

Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte

Lebensqualität in der Berufsausübung

A. Bühren, A. E. Schoeller (Herausgeberinnen)



Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte

Lebensqualität in der Berufsausübung

A. Bühren, A. E. Schoeller (Herausgeberinnen)

Impressum

Herausgeberinnen: Dr. med. Astrid Bühren
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Dr. med. Annegret E. Schoeller
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Gestaltung: da vinci design GmbH, Berlin
www.davinci.de

Druck: enka-druck GmbH, Berlin

Stand: Oktober 2010

© Bundesärztekammer 2010

Wir danken den Mitarbeiterinnen der Bundesärztekammer, die ihren wichtigen Beitrag bei der Erstellung des Handbuchs geleistet haben, namentlich: Frau Ass. Barbara Berner, Rechtsabteilung, für die juristische Prüfung des gesamten Buchtextes, Frau Angelika Regel für das sorgfältige Lektorat und Frau Doreen Schöttle für die Erstellung des Manuskripts.

Grußwort

Kinder oder Karriere? Diese Frage müssen sich in Deutschland noch immer zu viele junge Paare stellen. Gerade für Ärztinnen und Ärzte ist es keine leichte Aufgabe, ihr Familienleben mit den Arbeitszeiten und den anspruchsvollen Aufgaben im Beruf in Einklang zu bringen. Ob im Krankenhaus oder in der Arztpraxis: Die meisten Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmediziner sind gerne bereit, viel zu arbeiten – aber eben nicht um jeden Preis.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als reine Privatsache abzutun, werden Krankenhäuser und Arztpraxen sich bald nicht mehr leisten können. Weil die Zahl der unbesetzten Arztstellen steigt und immer mehr Ärztinnen und Ärzte Deutschland den Rücken kehren, gewinnt Familienfreundlichkeit stetig an Bedeutung. Denn die hochqualifizierten Medizinerinnen und Mediziner entscheiden bei ihrer Jobwahl nicht nur nach Gehalt und Karrieremöglichkeiten, sondern achten zunehmend darauf, ob der zukünftige Arbeitgeber Rücksicht auf ihre familiären Aufgaben nimmt.



Wir brauchen auch hierzulande Rahmenbedingungen, die es Männern und Frauen ermöglichen, neben ihrem Beruf Verantwortung in der Familie zu übernehmen. Die Weiterentwicklung des Elterngeldes und der Ausbau der Kinderbetreuung sind dabei wichtige Schritte. Aber gute Bedingungen für Familien und Kinder lassen sich nur schaffen, wenn Politik und Wirtschaft an einem Strang ziehen. Deshalb unterstützt das Bundesfamilienministerium Arbeitgeber im Rahmen des Unternehmensprogramms „Erfolgsfaktor Familie“ auf dem Weg zu familienfreundlicheren Arbeitsbedingungen.

Wie eine innovative Personalpolitik und unterstützende Netzwerke für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf konkret aussehen können, zeigen die Beispiele in diesem Handbuch.

Dr. phil. Kristina Schröder
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Grußwort

„Junge, nette Familie sucht flexible Kinderbetreuung“ so oder so ähnlich lautet die Anzeige, die Sie in Zeitungen lesen können, wenn junge Paare, die beide den Arztberuf ausüben, Vereinbarkeit von Familie und Beruf leben möchten.

Familienfreundliche Rahmenbedingungen sind in vielen Krankenhäusern nach wie vor Mangelware: Die klassische Teilzeitarbeit – für Ärztinnen und Ärzte gibt es sie meistens nicht! Flexible Arbeitszeiten – für Ärztinnen und Ärzte oft nicht umsetzbar. Und Kinderbetreuungseinrichtungen? Sie sind überhaupt nur in wenigen Krankenhäusern vorhanden.



Es ist also nicht verwunderlich, dass junge Paare in dieser Situation den Kinderwunsch aufschieben oder sich gegen den Arztberuf entscheiden. Ganz davon abgesehen, dass ich es für inakzeptabel halte, dass es in unserer heutigen Gesellschaft noch Berufsgruppen gibt, in denen eine solch grundsätzliche Lebensentscheidung von den Menschen eingefordert wird:

Dies kann sowohl vor dem Hintergrund des demographischen Wandels als auch im Hinblick auf den zu erwartenden Ärztemangel gerade in den ländlichen Gegenden weder von der Gesellschaft noch von der Politik gewollt sein.

Wir müssen also im Bereich „Familienfreundliche Arzt- aber auch Pflegeberufe“ endlich umdenken und flexibler werden. Wie das gehen kann, erarbeitet zurzeit eine von mir eingerichtete Arbeitsgruppe unter Leitung der Parlamentarischen Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz im Bundesministerium für Gesundheit. Einen Einblick, wie die familienorientierten Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte künftig aussehen können, gewährt Ihnen dieses Handbuch schon heute. Denn, dass es geht, beweisen die in diesem Buch zusammengestellten Beispiele.

