VISZERALCHIRURGIE 25.08.2022

Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung von Chirurg:innen in Deutschland – wo stehen wir aktuell?



Mittlerweile sind 14 Jahre vergangen, seitdem die Berufssituation der Chirurg:innen im Rahmen einer Umfrage des BDC zuletzt evaluiert und in der Passion Chirurgie 2009 veröffentlicht wurde [1]. Es ist nicht verwunderlich, dass sich in diesem Zeitraum sowohl die Chirurgie als auch die Rahmenbedingungen weiter verändert haben. So nimmt nicht nur der Anteil an Frauen stetig zu, die chirurgisch tätig sein wollen, sondern vielmehr haben sich auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen deutlich geändert. Vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie eine möglichst ausgewogene Work-Life-Balance sind wesentliche Faktoren, die beide Geschlechter in der Entscheidung für ein schneidendes Fach beeinflussen.

Aufgrund der zunehmenden Relevanz berufspolitischer Themen im Arbeitsalltag, die die berufliche Zufriedenheit der Chirurg:innen in Deutschland beeinflussen, fokussiert die aktuelle Umfrage zunächst auf diese Thematik und bezieht beide Geschlechter ein.

Da bestimmte Themenkomplexe geschlechtsspezifisch sind, wurde der Fragebogen getrennt für Chirurginnen und Chirurgen entwickelt. Der Fragebogen enthielt dabei vollumfänglich 118 Fragen zu den Themen der Arbeits(zeit)gestaltung, der beruflichen Belastung sowie zu familiären und sozialen Kernpunkten. Analog einer im Jahr 2019 publizierten Befragung [3], in der es vor allem um die Neuregelung des Mutterschutzrechts ging, haben wir nochmals Fragen zur Tätigkeit schwangerer Chirurginnen aufgenommen. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Reformen nach dem Gesetz bis dato nicht in gewünschtem Maße umgesetzt sind. Mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und einem Anschreiben an die Mitglieder der einzelnen Fachgesellschaften sowie durch Nutzung von Social- Media-Möglichkeiten waren im Juni 2021 die Chirurginnen und Chirurgen in Deutschland eingeladen worden, an der Umfrage zur beruflichen Zufriedenheit teilzunehmen. Die Auswertung erfolgte getrennt entsprechend der Meinungen der Chirurginnen und Chirurgen. Zeigten sich deutliche Differenzen, wird spezifisch darauf hingewiesen. Übereinstimmende Äußerungen wurden als solche zusammengefasst.

Basisdaten

Insgesamt beteiligten sich 1.940 Chirurginnen und Chirurgen. Dabei zeigte sich in der Beantwortung der Fragebögen eine Geschlechterverteilung von 1.276 Männern (65,2 %) und 662 (34,1 %) Frauen (2 Befragte gaben „Divers“ an). Prozentual bezogen auf die Grundgesamtheit der in Deutschland mit 5.123 tätigen Ärztinnen und 19.655 Ärzten in chirurgischen Fachgebieten nahmen ca. 13 % aller Chirurginnen und nur knapp 6,5 % aller Chirurgen an der Beantwortung des umfangreichen Fragebogens teil [2]. Abbildung 1 illustriert die Altersverteilung der Umfrageteilnehmenden. 3,0 % der Befragten waren jünger als 30 Jahre und 50 % der Befragten zwischen 30 und 49 Jahre alt, also in einem Alter, in dem familiäre

Belange zunehmend im Vordergrund stehen. 42,8 % befanden sich zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr und 4,2 % waren älter als 65 Jahre.

89,8 % der Befragten waren zum Umfragezeitpunkt chirurgisch aktiv tätig (3,9 % erkrankt, in Mutterschutz oder Elternzeit, 3,2 % waren nicht mehr chirurgisch tätig, 0,5 % nicht berufstätig und 2,6 % im Ruhestand.)

Insgesamt konnten 1.749 (90,2 %) komplette Datensätze in die Auswertung einbezogen werden. Vielleicht war die Fülle der Fragen auch ursächlich dafür, dass 191 Fragebögen nicht vollständig beantwortet worden sind. 71,6 % der Befragten waren Mitglieder des BDC.

Im Folgenden wird vornehmlich auf die Themen der Arbeitszeitgestaltung eingegangen. Die Ergebnisse der weiteren Kernthemen wie psychische Belastung und Fragen zum Thema Operieren in der Schwangerschaft sowie Unterstützung in der Betreuung von Kindern und Angehörigen werden zu einem späteren Zeitpunkt publiziert.

