

**Persönliche PDF-Datei für
H. van den Bussche, C. Wonneberger, S. Birck,
J.-H. Schultz, B.-P. Robra, A. Schmidt, C. Stosch,
R. Wagner, M. Scherer, K. Pöge, K. Rothe, B. Gedrose**

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Die berufliche und private Situation von Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der fach- ärztlichen Weiterbildung

**DOI 10.1055/s-0033-1343441
Gesundheitswesen 2014; 76: e1–e6**

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:
© 2014 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0941-3790

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Die berufliche und private Situation von Ärztinnen und Ärzten zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung

The Professional and Private Situation of Male and Female Physicians Entering Postgraduate Medical Education in Germany

Autoren

H. van den Bussche¹, C. Wonneberger¹, S. Birck¹, J.-H. Schultz², B.-P. Robra³, A. Schmidt⁵, C. Stosch⁶, R. Wagner⁷, M. Scherer¹, K. Pöge⁴, K. Rothe⁴, B. Gedrose¹

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

Schlüsselwörter

- fachärztliche Weiterbildung
- Geschlechter
- Ärzteschaft
- berufliche Situation
- private Situation

Key words

- postgraduate medical training
- gender
- medical workforce
- professional situation
- private situation

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343441>
 Online-Publikation: 16.8.2013
 Gesundheitswesen 2014;
 76: e1–e6
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche
 Institut für Allgemeinmedizin
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 bussche@uke.de

Zusammenfassung

Ziel: Im Rahmen einer multizentrischen Kohortenstudie von Absolventen und Absolventinnen des Medizinstudiums wurde die Frage untersucht, in welchen beruflichen und privaten Konstellationen die fachärztliche Weiterbildung begonnen wurde. Unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede wurden u. a. die Vertragsgestaltung, die Arbeitszeiten, die Berufstätigkeit des Partners bzw. der Partnerin sowie der zeitliche Aufwand für Tätigkeiten im Haushalt bzw. bei der Kinderbetreuung analysiert.

Methodik: Es wurde eine standardisierte postalische Befragung aller Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums des Jahrgangs 2009 in den medizinischen Fakultäten Erlangen, Gießen, Hamburg, Heidelberg, Köln, Leipzig und Magdeburg durchgeführt. Die Zweitbefragung erfolgte ein Jahr nach Ende des Praktischen Jahres (N=1 009); die Rücklaufquote betrug 87%. Angewandt wurden deskriptive Statistik und Regressionsanalysen.

Ergebnisse: Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zeigt diese Untersuchung, dass Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten bei vielen als karriererelevant geltenden Aspekten der beruflichen und sozialen Situation bereits zu Beginn der Weiterbildung im Rückstand sind, insbesondere wenn Kinder vorhanden sind. Wir fanden mehrere Hinweise auf eine Persistenz der traditionellen Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau in der Partnerschaft, unabhängig davon ob ein Kind vorhanden war. In den neuen Bundesländern fanden wir einen signifikant höheren Anteil von Befragten mit Kind, und einen höheren Anteil von Befragten mit professionell betreutem Kind.

Schlussfolgerungen: Im weiteren Verlauf der Untersuchung wird die Zahl der Kinder bei den Befragten vermutlich zunehmen, was eine Über-

Abstract

Aim: This study investigated the professional and the private situation of medical interns at the onset of their postgraduate training in Germany. We analysed the contractual situation and the working hours in the hospital, the professional situation of the partner and the number of hours invested in private life with special reference to gender and children.

Method: A standardised postal survey was conducted among all last year medical students in the medical faculties of Erlangen, Giessen, Hamburg, Heidelberg, Cologne, Leipzig and Magdeburg after entering postgraduate training. 1 009 were contacted for a first follow-up one year later and 87% responded. Descriptive statistics and regression analysis were performed.

Results: The analysis shows that female physicians are disadvantaged compared to males with regard to various professional and private conditions relevant for career development, especially when children are present. We found a large number of hints pointing towards a persistence of traditional role patterns within the couple relationship. These conditions differed substantially between the regions of former German Federal and former German Democratic Republic.

Conclusions: A growing number of children in the study population in the course of the longitudinal analysis will show if these gender-related differences persist in the course of the training period and which influences on career development can be observed.

prüfung der beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede ermöglichen wird. Dies gilt vor allem für die Frage, wie sich die anfänglichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern im weiteren Berufsverlauf auswirken.

Hintergrund und Zielsetzung

In den letzten Jahren hat die Frage der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten an Bedeutung gewonnen, was auch in der steigenden Zahl von Veröffentlichungen zu diesem Thema zum Ausdruck kommt [1–5]. Diese Entwicklung ist in erster Linie auf die schnelle Zunahme des Anteils von Frauen in der ärztlichen Profession zurückzuführen [6, 7]. So lag der Anteil der Ärztinnen an den deutschen Erstmeldungen bei den Ärztekammern im Jahre 2011 bereits bei 61 % [8]. Die Untersuchung der Voraussetzungen für gleiche berufliche Entfaltungsbedingungen für Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten ist dadurch nicht mehr nur eine Frage der gesellschaftlichen Gerechtigkeit geworden, sondern auch eine der künftigen personellen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und gehört damit zum Anliegen des gesamten Versorgungssystems [9, 10].

