäre ich ein Mann, hätte ich eine bessere Karriere gemacht!
27	Als Frau bekomme ich keine Vertragsverlängerung angeboten, weil ich in Stillzeit keine Dienste mache und ja vielleicht wieder Schwanger werden könnte und erneut für längere Zeit ausfallen könnte.
28	Als Frau besteht immer die Gefahr der Schwangerschaft, durch die Schwangerschaft und verbundene Elternzeit/Teilzeitstelle reduzierte Interventionsmöglichkeiten durch Bevorzugung von Vollzeitpersonen
29	Ich glaube als Mann hatte ich Vorteile.
30	Als Frau deutlich geringere Aufstiegschancen als gleich qualifizierte männliche Kollegen, deshalb Wechsel in den niedergelassen Bereich. Innerhalb von 3 Jahren sind in unserer Abteilung aus diesem Grund 5 gut ausgebildete Fachärztinnen in eine Praxis gewechselt. Männliche Kollegen wurden direkt nach dem FA zum OA.
31	Ich habe zunächst eine Weiterbildung zum Unfallchirurgen angestrebt, jedoch nach Schwangerschaft und der Situation von Frauen insbesondere in diesem Fach in die Radiologie gewechselt.
32	Als Frau hat man es in der Medizin immer noch schwerer. Man wird sowohl von Vorgesetzten als auch von Patienten weniger ernst genommen. Mein Chef hat Frauenförderprogramme an der Uniklinik als Blödsinn bezeichnet vor versammelten Assistenten.
33	In den Neunzigern bei einem extrem konservativen Chef/ Ordinarius hatten es groß gewachsene Männer leichter bzw. wurden stärker gefördert als Kleine oder Frauen. Man musste allerdings auch Freizeit und Familie hinten anstellen, voller Einsatz oder gehen. Einige konnten oder wollten dies nicht.
34	als Frau in Karriere an Uniklinik benachteiligt worden
35	Jung, unverheiratet
36	Als Frau wäre ich niemals mit Mitte 30 aus einer Assistenzarztposition gelegentlich zum Vorgesetzten von mehr als 1000 Mitarbeitern und 15 Chefarzten geworden und danach nach Rückorientierung in die Radiologie zum lfd. Oberarzt
37	Kinder zu haben, oder bekommen zu können ist ein großer Nachteil wenn es um die Stellenvergabe in unserer Abteilung geht.

Anhang

38	Als Frau wird man an vielen Stellen weniger ernst genommen und die Fachkompetenz wird eher in den männlichen Kollegen gesehen.
39	Männer haben es leichter als Frauen
40	Als Frau wird man eher nicht ernst genommen.
41	männlich -> keine Schwangerschaft möglich -> schnelle Beförderung
42	Als Frau zwischen Männer zu arbeiten sehr kompliziert.
43	Mein geschlecht erleichterte den Zugang zur interventionsradiologie.
44	Als gut verdienender, kinderloser Mann in Fernbeziehung war und ist es mir unter der Woche voll und ganz möglich, mich absolut auf das zu konzentrieren, was ich will ohne Rücksicht auf irgendwen nehmen zu müssen. Insofern kann ich mich nach Belieben in meinen Beruf reinhängen, wenn ich will, oder auch nicht und nur das erforderliche Minimalmaß ableisten. Die Zeiten mit meinen Freunden, an denen ich sie sehe und spreche, kollidieren nie mit den Arbeitszeiten (weil meine Freunde selbst Vollzeit im Gesundheitswesen arbeiten).
45	Nach wie vor sind Karrieren für Männer einfacher: mehr Netzwerk, keine Unterbrechungen
46	Als ich in der Radiologie anfing war ich -nach Ausscheiden der damaligen "Altassistentin"- die einzige Ärztin in der Abteilung, für viele Jahre.
47	s.o. - wegen Schwangerschaft keine Vertragsverlängerung erhalten (Zitat: "ihre Schwangerschaftsvertretung ist nun mal billiger!")
48	Als in Teilzeit arbeitende Mutter ist man aus der Karriereplanung der Vorgesetzten raus und eher ein Problem, da man ausfallen kann wegen der Kinder. Mir wurde gesagt, OÄ könne ich nur mit mind. 85% werden, wobei es viele Gegenbeispiele in der Klinik gab.
49	Struktureller sexismus
50	Als Mann finde ich, dass es einfacher ist, auszuwandern bzw. sich in ein neues Land zu integrieren.
51	Um den Betriebsrat hinsichtlich der Frauenquote zu befriedigen wurde eine Kollegin bei der Stellenbesetzung bevorzugt obwohl sie minderqualifiziert war.
52	Als Mann bin ich eher in der Nestphase berufstätig als eine Frau. Das wird gesamtgesellschaftlich aktuell noch nicht ausgeglichen.
53	Vorheriger Arbeitgeber: Sehr geringer Frauenanteil in Ärzteschaft, Frauen ohne Möglichkeit, interventionell ausgebildet zu werden; vor diesem Hintergrund Wechsel an forschungstechnisch schlechtere Abteilung, damit wenigstens klinische Ausbildung stimmt
54	Als Mann deutlich weniger Problembereiche zu erwarten als gleichrangig qualifizierte, weibliche Kolleginnen.
55	weil ich sicher keine Kinder bekommen kann als man, habe ich eher eine OA-Stelle bekommen
56	Als Mann hat man mehr Freiheiten
57	xyv
58	als Mann werde ich eher bevorzugt
59	Ich bin männlichen Geschlechts und körperlich groß und habe damit im klinischen Haifischbecken einen Vorteil der ungeachtet meiner beruflichen Qualifikation ist. Diesen Vorteil hat meine kleine blonde Kollegin mit der Fiepsstimme nicht, obwohl sie fachlich keinen Deut schlechter ist als ich.
60	Als Mann wurde man bevorzugt
61	Ich empfinde als Mann weiterhin eine männliche Dominanz v.a. in Führungspositionen - die Familienplanung wird häufig (natürlich nicht immer) bei Frauen immer noch als Hinderungsgrund für langfristige Leitungsverantwortung angesehen. Betrifft im Übrigen genauso alleinerziehende Männer.
62	als Mutter - Teilzeitarbeit, dadurch Lücken in der Ausbildung und stockende Weiterbildung, ausgebremst in der Karriereleiter
63	Ich glaube, als Mann fehlt im Hinterkopf einiger Chefinnen und Chefs nach wie vor noch die "Gefahr" des Schwangerwerdens, auch wenn ich in Vorstellungsgesprächen trotzdem nie (unerlaubterweise) zu Familienplanung oder Wunsch nach Elternzeit gefragt wurde. (Hierbei handelt es sich eher um eine Vermutung, als um konkret erlebte Bevorteiligung.)
64	Als Mutter besser mit Familie zu vereinbarendes Fach gewählt. Durch Mutterschutz/Elternzeit mit gestilltem Kind erst späterer Berufseinstieg möglich gewesen.
65	Ich habe den ersten Teil meine FA-Ausbildung in meiner Praxis gemacht. Als FÄ wurde ich von dort aktiv um eine Bewerbung gebeten. Den Vertrag konnte ich nicht unterschreiben: Schlechteres Gehalt als die männlichen Kollegen. Und der Kommentar: Hier wirst du nicht Partnerin. So lange wir es verhindern können, wird keine Frau Partnerin in dieser Praxis. Aktuell bin ich auch auf dem Abstellgleis. Ich bin inzwischen 39 J. und habe keine Kinder. Dennoch habe ich überhaupt keine Chancen weiterzukommen, wir haben nur männliche Oberärzte.

Anhang

66	Als Mutter von 3 Kindern verzögert sich die Facharztweiterbildung deutlich
67	ich werde benachteiligt in der Reihenfolge der für den Facharzt notwendigen Rotationen im Vergleich zu gleichaltrigen Assistenten, alle rechnen damit, das man ausfällt wegen Schwangerschaft
68	an manchen Stellen positiv (z.B. im Rahmen des Physikstudiums) an anderen Stellen negativ (Kinder, Teilzeit, einige patriarchisch strukturierte vorgesetzte Männer)
69	In dem Augenblick in dem echte Expertise und Erfahrung klar zu Tage tritt fühlen sich männliche Vorgesetzte (habe ich jetzt schon mit 3 Chefs erlebt) von Frauen bedroht. Dann wird der gesamte Arbeitsinhalt kleingeredet und weitere Aufstiegschancen in der Abteilung blockiert.
70	Arbeite als Frau sehr gern mit Frauen, so dass ich in der Mammadiagnostik gelandet bin.
71	In erster Linie Mutterschaft /Teilzeit als Disqualifikation für weitere Beförderung, als Frau alleine hätte ich mit einigen Anstrengungen noch Chancen gehabt.
72	Auch wegen Fehlzeiten durch Elternzeit / Erziehungsurlaub habe ich Kollegen/innen auf der Karriereleiter übersprungen. Zurecht, wie ich finde, denn ich war verlässlich und kontinuierlich verfügbar.
73	Ist schon einfacher als Mann
74	Aufstiegsmöglichkeiten begrenzter. Lob mehr an die männlichen Kollegen, Erwartungen und Kritik mehr für die weiblichen übrig.
75	keine Babypause
76	Ausbremsen der Karriere
77	Keine Oberarztstelle als Frau, schwer in ein Untergebiet zu kommen, welches fast nur durch Männer dominiert wird (zwar geschafft, aber mit Preis des Verzichts auf einige Rotationen und als einzige Frau)
78	Äußerungen des Chefs bezüglich der Fähigkeit und Belastbarkeit von Frauen in der Interventionsradiologie.
79	Konkret: Gefahr, Kinder zu bekommen und auszufallen, Teilzeitarbeit gab es für leitende Ärzte nicht
80	Auswahl durch Vorgesetzte für spezifische Tätigkeiten, z.B. Konferenzen, Beförderung in leitende Tätigkeiten.
81	Männer allein in Leitungspositionen
82	Auszeit durch Schwangerschaft/Elternzeit. Teilzeit für Familienarbeit. Anstreben von Inhaberschaft in der Praxis (eher nicht). Von vorneherein gegen eine universitäre Laufbahn entschieden, weil ich mich der Konkurrenz (v.a. durch Männer) dort nicht stellen wollte.
83	Männer sind bei Leitungspositionen bevorzugt, trotz aller "Gegenmaßnahmen".
84	Behauptung durch starke Vermutung. Geschlecht
85	Männer wurden im Rahmen der Weiterbildung durch den damaligen Chef bevorzugt.
86	Behinderung von Forschungstätigkeit. Fehlende Förderung.
87	Männliche Bewerber wurden für CA-Tätigkeiten bevorzugt bzw. in der Entwicklung dorthin mehr gefördert
88	bei Wechsel in die Uniklinik als Frau gar nicht erst ernst genommen bzgl. Forschungsambitionen, keinerlei Förderung
89	Mehrere Stellen habe ich nicht bekommen da ich auf Familienplanungsanfrage immer positiv geantwortet habe (es wurde jedoch nie direkt gesagt)
90	Bei weiblichen Ärzten wird irgendwann eine Familienplanung erwartet und nicht langfristig mit einem geplant
91	Mir standen Netzwerke offen, die ich als Frau nicht hätte erreichen können.
92	Benachteiligt wegen XX
93	Mutter/Teilzeit/prolongierte Facharztausbildung
94	Benachteiligung durch Schwangerschaft und Elternzeit.
95	No comment
96	Benachteiligung ggü Männern bei Rotationen, Übernehmen unerwünschter Aufgaben
97	Positiver/förderlicher Einfluss.
98	Benachteiligung von Männern
99	Schwangerschaft und Familiengründung stellen unverändert ein großes Hindernis für die Weiterbildung von Frauen dar, da sie zumeist an neuralgischen Karrierepunkten zum Thema wird. Frauen, die eine operative oder interventionelle Tätigkeit anstreben, sind davon besonders betroffen.
100	Beruf nötig, der mit Kindern vereinbar ist. Selten in der Medizin.

Anhang

101	Siehe vorgenanntes Beispiel.
102	Berufliches Fortkommen scheint zu stoppen, sobald man Kinder bekommt. Man wird nur noch als „Mutti“ bezeichnet und gesehen und wird nicht mehr als mögliche Oberärztin oder Hintergrund in Betracht gezogen. Scheinbar würde es sich nicht lohnen in z.B. Interventionen/ Angio ausgebildet zu werden.
103	Subjektive Wahrnehmung
104	Bessere Aufstiegschancen
105	Übernahme der Elternzeit durch Ehefrau.
106	Bessere Karrieremöglichkeiten
107	Ungleichbehandlung im Alltag, weniger Bereitschaft mich auszubilden
108	bestimmte Positionen werden fast ausschließlich männlich besetzt und das seit Jahren. Ausbildung in einigen Bereichen überwiegend Männern vorbehalten. Ausfallzeiten durch Schwangerschaft und Mutterschutz, Elternzeit werden negativ bewertet.
109	Vergleich mit Bevorzugung männlicher Kollegen, denen allgemein mehr ermöglicht und zugetraut wird
110	Bevorzugung männlicher Kandidaten
111	Vorzug vor Frauen bei Karriereplanung/Entwicklung, da weniger Zeitbedarf /Auszeit für Kinderbetreuung eingeplant wird
112	Bevorzugung männlicher Kollegen hinsichtlich beruflicher Weiterentwicklung / -spezialisierung und Rotation (und zwar unabhängig deren Ausbildungsstandes).
113	Weibliche Führungskräfte sind eher die Ausnahme und oft gar nicht vorgesehen .
114	Bevorzugung von männlichen Ärzten in der Weiterbildung
115	weniger ausfall (schwangerschaft etc), planbarer.
116	Bin in JEDEM Bewerbungsgespräch nach Kinderwunsch gefragt worden, eine Absage auf eine Bewerbung kam mit der Aussage: "wir haben grade schon drei im Mutterschutz". Männern wird mehr zugetraut, in Abteilungen die generell sehr männerlastig sind hat man als Frau oft das Nachsehen, da Männer viele Dinge am liebsten unter sich ausmachen. Frauen gelten oft als nicht so belastbar.
117	Wissenschaftliche Vorbildung
118	Bin schon etwas älter. Da war es für Männer leichter, Karriere zu machen.
119	Zu meinem Berufsbeginn 1990 hatte man als Mann wohl bessere Chancen wie als Frau. Seit meiner Niederlassung 2001 ist es egal.
120	Bis zur oberarztstufe, Mädchenbonus dann kein weiterkommen bis weibliche Chefin!
121	Ich bin ein Mann. Ich war nie schwanger, ganz eindeutig eine Karrierevorteil. Teilzeit stand bei mir auch nie zur Debatte. Der Zusammenhang zum Geschlecht erschließt aus der Tatsache, dass ich Kinder habe.
122	Cannot become pregnant, so my work power is plannable.
123	Ich bin mir nicht sicher, ob ich als Frau ggf. ebenso gefördert worden wäre.
124	da ich als Frau noch Kinderwunsch habe und dementsprechend irgendwann einmal länger ausfallen werde, werde ich nicht weiter gefördert (seit einer Fehlgeburt)
125	Ich denke als junge Frau wird man immer bei der Einstellung hinten an gestellt, falls ein ähnlich qualifizierter Mann auch als Kandidat zur Verfügung steht.
126	Da ich im gebärgähigen Alter bin und jederzeit ausfallen könnte, werde ich in bestimmte Untersuchungstechniken nicht eingearbeitet
127	Ich finde schon noch, dass Frauen in der Medizinkarriere benachteiligt werden.
128	Da meine Frau auf eine eigene Karriere verzichtet hat und mich voll unterstützt hat, konnte ich mich ganz auf meine berufliche Karriere konzentrieren
129	Ich glaube Männer in Führungspositionen identifizieren sich eher mit ihresgleichen und fördern Männer mehr. Bestimmte männliche Qualitäten z.B. im Auftreten werden doch eher positiv gewertet. Eher unsichere strebsame Frauen werden eher als minderwertig wahrgenommen. Männer und Frauen kommunizieren anders und setzen andere Prioritäten. Sie nehmen sich daher nicht gleichwertig war.
130	Dadurch, dass ich eine Frau bin, werde ich nicht so häufig freiwillig in Interventionen wie bei meinem Mann mitgenommen wurde!
131	ich glaube, da ich männlichem Geschlechts bin, ich eher für eine Position in Betracht gezogen worden bin.
132	Das männliche Geschlecht wird im Alltag weiterhin bevorzugt, auch weil Vorgesetz-

