

# Der Einfluss von Elternstatus, erlebter Unterstützung und Befristung auf das Belastungserleben und die Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten am Ende der Weiterbildung

## The Impact of Parenthood, Support, and Short-Term Contracts on Work-Family Conflict of Female and Male Residents' Career

### Autoren

Rüya Daniela Kocalevent<sup>1</sup>, Nicole Grandke<sup>2</sup>, Susan Selch<sup>3</sup>, Sarah Nehls<sup>3</sup>, Juliane Meyer<sup>3</sup>, Sigrid Boczor<sup>1</sup>, Martin Scherer<sup>1</sup>, Hendrik van den Bussche<sup>3</sup>

### Institute

- 1 Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland
- 2 Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland
- 3 Institut für Biochemie und Molekulare Zellbiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

### Schlüsselwörter

Facharztweiterbildung, Elternstatus, Belastungserleben, Karriereentwicklung, Ärztinnen

### Key words

postgraduate education, female residents' career, work-family conflict, parenthood

online publiziert 21.04.2021

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2022; 84: 208–214

DOI 10.1055/a-1378-8532

ISSN 0941-3790

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

PD Dr. Rüya Daniela Kocalevent  
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Deutschland  
r.kocalevent@uke.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Trotz einer hohen Zahl an Abschlüssen in der Humanmedizin ist in Deutschland immer häufiger von einem Ärztemangel die Rede. Ein Grund ist die schwierige Vereinbarkeit von Klinikfähigkeit und Familienleben, die vor allem Ärztinnen als Hauptgrund für die spätere Arbeit im nicht-kurativen Bereich nennen.

**Ziel der Arbeit** Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Einfluss des Elternstatus von Ärztinnen und Ärzten auf ihre Karriereentwicklung und das Belastungserleben am Ende der Weiterbildung. Darüber hinaus betrachtet werden die Auswirkungen von befristeten Arbeitsverträgen und erlebter Unterstützung durch den Partner auf das Belastungserleben.

**Material und Methoden** Es wurden die Daten der KarMed-Studie, welche sich mit Karriereverläufen von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung beschäftigt, ausgewertet. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der querschnittlichen Analyse des Erhebungszeitraums von Oktober 2015 bis Mai 2016. Zu diesem befanden sich 433 StudienteilnehmerInnen am Ende ihrer Weiterbildung. Eingesetzt wurden u. a. die Fragebögen Work-Family Conflict und Family-Work Conflict Skalen.

**Ergebnisse** Ärztinnen mit Kind unterbrechen die Weiterbildung fünfmal häufiger als ihre Kolleginnen ohne Kind und achtzehnmal häufiger als Ärzte mit Kind. Ärztinnen mit Kind sowie Ärzte mit Kind weisen signifikant höhere Werte auf der Family-Work Conflict Skala auf, Ärztinnen ohne Kind hingegen höhere Werte auf der Work-Family Conflict Skala. Bei Ärzten zeigt sich kein signifikanter Unterschied auf der Work-Family Skala. Weder ein befristeter Arbeitsvertrag noch die Verteilung von Kinderbetreuung zwischen Ärztinnen/Ärzten und ihren Partnern/-rinnen haben einen signifikanten Einfluss auf das Belastungserleben zur Folge.

**Schlussfolgerung** Es besteht ein Bedarf die Konflikte, die aus dem Familienleben auf das Arbeitsleben wirken insbesondere für Ärztinnen in Weiterbildung zu reduzieren.

## ABSTRACT

**Background** Work factors and work-family interference play an important role in physicians leaving clinical practice.

**Objectives** The purpose of this study was to examine residents' work-family conflict and family-work conflict in association with parental status, perceived support, and short-term contracts.

**Material and Methods** Data acquisition was carried out within the multi-centric and prospective "KarMed" study in Germany at the end of the postgraduate training in 2016 (N = 433). The Work-Family Conflict and Family-Work Conflict scales were used. Further independent variables were gender, parental status, short-term contracts, and perceived support from partner.

**Results** Female physicians with children interrupted postgraduate training five times more often than female physicians without children and 18 times more often than male physicians with children. Female as well as male physicians with children showed greater family-work conflicts, and female physicians without children scored higher on work-family conflict. Male physicians did not show significant results on work-family conflict. Neither short-term contracts nor perceived support from the partner had a significant influence on work-family or family work conflict.

**Conclusions** There is a need to reduce work-family conflicts and their associated factors in female resident physicians.

