

## **Projekt KarMed**

### **Kurzfassung der Ergebnisse**

## **1 Ärzte und Ärztinnen vor und zu Weiterbildungsbeginn**

### **1.1 Vorstellungen und Wünsche der PJ-Studierenden**

1.1.1 Wir fanden keine Belege für die weit verbreitete These, die Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums würden in großem Umfang nicht in die Klinik eintreten bzw. ins Ausland auswandern. Nur 0,4% der Studierenden im Praktischen Jahr (PJ) gaben gegen Ende des Studiums (T0-Befragung) an, eine fachärztliche Anerkennung ausdrücklich nicht anzustreben. 7% wollten ihre erste Weiterbildungsstelle im Ausland, namentlich fast alle in der Schweiz, antreten. Von allen, die bereits mit der Weiterbildung begonnen hatten (=T1), waren aber nur 3% im Ausland (Schweiz) tätig.

1.1.2 Nur 18% der Befragten hatten nach einem Weiterbildungsjahr ihre Promotion bereits abgeschlossen. Nur 3% erklärten, eine Promotion nicht anzustreben. 78% gaben an, mit einer Doktorarbeit bereits begonnen zu haben oder dies zu beabsichtigen. Es ist denkbar, dass die Fertigstellung der Promotion eine relativ große Belastung im Kontext von Weiterbildung und Privatleben darstellt.

1.1.3 Bereits zum Zeitpunkt des PJ bestanden große Unterschiede zwischen Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in Bezug auf die präferierte Fachdisziplin, in der die fachärztliche Anerkennung angestrebt wurde. Bei PJ-Studentinnen standen Frauenheilkunde und Kinderheilkunde hoch im Kurs, während PJ-Studenten signifikant stärker die schneidenden Disziplinen und die Innere Medizin mit Schwerpunkt bevorzugten. Signifikante Unterschiede zwischen den Fakultätsstandorten bzw. zwischen den alten und neuen Bundesländern wurden hierbei nicht gefunden.

1.1.4 Lediglich 5% der PJ-ler gaben das Fach Allgemeinmedizin als erstes Wunschfach an. Fast genauso viele vergaben ihre erste Priorität für Innere Medizin ohne Schwerpunkt. Von den Befragten, die sich hausärztlich niederlassen wollten, planten nur 22% eine Niederlassung in einem ländlichen Gebiet in Deutschland, was einem Anteil von 2% aller Befragten entspricht.

1.1.5 Signifikant mehr PJ-ler gaben – unabhängig vom Geschlecht – an, nach der fachärztlichen Anerkennung weiter im Krankenhaus arbeiten zu wollen als sich niederlassen zu wollen. Die Hälfte der Absolventen, aber nur 30% der Absolventinnen gaben an, eine

leitende Position im Krankenhaus (Oberarzt/-ärztin oder Chefärztin/-arzt) anzustreben. Hierbei war der Anteil der PJ-Studenten, die Oberarzt werden wollen, 1,5mal höher als bei den PJ-Studentinnen. In Bezug auf eine Chefarztposition war dieser Männeranteil sogar 5,4mal höher. Demgegenüber war der Anteil der PJ-Studentinnen, die „nur“ als Fachärztin im Krankenhaus tätig bleiben möchten, 3,7mal höher als bei den Männern.

1.1.6 Bezüglich des präferierten Arbeitszeitmodells nach der fachärztlichen Anerkennung unterschieden sich die Geschlechter in statistisch signifikanter Weise. Nur knapp mehr als die Hälfte aller Befragten, darunter aber doppelt so viele Männer als Frauen, strebten eine Vollzeitbeschäftigung nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung an. Anders gesagt: Nur ca. 40% der Frauen strebten eine Tätigkeit in Vollzeit an. Deutliche Unterschiede wurden im Vergleich der alten und neuen Bundesländern gefunden: In den neuen Bundesländern bevorzugte mehr als die Hälfte der angehenden Ärztinnen eine dauerhafte Vollzeittätigkeit, während dies nur bei 20% ihrer Kolleginnen aus den alten Bundesländern der Fall war. Bei den Männern gab es diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

1.1.7 Bereits ein Fünftel der PJ-Studierenden waren trotz insgesamt hoher Empathiewerte bereits von Burnout-Symptomen betroffen.

## **1.2 Ärzte und Ärztinnen nach dem ersten Weiterbildungsjahr**

1.2.1 Bereits 30% der Berufsanfänger gingen davon aus, dass sie für die fachärztliche Anerkennung mehr Zeit brauchen würden als die in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebene Mindestzeit. Diejenigen, die eine Verlängerung befürchteten, schätzten dieses Mehr im Mittel auf 18 Monate.

