

# Career and life planning in the context of the postgraduate medical training – current challenges and opportunities

## Abstract

**Introduction:** The possibility of balancing career and family is meanwhile a central concern for most physicians when choosing a job. The aim of this study was to identify current barriers and opportunities for physician education and career planning.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted as an online survey between 11/2021 and 02/2022 and targeted physicians at all career levels in Germany who were members of a clinical professional association. Alternative and consent questions were used to assess experiences/attitudes toward various aspects of life and career planning, as well as alternative work and parental leave models, depending on gender, specialty, and hierarchical level.

**Results:** The majority of the 2060 participants were female (69%) and had children (66%). Many childless residents reported that they felt they had to choose between children and a career. The majority of female residents, specialists and attending physicians (Ø 55.5%) stated that they had experienced career losses as a result of taking parental leave, while most men did not share this experience (Ø 53.7%). 92% of all participants agreed with the statement that men and women have different career opportunities. Job-sharing models were considered feasible at all levels of the hierarchy by an average of 55.6% of all medical executives.

**Conclusion:** Parenthood and the use of parental leave and part-time work appear to have a significant impact on the career paths of those surveyed. Although the majority of directors of medical training programs are open to job-sharing models, further measures are needed in order to equalize career opportunities for men and women.

**Keywords:** postgraduate medical training, career, gender, female physician, male physician, parental leave, part-time work, work schedules

Stella Oberberg<sup>1</sup>

Elena K.

Enax-Krumova<sup>2</sup>

Christiane Kruppa<sup>3</sup>

Christine H.

Meyer-Frießem<sup>4,5</sup>

Robin Denz<sup>6</sup>

Alina Funhoff<sup>7</sup>

Vanessa Behrens<sup>7</sup>

Dinah Berres<sup>8</sup>

Vera Fortmeier<sup>9</sup>

Dina Sträter<sup>4</sup>

Johanna Strotmann<sup>10</sup>

Maxi von Glinski<sup>11</sup>

1 St Josef Hospital, Clinic for Orthopaedics and Trauma Surgery, Bochum, Germany

2 BG University Hospital Bergmannsheil gGmbH, Department of Neurology, Bochum, Germany

3 BG University Hospital Bergmannsheil gGmbH, Department of General and Trauma Surgery, Bochum, Germany

4 BG University Hospital Bergmannsheil gGmbH, Department of Anaesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine, Bochum, Germany

5 Klinikum Lünen, K LW St. Paulus GmbH, Department of Anaesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine, Lünen, Germany

6 Ruhr University Bochum, Department of Medical Informatics, Biometry and Epidemiology, Bochum, Germany

7 University Hospital Knappschaftskrankenhaus Bochum GmbH, Department

of Neurology, Bochum,  
Germany

8 BG University Hospital  
Bergmannsheil gGmbH,  
Clinic for Cardiac and  
Thoracic Surgery, Bochum,  
Germany

9 Heart and Diabetes Centre  
NRW, Bad Oeynhausen,  
Germany

10 St Josef Hospital,  
Department of General and  
Visceral Surgery, Bochum,  
Germany

11 BG University Hospital  
Bergmannsheil gGmbH,  
Department of Plastic and  
Hand Surgery, Burn Center,  
Bochum, Germany

## Introduction

The possibility of a family- and life-friendly career is now seen by many physicians as a necessary prerequisite for a (postgraduate medical training) position [1], [2], [3]. Over the last two decades, a wide range of family policy reforms have created the theoretical basis for both women and men to take time off work or reduce their working hours. This allows them to spend more time with their children and facilitates childcare [4], [5]. Despite this, women in particular still perceive the compatibility of family and a medical career as inadequate [6].

Two-thirds of all medical students and employees in healthcare are female [7], [8]. However, the proportion of female clinic directors at university hospitals remained unchanged at just 13% in 2022, while the proportion of female senior physicians had risen to 37% compared to 31% in the previous survey in 2019 [9].

At the same time, two-thirds of working mothers work part-time, which is often associated with fewer career opportunities, compared to 7.6% of working fathers who work part-time [10].

To ensure that existing family policies lead to a long-term equalization of career opportunities and do not exacerbate existing disadvantages, it is essential that they are supported and advocated, especially by directors of postgraduate medical training programs [3]. To date, the literature has largely reflected the perspectives of medical residents on existing working conditions [6], [8], [11]. However, the opinions of senior and chief physicians regarding gender-specific career opportunities and alternative working time models appear to be underrepresented.

The aim of this study was to investigate differences in family and life planning among physicians during and

after training, as well as their attitudes towards potential improvement strategies, according to gender, specialty (surgical/conservative), and hierarchical level.

## Methods

After obtaining positive ethics approval (Faculty of Medicine, Ruhr University Bochum: 21-7298), data collection of this cross-sectional study took place between 11/2021 and 02/2022. Physicians of all specialties, career levels, and age groups (>18 years) who voluntarily participated in the German online survey were included. For this purpose, an electronic letter with a link to an anonymous, self-administered questionnaire was sent to the offices of 145 clinically relevant professional associations and registered medical societies in Germany and asked to be forwarded via their mailing lists. The questionnaire itself was hosted on the online survey platform LimeSurvey. The time required to complete the survey was estimated at approximately four to a maximum of thirteen minutes. Written informed consent about the anonymity of the survey and consent for active and voluntary participation was obtained before the survey began. Sociodemographic data were collected at the beginning of the survey: Age group, gender, physician position (resident, specialist, senior, chief), type of clinic/department, marital status, number of children living in the household. Based on this information, participants were directed to alternative pathways with adapted questions regarding part-time/full-time employment and reasons for this, desire or plan to have children if childless, whether/how long parental leave was taken (1-2/3-6/7-12/>12 months), expected/actual career losses due to parental leave, attitudes towards career opportunities for women and men, division

of domestic duties, attitudes towards job sharing models, etc. In addition to their own life and career planning, physicians in leadership positions (senior and chief physicians) were asked about their attitudes toward part-time work and parental leave for employees and whether this is supported.

Both alternative (yes/no) and agreement questions using a 5-point Likert scale (1=does not apply, 2=does rather not apply, 3=does somewhat apply, 4=more likely to apply, 5=applies completely) were used.

## Statistics

Due to the exploratory nature of the data collection, descriptive analysis was used to compare in particular the opinions/life and career plans of women and men, surgical and conservative physicians as well as physicians in different hierarchical positions. Accordingly, no p-values are being reported [12].

The graphs were analyzed and generated using the R programming language, version 3.2.1. The numerical variables are displayed in percentages.

## Results

A total of 2060 questionnaires were fully (N=1665) or partially (N=395) completed and thus included in the analysis.

Table 1 summarizes the sociodemographic characteristics of the participants. The majority were female (69.4%) and between 31 and 45 years old (51.6%). 23.4% of the physicians were undergoing postgraduate medical training. The majority of physicians worked as specialists or senior physicians (32.7% and 32.3%, respectively). 88.5% of all participants were in a relationship, 74.4% had children.

### Children & career

When differentiating the responses by position and gender, the majority of participants at specialist level and above reported having children, see attachment 1. 27.6% of the female senior physicians were childless, compared with 19.8% of male senior physicians, and 44.6% of female chief physicians were childless, compared with 23.9% of their male colleagues.

The majority of childless residents and specialists reported that they (rather) felt they had to choose between children and their career, with the proportion of women agreeing with this statement being significantly higher (residents: women 64.4% vs. men 48.4%; specialists: women 69.9% vs. men 45.5%). The majority of senior physicians (43.9%) and chief physicians (47%) still (tended to) agree with this statement. The majority of residents and specialists indicated that they (tend to) consider career advancement when planning to have children. In addition, 61.8% of female senior physicians and

43.5% of male senior physicians (rather) agreed with this statement.

### Parental leave

The majority of both female (76.9%) and male physicians in postgraduate medical training (90.3%) with a child/children stated that they had already taken parental leave during their training. The majority of respondents without children could also imagine taking parental leave during (male: 59.3% vs. female: 55.2%) or after their training (male: 37% vs. female: 42.2%).

87.8% of the female specialists and 75.4% of male specialists had already taken parental leave. In contrast, only 31.3% of male and 42.2% of female senior physicians reported that they have taken parental leave. At the level of chief physicians, 20% of the men and 64% of the women had taken parental leave.

The length of parental leave taken was in 36.7% in the group of male residents 1-2 months, in 46.7% 3-6 months, while 91.7% of the female residents took at least 7 months. A similar discrepancy was found among specialists (73.4% of men took parental leave for 1-2 and 3-6 months equally; 89.7% of women for at least 7 months) and senior physicians (men: 68% for 1-2 and 3-6 months equally; women: 71.9% for at least 7 months), see figure 1.

Among childless residents/specialists, the majority (tended to) agree/agreed with the statement that parental leave worsens career opportunities in the long term (residents: 64.1% male, 77.1% female; specialists: 68.4% male, 88.4% female). Among senior physicians, 34.2% of men and 60.3% of women shared this opinion.

Among female residents and female specialists who had already taken parental leave, the majority (67.1% and 62.2%, respectively) believed that they had (rather) experienced career losses as a result. Among senior physicians, 48.4% (tended to agree) agreed with this statement. In contrast, the majority of residents (41.4%), specialists (60.0%) and senior consultants (58.7%) did not (tend to) share this opinion.

### Part time employment

The majority of respondents were employed full-time. By position, 31.5% of female residents were employed part-time (compared with 7.5% of the males). The difference in part-time employment was even greater between female (53.5%) and male residents (14.6%). 41.9% of the female senior physicians were employed part-time (compared with 13.8% of the males). 46.7% of female chief physicians reported having worked part-time during their career (compared with 17.1% of the males). For both genders, the most common reason for part-time employment was child care (men: 66.7%; women: 90.0%).

