

Evaluation of the occupational and advanced professional training conditions in the field of anaesthesiology in Germany

D. Bitzinger¹ · M. Raspe² · K. Schulte³ · J. Larmann⁴

aus dem Wissenschaftlichen Arbeitskreis Wissenschaftlicher Nachwuchs und der Jungen Anästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie dem youngBDA des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

- 1 Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Regensburg (Direktor: Prof. Dr. B. M. Graf, M.Sc.)
- 2 Medizinische Klinik m. S. Infektiologie und Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin (Direktor: Prof. Dr. N. Suttorp)
- 3 Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Kiel (Direktor: Prof. Dr. U. Kunzendorf)
- 4 Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. M. Weigand)

Danksagung: Die Autoren danken dem Präsidium der Deutschen Akademie für Anästhesiologische Fortbildung (DAAF) für die Bereitstellung von 15 Fortbildungskursen (DAAF-Repetitorien), die unter den Umfrageteilnehmern verlost wurden.

Die Autoren danken den Präsidien und der Geschäftsstelle von DGAI und BDA für die Unterstützung bei der Umsetzung dieser Umfrage.

Wir danken Herrn Dr. Andreas Heilgeist für seine Unterstützung bei der Erstellung des Fragebogens.

Wir danken allen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, die an dieser Umfrage teilgenommen haben.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

* **Hinweis:** Es sind ausdrücklich beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

Schlüsselwörter

Weiterbildung – Arbeitsbedingungen – Arbeitsverdichtung – Ökonomisierung – Gratifikationskrise – Evaluation

Keywords

Postgraduate Medical Education – Working Conditions – Work Strain – Economical Pressure – Effort-reward Imbalance – Evaluation

Zusammenfassung

Hintergrund: Der demographische Wandel, die fortschreitende Ökonomisierung in den deutschen Kliniken und zahlreiche weitere Veränderungen haben die ärztlichen Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen in den letzten Jahren nachhaltig beeinflusst und bei Ärzten in Weiterbildung (ÄiWB) zu Unzufriedenheit sowie Systemkritik geführt. Bislang existieren jedoch kaum Daten, die diese Kritik quantitativ erfassen und im nationalen bzw. fachspezifischen Kontext der Anästhesiologie beschreiben.

Methodik: Der Wissenschaftliche Arbeitskreis Wissenschaftlicher Nachwuchs (WAKWiN) und die Junge Anästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) sowie der youngBDA des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) haben eine onlinebasierte Befragung aller dort organisierten ÄiWB vorgenommen. Der Fragebogen deckt fünf wesentliche Konfliktfelder anästhesiologischer Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen ab. Zusätzlich wurde das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ zur Beurteilung psychosozialer Arbeitsbelastung eingesetzt.

Ergebnisse: An der Befragung haben 895 ÄiWB teilgenommen. Im stark verdichteten Arbeitsalltag kommen den Umfrageteilnehmern Fort- und Weiterbildung sowie familien- und forschungsfreundliche Arbeitsbedingungen zu kurz. Der Einfluss ökonomischer Erwägungen ist deutlich spürbar. 79% der befragten ÄiWB geben an, dass

Evaluation der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen im Fachgebiet Anästhesiologie in Deutschland*

Ergebnisse einer bundesweiten Befragung

ihre ärztliche Weiterbildung unter der fortschreitenden Ökonomisierung (z.B. durch kurze Überleitungszeiten) leidet. Die psychosoziale Arbeitsbelastung der befragten Ärzte wird als sehr hoch empfunden. Ein Teil der Ärzte zieht hieraus persönliche Konsequenzen (z.B. Arbeitsplatzwechsel, Abwanderung in andere Berufsfelder).

Schlussfolgerung: Anpassungen der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen im Fachgebiet der Anästhesiologie erscheinen auf Grundlage der erhobenen Daten erforderlich, um die Gesundheit der betroffenen ÄiWB, die Qualität der Patientenversorgung und die Attraktivität des Fachgebietes für die Zukunft sicherzustellen.

Summary

Background: The demographic change, the progressing economisation in German hospitals and numerous other changes have sustainably influenced the conditions of the physicians' occupational and advanced professional training in recent years and created dissatisfaction as among resident physicians well as criticism of the system. As yet, however, hardly any data exist that captures this criticism quantitatively or describes it in a national or anaesthesiological context.

Methods: The Young Scientists Working Group (WAKWiN) and „Young Anaesthesiology“ of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI) as well as the „Young BDA“ of the Professional Association of German Anaesthetists (BDA) conducted

an online-based survey of all resident physicians who were members of these organisations. The questionnaire covered five essential conflict fields of anaesthesiological work and advanced professional training conditions. In addition, the "Occupational Gratification Crisis Model" was applied to assess the psychosocial work stress.

Results: A total of 895 resident physicians took part in the survey. According to the survey participants, advanced professional training and qualifications, family and research friendly work conditions came off badly under conditions of a highly intensified daily work routine. The influence of economic considerations is definitely perceptible. 79 percent of all resident physicians reported that their further qualification in the field of medicine would suffer from the progressive economisation (e.g. short transition periods). The psychosocial work stress of the physicians questioned was felt to be very high. One fraction of physicians drew personal consequences (e.g. job change, moving into other professions).

Conclusions: Based on the data collected, adjustments of occupational and further professional training conditions in the specialised field of anaesthesiology appear to be necessary in order to assure the health of the resident physicians affected, the quality of patient health care provisions and the attractiveness of the specialist medical area in the future.

Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einem stetigen Wandel [1]. Einige Entwicklungen haben dabei die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen junger Ärzte über die letzten Jahrzehnte besonders geprägt: Die Altersentwicklung der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt in anästhesiologischen wie chirurgischen Techniken bedingen mehr Eingriffe an älteren Patienten mit gesteigerter Co- oder Multimorbidität [2,3]. Die Implementierung des DRG-Systems hat vor allem in den Kliniken zu einer mitunter deutlich spürbaren Leistungsverdichtung und Ökonomisierung geführt, welche insbesondere

im Fachgebiet der Anästhesiologie mit Prozessoptimierung und Personalverknappung einherging [4]. Die Fallzahlen sind zur Erlösoptimierung der Kliniken gestiegen und die durchschnittlichen Krankenhausverweildauern sowie Anzahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten insgesamt deutlich gesunken [5]. Die Folge ist eine Arbeitsverdichtung für alle Mitarbeiter im Bereich der stationären Patientenversorgung. Als Triebfedern von Ökonomisierung, Rationalisierung und Kommerzialisierung sind dabei der Versuch einer notwendigen Kostenkontrolle, aber auch ein „intrinsisches Interesse“ bei steigendem Anteil privater Krankenhausträger/Dienstleister im deutschen Gesundheitssystem [5,6] zu nennen.

Die ärztliche Weiterbildung ist ressourcen- und personalintensiv, weil sie mit erhöhtem Materialverbrauch einhergeht und durch langsamere Arbeitsprozesse sowie fach- oder oberärztliche Supervision gekennzeichnet ist [7]. Im Zuge der fortschreitenden Ökonomisierung wurde die ärztliche Weiterbildung als erheblicher Kostenfaktor identifiziert, da sie im derzeitigen Vergütungssystem finanziell nicht hinreichend abgebildet ist [3,8], und sie droht somit mehr und mehr zum Nebenprodukt der eigentlichen ärztlichen Berufsausübung zu werden.

Diese Realität ärztlicher Weiterbildungsbedingungen ist bereits Gegenstand verschiedener Untersuchungen gewesen [9,10]. Nicht zuletzt die Bundesärztekammer hat eine flächendeckende Evaluation der Weiterbildungsbedingungen durchgeführt, die Unzufriedenheit und Verbesserungsbedarf bei der ärztlichen Weiterbildung belegt [11,12]. Dabei sind aber nicht alle Facetten ärztlichen Arbeitens gleichermaßen gut analysiert. Insbesondere der in den letzten Jahren auch für Ärzte in Weiterbildung (ÄiWB) immer spürbarer werdende ökonomische Druck auf Organisation und Entscheidungen in der stationären Patientenversorgung bedarf weiterer Untersuchungen. Weiterhin sind diese Umfragen in vielen Bereichen sehr allgemein gehalten und berücksichtigen oft nicht die Unterschiede zwischen einzelnen Fachgebieten. Erst eine detaillierte und spezifische Analyse der Arbeitssituation

und der gelebten Praxis in der Weiterbildung einzelner Fachgebiete ermöglicht die Identifikation potenzieller Missstände und lässt erkennen, in welchen Bereichen ein Verbesserungspotenzial besteht. Eine fachspezifische Analyse der Weiterbildungsbedingungen wurde von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGA) zuletzt 2006 bis 2011 durchgeführt [13].

Einen weiteren Schwerpunkt legt die vorliegende Befragung auf die Evaluation der psychosozialen Arbeitsbelastung von ÄiWB in der Anästhesiologie, entsprechend einer kürzlich durchgeführten Befragung von internistischen ÄiWB [14]. Nach dem „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ [15,16] besteht unter optimalen Bedingungen in einem Arbeitsverhältnis ein Gleichgewicht (soziale Reziprozität) zwischen Verausgabungs- (Einsatz für den Beruf) und Belohnungsfaktoren (beispielsweise Geld, Wertschätzung, Aufstiegschancen). Ist dieses Verhältnis in Richtung Verausgabungsfaktoren verschoben, droht eine sogenannte Gratifikationskrise. Erweitert wird dieses Modell um eine intrinsische Komponente der übersteigerten beruflichen Verausgabungsneigung (unrealistische Einschätzung von Anforderungen und Belohnung im Beruf), die eine Gratifikationskrise verstärken und unterhalten kann. Eine hohe (psychosoziale) Arbeitsbelastung von ÄiWB kann dabei direkte gesundheitspolitische Auswirkungen haben. Zu bedenken sind mögliche negative Folgen für die Gesundheit der betroffenen ÄiWB [17-19], ein möglicher negativer Einfluss auf die Versorgungsqualität der Patienten [20-22] und eine Zunahme im Ziehen persönlicher Konsequenzen wie beispielsweise Arbeitsplatzwechsel, Abwanderung in andere Berufsfelder oder ins Ausland [23].

Ziel dieser Befragung ist es, mit aktuellen Daten und neuen Aspekten einen kritischen Diskurs über die derzeitigen Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen von ÄiWB in der Anästhesiologie zu fördern und somit zu einer Verbesserung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen im Fachgebiet beizutragen.

Methodik

Pseudonymisierte Befragung und anonymisierte Auswertung

Der Fragebogen umfasst maximal 61 Fragen in ordinal- bzw. nominalskalierter Mehrfachauswahl zu 7 Themenfeldern. Für einige Fragen wurde eine Logik verwendet, die je nach gewählter Antwort auf Folgefragen weiterleitete. Daher haben nicht alle Teilnehmer die gleiche Anzahl an Fragen bearbeitet. Den skalierten Fragen folgte am Ende eine fakultative Frage mit Freitextantwortmöglichkeit.

