

college



Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Untersuchung über die Gründe der Abweichungen von der
Minstdauer zum Erwerb des ersten Facharztstitels

PD Dr. Peter Berchtold, Dr. Christof Schmitz, college M Bern

Prof Dr. Marcel Zwahlen, ISPM Universität Bern

Bern, 15. Oktober 2019

Inhalt

Executive Summary	3
Eine kurze Historie der ärztlichen Weiterbildung	5
Zielsetzung der Studie	7
Was wir zur Dauer der ärztlichen Weiterbildung bereits wissen	7
Studiendesign	8
Studienergebnisse	9
Synthese	18
Weiterbildungsdauer und Gründe	18
Karriereziele und Zufriedenheit	19
Empfehlungen	20
Literatur	23
Anhang 1: Dauer Weiterbildung und Alter bei Erwerb FAT	25
Anhang 2: Methodisches Vorgehen	26
Anhang 3: Fragebogen	27



Executive Summary

Primäres Ziel des Ressortforschungsmandats war eine Auslegeordnung der Gründe, welche zur faktischen Dauer bis zum Erlangen des ersten Weiterbildungstitels bzw. zur Abweichung gegenüber der gemäss Weiterbildungsordnungen (WBO) minimalen Weiterbildungszeit führen. Sekundäres Ziel war die Frage, welche Auswirkungen eine Umgestaltung der Weiterbildungsgänge bzw. eine Verkürzung der Weiterbildungsdauer und eine frühere eigenverantwortliche Tätigkeit auf die Versorgungsstruktur hätte.

Befragt wurden 716 Ärztinnen und Ärzte mit eidgenössischem Arzt diplom, die in den Jahren 2017 und 2018 einen Facharzt titel in Allgemeiner Innerer Medizin, Chirurgie, Ophthalmologie oder Psychiatrie/Psychotherapie erworben hatten. An der Befragung teilgenommen haben 251 bzw. 35%. Die Ergebnisse können auf die fünf folgenden Punkte verdichtet werden:

- In den vier befragten Fachbereichen stellen überlange Weiterbildungsdauern (über 24 Monate über WBO-Vorgabe) kein durchgehend signifikantes Problem dar, wobei zwischen den Fachbereichen bedeutende Unterschiede bestehen.
- Die Gründe für eine Verlängerung der Weiterbildungsdauer sind eher auf Seiten der Weiterzubildenden und deren Präferenzen zu suchen, und zwar im Sinne individueller Karriereplänen oder von veränderten professionellen Leitbildern. Im Vordergrund stehen bei den Ärztinnen Elternzeit, Urlaub und Unterbrüche aus privaten Gründen. Bei den Ärzten werden häufiger berufliche Kategorien wie zusätzliche Weiterbildungen und Fremdjahre sowie wissenschaftliche Tätigkeiten angegeben.
- Bemerkenswert ist ein enorm hoher Anteil von 82% derjenigen, die künftig (d.h. nach Erlangen des Facharzt titels) in Teilzeit (mehrheitlich zwischen 60-80%) arbeiten wollen. Dies kann als Zeichen einer zunehmend kritischen Kluft zwischen den Präferenzen der Weiterzubildenden und der Realität in den Weiterbildungsstätten gedeutet werden.
- Mit Blick auf die Karriereziele der Befragten zeigt sich insbesondere in den beiden «grossen» Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie eine sehr geringe Attraktivität für die hierarchisch höchste Position im System, den Chefarzt/die Chefärztin, die zudem noch geschlechtsspezifisch unterschiedlich verteilt ist.
- Zusammenfassend deuten die Ergebnisse auf einen sich vollziehenden Wandel professioneller ärztlicher Leitbilder und der Karriereziele hin, der in mittlerer Zukunft die ärztliche Weiterbildung und Versorgung intensiviert unter Druck setzen wird. Nochmals verstärkt werden könnte dieser Druck durch die schweizerische Arbeitsmarktsituation der Ärztinnen und Ärzte. Zu fragen wäre weiterhin, inwieweit die Vorstellungen der heutigen Weiterbilder auf der einen und der Weiterzubildenden auf der anderen Seite in Hinblick auf die Zukunft der nächsten Ärztegeneration in einem potentiell kritischen Ausmass auseinanderdriften.

Mit Blick auf die sekundäre Studienfrage, welche Auswirkungen eine Umgestaltung der Weiterbildungsgänge bzw. eine Verkürzung der Weiterbildungsdauer und eine frühere eigenverantwortliche Tätigkeit auf die Versorgungsstruktur hätte, formulieren wir vier Empfehlungen, nämlich

- dass kurz- und mittelfristig eine alleinige Verkürzung der minimalen Weiterbildungsdauern oder frühere eigenverantwortliche Tätigkeit wenig Nutzen für die Versorgung bzw. für eine Korrektur der fachlichen und regionalen Fehlverteilung bringen würden,



Dauer der ärztlichen Weiterbildung

- dass sich ein Umbau ärztlicher Weiterbildungscurricula im Sinne von «Entrustable professional activities» (EPAs) empfiehlt, weil dadurch spezifischere, flexiblere und Praxis-bezogenere Weiterbildungen möglich werden, und dass die entsprechenden in der Schweiz bereits bestehenden Entwicklungen stärker zu fördern wären,
- dass verstärkt Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich sowie Teilzeitweiterbildungsmöglichkeiten im stationären Setting anzubieten wären und sich verstärkte professionelle Beobachtung und Reflexion des sich wandelnden Berufsfeldes unter Berücksichtigung der Präferenzen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte dringend empfehlen würden,
- dass weitere Fragen nach Beantwortung rufen, wie beispielsweise nach (1) den von den Weiterzubildenden präferierten Arbeitsmodellen während der Weiterbildung, (2) der Realisierbarkeit von Teilzeitweiterbildungsstellen an stationären Weiterbildungsstätten, (3) möglichen Fördermassnahmen und konkreten Projekten zur raschen Einführung von «Entrustable professional activities EPA» in die Weiterbildungscurricula.



Eine kurze Historie der ärztlichen Weiterbildung

Die Entwicklung der ärztlichen Weiterbildung war immer schon durch eine Spannung zwischen akademischen und praktischen Lernformen geprägt. Bis weit in das 19. Jahrhundert hinein gab es in Europa eine klare Unterscheidung zwischen «akademisch» ausgebildeten Ärzten und «praktisch» ausgebildeten Chirurgen. Während die akademischen Ärzte ihre Ausbildung mit einer «Dissertation», einer kleinen wissenschaftlichen Arbeit als einzige Prüfung abschlossen, entsprach die chirurgische Ausbildung einer praktischen Lehre, zu deren Abschluss das erlernte Wissen und die erworbenen praktischen Fertigkeiten rigoros überprüft wurden. Die chirurgisch tätigen Ärzte waren zu jener Zeit in Gilden organisiert und diese professionellen Körperschaften waren sich der offensichtlichen Risiken der Berufsausübung ihrer Mitglieder bewusst und deshalb sehr um eine genaue Überprüfung der Kompetenzen der angehenden Chirurgen bemüht (Custer 2018).

Mitte des 19. Jahrhunderts nahm die Bedeutung der akademischen Seite und der wissenschaftlichen Beobachtung von Krankheiten zu. Allerdings blieb die ärztliche Aus- und Weiterbildung bis Anfang des 20. Jahrhundert ausgesprochen heterogen und planlos, auch wenn in dieser Zeit in einigen Ländern staatliche Gremien erste Aufsichtsfunktionen gegenüber der ärztlichen Aus- und Weiterbildung übernahmen. Der Arztberuf war zu jener Zeit auch mangels wirksamer Behandlungsmöglichkeiten extrem fordernd und gleichzeitig wenig attraktiv. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass gemäss Einschätzung der AMA – American Medical Association – damals nicht mehr als 10% der Ärzte in der Lage waren, einen angemessenen Lebensunterhalt zu verdienen (AMA 1913). Wenig überraschend ist daher, dass sich in dieser Zeit und auch getrieben durch neue Fortschritte etwa zur Vermeidung von Infektionskrankheiten der Ruf nach stärker strukturierter und auf wissenschaftliche Erkenntnisse ausgerichtete Aus- und Weiterbildung lauter wurde. Zwei Namen stehen für diese Entwicklung im Zentrum: William Osler (1847-1919) und Abraham Flexner (1866-1959).

William Osler war nicht nur ein enthusiastischer, ausgezeichnete Arzt, sondern auch ein kritischer, wissenschaftlich orientierter Mediziner, der diese beiden Sphären miteinander zu verbinden suchte. *«Don't tell me what type of disease the patient has, tell me what type of patient has the disease»* ist eine seiner tausendfach zitierten Aussagen. Indem er versuchte, wissenschaftliche Ergebnisse in die ärztliche Praxis zu integrieren, wird er als einer der Begründer der modernen Medizin gefeiert. Osler reformierte auch die ärztliche Weiterbildung, indem er in den 1890er Jahren als Erster ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum am Johns Hopkins Hospital initiierte, dessen Charakteristikum ein pyramidales bedside-teaching war, wo fortgeschrittenere Assistenzärzte jüngere Kollegen supervidierten und diesen als Vorbild dienten. Abraham Flexner war kein Arzt, sondern Pädagoge und trotzdem einer der einflussreichsten Personen in der ärztlichen Weiterbildung. Der 1910 im Auftrag der Carnegie-Stiftung publizierte «Flexner-Report» löste weltweit Reformen der Medizinstudien aus. Auch für Flexner war die Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis, von akademischer Arbeit und bedside teaching bzw. learning by doing zentrales Anliegen (Koch 2019). Sowohl für Osler wie für Flexner war diese Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis nur an entsprechenden Institutionen – Medizinischen Fakultäten und Universitätsspitalern denkbar (Dornan 2005).

Die kurze Historie soll illustrieren, wie eng die akademische Medizin (und die Universitäten) mit der ärztlichen Praxis (und den praktizierenden Ärzten) vernetzt ist und weshalb die praktische klinische Ausbildung traditionell mehrheitlich den Spitalern überlassen wird, die sich wiederum am Primat der Patientenversorgung zu orientieren hatten. Eine Konsequenz daraus ist, dass die ärztliche Weiterbildung auch heute noch stark auf einem praxisorientierten «Learning-by-doing» fusst und von stationären Versorgungsprozessen geprägt ist (Custer 2018).



Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Vor diesem Hintergrund darf nicht erstaunen, dass ein wichtiges Merkmal der Qualifizierung für angehende Fachärzte die Weiterbildungsdauer bzw. die Dauer des «learning-by-doing» ist. Sowohl die Art der Weiterbildung als auch ihre Dauer werden seit einigen Jahren in dreierlei Hinsichten besonders herausgefordert: durch Veränderungen der professionellen Leitbilder, individueller Karriere- und Laufbahnvorstellungen, sowie durch Veränderungen der Behandlungsprozesse in den Spitälern und die Entwicklungen der Spitäler insgesamt. Mit Blick auf die einschlägige Forschung sind mindestens diese drei Veränderungen besonders in den Blick zu nehmen:

Veränderungen in den professionellen Leitbildern

Die bekannten Trends wie beispielsweise das steigende Interesse an Teilzeitstellen, die Neigung zur Angestelltentätigkeit auch in der ambulanten Versorgung oder das abnehmende Interesse an Leitungsfunktionen in den Spitälern, sind nicht nur Ausdruck persönlicher Präferenzen, sondern auch sich wandelnder ärztlicher Selbstverständnisse bzw. Leitbilder (Ziegler 2017b).

Veränderungen in den individuellen Karriereplänen

Während noch vor wenigen Jahren das Gros der Ärztinnen und Ärzte möglichst rasch ihren WB-Titel zu erlangen suchten, nimmt dieser Anteil stetig ab. Nunmehr steigt der Anteil jener, die ihre Weiterbildung unterbrechen, sei es aus Gründen der Gesundheit und emotionalem Wohlbefinden (43%), des Überdenkens oder des Neuausrichtens ihrer Karriereziele (32%) oder persönliche und familiäre Gründe (20%) (Moberly 2018).