**Table 1: Socio-demographic characteristics of the participant collective**

	participants, N=2060*
<b>Gender, n (%)</b>	
diverse	8 (0,4)
male	621 (30,2)
female	1424 (69,4)
<b>Age group, N (%)</b>	
18-25 years	28 (1,36)
26-30 years	143 (6,94)
31-35 years	398 (19,32)
36-40 years	348 (16,89)
41-45 years	317 (15,39)
46-50 years	226 (10,97)
51-55 years	242 (11,75)
61-65 years	195 (9,47)
61-66 years	93 (4,51)
>65 years	70 (3,4)
<b>Clinical position, N (%)</b>	
Resident	468 (23,4)
Specialist	654 (32,7)
Senior physician	646 (32,3)
Chief physician	234 (11,7)
<b>Type of care provided by the hospital, N (%)</b>	
Standard care provider	434 (23,2)
Specialist provider	358 (19,1)
Maximum care provider	388 (20,7)
University hospital	693 (37,0)
<b>Specialization, N (%)</b>	
Surgical	449 (21,8)
Conservative	848 (41,2)
No assignment	763 (37,0)
<b>Marital status, N (%)</b>	
Single	204 (11,4)
In partnership	1580 (88,5)
<b>Children, N (%)</b>	
Yes	1189 (66,7)
No	595 (33,4)
<b>Wish to have children, N (% of 'no children')</b>	
Yes	383 (74,4)
No	132 (25,6)

\*The numbers and % refer to the percentage of each question answered. Individuals who identified themselves as "diverse" are not listed as a separate item in the following tables due to the small position.

## Domestic and family obligations

50% of male residents reported that domestic/family responsibilities were shared equally, with another 48.9% reporting that their female partner was primarily responsible. Correspondingly, 36.9% of female residents were primarily responsible for these duties, compared with 50.7% of female specialists and 35.5% of female senior physicians. Among male senior physicians, 74.7% reported that their female partner was primarily responsible for and family duties, compared with only 18% of female

chief physicians reporting to be supported by their partners.

## Career opportunities and future vision

Attachment 2 summarizes all questions and answers on balancing between work and family. 91.9% of all participants (tended to agree) agreed with the statement that men and women have different career opportunities. Regardless of their position, female physicians agreed significantly more often with this statement (ranging from

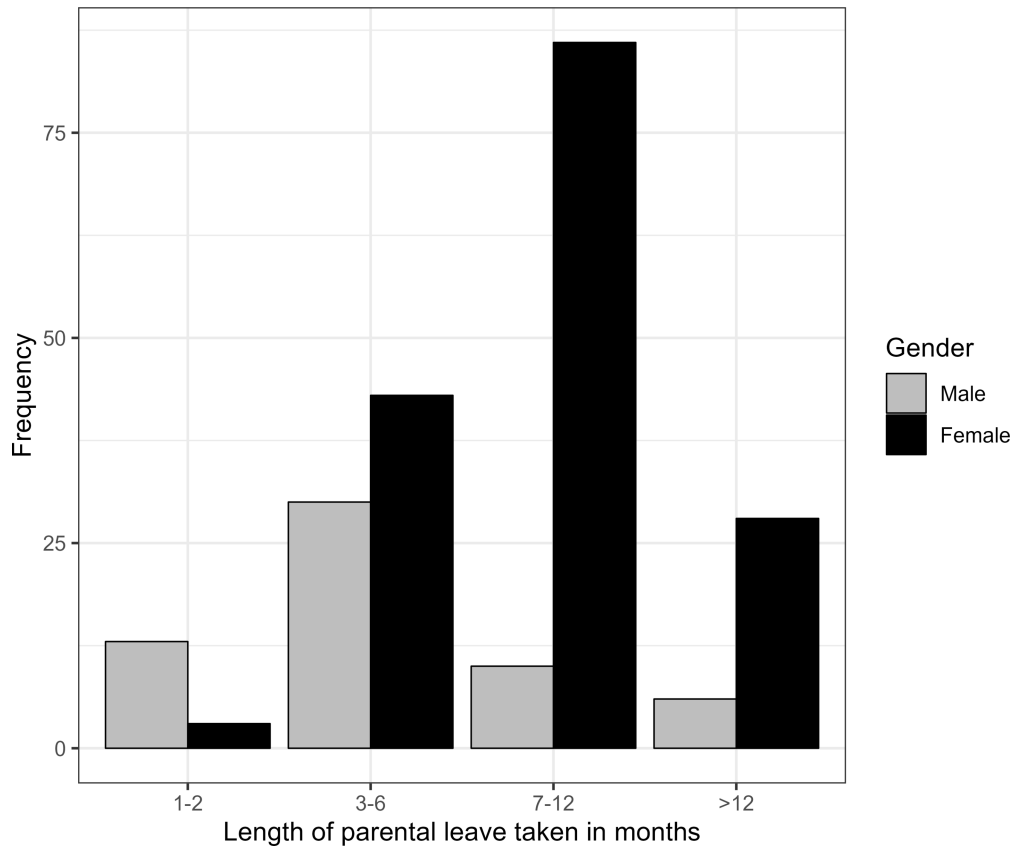


Figure 1: Length of parental leave taken in months depending on the gender

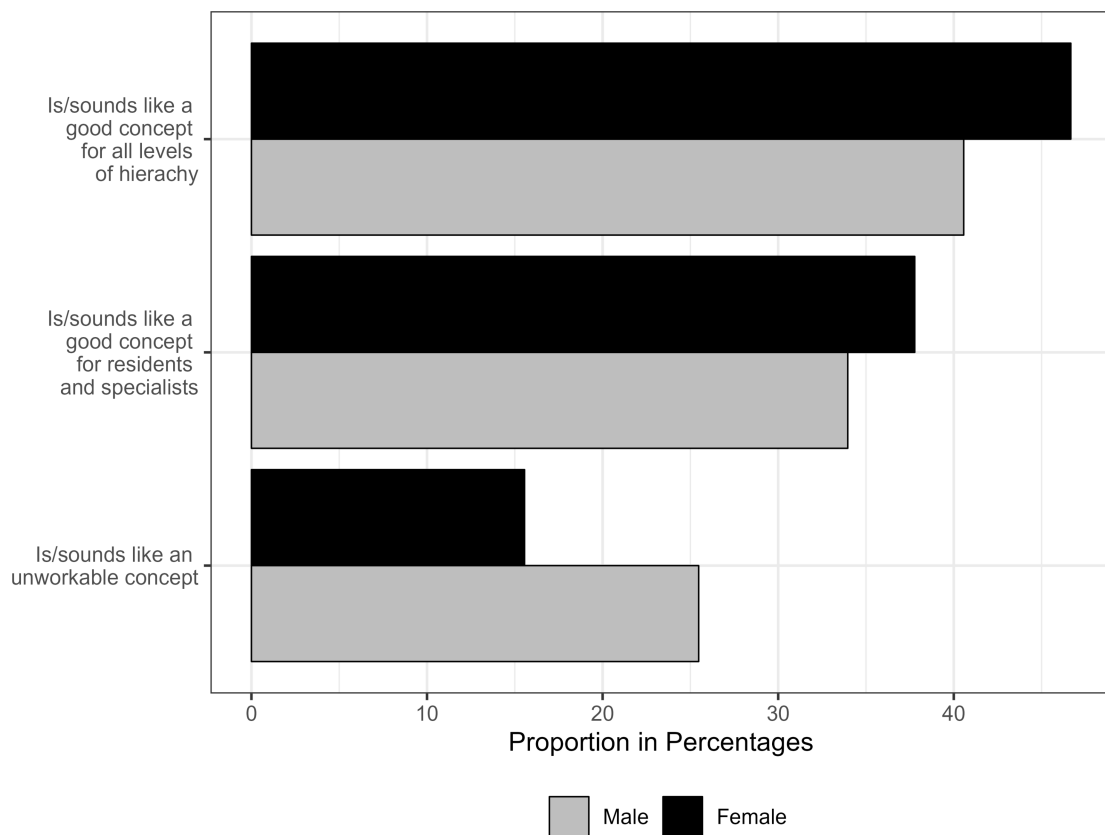


Figure 2: Chief physicians' responses to the question: What do you think about job sharing models (e.g., 2 people sharing a 100% position)?

95.4% of female senior physicians to 97.8% of female residents) than male physicians at all career levels (ranging from 78.3% of female senior physicians to 80.2% of male residents). 70.1% of all respondents also (rather) stated that the introduction of the "Scandinavian model", meaning an equalization of the length of parental leave for men and women, would lead to an equalization of career opportunities for men and women, with no significant discrepancy between positions and genders. While the majority of senior physicians (m: 54.1%; f: 62.3%) considered job-sharing models to be a good concept at all hierarchical levels, 43.4% of chief physicians considered the concept to be applicable to all hierarchical levels. Further 35.7% of chief physicians could imagine job sharing at least at the resident and specialist levels, see figure 2.

## Differences depending on the speciality

When comparing work in surgical and conservative specialties, a significantly higher proportion of physicians working in surgery (tended to agree) agreed with the statement that they had the impression to need to choose between career and children (76.3% vs. 48.7%) and that they orient themselves according to their career steps when planning to have children (78.6% vs. 57.5%), see attachment 3. 60% of the physicians in surgical disciplines who wanted to have children planned to take parental leave not until completing their training (vs. 37.3% of conservative physicians). A slightly higher proportion of participants with surgical disciplines also believed that parental leave would (rather) reduce their chances of career advancement in the long term (67% vs. 52.5%). After taking parental leave, the proportion of physicians in both groups who felt that their career opportunities were (rather) impaired was almost similar (54.3% operative and 52.5% conservative). A slightly higher proportion of conservative physicians in leading positions (senior physicians and chief physicians) reported that they supported employees to take parental leave (conservative: 92.4% vs. operative: 85.9%) or working part-time (conservative: 86.7% vs. operative: 79.3%).