1.2.2 Bereits im ersten Weiterbildungsjahr führten die erlebten Belastungen, insbesondere bei Ärztinnen, in einem beträchtlichen Umfang zu Gedanken über eine Berufsaufgabe. Regressionsanalytisch zeigte sich, dass ein gutes Betriebsklima diesbezüglich protektiv wirkte.

1.2.3 Ungefähr die Hälfte der Ärztinnen ging im ersten Weiterbildungsjahr von einer Benachteiligung von Ärztinnen, insbesondere bei der Besetzung von Stellen, aus, und dies vor allem in den schneidenden Fächern. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass mehrere Befragte angaben, in Pädiatrie bzw. Gynäkologie würde umgekehrt ungleich behandelt indem Männer bevorzugt würden, um das bereits entstandene Geschlechterungleichgewicht im Team auszugleichen. Aus chirurgischen Disziplinen wurde der umgekehrte Fall kein einziges Mal berichtet.

1.2.4 Im Gegensatz zu dem relativ weit verbreiteten Wunsch von Ärztinnen nach einer Teilzeittätigkeit hatten im ersten Weiterbildungsjahr nur 3% der Befragten beiderlei Geschlechts eine Teilzeitstelle inne. Zumindest in der Anfangszeit der Weiterbildung gibt es

anscheinend nur die Alternative zwischen einer arbeitsintensiven Vollzeitstelle oder keiner Stelle.

1.2.5 Nahezu alle leisteten im ersten Weiterbildungsjahr regelmäßig Überstunden, im Mittel zehn Stunden pro Woche; Ärzte im Schnitt drei Stunden länger als Ärztinnen und Kinderlose ebenso länger als Eltern.

1.2.6 Im Durchschnitt leisteten Ärzte und Ärztinnen im ersten Weiterbildungsjahr vier Dienste pro Monat, wobei diese Zahl deutlich nach Fachrichtungen variierte. 40% leisteten mehr als 30 Stunden Bereitschaftsdienste pro Monat; ein Viertel der Bereitschaftsdienstleistenden gaben an, häufig oder immer im Anschluss daran tagsüber weiter arbeiten zu müssen. Väter leisteten bemerkenswerterweise deutlich mehr Dienste als Mütter, aber auch deutlich mehr als Ärzte ohne Kinder.

1.2.7 Deutlich mehr Ärzte (32%) als Ärztinnen (22%) hatten im ersten Weiterbildungsjahr eine Stelle an einer Universitätsklinik inne. Eine solche Stelle ist als Eingangstor zur Forschung, zur Habilitation und zur späteren Vergabe von Chefarztpositionen anzusehen.

1.2.8 Darüber hinaus waren Ärztinnen bereits im ersten Weiterbildungsjahr besonders benachteiligt in Bezug auf Karrierechancen, wenn ein Kind vorhanden war. Im Einzelnen:

- Ärztinnen mit Kind begannen die fachärztliche Weiterbildung häufiger mit Verspätung als Ärztinnen ohne Kind. Dies kann als erster Hinweis auf eine Verlängerung der gesamten Weiterbildungszeit bei Ärztinnen mit Kind angesehen werden.
- Ärztinnen ohne Kind hatten zu Weiterbildungsbeginn bereits signifikant häufiger eine Promotion abgeschlossen.
- Ärztinnen ohne Kind hatten zu Weiterbildungsbeginn signifikant häufiger (ca. 25%) eine Stelle in einer Uni-Klinik als Ärztinnen mit Kind. Demgegenüber hatte ein Drittel der Ärztinnen mit Kind zu Weiterbildungsbeginn signifikant häufiger eine Stelle in einem Ort mit weniger als 20.000 Einwohnern als Ärztinnen ohne Kind.
- Bei Ärzten mit Kind war nur ein Fünftel der Partnerinnen voll berufstätig, während dieser Anteil bei Ärztinnen mit Kind 90% betrug. Damit dürften die Partnerinnen in einem größeren Umfang ihren ärztlichen Partner entlasten und ihm somit „den Rücken freihalten“, als dies umgekehrt durch Partner der Ärztinnen geschieht.
- Diese Zuständigkeitsunterschiede zeigen sich auch bei der paarinternen Verteilung der Haushaltsarbeiten und noch deutlicher beim Aufwandsunterschied und der empfundenen Belastung durch die Kinderbetreuung.