Die Längsschnittstudie „KarMed“ untersucht die förderlichen und hinderlichen Bedingungen für erfolgreiche Berufsverläufe während der fachärztlichen Weiterbildung. In dieser Veröffentlichung berichten wir über die beruflichen und sozialen Bedingungen von Ärztinnen und Ärzten zum Zeitpunkt des Berufseinstiegs bzw. des Weiterbildungsbeginns. Dies umfasst Fragen zu den Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen sowie zur privaten Situation, z. B. zur Partnerschaft, privaten Haushaltsführung und der Kinderbetreuung. Die vorliegende Literatur berichtet, dass Ärztinnen, betrachtet man die private und die berufliche Situation im Zusammenhang, in der Regel größere Belastungen zu bewältigen haben als ihre männlichen Kollegen, insbesondere wenn Kinder vorhanden sind [2, 3, 11]. Aus unseren Untersuchungen mit PJ-Studierenden ging hervor, dass Ärztinnen, vermutlich ihre künftige Elternrolle antizipierend, ihre berufliche Laufbahn im Vergleich zu Ärzten bereits weniger karriereorientiert planen [5, 12]. Die längsschnittliche KarMed-Untersuchung soll zeigen, wie sich die berufliche und soziale Lage von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten entwickelt.

In der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellungen untersucht:

- ▶ Wie verläuft der Übergang von der ärztlichen Ausbildung in die fachärztliche Weiterbildung bei Ärztinnen und Ärzten?
- ▶ In welchen privaten Konstellationen beginnen Ärztinnen und Ärzte ihre fachärztliche Weiterbildung? Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede sind hier feststellbar?
- ▶ Wie wirkt sich die berufliche Situation auf die private aus und wie die private auf die berufliche?

Methodik

Die Studie ist Teil des Forschungsvorhabens „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung“ („KarMed“), der ersten und bisher einzigen multizentrischen prospektiven Studie, die den Karriereverlauf von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland vom Berufseinstieg bis zur Facharztanerkennung mit quantitativen und qualitativen Methoden untersucht. Im quantitativen Projektteil wird die berufliche Entwicklung von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums aus den medizinischen Fakultäten in Erlangen, Gießen, Ham-

burg, Heidelberg, Köln, Leipzig und Magdeburg verfolgt. Der quantitative Untersuchungsteil, der aus jährlichen standardisierten Befragungen besteht, wird vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf koordiniert, der qualitative Teil vom Zentrum für Frauen und Geschlechterforschung der Universität Leipzig.

Die Teilnehmenden der Befragung senden den Fragebogen mit anonymem Code zur pseudonymen Reidentifikation im Längsschnitt sowie einen vom Fragebogen getrennten personalisierten Kontaktbogen an das Studienzentrum in Hamburg zurück. Dieses Verfahren stellt die Anonymität der Befragung sicher und erlaubt eine Aktualisierung der Adressdatenbank über die Erhebungszeitpunkte hinweg. Alle Teilnehmenden erhielten 10€ pro ausgefülltem Fragebogen und nahmen außerdem an der Verlosung eines Preises im Wert von ca. 350€ teil.

Die erste Erhebung (T0) wurde 2009 am Ende des Praktischen Jahres durchgeführt [12, 13]. Es wurden an 2107 Studierende Fragebögen versandt. Die Rücklaufquote betrug 48% (n=1012). Für die zweite Befragung nach einem Jahr („T1“) wurden 2010 alle Teilnehmenden der ersten Erhebung angeschrieben. Von den 1012 Personen, die in die T0-Auswertung einbezogen worden waren, konnten nur 1009 wieder angeschrieben werden, da von 3 Personen nur der Fragebogen, aber keine Adresse vorlag. Von diesen antworteten 876 [587 (67%) Frauen und 289 (33%) Männer], was einer Rücklaufquote von 87% entspricht. Das Geschlechterverhältnis stimmte mit dem der Baseline-Befragung (Frauen 66%) und mit dem an den Fakultäten [6] überein. Der Median des Alters betrug 27 Jahre (Männer 28, Frauen 27). 11% der Befragten [Frauen n=56 (10%), Männer n=38 (13%)] hatten mindestens ein Kind. Im Folgenden ist bei der Benutzung des Begriffes Kind die Mehrzahl mit eingeschlossen. Zwischen Antwortenden und Nicht-Antwortenden fanden wir mittels logistischer Regressionsanalyse keine Unterschiede für Geschlecht, Alter, Studienort (alte oder neue Bundesländer) und Elternstatus (Kind vs. kein Kind).

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS (PASW) für Windows Version 20 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha=0,05$ festgelegt. Bivariate kategoriale Variablen wurden mittels Chi²-Tests überprüft. Wenn eine kategoriale abhängige Variable durch mehrere unabhängige Variablen erklärt werden sollte, wurden logistische Regressionen berechnet, wobei in den meisten Fällen Geschlecht und Kinderstatus sowie deren Interaktion als unabhängige Variablen eingesetzt wurden. Wurden weitere Kontrollvariablen einbezogen, sind diese im Text erwähnt.