## Discussion

The purpose of this study was to identify current barriers and opportunities in physicians' postgraduate medical training and career planning related to work-life balance. To our knowledge, this is the first study to include senior and chief physicians in the survey. This made it possible to compare opinions depending on career position not only reflecting the wishes, concerns and views of trainees, but also highlights possible ways in which these can be better addressed in the future.

In summary, our study shows that the majority of physicians in Germany who are in a partnership already have children and, if not, would like to have children. At the same time, concerns about career losses because of

taking parental leave are common. Many participants, especially women, align their family plans towards their career steps or even feel that they must choose between children and career. Job-sharing models and the possibility of more "partner months" corresponding to the Scandinavian model were perceived by most participants as opportunities to further improve and equalize career opportunities in a life- and family-friendly context.

In line with the current literature, our findings also show that still mainly women take parental leave, work part-time subsequently, and are primarily responsible for domestic tasks. Despite the high proportion of women in medicine, this is still associated with considerable career losses for female physicians [8], [9], [13], [14], [15], [16], [17].

One-third of the female chief physicians surveyed indicated that they had interrupted their careers for parental leave, and two-thirds of them for as long as 7-12 months. This indicates that it is possible for women in Germany to take parental leave and still hold a leadership position. At the same time, almost half of the female chief physicians in our cohort are childless, compared with only one-fifth of childless male chief physicians. This corresponds to the findings of a US study stating that female plastic surgeons had children significantly less often and much later than their male colleagues in the same position [18]. In our cohort, which cannot be considered as representative of all German physicians, the same phenomenon is evident starting at senior physician level. One possible explanation lies in the alternative life planning required by the intensive work commitment of a leading physician. As the question on the division of domestic responsibilities shows, this work commitment is more likely to be covered by the partners of male colleagues in their private life. In addition, structures such as corporate childcare facilities with compatible opening hours are very important in minimizing the need to choose between family and work [3], [16].

In our survey, 62% of respondents with children reported having taken parental leave. The proportion of men who had taken parental leave was as high as almost 40% at the resident, specialist and senior consultant level. Half of the male physicians surveyed did not see any long-term limitations of career opportunities as a result of taking parental leave. On the one hand, this may be due to the fact that their careers were already well advanced prior taking parental leave resulting in fewer disadvantages, or it may be due to subjective attitudes towards their careers. On the other hand, it may also indicate an increasing acceptance and support of parental leave by superiors. The fact that a high percentage of women at all hierarchical levels perceived disadvantages as a result of taking parental leave may be due to the duration of parental leave. While the majority of women took at least 7 months of parental leave, most men took a maximum of 6 months.

Our survey found that more female physicians than male physicians continue to work part-time, mostly due to child care. Similarly, an earlier study on family planning found



that 76% of female physicians wanted to work part-time, while only 16% of male physicians expressed that wish [8]. Similarly, in this survey, the proportion of women working part-time as a result of having children increased significantly more (from 4% to 50%) than that of men (from 2% to 15%) [6]. 64% of female physicians working part-time also reported that they felt disadvantaged in their postgraduate medical training because of their part-time work [6].

More than three-quarters of male respondents and almost all female respondents agreed that career opportunities are different for men and women.

Female doctors tend to be less advanced in their careers and choose less prestigious medical specialties and career paths [8], [11], [14]. The reasons for the persistent "gender bias" may lie in the multifactorial burden on working women due to childcare and primary responsibility for domestic tasks, or in the longer periods of work absence due to parental leave followed by part-time work. Part-time employment itself leads to a significant extension of the period of specialist training, if not already completed. To equalize the career opportunities of women and men, working environment and perhaps even individual life planning needs to be rethought. A study by Raspe et al. found that the more ambitious the hospital career the shorter was the parental leave taken [6]. Theoretically, it is already possible to divide the duration of parental leave equally between both parents. In practice, however, this does not seem to be possible or desirable in most partnerships. The introduction or facilitation of more "partner months" could be understood as a possible politically driven incentive here.

In addition, mentoring programs at an early stage of training can support physicians in their individual career and life planning [19].

Job-sharing models received a high level of approval in our survey. This would also enable part-time employees to occupy leadership positions. And even during medical specialist training, they can lead to more effective "deployment" of part-time employees and thus improve staff coordination for employers. Although, at first glance, the results of our study confirm the already known career differences between women and men, with a predominantly traditional division of family roles, they offer an optimistic view of the future. They show that there is a high level of awareness of the continuing inequality of opportunities between women and men. And they show that the majority of leading physicians are not fundamentally opposed to alternative work models. Based on the results of these exploratory studies, further research can be planned in which a quantitative, statistically meaningful analysis can be carried out by defining appropriate hypotheses in advance.

## Limitations

The main limitation of this study is the cross-sectional design with incomplete representativeness based on a

heterogeneous collective of professional associations with a majority of female participants. It is also obvious that there is a high participation of female physicians who have already dealt with the issues investigated. Finally, selection bias cannot be ruled out.

## Conclusion

Almost all physicians perceive the career opportunities of women and men to be unequal, both during and after training. Gender mainstreaming therefore remains a key issue. Many physicians, especially women, align their family planning according to career steps, which suggests impaired career opportunities due to parental leave during specialist training, or even have the impression that they have to choose between children and a career. This can only be addressed by innovative work and parental leave models, in addition to the much-discussed requirements for reconciling career and family, in particular the expansion of corporate childcare.

We have been able to show that besides the women the majority of men take parental leave. In contrast, they do not fear or perceive any long-term effects on career opportunities. At the same time, many leading physicians and therefore coordinators of postgraduate medical training, seem to support men and women equally in terms of parental leave and part-time work. This suggests that the work environment is already undergoing significant changes. Further research and interventions are needed to provide a sufficient platform for this issue.

## Authors' ORCIDs

- Stella Oberberg: 0000-0002-3761-1986
- Elena K. Enax-Krumova: 0000-0002-6162-9414
- Christiane Kruppa: 0000-0001-6817-9949
- Christine H. Meyer-Frießem: 0000-0001-8743-2065
- Robin Denz: 0000-0002-2682-5268
- Alina Funhoff: 0009-0007-7802-9742
- Vanessa Behrens: 0009-0007-0818-7235
- Dinah Berres: 0009-0008-2087-6348
- Vera Fortmeier: 0000-0001-5852-5617
- Dina Sträter: 0009-0002-9029-6070
- Johanna Strotmann: 0000-0001-7847-6138
- Maxi von Glinski: 0000-0002-3923-896X

## Acknowledgements

The project was implemented as part of the mentoring programme "MentÄ- Successfull in clinic, science and teaching" at Ruhr-Universität Bochum (2020-2022), which was funded by the Lore Agnes Foundation and the Faculty of Medicine [19].

EEK holds an endowed professorship funded by the German Social Accident Insurance (DGUV) for a period of 6 years (2020-2026).

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001660>

1. Attachment\_1.pdf (132 KB)  
Personal life planning depending on position and gender
2. Attachment\_2.pdf (107 KB)  
Opinion on work-life balance depending on position and gender
3. Attachment\_3.pdf (127 KB)  
Views on work-life balance depending on whether you work in a surgical or conservative specialty