Anhang

	te/Forschungsgruppenleiter oft männlich sind.
133	Ich habe den Eindruck, dass in unserer Klinik seltener Frauen eingestellt werden, da viele einige Zeit wegen Schwangerschaft ausfallen. Aus diesem Grund glaube ich, dass ich als Mann bei meiner Bewerbung für das Clinician Scientist Programm leichte Vorteile gehabt haben könnte.
134	Der Chefarzt bevorzugt junge Frauen. Männern wird mehr zugetraut.
135	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man als Frau weniger gefördert wird, weil man ja noch Mutter wird und sich dadurch die Förderung nicht lohnt, weil man durch Schwangerschaft und Elternzeit eine Pause hat. Wenn man seine Meinung vertritt, ist man als Frau sofort zickig. Ein Totschlagargument.
136	derzeitige Stelle möglicherweise durch das Geschlecht (M) bewilligt
137	Ich hatte keine Elternzeit im Gegensatz zu meiner Partnerin (3 gemeinsame Kinder). Diese hat sich bei ihr in der Summe negativ ausgewirkt.
138	Deutlich schnellere Beförderung als ähnlich qualifizierte weibliche Kolleginnen.
139	Im Gegensatz zum zeitgleichen männlichen Bewerber habe ich nur einen befristeten Vertrag bekommen.
140	Deutlicher Mehraufwand um aktuelle Position zu erreichen um Vergleich zu Kollegen des anderen Geschlechts!!!
141	Immer Vollzeit und auch mehr gearbeitet. Die Kinderversorgung hat meine Frau übernommen. Somit keine Ausfälle wegen Kinder. Prinzipiell ist Medizin in Führungspositionen noch männerdominiert. Ändert sich aber gerade.
142	Die Anzahl von männlichen Chefärzten ist wesentlich höher, somit denke ich, dass männliches Geschlecht kein Nachteil ist. Ich kenne einige fachlich sehr gute Kolleginnen, die nach Mutterschutz und Elternzeit keinen Einstieg mehr ins Berufsleben gefunden haben bzw. nicht mehr finden wollten.
143	In den ersten 10 Jahren meiner beruflichen Tätigkeit habe ich in der Chirurgie gearbeitet. Die Vereinbarung von Beruf und Familie war schwierig, v.a. wegen der Überstunden. In der Radiologie habe ich keine Benachteiligungen bemerkt.
144	Die eher weiblich geprägten Kompetenzen ergänzten die männlichen Kompetenzen in Teamführung und Organisation oft gut und führten dazu dass keine innergeschlechtliche Konkurrenzsituation aufkam
145	In der Forschung mitarbeiten darf ich, selbst publizieren nicht.
146	Die Elternzeiten haben mich als Mutter gegenüber vorwiegend männlicher Kollegen zurückgeworfen, obwohl ich sonst bis 11/20 immer Vollzeit gearbeitet habe
147	In jüngeren Jahren bekommt man "schlechtere" Stellen und weniger Förderung da man ja schwanger werden könnte, dann ist man plötzlich für einiges zu alt. Insbesondere in der interventionellen Radiologie/Neuroradiologie werden Männer bevorzugt ausgebildet, das ist ein Männerclub.
148	Die Frauen werden nie akzeptiert.
149	Insbesondere am Beginn meiner Karriere - wenn auch teils unbewusste - Bevorzugung männlicher Ärzte.
150	die fruchtbare Zeit der Frau fällt zwangsläufig in die Assistenzzeit wenn man nicht erst sehr spät mit der Familienplanung beginnen möchte. Während einer Schwangerschaft stehen einem viele Ausbildungsplätze, insbesondere interventionell nicht zur Verfügung. Kehrt man nach einer Elternzeit zurück gibt es schlechte Teilzeit Modelle und man hat insbesondere bei den männlichen Kollegen den "Mutti" stempel bei häufig mindestens gleicher fachlicher Kompetenz wie andere männliche Kollegen, sodass man weniger gefördert wird
151	It was easier to employ a single Man as a Doctor for nightshifts instead of a married Woman.
152	Die Führungspersonen im Krankenhauswesen sind primär mit Männern besetzt, was das vorankommen erleichtert.
153	keine Angabe
154	Die unverändert hierarchische Struktur der Medizin ist weiterhin männerzentriert. Sobald man als Mann versucht, auch familiäre Dinge in die Lebens-/Arbeitszeitplanung zu integrieren stößt man schnell an Grenzen.
155	Keine Fehlzeiten wegen Kindern
156	Die Vorgesetzte sind meistens Männer, aus einer Generation die überzeugt ist das Frauen weniger leistungsfähig und weniger intelligent sind. Wieso muss man sowas eigentlich 2021 noch in ei-

Anhang

	ner Umfrage klären? Dies ist seit Langem bekannt und keine Umfrage wird daran was ändern. Ich weiß nicht mal warum ich hier eigentlich mit mache. Völlig sinnlos, weil es nichts ändert.
157	Keine längere Unterbrechung der Karriere durch Elternzeit.
158	Durch Elternzeit und Kinder, etwas benachteiligt
159	Kinder krank, Mutter bleibt zu Hause, passiert halt, mitunter auch mehrfach. Ganz schlecht, frau gilt als nicht so einsetzbar, nicht so zuverlässig. Selbst mal krank sein als Ärztin ist ein Unding, auch jetzt noch mit 60. Ganz besonders weil ich einzige Radiologin im KH bin und noch eine ambulante Ermächtigung habe, nächste Radiologie 22 bis 40 KM entfernt.
160	Durch Kinder und fehlende Flexibilität in den Arbeitszeiten schlechtere Ausbildung und schlechterer Zugang zu begehrten Rotationen. Fehlender Ausblick innerhalb der Abteilung in der zB noch nie ein weiblicher Oberarzt war.
161	Klassische Familienstruktur mit Zuordnung des Mannes zum Beruf
162	durch Kinderbetreuung keine Flexibilität
163	Man ist nach der Rückkehr aus der Elternzeit weniger sichtbar für seine Vorgesetzten, die haben meine Bedürfnisse (interventionelle Ausbildung nach den (inzwischen 2) längeren Pausen immer schlichtweg vergessen gehabt. Das ist bei den Männern, deren Pausen meist sehr kurz sind, kein Problem - die müssen sich nicht erst wieder in ihre Ausbildung "reindrängeln".
164	Easier to find a job
165	Mann in einer (damaligen) Männerdomäne
166	ein männlicher Kollege hat eine Oberarztstelle angeboten bekommen, ich dagegen bei gleicher fachlicher Qualifikation nicht
167	Männer bevorzugt
168	Einfacher Zugang zu freien Stellen, keine Diskussion über Kinderwunsch, etc.
169	Männer mit 100 % Stellen haben es defacto leichter
170	Elternzeit, Teilzeit.
171	Männer waren/sind von Mitarbeiter/innen und Patienten/innen eher akzeptiert. Mann ist nicht primär mit kritischem Bewusstsein konfrontiert, sondern kann/muss es erst wecken.
172	Entwicklung angestellt in der Klinik
173	Männer werden in den Praxen bevorzugt
174	Es hat mir dabei geholfen bestimmte Stellen zu bekommen.
175	männlich
176	Es ist in meinem Fachgebiet offensichtlich, dass männliche Kollegen sowohl in der Weiterbildung als auch in der beruflichen Karriere (Niederlassung, Teilhaberschaft) bevorzugt behandelt werden. Ich kenne zig Beispiele aus meiner persönlichen Erfahrung dafür.
177	männlich, daher eher früherer und längerer Rotationsschritt in die Interventionsradiologie.
178	Familienpläne bei Frauen
179	Männliche Kollegen bekommen OA-Stellen bei gleicher Qualifikation schneller als Frauen im gebärfähigen Alter
180	Fehlzeiten durch Schwangerschaft und Elternzeit, verschobene Rotationen durch Schwangerschaft. Dadurch längere Facharztweiterbildung.
181	männliches Geschlecht hatte es leichter
182	Finanzielle Benachteiligung
183	Mein Chef fördert keine Frauen, da sie potentiell „schwächer“ sind und schwanger werden können. Formuliert er nicht so, ist aber in diesem Institut der Uniklinik bekannt.
184	Flexibilität Arbeitszeiten, Kinderbetreuung, Elternzeit
185	-meine Erziehung -Schwangerschaften während der FA-Weiterbildung sind mit Rotationen wie DSA/MRT nicht vereinbar gewesen -Verlängerung durch Eltern-/Teilzeit
186	Forschungsinteressierte Frauen werden in unserer Abteilung wenig unterstützt... O-Ton Oberarzt perspektivisch keine Habilitation möglich aufgrund Schwerpunktverlagerung Privat
187	Mir wurde klar von meinem Vorgesetzten gesagt." zu meiner Zeit hätte es das nicht gegeben, als Assistentenzärztin Kinder, mehrere und Teilzeit, das kann man nicht machen" Anschließen wurden mir Urlaube nicht genehmigt, obwohl Ferienzeit war, weil ich dann zu viele Feiertage habe (Pfingsten und Herbstferien). Und mir wurde gesagt, ich hätte mir bevor ich die Kinder habe überlegen sollen wie ich das mit der Betreuung mache, damit ich meine Dienste 1:1 machen kann und keine

Anhang

	Kinderkranktage nehmen muss.
188	Frau --> Familie --> Teilzeit
189	möchte ich nicht beantworten
190	Frau gleich Mutter
191	nach der Geburt des Kindes keine Förderung mehr erhalten, langwieriger Weg zur Habilitation ab dem Zeitpunkt Konkurrenzsituation mit kinderlosen Kolleginnen an der Uni (sowohl bei Kolleginnen in der Forschung als auch in der klinischen Routine)
192	Frauen haben eine geringere Chance auf einen Chefarztposten.
193	Netzwerk von Männern als Karriereförderung; gesellschaftlich als Mann leichter, den Fokus auf den Beruf zu richten
194	Frauen haben in der Medizin nicht in allen Fachrichtungen die gleichen Möglichkeiten und Chancen wie Männer
195	nur sehr beschränktes Kinderfrei
196	Frauen neigen dazu, die klinische Arbeit 100% zu machen und bleiben wissenschaftlich auf der Strecke. Männer können besser mit ausreichenden Leistungen in der klinischen Versorgung Leben und schaffen daher auch Forschung nebenher. Für Frauen wäre die komplette Freistellung für Forschung ein eindeutiger Vorteil, da sie diese Arbeit dann 100% machen würden und auch schnell voran kommen würden.
197	Positive Diskriminierung, Bevorzugung weil ich nicht schwanger ausfallen kann. Bevorzugung durch chauvinistische Vorgesetzte, weil ich männlich bin
198	Frauen werden oft als ungeeignet für Interventionelle Radiologie angesehen.
199	Pünktlicher Feierabend und verkürzte Arbeitszeit wegen Kinderbetreuung bedeutet seltener auf Arbeit präsent sein, somit weniger Chancengleichheit mit Vätern, deren Frauen die Kinder betreuen und die deshalb immer präsent sein können.
200	Frauen werden weniger ernst genommen von Männern.
201	Schlechtere Note in der Promotion
202	Frauen werden, sobald sie Mutter sind und Teilzeit arbeiten, nicht mehr als förderungswürdig angesehen, nur noch als gute, organisierte Arbeitskraft.
203	Schwieriger als Frau Habe kleine Kinder
204	Frauen wird weniger Arbeit zugeteilt, bei Ihnen ist Elternzeit und Teilzeit akzeptiert. Ebenfalls dass Sie pünktlich wegen Kita gehen müssen.
205	Seit ich verheiratete bin wurden mir an der Uniklinik nur noch Halbjahresverträge angeboten. Seit ich in Teilzeit in Elternzeit zurück bin, werde ich auch am städtischen Klinikum vom Vorgesetzten nicht beachtet bzw. mir werden die nötigen Weiterbildungsrotationen versagt.
206	Frauen wurden benachteiligt
207	siehe vorne- man arbeitet Teilzeit, da minderjährige Kinder zu Hause, muss aber das Vollzeitpensum in der Zeit schaffen. Aussagen wie: Sind Ihnen Ihre Kinder also wichtiger als Ihre Karriere, da könne Sie gleich kündigen.
208	Frauenbild
209	subjektive Benachteiligung gegenüber Angehörigen des anderen Geschlechts und das Gefühl, immer mehr leisten zu müssen, um ernst genommen zu werden; Unterschätzung aufgrund äußerlicher Merkmale
210	Frauenrolle in der heutigen Gesellschaft
211	systematische Benachteiligung von Frauen beim beruflichen Aufstieg. Hier insbesondere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Benachteiligung von Ärztinnen durch Kollegen aus anderen Kulturkreisen, in denen Frauen nicht gleichberechtigt sind.
212	Freiheit, mich beruflich zu entwickeln zu Lasten meiner Frau
213	Typische Rollenverteilung. Führungspositionen werden nach wie vor von mehr Männern besetzt.
214	Früher als Mann eher Vorteile im Rahmen des althergebrachten Rollenbildes.
215	übliche traditionelle Vorteile des Mannseins mit geringerer Familienwichtung als Frauen
216	Führungsriege war männlich dominiert.
217	Umfeldbeobachtung.
218	Für 100% Karriere muss man 100% geben. Teilzeit ist da nicht möglich.
219	Unterschiede soziale Kompetenz, Bereitschaft sich durchzukämpfen
220	Geforderte Zusicherung bei Einstellung, in den nächsten Jahren nicht schwanger zu werden

Anhang

	Banchteiligung in Einsatz (Angiografie etc.) oder Unterstützung von Forschungstätigkeit im Vergleich zu männlichen Kollegen, eher als schnelle Arbeitskraft gesehen
221	unterstellte kontinuierliche Präsenz im jeweiligen Arbeitsbereich; keine familiär begründeten Ausfallzeiten
222	Geholfen hat, männlich zu sein. Jetzt als Chefarzt bin ich in der Führungsetage im Kollegium mit dererlei Strukturen weiter konfrontiert.
223	Verlängerung der Weiterbildungszeit durch Elternzeit, Teilzeit = keine Oberarztstelle
224	Geschlechtzugehörigkeit hat Effekte in jedem zwischenmenschlichen Kontakt und in der persönlichen Entwicklung, nicht genau in einer gegebenen Situation abzugrenzen.
225	Vorteile durch weibliches Geschlecht
226	Größere Schwierigkeiten, sich in eine Führungsposition hochzuarbeiten und einzuleben
227	wahrnehmung von männlichen kollegen ist stärker
228	Grundsätzlich Vorteile als männlicher Arzt
229	Wäre ich ein pragmatischer Mann, der mit meinem Vorgesetzten gut kann, wären meine Rotationen für den Facharzt früher erfolgt #vitaminb
230	hätte anderes Fach gewählt -- Chirurgie
231	Weil ich aufgrund meines Geschlechts keinen Vertrag bekam. Das wurde mir so wörtlich gesagt.
232	Hatte ich bei meinem früheren Arbeitgeber keine Kinder bekommen bzw wäre ich nicht in Elternzeit gewesen dann wäre ich weiter in der Uniklinik geblieben. Die Niederlassung ist deutlich besser mit Kindern vereinbar als eine Kliniktaätigkeit
233	Weiterhin männerdominierte Gesellschaft
234	Hohe Frauenförderung, wenn gleich die Bewerberinnen deutlicher schlechter qualifiziert sind als die bewerber
235	Weniger Einbindung in interventionelle Tätigkeiten Vorurteile weniger anerkennung
236	I feel like sometimes it is easier to get through certain situation as a pretty girl, especially if the main supervisors are male. Nothing sexual.
237	Wie bereits vorab geschildert, wurde ich aufgrund unbewusster Vorurteile in ein Rollenklischee gedrängt (will bestimmt nicht opertiv tätig sein, ist ja Männersache...). as het den Weg dorthin deutluch erschwert.
238	Ich arbeite seit über 10 Jahren in Teilzeit als Facharzt, vermutlich hätte ein Mann inzwischen eine Oberarztstelle. Ich habe jahrelang unsere Kinder versorgt, während mein Mann Vollzeit arbeitet.
239	Wurde manchmal von männlichen Kollegen nicht ernst genommen.
240	Ich bin als Mutter 2 Jahre bei meinem Kind geblieben, der Vater hat sich nie gekümmert. Er ist Oberarzt mit 100, ich nicht.
241	Z.B. gab es deutliche Differenzen zwischen der Weiterbildung von Ärzten und Ärztinnen. Männliche Vorgesetzte haben mehr Zeit auf männliche Arbeitskollegen aufgewandt und diese auch mehr gefördert.
242	Ich bin der Überzeugung, es war härter sich für den gegebenen Karriereweg zu entscheiden. Man wird viel damit konfrontiert, dass Familie und Karriere nicht zeitlich möglich seien. Initial wird einem erst einmal mit Zweifel an Stelle von Zuversicht begegnet. Man muss sich, seine Fähigkeiten und Intelligenz mehr beweisen. Man muss besser sein als männliche Kollegen. Man wird nicht automatisch ernst genommen.
243	Zu meiner (Assistenzarzt-/ Jungoberarzt-) Zeit haben Frauen eigentlich keine Karriere gemacht, das waren Einzelfälle. Dagegen war man als Mann mit Interesse an Forschung sofort auf der Überholspur.
244	Ich bin ein Mann und bin daher nicht von Schwangerschaft betroffen. Diese biologische Tatsache wirkt sich nun mal auf die Karriere aus und daran ist auch nicht viel zu ändern.
245	Ich bin ein Mann und das ist immer noch für die Karriere förderlich, zumindest in der BRD.