## **2 Ärzte und Ärztinnen nach vier Weiterbildungsjahren**

### **2.1 Sektorenpräferenz: Krankenhaus vs. vertragsärztliche Versorgung**

2.1.1 Die Tätigkeit im Krankenhaus nach der fachärztlichen Anerkennung bleibt auch nach vier Weiterbildungsjahren beliebter als ein Wechsel in die ambulante Versorgung. Dennoch ist zu beobachten, dass dieser Trend nicht über alle Fachrichtungen gegeben ist: In manchen traditionell stationären Fachrichtungen interessieren sich viele Ärztinnen bzw. Ärzte für eine Tätigkeit außerhalb des Krankenhauses (Beispiel: 21% in der Chirurgie mit Schwerpunkt; 16% in der Anästhesiologie). Dies sollte mitbedacht werden, wenn es um die Frage geht, wie das ärztliche Personal im Krankenhaus dauerhaft gesichert werden kann.

2.1.2 Die KarMed-Ergebnisse zeigen auch nach vier Jahren, dass Ärztinnen mit und ohne Kind ihre Weiterbildung seltener in universitären Krankenhäusern absolvieren als Ärzte. Eine Stelle in der Universitätsklinik ist aber Voraussetzung für weitere Forschung bzw. Habilitation, und die Habilitation wiederum Voraussetzung für eine leitende Stelle in Krankenhäusern oberhalb der Grund- und Regelversorgung. Unabhängig von der individuellen Motivation ist somit der Weg zu einer leitenden Stelle strukturell fast ausgeschlossen, wenn Ärztinnen die Weiterbildung in einem Krankenhaus unterhalb der universitären Ebene tätig sind

2.1.3 Die Wahrscheinlichkeit, eine Führungsposition anzustreben, ist für Ärzte um das Vierfache größer als für Ärztinnen. Eine abgeschlossene Promotion verdoppelt in beiden Geschlechtern die Wahrscheinlichkeit, eine leitende Position anzustreben. Darüber hinaus spielt die Selbstwirksamkeitserwartung (BSWE) eine wichtige Rolle: Die Einschätzung der eigenen BSWE fällt bei den Ärztinnen signifikant niedriger aus als bei den Ärzten, und eine geringere BSWE ist negativ mit dem Wunsch assoziiert, eine Stelle mit Leitungsaufgaben im Krankenhaus zu übernehmen.

2.1.4 Die geringe Bereitschaft von Ärztinnen, Leitungspositionen im Krankenhaus anzustreben, könnte künftig zu Problemen im Krankenhaus führen. Das Desinteresse von Ärztinnen, leitende Positionen einzunehmen, kann nicht auf reale Erfahrungen in der Weiterbildung zurückgeführt werden, es bestand bereits zum Zeitpunkt der Approbation.

2.1.5 Die Abkehr von Leitungsaufgaben ist dennoch kein rein weibliches Phänomen: Auch bei den Ärzten hat die Attraktivität der Chefarztposition seit Weiterbildungsbeginn um die Hälfte abgenommen.

2.1.6 Historisch auffällig ist ebenfalls die Tendenz bei Ärztinnen, bei einer angestrebten ambulanten Tätigkeit ein Anstellungsverhältnis anstatt einer freiberuflichen Niederlassung zu bevorzugen. Auch bei Ärzten nahm diese Tendenz zu. Bei beiden Geschlechtern spielten

das Elternsein und das Interesse an einer Teilzeittätigkeit eine bedeutende Rolle bei einer Präferenz für eine spätere ambulante Tätigkeit.

Die obigen Entwicklungen wurde bereits nach zwei Weiterbildungsjahren festgestellt.

## **2.2 Bevorzugte Fachrichtung**

2.2.1 Bei den disziplinären Präferenzen über den vierjährigen Zeitraum zeigt sich einerseits eine Kontinuität. Andererseits fallen mehrere Disziplinen auf, bei denen eine deutliche Zu- oder Abnahme der Attraktivität festzustellen ist. Im Wesentlichen:

- Starker Anstieg der Präferenz für das Fach Anästhesiologie, bemerkenswerterweise parallel in beiden Geschlechtern. Die Anästhesiologie wurde damit – abgesehen von der gesamten Inneren Medizin – nach vier Jahren zur beliebteste Disziplin. Die Attraktivität der Anästhesiologie war nach vier Weiterbildungsjahren größer als die aller schneidenden Disziplinen (Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Urologie) zusammen
- Beträchtliche Abnahme der Attraktivität der Schwerpunktchirurgie, in erster Linie bei den Ärzten.
- Die Fachrichtung Orthopädie/Unfallchirurgie nahm ein wenig an Attraktivität zu, vor allem bei den Ärztinnen.
- Entgegen aller landläufigen Annahmen wies das Fach Allgemeinmedizin eine Zunahme an Beliebtheit auf. Bei den Ärzten nahm die Attraktivität zwar ab, bei den Ärztinnen hingegen nahm sie deutlich zu. Auch das Fach Innere Medizin ohne Schwerpunkt – ein potentiell hausärztliches Fach– wies eine deutliche Zunahme bei den Ärztinnen auf. Dieser Zusammenhang ist noch stärker, wenn es sich um Eltern handelt.
- Ärztinnen, die Mutter sind, bevorzugen die Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Anästhesiologie. Für beide genannte Fächer scheint sich ebenfalls zu zeigen, dass Männer mit Kind diese Disziplinen bevorzugen.
- Weitere wichtige patientennahe Disziplinen (Innere Medizin mit Schwerpunkt, Frauenheilkunde, Kinderheilkunde) wiesen über die Zeit ebenfalls Beliebtheitsverluste auf, die in diesen drei Fällen auf Entwicklungen bei den Ärztinnen zurückzuführen sind.

2.2.2 Nach vier Jahren Weiterbildung ergibt sich eine über die Zeit nahezu unveränderte Quote von 10% der Befragten, die künftig hausärztlich tätig werden wollen. Diese Ergebnisse zeigen eine künftig weiterhin defizitäre hausärztliche Versorgung. Dies wird dadurch noch verstärkt, dass die hausärztliche Tätigkeit zur Domäne von Ärztinnen wird, die zugleich überwiegend in Teilzeit und vielfach in Angestelltenform arbeiten wollen.

2.2.3 Auf den Prüfstand gehört in diesem Zusammenhang die hausärztliche Weiterbildung.

Sie muss für alle, insbesondere aber für Ärztinnen (mit und ohne Kind) bzw. für Ärzte mit Kind, attraktiver und bewältigbarer werden. Zurzeit dauert sie real neun bis elf Jahre.

2.2.4 Auffällig ist, dass die „typisch männlichen“ Disziplinen der Chirurgie vor allem bei den Männern über die Zeit an Attraktivität verlieren. Deswegen kann man nicht die vielthematisierte „Feminisierung“ für die Nachwuchsprobleme in der Chirurgie verantwortlich machen, es müssen hierbei vielmehr konkrete Erfahrungen in der Aus- bzw. Weiterbildung eine Rolle spielen. Auch die Entwicklung des Faches Anästhesiologie ist keineswegs ein Produkt der „Feminisierung“, da die Zunahme an Beliebtheit gleichermaßen in beiden Geschlechtern stattfindet. Demgegenüber verlieren die „typisch weiblichen“ Disziplinen Kinderheilkunde und Frauenheilkunde bei den Ärztinnen deutlich an Attraktivität.

2.2.5 Gelingt es nicht, die geschlechtsspezifische Segregation in bestimmten Disziplinen umzukehren und damit „typisch männliche“ Disziplinen auch für Ärztinnen attraktiv(er) zu machen, ist mit gravierenden Nachwuchsproblemen im Krankenhaus in diesen „Männerdisziplinen“ zu rechnen.

Die obigen Entwicklungen wurde bereits nach zwei Weiterbildungsjahren festgestellt.

### **2.3 Arbeitszeitwünsche und reale Arbeitszeiten während der Weiterbildung**

2.3.1 Ein großer Anteil der Befragten (z.B. die Hälfte der Ärztinnen) wünscht sich während der Weiterbildung einen Teilzeitvertrag. Lebt ein Kind im Haushalt, hat das für Ärztinnen und Ärzte unterschiedliche Folgen: Ärzte wollen in einem solchen Fall fast genauso selten in Teilzeit arbeiten, während der Anteil der Teilzeitpräferierenden bei den Ärztinnen auf > 80% steigt.

2.3.2 Zum Zeitpunkt der T4-Erhebung hat der Großteil der Weiterzubildenden einen Vollzeitvertrag. Nur 17% der Ärztinnen und 4% der Ärzte arbeiten während der Weiterbildung in Teilzeit. Der geringe Anteil der Teilzeitbeschäftigten während der Weiterbildung deutet darauf hin, dass es unter den gegebenen Umständen schwierig ist, die Weiterbildung in Teilzeit zu absolvieren. Das liegt zum einen daran, dass die Zahl der Arbeitsstunden auch bei Teilzeitbeschäftigung hoch ist (siehe oben), die Weiterbildungsdauer sich nach heutigem Recht entsprechend verlängert, die Einzahlungen in die Rentenversicherung geringer werden etc. Zum anderen gelingt die Einpassung der Teilzeitbeschäftigten in die Ablauforganisation einer Klinik/Abteilung oft nur schwer. Bei einer Teilzeittätigkeit ergeben sich vielfach Zugangs- und damit Qualifizierungsprobleme im Bereich der weiterbildungsrelevanten Tätigkeiten (z. B. Operationen, diagnostische Interventionen, klinikinterne Fortbildungen etc.). Wer teilzeitbeschäftigt oder aus anderen Gründen in der Klinik weniger (omni)-präsent ist, ist schnell „außen vor“ und wird weniger zu den interessanten Aufgaben eingeteilt.