Die Themenfelder waren im Einzelnen: **1.** Arbeitsbedingungen im Berufsalltag mit 4-6 Fragen, **2.** die ärztliche Fort- und Weiterbildung mit 11-12 Fragen, **3.** Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit 2-3 Fragen, **4.** Einfluss ökonomischer Erwägungen auf ärztliches Handeln mit 3 Fragen, **5.** Vereinbarkeit von klinischem Berufsalltag mit Forschung und Wissenschaft mit 4-6 Fragen und **6.** Basisdaten mit 14-15 Fragen.

Zusätzlich wurde der validierte Fragebogen zum „Modell der beruflichen Gratifikationskrisen“ [14,15] in seiner Kurzfassung mit 16 Items (Subskala Verausgabung mit 3, Belohnung mit 7 und Verausgabungsneigung mit 6 Items; Antworten 4-fach skaliert) verwendet. Dem Konstrukt folgend wurde aus den Subskalen ein Quotient aus „Verausgabung“ (engl. „effort“) zu „Belohnung“ (engl. „reward“) gebildet, um aus dem ermittelten Verhältnis eine quantitative Abschätzung des Ausmaßes beruflicher Gratifikationskrisen zu erhalten (Gratifikationskrisenquotient oder auch ER-Ratio bezeichnet) [17].

Dieser Fragebogen wurde in das Umfrageportal der Geschäftsstelle von DGAI und BDA importiert. Ein Hyperlink zur einmaligen Teilnahme an der Online-Evaluation wurde per E-Mail an alle 4.002 E-Mail-Adressen der in Weiterbildung befindlichen DGAI- und BDA-Mitglieder versendet. Die Befragung war von Anfang Juni bis Ende Juli 2015 geöffnet. Nach vier Wochen wurde ein Erinnerungsschreiben per E-Mail versandt. Mit Betätigen des Links wurde für den jeweiligen Nutzer eine dreistellige Identifikationsnummer (ID) als Pseudo-

nym erstellt, unter der die erhobenen Daten zur späteren Auswertung digital gespeichert wurden. Nach statistischer Auswertung sämtlicher Daten wurde die ID zur vollständigen Anonymisierung des Datensatzes gelöscht. Es wurden nur komplett bearbeitete Fragebögen ausgewertet.

Statistik

Als parametrische Verfahren zur statistischen Hypothesenprüfung wurden zum Vergleich von 2 Gruppen der t-Test für unabhängige Stichproben (mit 95% Konfidenzintervall/KI) oder bei >2 Gruppen eine ANOVA mit Tukey als Post-hoc-Test angewandt. Als nicht-parametrische Pendanten kamen der Mann-Whitney U- (MWU-) Test und der Kruskal-Wallis-Test zum Einsatz. Erwartete und beobachtete Verteilungsmuster wurden durch Kreuztabellen verglichen und durch den Chi-Quadrat-Test auf statistische Signifikanz geprüft. Für sämtliche statistischen Tests wurde eine Wahrscheinlichkeit für den Fehler 1. Ordnung (α) von $p < 0,05$ als signifikant angenommen. Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS Statistics Version 22 (IBM, New York, USA) durchgeführt.

Ergebnisse

Rücklauf und Basisdaten

Im Sommer 2015 lagen der Geschäftsstelle der DGAI und des BDA 4.002 E-Mail-Adressen von Mitgliedern vor, die sich in der anästhesiologischen Weiterbildung befanden. An diese wurde der Link zum Fragebogen in Verbindung mit einer Einladung zur Teilnahme versendet.

895 ÄiWB haben an der Umfrage teilgenommen. Bei 848 komplett bearbeiteten Fragebögen ergibt sich eine Rücklaufquote von 21,2% (848/4.002).

Von den Umfrageteilnehmern sind 55% weiblich; 17% (146/842) der Umfrageteilnehmer arbeiten zum Zeitpunkt der Umfrage in Teilzeit. Eine detaillierte Darstellung der demographischen Details der Evaluationskohorte findet sich in Abbildung 1.

Die drei am häufigsten von den Umfrageteilnehmern angestrebten Zusatzbezeichnungen sind Notfallmedizin mit 44%, Spezielle Intensivmedizin mit 24%

und das Diplomate of the European Society of Anaesthesiology (DESA) mit 12% (7 Auswahlmöglichkeiten; Mehrfachauswahl war möglich; durchschnittlich 1,96 Antworten (1.617/827) pro Teilnehmer; Abb. 2a).

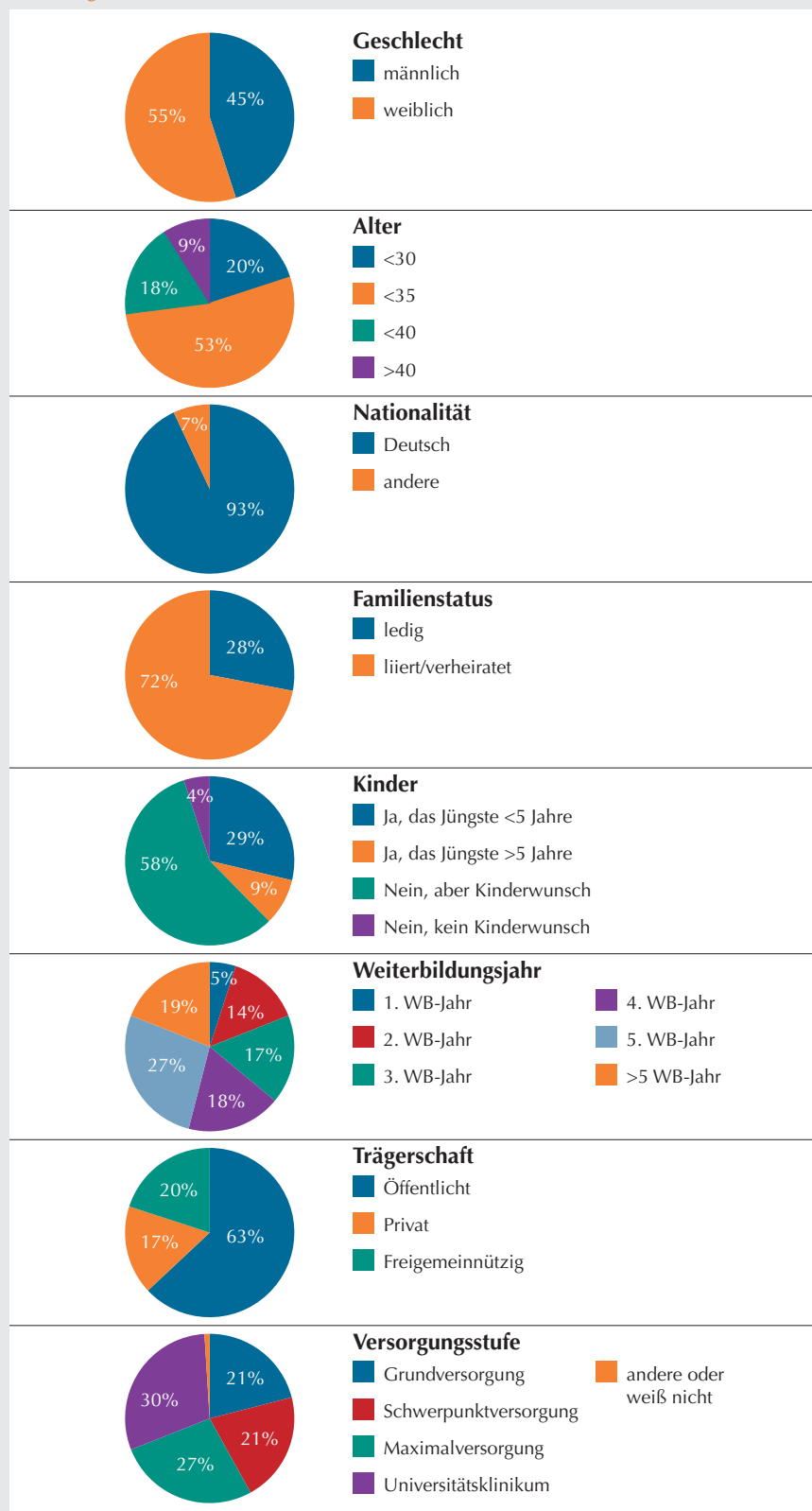
Die Karriereziele von Männern und Frauen unterscheiden sich signifikant ($p < 0,001$, siehe Abb. 2b). Männer streben höhere Karrierestufen (Chef-/Oberarztposition, akademische Laufbahn) an als Frauen, die vergleichsweise häufiger eine spätere Niederlassung in Betracht ziehen. Sowohl Männer als auch Frauen ohne Kinder streben signifikant häufiger eine höhere Karrierestufe (Oberarztstelle, akademische Laufbahn) an ($p < 0,011$).

Arbeitsbedingungen im Berufsalltag

Die globale Zufriedenheit mit der augenblicklichen beruflichen Situation entsprach auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) einem Median von 4 und war unabhängig von Geschlecht ($p = 0,75$) und aktueller Rotation ($p = 0,14$) der ÄiWB sowie Versorgungsart ($p = 0,53$) oder Trägerschaft ($p = 0,82$) der Arbeitgeber-Einrichtung.

Sehr unzufrieden/eher unzufrieden waren 202 (23,8%) Teilnehmer. Die 3 häufigsten Gründe (von 14) für die angegebene Unzufriedenheit waren hoher Zeitdruck während der Arbeit mit 15%, der merkliche/fühlbare Einfluss ökonomischer Faktoren auf fachlich-medizinische Entscheidungen mit 13% und die unregelmäßigen Arbeitszeiten mit Schicht-/Wochenenddiensten mit 12% (Mehrfachauswahl möglich; durchschnittlich 3 Antworten pro Teilnehmer). Die Befragten gaben an, dass sich ihre Tätigkeit wie folgt auf unterschiedliche Tätigkeitsbereiche verteilt: Durchschnittlich entfallen $60 \pm 19\%$ der Arbeitszeit auf Tätigkeiten am und mit dem Patienten. Hierzu gehören z.B. Narkoseeinleitung und -aufrechterhaltung. Der Wert liegt für den Bereich Anästhesiologie mit $66 \pm 16\%$ höher als für die Intensivmedizin mit $43 \pm 17\%$. Der Anteil patientenbezogener Tätigkeiten wie Dokumentation von Protokollen und Verlaufsberichten liegt bei durchschnittlich $26 \pm 13\%$. Durchschnittlich $14 \pm 11\%$ entfallen auf nicht originär ärztliche Tätigkeiten wie Diagnosen kodieren oder Untersu-

Abbildung 1



Demographische und strukturelle Details der Evaluationskohorte.

chungen anmelden. Diese Tätigkeiten nehmen in der Anästhesiologie einen geringeren Umfang ein ($11 \pm 8\%$) als in der Intensivmedizin ($22 \pm 12\%$).