## Einleitung

In den letzten Jahren wird in Deutschland vermehrt über einen drohenden Ärztemangel berichtet, besonders der Facharztbereich ist betroffen [1]. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Steigende Abbruchquoten im Studium, demografische Aspekte, Abwanderung ins Ausland sowie ein Rückgang der Ärzte im Praktikum wurden bereits als Teil des Problems ausgemacht [2]. Ein weiterer Aspekt ist die zunehmende „Femininisierung“ des Arztberufes und damit einhergehende Wünsche bezüglich einer Änderung der Arbeitsbedingungen. 2008 waren bereits 67 % der Studienanfänger der Humanmedizin weiblich, in den darauffolgenden Jahren wurden vergleichbare Zahlen berichtet [3]. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist laut einer Studie von Heinz & Jakob für 96 % der Medizinstudenten wichtig [4]. Wie weit Wunsch und Wirklichkeit auseinandergehen zeigt eine Umfrage unter Ärzten, bei der lediglich 14 % der Befragten angaben, dass sie eine Tätigkeit im Krankenhaus mit einer Familie für gut vereinbar hielten [5]. Bereits in der Weiterbildung sehen 70 % der Ärzte und Ärztinnen diese Vereinbarkeit als nicht gegeben an. Die Unvereinbarkeit wird mit einer Zustimmung von 40 % als einer der Hauptbeweggründe der Ärztinnen genannt, später im nicht-kurativen bzw. nichtärztlichen Bereich zu arbeiten [6]. Über 70 % der Ärztinnen mit Kind im Haushalt berichteten über Probleme bei der Weiterbildung: Bei jeder dritten verzögerte sich die Weiterbildung, 31 % der Frauen unterbrachen diese, 4,1 % brachen gänzlich ab. 76,7 % der Ärztinnen gaben an, dass es durch die Kinderbetreuung zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeit kam, bei 74,1 % führte diese zu einer Unterbrechung. Zu einem Abbruch der Weiterbildung aufgrund der Kinderbetreuung kam es bei 15,4 % der Frauen. Bei Ärzten hatte der Elternstatus hingegen nur geringe Auswirkungen [7].

Die Hälfte aller Ärzte und Ärztinnen schätzt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als schlecht oder eher schlecht ein [8]. Tatsächlich finden sich in der Gruppe der Ärzte und Ärztinnen höhere Belastungswerte auf den Skalen des Work-Family und Family-Work Conflicts als bei anderen Berufsgruppen [9]. Eine Studie von Hämmig und Bauer erschloss demografische Merkmale wie Geschlecht, Alter und Bildung, sowie die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder als wichtigste Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Demnach sorgt eine sinkende Vereinbarkeit für eine

Abnahme des physischen, psychischen und sozialen Befindens [10]. Nitzsche et al. untersuchten in einer 2013 veröffentlichten Studie mit 378 Ärzten und Ärztinnen die Auswirkungen auf das psychische Befinden [11]. Sie stellten fest, dass sich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf die 3 definierten Subskalen des Maslach-Burnout Inventars auswirken. Während Konflikte, die sich aus der Arbeit ergeben und auf das Familienleben wirken v. a. mit emotionaler Erschöpfung positiv assoziiert ist, haben die Auswirkungen von Konflikten, die vom Familienleben ausgehen und auf das Arbeitsleben wirken, einen stärkeren positiven Zusammenhang mit Depersonalisation und einen negativen Zusammenhang mit persönlicher Erfüllung. Ärzte und Ärztinnen erreichten höhere Werte bei Konflikten, die sich aus der Arbeit ergeben und auf das Familienleben wirken im Vergleich zu Konflikten, die vom Familienleben ausgehen und auf das Arbeitsleben wirken. Die Autoren ließen eine Begründung offen. Denkbar wäre, dass strukturelle Rahmenbedingungen der fachärztlichen Weiterbildung gemeint waren.

Mit dieser Studie soll untersucht werden, welche Auswirkungen der Elternstatus von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung auf die Unterbrechung ebenjener haben, welche Folgen die Elternschaft für das Belastungserleben hat und welche Rolle die Unterstützung durch den Partner und Befristung von Arbeitsverträgen hierbei spielen.

## Methoden

Datenbasis der KarMed-Studie sind die jährlichen postalischen Befragungen einer Kohorte von Studierenden, die im Jahrgang 2008/09 ihr praktisches Jahr absolviert haben und während 6 Jahren fachärztlichen Weiterbildung begleitet wurde. Im Befragungszeitraum der KarMed Studie zum Messzeitpunkt T6 (sechstes Jahr) wurden 567 Ärztinnen und Ärzte angeschrieben, 433 von ihnen meldeten sich im Zeitraum von Oktober 2015 bis Mai 2016 zurück. Die Ärzte und Ärztinnen befanden sich demnach größtenteils am Ende der fachärztlichen Weiterbildung. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 76,4 %. Weiterführende Informationen zur KarMed Studie und den Rücklaufquoten finden sich bei Ziegler et al. (2017) [12].