Mittels logistischer Regression wurde der Einfluss überprüft, den das Geschlecht, das Vorhandensein von Kindern und eine abgeschlossene Promotion auf die Wahrscheinlichkeit des Weiterbildungsbeginns hatten. Als Kovariaten wurden das Alter und die Zeitdauer zwischen Examen und Befragung eingegeben. Alle unabhängigen Variablen wurden im Block eingegeben, und anschließend wurde jeweils für das Vorhandensein von Kindern und den Promotionsstatus eine Interaktion mit Geschlecht mittels Rückwärtsselektion auf Signifikanz geprüft.

Mit einer 2×2×6×17-ANOVA wurde die reale Wochenarbeitszeit (in Stunden) auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Eltern und Nichteltern, der Krankenhausgröße, und dem Fachgebiet der Station überprüft. Im Abschnitt „Ergebnisse“ sind die Geschätzten Randmittel und die p-Werte der F-Tests angegeben. Mittels logistischer Regression wurde auch überprüft, ob die relative Chance, viele Bereitschaftsdienste zu leisten (mehr als 30 Stunden pro Monat im Vergleich zu weniger oder keinen Diens-

Tab. 1 Daten zum Berufsbeginn von Ärztinnen und Ärzten differenziert nach Geschlecht und Elternstatus (T1).

	Alle			Ärzte			Ärztinnen		
	gesamt	mit Kind	ohne Kind	gesamt	mit Kind	ohne Kind	gesamt	mit Kind	ohne Kind
Weiterbildung bereits begonnen*	687 (78%)	62 (66%)	625 (78%)	227 (79%)	35 (92%)	192 (77%)	460 (78%)	27 (48%)	433 (82%)
erste Weiterbildungsstelle in einer Universitätsklinik**	175 (26%)	14 (24%)	161 (27%)	73 (32%)	9 (27%)	64 (34%)	102 (23%)	5 (20%)	97 (24%)
erste Weiterbildungsstelle in Ort <20T Einwohnern bzw. in ländlicher Region***	94 (14%)	14 (23%)	80 (13%)	23 (10%)	5 (15%)	18 (9%)	71 (16%)	9 (33%)	62 (14%)

*Bezogen auf alle Befragten (N=876)

**Bezogen auf alle Befragten, die bereits mit der Weiterbildung begonnen hatten (N=663)

***Bezogen auf alle Befragten, die bereits mit der Weiterbildung begonnen hatten (N=684)

ten) vom Geschlecht, Kinderstatus, Fachgebiet oder der Krankenhausgröße abhing.

Ergebnisse dieser Analysen werden dann nicht berichtet, wenn die untersuchten Zusammenhänge nicht signifikant waren. In den Tabellen werden Absolut- und Prozentzahlen berichtet. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text neben der Prozentzahl nur dann auch die Absolutzahl berichtet, wenn nicht alle 876 Antwortenden (bzw. alle 587 Frauen oder alle 289 Männer) geantwortet haben. Dies gilt auch für Berichte über die Population derjenigen, die mit der Weiterbildung begonnen hatten („Weiterzubildenden“), wenn nicht alle 687 Weiterzubildenden entsprechende Fragen beantwortet haben.

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Hamburger Ärztekammer genehmigt (PV 3063).

Ergebnisse

Von der Ausbildung zur Weiterbildung

Von den Antwortenden hatten 98% (n=859) den zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erfolgreich abgeschlossen. Im Median hatten die Befragten das Endexamen 8 Monate vor der Befragung beendet; hierbei lagen 50% der Werte zwischen 7 und 10 Monaten bzw. 95% zwischen 1 und 13 Monaten. 18% der Befragten (159 von 864) hatten ihre Promotion bereits abgeschlossen. 71% gaben an, mit einer Doktorarbeit bereits begonnen zu haben, 8% hatten noch nicht begonnen und nur 3% erklärten, eine Promotion nicht anzustreben.

78% der Antwortenden (n=687) hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits mit der fachärztlichen Weiterbildung begonnen (Tab. 1). Im Median waren sie seit 23 Wochen in Weiterbildung (dabei lagen 50% der Werte zwischen 17–31 Wochen). Von allen, die mit der Weiterbildung begonnen hatten, waren 97% (n=665) in Deutschland tätig, die restlichen 3% (n=22) ausnahmslos in der Schweiz. Von denjenigen, die noch nicht mit der Weiterbildung begonnen hatten (n=189), gaben 88% (n=166) an, eine Weiterbildung zu planen. Somit strebten insgesamt 97% (n=853) der Stichprobe eine fachärztliche Anerkennung an.