2.3.3 Im Durchschnitt beträgt die reale wöchentliche Arbeitszeit – d. h. die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit plus Überstunden, aber ohne Bereitschaftsdienste – nach Angaben der Befragten 46 Stunden. Die Angabe eines solchen Durchschnitts ist allerdings insofern wenig aussagekräftig, als Geschlecht, Kinderzahl, Krankenhausgröße und Vertragstyp erhebliche Unterschiede in der realen Arbeitszeit zur Folge haben. Auch variiert die Zahl der Überstunden zwischen den Fachrichtungen.

2.3.4 Teilzeittätige Ärztinnen in Weiterbildung gaben im Durchschnitt eine reale Arbeitszeit (inkl. Überstunden; ohne Dienste) von 32 Stunden pro Woche an, die (wenigen) Ärzte sogar eine von 33 Stunden. Der mediane Unterschied zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten betrug somit lediglich 13-14 Stunden/Woche. Eine Teilzeitbeschäftigung inklusive Überstunden in einem Umfang von ca. 32 Stunden und einem angenommenen Dienst pro Monat stimmt de facto mit der Zahl von gesellschaftlich üblichen Arbeitsstunden bei Vollzeitbeschäftigung überein.

2.3.5 In allen diesen Fällen müssen mögliche Bereitschaftsdienste mitbedacht werden. In unserer Untersuchung war zu Weiterbildungsbeginn die statistische Wahrscheinlichkeit, viele Dienste zu leisten, in einem kleineren Krankenhaus doppelt so hoch wie in einem Universitätskrankenhaus oder einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Auch war die statistische Wahrscheinlichkeit, viele Dienste zu leisten, für Väter bemerkenswerterweise weit höher als für Ärzte ohne Kinder.

2.3.6 Ein Viertel der Bereitschaftsdienstleistenden gab im Übrigen im ersten Weiterbildungsjahr an, "immer" oder "häufig" im Anschluss an einen Dienst tagsüber weiter arbeiten zu müssen.

2.3.7 Bei allen Angaben zur realen Arbeitszeit ist zu bedenken, dass längst nicht alle Überstunden dokumentiert bzw. angerechnet werden. Dies scheint insbesondere bei jüngeren bzw. weiblichen Personen der Fall zu sein. Selbst die erfassten bzw. anerkannten Überstunden werden nach Aussagen der KarMed-Befragten nur in ungefähr der Hälfte der Fälle ausgeglichen.

2.3.8 Ärztinnen übernehmen einen höheren Anteil der Aufgaben im Haushalt und einen noch größeren Teil der Kinderbetreuung als ihre Partner. Die traditionelle Arbeitsteilung im Privaten wird auch durch die Ärztestatistik der Bundesärztekammer bezüglich der Ärzte und Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit illustriert: Für Ende 2014 weist diese Statistik – unter Ausschluss der „Ruheständler“ – einen Ärztinnen-Anteil von 65% der Gesamtgruppe ohne ärztliche Tätigkeit aus (>26.600 Ärztinnen in 2014) (<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014>). Diese Ärztestatistik zeigt auch folgende genderpolitisch wichtigen Befund: Ende 2014 befanden sich 6.619 Ärzte/Ärztinnen in Elternzeit, darunter 2,8% Ärzte (!).

2.3.9 Beim Vergleich der Arbeitszeitleistungen von Ärztinnen und Ärzten kommt man um die Feststellung nicht herum, dass die Umsetzung der beruflichen Gleichstellung von Ärztin und Arzt – vor allem in den alten Bundesländern – immer noch nicht weit gediehen ist. Es gibt in den KarMed-Daten kaum Hinweise, die auf ein neues Denken in Bezug auf die Rollenverteilung der Geschlechter hindeuten.

## **2.4 Bevorzugte Arbeitszeiten nach der fachärztlichen Anerkennung**

2.4.1 Die Hälfte der Ärztinnen wollte unmittelbar nach der fachärztlichen Anerkennung in Teilzeit arbeiten, während dies „nur“ bei 14% der Ärzte der Fall war. Bei Ärztinnen mit Kind wollte dies drei Viertel der Befragten.