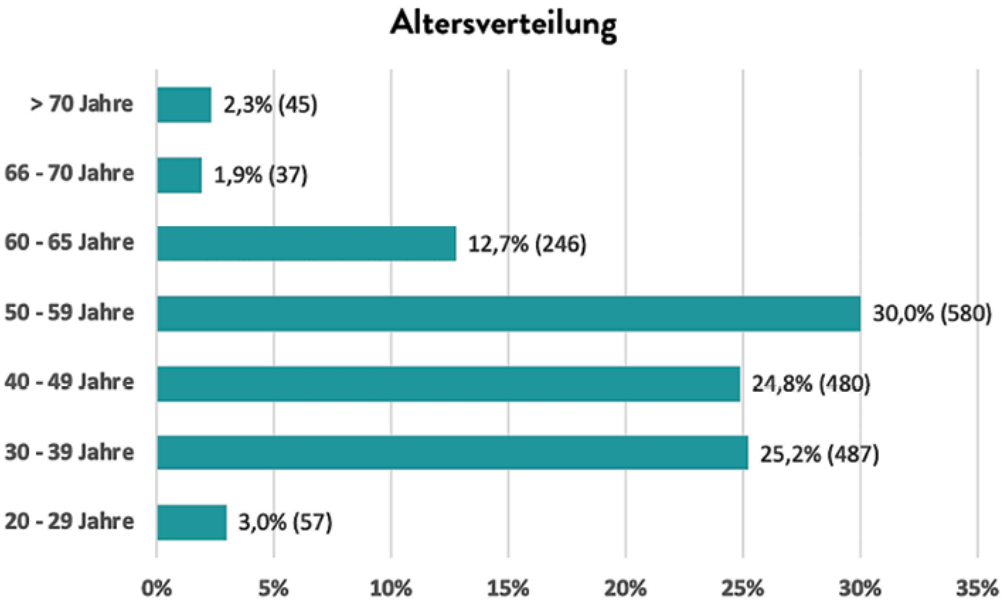

Abb. 1: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer:innen

Betrachtet man den Versorgungstyp, in dem die Befragten tätig sind, so wurden hier mehrheitlich Krankenhäuser der Grund- und Regel- sowie Schwerpunktversorgung angegeben. In etwas mehr als 30 % arbeiten die Teilnehmer:innen der Umfrage in Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie Universitätskliniken (Abb. 2). 13 % gaben an, im ambulanten Sektor (MVZ, Praxis) tätig zu sein. 2,5 % der Kolleg:innen sind in anderen Gesundheitseinrichtungen oder sonstigen Arbeitsverhältnissen tätig.

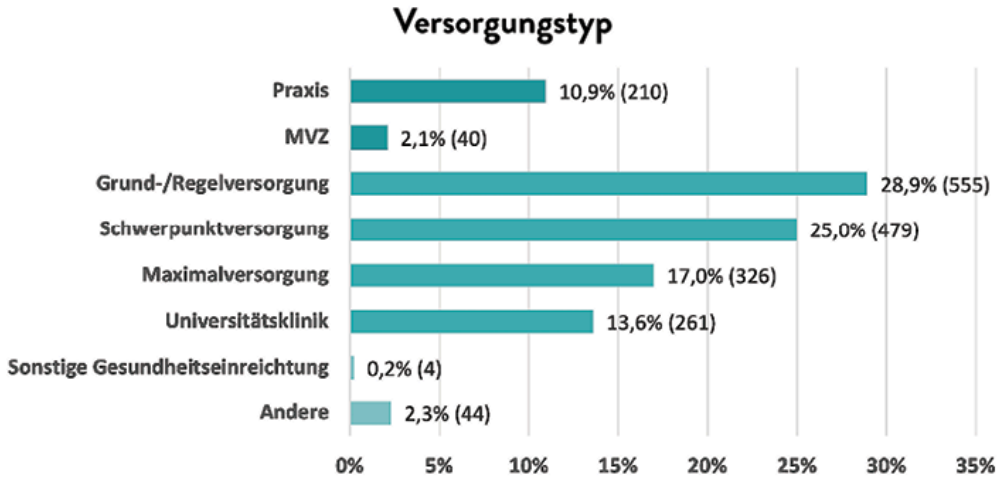

Abb. 2: Verteilung des Tätigkeitsbereichs anhand des Versorgungstyps

Ergänzend dazu wurde die Funktionsstellung innerhalb der Versorgungseinrichtung erfragt (Abb. 3). Interessanterweise fand sich dabei ein hoher Anteil an Oberärztinnnen und -ärzten sowie leitenden Ärzt:innen. Die differenzierte Darstellung der fachlichen Qualifikation zeigt deutlich, dass zunehmend Chirurginnen sich mit der Thematik auseinandersetzen. Unter den teilnehmenden Assistenz-, Fach- und Oberärztinnen und -ärzten waren die Frauen dominierend.



Abb. 3: Funktionsstellung innerhalb der Versorgungseinrichtung

Betrachtet man die Verteilung der Funktionsstellung in Abhängigkeit vom Geschlecht (Abb. 4), so findet sich indirekt in der Beantwortung dieser Frage ein noch deutlicherer Hinweis auf einen bestehenden „Gender Gap“ in der Besetzung leitender Positionen (Leitende/r Oberärztin/Oberarzt, Chefärztin/ Chefarzt, Ordinaria/ Ordinarius). Während 39 % der männlichen Teilnehmer angegeben haben, in dieser Position tätig zu sein, waren es lediglich 13,9 % der Frauen.

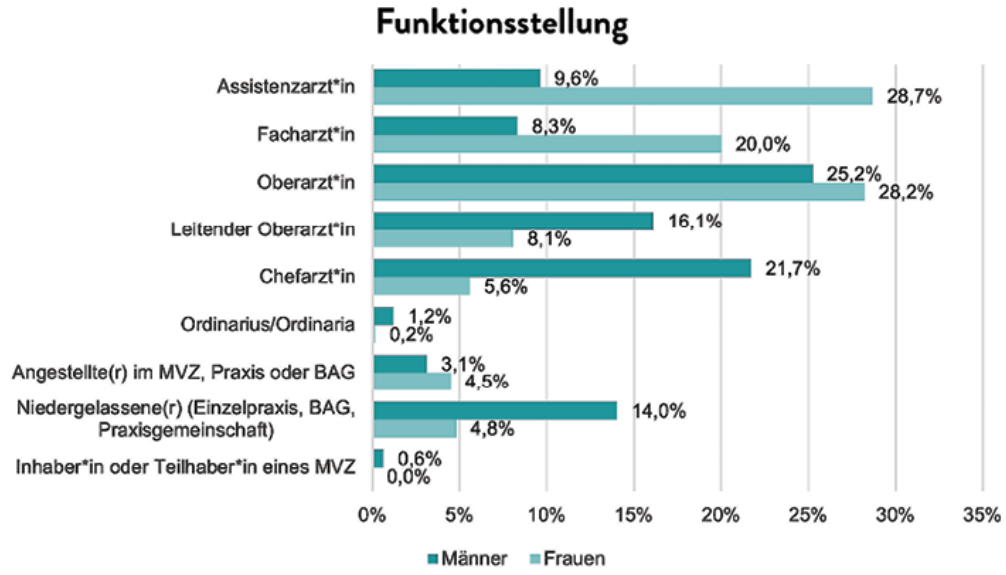

Abb. 4: Funktionsstellung in Abhängigkeit vom Geschlecht

Wie bereits zuvor geschildert, stellte die Erhebung der Arbeitsbedingungen einen wichtigen Teilaspekt dieser Umfrage dar.

