

Work-Life-Balance – eine Herausforderung für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen?

Ein Weckruf an Kliniken

D. Scheurlen

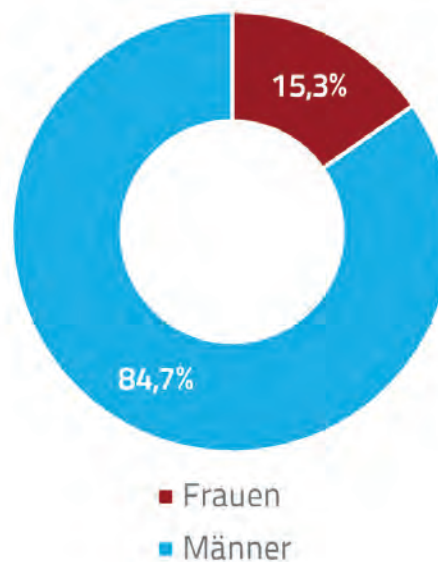
Bis zum Jahr 2020 werden laut einer Studie von PWC (Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030) 56.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen, eine große Anzahl davon auch in Kliniken.

Zu dieser Entwicklung tragen unter anderem die Herausforderungen des Wiedereinstiegs nach Familienzeiten bei, die oftmals Ärztinnen beschließen lässt, nicht in die Klinik zurückzukehren. Familienarbeit wird auch heute noch mehrheitlich von Frauen geleistet.

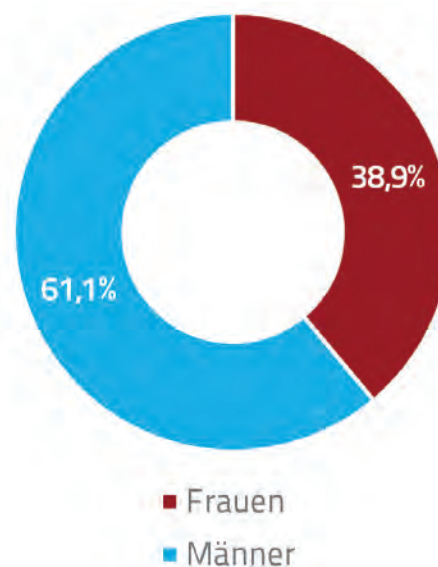
Das führt in vielen Bereichen dazu, dass Arbeitgeber Rahmenbedingungen für die Beschäftigten an deren Lebenswirklichkeiten anpassen (müssen). Gerade in Kliniken stellen sich hier – ob vermeintlich oder real – spezielle Herausforderungen. Dies führt dazu, dass Ärztinnen zwischen Familie und Beruf jonglieren müssen und das Potenzial von Frauen nicht ausgeschöpft wird.

Wie sieht es heute in vielen Kliniken aus? Ist Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein präsent Thema? Wenn selbst große städtische Kliniken einen Teilzeit-Anteil im ärztlichen Dienst von nur zum Beispiel 6,2 Prozent ausweisen, ist es dort mit hoher Wahrscheinlichkeit für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen extrem schwer, beides unter einen Hut zu bekommen. Kliniken verzichten im Zweifelsfall auf gut ausgebildete Mitarbeiterinnen. Selbst einer etablierten Oberärztin wird der Wunsch auf Reduzierung um 20 Prozent nicht

Geschlechterverteilung Gesundheitswirtschaft:
Obere Führungsebene, Deutschland 2015

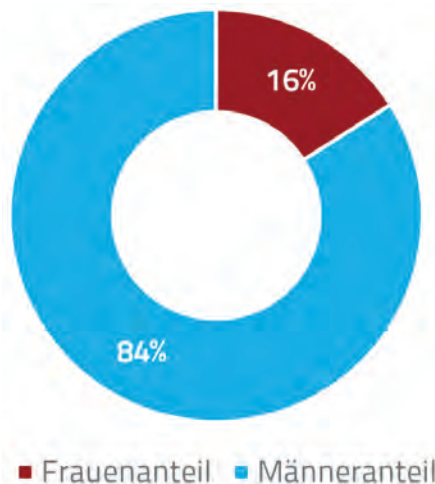


Geschlechterverteilung Gesundheitswirtschaft:
Mittlere Führungsebene, Deutschland 2015

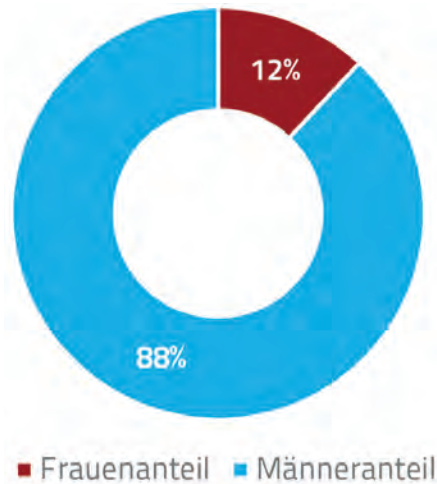


Quelle: Corinna Friedl, Sevilay Huesman-Koecke, PricewaterCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC), „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, Datenerhebung 2015, Veröffentlichung: Januar 2016

Krankenhäuser: Topmanagement
Deutschland 2015



Krankenhäuser: Geschäftsführung
Deutschland 2015



Quelle: Corinna Friedl, Sevilay Huesman-Koecke, PricewaterCoopers Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC), „Frauen in der Gesundheitswirtschaft“, Datenerhebung 2015, Veröffentlichung: Januar 2016

genehmigt – und wenn, dann nur verbunden mit dem Verzicht auf die Oberarztfunktion.