Die Chance, mit der Weiterbildung begonnen zu haben, war für Väter 13-mal höher als für Mütter (OR=13,2; p<0,001). Gleichzeitig war bei Ärztinnen ohne Kind die Chance, mit der Weiterbildung begonnen zu haben, 4-mal größer als bei Ärztinnen mit Kind (OR=4,30; p>0,001), während diese Chance bei Ärzten ohne Kind um 74% geringer war als bei Ärzten mit Kind (OR=0,26; p=0,036). Die Chance, mit der Weiterbildung an einer Universitätsklinik zu beginnen, war – unabhängig vom Elternstatus – bei Männern ca. 60% größer als bei Frauen (OR=1,6; p=0,012). Gleichzeitig war die Chance, die erste Weiterbildungs-

stelle in einem Ort mit weniger als 20000 Einwohnern bzw. in einer ländlichen Region anzutreten, bei Ärztinnen 1,8-fach größer als bei Ärzten (OR=1,8; p=0,025) und um 2,3-fach größer für Eltern im Vergleich zu Kinderlosen (OR=2,3; p=0,011). Die Frage, ob eine Promotion abgeschlossen war oder nicht, hatte keinen Einfluss auf den Beginn der Weiterbildung.

Vertragliche Situation und Arbeitszeiten

Einen langfristigen, mindestens die gesamte Weiterbildungszeit umfassenden Arbeitsvertrag erhielten 35% derjenigen, die mit der Weiterbildung begonnen hatten, weitere 4% erhielten einen unbefristeten Vertrag. An Universitätskliniken wurden nur 11% der Arbeitsverträge (20 von 175) für die Gesamtdauer der Weiterbildung abgeschlossen, und es gab dort keinen einzigen unbefristeten Vertrag. Geschlecht und Elternstatus hingen nicht mit der Vertragslaufzeit zusammen. 97% der Weiterzubildenden arbeiteten in Vollzeit, nur 3% in Teilzeit. Eine Auswertung der Differenz zwischen vertraglicher und realer Arbeitszeit ergab, dass 92% der Weiterzubildenden (612 von 665) angaben, regelmäßig Überstunden zu leisten. Deren Höhe betrug im Mittel 10,4 (SD 6,8) Stunden pro Woche, was einem Viertel der mittleren Vertragsarbeitszeit (41,1 St./Wo.) entspricht. Die ANOVA-Analyse (vgl. Abschnitt Methoden) ergab, dass Ärzte im Schnitt länger als Ärztinnen arbeiteten (49,2 vs. 46,5 Stunden; p<0,001) und Kinderlose länger als Eltern (49,3 vs. 46,5 Stunden; p=0,01). Auch die Krankenhausgröße machte einen Unterschied (p<0,001): An Universitätskliniken wurde 3,8 und an Krankenhäusern der Maximalversorgung 1,6 Stunden länger gearbeitet als im Durchschnitt aller Krankenhäuser (jeweils p<0,001). Auch zwischen den Fachdisziplinen zeigten sich Unterschiede im Umfang der wöchentlichen Überstunden (p>0,001): In der Chirurgie ohne Schwerpunkt (+4,5 Std.) und mit Schwerpunkt (+4,1 Std.) sowie in der Inneren Medizin mit (+2,4 Std.) und ohne Schwerpunkt (+2,3 Std.) wurden mehr Überstunden als im Durchschnitt aller Fächer gearbeitet: Weniger als im Durchschnitt arbeiteten die Ärztinnen und Ärzte in der Anästhesie (-5 Std.), der Psychiatrie (-4,9 Std.) und der Radiologie (-4,5 Std.). 30% (200 von 675) der Weiterzubildenden leisteten keine Bereitschaftsdienste, 3% (n=22) weniger als 10 St./Monat, 27% (n=181) zwischen 11 und 30 Stunden und 40% (n=272) mehr als 30 Stunden (Tab. 2). 12% (n=56) der Bereitschaftsdienstleistenden gaben an, „immer“ und 13% (n=60) „häufig“ im Anschluss daran tagsüber weiter arbeiten zu müssen. Die logistische Regression (vgl. Abschnitt Methoden) ergab, dass die statistische Chance, viele Dienste zu leisten, für Väter 6,7-fach höher war als für Mütter (OR=6,67; p=0,003) und 3,7-fach höher als für Ärzten ohne Kinder (OR=3,7; p=0,004). Die Arbeit an einem Universitätskrankenhaus oder einem Krankenhaus der Maximalversorgung

halbierte im Vergleich zur Arbeit an einem kleineren Krankenhaus die Chance, viele Dienste zu leisten (OR=0,53; p=0,001). Im Vergleich zum Durchschnitt aller anderen Disziplinen war die statistische Chance, viele Bereitschaftsdienste zu leisten, höher in der Gynäkologie (OR=3,2; p=0,001) und in Chirurgie mit Schwerpunkt (OR=2,8; p<0,001), während sie in der Radiologie (OR=0,27; p=0,034), Innerer Medizin mit Schwerpunkt (OR=0,33; p=0,002) und Anästhesiologie (OR=0,44; p=0,0025) deutlich niedriger war.

Partnerschaft und Berufstätigkeit

75% der Weiterzubildenden (n=512) lebten – ohne Unterschied zwischen den Geschlechtern – in einer festen Partnerschaft, davon wiederum 74% (n=381) in einem gemeinsamen Haushalt und 25% (n=128) waren verheiratet. 70% der Partnerinnen und Partnern der Befragten (356 von 511) hatten ebenfalls einen akademischen Beruf. Doppelärztepartnerschaften fanden sich signifikant seltener (p=0,017) bei Ärztinnen (22%; 56 von 179 als bei Ärzten (31%; 72 von 332).