Nachdenklich stimmte bei der Auswertung der Umfrage, dass nahezu die Hälfte der befragten Chirurginnen und Chirurgen bereits in Betracht gezogen hatte, ihre Profession aufgeben zu wollen (Abb. 5). Dabei muss an dieser Stelle berücksichtigt werden, dass der BDC und alle chirurgischen Fachgesellschaften seit Jahren intensiv versuchen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und unseren Nachwuchs für die Chirurgie zu begeistern. Trotz allem scheinen wir jedoch entscheidende Stellschrauben im chirurgischen Alltag, die uns an unserer Profession zweifeln lassen, nicht zu erfassen.

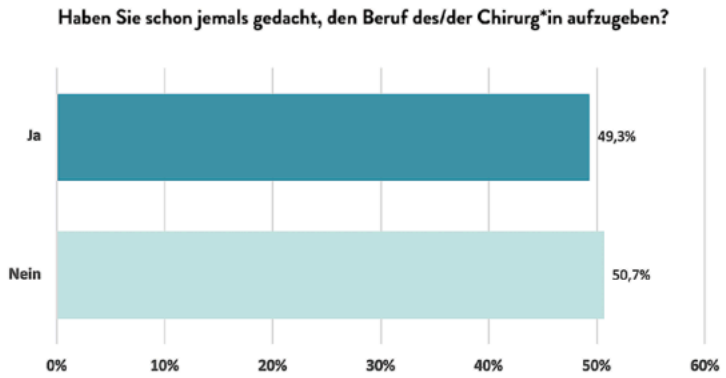

Abb. 5: Haben Sie daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?

Schaut man nach den Ursachen, so sind es neben der immer noch zunehmenden Bürokratie und den anfallenden administrativen Tätigkeiten, die vornehmlich als belastend angesehen werden, die Überstunden und langen Dienstzeiten (Abb. 6). Dies stimmt nachdenklich, da der Beruf immer noch um seine Attraktivität kämpft.

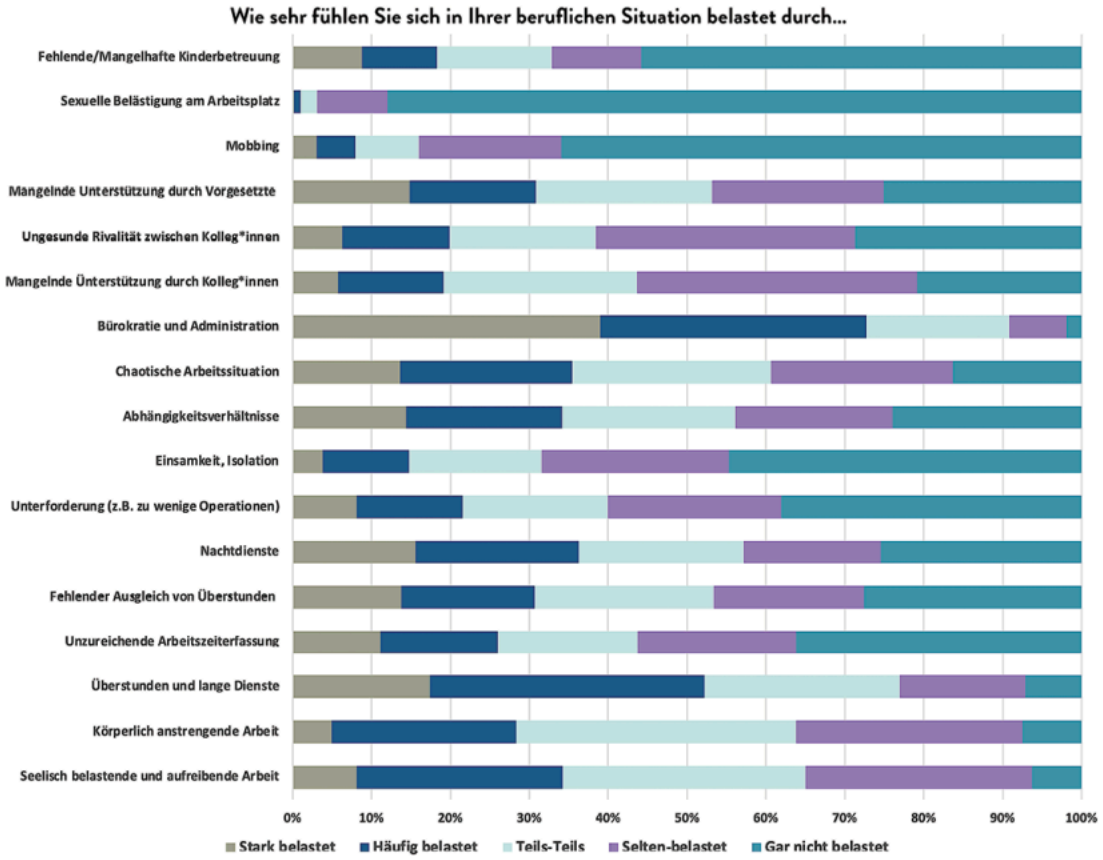

Abb. 6: Faktoren und deren Wichtung im Rahmen beruflicher Belastung

Ein wesentliches Kriterium bei der Facharztwahl bleibt die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Im Rahmen der Umfrage äußerten 62,7 % der Befragten diesbezüglich ihre Unzufriedenheit, wobei keine wesentlichen Unterschiede zwischen Chirurginnen und Chirurgen ersichtlich waren (Abb. 7). Unter den 37,3 % der zufriedenen Chirurg:innen waren tendenziell die Chirurgen jedoch immer noch etwas positiver gestimmt (Abb. 8).

