

Master-Thesis

**Die Auswirkung der Gründung einer Primärversorgungseinheit auf die
Work-Life-Balance der ärztlichen Gründer:innen: Eine empirische Analyse**

Jaser ELMORSY, BSc, M.A.

09726764

Hon.Prof. (FH) Dr. Bernhard RUPP, MBA

Statutory Declaration

I declare that I have developed and written the enclosed Master Thesis completely by myself, and did not use sources or means without declaration in the text.

Any thoughts from others or literal quotations are clearly marked.

The Master Thesis was not used in the same or in a similar version to achieve an academic grading or is being published elsewhere.

Abstract English

The basis of this thesis is the hypothesis that the work-life-balance of medical doctors in Austria will improve if they own a primary care unit (PCU).

Chapter 1 explains the challenges in the Austrian healthcare system, including the low numbers of PCUs. If the hypothesis is correct, then the result might convince more doctors in Austria to found a PCU.

Chapter 2 explains the theoretical background of the Austrian healthcare system and PCUs and the relevance of work-life-balance for doctors. It also touches on the definition of work-life-balance.

Chapter 3 explains that a quantitative, cross-sectional study design was chosen to compare the retrospective work-life-balance before and during the ownership of a PCU. It also defines the sample selection and data collection.

Chapter 4 explains the structure and rationale of the questions in the online questionnaire.

Chapter 5 shows the results of the study, confirming the hypothesis that on average work-life-balance improves (+2.08 points on a -5 to +5 scale). A second hypothesis was tested, showing a strong trend that doctors who were employed before have a bigger increase in their work-life-balance than doctors who were already self-employed. The analyses also showed that other factors have an influence on why work-life-balance improves: regulated workhours, the number of workhours, and the legal structure of the PCU.

Chapter 6 discusses the findings and adds suggestions on improvements. The chapter also discusses the limits of this study and provides suggestions for studies in the same field.

Chapter 7 ends this thesis with final remarks, of which I would like to cite one:

The results of my work clearly support positioning PCUs not just as an attractive form of healthcare provisioning for patients, but also as an attractive work model for doctors interested in founding a PCU.

Agreement about language requirements:

Since this thesis

1. Is based on primary literature that is published in German language (e.g., Austrian laws), and
2. The expected audience of this thesis is solely German speaking (e.g., people interested in founding a PVE in Austria)

the author of this thesis agreed with the university supporting the publication, that except for this abstract, the thesis will be written in the German language.

Inhaltsverzeichnis

Statutory Declaration	III
Abstract English.....	IV
Inhaltsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	X
1 Einleitung.....	1
1.1 Zielsetzung der Arbeit.....	4
2 Theoretische Grundlagen	5
2.1 Gesundheitswesen Österreichs.....	5
2.1.1 Anzahl und Dichte von Patient:innen und Ärzt:innen in Österreich.....	5
2.1.2 Ausgaben im Gesundheitswesen.....	6
2.1.3 Föderale Aufgabenverteilung	7
2.1.4 Lenkung von Patient:innenströmen.....	8
2.2 Primärversorgungseinheiten (PVEs).....	8
2.2.1 Gesetzliche und organisatorische Grundlagen	9
2.2.2 Aufgaben einer und Erwartungen an eine PVE.....	9
2.2.3 Arbeitsbedingungen und Attraktivität für Ärzt:innen	10
2.3 Work-Life-Balance	11
2.3.1 Definition von Work-Life-Balance	11
2.3.2 Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen für Ärzt:innen	11
3 Methodik	14
3.1 Forschungsdesign.....	14
3.1.1 Hypothese 1	15
3.1.2 Hypothese 2	16
3.1.3 Limitationen des Forschungsdesign.....	16
3.2 Auswahl des Online-Tools	17
3.3 Validierung der gestellten Fragen.....	17
3.3.1 Inhaltliche Validierung	18
3.3.2 Statistische Validierung	18
3.4 Stichprobenauswahl.....	19
3.4.1 Vorgaben aus dem Study Protocol.....	19
3.4.2 Beschaffung der Kontaktdaten	19
3.5 Datenerhebung	20
3.6 Datenbeschreibung.....	21
3.7 Datenanalyseverfahren.....	21
3.7.1 #01 - Variablen umwandeln und erweitern.....	21
3.7.2 #02 - Ein und Ausschlusskriterien prüfen.....	22
Work-Life-Balance bei PVE-Gründer:innen	VI

3.7.3	#03 - Neue Variablen einfuehren	22
3.7.4	#04 - Hypothese 1 pruefen	23
3.7.5	#05 - Hypothese 2 pruefen	25
3.7.6	Qualitätsüberprüfung	26
3.7.7	Graphische Darstellung	26
4	Aufbau des Fragebogens	28
4.1	Abschnitt 1: Einleitung und Einverständniserklärung	28
4.2	Abschnitt 2: Beruflicher Werdegang vor der PVE-Gründung	29
4.3	Abschnitt 3: Beruflicher Werdegang nach der PVE-Gründung	30
4.4	Abschnitt 4: Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance	31
4.5	Abschnitt 5: Allgemeine Einschätzung der Work-Life-Balance	32
4.6	Abschnitt 6: Veränderung einzelner Einflussfaktoren durch die PVE-Gründung	33
4.7	Abschnitt 7: Offene Fragen	34
4.8	Abschnitt 8: Berufliche und demografische Angaben	34
4.8.1	Gründungsjahr	34
4.8.2	Inhaberschaft seit	34
4.8.3	Form der PVE	35
4.8.4	Rechtsform der PVE	35
4.8.5	Anzahl der Inhaber:innen	35
4.8.6	Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	36
4.8.7	Nicht-ärztliche:r Geschäftsführer:in vorhanden	36
4.8.8	Aktuelle ärztliche Qualifikation	36
4.8.9	Altersgruppe	36
4.8.10	Geschlecht	37
4.8.11	Bundesland	37
4.9	Abschluss und Dank	38
5	Ergebnisse	39
5.1	Rücklaufquote und Ausschlusskriterien	39
5.2	Abschnitt 2: Beruflicher Werdegang vor der PVE-Gründung	40
5.3	Abschnitt 3: Beruflicher Werdegang nach der PVE-Gründung	44
5.4	Abschnitt 4: Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance	47
5.5	Abschnitt 5: Allgemeine Einschätzung der Work-Life-Balance	50
5.5.1	Work-Life-Balance vor der Inhaberschaft	50
5.5.2	Work-Life-Balance während der Inhaberschaft	50
5.6	Abschnitt 6: Veränderung einzelner Einflussfaktoren durch die PVE-Gründung	50
5.7	Abschnitt 7: Offene Fragen	52
5.7.1	Kategorien	52

5.7.2	Auswertung	54
5.8	Abschnitt 8: Berufliche und demografische Angaben	56
5.8.1	Gründungsjahr.....	56
5.8.2	Inhaberschaft seit	57
5.8.3	Form der PVE.....	59
5.8.4	Rechtsform der PVE.....	60
5.8.5	Anzahl der Inhaber:innen	61
5.8.6	Durchschnittliche Wochenarbeitszeit	62
5.8.7	Nicht-ärztliche:r Geschäftsführer:in vorhanden	64
5.8.8	Aktuelle ärztliche Qualifikation	65
5.8.9	Altersgruppe	66
5.8.10	Geschlecht	67
5.8.11	Bundesland	68
5.9	Hypothese 1: Vergleich zwischen der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft.....	69
5.10	Hypothese 2: Einfluss der vorherigen Tätigkeit auf die Veränderung der Work-Life-Balance	71
5.10.1	Gruppeneinteilung der Teilnehmer:innen	71
5.11	Einfluss der arbeitsbezogenen Faktoren auf die Veränderung der Work-Life-Balance	74
5.11.1	Ungewichtete Betrachtung der Faktoren.....	74
5.11.2	Gewichtete Betrachtung der Faktoren.....	76
5.12	Einfluss anderer Faktoren auf die Veränderung der Work-Life-Balance ..	78
5.12.1	Aktuelle durchschnittliche Wochenarbeitszeit	78
5.12.2	Veränderung der Wochenstundenzahl.....	79
5.12.3	Andere Soziodemographische Faktoren	79
5.12.4	Andere Faktoren zur PVE	80
6	Diskussion	83
6.1	Interpretation der Ergebnisse.....	83
6.1.1	Hypothese 1: Deutliche Steigerung der Work-Life-Balance für Inhaber:innen von Primärversorgungseinheiten.....	83
6.1.2	Hypothese 2: Abhängigkeit der Steigerung von vorheriger beruflicher Tätigkeit.....	83
6.1.3	Veränderung der Arbeitszeit als zusätzlicher Faktor.....	86
6.1.4	Arbeitsbezogene Faktoren: Welche machen einen Unterschied?	86
6.1.5	Führen der PVE in der Rechtsform „GmbH“	87
6.1.6	Bedeutung der offenen Antworten.....	88
6.2	Implikationen für die Praxis.....	89
6.2.1	Zielgerichtete Ansprache potenzieller Gründer:innen	89

6.2.2	Anpassung von Arbeitszeitmodellen	90
6.2.3	Förderung von „GmbH“ als Rechtsform	90
6.2.4	Systematische Unterstützung in der Gründungs- und in der Betriebsphase	91
6.3	Limitationen der Studie	91
6.3.1	Subjektive, retrospektive Einschätzung der Work-Life-Balance.....	91
6.3.2	Keine Kontrollgruppe.....	92
6.3.3	Teilweise begrenzte Aussagekraft einzelner Subgruppenvergleiche.....	92
6.3.4	Keine qualitative Tiefenanalyse.....	93
6.4	Zukunftsforschung	93
6.4.1	Durchführen einer Längsschnittstudie.....	93
6.4.2	Vergleich mit Ärzt:innen ohne Inhaberschaft einer PVE	93
6.4.3	Studie zu regionalen Unterschieden	94
7	Fazit.....	95
	Abbildungs- und Illustrationsverzeichnis	97
	Tabellenverzeichnis.....	99
	Literaturverzeichnis	101
	Anhang	105
	Anhang 1 Fragebogen	106
	Anhang 2 Statistische Auswertungen	134

Abkürzungsverzeichnis

Abs.....	Absatz
Art.....	Artikel
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
PCU	Primary Care Unit
PCUs	Primary Care Units
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVE.....	Primärversorgungseinheit
PVEs.....	Primärversorgungseinheiten
SD	Standardabweichung
u.a.	unter anderem
vs	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.....	zum Beispiel
Zif	Ziffer

1 Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem sieht sich seit Jahren mit einer zunehmenden Diskrepanz zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungsangebot konfrontiert ^(1: p.609). Das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung argumentiert in einer Publikation aus dem Jahr 2020, dass unter anderem aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung der ‚zusätzliche Bedarf an Ärztinnen und Ärzten (in Vollzeitäquivalenten) im Jahr 2030 gegenüber dem Jahr 2010 auf 20%‘ ^(1: p.610) zu schätzen ist. Gleichzeitig wird dem eine ungünstige Entwicklung der Anzahl der Ärzt:innen in Österreich gegenübergestellt, wobei diese Lücke zwischen benötigten und vorhandenen Ärzt:innen je nach Projektion auf bis zu 7.500 fehlenden Ärzt:innen für das Jahr 2030 geschätzt wird ^(1: p.610).

Die Statistik Austria berechnet in ihrem aktuellen Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, dass sich die laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich von 2004 bis 2023 ‚mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 4,3 % von 23 610 Mio. Euro auf 52 779 Mio. Euro‘ ^(2: p.38) entwickelt haben. Gleichzeitig ergibt eine Abfrage der Entwicklung des Verbraucherpreisindex bei der Statistik Austria ⁽³⁾ eine Steigerung des Indexwertes für den gleichen Zeitraum von 108,1 auf 174,4, was laut Eigenberechnung des Autors eine jährliche Steigerung von vergleichsweise nur 2,41 % ergibt. Anders ausgedrückt: in den besagten Jahren stiegen die Gesundheitsausgaben in Österreich rascher an als der Verbraucherpreisindex.

Diese anschwellende Behandlungslücke sowie die schneller steigenden Gesundheitsausgaben führten zwangsläufig in den letzten Jahren zu einem politischen Reformwillen, der unter anderem zur Einbringung und Verabschiedung des ‚Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017‘ ⁽⁴⁾ und im Zuge dessen zur Erlassung des ‚Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten‘ ⁽⁴⁾ führte.

Dieses Gesetz sollte zu einer Stärkung der Primärversorgung durch die Schaffung von Primärversorgungseinheiten (PVEs) als ‚innovative Form der Primärversorgung‘ ⁽⁵⁾ führen. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz argumentiert sogar im Titel einer aktuellen Webseite mit ‚Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung‘ ⁽⁵⁾, wobei explizit auf die Stärkung durch PVEs eingegangen wird. Es soll durch PVEs ‚auch zukünftigen Her-

ausforderungen im Gesundheitswesen (z.B. anstehende Pensionierungen von Allgemeinmediziner:innen in den kommenden Jahren oder veränderte gesellschaftliche Bedürfnisse in der Gesundheitsversorgung) bestmöglich begegnet werden‘⁽⁵⁾.

Eine frühere Arbeit des Autors aus dem Jahr 2022 zeigt jedoch, dass schon damals die Entwicklung der Anzahl von PVEs gegenüber den Erwartungen rückläufig war^(6: p.16). Die Österreichische Sozialversicherung plante bis 2021 die Einführung von 75 Primärversorgungszentren⁽⁷⁾, bis Ende Februar 2022 waren jedoch österreichweit gerade einmal 33 PVEs in Betrieb^(6: p.16).

Auch im Jahr 2025 zeigt sich weiterhin eine Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität. Zwar verdeutlichen die Abbildung 1 und Abbildung 2 eine Steigerung der Gründungsgeschwindigkeit, trotzdem bleiben die Zahlen hinter den Erwartungen. So beschreibt der Regionale Strukturplan Gesundheit die Notwendigkeit von 133 PVEs im Jahr 2025⁽⁸⁾, wobei laut Plattform Primärversorgung aktuell 96 PVEs gegründet worden sind⁽⁹⁾.

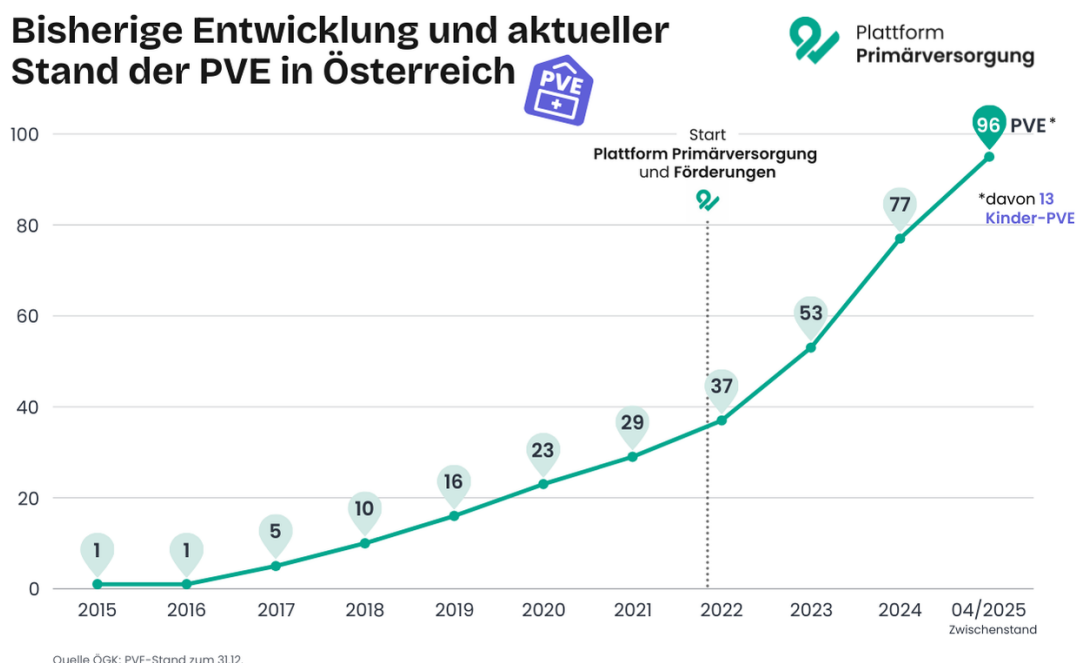


Abbildung 1: Bisherige Entwicklung und aktueller Stand der PVE in Österreich⁽⁸⁾

Gründungen von Primärversorgungseinheiten in Österreich pro Jahr

Plattform Primärversorgung

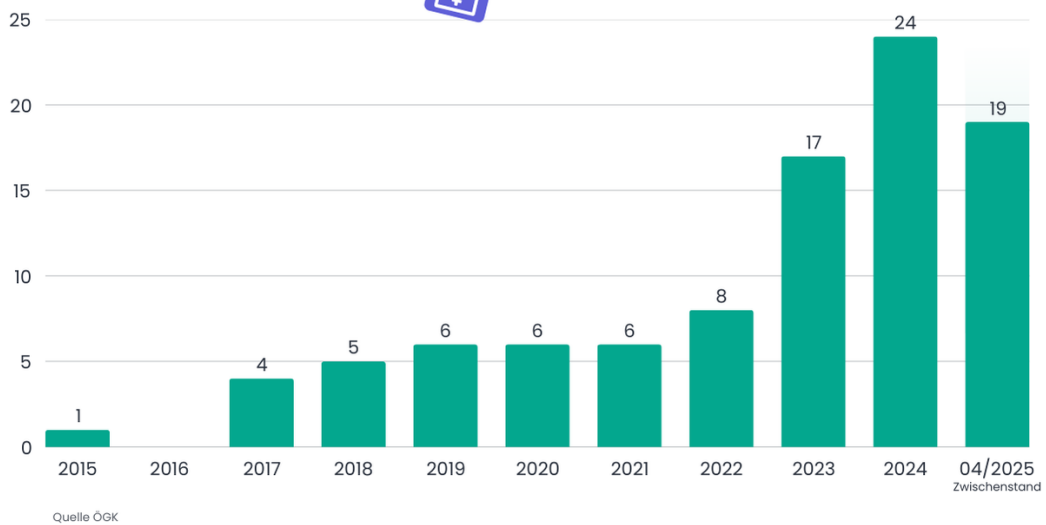


Abbildung 2: Gründungen von PVEs in Österreich pro Jahr⁽⁸⁾

Die Gründung einer PVE stellt laut einer europaweiten Untersuchung neue Anforderungen an die Gründer:innen^(10: p.29). Diese neuen Anforderungen erschweren eventuell die Gründung, was unter anderem eine Erklärung für die verzögerte Entwicklung der Anzahl der PVEs darstellen könnte.

Die Plattform Primärversorgung ist eine Initiative der Gesundheit Österreich GmbH, deren 100 % Eigentümer wiederum die Firma Republik Österreich ist⁽¹¹⁾, mit folgender Vision:

„Wir stärken gemeinsam die österreichische Primärversorgungscommunity und entwickeln damit die Primärversorgung in Österreich weiter. So machen wir gemeinsam eine gesündere Gesellschaft möglich.“⁽¹²⁾

Als sehr aktiver Förderer der Primärversorgung in Österreich hat die Plattform Primärversorgung elf verschiedene Studien untersucht⁽¹³⁾ und dabei aus Sicht von Jungmediziner:innen unterschiedliche Motivatoren und Barrieren für die Arbeit als Hausärzt:innen erarbeitet⁽¹⁴⁾.

Durch diese Untersuchung trägt die Plattform Primärversorgung zum Verständnis der Attraktivität (oder auch fehlenden Attraktivität) des hausärztlichen Berufes bei.

1.1 Zielsetzung der Arbeit

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen, möchte sich die vorliegende Arbeit auf einen bislang nicht ausreichend untersuchten, aber aus Sicht des Autors äußerst wichtigen Aspekt der Primärversorgung und der Gründung von PVEs konzentrieren: **Steigt oder sinkt die Work-Life-Balance der ärztlichen Gründer:innen bzw. der späteren Einsteiger:innen als ärztlichen Inhaber:innen in eine Primärversorgungseinheit durch die Gründung bzw. den Einstieg?**

Sollte die seitens des Autors der vorliegenden Arbeit aufgestellte Hypothese der Steigerung der Work-Life-Balance nach der Gründung durch eine empirische Untersuchung verifizierbar sein, so könnte dieses Ergebnis weitere Ärzt:innen zur Gründung einer Primärversorgungseinheit motivieren – eine leise Hoffnung des Autors.

Hinweis:

Um die Lesbarkeit dieser wissenschaftlichen Arbeit zu verbessern, wird für die restliche Arbeit die Gruppe der ärztlichen Gründer:innen einer und die Gruppe der später als Inhaber:innen in eine Primärversorgungseinheit einsteigenden Ärzt:innen zusammengefasst als „Inhaber:innen einer PVE“.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Gesundheitswesen Österreichs

2.1.1 Anzahl und Dichte von Patient:innen und Ärzt:innen in Österreich

Das Gesundheitswesen in Österreich bietet nahezu allen im Land lebenden Menschen einen ‚Zugang zu einem breitgefächerten Leistungsangebot‘ ^(15: p.227) an. Aktuelle Abfragen aus der Anspruchsberechtigendatenbank des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungen ergeben für das Jahr 2024 einen Jahresdurchschnitt von 9.063.328 krankenversicherten Personen ^(16: p.12). Bei einer Bevölkerungsanzahl laut Statistik Austria von 9.198.214 Personen zum Stichtag 01.01.2025 ⁽¹⁷⁾ ergibt dies überschlagsmäßig eine Versicherungsquote von 98,5 % aller in Österreich lebenden Menschen. Diese fast vollständige Versicherungsabdeckung wird durch das System der Pflichtversicherung ermöglicht, das ‚den Versicherten und deren mitversicherten Angehörigen umfassenden Schutz im Krankheitsfall‘ bietet ⁽¹⁸⁾.

Ein nicht zu unterschätzender Vorteil ist, dass Österreich ‚mit 5,4 Ärzt:innen pro 1.000 Einwohner:innen‘ ⁽¹⁹⁾, wie aus der Abbildung 3 ersichtlich, am oberen Ende der EU-weiten Ärzt:innendichte liegt.

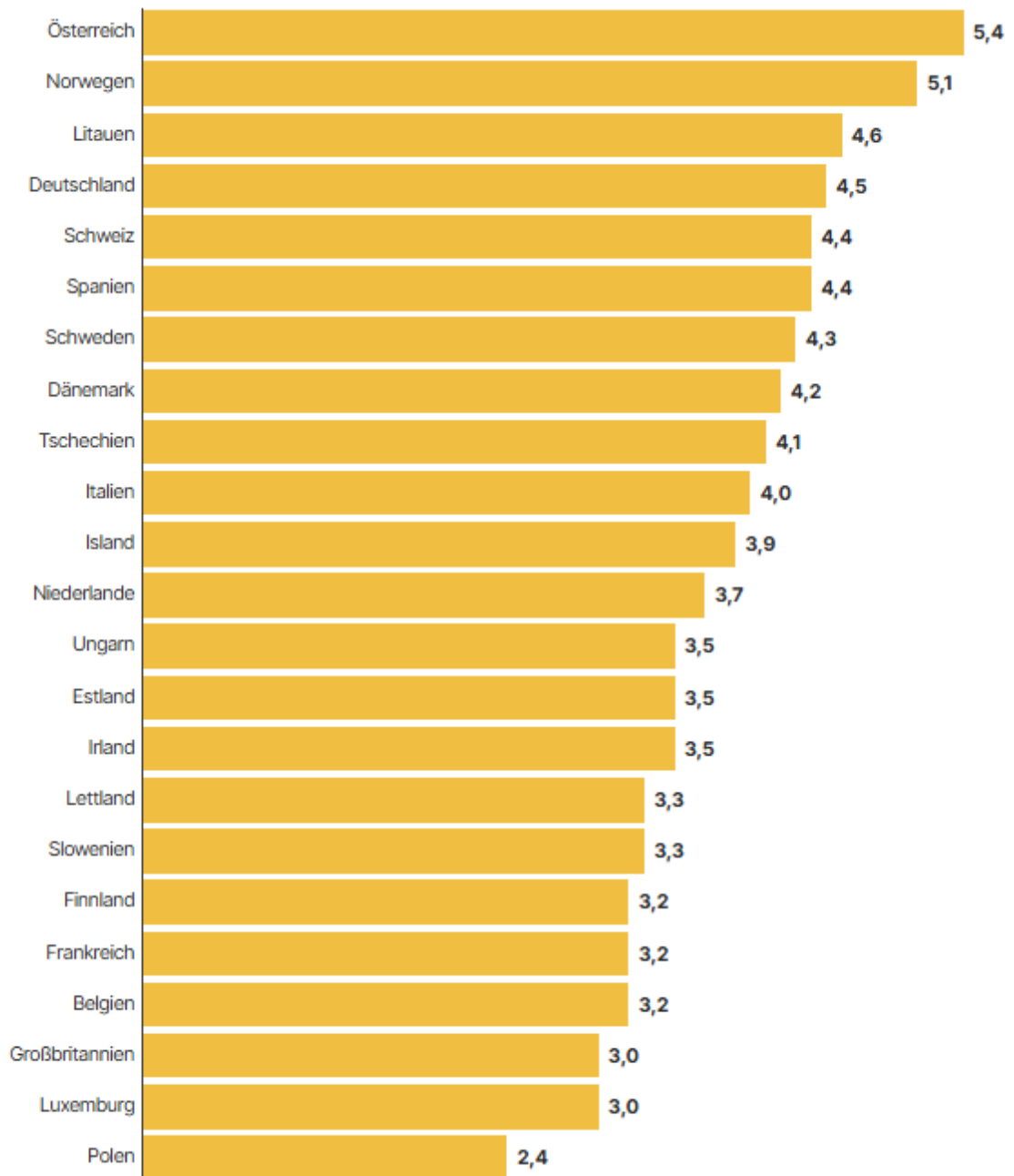


Abbildung 3: Österreich hat in der EU die höchste Ärzt:innendichte ⁽¹⁹⁾

2.1.2 Ausgaben im Gesundheitswesen

Die laufenden Ausgaben im österreichischen Gesundheitssystem belaufen sich im Jahr 2023 laut Statistik Austria auf 52,8 Milliarden Euro, was wiederum 11,2 % des Bruttoinlandproduktes Österreichs entspricht. Diese Ausgaben werden durch verschiedene Einnahmenquellen finanziert ⁽²⁰⁾, wobei mit 40,5 Milliarden Euro beziehungsweise 76,7 % der Großteil durch die öffentliche Hand bezahlt wird. Dazu zählen ‚Ausgaben des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherungsträger‘ ^(2: p.38). Davon ist wiederum mit 23 Milliarden Euro der größte Anteil den

Sozialversicherungsträgern zuzuordnen^(2: p.38). Die Abbildung 4 zeigt einen grafischen Überblick der Statistik Austria, welcher eine klare Steigerung der laufenden Gesundheitsausgaben in den Jahren 2010 bis 2023 verdeutlicht, wobei der Großteil dieser Steigerung durch die öffentliche Hand finanziert werden muss.

Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts 2010 bis 2023

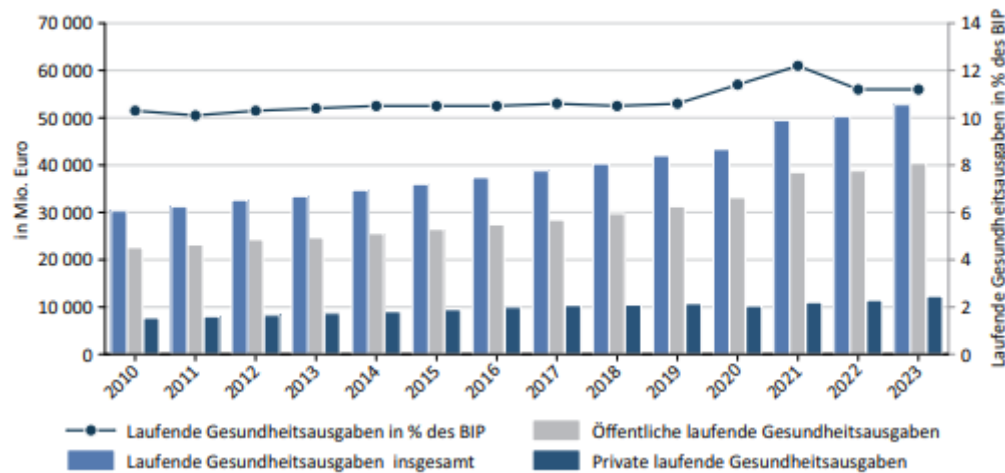


Abbildung 4: Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts 2010 bis 2023 ^(2: p.39)

2.1.3 Föderale Aufgabenverteilung

Das Gesundheitssystem in Österreich ist durch eine föderale Strukturierung auf mehrere Akteure aufgeteilt, wobei es seit 2013 einen Zielsteuerungsvertrag gibt, der die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den öffentlichen Akteuren klärt⁽²¹⁾. Zuletzt wurde dieser Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2024 bis 2028 neu verhandelt⁽²¹⁾.

Prinzipiell klärt der Zielsteuerungsvertrag welche strategischen Ziele vereinbart werden und wie diese vereinbarten strategischen Ziele über operative Zielsetzungen erreicht und durch die dazugehörigen Messgrößen nachgewiesen werden können⁽²²⁾. Beispielhaft sei aus dem Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028 das strategische Ziel ‚Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes‘ zitiert, das wiederum durch mehrere zugehörige operative Ziele erreicht werden soll⁽²²⁾. Eines der operativen Ziele ist konkret die ‚Stärkung der ambulanten Versorgung‘⁽²²⁾, und eine der entsprechenden Messgrößen ist ‚Umgesetzte Primärversorgungseinheiten (PVE), Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien‘⁽²²⁾.

Für den stationären Bereich werden zwar durch den Bund die gesetzlichen Grundsätze festgelegt, die Umsetzungs- und Durchführungsverantwortung obliegt jedoch in einer föderalistischen Aufteilung den einzelnen Bundesländern. Der Art. 12 Abs. 1, Zif. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes bestimmt konkret: ‚Bundessache ist die Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung in folgenden Angelegenheiten: [...] Armenwesen; Heil- und Pflegeanstalten [...]‘⁽²³⁾.

Für die ambulante Gesundheitsversorgung gilt wiederum gemäß Art. 10 Abs. 1 Zif. 12 des Bundes-Verfassungsgesetzes: ‚Bundessache ist die Gesetzgebung und die Vollziehung in folgenden Angelegenheiten: [...] Gesundheitswesen‘⁽²⁴⁾, oder anders ausgedrückt im ambulanten Bereich, obliegt dem Bund sowohl die Gesetzgebung als auch die Vollziehung.

2.1.4 Lenkung von Patient:innenströmen

Innerhalb der ambulanten Versorgung gilt in Österreich die freie Ärzt:innenwahl: ‚Jede/jeder Versicherte und ihre/seine mitversicherten Angehörigen können die Ärztin oder den Arzt des Vertrauens nach eigenem Ermessen wählen‘⁽²⁵⁾.

Dieses Prinzip ist nicht frei von Kritik, so führt zum Beispiel Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der MedUni Wien, in einem Interview aus: ‚Was wir in Österreich als „freie Arztwahl“ verstehen, ist im Endeffekt der völlig un gelenkte Zugang der Patienten zu allen medizinischen Versorgungsebenen. Das führt zu einer Überlastung des Spitalssektors, schwächt die Primärversorgung, verursacht auch mehr Kosten für das Gesundheitswesen und zusätzliche Risiken für die Patienten‘⁽²⁶⁾.

Zukünftig könnten PVEs eine stärker koordinierende Rolle einnehmen, um damit Patientenströme besser zu lenken und eine effiziente Nutzung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

2.2 Primärversorgungseinheiten (PVEs)

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz argumentiert, dass die Stärkung der Primärversorgung ‚eine leistungsfähige, nachhaltige und effiziente Gesundheits- und Krankenversorgung in Österreich‘⁽⁵⁾ gewährleistet, wobei konkret als eine ‚innovative Form der Primärversorgung [...]‘

österreichweit multiprofessionelle und interdisziplinäre PVE etabliert⁽⁵⁾ werden sollen.

2.2.1 Gesetzliche und organisatorische Grundlagen

Rechtliche Grundlage für die Gründung einer PVE ist das Primärversorgungsgesetz⁽⁴⁾. PVEs sind laut §2 Abs. 1 PrimVG eine ‚als Einheit auftretende Erstanlaufstelle‘⁽⁴⁾ im extramuralen Bereich. Sie müssen gemäß §2 Abs. 2 aus einem Kernteam bestehen, das aus ‚mindestens zwei Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und mindestens einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege‘⁽⁴⁾ zusammengestellt wird, wobei je nach Planungsvorgaben im Regionalen Strukturplan Gesundheit das ärztliche Kernteam auch aus anderen Fachbereichen bestehen darf⁽⁴⁾.

Ein Merkmal von PVEs ist die Möglichkeit der Einplanung einer/eines PVE-Manager:in⁽²⁷⁾. Diese:r kann verschiedene nicht-ärztliche Aufgaben übernehmen, dadurch die Ärzt:innen in einer PVE entlasten und so die Effizienz der Organisation steigern⁽²⁷⁾.

PVEs können als Primärversorgungszentrum (PVZ) an einem Standort oder als Primärversorgungsnetzwerk (PVN) als Zusammenschluss mehrerer Praxen an verschiedenen Standorten gegründet werden^(28: p.7).

Als Rechtsform einer PVE sind folgende Möglichkeiten gesetzlich definiert^(28: p.9):

- Gesellschaft mit beschränkter Haftung
- Offene Gesellschaft
- Verein
- Genossenschaft
- Selbständiges Ambulatorium

Für Vereine und Genossenschaften ist jedoch definiert, dass diese als Trägerorganisation für ein Primärversorgungsnetzwerk, und nicht für ein Primärversorgungszentrum, erlaubt sind^(28: p.9).

2.2.2 Aufgaben einer und Erwartungen an eine PVE

Im § 4 des PrimVG werden die Anforderungen an PVEs definiert⁽⁴⁾, wobei exemplarisch folgende gesetzliche Vorgaben zitiert werden⁽⁴⁾:

- wohnortnahe Versorgung
- bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten, abhängig von den regionalen Gegebenheiten ist auch die Akutversorgung an Wochenenden und Feiertagen anzustreben
- Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten
- Gewährleistung von Hausbesuchen
- Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen

Diese und andere Vorgaben an eine PVE sollen eine ‚umfassendere, näher am Wohnort gelegene medizinische Versorgung der Bevölkerung ermöglichen und so auch die Spitalsambulanzen entlasten‘ ⁽²⁹⁾.