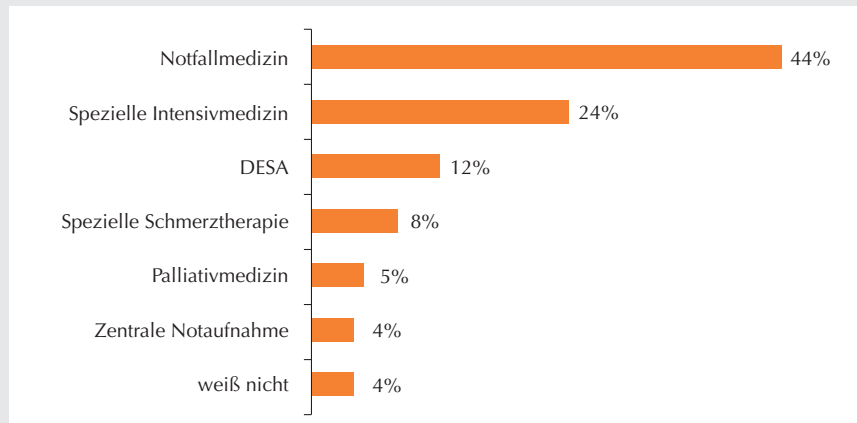
Die Qualität der Patientenversorgung sehen 93% (791/848) der Befragten durch die vielschichtigen Veränderungen im ärztlichen Arbeitsumfeld über die letzten Jahre gefährdet (93% entspricht der Summe der Unterkategorien „Ja, eher schon“ (370/848) und „Ja, sehr deutlich“ (421/848)). Diese Wahrnehmung ist bei Ärzten in fortgeschrittener Weiterbildung stärker ausgeprägt (WB-Jahr ≤ 3 . WB-Jahr vs. ≥ 4 . WB-Jahr, $p=0,014$). Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenhausträgern ergaben sich nicht ($p=0,20$). Als ursächlich wurden vorwiegend die Arbeitsverdichtung mit 36%, die fehlende oberärztliche Supervision mit 24%, die Zunahme nicht-ärztlicher Tätigkeiten mit 20% sowie mangelnde Fort-/Weiterbildung mit 16% genannt (die 93% um die Qualität der Patientenversorgung besorgten Teilnehmer; 6 Auswahlmöglichkeiten; Mehrfachauswahl war möglich, durchschnittlich 2,4 Antworten pro Teilnehmer). Aus Unzufriedenheit über ihre Arbeitsbedingungen gaben 24% der Teilnehmer an, entweder den Arbeitsplatz gewechselt, die Arbeitszeit reduziert, ins Ausland gewechselt oder die praktische ärztliche Tätigkeit vollends aufgegeben zu haben. 67% haben bereits an mindestens eine dieser Möglichkeiten gedacht (Mehrfachauswahl war möglich; durchschnittlich 1,8 Antworten pro Teilnehmer; Gruppen „tatsächlich getan“ oder „daran gedacht“ in der Analyse getrennt; Abb. 3).

Ärztliche Fort- und Weiterbildung

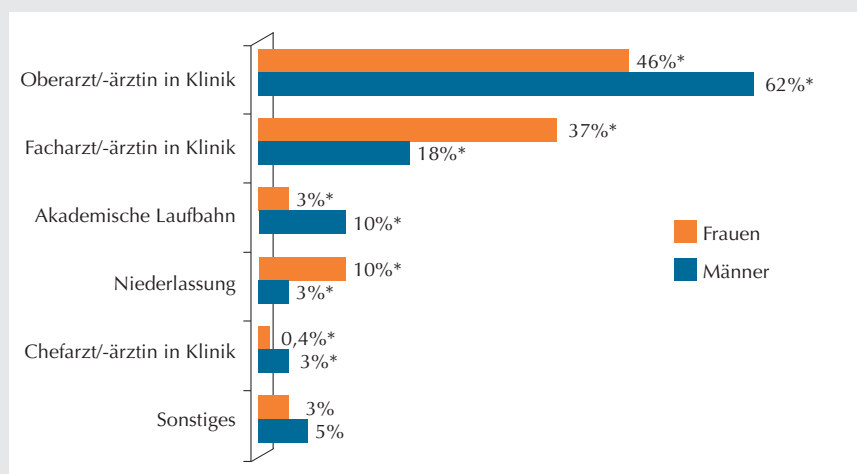
Die globale Zufriedenheit mit der individuellen Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie entsprach auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) einem Median von 3 und war unabhängig von Geschlecht ($p=0,61$) und aktueller Rotation ($p=0,36$) der ÄiWB sowie der Versorgungsart ($p=0,81$) der Arbeitgeber-Einrichtung. Während 66% (387/585) der ÄiWB an Häusern der Grund-, Regel- und Maximalversorgung bei Berufseintritt einen Vertrag über die gesamte Weiterbildungszeit erhalten haben, trifft das nur für 28% (69/250)

Abbildung 2

Angestrebte Zusatzbezeichnungen und Karriereziele.

**a) angestrebte Zusatzbezeichnungen**

Die Frage lautete: Welche Zusatzbezeichnung(en) streben Sie derzeit an bzw. haben Sie bereits erworben? **DESA** = Diplomate of the European Society of Anaesthesiology. 7 Auswahlmöglichkeiten; Mehrfachauswahl war möglich; durchschnittlich 1,96 Antworten (1617/827) pro Teilnehmer.

**b) Karriereziele Männer vs. Frauen**

Die Frage lautete: Was ist Ihr Karriereziel? Das Karriereziel von Männern und Frauen unterscheidet sich signifikant ($p < 0,001$, Abb. 2b). Signifikante Unterschiede sind mit * gekennzeichnet.

der ÄiWB von Unikliniken ($p < 0,05$) zu. 27% (225/845) der Befragten haben zu Beginn der Weiterbildung ein strukturiertes Weiterbildungs-Curriculum mit entsprechendem Rotationsschema für ihre Weiterbildungszeit erhalten. Dabei korreliert das Vorhandensein eines Weiterbildungs-Curriculums signifikant mit der Weiterbildungszufriedenheit ($p < 0,001$). An Häusern mit freigemeinnützigem Träger wird den ÄiWB seltener ein Rotationsschema über die gesamte Weiterbildungszeit ausgehändigt ($p < 0,007$) als an Häusern mit öffentlichem oder privatem Träger.

36% (305/847) der ÄiWB glauben zum Zeitpunkt der Umfrage, dass sie die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte bis zum Ende ihrer Weiterbildungszeit nicht absolvieren können. 45% (378/847) der Befragten beklagen, dass die geforderten Weiterbildungsinhalte während ihrer alltäglichen klinischen Arbeit nicht ausreichend vermittelt werden.

Bei 60% (506/847) der Teilnehmer finden die in der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Weiterbildungsgespräche gar nicht (12%, 100/848) oder unregelmäßig (48%, 406/848) statt. An Häusern mit öffentlichem Träger werden Weiter-

bildungsgespräche signifikant häufiger durchgeführt als an Häusern mit privatem oder freigemeinnützigem Träger ($p < 0,001$). Finden solche Gespräche statt, halten 66% (491/848) der Befragten diese allerdings für nicht hilfreich.

Externe Fortbildungsangebote halten 55% (462/847) für hilfreich und 40% (340/847) für unerlässlich, um die geforderten WB-Inhalte zu erlernen. 4% (36/848) der Umfrageteilnehmer geben an, dass keine regelmäßigen internen Fortbildungsveranstaltungen in ihrer Abteilung angeboten werden. Bei 56% (475/848) erfolgen klinikinterne Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen wöchentlich, bei 32% (274/848) monatlich. Die praktische Anleitung erfolgt bei 59% (497/848) überwiegend durch Oberärzte, bei 27% (232/848) überwiegend durch Fachärzte, bei 8% (66/848) überwiegend durch Assistenzärzte und bei 2% (19/848) überwiegend durch Chefarzte. Die Umfrageteilnehmer wurden auch dazu befragt, welche Weiterbildungsinstrumente sie für besonders effektiv und gewinnbringend halten. Unter den 11 vorgeschlagenen wurden Supervision durch Facharzt/Oberarzt mit 22%, Simulatortraining mit 13%, regelmäßiges Feedback durch Weiterbildungsbefugten bzw. strukturiertes Weiterbildungs-Curriculum mit jeweils 12% am häufigsten genannt (Mehrfachauswahl möglich; durchschnittlich 3,6 Antworten pro Teilnehmer, Abb. 4). Mit Abstand als am wenigsten effektiv wurden eine formale Lehrqualifikation des Weiterbildenden sowie formative Zwischenprüfungen während der Weiterbildung eingeschätzt.

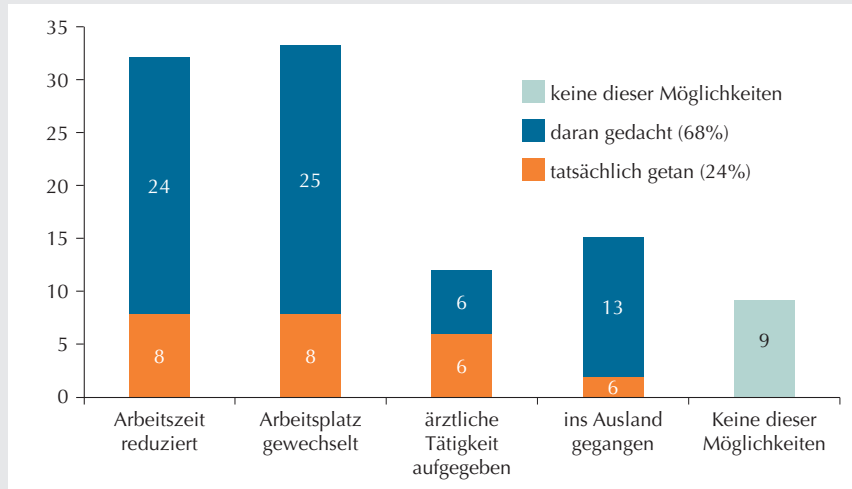
Steht ein Simulator in der Klinik zur Verfügung, so kann dieser von 25% der Befragten einmal jährlich für die ärztliche Weiterbildung genutzt werden. 42% der Befragten geben an, dass in ihrer Klinik kein Simulator zur Verfügung steht. Die Verfügbarkeit eines Simulators ist dabei abhängig von der Trägerschaft und Versorgungsstufe des jeweiligen Hauses ($p < 0,001$).

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die Umfrageteilnehmer wurden zu Arbeitsbedingungen und Umständen befragt, die typischerweise mit einer guten Vereinbarkeit von Beruf und Familie in

Abbildung 3

Reaktionen der ÄiWB auf die Unzufriedenheit mit bestehenden Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen.



Die Frage lautete: Haben/Sind Sie bereits aus Unzufriedenheit über Ihre Arbeitsbedingungen (daran gedacht)... Aus Unzufriedenheit über ihre Arbeitsbedingungen gaben 24% der Teilnehmer an, entweder den Arbeitsplatz gewechselt, die Arbeitszeit reduziert, ins Ausland gewechselt oder die praktische ärztliche Tätigkeit vollends aufgegeben zu haben. 67% haben bereits an mindestens eine dieser Möglichkeiten gedacht (Mehrfachauswahl war möglich; durchschnittlich 1,8 Antworten pro Teilnehmer; Gruppen „tatsächlich getan“ oder „daran gedacht“ in der Analyse getrennt).