Veränderungen in den Weiterbildungsstätten

Der steigende betriebswirtschaftliche Druck in den Spitälern schlägt sich auch auf die Lernprozesse in den Weiterbildungsstätten nieder. Diese Lernprozesse bestehen zum weitaus grösseren Teil aus sog. unstrukturierter Weiterbildung (Lernen im klinischen Alltag) und zum kleineren Teil aus strukturierten Weiterbildungssettings (Seminare, Praktika) (Wenger 2017). Weil sich die ärztliche Tätigkeit an den Spitälern infolge des ökonomischen Drucks zunehmend am Primat der Versorgung orientiert, drohen sich die Spielräume für Weiterbildung und insbesondere deren strukturierte Teile zu verringern (Nasca 2014). Damit fällt es Assistentinnen und Assistenten schwerer, sich in der sich gleichzeitig rasant weiterentwickelnden Wissenswelt der Medizin hinreichend fachärztlich zu bilden (van der Bussche 2017a).



Abb. 1: Weiterbildungs-relevante Entwicklungen und deren Interdependenz (eigene Darstellung)

Wesentlich dabei ist, dass sich diese drei Veränderungen wechselseitig beeinflussen und sogar «befördern» können (Abb. 1). Beispielhaft mag das Erleben der Weiterbildungssituation in heutigen Weiterbildungsstätten vor dem Hintergrund persönlicher Karriereplänen zu einem Überdenken professioneller Präferenzen führen.

Zielsetzung der Studie

Primäres Ziel dieses Ressortforschungsmandats ist eine Auslegeordnung der Gründe, welche zur faktischen Dauer bis zum Erlangen des ersten Weiterbildungstitels bzw. zur Abweichung gegenüber der gemäss Weiterbildungsordnungen (WBO) minimalen Weiterbildungszeit führen. Die Auslegeordnung soll das gesamte Spektrum möglicher Gründe (aufgrund individueller Präferenzen seitens der Assistentinnen und Assistenten und struktureller Aspekte seitens Weiterbildungsstätten bzw. WBOs) umfassen. Unter dem Begriff faktische Weiterbildungsdauer verstehen wir die effektive Weiterbildungszeit, die in der Gesamtdauer bis zur Erlangung des Facharztstitels aufgewendet wurde.

Sekundäres Ziel ist die Frage, welche Auswirkungen eine Umgestaltung der Weiterbildungsgänge bzw. eine Verkürzung der Weiterbildungsdauer und eine frühere eigenverantwortliche Tätigkeit auf die Versorgungsstruktur hätte.

Was wir zur Dauer der ärztlichen Weiterbildung bereits wissen

Internationale Vergleiche der ärztlichen Weiterbildungscurricula zeigen, dass sich Weiterbildungsinhalte, vermittelte Kompetenzen und die vorgeschriebene Mindestdauer der jeweiligen Fachgebiete zwischen einzelnen Ländern grundsätzlich wenig unterscheiden (Weggemans 2017). Demgegenüber lassen sich bedeutende Divergenzen betreffend die effektive Dauer der Weiterbildung (WB) und des durchschnittlichen Alters bei Titelerwerb beobachten (Dubach 2017). In der Schweiz finden wir zu WB-Dauern und Alter bei Titelerwerb erhebliche Schwankungen zwischen den Titeln und den Geschlechtern, wie die aktuellen Zahlen der Ärzttestatistik 2018 der fmh zeigen (vgl. Anhang 1). Bei diesen Zahlen ist allerdings zu beachten, dass sie nicht die *effektive* Weiterbildungsdauer abbilden, sondern die gesamte Zeitdauer zwischen eidgenössischem Arzt Diplom (Staatsexamen) und dem Facharzttitel- (FAT) Erwerb, d.h. beispielsweise Elternzeiten, Auszeiten oder Unterbrüche miteinschliessen.

Zur Dauer der ärztlichen Weiterbildung sind in den letzten Jahren in vielen Ländern Untersuchungen durchgeführt worden. Für Schweizer Verhältnisse besonders beachtenswert ist die deutsche KarMed-Studie («Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung»), eine multizentrische, prospektive, longitudinale Beobachtungsstudie über mittlerweile 10 Jahre. Den aktuellen Kenntnisstand zur Weiterbildungsdauer fasst eine Mitte September 2018 erschienene Publikation aus der KarMed-Studie mit dem Titel «Was wissen wir über die reale Dauer der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland» zusammen (van den Bussche 2018). Dabei sticht hervor, dass rund die Hälfte der Assistenzärzte (43%) und mehr als die Hälfte Assistenzärztinnen (65%) im 5. Jahr ihrer Weiterbildung angaben, für den Abschluss zum Facharzt länger als die als Mindestdauer vorgeschriebene Zeit zu brauchen. Ausgesprochen hoch, nämlich 91% betrug dieser Prozentsatz in der Gruppe der Ärztinnen mit Kindern. Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die von einer längeren Weiterbildungsdauer ausgin-



Dauer der ärztlichen Weiterbildung

gen, schätzten diese Verlängerung auf durchschnittlich 19.6 bzw. 11.5 Monate ein. Bemerkenswert sind die für die Verlängerung angegebenen Gründe bzw. die entsprechenden geschlechterspezifischen Unterschiede (Tab. 1).

	Ärztinnen	Ärzte
Elternzeit/Erziehungszeit/Belastung durch Kinder	42,1	19,8
Teilzeittätigkeit	31,6	12,3
Rotationen sind nicht ausreichend möglich	28,4	32,1
zu wenig Zeit und Raum für die Aneignung der Weiterbildungsanforderungen	22,1	40,7

Tab. 1: Häufigste Gründe für eine verlängerte WB-Dauer gemäss Karmed-Studie (van den Bussche 2018)



Weil in der Karmed-Studie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung befragt wurden, entsprechen diese Angaben persönlichen Erwartungen und sind deshalb prognostischer Natur. Im deutschsprachigen Raum existieren keine soliden, retrospektiv erhobenen Daten zur effektiven Dauer der ärztlichen Weiterbildung (van den Bussche 2018). Trotzdem lassen sich aus den Karmed-Ergebnissen zwei, für das vorliegende Forschungsmandat wichtige Aspekte hervorheben: (1) Für *Ärztinnen* waren es vor allem Elternzeit und Teilzeitarbeit, die zu einer erwarteten Ausdehnung der Weiterbildungszeit führten - bei *Ärztinnen* mit Kindern betrug der Prozentsatz 91%; (2) demgegenüber nannten *Ärzte* insbesondere organisatorische und curriculare Probleme der Weiterbildung als Grund für das erwartete Überschreiten der WB-Mindestdauer.

Die vorliegende Studie ist auch mit Blick auf die abschliessende Schlussfolgerung in der Publikation von Hendrik van den Bussche zu verstehen: «Die Datenlage zur ärztlichen Weiterbildung ist so extrem defizitär, dass nicht einmal die einfachsten Fragen zu diesem Themenkomplex zuverlässig beantwortbar sind» (van den Bussche 2018).

Studiendesign

Kern der Studie war eine Befragung der *Ärztinnen* und *Ärzte*, die ein eidgenössisches Arztdiplom haben, d.h. ihre gesamte Aus- und Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben, und in den Jahren 2017 und 2018 ihren Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, Chirurgie, Ophthalmologie oder Psychiatrie/Psychotherapie erworben hatten. Der Fragebogen wurde in enger Anlehnung an das Befragungsinstrument der Karmed-Studie sowie in Zusammenarbeit mit Visitorinnen und Visitatoren aus diversen Fachbereichen und Organisationen (Allgemeine Innere Medizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Chirurgie, Handchirurgie, Kieferchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Ophthalmologie, Psychiatrie/Psychotherapie und VSAO) erarbeitet. Der Fragebogen beinhaltete folgende Fragen (vgl. Anhang 3):

- zu Person, Lebensverhältnis, Zeitpunkt Arztdiplom bzw. Facharztstitel (F1-6)
- zum Arbeitsmodell während Assistentenzeit und künftig (F 7-8)
- zu effektiver Weiterbildungsdauer und Gründen für längere Dauer (über minimale Weiterbildungszeit gemäss WBO) (F 9)
- zu aktuellen und angestrebten Arbeitsort und Position (F10-11)
- zum bisherigen beruflichen Werdegang und künftigen Prioritäten (F12-13)
- zur Berufszufriedenheit (F14)
- zur beruflichen Selbstwirksamkeitswahrnehmung (F15)

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Die Durchführung der online-Befragung erfolgte durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF. Der Fragebogen wurde an insgesamt 716 Ärztinnen und Ärzte verschickt, von denen 251 bzw. 35% antworteten (Tab. 2). Für detaillierte Angaben zur Methodik und zum Fragebogen wird auf Anhang 2 bzw. Anhang 3 verwiesen.

	n	Rücklauf (F/M)	Prozent
Allgemeine Innere Medizin	526	176 (110/66)	33%
Chirurgie	60	22 (12/10)	37%
Ophthalmologie	47	14 (7/7)	30%
Psychiatrie und Psychotherapie	83	39 (21/18)	47%
Total	716	251 (150/101)	35%

Tab. 2: Rücklauf Befragung Ärztinnen und Ärzte

Studienergebnisse

Weiterbildungsdauer

In unserem Studienkollektiv betrug die Weiterbildungsdauer durchschnittlich (\pm SD) in der Inneren Medizin 80,1 Monate (44.2), in der Chirurgie 88.6 Monate (20.6), in der Ophthalmologie 69.0 Monate (18.6) und in der Psychiatrie 113.6 Monate (53.3). Diese Resultate entsprechen mit kleinen Abweichungen den in der FMH-Ärztestatistik 2018 publizierten Angaben (vgl. Anhang 1). Ein differenzierteres Bild zeigt sich in der Häufigkeitsdarstellung (Abb. 2): 29-43% der Befragten absolvierten ihren FAT in der minimalen Weiterbildungszeit gem. WBO. Eine Ausnahme bilden Männer in der Psychiatrie. Ausser im Fachbereich Psychiatrie weist ein ähnlicher Anteil, wenn auch mit etwas breiter streuenden Verteilung (17-57%), eine geringgradig längere Weiterbildungszeit von max. 12 Monaten auf. In der Psychiatrie-Gruppe ist bemerkenswert, dass fast 30% der Frauen eine minimale Dauer und gleichzeitig 50% der Psychiater bzw. 38% der Psychiaterinnen eine mehr als zweijährige Verlängerung der Weiterbildungsdauer aufweisen (Abb. 2).

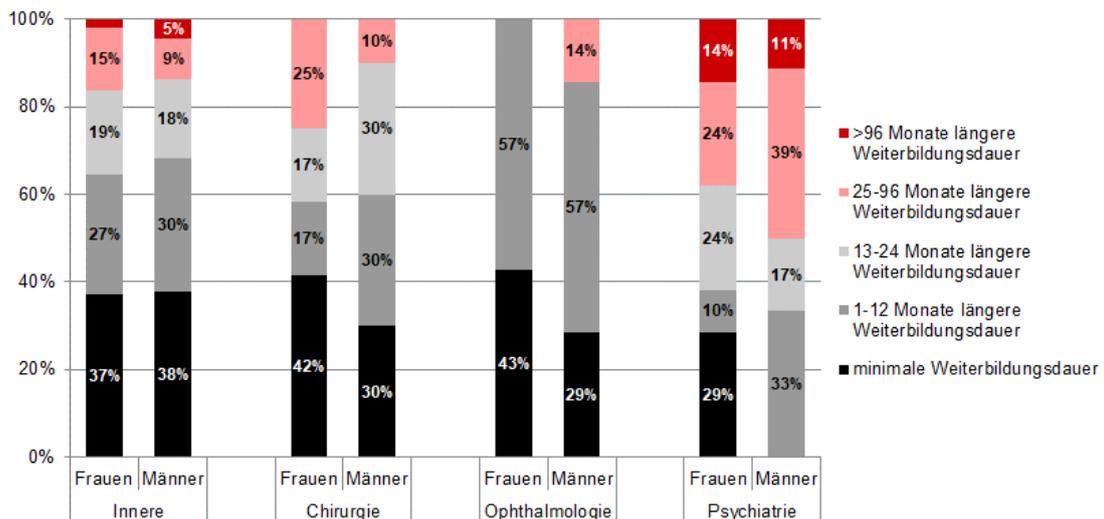


Abb. 2 Weiterbildungsdauer pro Fachbereich und Geschlecht (Häufigkeitsverteilung, n=251)

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Das mittlere Alter beim FAT-Erwerb betrug in der Inneren Medizin 33.9 Jahre (4.4), in der Chirurgie 35.6 Jahre (3.5), in der Ophthalmologie 32.7 Jahre (2.4) und in der Psychiatrie 41.9 Jahre (8.6). Die Häufigkeitsdarstellung in Abb. 3 zeigt zusätzlich auf, dass in der Chirurgie ein hoher Prozentsatz der Ärztinnen im Gegensatz zu ihren männlichen Kollegen beim FAT-Erwerb deutlich älter ist. Für die Psychiatrie finden wir hohe Anteile von über 40-jährigen Ärztinnen (45%) bzw. Ärzten (36%) bei FAT-Erwerb.