Dr. med. Philipp Rösler
Bundesminister für Gesundheit

Vorwort

Eine zufriedenstellende Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten durch eine gelungene Vereinbarkeit der beruflichen und privaten Lebensbereiche ist eine solide Basis für eine gute patientinnen- und patientenorientierte ärztliche Behandlung in Klinik und Praxis. Zahlreiche Deutsche Ärztetage haben sich in den vergangenen Jahren mit diesem Anliegen befasst. So wurden von Deutschen Ärztetagen immer wieder flexible Arbeitszeiten, das Vorhalten von Teilzeitstellen sowie eine familienfreundliche Tarifpolitik und bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Kinderbetreuungseinrichtungen für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis gefordert. Zudem wurden auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock im Rahmen eines Tagesordnungspunktes: „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“ bessere Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte gefordert.



Die Förderung familienfreundlicher Rahmenbedingungen ist heute ein maßgeblicher Faktor dafür, dass möglichst viele der neu approbierten Ärztinnen und Ärzte auch tatsächlich mit einer Weiterbildung in einer Klinik oder in einer Praxis beginnen und diese auch beenden, statt in einen patientenfernen Beruf oder ins Ausland mit besserer Work-Life-Balance auszuweichen. Es geht vor allem darum, für die jüngeren Ärztinnen und Ärzte sowie für die nachfolgenden Ärztesgenerationen die Rahmenbedingungen der Patientenversorgung so zu gestalten, dass auch in Deutschland eine ausgewogene Work-Life-Balance erzielt wird und damit die Freude an der ärztlichen Tätigkeit erhalten und ausgebaut wird.

Die in diesem Handbuch im Überblick dargestellten „vorbildlichen Beispiele“ sowie die angefügten Checklisten/Anforderungsprofile helfen Ärztinnen und Ärzten und Studierenden die jeweilige passende Institution auszuwählen und Arbeitgebern und Kommunen familienfreundliche Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer

Inhalt

Grußworte	5
Vorwort	7
1 Einleitung	11
<i>Astrid Bühren</i>	
1.1 Literatur	14
2 Gesellschaftliche Normen: Erschwernisse der Work-Life-Balance berufstätiger Mütter und Väter	15
<i>Astrid Bühren</i>	
2.1 Das Phänomen „Rabenmutter“	15
2.2 Vereinbarkeit von Beruf und Elternschaft – ohne schlechtes Gewissen möglich	17
2.3 Lebensqualität und Gesundheit von Müttern im Konflikt zwischen Beruf und Familie	20
2.4 Rolle der Väter – aus Sicht der Wissenschaft	22
2.5 Literatur	24
3 Unternehmenskultur: Leitbild und Führungsverhalten	25
<i>Regina Klakow-Franck</i>	
3.1 Humanressourcen als Wettbewerbsfaktor	25
3.2 Faktor Mensch – Paradoxe Entwicklung im Gesundheitswesen	26
3.3 Ursachen der sinkenden Berufszufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten	27
3.4 Führungskultur und Mitarbeiterorientierung im Gesundheitswesen	28
3.5 Herausforderungen für ärztliche Führungskräfte	31
3.6 Neue Perspektiven in der Führungskultur – Vernetzung und Diversity Management	33
3.7 Literatur	34
4 Kinderbetreuung: Situation in Deutschland – Umfrageergebnisse und Umsetzungskonzepte	35
<i>Annegret E. Schoeller</i>	
4.1 Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes	35
4.2 Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes	36
4.3 Umfrage in medizinischen Fakultäten	44
4.4 Umsetzung von Chancengleichheit für Medizin, Pflege und Verwaltung im Freistaat Sachsen	47
4.5 Literatur	49