Zusammenhang gebracht werden. 3% (23/845) der Teilnehmer gaben an, dass sie an ihrem Arbeitsplatz keine Anstellung mit reduzierter Wochenarbeitszeit in Anspruch nehmen können oder könnten. Bei weiteren 43% (361/845) der Teilnehmer ist beziehungsweise wäre eine solche Anstellung möglich, jedoch ist der Zugang dazu beschränkt oder es ist nicht in allen Bereichen (z.B. Intensivstation) möglich, mit reduzierter Wochenarbeitszeit zu arbeiten (32% (264/824)). Die Möglichkeit zur Teilzeitanstellung ist dabei abhängig von der Versorgungsstufe der Arbeitgeber-Klinik ($p < 0,001$).

Eine betriebliche Kinderbetreuung wird bei 42% (352/848) der Befragten am Arbeitsplatz nicht angeboten. In 39% (330/848) der Fälle ist ein bestehendes Angebot nur eingeschränkt nutzbar. Krankenhäuser mit öffentlichem Träger bieten dabei signifikant häufiger eine betriebliche Kinderbetreuung an (Vergleich der zwei Gruppen „Kinderbetreuung angeboten“ (155 Teilnehmer) und „Kinderbetreuung nicht angeboten“ (349 Teilnehmer) über die 3 Gruppen möglicher Krankenhausträgerschaften; $\chi^2 p < 0,001$; Cramers V = 0,19).

Weibliche Umfrageteilnehmer wurden zusätzlich nach ihren Präferenzen für die Arbeitsplatzwahl während einer Schwangerschaft befragt. 81% (373/462) der weiblichen Umfrageteilnehmer wünschen während der Schwangerschaft die Möglichkeit, im OP arbeiten zu können, wenn entsprechende Sicherheitsvorkehrungen (Strahlenschutz, TIVAs etc.) getroffen wurden.

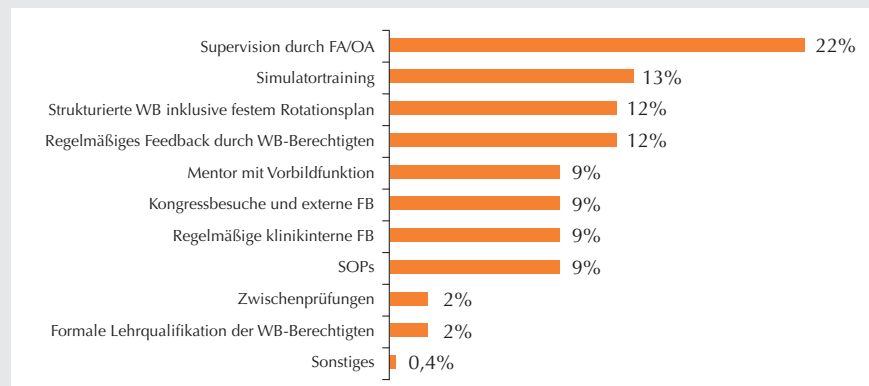
Vereinbarkeit von klinischem Arbeitsalltag mit Forschung und Wissenschaft

Die meisten Befragten waren beispielsweise im Rahmen einer Promotion wissenschaftlich aktiv. 42% (359/845) sind promoviert und weitere 39% (330/845) streben dies an. Der überwiegende Anteil der Umfrageteilnehmer hat seine wissenschaftliche Tätigkeit nach der Promotion nicht fortgesetzt. 27% (231/848) der Teilnehmer gaben an, derzeit wissenschaftlich tätig zu sein bzw. dies zu planen. Hiervon ist die Mehrheit (59%) an einer Universitätsklinik beschäftigt. Von den wissenschaftlich Aktiven waren 60% (135/228) unzufrieden mit den Rahmenbedingungen für wissenschaftliches Arbeiten („sehr unzufrieden“: 22% (50/228) oder „eher unzufrieden“: 37% (85/228)). Als wichtigste Gründe wurden genannt: 1. Forschung muss größtenteils in der Freizeit erfolgen mit 34%, 2. fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte/Betreuer mit 18%, 3. Mangel an materieller/personeller Unterstützung mit 14% und 4. zu hohe bürokratische Hürden mit 12% (sehr Zufriedene nicht befragt; 7 Antwortmöglichkeiten; Mehrfachauswahl möglich; durchschnittlich 2,1 Antworten pro Teilnehmer).

Folgende Punkte machen die Forschung für die befragten ÄiWB attraktiver: 1. Mehr zeitlicher Freiraum für Forschung während der klinischen Weiterbildung mit 30%, 2. strukturierte Aus- und Wei-

Abbildung 4

Effektivität der Weiterbildungsinstrumente.



Die Frage lautete: Welche Rahmenbedingungen/Weiterbildungsinstrumente sind für Sie persönlich besonders effektiv/gewinnbringend? Mehrfachauswahl möglich; durchschnittlich 3,58 Antworten (3036/848) pro Teilnehmer.

terbildung in wissenschaftlichen Skills 25% und 3. höhere Wertschätzung der Forschung in den Kliniken mit 10% (sehr Zufriedene nicht befragt; 9 Antwortmöglichkeiten; Mehrfachauswahl möglich, durchschnittlich 2,5 Antworten pro Teilnehmer).

Einfluss ökonomischer Erwägungen auf ärztliches Handeln

91% (769/847) der befragten ÄiWB gaben an, dass ökonomische Erwägungen im Berufsalltag ihre rein medizinisch-fachlichen Entscheidungen selten 29% (245/847), wöchentlich 32% (269/847) oder beinahe täglich 30% (255/847) beeinflussen würden. ÄiWB an privat geführten Kliniken berichten signifikant häufiger über diesen Effekt als Kollegen an Häusern in freigemeinnütziger Trägerschaft ($p < 0,007$). 62% (526/847) der Umfrageteilnehmer gaben an, dass

in ihrer Klinik/Abteilung keine DRG-Schulungen durchgeführt werden. An Kliniken mit privater Trägerschaft werden DRG-Schulungen signifikant häufiger durchgeführt ($p < 0,05$). 79% (672/846) der befragten ÄiWB geben an, dass ihre ärztliche Weiterbildung unter der Ökonomisierung (z.B. kurze Überleitungszeiten) leidet. Diese Angabe ist unabhängig von der Trägerschaft der jeweiligen Arbeitgeber-Kliniken ($p = 0,76$).

Modell der beruflichen Gratifikationskrisen

Die adjustierten (d.h. für den Umfang der verwendeten Fragebogenversion und Skalierung bereinigten und damit vergleichbaren) Werte der Subskalen und die daraus folgenden ER-Ratios sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Ergebnisse sind neben einer Gesamtauswertung nach den Merkmalen Geschlecht, Trägerschaft des

Krankenhauses, Zeit in der Weiterbildung, Kinder im Haushalt, wissenschaftliche Tätigkeit und der aktuellen Rotation aufgeschlüsselt. Bei 71% der Teilnehmer wurde ein Übergewicht der Verausgabungs- gegenüber den Belohnungsfaktoren (bezogen auf den Trennwert von 1,0) gemessen. Frauen fielen durch eine signifikant höhere Verausgabungsneigung als Männer auf (Frauen vs. Männer: $49,1 \pm 16,8$ vs. $45,2 \pm 17,8$; $p < 0,001$). Ärzte in fortgeschrittener Weiterbildung zeigten höhere Werte der ER-Ratio und somit eine stärkere Ausprägung der Gratifikationskrise (Weiterbildungsstand skaliert in ≤ 3 . WB-Jahr versus ≥ 4 . WB-Jahr: $1,3 \pm 0,7$ vs. $1,7 \pm 1,1$; $p < 0,001$). Je ausgeprägter der Eindruck ist, dass ökonomische Faktoren den Berufsalltag beeinflussen, desto ausgeprägter ist auch die Gratifikationskrise der Umfrageteilnehmer (und umgekehrt) ($p < 0,001$).

Tabelle 1

Die psychosoziale Arbeitsbelastung nach dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen innerhalb der Studienpopulation, differenziert nach Geschlecht, Krankenhaussträgerschaft, Weiterbildungszeit, Kindern im Haushalt, aktueller Rotation und wissenschaftlicher Tätigkeit.

	Skala Verausgabung 0-100	Skala Belohnung 0-100	ER-Ratio	Skala Verausgabungsneigung 0-100
Adjustierter Mittelwert \pm Standardabweichung				
Gesamt , n=837	69,5 \pm 17,6	52,1 \pm 15,3	1,6 \pm 1,0	47,3 \pm 17,4
Geschlecht				
Männer, n=372	70,7 \pm 17,6	52,7 \pm 15,6	1,6 \pm 1,1	45,2 \pm 17,8*
Frauen, n=465	68,3 \pm 17,4	51,6 \pm 15,0	1,5 \pm 1,0	49,1 \pm 16,8*
Trägerschaft des KH				
Öffentlich, n=525	70,4 \pm 17,5	51,8 \pm 14,8	1,6 \pm 1,1	47,6 \pm 17,2
Freigemeinnützig, n=171	66,5 \pm 18,0	52,4 \pm 16,2	1,5 \pm 1,1	46,1 \pm 16,3
Privat, n=141	69,3 \pm 16,6	53,2 \pm 15,4	1,5 \pm 0,8	47,1 \pm 18,9
Zeit in der WB				
≤ 3 WB-Jahr, n=296	64,8 \pm 17,7	57,4 \pm 14,0	1,3 \pm 0,7*	46,5 \pm 18,0
≥ 4 . WB-Jahr, n=542	72,0 \pm 16,8	49,2 \pm 15,1	1,7 \pm 1,1*	47,8 \pm 17,0
Kinder im Haushalt				
Keine, n=519	69,6 \pm 17,5	53,0 \pm 15,2	1,6 \pm 1,1	47,8 \pm 17,2
≥ 1 , n=317	69,3 \pm 17,6	50,6 \pm 15,2	1,6 \pm 0,9	46,7 \pm 17,8
Wissenschaftlich tätig				
Ja, n=227	70,7 \pm 17,7	53,1 \pm 15,0	1,6 \pm 1,1	47,5 \pm 16,8
Nein, n=612	69,1 \pm 17,5	51,7 \pm 15,3	1,6 \pm 1,0	47,3 \pm 17,6
Aktuelle Rotation				
Anästhesie, n=584	66,4 \pm 16,6	52,7 \pm 15,3	1,5 \pm 1,0*	45,7 \pm 17,0
Intensivmedizin, n=222	78,1 \pm 17,2	50,2 \pm 14,7	1,8 \pm 1,1*	51,6 \pm 17,7

Die statistisch signifikanten Unterschiede sind markiert (*). Für weiterführende Erläuterungen der Vergleiche s. Text.

ER-Ratio = Gratifikationskrisenquotient; **KH** = Krankenhaus; **WB** = Weiterbildung.