## References

1. Beutner C, Lipschik A, Erpenbeck L, Holsapple J, Schon MP, Stanisz H. The Impact of COVID-19 Pandemic on Medical Doctors' Work-Family Balance at German University Clinics. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):227. DOI: 10.3390/healthcare10020227
2. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians—career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly*. 2008;138(21-22):305-312. DOI: 10.4414/smw.2008.12473
3. Lauchart M, Ascher P, Kesel K, Weber S, Grabein B, Schneeweiss B, Fischer-Truestedt C, Schoenberg M, Rogler G, Borelli C. Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf – eine repräsentative Umfrage in München bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche [Compatibility of Work and Family Life: Survey of Physicians in the Munich Metropolitan Area]. *Gesundheitswesen*. 2019;81(4):299-308. DOI: 10.1055/s-0042-124672
4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Familienleistungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen>
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Maßnahmen für mehr Vereinbarkeit vorantreiben. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/massnahmen-fuer-mehr-vereinbarkeit-vorantreiben-115764>
6. Raspe M, Vogelgesang A, Fendel J, Weiss C, Schulte K, Rolling T. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung: eine zweite bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI [Work and Training Conditions of Young German Physicians in Internal Medicine - Results of a Second Nationwide Survey by Young Internists from the German Society of Internal Medicine and the German Professional Association of Internists]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2018;143(7):e42-e50. DOI: 10.1055/a-0543-4544
7. Statistisches Bundesamt. „Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht“, Statistisches Bundesamt. Wiesbaden: Destatis; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html>
8. Ziegler S, Zimmermann T, Krause-Solberg L, Scherer M, van den Bussche H. Male and female residents in postgraduate medical education - A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany. *GMS J Med Educ*. 2017;34(5):Doc53. DOI: 10.3205/zma001130
9. Deutscher Ärztinnenbund e.V. Medical Women on Top. Dokumentation des Anteils von Frauen in Führungspositionen in 16 Fächern der deutschen Universitätsmedizin. Berlin: Deutscher Ärztinnenbund; 2016. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf>
10. Statistisches Bundesamt. 66 % der erwerbstätigen Mütter arbeiten Teilzeit, aber nur 7 % der Väter. Wiesbaden: Destatis; 2022. Zugänglich unter/available from: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22\\_N012\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22_N012_12.html)
11. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Haemmig O, Knecht M, Klaghofer R. The impact of gender and parenthood on physicians' careers—professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:40. DOI: 10.1186/1472-6963-10-40
12. Wasserstein RL, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a World Beyond “p < 0.05”. *Am Stat*. 2019;73:1-19. DOI: 10.1080/00031305.2019.1583913
13. Chen W, Baron M, Bourne DA, Kim JS, Washington KM, De La Cruz C. A Report on the Representation of Women in Academic Plastic Surgery Leadership. *Plast Reconstr Surg*. 2020;145(3):844-852. DOI: 10.1097/PRS.0000000000006562
14. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Where have they gone? - a discussion on the balancing act of female doctors between work and family. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(2):Doc19. DOI: 10.3205/zma000789
15. Robinson IS, Silva AK, Abdou SA, Daar DA, Hazen A, Thanik V. Melting the Plastic Ceiling: Where We Currently Stand on Measures to Support Women in Academic Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2020;146(3):698-707. DOI: 10.1097/PRS.0000000000007090
16. Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A. Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gend Med*. 2012;9(4):244-250. DOI: 10.1016/j.genm.2012.04.002
17. Urbanek M. Ärztinnen mit Nachwuchs im Nachteil. *Pädiatrie*. 2019;31:73. DOI: 10.1007/s15014-019-1719-0
18. Furnas HJ, Li AY, Garza RM, Johnson DJ, Bajaj AK, Kalliainen LK, Weston JS, Song DH, Chung KC, Rohrich RJ. An Analysis of Differences in the Number of Children for Female and Male Plastic Surgeons. *Plast Reconstr Surg*. 2019;143(1):315-26. DOI: 10.1097/PRS.0000000000005097
19. Meyer-Friessem C, Enax-Krumova E, Kruppa C. Between clinical practice, teaching and research - a project report on the development and implementation of a career mentoring curriculum for female clinician scientists. *GMS J Med Educ*. 2022;39(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma001556



**Corresponding author:**

Prof. Dr. med. Elena K. Enax-Krumova  
BG University Hospital Bergmannsheil gGmbH,  
Department of Neurology, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1,  
D-44789 Bochum, Germany  
Elena.Krumova@rub.de

*This article is freely available from*  
<https://doi.org/10.3205/zma001660>

**Received:** 2023-03-12  
**Revised:** 2023-08-18  
**Accepted:** 2023-11-14  
**Published:** 2024-02-15

**Please cite as**

Oberberg S, Enax-Krumova EK, Kruppa C, Meyer-Frießem CH, Denz R, Funhoff A, Behrens V, Berres D, Fortmeier V, Sträter D, Strotmann J, von Glinski M. Career and life planning in the context of the postgraduate medical training – current challenges and opportunities. *GMS J Med Educ.* 2024;41(1):Doc5.  
DOI: 10.3205/zma001660, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016606

**Copyright**

©2024 Oberberg et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Karriere- und Lebensplanung im Kontext der ärztlichen Weiterbildung – aktuelle Herausforderungen und Chancen

## Zusammenfassung

**Einführung:** Die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Karriere und Familie ist für die meisten Ärzt\*innen mittlerweile ein zentrales Anliegen bei der Stellenauswahl. Ziel dieser Studie war es, aktuelle Hindernisse und Chancen für die Weiterbildungs- und Karriereplanung von Ärzt\*innen zu identifizieren.

**Methoden:** Die Querschnittsstudie erfolgte als Onlinebefragung im Zeitraum 11/2021-02/2022 und richtete sich an Ärzt\*innen aller Karrierestufen in Deutschland, die einer klinischen Fachgesellschaft zugehörig waren. Mittels Alternativ- und Zustimmungfragen wurden die Erfahrungen/Einstellungen zu verschiedenen Bereichen der Lebens- und Karriereplanung sowie alternativer Arbeits- und Elternzeitmodelle in Abhängigkeit von Geschlecht, Fachdisziplin und Hierarchieebene erfragt.

**Ergebnisse:** Der Großteil der 2060 Teilnehmer\*innen war weiblich (69%) und hatte Kinder (66%). Viele kinderlose Assistenz-/Fachärzt\*innen gaben an, das Gefühl zu haben, sich zwischen Kind und Karriere entscheiden zu müssen. Ein Großteil der Assistenz-, Fach- und Oberärztinnen (Ø 55,5%) war der Meinung, durch die genommene Elternzeit Karriereeinbußen erlebt zu haben, während die meisten Männer diese Erfahrung nicht teilten (Ø 53,7%). 92% aller Teilnehmer\*innen stimmten mit der Aussage überein, dass sich die Karrierechancen von Männern und Frauen unterscheiden. Job-Sharing-Modelle wurden von durchschnittlich 55,6% aller ärztlichen Führungskräfte für umsetzbar auf allen Hierarchieebenen gehalten.

**Schlussfolgerung:** Elternschaft und die Inanspruchnahme von Eltern- und Teilzeit scheinen bei den Befragten einen wesentlichen Einfluss auf den Karriereverlauf zu haben. Auch wenn der Großteil der weiterbildenden Führungskräfte Job-Sharing-Modellen offen gegenübersteht, gilt es weitere Maßnahmen zu ergreifen, um die Karrierechancen von Männern und Frauen anzugleichen.

**Schlüsselwörter:** Weiterbildung, Karriere, Geschlecht, Ärztin, Arzt, Elternzeit, Teilzeit, Arbeitszeitmodelle

Stella Oberberg<sup>1</sup>

Elena K.

Enax-Krumova<sup>2</sup>

Christiane Kruppa<sup>3</sup>

Christine H.

Meyer-Frießem<sup>4,5</sup>

Robin Denz<sup>6</sup>

Alina Funhoff<sup>7</sup>

Vanessa Behrens<sup>7</sup>

Dinah Berres<sup>8</sup>

Vera Fortmeier<sup>9</sup>

Dina Sträter<sup>4</sup>

Johanna Strotmann<sup>10</sup>

Maxi von Glinski<sup>11</sup>

1 St. Josef-Hospital, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Bochum, Deutschland

2 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH, Neurologische Klinik und Poliklinik, Bochum, Deutschland

3 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH, Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik, Bochum, Deutschland

4 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil gGmbH, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Bochum, Deutschland

5 Klinikum Lünen, K LW St. Paulus GmbH, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Lünen, Deutschland

6 Ruhr Universität Bochum, Abteilung für medizinische Informatik, Biometrie und

Epidemiologie, Bochum,  
Deutschland

7 Universitätsklinikum  
Knappschaftskrankenhaus  
Bochum GmbH,  
Neurologische Klinik,  
Bochum, Deutschland

8 Berufsgenossenschaftliches  
Universitätsklinikum  
Bergmannsheil gGmbH,  
Klinik für Herz- und  
Thoraxchirurgie, Bochum,  
Deutschland

9 Herz- und Diabeteszentrum  
NRW, Bad Oeynhausen,  
Deutschland

10 St. Josef-Hospital, Klinik für  
Allgemein- und  
Viszeralchirurgie, Bochum,  
Deutschland

11 Berufsgenossenschaftliches  
Universitätsklinikum  
Bergmannsheil gGmbH,  
Klinik für Plastische  
Chirurgie und  
Handchirurgie, Bochum,  
Deutschland

## Einführung

Die Möglichkeit einer familien- und lebensfreundlichen Karriere wird von vielen Ärzt\*innen mittlerweile als notwendige Voraussetzung für eine (Weiterbildungs-)Stelle gesehen [1], [2], [3]. Vielfältige familienpolitische Reformen haben in den letzten beiden Jahrzehnten die theoretischen Grundlagen dafür geschaffen, dass sich Frauen und Männer gleichermaßen eine Auszeit vom Berufsleben nehmen oder ihre Arbeitszeit verringern können. So wird ihnen mehr Zeit mit ihren Kindern ermöglicht und die Betreuungssituation erleichtert [4], [5]. Trotzdem empfinden insbesondere Frauen die Vereinbarkeit von Familie und dem Arztberuf weiterhin als unzureichend [6].

Zwei Drittel aller Medizinstudierenden sowie Mitarbeitenden im Gesundheitswesen sind weiblich [7], [8]. Der Anteil an weiblichen Klinikdirektor\*innen lag 2022 an Universitätskliniken jedoch unverändert bei nur 13%, der Anteil der Oberärzt\*innen war von 31% in der vorherigen Erhebung 2019 auf 37% gestiegen [9].

Gleichzeitig arbeiten zwei Drittel aller erwerbstätigen Mütter in Teilzeit, was häufig mit geringeren Karrieremöglichkeiten einhergeht, im Vergleich zu 7,6% der berufstätigen Väter in Teilzeit [10].

Damit die existierenden familienpolitischen Maßnahmen langfristig zu einer Angleichung der Karrierechancen

führen und nicht bestehende Nachteile verschärfen, ist eine Unterstützung und Befürwortung der selbigen vor allem durch das Führungspersonal essentiell [3].

Bisher bildet die Literatur vorwiegend die Perspektive von Ärzt\*innen in Weiterbildung auf die bestehenden Arbeitsbedingungen ab [6], [8], [11]. Die Meinung der weiterbildenden Ober- und Chefärzt\*innen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Karrierechancen sowie alternativer Arbeitszeitmodelle scheint jedoch unterrepräsentiert.