2.2.3 Arbeitsbedingungen und Attraktivität für Ärzt:innen

Die Plattform Primärversorgung zählt als eine der häufigen Fragen unter anderem folgende auf:

„Was ist der Nutzen von PVE für Angehörige der Gesundheitsberufe?“ ⁽³⁰⁾

Laut der Plattform Primärversorgung ermöglichen PVEs ⁽³⁰⁾:

- eine erweiterte Zusammenarbeit und engere Vernetzung
- eine Erweiterung der eigenen Kenntnisse
- eine optimale Aufgabenverteilung entsprechend den Kompetenzen
- flexible Arbeitszeiten
- die Entfaltung ihres Potenzials durch Teamarbeit in einem kollegialen Umfeld; dies gelingt zum Beispiel durch den Austausch von Fachwissen.
- eine praxisbezogene Ausbildung; davon können sowohl ärztliche Nachwuchskräfte als auch Auszubildende in anderen Gesundheitsberufen profitieren.

Diesen Argumenten folgend ist anzunehmen, dass für Inhaber:innen einer PVE aus verschiedenen zu analysierenden Gründen eine Steigerung der Arbeitsbedingungen bzw. der Work-Life-Balance im Vergleich zu vor der Inhaberschaft sein sollte.

Auch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz argumentiert, dass PVEs ‚zahlreiche Vorteile für die einzelnen Teammitglieder‘ ⁽⁵⁾, unter anderem ‚bessere Work-Life Balance‘ ⁽⁵⁾, bieten sollten.

Mit dem Nachweis oder der Widerlegung dieser Steigerung der Work-Life-Balance möchte sich die vorliegende Arbeit wissenschaftlich auseinandersetzen.

2.3 Work-Life-Balance

2.3.1 Definition von Work-Life-Balance

Vom deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde schon vor vielen Jahren Work-Life-Balance als ‚eine neue, intelligente Verzahnung von Arbeits- und Privatleben vor dem Hintergrund einer veränderten und sich dynamisch verändernden Arbeits- und Lebenswelt‘ ⁽³¹⁾ definiert.

In der wissenschaftlichen Literatur wird Work-Life Balance unter anderem als das Herstellen von Gleichgewicht zwischen beruflichen Anforderungen und persönlichen Bedürfnissen definiert ^(32: p.10), wobei bei genauerer Betrachtung verschiedene Modelle für das Gelingen von Work-Life-Balance in der Literatur vorhanden sind ^(32: p.14).

2.3.2 Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen für Ärzt:innen

Die vorliegende Arbeit möchte keine wissenschaftliche Untersuchung des Themas „Work-Life-Balance“ vornehmen, sondern den Zusammenhang zwischen dem Begriff Work-Life-Balance und dem ärztlichen Umfeld herstellen. Tatsächlich argumentiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als 1. Säule ihres empfohlenen Handlungsrahmens für Gesundheitspersonal in der Europäischen Region für die Jahre 2023-2030: ‚Anwerbung und Bindung: Eingehen auf die Bedürfnisse des Gesundheits- und Pflegepersonals‘ ^(33: p.6) und zählt dabei als erste Maßnahme auf:

‚Entwicklung von Strategien für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, einschließlich angemessener Arbeitsbelastung und

Work-Life-Balance, positiver Arbeitsplatzkultur, unterstützender
Führungsebene, Karriereförderung und Sicherheit am Arbeits-
platz.‘ (33: p.6)

Der österreichische Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 hebt ebenso die Relevanz des Themas für Ärzt:innen hervor, indem er sich folgendes Ziel setzt:

„Ein wichtiger Fokus bei allen Arbeiten wird auf die Attraktivierung der Rahmenbedingungen für die im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die Angehörigen der weiteren Gesundheitsberufe gelegt“ (22).

Work-Life-Balance kann je nach Modell durch unterschiedliche Methoden positiv beeinflusst werden. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Deutschland argumentiert, aus

„den Analysen zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und den Konstrukten der Work-Life-Balance ergeben sich hierzu Ansätze und Möglichkeiten. Beispielhaft ist hier die Reduktion von arbeitsbezogenen Belastungen wie dem Arbeitspensum, die Stärkung des Einflusses der Mitarbeiter auf ihre Arbeitszeitgestaltung [...] zu nennen“ (34: p.7).

Anders ausgedrückt, und aus der Sicht des Autors, arbeitsbezogene Aspekte stellen theoretisch zwar nur eine Seite des Begriffes „Work-Life-Balance“ dar, haben jedoch auf beide Aspekte „Work“ und indirekt auch „Life“ Einfluss, denn wer z.B. seine Arbeitszeit flexibel einteilen kann, hat größere Möglichkeiten, familiäre und persönliche Interessen wahrzunehmen bzw. Erholungszeiten nach eigenem Bedarf einzuplanen.

Auch die Medizinische Universität Wien stellt einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Work-Life-Balance her und schildert nach einer Befragung von Ärztinnen in PVEs in Österreich:

„Dem ärztlichen Personal sollen PVEs die Vorteile einer besseren und unmittelbareren Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sowie modernere und familienfreundlichere Arbeitsbedingungen bieten. Das Versprechen war, dass vor allem Ärztinnen

durch diese interdisziplinären Versorgungsstrukturen von einer
besseren Work-Life-Balance profitieren sollen.⁽³⁵⁾

Vor diesem Hintergrund ist es wissenschaftlich sinnvoll, die Work-Life-Balance der ärztlichen Gründer:innen von PVEs in der vorliegenden Arbeit anhand konkreter arbeitsbezogener Faktoren zu messen. Der Fokus wird dabei auf jene Aspekten gelegt, die auch von der Plattform Primärversorgung in einer Präsentation mit dem Titel ‚Motivatoren und Barrieren für Jungmediziner:innen‘⁽¹⁴⁾ als relevante Aspekte auf Basis der Analyse von elf relevanten Studien zusammengefasst worden sind.

3 Methodik

3.1 Forschungsdesign

Die vorliegende Arbeit ist als quantitative, empirische Querschnittstudie angelegt und hat als Ziel systematisch und strukturiert zu untersuchen, wie sich die Inhaberschaft einer PVE in Österreich auf die persönlich wahrgenommene Work-Life-Balance der ärztlichen Inhaber:innen auswirkt.

Der Grund für die Auswahl eines quantitativen Ansatzes ist, dass damit eine größere Anzahl von ärztlichen Inhaber:innen standardisiert befragt und die erhobenen Daten statistisch und objektiv ausgewertet werden können.

Zu diesem Zweck entwickelt der Autor dieser Arbeit einen strukturierten Fragebogen, der die subjektive Einschätzung der Work-Life-Balance der Inhaber:innen einer PVE vor und während der Inhaberschaft abfragt.

Zusätzlich werden arbeitsbezogene Einflussfaktoren, angelehnt an die von der Plattform Primärversorgung ausgearbeiteten ‚Motivatoren und Barrieren für Jungmediziner:innen‘⁽¹⁴⁾, und deren Einfluss auf die Steigerung oder Senkung der Work-Life-Balance bei den befragten Ärzt:innen abgefragt.

Das Studiendesign stellt dabei bewusst die Querschnittsperspektive, also einen Schnappschuss, der aktuellen Meinung der befragten Ärzt:innen dar. Es ist explizit keine Längsschnittstudie als Teil dieser wissenschaftlichen Arbeit vorgesehen, d.h. es findet keine wiederholte Messung bei denselben Ärzt:innen über einen längeren Zeitraum statt. Die Konzentration liegt eher auf eine einmalige Gegenüberstellung des subjektiven Erlebens der Work-Life-Balance retrospektiv vor und während der Inhaberschaft einer PVE.

Im Zuge der Befragung werden zusätzliche demographische und andere Aspekte, die eventuell auf die Beantwortung der Fragen durch die befragten Ärzt:innen Einfluss nehmen könnten abgefragt. Zum Beispiel wird das Arbeitsverhältnis der:es befragten Ärzt:in in den fünf Jahren vor Inhaberschaft einer PVE abgefragt.

Bei der Frage nach sämtlichen Aspekten vor der Inhaberschaft wurde im Fragebogen bewusst die erwähnte Einschränkung auf die letzten fünf Jahre vor der Inhaberschaft getroffen, um eine Vereinheitlichung der zeitbezogenen Perspektive zwi-

schen den befragten Ärzt:innen zu schaffen. Die Ausbildung zur:m Ärzt:in für Allgemeinmedizin beträgt schon seit vielen Jahren und auch aktuell laut Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 weniger als fünf Jahre ⁽³⁶⁾.

Der Grund für die Wahl der 5 Jahresspanne bei der Befragung, die in Rücksprache mit dem Betreuer des Autors getroffen wurde, ist, dass dadurch in der Erhebung des beruflichen Arbeitsverhältnisses vor der Beschäftigung auch diejenigen Ärzt:innen erkannt werden können, die sehr rasch nach Abschluss ihrer Ausbildung zur:m Ärzt:in für Allgemeinmedizin eine PVE gegründet haben. Bei der Beantwortung der Frage nach dem beruflichen Arbeitsverhältnis in den letzten fünf Jahren müsste diese Personengruppe u.a. „Medizinstudent:in“ auswählen.

Die Befragung ist rein beobachtend, also nicht-interventionell und sieht keine experimentelle Manipulation oder Intervention bei den befragten Ärzt:innen seitens des Autors der Arbeit vor.

Im Fokus der Arbeit stehen ausschließlich ärztliche Inhaber:innen einer PVE, die in Österreich tätig sind. Andere Angehörige ‚des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege‘ ⁽⁴⁾ sowie sonstige ‚Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen‘ ⁽⁴⁾ die jeweils laut PrimVG ebenso als Inhaber:innen einer PVE in Frage kämen, werden in der vorliegenden Studie explizit ausgeschlossen. Die Faktoren, die auf die Work-Life-Balance Einfluss nehmen, sind aus Sicht des Autors eventuell nicht 1:1 zwischen den Berufsgruppen vergleichbar.

3.1.1 Hypothese 1

Die Haupthypothese des Autors lautet:

Durch die Gründung oder den Einstieg als Inhaber:in in eine Primärversorgungseinheit wird die subjektive Work-Life-Balance der ärztlichen Gründer:innen im Vergleich zur retrospektiv wahrgenommenen Work-Life-Balance in den fünf Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg als Inhaber:in im Mittelwert steigen.

Die erhobenen Daten sollen zuerst mit einem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft werden. Bei gegebener Normalverteilung wird ein einseitiger t-Test gegen den Wert 0 durchgeführt. Die Ergebnisse werden bei einem Niveau von $p \leq 0.05$ als statistisch signifikant bewertet werden.

3.1.2 Hypothese 2

Bei Erfüllen der Hypothese 1 lautet eine weitere Hypothese des Autors:

Die durch die ärztlichen Gründer:innen oder Inhaber:innen von Primärversorgungseinheiten wahrgenommene Steigerung der Work-Life-Balance ist im Mittelwert höher, wenn sich die/der Ärzt:in vor der Gründung oder dem Einstieg als Inhaber:in in einer ausschließlich angestellten und nicht in einer ausschließlich selbständigen Tätigkeit befand.

Der Hintergrund dieser Hypothese ist, dass aus den befragten Aspekten, die auf die Steigerung oder Senkung der Work-Life-Balance Einfluss nehmen könnten, manche nur für Ärzt:innen in vorhergehend ausschließlich angestelltem Arbeitsverhältnis gelten werden. So konnte z.B. ein:e Inhaber:in einer Einzelordination eventuell auch schon vor der Gründung die persönliche Arbeitszeit freier als ein:e angestellte:r Ärzt:in selbständig einteilen, und ebenso war sie/er davor schon ihr/sein eigene:r Chef:in.

Die erhobenen Daten werden zu diesem Zweck in zwei Gruppen eingeteilt: „vorhergehend nur angestellt“ versus „vorhergehend nur selbständig“. Sollten bei den Daten auch Ärzt:innen mit in den letzten fünf Jahren beiden Formen der Tätigkeit (angestellt und selbständig) vorhanden sein, dann werden diese für die Auswertung der zweiten Hypothese ausgeschlossen.

Beide gebildeten Gruppen sollen zuerst mit einem Shapiro-Wilk-Test auf die Normalverteilung innerhalb der jeweiligen Gruppe geprüft werden. Bei gegebener Normalverteilung und bestätigter Varianzhomogenität (Levene-Test) wird ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, um den Unterschied in der Verbesserung der Work-Life-Balance zwischen vormals ausschließlich angestellten und vormals ausschließlich selbständigen Ärzt:innen zu analysieren. Die Ergebnisse werden bei einem Niveau von $p \leq 0.05$ als statistisch signifikant bewertet werden.

3.1.3 Limitationen des Forschungsdesign

Limitationen des Designs der vorliegenden Forschungsarbeit ergeben sich aus der Subjektivität der retrospektiven Einschätzung der befragten Ärzt:innen.

Weiters können Kausalzusammenhänge zwischen der Veränderung der Work-Life-Balance und den abgefragten Gründen für die Steigerung oder Senkung der Work-

Life-Balance nicht direkt nachgewiesen, sondern nur anhand der Angaben der befragten Ärzt:innen analysiert werden.

Außerdem ist klar, dass Inhaber:innen einer PVE in Österreich keine repräsentative Teilmenge aller Ärzt:innen in Österreich sind, womit die Studie natürlich nur die Veränderung der Work-Life-Balance derjenigen Ärzt:innen abfragt und abfragen kann, die sowieso eine PVE gründen bzw. als Inhaber:in einsteigen wollten. Diese Personengruppe wird wahrscheinlich eine eher positive Grundeinstellung zur Inhaberschaft einer PVE haben, weil sie ja ansonsten ihre persönlichen Lebensentscheidungen initial schon anders getroffen hätte.

Diese Einschränkung wird nicht nur in Kauf genommen, sondern ist sogar bewusst gewollt, denn die vorliegende Arbeit soll ja, falls Hypothese 1 bestätigt wird, die Ärzt:innen die sowieso Inhaber:innen einer PVE sein wollen, motivieren und nicht Ärzt:innen die eigentlich gar kein Interesse an dem Thema haben, zu etwas überreden.

3.2 Auswahl des Online-Tools

Der Fragebogen wurde mit Hilfe eines Online-Tools erstellt, das den Fragebogen in der Cloud gehostet, als Online-Website anbietet. Dabei wurde in der Auswahl des Online-Tools explizit auf ein modernes und rasch zu bedienendes User Interface, das eine einfache und geräteunabhängige Beantwortung ermöglicht, geachtet.

Weiters wurde darauf geachtet, dass das Online-Tool sämtliche geplanten Fragetypen unterstützen muss, was tatsächlich bei einem großen Teil der Tools nicht der Fall war.

Der Link zum Online-Fragebogen wurde in einer E-Mail an die PVEs ausgesandt, um eine leichte Erreichbarkeit der zu befragenden Ärzt:innen zu ermöglichen und eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen.

3.3 Validierung der gestellten Fragen

Seitens des Autors fanden zwei wichtige Validierungen der im Fragebogen gestellten Fragen vor Aussendung statt:

1. Inhaltliche Validierung
2. Statistische Validierung

3.3.1 Inhaltliche Validierung

Eine inhaltliche Validierung fand in mehrerer Hinsicht statt.

Es wurde seitens des Autors geprüft, ob der Fragebogen in seiner aktuellen Form die Beantwortung der Hypothesen unter Einhaltung des Study Protocols ermöglicht.

Der Fragebogen wurde zusätzlich im Vorfeld mit mehreren Proband:innen auf Verständlichkeit getestet, wobei sich teilweise Änderungsbedarf im Fragebogen ergab. Dieser Änderungsbedarf wurde umgesetzt und in anschließenden erneuten Tests war der Fragebogen für die Proband:innen inhaltlich gut verständlich und technisch leicht auszufüllen.

Sämtliche Antworten der Proband:innen des Testlaufs wurden vor Aussenden des Fragebogens an die zu befragenden Ärzt:innen durch den Autor im Online-Tool gelöscht, weswegen die erste valide Antwort nach Start der realen Befragung mit einer vID (=durchnummerierter Primärschlüssel) von 10 startet.

Zu guter Letzt wurde der Fragebogen dem Betreuer der vorliegenden Arbeit gezeigt und eventuelle offene Fragestellungen abgeklärt.

3.3.2 Statistische Validierung

Die Universität des Autors bietet durch ihren Fachbereich Biostatistik und Data Science dankenswerterweise das Service einer ‚Statistik-Beratung‘⁽³⁷⁾ an. Dies soll

‚dazu beitragen, durchdachte Fragestellungen für die Forschung zu formulieren, die Qualität der Studiendesigns langfristig zu heben und damit hochwertige Publikationen zu ermöglichen, die den hohen Anforderungen an die Qualität der Primärdaten in internationalen Peer Review-Verfahren gerecht werden‘⁽³⁷⁾.

Dieses Service wurde seitens des Autors in Anspruch genommen, und im Zuge dessen wurden Abänderungen des Fragebogens besprochen. Diese Abänderungen (hauptsächlich Veränderung von Antwortskalen und Sicherstellung, dass Antwortmöglichkeiten als Auswahl vorgegeben werden) wurden entsprechend umgesetzt.

3.4 Stichprobenauswahl

3.4.1 Vorgaben aus dem Study Protocol

Die Studie umfasst ärztliche Gründer:innen von Primärversorgungseinheiten sowie Ärzt:innen, die als Inhaber:innen in eine Primärversorgungseinheit später eingestiegen sind. Dabei handelt es sich ausschließlich um PVEs in Österreich, wobei keine weitere geographische oder demographische Einschränkung vorgenommen wird.

Die Zielgruppe sind demnach Ärzt:innen, die als Mitgründer:innen oder Miteigentümer:innen einer PVE in Österreich tätig sind.

Einschlusskriterium ist, dass die Ärzt:innen Inhaber:innen einer Primärversorgungseinheit in Österreich sind.

Ausschlusskriterium ist, die Zugehörigkeit zu ausschließlich anderen Berufsgruppen, die ebenfalls Inhaber:innen einer PVE sein können (z.B. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder andere Gesundheitsberufe). Ebenso werden institutionelle Träger wie Krankenhäuser oder andere Organisationen, die als Eigentümer von PVEs auftreten, von der Teilnahme ausgeschlossen.

3.4.2 Beschaffung der Kontaktdaten

Die Beschaffung der notwendigen Kontaktdaten gestaltete sich relativ einfach, denn die Plattform Primärversorgung stellt auf ihrer Website ‚PVE-Landkarte‘⁽⁹⁾ die Kontaktdaten für alle aktuell gegründeten PVEs in Österreich zur Verfügung.

Im Vorfeld wurde mündlich mit Vertreter:innen der Plattform Primärversorgung positiv erläutert, dass die Liste auf der Website den aktuellen Datenbestand darstellt, und dass der Autor dieser Arbeit die Kontaktdaten von der Website nutzen darf.

Die Daten von dieser PVE-Landkarte wurden vom Autor von der Webseite händisch extrahiert und so abgespeichert, dass eine spätere, direkte Adressierung jeder einzelnen PVE mit ihrem offiziellen Namen als Anrede in der ausgesandten E-Mail möglich war.

In Anbetracht der zum Zeitpunkt der Fragebogen Aussendung geringen Anzahl von PVEs von unter 100 wurde jede einzelne PVE als Adressat ausgewählt. Auf die

Bildung von stichprobenartigen Teilmengen wurde verzichtet, es handelt sich um eine Vollerhebung der Grundgesamtheit.

Falls eine PVE in der Form eines Primärversorgungsnetzwerkes geführt wurde, dann wurden, falls vorhanden, die Daten jeder einzelnen am Netzwerk teilnehmenden Ordination erhoben.

Dadurch ergab sich eine Summe von 107 Adressaten.

3.5 Datenerhebung

Am 25.04.2025 wurde eine E-Mail an alle 107 Adressaten ausgesandt. Die Empfänger:innen wurden gebeten, die E-Mail an die ärztlichen Inhaber:innen der PVE weiterzuleiten.

Am 02.05.2025 wurde als Antwort auf die erste E-Mail eine weitere E-Mail an alle 107 Adressaten ausgesandt. In dieser E-Mail wurde um die nochmalige Weiterleitung an die ärztlichen Inhaber:innen der PVE gebeten und dabei noch einmal darauf hingewiesen, dass sich die Umfrage tatsächlich an jede:n einzelne:n Inhaber:in der PVE richtet.

Die PVEs wurden in der Anrede der ersten E-Mail mit dem Namen der jeweiligen PVE adressiert. Dadurch soll die Gefahr des vorzeitigen Ausfilterns der ausgesandten E-Mails durch eventuelle Spam-Filter reduziert werden.

Der Link zum Online-Fragebogen wurde in der E-Mail explizit nicht personalisiert, damit eine rückwirkende Zuordnung der antwortenden Ärzt:in zur PVE nicht möglich ist.

Per 20.05.2025 wurde die Datenerhebung beendet, wobei zu diesem Zeitpunkt nach Anwenden aller Ein- und Ausschlusskriterien gemäß Study Protocol eine gültige und auswertbare Anzahl von mehr als 30 beantworteten Fragebögen gezählt werden konnte. Mit dem Betreuer dieser Arbeit wurde die Anzahl von 30 als Minimum für eine anschließende, gültige Auswertung vereinbart und entsprechend im Study Protocol angegeben.

3.6 Datenbeschreibung

Die Beschreibung der im IBM SPSS Statistics erhobenen Variablen ist im Anhang einzusehen (siehe Anhang 2 Statistische Auswertungen).

3.7 Datenanalyseverfahren

Die Auswertung der Daten erfolgt mit Hilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics Version 30.0.0.0 (172). Das ausgewählte Online-Tool für den Fragebogen ermöglicht einen Export sämtlicher erhobener Daten als .sps Datei für den geskripteten Import in SPSS.

Seitens des Autors wurde im Online-Tool jede einzelne Frage für eine optimale Verwendung kodiert. Sollte ein:e befragte:r Ärzt:in bei einer optionalen Frage keine Antwort geliefert haben, wurde die Antwort zu dieser Frage mit dem Wert -99 kodiert.

Die vom Online-Tool exportierte .sps Datei wurde seitens des Autors wegen minimaler syntaktischer Fehler vor dem Import korrigiert, wobei dabei keine Veränderung der zu importierenden Daten vorgenommen wurde.

Im Vorfeld wurden seitens des Autors für die anschließende Datenbearbeitung im IBM SPSS Statistics eine Reihe an Skripts entwickelt, die sämtliche Datenbearbeitung und -analyse verschriftlicht und wiederholbar gestaltet.

Sämtliche vom Autor entwickelte Skripte sind im Anhang einzusehen (siehe Anhang 2 Statistische Auswertungen)

Bei deskriptiven Statistiken werden für alle Mittelwerte auch die Standardabweichungen berechnet.

Bei inferenzstatistischen Analysen werden nur die Werte angegeben, die für den statistischen Nachweis erforderlich sind (z.B. p-Wert).

Folgend werden die Skripte, die für die Prüfung der Hypothese 1 und 2 notwendig sind, beschrieben:

3.7.1 #01 - Variablen umwandeln und erweitern

In diesem Skript werden initial den Variablen das korrekte Attribut „Measure“ zugewiesen, konkret wurde für dieses Attribut entschieden, welche Variablen „Ordinal“, „Nominal“ oder „Scale“ sind.

Im Anschluss werden die Wertebeschriftungen für jede Variable eingeführt, bzw. falls Wertebeschriftungen schon vorhanden waren, diese erweitert. Für den Wert 99 (=keine Antwort wurde vergeben), wurde seitens des Autors entschieden, dass für die anschließende, einfachere Lesbarkeit, die Wertebeschriftung „.“ (=Punkt) vorgenommen wird.

Ebenso wird das Attribut „Missing“ bei allen notwendigen Variablen, falls nicht korrekt vorhanden, gesetzt.

3.7.2 #02 - Ein und Ausschlusskriterien prüfen

In diesem Skript wird geprüft, ob die Ein-/Ausschlusskriterien gemäß Study Protocol erfüllt sind, konkret ob die beantwortende Person aktuell ein:e ärztliche Inhaber:in einer Primärversorgungseinheit ist. Sollte dieses Einschlusskriterium nicht erfüllt sein, dann wurde der Datensatz vom Datenset entfernt.

Ebenso wird geprüft, ob seitens der/des befragte:n Ärzt:in sämtliche Pflichtwerte ausgefüllt worden sind, und falls nicht wird der Datensatz als unvollständige Antwort ebenfalls vom Datenset entfernt.

Das Ergebnis dieser Prüfung wird im Kapitel Ergebnisse (siehe Kapitel 5.1 Rücklaufquote und Ausschlusskriterien) dargestellt.

3.7.3 #03 - Neue Variablen einfuehren

In diesem Skript werden zwei neue Variablen eingeführt: WLBDifferenz und VAnstVsSelbst.

3.7.3.1 WLBDifferenz

WLBDifferenz ist eine Variable, in der der „Unterschied in Work-Life-Balance zwischen Davor und Jetzt“ dargestellt wird, indem der Wert der Work-Life-Balance vor der Gründung einer oder dem Einstieg als Inhaber:in in eine PVE vom Wert der aktuellen Work-Life-Balance subtrahiert wird.

Die Berechnung dieser Variable findet skriptgesteuert und damit bei Durchlaufen des Skripts automatisch im IBM SPSS Statistics statt.

Diese Variable wird für die Auswertung der Hypothese 1 benötigt.

3.7.3.2 VAnstVsSelbst

VAnstVsSelbst ist eine Variable, die darstellen soll, ob ein:e befragte:r Ärzt:in vor der Inhaberschaft einer PVE in einem angestellten oder in einem selbständigen Beschäftigungsverhältnis stand bzw. ob beides der Fall war. Diese Variable ist für die Auswertung der Hypothese 2 wichtig, da ja dort zwischen Ärzt:innen mit vorheriger Anstellung vs. Ärzt:innen in vorheriger selbständiger Tätigkeit unterschieden werden soll.

Auch diese Variable wird initial skriptgesteuert, also beim Durchlaufen des Skripts automatisch befüllt. Zusätzlich muss der Autor jedoch die schon vorhandene Variable VAnderesWas prüfen, denn in dieser Variable ist notiert, falls ein:e befragte:r Ärzt:in mit Freitext ein anderes früheres Beschäftigungsverhältnis angegeben hat, als in der Mehrfachauswahl im Fragebogen seitens des Autors angeboten wurde.

Diese Variable wird für die Auswertung der Hypothese 2 benötigt.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass der Inhalt dieser Variable bei in Summe acht Datensätzen seitens des Autors manuell korrigiert werden musste. Dies geschah ausschließlich dann, wenn im Freitextfeld durch die/den befragte:n Ärzt:in eine eindeutige selbständige Tätigkeit beschrieben wurde (z.B. „Vertretungsärztin“), womit der Inhalt der Variable VAnstVsSelbst korrekterweise von „Anstellung“ auf „Beides“ geändert wurde.

3.7.4 #04 - Hypothese 1 pruefen

In diesem Skript wird die Hypothese 1 automatisch geprüft, wobei im Skript Kommentare seitens des Autors hinterlegt worden sind, damit die Prüfkriterien wiederholbar und jedes Mal einheitlich ausgewertet werden können.

Da es sich bei diesem Skript um einen essenziellen Bestandteil der wissenschaftlich korrekten Auswertung handelt, sei das Skript an dieser Stelle abgebildet:

```

1  * Encoding: UTF-8.
2  * Hypothese 1: steigt die Work-Life-Balance durch die Gründung oder den Einstieg in ein PVE?.
3
4  * Encoding: UTF-8.
5  * Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung.
6  EXAMINE VARIABLES=WLBDifferenz
7  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
8  /COMPARE GROUPS
9  /STATISTICS DESCRIPTIVES
10 /CINTERVAL 95
11 /MISSING LISTWISE
12 /NOTOTAL.
13
14
15 * Tabelle Test of Normality, Shapiro-Wilk , Sig. (=p) >= 0.05 --> Normalverteilung gegeben.
16 * Daher nun t-Test gegen 0.
17
18 T-TEST
19 /TESTVAL=0
20 /MISSING=ANALYSIS
21 /VARIABLES=WLBDifferenz
22 /ES DISPLAY(TRUE)
23 /CRITERIA=CI(.95).
24
25 * Tabelle One-Sample Test, Significance One-Sided p, <= 0.05 --> Signifikanz gegeben.
26 * Mean Difference > 0 --> Mittelwert ist positiv --> Verbesserung vorhanden.
27 * 95% Confidence Interval of the Difference, Werte sind beide pos oder beide negativ.
28 * --> Hypothese bestätigt.
29
30 * Daten ins Excel exportieren, und dort Boxplots erzeugen.
31

```

Abbildung 5: SPSS-Skript für Hypothese 1

Initial prüft das Skript mit Hilfe eines Shapiro-Wilk-Test, ob die Daten der Variable WLBDifferenz (siehe Kapitel 3.7.3.1 WLBDifferenz) normalverteilt sind. Sollte nach Ausführen dieses Teils des Skripts in der Ergebnistabelle „Test of Normality“, unter „Shapiro-Wilk“, der Wert „Sig.“ > 0.05 sein, dann wird eine Normalverteilung angenommen und es kann mit dem zweiten Teil des Skripts fortgefahren werden.

Im zweiten Teil des Skripts wird ein t-Test gegen 0 durchgeführt. Sollte in der Ergebnistabelle „One-Sample Test“, der Wert „Significance One-Sided p“ ≤ 0.05 sein dann wird gemäß Forschungsdesign (siehe Kapitel 3.1.1 Hypothese 1) das Ergebnis als statistisch relevant eingestuft. Da die Hypothese ausschließlich eine Steigerung der Work-Life-Balance annimmt (und nicht eine Änderung in jegliche Richtung), wurde die Entscheidung bewusst für einen einseitigen und nicht zweiseitigen Test des Signifikanzniveaus getroffen.

Im Anschluss wird die „Mean Difference“ ausgewertet. Sollte diese positiv sein, dann ist der Mittelwert der Variable positiv, womit eine Steigerung der Work-Life-Balance stattgefunden hat und die Hypothese 1 bestätigt ist.

Die Ergebnisse der Auswertung der Hypothese 1 werden als SPSS Output Datei abgespeichert.

3.7.5 #05 - Hypothese 2 pruefen

In diesem Skript wird die Hypothese 2 automatisch geprüft, wobei im Skript Kommentare seitens des Autors hinterlegt worden sind, damit die Prüfkriterien wiederholbar und jedes Mal einheitlich ausgewertet werden können.

Da es sich bei diesem Skript ebenso um einen essenziellen Bestandteil der wissenschaftlich korrekten Auswertung handelt, sei auch das Skript an dieser Stelle abgebildet:

```

1  * Encoding: UTF-8.
2  * Hypothese 2: Der Anstieg der Work-Life-Balance ist bei vorher nur angestellten Gründern signifikant höher, als bei vorher nur selbständigen.
3
4  * Filtern auf die Fälle wo nur Anstellung oder nur Selbständig in der Variable steht.
5  SELECT IF (VAnstVsSelbst = 1 OR VAnstVsSelbst = 2).
6  EXECUTE.
7
8
9  * Normalverteilung innerhalb jeder Gruppe prüfen.
10 EXAMINE VARIABLES=WLBDifferenz BY VAnstVsSelbst
11    /PLOT BOXPLOT NPLOT
12    /COMPARE GROUPS
13    /STATISTICS DESCRIPTIVES
14    /CINTERVAL 95
15    /MISSING LISTWISE
16    /NOTOTAL.
17
18 *Test of Normality, für Anstellung und Selbständigkeit, Shpauro-Wilk, Sig. (p) > 0.05 --> Normalverteilung gegeben --> T-Test zulässig.
19
20
21 * T-Test.
22 T-TEST GROUPS=VAnstVsSelbst(1 2)
23   /MISSING=ANALYSIS
24   /VARIABLES=WLBDifferenz
25   /ES DISPLAY(TRUE)
26   /CRITERIA=CI(.95).
27
28 * Independent Samples Test, Levene's Test, Sig. (p) > 0.05 --> Varianzgleichheit gegeben --> T-Test gültig.
29
30 * prüfen ob in Tabelle Group Statistics Mean, der Wert zwischen Anstellung und Selbständig unterschiedlich ist.
31 * prüfen ob in der Tabelle Independent Samples Test, unter Significance, One-Sided p, der Wert <0.05 ist --> statistisch signifikant.
32 * beides erfüllt? -> Hypothese 2 bestätigt.
33

```

Abbildung 6: SPSS-Skript für Hypothese 2

In diesem Skript werden initial nur die Datensätze zugelassen, bei denen in der Variable VAnstVsSelbst (siehe Kapitel 3.7.3.2 VAnstVsSelbst) entweder ausschließlich eine Anstellung oder ausschließlich eine selbständige Tätigkeit vor der Inhaberschaft einer PVE angegeben worden sind.

Datensätze bei denen als Antwort „Beides“ (also sowohl eine Anstellung als auch eine selbständige Tätigkeit) als Berufsverhältnis vor der Inhaberschaft einer PVE angegeben worden sind, wurden gemäß Forschungsdesign vor Prüfung der Hypothese 2 aus dem Datenset entfernt (siehe Kapitel 3.1.2 Hypothese 2).

Im Anschluss findet ein „Test of Normality“ statt, wobei die Normalverteilung der Variable WLBDifferenz geprüft wird, jedoch die Datensätze in zwei Gruppen nach

der Variable VAnstVsSelbst aufgeteilt werden. Sollte in der Ergebnistabelle „Test of Normality“ sowohl in der Zeile „Anstellung“ als auch in der Zeile „Selbständig“ jeweils unter „Shapiro-Wilk“ ein „Sig.“ Wert von >0.05 vorhanden sein, dann ist eine Normalverteilung gegeben.

In diesem Fall wird nun ein t-Test mit der Variable WLBDifferenz durchgeführt, wobei die Datensätze nach der Variable VAnstVsSelbst in zwei Gruppen aufgeteilt werden.

Sollte in der Ergebnistabelle „Independent Samples Test“, unter „Levene’s Test“ der Wert „Sig.“ > 0.05 sein, dann ist eine Varianzgleichheit gegeben, und der t-Test wird als gültig betrachtet.

Außerdem wird in der gleichen Ergebnistabelle geprüft, ob unter „Significance“ der „One-Sided p“ Wert ≤ 0.05 ist, und damit statistische Signifikanz gegeben ist. Da die Hypothese ausschließlich eine höhere Steigerung der Work-Life-Balance bei vorher „Angestellten“ versus „Selbständigen“ annimmt (und nicht eine Änderung in jegliche Richtung) wurde die Entscheidung bewusst für einen einseitigen und nicht zweiseitigen Test des Signifikanzniveaus getroffen.

Im Anschluss wird geprüft ob in der Ergebnistabelle „Group Statistics Mean“, der Wert zwischen „Anstellung“ und „Selbständig“ unterschiedlich ist. Falls der Wert bei „Anstellung“ höher ist als bei „Selbständig“, dann ist damit die Hypothese 2 bestätigt.

Die Ergebnisse der Auswertung der Hypothese 2 werden als SPSS Output Datei abgespeichert.

3.7.6 Qualitätsüberprüfung

Sämtliche Skripts wurden vom Autor qualitätsüberprüft und die ausgewerteten Ergebnisse nach Durchlauf der Skripts wurden auf Plausibilität geprüft und validiert.