H.6. Liste aller Kommentare zu Verbesserung der aktuellen Situation

ID	Kommentare zu der Frage 50: Alles in allem: Was würden Sie sich zur besseren Karriereförderung in der Radiologie wünschen bzw. was müsste verbessert werden?
1	nichts
2	Nix
3	Vereinbarkeit von Familie und Beruf
4	Leistungsbezogene Vergütungen / Anreize Angleichung der Vergütungsdiskrepanz zwischen Universitäten und Praxen
5	Strukturiertere Aus-Weiterbildung und ein wirkliches Interesse am beruflichen Werdegang / Erfolg der Kolleginnen / Kollegen. Konkurrenzverhalten / Egoismus / Nazismus der Einzelnen verhindert oft eine Karriere von vielen.
6	Mentorenprogramme
7	- Strukturierte Fortbildung
8	Im Bereich Forschung: mehr Förderung in Form von Mentoring / Teaching und Freistellung. Forschung darf nicht auf die eigene Freizeit und damit z.B. auf Personen ohne Familie bzw. ohne entsprechenden Support im privaten Bereich beschränkt sein.
9	- weniger Klüngel, weniger Konzentration auf Leute die sich gut vermarkten können und mehr auf Kompetenz - bessere Perspektive an den Universitätskliniken statt "Rauswurf" durch das Wissenschaftsarbeitszeitgesetz - bessere Strukturierung/Begleitung/Beratung zu Karrieremöglichkeiten von Beginn an: wo steht man, was gibt es für Möglichkeiten in der Karriere, was ist geeignet für einen, wie kommt man da hin
10	Mehr Oberarztstellen, mehr Verantwortung.
11	Rotationen an andere Kliniken gerechte Verteilung der Rotationsmöglichkeiten und Untersuchungszahlen für gleichmäßige Ausbildungsmöglichkeiten Zuteilung eines Mentors, der regelmäßig den Ausbildungsstand evaluiert und die Einsatzmöglichkeiten anpasst
12	- bessere Lehrveranstaltungen an der Universität, die dem Studenten die Vielseitigkeit und Attraktivität des Fachbereiches darstellen - frühere Spezialisierung in Teilbereichen der Radiologie, eigener Facharzt interventionelle vs. diagnostische Radiologie - Anpassung der Gehälter in Führungspositionen an Universitäten und Kliniken im Vergleich zum niedergelassenen Bereich (großes Gehaltsgefälle)
13	- Personalplanung nach Ausbildungszustand u nicht nach pro Kopf, damit mehr Zeit für Ausbildung der unterstellten AiW bzw. eigene Fortbildung - mehr als 3 Fortbildungstage/a - flexiblere Arbeitszeitgestaltung
14	- gute technische Ausstattung und gute Arbeitsplatzgestaltung - Möglichkeit zum homeoffice - Bereitstellung von Literaturdatenbanken durch den Arbeitgeber, auch für zuhause
15	Mehr Flexibilität und bessere Vereinbarkeit Familie/Job
16	- echte Forschungsmöglichkeiten an allen universitären Radiologien, sodass man bspw. als Frau nicht wählen muss zwischen klinischer Ausbildung inkl. Angio oder Forschung - Trennung von klinischen Chefs und Vorgesetztem bez. Forschung, um Vorenthaltung von klin. Ausbildungsabschnitten zu vermeiden, denn nur bei garantierter klinischer Ausbildung bleiben forschende Uni-Radiologien für viele attraktiv genug gegenüber nicht forschenden großen Radiologien mit mehr klinischen Weiterentwicklungsmöglichkeiten - insgesamt eine Professionalisierung der Forschungs-Strukturen in den universitären deutschen Radiologien, die weniger auf der zufälligen Verteilung von Projekten mit mehr oder weniger große Erfolgswahrscheinlichkeiten beruht sondern allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die das wollen, sinnvolle Projekte anbietet - FFZ ist eine sinnvolle Einrichtung der DRG - Harmonisierung der Habil-Bedingungen zw. den Fakultäten
17	Mehr Teilzeitangebote für Mütter, mehr Mentoren wie zB an Universitätskliniken, um schon früh Assistenzärzte für Forschung zu begeistern (und sie nicht auszuschließen)

Anhang

18	1. Vereinbarkeit von Job und Familie (Kinderbetreuung, Flexibilisierung der Arbeitszeiten) 2. Flachere Hierarchien an der Universität 3. Mentoring (v.a. Forschung) 4. Bewertung der Vorgesetzten an der Universität /Feedback-Kultur 5. bessere Verdienstmöglichkeiten an der Uni
19	Stringentere Arbeitszeitgrenzen, weniger Dienste,
20	Abnahme der extremen administrativen Aufgaben
21	Verbesserte Ausbildung. Mehr Teaching.
22	Abschaffung des traditionell-konservativen , akademischen Denkens im Leadership. Auch Nicht-Habilitierte können exzellente Leader sein, werden jedoch oft wie faules Obst behandelt! Hier werden enorme Chancen verpasst.
23	Weiterbildungsbefugnis an gute Bewertungen früherer Weiterbildungsassistenten koppeln. Keine Weiterbildungsbefugnis für überwiegend in der Forschung tätige Chefärzte. Pflichtzeiten für WB-Assistenten in Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie.
24	Aktuell kein Handlungsbedarf für mich persönlich- in unserer Praxis verwenden wir viel Zeit auf die Ausbildung unserer Assistenten, so dass aktuell eine sehr gute praktische Ausbildung sichergestellt werden kann
25	intern education and especially more time outside of work to be able to study at home
26	Alles bestens.
27	Kinderbetreuung! (zuverlässige Kita-Betreuung von 8-18 Uhr) Verständnis für die Doppelbelastung von berufstätigen Frauen Es sollte darauf geachtet werden, dass auch einmal die ruhigeren Kollegen Vorträge halten dürfen, die nicht immer sofort Laut geben. (Mir persönlich ist es dann auch zu blöde, mich immer in den Vordergrund zu spielen -- Es gibt doch tatsächlich Kollegen, die schreiben nachts um 4 Uhr noch Emails, damit der Chef sieht, dass sie noch forschen...)
28	alles erreicht
29	mehr Aufstiegsmöglichkeiten und Unterstützung für junge motivierte Ärzte, dass die Oberarztstellen nicht von Kollegen besetzt bleiben, die innerlich schon in Rente sind
30	Alles soweit ok.
31	mehr Investition von Zeit und Geld in die berufliche Ausbildung sowohl durch den Arbeitgeber als auch durch Vorgesetzte
32	Allgemein bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Akzeptanz in der Gesellschaft, dass Männer auch Teilzeit arbeiten.
33	Mehr Struktur in der Karriereplanung. Trennung von Forschung und Krankenversorgung durch Freistellung bei voller Bezahlung.
34	Als Assistenzarzt mehr Zeit für das Selbststudium während der Arbeit, oft sind es zu viele Befunde um Zeit zum Nachlesen zu haben.
35	Mehr Zeit für Teaching und eigenständiges Lernen innerhalb des Tagesablaufes. Ist bei so stressigem normalen Arbeitstag nicht möglich und abends dann auch oft nicht mehr.
36	Als Assistenzarzt zunächst klinisches Fundament, dann Forschung und Lehre mit strukturierter Anleitung.
37	Möglichkeiten auch in der ambulanten Radiologie interessanten Forschungsprojekten nachzugehen. Stärkungen des Nachwuchses auch in der ambulanten Radiologie. Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses an Uni - Kliniken. Strukturiertere Weiterbildung an Uni- Kliniken mit festen Rotationen und Erfüllung der Mindestweiterbildungszeit.
38	alte "verstaubte" Strukturen und Hierarchien aufbrechen, auf verschiedenen (Hierarchie)Ebenen offener und direkter kommunizieren was gut und was schlecht läuft und wo verbessert werden könnte (viele Chefs haben kein offenes Ohr für ihre Angestellten/ kein Interesse an Veränderungen). Vieles transparenter gestalten, mehr Wertschätzung für jeden einzelnen der dazu beiträgt "das der Laden läuft". Anreize für Mitarbeiter schaffen. Nicht alles "totsparen".
39	Planungssicherheit von Seiten der Politik. Innovationen im beruflichen Alltag. Habe 1999 PET-CT gemacht, 2010 Kardio-MRT kurse am Herzzentrum Berlin. Beides bis heute keine bezahlbare Kassenleistung.

Anhang

40	An seiner Karriere muss man selbst arbeiten, denn dieses Engagement qualifiziert einen für Führungsaufgaben. Eine wohlwollende Begleitung und ggf. Tipps können allerdings sehr helfen.
41	Stärkere Strukturierung der Weiterbildung
42	Anerkennung der Leistung, auch wenn sie in Teilzeit erbracht wird.
43	strukturierte Weiterbildung in allen Teilgebieten, Möglichkeit zur Erlernung praktischer Fertigkeiten, Möglichkeit zur Teilnahme an (externen) Fortbildungen
44	Anerkennung wissenschaftlicher Arbeit als Teil der Arbeit, ausreichend Zeit-Personalressourcen zu meiner Zeit der Weiterbildung an einem Universitätsklinikum (80iger Jahre) galt wissenschaftliche Arbeit als "Add on", die in der Freizeit zu bewältigen war, so dass Frauen/Männer mit Familie deutlich erschwerte Bedingungen vorfanden.
45	Tatsächlich ein Mentoring zur Einarbeitung in die Forschung; auch zur Planung der Forschungsschwerpunkte, die bei Ordinariatsbewerbungen eine Rolle spielen. Bessere Anleitung zur Einwerbung von Drittmitteln. Insgesamt eine Anleitung zur Feststellung der Ziele und der Möglichkeiten diese zu erreichen.
46	Anleitung/Beispiele zur strukturierten Karriereplanung frühzeitig besprechen; Mentorentum ausbauen
47	Verbesserung der Teleradiologie, bzw. die Möglichkeit Homeoffice zu machen
48	Anpassung der Arbeitsbelastung zur Möglichkeit der Weiterbildung.
49	Volle Nutzung der technischen Möglichkeiten etwa für home office/ Teleradiologie
50	Anrechnung von Forschungszeiten auf die Weiterbildungszeit
51	wie mein Sohn sagen würde: "keine Ahnung"
52	Arbeitszeiten an die Notwendigkeiten der Ausbildung anpassen
53	In meinem Fall hat sich alles sehr gut gefügt, ich hatte sehr, sehr gute Ausbilder und Mentoren, die mich stark gefördert haben, die mich immer selbständig arbeiten ließen. Ich wurde eigentlich nie benachteiligt, bin aber auch keiner unangenehmen Aufgabe aus dem Weg gegangen. Junge Kollegen einfach mal machen lassen, ihre Ideen und Vorstellungen in die Abteilungsabläufe einfließen lassen und in kritischen Situationen hinter Ihnen stehen. Sie sollten auch klare Entscheidungen selbst treffen können.
54	Arbeitszeitminderung bzw. finanzielle zusätzliche Entschädigungsleistung
55	Kampf gegen Mobbing Dienstvergütung (Bereitschaftsdienste für Kollegen an größeren Kliniken da diese in der Tat keine Bereitschaftsdienste sind, weil man durchgehend arbeiten muss) Vereinbarkeit des Berufs mit Familie
56	Aus persönlicher Erfahrung kann ich berichten, dass vor allem die kleineren bis mittelgroßen Krankenhäuser die Lehre vernachlässigen, insbesondere wenn der Vorgesetzte selber keine Ambitionen in der Hinsicht zeigt. Zudem wäre eine vermehrte Kooperation zwischen mehreren Krankenhäusern anzustreben. Die Synergieeffekte werden hier nicht ausgeschöpft, dabei wäre dieses Fach prädestiniert, um ganz einfach Untersuchungen, Ergebnisse und Bildgebungen auszutauschen.
57	keine Meinung
58	Ausbau Clinician_Scientist Programme, Mehr W2 Professuren, PhD Programme, Bonussysteme für wissenschaftlichen Erfolg
59	Konkreter planbare Projektzeiten im Zusammenhang/Einklang mit dem klinischen Alltag
60	Ausbildung muss strukturiert erfolgen. Das erfordert Ressourcen, im Wesentlichen Zeit für Betreuung. Diese Zeit fehlt in einem wirtschaftlich orientierten Setting der typischen Krankenhäuser heute. Während meiner Ausbildung war Ausbildung leider überwiegend abhängig von Eigeninitiative und persönlichem Engagement - Zeit wäre da gewesen...
61	Mehr Akzeptanz für Frauen in Führungspositionen, gerne auch in Teilzeit. Gleiche Bezahlung (z. B. Pool Beteiligung). Abschaffung von Kettenzeitverträgen als Druckmittel auf die Arbeitnehmer (Hochschulrahmengesetz), dafür mehr unbefristete Stellen. Frauenquote für Oberarztposition.
62	Ausreichende Stellenbesetzung, um Arbeitsplatzrotationen in der Weiterbildung besser organisieren zu können. Kreative Maßnahmen, um Flaschenhalse in der Weiterbildung in verschiedenen Modalitäten (z. B. Mammadiagnostik u. Interventionsradiologie) besser zu ermöglichen Strukturierte Planung einer wissenschaftlichen Tätigkeit verbunden mit einer ausreichenden Freistellung für das eigene Forschungsprojekt.