Der Fragebogen von Netemeyer et al. erfasst Konflikte zwischen Berufs- und Familienleben, die durch verschiedene Rollenerwartungen und damit einhergehende Spannungen entstehen [13]. In der Entwicklung der Skalen zeigte sich, dass die Gütekriterien für zwei Skalen mit jeweils fünf Items für Work-Family Conflict (WFC) und Family-Work Conflict (FWC) sprechen. Bei der Begutachtung wurden für den WFC höhere Korrelationen gefunden als für den FWC. Es fand sich ein Cronbach's Alpha von 0,94 für den Work-Family Conflict und 0,87 für den Family-Work Conflict, was einer guten bis exzellenten internen Konsistenz entspricht. Aus den Likert Skalen werden Summenwerte für den Work-Family und Family-Work Conflict gebildet und durch die Anzahl der Items geteilt. Die Mittelwerte daraus bilden die Ergebnisse in den entsprechenden Skalen ab. Höhere Punktwerte auf den Skalen weisen auf ein höheres Konfliktpotenzial hin.

Im Folgenden werden die für die Fragestellungen ausgewählten Einzel-Items dargestellt (► **Tab. 1**).

Unter arbeitsbezogenen Stressoren (Work-Family Conflict) wurden Autonomie, unflexible Zeitplanung, Arbeitsstress, Arbeitsrollenüberlastung, Arbeitsrollenkonflikt, arbeitsbezogener Distress, Ambiguität bezüglich Arbeitsrollen und Spannungen im Job zusammengefasst. Unter nicht auf die Arbeit bezogenen Stressoren wurden familienbezogene Stressoren (Family-Work Conflict) wie der

Familienrollenkonflikt, familiäre Überlastung und familiäre Erfüllung zusammengefasst.

Die Ethik-Kommission der Hamburger Ärztekammer hat die Studie bewilligt (PV3063).

## Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgt mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS, Version 20. Das Signifikanzniveau wird auf  $\alpha = 0,05$  festgesetzt. Unterschiedshypothesen, welche einer metrischen Verteilung folgen, werden mit t-Tests für unabhängige Stichproben und 2-faktorieller Varianzanalyse ohne Messwiederholung berechnet. Bei kleinen Gruppen ( $n < 30$ ) wird zur Signifikanztestung der Mann-Whitney U Test eingesetzt. Für einige Berechnungen werden die Variablen umkodiert, die angepassten Kategorien dienen der Beantwortung der Fragestellungen.

## Ergebnisse

304 Teilnehmer waren weiblich (70,7 %) und 126 männlich (29,3 %). Verglichen mit Studienanfängern des Jahrgangs 2008/2009 der Humanmedizin ist der Frauenanteil somit geringfügig höher als zu Studienbeginn (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz, 2010). Die TeilnehmerInnen waren zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich

► **Tab. 1** Darstellung der Items

	Item	[Kodierung] der Antwortvorgaben	Umkodierung der Antwortmöglichkeiten
Geschlecht		[0] weiblich [1] männlich	
Elternstatus	Leben ein oder mehrere Kinder (dauerhaft oder überwiegend) in Ihrem Haushalt?	[0] nein [1] Ja Geburtsjahre	
Unterbrechung Weiterbildung	Jahr Unterbrechung FA	[-8] trifft nicht zu	
Befristung	Mein Arbeitsvertrag während der fachärztlichen Weiterbildung...	[1] galt/ gilt unbefristet [2] galt/ gilt für die gesamte Zeit der Weiterbildung [3] galt/ gilt nicht für die gesamte Zeit der Weiterbildung, sondern	[1]-[2] = [0] [3] = [1]
Aufteilung Kinderbetreuung	Wie ist die Betreuung des Kindes / der Kinder zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin aufgeteilt?	[-8] trifft nicht zu [1] ich mache alles allein [2] 2 [3] gleich aufgeteilt [4] 4 [5] mein/e Partner/in macht alles allein	[1] = [0] [2], [3], [4] = [1] [5] = [2]
Darstellung der Items von WFC und FWC			
<b>Skala Work-Family Conflict</b>			<b>Item</b>
Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privatleben			WFC 1
Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten im Privatleben nachzukommen			WFC 2
Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen			WFC 3
Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten Verpflichtungen nachzukommen			WFC 4
Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private Aktivitäten ändern			WFC 5
<b>Skala Family-Work Conflict</b>			<b>Item</b>
Die Anforderungen meines Privatlebens stören meine beruflichen Aktivitäten			FWC 1
Der Zeitaufwand meines Privatlebens macht es schwierig für mich, meinen beruflichen Pflichten nachzukommen			FWC 2
Dinge, die ich bei der Arbeit erledigen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meines Privatlebens liegen			FWC 3
Mein Privatleben wirkt sich störend auf die Anforderungen meines Arbeitslebens aus			FWC 4
Stress aus meinem Privatleben beeinträchtigt meine Fähigkeit, arbeitsbezogene Pflichten zu erledigen			FWC 5