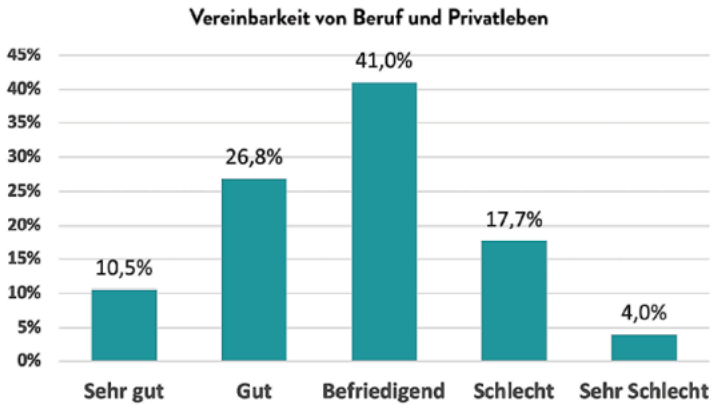

Abb. 7: Vereinbarkeit von Familie und Beruf

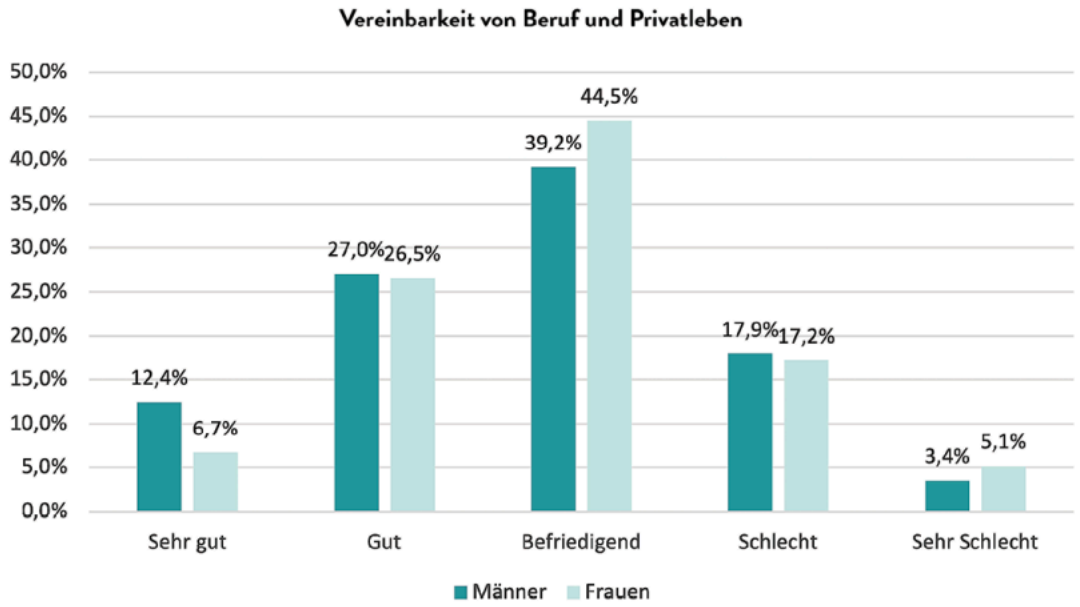

Abb. 8: Vereinbarkeit von Familie und Beruf (geschlechterspezifisch)

Zur Steigerung der Zufriedenheit der Ärzt:innen wird seit Inkrafttreten des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) im Jahre 2001 zunehmend die Möglichkeit zur Verkürzung der Wochenarbeitszeit genutzt. Bereits in einer vorangegangenen Umfrage des BDC unter Assistenzärzt:innen, eruiert 2018/ 2019, hatten 51,21 % angegeben, ggf. ihre Arbeitszeit reduzieren zu wollen, um der zunehmenden Arbeitszeitverdichtung und der hohen zeitlichen Arbeitsbelastung entgegenzuwirken [4].

Während es 2010 noch knapp 10 % der Chirurg:innen waren und die Zahl 2017 sich bereits verdoppelt hatte, liegt diese in der aktuellen Umfrage sogar bei 16,3 % [5, 6]. Dabei sind 32,2 % der in die Umfrage eingeschlossenen Chirurginnen bereits in Teilzeit tätig, aber auch immerhin 8,1 % der Chirurgen.

In arbeitsmedizinischen Untersuchungen zu Arbeitsvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung planten zu Weiterbildungsbeginn ca. ein Drittel der Ärztinnen als Fachärztin in Vollzeit arbeiten zu wollen. Am Ende der Weiterbildung hatte sich dieser Prozentsatz mehr als halbiert. [7]

Wird Arbeitszeit reduziert, entscheidet sich jede zweite Chirurgin und auch jeder zweite Chirurg für eine Reduktion auf 75 bis 80 % (Abb. 9).