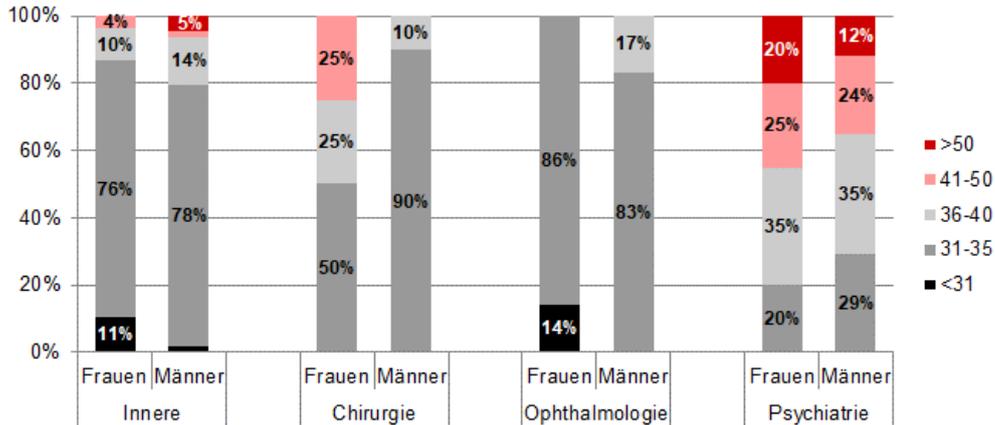


Abb. 3 Alter bei Erwerb FAT pro Fachbereich und Geschlecht (Häufigkeitsverteilung, n=240)

Fazit 1: Weiterbildungsdauer

In den Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie zeigen rund 60% der Ärztinnen und Ärzte eine gem. WBO minimale bzw. nur leicht (d.h. max. 12 Monate) verlängerte Weiterbildungsdauer. Eine deutlichere Erhöhung der Dauer (über 24 Monate über WBO-Vorgabe) fanden wir in diesen Fachbereichen lediglich bei 10-25% der Befragten. Der Anteil derjenigen ist mit minimaler bzw. leicht verlängerter Weiterbildungsdauer in der Ophthalmologie höher (bei den Frauen zu 100% bei max. 12 Monaten Verlängerung!) bzw. in der Psychiatrie (gesamthaft 44.5%) deutlich niedriger.

Wir schliessen daraus, dass 1) überlange Weiterbildungsdauern kein durchgehend signifikantes Problem darstellen, 2) bedeutende Unterschiede zwischen den Fachbereichen bestehen, und 3) Analysen zur ärztlichen Weiterbildung und zu allfälligen Massnahmen künftig differenziert nach Fachbereichen zu gestalten sind.

Gründe für eine längere Weiterbildungsdauer

Die Gründe für eine über die Minimalzeit gemäss WBO längere Weiterbildungsdauer sind sehr vielfältig. Bei den Ärztinnen dominieren «Eltern- und Erziehungszeit» sowie «Teilzeittätigkeit aus privaten Gründen», bei den Ärzten sind es «zusätzliches Fremdjahr» (alle Fachbereiche), «Forschung und Dissertation» sowie «Zu wenig Zeit und Möglichkeit für die Erfüllung der Anforderungen des Weiterbildungsprogramms» (Abb. 4). Hinsichtlich Unterschiede zwischen den Fachbereichen wurden in der Chirurgie die Kategorie «Zu wenig Zeit und Möglichkeit für die Erfüllung der Anforderungen des Weiterbildungsprogramms» (50%), in der Psychiatrie die Kategorie «Teilzeittätigkeit aus privaten Gründen» (60%) und in der Ophthalmologie die Kategorie «zusätzliches Fremdjahr» (44%) überdurchschnittlich angegeben.

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

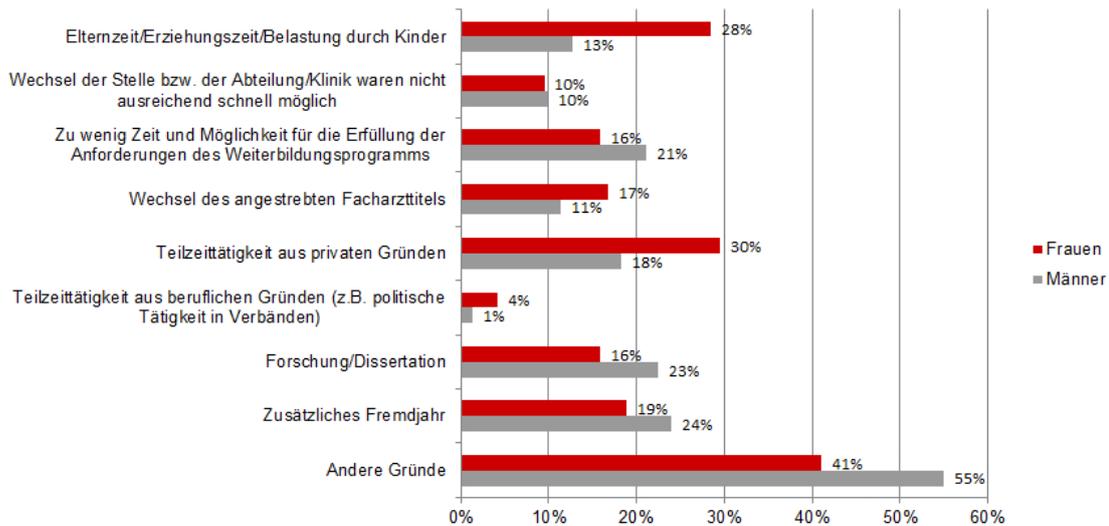


Abb. 4 Gründe einer längeren Weiterbildungszeit (Mehrfachantworten möglich)

11/31

Die in der Rubrik «Andere» angegebenen Gründe zeigen teilweise Überschneidungen mit den übrigen Kategorien und konnten wie folgt gruppiert werden:

- Unbezahlter Urlaub und Reisen 29%
- Weitere Aus- und Weiterbildungen und Rotationen 19%
- Unterbruch der WB und Militär 16%
- Fehlende Qualifikationen für FAT (z.B. Operationskatalog) 9%
- Keine Anrechnung von absolvierten Weiterbildungen 6%
- Vorgesehene Rotation nicht möglich 3%
- Krankheit und Unfall 3%

Die angegebenen Gründe können wir unterscheiden einerseits in «individuell» erscheinende Faktoren seitens der Weiterzubildenden (z.B. Wechsel des FAT, zusätzliches Fremdjahr, Eltern- und Erziehungszeit) sowie andererseits in Gründe seitens der Weiterbildungsstätten bzw. -Curricula (z.B. Verzögerung geplanter Rotationen, Nicht-Erfüllung des Operationskataloges). Aus dieser Optik können wir rund vier Fünftel der angegebenen Gründe der Gruppe der in diesem Sinne «individuellen» Faktoren und lediglich ein Fünftel unmittelbar den Weiterbildungsstätten zuordnen. Anzumerken ist, dass die Unterscheidung «individueller» und anderer Faktoren unscharf ist und viele Überschneidungen denkbar sind, beispielsweise wenn vor dem Hintergrund fehlender Teilzeit-Weiterbildungsstellen eine anderer FAT gewählt wird.

Fazit 2: Gründe für längere Weiterbildungsdauer

Die Gründe für eine über die Minimalzeit gemäss WBO hinausreichende Weiterbildungsdauer sind vielfältiger Natur. Im Vordergrund stehen insbesondere bei den Ärztinnen Elternzeit, Urlaub und Unterbrüche aus privaten Gründen. Bei den Ärzten werden eher berufliche Kategorien wie zusätzliche Weiterbildungen und Fremdjahre sowie wissenschaftliche Tätigkeiten angegeben. Die Mehrheit der angegebenen Gründe können in diesem Sinne «individuell» erscheinenden Faktoren seitens der Weiterzubildenden und ein kleinerer Teil den Weiterbildungsstätten (z.B. fehlende Rotationsmöglichkeit) zugeordnet werden.

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Arbeitsmodelle

Die Frage nach den Arbeitsmodellen während der Weiterbildungszeit zeigt ein eindrückliches Bild, indem die befragten Ärztinnen und Ärzte – mit Ausnahme des Fachbereichs Psychiatrie – mehrheitlich, nämlich zu 78% während ihrer gesamten Weiterbildung in Vollzeit gearbeitet haben (Abb. 4).

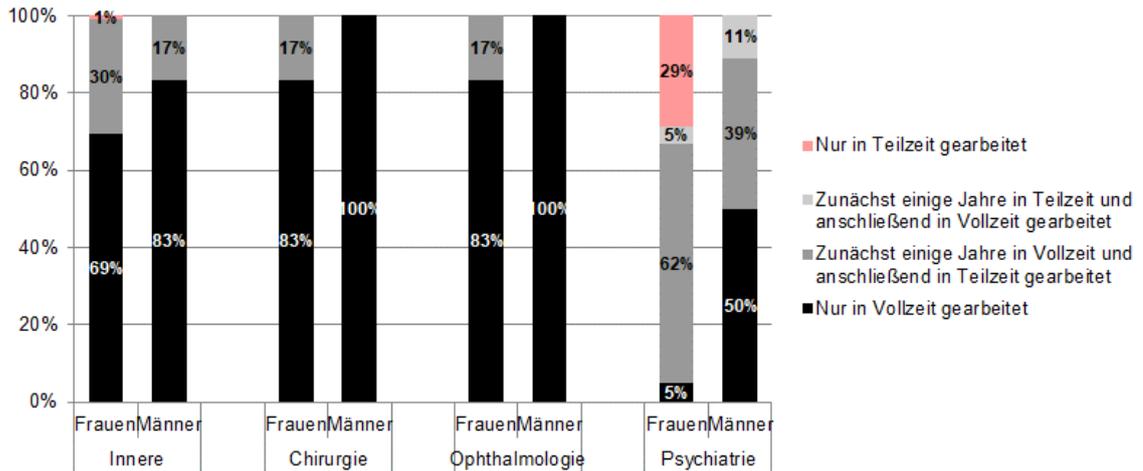


Abb. 5 Arbeitsmodelle während der Weiterbildung pro Fachbereich und Geschlecht (Häufigkeitsverteilung, n=248)

Nur in der Psychiatrie hat ein grösserer Anteil zunächst einige Jahre Vollzeit und anschließend in Teilzeit oder auf Seiten der Psychiaterinnen nur in Teilzeit gearbeitet. Betrachten wir die beiden häufigsten Arbeitsmodelle in Bezug zu den entsprechenden Lebenssituationen finden wir erwartungsgemäss geschlechterspezifische Unterschiede und eine Abhängigkeit vom Elternstatus. Bei nur Vollzeitarbeitenden ist der Anteil derjenigen mit Kindern geringer und umgekehrt. Ebenfalls erwartungsgemäss sind in der Gruppe der nur Vollzeit arbeitenden Männer mit Kindern häufiger als ihre Kolleginnen mit Kindern (Abb. 5).