Je gefährdeter die Teilnehmer die Qualität der Patientenversorgung durch die vielschichtigen Veränderungen im ärztlichen Arbeitsumfeld sahen, desto höher war auch das Ausmaß der Gratifikationskrise ($p < 0,001$). Intensivmedizinisch tätige Kollegen zeigten eine höher ausgeprägte Gratifikationskrise als die im OP tätigen Anästhesisten (Intensivmedizin vs. Anästhesie: $1,8 \pm 1,1$ vs. $1,5 \pm 1,0$; $p < 0,001$). Bezüglich der Faktoren Geschlecht, Trägerschaft des Krankenhauses, Kinder im Haushalt oder wissenschaftliche Tätigkeit ergaben sich im auf die ER-Ratio bezogenen Vergleich keine signifikanten Unterschiede.

Aus Unzufriedenheit über ihre Arbeitsbedingungen gaben 24% der Teilnehmer an, entweder den Arbeitsplatz gewechselt (ER-Ratio 1,65), die Arbeitszeit reduziert (ER-Ratio 1,77), ins Ausland gewechselt (ER-Ratio 1,96) oder die praktische ärztliche Tätigkeit vollends aufgegeben zu haben (ER-Ratio 1,96).

Diskussion

Die vorliegende Befragung zeichnet ein aktuelles Bild der Arbeitssituation von ÄiWB in der Anästhesiologie in Deutschland. Thematisiert werden neben der Arbeitssituation im Allgemeinen auch die ärztliche Fort- und Weiterbildung, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Bedingungen für wissenschaftlich tätige Anästhesisten, Einflüsse ökonomischer Erwägungen auf ärztliches Handeln sowie Aspekte des Modells beruflicher Gratifikationskrisen. Bislang existieren kaum Daten zur derzeitigen Praxis der ärztlichen Weiterbildung oder der beruflichen Situation aus Befragungen der betroffenen ÄiWB. Als Analyse der gelebten Praxis der Weiterbildung und der derzeitigen Arbeitssituation kann diese Umfrage zur Erkennung potenzieller Missstände beitragen und kann helfen, Verbesserungsmöglichkeiten für identifizierte Probleme aufzuzeigen.

Ärztliche Weiterbildung

Die globale Zufriedenheit mit der individuellen Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesiologie entsprach auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) einem Median von 3 und entspricht damit dem Median der in

den Jahren 2006 - 2011 durchgeführten Weiterbildungs-Umfragen im Fachgebiet Anästhesiologie [13].

Besonders großes Verbesserungspotenzial liegt zunächst in der inhaltlichen Strukturierung der Weiterbildung durch entsprechende Weiterbildungs- und Rotationspläne, die zu Beginn der Weiterbildung ausgehändigt werden. Nur 27% der Befragten haben zu Beginn ihrer Weiterbildung ein strukturiertes Weiterbildungs-Curriculum mit entsprechendem Rotationsschema erhalten. Mutmaßlich basiert die Weiterbildung in vielen Kliniken überwiegend nicht auf einem auf das Lernen ausgerichteten System, in dem aufeinander aufbauende Lerninhalte den Arbeitstag bestimmen. Wahrscheinlich ist, dass der Einsatz der ÄiWB überwiegend rein durch die Erfordernisse der Krankenversorgung bestimmt wird. Dieses wenig strukturierte „learning on the job“ führt dazu, dass Lerninhalte nicht planbar sind und nicht aufeinander aufbauen können. Eine solche Strukturierung stellt jedoch ein wichtiges Werkzeug zur Qualitätssicherung dar [24] und beeinflusst maßgeblich die Weiterbildungszufriedenheit von ÄiWB. Auch in der hier durchgeführten Umfrage zeigt sich, dass Ärzte, deren Weiterbildung sich an einem strukturierten Curriculum orientiert, mit ihrer Weiterbildung zufriedener sind.

Während 2011 mit 63% der Weiterzubildenden Weiterbildungsgespräche geführt wurden [24], geben in der aktuellen Umfrage 60% der Befragten an, dass Weiterbildungsgespräche gar nicht oder unregelmäßig stattfinden. Finden solche Gespräche statt, hält die Mehrheit der Befragten diese für nicht hilfreich. An diesem Beispiel zeigt sich, dass sich selbst bei den verpflichtenden Aspekten der Weiterbildung noch immer inakzeptable Lücken und Schwächen in der flächendeckenden und konkreten Umsetzung zeigen. Dabei stellen die Weiterbildungsgespräche ein wichtiges Feedback-Tool dar, in dem die persönlichen Lernfortschritte des Mitarbeiters regelmäßig erfasst werden und gleichzeitig Stärken und Schwächen identifiziert werden können. Durch das Aufzeigen verschiedener Karrierewege und -perspektiven kann weiterhin die Mitarbeiter-Motivation gesteigert werden.

Eine möglichst kurze und vor allem berechenbare Dauer der Narkoseeinleitung ermöglicht einen flüssigen Ablauf im Operationsbereich und ist angesichts des herrschenden Kostendrucks in den deutschen Kliniken Bestandteil jeder Prozessoptimierung der perioperativen Phase [7]. 79% der befragten ÄiWB geben an, dass ihre ärztliche Weiterbildung unter dieser zunehmenden Ökonomisierung (z.B. kurze Überleitungszeiten) leidet. Knapp die Hälfte der Befragten beklagt, dass die geforderten Weiterbildungsinhalte während ihrer alltäglichen klinischen Arbeit nicht ausreichend vermittelt werden. Der den wirtschaftlichen Überlegungen geschuldete Zeitdruck konterkariert die Notwendigkeit, Prozeduren üben zu müssen. Es liegt nahe, dass aufgrund organisatorischer und personeller Engpässe eine qualitativ hochwertige und praxisorientierte Weiterbildung vielerorts gar nicht mehr möglich ist. Nachdem die Kosten für die ärztliche Weiterbildung aktuell im System weder kalkuliert noch finanziert sind, fehlen häufig schlicht die Zeit und das Personal für die praktische Umsetzung der ärztlichen Weiterbildung. Eingeschränkte Budgets und damit einhergehende reduzierte Stellenschlüssel führen mutmaßlich zu einer gravierenden Verschlechterung der Weiterbildung in unserem Fachgebiet.

Weiterhin zeigen die Daten, dass den ÄiWB ein geschütztes Lernumfeld während der Weiterbildungszeit sehr wichtig ist. Das Simulatortraining wird von den Umfrageteilnehmern als zweiteffektivstes Weiterbildungsinstrument nach der Supervision durch Facharzt/ Oberarzt angegeben. Angesichts der Zunahme an komplexen, multimorbiden Risikopatienten sowie der zunehmend komplexeren Medizintechnik mit neuen Behandlungsoptionen scheint es durchaus angebracht zu sein, dass das regelmäßige Trainieren in Simulatoren und „Skills Labs“ fest in die Weiterbildung implementiert wird. So ist es möglich, im geschützten Umfeld unter künstlich erzeugtem Stress Erfahrungen zu sammeln und diese nach erfolgreicher Anlernphase unter Supervision direkt am Patienten umzusetzen. Solche Erfolgserlebnisse als Ergebnis einer strukturierten Lernumgebung fördern

sowohl die ärztliche Motivation als auch die Patientensicherheit [24,25]. Das Einfordern des Lernens am Modell in der aktuellen Umfrage erscheint daher logisch. Insofern ist es ernüchternd, dass nur 25% der ÄiWB in den Genuss eines regelmäßigen Simulatortrainings kommen. Dies liegt sicher zumindest zum Teil an der immer noch fehlenden flächendeckenden Verfügbarkeit von Simulatoren. Andere Autoren sehen die Gründe hierfür auch in fehlenden Personalressourcen [13].

Gemessen an dem hohen nationalen Anspruch an die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und die Zukunftsfähigkeit ärztlichen Handelns signalisieren die vorliegenden Ergebnisse nach Einschätzung der Autoren, dass die ärztliche Weiterbildung vielerorts verbesserungswürdig ist. Entsprechend hoch sind die Erwartungen an die in Vorbereitung befindliche Novellierung der Musterweiterbildungsordnung hin zu einem kompetenzbasierten Curriculum [26].

Wissenschaftliches Arbeiten

Wissenschaftlich aktive Mediziner sind für die Wissenschaft im Allgemeinen sowie für die klinische Forschung in der Universitätsmedizin im Speziellen unverzichtbar. Allerdings verzichten viele Ärzte auf eine wissenschaftliche Tätigkeit. Gründe hierfür liegen vermutlich in steigenden Anforderungen im Klinikalltag mit wachsender Belastung durch Dokumentation, Bürokratie und ökonomisch bedingter Leistungssteigerung. Darüber hinaus ist eine wissenschaftliche Reputation oft nicht mehr im selben Maß wie früher entscheidend für das persönliche berufliche Fortkommen. Von den wissenschaftlich tätigen/interessierten Teilnehmern waren 60% unzufrieden mit den Rahmenbedingungen für wissenschaftliches Arbeiten. Die Umfrageteilnehmer wünschen sich strukturierte Aus- und Weiterbildung in wissenschaftlichen Skills, höhere Wertschätzung der Forschung in den Kliniken sowie mehr zeitlichen Freiraum für Forschung während der klinischen Weiterbildung. Letzterem Anliegen würde Rechnung getragen durch die Anerkennung von Zeiten wissenschaftlicher Tätigkeit auf die Weiterbildungszeit, wie

es im Rahmen der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung vorgesehen ist [27]. Um dem drohenden Mangel qualifizierten wissenschaftlichen ärztlichen Nachwuchses entgegenzuwirken, sollte es ein vorrangiges Ziel darstellen, die Motivation für wissenschaftliches Arbeiten bei klinisch tätigen ÄiWB aufrechtzuerhalten und die Qualifizierung für ein kontinuierliches wissenschaftliches Denken und Arbeiten durch entsprechende Anpassung der Rahmenbedingungen strukturell und organisatorisch zu fördern [28,29].

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind die Umfrageteilnehmer überwiegend unzufrieden. Dies liegt vor allem an der wahrgenommenen fehlenden Unterstützung durch den Arbeitgeber bei der Organisation der Kinderbetreuung während der Arbeitszeit und den mangelnden Angeboten an flexiblen und bedarfsgerechten Teilzeitbeschäftigungsangeboten in allen Bereichen unseres Fachgebietes.

Vor dem Hintergrund, dass der Frauenanteil in der Medizin kontinuierlich steigt [30,31] und nur die wenigsten Frauen bzw. Kollegen mit Kindern derzeit eine leitende Position in einer Klinik anstreben, sollte es ein grundlegendes Anliegen für die Zukunft unseres Fachgebietes sein, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf strukturell und organisatorisch weiter zu fördern, um so die Arbeitsplatzzufriedenheit- und attraktivität zu steigern und eine langfristige Bindung der Mitarbeiter an die Kliniken zu erzielen [2,32]. Flexible Kinderbetreuungsmöglichkeiten mit an ärztliche Arbeitszeiten angepassten Öffnungszeiten sowie weitere Komplementärangebote wie Babysitter-Börsen, Notfallbetreuungsangebote o.ä. sind flächendeckend gefragt und dringend erforderlich.