5 Krankenhaus: Familienfreundliche Arbeitsbedingungen	50
<i>Magdalena Benemann</i>	
5.1 Charakteristik eines familienfreundlichen Krankenhauses	51
5.2 Arbeitszeit – Arbeitszeitmodelle	52
5.3 Flexible Arbeits-/Teilzeitmodelle	54
5.4 Kinderbetreuungsmöglichkeiten – Wiedereinstieg	55
5.5 Literatur	57
6 Krankenhaus: Exemplarische Kinderbetreuungsmodelle	58
<i>Annegret E. Schoeller</i>	
6.1 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau	58
6.2 Medizinische Hochschule Hannover	62
6.3 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg	64
6.4 Universitätsklinikum Köln	65
6.5 Klinikum Nürnberg	65
6.6 Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main	67
6.7 Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg	69
6.8 Literatur	69
7 Ambulanter Sektor: Familienfreundlicher Arbeitsplatz	70
<i>Monika Buchalik</i>	
7.1 Staatliche Kinderbetreuungseinrichtungen	70
7.2 Niederlassungsarten der vertragsärztlichen Tätigkeit	70
8 Ambulanter Sektor: Kinderbetreuungsmöglichkeiten	75
<i>Nina Bertram, Cornelia Goesmann</i>	
8.1 Kinderbetreuung durch Tagesmütter	76
8.2 Kinderbetreuung in Kindertageseinrichtungen	78
8.3 Steuerliche Bewertung von Kinderbetreuungskosten	79
8.4 Kinderbetreuungsangebote der ärztlichen Organisationen	79
8.5 Ideen für die Kinderbetreuung bei der ärztlichen Berufstätigkeit	83
9 Familienbewusste Unternehmensführung: Den eigenen Weg finden	85
<i>Anine Linder</i>	
9.1 Ein Netzwerk für mehr Familienfreundlichkeit	85
9.2 Vom Beispiel anderer lernen und Austausch nutzen	86
9.3 Unterstützung bekommen	86
9.4 Der Dreh- und Angelpunkt: Das Thema zum Thema machen	87
9.5 Nicht nur für die Beschäftigten, sondern vor allem mit ihnen	87

10	Lokale Bündnisse für Familie: Bessere Chancen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf	88
	<i>Jan W. Schröder</i>	
10.1	Engagement von Kliniken in Lokalen Bündnissen für Familie	89
10.2	Lokale Bündnisse für Familie – was ist das eigentlich?	91
10.3	Lokale Bündnisse und Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis	92
10.4	Ebenfalls Thema in Bündnissen: Gesundheitsförderung und frühe Prävention	93
10.5	Und wie kommt man zu einem solchen Bündnis?	94
10.6	Literatur	96
11	berufundfamilie: Zertifizierung von familienfreundlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen	97
	<i>Angela Kienle, Babette Simon</i>	
11.1	berufundfamilie – Managementinstrument zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie	97
11.2	berufundfamilie – eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung ...	97
11.3	Familienbewusste Personalpolitik zahlt sich aus	99
11.4	Selbstcheck – Wie familienbewusst sind Sie?	99
11.5	Umsetzungsberatung der berufundfamilie	100
11.6	Der Auditierungsprozess am Universitätsklinikum der Philipps-Universität Marburg	100
11.7	Literatur	102
12	Fazit und Ausblick	103
	<i>Astrid Bühren, Annegret E. Schoeller</i>	
12.1	Fazit	103
12.2	Ausblick	105
12.3	Literatur	108
13	Autorinnen und Autoren	109
14	Checklisten/Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen	112
14.1	Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“	112
14.2	Checkliste „Die familienfreundliche Niederlassung“	117
14.3	Checkliste „Medizin studieren mit Kind“	121
15	Krankenhäuser mit familienfreundlichen Einrichtungen	127
Anhang	134

1 Einleitung

Astrid Bühren

Die Medizin steht vor ganz ungewohnten Herausforderungen: Hundert Jahre, nachdem seit 1909 endlich auch Frauen überall in Deutschland Medizin studieren dürfen, gelten sie zu Beginn des 21. Jahrhunderts als die Zukunftsperspektive für die Aufrechterhaltung der flächendeckenden und guten medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Ärztekammern, Berufsverbände, Fachgesellschaften, Ärztegewerkschaft, Kassenärztliche Vereinigungen und Ministerien bemühen sich darum, bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie jahrzehntelang Versäumtes aufzuholen. Deutschland gehört in Europa zu den Schlusslichtern bezüglich der Geburtenhäufigkeit – durchschnittlich haben Frauen in Deutschland nur 1,37 Kinder, wobei diese Rate bei Akademikerinnen noch darunter liegt. Die Quote von Frauen in Führungspositionen in Kliniken und Wissenschaft liegt laut einer aktuellen Studie der EU-Kommission bei 21 Prozent, wobei dies deutlich den europäischen Durchschnitt von 30 Prozent weiblicher Wissenschaftlerinnen unterschreitet. Zudem verdienen Frauen in Deutschland im Schnitt 23 Prozent weniger als Männer, was auch für Ärztinnen in den Kliniken im außertariflichen Bereich und im niedergelassenen Sektor zutrifft.¹

Aufgrund der gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen in Deutschland und dem diskriminierenden Festhalten an traditionellen Familienmodellen, also an männerbiografisch orientierten Karriereverläufen, wurden früher keine ausreichenden Anstrengungen unternommen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern und die einseitige Verantwortlichkeit der Mütter aufzuheben (siehe 2. Kapitel „Gesellschaftliche Normen: Erschwernisse der Work-Life-Balance berufstätiger Mütter und Väter“). Ein diesbezügliches Umdenken hat zuerst in der Wirtschaft und im Bankenwesen stattgefunden. Nun wird es auch im Gesundheitswesen als notwendig anerkannt.