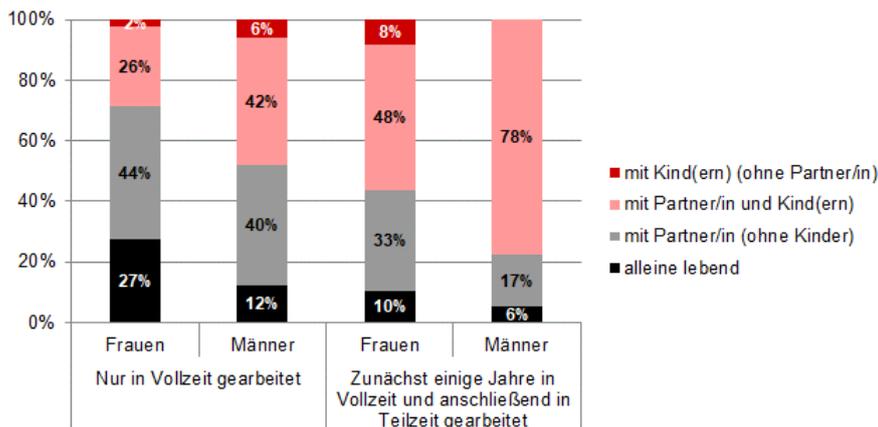


Abb. 6 Arbeitsmodelle und Lebenssituation während der Weiterbildung (Häufigkeitsverteilung, n=248)

In eindrücklichem Kontrast dazu stehen die Ergebnisse zur Frage, welches Arbeitsmodell die Ärztinnen und Ärzte in ihrer weiteren Laufbahn anstreben: von allen Befragten geben nur gerade 18% an, künftig Vollzeit arbeiten zu wollen! Vor allem seitens der Ärztinnen sind, ausser in der Chirurgie, die Anteile jener, die ausschliesslich Teilzeit oder Teilzeit nach einigen Jahren

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Vollzeit arbeiten möchten, ausgesprochen hoch (Abb. 7): in der Psychiatrie 100%, der Ophthalmologie 80% und der Inneren Medizin 63%. Selbst die Fachärzte Chirurgie beabsichtigen nur noch zu 60% langfristig Vollzeit zu arbeiten, bei den chirurgischen Fachärztinnen beträgt dieser Prozentsatz nur 33% (Abb. 7).

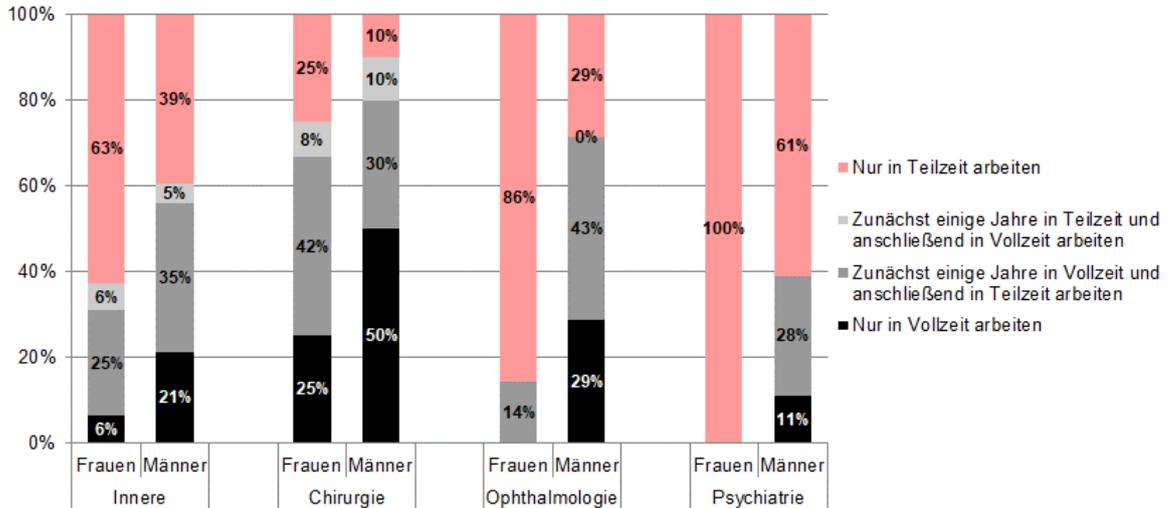


Abb. 7 künftige präferierte Arbeitsmodelle (Häufigkeitsverteilung, n=251)

Abb. 8 zeigt die angestrebten Teilzeitkategorien derjenigen, die sich für eine künftige Teilzeitarbeit entschieden haben (82%): über alle Fachbereiche hinweg und bei beiden Geschlechtern werden Arbeitspensen zwischen 60% und 80% präferiert.

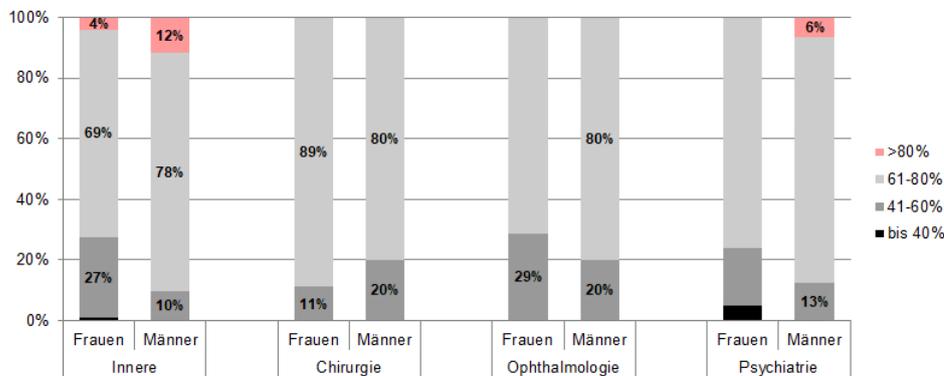


Abb. 8 Angestrebte Teilzeitkategorien (<40%, 41-60%, 61-80%, >80%) (Häufigkeitsverteilung, n=216)

Die Zuverlässigkeit dieser Studienergebnisse wird dadurch untermauert, dass in der Karmed-Studie fast identische Resultate gefunden wurden: wie in unserer Studiengruppe arbeitete die überwiegende Mehrheit der Befragten (88%) während der Weiterbildung mit Vollzeitvertrag. Auf die Frage nach dem präferierten Arbeitsmodell nach der Weiterbildung gaben 27% an Vollzeit, 22% nur Teilzeit, 33% zuerst einige Jahre Voll- und anschliessend Teilzeit sowie 17% zuerst einige Jahre Teil- und anschliessend Vollzeit arbeiten zu wollen. Bemerkenswert war zudem, dass die Autoren im Laufe dieser Longitudinalstudie bei beiden Geschlechtern eine deutliche Verringerung der Attraktivität der Vollzeitarbeit und des Modells, zunächst einige Jahre in Teilzeit und anschliessend in Vollzeit zu arbeiten, feststellen konnten (Ziegler et al 2017).

Die hohe Übereinstimmung der Ergebnisse in unserer und der Karmed-Studie bestätigen diesen viel diskutierten Trend und untermauern ihn mit Zahlen. Zudem drängt sich die Frage auf,

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

ob die Diskrepanz zwischen der in der Weiterbildung gelebten und der künftig präferierten Arbeitsmodelle durch veränderte individuelle Präferenzen oder durch Gründe seitens der Weiterbildungsstätten wie z.B. fehlenden Teilzeitstellen bedingt ist. Wir konnten dieser Frage bzw. als auch jener, ob die Ärztinnen und Ärzte Teilzeitweiterbildung gewollt hätten, in unserer Studie nicht weiter nachgehen. Sicher ist aber, dass Weiterbildung in Teilzeit zu absolvieren sowohl für Weiterzubildende wie auch für Weiterbildungsstätten herausfordernder ist, beispielsweise weil Teilzeitweiterzubildende und Klinikabläufe schwieriger aufeinander abzustimmen sind oder Teilzeitarbeitende bei Operationen oder spezifischen Weiterbildungsveranstaltungen zwischen Stuhl und Bank geraten können. Wie die Autoren der Karmed-Studie gehen wir davon aus, dass der hohe Anteil derjenigen, die eine künftige Teilzeitarbeit anstreben, ein solches Modell auch während der Weiterbildungszeit präferiert hätte und sich dadurch eine gefährliche Kluft zwischen den Präferenzen der Weiterzubildenden und der Realität in den Weiterbildungsstätten öffnet (Ziegler 2017a).



Fazit 3: Arbeitsmodelle

Während die Weiterbildung ausser in der Psychiatrie zu 78% in Vollzeit absolviert wurde, präferieren in der beruflichen Tätigkeit nach Erwerb des FAT nur gerade 18% eine Vollzeitbeschäftigung bzw. 82% ein Teilzeitpensum von mehrheitlich zwischen 60-80%. Dieser zur Karmed-Studie analoge Befund postuliert eine zunehmend kritische Kluft zwischen den Präferenzen und Möglichkeiten der Weiterzubildenden und der Realität in den Weiterbildungsstätten.

Angesichts dieser geringen Bereitschaft Vollzeit zu arbeiten, drängt sich die Frage auf, was die Folgen für die ambulante und stationäre Versorgung der Zukunft sein werden.

14/31

Arbeitsort und Karriereziele

Heute, also nach Erhalt des FTs, arbeitet ein grösserer Prozentsatz derjenigen, die in ihrer Weiterbildung nur Vollzeitstellen innehatten, in Universitäts- und Kantonsspitalern (zusammen 56%), während umgekehrt der wesentlich grössere Anteil, der in der Weiterbildung zumindest teilweise in Teilzeit gearbeitet hatte, in einer Praxis tätig ist (48%) (Abb. 9).

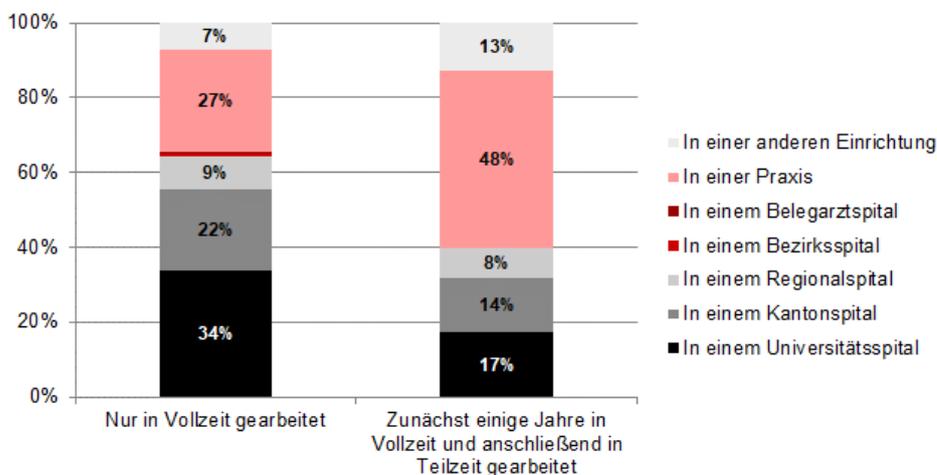


Abb. 9 Arbeitsort zum Zeitpunkt der Befragung (Häufigkeitsverteilung, n=251)

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Die Frage nach den Karrierezielen bzw. nach angestrebter Position und Arbeitsort ergibt ein je nach Fachbereich heterogenes Bild (Abb. 10).

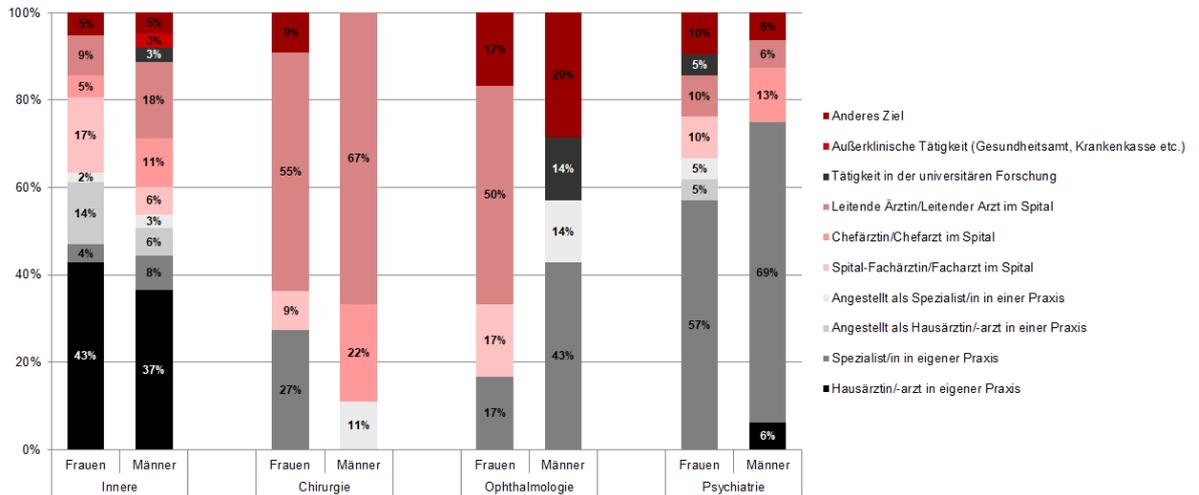


Abb. 10 Karriereziele zum Zeitpunkt der Befragung (Häufigkeitsverteilung, n=231)

Während die Karriereziele breit streuen, fällt auf, dass lediglich 5% der Frauen und 11% der Männer in der Inneren Medizin eine Chefarzt- oder Chefärztinnen-Position anstreben, bei den Chirurginnen gar niemand eine solche Position anstrebt, während bei den männlichen Kollegen 22% entsprechende Ambitionen hegen. In der Ophthalmologie und bei den Psychiaterinnen scheint die Attraktivität einer Chefposition gar nicht gegeben zu sein, während 13% der Psychiater ein diesbezügliches Interesse angeben. Die Anteile derjenigen, die eine Position als Leitende Ärztin/Leitender Arzt anstreben, sind in der Inneren zwar höher (Ärztinnen 9%, Ärzte 18%), aber gleichwohl auf tiefem Niveau. Diese Ergebnisse sind übereinstimmend mit jenen der Karmed-Studie, die auch für Deutschland eine geringe Bereitschaft insgesamt und speziell von Ärztinnen aufzeigte, Leitungspositionen im Spital anzustreben (Ziegler 2017b).