81% der weiblichen Umfrageteilnehmer wünschen während der Schwangerschaft die Möglichkeit, im OP arbeiten zu können, wenn entsprechende Sicherheitsvorkehrungen (Strahlenschutz, TIVAs etc.) getroffen wurden. Für die praktische Umsetzung dieses Anliegens im Klinikalltag verweisen die Autoren auf

die Empfehlungen der BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“ [33].

Arbeitsverdichtung und Gratifikationskrise

Ein ganz bedeutsamer Belastungsfaktor unter den befragten ÄiWB ist die hohe Arbeitsverdichtung im klinischen Alltag. Hoher Zeitdruck während der Arbeit und der merkliche Einfluss ökonomischer Faktoren auf fachlich-medizinische Entscheidungen sind die Hauptgründe, die zu beruflicher Unzufriedenheit bei den befragten ÄiWB führen. Im „verdichteten“ Arbeitsalltag fehlen Ressourcen für Bereiche, die außerhalb der rein klinischen Arbeit liegen. Für ärztliche Weiterbildung, Supervision oder wissenschaftliches Arbeiten bleibt kaum noch Zeit. Gründe dafür sind neben den eingangs beschriebenen strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen auch ein großer Anteil nicht unmittelbar patientenbezogener Arbeiten wie Organisation und Dokumentation. Die Umfrageergebnisse machen die große Diskrepanz zwischen der beruflichen Anforderung und der personellen Ausstattung in den Kliniken deutlich.

Die psychosoziale Arbeitsbelastung innerhalb der Studienpopulation ist vergleichsweise sehr hoch (ER-Ratio 1,6). Ähnlich hohe Belastungswerte wurden bisher lediglich in einer Studie an griechischen Ärzten festgestellt (ER-Ratio 1,63) [34]. Eine kürzlich durchgeführte Umfrage unter internistischen ÄiWB ergab eine ER-Ratio von 1,9 [14]. Auffallend ist, dass sich die Gratifikationskrisen der ÄiWB in beiden Umfragen mit Fortschreiten der Weiterbildungszeit verstärken. Eine Erklärung könnte proportional zur fachlichen Entwicklung subjektiv zu langsam steigendes Gehalt und Wertschätzung sein. Eine Untersuchung unter deutschen Chirurgen zeigte [35], dass die Ausprägung von Gratifikationskrisen mit dem Erreichen höherer Positionen (Oberarzt-/Chefarztstatus) im Krankenhaus abnimmt, was auf verbesserte Belohnungsfaktoren (insbesondere Gehalt und Wertschätzung) in höheren Positionen zurückzuführen sein könnte.

Des Weiteren zeigt die aktuelle Umfrage, dass intensivmedizinisch tätige Kollegen eine höher ausgeprägte Gratifikations-

krise aufweisen (ER-Ratio 1,8) als die im OP tätigen Anästhesisten (ER-Ratio 1,5). Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, dass u.a. der vergleichsweise höhere Anteil nicht unmittelbar patientenbezogener Arbeiten wie Organisation und Dokumentation, aber auch die Arbeit im Schichtdienst [36] sowie der längere und intensivere Kontakt zu schwer kranken Patienten und ihren Angehörigen die psychosoziale Arbeitsbelastung verstärken. Die konkreten Ursachen für die höher ausgeprägte Gratifikationskrise könnten in weiteren Untersuchungen genauer analysiert werden.

Die Befragten zeigten ebenfalls eine sehr hohe Neigung zu beruflicher Verausgabung. Frauen waren dabei stärker betroffen als männliche Kollegen. Eine hohe Verausgabungsneigung ist charakteristisch für Berufsanfänger und beinhaltet das Risiko, eine bestehende Gratifikationskrise zu unterhalten und zu verstärken [14]. Interessant ist dabei die Beobachtung, dass sich Frauen (trotz der höheren Verausgabungsneigung zu Berufsbeginn) eine leitende Position in einer Klinik seltener vorstellen können als die männlichen Kollegen.

Die beschriebenen Belastungsfaktoren könnten gesundheitspolitische Relevanz haben:

Ärztegesundheit: Eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung ist mit einem erhöhten Risiko für insbesondere psychiatrische Erkrankungen (Depression, Burnout) assoziiert [17,19,37].

Qualität der Patientenversorgung: Je ausgeprägter die Gratifikationskrise ist, desto stärker sehen die Umfrageteilnehmer die Qualität der Patientenversorgung gefährdet. Diese Daten stimmen mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen überein, die zeigten, dass eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung unter Ärzten die Versorgungsqualität von Patienten potenziell verschlechtern kann [20-22,38].

Ärztemangel: Weiterhin zeigen die Ergebnisse der Umfrage, dass ÄiWB bei subjektiv unbefriedigenden Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen persönliche Konsequenzen ziehen und zum Beispiel die Arbeitszeit reduzieren oder den Arbeitsplatz wechseln bzw. ins Ausland gehen. Eine kürzlich publizierte pro-

spektive Analyse aus Schweden belegte die Korrelation hoher psychosozialer Arbeitsbelastung mit der Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsplatz zu wechseln [23].

Bei aller Kritik an ihren Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen sind die befragten ÄiWB mit ihrem Beruf insgesamt überwiegend zufrieden. Die globale Zufriedenheit mit der augenblicklichen beruflichen Situation entsprach auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden) einem Median von 4. Ursächlich hierfür könnte eine tiefe Identifikation mit dem Berufsbild sein, wobei sich die Kritik fokussiert auf die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen richtet. Solche scheinbaren Widersprüche (ausgeprägte Gratifikationskrise bei relativ hoher Zufriedenheit im Beruf) werden auch aus anderen Untersuchungen berichtet [38,39]. Demnach sollte es unser aller Anliegen sein, die Begeisterung für unser Fachgebiet durch eine Optimierung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen aufrechtzuerhalten.

Freitext-Kommentare

Eine komplette Auflistung der Freitext-Kommentare ist nur der Online-Ausgabe dieses Artikels zu entnehmen – siehe dort Anhang.

Aus den Freitext-Kommentaren geht hervor, dass auch Fortbildungsmaßnahmen als Arbeitszeit aufzufassen seien und vom Arbeitgeber finanziell zu tragen seien. Vielfach wird die hohe Dienstbelastung bei subjektiv wahrgenommen zu schlechter Bezahlung kritisiert. Auch die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf mit Familie/Freizeit wird häufig genannt. Oftmals wird darauf hingewiesen, dass die Weiterbildungsbefugten ihre Aufgabe nicht adäquat wahrnehmen und das alleinige Interesse darin bestehe, die Krankenversorgung zu gewährleisten.

Limitationen

Neben den grundsätzlich durch die gewählte Methode eines nicht zuvor umfangreich validierten Fragebogens bestehenden Einschränkungen existieren Limitationen, die bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden müs-

sen. Hierbei ist beispielsweise eine Stichprobenverzerrung in der Beurteilung der Studienergebnisse zu berücksichtigen. Inwiefern diese Stichprobe die vielfach höhere Grundgesamtheit korrekt widerspiegelt, ist unbekannt. Zumindest ist die Non-Response-Rate an dieser Umfrage den ähnlich konzipierten Evaluationen in der Vergangenheit vergleichbar. Somit bliebe als ein möglicher Bias die Mitgliedschaft in der Fachgesellschaft bzw. dem Berufsverband selbst, was zumindest nach Einschätzung der Autoren als eher kleinere Einschränkung anzusehen ist.

Schlussfolgerung

Die jüngeren Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem und in der Organisation der stationären Patientenversorgung haben zu einer angespannten Situation im Arbeitsleben von ÄiWB in der Anästhesiologie geführt. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Anpassungen der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen sind auf Grundlage der erhobenen Daten erforderlich, um die Gesundheit der betroffenen ÄiWB, die Qualität der Patientenversorgung und die Attraktivität des Fachgebietes für die Zukunft sicherzustellen. Auf dem Weg dorthin sind regelmäßige Evaluationen der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen von ÄiWB erforderlich.

Literatur

1. Busse R, Riesberg A: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2005
2. Blum K, Löffert S: Ärztemangel im Krankenhaus. Gutachten der DKI 2010
3. Bitzinger D, Skorning M, Hahnenkamp K: Herausforderungen und Visionen nach der neuen Weiterbildungsordnung. *Anästh Intensivmed* 2015;56:709-710
4. Goetz AE: Neue (Muster)-Weiterbildungsordnung Anästhesiologie – Chancen für die Weiterentwicklung des Faches. *Anästh Intensivmed* 2015;56:700-702
5. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft: Eckdaten Krankenhausstatistik 2013
6. Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer: Zunehmende