3.7.7 Graphische Darstellung

Für die graphische Darstellung sämtlicher Auswertungen in modernem Format wurde Microsoft Excel Version 16.97 als Teil einer Microsoft 365 Subscription verwendet.

Die Entscheidung zur Darstellung in Microsoft Excel wurde vom Autor getroffen, da dort eine graphisch modernere Darstellung mit mehr Einstellmöglichkeiten gegeben ist.

4 Aufbau des Fragebogens

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurden einige Aspekte berücksichtigt, wobei diese nach den einzelnen Abschnitten des Fragebogens dargestellt werden.

Je nach gegebenen Antworten und im Anschluss aufklappenden weiteren Fragen, mussten die befragten Ärzt:innen bis zu 46 verschiedene Fragen beantworten. Im Kontext dieser hohen Anzahl wurde entschieden, nur drei Fragen als Pflichtfelder zu markieren.

Dadurch soll den befragten Ärzt:innen die Möglichkeit geboten werden, Fragen, die für die finale wissenschaftliche Analyse nicht zwingend notwendig sind, zu überspringen.

Die drei Pflichtfragen werden in den kommenden Abschnitten explizit als solche erwähnt.

Folgend wird jeder Abschnitt des finalen Fragebogens ausführlich erläutert. Im Anhang befinden sich Screenshots des kompletten Fragebogens (siehe Anhang 1 Fragebogen).

4.1 Abschnitt 1: Einleitung und Einverständniserklärung

Da die vorliegende Arbeit keine Patient:innendaten erfasst, war gemäß Rückfrage beim Vizerektorat für Lehre der Universität kein Antrag an die Ethikkommission notwendig. Gleichzeitig gab jedoch das Vizerektorat vor, dass die zu befragenden Ärzt:innen der Verwendung ihrer Daten in anonymisierter Form zustimmen müssen. Der Autor dieser Arbeit entschied sich diese Anforderungen zu erfüllen, indem gleich zu Beginn des Fragebogens folgender Absatz vermerkt wurde:

„Die Teilnahme ist freiwillig und anonym. Es werden keine personenbezogenen Daten (wie Name, E-Mail oder IP-Adresse) gespeichert. Die Auswertung erfolgt ausschließlich im Rahmen der Masterarbeit und in aggregierter Form. Mit dem Absenden des Fragebogens stimmen Sie der wissenschaftlichen Nutzung Ihrer Angaben zu.“⁽³⁸⁾

Weiters wird in der Einleitung klargestellt, dass der Fragebogen in geschätzten 5-10 Minuten ausfüllbar ist⁽³⁸⁾. Ohne besondere wissenschaftliche Relevanz sei kurz

erwähnt, dass nach Entfernung zweier Ausreißer, die vor Absenden den Fragebogen mehrere Stunden lang offen hatten, der mathematische Mittelwert für das Ausfüllen des Fragebogens bei 09:49 Minuten lag.

Außerdem werden die befragten Ärzt:innen in der Einleitung gebeten, die ‚Fragen so ehrlich und spontan wie möglich‘⁽³⁸⁾ zu beantworten.

4.2 Abschnitt 2: Beruflicher Werdegang vor der PVE-Gründung

Im Abschnitt 2 wird folgende Frage gestellt:

Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis?

Folgende sechs Antwortmöglichkeiten wurden zur Auswahl angeboten:

- „Medizinstudent:in“
- „Ärzt:in in Ausbildung“
- „Ärzt:in in Anstellung“
- „Ärzt:in mit eigener Ordination“
- „In Karenz oder beruflicher Pause“
- „Anderes: _____“

Die befragten Ärzt:innen konnten mehrere Optionen auswählen.

Wurde die Antwort „Ärzt:in in Anstellung“ ausgewählt, dann erschien im Anschluss eine zusätzliche Frage nach der Art der Anstellung, wobei aus den folgenden vier Optionen ausgewählt werden konnte:

- „Allgemeinmediziner:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“
- „Allgemeinmediziner:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“
- „Fachärzt:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“
- „Fachärzt:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“

Die befragten Ärzt:innen konnten bei dieser Zusatzfrage mehrere Optionen auswählen.

Wurde bei der ursprünglichen Frage die Antwort „Ärzt:in mit eigener Ordination“ ausgewählt, dann erschien im Anschluss eine zusätzliche Frage nach der Art der Ordination, wobei aus den folgenden drei Optionen ausgewählt werden konnte:

- „Kassenvertrag Einzelpraxis (auch bei geteiltem Kassenvertrag)“
- „Kassenvertrag Gruppenpraxis“
- „Wahlärzt:in“

Auch bei dieser Zusatzfrage konnten die befragten Ärzt:innen mehrere Optionen auswählen.

Eine der angebotenen Antwortmöglichkeiten ist ‚Medizinstudent:in‘. Falls diese Antwort angekreuzt wird, würde das bedeuten, dass die/der beantwortende Ärzt:in sehr rasch nach Abschluss ihrer/seiner Ausbildung zur/zum Ärzt:in mit selbständiger Berufsausübung Inhaber:in einer PVE wurde. Aus persönlichem Interesse des Autors wurde die Anzahl solcher „raschen Gründer:innen“ erhoben und ausgewertet.

4.3 Abschnitt 3: Beruflicher Werdegang nach der PVE-Gründung

Im Abschnitt 3 wird folgende Frage gestellt:

Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis?

Es wurden folgende sechs Antwortmöglichkeiten zur Auswahl angeboten:

- „Ärzt:in in Ausbildung“
- „Ärzt:in in Anstellung“
- „Ärzt:in mit eigener Ordination (außer Primärversorgungseinheit)“
- „Ärztliche:r Inhaber:in einer Primärversorgungseinheit (PVE)“
- „In Karenz oder beruflicher Pause“
- „Anderes: _____“

Die befragten Ärzt:innen konnten mehrere Optionen auswählen.

Diese Frage konnte nicht übersprungen werden, da sie ein Einschlusskriterium gemäß Study Protocol prüfte und dementsprechend im Online-Tool als **Pflichtfrage** markiert war.

Wurde die Antwort „Ärzt:in in Anstellung“ ausgewählt dann erschien im Anschluss eine zusätzliche Frage nach der Art der Anstellung, wobei aus den folgenden vier Optionen ausgewählt werden konnte:

- „Allgemeinmediziner:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“
- „Allgemeinmediziner:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“
- „Fachärzt:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“
- „Fachärzt:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“

Die befragten Ärzt:innen konnten bei dieser Zusatzfrage mehrere Optionen auswählen.

Wurde bei der ursprünglichen Frage die Antwort „Ärzt:in mit eigener Ordination“ ausgewählt dann erschien im Anschluss eine zusätzliche Frage nach der Art der Ordination, wobei aus den folgenden drei Optionen ausgewählt werden konnte:

- „Kassenvertrag Einzelpraxis (auch bei geteiltem Kassenvertrag)“
- „Kassenvertrag Gruppenpraxis“
- „Wahlärzt:in“

Auch bei dieser Zusatzfrage konnten die befragten Ärzt:innen mehrere Optionen auswählen.

Nur Fragebögen bei denen als Antwort „Ärztliche:r Inhaber:in einer Primärversorgungseinheit (PVE)“ ausgewählt wurde, wurden für die weitere Studie ausgewertet.

4.4 Abschnitt 4: Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance

Im Abschnitt 4 wird folgende Frage gestellt:

In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei?

Zur Auswahl wurden elf Faktoren gestellt. Diese wurden angelehnt an die ‚Motivatoren und Barrieren für Jungmediziner:innen‘⁽¹⁴⁾ für die Arbeit als ‚Hausarzt oder Hausärztin‘⁽¹⁴⁾, die wiederum durch die Plattform Primärversorgung auf Basis mehrerer Studien ausgearbeitet worden sind.

Die gefragten Faktoren waren:

- „Ich habe geregelte Arbeitszeiten.“

- „Ich kann meine Arbeitszeit selbstständig einteilen.“
- „Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir möglich.“
- „Mein Arbeitsalltag ist abwechslungsreich.“
- „Ich habe berufliche Autonomie.“
- „Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen.“
- „Ich arbeite im Team mit anderen Berufsgruppen zusammen.“
- „Mein Arbeitsplatz bietet mir Sicherheit.“
- „Mein Einkommen entspricht meinen Erwartungen.“
- „Meine Tätigkeit genießt ein hohes fachliches und gesellschaftliches Ansehen.“
- „Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin.“

Für jeden einzelnen Faktor konnte die/der befragte Ärzt:in auf einer Likert-Skala eine Antwort von 0 (=überhaupt nicht) bis 10 (=sehr stark) auswählen. Die damit elfstufige Skala wurde explizit seitens Statistikberatung der Universität für die genannte Fragestellung empfohlen.

4.5 Abschnitt 5: Allgemeine Einschätzung der Work-Life-Balance

In diesem Abschnitt wurden zwei für die vorliegende Arbeit äußerst zentrale Fragen gestellt:

- **Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer persönlichen Work-Life-Balance in den 5 Jahren vor der Gründung bzw. dem Einstieg als ärztliche:r Inhaber:in in eine Primärversorgungseinheit (PVE)?**
- **Wie zufrieden sind Sie seit der Gründung bzw. dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit (PVE)?**

Beide Fragen wurden seitens des Autors als **Pflichtfragen** einprogrammiert, da deren Beantwortung essenziell für die spätere Auswertung der Hypothese 1 ist.

Für beide Fragen wurde eine nun veränderte Likert-Skala von -5 (=überhaupt nicht) bis +5 (=sehr zufrieden) angeboten, wobei die befragten Ärzt:innen explizit und sehr deutlich auf die Veränderung der Skala hingewiesen worden sind.

Die Skala wurde seitens des Autors deswegen verändert, weil bei der Work-Life-Balance durchaus auch die Rückmeldung einer negativen Antwort ermöglicht werden sollte. Diese Abänderung der Skala wurde ebenfalls mit den Expert:innen der Statistikberatung der Universität besprochen und für zulässig befunden.

4.6 Abschnitt 6: Veränderung einzelner Einflussfaktoren durch die PVE-Gründung

In Abschnitt 6 wurde folgende Frage gestellt:

Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert?

Die gefragten Faktoren waren wieder:

- „Ich habe geregelte Arbeitszeiten.“
- „Ich kann meine Arbeitszeit selbstständig einteilen.“
- „Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir möglich.“
- „Mein Arbeitsalltag ist abwechslungsreich.“
- „Ich habe berufliche Autonomie.“
- „Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen.“
- „Ich arbeite im Team mit anderen Berufsgruppen zusammen.“
- „Mein Arbeitsplatz bietet mir Sicherheit.“
- „Mein Einkommen entspricht meinen Erwartungen.“
- „Meine Tätigkeit genießt ein hohes fachliches und gesellschaftliches Ansehen.“
- „Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin.“

Da eine Veränderung sowohl positiver als auch negativer Natur sein kann, wurde wieder eine veränderte Likert-Skala von -5 (=deutlich verschlechtert) bis +5 (deutlich verbessert) angeboten.

Auch bei dieser Frage wurde auf die Veränderung der Skala gegenüber den befragten Ärzt:innen deutlich hingewiesen.

Anhand der Kombination der Antworten auf die Fragen aus den Abschnitten 4 und 6 kann erkannt werden, ob für die befragten Ärzt:innen eher wichtige oder eher unwichtige Faktoren durch die Inhaberschaft einer PVE verändert worden sind.

4.7 Abschnitt 7: Offene Fragen

In diesem Abschnitt wurden den befragten Ärzt:innen zwei Fragen gestellt:

- **Was waren die größten Anfangsschwierigkeiten beim Gründen bzw. beim Einstieg als Inhaber:in in eine PVE?**
- **Was könnte aus heutiger Sicht zu einer (weiteren) Verbesserung Ihrer persönlichen Work-Life-Balance beitragen?**

Bei beiden Fragen wurden auf die Vorgabe von Antwortmöglichkeiten verzichtet, und den befragten Ärzt:innen jeweils ein Freitextfeld zur Beantwortung der Fragen angezeigt.

4.8 Abschnitt 8: Berufliche und demografische Angaben

In diesem Abschnitt wurden mehrere berufliche und soziodemografische Fragen gestellt:

4.8.1 Gründungsjahr

Die Frage lautete:

Wann wurde die PVE, in der Sie aktuell tätig sind, gegründet?

Als Antwortmöglichkeiten wurden die Jahreszahlen 2015 bis 2025 jeweils einzeln zur Auswahl angeboten.

Die befragten Ärzt:innen konnten nur ein Gründungsjahr auswählen.

4.8.2 Inhaberschaft seit

Die Frage lautete:

Seit wann sind Sie ärztliche:r Inhaber:in dieser PVE?

Bei dieser Frage wurde erklärt, dass damit erhoben wird ,ob Sie seit der Gründung oder erst später als Inhaber zugestiegen sind‘ ⁽³⁸⁾.

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Jahreszahlen 2015 bis 2025 jeweils einzeln zur Auswahl angeboten.

Die befragten Ärzt:innen konnten nur eine Antwort auswählen.

4.8.3 Form der PVE

Die Frage lautete:

Welche Form der PVE betreiben Sie?

Es wurden folgende zwei Möglichkeiten zur Auswahl angeboten:

- „Primärversorgungszentrum [PVZ]“
- „Primärversorgungsnetzwerk [PVN]“

Die befragten Ärzt:innen konnten nur eine Form auswählen.

4.8.4 Rechtsform der PVE

Die Frage lautete:

In welcher Rechtsform ist Ihre PVE organisiert?

Es wurden folgende sechs Möglichkeiten zur Auswahl angeboten:

- „GmbH“
- „OG (Offene Gesellschaft)“
- „Verein“
- „Genossenschaft“
- „Selbständiges Ambulatorium“
- „Andere: _____“

Die befragten Ärzt:innen konnten nur eine Form auswählen.

Falls die Antwort „Andere: _____“ ausgewählt wurde, so erschien ein Freitextfeld, in dem eine händische Angabe durch die/den befragte:n Ärzt:in möglich war.

4.8.5 Anzahl der Inhaber:innen

Die Frage lautete:

Wie viele Inhaber:innen hat Ihre PVE derzeit insgesamt?

Es wurden die Antwortmöglichkeiten 2 bis 9 jeweils einzeln zur Auswahl angeboten. Als höchste Auswahlmöglichkeit wurde „10 oder mehr“ angeboten.

Die befragten Ärzt:innen konnten nur eine Antwort auswählen.

4.8.6 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit

Die Frage lautete:

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich in allen ärztlichen Tätigkeiten?

Die befragten Ärzt:innen wurden gebeten zwei Antworten abzugeben:

- **in den 5 Jahren vor der Gründung bzw. dem Einstieg in die PVE**
- **aktuell**

Es wurden Werte zwischen 0 und 168 als Antwort akzeptiert.

4.8.7 Nicht-ärztliche:r Geschäftsführer:in vorhanden

Die Frage lautete:

Haben Sie in Ihrer Primärversorgungseinheit eine:n nicht-ärztliche:n Geschäftsführer:in?

Als Antwortmöglichkeiten wurden „Ja“ und „Nein“ angeboten.

4.8.8 Aktuelle ärztliche Qualifikation

Die Frage lautete:

Wie lautet Ihre aktuelle ärztliche Qualifikation?

Es wurden folgende zwei Möglichkeiten zur Auswahl angeboten:

- „Ärzt:in für Allgemeinmedizin (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)“
- „Fachärzt:in für ein anderes Fachgebiet“

Die befragten Ärzt:innen konnten eine Mehrfachauswahl vornehmen.

Bei Auswahl der zweiten Antwort, wurden die befragten Ärzt:innen gebeten das Fachgebiet in einem aufklappenden Freitextfeld anzugeben.

4.8.9 Altersgruppe

Die Frage lautete:

Bitte wählen Sie Ihre Altersgruppe aus.

Als Antwortmöglichkeiten wurden Altersgruppen zu jeweils fünf Jahren zur Auswahl angeboten (zB 20-24, 25-30, ...). Als Minimumalter für die Gründung oder den Einstieg als Inhaber:in in eine PVE wurde realistischerweise das Alter von 20 angenommen.

Da seit 01.01.2010 ein Kassenvertrag in Österreich – außer in Ausnahmefällen – im Alter von 70 Jahren enden würde ⁽³⁹⁾, wurde als obere Grenze im Fragebogen eine Altersgruppe mit dem Ergebnis „>70 Jahre“ zur Auswahl angeboten.

Die befragten Ärzt:innen konnten nur eine Altersgruppe auswählen.

4.8.10 Geschlecht

Die Frage lautete:

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

Es wurden folgende vier Möglichkeiten zur Auswahl angeboten:

- „Weiblich“
- „Männlich“
- „Divers“
- „Keine Angabe“

Die befragten Ärzt:innen konnten nur ein Geschlecht auswählen.

Es wurde bewusst auf die Diskussion biologisches versus soziales Geschlecht verzichtet, da das Ergebnis dieser Diskussion auf den Nachweis der Hypothesen dieser Arbeit keinen Einfluss nimmt.

4.8.11 Bundesland

Die Frage lautete:

In welchem Bundesland befindet sich Ihre Primärversorgungseinheit?

Es konnte jeweils nur ein österreichisches Bundesland ausgewählt werden.

4.9 Abschluss und Dank

Nach Beantwortung aller Fragen wurde den befragten Ärzt:innen für ihre Teilnahme gedankt und die Eingabe von allgemeinem Feedback in einem Freitextfeld ermöglicht.

5 Ergebnisse

5.1 Rücklaufquote und Ausschlusskriterien

Von 107 adressierten PVEs kamen in Summe 47 online ausgefüllte Antwortbögen zurück. Eine Rücklaufquote kann deswegen an dieser Stelle nicht berechnet werden, weil pro PVE mindestens zwei, eventuell auch mehr ärztliche Inhaber:innen vorhanden sind ⁽⁴⁾, und die genaue Zahl dieser ärztlichen Inhaber:innen durch den Autor dieser Arbeit nicht eruiert werden kann.

Der Rücklauf dieser 47 Antworten fand im Zeitraum 25.04.2025 bis 17.05.2025 statt.

Nach Durchlauf des Skriptes „#02 - Ein und Ausschlusskriterien prüfen“ (siehe Kapitel 3.7.2 #02 - Ein und Ausschlusskriterien prüfen) ergaben sich folgende Veränderungen im Datenset:

Tabelle 1: Anzahl auswertbarer Antworten

Beschriftung	Anzahl	Prozentuell
erhaltene Antworten	47	100 %
Einschlusskriterium nicht erfüllt	-4	8,51 %
unvollständig	-5	10,64 %
auswertbare Antworten	38	80,85 %

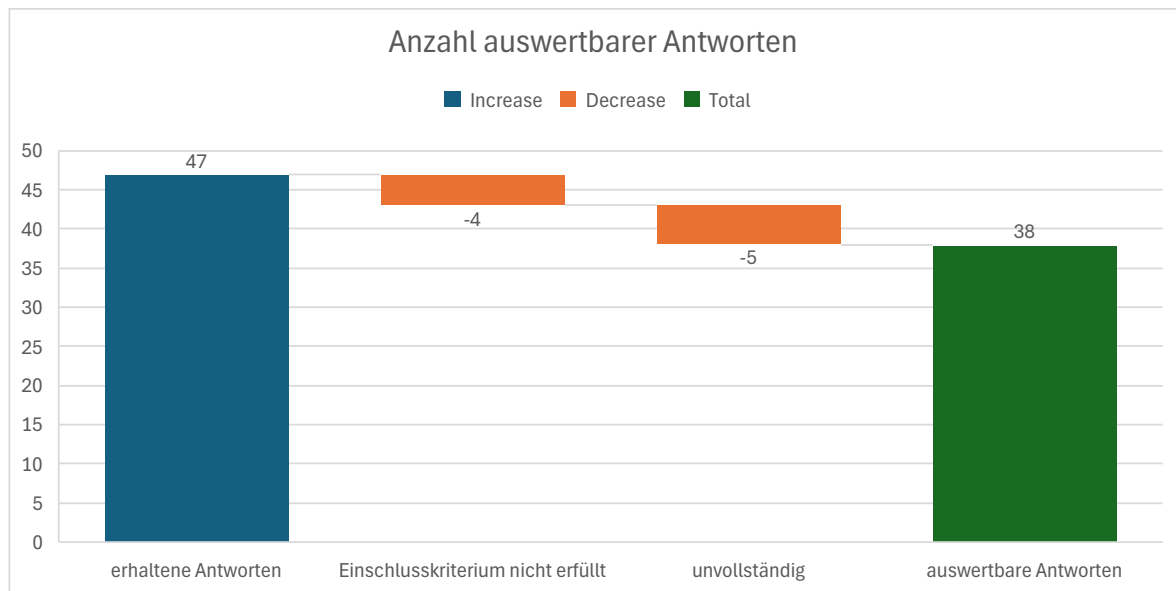


Abbildung 7: Anzahl auswertbarer Antworten

Die nach Prüfung sämtlicher Kriterien noch vorhandenen 38 Antworten wurden als Datenbasis für die weitere Auswertung verwendet.

Die im Study Protocol vereinbarte Anzahl von mindestens 30 Antworten wurde damit erfüllt.

5.2 Abschnitt 2: Beruflicher Werdegang vor der PVE-Gründung

Da eine Mehrfachauswahl möglich war, ist bei der kommenden Auswertung die Berechnung einer Gesamtsumme nicht sinnvoll.

Zur Frage nach dem Arbeitsverhältnis in den fünf Jahren vor der Inhaberschaft kam es zu folgender Verteilung der Antworten auf die Frage:

Tabelle 2: Verteilung der Art der Arbeitsverhältnisse in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

Art des Arbeitsverhältnisses	Anzahl
Medizinstudent:in	1
Ärzt:in in Ausbildung	9
Ärzt:in in Anstellung	17
Ärzt:in mit eigener Ordination	16
In Karenz oder beruflicher Pause	2
Anderes	8
keine Angabe	0

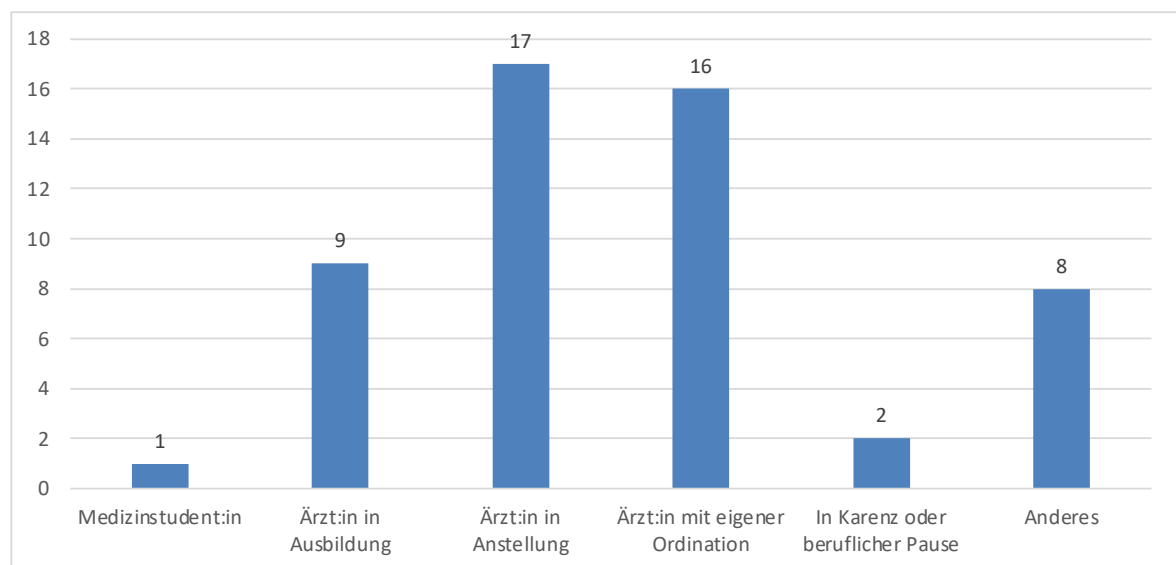


Abbildung 8: Verteilung der Art der Arbeitsverhältnisse in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

Tatsächlich zeigt die Auswertung, dass ein:e ärztliche Inhaber:in einer PVE in den letzten 5 Jahren vor der Inhaberschaft Medizinstudent:in war. Diese Fragestellung hatte der Autor aus persönlichen Gründen erforschen wollen (siehe Erläuterungen im Kapitel 3.1 Forschungsdesign).

Die befragten Ärzt:innen die als Art der Beschäftigung „Ärzt:in in Anstellung“ auswählten, beantworteten die anschließende Frage nach der Art der Anstellung wie folgt:

Tabelle 3: Verteilung der Art der Anstellungen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

Art der Anstellung	Anzahl
AM in Spital, Ambulanz oder NGO	12
AM in Ordination, Gruppenpraxis oder PVE	4
FA in Spital, Ambulanz oder NGO	4
FA in Ordination, Gruppenpraxis oder PVE	0
keine Angabe	1

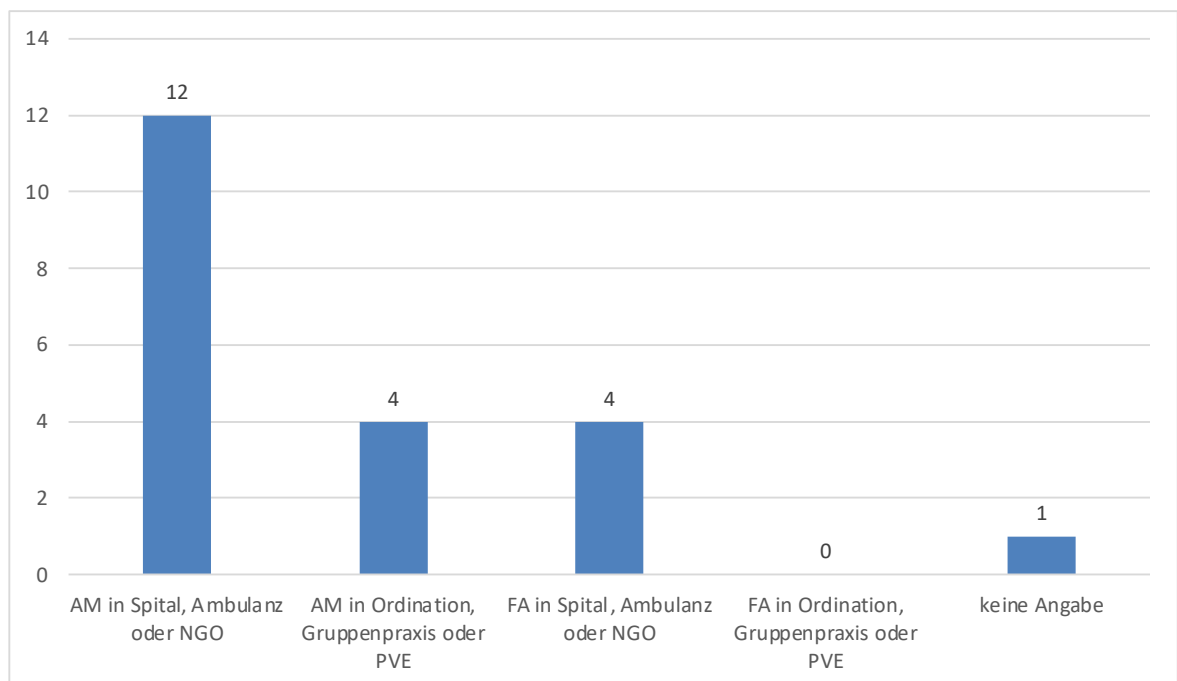


Abbildung 9: Verteilung der Art der Anstellungen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

Die befragten Ärzt:innen die als Art der Beschäftigung „Ärzt:in mit eigener Ordination“ auswählten, beantworteten die anschließende Frage nach der Art der Ordination wie folgt:

Tabelle 4: Verteilung der Art der Ordinationen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

Art der Ordination	Anzahl
Kassenvertrag Einzelpraxis	10
Kassenvertrag Gruppenpraxis	7
Wahlärzt:in	0
keine Angabe	0

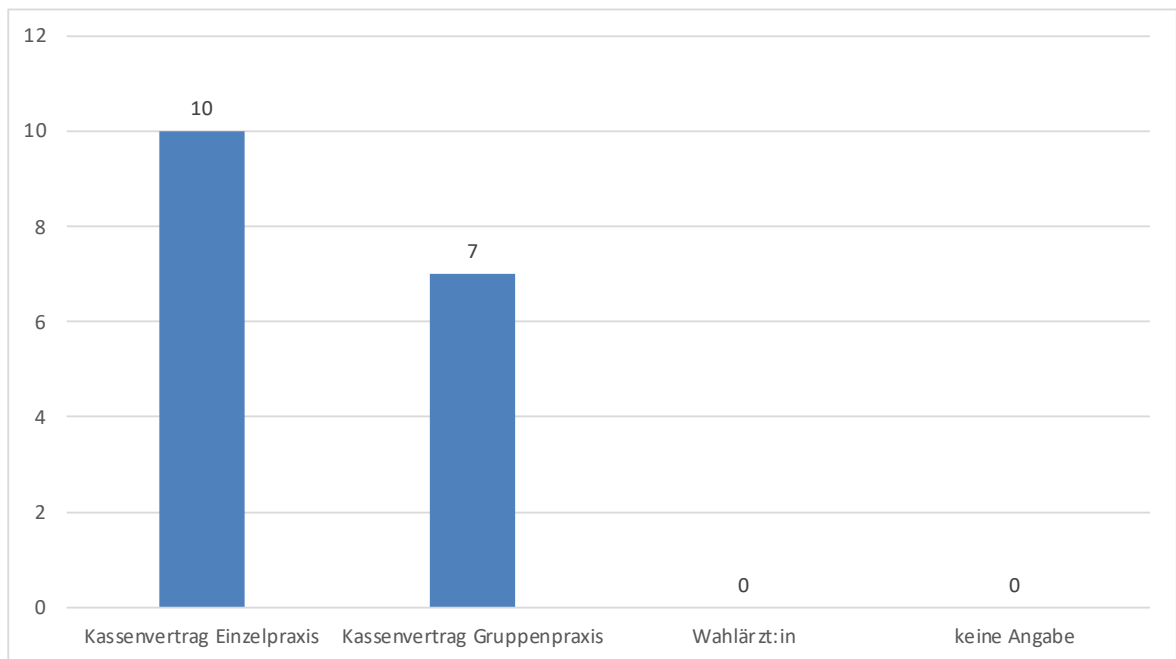


Abbildung 10: Verteilung der Art der Ordinationen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

Statistisch nicht relevant, aber eventuell interessant: Ein:e einzige:r befragte:r Ärzt:in wählte bei dieser Frage zwei Antworten aus: „Kassenvertrag Einzelpraxis“ und „Kassenvertrag Gruppenpraxis“. Da diese:r befragte:r Ärzt:in außerdem aktuell Inhaber:in einer PVE ist, welches ein Einschlusskriterium für diese Auswertung darstellt, sei darauf hingewiesen, dass sie/er damit innerhalb von fünf Jahren die drei wichtigsten Arten von Kassenverträgen erlebt hat.

Das ist der Moment, an dem sich der Autor wünscht, er könnte diese:r Ärzt:in noch genauer nach den persönlichen Erfahrungen interviewen, was jedoch aufgrund der Anonymität der erhobenen Daten nicht möglich ist. Was sehr wohl auswertbar, aber in diesem Fall nicht weiter interpretierbar ist, ist, dass diese:r eine:r Ärzt:in durch die Inhaberschaft einer PVE tatsächlich eine Senkung der Work-Life-Balance angegeben hat.

Unter den 8 befragten Ärzt:innen, die auf die ursprüngliche Frage nach der Art des Arbeitsverhältnisses in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft die Antwort „Anderes“ auswählten, wurden im Freitextfeld folgende Antworten angegeben:

Tabelle 5: Verteilung der anderen Art des Arbeitsverhältnisses in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

Art des anderen Arbeitsverhältnisses	Anzahl
Vertretungsärzt:in	6
Amtsärzt:in	1
Ärzt:in beim Ärztekundendienst	1
Management im Gesundheitsbereich	1
keine Angabe	0

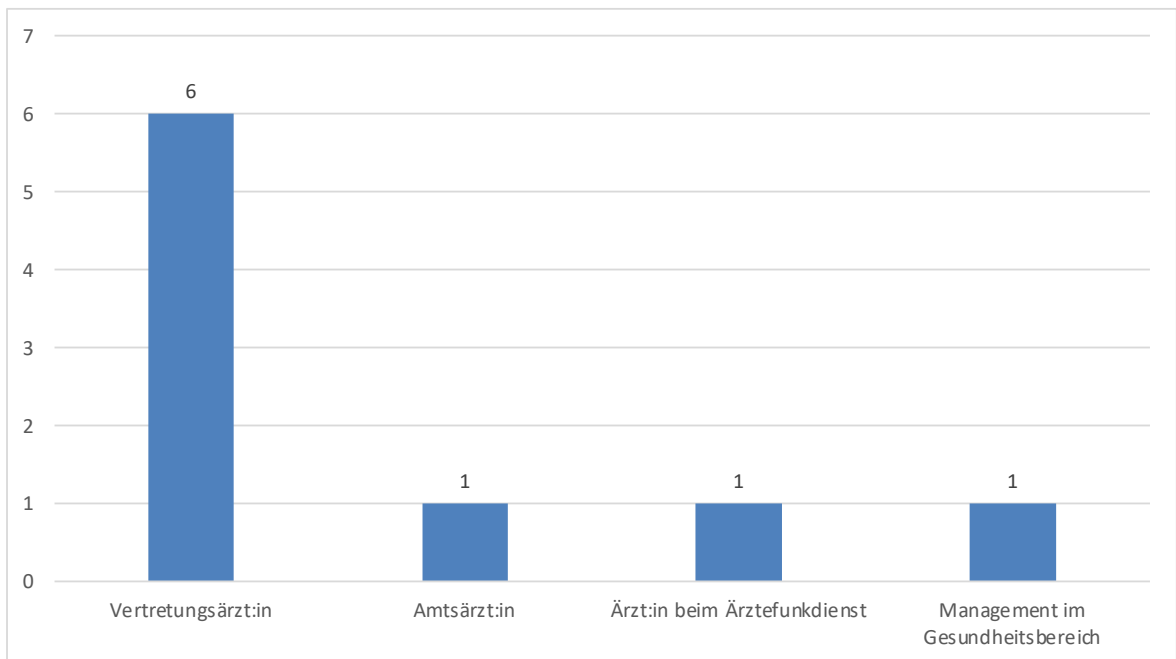


Abbildung 11: Verteilung der anderen Art des Arbeitsverhältnisses in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft

5.3 Abschnitt 3: Beruflicher Werdegang nach der PVE-Gründung

Da eine Mehrfachauswahl möglich war, ist bei der kommenden Auswertung die Berechnung einer Gesamtsumme nicht sinnvoll.