2.4.2 Über den untersuchten fünfjährigen Zeitraum fand in beiden Geschlechtern eine deutliche Verringerung der Attraktivität einer ununterbrochenen Vollzeittätigkeit nach der Weiterbildung statt, dies allerdings von einem unterschiedlichen Ausgangsniveau: Bei den Ärztinnen strebten im ersten Weiterbildungsjahr bereits kaum mehr als ein Drittel eine spätere Vollzeittätigkeit an, und dieser Prozentsatz halbierte sich noch einmal bis zum fünften Jahr. Die Ärzte hingegen bevorzugten zu Beginn zu drei Viertel eine Vollzeittätigkeit. Dieser Anteil verringerte sich aber über die Jahre. Im Vergleich zu den Ärztinnen blieb das Interesse der Ärzte an einer Teilzeittätigkeit im Anschluss an die fachärztliche Anerkennung allerdings gering.

2.4.3 Das bevorzugte Arbeitszeitmodell für die Zeit nach der Weiterbildung unterschied sich deutlich zwischen den Geschlechtern und in Abhängigkeit vom Elternstatus: Der Anteil der unmittelbar nach der fachärztlichen Anerkennung eine Teilzeittätigkeit präferierenden Ärztinnen betrug zu T4 drei Viertel. Dagegen unterschied sich der Anteil derjenigen Ärzte, die nach der Weiterbildung eine Teilzeittätigkeit präferierten, kaum zwischen Ärzten mit und ohne Kind.

2.4.4 Die Disziplinwahl hängt in der Gesamtgruppe auch mit dem präferierten Arbeitszeitmodell für die Zeit nach der fachärztlichen Anerkennung zusammen. Bei Eltern ist dieser Zusammenhang sogar noch stärker. Dies gilt auch für die Gruppe der Eltern in diesem Fach im Vergleich zu den Nichteltern. Unterdurchschnittliche Anteile an Ärztinnen und Ärzten mit Teilzeitabsicht finden sich für die chirurgischen Disziplinen.

2.4.5 Ärztinnen, die in den neuen Bundesländern ausgebildet wurden, bevorzugten doppelt so häufig eine dauerhafte Vollzeittätigkeit als ihrer Kolleginnen in den alten Bundesländern

2.4.6 Regressionsanalytisch wurde der Zusammenhang zwischen den obigen Variablen untersucht. Hierbei wurde deutlich, dass das Geschlecht unter Kontrolle der anderen Variablen einen starken signifikanten Effekt auf den Teilzeitwunsch nach der Weiterbildung



hat, während der Einfluss der Elternschaft deutlich schwächer bzw. nicht signifikant ist. Zudem ist erkennbar, dass der Wunsch nach einer Teilzeittätigkeit nach Weiterbildungsende signifikant mit dem Wunsch nach einer Weiterbildung in Teilzeit assoziiert ist, und zwar unabhängig davon, ob die Weiterbildung real in Vollzeit oder Teilzeit abläuft. Auch die Präferenz für einen Versorgungssektor stellt sich als insignifikant heraus.

2.4.7 Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Erkenntnis, dass die beschriebenen Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten nicht primär das Produkt der Weiterbildungserfahrungen sind, da bereits im Praktischen Jahr bzw. im ersten Jahr der Weiterbildung eine negative Grundhaltung der Mehrheit der künftigen Ärztinnen bezüglich der ununterbrochenen Vollzeittätigkeit und umgekehrt eine deutliche Präferenz der künftigen Ärzte für dieses Modell festgestellt werden konnten.

2.4.8 Unterbrechung oder Abbruch der Weiterbildung bei Ärztinnen führen dazu, dass der ärztlichen Versorgung jedes Jahr eine hohe Zahl von Ärztinnen verloren geht: In der Ärztestatistik der Bundesärztekammer betrug der Anteil der Ärztinnen in der Gesamtgruppe der Ärzte und Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit – unter Ausschluss der „Ruheständler“ – 65% und damit mehr als 26.600 Ärztinnen im Jahr 2014. Die bei Ärzteorganisationen beliebte Erklärung des „Ärztemangels“ als ein Folge eines Nachwuchsmangels unterschlägt, dass Ärztinnen in großem Umfang – durch die gegebenen Arbeitsabläufe, die mangelnde Personalförderung sowie die an Ärzten in Vollzeit ausgerichteten Weiterbildungsbedingungen in den Krankenhäusern – der ärztlichen Versorgung temporär oder endgültig entzogen sind.