Die Chance, dass der Partner bzw. die Partnerin nicht berufstätig war, war bei Ärzten mit Kind 5-mal höher als bei Ärzten ohne Kind (OR=5,27; p<0,001). Bei Ärztinnen war die Frage, ob der Partner berufstätig ist oder nicht, unabhängig davon, ob sie Kinder hatten (OR=1,18; p=0,771).

Arbeitszeiten im privaten Bereich

Die Befragten in Weiterbildung wandten durchschnittlich 5,6 Stunden/Woche für Tätigkeiten im Haushalt auf, wenn man Tätigkeiten, die mit der Kinderbetreuung zusammenhängen,

außer Betracht lässt (Tab. 2). Eine feste Partnerschaft mit gemeinsamem Haushalt erforderte nur einen unwesentlich geringeren Zeitaufwand im privaten Bereich als ein nicht gemeinsamer (-0,3 Std./Wo; n.s.). Bei fester Partnerschaft und gemeinsamen Haushalt investierten Ärztinnen ein wenig mehr Zeit als Ärzte in die Hausarbeit (6,5 vs. 5,5 Std./W; p=0,003), Eltern aber deutlich mehr als Kinderlose (7,0 vs. 5,0 Std./W; p<0,001). Im Vergleich zu Kinderlosen war die statistische Chance für Eltern, eine mittlere bis hohe Belastung durch die Tätigkeit im Haushalt zu empfinden, mehr als doppelt so hoch (OR=2,26; p=0,01). Für Ärztinnen war diese Chance im Vergleich zu Ärzten nahezu doppelt so groß (OR=1,9; p=0,007).

Kinderbetreuung

Für die Betreuung ihrer Kinder wandten Ärztinnen in Weiterbildung im Durchschnitt mit 3,7 Stunden täglich doppelt so viel Zeit auf wie ihre männlichen Kollegen mit 1,9 Stunden (p<0,001) (Tab. 3). Eine ausschließlich professionelle Lösung für die Kinderbetreuung während der Arbeitszeit (Kindertagesstätte bzw. Tagesmutter) war bei Ärztinnen (78%; n=21) signifikant häufiger gegeben als bei Ärzten (34%; n=12) (p=0,001). Befragte mit einem ostdeutschen Studienstandort hatten doppelt so häufig Kinder als westdeutsche Befragte [15% (n=23) vs. 7% (n=39); p=0,004] und waren häufiger auf eine ausschließlich professionelle Betreuung angewiesen [70% (n=16) vs. 44% (n=17); p=0,048].

Die Zufriedenheit mit der jeweiligen Form der Kinderbetreuung war im Durchschnitt groß (Median der Zufriedenheit 4 auf einer 5-stufigen Likert-Skala), und dies unabhängig von Geschlecht

Tab. 2 Beziehungsstrukturen und Arbeitszeiten bei Befragten, die sich bereits in Weiterbildung befinden (T1).

	Geschlecht		Elternstatus		Ärztinnen		Ärzte	
	Ärztinnen	Ärzte	mit Kind	ohne Kind	mit Kind	ohne Kind	mit Kind	ohne Kind
1 reale Arbeitszeit in der Weiterbildung (Std./Woche, geschätzte Randmittel) ²	46,6	49,2	46,5	49,3	45,2	48	47,9	50,6
2 Anzahl und % mit Bereitschaftsdiensten >30 Std./Monat ³	172 (54%)	100 (62%)	31 (69%)	241 (56%)	7 (44%)	165 (55%)	24 (83%)	76 (57%)
3 Anzahl und % der Partner/Partnerinnen mit Berufstätigkeit	274 (83%)	126 (70%)	35 (59%)	365 (81%)	22 (85%)	252 (82%)	13 (39%)	113 (77%)
4 Anzahl und % Partner/-in mit ärztlichem Beruf	72 (22%)	56 (31%)	11 (19%)	117 (26%)	4 (15%)	68 (22%)	7 (21%)	49 (34%)
5 eigene Tätigkeit in gemeinsamen Haushalt (Std./W, geschätzte Randmittel) ⁵	6,5	5,5	7	5	7,5	5,6	6,5	4,5
6 % mittlere/hohe Belastung durch Haushalt ⁵	113 (47%)	43 (34%)	29 (56%)	127 (40%)	17 (74%)	96 (44%)	12 (41%)	31 (32%)

¹ Bezogen auf alle Befragten in Weiterbildung mit festen Partnerschaften

² Bezogen auf alle Befragten in Weiterbildung

³ Bezogen auf alle Bereitschaftsdienstleistenden

⁴ Bezogen auf alle Befragten in Weiterbildung mit berufstätigen Partnern und Partnerinnen

⁵ Bezogen auf alle Befragten in Weiterbildung mit einem gemeinsamen Haushalt

Tab. 3 Elternstatus und Betreuungskonstellation des Kindes von Eltern in fachärztlicher Weiterbildung (T1).