Explizit ausserklinische Aufgaben streben im Moment nur gerade 3% der Inneren Mediziner an, während immerhin 29% der Männer und 17% der Frauen in der Ophthalmologen «andere Ziele» als die üblichen mit ärztlichen Tätigkeiten verbundenen Stellen vor Augen haben.

Fazit 4: Arbeitsort und Karriereziel

Vollzeitstellen sind eher mit Universitäts- und Kantonsspitalern verbunden, während Teilzeit sich häufig mit Praxis assoziiert zeigt. Zwischen den Fachbereichen, jedoch weniger zwischen den Geschlechtern, streuen Karriereziele breit. Auffallend ist die an sich geringe Attraktivität für die hierarchisch höchste Position im System, den Chefarzt/die Chefärztin, die zudem noch geschlechtsspezifisch unterschiedlich verteilt ist (s. Chirurgie/Männer).

Zufriedenheit mit Werdegang und Beruf

Sinkende Berufs- und Lebenszufriedenheit bis hin zu depressiven Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten sind häufig diskutierte Trends (Römer 2016). Die Gründe dafür sind vielfältig: nicht mit den eigenen Erwartungen übereinstimmende Arbeitsbedingungen, zunehmender administrativer Aufwand statt patientennaher Arbeit, steigende Effizienzforderungen seitens des

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Managements u.a.m. Umgekehrt können berufliche Zufriedenheit und empfundene Selbstwirksamkeit (s. nächster Abschnitt) als wichtige Faktoren für berufliche Entwicklung, Karriereentscheide und Berufswahl betrachtet werden (Römer 2017). Vor diesem Hintergrund haben wir Zufriedenheit mit dem beruflichen Werdegang (der Weiterbildung) und dem Arztberuf selbst sowie Selbstwirksamkeitserwartung erhoben, um prüfen zu können, welche Zusammenhänge sich mit der Weiterbildungsdauer zeigt.

Insgesamt variiert eine hohe bzw. eher hohe Zufriedenheit (Werte > 16) mit dem Werdegang zwischen als vergleichsweise gering zu bewertendem Anteil von 17% (Chirurginnen) und relativ hohem Anteil von 57% (Ophthalmologinnen). Auffallend ist, dass in der Chirurgie bei den Männern eine deutliche höhere Zufriedenheit mit dem Werdegang gegeben ist als bei den Frauen. Genau das Umgekehrte ist der Fall in der Ophthalmologie (Abb. 11).

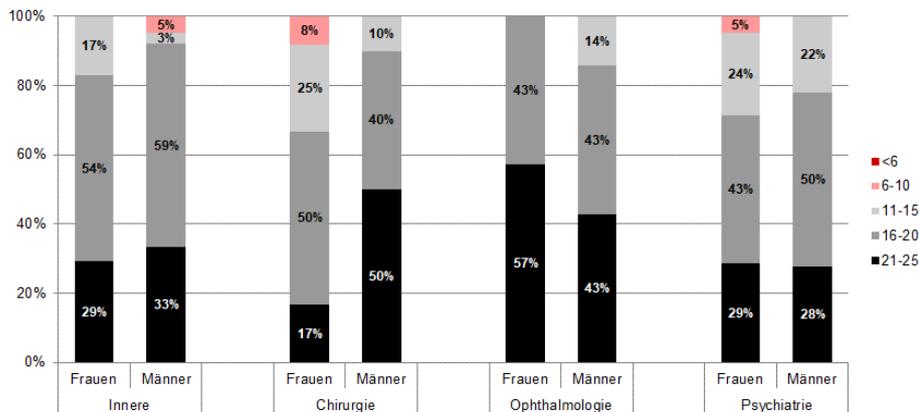


Abb. 11 Zufriedenheit mit dem beruflichen Werdegang (Häufigkeitsverteilung, n=244)

Ein unterschiedliches Bild findet sich bei der Berufszufriedenheit. Während die Fachärztinnen und Fachärzte der Inneren Medizin sowie der Psychiatrie ähnlich hohe Zufriedenheitswerte bzw. Prozentanteile für hohe (Werte > 21) bzw. eher hohe Zufriedenheit (Werte 16-20) wie für den beruflichen Werdegang angeben, zeigen die Chirurgen und insbesondere die Chirurginnen ein anderes Bild mit den insgesamt grössten Anteilen tiefer (Werte < 10) bzw. eher tiefer (Werte 11-15) Zufriedenheitswerten (Abb. 12).

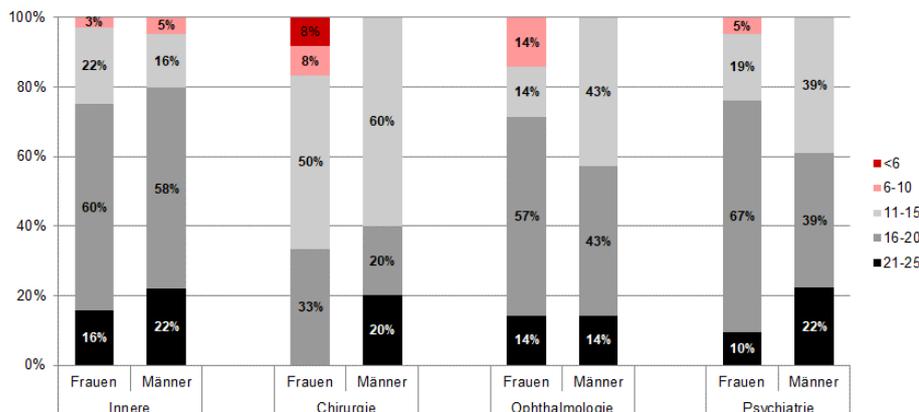


Abb. 12 Berufszufriedenheit (Häufigkeitsverteilung, n=248)

In Übereinstimmung zu diesen Darstellungen finden wir in linearen Regressionsrechnungen signifikante Korrelationen ($p < 0.01$) zwischen der Zufriedenheit mit dem beruflichen Werdegang und der Berufszufriedenheit für die Fachbereiche Innere Medizin (Korrelationskoeffizient 0.54, $n = 176$) und Psychiatrie (Korrelationskoeffizient 0.65, $n = 39$).



Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit bedeutet das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, ein Verhalten erfolgreich und zielführend einsetzen zu können (Bandura, 1997). Selbstwirksamkeit ist eine in der Psychologie sehr bekannte und viel untersuchte Variable, die als wesentlich für eine gesunde Berufsausübung, Stressverarbeitung und «Wellbeing» etc. erachtet wird. Zudem ergibt sich üblicherweise ein ausgeprägter Zusammenhang mit Berufszufriedenheit (Judge 20019).

Auffallend ist, dass mit Ausnahme in der Ophthalmologie sich Männer als selbstwirksamer als Frauen empfinden, am deutlichsten ist das in der Chirurgie, aber auch in der Psychiatrie und etwas geringer in der Inneren Medizin sichtbar. (Abb. 13) Insgesamt ist festzuhalten, dass, nimmt man höchste (17-20) und höhere Einschätzungen der Selbstwirksamkeit zusammen, ein eindrücklicher Grad an Selbstwirksamkeit empfunden wird. Das kann als Hinweis auf gelingende Weiterbildung gelesen werden, da diese dazu da ist, Berufsausübende mit der Fähigkeit und der Zuversicht, diese Fähigkeit einsetzen zu können, auszustatten. Wiederum sind geschlechtsspezifische Unterschiede auszumachen.

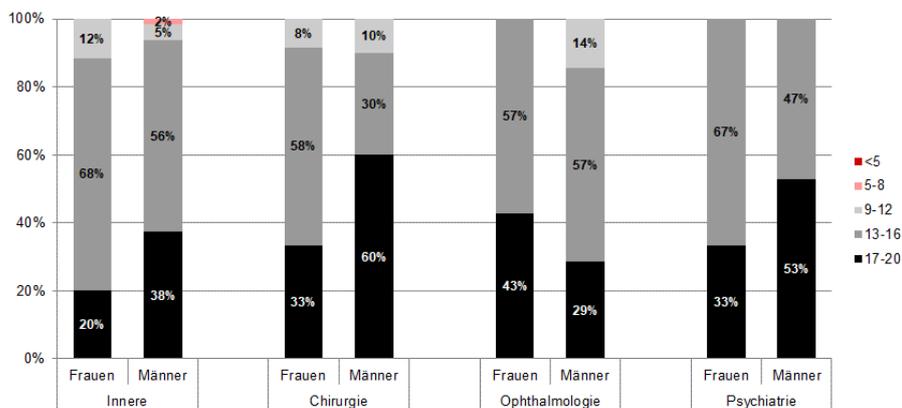


Abb. 13 Selbstwirksamkeit (Häufigkeitsverteilung, n=242)

In linearen Regressionsrechnungen finden wir für drei Fachbereiche signifikante Korrelationen ($p < 0.01$) zwischen Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit mit dem Werdegang (Innere Medizin: Korrelationskoeffizient 0.47, $n = 176$; Chirurgie: Korrelationskoeffizient 0.60, $n = 22$; Psychiatrie: Korrelationskoeffizient 0.47, $n = 39$) bzw. zwischen Selbstwirksamkeit und Berufszufriedenheit für die Innere Medizin (Korrelationskoeffizient 0.47, $n = 176$) und die Psychiatrie (Korrelationskoeffizient 0.53, $n = 39$).

Fazit 5: Zufriedenheit mit beruflichem Werdegang, dem Beruf und Selbstwirksamkeit

Etwas über dreiviertel aller Fachärztinnen und Fachärzte waren mit ihrem beruflichen Werdegang (das bedeutet im Kern: ihrer Weiterbildung) sehr bzw. eher zufrieden. Ein anderes Bild finden wir für die Berufszufriedenheit: Während in den Fachgebieten Innerer Medizin und Psychiatrie sich die Werte betreffend Zufriedenheit mit dem Werdegang und Berufszufriedenheit relativ analog verhalten, zeigen sich in der Chirurgie und insbesondere für die Chirurginnen deutlich tiefere Werte für die Berufszufriedenheit. Auffallend und nochmals kompatibel mit der Karmed-Studie ist weiter, dass in den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie und Psychiatrie sich Frauen als etwas weniger selbstwirksam als Männer einschätzen.

Die Validität der hier vorgestellten Ergebnisse wird einerseits durch die Vergleichbarkeit der Stichprobe und der Gesamtpopulation (siehe Anhang 2) und andererseits durch die eindrückliche Übereinstimmung unserer Ergebnisse mit denjenigen der Karmed-Studie untermauert.

Synthese

Das Ziel des Ressortforschungsmandats war eine **Auslegeordnung der Gründe, welche zur faktischen Dauer bis zum Erlangen des ersten Facharzttitels** der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (mit eidgenössischem Arzt Diplom) führen. Zu unterscheiden waren Gründe, welche (1) aufgrund von persönlichen Präferenzen entstehen (z.B. Teilzeitarbeit, Auszeiten, bewusst gewählte Fremdjahre, Mutterschaft etc.) und (2) strukturellen Ursprungs sind (z.B. Operationskatalog, Wartefristen zur Zulassung zum gewünschten Fachgebiet, Organisation der Weiterbildungsinstitution etc.). Des Weiteren interessierte, **welche Auswirkungen eine Umgestaltung der Weiterbildungsgänge** auf die Versorgungsstruktur hätte. Unter dem Begriff faktische Weiterbildungsdauer verstehen wir die effektive Weiterbildungszeit, die bis zur Erlangung des Facharzttitels benötigt wurde.