Anhang

	Temporäre Teilung in eine vorwiegend wissenschaftlich bzw. klinische Tätigkeit während der Habilitation.
63	Mehr Eigenverantwortung, mehr Deregulierung
64	Ausreichender Stellenschlüssen mit entsprechender Ausbildungsreserve
65	mehr Freiräume für Forschung auch extrauniversitär. Arbeitskraft wird durch die Krankenversorgung kpl. absorbiert, und zwar 40h plus x pro Woche. D.h. Forschung findet ihren Platz jenseits der 50h Woche. Forschungstätigkeit allein kann aber kein Trittbrett für radiologische Karriere sein. Sofern es um die Wahrnehmung von Leitungsfunktionen geht, ist neben ausgewiesenen radiologischen Kenntnissen unbedingt (und zunehmend) auch eine Führungskompetenz vonnöten. Hier wird man in Leitungsfunktionen auch die meiste Arbeitszeit investieren. Das Assessment und womöglich die Schulung von Softskills für Leitungsfunktionen (z.B. Mitarbeiterumgang) kommt meiner Meinung nach weiterhin zu kurz.
66	Bedeutende Rolle der Teleradiologie, Möglichkeit klinische Arbeit und Forschung zu kombinieren.
67	Mehr miteinander und weniger gegeneinander ausgerichtete Forschungstätigkeiten, weniger Konkurrenzdruck
68	Bedingungen sind stets individuell zu bewerten. Multifaktorielle Genese: Region, Universität, Praxis, Krankenhaus, öffentliches Gesundheitswesen
69	mehr Planungssicherheit durch eine stärkere Personaldecke
70	Bei Frauen: bessere Vereinbarkeit von Karriere und Familie. Allgemein: strukturierte Mentoringprogramme, in bereits höheren Ebenen: höherer Frauenanteil in Männer-dominierten Strukturen
71	Mehr Teaching
72	bei uns läuft es gut
73	Mehr Vereinbarkeit mit Familiengründung/Familienleben
74	Beruf und Familie
75	Mein Fazit nach drei Jahren universitärer „Ausbildung“ stellt sich für die Zukunftschancen der Radiologie vor allem folgendes Problem. Chefärzte, die (auf Druck der Geschäftsführung oder aus pekunären Gründen) anderen Kollegen anderer Fachrichtungen nicht erbrachte Untersuchungszahlen im MRT und CT bestätigen, sind in meinen Augen unkollegiale Nestbeschmutzer, die der Zukunft der Radiologie massiv schaden.
76	Bescheinigung von Kompetenz statt Zahlen und Zeiten in der WBO. Organ-basierte Radiologie, flächendeckend.
77	Mentoring Programme;
78	Besser Bezahlung. Mehr Flexibilität. Bessere fortbildungsmöglichkeiten.
79	Neuro Radiologie und Radiologie in einem Curriculum anbieten
80	Besser Einführung in die Forschung und gutes Mentoring, klare Planbarkeit von Karriereschritten.
81	Ok
82	Besser geplante Rotation und qualifizierte Rotation.
83	Raus mit der geschlechtsabhängigen Diskriminierung (mehr junge Ärzte in leitende Positionen - zur jungen sind gefühlt weniger sexistisch.) Bessere Akzeptanz von Ausfällen durch Schwangerschaft bei den Vorgesetzten, die Assistenten sind viel mehr bereit für ausfallende Kollegen zu kompensieren als die Chefs glauben.
84	besser getaktete Weiterbildung und professionellere Forschung in der Ebene
85	Sometimes I feel that a state-level guided residency (either federal or local, like it is in UK) as opposed to a hospital level as it is now would improve the quality of education because in radiology are definite big differences between hospitals (for example here very few mri's) but we need to be good prepared for everything. Just changing jobs is however not often so the employers are skeptical. Some I know are even strongly against taking someone in the middle of his education since they prefer to educate a resident in their own department style from the beginning.
86	Besser strukturierte Forschung
87	Strengere Kontrolle der Ausbildungsstätten durch die Ärztekammer. Offizielle Zahlen wieviele Fachärzte eine Klinik hervorbringt im Vergleich dazu wieviele angestellt sind.
88	Bessere Abstimmung mit den übrigen klinischen Fächern, Strengere indikationsstellungen und Abbau sinnloser Schnittbild-Massen-Anforderungen ohne ausreichende klinische Untersuchung. Mehr Zeit für Patienten-Gespräche und Mitarbeiter-Betreuung/Untestützung/Schulung.
89	Strukturierte Ausbildung und individuelle Förderung; mehr Möglichkeiten zur Zertifizierung

Anhang

90	Bessere Akzeptanz der Doppelrolle als Ärztin und Mutter. Keine Vorwürfe, wenn man keine Überstunden machen kann, wie andere Kollegen. Gleichberechtigte Aufstiegschancen.
91	Strukturierte Weiterbildungsabläufe, die dann auch eingehalten werden
92	bessere Arbeitsbedingungen, Arbeitsteilung, fortbildungsangebote
93	strukturiertes Curriculum, Mentoring, Interprofessionelle Lehre, Balinthgruppe, Assessments zum Training Facharztprüfung, mehr Zeit für Forschung und vor allem Lehre
94	bessere Arbeitszeiten
95	Teaching methods
96	Bessere Arbeitszeiten und Bezahlung an Unikliniken.
97	Verbesserte personelle Ausstattung an Kliniken und Verbesserung der Familienfreundlichkeit. Insbesondere kleinere und mittelgroße auch privat geführte Häuser ordnen noch zu viele personelle Entscheidungen der Profitabilität unter. Es kommt letztlich immer die Frage auf, ob ein Krankenhaus mit Geldern der Krankenversicherungen einen Share-holder-value erwirtschaften muss.
98	Bessere Ausbildung und mehr Zeit für Forschung.
99	Vereinbarkeit Beruf und Familie
100	bessere Ausbildung, mehr Zeit für Forschung
101	Verkürzung der Facharztausbildung für Teilzeit.
102	Bessere Betreuung bei Forschungsarbeit
103	weibliches networking, abschaffen der altherren Clubs, weniger universitätspolitik!
104	Bessere Betreuung im Alltag und keine Arbeitsverdichtung bis zu einem Grad, an dem nur noch unmittelbare Patientengefährdungen abgewendet werden, sondern auch Zeit zum Nachlesen, Besprechen und Vorbereiten von Fällen. Zeit für Forschung sollte auch bestehen bleiben und nicht immer vom klinischen Alltag verdrängt werden.
105	Weniger ökonomischen Druck durch die Verwaltungen, die oft garnicht mehr wissen, dass die Ärzte als produktiver Anteil des Unternehmens als weniger wichtig gewertschätzt werden, als die rein comsumierende Verwaltung und der damit einhergehende, oft inkompetente Wasserkopf.
106	Bessere Bezahlung der zahlreichen Dienste oder deutliche Senkung der Dienstbelastung.
107	Wöchentliche Case Reports
108	bessere Darstellung und Präsenz der Radiologie im Studium um somit mehr Nachwuchs zu akquirieren, sowie bessere Akzeptanz von Teilzeitmöglichkeiten auch in Oberarztpositionen
109	In der Radiologie ist die Karriereförderung bereits recht gut. Radiologie kann in großem Maße in Teilzeit und auch Home Office/ Teleradiologie betrieben werden. Vieles ist unabhängig von der Tageszeit. Viele Forschungsgebiete sind technischer Natur und unabhängig von Patientenkontakten, können somit z.B. auch nachts und von zuhause aus bearbeitet werden.
110	Bessere Einbindung in bestehende Projekte, strukturelle Förderung ab Arbeitseinstieg
111	increased community rotations during residency to increase awareness. while studying in a university hospital one thinks that career advancement is only paper publications and research, but one can have a meaningful job/career by being well integrated in a team and helping the patients with relevant reports
112	Bessere Einbindung in klinische Abläufe!
113	Bessere fachliche Qualifikation, Kontakt und Interaktion mit Zuweisern, intensive Befundkommunikation
114	Karriereberatung nicht nur durch Vorgesetzte und Kollegen, sondern auch durch berufsferne Mitarbeiter/Innen des Arbeitgebers.
115	bessere Forschungsmöglichkeiten, Freistellung für Forschung, strukturierte Ausbildung
116	keine Idee
117	bessere klinische Ausbildung. Wertschätzung der klinischen Tätigkeit. Uni = Paper > Rest
118	Keine Vorschläge
119	Bessere Möglichkeiten zur Rotation; Interdisziplinäre Tätigkeit, Klinische Pflichtzeit
120	klarer, verbindlicher Karriereplan
121	Bessere Personalausstattung um auch Engpässe abzufedern
122	Lehrplattformen
123	Bessere Planungssicherheit für den ärztlichen Werdegang, längere Arbeitsverträge und unbefristete

Anhang

	te Arbeitsverträge allerdings mit der Pflicht zur Fort- und Weiterbildung.
124	Bessere Rotationsmöglichkeiten in den kleineren Krankenhäusern, bzw. zu wenige Untersuchungszahlen in bestimmten Radiologie-Bereichen; dem entsprechend eingeschränkte Spezialisierungsmöglichkeiten.
125	Mehr Angebote, wie man alleine eine Studie startet
126	Bessere Staffelung des Gehalts und höhere Entgelte
127	Mehr digitalisierung ggf. Teleradiologie. Nicht nur zur Minimierung des Stress wegen Dienste, sondern auch zum Austausch von Bilder ggf. 2. Meinungen.
128	Bessere Struktur und Unterstützung für Forschungsarbeit. Reguläre Arbeitszeit. Homeoffice etc
129	Mehr fachliche Kompetenz im gesamten medizinischen Spektrum. Schließlich sind wir die „Allgemeinmediziner der Bilgebung“ und stellen häufig die entscheidende Diagnose!
130	bessere Vereinbarkeit Beruf und Familie, Kinderbetreuungszeiten und flexible Arbeitszeiten
131	Mehr fokussierung auf Patienten und weniger auf sinnlose Beschreibungen.
132	bessere Vereinbarkeit Familie/Beruf; Fördermaßnahmen für Frauen zur Gleichbehandlung in der Weiterbildung
133	Mehr Freistellung von der klinischen Arbeit für Forschung Anleitung bei Drittmittelwerbung
134	bessere Vereinbarkeit mit Familie
135	Mehr Kontrolle ob die Weiterbildungsermächtigten wirklich ihrer Pflicht zur Weiterbildung nach kommen. Rotationspläne sind zwar schön und gut, aber die reale Umsetzung findet häufig nicht statt.
136	Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, insbesondere für Frauen.
137	Mehr Möglichkeiten zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung wie z.B. Gleitzeiten, Abschaffung der "Kernarbeitszeit", die es in vielen KH gibt, (mehr) Möglichkeiten im Homeoffice zu arbeiten.
138	Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch Männer müssen mehr Elternzeit machen, damit der Arbeitgeber sieht, dass wir inzwischen das 21. Jh. schreiben. Selbst wenn man nur 8 Monate in Elternzeit geht, verliert man im Vergleich zu den Männern, die max. 2 Monate Elternzeit machen.
139	mehr Personal sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite auch um die Anzahl der Dienste zu reduzieren
140	Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
141	Mehr Schwerpunkte setzen, mehr Forschungsmöglichkeiten schaffen, interessant gestaltete Fortbildungen anbieten.
142	Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch bei Assistenzärzten.
143	mehr Subspezialisierungen
144	Bessere Vereinbarkeit von klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit (clinician scientist)
145	Mehr teaching. Planbare Arbeitszeit.
146	Bessere Vereinbarung mit dem Privatleben Geringere Dienstbelastung
147	Mehr Teleradiologie für bessere Vereinbarkeit Familie/Beruf. Ich mache derzeit primär telerad. Dienste und diese waren essenziell wichtig, um überhaupt endlich arbeiten zu können mit Kind (das erste Jahr in Vollzeit, nun Teilzeit).
148	Bessere Vereinbarkeit von Klinik und Forschung
149	Mehr Zeit für die Menge an anfallender Arbeit
150	bessere Vernetzung von Forschungsinstitutionen Freistellung für Forschung Stärkung der Forscher für die Zukunft Maßnahmen
151	Mehr Zeit zur Forschung innerhalb der Arbeitszeit bzw. weniger Stress in der Routine.
152	Bessere Vernetzung zwischen Arbeitsgruppen verschiedener Universitäten (Stichwort "networking")
153	Mentoren Programm Hospitationsangebote Zeit zum lernen/ Strukturierte Weiterbildung in Kombination mit Onlineangeboten z.B. bei Conrad + Freistellung dafür
154	Bessere Vernetzung, weniger Konkurrenzdenken, mehr Interdisziplinarität und Interprofessionalität
155	Mentorenprogramme, Ausbildung und Förderung in festen Arbeitsgruppen
156	Bessere Verteilung der Arbeitslast. Etablierung von Forschungsgruppen.

Anhang

157	Mitarbeitergespräche
158	bessere Weiterbildung
159	Bessere Work-Life Balance
160	Nicht überwiegend Kollegen mit 1.0-Abitur... da fehlen Kreativität und Durchsetzungsvermögen häufiger als bei Kollegen, die sich den Zugang zum Studium erkämpfen mussten????
161	Bessere work-life-balance oder überhaupt mal eine balance
162	Oberarzt auch in Teilzeit ermöglichen!
163	Bessere Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der zuweisenden Kliniken
164	Persönlich bin ich am Ende der Karriereleiter angekommen.
165	besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Förderung von Frauen
166	Prioritäre Erhaltung klinischer Strukturen und Ausbildungsstrukturen in der Radiologie, auch außerhalb von Unikliniken Strukturvernetzung klinischer und außerklinischer Einrichtungen
167	Besseres Ausbildungskurriculum für die Facharztausbildung (Leselisten, Pflichtkurse) Wie bei allen Facharztausbildungen bessere Angebote für Forschungstätigkeiten, nicht nur nach der Arbeit, sondern statt der Vollzeitätigkeit.
168	Reduzierung der Dienstbelastung. Dies trifft aktuell nicht auf mich zu, aber auf viele Kollegen in anderen Kliniken. In vielen Kliniken ist die Supervision mangelhaft, insbesondere im Bereich der Sonografie und im Röntgen. Die Grundlagen der MRT werden oft auch nur unzureichend vermittelt. Für erfahrene Radiologen, welche in Kliniken dringend für die Weiterbildung von Assistenten gebraucht würden, bieten sich in den Kliniken sehr viel schlechtere Konditionen als in den Praxen.
169	Besseres Mentoring Geregelte Arbeitszeiten, die bestenfalls eine Forschung (wenn auch nur zum Teil) innerhalb der Arbeitszeiten ermöglicht
170	Sehr schwierige Frage.
171	Besseres wissenschaftliches Mentoring
172	Späterer Einstieg in eine universitäre Laufbahn möglich machen.
173	Besserstellung von Forschung
174	Straffung und bessere Organisation der Weiterbildung. Weiterbildung wird häufig nur als Abfallprodukt der klinischen Routine angesehen, sie ist häufig unstrukturiert und zu lang.
175	Betrifft mich nicht
176	Striktere Einhaltung von Arbeitszeiten --> Überstunden systematisch erfassen und in Freizeit ausgleichen
177	Better interdisciplinary work.
178	strukturelle Förderung Habilitation und Forschung
179	Bin da wo ich sein will
180	strukturierte Karriereprogramme seitens der Fachgesellschaft
181	Bisher hierzu keine Angabe möglich, aufgrund vor kurzem begonnener Tätigkeit.
182	Strukturierte Weiterbildung, Mehr Zeit zu Fortbildung. Streng geteilte Zeiten für Patientenversorgung und Forschung.
183	Breitere Angebote zur Entwicklung der Mitarbeiterführung, wirtschaftliche Aspekte
184	Strukturierter Weiterbildung.
185	Breitere Fächerung der Ausbildung mit Integration von klinischen Inhalten
186	strukturiere Weiterbildung
187	Chancengleichheit allein schon bzgl. Rotationen in der FA-Weiterbildung (manche Kollegen werden stark geschont und haben dann mehr Möglichkeiten für Forschung, während andere Kolleginnen die unliebsamen Rotationen mit viel mehr Routinearbeit machen müssen), mehr als 3 Fortbildungstage im Jahr, bessere Vernetzung mit anderen Kliniken/Praxen, (bei uns) bessere IT!!! und Übernahme von delegierbaren Aufgaben durch Hilfspersonal, Mentoren
188	Supervision
189	Chefärzte in Mitarbeiterführung und Genderthemen schulen! (Ich wurde zwei mal in Bewerbungsgesprächen nach meiner Familienplanung gefragt!)
190	Tatsächlichen Einbezug in Informationsfluss - eigene Gestaltungsmöglichkeit des zugeordneten Verantwortungsbereichs - verlässliche Zuweisung von Mitarbeitern - transparente Prozesse - keinen Reiz-Reaktions-Automatismus bei struktureller insb. konstruktiver Kritik