33,11 Jahre alt, wobei Frauen im Mittel 33,8 Jahre und Männer 34,5 Jahre alt waren. Drei Viertel der TeilnehmerInnen (N = 324) teilten zu T6 den Haushalt mit ihrem Partner (SD = 0,49). 48 % der TeilnehmerInnen hatten zum Messzeitpunkt Kinder, die im Haushalt lebten. Von den Frauen hatten 142 Kinder, was einem prozentualen Anteil von 47,2 % entspricht, von den Männern hatten mit 63 die Hälfte (50,7 %) der Teilnehmer Kinder. Drei Personen wurden wegen fehlender Geschlechtsangaben aus der Auswertung genommen, drei weitere wegen fehlender Angaben zum Elternstatus. Der bereinigte Datensatz zu T6 umfasst demnach 427 Personen.

Von 301 Ärztinnen unterbrachen 49 ihre Weiterbildung, davon 41 mit Kind. Da die Stichprobengröße der Gruppe der Ärztinnen ohne Kind und Unterbrechung der Weiterbildung mit N = 8 zu klein für eine Normalverteilungsannahme ist, kam statt einem t-Test für unabhängige Stichproben der Mann-Whitney U Test zur Anwendung. Die Testung ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ( $z = -5,58$ ,  $p < 0,001$ ). 5,8 % der Ärztinnen ohne Kind unterbrachen die Weiterbildung, von den Ärztinnen mit Kind waren es 28,9 %.

Von 126 Ärzten unterbrachen nur 2 Ärzte ihre Weiterbildung, davon einer mit und einer ohne Kind. Damit unterbrachen 1,61 % der Ärzte ohne Kind die Weiterbildung, von den Ärzten mit Kind waren es 1,56 %.

## Untersuchung des Unterschieds von Ärzten und Ärztinnen mit und ohne Kind im Belastungserleben

Es konnte ein signifikanter Unterschied für die WFC Skala zwischen Ärztinnen mit (N = 101) und ohne Kind (N = 150) berechnet werden,  $t(249) = 2,802$ ,  $p = 0,0025$ . Die Effektstärke nach Cohen liegt bei  $d = 0,357$  und entspricht somit einem kleinen bis mittleren Effekt. Ärztinnen ohne Kind (M = 3,45, SD = 0,87) hatten einen signifikant höheren WFC Wert als Ärztinnen mit Kind (M = 3,13, SD = 0,92). Wie ► **Tab. 2** zeigt, konnte für vier der WFC Items ein signifikantes Ergebnis errechnet werden. Lediglich WFC 4 („Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten Verpflichtungen nachzukommen“) war mit  $t(249) = 1,168$ ,  $p = 0,122$  nicht signifikant.

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied für die WFC Skala zwischen Ärzten mit (N = 60) und ohne Kind (N = 61),  $t(119) = -0,711$ ,  $p = 0,478$ .

251 Ärztinnen haben Angaben zur FWC Skala gemacht, davon 150 ohne Kind (M = 1,53, SD = 0,48) und 101 mit Kind (M = 2,1, SD = 0,73). Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Ärztinnen mit und ohne Kind errechnet werden,  $t(157,6) = -6,813$ ,  $p < 0,001$ . Ärztinnen mit Kind hatten demnach signifikant höhere

► **Tab. 2** T-Werte, Signifikanzen und Konfidenzintervalle der einzelnen Work-Family Conflict Items für Ärztinnen ohne, im Vergleich zu Ärztinnen mit Kind

	T	Signifikanz	95 %- Konfidenzintervall
WFC 1	3,51	$p < 0,001$ * * *	0,192–0,684
WFC 2	2,16	$p = 0,016$ *	0,025–0,550
WFC 3	2,61	$p = 0,005$ * *	0,13–0,083
WFC 4	1,17	$p = 0,122$	0,137–(-0,11)
WFC 5	2,77	$p = 0,003$ * *	0,134–0,107

Werte auf der FWC Skala als Ärztinnen ohne Kind. Die Effektstärke nach Cohen liegt bei  $d = 0,93$  und entspricht somit einem großen Effekt.

121 Ärzte haben Angaben zur FWC Skala gemacht, davon 60 ohne Kind (M = 1,65, SD = 0,60) und 61 mit Kind (M = 2,07, SD = 0,745). Es zeigte sich wie bei den Ärztinnen ein signifikanter Unterschied zwischen Ärzten mit und ohne Kind,  $t(119) = -3,388$ ,  $p < 0,001$ . Ärzte mit Kind hatten demnach ebenfalls signifikant höhere Werte auf der FWC Skala als Ärzte ohne Kind. Die Effektstärke nach Cohen liegt bei  $d = 0,62$  und entspricht somit nur einem mittleren Effekt.