Ziel dieser Studie war die Erhebung von Unterschieden hinsichtlich der Familien- und Lebensplanung von Ärzt\*innen während und nach der Weiterbildung sowie ihrer Einstellung zu potenziellen Verbesserungsstrategien in Abhängigkeit vom Geschlecht, der Fachdisziplin (operativ/konservativ) und Hierarchieebene.

## Methoden

Nach Einholung eines positiven Ethikvotums (Medizinische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum: 21-7298) erfolgte die Datenerhebung dieser Querschnittstudie im Zeitraum 11/2021-02/2022. Eingeschlossen wurden Ärzt\*innen aller Fachrichtungen, Karrierestufen und Altersgruppen (>18 Jahre), die freiwillig an der Online-Befragung auf Deutsch teilnahmen. Hierzu wurde unter Berücksichtigung der Datenschutzverordnung ein elektro-

nisches Anschreiben mit Link zu einem anonymen, selbst-erstellten Fragebogen an die Geschäftsstellen von 145 Fachgesellschaften mit klinischem Bezug sowie eingetragenen Ärzt\*innen-Vereinen in Deutschland gesendet und um Weiterleitung über die entsprechenden Mail-Verteiler gebeten. Der Fragebogen selbst war auf der Online-Survey Plattform LimeSurvey hinterlegt. Die Dauer der Teilnahme wurde mit ca. vier bis maximal dreizehn Minuten kalkuliert.

Die Aufklärung über Anonymität der Erhebung und Einwilligung über die aktive und freiwillige Teilnahme erfolgte schriftlich vor Beginn der Befragung. Eingangs wurden die sozio-demographischen Daten erfasst: Altersgruppe, Geschlecht, Position als Ärzt\*in (in Weiterbildung, Fach-, Ober-, Chefarzt/-ärzt\*in), Versorgungstyp der Klinik, Familienstand, Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder. Auf Basis dieser Informationen erfolgte eine Weiterleitung entsprechend alternativer Pfade mit angepassten Fragen bzgl.

Teil-/Vollzeittätigkeit und Gründe hierfür, Kinderwunsch bzw. -planung bei Kinderlosigkeit, ob/wie lange Elternzeit genommen wurde (1-2/3-6/7-12/>12 Monate), erwartete/eingetretene Karriereeinbußen durch Elternzeit, Einstellung zu Karrierechancen von Frauen und Männern, Aufteilung der häuslichen Pflichten, Einstellung zu Job-Sharing-Modellen etc. Bei Ärzt\*innen in Führungspositionen (Ober- und Chefarzt\*innen) wurde hier neben der eigenen Lebens- und Karriereplanung die Einstellung zu Teilzeittätigkeit und Elternzeit von Mitarbeiter\*innen erfragt und ob diese unterstützt werden.

Zum Einsatz kamen sowohl Alternativfragen (ja/nein) als auch Zustimmungsfragen entsprechend einer 5-Punkte-Likert-Skala (1=trifft nicht zu, 2= trifft eher nicht zu, 3= teils-teils, 4=trifft eher zu, 5=trifft vollkommen zu).

## Statistik

Auf Grund des explorativen Charakters der aktuellen Datenerhebung erfolgte die Auswertung rein deskriptiv, insbesondere, um das Meinungsbild/die Lebens- und Karriereplanung von Frauen und Männern, Ärzt\*innen mit operativer und konservativer Tätigkeit sowie Ärzt\*innen verschiedener Positionen gegenüberzustellen. Auf die Angabe von p-Werten wurde entsprechend verzichtet [12].

Die Auswertung und Erstellung der Graphiken erfolgte mit Hilfe der Programmiersprache R, Version 3.2.1. Die Darstellung der numerischen Variablen erfolgt in %.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden 2060 Fragebögen vollständig (N=1665) oder teilweise (N=395) bearbeitet und damit in die Auswertung einbezogen.

In Tabelle 1 sind die soziodemographischen Charakteristika der Teilnehmer\*innen zusammengefasst. Der Großteil war weiblich (69,4%) und zwischen 31-45 Jahren alt

(51,6%). 23,4% der Ärzt\*innen waren in Weiterbildung. Die Mehrheit der Ärzt\*innen war auf Fach- oder Oberarztbene tätig (32,7% bzw. 32,3%). 88,5% aller Teilnehmer\*innen befanden sich in einer Partnerschaft, 74,4% hatten Kinder.

## Kinder & Karriere

Bei der Differenzierung der Antworten nach Position und Geschlecht gaben ab Fachärzt\*in-Niveau die Mehrheit der Teilnehmer\*innen an, Kinder zu haben, siehe Anhang 1. Auf Oberärzt\*in-Niveau waren noch 27,6% der Frauen im Vergleich zu 19,8% der Männer kinderlos, auf Chefarzt\*in-Niveau waren es 44,6% der Frauen im Vergleich zu 23,9% der Männer.

Ein Großteil der kinderlosen Ärzt\*innen in Weiterbildung sowie der Fachärzt\*innen gab an, (eher) das Gefühl zu haben, sich zwischen Kind und Karriere entscheiden zu müssen, der Anteil der Frauen war dabei deutlich höher (Ärzt\*innen in Weiterbildung: Frauen 64,4% vs. Männer 48,4%; Fachärzt\*innen: Frauen 69,9% vs. Männer 45,5%). Unter den Ober- (43,9%) und Chefarzt\*innen (47%) stimmte weiterhin ein Großteil dieser Aussage (eher) zu.

Der Großteil der Ärzt\*innen in Weiterbildung als auch der Fachärzt\*innen gab an, sich bei der Kinderplanung (eher) an den Karriereschritten zu orientieren. Weiterhin stimmten 61,8% der Oberärztinnen und 43,5% der Oberärzte (eher) mit dieser Aussage überein.

## Elternzeit

Sowohl die Mehrheit der Ärztinnen (76,9%) als auch der Ärzte in Weiterbildung (90,3%) mit Kind/Kindern gab an, Elternzeit bereits während der Weiterbildung genommen zu haben. Ebenso konnte sich ein Großteil der Befragten ohne Kind vorstellen, perspektivisch Elternzeit während (m: 59,3% vs. w: 55,2%) oder nach Abschluss der Weiterbildung (m: 37% vs. w: 42,2%) zu nehmen.

Der Anteil der Fachärzt\*innen, die bereits Elternzeit genommen haben, lag bei 87,8% (Frauen) bzw. 75,4% (Männer). Hingegen gaben nur 31,3% der Oberärzte und 42,2% der Oberärztinnen an, Elternzeit genommen zu haben. Auf Chefarzt\*innen-Niveau waren es 20% der Männer und 64% der Frauen.

Die Dauer der genommenen Elternzeit betrug bei 36,7% der männlichen Ärzte in Weiterbildung 1-2 Monate, bei weiteren 46,7% 3-6 Monate. bei 91,7% der Ärztinnen in Weiterbildung mind. 7 Monate. Eine ähnliche Diskrepanz zeigte sich auch bei den Fachärzt\*innen (73,4% der Männer nahmen zu gleichen Teilen 1-2 Monate und 3-6 Monate Elternzeit; 89,7% der Frauen mind. 7 Monate) und den Oberärzt\*innen (Männer: 68% zu gleichen Teilen 1-2 und 3-6 Monate; Frauen: 71,9% mind. 7 Monate), siehe Abbildung 1.

Von den kinderlosen Assistenz-/Fachärzt\*innen stimmte die Mehrheit (eher) der Aussage zu, dass sich durch Elternzeit langfristig die Aufstiegschancen verschlechtern

Tabelle 1: Soziodemographische Charakteristika des Teilnehmerkollektivs

	Teilnehmer*innen, N=2060*
<b>Geschlecht, n (%)</b>	
Divers	8 (0,4)
Männlich	621 (30,2)
Weiblich	1424 (69,4)
<b>Altersgruppe, N (%)</b>	
18-25 Jahre	28 (1,36)
26-30 Jahre	143 (6,94)
31-35 Jahre	398 (19,32)
36-40 Jahre	348 (16,89)
41-45 Jahre	317 (15,39)
46-50 Jahre	226 (10,97)
51-55 Jahre	242 (11,75)
61-65 Jahre	195 (9,47)
61-65 Jahre	93 (4,51)
>65 Jahre	70 (3,40)
<b>Klinische Position, N (%)</b>	
Ärztin / -arzt in Weiterbildung	468 (23,4)
Fachärztin / -arzt	654 (32,7)
Oberärztin / -arzt	646 (32,3)
Chefärztin / -arzt	234 (11,7)
<b>Versorgungstyp des Krankenhauses, N (%)</b>	
Regelversorger	434 (23,2)
Schwerpunktversorger	358 (19,1)
Maximalversorger	388 (20,7)
Universitätsklinik	693 (37,0)
<b>Eigene Fachrichtung, N (%)</b>	
Operativ	449 (21,8)
Konservativ	848 (41,2)
Keine Zuordnung	763 (37,0)
<b>Familienstand, N (%)</b>	
Alleinlebend	204 (11,4)
In Partnerschaft	1580 (88,5)
<b>Kinder, N (%)</b>	
Ja	1189 (66,7)
Nein	595 (33,4)
<b>Kinderwunsch, N (% von ,keine Kinder')</b>	
Ja	383 (74,4)
Nein	132 (25,6)

\*Die Zahlen und % beziehen sich auf die (prozentualen) Anteile der jeweils beantworteten Fragen. Personen, die sich mit „divers“ identifiziert haben, sind aufgrund der sehr geringen Anzahl in den folgenden Tabellen nicht als eigene Position aufgeführt.

(Ärzt\*innen in Weiterbildung: männlich 64,1%, weiblich 77,1%; Fachärzt\*innen: männlich 68,4%, weiblich 88,4%). Von den Oberärzt\*innen waren 34,2% der Männer und 60,3% der Frauen dieser Meinung.