	Geschlecht		Studienort	
	Ärztinnen	Ärzte	Ost	West
Kind vorhanden (in % aller Befragten)	56 (9,5)	38 (13,1)	33 (17,5)	61 (8,9)
Kind vorhanden (in % der Befragten in Weiterbildung)*	27 (5,9)	35 (15,4)	23 (14,8)	39 (7,3)
eigener Aufwand für Kinderbetreuung (Std./Tag)*	3,7	1,9	3,5	2,5
ausschließliche professionelle Betreuung (Kindertagesstätte, Tagesmütter usw.) während der Arbeitszeit (%)*	21 (77,8)	12 (34,3)	16 (69,9)	17 (43,6)
auch private Betreuung (Partner/-in, Familie und/oder Freunde) während der Arbeitszeit (%)*	6 (22,6)	23 (65,7)	7 (30,4)	22 (56,4)
Zufriedenheit mit der Betreuung der Kinder* (Median auf Likertskala 1–5)	4	4	4	4
belastet durch Organisation der Kinderbetreuung* (Median auf Likertskala 1–5)	2	1	2	2

* Bezogen auf alle Befragten in Weiterbildung mit Kindern

und Region (◉ Tab. 3). Auch die subjektive Belastung durch die Organisation der Kinderbetreuung war bei beiden Geschlechtern niedrig, auch wenn sie bei Ärztinnen etwas größer ist als bei Ärzten ($p=0,009$; U-Test). Als Probleme bei der Organisation der Kinderbetreuung wurden in offenen Antworten in erster Linie eine zu geringe Anzahl von Plätzen, zu kurze und unflexible Öffnungszeiten sowie zu weite Wege zwischen Arbeits- und Betreuungsort genannt. 13% der Eltern ($n=8$) beschrieben auch Gewissensprobleme wegen der langen Fremdbetreuungszeiten. Nach Lösungen für die genannten Probleme gefragt, nannte ca. die Hälfte ($n=12$, 45%) der Mütter Änderungen der Arbeitsbedingungen, was hingegen nur etwa ein Zehntel ($n=4$, 11%) der Väter tat ($p=0,003$).

Diskussion

Die Situation zu Berufsbeginn ist bei Ärztinnen und Ärzten charakterisiert durch die quasi durchgängige Absicht, eine fachärztliche Weiterbildung zu beginnen bzw. eine fachärztliche Anerkennung zu erreichen. Für die häufig behauptete Tendenz einer Abkehr von der klinischen Tätigkeit fanden wir ein Jahr nach dem Endexamen genauso wenig Indizien wie vor der Approbation [12,13]. Genauso wenig hat sich – bezogen auf den Zeitpunkt des Weiterbildungsbeginns – die These von einer zunehmenden Auswanderung ins Ausland bestätigt. 7% der PJ-Studierenden wollten ihre erste Weiterbildungsstelle im Ausland suchen [13], umgesetzt hatten es ein Jahr später 3% der Kohorte. Auffällig ist, dass erst 18% der Befragten zu Weiterbildungsbeginn ihre Promotion abgeschlossen hatten. Stiller und Busse fanden 2002 in einer querschnittlichen multizentrischen Befragung von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums eine noch geringere Quote. Deren Nachbefragung ergab, dass 4 Jahre später erst ca. die Hälfte der Befragten die Promotion abgeschlossen hatte [5]. Auch das Statistische Bundesamt bestätigt das hohe Promotionsalter: Nach deren Angaben promovieren ca. 80% der Mediziner, allerdings mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren, was ca. 5 Jahre nach der Approbation entspricht [14]. Alle diese Zahlen weisen auf ein Problem hin, nämlich das der Vereinbarkeit von Studiensabschluss, Promotion und Weiterbildung, das bis dato weder an den Fakultäten noch in der Ärzteschaft wahrgenommen wurde.

Es werden – wie in früheren Untersuchungen [5,15] – weiterhin beträchtliche Mengen an Überstunden geleistet (Durchschnitt 10 Std./W), insbesondere in den universitären und sonstigen Krankenhäusern der Maximalversorgung, dafür war hier der Umfang der Bereitschaftsdienste deutlich geringer. Dienste führen bei ca. einem Viertel der Bereitschaftsdienstleistenden häufig nicht zu einer anschließenden Dienstbefreiung. Offenbar gibt es je nach Fachdisziplin und Krankenhaustyp immer noch große Abweichungen von den Normarbeitszeiten.

Unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten zeigt diese Untersuchung, dass Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten bei vielen als berufsverlaufsrelevant geltenden Aspekten bereits zu Beginn der Weiterbildung im Rückstand sind. Dies gilt vor allem wenn Kinder vorhanden sind. Durch die ungleiche Zuteilung von universitären Weiterbildungsstellen zugunsten der Ärzte findet eine erste Weichenstellung statt. Eine Stelle in der Universitätsklinik ist das Tor zur Forschung, zur Habilitation und zur späteren Vergabe von Chefarztpositionen [12,16]. Demgegenüber fanden Ärztinnen zu Beginn der Weiterbildung häufiger ihre erste Stelle in einem kleinstädtischen oder ländlichen Kranken-

haus, was für diese bei einer späteren Bewerbung auf eine Stelle in einer Großstadt und/oder in einem Krankenhaus der Maximalversorgung nicht von Vorteil sein dürfte.