## Untersuchung der Befristung auf Work-Family Conflict kontrolliert für den Elternstatus

Die zweifaktorielle ANOVA ohne Messwiederholung ergab für Ärztinnen einen signifikanten Haupteffekt des Faktors „Kind“,  $F(1) = 10,39$ ,  $p = 0,001$ ,  $\eta^2 p = 0,042$ . Der Haupteffekt des Faktors „Befristung“ war nicht signifikant,  $F(2) = 2,14$ ,  $p = 0,12$ ,  $\eta^2 p = 0,018$ . Der Interaktionseffekt wurde ebenfalls nicht signifikant,  $F(2) = 1,45$ ,  $p = 0,238$ ,  $\eta^2 p = 0,012$ . Tests für einfache Haupteffekte (MQS innerhalb = 185,66;  $\alpha = 0,025$ ) ergaben bei „galt/ gilt unbefristet“ einen signifikanten Unterschied zwischen der Bedingung „Kind“ (M = 2,72) und „kein Kind“ (M = 3,36). Auch bei „galt/ gilt nicht für die gesamte Zeit der Weiterbildung“ wurde ein signifikanter Unterschied zwischen der Bedingung „Kind“ (M = 3,13) und „kein Kind“ (M = 3,54) gefunden. In beiden Fällen waren die WFC Werte bei Ärztinnen ohne Kind höher als bei Ärztinnen mit Kind. Der einfache Haupteffekt von „galt/ gilt für die gesamte Zeit der Weiterbildung“ und der Bedingung „Kind“ (M = 3,28) und „kein Kind“ (M = 3,41) wurde hingegen nicht signifikant. In ► **Tab. 3** finden sich die entsprechenden Ergebnisse.

Die zweifaktorielle ANOVA ohne Messwiederholung ergab für Ärzte im Vergleich zu den Ärztinnen keinen signifikanten Haupteffekt des Faktors „Kind“,  $F(1) = 1,67$ ,  $p = 0,198$ . Der Haupteffekt des Faktors „Befristung“ war ebenfalls nicht signifikant,  $F(2) = 0,463$ ,  $p = 0,631$ . Der Interaktionseffekt wurde ebenfalls nicht signifikant,  $F(2) = 0,56$ ,  $p = 0,573$ .

## Untersuchung der Relevanz von Unterstützung durch den Partner bei der Kinderbetreuung

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (Geschlecht, Aufteilung Kinderbetreuung) gefunden werden,  $F = 1,040$ ,  $p = 0,406$

Der höchste Mittelwert für die FWC Skala fand sich bei Ärzten mit gleicher Verteilung der Kinderbetreuung (M 2,48 SD 0,68). Der niedrigste Mittelwert fand sich bei Ärzten, wo die Kinder überwiegend allein durch die Partnerin betreut wurden (M 1,57, SD 0,43). Es gab keine Ärzte, die allein für die Kinderbetreuung verantwortlich waren. Im Vergleich dazu wiesen Ärztinnen die höchsten Werte für die FWC Skala auf (M = 2,15, SD = 0,89) wenn sie allein für die Kinderbetreuung sorgen mussten. Den niedrigsten Wert wiesen Ärztinnen ebenfalls auf, wenn der Partner überwiegend allein für die Kinderbetreuung verantwortlich war (M 1,75, SD 0,61). Auch bei einzeln betrachteten FWC Items ergab sich kein signifikanter Unterschied, Mittelwerte und Standardabweichungen sind in ► **Tab. 4** ersichtlich.

► **Tab. 3** Ergebnisse der Simple-Effects Analysis für Ärztinnen.

Abhängige Variable: WFC							
Mein Arbeitsvertrag während der fachärztlichen Weiterbildung...		QS	df	MQS	F	p	$\eta^2_p$
galt/gilt unbefristet	Kontrast	4,750	1	4,750	6,063	0,015	0,025
	Fehler	185,662	237	0,783			
galt/gilt für die gesamte Zeit der WB	Kontrast	0,486	1	0,486	0,620	0,432	0,003
	Fehler	185,662	237	0,783			
galt/gilt nicht für die gesamte Zeit der WB sondern	Kontrast	3,435	1	3,435	4,385	0,037	0,018
	Fehler	185,662	237	0,783			

► **Tab. 4** Mittelwerte und Standardabweichungen von Ärztinnen und Ärzten mit Kind nach Verteilung der Kinderbetreuung für die FWC-Skala und Einzelitems (FWC1–FWC5).