Unter den Ärztinnen in Weiterbildung und Fachärztinnen, die bereits Elternzeit genommen haben, war der Großteil der Meinung (67,1% bzw. 62,2%), hierdurch (eher) Karriereeinbußen erlebt zu haben. Von den Oberärztinnen stimmten 48,4% (eher) mit dieser Aussage überein. Hingegen teilte ein Großteil der Ärzte in Weiterbildung

(41,4%), Fach- (60,0%) und Oberärzte (58,7%) diese Meinung (eher) nicht.

## Teilzeit

Der Großteil der Befragten war in Vollzeit beschäftigt. Aufgeteilt nach Positionen zeigte sich mit 31,5% ein höherer Anteil der Ärztinnen in Weiterbildung in Teilzeit beschäftigt (im Vergleich zu den Männern 7,5%). Die Diskrepanz zwischen Fachärztinnen (53,5%) im Vergleich zu



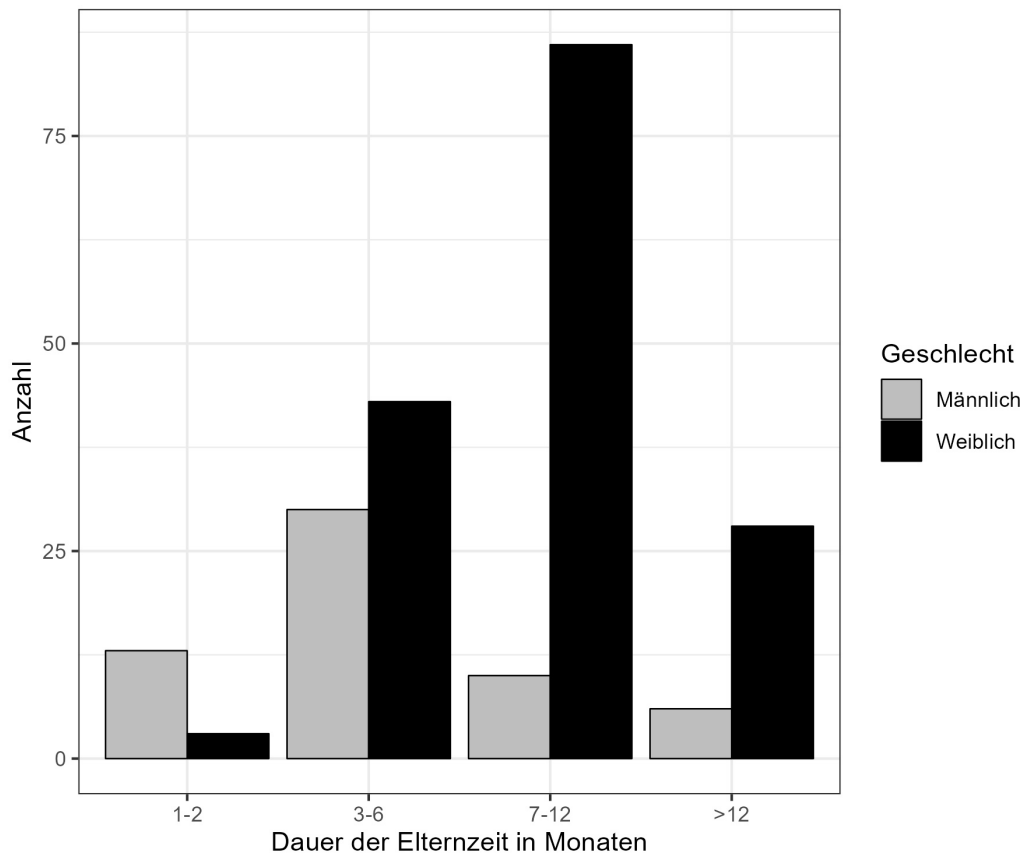


Abbildung 1: Dauer der genommenen Elternzeit in Monaten in Abhängigkeit vom Geschlecht

Fachärzten (14,6%) in Teilzeitbeschäftigung war sogar noch größer. 41,9% der Oberärztinnen waren in Teilzeit beschäftigt (im Vergleich zu 13,8% der Männer). 46,7% der Chefärztinnen gaben an, während ihrer Laufbahn in Teilzeit gearbeitet zu haben (im Vergleich zu 17,1% der Männer). Bei beiden Geschlechtern war der meistgenannte Grund für eine Teilzeitbeschäftigung die Kinderbetreuung (m: 66,7%; w: 90,0%).

## Häusliche und familiäre Verpflichtungen

50% der Ärzte in Weiterbildung gaben an, dass die häuslichen/familiären Pflichten gleichmäßig verteilt seien, bei weiteren 48,9% kümmerte sich in erster Linie die Partnerin. Entsprechend kümmerten sich 36,9% der Ärztinnen in Weiterbildung in erster Linie um diese Angelegenheiten, von den Fachärztinnen waren es 50,7% und weiterhin 35,5% der Oberärztinnen. Von den männlichen Chefärzten gaben 74,7% an, dass sich in erster Linie ihre Partnerin kümmern würde, während nur 18% der Chefärztinnen weitestgehend von häuslichen und familiären Verpflichtungen Entlastung erfuhren.

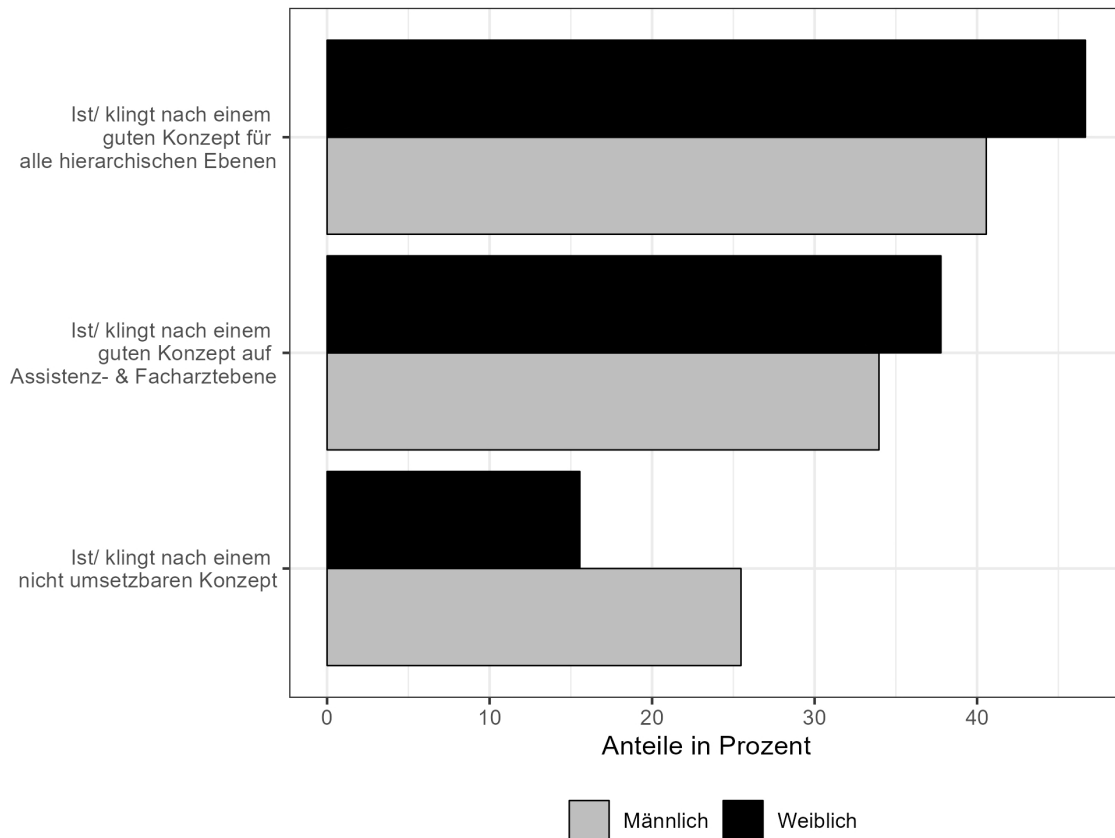
## Karrierechancen und Zukunftsvision

In Anhang 2 sind alle Fragen und Antworten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie zusammengefasst. 91,9% aller Teilnehmer\*innen stimmten mit der Aussage (eher) überein, dass sich die Karrierechancen von Männern und Frauen unterscheiden. Unabhängig von der Position

zeigte sich hier eine deutlich höhere Zustimmung unter den Ärztinnen (von 95,4% der Oberärztinnen bis zu 97,8% der Ärztinnen in Weiterbildung) im Vergleich zu den Ärzten aller Karrierestufen (von 78,3% der Oberärzte bis zu 80,2% der Ärzte in Weiterbildung). 70,1% aller Befragten waren außerdem (eher) der Ansicht, dass die Einführung des „skandinavischen Modells“ im Sinne einer Angleichung der Elternzeitdauer für Männer und Frauen eine Angleichung der Karrierechancen für Männer und Frauen zur Folge hätte, ohne dass sich hier eine wesentliche Diskrepanz zwischen Positionen und Geschlechtern zeigte. Während der Großteil der Oberärzt\*innen (m: 54,1%; w: 62,3%) Job-Sharing-Modelle für ein gutes Konzept auf allen Hierarchieebenen hielt, befanden 43,4% der Chefärzt\*innen das Konzept umsetzbar für alle Hierarchieebenen. Weitere 35,7% der Chefärzt\*innen konnten sich Job-Sharing zumindest auf Assistenz- und Fachärzt\*in-Ebene vorstellen, siehe Abbildung 2.