Zur Frage nach dem aktuellen Arbeitsverhältnis kam es zu folgender Verteilung der Antworten auf die Frage:

Tabelle 6: Verteilung der Art der aktuellen Arbeitsverhältnisse

Art des Arbeitsverhältnisses	Anzahl
Ärzt:in in Ausbildung	0
Ärzt:in in Anstellung	2
Ärzt:in mit eigener Ordination	1
Ärztliche:r Inhaber:in einer PVE	38
In Karenz oder beruflicher Pause	1
Anderes	1
keine Angabe	0

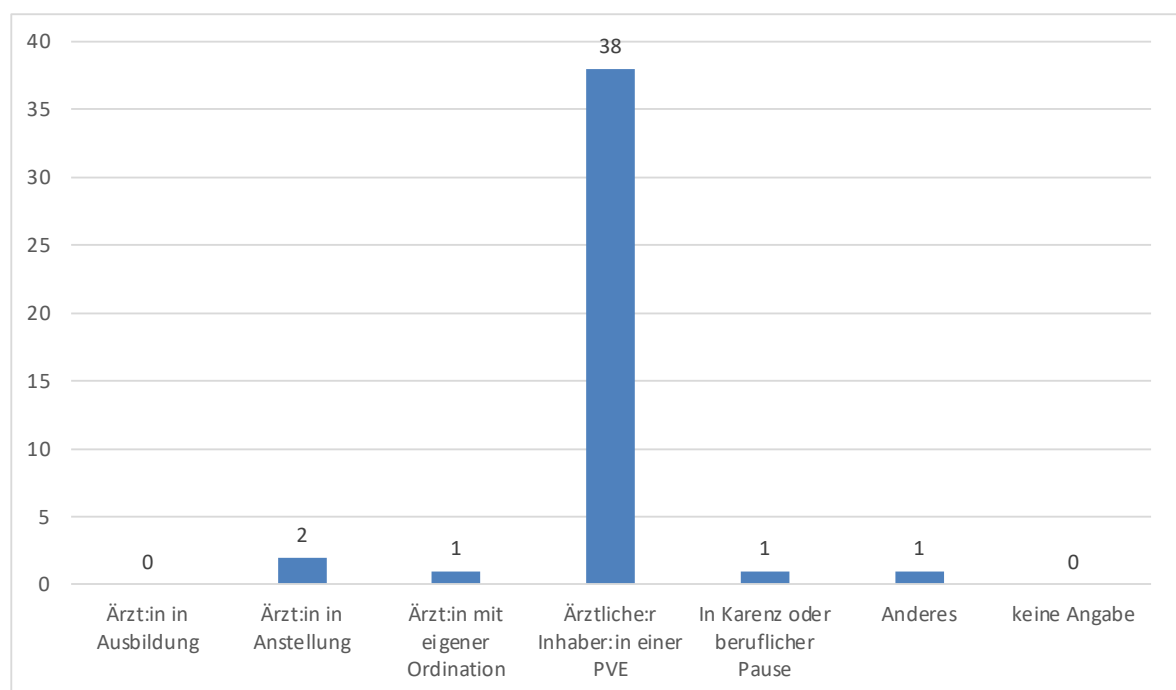


Abbildung 12: Verteilung der Art der aktuellen Arbeitsverhältnisse

Die befragten Ärzt:innen, die als Art der Beschäftigung „Ärzt:in in Anstellung“ auswählten, beantworteten die anschließende Frage nach der Art der Anstellung wie folgt:

Tabelle 7: Verteilung der aktuellen Art der Anstellungen

Art der Anstellung	Anzahl
AM in Spital, Ambulanz oder NGO	1
AM in Ordination, Gruppenpraxis oder PVE	1
FA in Spital, Ambulanz oder NGO	1
FA in Ordination, Gruppenpraxis oder PVE	0
keine Angabe	0

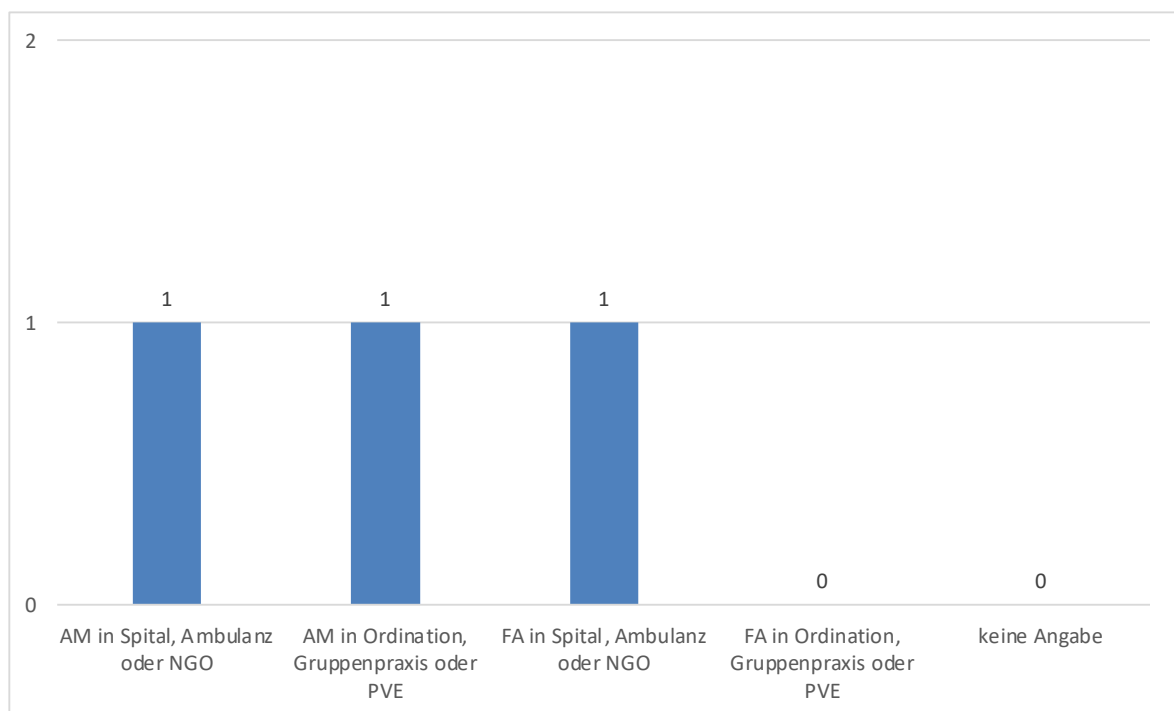


Abbildung 13: Verteilung der aktuellen Art der Anstellungen

Die befragten Ärzt:innen, die als Art der Beschäftigung „Ärzt:in mit eigener Ordination“ auswählten, beantworteten die anschließende Frage nach der Art der Ordination wie folgt:

Tabelle 8: Verteilung der aktuellen Art der Ordinationen

Art der Ordination	Anzahl
Kassenvertrag Einzelpraxis	1
Kassenvertrag Gruppenpraxis	0
Wahlärzt:in	0
keine Angabe	0



Abbildung 14: Verteilung der aktuellen Art der Ordinationen

Die/der eine befragte Ärzt:in, die/der auf die ursprüngliche Frage nach der Art des aktuellen Arbeitsverhältnisses die Antwort „Anderes“ auswählte, gab im Freitextfeld als Antwort „Selbständige:r Vertretungsärzt:in“ an.

5.4 Abschnitt 4: Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance

Die Frage war als optional markiert, es beantworteten jedoch alle 38 befragten Ärzt:innen diese Frage.

Zur Prüfung der internen Konsistenz der 11 Faktoren wurde eine Reliabilitätsanalyse mittels Cronbach's Alpha durchgeführt. Der berechnete Wert von $\alpha=0,726$ weist

auf eine akzeptable interne Konsistenz hin. Es ist daher gerechtfertigt, die 11 Faktoren als statistisch zusammengehörige Skala zu interpretieren.

Die durchschnittlichen Antworten auf die 11 Faktoren verteilen sich dabei wie folgt:

Tabelle 9: Verteilung der arbeitsbezogenen Faktoren mit prinzipiellem Einfluss auf Work-Life-Balance

Faktor	durchschnittliche Antwort
geregelte Arbeitszeiten	7,66 (SD: 2,42)
selbständige Einteilung	7,66 (SD: 1,96)
Vereinbarkeit Familie	8,58 (SD: 2,14)
Arbeitsalltag abwechslungsreich	8,29 (SD: 1,75)
berufliche Autonomie	8,21 (SD: 1,56)
ausreichend Zeit für Patient:innen	6,92 (SD: 2,73)
Arbeiten im Team	8,95 (SD: 1,31)
Arbeitsplatz bietet Sicherheit	8,47 (SD: 2,32)
Einkommen entspricht Erwartungen	8,37 (SD: 1,65)
fachliches und gesellschaftliches Ansehen	7,39 (SD: 2,26)
Eigene:r Chef:in	8,24 (SD: 2,49)

Um die genaue Verteilung besser zu zeigen, wurde eine Gesamtdarstellung in Form von 11 Boxplots gewählt:

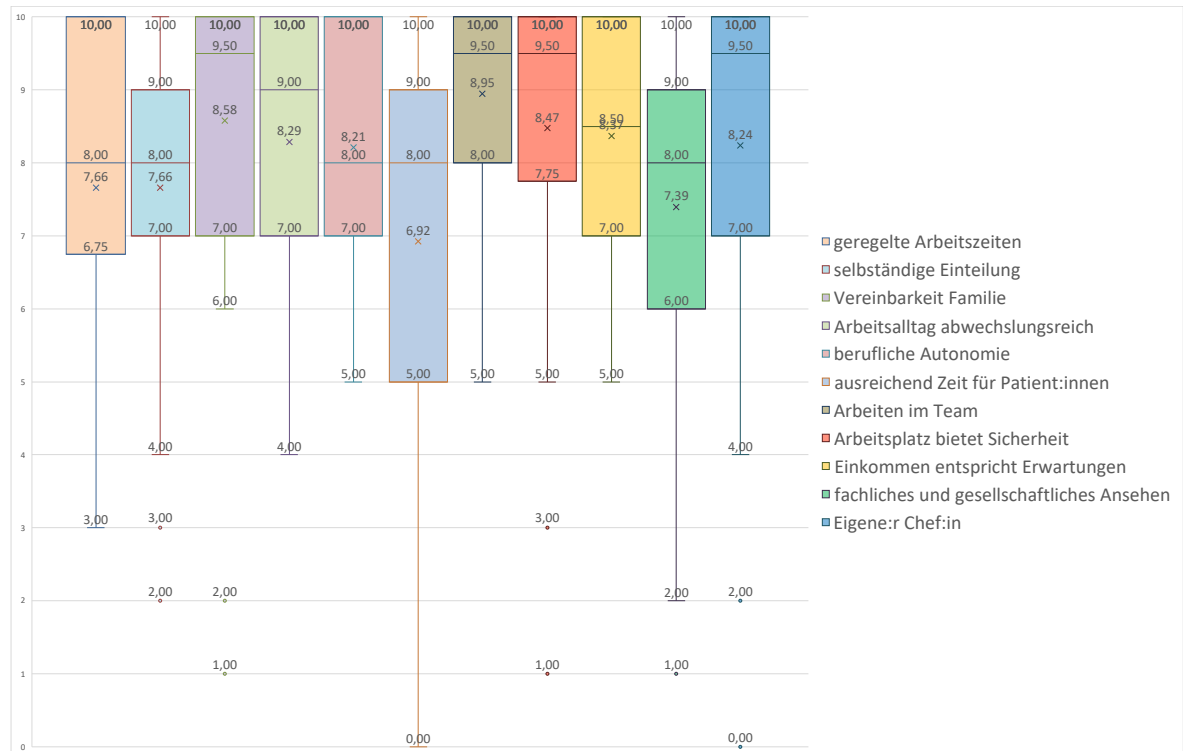


Abbildung 15: Boxplot zur Verteilung der arbeitsbezogenen Faktoren mit prinzipiellem Einfluss auf Work-Life-Balance

Demnach ergibt sich folgende Sortierung der einzelnen Faktoren (von höchster zu niedrigster Antwort sortiert):

1. Arbeiten im Team
2. Vereinbarkeit Familie
3. Arbeitsplatz bietet Sicherheit
4. Einkommen entspricht Erwartungen
5. Arbeitsalltag abwechslungsreich
6. Eigene:r Chef:in
7. berufliche Autonomie
8. geregelte Arbeitszeiten
9. selbständige Einteilung
10. fachliches und gesellschaftliches Ansehen
11. ausreichend Zeit für Patient:innen

5.5 Abschnitt 5: Allgemeine Einschätzung der Work-Life-Balance

5.5.1 Work-Life-Balance vor der Inhaberschaft

Es ergab sich dabei eine durchschnittliche Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance vor der Inhaberschaft von 1,21.

Für eine graphische Darstellung sei auf den Vergleich zwischen der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft im entsprechenden Kapitel (siehe Kapitel 5.9 Hypothese 1: Vergleich zwischen der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft) verwiesen.

5.5.2 Work-Life-Balance während der Inhaberschaft

Es ergab sich dabei eine durchschnittliche Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance während der Inhaberschaft von 3,29.

Für eine graphische Darstellung sei auf den Vergleich zwischen der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft im entsprechenden Kapitel (siehe Kapitel 5.9 Hypothese 1: Vergleich zwischen der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft) verwiesen.

5.6 Abschnitt 6: Veränderung einzelner Einflussfaktoren durch die PVE-Gründung

Die Frage war als optional markiert, es beantworteten jedoch 37 von 38 befragten Ärzt:innen diese Frage.

Die durchschnittlichen Antworten auf die 11 Faktoren verteilten sich dabei wie folgt:

Tabelle 10: Veränderung der arbeitsbezogenen Faktoren durch die Inhaberschaft

Faktor	durchschnittliche Antwort
geregelte Arbeitszeiten	1,49 (SD: 2,29)
selbständige Einteilung	2,08 (SD: 2,47)
Vereinbarkeit Familie	2,43 (SD:2,38)
Arbeitsalltag abwechslungsreich	3,22 (SD:1,65)
berufliche Autonomie	3,41 (SD:1,92)

ausreichend Zeit für Patient:innen	1,59 (SD:2,28)
Arbeiten im Team	4,27 (SD:0,96)
Arbeitsplatz bietet Sicherheit	3,03 (SD:2,03)
Einkommen entspricht Erwartungen	3,14 (SD:2,20)
fachliches und gesellschaftliches Ansehen	3,08 (SD:1,62)
Eigene:r Chef:in	3,65 (SD:1,78)

Um die genaue Verteilung besser zu zeigen, wurde eine Gesamtdarstellung in Form von 11 Boxplots gewählt:

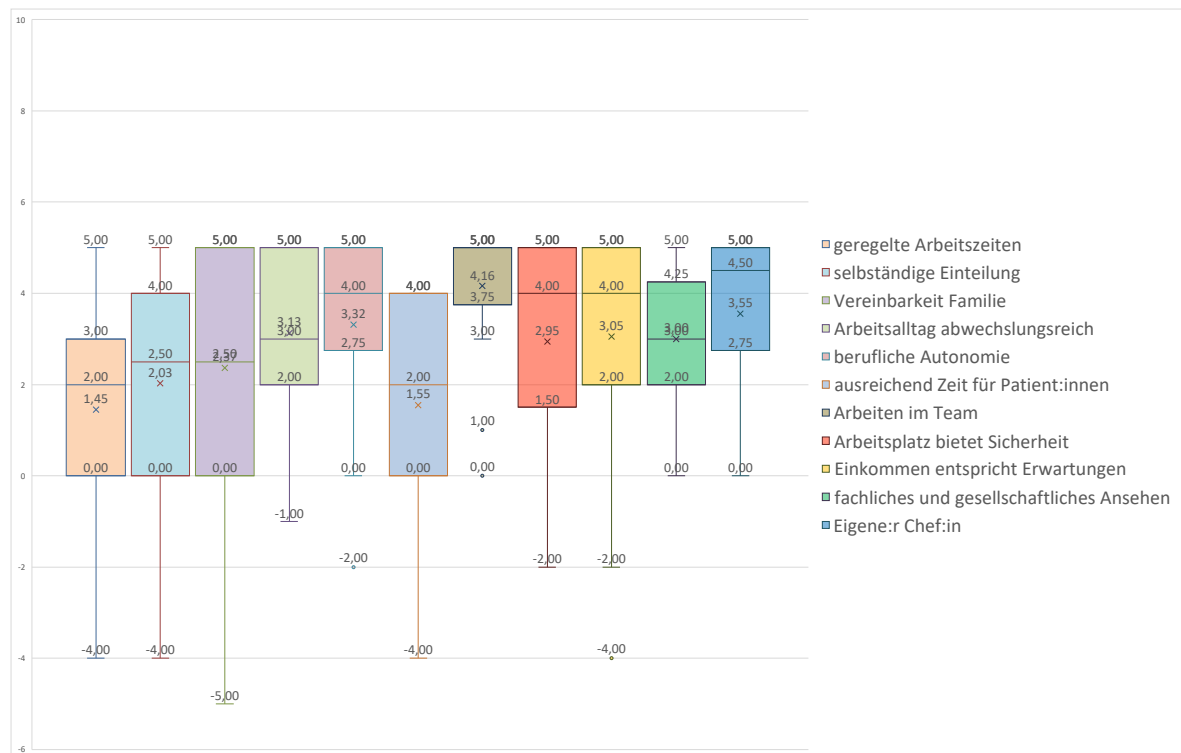


Abbildung 16: Boxplot zur Veränderung der arbeitsbezogenen Faktoren durch die Inhaberschaft

Demnach ergibt sich folgende Sortierung der einzelnen Faktoren (von höchster zu niedrigster Antwort sortiert):

1. Arbeiten im Team
2. Eigene:r Chef:in
3. berufliche Autonomie
4. Arbeitsalltag abwechslungsreich

5. Einkommen entspricht Erwartungen
6. fachliches und gesellschaftliches Ansehen
7. Arbeitsplatz bietet Sicherheit
8. Vereinbarkeit Familie
9. selbständige Einteilung
10. ausreichend Zeit für Patient:innen
11. geregelte Arbeitszeiten

5.7 Abschnitt 7: Offene Fragen

Die vorliegende Arbeit ist eine quantitative und keine qualitative Studie, trotzdem hat sich der Autor entschieden, eine inhaltliche Kategorisierung der Antworten und eine Häufigkeitszählung durchzuführen.

Dabei wurde bewusst nicht zwischen den Antworten auf die beiden Fragen unterschieden, denn es geht um eine Gesamtsicht auf alle Herausforderungen, irrelevant vom Zeitpunkt, zu dem das Problem erkannt wurde.

Sollte ein:e befragte:r Ärzt:in das gleiche Problem in ihrer/seiner Antwort angegeben haben, oder mehrere Probleme aus der gleichen Kategorie angegeben haben, dann wurde diese Kategorie pro Ärzt:in nur einmal gezählt. Dies wurde ebenso gehandhabt, falls die/der befragte Ärzt:in die Probleme mehrmals aber verteilt auf beide offenen Fragen angegeben hat.

5.7.1 Kategorien

Nach Auswertung sämtlicher Antworten entschied sich der Autor für folgende Kategorie an Problemstellungen, wobei zu jeder Kategorie die Art von Problemen als Unterpunkte aufgezählt sind:

- Bürokratie & Verwaltung
 - Kritik an komplizierten Prozessen
 - Kritik an unnötiger Bürokratie
- ÖGK, Ärztekammer, Land, AWS
 - Kritik an der ÖGK
 - Kritik an den Ärztekammern
 - Kritik am Land
 - Kritik am AWS

- Personal & Rekrutierung
 - Kritik rund um Personalfindung
- Zeit & Arbeitsstruktur
 - Kritik an vorgegebenen Öffnungszeiten
 - Kritik an zu viel Arbeitszeit
 - Kritik an zu wenig Zeit pro Patient:in

- Finanzen & Einkommen
 - Kritik an der Gesamthöhe des Einkommens
 - Kritik an der finanziellen Leistbarkeit der Unternehmung
 - Kritik an Investitionskosten
 - Kritik am Cash-Flow
 - Kritik an der Berechnung der Bezahlungshöhe
- Infrastruktur & Technik
 - Kritik an Gebäudefindung
 - Kritik an Gebäudeausstattung
 - Kritik an technischer Infrastruktur
- Organisation & Management
 - Kritik an den Managementaufgaben
 - Kritik an notwendigem bzw. fehlendem Managementknowhow
 - Kritik an Schwierigkeiten bei der Vertragserrichtung
- Kommunikation & Abstimmung
 - Kritik an Abstimmungsbedarf mit Mitarbeiter:innen
 - Kritik an Abstimmungsbedarf mit externen Stakeholder:innen
 - Kritik an fehlender Vernetzung
- Keine Kritik

5.7.2 Auswertung

Zu den oben genannten Kategorien ergeben sich folgende Anzahlen an jeweiligen Nennungen:

Tabelle 11: Verteilung der Feedbacks auf Kategorien von Problemstellungen

Themenfeld	Anzahl der Nennungen
Bürokratie & Verwaltung	8
ÖGK, Ärztekammer, Land, AWS	12
Personal & Rekrutierung	13
Zeit & Arbeitsstruktur	8
Finanzen & Einkommen	10
Infrastruktur & Technik	4
Organisation & Management	13
Kommunikation & Abstimmung	3
Keine Kritik	9

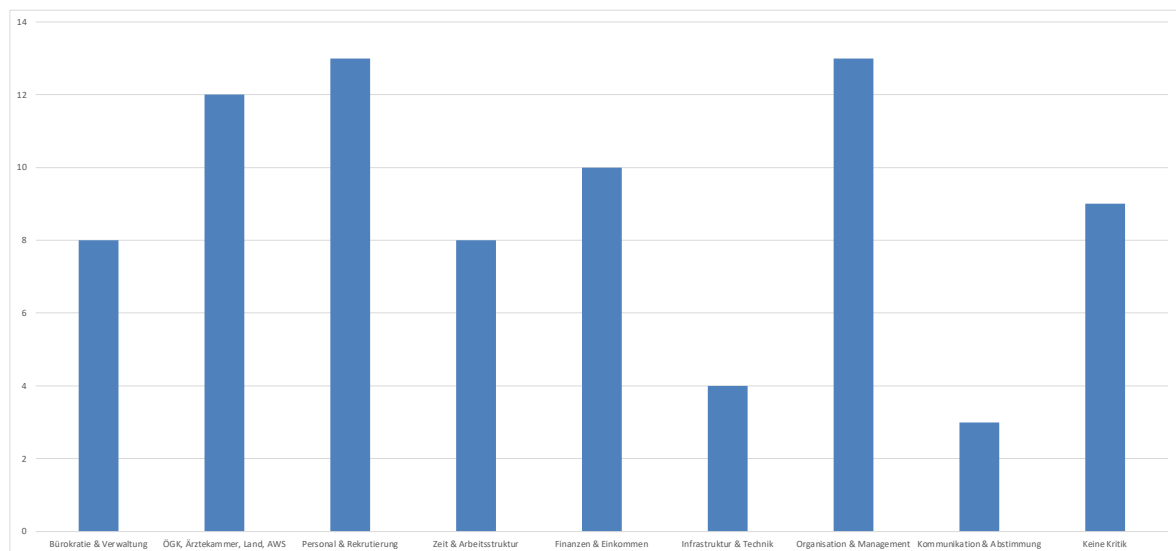


Abbildung 17: Verteilung der Feedbacks auf Kategorien von Problemstellungen

Folgende Feedbacks sind dabei häufig zu erkennen:

- Probleme mit zu streng vorgegebenen Öffnungszeiten (sowohl bei den Kernzeiten als auch mangelnde Flexibilität rund um die Urlaubsplanung)
- Finanzierbarkeit (Kritik an den Berechnungsmodalitäten der ÖGK)
- Personalsuche (Ausreichendes, überwiegend ärztliches Personal ist schwierig zu finden)
- Fehlende Unterstützung von Institutionen

5.8 Abschnitt 8: Berufliche und demografische Angaben

Folgende Daten sind einzelne Aspekte, die jeweils Aussagen über die PVEs oder deren Inhaber:innen darstellen.

Da eventuell aus einzelnen PVEs eine jeweils unterschiedliche Anzahl an ärztlichen Inhaber:innen den Fragebogen ausgefüllt haben, kann es durchaus vorkommen, dass die Daten einzelner PVEs in der Gesamtauswertung im Vergleich zu allen PVEs in Österreich unterschiedlich stark über- oder unterrepräsentiert sind.

Die folgende Darstellung erhebt daher keinen Anspruch eine allgemeine Statistik zu PVEs oder deren Inhaber:innen in Österreich abzubilden, sondern soll eine korrekte Darstellung derjenigen PVEs und deren Inhaber:innen bieten, die an meiner Studie teilgenommen haben.

5.8.1 Gründungsjahr

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 12: Verteilung des Gründungsjahres

Gründungsjahr	Anzahl der Antworten	Prozentuell
2017	2	5,26 %
2018	2	5,26 %
2019	1	2,63 %
2020	3	7,89 %
2021	2	5,26 %
2022	4	10,53 %
2023	7	18,42 %
2024	5	13,16 %
2025	8	21,05 %
keine Angabe	4	10,53 %
Grand Total	38	100,00 %

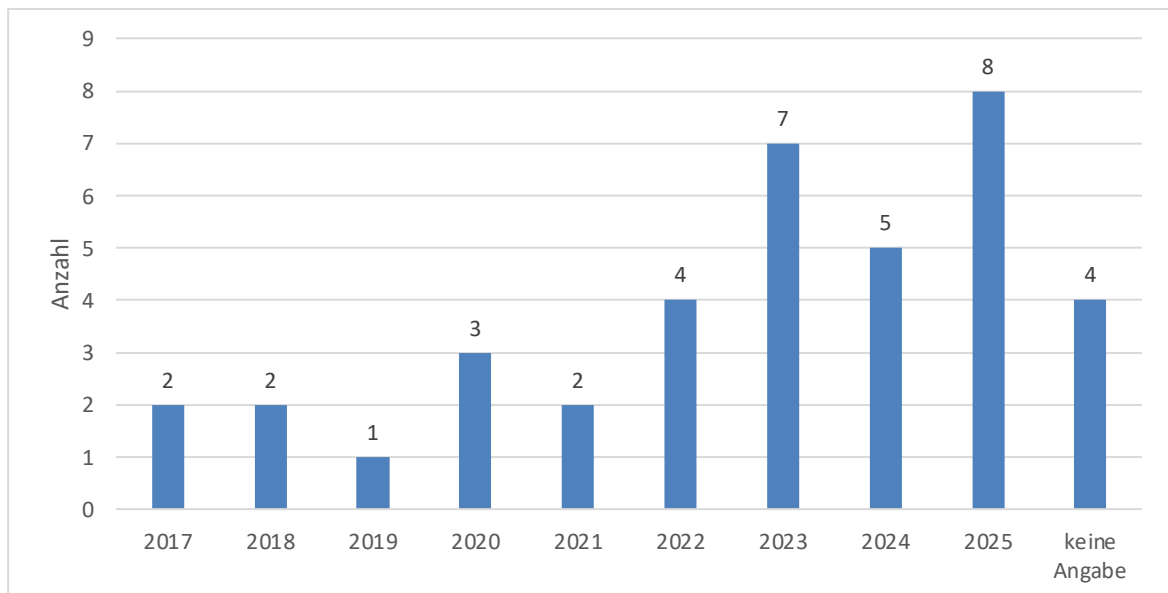


Abbildung 18: Verteilung des Gründungsjahres

5.8.2 Inhaberschaft seit

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 13: Verteilung der Inhaberschaft seit

Inhaberschaft seit	Anzahl der Antworten	Prozentuell
2018	1	2,63 %
2020	4	10,53 %
2021	2	5,26 %
2022	3	7,89 %
2023	7	18,42 %
2024	8	21,05 %
2025	8	21,05 %
keine Angabe	5	13,16 %
Grand Total	38	100,00 %

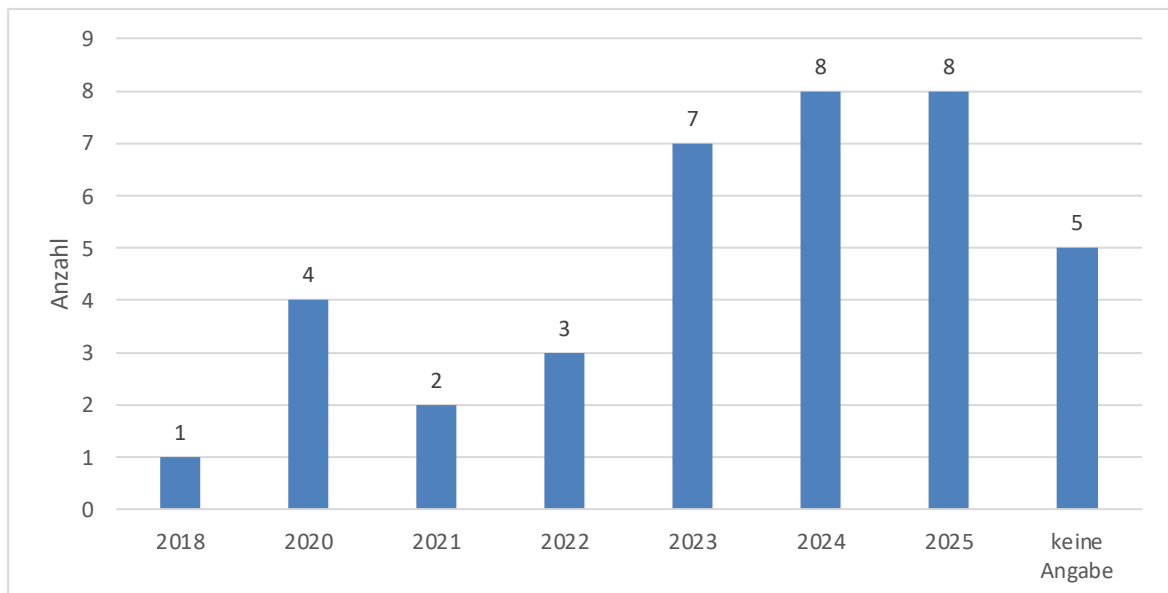


Abbildung 19: Verteilung der Inhaberschaft seit

Im Anschluss wurde eine Analyse durchgeführt, ob bei der Frage nach dem Gründungsjahr der PVE und bei der Frage nach der Jahreszahl ab wann die/der befragte Ärzt:in Inhaber:in war jeweils die gleiche Jahreszahl ausgewählt wurde.

Falls bei einer der zwei Fragen der Wert „keine Angabe“ vorlag, dann wurde das Ergebnis dieser vergleichenden Analyse ebenso mit dem Wert „keine Angabe“ gewertet.