Special Articles

Further Education

- Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland – Folgen für die ärztliche Tätigkeit; 2007
7. Bauer M, Hanss R, Römer T, et al: Apoptose im DRG-System: Weiterbildung und dezentrale Strukturen verhindern wettbewerbsfähige intraoperative Prozesszeiten. *Anästh Intensivmed* 2007;48(6):324-34
 8. Hahnenkamp K: Finanzierung der Weiterbildung: Ein System kollabiert. *Dtsch Arztebl* 2013;110(1-2):A-21/B-19/C-19
 9. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung MB-Monitor 2015 „Ärztliche Weiterbildung“ <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mb-monitor-2015/mb-monitor-2015-zusammenfassung-pk.pdf> (zuletzt aufgerufen 26.08.2016)
 10. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung, Hartmannbund 2014 http://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfraegen/2015_Assistenzarztumfrage2014.pdf (zuletzt aufgerufen 26.08.2016)
 11. Bundesärztekammer: Projekt "Evaluation der Weiterbildung" in Deutschland. <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/evaluation-der-weiterbildung/> (zuletzt aufgerufen 26.08.2016)
 12. Korzilius H: Evaluation der Weiterbildung: Im Ergebnis eine gute Zwei minus. *Dtsch Arztebl* 2011;108(50):2694
 13. Ertmer C, Van Aken H, Skorning M, Hahnenkamp K: Praxis der ärztlichen Weiterbildung und Rahmenbedingungen im Wandel. Evaluation der Weiterbildung im Fachgebiet Anästhesiologie über einen Zeitraum von fünf Jahren (2006-2011). *Anästh Intensivmed* 2012;53:452-469
 14. Raspe M, Müller-Marbach A, Schneider M, Siepmann T, Schulte K: Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung. Eine bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppe von DGIM und BDI. *Dtsch Med Wochenschr* 2016;141:202-210
 15. Leineweber C, Wege N, Westerlund H, Theorell T, Wahrendorf M, Siegrist J: How valid is a short measure of effort-reward imbalance at work? A replication study from Sweden. *Occupational and environmental medicine* 2010;67:526-31
 16. Siegrist J, Wege N, Puhlhofer F, Wahrendorf M: A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *International archives of occupational and environmental health* 2009;82:1005-13
 17. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C: Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *International archives of occupational and environmental health* 2008;82:31-8
 18. van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W: Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social science & medicine* 2005;60:1117-31
 19. Siegrist J, Starke D, Chandola T, et al: The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine* 2004;58:1483-99
 20. Firth-Cozens J, Greenhalgh J: Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social science & medicine* 1997;44:1017-22
 21. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al: Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *Bmj* 2008;336:488-91
 22. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al: Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama* 2006;296:1071-78
 23. Soderberg M, Harenstam A, Rosengren A, et al: Psychosocial work environment, job mobility and gender differences in turnover behaviour: a prospective study among the Swedish general population. *BMC public health* 2014;14:605
 24. Hahnenkamp K: Status quo der Weiterbildung. *Anästh Intensivmed* 2015;56:706-708
 25. Breuer G, Müller MP, Koch T: Simulation – ein Muss für jeden Anästhesiologen? *Anästh Intensivmed* 2015;56:744-47
 26. Wenning M: Der Weg zu kompetenzbasierten (Muster-)Weiterbildungsordnung. *Anästh Intensivmed* 2015;56:703-705
 27. Larmann J, Arens C, Bitzinger D: Anerkennung von Zeiten wissenschaftlicher Tätigkeit für die ärztlicher Weiterbildung. *Anästh Intensivmed* 2015;56:766-67
 28. Ergebnisbericht DFG-Symposium „Clinician Scientists: Strukturierte wissenschaftliche Qualifizierungsprogramme für klinisch Forschende parallel zur Facharztweiterbildung“ http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/gremien/senat/klinische_forschung/workshop_1602/workshop_bericht_0216.pdf (zuletzt aufgerufen 26.08.2016)
 29. Bitzinger D, Heberlein A, Theilmeier G: Forschung in der Weiterbildung: Die Generation Y will klare Ansagen über Karrierewege. *Dtsch Arztebl* 2014;111(11):A-442/B-384/C368
 30. Beerheide R, Schlitt R: Frauen in der Medizin: Viele Optionen, selten Karriere. *Dtsch Arztebl* 2016;113(20):A-962/B-812/C796
 31. Gerst T: Deutscher Ärztinnenbund: Für eine gute Work-Life-Balance. *Dtsch Arztebl* 2015;112(39):A-1554/B-1298/C-1270
 32. Fink U: Ärztemangel im Krankenhaus. Umdenken erforderlich. *Dtsch Arztebl* 2011;108:A2117-18
 33. Empfehlung der BDA-Kommission „Gesundheitsschutz am anästhesiologischen Arbeitsplatz“ <https://www.bda.de/docman/931-qpositivliste-q-arbeitsplatz-fuer-schwangere-aerztinnen-in-der-anaesthesiologie-und-intensivmedizin-empfehlung-der-bda-kommission-pdf-2/file.html> (zuletzt aufgerufen 26.08.2016)
 34. Msaouel P, Keramaris NC, Apostolopoulos AP, et al: The effort-reward imbalance questionnaire in Greek: translation, validation and psychometric properties in health professionals. *Journal of occupational health* 2012;54:119-30
 35. von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J: Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields: results of a nationwide survey in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:248-53
 36. Hielienhof A: Schichtarbeit. Schlafmediziner warnen. *Dtsch Arztebl* 2011;108(41):70
 37. Weigl M, Hornung S, Petru R, Glaser J, Angerer P: Depressive symptoms in junior doctors: a follow-up study on work-related determinants. *International archives of occupational and environmental health* 2012;85:559-70
 38. Angerer P, Glaser J, Petru R, Weigl M: Arbeitsbedingungen der Klinikärzte: Gezielte Maßnahmen, die sich lohnen. *Dtsch Arztebl* 2011;108(15):A-832/B-679/C-679
 39. Bauer J, Groneberg DA: [Distress and job satisfaction among hospital physicians in internal medicine]. *Der Internist* 2014;55:1242-50.

Korrespondenz-
adresseDr. med.
Diane Bitzinger

Klinik für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg, Deutschland
E-Mail: diane.bitzinger@ukr.de

Anhang

Haben Sie Anmerkungen/Kritik zu unserer Umfrage? Haben wir Wichtiges vergessen oder zu oberflächlich behandelt? Wir freuen uns über jeden Hinweis!

Die Freitext-Kommentare (insgesamt 108 Einzelkommentare) wurden teils im Original aus der Datenbank übernommen (dann in Anführungszeichen gesetzt) und teils in sinngemäßen Clustern zusammengestellt. Die Anzahl der inhaltsgleichen Nennungen ist jeweils in Klammern nachgestellt.

Allgemeine Kommentare

- Vielen Dank für die Umfrage/Euer Engagement. (14 Nennungen)
- Sehr gute Umfrage. (12 Nennungen)
- Vorschläge zur Optimierung der Fragen-Formulierungen. (5 Nennungen)
- Ich finde es extrem gut, dass es solche Umfragen gibt und hoffe, dass daraus auch die entsprechenden Konsequenzen gezogen werden. (5 Nennungen)
- Auswertung der Daten wäre interessant. (5 Nennungen)
- Eine stärkere Trennung zwischen Anästhesie und Intensivmedizin wäre bei manchen Fragen hilfreich. (4 Nennungen)
- Es konnte nur eine Klinik beurteilt werden. Unterschiedliche Weiterbildungsstätten konnten nicht angegeben werden. (3 Nennungen)
- Hoffen auf Anonymität. (3 Nennungen)
- Bei manchen Antwortmöglichkeiten hat die „goldene Mitte“ gefehlt. (2 Nennungen)
- Fragen zur Personalsituation haben gefehlt: Größe der Abteilung/Stellenschlüssel/Verhältnis Oberärzte/Fachärzte/Assistenz-ärzte. (2 Nennungen)
- „Augen auf bei der Berufswahl!“
- „Die Frage nach dem zukünftigen beruflichen Ziel konnte nur mit einer Antwort angegeben werden. In der aktuellen Situation ist es jedoch häufig schwierig jetzt schon den abschließenden Plan zu wissen. Eine Frage nach ‚was können Sie sich vorstellen‘ und mehrere Antwortmöglichkeiten zulassen, wäre evtl. interessanter gewesen. Vielleicht können sich 80% der Kollegen vorstellen die medizinische Versorgung zu verlassen, streben aber eher eine OA/CA-Stelle an. Dennoch wäre eine solche Information höchst alarmierend!“
- „Die Fragen, ob mich meine Tätigkeit noch in meiner Freizeit verfolgt, sind etwas oberflächlich. Tatsächlich beschäftigen mich seltener die erlebten Inhalte des Arbeitstages, dafür aber mehr die Notwendigkeit up-to-date zu sein und diverse Dinge noch nachlesen und aufarbeiten zu müssen – die theoretischen Inhalte zu erarbeiten.“
- „Ich würde mir einen Grundkurs für Junganästhesisten zu Beginn ihrer Laufbahn wünschen, in dem alle wichtigen medizinischen und auch rechtlichen Grundlagen der Anästhesie behandelt werden, denn die Grundlagen werden in der Praxis nicht vermittelt (heißt „das machst du jetzt halt so“ oder „wir haben das schon immer so gemacht“ oder „das passt schon so aus rechtlicher Sicht“). Umfang 4 Wochen Vollzeit. Wäre sehr sinnvoll, insbesondere da man in der Anästhesie ja schnell Dienste machen soll und dafür mehr oder weniger Facharztwissen haben sollte.“
- „Bei der Frage nach der Anerkennung wäre eine Differenzierung in Anerkennung durch die Vorgesetzten (bei mir zum Beispiel vorhanden) und die gefühlte Anerkennung durch die Patienten (der richtige Arzt(Chirurg) hat doch schon mit mir geredet, ihr spritzt ein Paar Medikamente und sonst macht ihr doch nix, u.ä.) sinnvoll.“
- „Vielen Dank, dass Sie so eine Umfrage durchführen. Ich würde mir nur wünschen, dass wir als Ärzteschaft zusammen mit allen Fachrichtungen und auch der Pflege für bessere Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern kämpfen, denn es ist schon lange fünf nach zwölf. Wenn weiter so wenig junge Leute für diese Berufe gewonnen werden können liegt das System bald selber flach. In anderen Ländern geht es ja auch anders, warum nicht im reichen Deutschland?“

Kommentare zu Fort- und Weiterbildung, Wissenschaft

- Finanzierung externer Fortbildungsveranstaltungen (Notarztkurs, TEE-Kurs, Kongresse) bzw. Freistellung von der Arbeit sollte erfragt werden (7 Nennungen)
- „näher eingehen auf Problem wie man seine Facharztweiterbildung füllen kann mit Bereichen, die nur an sehr großen Häusern/Unikliniken zur Verfügung stehen“
- „Ich halte die Reihenfolge der Rotationen für immens wichtig, in unserer Klinik kann es zum Beispiel passieren, dass man in der Neurochirurgie beginnt oder zumindest bereits im 1. Jahr in „großen Bereichen“ ist. Dies folgt zumindest bei uns keinem System und gefährdet die Patientenversorgung.“

- „strukturierter Rotationsplan in erster anästhesiologischer Weiterbildungsstätte (Universitätsklinikum) formal vorhanden, de facto jedoch wiederholt kurzfristige Umdisponierung ohne Begründung.“
- „Gut wäre eine Frage gewesen zur speziellen Ausbildung in der (peripheren) Regionalanästhesie, diese wird meines Erachtens viel zu selten betrieben.“
- „Man könnte unterscheiden, ob die Supervisionen durch Oberärzte regelmäßig stattfinden bzw. ob sie auch effizient sind.“
- „Genaueres Abfragen, wie häufig Teaching tatsächlich stattfindet, wäre gut“
- „Fragen zur Einschätzung der Personalführungs- und Weiterbildungskompetenz der Führungsebene.“
- „Promotionsmöglichkeit nach Studiumabschluss im eigenen Krankenhaus sollte deutlich verbessert werden. Wenn man erstmal arbeitet ist es kaum noch möglich eine Promotion anzustreben.“

Kommentare zu Dienstbelastung und Bezahlung

- „Nacht- und Wochenenddienste werden zu schlecht bezahlt bei sehr hoher Auslastung/Verantwortung!!“ (4 Nennungen)
- „Ggf. noch erheben wie die Überstunden/Bereitschafts-Dienste bezahlt werden und ob hier mehr Wertschätzung nötig wäre.“ (4 Nennungen)
- „Ein großes Thema bei uns ist auch die Pausenregelung, die es bisher nicht gibt! D.h. im Klartext, dass wir jeden Tag eine halbe Stunde Pause einarbeiten, diese vom Gehalt abgezogen wird, in der Realität aber keine Pausen stattfinden. Auf die Dauer ein haltloser Zustand! Bei anfallenden Überstunden wird dann sogar noch einmal eine viertel Stunde Pause abgezogen. Ein Eintragen der fehlenden Pause als Überstunden wird von OA-Seite abgelehnt und ist untersagt.“
- „Fachrichtungen im Krankenhaus müssen unterschiedlich vergütet werden. Siehe Arbeitsbelastung Intensivstation/Anästhesie/ Unfallchirurgie/Notfallambulanz vs. Station Dermatologie, Augenheilkunde, Reha etc.“