Kinderbetreuung	„allein“		„gleich“		„Partner/-in“	
	Ärztinnen	Ärzte	Ärztinnen	Ärzte	Ärztinnen	Ärzte
<b>N</b>	<b>n = 41</b>	<b>n = 0</b>	<b>n = 31</b>	<b>n = 7</b>	<b>n = 14</b>	<b>n = 54</b>
<b>FWC Skala M (SD)</b>	2,15 (0,89)	–	2,11 (0,77)	2,48 (0,68)	1,75 (0,61)	1,57 (0,43)
<b>FWC 1 M (SD)</b> Die Anforderungen meines Privatlebens stören meine beruflichen Aktivitäten	2,42 (1,22)	–	2,35 (0,98)	3,14 (0,69)	1,75 (0,77)	1,94 (0,81)
<b>FWC 2 M (SD)</b> Der Zeitaufwand meines Privatlebens macht es schwierig für mich, meinen beruflichen Pflichten nachzukommen	2,25 (1,06)	–	2,10 (0,83)	2,71 (1,11)	1,79 (0,80)	1,63 (1,0)
<b>FWC 3 M (SD)</b> Dinge, die ich bei der Arbeit erledigen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meines Privatlebens liegen	1,97 (1,0)	–	2,06 (0,96)	2,43 (1,27)	1,58 (0,74)	1,39 (0,82)
<b>FWC 4 M (SD)</b> Mein Privatleben wirkt sich störend auf die Anforderungen meines Arbeitslebens aus	2,39 (1,07)	–	2,16 (1,12)	2,00 (0,82)	2,00 (0,80)	1,56 (1,02)
<b>FWC 5 M (SD)</b> Stress aus meinem Privatleben beeinträchtigt meine Fähigkeit, arbeitsbezogene Pflichten zu erledigen	1,73 (0,76)	–	1,90 (0,79)	2,14 (1,06)	1,66 (0,71)	1,33 (0,83)

## Diskussion

Untersucht wurde die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie bei Ärztinnen und Ärzten mit Kind am Ende der fachärztlichen Weiterbildung. In diesem Zusammenhang wurden der Einfluss des Elternstatus auf Karriereentwicklung und Belastungswahrnehmung, sowie Gründe für Unterschiede im Belastungserleben unter Berücksichtigung der Unterstützung durch den Partner/-in sowie dem Vorliegen einer Befristung der Arbeitsstelle ausgewertet. Neben dem Effekt von Elternstatus auf den Family-Work Conflict sowohl für Ärztinnen als auch Ärzte konnte gezeigt werden, dass eine Familiengründung erhöhte Unterbrechungsraten lediglich bei Ärztinnen in der fachärztlichen Weiterbildung zur Folge hat. Eine befristete Anstellung hat hingegen keine Auswirkungen auf den Work-Family Conflict weder für Ärztinnen noch für Ärzte. Des Weiteren zeigte die Auswertung keinen Unterschied im Family-Work Conflict, unabhängig von der Verteilung der Aufgaben in der Kinderbetreuung zwischen Ärztinnen/Ärzten und ihren Partnern/-rinnen.

Die festgestellte Unterbrechungsrate bei Ärztinnen mit Kind ist fünfmal höher als bei Ärztinnen ohne Kind und achtzehnmal höher

als bei Ärzten mit Kind. Dieser massive Einfluss von Mutterschaft auf die Karriereentwicklung sollte nicht unterschätzt werden. Unklar ist, ob die Unterbrechung wegen der Schwangerschaft, der Elternzeit oder aus anderen Gründen genommen wurde. Ziegler et al. haben bereits festgestellt, dass Ärztinnen mit Kind vermehrt davon ausgingen, ihre Weiterbildung nicht in der Minimalzeit absolvieren zu können [12]. Als Gründe wurden hier neben einer Teilzeittätigkeit auch die Belastung durch Kinder genannt. Aebi et al. fanden heraus, dass inadäquate Rahmenbedingungen in den Kliniken oftmals eine unfreiwillig verlängerte Berufspause bei Ärztinnen mit Kind zur Folge hat [14].

Die Auswertung der vorliegenden Studie hat ergeben, dass der Work-Family Conflict, anders als angenommen, bei Ärztinnen ohne Kind signifikant höher ist als bei Ärztinnen mit Kind. Dies ist insofern überraschend, als dass bisherige Studienergebnisse eine hypothesenkonforme Annahme unterstützten. So haben bspw. Jerg-Bretzke et al. bei einer Untersuchung einen höheren Work-Family Conflict bei ÄrztInnen gefunden, wenn diese einen Elternstatus hatten [15]. Eine mögliche Erklärung wäre, dass der erhöhte WFC bei