Anhang

191	Chefärzte in Unikliniken, die sich um ihre Assistenten kümmern und nicht lediglich am nächsten Privatpatienten interessiert sind.
192	Teleradiologie Forschungsstellen gleichwertig zu Klinikstellen Forschung nicht als Freizeitaufgabe nach 8 h Arbeitstag (oder mehr)
193	Chefs müssen Frauen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zutrauen. Aber auch die Zeitbelastung sehen und trotzdem hinter einem stehen.
194	Verbesserte Integration in den klinischen Alltag
195	Coaching, MBA oder vergleichbarer Wissenserwerb, ggf. auch Förderung von Forschungsaktivitäten (auch für Ärzte/ Ärztinnen außerhalb der Universitätsklinik. Weniger Fokus auf Life- Work-Balance oder nine to five- Jobs. Wer mehr will, muss auch mehr von sich investieren!
196	Verbesserung der Ausbildung und stärkere Strukturierung im Fach selbst. Verbesserung der Stellung im klinischen Setting.
197	Cooperation and communication between radiologist and other doctors to be able to smooth the flow of Patients and don't loose too much time doing the work of the primary physician.
198	<p>Verbindlicher Katalog für alle von sog. "appropriateness criteria" zur Bildgebung, um sinnlose und nicht weiterführende Schnittbildgebung zu unterbinden mit Unterstützung der Geschäftsführung bzw. den sinnlosen Einsatz von MRT und CT in vielen Fällen zu unterbinden. So lassen sich Personal- und Gerätereourcen schonen ohne Qualitätsverlust. Weg von der Gerätemedizin und hin zu einer guten klinischen Praxis mit ausführlichen Untersuchungen und Anamneseerhebungen, um die Anzahl an Positivbefunden in der Radiologie zu steigern. Eindeutig und klar weg von sinnlos-forensischer Ausschlussdiagnostik von Frakturen oder bei jedem Traumapatienten mit Röntgen oder sinnloser Anfertigung von Schädel-CT bei jedem Patienten mit Sturz unter gerinnungshemmender Medikation. Sinnlos dogmatisch-forensische Ausschlussdiagnostik muss enden. Solange die Fachgesellschaften da nicht mitziehen und Ihre Expertise sinnvoll und ressourcenschonend einsetzen wird der Irrsinn der geräte- und bildgebungsbasierten Medizin nie enden. Am wichtigsten ist meist nicht eine ausführliche Bildgebung, sondern genug Zeit für Anamnese und Untersuchung des Patienten. Zudem muss der bürokratische Aufwand für klinisch tätige Ärzte und Gesundheitspfleger reduziert werden. Das sinnlose Dokumentieren jeder einzelnen Option bzw. Unterleistung verschlingt Unsummen von wertvoller Zeit, die im Gesundheitswesen sinnvoller mit dem Patienten bzw. dessen Versorgung aufgewendet werden kann und nicht mit sinnlosen Klicken und Leistungsdokumentieren.</p> <p>Bedingungslose zeitliche Freistellung und volle Finanzierung von Fortbildungen einschl. Reise- und Übernachtungskosten ohne Kürzungen oder zu kleine Fortbildungsbudgets.</p> <p>Bereitstellung aktueller und vollständiger Literatur (z. B. als Online-Plattform statdx oder bei http://inkling.com/read oder thieme Eref) gemäß den Wünschen der Ärzte der jeweiligen Abteilung.</p> <p>Strukturierte Weiterbildung, an die man sich verbindlich hält und in der auch die erforderlichen Zahlen an Eingriffen wirklich erfüllt werden.</p>
199	Vereinbarkeit von Beruf und Familie in leitenden Positionen.
200	das Ansehen der allgemeinen Radiologie in der Klinik muss sich bessern
201	Vereinbarkeit von klinischer Ausbildung und Forschungsmöglichkeiten. Bei Interesse an Forschung und universitärer Tätigkeit sollten entsprechende Freiräume in der Ausbildung ermöglicht werden. Insgesamt ist die Ausstattung (finanziell, personell) nicht ausreichend.
202	Das Ansehen der Radiologie innerhalb der ärztlichen Gemeinschaft (von den klinischen Kollegen auf Augenhöhe angesehen werden).
203	Vernünftiges Konzept zur Weiterbildung. Bessere Betreuung der Assistenten durch OÄ
204	Das Bild des Radiologen als zunehmend behandelnder Arzt und unverzichtbare Instanz im KH muss gefördert werden, auch bei den anderen Kollegen. Zudem sollten die Dienst/Arbeitsbedingungen in den Maximalversorgern verbessert werden - z.B. schnelle Anpassung des Dienstmodells und der Vergütung an die reale Dienstbelastung (steigert die Attraktivität). Einhaltung der Rotationen.
205	Von Beginn an bessere Ausbildung bei Themen wie Mitarbeiterführung und Leitung. Bessere Einbindung in Entscheidungsfindungen. Gute personelle Ausstattung und somit konsekutiv mehr Zeit für etwaige Forschungen und Veröffentlichungen. Mehr Einbindungen und Teaching in der Kommunikation mit anderen Abteilungen.
206	Das Fach muss mehr in die Köpfe der anderen Disziplinen herein! Viele Disziplinen sind ohne die Radiologie - hilflos und das muss man Ihnen täglich klarmachen

Anhang

	und auch vermitteln - am besten kollegial und in flachen Hierarchien
207	Weiterbildung, Fortbildungen, Forschungsprojekte
208	Das Hauptproblem der Medizin in Deutschland ist die massive Arbeitsbelastung und die mangelnde Bereitschaft der Arbeitgeber, flexible Arbeitszeitmodelle anzubieten. Die Krankenhäuser leiden desweiteren unter der systematischen Unterfinanzierung. Nichts davon ist neu. Skandinavien oder die Niederlande sind hier deutlich weiter, hier wird selbst an Unikliniken die geplante Arbeitszeit eingehalten (gasp, shock).
209	Weniger Angst das eigene Wissen zu teilen, um nicht "ersetzt" zu werden. Weniger Egomane.
210	Das ist eine schwierige Frage, da es vom Ort der Ausbildung abhängig ist. Bei war es gut . Mehr klinisches Verständnis wäre gut. Sonst ist die wichtige Kommunikation mit den Zuweisen (auch in der Klinik) schwierig. Aber ich fürchte, dass war gar nicht Ihre Frage.
211	Wertschätzung der Mitarbeiter und darin v.a. der Lebensplan der einzelnen. Die "eminenzbasierte" Personalführung muss ein Ende haben, d.h. die hierarchischen Strukturen durch demokratisch plebiszitäre Modelle ersetzt werden
212	Das Standing und vor allem die fachliche Qualifikation der Radiologinnen und Radiologen müssen in der Breite deutlich besser werden, um sich im Kampf um Ressourcen in der Medizin behaupten zu können.
213	Wieder mehr Zeit für die Ausbildung der jungen Kollegen
214	Das Teaching durch Oberärzte müsste für die klinische Ausbildung deutlich verbessert werden. Zudem müsste die Zahl an Assistenzärzten und Oberärzten in den Kliniken erhöht werden, damit mehr Flexibilität besteht, auch Forschung nebenbei betreiben zu können und hierfür freigestellt zu werden.
215	Wunscheotationen, besseres Mentoring, Quote
216	Dass man Kleinkinder zu versorgen hat und nur während der Arbeitszeit zur Verfügung steht, sollte kein Hindernis mehr für eine interventionelle Ausbildung sein - leider wird da immer noch oft ein Einsatz über den Vertrag hinaus vorausgesetzt. Ich habe im Scherz vorgeschlagen - aber das beschreibt ein zweites Problem recht gut - dass man die Weiterbildungszeit pauschal auf 6 Jahre anheben sollte, von denen man 1 Jahr irgendetwas machen kann - Kinder kriegen, forschen etc. - momentan liege ich auch einfach 2 Jahre in der Ausbildung hinter meinen männlichen Kollegen zurück, ich werde später Facharzt und kann mich erst später spezialisieren usw. - da werde ich nämlich als Mutter einfach, ohne dass es jemand beabsichtigen würde, durch die Zeit benachteiligt.
217	In der Hochschulmedizin Reduzierung der Abhängigkeit vom die Habilitation betreuenden Institutsleiter auch über die Habilitation hinaus. Weniger "publish or perish", mehr Qualität durch ausreichende Fallzahlen bei Veröffentlichungen. Bessere Work/Life-Balance auch in der Forschung durch Freistellung für Forschungsprojekte. Sicherung von Forschungsstellen/Ausbildungsstellen auch über reine Projektzeiten hinaus. Sicherung einer qualitativ guten und breiten Ausbildung nicht nur auf dem Papier neben der Forschungstätigkeit, auch wenn dies zu längeren Ausbildungszeiten führt. Ausbildung auch in nicht für die Forschung und medizinische, aber umso mehr für die Tätigkeit wichtige Aspekte: Betriebswirtschaft, Krankenhaus- u. Praxisorganisation, Abrechnungsrelevanz, Gesetzkunde (Krankenhausrecht und KV-Recht; Drittmittelinwerbung und -verwendung); Strukturierte Ausbildung für Leitungsaufgaben
218	Den wirklichen Arbeitszeiten (incl. Nacht - und Wochenenddiensten) angepasste Familienbetreuung (also nicht nur Kinder, sondern ggf. auch Alte und Kranke). Geschlechterneutrale Gleichbehandlung gerade auch in „höheren“ Positionen. Im Rahmen der Kerntätigkeiten kreativer Umgang mit den Arbeitszeiten.
219	in jedem Fall mehrere Standbeine zur Absicherung und größerer Freiheit gegenüber nur einem Arbeitgeber
220	Der administrative, bürokratische Aufwand muss auf eine sinnvolle Basis reduziert werden. Ich habe so viele Stunden damit verbracht, SOPs für Standarduntersuchungen zu schreiben, obwohl es ausreichend Bücher gibt, geltende Gesetze für die Abteilung für jedes Gerät, Arbeitsplätze usw. „angepasst zu formulieren“, die unendlichen, immer wieder zu wiederholenden Aufklärungen, die auch den Patienten leidig werden. Patientenunterschrift für eine Behandlung/ Untersuchungen mit wirklichem Risikopotenzial okay, aber einfaches Röntgen, native CT Skelett...
221	In meinem Fall nichts
222	Derzeit läuft die Ausbildung der Assistenzärzte besser ab als zu meinen Zeiten. Engpass ist weiterhin die Ausbildung in der Angio. Zwischen der Tätigkeit an einer Uni und der im normalen Krankenhaus besteht eine große Diffe-

Anhang

	renz. Die dortigen Möglichkeiten zur Erweiterung des medizinischen Wissens hat man hier nicht, da ist viel Eigeninitiative und zeitlicher Aufwand nötig. Spätestens, wenn man Oberarzt ist, ist die Karriereleiter zu Ende. Chefs kommen immer von außen.
223	Interdisziplinäre Akzeptanz als gleichwertiger klinischer Partner
224	Deutliche Verbesserung der personellen Ausstattung
225	- ggf. "externe Angebote" oder von Fachgesellschaft unterstützte Rotation zwischen verschiedenen Arbeitgebern zur Erlangung von Untersuchungszahlen verschiedener Modalitäten oder Spezialgebiete, die im "eigenen" Haus in nicht ausreichendem Maß angeboten werden, so dass für die Erlangung von Fertigkeiten nicht zwangsläufig ein Stellenwechsel erforderlich ist - Eindämmung des de facto Ausgeliefert sein von Weiterbildungsassistenten (und auch Fachärzten) in privatwirtschaftlich wuchernden Praxen, bei denen die Form zwar irgendwie gewahrt wird, die Qualität der Betreuung und real zur Verfügung gestellte Zeit für die tägliche Arbeit absolut unzureichend ist
226	Die Arbeitszeitgesetze sind kontraproduktiv für die Ausbildung: 30 Tage Urlaub, 5 Tage Fortbildung, Dienstaussgleich durch Überstunden, 3 Nacht-Dienste unter der Woche (2 Tage im Tagdienst nicht präsent) und der Assistenzarzt fehlt an die 100 Arbeitstage unter der normalen täglichen Arbeitszeit. Dies führt dazu dass Ausbildung zum Facharzt in 5 Jahren bei rasch zunehmendem Wissen kaum durchgeführt werden kann. Invasive Untersuchungen werden überwiegend von den erfahrenen Oberärzten durchgeführt. Durch die hohe Anzahl an "durchzuschleusenden Assistenzärzten leidet die Ausbildung eklatant.
227	Die hierarchischen Strukturen einer Uniklinik sind sicher überholt. Das könnte man ändern. Die Arbeitszeiten sind absurd. Das Gehalt mäßig
228	Karriere sollte nicht unbedingt immer abhängig gemacht werden von einer 100% Stelle, ausgiebigem forschen, oder Aufgabe des Privatlebens Gleitzeit zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, so muss man sich weniger zerreißen zwischen Kindern und Arbeit Teleradiologie bzw Arbeitsmöglichkeiten von zu Hause, verbessert die Dienstsituationen
229	Die Strukturierte Ausbildung und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Mütter;
230	Karrieremöglichkeiten sind gegeben; später entscheiden eigene Präferenzen (z.B. geregelte Arbeitszeiten und Spaß an der Wissenschaft und Lehre versus höheres Gehalt z.B. als niedergelassener Praxisinhaber, ob jemand in der Uni bleiben möchte oder nicht; Hauptfaktor wird später die Notwendigkeit von Diensten sein, die man in leitenden Positionen in der Patientenversorgung fast immer leisten muß, was für fast jeden unattraktiv ist; als niedergelassener Radiologe muß man das nicht; in der abhängigen Anstellung in einer Praxis ist das Gehalt höher als in der reinen Wissenschaft und die Arbeitszeiten auch sehr geregelt, die Arbeitsplatzsicherheit aber auch geringer als an einer Uni
231	Die Weiterbildung ist in Deutschland sehr chaotisch und uneinheitlich und inzwischen minderwertig. Keine klare Struktur. Zahlen werden unterschrieben und das wird dazu führen, dass mehr Länder die deutsche Fachärzte nicht erkennen werden. Das Niveau sinkt ständig. Arbeitszeit wird länger. Systematisch werden die Überstunden nicht bezahlt. Dienste unterbesetzt. Ltd. OA/OA fühlen sich unzuständig und dazu versuchen sie manchmal den Weg zu blockieren. Das ist Fatal auf Dauer, weil die neue Fachärzte schlecht sind und bieten später schlechtere Ausbildung. Einige Ärzte sind von Persönlichkeit her nicht geeignet und müssen vor dem Studium ausgeschlossen werden. Fehlende Kommunikation. Arroganz der Vorgesetzten. Es gibt keine klare Struktur der Aufgaben der Auszubildenden.
232	- mehr Angebote
233	Dienstmodell flexibler gestalten
234	keine konkreten Vorschläge
235	direkteres Feedback mit Kritik und Motivation, gemeinsame, aktive Laufbahngestaltung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern mehr Mentoring
236	Keine passende Antwort.
237	Durchsetzung eines verpflichtenden Curriculums in allen Ausbildungseinrichtungen. Aus- und Weiterbildung in organisatorischen und berufspolitischen Belangen (Finanzierung, Budgetierung, Abteilungsorganisation, Abrechnungswesen, Möglichkeiten der Drittmittel- und Querfinanzierung).