In Bezug auf die Folgen des Elternseins fallen folgende weitere Ungleichheiten auf:

- ▶ Der Anteil der Ärztinnen, die die fachärztliche Weiterbildung mit Verspätung beginnen, ist größer bei Ärztinnen mit Kind als bei Ärztinnen ohne Kind. Dies kann als erster Hinweis auf eine Verlängerung der gesamten Weiterbildungszeit bei Ärztinnen mit Kind angesehen werden, die von anderen Autoren beschrieben wurde [4,5]. Bei Ärzten war es umgekehrt: mit Kind begannen diese früher mit der Weiterbildung als ohne Kind.
- ▶ Ärztinnen ohne Kind bzw. Ärzte mit oder ohne Kind haben zu Weiterbildungsbeginn bereits signifikant häufiger eine Promotion abgeschlossen als Ärztinnen mit Kind. Die Ergebnisse einer Untersuchung von Stiller und Busse lassen vermuten, dass weit weniger Ärztinnen als Ärzte ihr Promotionsziel tatsächlich erreichen werden. Außerdem war der Anteil der Ärztinnen, die in der Untersuchung von Stiller und Busse keine Promotion anstrebten, 2,5 Mal höher als der der Ärzte (16% vs. 6%). Ohne Promotion aber ist beruflicher Aufstieg in Einrichtungen der ärztlichen Versorgung erschwert. Im Übrigen war der Anteil der Ärzte, die 4 Jahre nach Weiterbildungsbeginn eine Habilitation anstrebten, in der Studie von Stiller und Busse im Vergleich zu den Ärztinnen 3 Mal so hoch (19% vs. 6%) [5].
- ▶ Teilzeitstellen sind, gemessen an der Zahl der Befragten, die eine solche Stelle innehatten, zumindest zu Weiterbildungsbeginn eine Ausnahme. Dies steht im Gegensatz zu dem relativ weit verbreiteten Teilzeitwunsch von Ärztinnen [2], den auch unsere weiblichen Befragten schon am Ende ihres Studiums äußerten [12]. Zumindest in der Anfangszeit der Weiterbildung gab es anscheinend nur die Alternative zwischen einer arbeitsintensiven Vollzeit oder keiner Stelle.
- ▶ Ärzte mit Kind leisten deutlich mehr Bereitschaftsdienste als Ärztinnen mit Kind. Viele Bereitschaftsdienste stellen zwar eine hohe persönliche Belastung dar, bedeuten aber auch eine schnellere Zunahme an Qualifikation.
- ▶ Ärzte mit Kind leisten sogar deutlich mehr Bereitschaftsdienste als Ärzte ohne Kind und haben dementsprechend weniger Zeit für Privates (inklusive Familienkontakt) als kinderlose Ärzte. Vermutlich steht dahinter das Motiv der Einkommensmehrung in einer jungen Familie durch den Ehemann, zumal wenn zugleich die Häufigkeit der Berufstätigkeit der Partnerin abnimmt, was die weiteren Analysen auch zeigen.
- ▶ Partnerinnen von Ärzten sind demnach seltener berufstätig bzw. in Vollzeit berufstätig als Partner von Ärztinnen. Bei Ärzten mit Kind ist nur ein Fünftel der Partnerinnen voll berufstätig, demgegenüber beträgt dieser Anteil bei Ärztinnen mit Kind 90%. 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 der Fall ist [16–18].
- ▶ Diese Zuständigkeitsunterschiede zeigen sich auch bei der paarinternen Verteilung der Haushaltsarbeiten und noch deutlicher beim Aufwandsunterschied für die Kinderbetreuung.

Eine spezielle Situation findet sich in den neuen Bundesländern. Bei Befragten mit einem Studienstandort in den beiden ostdeutschen Fakultäten fanden wir einen signifikant höheren Anteil von Befragten mit Kind und einen höheren Anteil von Befragten

mit professionell betreutem Kind. Dies hängt vermutlich mit dem besseren Angebot der Kinderbetreuung bzw. mit Rollenvorbildern aus der Zeit der ehemaligen DDR zusammen [19,20]. Insgesamt wurde deutlich, dass Ärztinnen, insbesondere solche mit Kind, bezüglich mehrerer karriererelevanter Aspekte ihrer beruflichen und sozialen Situation gegenüber Ärzten schon zu Beginn der Weiterbildung geringere Chancen und/oder größere Belastungen aufweisen. Ein wichtiger Grund hierfür ist die Persistenz traditioneller Rollenmuster in der Familie – hier der zeitlich stark in Anspruch genommene väterliche Familienernährer, dort die nicht-berufstätige bzw. nicht-vollzeitbeschäftigte kinderbetreuende Mutter. Diese Arbeitsteilung existiert jenseits von öffentlich artikulierten Vorstellungen über egalitäre Partnerschaften weiter, wie dies unter anderem Koppetsch beschreibt [18]. Am treffendsten wird diese Persistenz dadurch illustriert, dass Ärzte mit Kind um ein vielfaches mehr an Bereitschaftsdiensten leisten als solche ohne Kind. Ein anderer Grund liegt darin, dass die Arbeitswelt vielfach geschlechterunabhängige Anforderungen stellt, so zum Beispiel bezüglich Vollzeittätigkeit, realer täglicher Arbeitszeit und Vertragsdauer. Unsere Studie hat Stärken und Schwächen. Zu den Stärken gehören die Multizentrität, der prospektive Ansatz, die vergleichsweise große Kohorte, die sehr gute Geschlechterrepräsentanz und die hohe Rücklaufquote zu T1. Die Rücklaufquote von 48% zu T0 ist als gut für standardisierte Befragungen zu bezeichnen. Eine Schwäche bezüglich der hier untersuchten Fragestellung bezüglich Chancen und Belastungen zu Beginn der Weiterbildung aufgrund von Geschlecht und/oder Elternstatus ist die (noch) geringe Zahl von Eltern in der Stichprobe, was bei der Interpretation der Daten bezüglich der Belastungen der Eltern und insbes. der Mütter trotz der gefundenen statistischen Signifikanzen zu Vorsicht rät. Erst spätere Auswertungen der längsschnittlich angelegten Untersuchung werden hier einen endgültigen Aufschluss ermöglichen.