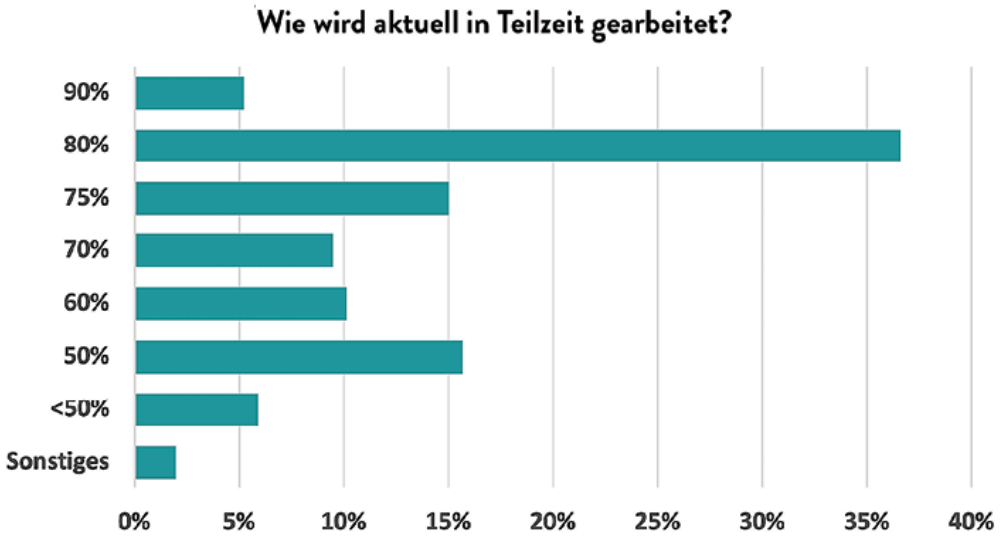

Abb. 9: Gewählte Teilzeitreduktion von Chirurg:innen

Bei verkürzter Arbeitszeit wird die tageweise Verkürzung bevorzugt, d. h. ein freier Tag pro Woche oder „gesammelte“ freie Tage. 62,1 % der Kolleg:innen, die bereits in Teilzeit tätig sind, haben keine Befristung ihrer Arbeitszeitverkürzung. Arbeitszeitverkürzung muss aber dem Anspruch einer Reduktion der ärztlichen Tätigkeit gerecht werden und bedeutet nicht, dass mit anfallenden Überstunden eine 40- bis 42-Wochenstunden-Arbeitszeit erreicht wird.

Betrachtet man die Gründe für die Wahl der Teilzeitarbeit, so war für Chirurginnen vornehmlich die Kinderbetreuung (60,9 %) der Grund, in Teilzeit zu arbeiten (Abb. 10). Dies deckt sich mit vorangegangenen Untersuchungen [7]. Bei den männlichen Kollegen war es die berufliche Belastung, die dazu führte, die Arbeitszeit zu reduzieren.

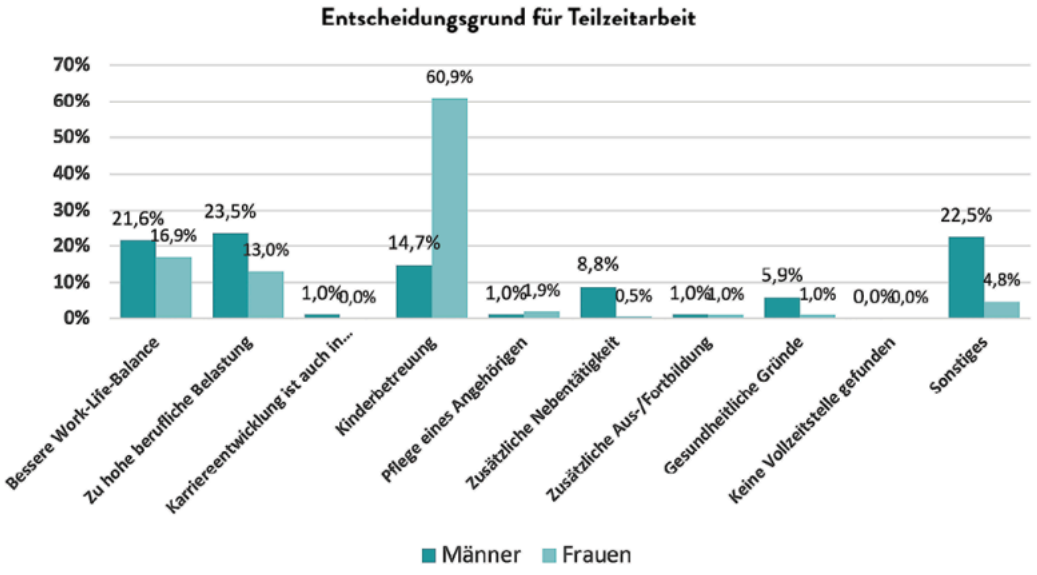

Abb. 10: Entscheidungsgrund für die Wahl der Teilzeitarbeit

Kolleg:innen, die nicht in Teilzeit arbeiten, wurden gefragt, ob sie sich vorstellen könnten, zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vorübergehend) ihre Arbeitszeit zu reduzieren. Das befürworteten 65,7 % der Chirurginnen und auch mehr als die Hälfte (51,6 %) der befragten Chirurgen (Abb. 11). Durchschnittlich 12 % der Chirurg:innen konnten sich diesbezüglich nicht entscheiden, schlossen die Möglichkeit aber auch nicht aus. Aber falls die Entscheidung zur Teilzeit getroffen werden sollte, haben tagefreie Arbeitszeitverkürzungen, ohne Begrenzung der zeitlichen Dauer der Vertragsänderung, Priorität.