Weiterbildungsdauer und Gründe

Unsere Befragung von insgesamt 716 Ärztinnen und Ärzten (Rücklauf 35%, 251), die in den Jahren 2017-2018 ihren ersten Facharzttitel erworben hatten, ergab in erster Linie, dass in den Fachbereichen **Innere Medizin und Chirurgie** fast 2/3 bzw. rund 60% der Ärztinnen und Ärzte ihren FAT in einer gem. WBO **minimalen bzw. nur leicht (max. 12 Monate) verlängerten Weiterbildungszeit** erworben hatten. Eine deutlichere Erhöhung der Dauer (mehr als 24 Monate über WBO-Vorgabe) fanden wir in diesen Fachbereichen lediglich bei 10-25% der Befragten. In der **Ophthalmologie** ist der Anteil derjenigen mit minimaler bzw. leicht verlängerter Weiterbildungsdauer erwartungsgemäss grösser, in der **Psychiatrie** hingegen deutlich tiefer (44.5%).

Die Frage nach den von den Fachärztinnen und Fachärzten während ihrer **Weiterbildung gelebten bzw. für die weitere berufliche Tätigkeit vorgesehenen Arbeitsmodellen** ergibt kontrastierende Resultate: Während die Weiterbildung ausser in der Psychiatrie zu 78% in Vollzeit absolviert wurde, präferieren in der beruflichen Tätigkeit nach Erwerb des FAT nur gerade 18% der Befragten eine Vollzeitbeschäftigung. D.h., 82% der Ärztinnen und Ärzte streben ein Teilzeitpensum (von mehrheitlich zwischen 60-80%) an.

Diese Unterschiede, die in sehr analoger Weise auch in der Karmed-Studie zu finden sind, werfen die Frage auf, ob die starke Präferenz für Teilzeitarbeit nach dem FAT-Erwerb nicht auch eine solche in der Weiterbildung bedeutet und sich in unseren Ergebnissen eine zunehmend **kritische Kluft zwischen den Präferenzen der Weiterzubildenden und der Realität in den Weiterbildungsstätten** manifestieren könnte (Ziegler 2017a). Eine derartige Kluft dürfte angesichts (regionaler) Verknappung ärztlicher Ressourcen und zunehmender Feminisierung des Arztberufes den Druck auf die Weiterbildungsstätten erhöhen, teilzeitfähige Weiterbildungscurricula anzubieten.

Insgesamt gaben 66% der Befragten eine gegenüber der minimalen Dauer gem. WBO verlängerte Weiterbildungszeit an. Die erhobenen **Gründe für eine Verlängerung der Weiterbildungsdauer** sind erwartungsgemäss vielfältiger Natur. Im Vordergrund stehen bei den **Ärztinnen Elternzeit, Urlaub und Unterbrüche aus privaten Gründen**. Bei den Ärzten werden **häufiger berufliche Kategorien** wie zusätzliche Weiterbildungen und Fremdjahre sowie wissenschaftliche Tätigkeiten angegeben. Mit Blick auf die einzelnen Fachbereiche wurden

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

in der Chirurgie die Kategorie «Zu wenig Zeit und Möglichkeit für die Erfüllung der Anforderungen des Weiterbildungsprogramms» (50%), in der Psychiatrie die Kategorie «Teilzeittätigkeit aus privaten Gründen» (60%) und in der Ophthalmologie die Kategorie «zusätzliches Fremdjahr» (44%) überdurchschnittlich häufig angegeben. Die Mehrheit der angegebenen Gründe können «**individuell**» **scheinenden Faktoren seitens der Weiterzubildenden** (z.B. Wechsel des FAT, zusätzliches Fremdjahr, Eltern- und Erziehungszeit) und lediglich ein kleinerer Teil unmittelbar den Weiterbildungsstätten (z.B. Rotationsmöglichkeit) zugeordnet werden.

Zusammenfassend ziehen wir aus diesen Ergebnissen **drei Schlussfolgerungen**:

- 1) dass in den vier befragten Fachbereichen überlange Weiterbildungsdauern kein durchgehend signifikantes Problem darstellen und
- 2) diesbezüglich bedeutende Unterschiede zwischen den Fachbereichen bestehen,
- 3) die Gründe für eine Verlängerung der Weiterbildungsdauer eher auf Seiten der Weiterzubildenden und deren Präferenzen zu suchen sind im Sinne individueller Karriereplänen oder allenfalls von veränderten professionellen Leitbildern (Letzteres drückt sich in der geringen Bereitschaft Vollzeit zu arbeiten aus.) Unbestimmt bleibt dabei, welchen Einfluss Wahrnehmungen der WB-Stätten für diese Entscheidungen hatten.

Daraus ergeben sich **zwei Anschlussfragen**. Erstens, inwiefern ergibt sich aus dem enorm hohen Anteil (82%) derjenigen, die künftig Teilzeit arbeiten zu wollen, eine zunehmende Kluft zu den existierenden vornehmlich Vollzeit-Weiterbildungsangeboten und zweites, was sind die Folgen daraus für die ambulante und stationäre Versorgung. Einen Hinweis dafür mag sich darin zeigen, dass Teilzeit-Orientierte eher in den ambulanten Bereich gehen. Das kann eine ungewollte Selektion bedeuten, wenn Arbeitszeitmodelle über die Wahl des Versorgungssettings (und eventuell das Fach), in dem man tätig sein möchte, entscheiden.

Karriereziele und Zufriedenheit

Auf die Frage nach den **künftigen Karrierezielen** zeigt sich ein buntes Bild mit grossen Unterschieden zwischen den Fachbereichen und etwas weniger grossen, aber vorhandenen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Besonders auffallend war in den beiden «grossen» Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie, dass lediglich 5% der Frauen und 11% der Männer in der Inneren Medizin eine Chefarzt- oder Chefärztinnen-Position anstreben, bei den Chirurginnen gar niemand, bei den chirurgischen Kollegen hingegen 22%. Auch in den beiden anderen Fächern ist die Aufstiegsattraktivität bzgl. chefärztlichen Positionen teils gar nicht vorhanden (Ophthalmologie) oder nur gering bei den Männern (Psychiatrie 13%). Dieser Befund geringer bzw. **abnehmender Interessen an Leitungsfunktionen** im Spital wurde auch in der Kamed-Studie erhoben (Ziegler 2017b) und könnte nochmals Ausdruck veränderter professioneller Leitbilder sein.

Zusammen mit dem erwähnten stark gewachsenen Wunsch nach Teilzeitarbeit sprechen diese Ergebnisse für einen sich vollziehenden **Wandel professioneller ärztlicher Leitbilder als auch der Karriereziele**. Dieser Wandel wird heute bereits an verschiedenen Stellen diskutiert, auch wenn er im Weiterbildungs- und Versorgungsalltag erst teilweise spürbar ist. Bei allen Diskussionen darf man vermuten, dass sich dieser Wandel in den nächsten 5-10 Jahren mit bis anhin wenig antizipierter Wucht präsentieren dürfte. Als noch verstärkend könnte sich dabei die schweizerische Arbeitsmarktsituation bei Ärztinnen und Ärzten erweisen und zwar hinsichtlich ihren heute schon bestehenden regionalen und fachlichen Fehlverteilungen und hohen Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften (Berchtold 2015). Eventuell verstärken



sich solche Fehlverteilungen weiter, bzw. ergeben sich jene ungewollten Selektionseffekte, von denen die Karmed-Studie berichtet und die zu einer eingeschränkten Wahl von Fächern wie z.B. der Anästhesie führt, die sich tendenziell eher an Arbeitszeitorstellungen denn an Bedarf und Stärken orientiert (van den Bussche 2017b).

Damit rückt die Zukunft der Fachärztinnen und -ärzte in den Fokus. Rückblickend sind rund dreiviertel der Fachärztinnen und Fachärzte aller Fachgruppen **mit ihrem beruflichen Werdegang, also auch der Weiterbildung, sehr bzw. eher zufrieden**. Auch die **Selbstwirksamkeit**, d.h. das Vertrauen in die eigene Fähigkeit Aufgaben erfüllen zu können - eine Voraussetzung für gesunde Berufsausübung, erfolgreiche Stressverarbeitung und «Wellbeing» und üblicherweise auch mit Berufszufriedenheit und Arbeitsengagement korrelierend -, wird über alle Fachbereiche hinweg als hoch oder eher hoch eingeschätzt. Angesichts dieser Selbstwirksamkeitseinschätzung ist man verlockt zu folgern, dass die Weiterbildung grösstenteils «erfolgreich» verlaufen ist. Die FAT-Träger fühlen sich kompetent, ihre ärztlichen Aufgaben zu meistern, und wir dürfen davon ausgehen, dass sie entsprechende Erfahrungen sammeln konnten. Anzuführen bleibt, dass Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen, d.h. sich die Männer tendenziell selbstwirksamer einschätzen als die Frauen.

Dieses «zufriedene» Bild differenziert sich, wenn wir die Resultate zur **Berufszufriedenheit** hinzunehmen: Während in den Fachgebieten Innerer Medizin und Psychiatrie Zufriedenheit mit dem Werdegang und Berufszufriedenheit ähnliche Werte aufweisen, zeigt sich in der Chirurgie und insbesondere für die Chirurgen eine deutlich **tieferer Berufszufriedenheit** gegenüber dem Werdegang als auch gegenüber den anderen Fächern. Diesen Gap zwischen hoher Zufriedenheit mit dem beruflichen Werdegang sowie Selbstwirksamkeit auf der einen und tieferer Zufriedenheit mit dem Arztberuf auf der anderen Seite interpretieren wir als einen weiteren Ausdruck eines sich vollziehenden Wandels. Zu vermuten, aber umfangreich geprüft werden konnte in dieser Studie nicht, inwieweit dieser Gap Resultat sich wandelnder Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsorganisationen ist.

Zusammenfassend deuten diese Ergebnisse auf einen sich vollziehenden Wandel professioneller ärztlicher Leitbilder und der Karriereziele hin, der in mittlerer Zukunft die ärztliche Weiterbildung und Versorgung intensiviert unter Druck setzen wird. Nochmals verstärkt werden könnte dieser Druck durch die schweizerische Arbeitsmarktsituation der Ärztinnen und Ärzte. Zu fragen wäre weiterhin, inwieweit die Vorstellungen der heutigen Weiterbildner auf der einen und der Weiterzubildenden auf der anderen Seite in Hinblick auf die Zukunft der nächsten Ärztegeneration in einem potentiell kritischen Ausmass kritisch am Auseinanderdriften sind.

Empfehlungen

Zum Abschluss formulieren wir vier Empfehlungen.

Empfehlung 1

Aufgrund der Schlussfolgerungen, dass in den vier befragten Fachbereichen

1. überlange Weiterbildungsdauern kein durchgehend signifikantes Problem darstellen,
2. die Gründe für eine Verlängerung der Weiterbildungsdauer v.a. Ausdruck veränderter professioneller Leitbilder oder individueller Karrierepläne zu sein scheinen, sowie
3. der berufliche Werdegang die jungen Fachärztinnen und -ärzte grosso modo zufrieden stellt und ihre Selbstwirksamkeitsempfindung auf gutem Niveau angesiedelt ist,

postulieren wir, dass kurz- und mittelfristig eine alleinige Verkürzung der minimalen Weiterbildungsdauern oder frühere eigenverantwortliche Tätigkeit wenig Nutzen für die Versorgung bzw. für eine Korrektur der fachlichen und regionalen Fehlverteilung bringen würden.

Empfehlung 2

Wenn solche Massnahmen ergriffen werden sollten, dann vor dem Hintergrund der Ausrichtung auf klar veränderte Berufsbilder nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund technologischen Wandels (Digitalisierung) und allenfalls bereits auf der Ebene der Ausbildung beginnend (s. beispielhaft die Idee einer früheren Spezialisierung: Steurer 2018).