den Ärztinnen ohne Kind durch eine höhere Stundenarbeitszahl zustande kommt. Auswertungen von Gensch und Waltenberger aus dem Jahre 2006 legen zudem nahe, dass Ärztinnen ohne Kind die Karriere wichtiger ist als Ärztinnen mit Kind [7]. Möglicherweise führt das Karrierestreben zu einer erhöhten Arbeitsbelastung, die sich wiederum negativ auf das Familien- oder Privatleben auswirkt. Einen weiteren Erklärungsansatz für das gefundene Ergebnis bieten vorherige Ergebnisse der KarMed Studie. Ärztinnen mit Kind hatten demzufolge nach vierjähriger Weiterbildung eine signifikant höhere allgemeine Lebenszufriedenheit als Ärztinnen ohne Kind und Ärzte im Allgemeinen [16]. Zudem konnte gezeigt werden, dass Ärztinnen mit einer niedrigen Berufsverlaufszufriedenheit eher Kinder bekommen [17]. Bereits 2009 fanden Gröpel und Kuhl zudem einen positiven Zusammenhang von Work-Life-Balance und subjektiver Zufriedenheit, wobei der Effekt bei Frauen sogar noch größer ausfiel als bei Männern [18]. Es wäre also möglich, dass die bei den Ärztinnen mit Kind vorhandene erhöhte allgemeine Lebenszufriedenheit Einfluss auf den Work-Family Conflict nimmt, was einen niedrigeren WFC Wert für diese Gruppe erklären könnte. Die Untersuchung des Verlaufs der Ausprägung des Work-Family Conflicts über die Zeit hinweg ergab einen Zusammenhang mit erhöhten Burnout-Werten [19]. Eine Studie von Flaig im Jahr 2014 zeigte, dass es bei Ärztinnen und Ärzten dann zu verringerten Werten auf der WFC Skala kam, wenn aufgrund des Alters der Kinder keine Betreuung mehr nötig war [9]. In der vorliegenden Studie liegt kein signifikanter Unterschied auf der Work-Family Conflict Skala für Ärzte vor.

Die Art der Befristung zeigt keinen signifikanten Effekt auf den Work-Family Conflict weder für Ärztinnen noch für Ärzte. Da sich die Ärztinnen und Ärzte alle am Ende ihrer Weiterbildung befanden und damit anzunehmen ist, das selbige in den meisten Fällen im Befristungszeitraum abgeschlossen wird, ist dies eine mögliche Erklärung für die fehlende Signifikanz. Zu einem früheren Erhebungszeitraum wären die WFC Werte möglicherweise anders ausgefallen, weil die Arbeitsplatzunsicherheit Auswirkungen vom Arbeits- auf das Familienleben haben könnte.

Die Ausprägung bezüglich des Family-Work Conflicts unterscheidet sich zwischen Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Kind enorm. Ärztinnen und Ärzte mit Kind erreichen deutlich höhere Werte auf der Skala. Die Verteilung der Kinderbetreuung zwischen Ärztinnen/Ärzten und ihren Partnern/-rinnen führt zu keinen signifikanten Unterschieden auf der FWC Skala. Andere Aspekte scheinen demnach eine Rolle für die Auswirkungen vom Familien- auf das Arbeitsleben zu spielen. Mögliche Faktoren sind die Zufriedenheit mit der Aufteilung der Kinderbetreuung und die generelle Zufriedenheit mit Partnerschaft und Familienleben.

Stärken der Studie sind die Multizentrität und die Größe der Stichprobe. Aufgrund der hohen Teilnehmerzahl von Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen Teilen Deutschlands und der repräsentativen Geschlechterverteilung ist diese Studie von großer Relevanz für die fachärztliche Weiterbildung. Über die Studienaussteiger ist lediglich bekannt, dass sie dem Altersschnitt und der Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer entsprechen [12]. Limitationen der Studie bestehen darin, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass das Ausscheiden aus der Studie anhand systematischer Merkmale erfolgte. Dies könnte Verzerrungen der Ergebnisse zur Folge haben. Denkbar wäre bspw., dass Unterbrechungen

systematisch unterschätzt werden, da betroffene Ärztinnen und Ärzte in diesem Zeitraum unter Umständen ein geringeres Interesse haben, weiterhin an der Studie teilzunehmen. Eine weitere Einschränkung ist die in dieser Auswertung vorgenommene Querschnittlichkeit. Dadurch ist nicht auszuschließen, dass die gefundenen Ergebnisse zu einem anderen Erhebungszeitpunkt als am Ende der Weiterbildung möglicherweise anders ausgefallen wären. Aus genannten Gründen sind die Ergebnisse nur eingeschränkt auf die Grundgesamtheit der Ärztinnen und Ärzte in fachärztlicher Weiterbildung übertragbar.