Anhang

	Freiräume für Forschung (Kongressteilnahme für interessierte Ass.-Ärzte unabhängig von eigenen Beiträgen, Forschungssemester in der Facharztausbildung). Klinische Anbindung (Hospitation in anderen klinischen Fächern - kein verpflichtendes klinisches Jahr, aber Anerkennung).
238	Kinderbetreuung Karriere in Teilzeit Besseres Gehalt in der Klinik planbare Arbeitszeiten Home Office
239	Echter Einbezug von Zeit für die Familienbetreuung als Kriterium für Berufungen, systematische Information und Lehre von Drittmittelinwerbungen, geteilte Führungspositionen.
240	Klare Strukturen der Weiterbildung
241	Effektiverer Berufsverband
242	klarere Infrastruktur, insbesondere hinsichtlich Betreuung von jüngeren Kollegen; definitiv mehr Zeit/Ruhe um sich auf das Forschen konzentrieren zu können (während der regulären Arbeitszeit!); weniger "Belästigung" durch klinische Routine
243	Ein besserer Personalschlüssel wäre hilfreich, sodass eine Rotation in die verschiedenen Bereich einfacher wird.
244	Kreativere Möglichkeiten, Beruf und Familie zu vereinen. Kollegialmodelle zur Abteilungsführung.
245	ein festes Ausbildungscurriculum, Qualitätssicherung in der Ausbildung, und stärkeres mentoring
246	Leistungsbasierte Zulassung zur FA Prüfung wie z.B. an der UMC in Utrecht. Aufgliederung der Weiterbildung in Basis- und sub Spezialisierungsblöcke. Transparenter Wettbewerb zwischen den Weiterbildungsstätten und Inhaltsschwerpunkten.
247	<p>Ein jeder Ausbildung-"Stall" muss definieren, was seine Aufgaben sind: Der Sinn der universitären Ausbildung am Beispiel Radiologie muss sein: Ausbildung von Ärzten auf dem aktuell höchsten Niveau sowohl für den niedergelassenen Bereich (als Chef und als Angestellter) für den klinischen Betrieb eines Krankenhauses ohne Maximalversorgung (als Chef und als Angestellter) für den klinischen Betrieb eines Krankenhauses der Maximalversorgung (als Chef und als Angestellter)</p> <p>Ausbildung von MTRAs auf dem aktuell höchsten Niveau sowohl für den niedergelassenen Bereich (als Chef und als Angestellter) für den klinischen Betrieb eines Krankenhauses ohne Maximalversorgung (als Chef und als Angestellter) für den klinischen Betrieb eines Krankenhauses der Maximalversorgung (als Chef und als Angestellter)</p> <p>Die Realität sieht aber ganz anders aus. In Deutschland gibt es fast keine MTRAs, denn diese Ausbildung muss die Kandidatin/der Kandidat selbst finanzieren. Daher haben wir fast nur MFAs (Arzthelferinnen) mit Röntgenschein, die wir für die Tätigkeit anlernen. Dahingegen ist die Ausbildung zur MTRA in der Schweiz ein Fachhochschulstudium. Was für ein Unterschied und was für eine Aufwertung des Berufsbildes. Eine MTRA kann in der Schweiz gut eine Familie ernähren, die verdienen so gut wie ein Assistenzarzt.</p> <p>Ich habe mein AiP noch in Deutschland in der Anästhesie und bei einem Pharmakonzern in Berlin gemacht, davor alle Famulaturen in chirurgischen Fächern, das PJ in verschiedenen chirurgischen Fächern (Trauma, Allgemeinchirurgie, Transplantationschirurgie, Plastische Chirurgie, Innere Medizin/Kardio, Orthopädie und Gynäkologie) in D, den USA und Südafrika. Meinen Facharzt habe ich in der Schweiz gemacht. Später eine Weile noch in UK gearbeitet. Im Angloamerikanischen Raum ist der Student, PJ-ler, Assistenzarzt ein Juwel um das sich jeder bemüht. In D und der Schweiz war das nicht so. Bei der Facharztausbildung in D gibt es nur wenige Einrichtungen, die das sehr weite und akademisch anspruchsvolle Fach der Radiologie wirklich gut ausbilden. In D sind die zu erreichenden Fallzahlen doppelt so hoch wie in der Schweiz. Ich kenne keinen, der die Fallzahlen in D wirklich erreicht. Alle bekommen die benötigten Fallzahlen bestätigt, das wird dann nicht mehr hinterfragt. In der Schweiz drückt der Chef bzw. dessen IT-Chef auf einen Knopf und dann spuckt das System aus, was man als Fallzahlen tatsächlich erreicht hat. Das betrifft vor allem Mammographiebildgebung und MSK-MRT, Body-MRT, Spezialun-</p>

Anhang

	<p>tersuchungen wie Mamma-MRT, Prostata-MRT, Herz-MRT, Knochendichtemessung, Ultraschall. Das müssen die allermeisten erst lernen, wenn sie sich Niederlassen. Die habilitierten Kliniker können meist nur ein Gebiet richtig gut, der Rest ist eine Katastrophe.</p> <p>Die Befähigung für eine Habil zu forschen und das, was es für ein Leben als niedergelassener Arzt ist nicht unbedingt kongruent. In meiner Erfahrung war das Ziel von Universitären Chefs (siehe oben) primär Assistenzärzte zur Habil zu bringen. Wer das nicht leisten wollte bzw. konnte, der fiel durchs Raster. Ich weiß von einer Klinik, dort war ein Oberarzt, der so gut Paper schreiben konnte, dass der für alle, denen das nicht lag, die Paper geschrieben hat, dafür musste er im klinischen Alltag, das lag ihm nämlich nicht, nix machen. All das finde ich komisch.</p> <p>Ich habe in der Schweiz tonnenweise Überstunden gemacht, bin sogar einmal 3 Wochen lang nach Achillessehnenruptur mit Krücken zum Dienst erschienen, damit ich ja meine Ausbildungszeit erreiche. Danach wurde alles restlos gestrichen. Ich höre, dass es in D nicht viel anders ist.</p> <p>Ich weiß heute von 2-3 Ausbildungsstellen, die qualitativ hochwertig einzuordnen sind. Aber ich habe auch viele Ärzte getroffen, die den Uniweg eingeschlagen haben und sich dann kaum in die Niederlassung trauten, weil sie einfach nix drauf haben.</p>
248	Less nepotism, less sexism. Gleiche Förderung für alle.
249	Ein Mentorenprogramm wäre aus meiner Sicht das A und O. Das würde für alle "Anfänger" Fehlentwicklungen minimieren.
250	Lobbying fuer das Fach selbst
251	Einbindung auch "kleinerer" Häuser in Studien, Kooperationsmöglichkeiten mit Industriepartnern, da für "kleinere Häuser" trotz hoher Untersuchungszahlen diese Möglichkeit nicht besteht und entsprechende Geräteausstattungen nicht bezahlbar sind
252	Mehr Angebote von Führungsworkshops durch die DRG. Ausbau von Kooperationsprojekten. Stärkung des FFZ Programmes
253	Einbindung der Forschung/Lehre in den Alltag und Entbindung/Freistellung von klinischen Aufgaben Reduzierung/flexiblere Gestaltung der Arbeitszeiten bessere Vereinbarkeit privater Bereich/Beruf freundlichere/angepasste Dienstmodelle
254	mehr Angeboten durch die Fachgesellschaft. Klarere Regeln für die interne Verrechnung von Leistungen in den Kliniken (DRG für entlassende Klinik; Radiologie ohne Betten: ergo nur Kosten, keine Einnahmen!)
255	Einbindung von KI in die Lehre Frauenförderung Anti-Rassismus
256	Mehr Austausch unter Kollegen in der Radiologie
257	Einer der zentralen Fehler in der deutschen Universitätslandschaft ist die fehlende Teilung von Wissenschaft/Forschung von der Krankenversorgung. Alles ist auf einen Ordinarius zugeschnitten, der alle Fähigkeiten in einer Person vereinen soll und deshalb das höchste Gehalt erhält. Es wäre viel schlauer Kompetenzen unterhalb der Chefebene attraktiv zu machen, z.B. top zu bezahlen und solche Experten im universitären Umfeld zu halten. Die Teilung von Forschung und Krankenversorgung könnte viele kompetente Kliniker und Wissenschaftler halten, die so das universitäre Umfeld verlassen aus vielerlei Gründen.
258	Mehr durch die ÄK anerkannte Zusatzbezeichnungen / Subspezialisierungen
259	Einhaltung der Arbeitszeiten, Ausgleich der Überstunden durch Dienste mit Freizeitausgleich, Strukturierte Ausbildung mit Curriculum, definierten Lernziele, regelmäßigen Weiterbildungen für Assistenten, umfangreichere Supervision durch Fach- und Oberärzte, Einarbeitung in Forschungsgruppen statt Forschung auf eigene Initiative, Flexiblere Arbeitszeitmodelle
260	Mehr Einbindung und offene Angebote für Forschungseinstiege seitens der Führungsebene. Eventuell auch Fortbildungen oder Informationsveranstaltungen hierzu im engeren Rahmen, sprich gut erreichbar (Espresso-Lecture o.ä.).
261	Einheitlicheres Vorgehen, z.B. strukturierte Befundung, Fortbildungsbegleitung nicht nur der Weiterbildungsassistenten, sondern Material für die Weiterbilder. Checkliste: Was muss ich vermitteln, Methoden und Schulung in Führungstechniken: Motivationsförderung, etc. Hilfen für nicht Muttersprachler in Orthografie und Grammatik von radiologischen Befunden.
262	Mehr Flexibilität in der Arbeitszeit zur Vereinbarung von Familie und Beruf. Einhaltung der vertraglich festgelegten Arbeitsstunden
263	Engagement, Selbstkritik, Zuverlässigkeit/Verantwortung/Disziplin ggü. Mitarbeitern, Patienten,

Anhang

	immer sich als Person und fachliche Kenntnisse vertiefen, sich selber motivieren!
264	Mehr Flexibilität, insgesamt mehr Personal. Mehr Familienfreundlichkeit.
265	Engeres Coaching
266	Mehr Förderung von interessierten Assistenten. Weniger Beziehungsklüngel, sondern objektive Evaluation von Leistungen im Alltag. Ggf. wäre eine geplante Forschungsrotation von 6 Monaten sinnvoll, um einen Einstieg in die Forschung zu ermöglichen. Mehr Zeit für Forschung, d.h. Freistellung vom klinischen Alltag. Hierbei aber keine Ungleichbehandlung und transparente Entscheidungen mit für jeden sichtbaren Einteilungen/Freistellungen. Bei uns führt das nämlich zu großer Unzufriedenheit unter den Kollegen, da unter der Hand Dinge beschlossen werden und manch einer über Wochen nicht mehr auf dem Arbeitsplan auftaucht.
267	Engmaschiges Mentoring Programm bei Forschungs-Projekten
268	Mehr Freiräume für Forschungstätigkeit
269	Engpässe wie Mammadiagnostik, Angiographie und Intervention strukturiert angehen mit festen Partnern klinikübergreifend und Praxen Online Lehrangebote ala Schule begleitend zur Weiterbildung organisiert über DRG
270	Mehr homeoffice!
271	Entscheidend ist die Anpassung der Arbeitskräfte an das Aufkommen. Aktuell habe ich teils bis zu 3 Arbeitsplätze gleichzeitig, muss mich dann als Assistenzarzt Tumorboards behaupten und am besten in meiner Freizeit forschen... dies ist auf lange Sicht nicht mit meinen Vorstellungen vereinbar ...
272	Mehr Kollegialität, weniger Hierarchie, weniger konservativität, Gleichbehandlung der Geschlechter, Bessere Anleitung für Wissenschaft und Forschung, insbesondere hier mehr Teamwork und weniger Neid, Freistellung für Forschung und Lehre (Erwartung, dass dies in der Freizeit passiert ist weit verbreitet), Forschung und Karriere sollte kein Hobby sein
273	Entscheidend ist eine kollegiale Abteilung. Danach sollten Rahmenbedingungen soweit verbessert werden, dass klare und optimierte Arbeitsabläufe vorherrschen, gestützt von einer sauber und zuverlässig funktionierenden Daten-, Geräte- und Verwaltungsinfrastruktur, damit der Kopf frei ist fürs Befunden und Behandeln. "Papierkram" sollte so weit wie möglich reduziert werden.
274	Mehr Konzentration auf eine strukturierte Weiterbildung und Aufmerksamkeit auf die internen Fortbildungen und der Weiterbildungsassistenten mehr beibringen
275	Es gibt an der Uniklinik viele Blender, die in der Krankenversorgung keine Verantwortung übernehmen und es sich auf irgendwelchen bekloppten Forschungsstellen gut gehen lassen, ohne dabei irgendeinen relevanten Output zu haben über 1 retrospektives Paper in 3 Jahren zu schreiben. Währenddessen sind Leute, die dieses Privileg nicht haben, an der Front und werden verheizt. Da muss eine klare Agenda herrschen, dass man als Radiolog:In erstmal sein Rüstzeug verdienen muss und dann erst rumhampeln darf.
276	Mehr Möglichkeiten für flexiblere Arbeitszeiten/Arbeitszeitmodelle. Gerade in der Radiologie ist mithilfe der Teleradiologie das flexible Arbeiten, auch von zu Hause aus, besser als in jeder anderen Fachrichtung möglich und sollte ausgebaut werden.
277	Es hat sich bereits viel getan. Gerade im Krankenhaus weg von den über 20 Jahre von desinteressierten Oberärzten besetzten interessanten Untersuchungen.
278	Mehr Networking Plattformen, Frauenförderung
279	Es ist ein Unding zu erwarten, dass man Forschungstätigkeiten in seiner "Freizeit" absolviert. Ein anstrengender Tag in der Intervention und dann Abends/Nachts ins Labor und dann in den frühen Stunde noch ein Paper auf den Weg bringen. Das ist einfach lächerlich! Der Forschung und der Kreativität muss INNERHALB der Arbeitszeit Raum gegeben werden. Die Hauptaufgabe der Universitätsklinik ist nicht das ökonomischste Unternehmen vor Ort zu sein, noch mehr Leistung, noch mehr Untersuchungen.....das ist eine völlig falsche Entwicklung. Die Forschung soll dann in der freien Zeit erfolgen, die Zeit, die man eigentlich mit der Familie und den Partnern verbringen sollte. Ferner hat man neben der Medizin auch noch andere Hobbys. Forschung muss als Arbeitszeit anerkannt, entsprechend berücksichtigt und honoriert werden. Ferner sollten an Universitätsklinik neue Untersuchungstechniken eingeführt, innovative Ideen gefördert und der Wissenschaft gebührend Raum gegeben werden. Wenn ich ökonomisch denken und handeln wollte, dann kann man das in einer Praxis tun, nicht aber an einem Universitätsklinikum.
280	Mehr Personal bzw. besserer Personalschlüssel zur Freistellung für Forschung und Ausbildungsspezialisierung.
281	fällt mir gerade nichts ein

Anhang

282	Mehr Personal, damit mehr Zeit für gute Forschung, ohne dass klinische Ausbildung leidet
283	Familie und Beruf
284	Mehr Rücksichtnahme und Representation für Frauen in der Radiologie. Mehr Flexibilität bei der Gestaltung der Arbeitszeiten beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit.
285	Familien berücksichtigen, Arbeitszeitflexibilität, Kinderbetreuung
286	Mehr Sponsoring durch (männliche) Vorgesetzte Job Sharing von OA-Positionen / Vergabe auch an Teilzeit-Mütter Möglichkeit Kinderbetreuung und Vollzeitstelle ohne Überstunden oder Dienste zu verbinden / flexiblere Arbeitszeitmodelle
287	Familienfreundlicherer, Teilzeitarbeit
288	mehr Studenten vom Zukunftsfach Radiologie überzeugen und mehr Ausbildungsplätze einrichten
289	Familienrecht in Deutschland
290	Mehr Subspezialisierungsmöglichkeiten, Erhöhung der Anzahl an Weiterbildungsbefugten für bestehende Subspezialisierungen, Promotionsangebote explizit auch für Externe, Frauenquote in leitenden Strukturen
291	FA-Weiterbildungsniveau einhalten, mehr Fortbildung technische Ausstattung in der Fläche verbessern
292	Mehr Teaching in den kleineren Häusern (in der Uni findet es genügend statt) und freie Lern-Blöcke in der Arbeitszeit. Ein Assistenzarzt mit Familie schafft es nach Feierabend einfach nicht, nochmal Fachliteratur zu lesen, wenn ich in der Arbeitszeit dazu geordnet die Möglichkeit hätte, wäre ich fachlich viel besser
293	Feste Rotationsdauer und Pläne. Alternativen für langsamere oder behinderte Kollegen. Feste Zeiten für Forschungsprojekte (wochenweise). Ich persönlich habe keinen einzigen Tag Forschungsfrei neben 48h Dienst.
294	mehr Teamarbeit
295	Feste Rotationsmöglichkeiten, Förderung und Unterstützung von Frauen, weibliche Role Models
296	Mehr Teilzeitangebote und Karrierechancen trotz Teilzeit.
297	Festes Curriculum, um die Anforderungen des Logbuches erfüllen zu können. Das Fachgebiet Radiologie attraktiver im Studium vermitteln.
298	Mehr Unterstützung der "Radiologie" als relevante Abteilung innerhalb des klinischen Alltags. Radiologen werden weiterhin von Klinikern häufig nicht in Ihrer Rolle ernst genug genommen. Auch während des Studiums war Radiologie eher ein "Nebenfach", dabei stellt eine funktionierende Radiologie eine Weichensteller Funktion dar.
299	festes Mentoring für jeden AA (druch willige Mentoren)
300	Mehr Zeit für Befundbesprechungen / teaching / feedback mit den Assistenzärzten.
301	Festgelegte Rotationen. Ausbildungskonzepte, Verantwortungsübernahme zur Ausbildung neuer Kollegen.
302	mehr Zeit für Fortbildung/Forschung
303	Fläche Hierarchie
304	Mehr Zeit pro Befund, Supervision, mehr Rückmeldung. Und zwar innerhalb der regulären Arbeitszeit, nicht nach Feierabend. Denn sonst werden Eltern, die oft ohnehin weniger arbeiten (können) weiter benachteiligt. Weniger Learning-by-doing (Jungassistent als volle, weisungsbefugte Arbeitskraft am Gerät/ in der Befundung), das ist nicht zufriedenstellend für den Assistenten, nicht für den Gegenleser und auch nicht für den Patienten. Stattdessen sollte Zeit, Geld und Personal für eine strukturierte ärztliche Fachausbildung zur Verfügung stehen. Von Azubis in anderen Berufsfeldern wird auch nicht erwartet, dass sie während der Ausbildung schon alles können.
305	Flache Hierarchien! Zugehörigkeit zu Forschungs-Arbeitsgruppen, die der Ordinarius nur bedingt auseinandernehmen kann, und zu denen die Zugehörigkeit freiwillig ist und nicht von oben zugeordnet oder sogar verboten werden. Man forscht miteinander effektiver, wenn man auch menschlich gut miteinander kann. In der Gruppe wird dann Schwarmwissen über wissenschaftliches Arbeiten einfacher geteilt. Echte Freistellung für Forschung über zusammenhängende Zeiträume (nicht nur 1 - 4 Stunden pro Woche). Kinder sollten keinen Karriereknick mehr bedeuten. Möglichkeiten zur Aneignung von Führungsqualitäten.
306	mehr zeitliche Freiräume und Mittel für Forschung um eigene Karrierechancen zu schaffen/zu er-