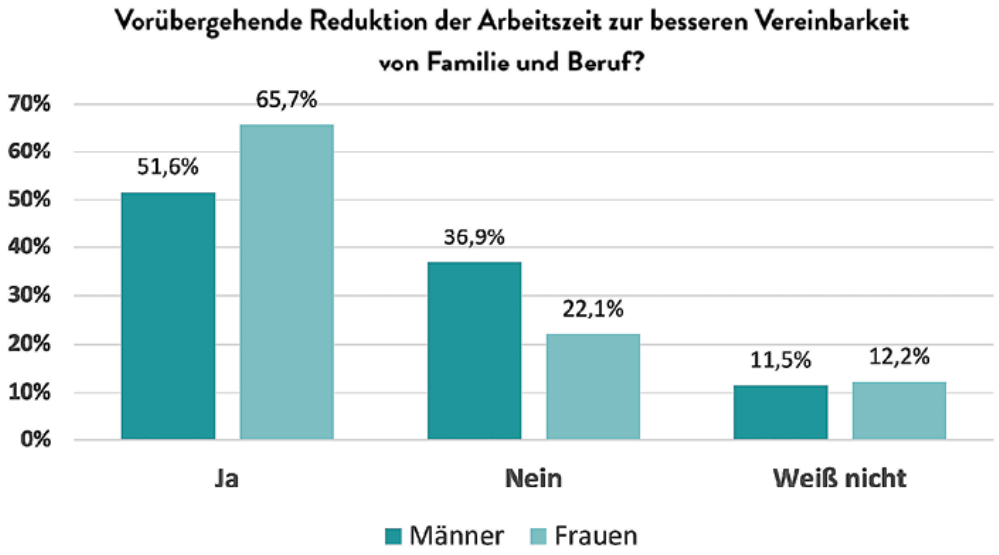

Abb. 11: Vorstellbarkeit einer vorübergehenden Teilzeitarbeit

Interessant waren die Gründe der Chirurg:innen, die keine Teilzeitstelle zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in Betracht ziehen. Zuerst ging es hierbei um die Verantwortung als Inhaber:in einer Führungsposition (26,4 %) gefolgt von den mit Arbeitszeitreduktion einhergehenden finanziellen Verlusten (23,9 %). Die Verlängerung der Facharztweiterbildung und ein möglicher Karriereknick wurden mit 5,7 % und 13,6 % als nicht so relevant angesehen. Betrachtet man allerdings die Chirurginnen und Chirurgen getrennt, zeigen sich auch die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Beweggründe (Abb. 12). Chirurginnen sehen als wesentlichen Grund einen möglichen Karriereknick, wenn sie ihre Arbeitszeit verkürzen, und befürchten auch doppelt so häufig, dass sich mit einer Verkürzung der Arbeitszeit die Facharztausbildung verlängert. Chirurginnen sind diejenigen, die bereits derzeit vornehmlich Teilzeit arbeiten und zumeist den höheren Anteil in der Dreifachbelastung Beruf, Familie und Haushalt innehaben. Mit dem Wunsch, der Familie, insbesondere den Kindern, als Mutter gerecht zu werden, treten bislang Karrierewünsche oft in den Hintergrund.

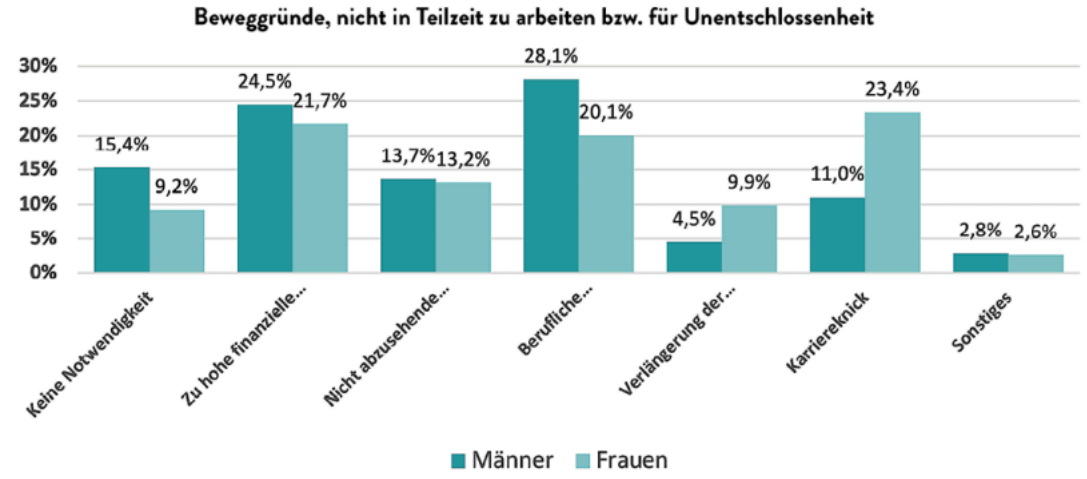

Abb. 12: Beweggründe, nicht in Teilzeit zu arbeiten

Die Forderungen nach der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes nach gesetzlichen Vorgaben setzen voraus, dass die Arbeitszeit korrekt erfasst wird. Immerhin erfreulich ist, dass 52,6 % der Befragten angaben, dass auf die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zunehmend geachtet wird (Abb. 13). Im Umkehrschluss muss allerdings auch konstatiert werden, dass bei 47,4 % der Befragten die rechtlichen Grundlagen kaum oder keine Berücksichtigung finden.

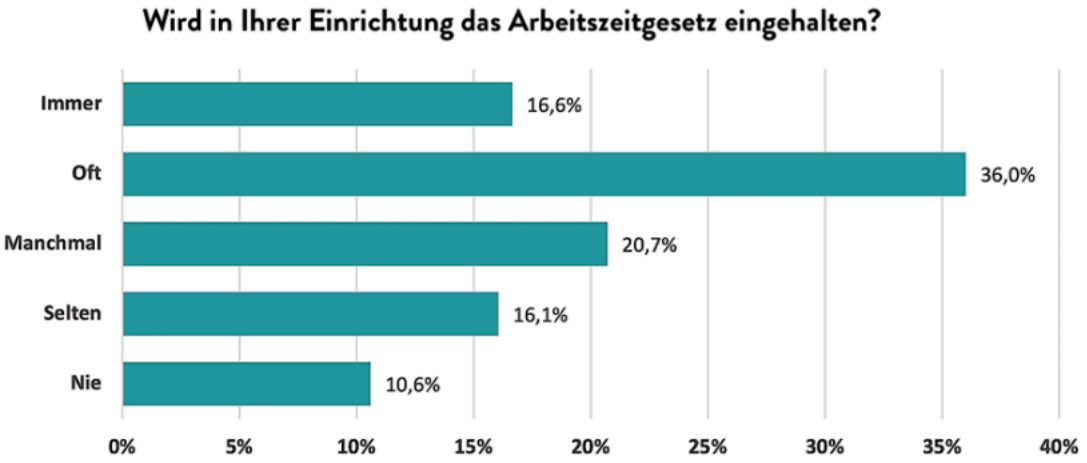

Abb. 13: Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes

Das spiegelt sich auch in der Angabe wider, ob Überstunden realistisch erfasst werden. Dies bejahten 49,8 % der Befragten, wobei die Erfassung zu knapp zwei Dritteln noch händisch und nur zu etwas mehr als einem Drittel digital erfolgt.

Dass keine Überstunden gemacht werden, gaben nur 4,2 % der Befragten an. Die Mehrzahl (60,8 %) absolviert hingegen wöchentlich 1 bis 10 Überstunden und immerhin knapp 35 % erarbeiten mehr als 10 Überstunden pro Woche (Abb. 14).