Kommentare zur Arbeitsverdichtung/Ökonomisierung

- „Arbeitsverdichtung und schlechte Weiterbildung sind die größten Probleme.“
- „Wenn eine wechselseitige Abhängigkeit zwischen Klinik und Assistenten bestünde (nicht nur eine einseitige wie momentan in D), würde sich der Fokus auf die Ausbildung verschieben, Personal würde eingestellt werden, um die fähigen Leute für die Jungen freizustellen. Ohne ein Feedbacksystem (sei es durch rückgekoppelte Vergütung, anonyme Pflichtfeedbacks etc.) besteht kein Druck Qualität nachwachsen zu lassen! Ältere wie jüngere Fachärzte bestätigen, dass außer einer lediglich papiergebundenen Verschulung des Curriculums die tatsächliche Vermittlung von praktischen Fähigkeiten und vor allem die Möglichkeiten dazu radikal abgenommen haben. Die Versorgung der Patienten ist das Wichtigste: Die Kürzungen im Gesundheitssystem gehen deshalb zu Lasten der Ausbildung – merkt man erstmal nicht.“
- „Die Arbeitsverdichtung durch Stellenmangel und Budgetmangel sind in unserer Klinik sehr stark ausgeprägt. Man hat keine 5 Minuten Zeit über einen Patienten auf der Intensivstation nachzudenken und es ist eine reines „Verwalten“ von Patienten, nicht behandeln.“
- „Unser KH ging von einem privaten an einen kommunalen Besitzer über. Wir bekommen von jedem Träger zu hören, dass wir zu teuer, sprich zu hohe Löhne, seien/hätten. Der CA und Ltd. OA unterstützen uns sehr in der Ausbildung, wenngleich unser Haus nur 4 Jahre FB hat. Ich bin ausgebildete Internistin und habe den Eindruck, dass sich die Ausbildung in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. Es gibt einfach nicht mehr so viele junge Kollegen, und wenn diese da sind lassen Sie sich auch nicht mehr so viel gefallen, wie ich früher, als es auf eine Stelle z.B. 100 Bewerber gab. Generell finde ich die deutsche Ärzteschaft schlecht bezahlt im Vergleich zu anderen Ländern. Mein Schwager ist Arzt im Iran und verdient ein Vielfaches von mir, bei etwa gleicher Arbeitsbelastung. Das ist schon ärgerlich. Trotzdem, ich bin mit meiner Ausbildung zur Anästhesie sehr zufrieden. Lg“
- „Innerhalb meiner Weiterbildung habe ich wegen der Arbeitsbedingungen schon 4 mal das Haus gewechselt. Zu Beginn war meine Ausbildung an einem Haus der Maximalversorgung eigentlich gut. Zunehmend verschlechterten sich die Bedingungen allerdings wegen des Zeitdrucks und der finanziellen Situation des Hauses. Besonders auffallend war die massive Verschlechterung der Ausbildung der neuen Anfänger und zwar in allen Häusern. Es wurden junge Assistenten sehr schnell allein im Saal gelassen (nach zwei/drei Wochen „Grundausbildung“) und zum Teil zu eiligen Sectiones geschickt ohne ober- oder fachärztlichen Hintergrund. Um gewisse Rotationen musste man immer kämpfen (Kinder, Schädel, Ein-Lungenventilation). Besonders die fiberoptische Wachintubation wird von einigen Chefärzten komplett abgelehnt mit dem Hinweis auf Glidescope/C-Mac, ohne zu beachten, dass die Methode ja im Fachartzkatalog fest implementiert ist. Man muss externe Kurse belegen um die Methode zu erlernen. Durch überlappende Einleitungen, die bekanntermaßen keinerlei Zeitersparnis bringen, wird besonders den weniger erfahrenen Kollegen das Erlernen von PDK/ZVK und Regionalanästhesien vorenthalten. Mein Fazit: Die Ausbildung leidet unter dem Zeit- und Kostendruck, die Arbeit verdichtet sich und alles wird mehr oder weniger an den Anästhesisten ausgelassen. Die schönen Zeiten sind vorbei!“
- „Sehr gute Umfrage. Das Problem der Ökonomisierung hätte noch detaillierter aufgegriffen werden können.“

Kommentare zur Arbeitsatmosphäre

- Fragen zur Arbeitsatmosphäre (2 Nennungen)
- „Bedeutung ausländischer Kollegen hat in den letzten 5 Jahren erheblich zugenommen und sollte berücksichtigt werden. Sprachliche, fachliche aber auch mentale Schwierigkeiten nehmen zu. Zusammenhalt unter den Kollegen nimmt ab.“
- „Inzwischen haben wir ca. ein Drittel fremdsprachige Kollegen bei uns im Klinikum (durchgehend durch alle Abteilungen). Wir brauchen sicherlich diese Kollegen aus dem Ausland zur Sicherstellung der Patientenversorgung. Allerdings häufen sich Kommunikationsprobleme (Kollegen untereinander, sowie mit Patienten). Da es so viele „neue“ Kollegen sind, kommt es statt Integration zur Ghetto-Bildung. Allerdings habe ich leider keine Lösung für das Problem. Deutsche Kollegen bewerben sich nicht bei uns.“
- „Unzufriedenheit durch schlechtes Arbeitsklima zwischen Kollegen? Kenne ich von einigen Freunden aus anderen Kliniken – Stichwort: Ellenbogen.“

Kommentare zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Genderproblematik

- „Vielen Dank für Ihre Umfrage. Für mich ist gerade ein Punkt sehr wichtig: Arbeiten in der Schwangerschaft. Habe bisher noch nix – außer dem Dienstplaneinteiler darüber erzählt (6. SS-Monat), weil ich sonst quasi in die Prämedikation verdammt werde. Dann kann ich meinen Facharzt nicht fertig-/weitermachen. Danke es sind dringend Anpassungen bei Mutterschutzgesetz/Positivliste nötig.“
- „Zum Thema Teilzeit – bei uns ist es problemlos möglich einen Teilzeitvertrag zu bekommen, man hat dann allerdings kein festes Regime – z.B. feste Tage. Man muss dann arbeiten, wenn es in den Dienstplan passt und den endgültigen Dienstplan (den Teil mit Schichtfrei usw.) gibt es z.B. erst 2 Wochen vorher. Zum Thema Kinderbetreuung – mein Arbeitgeber betreibt eine Kita, leider mit total unzureichender Kapazität. Danke für diesen Fragebogen, ich habe nachgedacht und dadurch herausgefunden, was mich am meisten stört.“
- „Es gibt nur den Punkt „Beruf und Familie“. Auch Menschen ohne Familie haben ein Recht auf Freizeit und erträgliche Arbeitsbedingungen. Die „Kinderlosen“ müssen, sehr viel für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für die Eltern abfangen, nur so funktioniert es für diese. Aber so bleiben sie ewig kinderlos und hinterher heißt es, Akademiker kriegen keine Kinder. Also gerade auch für diese Gruppe muss selbstbestimmte Zeit garantiert werden, weil sie meist noch mehr arbeiten.“
- „Ein relevantes Problem der Weiterbildung in Teilzeit ist, dass Dienstzeiten nicht erfasst werden. Wenn jemand eine 50%-Stelle hat, kommen zusätzlich noch die Dienste hinzu, so dass die tatsächliche Arbeits(-zeit)belastung bei mehr als 50% liegt. Weniger als 50%-Teilzeit wird aber bei der Weiterbildung nicht anerkannt. Im Umfang einer halben Stelle zu arbeiten, ist somit leider nicht möglich.“
- „Nicht erwähnt wurde die Problematik der Geschlechter. In unserer Abteilung gibt es seit kurzem EINE Oberärztin bei 24 Oberärzten. Allein wegen des Geschlechts hat man als Frau so gut wie keine Chance auf eine OA-Stelle, geschweige denn als Teilzeitbeschäftigte. Um eine Karrierechance zu haben muss man hier männlich sein.“
- „Teilzeitarbeit wird ermöglicht, bedeutet aber einen Karriereeinschnitt/weniger Förderung.“
- „Unterscheidung zwischen männlichen und weiblichen Arbeitnehmern, bzw. das subjektive Empfinden darüber und Benachteiligung von Teilzeitkräften, sowie Eltern v.a. Müttern“
- „eine Teilzeitarbeit ist bei uns gut möglich und es gibt mehrere Kolleginnen die dies auch machen. Allerdings habe ich das Gefühl, dass eine Teilzeitstelle bedeutet, nicht mehr so sehr gefördert zu werden. Eine wissenschaftliche Arbeit würde mir gut gefallen, da ich auch eine praktische Arbeit im Labor für meine Dissertation gemacht habe. Allerdings möchte ich ungern an eine Uni und zudem nicht Vollzeit in der Klinik und zusätzlich im Labor arbeiten. Ich würde mich über Projekte freuen, an denen auch Kollegen aus nicht-universitären Häusern unkompliziert teilnehmen könnten. Z.B. auch Daten sammeln oder für ein paar Wochen/Monate an einem Projekt an der Uni mitarbeiten könnten. Da wäre ich sofort dabei.“
- „Wie sieht es mit der Wertschätzung der Arbeit der Eltern aus? Die Eltern arbeiten 100% und man muss sich entschuldigen, dass das Kind krank ist oder dass man nicht kurzfristig einen Dienst übernehmen kann. Man arbeitet 60 Stunden die Woche und muss pünktlich raus, um das Kind pünktlich aus der Kita abzuholen und trifft auf komplettes Unverständnis.“
- „Sehr gute Umfrage! Das Hauptproblem an meiner Klinik ist die mangelnde Wertschätzung (es kann nie schnell genug gehen) und die eingeschränkten Karrierechancen für Frauen: Frauen „steigen“ auf der „Karriereleiter“ nur so weit auf, wie sie es bis zum ersten Kind geschafft haben. Danach sind sie als Teilzeitkräfte eher Mitarbeiter 2. Klasse, die nicht mehr in allen Bereichen eingesetzt werden. Traurig, aber wahr.“
- „Ein oder zwei Möglichkeiten zur genaueren Beschreibung bestehender Unzufriedenheit wäre gut. Trotzdem vielen Dank für die Umfrage. Man weiß zwar dass viele unzufrieden sind, aber dennoch ist man damit außerhalb des Krankenhauses alleine und hat das Gefühl nichts tun zu können ohne als faul und schlechter als die anderen Kollegen zu gelten. Ich habe das Gefühl auf der Stelle zu treten und meinem Beruf in 70% Teilzeit nicht gerecht werden zu können. Ich arbeite mehr als meine Freundinnen, habe viel Verantwortung, verdiene schlechter und habe täglich Angst nicht gut genug zu sein/Fehler zu machen. Oft wünsche ich mir eine andere Fachrichtung gewählt zu haben.“