Diese Hypothese wird durch internationale Erfahrungen beispielsweise aus dem United Kingdom gestützt. Das ab 2013 eingeführte Konzept des sog. «shape of training» bezweckte eine rigorose Restrukturierung und Neugliederung der ärztlichen Weiterbildung in ein allgemeines, zweijähriges «Foundation Programme» sowie ein anschliessendes «Broad Based Speciality Training», wobei sich Letzteres nur noch teilweise an den traditionellen medizinischen Disziplinen orientiert (Berchtold 2015). Nicht nur die Opposition britischer Ärztenverbände, sondern auch viele Studien lassen dieses Unterfangen zwischenzeitlich in problematischem Licht erscheinen (Harries 2016).

Gleichwohl, auch wenn die Qualifizierung angehender Fachärztinnen und Fachärzte immer noch stark von der Weiterbildungsdauer bzw. der Dauer des «learning-by-doing» geprägt ist, wird in Ärztekrisen zunehmend akzeptiert, dass dieser übliche Qualifizierungsrahmen zu kurz greift. In vielen Ländern wie UK, Niederlande, Kanada und auch der Schweiz wird deshalb seit einigen Jahren an der «Competency-based Medical Education, CBME» gearbeitet (Frick 2019). Die «Entrustable professional activities EPA», eine Weiterentwicklung der CBME-basierten Weiterbildung, entsprechen einer typischen klinischen Aufgaben- oder Handlungseinheit und beschreiben die dafür relevanten Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltungen (Ten Cate 2013). Auch das SIWF arbeitet an der Einführung von EPAs in der ärztlichen Weiterbildung (SIWF). Diese Entwicklungen sollen an dieser Stelle aufgegriffen werden, weil wir sie als erfolgversprechende Lösungen für die in unserer Studie erhobenen Ergebnisse bzw. Probleme verstehen: erstens bieten CBME und EPAs flexiblere Rahmen für Weiterbildungscurricula als die traditionellen Zeit- und Strukturvorgaben. Sie sind daher besser geeignet für Weiterbildungen in Teilzeit und können stärker individuellen Präferenzen der Weiterzubildenden und eventuell auch sich ändernden Berufsbildern angepasst werden. «Competency-based, time-variable medical training» wird zurzeit in vielen europäischen Ländern vorangetrieben (Hoff 2018, Lucey 2018).

Auch wenn der Umbau ärztlicher Weiterbildungscurricula im Sinne der EPAs einigen Aufwand bedeutet, dürften EPAs auch für die Schweiz geeignet sein, weil sie spezifischer, flexibler und nicht zuletzt praxisbezogener weiterbilden lassen (Frick 2019). Wir empfehlen daher, diese Entwicklungen in der Schweiz zu fördern.

Empfehlung 3

Die sich ergebende Kluft zwischen Vollzeit-Weiterbildungsstellen und Teilzeit-Wünschen (als Ausdruck neuer professioneller Leitbilder) erachten wir als potentiell kritisch für die künftige Versorgung und den Arztberuf der Zukunft. Junge Ärztinnen und Ärzte werden heute vor allem an Orten, Universitäts- und Kanton- sowie kleineren Spitälern, aus- und weitergebildet, die eher weniger Teilzeitangebote bieten und zwangsläufig von Menschen betrieben werden, die bislang begrenzt von den Teilzeitpräferenzen und den Dynamiken, die damit verbundenen sind, betroffen sind.



Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Die Frage stellt sich daher, ob Weiterbildende und Weiterbildungsinstitutionen hinreichend Kenntnis von den sich wandelnden professionellen Leitbildern und damit wahrscheinlich ergebenden Rollenwahrnehmungen haben und darauf aufbauend die Weiterbildung entsprechend ausrichten und gestalten. Oder ob heute (kompetente) Ärzte und Ärztinnen weitergebildet werden, die in ihren künftigen beruflichen Rollen gar nicht mehr dazu kommen, diese Kompetenz zum Wirken zu bringen? Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich sind nicht nur zur Weiterbildung künftig ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte notwendig, sondern auch um wieder ein präziseres Bild des künftigen Arztberufs und der Fachbereiche zu gewinnen, für die weiterzubilden ist?

Es empfiehlt sich verstärkt Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich sowie Teilzeitweiterbildungsmöglichkeiten im stationären Setting anzubieten.

Über die Weiterbildung hinaus wäre eine verstärkte professionelle Beobachtung und Reflexion des sich wandelnden Berufsfeldes unter Berücksichtigung der Präferenzen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte dringend zu empfehlen.



Empfehlung 4

Auch wenn die vorliegende Studie einige wichtige Aspekte zur Dauer der ärztlichen Weiterbildung beleuchten konnte, bleiben offensichtlich viele Fragen offen, die mit Blick auf die beschriebenen Entwicklungen nach Beantwortung rufen. Das sind insbesondere die Fragen nach (1) den von den Weiterzubildenden präferierten Arbeitsmodellen während der Weiterbildung, (2) der Realisierbarkeit von Teilzeitweiterbildungsstellen an stationären Weiterbildungsstätten, (3) möglichen Fördermassnahmen und konkreten Projekten zur raschen Einführung von «Entrustable professional activities EPA» in die Weiterbildungscurricula.

Literatur

AMA 1913. American Medical Association. Report of the Judicial Council. JAMA 60:1998-1998

Bandura 1997. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman

Berchtold P, Schmitz C, Reichert A, Amelung V. 2015. Steuerung der ärztlichen Weiterbildung und Berufsausübung in Zeiten von „Ärztteknappheit“ - Eine systematische Untersuchung internationaler Erfahrungen. G+S 5: 24-36

Van den Bussche H, Nehls S, Boczor S, Siegert S, Kocavalent RD, Scherer M. 2018. Was wissen wir über die reale Dauer der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland? Dtsch Med Wochenschr 143: e152–e158

Van den Bussche H, Krause-Solberg L, Scherer M, Ziegler S. 2017a. Learning processes and learning problems in German postgraduate medical education. GMS J Med Educ. 34(5): Doc54.

Van den Bussche H, Plümer L, Krause-Solberg L, Scherer M, Ziegler S et al 2017b. Betrachtungen zur hohen Attraktivität der Fachrichtung Anästhesiologie und Klinische Anästhesie in der ärztlichen Weiterbildung. Anästh Intensivmed 2017;85: DOI: 10.19224/ai2017

Ten Cate O (2013) Nuts and bolts of entrustable professional activities. J Grad Med Educ 5: 157–158

Ten Cate O, Gruppen LD, Kogan J, Lingard LA, Teunissen PW. 2018. Time-Variable Training in Medicine: Theoretical Considerations. Acad Med 93; 3S: S6-S11

Custers EJFM, ten Cate O. The History of Medical Education in Europe and the United States, With Respect to Time and Proficiency. Acad Med. 2018; 93: S49–S54

Dornan T. 2005. Osler, Flexner, apprenticeship and ‘the new medical education’. J Royal Soc Med 98: 91-95

Dubach P, Jäggi J, Legler V, Berchtold P, Landolt L. 2017. Der Weg zur fachlich eigenverantwortlichen ärztlichen Tätigkeit in der Schweiz und in ausgewählten Ländern. Studie im Auftrag des BAG.

Frick S. 2019. EPAs, Milestones, Competences: Was brauchen wir davon? Schweiz. Ärztezeitung. 100(8): 260-263

Gruppen LD, ten Cate O, Lingard LA, Teunissen PW, Kogan JR. Enhanced Requirements for Assessment in a Competency-Based, Time-Variable Medical Education System. Acad Med. 2018; 93: S17–S21

Judge TA, Joyce E 2001, Relationship of Core Self-Evaluations Traits—Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability—With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis. Journal of Applied Psychology 2001, Vol. 86, No. 1, 80-92

Harries RL, Rashid M, Smitham P, Vesey A, McGregor R, Scheeres K, et al. 2016. What shape do UK trainees want their training to be? Results of a cross-sectional study. BMJ Open. 6(10):e010461.

Hoff RG, Frenkel J, Imhof SM, ten Cate O. Flexibility in Postgraduate Medical Training in the Netherlands. Acad Med. 2018; 93: S32–S36

Koch N 2019. Die Bedeutung des Flexner-Reports für die ärztliche Ausbildung. Schweiz. Ärztezeitung 100: 24-27



Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Lucey C, Thibault G, ten Cate O. 2018. Competency-Based, Time-Variable Education in the Health Professions: Crossroads. *Acad Med* 93; 3S: S1–S5

Moberly T. 2018. Health and wellbeing is the most common reason for doctors to take a break from training. *BMJ* 2018;362:k3097

Nasca TJ, Weiss KB, Bagian JP. 2014. Improving Clinical Learning Environments for Tomorrow's Physicians. *N Engl J Med* 370:991-993

Powell DE, Carraccio C. 2018. Toward Competency-Based Medical Education. *New Engl J Med* 378 (1): 3-5

Römer F, Ziegler S, Scherer M, van den Bussche H. 2017. Die Berufsverlaufszufriedenheit von Assistenzärzten und -ärztinnen nach vierjähriger Weiterbildung. *ZEFQ* 120: 47–53

Van Rossum TR, Scheele F, Sluiter HE, Bosman PJ, Rijksen L, Heyliger IC. Flexible competency based medical education: More time efficient, higher costs. *Medical Teacher* 2017, 40:3, 315-317

SIWF. Entrustable Professional Activities (EPA's). <https://www.fmh.ch/siwf/siwf/siwf-projekte/epa.cfm>

Snell LS, Frank JR. Competencies, the tea bag model, and the end of time. *Med Teach* 2010; 32:629–630.

Steurer J, Bucheli A. 2018, Vier Aspekte einer zukunftsfähigen Medizin-Ausbildung. <https://www.nzz.ch/meinung/vier-aspekte-einer-zukunftsfahigen-medizin-ausbildung-id.1361068>

Weggemans MM, van Dijk B, van Dooijeweert B, Veenendaal AG, ten Cate O. 2017. The postgraduate medical education pathway: an international comparison. *GMS J Med Educ.* 34(5):Doc63.

Wenger N, Méan M, Castioni J, Marques-Vidal P, Waeber G, Garnier A. 2017. Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. *Ann Intern Med.* 166(8):579-586

Whitehead CR, Kuper A. Faith-based medical education. *Adv in Health Sci Educ* 2017; 22(1), 1–3

Ziegler S, Krause-Sollberg L, Scherer M, van der Bussche H. 2017a. Arbeitszeitvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *Bundesgesundheitsbl* 60:1115-1123

Ziegler S, van der Bussche H, Römer F, Krause-Sollberg L, Scherer M. 2017b. Berufliche Präferenzen bezüglich Versorgungssektor und Position von Ärztinnen und Ärzten nach vierjähriger fachärztlicher Weiterbildung. *Dtsch Med Wochenschr* 2017; 142: e74–e82



Anhang 1: Dauer Weiterbildung und Alter bei Erwerb FAT

(gem. FMH Ärzttestatistik 2018)



15.01.2019 FMH-Ärzttestatistik 2018

Ärztinnen/Ärzte mit Erwerb eines WB-Titel im Jahr 2018

Einschlusskriterien: nur eidg. Diplomirte, 1. Facharzttitel unds 26 bei Erwerb CH-Arzt Diplom, WB-Dauer > 5 und < 10 Jahre (n=361)