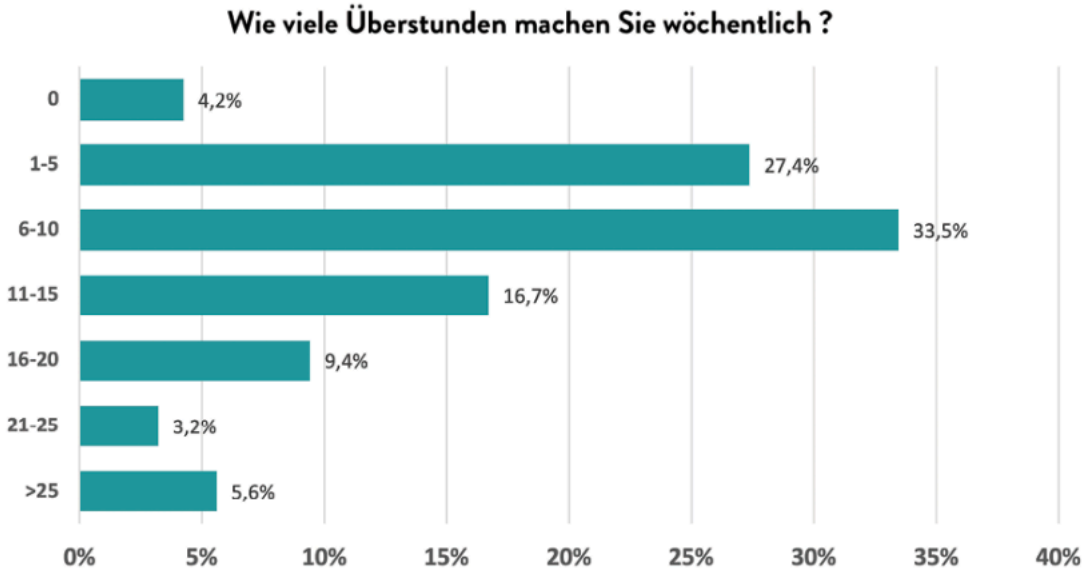

Abb. 14: Anzahl der Überstunden pro Woche

Überraschend und erschreckend zugleich war, dass immerhin schon 27,7 % der Befragten von ihrem Arbeitgeber aufgefordert worden waren, Überstunden zu machen, ohne diese zu dokumentieren.

Fallen Überstunden an, wurde hinterfragt, wie sie ausgeglichen werden (Abb. 15). Als Auswahlmöglichkeit bei der Beantwortung dieser Frage standen der „Ausgleich durch Freizeit“ (27,6 %), der „Ausgleich durch Bezahlung“ (7,6 %), die Möglichkeit, entweder Freizeit oder Bezahlung in Anspruch nehmen zu können (22,4 %), zur Verfügung. Die Teilnehmenden konnten allerdings auch angeben, dass nur ein anteiliges Ausgleichen erfolgt, da Überstunden auch nicht adäquat erfasst werden. 23 % der Befragten verneinten sogar einen Ausgleich der Überstunden in jeglicher Art und Weise.

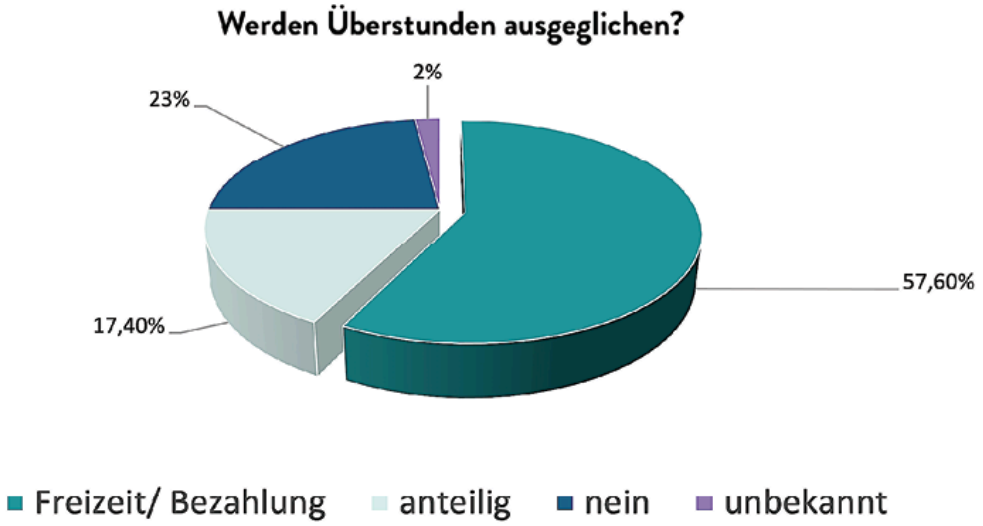

Abb. 15: Ausgleich der Überstunden

Zum Abschluss der Thematik Arbeitszeit wurde die Frage nach der Dienstart und der durchschnittlichen monatlichen Dienstbelastung gestellt. Die Abbildung 16 zeigt die durchschnittliche Verteilung. Werden Chirurginnen und Chirurgen getrennt betrachtet, fällt auf, dass Chirurgen zu 24,9 % keine Dienste machen, während Chirurginnen nur in 14,5 % nicht mehr in das Dienstsystem aktiv eingebunden sind. Möglicher Grund könnte sein, dass die Mehrzahl der teilnehmenden Chirurgen Leitungspositionen besetzen und damit oftmals nicht mehr unmittelbar in das Dienstsystem integriert sind.