Gerade Kliniken tun sich immer noch schwer, in Teilzeit-Stellen zu denken und die Prozesse darauf abzustimmen. Chefärzte, meistens Männer, geben Besprechungszeiten für Frühbesprechungen vor, die oft gerade für Ärztinnen, die Kinder versorgen, nur sehr schwer einzuhalten sind. Die Öffnungszeiten von Kitas in den westlichen Bundesländern orientieren sich nur selten an den Arbeitszeiten von in Kliniken beschäftigten Müttern und Vätern, sodass viele große Schwierigkeiten haben, rechtzeitig in den für alle verpflichtenden Besprechungen zu sein. Oft finden gerade strategische Besprechungen, zum Beispiel Oberarztbesprechungen, in Randzeiten statt – meist auch außerhalb der Kernzeit, ohne dass eine Kinderbetreuung angeboten wird oder überhaupt bedacht wird, dass diese Zeiten eine besondere Herausforderung darstellen.

Doch auch da, wo Teilzeit-Stellen ermöglicht werden, ist es für Ärztinnen

nicht immer leicht, die geforderten Qualifikationen, zum Beispiel für den Facharzt, in akzeptabler Zeit zu erlangen. Die Ausbildungszeit verlängert sich entsprechend. Hinzu kommt, dass Müttern, die in Teilzeit arbeiten weniger anspruchsvolle Tätigkeiten übertragen werden und dadurch das Erfüllen von zum Beispiel OP-Katalogen sich ebenfalls hinzieht.

Ärztinnen, die mit reduziertem Zeiteinsatz arbeiten, werden häufig keine Führungspositionen zugetraut. Selten werden sie bei Karriereplanungen berücksichtigt, selbst in Kliniken mit etablierter Personalentwicklung.

Gerade in Krankenhäusern herrschen oft tradierte Modelle der Zusammenarbeit mit hierarchischen Strukturen. Dies begründet sich zum einen in der Verantwortlichkeit für das Wohl der Patienten zum anderen in der Notwendigkeit, schnell und zuverlässig Informationen zu übermitteln und Entscheidungen zu treffen. Im Krankenhaus mit über Jahrzehnten „regierenden“ Patriarchen etablierten sich nicht in Frage stellbare Rituale, wie die Früh- oder

auch Mittagsbesprechung. Darüber hinaus gelten hier auch noch Rollenvorstellungen des belastbaren und aufopfernden Arztes, dem kein Tag zu lang ist und der weder Essen noch Trinken noch Schlaf benötigt und niemals krank ist. Anstehende Aufgaben erschließen sich für jeden leicht erkennbar und dienen nicht dem Arbeitgeber, sondern dem Patienten. Nichterledigung ist nicht verkraftbar und keine Option. Gerade das postulierte hohe Pflichtbewusstsein von Ärztinnen führt hier zu mangelnder Abgrenzung mit überdurchschnittlicher Arbeitsbelastung. Oft bedeutet für sie Teilzeit nicht Teilzeit, aber auch Vollzeit nicht Vollzeit. Gesehen wird häufig noch, wer morgens als erster anwesend ist und abends als letzter geht. Diese Präsenzkultur im Krankenhaus wird dadurch unterstützt, dass es meistens keine Leistungsvereinbarungen gibt beziehungsweise keinen eigenverantworteten Bereich, in dem dann die Kennzahlen die Leistung widerspiegeln würden und führt dazu, dass Teilzeit-Beschäftigte oft mit schlechtem Gewissen ihre Arbeitszeiten versuchen umzusetzen.

Die Abwesenheit durch Elternzeiten trifft überproportional Ärztinnen. Das bedeutet zum einen eine Stagnation in der Weiterbildung. Zum anderen ist der Wiedereinstieg durch die familiäre und berufliche Situation schwierig – je nach Dauer der Abwesenheit. Viele Ärztinnen trauen sich die beruflichen Anforderungen nach längerer Auszeit nicht zu und sehen den fachlichen Nachholbedarf als Hürde. Oft unterschätzen Ärztinnen die eigene Leistung, eine fatale Gegebenheit, die durch die Fehleinschätzung männlicher Kollegen noch verstärkt wird. Da es während der Abwesenheiten zu keiner beruflichen Bestätigung kommt, nimmt dieses Insuffizienz- oder Überforderungsgefühl häufig noch zu. Besonders in den westlichen Bundesländern kommt hinzu, dass die Gesellschaft und die tradierten Rollenmodelle Müttern ein schlechtes Gewissen macht, wenn sie nicht beide Rollen perfekt erfüllen.