2.4.9 Nachhaltig wirksame Maßnahmen sind nötig, damit die Ärztinnen, insbesondere die Ärztinnen mit Kind, das jeweils bevorzugte Arbeitszeitmodell auch realisieren können und auf diese Weise der medizinischen Versorgung längerfristig zur Verfügung stehen. Wird an den bestehenden Konzepten der Arbeitsorganisation und der Weiterbildung festgehalten, könnte dies zur Folge haben, dass immer weniger Ärztinnen (und womöglich auch eine wachsende Zahl der Ärzte) nach der Weiterbildung die wichtigen Sektoren der Versorgung meiden und stattdessen aufgrund der weiterhin steigenden Nachfrage nach ärztlichem Personal ihre Vorstellungen über eine reduzierte Arbeitszeit in „Nischentätigkeiten“ auch tatsächlich umsetzen werden.

### **3 Die Lernbedingungen und Lernprozesse in der ärztlichen Weiterbildung**

#### **3.1. Die praktischen Lernbedingungen**

3.1.1 Das Lernen findet in der Regel im Klinikalltag, nicht in speziellen Veranstaltungen (z. B. Seminaren) bzw. strukturierten Ausbildungssettings (z. B. Praktika oder Kursen) statt. Der Zugang zu den interventionellen Tätigkeiten (Operationen, Endoskopien etc.) ist unter

Lerngesichtspunkten ein unstrukturierter Prozess. Die Zuteilung erfolgt in erster Linie nach den täglichen Erfordernissen der Versorgung und der Verfügbarkeit der Arbeitskräfte, kaum nach den Lerninteressen der Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung.

3.1.2 Die Ungeregeltheit des Zugangs zu den Interventionen führt zu einer täglichen Konkurrenzsituation unter allen Ärztinnen und Ärzte einer Klinik. Die Jüngeren möchten rasch viele in den Katalogen aufgeführte Prozeduren einüben. Fachärztinnen und -ärzte fühlen sich aber nicht immer hinreichend routiniert, und darüber hinaus wollen sie auch komplexere Interventionen durchführen lernen. Dies gilt auch für die Oberärzte und -ärztinnen, die in Übung bleiben, im eigenen Betrieb aufsteigen bzw. sich für weitere Bewerbungen qualifizieren wollen. Die unter Lerngesichtspunkten weniger attraktiven Aufgaben (z. B. Station bzw. Poliklinik) werden den Jüngeren zugewiesen. Es kommt in dieser offenen Konkurrenz also stark auf die individuelle Durchsetzungsfähigkeit an.

3.1.3 Zentrale Elemente des praktischen Lernens erhalten von der Befragten eher mittlere Bewertungen. Beispielsweise lagen die Angaben der Ärztinnen bezüglich des Erlernens von Verantwortung in der Patientenversorgung nur knapp über dem Mittelwert der Bewertungsskala, was als nicht hinreichend bezeichnet werden muss, da es sich dabei um ein zentrales praktisches Lernziel handelt. Ärzte hingegen werden signifikant besser auf diese Aufgabe vorbereitet.

Die Aussage „Ich erhalte konstruktive Rückmeldungen über die Qualität meiner praktischen Fertigkeiten“ bejahten nur knapp mehr als ein Drittel (36%) der Befragten.

3.1.4 Weitere bedeutsame Defizite wurden bei den Items gefunden, die sich auf die Organisation der praktischen Weiterbildung beziehen. Weniger als ein Fünftel stimmten der Aussage zu, „dass ein strukturierter Weiterbildungsplan existiere, der auch eingehalten werde“. Mehr als die Hälfte der Befragten verneinte die Aussage, „Die in der Weiterbildungsordnung festgelegten nachzuweisenden Fertigkeiten werden regelmäßig dokumentiert“, und nur 25% stimmten ihr explizit zu. Auch verneinte fast die Hälfte die Aussage „Ärzte mit Leitungsfunktion führen regelmäßig Gespräche mit den Weiterzubildenden“.

3.1.5 Ärztinnen gaben signifikant seltener als Ärzte an, „schrittweise an die Übernahme von Verantwortung herangeführt“ zu werden und „konstruktive Rückmeldungen über die Qualität meiner praktischen Fertigkeiten“ zu erhalten.

3.1.6 Bei gegebenen Mehrfachantwortmöglichkeiten gaben weniger als ein Drittel an, in ihrer praktischen Weiterbildung auch von ihrem/r Weiterbildungsbefugten, d.h. chefärztlich angeleitet zu werden

### **3.2 Die theoretische Fundierung der Weiterbildung**

3.2.1 Auch bezüglich der theoretischen Fundierung der Weiterbildung deckte die KarMed-Erhebung beträchtliche Schattenseiten und Schwachstellen auf. Knapp weniger als die Hälfte gab an, dass sie Rückmeldungen über den Stand ihrer theoretischen Kenntnisse erhielten, und nur ein Viertel wurde nach eigenen Angaben dazu angehalten, seine/ihre theoretischen Kenntnisse zu vertiefen. Ärztinnen gaben signifikant seltener als Ärzte an, wissenschaftliche Studien anwenden zu lernen (Ärztinnen ein Fünftel, Ärzte ein Drittel).