Die Analyse ergab dabei folgendes Ergebnis:

Tabelle 14: Verteilung der zeitgleichen Gründung und Inhaberschaft

Zeitgleich Gründung und Inhaberschaft	Anzahl der Antworten	Prozentuell
Ja	28	73,68 %
Nein	5	13,16 %
keine Angabe	5	13,16 %
Grand Total	38	100,00 %

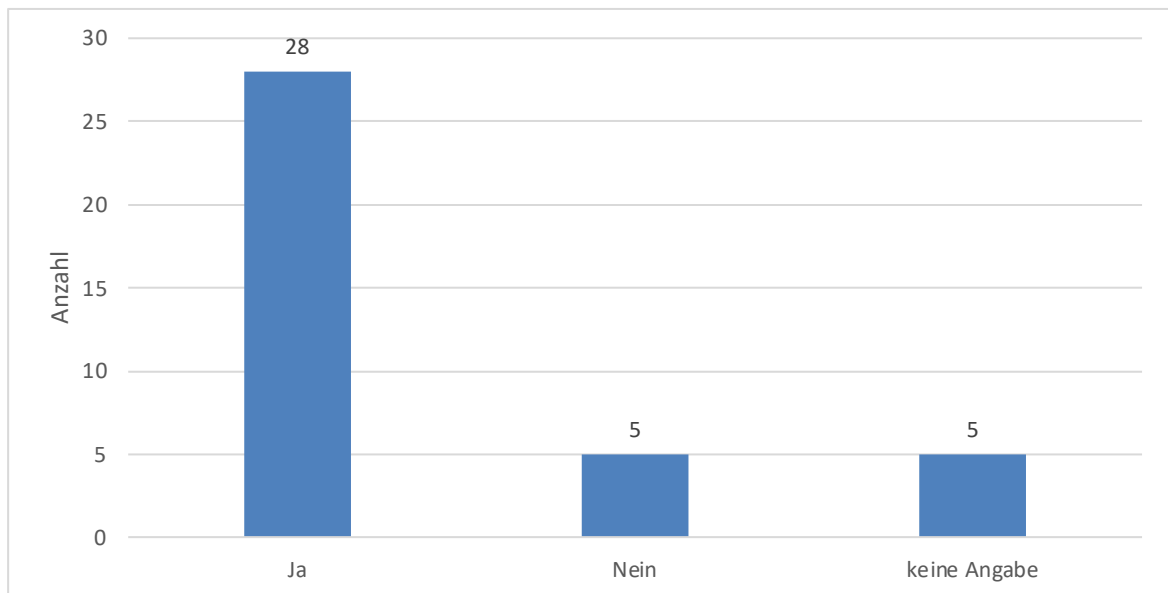


Abbildung 20: Verteilung der zeitgleichen Gründung und Inhaberschaft

5.8.3 Form der PVE

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 15: Verteilung der Form der PVE

Form der PVE	Anzahl der Antworten	Prozentuell
Primärversorgungszentrum [PVZ]	28	73,68 %
Primärversorgungsnetzwerk [PVN]	5	13,16 %
keine Angabe	5	13,16 %
Grand Total	38	100,00 %

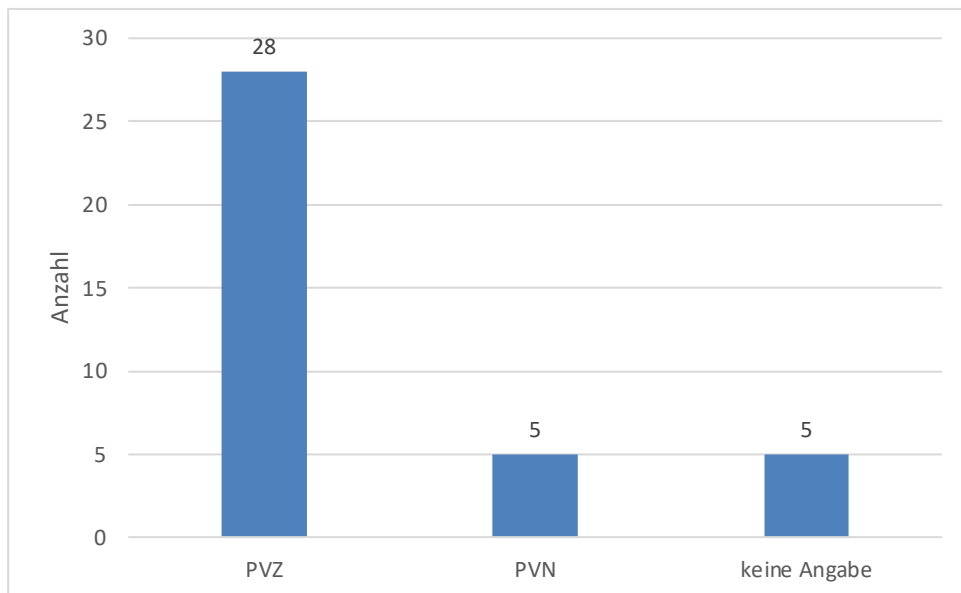


Abbildung 21: Verteilung der Form der PVE

5.8.4 Rechtsform der PVE

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 16: Verteilung der Rechtsform der PVE

Rechtsform der PVE	Anzahl der Antworten	Prozentuell
GmbH	18	47,37 %
OG	13	34,21 %
Verein	3	7,89 %
keine Angabe	4	10,53 %
Grand Total	38	100,00 %

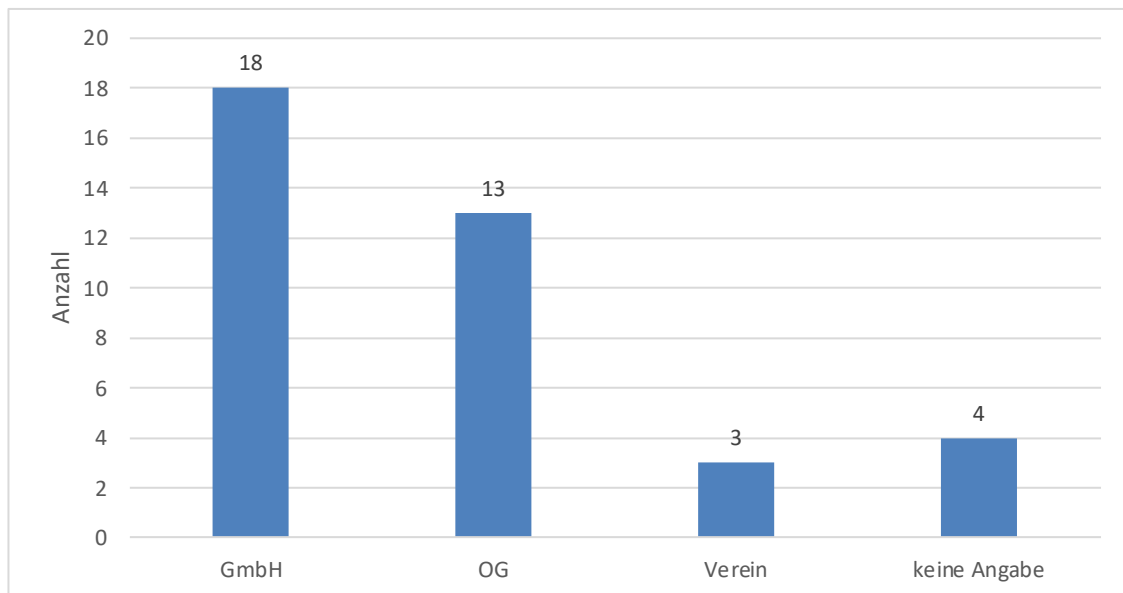


Abbildung 22: Verteilung der Rechtsform der PVE

5.8.5 Anzahl der Inhaber:innen

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 17: Verteilung der Anzahl der Inhaber:innen der PVE

Anzahl Inhaber:innen	Anzahl der Antworten	Prozentuell
2	8	21,05 %
3	10	26,32 %
4	7	18,42 %
5	7	18,42 %
6	2	5,26 %
keine Angabe	4	10,53 %
Grand Total	38	100,00 %

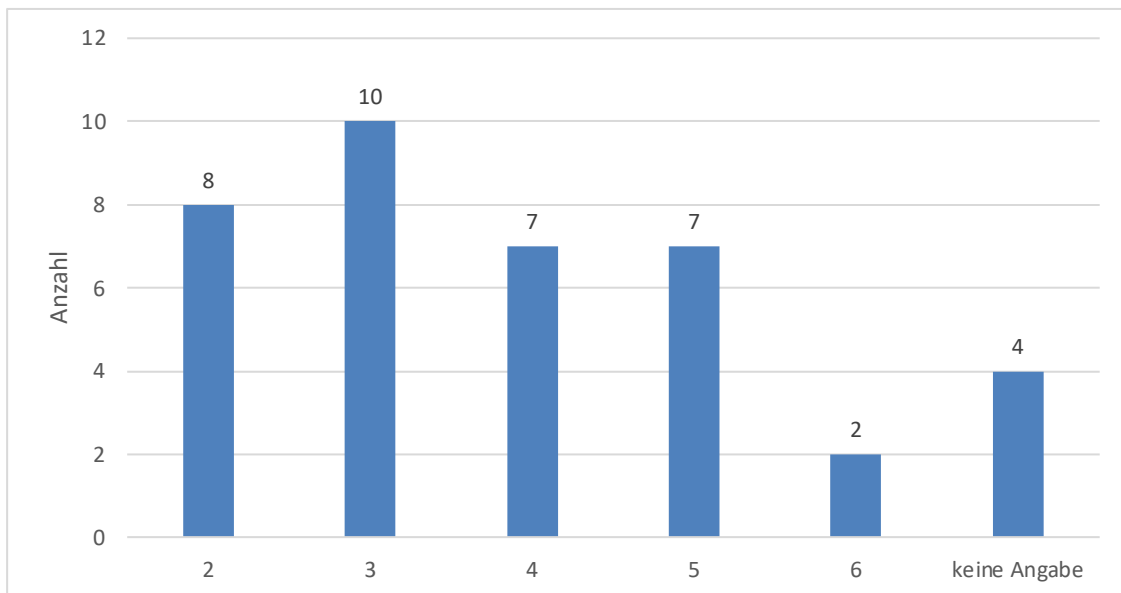


Abbildung 23: Verteilung der Anzahl der Inhaber:innen der PVE

Die durchschnittliche Anzahl an Inhaber:innen lautet: 3,56 (SD: 1,24) und ergibt folgenden Boxplot:

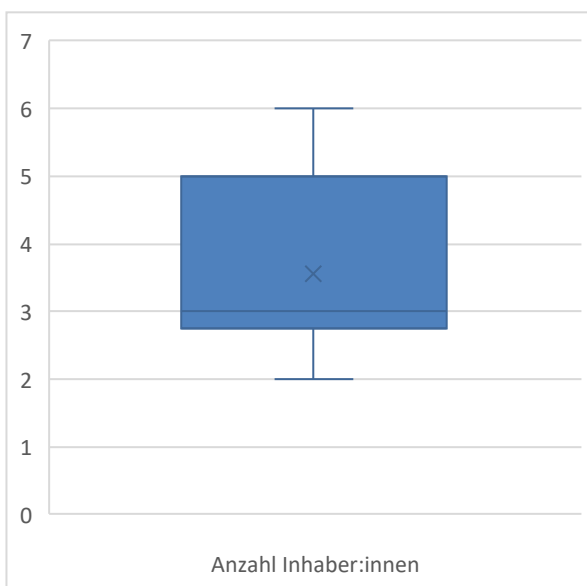


Abbildung 24: Boxplot zur Anzahl der Inhaber:innen der PVEs

5.8.6 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit

5.8.6.1 Durchschnittliche Wochenarbeitszeit vor der Inhaberschaft

6 befragte Ärzt:innen gaben eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit in den fünf Jahren vor der Inhaberschaft von 0 an. Diese Datensätze wurden von der weiteren

Auswertung der Wochenarbeitszeit in den fünf Jahren vor der Inhaberschaft ausgeschlossen.

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit in den fünf Jahren vor der Gründung liegt bei 37,59 (SD: 13,02).

5.8.6.2 Aktuelle durchschnittliche Wochenarbeitszeit

8 befragte Ärzt:innen gaben eine durchschnittliche, aktuelle Wochenarbeitszeit von 0 an. Diese Datensätze wurden von der weiteren Auswertung der aktuellen Wochenarbeitszeit ausgeschlossen.

Die durchschnittliche aktuelle Wochenarbeitszeit liegt bei 34,13 (SD: 12,54).

5.8.6.3 Vergleichende Analyse

Für die vergleichende Analyse zwischen den durchschnittlichen Wochenstunden in den fünf Jahren vor der Gründung und den aktuellen durchschnittlichen Wochenstunden wurden sämtliche Datensätze entfernt, die bei einer der beiden Fragen eine Antwort von „0“ abgegeben haben.

Dadurch wurden 8 Datensätze vor der weiteren, vergleichenden Auswertung entfernt. Dies betrifft auch 2 Datensätze, die zwar die erste, aber nicht die zweite Frage beantwortet haben.

Die vergleichende Analyse ergibt folgendes Ergebnis:

Tabelle 18: Vergleich der durchschnittlichen Wochenstunden Arbeitszeit vor und während der Inhaberschaft einer PVE

Wochenstunden	Durchschnitt	Prozentuell
Vorher	37,27 (SD: 13,25)	100,00 %
Nachher	34,13 (SD: 12,54)	91,59 %
Veränderung	-3,13	-8,41 %

Folgend eine Darstellung beider Werte in Form von vergleichenden Boxplots:

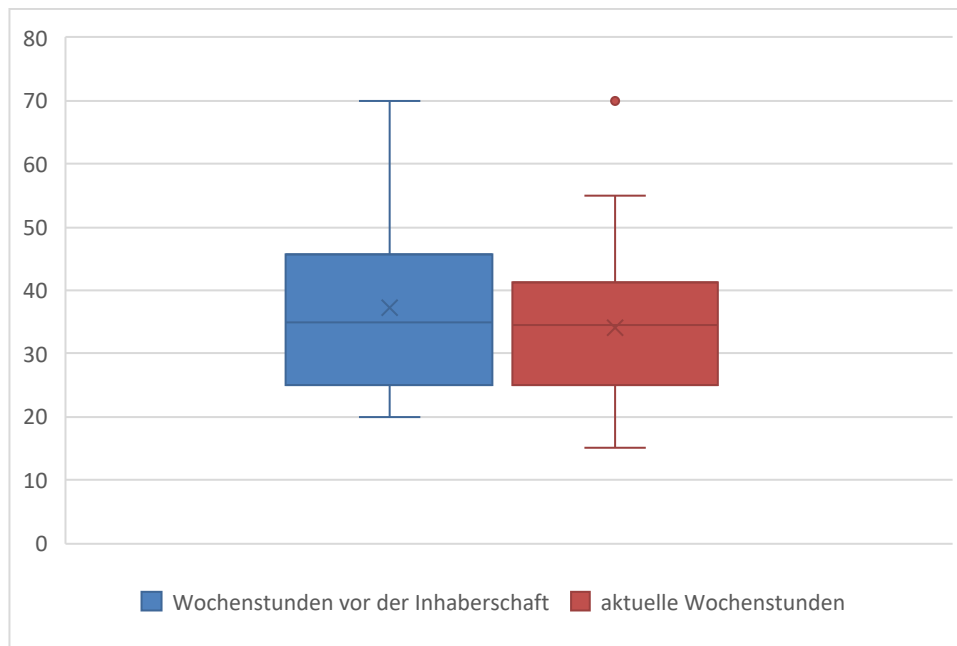


Abbildung 25: Boxplot zum Vergleich der durchschnittlichen Wochenstunden Arbeitszeit vor und während der Inhaberschaft einer PVE

5.8.7 Nicht-ärztliche:r Geschäftsführer:in vorhanden

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 19: Verteilung des Vorhandenseins von nicht-ärztlichen Geschäftsführer:innen

Nicht-ärztliche:r Geschäftsführer:in vorhanden	Anzahl	Prozentuell
Ja	14	36,84 %
Nein	20	52,63 %
keine Angabe	4	10,53 %

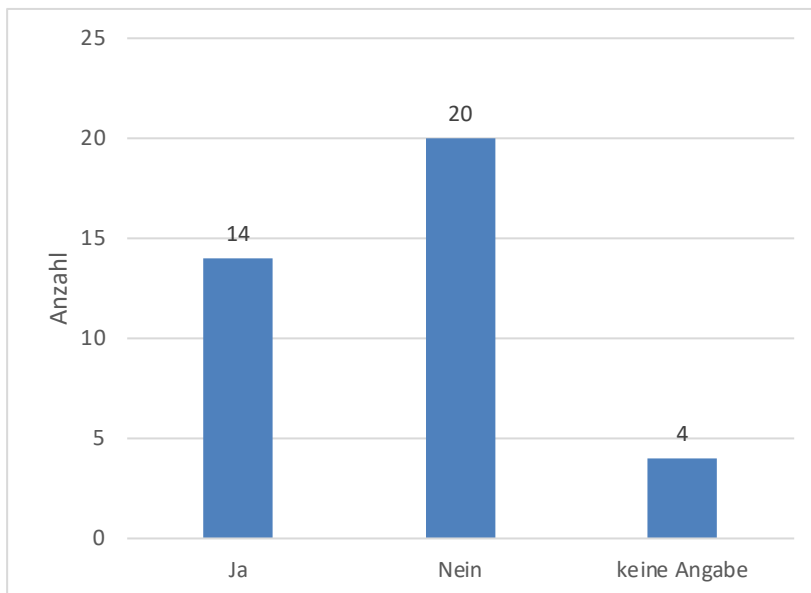


Abbildung 26: Verteilung des Vorhandenseins von nicht-ärztlichen Geschäftsführer:innen

5.8.8 Aktuelle ärztliche Qualifikation

Bei Auswahl der Antwort „Fachärzt:in für ein anderes Fachgebiet“ wurden die befragten Ärzt:innen gebeten, das Fachgebiet in einem aufklappenden Freitextfeld anzugeben.

Eine genauere händische Analyse ergab, dass ausnahmslos alle befragten Ärzt:innen, die Allgemeinmedizin nicht, aber Fach:ärztin für ein anderes Fachgebiet auswählten, als weitere Angabe ihres Faches „Kinder- und Jugendheilkunde“ angaben.

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten auf die Frage nach der aktuellen ärztlichen Qualifikation:

Tabelle 20: Verteilung der aktuellen ärztlichen Qualifikation

Qualifikation	Anzahl der Antworten	Prozentuell
Allgemeinmedizin	29	76,32 %
Kinder- und Jugendheilkunde	5	13,16 %
keine Angabe	4	10,53 %
Grand Total	38	100,00 %

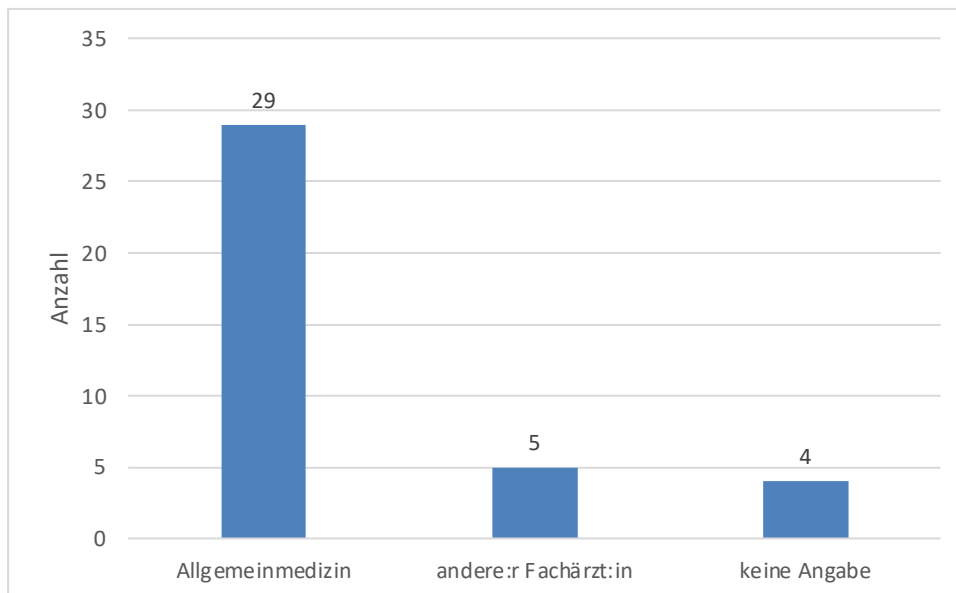


Abbildung 27: Verteilung der aktuellen ärztlichen Qualifikation

Zwei befragte Ärzt:innen wählten zusätzlich zu Allgemeinmedizin auch die Option „Fach:ärztin für ein anderes Fachgebiet“ aus und gaben „Innere Medizin“ bzw. Teilgebiete der „Inneren Medizin“ als das zusätzliche Fach an.

5.8.9 Altersgruppe

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 21: Verteilung der Altersgruppen

Altersgruppe	Anzahl der Antworten	Prozentuell
30-34 Jahre	8	21,05 %
35-39 Jahre	3	7,89 %
40-44 Jahre	8	21,05 %
45-49 Jahre	6	15,79 %
50-54 Jahre	3	7,89 %
55-59 Jahre	4	10,53 %
60-64 Jahre	1	2,63 %
65-69 Jahre	1	2,63 %
keine Angabe	4	10,53 %
Grand Total	38	100,00 %

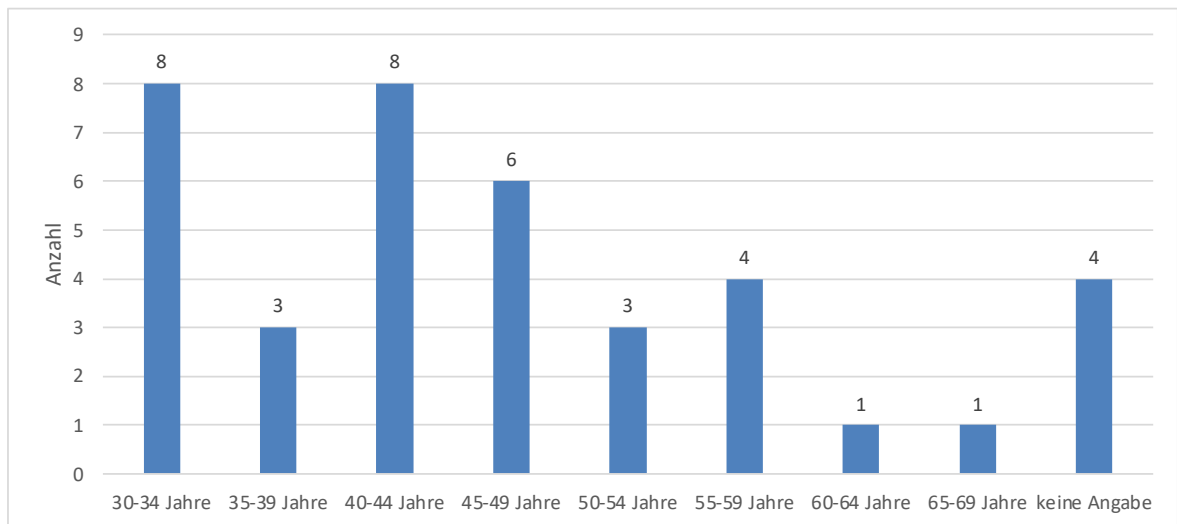


Abbildung 28: Verteilung der Altersgruppen

5.8.10 Geschlecht

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 22: Verteilung des Geschlechts

Geschlecht	Anzahl der Antworten	Prozentuell
Weiblich	17	44,74 %
Männlich	17	44,74 %
keine Angabe	4	10,53 %
Grand Total	38	100,00 %

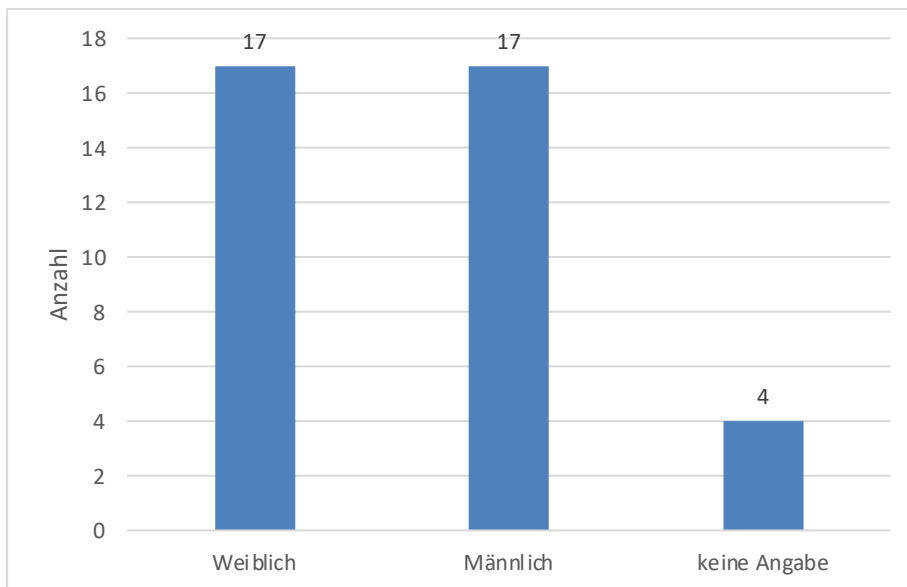


Abbildung 29: Verteilung des Geschlechts

5.8.11 Bundesland

In Summe kam es zu folgender Verteilung der Antworten:

Tabelle 23: Verteilung der Bundesländer der PVEs

Bundesland	Anzahl	Prozentuell
Burgenland	1	2,63 %
Niederösterreich	5	13,16 %
Oberösterreich	10	26,32 %
Salzburg	1	2,63 %
Steiermark	4	10,53 %
Vorarlberg	4	10,53 %
Wien	9	23,68 %
keine Angabe	4	10,53 %

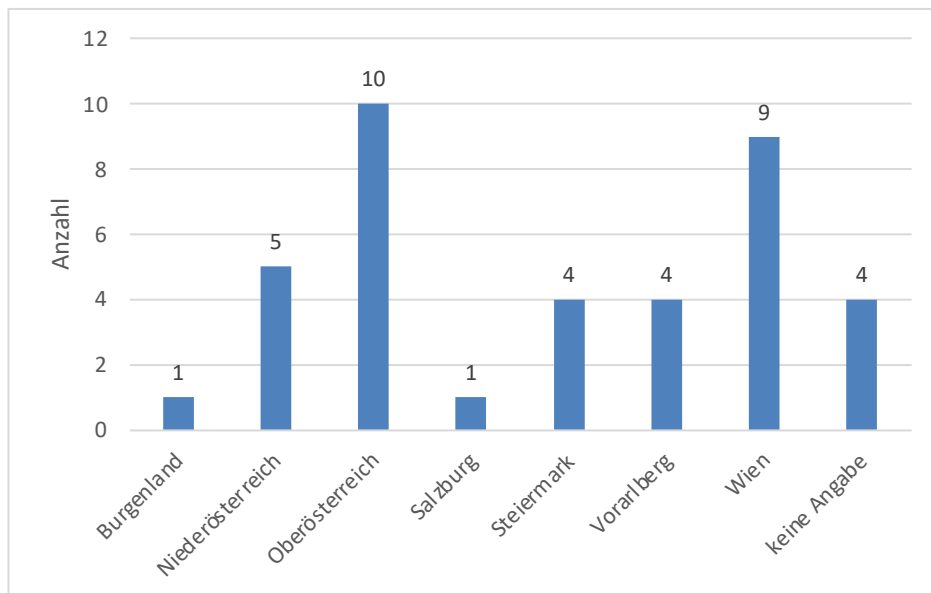


Abbildung 30: Verteilung der Bundesländer der PVEs

5.9 Hypothese 1: Vergleich zwischen der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft

5.9.1.1 Statistische Überprüfung

Gemäß Forschungsdesign (siehe Kapitel 3.1.1 Hypothese 1) fand folgende statistische Überprüfung statt:

Die erhobenen Daten wurden mit einem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft, wobei sich eine Signifikanz von 0,172 ergab. Damit ist der Wert 0,05 überschritten und es liegt in den Daten eine Normalverteilung vor.

Entsprechend wurde ein einseitiger t-Test gegen den Wert 0 durchgeführt und es ergab sich eine einseitige Signifikanz von $<0,001$. Da damit der Wert von 0,05 klar unterschritten wird, kann das Ergebnis als statistisch signifikant bewertet werden.

Als nächstes wurde der mittlere Wert der Steigerung geprüft, der sowohl im IBM SPSS Statistics als auch in Microsoft Excel jeweils 2,08 ergab.

Hypothese 1 ist bestätigt.

5.9.1.2 Detaillierte Betrachtung

Beim Vergleichen der durchschnittlichen Antworten auf die zwei Fragen nach der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft ergeben sich folgende Werte:

Tabelle 24: Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft einer PVE

Work-Life-Balance	Durchschnitt
vor der Inhaberschaft einer PVE	1,21 (SD: 2,88)
während der Inhaberschaft einer PVE	3,29 (SD: 2,01)
Veränderung	2,08 (SD: 3,27)

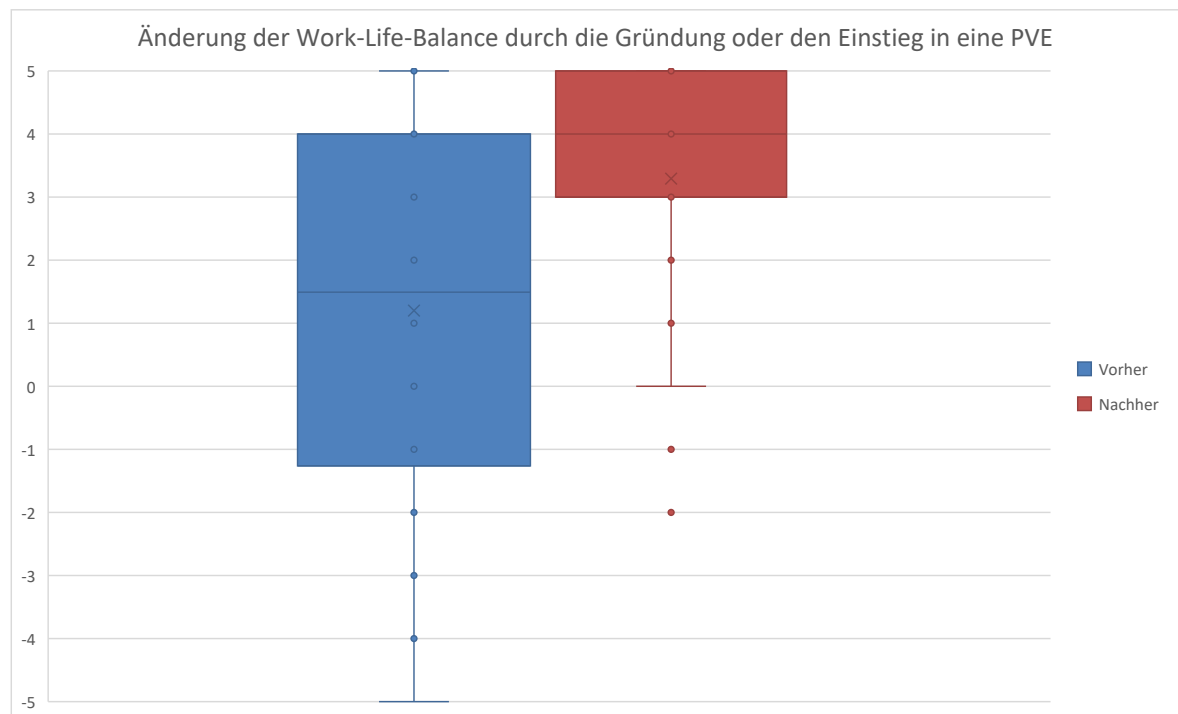


Abbildung 31: Work-Life-Balance vor und während Inhaberschaft einer PVE

Aus den bisherigen tabellarischen oder grafischen Darstellungen nicht ablesbar ist die Tatsache, dass für manche befragten Ärzt:innen die Work-Life-Balance während der Inhaberschaft einer PVE im Vergleich zu vorher gesunken ist.

Um dies darzustellen, entschied sich der Autor für ein sortiertes Wasserfall-Diagramm, aus dem die Bewegungsrichtung jeder/jedes einzelnen befragten Ärzt:in ersichtlich ist:

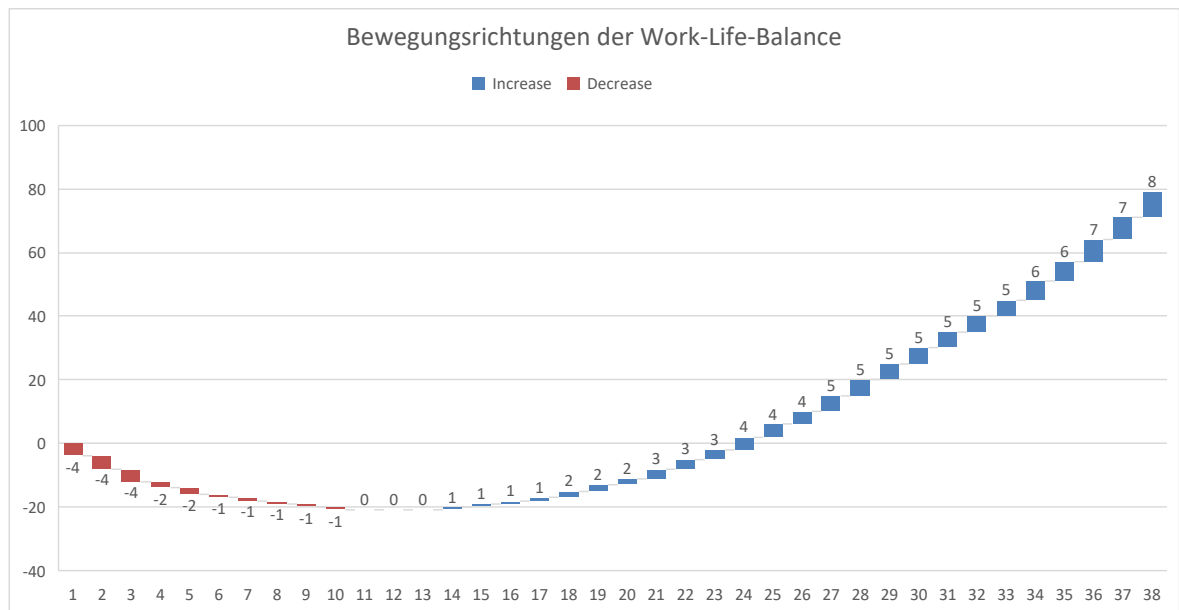


Abbildung 32: Einzelne Veränderungen der Work-Life-Balance durch die Inhaberschaft einer PVE

5.10 Hypothese 2: Einfluss der vorherigen Tätigkeit auf die Veränderung der Work-Life-Balance

5.10.1 Gruppeneinteilung der Teilnehmer:innen

Entsprechend der Antworten auf die Frage nach der Art des Arbeitsverhältnisses in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft einer PVE wurde die befragten Ärzt:innen in unterschiedliche Gruppen eingeteilt.

Gemäß Vorgaben des Forschungsdesigns (siehe Kapitel 3.1.2 Hypothese 2) entstanden dabei folgende drei Gruppen:

- nur angestellte Beschäftigungsverhältnisse (=Anstellung)
- nur selbständige Beschäftigungsverhältnisse (=Selbständig)
- beide Arten von Beschäftigungsverhältnissen (=Beides)

Das Ergebnis dieser Einteilung stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 25: Verteilung der Art des Beschäftigungsverhältnisses

Art des Beschäftigungsverhältnisses	Anzahl	Prozentuell
Anstellung	14	36,84 %
Selbständig	16	42,11 %
Beides	8	21,05 %
Grand Total	38	100,00 %

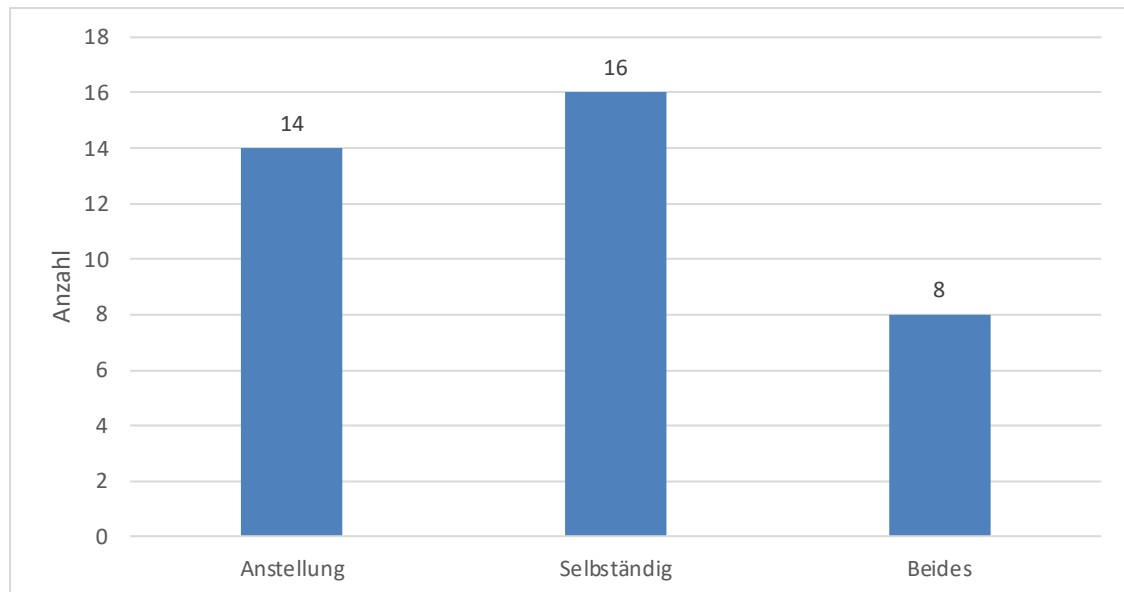


Abbildung 33: Verteilung der Art des Beschäftigungsverhältnisses

Für die weitere Auswertung wurden gemäß Study Protocol sämtliche Datensätze mit dem Ergebnis „Beides“ ausgeschlossen.

5.10.1.1 Statistische Überprüfung

Gemäß Forschungsdesign (siehe Kapitel 3.1.2 Hypothese 2) fand nun folgende statistische Überprüfung statt:

Beide Gruppen wurden mit einem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft. Für die Gruppe „Anstellung“ ergab sich dabei eine Signifikanz von 0,219, für die Gruppe „Selbständig“ ergab sich eine Signifikanz von 0,618. Damit ist für beide Gruppen der Wert 0,05 überschritten und es liegt bei beiden Gruppen in den Daten eine Normalverteilung vor. Entsprechend war die Anwendung eines Mann-Whitney-U-Tests nicht erforderlich.

Als nächstes wurde mit einem Levene's-Test die Varianzgleichheit geprüft. Dieser ergab eine Signifikanz von 0,518. Damit ist der Wert 0,05 überschritten und es ist eine Varianzgleichheit gegeben.

Entsprechend wurde nun ein einseitiger t-Test gegen den Wert 0 durchgeführt und es ergab sich eine einseitige Signifikanz bei Varianzgleichheit von 0,073. Da damit der Wert von 0,05 nicht unterschritten wurde, kann das Ergebnis nicht als statistisch signifikant bewertet werden.