## Unterschiede in Abhängigkeit vom Fachgebiet

Beim Vergleich der Tätigkeit in operativen und konservativen Fachgebieten stimmte ein deutlich höherer Anteil der operativ tätigen Ärzt\*innen (eher) mit der Aussage über ein, das Gefühl zu haben, sich zwischen Karriere und Kind entscheiden zu müssen (76,3% vs. 48,7%) und sich bei der Kinderplanung an den Karriereschritten zu orientieren (78,6% vs. 57,5%), siehe Anhang 3. So plant



**Abbildung 2: Antworten der Chefärztinnen und -ärzte auf die Frage: Was halten Sie von Job-Sharing-Modellen (z. B. 2 Mitarbeiter\*innen teilen sich eine 100% Stelle)?**

60% der operativ tätigen Ärzt\*innen mit Kinderwunsch, erst nach Abschluss der Weiterbildung Elternzeit zu nehmen (vs. 37,3% der konservativ tätigen Ärzt\*innen). Auch war ein etwas höherer Anteil der operativ tätigen Teilnehmer\*innen der Meinung, dass sich durch Elternzeit langfristig die Aufstiegschancen (eher) verschlechtern (67% vs. 52,5%). Nach genommener Elternzeit war der Anteil der Ärzt\*innen, die ihre Aufstiegschancen (eher) kompromittiert sahen, in beiden Gruppen etwa gleich hoch bei 54,3% (operativ) bzw. 52,5% (konservativ). Konservativ tätige Führungskräfte (Ober- und Chefärzte) gaben zu einem etwas höheren Anteil an, Mitarbeiter\*innen dabei zu unterstützen, Elternzeit zu nehmen (konservativ: 92,4% vs. operativ: 85,9%) oder in Teilzeit zu arbeiten (konservativ: 86,7% vs. operativ: 79,3%).

## Diskussion

Ziel dieser Studie war es, aktuelle Hindernisse und Chancen bei der Weiterbildungs- und Karriereplanung von Ärzt\*innen im Kontext der Vereinbarkeit mit der Familie aufzuzeigen. Unseres Wissen nach, handelt es sich hierbei um die erste Studie, die Führungskräfte in die Befragung einbezieht. Damit war ein Positionsvergleich möglich, der nicht nur die Wünsche, Anliegen und Ansichten der Weiterzubildenden widerspiegelt, sondern eben auch mögliche Chancen aufzeigt, diesen in Zukunft besser begegnen zu können.

Zusammenfassend konnte unsere Studie zeigen, dass ein Großteil der Ärzt\*innen in Partnerschaft in Deutschland bereits Kinder hat und wenn nicht, ein Kinderwunsch besteht. Gleichzeitig scheint die Sorge vor Karriereeinbußen durch die Inanspruchnahme von Elternzeit groß zu sein. Viele Teilnehmer\*innen, hier besonders die Frauen, orientieren die Kinderplanung an ihren Karriereschritten und haben sogar den Eindruck, sich zwischen Kind und Karriere entscheiden zu müssen. Job-Sharing-Modelle und die Ermöglichung von mehr „Partnermonaten“ im Sinne des skandinavischen Modells wurden vom Großteil der Teilnehmer\*innen als Chancen zur weiteren Verbesserung und Angleichung der Karrieremöglichkeiten in einem lebens- und familienfreundlichen Kontext wahrgenommen.

Entsprechend der aktuellen Literatur zeigen auch unsere Ergebnisse, dass immer noch hauptsächlich Frauen Elternzeit nehmen, nachfolgend in Teilzeit arbeiten und sich in erster Linie um die häuslichen Pflichten kümmern. Trotz des hohen Frauenanteils in der Medizin geht dies fortwährend mit erheblichen Karriereeinbußen für Ärztinnen einher [8], [9], [13], [14], [15], [16], [17].

Ein Drittel der befragten Chefärztinnen gab an, ihre berufliche Laufbahn durch Elternzeit unterbrochen zu haben, zwei Drittel davon sogar für 7-12 Monate. Dies ist ein Hinweis darauf, dass es trotz der Inanspruchnahme von Elternzeit prinzipiell möglich ist, in Deutschland als Frau eine Führungsposition zu bekleiden. Gleichzeitig ist fast die Hälfte der Chefärztinnen unserer Kohorte kinderlos

im Vergleich zu nur einem Fünftel kinderloser männlicher Chefärzte. Entsprechend zeigte sich in einer US-amerikanischen Studie, dass weibliche plastische Chirurginnen signifikant seltener und wenn zu einem deutlich späteren Zeitpunkt Kinder bekamen als ihre männlichen Kollegen in gleicher Position [18]. In unserer Kohorte, die insgesamt jedoch nicht als repräsentativ für die gesamte deutsche Ärzt\*innenschaft angesehen werden darf, zeigt sich selbiges Phänomen erst ab Oberärzt\*innenebene. Eine mögliche Erklärung liegt in einer alternativen Lebensplanung, die der intensive Arbeitseinsatz einer Führungsperson erfordert. Wie sich in der Frage zur Verteilung der häuslichen Pflichten zeigt, mag dieser Arbeitseinsatz bei den männlichen Kollegen im Privaten eher durch die Partnerin abgefangen werden. Weiterhin sind Strukturen wie betriebliche Kinderbetreuung mit kompatiblen Öffnungszeiten sehr wichtig, um die Notwendigkeit der Wahl zwischen Familie und Beruf so gering wie möglich zu halten [3], [16].

In unserer Studie gaben insgesamt 62% der Befragten mit Kindern an, Elternzeit genommen zu haben. Anteil der Männer, die Elternzeit genommen haben, war dabei mit fast 40% auf Assistenz-, Fach- und Oberarztzebene hoch.

Die Hälfte der befragten männlichen Ärzte sahen langfristig keine Einschränkungen durch die genommene Elternzeit. Einerseits kann dies in einer bereits vor der Elternzeit fortgeschrittenen Karriere begründet sein, so dass sich ggf. weniger Nachteile durch die genommene Auszeit ergeben, oder aber in der subjektiven Einstellung zur Karriere. Andererseits kann es auch für eine zunehmende Akzeptanz und Unterstützung der Elternzeit durch die Vorgesetzten sprechen. Die Tatsache, dass ein hoher Prozentsatz der Frauen aller Hierarchieebenen Nachteile durch die genommene Elternzeit wahrgenommen hat, kann in der Dauer der Elternzeit begründet sein. Denn während der Großteil der Frauen mindestens 7 Monate Elternzeit genommen hat, nahmen die meisten Männer maximal 6 Monate Elternzeit in Anspruch.

Unsere Befragung ergab, dass weiterhin mehr Ärztinnen als Ärzte in Teilzeit beschäftigt sind, meist mit dem Zweck der Kinderbetreuung. Entsprechend fand sich in einer früheren Studie zur Familienplanung, dass Ärztinnen zu 76% in Teilzeit arbeiten wollten, während nur 16% der Ärzte angaben, eine Teilzeittätigkeit zu planen [8]. Entsprechend stieg in dieser Befragung durch Kinder der Anteil von Frauen in Teilzeittätigkeit deutlich stärker an (von 4% auf 50%) als bei Männern (von 2% auf 15%) [6]. 64% der in Teilzeit tätigen Ärzt\*innen gaben außerdem an, sich aufgrund von Teilzeittätigkeit in Hinblick auf das Fortkommen in der Weiterbildung benachteiligt zu fühlen [6].

Mehr als drei Viertel der männlichen und annähernd alle weiblichen Befragten waren sich einig, dass sich die Karrierechancen von Männern und Frauen unterscheiden. Ärztinnen sind in ihrer beruflichen Laufbahn tendenziell weniger fortgeschritten und wählen weniger prestigeträch-

tige medizinische Fachrichtungen und Karrierewege [8], [11], [14].

Gründe für den fortwährenden „Gender-Bias“ mögen in der multifaktoriellen Belastung von berufstätigen Frauen durch Kinderbetreuung und hauptverantwortliche Übernahme der häuslichen Pflichten liegen bzw. in der längeren beruflichen Abwesenheit durch die genommene Elternzeit mit anschließender Teilzeittätigkeit. Teilzeittätigkeit führt ihrerseits zu einer deutlichen Verlängerung der Weiterbildungszeit, sofern noch nicht abgeschlossen.

Um eine Angleichung der Karrierechancen von Frauen und Männern zu erreichen, scheint ein Umdenken der Arbeitswelt und vielleicht sogar der individuellen Lebensplanung erforderlich. Eine Untersuchung von Raspe et. al. ergab, dass mit steigender Ambition in der Krankenhauskarriere die Dauer der in Anspruch genommene Elternzeit sank [6]. Prinzipiell ist es jetzt schon möglich die Elternzeitdauer zu gleichen Anteilen für die Erziehungsberechtigten zu splitten. Effektiv scheint dies aber in den meisten Partnerschaften nicht möglich oder gewünscht zu sein. Die Einführung bzw. Ermöglichung von mehr „Partnermonaten“ könnte hierbei als ein möglicher politischer Anreiz verstanden werden.

Darüber hinaus können Mentoringprogramme zu einem frühen Zeitpunkt in der Weiterbildung Ärzt\*innen bei ihrer individuellen Karriere- und Lebensplanung unterstützen [19].

Job-Sharing-Modelle erfuhren in unserer Befragung einer hohen Zustimmung. Hierdurch würde es auch Teilzeitkräften ermöglicht, Führungspositionen zu besetzen. Und auch während der Weiterbildung können sie zu einer effektiveren „Einsetzbarkeit“ von Teilzeitkräften und damit auch Planbarkeit für Arbeitgeber führen.