Danksagung

Die KarMed-Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Europäischen Sozialfonds gefördert (Förderkennzeichen O1FP0803 und O1FP0804).

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Institute

- ¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- ² Klinik für Allgemeine Internistische Medizin und Psychosomatik, Universität Heidelberg
- ³ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universität Magdeburg
- ⁴ Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung, Universität Leipzig
- ⁵ Medizinische Klinik, Universität Erlangen
- ⁶ Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Universität Köln
- ⁷ Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Universität Gießen

Literatur

- 1 *Abele AE*. Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. In: Schwartz FW, Angerer P, Hrsg. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte-Verlag; Köln: 2010; 149–158
- 2 *Buddeberg-Fischer B, Ebeling I, Stamm M*. Karriereförderliche und karriererhinderliche Erfahrungen in der Weiterbildungszeit junger Ärztinnen und Ärzte. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 2451–2457
- 3 *Hohner HU, Hoff EH, Grote S et al*. Das DFG-Projekt „PROFIL“: Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechter-spezifische Berufsverläufe. In: Schwartz FW, Angerer P, Hrsg. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte-Verlag; Köln: 2010; 137–148
- 4 *Köhler S, Kaiser R, Lochner A*. Junge Ärzte – Mangelware? Ergebnisse einer Absolventenbefragung (Teil II) und einer Analyse der Mitglieder-Datenbank der Landesärztekammer Hessen. Hess. Ärztebl 2005; 6: 373–377
- 5 *Stiller J, Busse C*. Berufliche Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten – Die ersten vier Berufsjahre. In: Brähler E, Alfermann D, Stiller J, Hrsg. Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Vandenhoeck; Göttingen: 2008; 140–161
- 6 *Kopetsch T*. Berufsanfänger: Mehr als die Hälfte sind Ärztinnen. Dtsch Ärztebl 2007; 104: 698–704
- 7 *Gedrose B, von Leitner EC, van den Bussche H*. Feminising medicine: reasons and consequences. In: van den Bussche H (ed.). Career entry and career perspectives of young medical graduates in selected OECD countries. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales 2010; (numéro special) 203–218
- 8 Bundesärztekammer. Tätigkeitsbericht 2011 (Kap. 3) www.bundes-aerztekammer.de/downloads/Taetigkeit2011_03.pdf
- 9 *Kopetsch T*. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlenentwicklung. 2010 Bundesärztekammer; Berlin
- 10 *van den Bussche H, Quantz S*. Berufs(nicht)einstieg bei Ärzten und Ärztinnen: Wo liegt das Problem? In: Brähler E, Alfermann D, Stiller J, Hrsg. Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Vandenhoeck; Göttingen: 2008; 117–128
- 11 *Abele AE, Nitzsche U*. Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 2057–2062
- 12 *Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J et al*. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 1242–1247
- 13 *van den Bussche H, Kromark K, Gedrose B et al*. Hausarzt im Ausland oder Spezialist im Inland? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Studierenden im Praktischen Jahr zu ihren mittel- und langfristigen Berufszielen. Gesundheitswesen 2012; 74: 786–792
- 14 www.hrk.de/de/home/1242_1202.php
- 15 *Bestmann B, Rohde V, Wellmann A et al*. Berufsreport 2003: Geschlechterunterschiede im Beruf. Dtsch Ärztebl 2004; 101: A776–A779
- 16 *Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C et al*. The impact of gender and parenthood on physicians' careers – professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Service Research 2010; 10: 40
- 17 *Rusconi A, Solga H*. Herausforderung Doppelkarriere: Auch in Akademikerpaaren steckt die Frau beruflich zurück. WZB-Mitteilungen 2008; 119: 15–18
- 18 *Koppetsch C*. Zur Lage der Mitte. Streifzüge durch den Gefühlshaushalt der Mittelschichten. VS-Verlag; Wiesbaden: 2012
- 19 *Bauer U, Dähler S*. Das volle Leben! Frauenkarrieren in Ostdeutschland. Berlin: Bundesministerium des Innern; 2010
- 20 *Kreyenfeld M, Geisler E*. Müttererwerbstätigkeit in Ost- und Westdeutschland. Zeitschrift für Familienforschung 2006; 18: 333–360