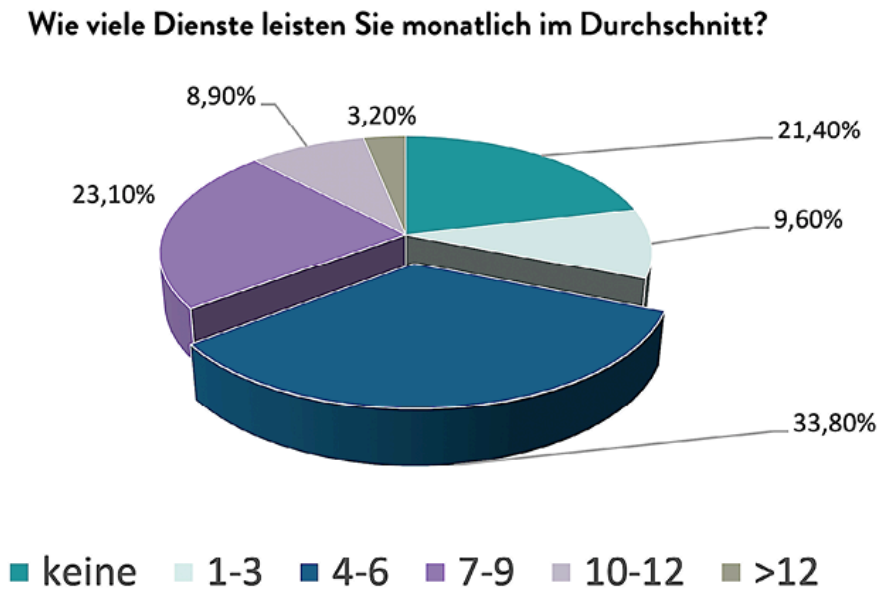

Abb. 16: Dienstanzahl pro Monat

Betrachtet man die Belastung durch Arbeitszeit, Überstunden und Dienste unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, kommen immer wieder Diskussionen bezüglich der vermehrten Einführung von Schichtdienstmodellen auf. Zum Umfragezeitpunkt arbeiteten 10,5 % der befragten Kolleg:innen in einem Schichtdienstmodell. Dabei war mit 73,2 % das Zweischichtsystem führend. Interessiert hatte, inwieweit die Chirurg:innen in Deutschland Schichtdienstmodelle als Alternative zur Verbesserung der Work-Life-Balance ansehen würden. Ganz klar geben 94 % der Befragten dem „Nicht- Schichtdienst“ den Vorrang. In Schichten zu arbeiten, bedeutet nicht nur einen ungesünderen Wechsel des Tag-Nacht-Rhythmus. In Schichten zu arbeiten, wird auch als wesentlicher Nachteil angesehen, familiäre und freizeitliche Bedürfnisse und das Pflegen sozialer Kontakte in Einklang zu bringen. 41,4 % der Befragten haben in einer Medizinerin/einem Mediziner einen festen Partner gefunden. Stellt man sich vor, dass beide in Schichtsystemen arbeiten müssen, ist ein familiäres Privatleben mit hohem organisatorischem Aufwand und insgesamt nur schwer zu realisieren. Eine Tätigkeit im Schichtdienst wurde aber auch zu 53,8 % sowohl von Chirurginnen als auch von Chirurgen als Nachteil in der Karriereentwicklung angesehen, 29,8 % waren gegenteiliger Meinung und 16,4 % unentschlossen, vermutlich, weil eine entsprechende Erfahrung mit Schichtdienstmodellen fehlt.

Fazit

Ein Arbeiten in Schichtmodellen stellt keine Alternative dar, um die „schneidende Kunst“ aufzuwerten. Eher verlangt es eine stringente Umsetzung der realistischen Erfassung der Arbeitszeiten. Moderne Gestaltungsansätze der Arbeitszeit wie Teilzeit, Jobsharing und flexible Arbeitszeiten, müssen nicht nur diskutiert, sondern umgesetzt werden, was ein Umdenken in Geschäftsführer- und Chefarztebene erfordert. Nur so steigert sich die Attraktivität des Chirurg:innen-Seins und schafft lebenswertere Arbeitsbedingungen, vornehmlich in Krankenhäusern.

Literatur

[1] Ansorg J, Leschber G: Chirurgin in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage 2008. Der Chirurg BDC. 2009; 4 178-187

[2] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (2019). Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2018. Im Internet: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00060822/2120611197004_korr19052021.pdf. Stand 22.02.2022)

[3] Fritze-Büttner F. et al: BDC- Umfrageergebnisse: Operieren in der Schwangerschaft. Passion Chirurgie 03_2019. Im Internet: https:// www.bdc.de/bdc-umfrageergebnisse-operieren-in-der-schwangerschaft. (Stand 22.02.2022)

[4] Braun BJ. Gemeinsame Asisstentenumfrage des BDC und des Perspektivforums Junge Chirurgie der DGCH 2018/2019. Im Internet: https://www.bdc.de/gemeinsame-assistentenumfrage-des-bdc-und-des-perspektivforums-junge-chirurgie-der-dgch-2018-2019/?parent_cat=. (Stand 22.02.2022)

[5] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (2010). Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2012. Im Internet: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00010402/2120611107004.pdf. (Stand 22.02.2022)

[6] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (2017). Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2018. Im Internet:

https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00041114/2120611177004_Korr01112018.pdf. (Stand 22.02.2022)

[7] Ziegler S, Krause, Solberg L, Scherer M, Van den Bussche H. Arbeitszeitvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Bundesgesundheitsbl 2017. 60:115-1123. doi: 10.1007/s00103-017-2610-1

Fritze-Büttner F, Kunze C, Mille M: Zufriedenheit und Arbeits(zeit)gestaltung von Chirurg:innen in Deutschland – wo stehen wir aktuell? Passion Chirurgie. 2022 Juli/August; 12(07/08): Artikel 04_02.

Autor:innen des Artikels



Dr. med. Frauke Fritze-Büttner

Leiterin Themen-Referat Familie & berufliche Perspektiven im BDC
Leitende Oberärztin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Sana Klinikum Lichtenberg
Fanningerstr. 32
10365 Berlin

Kontakt



Claudia Kunze

Presse- & Öffentlichkeitsarbeit
Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

Kontakt



Markus Mille

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Helios Klinikum Erfurt

Kontakt