Auch wenn die Ergebnisse unserer Studie auf den ersten Blick die bereits bekannten Karriereunterschiede von Frauen und Männern mit einer vorwiegend klassischen Rollenverteilung in Familien bestätigen, geben sie Anlass für einen optimistischen Blick in die Zukunft. Sie zeigen, dass ein großes Problembewusstsein für die andauernde Chancenungleichheit von Frauen und Männern besteht. Und sie zeigen, dass der Großteil der Vorgesetzten alternative Arbeitsmodelle nicht grundsätzlich ablehnt.

Auf Basis der Ergebnisse dieser explorativen Studien können weitere Untersuchungen geplant werden, bei denen durch vorherige Festlegung entsprechender Hypothesen eine quantitative mit Signifikanzen unterlegte Auswertung ermöglicht wird.

## Limitationen

Größte Limitation der Studie bildet das Querschnittsdesign mit lückenhafter Repräsentativität auf Basis eines heterogenen Kollektivs der Fachgesellschaften mit in der Mehrheit weiblichen Teilnehmerinnen. Eine vermehrte Teilnahme von Ärzt\*innen, die sich aus persönlichen Gründen bereits mit den erfragten Themen auseinandergesetzt haben, ist zudem naheliegend. Letztendlich kann eine Selektions-Bias nicht ausgeschlossen werden.

## Schlussfolgerung

Die Karrierechancen von Frauen und Männern werden von nahezu allen Ärzt\*innen – ob während der Weiterbildung oder danach – als ungleich wahrgenommen. Gender-Mainstreaming bleibt somit weiterhin ein zentrales Thema.

Viele Ärzt\*innen, insbesondere Frauen, orientieren die Kinderplanung an den Karriereschritten, was Einbußen schon während der Weiterbildung vermuten lässt, oder haben sogar den Eindruck, sich zwischen Kind und Karriere entscheiden zu müssen.

Neben den bereits viel diskutierten Voraussetzungen zur Vereinbarung von Karriere und Familie, hier sei insbesondere auf einen Ausbau von betrieblicher Kinderbetreuung hingewiesen, kann dem nur mit entsprechend innovativen Arbeits- und Elternzeitmodellen begegnet werden.

Wir konnten zeigen, dass neben den Frauen auch ein Großteil der Männer Elternzeit nimmt und dadurch hingegen langfristig keine Karriereeinbuße befürchtet und wahrnimmt. Gleichzeitig scheinen viele Vorgesetzte und somit auch Weiterbildende Männer und Frauen gleichermaßen bei Eltern- und Teilzeit zu unterstützen. Das deutet daraufhin, dass sich die Arbeitswelt bereits in einem großen Umbruch befindet. Um diesem Thema eine ausreichende Plattform zu bieten, bedarf es weiterer Untersuchungen und Interventionen.

## ORCID*s* der Autor\*innen

- Stella Oberberg: 0000-0002-3761-1986
- Elena K. Enax-Krumova: 0000-0002-6162-9414
- Christiane Kruppa: 0000-0001-6817-9949
- Christine H. Meyer-Frießem: 0000-0001-8743-2065
- Robin Denz: 0000-0002-2682-5268
- Alina Funhoff: 0009-0007-7802-9742
- Vanessa Behrens: 0009-0007-0818-7235
- Dinah Berres: 0009-0008-2087-6348
- Vera Fortmeier: 0000-0001-5852-5617
- Dina Sträter: 0009-0002-9029-6070
- Johanna Strotmann: 0000-0001-7847-6138
- Maxi von Glinski: 0000-0002-3923-896X

## Danksagung

Das Projekt wurde im Rahmen des Mentoringprogrammes „MentÄ- Erfolgreich in Klinik, Wissenschaft und Lehre“ der Ruhr-Universität Bochum (2020-2022) umgesetzt, welches über die Lore-Agnes-Stiftung sowie die Medizinische Fakultät gefördert wurde [19].

EEK hat eine von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) für die Dauer von 6 Jahren (2020-2026) geförderte Stiftungsprofessur inne.

## Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001660>

1. Anhang\_1.pdf (119 KB)  
Eigene Lebensplanung in Abhängigkeit von Position und Geschlecht
2. Anhang\_2.pdf (125 KB)  
Meinung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Abhängigkeit von Position und Geschlecht
3. Anhang\_3.pdf (130 KB)  
Meinung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Abhängigkeit von der Tätigkeit in einem operativen oder konservativen Fachgebiet

## Literatur

1. Beutner C, Lipschik A, Erpenbeck L, Holsapple J, Schon MP, Stanisz H. The Impact of COVID-19 Pandemic on Medical Doctors' Work-Family Balance at German University Clinics. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):227. DOI: 10.3390/healthcare10020227
2. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians–career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly*. 2008;138(21-22):305-312. DOI: 10.4414/smw.2008.12473
3. Lauchart M, Ascher P, Kesel K, Weber S, Grabein B, Schneeweiss B, Fischer-Truestedt C, Schoenberg M, Rogler G, Borelli C. Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf – eine repräsentative Umfrage in München bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche [Compatibility of Work and Family Life: Survey of Physicians in the Munich Metropolitan Area]. *Gesundheitswesen*. 2019;81(4):299-308. DOI: 10.1055/s-0042-124672
4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Familienleistungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen>
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Maßnahmen für mehr Vereinbarkeit vorantreiben. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/massnahmen-fuer-mehr-vereinbarkeit-vorantreiben-115764>
6. Raspe M, Vogelgesang A, Fendel J, Weiss C, Schulte K, Rolling T. Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung: eine zweite bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI [Work and Training Conditions of Young German Physicians in Internal Medicine - Results of a Second Nationwide Survey by Young Internists from the German Society of Internal Medicine and the German Professional Association of Internists]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2018;143(7):e42-e50. DOI: 10.1055/a-0543-4544

7. Statistisches Bundesamt. „Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht“, Statistisches Bundesamt. Wiesbaden: Destatis; 2023. Zugänglich unter/available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html>
8. Ziegler S, Zimmermann T, Krause-Solberg L, Scherer M, van den Bussche H. Male and female residents in postgraduate medical education - A gender comparative analysis of differences in career perspectives and their conditions in Germany. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc53. DOI: 10.3205/zma001130
9. Deutscher Ärztinnenbund e.V. Medical Women on Top. Dokumentation des Anteils von Frauen in Führungspositionen in 16 Fächern der deutschen Universitätsmedizin. Berlin: Deutscher Ärztinnenbund; 2016. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf>
10. Statistisches Bundesamt. 66 % der erwerbstätigen Mütter arbeiten Teilzeit, aber nur 7 % der Väter. Wiesbaden: Destatis; 2022. Zugänglich unter/available from: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22\\_N012\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22_N012_12.html)
11. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Haemmig O, Knecht M, Klaghofer R. The impact of gender and parenthood on physicians' careers—professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:40. DOI: 10.1186/1472-6963-10-40
12. Wasserstein RL, Schirm AL, Lazar NA. Moving to a World Beyond “p < 0.05”. *Am Stat.* 2019;73:1-19. DOI: 10.1080/00031305.2019.1583913
13. Chen W, Baron M, Bourne DA, Kim JS, Washington KM, De La Cruz C. A Report on the Representation of Women in Academic Plastic Surgery Leadership. *Plast Reconstr Surg.* 2020;145(3):844-852. DOI: 10.1097/PRS.00000000000006562
14. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Where have they gone? - a discussion on the balancing act of female doctors between work and family. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(2):Doc19. DOI: 10.3205/zma000789
15. Robinson IS, Silva AK, Abdou SA, Daar DA, Hazen A, Thanik V. Melting the Plastic Ceiling: Where We Currently Stand on Measures to Support Women in Academic Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2020;146(3):698-707. DOI: 10.1097/PRS.00000000000007090
16. Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A. Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gend Med.* 2012;9(4):244-250. DOI: 10.1016/j.genm.2012.04.002
17. Urbanek M. Ärztinnen mit Nachwuchs im Nachteil. *Pädiatrie.* 2019;31:73. DOI: 10.1007/s15014-019-1719-0
18. Furnas HJ, Li AY, Garza RM, Johnson DJ, Bajaj AK, Kalliainen LK, Weston JS, Song DH, Chung KC, Rohrich RJ. An Analysis of Differences in the Number of Children for Female and Male Plastic Surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2019;143(1):315-26. DOI: 10.1097/PRS.0000000000005097
19. Meyer-Friessem C, Enax-Krumova E, Kruppa C. Between clinical practice, teaching and research - a project report on the development and implementation of a career mentoring curriculum for female clinician scientists. *GMS J Med Educ.* 2022;39(3):Doc35. DOI: 10.3205/zma001556

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Elena K. Enax-Krumova  
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum  
Bergmannsheil gGmbH, Neurologische Klinik und  
Poliklinik, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum,  
Deutschland  
Elena.Krumova@rub.de

**Bitte zitieren als**

Oberberg S, Enax-Krumova EK, Kruppa C, Meyer-Frießem CH, Denz R, Funhoff A, Behrens V, Berres D, Fortmeier V, Sträter D, Strotmann J, von Glinski M. Career and life planning in the context of the postgraduate medical training – current challenges and opportunities. *GMS J Med Educ.* 2024;41(1):Doc5. DOI: 10.3205/zma001660, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016606

**Artikel online frei zugänglich unter**

<https://doi.org/10.3205/zma001660>

**Eingereicht:** 12.03.2023

**Überarbeitet:** 18.08.2023

**Angenommen:** 14.11.2023

**Veröffentlicht:** 15.02.2024

**Copyright**

©2024 Oberberg et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.