Als nächstes wurde geprüft, wie hoch die Veränderung der Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft getrennt pro Gruppe ist.

Dabei ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 26: Durchschnittliche Veränderung der Work-Life-Balance je nach vorheriger Art des Beschäftigungsverhältnisses

Art des Beschäftigungsverhältnisses	Durchschnittliche Veränderung der Work-Life-Balance
Anstellung	2,86 (SD: 3,66)
Selbständig	1,06 (SD: 2,93)

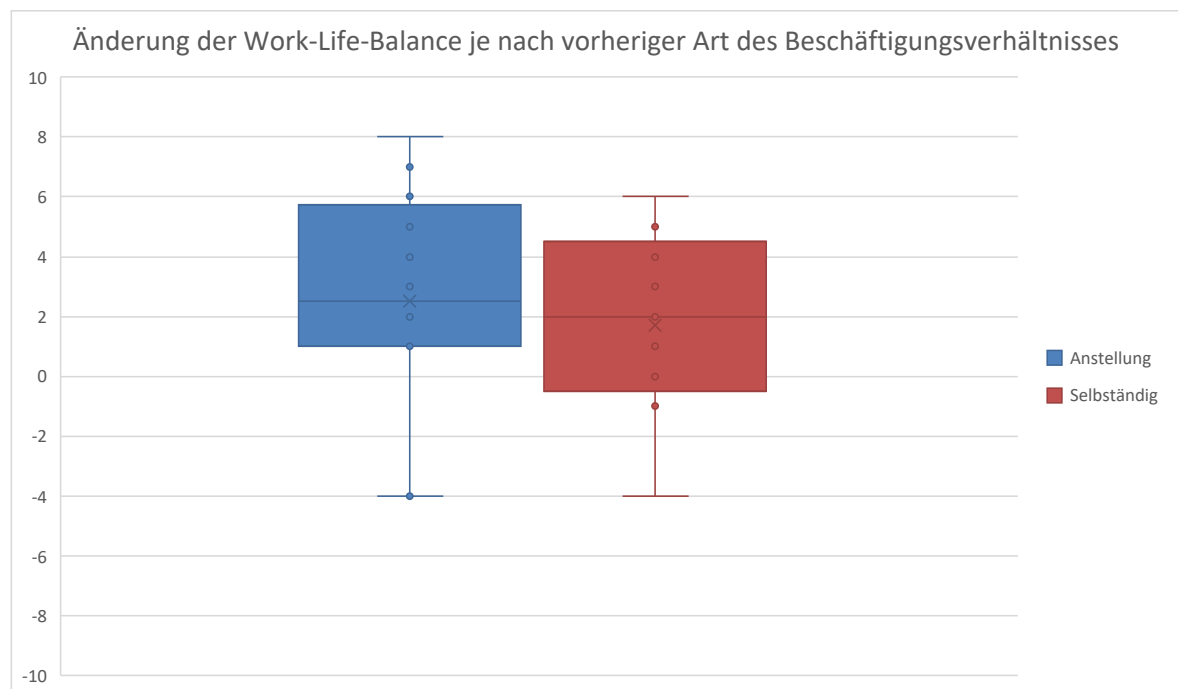


Abbildung 34: Boxplot zur durchschnittlichen Veränderung der Work-Life-Balance je nach vorheriger Art des Beschäftigungsverhältnisses

Es ergibt sich also eine unterschiedliche Steigerung der Work-Life-Balance je nachdem ob die/der befragte Ärzt:in in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft einer PVE in ausschließlich angestellten oder in ausschließlich selbständigen Beschäftigungsverhältnissen tätig war.

Da der Signifikanzwert von 0,073 sehr knapp nicht unter dem Grenzwert von 0,05 liegt, kann die Hypothese 2 mangels statistischer Relevanz jedoch nicht bestätigt werden. Aus Sicht des Autors ist der der Signifikanzwert jedoch so knapp am Grenzwert, dass zumindest die Argumentation eines Trends zulässig ist.

Hypothese 2 ist mangels statistischer Relevanz nicht bestätigt.

**Es ist jedoch ein Trend, entsprechend der Annahme
der Hypothese 2, ersichtlich.**

5.11 Einfluss der arbeitsbezogenen Faktoren auf die Veränderung der Work-Life-Balance

5.11.1 Ungewichtete Betrachtung der Faktoren

Interessant wäre, ob Veränderungen der arbeitsbezogenen Faktoren einen statistischen Zusammenhang zur Veränderung der Work-Life-Balance zwischen vor und während der Inhaberschaft zeigen.

Anders ausgedrückt: ist anhand der Antworten der teilnehmenden Ärzt:innen erkennbar, dass bestimmte Faktoren, objektiv betrachtet, einen Beitrag zur Steigerung der Work-Life-Balance zwischen vor und während der Inhaberschaft geleistet haben.

Falls ja, um welche Faktoren handelt es sich, wie hoch ist der Beitrag und ist dieser Beitrag statistisch relevant?

Dabei werden die Faktoren im aktuellen Schritt nicht nach der persönlichen Präferenz der befragten Ärzt:innen gewichtet, um einen präferenzfreien, deswegen objektiven Einfluss zu ermitteln.

5.11.1.1 Statistische Auswertung

5.11.1.1.1 *Regressionsanalyse*

Zu diesem Zweck wurde initial eine Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable WLBDifferenz (=Differenz zwischen Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft) durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden dabei alle 11 Faktoren ausgewählt.

Diese Regressionsanalyse ergab ein bereinigtes R^2 von 0,450, d.h. 45,0 % der Steigerung lassen sich durch die 11 Faktoren erklären.

Die Signifikanz ergab einen Wert von 0,003, womit der Wert von 0,05 unterschritten war, und eine statistische Relevanz für das Gesamtmodell gegeben ist.

Die Collinearity Diagnostics zeigte jedoch, dass eventuell eine Multikollinearität zwischen mehreren Variablen vorhanden war. Deswegen erschien im nächsten Schritt die Analyse eines reduzierten Modells als sinnvoll.

5.11.1.1.2 *Stepwise Regressionsanalyse*

Es wurde nun eine Stepwise-Regressionsanalyse mit den gleichen abhängigen und unabhängigen Variablen durchgeführt.

Diese neue Regressionsanalyse ergab ein bereinigtes R^2 von 0,392, d.h. 39,2 % der Steigerung lassen sich durch die nun übergebliebenen Faktoren erklären.

Die Signifikanz ergab einen Wert von $<0,001$, womit der Wert von 0,05 unterschritten war, und eine statistische Relevanz gegeben ist.

IBM SPSS Statistics errechnete dabei einen einzelnen Wert als prädiktiv und gleichzeitig statistisch relevant:

- Ich habe geregelte Arbeitszeiten

Anders ausgedrückt: Die Tatsache, dass man als Inhaber:in einer PVE ihre/seine Arbeitszeiten selbständig entscheiden kann, hat einen relativ hohen Einfluss von 40,9 % auf die Steigerung der Work-Life-Balance von Inhaber:innen.

Alle anderen abgefragten Faktoren haben, objektiv betrachtet, keinen prädiktiven Einfluss auf die Work-Life-Balance.

Ein Trend mit einer Signifikanz von 0,067 zeigt sich bei folgendem gewichteten Faktor:

- Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin.

5.11.2 Gewichtete Betrachtung der Faktoren

Interessant wäre ebenso, ob die Veränderungen der arbeitsbezogenen Faktoren dann einen statistischen Zusammenhang zur Veränderung der Work-Life-Balance zwischen vor und während der Inhaberschaft zeigen, wenn die persönlichen Präferenzen der befragten Ärzt:innen zu den einzelnen Faktoren berücksichtigt werden.

Anders ausgedrückt: ist anhand der Antworten der teilnehmenden Ärzt:innen erkennbar, dass bestimmte Faktoren, subjektiv betrachtet, einen Beitrag zur Steigerung der Work-Life-Balance zwischen vor und während der Inhaberschaft geleistet haben.

Falls ja, um welche Faktoren handelt es sich, wie hoch ist der Beitrag und ist dieser Beitrag statistisch relevant?

Dabei werden die Faktoren dieses Mal nach der persönlichen Präferenz der befragten Ärzt:innen gewichtet, um den nun subjektiven Einfluss zu ermitteln.

5.11.2.1 Vorbereitungen für die statistische Auswertung

Zuerst wurden mit Hilfe eines Skripts neue Variablen erstellt, in denen für jede befragte Ärzt:in die persönliche Wichtigkeit des arbeitsbezogenen Faktors mit der jeweiligen Veränderung dieses gleichen Faktors multipliziert wurde.

D.h. wenn ein:e befragte:r Ärzt:in für den Faktor „Ich habe geregelte Arbeitszeiten“ angab, dass dieser prinzipiell eine Wichtigkeit von 4 hätte, und die Veränderung konkret +3 war, dann ergibt das eine gewichtete Veränderung für diese:n Ärzt:in und diesem Faktor von +12.

5.11.2.2 Statistische Auswertung

5.11.2.2.1 *Regressionsanalyse*

Es wurde wieder initial eine Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable WLBDifferenz (=Differenz zwischen Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft) durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden dabei alle 11 gewichteten Faktoren ausgewählt.

Diese Regressionsanalyse ergab ein bereinigtes R^2 von 0,386, d.h. 38,6 % der Steigerung lassen sich durch die 11 gewichteten Faktoren erklären.

Die Signifikanz ergab einen Wert von 0,010, womit der Wert von 0,05 unterschritten war, und eine statistische Relevanz für das Gesamtmodell gegeben ist.

Kein einziger gewichteter Faktor zeigte für sich allein eine statistische Relevanz, womit eher das Zusammenspiel der gewichteten Faktoren einen Einfluss auf die Work-Life-Balance hat.

Die Collinearity Diagnostics zeigte, dass eine leichte Multikollinearität zwischen mehreren Variablen vorhanden war. Deswegen erschien im nächsten Schritt die Analyse eines reduzierten Modells als sinnvoll.

5.11.2.2.2 *Stepwise Regressionsanalyse*

Es wurde nun eine Stepwise-Regressionsanalyse mit den gleichen abhängigen und unabhängigen Variablen durchgeführt.

Diese neue Regressionsanalyse ergab ein bereinigtes R^2 von 0,402, d.h. 40,2 % der Steigerung lassen sich durch die nun übergebliebenen Faktoren erklären.

Die Signifikanz ergab einen Wert von $<0,001$, womit der Wert von 0,05 unterschritten war, und eine statistische Relevanz gegeben ist.

IBM SPSS Statistics errechnete dabei auch bei einer gewichteten Betrachtung den gleichen einzelnen Wert als prädiktiv und zeitgleich statistisch relevant:

- Ich habe geregelte Arbeitszeiten

Anders ausgedrückt: Die Tatsache, dass man als Inhaber:in einer PVE ihre/seine Arbeitszeiten selbständig entscheiden kann, hat nach Rücksichtnahme der persönlichen Präferenzen einen nach wie vor relativ hohen Einfluss von 40,2 % auf die Steigerung der Work-Life-Balance von Inhaber:innen.

Alle anderen abgefragten Faktoren haben, subjektiv betrachtet, keinen prädiktiven Einfluss auf die Work-Life-Balance.

Ein Trend mit einer Signifikanz von 0,072 ist bei folgendem gewichteten Faktor darstellbar:

- Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen.

5.12 Einfluss anderer Faktoren auf die Veränderung der Work-Life-Balance

Da im Fragebogen noch andere Daten, wie z.B. soziodemographische Merkmale oder Daten zu den PVEs abgefragt worden sind, hat sich der Autor bemüht darzustellen, ob diese Daten einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Work-Life-Balance haben.

5.12.1 Aktuelle durchschnittliche Wochenarbeitszeit

Interessant wäre, ob die angegebene aktuelle Wochenarbeitszeit in Korrelation mit der aktuellen Work-Life-Balance steht.

Die Annahme ist, dass mehr Wochenarbeitszeit zu einer niedrigeren Work-Life-Balance führt, also eine negative Korrelation vorhanden ist.

5.12.1.1 Statistische Auswertung

Es wurde ein bivariater Rangkorrelationstest nach Spearman durchgeführt. Dabei wurden die zwei Variablen JWLB (=aktuelle Work-Life-Balance) und JWochenstunden (aktuelle, durchschnittliche Wochenstundenzahl) geprüft.

Das Ergebnis zeigt einen Korrelationskoeffizienten von -0,529, was einen starken, negativen Zusammenhang zeigt. Die Signifikanz beträgt $<0,001$, womit der Wert von 0,05 unterschritten ist und eine statistische Signifikanz vorhanden ist.

Das heißt, die Anzahl der durchschnittlichen Wochenstunden die aktuell gearbeitet werden stehen in einem starken negativen, statistisch hoch signifikanten Zusammenhang zur aktuellen Work-Life-Balance. Je mehr Stunden gearbeitet wird, desto niedriger ist die Work-Life-Balance.

5.12.2 Veränderung der Wochenstundenzahl

Bei dieser Fragestellung wird ausgewertet, ob die Veränderung der Anzahl der durchschnittlichen Wochenstunden in einem Zusammenhang mit der Veränderung der Work-Life-Balance steht.

Die Annahme ist, dass eine Steigerung der durchschnittlichen Wochenstundenzahl zu einer Senkung der Work-Life-Balance führt und vice versa.

5.12.2.1 Statistische Auswertung

Es wurde wieder ein bivariater Rangkorrelationstest nach Spearman durchgeführt. Dabei wurden die zwei Variablen WLBDifferenz (=Veränderung in der Work-Life-Balance) und WochenstundenDifferenz (Veränderung der durchschnittliche Wochenstundenzahl) geprüft

Das Ergebnis zeigt einen Korrelationskoeffizienten von -0,699, was einen starken, negativen Zusammenhang zeigt. Die Signifikanz beträgt $<0,001$, womit der Wert von 0,05 unterschritten ist und eine statistische Signifikanz vorhanden ist.

Das heißt, die Veränderung der durchschnittlichen Wochenstundenzahl steht in einem sehr starken negativen, statistisch hoch signifikanten Zusammenhang zur Veränderung der Work-Life-Balance.

5.12.3 Andere Soziodemographische Faktoren

Interessant wäre, ob andere soziodemographische Faktoren im Zusammenhang mit der aktuellen Work-Life-Balance stehen.

5.12.3.1 Statistische Auswertung

Es wurde eine Stepwise-Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable JWLB (=aktuelle Work-Life-Balance) durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden ausgewählt:

- Altersgruppe
- Geschlecht

Diese Regressionsanalyse ergab ein bereinigtes R^2 von 0,121, d.h. 12,1 % der Steigerung lassen sich durch die übergebliebenen Faktoren erklären.

IBM SPSS Statistics errechnete dabei einen einzelnen Wert als prädiktiv und zeitgleich eben statistisch relevant:

- Altersgruppe

Das Ergebnis zeigt einen standardisierten Betawert von -0,385 bei einer Signifikanz von 0,025.

Das bedeutet, umso höher die Altersgruppe, umso niedriger die angegebene Work-Life-Balance bei gegebener statistischer Relevanz.

Das Geschlecht steht in keiner statistischen Relevanz zur Work-Life-Balance.

5.12.4 Andere Faktoren zur PVE

Interessant wäre, ob andere Faktoren zur PVE im Zusammenhang mit der aktuellen Work-Life-Balance stehen.

5.12.4.1 Statistische Auswertung

Es wurde eine Stepwise-Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable JWLB (=aktuelle Work-Life-Balance) durchgeführt. Als unabhängige Variablen wurden ausgewählt:

- Gruendung (=Gründungsjahr)
- PVEForm (=Form der PVE)
- PVERchtsform (=Rechtsform der PVE)
- AnzahlInhaber (=Anzahl der ärztlichen Inhaber:innen)
- NichtaerztlicherGF (=Vorhandensein einer/eines nicht-ärztlichen Geschäftsführer:in)
- Bundesland

Diese Regressionsanalyse ergab ein bereinigtes R^2 von 0,310, d.h. 31,0 % der Steigerung lassen sich durch die übergebliebenen Faktoren erklären.

IBM SPSS Statistics errechnete dabei einen einzelnen Wert als prädiktiv und zeitgleich eben statistisch relevant:

- Rechtsform der Primärversorgungseinheit

Das Ergebnis zeigt einen standardisierten Betawert von -0,575 bei einer Signifikanz von <0,001.

Da die Rechtsform eine nominale Variable ist, wurde als nächstes eine deskriptive Statistik je Gruppe durchgeführt.

Dabei ergaben sich folgende Werte:

Tabelle 27: Durchschnittliche Work-Life-Balance nach Rechtsform der PVE

Rechtsform	Anzahl der PVEs	Durchschnittliche Work-Life-Balance
GmbH	18	4,06 (SD: 0,80)
OG	13	2,54 (SD: 2,15)
Verein	3	0,00 (SD: 3,46)
keine Angabe	4	4,75 (SD: 0,50)

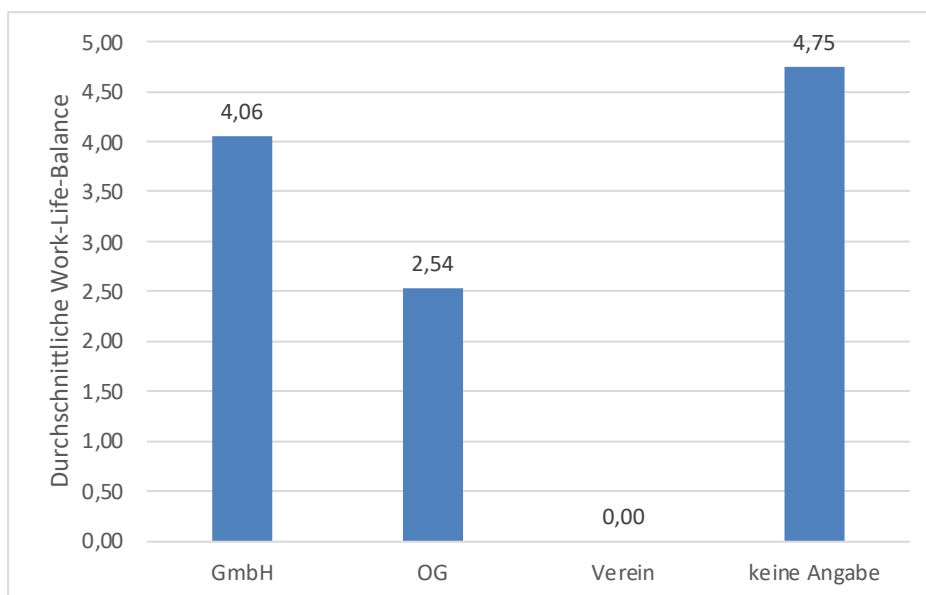


Abbildung 35: Durchschnittliche Work-Life-Balance nach Rechtsform der PVE

Da die Anzahl der PVEs mit der Rechtsform „Verein“ nur 3 ist, und dadurch eine Verzerrung der Auswertung stattfinden könnte, wurden diese Datensätze für die weitere Auswertung ausgeschlossen.

Da nur mehr zwischen zwei Gruppen verglichen wird, wurde im Anschluss ein Independent-Samples T-Test durchgeführt.

Der Levene's Test ergab eine Signifikanz von $<0,001$ womit der Wert von 0,05 unterschritten war und keine Varianzgleichheit gegeben ist.

Entsprechend wurde nun die zweiseitige Signifikanz bei fehlender Varianzgleichheit verwendet, und es ergibt sich ein Wert von 0,029, also ein Wert unter 0,05. Damit ist statistische Signifikanz gegeben.

Außerdem ergibt sich ein Cohen's d von 1,51 was einem sehr starken Effekt entspricht.

Ergebnis: Inhaber:innen von PVEs in der Rechtsform einer GmbH haben eine statistisch signifikant höhere Work-Life-Balance als bei der Rechtsform OG.

6 Diskussion

6.1 Interpretation der Ergebnisse

Die im vorherigen Kapitel gezeigten Ergebnisse (siehe Kapitel 5 Ergebnisse) ergeben mehrere statistisch relevante Aussagen, bei manchen lassen sich Tendenzen erkennen.

6.1.1 Hypothese 1: Deutliche Steigerung der Work-Life-Balance für Inhaber:innen von Primärversorgungseinheiten

Die Hypothese 1 (siehe Kapitel 3.1.1 Hypothese 1) des Autors besagt:

Durch die Gründung oder den Einstieg als Inhaber:in in eine Primärversorgungseinheit wird die subjektive Work-Life-Balance der ärztlichen Gründer:innen im Vergleich zur retrospektiv wahrgenommenen Work-Life-Balance in den fünf Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg als Inhaber:in im Mittelwert steigen.

Tatsächlich **steigt** auf einer **Skala von -5** (=überhaupt nicht zufrieden) **bis +5** (=sehr zufrieden) die **Work-Life-Balance** der befragten Ärzt:innen **im Mittelwert um +2,08 Punkte** bei einer **klaren statistischen Signifikanz** (t-Test $p < 0,001$).

Dieser starke Anstieg zeigt, dass ein Großteil der Ärzt:innen, die Inhaber:innen einer PVE sind, die Inhaberschaft als positiv im Sinne von Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erlebt.

Die Darstellung im Wasserfalldiagramm (siehe Abbildung 32: Einzelne Veränderungen der Work-Life-Balance durch die Inhaberschaft einer PVE) zeigt jedoch auch, dass für einzelne befragte Ärzt:innen die Work-Life-Balance durch die Inhaberschaft stagniert oder sich gar verschlechtert hat.

6.1.2 Hypothese 2: Abhängigkeit der Steigerung von vorheriger beruflicher Tätigkeit

Die Hypothese 2 (siehe Kapitel 3.1.2 Hypothese 2) des Autors besagt:

Die durch die ärztlichen Gründer:innen oder Inhaber:innen von Primärversorgungseinheiten wahrgenommene Steigerung der Work-Life-Balance ist im Mittelwert höher, wenn sich die/der Ärzt:in vor der Gründung oder dem Einstieg als Inhaber:in in

einer ausschließlich angestellten und nicht in einer ausschließlich selbständigen Tätigkeit befand.

Tatsächlich gibt es in den Daten einen klaren Unterschied in der Steigerung der Work-Life-Balance je nach Beschäftigungsart in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft:

- **Ärzt:innen mit ausschließlich angestellten Beschäftigungsverhältnissen** erleben eine **Steigerung der Work-Life-Balance** von durchschnittlich +2,86 Punkten.
- **Ärzt:innen mit ausschließlich selbständigen Beschäftigungsverhältnissen** erleben eine **Steigerung der Work-Life-Balance** von durchschnittlich nur **+1,06 Punkten**.

Der Unterschied war zwar knapp nicht signifikant (t-Test $p=0,073$), trotzdem ergibt sich ein klarer Trend: Die Veränderung der Work-Life-Balance ist deutlich positiver, wenn die Ausgangssituation davor von einem fremdbestimmteren Arbeitsverhältnis geprägt war.

Aus Sicht des Autors ist das auch leicht interpretierbar: Von den 11 arbeitsbezogenen Faktoren, die als einflussnehmend auf die Work-Life-Balance abgefragt wurden, kann es bei dem Wechsel von einer unselbstständigen zu einer selbstständigen Tätigkeit, bei mehreren dieser Faktoren zu Veränderungen kommen.

Genauer gesagt sei an folgender Stelle angegeben, welche Faktoren (rein aus Sicht des Autors) sich beim Umstieg von welchem vorherigen Beschäftigungsverhältnis eher verändern werden:

Tabelle 28: Arbeitsbezogene Faktoren und deren potenzielle Veränderung je nach vorherigem Beschäftigungsverhältnis

Faktor	Vorher nur angestellt	Vorher nur selbständig
Ich habe geregelte Arbeitszeiten.	Starke positive Veränderung möglich	Starke positive Veränderung möglich
Ich kann meine Arbeitszeit selbstständig einteilen.	Starke positive Veränderung möglich	Vorher schon selbständige Einteilung der Arbeitszeit
Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir möglich.	Starke positive Veränderung möglich	Vorher schon flexiblere Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich
Mein Arbeitsalltag ist abwechslungsreich.	Vorher schon abwechslungsreicher Arbeitsalltag möglich	Vorher schon abwechslungsreicher Arbeitsalltag möglich
Ich habe berufliche Autonomie.	Starke positive Veränderung möglich	Vorher schon berufliche Autonomie gegeben
Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen.	Starke positive Veränderung möglich	Starke positive Veränderung möglich
Ich arbeite im Team mit anderen Berufsgruppen zusammen.	Je nach Anstellung vorher schon mit anderen Berufsgruppen zusammengearbeitet	Starke positive Veränderung möglich
Mein Arbeitsplatz bietet mir Sicherheit.	Je nach Anstellung vorher schon ein Arbeitsplatz mit Sicherheit	Starke positive Veränderung möglich
Mein Einkommen entspricht meinen Erwartungen.	Starke positive Veränderung möglich	Je nach Gestaltung der PVE starke positive Veränderung möglich
Meine Tätigkeit genießt ein hohes fachliches und gesellschaftliches Ansehen.	Starke positive Veränderung möglich	Starke positive Veränderung möglich
Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin.	Starke positive Veränderung möglich	Vorher schon eigene:r Chef:in

Natürlich erhebt diese Tabelle keinen Anspruch auf Vollständigkeit, denn je nach persönlicher Ausgangslage und Wahrnehmung der Personen, wird die potenzielle Veränderung der Work-Life-Balance von der obigen Annahme abweichen. Sichtbar ist jedoch, dass mehr Faktoren einen positiven Einfluss auf die Work-Life-Balance nehmen werden, wenn das vorherige Beschäftigungsverhältnis „Angestellt“ war.

6.1.3 Veränderung der Arbeitszeit als zusätzlicher Faktor

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit sank von ca. 37,3 Stunden auf ca. 34,1 Stunden. Diese Reduktion klingt mit 8,4 % zunächst moderat, ist jedoch in Summe nicht zu unterschätzen.

Eine Senkung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit um ca. 3,2 Stunden pro Woche bedeutet folgende Berechnung:

- 1 Jahr = 52 Kalenderwochen
- -5 Wochen Urlaubsanspruch pro Jahr (üblicher Anspruch in Österreich)
- -2,5 Wochen Feiertage pro Jahr (=12,5 Feiertage pro Jahr)
- Summe: 44,5 Kalenderwochen Arbeit pro Jahr

Bei 44,5 Kalenderwochen als Kalkulationsbasis ergeben -3,2 Stunden Arbeit pro Woche einen Zugewinn von 142,4 Stunden Freizeit im Jahr. Das wiederum ist mit ca. 3,5 Wochen zusätzlichem Urlaub pro Jahr vergleichbar.

Aus Sicht des Autors ist die anfänglich moderate erscheinende Zahl von nur -3,2 Stunden durchschnittliche Wochenarbeitszeit ein potenziell massiver Zugewinn für die Work-Life-Balance von ärztlichen Inhaber:innen von PVEs.

Tatsächlich zeigt auch die entsprechende Auswertung mit einem Korrelationskoeffizienten von -0,699 (Signifikanz <0,001) einen sehr starken statistischen Zusammenhang zwischen dem Sinken der durchschnittlichen Wochenstundenzahl und dem Anstieg der Work-Life-Balance bei den befragten Ärzt:innen.

6.1.4 Arbeitsbezogene Faktoren: Welche machen einen Unterschied?

Unabhängig davon, ob man die arbeitsbezogenen Faktoren nach persönlichen Präferenzen der befragten Ärzt:innen gewichtet oder nicht ergibt sich ein einziger Faktor als statistisch signifikant prädiktiv für die Steigerung der Work-Life-Balance:

- „Ich habe geregelte Arbeitszeiten“

Alle anderen Faktoren zeigten keine statistisch signifikante Einzelwirkung auf die Work-Life-Balance, auch wenn einzelne Faktoren einen Trend zeigten.

Das bedeutet, aus Sicht der Inhaber:innen von Primärversorgungszentren ist die Planbarkeit im beruflichen Alltag ein starker Hebel zur Steigerung der Work-Life-Balance.

Ärzt:innen leben einen Beruf, der oft mit unregelmäßigen Arbeitszeiten und Notfällen assoziiert ist, jedoch scheint die Gründung einer oder der Einstieg als Inhaber:in in eine PVE dieses Problem zu adressieren.

6.1.5 Führen der PVE in der Rechtsform „GmbH“

Spannend ist, dass ein großer Unterschied in der durchschnittlichen Work-Life-Balance (nicht Steigerung, sondern durchschnittlicher aktueller Wert) erkennbar ist, je nachdem ob die PVE in der Rechtsform „GmbH“ oder „OG“ gegründet wurde:

- PVEs mit der Rechtsform „OG“ zeigen bei den Inhaber:innen eine Work-Life-Balance von 2,54 Punkten
- PVEs mit der Rechtsform „GmbH“ zeigen bei den Inhaber:innen eine Work-Life-Balance von 4,06 Punkten

Die Differenz liegt demnach bei +1,52 Punkten und statistisch ergab sich ein Cohen's d von 1,51 (Signifikanz 0,029), also ein sehr starker statistischer Effekt.

Aus Sicht des Autors kommen mehrere Gründe für diesen Unterschied in Frage:

- PVEs als „GmbH“ haben eventuell mehr Mitarbeiter:innen als PVEs als „OG“.
- PVEs als „GmbH“ ermöglichen eventuell aufgrund der Größe mehr Delegation von nicht-ärztlichen Aufgaben als PVEs als „OG“.
- PVEs als „GmbH“ haben eventuell aufgrund der Größe mehr ausgearbeitete Prozesse als PVEs als „OG“.
- PVEs als „GmbH“ sind eventuell wachstumsorientierter als PVEs als „OG“.
- PVEs als „GmbH“ haben eventuell eine stärkere Außenwahrnehmung bei externen Partnern als PVEs als „OG“.
- PVEs als „GmbH“ haben dadurch eventuell auch besseren Zugang zu Förderungen oder Investitionen als PVEs als „OG“.
- Die Entscheidung zu einer „GmbH“ ist meist ein Zeichen eines gewissen initialen Planungsaufwandes.

- Bei einer „GmbH“ gibt es keine persönliche Haftung der Inhaber:innen.

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, basiert jedoch auf den persönlichen Erfahrungswerten des Autors.

6.1.6 Bedeutung der offenen Antworten

Die quantitativen Ergebnisse werden durch die Antworten auf die offenen Fragen passend ergänzt.

Die meistgenannten Herausforderungen werden an dieser Stelle vom Autor inhaltlich ausgeführt:

6.1.6.1 Probleme mit zu streng vorgegebenen Öffnungszeiten

In Anbetracht der Erkenntnis, dass die Anzahl der aktuellen Wochenstunden und der arbeitsbezogene Faktor „Ich habe geregelte Arbeitszeiten“ einen statistisch großen Einfluss auf die Work-Life-Balance haben, ist dieser Kritikpunkt und seine häufige Nennung verständlich.

Im Detail gaben einige PVEs an, dass zu bestimmten vorgegebenen Öffnungszeiten der Patientenandrang sehr gering ist, was scheinbar zum Unmut beiträgt.

6.1.6.2 Finanzierbarkeit

PVEs dürfen einen Pauschalbetrag pro Patient:in verrechnen, der anhand einer Formel berechnet wird.

Im Detail gaben die befragten Ärzt:innen an, dass sie als PVE eine höhere Grundpauschale benötigen.

Kritisiert wird u.a., dass mit der berechneten Pauschale die in PVEs erbrachten Leistungen nicht immer wirtschaftlich gedeckt sind.

6.1.6.3 Personalsuche

PVEs gaben regelmäßig an Schwierigkeiten zu haben, ausreichendes Personal zu finden. Zwar nicht ausschließlich aber insbesondere ärztliches Personal ist schwierig zu rekrutieren.

Manche befragte Ärzt:innen bringen dieses Problem zusätzlich mit dem oben genannten Punkt der streng vorgegebenen Öffnungszeiten in Zusammenhang.

Zitat eine:r befragten Ärzt:in, die/der diese Thematik extra hervorhebt:

„Dienstplan ist notwendig wegen verbindlichen Öffnungszeiten:
das ist deutliche Verschlechterung gegenüber Einzelpraxis, Urlaubsplanung auch, Teamarbeit mit Ärzten schafft Abhängigkeit untereinander und ist nicht leicht, Offenhaltgarantie zu Randzeiten ist unwirtschaftlich und erhöht Personalbedarf, dadurch arbeite ich nun häufig zu unattraktiven Tageszeiten“⁽³⁸⁾

6.1.6.4 Fehlende Unterstützung von Institutionen

Von einigen PVEs wurde kritisiert, dass sich die Zusammenarbeit insbesondere mit der ÖGK, den Ärztekammern bzw. dem Land als schwierig gestaltet.

Ebenso wird kritisiert, dass die Prozesse für Anträge rund um Förderungen kompliziert sind.

6.2 Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen nicht nur, dass die Inhaberschaft einer PVE die Work-Life-Balance durchschnittlich steigert, sie zeigen auch unter welchen Bedingungen eine solche Verbesserung besonders wahrscheinlich ist.

Daraus lassen sich mehrere Empfehlungen für die Praxis ableiten:

6.2.1 Zielgerichtete Ansprache potenzieller Gründer:innen

Ein zentrales Ergebnis ist, dass Ärzt:innen in vorher angestelltem Beschäftigungsverhältnis eine tendenziell höhere Steigerung der Work-Life-Balance wahrnehmen werden.

Entsprechend wird seitens des Autors empfohlen:

- Gezielt angestellte Ärzt:innen ansprechen und ihnen den spürbaren Zugewinn an Selbstbestimmung, Flexibilität und persönlicher Zufriedenheit aufzeigen.

Das soll nicht ausschließen, dass auch selbständige Ärzt:innen Interesse an der Gründung einer PVE haben können.

6.2.2 Anpassung von Arbeitszeitmodellen

Der arbeitsbezogene Faktor „Ich habe geregelte Arbeitszeiten“ war der einzig signifikant prädiktive Faktor für die Steigerung der Work-Life-Balance. Gleichzeitig war ein klarer Kritikpunkt bei den offenen Fragen, dass die Öffnungszeiten für PVEs zu streng vorgegeben sind.

Entsprechend wird seitens des Autors empfohlen:

- Eine Veränderung der vorgegebenen Öffnungszeiten, speziell in den Randzeiten ohne Patient:innennachfrage sollte mit den Sozialversicherungsträgern diskutiert werden.
Dieser Vorschlag benötigt einen gewissen Zusammenschluss von PVEs, denn dadurch lassen sich Veränderungen oft leichter und effektiver bewirken als durch eine einzelne Institution.

6.2.3 Förderung von „GmbH“ als Rechtsform

Die deutlich höhere Work-Life-Balance bei Inhaber:innen von PVEs in der Rechtsform „GmbH“ legt nahe, dass strukturell professionellere Gründungsformen einen nachhaltigen Effekt auf die Work-Life-Balance der Inhaber:innen haben.