Die Auswertungen der KarMed Studie zeigen, dass weiterhin Nachbesserungsbedarf besteht, damit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärztinnen gewährleistet werden kann. So konnte bezüglich der Häufigkeit der Unterbrechungen der Weiterbildung zwischen Ärztinnen mit Kind und Ärzten mit Kind sowie Ärztinnen ohne Kind ein deutlicher Unterschied offengelegt werden. Die Gründe für eine Verlängerung der Weiterbildungsdauer scheinen u. a. Ausdruck veränderter professioneller Leitbilder oder individueller Karrierepläne zu sein. Über die Weiterbildung hinaus wäre eine verstärkte professionelle Beobachtung und Reflexion des sich wandelnden Berufsfeldes unter Berücksichtigung der Präferenzen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte dringend zu empfehlen. Der zunehmende Ärztemangel sollte zu einem schnellen Umdenken und Handeln bewegen, da eine bessere Vereinbarung von Familien- und Arbeitsleben zu mehr Personal und damit letztlich zu einer verbesserten Versorgungssituation führen würde, bspw., indem zukünftig verstärkt Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich sowie Teilzeitweiterbildungsmöglichkeiten im stationären Setting angeboten werden. Der sich darstellende Kluft zwischen Vollzeit-Weiterbildungsstellen und Teilzeit-Wünschen (als Ausdruck neuer professioneller Leitbilder) könnte so in Zukunft begegnet werden.

## Interessenkonflikt

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

## Literatur

- [1] Kaduszkiewicz H, Teichert U, van den Bussche H. Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Rolle von Aus- und Weiterbildung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2018; 61: 187–194
- [2] Kopetsch T. Die ärztliche Profession in Deutschland. Journal of Public Health 2004; 12: 304–320
- [3] Wissenschaftskonferenz G. Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004, vol. Band 17. Bonn: Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK); 2010
- [4] Heinz AJ, R. Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2012; 55: 245–253
- [5] Richter-Kuhlmann E. Berufsperspektiven: Ja zum Arztberuf, Nein zu deutschen Verhältnissen. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 1881/ B 1661/ C 1597

- [6] Gensch KB, JüÄAadäVRVDÄ-V, Köln, 127–136. Berufentscheidungen junger Ärztinnen und Ärzte: Auswirkungen auf das ärztliche Versorgungsangebot. Report Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2010
- [7] Gensch K, Waltenberger M. Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an Ärztinnen. München: Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung; 2006
- [8] Oberlander WDbSjÄuÄIFWSH, Report Versorgungsforschung. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen (Bd. 2, S. 117–125). Köln: Dt. ÄrzteVerl.: Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In F. W. Schwartz (In: Report Versorgungsforschung Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen. edn. Edited by Schwartz FW. Köln: Dt. ÄrzteVerl; 2010
- [9] Flaig T. Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Fakultät. Ulm: Universität Ulm; 2014
- [10] Häusler NBM, Hämmig O. Effort-reward Imbalance, Work-privacy Conflict, and Burnout Among Hospital Employees. *J Occup Environ Med* 2018; 60: e183–e187
- [11] Nitzsche A, Driller E, Kowalski C, Ansmann L, Pfaff H. Der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben und sein Zusammenhang mit Burnout – Ergebnisse einer Studie bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 75 (5), 301–306: Der Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben und sein Zusammenhang mit Burnout – Ergebnisse einer Studie bei Ärztinnen und Ärzten in nordrhein-westfälischen Brustzentren. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 301–306
- [12] Ziegler S, Krause-Solberg L, Scherer M, H vdB. Working hour preferences of female and male residents: Developments over 4 years of postgraduate medical training in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 1115–1123
- [13] Netemeyer RG BJ, McMurrian R. Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *J Appl Psychol* 1996; 81: 400–410
- [14] Aebi C, Kühni R, Suri P, Schellinger J. Teilzeitarbeit auf mittlerer Kaderstufe – eine spezielle Herausforderung im Krankenhaus. In *Strategische Organisation*. edn.. Edited by K. O. Tokarski JSPB. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018
- [15] Jerg-Bretzke L, Krüsmann P, Traue H, Limbrecht-Ecklundt K. „Was ihr wollt“, Ergebnisse einer empirischen Bedarfsanalyse zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Ärztinnen und Ärzten. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 20–26
- [16] Römer R, Ziegler S, Scherer M, van den Bussche H. Die Berufsverlaufszufriedenheit von Assistenzärzten und -ärztinnen nach vierjähriger Weiterbildung *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 2017; 120: 47–53
- [17] Pawlik JLG, Selch S, Nehls S, Meyer J, Boczor S, Scherer M, van den Bussche H, Kocalevent RD. Longitudinale Untersuchung der Berufsverlaufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten in der Facharztweiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 2019; 147: 103–109
- [18] Gröpel PK, J. Work-life balance and subjective well-being: The mediating role of need fulfilment. *British Journal of Psychology* 2009; 100: 365–375
- [19] Kocalevent R, Pinnschmidt H, Selch S, Nehls S, Meyer J, Boczor S, Scherer M, van den Bussche H. Burnout is associated with work-family conflict and gratification crisis among German resident physicians. *BMC Med Educ* 2020; under review