Flexible, individuell vereinbarte Arbeitszeitmodelle sind angesichts dieser Situation eine enorme Entlastung für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen und halten gleichzeitig die qualifizierten Mitarbeiterinnen in den Kliniken. Jedoch sind oft langjährige Chefarzte und/oder die Verwaltungen noch nicht auf diese neuen Anforderungen eingerichtet. Derartige Modelle sind vielerorts bereits erprobt und erfolgreich umgesetzt. Sie reichen von Wochenarbeitszeitmodellen, zum Beispiel jeden Tag vier Stunden über 2,5 Tage arbeiten und 2,5 Tage frei oder drei Wochen arbeiten und eine Woche frei, bis hin zu Jobsharing. Aber immer noch nehmen im Klinikumfeld diese Regelungen häufig nur eine marginale Bedeutung ein. In Schweizer Krankenhäusern ist Teilzeit viel weiter verbreitet, was zeigt, dass es organisatorisch möglich ist. Wichtig

ist hierbei die Wertschätzung von Beschäftigten, die in Teilzeit arbeiten. Eingeschränktes zeitliches Engagement/Verfügbarkeit ist kein Indiz für geringeres fachliches Engagement oder Loyalität. Unabhängig von den vereinbarten Arbeitszeiten, ist die Planbarkeit der Arbeitszeiten für die Organisation von Beruf und Familie unabdingbar. Hierzu können bessere Vertretungsregelungen, fixierte Dienstpläne inklusive einer Springerregelung für die Vertretung bei krankheitsbedingtem Ausfall beitragen. Für regulär schwer einzuhaltende Arbeitszeiten, zum Beispiel früh morgens oder der spätere Nachmittag, haben sich zeitlich abgestimmte Elternschichten bewährt. Die Selbstor-

„Gerade in Krankenhäusern herrschen oft tradierte Modelle der Zusammenarbeit mit hierarchischen Strukturen.“

ganisation im ärztlichen Dienst bei durch die Leitungsebene definierten Rahmenbedingungen kann hierbei Lösungen herbeiführen, die sowohl die Qualität der Patientenversorgung gewährleisten, als auch den unterschiedlichen Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen gerecht werden. Zum Beispiel kann die Besetzung einer Ambulanz mit Ärztinnen mit unterschiedlichsten Arbeitszeiten einen erweiterten Betrieb über 40 Stunden hinaus erreichen.

Kontinuierliche Weiterbildungen von zu Hause aus während familiär bedingter Auszeiten durch zum Beispiel online Kurse – auch Management-Kurse – oder das Involvieren in Forschungsprojekte, die oftmals flexibel von zu Hause erledigt werden können, reduzieren die Hürden des Wiedereinstiegs. Die kontinuierliche Beschäftigung mit reduzierten Arbeitszeiten, eine bestimmte

Anzahl von Wochenend-Diensten im Jahr oder Urlaubs- und Krankheitsvertretungen erleichtern ebenso den Wiedereinstieg wie eine definierte Anzahl von Sprechstunden während der Auszeit.

Bei längeren Auszeiten können Wiedereinstiegsprogramme, wie zum Beispiel „Zurück in den Kittel“ mit der Förderung der persönlichen und fachlichen Entwicklung einen begleiteten, zügigen Einstieg ermöglichen und sicherstellen, dass Ärztinnen diesen wagen und den Kliniken nicht verloren gehen.

Arbeitsplatznahe Parkplätze für Eltern mit betreuungspflichtigen Kindern, die es insbesondere morgens erleichtern, pünktlich vor Ort zu sein, Spieldecken in der Klinik oder Spielekoffer, um eine kurze Beendigung der Arbeit zu überbrücken und die Möglichkeit, Mittagessen der Kinder in der Kantine zu ermöglichen, erleichtern es Ärztinnen, Beruf und Familie zu vereinbaren.

Gut organisierte Kliniken können von Ärztinnen mit Kindern mehr profitieren, wenn sie diese in der Bewältigung der Work-Life-Balance unterstützen. Die Gesellschaft wird sich ändern mit Eltern, die ihre berufliche Entwicklung mit der Betreuung ihrer Kinder in Einklang bringen und Berufstätigen, die ihre Work-Life-Balance selber definieren. Kliniken können sich bereits jetzt für die Zukunft in einem immer enger werdenden Bewerbermarkt aufstellen, in der sich die jüngeren Generationen – Frauen und Männer – andere Ziele und Schwerpunkte in ihren Lebenskonzepten vorstellen. ■

Daniela Scheurlen
c/o DS Leadership
90491 Nürnberg

E-Mail: d.scheurlen@berufundfamilie.de

Daniela Scheurlen ist seit 2008 Auditorin der berufundfamilie Service GmbH.