Entsprechend wird seitens des Autors empfohlen:

- Förderprogramme sollten die Gründung von PVEs als „GmbH“ gezielt mehr fördern.
- Erfahrungsberichte erfolgreicher PVEs in der Rechtsform „GmbH“ sollten als Best Practice Beispiele zur Verfügung stehen.
- Beratungsstellen sollten die Gründung einer PVE in der Rechtsform „GmbH“ als Standardoption darstellen und proaktiv kommunizieren.

6.2.4 Systematische Unterstützung in der Gründungs- und in der Betriebsphase

Anhand der Antworten auf die offenen Fragen ist ersichtlich, dass mehr Unterstützung bei gleichzeitig weniger Bürokratie seitens der befragten Ärzt:innen gewünscht wäre.

Dieser Kritikpunkt wirkt sich wahrscheinlich belastend aus und schränkt die Work-Life-Balance der befragten Ärzt:innen entsprechend ein.

Entsprechend wird seitens des Autors empfohlen:

- Einrichtung eines One-Stop-Shop, der PVEs durch sämtliche Aspekte einer Gründung begleitet.

Hinweis: die Plattform Primärversorgung ist eine große Unterstützung bei der Gründung von PVEs. Sie unterstützt Gründer:innen unter anderem mit fertig ausgearbeiteten Business Cases, Gründungsverträgen, Best Practices Beispielen und Vernetzung.

Die Empfehlung des Autors geht darüber hinaus, denn ein One-Stop-Shop würde sämtliche bürokratischen Wege für eine Gründung in Zusammenarbeit mit den betroffenen Institutionen an einer Stelle bündeln.

- Einführen von Verfahrensvereinfachung bei Förderungen.
- Maßnahmen zur Personalbindung und -gewinnung: Es könnte z.B. gezielt Werbung in den einschlägigen Medien für die Mitarbeit als Personal (nicht als Inhaber:in) in einer PVE geschaltet werden.

6.3 Limitationen der Studie

Wie bei jeder Studie unterliegt auch diese Arbeit bestimmten Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

6.3.1 Subjektive, retrospektive Einschätzung der Work-Life-Balance

Eine zentrale Frage dieser Arbeit lautet: „Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer persönlichen Work-Life-Balance in den 5 Jahren vor der Gründung bzw. dem Einstieg als ärztliche:r Inhaber:in in eine Primärversorgungseinheit (PVE)?“

Die Erhebung dieser Frage ist retrospektiv und kann Verzerrungen unterliegen.

So kann es zum Beispiel durchaus vorkommen, dass die Erinnerungen der befragten Ärzt:innen idealisiert dargestellt wurden oder aber gewisse Details bereits verdrängt wurden.

Ebenso kann es vorkommen, dass die aktuelle Zufriedenheit Einfluss auf die Einschätzung der vergangenen Zufriedenheit nimmt.

Der Autor hat sich trotz dieser Einschränkung für dieses Studiendesign entschieden, denn die Arbeit soll ja eine Querschnittsstudie darstellen.

Darüber hinaus geht es nicht um den Nachweis einer gewissen, wissenschaftlich validierten Work-Life-Balance vor der Gründung, sondern es geht um den Nachweis einer wissenschaftlich validierten wahrgenommenen **Veränderung** der Work-Life-Balance – was für die Wahl des Studiendesigns spricht.

6.3.2 Keine Kontrollgruppe

Die nach Anwenden der Ein- und Ausschlusskriterien befragten Ärzt:innen waren ausschließlich bestehende ärztliche Inhaber:innen von PVEs.

Ärzt:innen, die sich z.B. bewusst gegen eine Gründung einer PVE entschieden haben wurden nicht befragt.

Damit ergibt sich in dieser Studie keine Möglichkeit zu folgendem Vergleich:

- Wie ist die Work-Life-Balance von Ärzt:innen ohne gewollte Inhaberschaft einer PVE?

Eine Generalisierbarkeit der Studie auf die Gesamtgruppe aller Ärzt:innen ist daher nicht möglich. Dies war jedoch von Anfang an nicht im Forschungsdesign vorgesehen.

6.3.3 Teilweise begrenzte Aussagekraft einzelner Subgruppenvergleiche

Einige Subgruppen (z.B. bestimmte Altersgruppen, „Verein“ als Rechtsform, ...) umfassen nur eine sehr geringe Anzahl von befragten Ärzt:innen, womit hier eine statistische Interpretation erschwert war.

Der Autor dieser Arbeit hat sich bemüht, statistisch sehr korrekt zu arbeiten und sämtliche Validierungstests durchzuführen, bevor statistische Aussagen getroffen wurden.

Dementsprechend waren gewisse Aussagen statistisch nicht interpretierbar und daher in der Arbeit nicht darstellbar.

6.3.4 Keine qualitative Tiefenanalyse

Obwohl im Fragebogen offene Fragen enthalten sind, ist die Arbeit eindeutig als quantitative Forschung deklariert.

Daher wurde auf eine qualitative Inhaltsanalyse der Antworten, wie sie bei qualitativer Forschung erforderlich wäre, verzichtet.

6.4 Zukunftsforschung

Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern klare Antworten auf die im Vorfeld der Arbeit gestellten Fragen, teilweise ergaben sich sogar neue Erkenntnisse (z.B. Rechtsform „GmbH“ ergibt höhere Work-Life-Balance).

Trotzdem bleiben interessante Fragen aufgrund der Limitationen der Studie offen und bieten Themen für zukünftige Arbeiten:

6.4.1 Durchführen einer Längsschnittstudie

Eine Studie könnte die Work-Life-Balance von Gründer:innen von PVEs knapp vor der Gründung und dann erneut mehrmals nach der Gründung erfragen.

Dadurch wäre eine objektivere Darstellung der Veränderungen ohne Erinnerungslücken und weniger Verzerrungen möglich.

Außerdem könnte man zeitlich genauer zuordnen, wann Veränderungen an der Work-Life-Balance stattfinden, und entsprechend neue Erkenntnisse für die Begründung der Veränderung erarbeiten.

6.4.2 Vergleich mit Ärzt:innen ohne Inhaberschaft einer PVE

Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe könnte verschiedene weitere Fragen beantworten.

Zum Beispiel könnte erhoben werden, ob die Work-Life-Balance bei ärztlichen Inhaber:innen von PVEs prinzipiell höher ist.

Diese Annahme ist aus der aktuellen Arbeit nur bedingt herleitbar, denn eine prinzipielle Bereitschaft zur Inhaberschaft einer PVE war bei 100 % der befragten Ärzt:innen aufgrund des Studiendesigns per Definition gegeben.

6.4.3 Studie zu regionalen Unterschieden

Österreich ist, auch für Gründer:innen von PVEs, tatsächlich sehr föderalistisch organisiert.

Zwar gibt es offiziell mittlerweile eine Österreichische Gesundheitskasse, die Realität ist jedoch:

- Pro Bundesland gibt es unterschiedliche Verrechnungsmodalitäten mit den Kassen
- Pro Bundesland gibt es unterschiedliche Ärztekammern
- Pro Bundesland gibt es auf Landesebene unterschiedliche Ansprechpartner:innen

In den Antworten zu den offenen Fragen nach Verbesserungschancen wurde tatsächlich die Zusammenarbeit mit jeder einzelnen dieser Institutionen erwähnt, womit eine Untersuchung von regionalen Unterschieden interessant erscheint.

7 Fazit

Die vorliegende Arbeit untersucht empirisch, wie sich die Inhaberschaft einer Primärversorgungseinheit auf die subjektiv wahrgenommene Work-Life-Balance der ärztlichen Inhaber:innen auswirkt.

Die Hypothese 1 wurde klar bestätigt: Es konnte nachgewiesen werden, dass sich die Work-Life-Balance durch die Inhaberschaft im Mittelwert statistisch signifikant verbessert.

Die Hypothese 2 zeigte zwar knapp keine statistische Signifikanz, es zeigte sich jedoch ein deutlicher Trend: Ärzt:innen, die in den 5 Jahren zuvor in ausschließlich angestellten Beschäftigungsverhältnissen waren, nehmen eine höhere Steigerung der Work-Life-Balance durch die Inhaberschaft einer PVE wahr als Ärzt:innen, die davor in selbständigen Beschäftigungsverhältnissen waren.

Bemerkenswert ist der hohe Einfluss geregelter Arbeitszeiten auf die empfundene Work-Life-Balance der ärztlichen Inhaber:innen von PVEs. Dieses Erkenntnis unterstreicht die Bedeutung von strukturierten und planbaren Arbeitsbedingungen für eine gute Work-Life-Balance von Ärzt:innen.

Ebenso zeigte sich, dass eine leichte Reduktion der durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden durch die Inhaberschaft an einer PVE einen sehr starken und statistisch signifikanten Einfluss auf die Steigerung der Work-Life-Balance hat.

Interessanterweise konnte unter den Daten, die erhoben worden sind, die Rechtsform einer PVE als weiterer starker Einflussfaktor auf die Höhe der Work-Life-Balance der ärztlichen Inhaber:innen identifiziert werden. Konkret haben Ärzt:innen, deren PVE als „GmbH“ geführt wird, statistisch eine eindeutig höhere Work-Life-Balance.

Die Antworten auf die offenen Fragen machen deutlich, dass es nach wie vor Hürden in der Gründungs- und Betriebsphase einer PVE gibt. Dazu zählen u.a. zu streng vorgegebenen Öffnungszeiten, Probleme bei der Personalsuche, Schwierigkeiten bei der Finanzierung und wahrgenommene fehlende Unterstützung von Institutionen.

In Summe liefert die vorliegende Arbeit einen statistisch belegten und wissenschaftlich fundierten Beitrag zum Verständnis der Work-Life-Balance von ärztlichen Inhaber:innen von Primärversorgungseinheiten.

Die Arbeit kann einerseits potenzielle Gründer:innen in ihrem Vorhaben bestärken, andererseits auch der Gesundheitspolitik und Institutionen als Grundlage dienen, welche Ansatzpunkte oder Rahmenbedingungen verbessert werden könnten.

Die Ergebnisse sprechen klar dafür, Primärversorgungseinheiten nicht nur als attraktive Versorgungsform für Patient:innen, sondern auch als attraktives Arbeitsmodell für die Work-Life-Balance von interessierten Ärzt:innen zu positionieren.

Abbildungs- und Illustrationsverzeichnis

Abbildung 1: Bisherige Entwicklung und aktueller Stand der PVE in Österreich ⁽⁸⁾	2
Abbildung 2: Gründungen von PVEs in Österreich pro Jahr ⁽⁸⁾	3
Abbildung 3: Österreich hat in der EU die höchste Ärzt:innendichte ⁽¹⁹⁾	6
Abbildung 4: Laufende Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts 2010 bis 2023 ^(2: p.39)	7
Abbildung 5: SPSS-Skript für Hypothese 1	24
Abbildung 6: SPSS-Skript für Hypothese 2	25
Abbildung 7: Anzahl auswertbarer Antworten	40
Abbildung 8: Verteilung der Art der Arbeitsverhältnisse in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft	41
Abbildung 9: Verteilung der Art der Anstellungen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft	42
Abbildung 10: Verteilung der Art der Ordinationen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft	43
Abbildung 11: Verteilung der anderen Art des Arbeitsverhältnisses in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft	44
Abbildung 12: Verteilung der Art der aktuellen Arbeitsverhältnisse	45
Abbildung 13: Verteilung der aktuellen Art der Anstellungen	46
Abbildung 14: Verteilung der aktuellen Art der Ordinationen	47
Abbildung 15: Boxplot zur Verteilung der arbeitsbezogenen Faktoren mit prinzipiellem Einfluss auf Work-Life-Balance	49
Abbildung 16: Boxplot zur Veränderung der arbeitsbezogenen Faktoren durch die Inhaberschaft	51
Abbildung 17: Verteilung der Feedbacks auf Kategorien von Problemstellungen	55
Abbildung 18: Verteilung des Gründungsjahres	57
Abbildung 19: Verteilung der Inhaberschaft seit	58
Abbildung 20: Verteilung der zeitgleichen Gründung und Inhaberschaft	59
Abbildung 21: Verteilung der Form der PVE	60
Abbildung 22: Verteilung der Rechtsform der PVE	61
Abbildung 23: Verteilung der Anzahl der Inhaber:innen der PVE	62
Abbildung 24: Boxplot zur Anzahl der Inhaber:innen der PVEs	62
Abbildung 25: Boxplot zum Vergleich der durchschnittlichen Wochenstunden Arbeitszeit vor und während der Inhaberschaft einer PVE	64

Abbildung 26: Verteilung des Vorhandenseins von nicht-ärztlichen Geschäftsführer:innen	65
Abbildung 27: Verteilung der aktuellen ärztlichen Qualifikation.....	66
Abbildung 28: Verteilung der Altersgruppen.....	67
Abbildung 29: Verteilung des Geschlechts.....	68
Abbildung 30: Verteilung der Bundesländer der PVEs.....	69
Abbildung 31: Work-Life-Balance vor und während Inhaberschaft einer PVE	70
Abbildung 32: Einzelne Veränderungen der Work-Life-Balance durch die Inhaberschaft einer PVE.....	71
Abbildung 33: Verteilung der Art des Beschäftigungsverhältnisses	72
Abbildung 34: Boxplot zur durchschnittlichen Veränderung der Work-Life-Balance je nach vorheriger Art des Beschäftigungsverhältnisses.....	73
Abbildung 35: Durchschnittliche Work-Life-Balance nach Rechtsform der PVE ...	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl auswertbarer Antworten.....	39
Tabelle 2: Verteilung der Art der Arbeitsverhältnisse in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft.....	41
Tabelle 3: Verteilung der Art der Anstellungen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft	42
Tabelle 4: Verteilung der Art der Ordinationen in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft	42
Tabelle 5: Verteilung der anderen Art des Arbeitsverhältnisses in den 5 Jahren vor der Inhaberschaft.....	44
Tabelle 6: Verteilung der Art der aktuellen Arbeitsverhältnisse	45
Tabelle 7: Verteilung der aktuellen Art der Anstellungen	46
Tabelle 8: Verteilung der aktuellen Art der Ordinationen.....	47
Tabelle 9: Verteilung der arbeitsbezogenen Faktoren mit prinzipiellem Einfluss auf Work-Life-Balance	48
Tabelle 10: Veränderung der arbeitsbezogenen Faktoren durch die Inhaberschaft	50
Tabelle 11: Verteilung der Feedbacks auf Kategorien von Problemstellungen.....	55
Tabelle 12: Verteilung des Gründungsjahres	56
Tabelle 13: Verteilung der Inhaberschaft seit	57
Tabelle 14: Verteilung der zeitgleichen Gründung und Inhaberschaft.....	58
Tabelle 15: Verteilung der Form der PVE.....	59
Tabelle 16: Verteilung der Rechtsform der PVE.....	60
Tabelle 17: Verteilung der Anzahl der Inhaber:innen der PVE	61
Tabelle 18: Vergleich der durchschnittlichen Wochenstunden Arbeitszeit vor und während der Inhaberschaft einer PVE.....	63
Tabelle 19: Verteilung des Vorhandenseins von nicht-ärztlichen Geschäftsführer:innen	64
Tabelle 20: Verteilung der aktuellen ärztlichen Qualifikation	65
Tabelle 21: Verteilung der Altersgruppen	66
Tabelle 22: Verteilung des Geschlechts	67
Tabelle 23: Verteilung der Bundesländer der PVEs	68
Tabelle 24: Work-Life-Balance vor und während der Inhaberschaft einer PVE	70
Tabelle 25: Verteilung der Art des Beschäftigungsverhältnisses	72

Tabelle 26: Durchschnittliche Veränderung der Work-Life-Balance je nach vorheriger Art des Beschäftigungsverhältnisses	73
Tabelle 27: Durchschnittliche Work-Life-Balance nach Rechtsform der PVE	81
Tabelle 28: Arbeitsbezogene Faktoren und deren potenzielle Veränderung je nach vorherigem Beschäftigungsverhältnis.....	85

Literaturverzeichnis

1. Ulrike Famira-Mühlberger, Matthias Firgo, Gerhard Streicher. Ärztliche Versorgung und der demographische Wandel. *WIFO-Monatsberichte*. 2020:609–18.
2. Statistik Austria. *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik* 2023.
3. Statistik Austria. *Verbraucherpreisindex* 2025. Available from: <https://www.statistik.at/Indexrechner/#/vpi/wsr/result?startMonth=13&startYear=2004&endMonth=13&endYear=2023&yearIndex=2000&art=GESAMT&yearIndexErstMonat=01.2001&inputAmount=100¤cy=EUR&withMonthlySteps=0&withYearlySteps=0&timeIsMonthly=1> (accessed 26.04.2025).
4. Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 - GRUG 2017, (2017).
5. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,. *Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung* 2024. Available from: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html> (accessed 26.04.2025).
6. Jaser Elmorsy, Roman Okruch. Evaluation of the current and historical causative development of the concept of critical care centers (PVZs) within the Austrian health care system and analysis of the current legal and general conditions for the foundation of a critical care center in Austria: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften; 2022.
7. Österreichische Sozialversicherung. *Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung*. 2021. Available from: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843942&portal=svportal> (accessed 26.04.2025).
8. Plattform Primärversorgung. *Entwicklung der PVE in Österreich* 2025. Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/pve-entwicklung-oesterreich> (accessed 26.04.2025).
9. Plattform Primärversorgung. *PVE-Landkarte* 2025. Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte> (accessed 26.04.2025).
10. Dionne S. Kringos, Wienke G.W. Boerma, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman. Building primary care in a changing Europe. European Observatory Health Policy Series. Copenhagen (Denmark) 2015.

11. Gesundheit Österreich GmbH. *Gesundheit Österreich GmbH: Über uns*. Available from: https://goeg.at/Ueber_uns (accessed 26.04.2025).
12. Plattform Primärversorgung. *Plattform Primärversorgung: Mission & Vision*. Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/mission-vision> (accessed 26.04.2025).
13. Gesundheit Österreich GmbH. *Studien zur Attraktivität der Allgemeinmedizin in Österreich 2023*. Available from: https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2023-12/Studien_zur_Attraktivit%C3%A4t_der_Allgemeinmedizin_in_%C3%96sterreich.pdf (accessed 26.04.2025).
14. Schwarz, Maximilian. *Arbeiten als Hausarzt oder Hausärztin – Motivatoren und Barrieren für Jungmediziner:innen*.
15. Florian Bachner, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Lena Lepuschütz, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, Andrea E. Schmidt, Martin Zuba, Wilm Quentin, Juliane Winkelmann. *Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen*: World Health Organization; 2019.
16. Dachverband der Sozialversicherungsträger. *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*. Bad Vöslau, Austria; 2025. Available from: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.795043&version=1744266240>.
17. Statistik Austria. *Bevölkerung zu Jahres-/Quartalsanfang 2025*. Available from: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/quartalsanfang> (accessed 20.05.2025).
18. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,. *Krankenversicherung 2023*. Available from: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html> (accessed 20.05.2025).
19. Wiener Zeitung GmbH. *Unser Gesundheitssystem im EU-Vergleich 2024*. Available from: <https://www.wienerzeitung.at/a/unser-gesundheitssystem-im-eu-vergleich> (accessed 20.05.2025).
20. Statistik Austria. *Gesundheitsausgaben 2025*. Available from: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben> (accessed 20.05.2025).
21. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,. *Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028 2024*. Available from: [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-)

- [Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html](#) (accessed 20.05.2025).
22. Bundes-Zielsteuerungskommission. Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene: Zielsteuerung-Gesundheit. 2024.
 23. Bundes-Verfassungsgesetz Art. 12, (2025).
 24. Bundes-Verfassungsgesetz Art. 10, (2025).
 25. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,. *Die Suche nach dem Arzt* 2020. Available from: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/arztbesuch/suche-arzt.html> (accessed 20.05.2025).
 26. Ärztekroner VerlagsgesmbH. „Freie Arztwahl“ – ein Missverständnis? 2015. Available from: <https://www.medmedia.at/aerzte-krone/freie-arztwahl-ein-missverstaendnis/> (accessed 20.05.2025).
 27. Gesundheit Österreich GmbH. PVE-Berufsgruppen-Factsheets.
 28. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,. *Handbuch zur Gründung einer PVE* 2023. Available from: https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2023-08/Gründungshandbuch%202.0_0.pdf.
 29. Österreichischer Gewerkschaftsbund. *Primärversorgungseinheiten: Die Zukunft der medizinischen Versorgung* 2025. Available from: <https://www.oegb.at/themen/gesundheit-und-pflege/gesundheitsystem/gruppenpraxen> (accessed 21.05.2025).
 30. Gesundheit Österreich GmbH. *Häufige Fragen & Antworten*. Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/haeufige-fragen-antworten> (accessed 21.05.2025).
 31. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, . *Work Life Balance.: Publikationsversand der Bundesregierung*; 2005.
 32. Mrak, Katharina Maria. *Work-Life-Balance als Herausforderung. Über die (Nicht-)Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben*: Karl-Franzens-Universität Graz; 2017.
 33. Weltgesundheitsorganisation. *Handlungsrahmen für das Gesundheits- und Pflegepersonal in der Europäischen Region der WHO (2023–2030)*. 2023.
 34. Wöhrmann, Anne Marit. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Work-Life-Balance*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2016.
 35. Medizinische Universität Wien. *Ärztinnen vergeben gute Noten für Arbeitsbedingungen in Primärversorgungszentren* 2024. Available from: <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2024/news-im-maerz-2024/aerztinnen-vergeben-gute-noten-fuer-arbeitsbedingungen-in-primaerversorgungszentren/> (accessed 21.05.2025).

36. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, ÄAO 2015(2025).
37. Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften. *Statistik Beratung.* Available from: <https://www.kl.ac.at/de/forschung/forschungsservice-und-forschungsimpulse/statistik-beratung>.
38. Elmorsy, Jaser. Fragebogen zur Masterarbeit - Work-Life-Balance von PVE Gründer:innen. 2025.
39. Hauer, Barbara. *VfGH bestätigt "70-Jahr-Altersgrenze" für Kassenärzte* 2014. Available from: [https://www.infofuerarzte.at/news/detail/vfgh-bestaetigt-70-jahr-altersgrenze-fuer-kassenaerzte#:~:text=Für%20Kassenverträge%2C%20die%20ab%201,bei%20drohender%20ärztlicher%20Unterversorgung%20-%20festzulegen.\(accessed 22.05.2025\).](https://www.infofuerarzte.at/news/detail/vfgh-bestaetigt-70-jahr-altersgrenze-fuer-kassenaerzte#:~:text=Für%20Kassenverträge%2C%20die%20ab%201,bei%20drohender%20ärztlicher%20Unterversorgung%20-%20festzulegen.(accessed%2022.05.2025).)

Anhang

Anhang 1 Fragebogen

Work-Life-Balance-von-PVE-Gründer:innen - Druckversion - Vorschau der Umfrage (LamaPoll - Online Umfragen)

25.05.2025, 23:54

1. Einleitung und Einverständniserklärung

Vielen Dank, dass Sie an dieser Umfrage teilnehmen.

Dieser Fragebogen ist Teil meiner Masterarbeit im Studium der Humanmedizin. Ziel der Arbeit ist es zu untersuchen, **wie sich die Gründung bzw. der Einstieg in eine Primärversorgungseinheit (PVE) auf die persönliche Work-Life-Balance ärztlicher Inhaber:innen auswirkt.**

Die Teilnahme ist freiwillig und anonym. Es werden keine personenbezogenen Daten (wie Name, E-Mail oder IP-Adresse) gespeichert. Die Auswertung erfolgt ausschließlich im Rahmen der Masterarbeit und in aggregierter Form. Mit dem Absenden des Fragebogens stimmen Sie der wissenschaftlichen Nutzung Ihrer Angaben zu.

Die Beantwortung des Fragebogens wird in etwa 5-10 Minuten in Anspruch nehmen.

Bitte beantworten Sie die Fragen so ehrlich und spontan wie möglich. Bei Unklarheiten gibt es kurze Erklärungen direkt bei den entsprechenden Fragen.

<https://app.lamapoll.de/Work-Life-Balance-von-PVE-Gründer:innen/?preview=1&action=printRaw>

Page 1 of 28

2. Beruflicher Werdegang vor der PVE-Gründung

Folgende Fragen beziehen sich ausschließlich auf die **5 Jahre vor der Gründung** oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit.

Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis?

(Mehrfachauswahl möglich)

☐ Medizinstudent:in

☐ Ärzt:in in Ausbildung

☐ Ärzt:in in Anstellung

☐ Ärzt:in mit eigener Ordination

☐ In Karenz oder beruflicher Pause

☐ Anderes:

Welche Art der Anstellung hatten Sie?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Allgemeinmediziner:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (**inkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)
- ☐ Allgemeinmediziner:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (**inkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)
- ☐ Fachärzt:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (**exkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)
- ☐ Fachärzt:in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (**exkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)

Welche Art der Ordination hatten Sie?

(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Kassenvertrag Einzelpraxis (auch bei geteiltem Kassenvertrag)
- ☐ Kassenvertrag Gruppenpraxis
- ☐ Wahlärzt:in

3. Beruflicher Werdegang nach der PVE-Gründung

Folgende Fragen beziehen sich auf **Ihr aktuelles Arbeitsverhältnis**.

Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis?*

(Mehrfachauswahl möglich)

☐	Ärzt:in in Ausbildung
☐	Ärzt:in in Anstellung
☐	Ärzt:in mit eigener Ordination (außer Primärversorgungseinheit)
☐	Ärztliche:r Inhaber:in einer Primärversorgungseinheit (PVE)
☐	In Karenz oder beruflicher Pause
☐	Anderes:

Welche Art der Anstellung haben Sie?

(Mehrfachauswahl möglich)

☐ Allgemeinmediziner:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (**inkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)

☐ Allgemeinmediziner:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (**inkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)

☐ Fachärzt:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (**exkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)

☐ Fachärzt:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (**exkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)

Welche Art der Ordination haben Sie?

(Mehrfachauswahl möglich)

☐ Kassenvertrag Einzelpraxis (auch bei geteiltem Kassenvertrag)

☐ Kassenvertrag Gruppenpraxis

☐ Wahlärzt:in

4. Einflussfaktoren auf die Work-Life-Balance

Hinweis: In dieser Frage geht es darum, **welche allgemeinen beruflichen**

Rahmenbedingungen für Sie persönlich zu einer guten Work-Life-Balance beitragen.

Bitte bewerten Sie die Bedeutung der einzelnen Aspekte **unabhängig davon, ob Sie sie derzeit erleben oder nicht.**

In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei?

Bewerten Sie von **0 = überhaupt nicht** bis **10 = sehr stark**

Ich habe geregelte Arbeitszeiten.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich kann meine Arbeitszeit selbstständig einteilen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir möglich.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mein Arbeitsalltag ist abwechslungsreich.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe berufliche Autonomie.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich arbeite im Team mit anderen Berufsgruppen zusammen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mein Arbeitsplatz bietet mir Sicherheit.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mein Einkommen entspricht meinen Erwartungen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Meine Tätigkeit genießt ein hohes fachliches und gesellschaftliches Ansehen.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Die folgende Seite ist aus technischen Gründen im Ausdruck des Fragebogens leer

Work-Life-Balance-von-PVE-Gruender-innen - Druckversion - Vorschau der Umfrage (LamaPoll - Online Umfragen)

25.05.2025, 23:54

<https://app.lamapoll.de/Work-Life-Balance-von-PVE-Gruender-innen/?preview=1&action=printRaw>

Page 9 of 28

5. Allgemeine Einschätzung der Work-Life-Balance

Hinweis: **Diese Frage ist zentral für die Studie.**

Bitte schätzen Sie ehrlich ein, wie zufrieden Sie mit Ihrer persönlichen

Work-Life-Balance waren bzw. aktuell sind.

CAVE: Die Skala hat sich verändert!

- Sie sind **unzufrieden**: bitte **negative Antwort auswählen (-5 bis -1)**
- **Neutral**: bitte **neutrale Antwort auswählen (0)**
- Sie sind **zufrieden**: bitte **positive Antwort auswählen (+1 bis +5)**

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer persönlichen Work-Life-Balance in den 5 Jahren vor der Gründung bzw. dem Einstieg als ärztliche:r Inhaber:in in eine Primärversorgungseinheit (PVE)?*

Bewerten Sie von **-5 = überhaupt nicht zufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie zufrieden sind Sie seit der Gründung
bzw. dem Einstieg in eine Primärversor-
gungseinheit (PVE)?*

Bewerten Sie von **-5 = überhaupt nicht zufrieden** bis **5 = sehr zufrieden**

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Veränderung einzelner Einflussfaktoren durch die PVE-Gründung

Hinweis: Hier möchten wir wissen, wie sich bestimmte berufliche

Rahmenbedingungen durch Ihre PVE-Gründung oder Ihren Einstieg verändert haben

– bezogen auf Ihre persönliche Wahrnehmung.

Bitte bewerten Sie jede Aussage im Vergleich zu Ihrer beruflichen Situation vor der Gründung bzw. dem Einstieg in die PVE.

CAVE: Die Skala hat sich verändert!

- Es hat sich Ihre Situation **verschlechtert**: bitte **negative Antwort auswählen (-5 bis -1)**
- Es ist Ihre Situation **unverändert**: bitte **neutrale Antwort auswählen (0)**
- Es hat sich Ihre Situation **verbessert**: bitte **positive Antwort auswählen (+1 bis +5)**

Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert?

Bewerten Sie von **-5 = deutlich verschlechtert** bis **5 = deutlich verbessert**

Ich habe geregelte Arbeitszeiten.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich kann meine Arbeitszeit selbstständig einteilen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir möglich.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mein Arbeitsalltag ist abwechslungsreich.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich habe berufliche Autonomie.

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen.

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ich arbeite im Team mit anderen Berufsgruppen zusammen.

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mein Arbeitsplatz bietet mir Sicherheit.

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mein Einkommen entspricht meinen Erwartungen.

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Meine Tätigkeit genießt ein hohes fachliches und gesellschaftliches Ansehen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Offene Fragen

Was waren die größten Anfangsschwierigkeiten beim Gründen bzw. beim Einstieg als Inhaber:in in eine PVE?

Was könnte aus heutiger Sicht zu einer (weiteren) Verbesserung Ihrer persönlichen Work-Life-Balance beitragen?

8. Berufliche und demografische Angaben

Wann wurde die PVE, in der Sie aktuell tätig sind, gegründet?

Treffen Sie Ihre Auswahl

☐ 2015

☐ 2016

☐ 2017

☐ 2018

☐ 2019

☐ 2020

☐ 2021

☐ 2022

☐ 2023

☐ 2024

☐ 2025

Seit wann sind Sie ärztliche:r Inhaber:in dieser PVE?

Es wird erhoben ob Sie seit der Gründung oder erst später als Inhaber zugezogen sind.

☐ 2015

☐ 2016

☐ 2017

☐ 2018

☐ 2019

☐ 2020

☐ 2021

☐ 2022

☐ 2023

☐ 2024

☐ 2025

Welche Form der PVE betreiben Sie?

☐ Primärversorgungszentrum (PVZ)

☐ Primärversorgungsnetzwerk (PVN)

In welcher Rechtsform ist Ihre PVE organisiert?

Treffen Sie Ihre Auswahl

☐ GmbH

☐ OG (Offene Gesellschaft)

☐ Verein

☐ Genossenschaft

☐ Selbständiges Ambulatorium

☐ Andere:

Wie viele Inhaber:innen hat Ihre PVE derzeit insgesamt?

Treffen Sie Ihre Auswahl

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10 oder mehr

Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich in allen ärztlichen Tätigkeiten?

(Bitte schätzen Sie jeweils den Durchschnitt pro Woche)

- ... in den 5 Jahren vor der Gründung bzw. dem Einstieg in die PVE:

- ... aktuell:

Haben Sie in Ihrer Primärversorgungseinheit eine:n nicht-ärztliche:n Geschäftsführer:in?

☐ Ja

☐ Nein

Wie lautet Ihre aktuelle ärztliche Qualifikation?

(Mehrfachauswahl möglich)

☐ Ärzt:in für Allgemeinmedizin (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)

☐ Fachärzt:in für ein anderes Fachgebiet

Für welches Fachgebiet sind Sie Fachärzt:in?

(**exkl.** Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)

(mehrere Eingaben möglich)

Bitte wählen Sie Ihre Altersgruppe aus

☐ 20-24 Jahre

☐ 25-29 Jahre

☐ 30-34 Jahre

☐ 35-39 Jahre

☐ 40-44 Jahre

☐ 45-49 Jahre

☐ 50-54 Jahre

☐ 55-59 Jahre

☐ 60-64 Jahre

☐ 65-69 Jahre

☐ >70 Jahre

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

☐ Weiblich

☐ Männlich

☐ Divers

☐ Keine Angabe

In welchem Bundesland befindet sich Ihre Primärversorgungseinheit?

Treffen Sie Ihre Auswahl

☐ Burgenland

☐ Kärnten

☐ Niederösterreich

☐ Oberösterreich

☐ Salzburg

☐ Steiermark

☐ Tirol

☐ Vorarlberg

☐ Wien

9. Abschluss und Dank

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Umfrage!

Ihre Rückmeldungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Forschung zur hausärztlichen Tätigkeit in Primärversorgungseinheiten – insbesondere zur Frage, wie sich diese Organisationsform auf die Work-Life-Balance von Ärzt:innen auswirken kann.

Haben Sie weitere Fragen, Wünsche, Kritik oder Anregungen für uns?

A large, empty rectangular box with a thin grey border, intended for participants to provide feedback, questions, or suggestions.

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Ihre Unterstützung!