	Anzahl			Dauer der Arzt Diplom bis WB-Titel			Alter bei Erwerb FAT		
	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total	Frauen	Männer	Total
Allgemeine Innere Medizin	108	42	150	6.6	6.7	6.6	32.1	32.5	32.2
Anästhesiologie	14	13	27	7.7	8.3	8.0	33.6	33.5	33.5
Arbeitsmedizin	1	0	1	6.3	0.0	6.3	32.0	0.0	32.0
Chirurgie	5	9	14	7.3	8.2	7.9	33.0	34.2	33.8
Dermatologie und Venerologie	4	2	6	7.7	7.1	7.5	33.8	31.5	33.0
Gynäkologie und Geburtshilfe	22	1	23	7.8	7.2	7.7	33.3	32.0	33.2
Handchirurgie	2	0	2	8.3	0.0	8.3	34.5	0.0	34.5
Infektiologie	3	1	4	8.7	8.9	8.8	34.0	35.0	34.3
Kardiologie	2	3	5	7.7	9.7	8.9	33.0	35.7	34.6
Kinder- und Jugendmedizin	28	11	39	6.6	7.0	6.7	32.5	32.9	32.6
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5	0	5	7.6	0.0	7.6	33.0	0.0	33.0
Kinderchirurgie	3	1	4	9.7	10.4	9.9	35.0	36.0	35.3
Med. Onkologie	0	1	1	0.0	7.9	7.9	0.0	34.0	34.0
Nephrologie	0	1	1	0.0	7.0	7.0	0.0	32.0	32.0
Neurochirurgie	1	4	5	7.3	7.3	7.3	34.0	33.0	33.2
Neurologie	2	0	2	7.7	0.0	7.7	33.0	0.0	33.0
Nuklearmedizin	0	2	2	0.0	7.4	7.4	0.0	33.0	33.0
Ophthalmologie	4	9	13	7.1	5.7	6.1	33.0	31.6	32.0
Orthopädische Chirurgie	1	11	12	6.4	7.5	7.4	32.0	33.1	33.0
ORL	2	2	4	8.6	8.2	8.4	34.5	34.5	34.5
Pathologie	1	2	3	7.0	6.6	6.7	32.0	32.5	32.3
Phys. Med. u. Rehabilitation	1	0	1	6.5	0.0	6.5	33.0	0.0	33.0
Phys. Med. u. Rehabilitation	0	1	1	0.0	10.1	10.1	0.0	36.0	36.0
Plastische Chirurgie	1	2	3	7.9	10.5	9.6	34.0	35.0	34.7
Praktischer Arzt / Ärztin	3	3	6	7.8	5.7	6.8	41.3	32.3	36.8
Psychiatrie und Psychotherapie	6	4	10	9.2	8.8	9.0	35.0	35.0	35.0
Radiologie	5	8	13	6.9	6.5	6.7	32.0	32.4	32.2
Rechtsmedizin	1	0	1	6.6	0.0	6.6	32.0	0.0	32.0
Rheumatologie	0	1	1	0.0	7.8	7.8	0.0	34.0	34.0
Urologie	1	7	8	7.3	7.6	7.5	34.0	32.9	33.0
Gesamtergebnis	223	138	361	7.1	7.3	7.2	32.7	33.0	32.8

Anhang 2: Methodisches Vorgehen

1. Literaturanalyse

Mit der Literaturanalyse sollte ein möglichst umfassendes Abbild der bisherigen Erkenntnisse zu Gründen einer effektiven WB-Dauer und zu diskutierten Optimierungsmassnahmen erarbeitet werden.

2. Hypothesenbildung und Fokusgruppen-Erhebung

Die Ergebnisse der Literaturanalyse wurden in einem nächsten Schritt als Hypothesen verallgemeinert und zusammengefasst. Die erarbeiteten Hypothesen dienen der Vorbereitung von Fokusgruppen-Gesprächen mit ausgewählten Ärztinnen/Ärzten und SIWF-Visitorinnen/Visitatoren aus zwei der vier Fachgruppen (je einer mit langer bzw. kurzer Weiterbildungsdauer).

An den Fokusgruppengesprächen nahmen Visitorinnen und Visitatoren folgender Fachbereiche bzw. Organisationen teil: Allgemeine Innere Medizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Chirurgie, Handchirurgie, Kieferchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Ophthalmologie, Psychiatrie/Psychotherapie und VSAO.

3. Fragebogenentwicklung

Aufgrund der Hypothesen und den Ergebnissen der Fokusgruppengespräche wurde ein Fragebogen (in d/f) entwickelt, pilotiert und für die Befragung in <Programm> programmiert vgl. Fragebogen in Anhang 2).

4. Online-Befragung

Befragt wurden Ärztinnen und Ärzte, welche ein eidgenössisches Arztdiplom haben, d.h. ihre gesamte Aus- und Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben und in den Jahren 2017 und 2018 den Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, Chirurgie, Ophthalmologie oder Psychiatrie/Psychotherapie erworben hatten.

Die Durchführung der Befragung und die Information der zu Befragenden erfolgte durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF. Der Fragebogen wurde an insgesamt 716 Ärztinnen und Ärzte verschickt, von denen 251 bzw. 35% antworteten. Die Charakteristika der angeschriebenen Gesamtpopulation (716 Ärztinnen und Ärzte) und der Stichprobe der 251 antwortenden Ärztinnen und Ärzte sind vergleichbar, indem für alle vier FATs (a) die Geschlechterverteilung gemäss Chi-Quadrat-Test in der Grundgesamtheit und den Stichproben nicht signifikant verschieden ist sowie (b) das Alter bei FAT-Erwerb innerhalb des 95%-Konfidenzintervalls liegt. Die Weiterbildungsdauer für den FAT Ophthalmologie liegt innerhalb des 95%-Konfidenzintervalls, während die Werte der Stichproben Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, und Psychiatrie/Psychotherapie etwas tiefer liegen.



Dauer der ärztlichen Weiterbildung

Anhang 3: Fragebogen

1. Welches ist Ihr Geburtsjahr? (jjjj)

--	--	--	--

2. Ihr Geschlecht? Weiblich Männlich Divers

3. Familienstand und Lebensverhältnisse: Ich bin ...

- alleine lebend
- mit Partner/in lebend
- ohne Kinder
- mit Kinder



27/31

4. In welchem Jahr haben Sie das eidgenössische (Staatsexamen) Arztdiplom erhalten? (jjjj)

--	--	--	--

5. Zu welchem Zeitpunkt haben Sie die im Weiterbildungsprogramm Ihrer Fachgesellschaft (<<Link>>) geforderten Nachweise für den Facharztstitel erreicht? (mm.jjjj)

--	--

--	--	--	--

6. Wann haben Sie Ihren Facharztstitel beantragt? (mm.jjjj)

--	--

--	--	--	--

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

7. Welches Arbeitszeitmodell haben Sie in Ihrer Assistenzzeit mehrheitlich gelebt?

- Nur in Vollzeit gearbeitet
- Nur in Teilzeit gearbeitet, und zwar meistens (Stunden/Woche) [] []
- Zunächst einige Jahre in Vollzeit und anschließend in Teilzeit gearbeitet
- Zunächst einige Jahre in Teilzeit und anschließend in Vollzeit gearbeitet

8. Welches Arbeitszeitmodell streben Sie in Ihrer weiteren Laufbahn an?

- Nur in Vollzeit arbeiten
- Nur in Teilzeit arbeiten, und zwar idealerweise (Prozent) [] []
- Zunächst einige Jahre in Vollzeit und anschließend in Teilzeit arbeiten, idealerweise (Prozent) [] []
- Zunächst einige Jahre in Teilzeit und anschließend in Vollzeit arbeiten, Teilzeit idealerweise (Prozent) [] []



28/31

9. Ich habe meinen Facharzttitel in der minimalen Weiterbildungszeit von ... Jahren erworben :

- Ja
- Nein, ich habe über die minimale Weiterbildungszeit hinaus weitere Zeit benötigt, und zwar (Monate) [] []

Weshalb brauchten Sie länger? *Mehrfachantworten sind möglich*

- Elternzeit/Erziehungszeit/Belastung durch Kinder
- Wechsel der Stelle bzw. der Abteilung/Klinik waren nicht ausreichend schnell möglich
- Zu wenig Zeit und Möglichkeit für die Erfüllung der Anforderungen des Weiterbildungsprogramms
- Wechsel des angestrebten Facharzttitels
- Teilzeittätigkeit aus privaten Gründen
- Teilzeittätigkeit aus beruflichen Gründen (z.B. politische Tätigkeit in Verbänden)
- Forschung/Dissertation
- Zusätzliches Fremdjahr
- Andere Gründe, nämlich: _____

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

10. Geben Sie bitte an, in welcher Art von Einrichtung Sie derzeit in welcher Funktion arbeiten.

- In einem Universitätsspital als ((Auswahl: Oberärztin/arzt, Leitende Ärztin/Arzt, Spitalfachärztin/arzt, Chefärztin/arzt))
- In einem Kantonsspital als ((Auswahl: wie oben))
- In einem Regionalspital als ((Auswahl: wie oben))
- In einem Bezirksspital als ((Auswahl: wie oben))
- In einem Belegarztspital
- In einer Praxis
- In einer anderen Einrichtung, nämlich: _____
- Ich arbeite derzeit nicht ärztlich



29/31

11. Welche berufliche Position streben Sie an?

Bitte geben Sie maximal drei Prioritäten an, indem Sie per Drag&Drop oder durch Klicken auf die Antwortoptionen die gewünschten Antwortoptionen aus der Liste über die gestrichelte Linie in den Rangplatzbereich bewegen.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Hausärztin/-arzt in eigener Praxis |
| <input type="checkbox"/> | Spezialist/in in eigener Praxis |
| <input type="checkbox"/> | Angestellt als Hausärztin/-arzt in einer Praxis |
| <input type="checkbox"/> | Angestellt als Spezialist/in in einer Praxis |
| <input type="checkbox"/> | Spital-Fachärztin/Facharzt im Spital |
| <input type="checkbox"/> | Chefärztin/Chefarzt im Spital |
| <input type="checkbox"/> | Leitende Ärztin/Leitender Arzt im Spital |
| <input type="checkbox"/> | Tätigkeit in der universitären Forschung |
| <input type="checkbox"/> | Außerklinische Tätigkeit (Gesundheitsamt, Krankenkasse etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Anderes Ziel, nämlich
(bitte unten spezifizieren) _____ |
- Ich habe noch keine genauen Vorstellungen

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

12. Diese Frage betrifft die Gesamteinschätzung Ihres bisherigen beruflichen Werdegangs. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen für Sie zutreffen.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Im Vergleich zu meinen ehemaligen Studienkollegen und -kolleginnen ist meine bisherige berufliche Entwicklung sehr erfolgreich verlaufen.	<input type="checkbox"/>				
Bisher habe ich meine persönlichen beruflichen Ziele erreichen können.	<input type="checkbox"/>				
Der Verlauf meines Berufslebens war bisher genau so, wie ich mir das zu Anfang vorgestellt habe.	<input type="checkbox"/>				
Meine engen Freunde und Freundinnen würden sagen, dass ich in meinem Berufsleben bisher gut vorangekommen bin.	<input type="checkbox"/>				
Insgesamt gesehen bin ich zufrieden mit meiner bisherigen beruflichen Entwicklung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30/31



13. Welche Prioritäten sind für Sie auf Ihrem weiteren Berufsweg entscheidend?

Bitte wählen Sie die Alternative, die am ehesten auf Sie zutrifft

- Mein Beruf ist mir deutlich wichtiger als meine Familie/Privatleben
- Mein Beruf ist mir etwas wichtiger als meine Familie/Privatleben
- Mein Beruf und meine Familie/Privatleben sind mir gleich wichtig
- Meine Familie/Privatleben ist mir etwas wichtiger als mein Beruf
- Meine Familie/Privatleben ist mir deutlich wichtiger als mein Beruf

14. Nachfolgend finden Sie Aussagen bezüglich Ihrer Berufszufriedenheit. Bitte geben Sie an, wie sehr diese auf Sie zutreffen.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
In den meisten Punkten ist mein berufliches Leben meinem Ideal nahe.	<input type="checkbox"/>				
Meine beruflichen Lebensbedingungen sind hervorragend.	<input type="checkbox"/>				
Ich bin zufrieden mit meinem beruflichen Leben.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe bisher die wichtigen Dinge, die ich mir vom beruflichen Leben wünsche, auch bekommen.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich mein berufliches Leben noch einmal leben könnte, würde ich fast nichts ändern.	<input type="checkbox"/>				

Dauer der ärztlichen Weiterbildung

15. Zum Abschluss finden Sie Aussagen zu Ihrer beruflichen Tätigkeit im Allgemeinen. Bitte geben Sie an, wie sehr diese auf Sie zutreffen.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu
Ich bin zuversichtlich, dass ich die Aufgaben in meiner beruflichen Tätigkeit gut erledigen kann	<input type="checkbox"/>				
Meine Fähigkeiten entsprechen den Anforderungen meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>				
Bei der Arbeit fühle ich mich kompetent, meine beruflichen Ziele zu erreichen	<input type="checkbox"/>				
In meiner Arbeit habe ich das Gefühl, dass ich schwierige Aufgaben erfolgreich erledigen kann	<input type="checkbox"/>				



16. Haben Sie noch abschliessende Bemerkungen?