Anhang

	greifen
307	Flache Hierarchien, geschlechterneutrale Behandlung aller Assistenten.
308	Mentoren für die Assistenzärzt*innen
309	Flache Hierarchien, gute Teamarbeit und flexible Arbeitszeit um Familienzeit zu haben
310	Mentoren sind entscheidend Bessere Bewerbung der Vorteile von Führungspositionen (Möglichkeit zu entscheiden/Mitzuwirken) heute haben zu viele Kollegen Angst vor Führung
311	Flachere Hierarchien
312	Mentorenprogramme und bessere Vernetzung zu gleichgestellten Kollegen.
313	Flachere Hierarchien, insbesondere an Universitätskliniken. Bessere Finanzielle und personelle Ausstattung- Freistellungsmöglichkeiten für Forschung, Fortbildung und Kongresse.
314	Mentoring, Offenheit bei Rotationsplanungen, Transparenz
315	Flachere Hierarchie
316	Mir fällt nichts ein.
317	Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Ausbau von qualifizierten! Betreuungsangeboten für KITA-/Grundschulkindern. zentralisierte Koordination und Unterstützungsangebote zwischen Abteilungen (z.B. Familienbeauftragter) zur Entschärfung von durch den Arbeitgeber verursachten Konkurrenzsituationen in Lebenspartnerschaften: Beispiel: Er ist OA Radiologie, plant Fortbildung am Wochenende in einer 400 km entfernten Großstadt (Kurs gebucht, Zimmer reserviert, Zugticket gekauft)= 1000€ Sie ist OA in der Klinik-für-was-auch-immer: Nachricht am Donnerstag: Frau ..., SIE müssen am Wochenende für den Rufdienst einspringen Fazit: er bleibt daheim, betreut die Kinder und hat am folgenden Montag Stress mit CA....
318	Möglichkeit, in der Elternzeit von zuhause arbeiten zu können. Dazu müsste der Arbeitgeber bereit sein, eine Workstation zur Verfügung zu stellen. Entsprechende digitale RIS-Systeme. Dadurch würde die Weiterbildungszeit durch Elternzeit weniger stark verlängert werden.
319	Flexibilität im Bereich Heimarbeit und Arbeitszeiten.
320	More recognition for radiologist
321	Flexibilität in der Weiterbildungsordnung (warum muss jemand, der weiß, dass er nicht interventionell tätig sein möchte, hohe Zahlen für den Facharzt aufbringen und so anderen diese Plätze und Möglichkeit wegnimmt - genauso übertragbar auf sonologische Bildgebung bzw. Sonographien). Warum nicht flexibel gestalten und schon früh eine spezialisierte Richtung ermöglichen (bei erhaltener Grundausbildung) und so allen einen fairen Zugang und Trainingsmöglichkeiten bieten, in dem Bereich, der sie interessiert?
322	Neben den Abteilungs- und Hausinternen SOP das frühzeitige Vertrauen machen mit anderen Abteilungen, sprich mehr Austausch in der Radiologie untereinander, bereits auf Assistentenebene, spätestens Facharztbene.
323	Flexible Arbeitszeitgestaltung auch in Leitungspositionen. Frauenquote.
324	Nicht eine universitäre Laufbahn sollte karriereentscheidend sein, sondern das praktische Können
325	Flexiblere Arbeitszeit und bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Familie bezieht sich auf Kinder und die Betreuung der Eltern.
326	- Mehr weiblich OÄ als Vorbild - Berücksichtigung des Mutterschutzes für Facharztzeit
327	flexiblere Arbeitszeiten, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
328	- Mentoren- Programme - Vernetzung der Radiologischen Kliniken/ Praxen mit der Universitätsklinik, ggf. Möglichkeiten der Fortbildung/ wissenschaftlichen Arbeit z.B. via Hospitation an den Unikliniken; vielleicht auch bei Interesse eine wissenschaftliche Hospitation an der Uniklinik, ähnlich wie eine Hospitation zur Mammographie - verbesserte Möglichkeiten/ Gestaltungsspielraum Schwerpunkte während der Ausbildung zu setzen, in Abhängigkeit von den beruflichen Zielen
329	Flexiblere Arbeitszeiten, technisch funktionierende Homeoffice/teleradiologische Möglichkeiten Digitalisierung, Modernisierung incl. AI-Einbindung
330	Objektiver und häufigere Leistungsüberprüfung z. B. Verblindete Durchsicht von Befunden bzw. Echte "Board Exams" wie in GB. Aktive Förderung junger Frauen in der Wissenschaft - es fehlen oft die Vorbilder, der Weg in die Hochschulkarriere ist immer noch nicht selbstverständlich.

Anhang

331	For ppl to understand that every Person has a different type of learning and that you can t teach the ppl all the same.
332	Personalausstattung -sonst nur Routine
333	Förderung von Männern, insbesondere Vätern!!!
334	Persönlich zufrieden über Tempo der Karrie, gegen weitere Schritte sprechen die familäre Ortsbindung. Von daher keine vermeintliches Verbesserungspotetial für mich erkennbar.
335	Förderung von Müttern, die fachlich nicht schlechter sind aber durch die fehlende Flexibilität der Arbeitszeiten bzw. der fehlenden Vereinbarkeit von Familie und Beruf weniger Karriere machen können
336	Praxisorientierte Ausbildung. Respektvoller Umgang, besonders auch mit den Assistenten. Familie darf kein Karrierehindernis sein.
337	Förderung, größere Akzeptanz und Angebot von Teilzeit in Führungspositionen (Oberarztbene), ggf. auch Chefarztposition im Job-Sharing-Modell denkbar. Unproblematische Verfügbarkeit von KiTa/Krippe-Plätzen in Krankenhaus-KiTa oder in kooperierender KiTa, bessere Betreuungszeiten in Krippe (bei uns: 7:00 bis 15:00 Uhr).
338	Radiologie muss mehr auf Augenhöhe mit den anderen Fächern agieren, Potentiale sind besser zu nutzen, mehr Kooperation mit den anderen Fächern
339	Forschung als Pflicht zu Anfang um festzustellen, ob es Spaß macht, dann Entscheidung für eine klinisch oder wissenschaftlich orientierte Ausbildung, die als gleichwertig angesehen werden müssten
340	Reduktion der Arbeitsbelastung
341	Forschung einen festen Bestandteil der Arbeitszeit machen. Nicht der Freizeit
342	Rente in Sicht
343	Forschung in der Arbeitszeit, mehr Frauen in Führungspositionen
344	Schwierige Frage. Die Jungen Radiologen der DRG beschäftigen sich intensiv damit. In der Radiologie hat man auf alle Fälle bessere Karrierechancen als in anderen medizinischen Fachgebieten.
345	forschungsmöglichkeit,
346	Seminare Führung/Leitung Seminare Personalverantwortung Seminare Kommunikation
347	<p>Forschungszeiten unabhängig von Forschungsvorleistung gewähren. Bislang erhält man Forschungszeiten wenn man bereits gute Forschung geleistet hat. Es ist aber sehr schwer einen Fuß in die Tür zu bekommen wenn man klinisch stark eingebunden ist. Je mehr man klinisch leisten kann um so mehr muss man auch. Um so weniger Zeit bleibt für Forschung und Lehre.</p> <p>Regelmäßig habe ich viele Stunden zur Vorbereitung von Lehre und aufgezwungene Vorträge (Veranstaltungen für Zertifizierungen, Rezertifizierungen) benötigt. Hier sind Ca. 50 Stunden Freizeitverwendung pro Vortrag Minimum. Dies wird nirgends abgebildet. Es gibt noch viele weitere Aspekte die die Arbeit übergreifig der Freizeit gegenüber gestalten. Innerhalb der Kliniken bestehen noch andere Verpflichtungen, hier mal eben ein Manual zu erstellen das ein AG-Leiter gegen Geld einer Firma versprochen hat, von dem Geld sieht man selbst hingegen nie etwas. Ein anderes Beispiel sind Kongresse, für die vorbereitet werden muss, man als Hörsaalgehilfe eingesetzt wird oder zur Moderation. Es gibt da vielfältige Beispiele die Kraft rauben. Keines dieser Beispiele wurde je als Arbeitszeit betrachtet, geschweige denn die Kraft und Nerven aufreibende Zeit davor gewürdigt.</p> <p>Eine gleiche und gerechte Arbeitsverteilung und eine Transparenz der Befundungszahlen wäre ein großer Pluspunkt. Es kann nicht sein dass diejenigen den meisten Erfolg haben die klinisch schludrig aber gerade so ohne Katastrophen arbeiten und dafür Zeit für ihre Forschungen abzwacken. Klinische Leistungen sollten ebenso zu einer Förderung führen.</p> <p>Die Strukturen der Kliniken sind m.E. ein großes Problem. Hier muss der Weg zurück dahin gehen dass die Budgetverantwortung von Ärzten übernommen wird. Dass hier BWL-Absolventen die Oberhand über die Entscheidungen haben ist nicht richtig.</p> <p>Die Personalpolitik sollte einen anderen Geist bekommen. Dies bedarf aber mehr als einer Umfrage. Ich kann es noch immer nicht nachvollziehen warum ein Arztzögling ein besserer Arzt sein</p>

Anhang

	sollte als ein Arzt aus anderem familiären Hintergrund. Hier gibt es noch viel dynastisches Geklügel. Es schockiert mich dass ich dies auch nach Jahren immer wieder neu entdecke. Es wäre interessant dies einmal offenzulegen.
348	sonstiges
349	Fortbildungen, welche auf Assistenzärzte zugeschnitten sind. Hier kommt von der DRG sehr wenig, bzw. gibt es auch keinen einheitlichen Katalog. Es sollten die deutschlandweiten Fortbildungen gebündelt angeboten werden.
350	standard reporting. better PACS.
351	Frauen müsste mehr zugetraut werden! Frauen müssten min. genau so stark gefördert werden wie Männer. Frauen mit Kindern müssten mehr Unterstützung zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfahren und keine Ausgrenzung. Forschung müsste finanziell attraktiver werden.
352	Stellen pro gelaufene Untersuchung verschlüsseln um das nötige Personal einzufordern und zu verhindern, dass Qualität unter Quantität leidet.
353	Frauenquote
354	Strenge Hierarchie aufheben! Vetternwirtschaft beenden! Trennung von Klinik und Forschung
355	Freistellung für die Forschung. Gibt es bei uns nicht, obwohl wir eine Uniklinik sind. Wenn überhaupt, dann wird Forschungsfrei sehr ungleichmäßig/ungerecht verteilt.
356	Stressabbau durch personalaufstockung
357	Freistellung für Forschung
358	Stringent festgelegte Weiterbildungsrotationen. Auch nach Rückkehr aus der Elternzeit kein hinten anstellen bei den Weiterbildungsrotationen vor den Vollzeitarbeitenden.
359	Freistellung für Forschungsaktivitäten, Vorbereitung auf Führungspositionen und Führungsaufgaben
360	Strukturierte Rotationen
361	Freistellung von Frauen für 6 - 12 Monate, ohne dass sie für klinische Arbeit "abgezogen" werden dürfen, da Frauen schlecht nein sagen können. Frühe Einbindung in wissenschaftliche Projekte. Angebot der Kinderbetreuung 6-22 Uhr. Bei Teilzeitarbeit finanziellen Ausgleich, wenn Kinder da sind. Oft sind die Kosten für die Betreuung so hoch, dass es sich mehr lohnt, Teilzeit zu arbeiten, wodurch sich die gesamte Karriere verzögert.
362	Strukturierte Ausbildung
363	Freistellung, Familienversorgung, Arbeitsverträge mit 3-5 Jahren Dauer
364	strukturierte Einführung in Forschung, da viele im Studium ggf. nur rudimentäre Erfahrungen damit sammeln konnten; mehr Gleichberechtigung, bessere Umsetzbarkeit von Teilzeitmodellen
365	Frühzeitige Förderung und Einbeziehung, Mentoring, offene Wissensvermittlung ohne "Monopoldenken" bestimmter Kolleg:innen, gesundheitsökonomische Wissensbildung
366	Strukturierte Programme wenn man sich für eine Weiterentwicklung interessiert. Insbesondere Interaktion mit Verwaltung, um dort Akzeptanz für Karriereentwicklung zu bekommen.
367	Führungspersönlichkeiten Teamfähigkeit
368	Strukturierte Weiterbildung mit festen Rotationsplänen und Zielen Zumindest in meiner Uniklinik klarere Forschungsstrukturen, Bildung klarer Arbeitsgruppen mit regelmäßigen Zwischentreffen und besserer Einbindung in die restliche Klinikinfrastruktur
369	Für Frauen längere Vertragsdauern. Sie bekommen schließlich die Kinder und Stillen ect...
370	Strukturierte Weiterbildung. Versierte, strukturierte & fachlich exzellente Lehrer / vorgesetzte Kollegen.
371	Garantierte Kitaplätze ab dem 1. Lj des Kindes.
372	Strukturierte, vollständige Ausbildung!
373	Genderequality!!! Gleiche Chance für nicht wissenschaftlich, dafür klinisch interessierte Mitarbeiter im Vgl. zu denen, die gern und oft überwiegend Wissenschaft machen.
374	strukturiere Ausbildung mit Reduktion der Arbeitsbelastung
375	generell bessere Infrastruktur für Forschung, die fehlt an vielen Stellen, Projekte gibt es immer und genügend. Es fehlen: Anleitung, Betreuung junger Kollegen, Freiräume innerhalb der Arbeitszeiten für Forschung, Einpreisen der Forschungsaktivitäten in den Stellenplan einer Klinik, bessere Anleitung zum Einwerben von Drittmitteln
376	strukturiere Fortbildungen