3.2.2 Der Beitrag zur theoretischen Weiterbildung seitens der Kliniken beschränkt sich de facto auf Angebote der innerbetrieblichen Fortbildung. In der KarMed-Befragung im ersten Weiterbildungsjahr gaben die Befragten im Durchschnitt eine Stunde pro Woche an interner Fortbildung an. Der Bundesverband Deutscher Chirurgen ermittelte in 2009, dass 39% der angehenden Chirurgen und Chirurginnen nach eigenen Angaben pro Jahr nur an vier oder weniger internen Fortbildungen von ein- bis zweistündiger Dauer teilnahmen.

3.2.3 Die offene Frage nach den gelesenen Zeitschriften wurde zu Weiterbildungsbeginn mit Abstand am häufigsten mit "Das Ärzteblatt" beantwortet, gefolgt von "Lokales Ärzteblatt" und fachspezifischen "Der ..." -Zeitschriften. Die klassischen wissenschaftlichen Zeitschriften der Medizin (British Medical Journal, New England Journal of Medicine, Lancet etc.) wurden kaum genannt.

3.2.4 Tätigkeiten in der Forschung können gemäß Weiterbildungsordnung nicht auf die Weiterbildung angerechnet werden.

3.2.5 Nach vier Weiterbildungsjahren hatte die Hälfte der Befragten eine Dissertation abgeschlossen. Zwischen Ärzten und Ärztinnen bzw. Eltern und Nichteltern ergab sich ein Unterschied um ca. zehn Prozentpunkte.

## **4 Die globale Beurteilung der Weiterbildung durch die Betroffenen nach vier Jahren**

4.1.1 In Anbetracht der in den Abschnitten 3.1 und 3.2 dargestellten Ergebnisse verwundert es nicht, dass die globale Beurteilung der ärztlichen Weiterbildung durch die Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung mittelprächtigt bis negativ ausfällt. In der KarMed-Studie stimmte nur eine Minderheit der Befragten explizit der Aussage zu, „Eine gute Weiterbildung zu bieten, ist ein wichtiges Ziel unserer Abteilung/Klinik“. Nur die Hälfte bejahte explizit die Aussage „Ich würde meine Abteilung/Klinik im Hinblick auf die Qualität ihrer Weiterbildung jüngeren Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen“. Die diesbezüglichen Einschätzungen der Ärztinnen waren etwas – aber nicht signifikant – kritischer als die der Ärzte.

4.1.2 Demgegenüber zeigen sich die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mit ihrem Berufsverlauf eher zufrieden. Die Berufsverlaufszufriedenheit war bei Ärzten mit Kindern

höher als bei solchen ohne Kinder. Ärztinnen mit Kindern hingegen zeigten sich weniger zufrieden mit ihrer Karriere als Ärzte und Ärztinnen ohne Kinder. Assistenzärztinnen und -ärzte in Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie waren nach vier Jahren signifikant unzufriedener mit dem Verlauf ihres Berufslebens als andere. Eine angenommene Verzögerung des Weiterbildungsabschlusses war ebenfalls mit niedrigerer Berufsverlaufszufriedenheit assoziiert. Eine positivere Einschätzung der Qualität der Weiterbildung war mit höherer Berufsverlaufszufriedenheit assoziiert, ebenso eine höhere berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, eine als geringer empfundene Belastung im Beruf und eine allgemeine Lebenszufriedenheit.

## **5 Die angenommene Dauer der Weiterbildung**

5.1.1 Nach vier Weiterbildungsjahren gab nur ungefähr die Hälfte der Befragten explizit an, dass sie „die in der Weiterbildungsordnung festgelegten Nachweise in der minimalen Weiterbildungszeit erwerben (würden)“. Bei den Ärztinnen bejahte dies die Hälfte, bei den Ärzten 60%. Ärztinnen mit Kind waren diesbezüglich signifikant pessimistischer als Ärzte mit Kind. Diejenigen, die eine Verlängerung annahmen, schätzten dieses Mehr im Mittel auf 16 Monate (Median 12 Monate). Bei Ärztinnen mit Kind war die angenommene Verlängerung doppelt so lang und betrug im Mittel 26 Monate (Median: 24).