Die folgende Seite ist aus technischen Gründen im Ausdruck des Fragebogens leer

Work-Life-Balance-von-PVE-Gruender-innen - Druckversion - Vorschau der Umfrage (LamaPoll - Online Umfragen)

25.05.2025, 23:54

Umfrage erstellt mit
 LamaPoll

<https://app.lamapoll.de/Work-Life-Balance-von-PVE-Gruender-innen/?preview=1&action=printRaw>

Page 28 of 28

Anhang 2 Statistische Auswertungen

Nach Import aller Daten ergeben sich im IBM SPSS Statistics folgende Variablen:

Name	Typ	Label	Measure
vID	Numeric	ID	Scale
vDATE	String	Datum	Nominal
VStudent	Numeric	Frage 1 - Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Medizinstudent:in	Nominal
VAusbildung	Numeric	Frage 1 - Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Ärzt:in in Ausbildung	Nominal
VAnstellung	Numeric	Frage 1 - Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Ärzt:in in Anstellung	Nominal
VOrdination	Numeric	Frage 1 - Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Ärzt:in mit eigener Ordination	Nominal
VKarenz	Numeric	Frage 1 - Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - In Karenz oder beruflicher Pause	Nominal

Name	Typ	Label	Measure
VAnderes	Numeric	Frage 1 - Was war in den 5 Jahren vor der Gründung oder dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Anderes:	Nominal
VAnderesWas	String	Frage 1 - Eingabe für Anderes:	Nominal
VAnstAMSpital	Numeric	Frage 2 - Welche Art der Anstellung hatten Sie? - Allgemeinmediziner:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
VAnstAMOrdination	Numeric	Frage 2 - Welche Art der Anstellung hatten Sie? - Allgemeinmediziner:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
VAnstFASpital	Numeric	Frage 2 - Welche Art der Anstellung hatten Sie? - Fachärzt:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
VAnstFAOrdination	Numeric	Frage 2 - Welche Art der Anstellung hatten Sie? - Fachärzt:in in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
VOrdinationEinzel	Numeric	Frage 3 - Welche Art der Ordination hatten Sie? - Kassenvertrag Einzelpraxis (auch bei geteiltem Kassenvertrag)	Nominal

Name	Typ	Label	Measure
VOrdinationGruppe	Numeric	Frage 3 - Welche Art der Ordination hatten Sie? - Kassenvertrag Gruppenpraxis	Nominal
VOrdinationWahl	Numeric	Frage 3 - Welche Art der Ordination hatten Sie? - Wahlärzt:in	Nominal
JAusb	Numeric	Frage 4 - Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Ärzt:in in Ausbildung	Nominal
JAnst	Numeric	Frage 4 - Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Ärzt:in in Anstellung	Nominal
JOrdination	Numeric	Frage 4 - Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Ärzt:in mit eigener Ordination (außer Primärversorgungseinheit)	Nominal
JPVE	Numeric	Frage 4 - Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Ärztliche:r Inhaber:in einer Primärversorgungseinheit (PVE)	Nominal
JKarenz	Numeric	Frage 4 - Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - In Karenz oder beruflicher Pause	Nominal
JAnderes	Numeric	Frage 4 - Was ist derzeit Ihr berufliches Arbeitsverhältnis? - Anderes:	Nominal
JAnderesWas	String	Frage 4 - Eingabe für Anderes:	Nominal
JAnstAMSpital	Numeric	Frage 5 - Welche Art der Anstellung haben Sie? - Allgemeinmediziner:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
JAnstAMOrdination	Numeric	Frage 5 - Welche Art der Anstellung haben Sie? - Allgemeinmediziner:in	Nominal

Name	Typ	Label	Measure
		in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	
JAnstFASpital	Numeric	Frage 5 - Welche Art der Anstellung haben Sie? - Fachärzt:in in einem Spital, einer Ambulanz oder einer NGO (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
JAnstFAOrdination	Numeric	Frage 5 - Welche Art der Anstellung haben Sie? - Fachärzt:in einer Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit (exkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
JOrdinationEinzel	Numeric	Frage 6 - Welche Art der Ordination haben Sie? - Kassenvertrag Einzelpraxis (auch bei geteiltem Kassenvertrag)	Nominal
JOrdinationGruppe	Numeric	Frage 6 - Welche Art der Ordination haben Sie? - Kassenvertrag Gruppenpraxis	Nominal
JOrdinationWahl	Numeric	Frage 6 - Welche Art der Ordination haben Sie? - Wahlärzt:in	Nominal
PARbeitszeiten	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Ich habe geregelte Arbeitszeiten	Scale
PEinteilung	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Ich kann meine Arbeitszeit selbstständig einteilen	Scale

Name	Typ	Label	Measure
PFamilie	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir möglich	Scale
PAbwechslung	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Mein Arbeitsalltag ist abwechslungsreich	Scale
PAutonomie	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Ich habe berufliche Autonomie	Scale
PZeit	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen	Scale
PTeam	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Ich arbeite im Team mit anderen Berufsgruppen zusammen	Scale
PSicherheit	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Mein Arbeitsplatz bietet mir Sicherheit	Scale
PERwartungen	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Mein Einkommen entspricht meinen Erwartungen	Scale

Name	Typ	Label	Measure
PAnsehen	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Meine Tätigkeit genießt ein hohes fachliches und gesellschaftliches Ansehen	Scale
PChef	Numeric	Frage 7 - In welchem Ausmaß trägt der folgende Faktor prinzipiell zu Ihrer Work-Life-Balance bei? - Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin	Scale
VWLB	Numeric	Frage 8 - Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer persönlichen Work-Life-Balance in den 5 Jahren vor der Gründung bzw. dem Einstieg als ärztliche:r Inhaber:in in eine Primärversorgungseinheit (PVE)?	Scale
JWLB	Numeric	Frage 9 - Wie zufrieden sind Sie seit der Gründung bzw. dem Einstieg in eine Primärversorgungseinheit (PVE)?	Scale
JArbeitszeiten	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Ich habe geregelte Arbeitszeiten	Scale
JEinteilung	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Ich kann meine Arbeitszeit selbstständig einteilen	Scale

Name	Typ	Label	Measure
JFamilie	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist mir möglich	Scale
JAbwechslung	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Mein Arbeitsalltag ist abwechslungsreich	Scale
JAutonomie	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Ich habe berufliche Autonomie	Scale
JZeit	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Ich habe ausreichend Zeit für die Betreuung meiner Patient:innen	Scale
JTeam	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Ich arbeite im Team mit anderen Berufsgruppen zusammen	Scale
JSicherheit	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Mein Arbeitsplatz bietet mir Sicherheit	Scale

Name	Typ	Label	Measure
JErwartungen	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Mein Einkommen entspricht meinen Erwartungen	Scale
JAnsehen	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Meine Tätigkeit genießt ein hohes fachliches und gesellschaftliches Ansehen	Scale
JChef	Numeric	Frage 10 - Wie haben sich die folgenden Faktoren durch die Gründung bzw. den Einstieg in eine PVE verändert? - Ich bin mein eigener Chef / meine eigene Chefin	Scale
TSchwierigkeiten	String	Frage 11 - Was waren die größten Anfangsschwierigkeiten beim Gründen bzw. beim Einstieg als Inhaber:in in eine PVE?	Nominal
TVerbesserung	String	Frage 12 - Was könnte aus heutiger Sicht zu einer (weiteren) Verbesserung Ihrer persönlichen Work-Life-Balance beitragen?	Nominal
Gruendung	Numeric	Frage 13 - Wann wurde die PVE, in der Sie aktuell tätig sind, gegründet?	Ordinal
InhaberSeit	Numeric	Frage 14 - Seit wann sind Sie ärztliche:r Inhaber:in dieser PVE?	Ordinal
PVEForm	Numeric	Frage 15 - Welche Form der PVE betreiben Sie?	Nominal
PVERechtsform	Numeric	Frage 16 - In welcher Rechtsform ist Ihre PVE organisiert?	Nominal

Name	Typ	Label	Measure
PFERechtsformAndere	String	Frage 16 - Eingabe für Andere:	Nominal
AnzahlInhaber	Numeric	Frage 17 - Wie viele Inhaber:innen hat Ihre PVE derzeit insgesamt?	Ordinal
VWochenstunden	Numeric	Frage 18 - Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich in allen ärztlichen Tätigkeiten? - •... in den 5 Jahren vor der Gründung bzw. dem Einstieg in die PVE:	Scale
JWochenstunden	Numeric	Frage 18 - Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich in allen ärztlichen Tätigkeiten? - •... aktuell:	Scale
NichtaerztlicherGF	Numeric	Frage 19 - Haben Sie in Ihrer Primärversorgungseinheit eine:n nicht-ärztliche:n Geschäftsführer:in?	Nominal
QualiAM	Numeric	Frage 20 - Wie lautet Ihre aktuelle ärztliche Qualifikation? - Ärzt:in für Allgemeinmedizin (inkl. Fachärzt:in für Allgemein- und Familienmedizin)	Nominal
QualiFA	Numeric	Frage 20 - Wie lautet Ihre aktuelle ärztliche Qualifikation? - Fachärzt:in für ein anderes Fachgebiet	Nominal
QualiFAWelcher	String	Frage 21 - Für welches Fachgebiet sind Sie Fachärzt:in?	Nominal
Altersgruppe	Numeric	Frage 22 - Bitte wählen Sie Ihre Altersgruppe aus	Ordinal
Geschlecht	Numeric	Frage 23 - Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an	Nominal

Name	Typ	Label	Measure
Bundesland	Numeric	Frage 24 - In welchem Bundesland befindet sich Ihre Primärversorgungseinheit?	Nominal
FragenKritik	String	Frage 25 - Haben Sie weitere Fragen, Wünsche, Kritik oder Anregungen für uns?	Nominal
vANONYM	Numeric	ist anonym	Nominal
vCOMPLETED	Numeric	abgeschlossen	Nominal
vFINISHED	Numeric	beendet	Nominal
vDURATION	Numeric	Beantwortungsdauer (in s)	Scale
vQUOTE	Numeric	Antwort-Quote	Nominal
vLANG	String	Sprache	Nominal
vSTART	String	Startzeit	Nominal
vEND	String	Endzeit	Nominal
vDEVICE	String	Gerät	Nominal
vOS	String	Betriebssystem	Nominal
vBROWSER	String	Browser	Nominal
vREFERER	String	Referrer	Nominal
vRUNTIME	String	Laufzeit	Nominal
vPAGETIME1	Numeric	Dauer für Seite 1 (in s)	Nominal
vPAGETIME2	Numeric	Dauer für Seite 2 (in s)	Scale
vPAGETIME3	Numeric	Dauer für Seite 3 (in s)	Nominal
vPAGETIME4	Numeric	Dauer für Seite 4 (in s)	Scale
vPAGETIME5	Numeric	Dauer für Seite 5 (in s)	Scale
vPAGETIME6	Numeric	Dauer für Seite 6 (in s)	Scale
vPAGETIME7	Numeric	Dauer für Seite 7 (in s)	Scale
vPAGETIME8	Numeric	Dauer für Seite 8 (in s)	Scale
vPAGETIME9	Numeric	Dauer für Seite 9 (in s)	Nominal

Folgend finden Sie alle SPSS-Skripte, die zur Bereinigung, Erweiterung und Analyse der Daten verwendet worden sind.

Skript: #01 - Variablen umwandeln und erweitern

```

1 * Encoding: UTF-8.
2 * Change Variable Levels (Measure).
3
4 VARIABLE LEVEL VStudent VAusbildung VAnstellung VOrdination VKarenz VAnderes VAnstAMSpital VAnstAMOrdination VAnstFASpital VAnstFAOrdination VOrdinationEinzel VOrdinationGruppe VOrdinationWahl (NOMINAL).
5 VARIABLE LEVEL JAusb JAnst JOrdination JPVE JKarenz JAnderes JAnstAMSpital JAnstAMOrdination JAnstFASpital JAnstFAOrdination JOrdinationEinzel JOrdinationGruppe JOrdinationWahl (NOMINAL).
6 VARIABLE LEVEL Gruendung InhaberSeit (ORDINAL).
7 VARIABLE LEVEL PVEForm PVERechtsform (NOMINAL).
8 VARIABLE LEVEL AnzahlInhaber (ORDINAL).
9 VARIABLE LEVEL VWochenstunden JWochenstunden (SCALE).
10 VARIABLE LEVEL NichtaerztlicherGF QualIAM QualIFA (NOMINAL).
11 VARIABLE LEVEL Altersgruppe (ORDINAL).
12 VARIABLE LEVEL Geschlecht Bundesland (NOMINAL).
13
14 * Add Value Labels.
15
16 VALUE LABELS
17 VStudent 1 "ja"
18 -99 "."
19 / VAusbildung 1 "ja"
20 -99 "."
21 / VAnstellung 1 "ja"
22 -99 "."
23 / VOrdination 1 "ja"
24 -99 "."
25 / VKarenz 1 "ja"
26 -99 "."
27 / VAnderes 1 "ja"
28 -99 "."
29 / VAnstAMSpital 1 "ja"
30 -99 "."
31 / VAnstAMOrdination 1 "ja"
32 -99 "."
33 / VAnstFASpital 1 "ja"
34 -99 "."
35 / VAnstFAOrdination 1 "ja"
36 -99 "."
37 / VOrdinationEinzel 1 "ja"
38 -99 "."
39 / VOrdinationGruppe 1 "ja"
40 -99 "."
41 / VOrdinationWahl 1 "ja"
42 -99 "."
43 / JAusb 1 "ja"
44 -99 "."
45 / JAnst 1 "ja"
46 -99 "."
47 / JOrdination 1 "ja"
48 -99 "."
49 / JPVE 1 "ja"
50 -99 "."
51 / JKarenz 1 "ja"
52 -99 "."
53 / JAnderes 1 "ja"
54 -99 "."
55 / JAnstAMSpital 1 "ja"
56 -99 "."
57 / JAnstAMOrdination 1 "ja"
58 -99 "."
59 / JAnstFASpital 1 "ja"
60 -99 "."
61 / JAnstFAOrdination 1 "ja"
62 -99 "."
63 / JOrdinationEinzel 1 "ja"
64 -99 "."
65 / JOrdinationGruppe 1 "ja"
66 -99 "."
67 / JOrdinationWahl 1 "ja"
68 -99 "."
69

```

```

71 * Add more Value Labels.
72
73 VALUE LABELS
74   PArbeitszeiten -99 "."
75   / PEinteilung -99 "."
76   / PFamilie -99 "."
77   / PAbwechslung -99 "."
78   / PAutonomie -99 "."
79   / PZeit -99 "."
80   / PTeam -99 "."
81   / PSicherheit -99 "."
82   / PErwartungen -99 "."
83   / PAnsehen -99 "."
84   / PChef -99 "."
85   / JArbeitszeiten -99 "."
86   / JEinteilung -99 "."
87   / JFamilie -99 "."
88   / JAbwechslung -99 "."
89   / JAutonomie -99 "."
90   / JZeit -99 "."
91   / JTeam -99 "."
92   / JSicherheit -99 "."
93   / JErwartungen -99 "."
94   / JAnsehen -99 "."
95   / JChef -99 "."
96   / Gruendung 1 "2015"
97     2 "2016"
98     3 "2017"
99     4 "2018"
100    5 "2019"
101    6 "2020"
102    7 "2021"
103    8 "2022"
104    9 "2023"
105   10 "2024"
106   11 "2025"
107   -99 "."
108   / InhaberSeit 1 "2015"
109     2 "2016"
110     3 "2017"
111     4 "2018"
112     5 "2019"
113     6 "2020"
114     7 "2021"
115     8 "2022"
116     9 "2023"
117    10 "2024"
118    11 "2025"
119    -99 "."
120   / PVEForm 1 "Primärversorgungszentrum [PVZ]"
121     2 "Primärversorgungsnetzwerk [PVN]"
122     -99 "."
123   / PVERchtsform 1 "GmbH"
124     2 "OG"
125     3 "Verein"
126     4 "Genossenschaft"
127     5 "Selbständiges Ambulatorium"
128     6 "Andere:"
129     -99 "."

```

```

130 / AnzahlInhaber 1 "2"
131 2 "3"
132 3 "4"
133 4 "5"
134 5 "6"
135 6 "7"
136 7 "8"
137 8 "9"
138 9 "10 oder mehr"
139 -99 "."
140 / VWochenstunden -99 "."
141 / JWochenstunden -99 "."
142 / NichtaerztlicherGF 1 "Ja"
143 2 "Nein"
144 -99 "."
145 / QualiAM -99 "."
146 / QualiFA -99 "."
147 / Altersgruppe 1 "20-24 Jahre"
148 2 "25-29 Jahre"
149 3 "30-34 Jahre"
150 4 "35-39 Jahre"
151 5 "40-44 Jahre"
152 6 "45-49 Jahre"
153 7 "50-54 Jahre"
154 8 "55-59 Jahre"
155 9 "60-64 Jahre"
156 10 "65-69 Jahre"
157 11 "> 70 Jahre"
158 -99 "."
159 / Geschlecht 1 "Weiblich"
160 2 "Männlich"
161 3 "Divers"
162 4 "Keine Angabe"
163 -99 "."
164 / Bundesland 1 "Burgenland"
165 2 "Kärnten"
166 3 "Niederösterreich"
167 4 "Oberösterreich"
168 5 "Salzburg"
169 6 "Steiermark"
170 7 "Tirol"
171 8 "Vorarlberg"
172 9 "Wien"
173 -99 "."
174 .
175
176 * Missing Values erweitern.
177 MISSING VALUES
178 PArbeitszeiten (-99)
179 PEinteilung (-99)
180 PFamilie (-99)
181 PAbwechslung (-99)
182 PAutonomie (-99)
183 PZeit (-99)
184 PTeam (-99)
185 PSicherheit (-99)
186 PERwartungen (-99)
187 PAnsehen (-99)
188 PChef (-99)
189 VWLB (-99)
190 JWLB (-99)
191 JArbeitszeiten (-99)
192 JEinteilung (-99)
193 JFamilie (-99)
194 JAbwechslung (-99)
195 JAutonomie (-99)
196 JZeit (-99)
197 JTeam (-99)
198 JSicherheit (-99)
199 JErwartungen (-99)
200 JAnsehen (-99)
201 JChef (-99)
202 VWochenstunden (-99)
203 JWochenstunden (-99)
204 .

```

Skript: #02 - Ein und Ausschlusskriterien pruefen

```

1 * Encoding: UTF-8.
2 * Lösche alle Cases die aktuell kein PVE besitzen.
3
4 SELECT IF (JPVE <> -99).
5 EXECUTE.
6
7 * Lösche alle Cases die die WLB davor nicht beantwortet haben.
8
9 SELECT IF (VWLB <> -99).
10 EXECUTE.

```

Skript: #03 - Neue Variablen einfuehren

```

1  * Encoding: UTF-8.
2  * Neue Variable WLBDifferenz berechnen.
3  COMPUTE WLBDifferenz = JWLb - VWLb.
4
5  * Variable label setzen.
6  VARIABLE LABELS WLBDifferenz "Unterschied in Work-Life-Balance zwischen Davor und Jetzt".
7
8  FORMATS WLBDifferenz (F2.0).
9
10 EXECUTE.
11
12 * Neue Variable initialisieren.
13 COMPUTE VAnstVsSelbst = $SYSMIS.
14
15 * Fall 1: Nur angestellt (VAusbildung oder VAnstellung = 1, VOrdination ≠ 1).
16 IF (VAusbildung = 1 OR VAnstellung = 1) VAnstVsSelbst = 1.
17
18 * Fall 2: Nur selbstständig (VOrdination = 1, VAusbildung und VAnstellung ≠ 1).
19 IF (VOrdination = 1) VAnstVsSelbst = 2.
20
21 * Fall 3: Beides (VOrdination = 1 UND (VAusbildung oder VAnstellung = 1)).
22 IF ((VAusbildung = 1 OR VAnstellung = 1) AND VOrdination = 1) VAnstVsSelbst = 3.
23
24 * Label setzen.
25 VARIABLE LABELS VAnstVsSelbst "Berufliche Situation: Anstellung vs. Selbstständigkeit".
26 VALUE LABELS VAnstVsSelbst
27   1 "Anstellung"
28   2 "Selbstständig"
29   3 "Beides".
30
31 FORMATS VAnstVsSelbst (F2.0).
32
33 EXECUTE.
34
35 * CAVE: Variable VAnstVsSelbst selber nochmal prüfen, ob Freitext in VAndereWas Einfluss nimmt. Falls dort zB Vertretungsarzt steht, dann ist hat eine Selbstständige Tätigkeit stattgefunden!

```

Skript: #04 - Hypothese 1 pruefen

```

1  * Encoding: UTF-8.
2  * Hypothese 1: steigt die Work-Life-Balance durch die Gründung oder den Einstieg in ein PVE?.
3
4  * Encoding: UTF-8.
5  * Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung.
6  EXAMINE VARIABLES=WLBDifferenz
7    /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
8    /COMPARE GROUPS
9    /STATISTICS DESCRIPTIVES
10   /CINTERVAL 95
11   /MISSING LISTWISE
12   /NOTOTAL.
13
14
15 * Tabelle Test of Normality, Shapiro-Wilk , Sig. (=p) >= 0.05 --> Normalverteilung gegeben.
16 * Daher nun t-Test gegen 0.
17
18 T-TEST
19   /TESTVAL=0
20   /MISSING=ANALYSIS
21   /VARIABLES=WLBDifferenz
22   /ES DISPLAY(TRUE)
23   /CRITERIA=CI(.95).
24
25 * Tabelle One-Sample Test, Significance One-Sided p, <= 0.05 --> Signifikanz gegeben.
26 * Mean Difference > 0 --> Mittelwert ist positiv --> Verbesserung vorhanden.
27 * 95% Confidence Interval of the Difference, Werte sind beide pos oder beide negativ.
28 * --> Hypothese bestätigt.
29
30 * Daten ins Excel exportieren, und dort Boxplots erzeugen.

```

Skript: #05 - Hypothese 2 pruefen

```

1  * Encoding: UTF-8.
2  * Hypothese 2: Der Anstieg der Work-Life-Balance ist bei vorher nur angestellten Gründern signifikant höher, als bei vorher nur selbständigen.
3
4  * Filtern auf die Fälle wo nur Anstellung oder nur Selbständig in der Variable steht.
5  SELECT IF (VAnstVsSelbst = 1 OR VAnstVsSelbst = 2).
6  EXECUTE.
7
8
9  * Normalverteilung innerhalb jeder Gruppe prüfen.
10 EXAMINE VARIABLES=WLBDiffrenz BY VAnstVsSelbst
11 /PLOT BOXPLOT NPLOT
12 /COMPARE GROUPS
13 /STATISTICS DESCRIPTIVES
14 /CINTERVAL 95
15 /MISSING LISTWISE
16 /NOTOTAL.
17
18 *Test of Normality, für Anstellung und Selbständigkeit, Shpaio-Wilk, Sig. (p) > 0.05 --> Normalverteilung gegeben --> T-Test zulässig.
19
20
21 * T-Test.
22 T-TEST GROUPS=VAnstVsSelbst(1 2)
23 /MISSING=ANALYSIS
24 /VARIABLES=WLBDiffrenz
25 /ES DISPLAY(TRUE)
26 /CRITERIA=CI(.95).
27
28 * Independent Samples Test, Levene's Test, Sig. (p) > 0.05 --> Varianzgleichheit gegeben --> T-Test gültig.
29
30 * prüfen ob in Tabelle Group Statistics Mean, der Wert zwischen Anstellung und Selbständig unterschiedlich ist.
31 * prüfen ob in der Tabelle Independent Samples Test, unter Significance, One-Sided p, der Wert <0.05 ist --> statistisch signifikant.
32 * beides erfüllt? -> Hypothese 2 bestätigt.

```

Skript: #06 - Einfluss der Faktoren auf die WLB - objektive Betrachtung

```

1  * Encoding: UTF-8.
2
3  /* Durchführen eines Cronbach Alpha Tests um zu prüfen, ob die 11 Faktoren statistisch als zusammengehöriges Konstrukt gewertet werden dürfen.
4
5  RELIABILITY
6  /VARIABLES=PArbeitszeiten PEinteilung PFamilie PAbwechslung PAutonomie PZeit PTeam PSicherheit
7  /PERMANENT PAnsehen PChef
8  /SCALE(ALL VARIABLES) ALL
9  /MODEL=ALPHA
10 /SUMMARY=TOTAL.
11
12 /* Tabelle Reliability Statistics, Cronbach's Alpha prüfen. Falls >0.7 dann ist eine akzeptable Konsistenz gegeben.
13
14
15 /* Durchführen einer Regressionsanalyse (Prüfen ob die Veränderung der 11 Faktoren einen statistischen Einfluss auf die Veränderung der WLB haben.
16
17 REGRESSION
18 /MISSING LISTWISE
19 /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL
20 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) TOLERANCE(.0001)
21 /NOORIGIN
22 /DEPENDENT WLBDiffrenz
23 /METHOD=ENTER JArbeitszeiten JEinteilung JFamilie JAbwechslung JAutonomie JZeit JTeam JSicherheit
24 /ERwartungen JAnsehen JChef.
25
26 /* Tabelle Model Summary, Adjusted R Square besagt wie viel der WLB Veränderung durch die Faktoren erklärbar ist.
27 /* Tabelle ANOVA zeigt ob p <= 0,05 ist und damit statistisch signifikant ist.
28 /* Tabelle Coefficients zeigt für jede Variable einen Beta Wert (wieviel positiv oder negative Einfluss gibt es auf die WLB durch diesen Wert), sowie eine Sig. (bei p<=0,05 statistisch signifikant.
29
30
31 /* Durchführen einer Stepwise-Regressionanalyse (=SPSS entfernt eine Variable nach der anderen, um zu schauen, welche am stärksten die WLB beeinflussen und statistisch relevant sind).
32
33 REGRESSION
34 /MISSING LISTWISE
35 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
36 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) TOLERANCE(.0001)
37 /NOORIGIN
38 /DEPENDENT WLBDiffrenz
39 /METHOD=STEPWISE JArbeitszeiten JEinteilung JFamilie JAbwechslung JAutonomie JZeit JTeam
40 JSicherheit JErwartungen JAnsehen JChef.
41
42 /* Tabelle Model Summary, Adjusted R Square besagt wie viel der WLB Veränderung durch die übergebliebenen Faktoren erklärbar ist.
43 /* Tabelle ANOVA zeigt ob p <= 0,05 ist und damit statistisch signifikant ist.
44 /* Tabelle Coefficients zeigt für die übergebliebenen Variablen und für jede Variable einen Beta Wert (wieviel positiv oder negative Einfluss gibt es auf die WLB durch diesen Wert), sowie eine Sig. (bei p<=0,05 statistisch signifikant.

```

Skript: #07 - erstellen der Variablen für gewichtete Faktoren

```

1 * Encoding: UTF-8.
2
3 COMPUTE GArbeitszeiten=PArbeitszeiten * JArbeitszeiten.
4 VARIABLE LABELS GArbeitszeiten 'Gewichtet Arbeitszeiten'.
5
6 COMPUTE GEinteilung=PEinteilung * JEinteilung.
7 VARIABLE LABELS GEinteilung 'Gewichtet Einteilung'.
8
9 COMPUTE GFamilie=PFamilie * JFamilie.
10 VARIABLE LABELS GFamilie 'Gewichtet Familie'.
11
12 COMPUTE GAbwechslung=PAbwechslung * JAbwechslung.
13 VARIABLE LABELS GAbwechslung 'Gewichtet Abwechslung'.
14
15 COMPUTE GAutonomie=PAutonomie * JAutonomie.
16 VARIABLE LABELS GAutonomie 'Gewichtet Autonomie'.
17
18 COMPUTE GZeit=PZeit * JZeit.
19 VARIABLE LABELS GZeit 'Gewichtet Zeit'.
20
21 COMPUTE GTeam=PTeam * JTeam.
22 VARIABLE LABELS GTeam 'Gewichtet Team'.
23
24 COMPUTE GSicherheit=PSicherheit * JSicherheit.
25 VARIABLE LABELS GSicherheit 'Gewichtet Sicherheit'.
26
27 COMPUTE GErwartungen=PErwartungen * JErwartungen.
28 VARIABLE LABELS GErwartungen 'Gewichtet Erwartungen'.
29
30 COMPUTE GAnsehen=PAusehen * JAnsehen.
31 VARIABLE LABELS GAnsehen 'Gewichtet Ansehen'.
32
33 COMPUTE GChef=PChef * JChef.
34 VARIABLE LABELS GChef 'Gewichtet Chef'.
35 EXECUTE.

```

Skript: #08 - Einfluss der Faktoren auf die WLB - subjektive Betrachtung

```

1 * Encoding: UTF-8.
2
3 /* Durchführen einer Regressionsanalyse (Prüfen ob die Veränderung der 11 gewichteten Faktoren einen statistischen Einfluss auf die Veränderung der WLB haben.
4
5 REGRESSION
6 /MISSING LISTWISE
7 /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL
8 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) TOLERANCE(.0001)
9 /NOORIGIN
10 /DEPENDENT WLBDiffereenz
11 /METHOD=ENTER GArbeitszeiten GEinteilung GFamilie GAbwechslung GAutonomie GZeit GTeam GSicherheit
12 GErwartungen GAnsehen GChef.
13
14
15 /* Tabelle Model Summary, Adjusted R Square besagt wie viel der WLB Veränderung durch die Faktoren erklärbar ist.
16 /* Tabelle ANOVA zeigt ob p <= 0,05 ist und damit statistisch signifikant ist.
17 /* Tabelle Coefficients zeigt für jede Variable einen Beta Wert (wieviel positiv oder negative Einfluss gibt es auf die WLB durch diesen Wert), sowie eine Sig. (bei p<=0,05 statistisch signifikant.
18
19
20 /* Durchführen einer Stepwise-Regressionanalyse (=SPSS entfernt eine Variable nach der anderen, um zu schauen, welche am stärksten die WLB beeinflussen und statistisch relevant sind).
21
22 REGRESSION
23 /MISSING LISTWISE
24 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
25 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) TOLERANCE(.0001)
26 /NOORIGIN
27 /DEPENDENT WLBDiffereenz
28 /METHOD=STEPWISE GArbeitszeiten GEinteilung GFamilie GAbwechslung GAutonomie GZeit GTeam
29 GSicherheit GErwartungen GAnsehen GChef.
30
31
32 /* Tabelle Model Summary, Adjusted R Square besagt wie viel der WLB Veränderung durch die übergebliebenen Faktoren erklärbar ist.
33 /* Tabelle ANOVA zeigt ob p <= 0,05 ist und damit statistisch signifikant ist.
34 /* Tabelle Coefficients zeigt für die übergebliebenen Variablen und für jede Variable einen Beta Wert (wieviel positiv oder negative Einfluss gibt es auf die WLB durch diesen Wert), sowie eine Sig. (bei p<=0,05 statistisch signifikant.
35

```

Skript: #09 - Einfluss der aktuellen Wochenstundenzahl auf aktuelle WLB

```

1 * Encoding: UTF-8.
2
3 /* Prüfung ob eine (negative) Korrelation zwischen aktueller Wochenstundenzahl und aktueller Work-Life-Balance vorhanden ist.
4
5 CORRELATIONS
6 /VARIABLES=JWLB JWochenstunden
7 /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
8 /MISSING=PAIRWISE.
9
10 NONPAR CORR
11 /VARIABLES=JWLB JWochenstunden
12 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG FULL
13 /MISSING=PAIRWISE.
14
15 /* Tabelle Correlations, Correlation Coefficient (in der Spalte die eine Variable, in der Zeile die andere auswählen) prüfen. >=0.5 --> starker Zusammenhang. Wert negativ --> negative Korrelation
16 /* Tabelle Correlations, Sig. (2-tailed) prüfen. <=0.05 --> statistisch relevant.

```

Skript: #10 - erstellen der Variable Differenz Wochenstundenzahl

```

1 * Encoding: UTF-8.
2
3 COMPUTE WochenstundenDifferenz=JWochenstunden - VWochenstunden.
4 VARIABLE LABELS WochenstundenDifferenz 'Differenz Wochenstundenzahl'.
5 EXECUTE.
6

```

Skript: #11 - Einfluss der Veränderung der Wochenstundenzahl auf Veränderung der WLB

```

1 * Encoding: UTF-8.
2
3 /* Prüfung ob eine (negative) Korrelation zwischen Differenz der Wochenstundenzahl und Differenz der Work-Life-Balance vorhanden ist.
4
5 CORRELATIONS
6 /VARIABLES=WLBDiffDifferenz WochenstundenDifferenz
7 /PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
8 /MISSING=PAIRWISE.
9 NONPAR CORR
10 /VARIABLES=WLBDiffDifferenz WochenstundenDifferenz
11 /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG FULL
12 /MISSING=PAIRWISE.
13
14
15 /* Tabelle Correlations, Correlation Coefficient (in der Spalte die eine Variable, in der Zeile die andere auswählen) prüfen. >=0.5 --> starker Zusammenhang. Wert negativ --> negative Korrelation
16 /* Tabelle Correlations, Sig. (2-tailed) prüfen. <=0.05 --> statistisch relevant.

```

Skript: #12 - Einfluss Faktoren der PVE auf aktuelle WLB

```

1 * Encoding: UTF-8.
2
3 /* Durchführen einer Stepwise-Regressionsanalyse (=SPSS entfernt eine Variable nach der anderen, um zu schauen, welche am stärksten die WLB beeinflussen und statistisch relevant sind).
4
5 REGRESSION
6 /MISSING LISTWISE
7 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
8 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) TOLERANCE(.0001)
9 /NOORIGIN
10 /DEPENDENT JWLB
11 /METHOD=STEPWISE Gruendung PVEForm PVERechtsform AnzahlInhaber NichtaerztlicherGF Bundesland.
12
13 /* Tabelle Model Summary, Adjusted R Square besagt wie viel der WLB Veränderung durch die übergebliebenen Faktoren erklärbar ist.
14 /* Tabelle ANOVA zeigt ob p <= 0,05 ist und damit statistisch signifikant ist.
15 /* Tabelle Coefficients zeigt für die übergebliebenen Variablen und für jede Variable einen Beta Wert (wieviel positiv oder negative Einfluss gibt es auf die WLB durch diesen Wert), sowie eine Sig. (bei p<=0,05 statistisch signifikant.
16
17 /* Mittelwertanalyse je Rechtsform.
18
19 MEANS TABLES=JWLB BY PVERechtsform
20 /CELLS=MEAN COUNT STDDEV.
21
22 /* Tabelle Report, Mean zwischen den Gruppen vergleichen. Vorsicht wenn N in einer Gruppe sehr niedrig ist, dann ist die Aussage Mean für diese Gruppe eventuell nicht interpretierbar.
23
24
25 /* Independent Samples T-Test zum direkten Vergleichen zwischen zwei Gruppen.
26
27
28 T-TEST GROUPS=PVERechtsform(1 2)
29 /MISSING=ANALYSIS
30 /VARIABLES=JWLB
31 /ES DISPLAY(TRUE)
32 /CRITERIA=CI(.95).
33
34 /* Tabelle Independent Samples Test, Levene's Test, Sig. <=0,05 --> Varianzgleichheit nicht gegeben -->.
35 /* gleiche Tabelle, untere Zeile, t-Test for Equality of Means, Signifikanz, Two-Sides p <=0,05 --> statistische Relevanz gegeben.
36 /* Tabelle Unobscured Sanokos Effect Sizes, Cohen's d, Standardizer --> Wert ablesen und Effektstärke bestimmen.

```

Skript: #13 - Einfluss soziodemographischer Faktoren auf aktuelle WLB

```

1 * Encoding: UTF-8.
2
3 /* Durchführen einer Stepwise-Regressionsanalyse (=SPSS entfernt eine Variable nach der anderen, um zu schauen, welche am stärksten die WLB beeinflussen und statistisch relevant sind).
4
5 REGRESSION
6 /MISSING LISTWISE
7 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
8 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) TOLERANCE(.0001)
9 /NOORIGIN
10 /DEPENDENT JWLB
11 /METHOD=STEPWISE Altersgruppe Geschlecht.
12
13 /* Tabelle Model Summary, Adjusted R Square besagt wie viel der WLB Veränderung durch die übergebliebenen Faktoren erklärbar ist.
14 /* Tabelle ANOVA zeigt ob p <= 0,05 ist und damit statistisch signifikant ist.
15 /* Tabelle Coefficients zeigt für die übergebliebenen Variablen und für jede Variable einen Beta Wert (wieviel positiv oder negative Einfluss gibt es auf die WLB durch diesen Wert), sowie eine Sig. (bei p<=0,05 statistisch signifikant.

```