Anhang

377	geringere Arbeitsdichte, mehr zeitliche Freiräume, Freistellung zu Fortbildungen
378	Strukturiertere Weiterbildung. Die Notwendigkeit einer solchen sollte auch in den Leitungsebenen bewusst werden.
379	Geringere Pro-Kopf-Belastung im Versorgungskrankenhaus, Flexibilisierung der Belastung je nach persönlicher Situation.
380	Strukturiertes Weiterbildungscurriculum
381	gesamtes Gesundheitssystem
382	Supervision, Einarbeitung, mehr Freizeit, Freistellung für Vorbereitung Studentenkurse, Demos etc
383	Geschlechterangleichung in Führungspositionen, Flexibleres Arbeiten (ggf. auch von zu Hause in der Diagnostik)
384	Tatsächlich Geschlechtergleichheit. Es sollte ein Unding sein, bei noch immer herrschender Unterzahl von Frauen in den Leitungsebenen, Frauenförderprogramme zu diffamieren. Wenn ein Chefposten neu besetzt wird, sollte man ihn darauf festlegen, eine Untergrenze an Habilitationen von Frauen in seiner Abteilung fördern zu müssen. Sonst dauert es noch Jahrzehnte, bis Gleichstellung herrscht.
385	Gezielte Förderung von Frauen. Erwartung, dass auch Männer für die Familie aussetzen/Arbeitszeit reduzieren. Dann würde es auch keinen Sinn mehr ergeben, Männer zu bevorzugen.
386	Teaching gezielt
387	Gleichberechtigung Frau/Mann
388	Teamwork-gedanke und damit flachere Hierarchien Interesse für weitere Fachgebiete zur besseren Zusammenarbeit und Serviceleistung für die Einweiser. Übernahme von Verantwortung in Form klarer, richtiger Diagnosen in den Arztbriefen, weg von den verunsichernden Kontrollempfehlungen. Das alles führt idealerweise zu besserer Reputation, Stärkung der Stellung und mündet ggf. in Beförderung .
389	Gleichberechtigung von männl. und weibl. Mitarbeitern Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf Weniger Delegieren von oben nach unten
390	Teleradiologische Arbeitsmöglichkeiten der Krankenhäuser ausweiten (Home-Office für Radiologen). Kinderbetreuungsangebote.
391	Gleiche Förderung für alle. An Unikliniken auch Würdigung der Patientenversorgung auf hohem Niveau statt "Beförderung" nur wegen langer Zugehörigkeit und/oder Forschungsleistung. Irgendwer muss ja auch die Routine machen, während andere habilitieren.
392	Verbesserte Einbindung jüngerer Mitarbeiterin strukturierte Forschungsprojekte.
393	Gleiche Karrierechancen für Frauen bei gleicher Qualifikation.
394	verbesserte Personalsituation für mehr Zeit für Lehre und Eigenrecherche
395	gute Köpfe für Radiologie begeistern
396	Verbessertes Feedback, Einleitung der strukturierten Befundung (z.B Initiative der DRG).
397	häufigere, qualifizierte Feedback-Gespräche mit Vorgesetzten, vielleicht auch mit älteren Kollegen/Assistenzärzten Mentoring-Angebote mehr Ehrlichkeit in Gesprächen über Karriere und Forschung, weniger Verblendung und Angeberei
398	Verbesserung der Lehre/Supervision, Gewährleistung von bezahlten Überstunden, Zeit für Forschung ermöglichen
399	Hierzu kann ich keine näheren Angaben machen.
400	-Verbindliche Zusagen durch Chefärzt:innen bzgl Forschung, Weiterbildung/Rotationen etc -Einnordung / Entmachtung von nichtärztlichem Personal in Kliniken -Defacto Wertschätzung von Fachärzten ohne besondere Leitungsfunktion -Ernstzunehmende Karriereperspektiven
401	Hohe Flexibilität bei den Arbeitszeiten, gut strukturierte Einbindung von Teilzeitkräften, hohe Akzeptanz von familienbedingten Auszeiten.. Mehr Frauen in der Interventionsradiologie
402	Verbundforschung mit anderen Universitätskliniken
403	Höhere Akzeptanz neuer Untersuchungs- und Interventionstechniken unter alt eingesessenen Kol-

Anhang

	legen, weniger Ellenbogenmentalität.
404	Vereinbarkeit mit der Familie, Verbesserter Stellenschlüssel, damit es auch Zeit für Fortbildung und Weiterentwicklung gibt
405	Höhere Qualität und Strukturierung der Weiterbildung. In der Uni Klinik wurde die klinische Ausbildung der Forschung untergeordnet.
406	Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Geregelte Arbeitszeiten. Freistellung für Forschung und Lehre. Strikte Überwachung und Einhaltung von Ruhezeiten.
407	Homeoffice. Familie
408	Vereinbarkeit von Familie/Beruf. Flexiblere Arbeitszeiten.
409	Ich bin mit allem zufrieden
410	Vereinbarkeit zwischen Arbeit, Forschung und Familienplanung.
411	Ich bin mit dem aktuellen System zufrieden. Da muss nichts geändert werden.
412	Vermeidung der systematischen Kommerzialisierung. Deutliche Einschränkung des Aufkaufs von Praxen / Krankenhäusern durch Investoren sowie Einschränkung von Beauftragungen und Gläubigkeit an externe WP-Gesellschaften.
413	Ich bin mit der Karriereförderung zufrieden, arbeite aber nicht wissenschaftlich, sondern in der Patientenversorgung.
414	Verpflichtende Ausbildungskonzepte durch weiterbildungsbefugte Einrichtungen. Weiterbilder sollten verpflichtet werden, eine Verzögerung der Ausbildung über z.B. 6 Monate schriftlich begründen zu müssen. Nadelöhre wie die Zahlen der Mammographie oder Angiographie sollten reduziert werden. Nach momentanem Stand kommt es nicht selten vor, dass Ärzte für die Prüfung zugelassen werden, ohne dass sie eine einzige Angiographie selbst durchgeführt haben. Die vorgegebenen Richtwerte des Logbuchs können nur von wenigen Ausbildungsstätten erreicht werden- eine Ausbildung in der Masse ist- insbesondere in den genannten Teilbereichen- nicht möglich.
415	Ich bin sehr zufrieden.
416	Vom Arbeitgeber (mit-) finanzierte Weiterbildung für Assistenzärzte und junge Oberärzte Bessere Aus- und Weiterbildung, z.B. Unterstützung von Hospitationen in anderen Kliniken Mehr (ärztliches und MTRA-Personal), damit mehr Zeit für die Ausbildung der jüngeren KollegenInnen bleibt. Im Routinebetrieb bleibt dies bei mangelnden Personalressourcen oft auf der Strecke.
417	Ich bin seit 20 Jahren niedergelassen und habe keinen Überblick bzgl. heutiger Karrieren.
418	Während der Weiterbildungszeit strukturiertere Trennung von klinischer und wissenschaftlicher Ausbildung
419	Ich bin und war sehr zufrieden.
420	Weiß nicht
421	Ich bin zufrieden
422	Weiterbildungen im Personalmanagement, Unternehmensstrategie, Business School für Fachärzte
423	Ich bin zufrieden mit meinem Werdegang, weil ich Beruf und Familie gut miteinander vereinbaren kann. Bei meiner ersten Stelle in einem Universitätsklinikum wäre dies nicht möglich gewesen. Die von mir damals erwarteten Arbeitszeiten und die Erwartung von Forschung und Studienbetreuung in meiner Freizeit wären mit einer Familie nicht vereinbar gewesen.
424	Weiterbildungsplan, Rotation Plan, Befund Besprechung
425	Ich finde die Karriereförderung an der Universitätsklinik sehr gut. Am Anfang der Assistenzarztzeit ist man jedoch noch etwas orientierungslos. Vielleicht könnten Karriere-orientierte Fortbildungen (wie läuft eine Habilitation ab, vielleicht ein paar Erfahrungen von habilitierten Ärzten etc.) einen besseren Überblick verschaffen und hilfreich sein.
426	Weniger Druck durch die Habilitationsordnung, möglichst viele Artikel, und diese auch noch mit möglichst hohem impact zu veröffentlichen, bzw. eine geringere Anzahl der Publikationen, die man dann auch höherkarätig einreichen kann (Stichwort "Streuscheiße")
427	- frühere Vermittlung und Förderung von Softskills - nicht erst Führungskräfte training für angehende Chefärzte oder die es mal werden wollen, sondern bereits auf dem Level älterer Assistenzärzte! Auch die führen vielleicht schon jüngere und PJler und sind definitiv insofern auch schon Rollen Vorbilder - Mehr und verpflichtende Feedbackgespräche mit OÄ und Chefs, damit die Orientierung zwischen Lehre, Forschung, Klinik etc . früh unterstützt und gefördert wird
428	Weniger organisatorische Tätigkeiten, weniger Zeitdruck.

Anhang

429	Wertschätzung, Offenheit, Überprüfung von Aussagen, bevor Menschen gerügt werden.
430	Z.B. Einfacherer und transparenterer Zugang zur Ausbildung in den interventionellen Techniken.
431	Wie überall in der Medizin wünsche ich mir eine verbesserte Vereinbarkeit der Arbeit und der Familie.
432	Zerschlagen von Investor geführten MVZs, Ermöglichen der freien Berufsausübung
433	Wiedereinführung des klinische Jahres
434	Zukunftsperspektiven für die praktische Arbeit im niedergelassenen und klinischen Bereich
435	Work life Balance ausgeglichener. Eigenverantwortliche Budgets pro Abteilung ohne Diktat der Controller.
436	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte Förderung von Frauen - mehr Frauen in Führungspositionen (Oberärztinnen, Chefinnen) - sobald Radiologinnen Mütter geworden sind, werden sie nur noch als Mütter wahrgenommen und nicht mehr für voll genommen, selbst wenn sie in Vollzeit arbeiten und die gleiche oder bessere Leistung hinlegen wie vor der Geburt des Kindes
437	<ul style="list-style-type: none"> - regelmäßiges Feedback während der FA-Ausbildung - gemeinsame Planung der Rotationen - feste Ansprechpartner/ Mentoren für den Einstieg in die Forschung - hierbei Unterstützung erster eigener Forschungsprojekte
438	<p>Ich wünsche mir, dass ein Chef nicht allein alles blockieren kann.</p> <p>Seit 15 Jahren versuchen alle den Chef zu bearbeiten, dass ich mehr arbeiten darf, dass ich MRT lernen darf und Letztlich nur so könnte ich dann auch OA werden. Ich möchte auch mehr arbeiten, aber mein Chef lehnt einfach alles ab. Ich solle mir eine andere Stelle suchen. Aber ich habe hier meinen Lebensmittelpunkt und ein Kind in der Schule.</p>
439	Ich glaube, eine Änderung tritt erst ein, wenn eine ausreichende "kritische Masse" an weiblichen Führungskräften (und insbesondere von Frauen mit Kindern/Familienaufgaben) in Schlüsselpositionen der klinischen Versorgung und Forschung etabliert ist. Solange es keine bzw. zu wenig weibliche Leitungen in den Kliniken und Instituten gibt, kommen Frauen deutliche schwieriger in Führungspositionen und erfahren weniger Unterstützung auf ihrem Karriereweg. Kurz: ohne Quote sehe ich nur eine sehr, sehr langsame Änderung, welche einfach dadurch eintreten wird, dass soviel mehr qualifizierte Frauen als Männer überhaupt noch den Karriereweg in der Medizin (universitär und klinisch-versorgend) anstreben.
440	Ich halte die Radiologie aus meiner Erfahrung für ein sehr konservatives Fach ohne Chancengleichheit für Männer und Frauen. Die Chancengleichheit halte ich für einen entscheidenden Faktor. Und mehr Führungskompetenz auf der oberen Ebene.
441	zeitlicher Freiraum für Forschung, flexiblere Arbeitszeitmodelle ohne Benachteiligung z.B. hinsichtlich möglicher Einsatzbereiche
442	Ich hatte Glück, bei mir war eigentlich alles ziemlich gut, somit: keine Änderungswünsche.
443	Zugänglichkeit, einen Handlungsspielraum zu haben ist abhängig vom Vorgesetzten und entsprechendem Personal sowohl in Anzahl als auch Qualifikation. Finanzierung von Fortbildung
444	ich hatte in meiner Laufbahn keine Probleme, meine Ziele zu erreichen und bin sehr zufrieden mit meiner Berufswahl, meinem Einkommen und meiner Karriere.
445	zunehmende mehr schwerpunktbezeichnungen einführen
446	<p>Ich möchte, dass Home-Office auch möglich für Assistenzärzte wäre.</p> <p>Zeitausgleich wäre auch angenehm: Zwischen Extra-Geld und Zeitausgleich für meine Überstunden, würde ich gerne die zweite Option nehmen...</p> <p>Ich möchte auch mehr Fortbildungen zur Verfügung haben.</p> <p>Ein echter Mentor/Pate wäre auch sinnvoll.</p>
447	Ich stehe 3 Jahre vor dem Ruhestand.

Eidesstattliche Versicherung

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Christoph Kemper, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Psychologische und strukturelle Erfolgsfaktoren für eine wissenschaftliche Karriere – Eine empirische Untersuchung im Fachbereich Radiologie / Psychological and structural success factors for a scientific career – An empirical study in the field of radiology“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen
in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen
in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Danksagung

Danksagung

An erster Stelle danke ich herzlichst meiner Erstbetreuerin Frau PD Dr. Sarah Keller nicht nur für die intensive fachliche Betreuung meiner Promotionsarbeit, sondern auch für die persönlich sehr bereichernde Unterstützung und Ermutigung. Sowohl fachlich als auch menschlich war Frau Keller eine außerordentliche Betreuerin, die wesentlich zu dem erfolgreichen Abschluss der vorliegenden Dissertation beitragen hat. Ebenso danke ich meiner Zweitbetreuerin Frau Dr. Elif Can für die vielen fachlichen Diskussionen und den zahlreichen Input. Mein ausdrücklicher Dank gilt weiterhin meiner Drittbetreuerin Frau Prof. Dr. Dr. Regitz-Zagrosek, welche diese Arbeit in der vorliegenden Form erst ermöglicht hat sowie mit ihrer langjährigen Erfahrung und ihrem umfangreichen Knowhow maßgeblich das Gelingen der Arbeit beeinflusst hat.

Ein großer Dank gebührt meiner Schwester für die sprachliche und grammatikalische Korrektur meiner Dissertation. Ebenso danke ich meinen Eltern und meinem privaten Umfeld, die auch bei Rückschlägen meine Motivation aufrechterhalten haben. Abschließend danke ich natürlich noch Eddy und Richard für ihren moralischen Support.

Bescheinigung eines akkreditierten Statistikers



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Charité | Campus Charité Mitte | 10117 Berlin

Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBiKE)

Direktor: Prof. Dr. Geraldine Rauch

Name, Vorname: Kemper, Christoph
Emailadresse: christoph.kemper@outlook.com
Matrikelnummer: 229176
PromotionsbetreuerIn: PD Dr. Sarah Keller
Promotionsinstitution / Klinik: Klinik für Radiologie

Postanschrift:
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Besucheranschrift:
Reinhardtstr. 58 | 10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 450 562171
geraldine.rauch@charite.de
<https://biometrie.charite.de/>

Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass Herr Christoph Kemper innerhalb der Service Unit Biometrie des Instituts für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBiKE) bei mir eine statistische Beratung zu einem Promotionsvorhaben wahrgenommen hat. Folgende Beratungstermine wurden wahrgenommen:

- Termin 1: 29.01.2021
- Termin 2: 02.07.2021

Folgende wesentliche Ratschläge hinsichtlich einer sinnvollen Auswertung und Interpretation der Daten wurden während der Beratung erteilt:

- Deskriptive Statistiken (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen etc.)
- Chi-Quadrat-Tests
- Varianzanalysen
- Regressionsanalysen

Diese Bescheinigung garantiert nicht die richtige Umsetzung der in der Beratung gemachten Vorschläge, die korrekte Durchführung der empfohlenen statistischen Verfahren und die richtige Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Die Verantwortung hierfür obliegt allein dem Promovierenden. Das Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie übernimmt hierfür keine Haftung.

Datum: 6.07.2021

Name des Beraters: Konrad Neumann

DR Konrad
Neumann
Digital unterschrieben von
DR Konrad Neumann
Datum: 2021.07.06
116637 + 0200

Unterschrift BeraterIn, Institutsstempel


UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Institut für Biometrie und
Klinische Epidemiologie
Campus Charité Mitte
Charitéplatz 1 | D-10117 Berlin
Sitz: Reinhardtstr. 58