Durch einen zunehmenden Ärztemangel sind die flächendeckende haus- und fachärztliche sowie die stationäre Gesundheitsversorgung bedroht. Zur Bedarfsdeckung sind Ärztinnen und Ärzte aus anderen Ländern in Deutschland tätig, die wiederum dort fehlen.

Dabei starten in Deutschland ausreichend viele Studierende im Fach Humanmedizin, jedoch werden nur ca. 60 Prozent von ihnen nach dem Studium und der Approbation tatsächlich in der unmittelbaren Krankenversorgung tätig. Viel zu viele kehren den immer unattraktiver werdenden beruflichen Bedingungen den Rücken und wandern in andere – oft deutlich besser bezahlte – Berufsfelder oder ins westliche und nördliche Ausland ab oder sind aufgrund der speziell in Deutschland immer noch sehr schlechten Vereinbarkeit von Beruf und Familie ungewollt gar nicht oder in Teilzeit berufstätig.²

Der Deutsche Ärztinnenbund beschäftigt sich seit seiner Gründung mit Themen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Seine Mitglieder haben u. a. 1989 erreicht, dass Weiterbildung auch in Teilzeit abgeleistet werden kann. Er hat ebenso bewirkt, dass 1997 im niedergelassenen Bereich das Jobsharing gesetzlich verankert wurde.

Der 105. Deutsche Ärztetag 2002 in Rostock befasste sich ausführlich – erstmalig seit seiner Befassung mit der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium 1898 – mit dem Tagesordnungspunkt „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“. Die Beschlüsse von 2002 wurden nachhaltig vor allem in den Ärztinnen-Gremien der Bundesärztekammer bearbeitet.³

Die Politik – namentlich die ehemalige Bundesfamilienministerin und Ärztin, Dr. Ursula von der Leyen – konzipierte u. a. das 2007 eingeführte Elterngeld und die Verpflichtung zum Ausbau der Kinderkrippen. Nun gilt es, auch Ärzten als Vätern in der Realität gleichberechtigte Chancen auf die Wahrnehmung ihrer elterlichen Aufgaben zu eröffnen.

In konservativen Kreisen wird die notwendige Einführung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen mit der sogenannten „Feminisierung der Medizin“ in Verbindung gebracht. Dies ist jedoch nicht stichhaltig: Studien zeigen deutlich, dass unter den Medizinstudierenden kein signifikanter Unterschied zwischen jungen Frauen und Männern im Hinblick auf den Wunsch der besseren Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit besteht – also einer ausgeglicheneren Balance zwischen Berufs- und Privatleben.⁴ Ärzte und Ärztinnen, die Deutschland verlassen, begründen dies auch mit der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Ausland.⁵

Die traditionelle Männerdomäne Medizin ist noch keineswegs weiblich: Rund 60 Prozent der Berufstätigen sind Ärzte und 40 Prozent Ärztinnen. Die Füh-

ungspositionen mit Entscheidungs- und Richtlinienkompetenz sind im Durchschnitt zu 92 Prozent von Ärzten besetzt und nur zu 8 Prozent von Ärztinnen. In vielen chirurgischen und internistischen Gebieten sind sogar zu 97 Prozent Chefärzte und nur zu 3 Prozent Ärztinnen tätig.

Wir stehen also in der Medizin vor einem Paradigmenwechsel:

Erstens unterscheiden sich Ärzte und Ärztinnen immer weniger in ihren individuellen Karrierewünschen. Sie fordern einheitlich verlässliche Arbeitszeiten, angemessene Gehälter sowie eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Familienaufgaben. Dies hängt auch mit der gesellschaftlichen Realität zusammen, dass die Gesetzgebung, zum Beispiel das neue Unterhaltsrecht von 2008⁶, davon ausgeht, dass sowohl Männer als auch Frauen ein ausreichendes Einkommen mit nachfolgender Rente erzielen müssen, um auch im Falle einer Scheidung finanziell auf eigenen Füßen stehen zu können. Das neue Unterhaltsrecht hat dadurch gravierende Auswirkungen auf die naheheliche Eigenverantwortung. Dies bedeutet, dass sich Frauen, die die Hauptverantwortung für Kindererziehung und privater Haushaltsführung übernehmen, absichern müssen – zumal heute fast jede zweite Ehe geschieden wird.

Diese Absicherung können Frauen erreichen, indem sie entweder vernünftigerweise einen Ehevertrag schließen, wenn sie mit Erziehungszeiten langfristig Nachteile durch fehlenden beruflichen Aufstieg und entsprechend niedrigeres Einkommen und Rente in Kauf nehmen, oder indem sie erst gar nicht oder möglichst kurzfristig aus der vollen Berufstätigkeit ausscheiden. Dadurch müssen aber generell die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass es auch allen Müttern im Beruf gelingen kann, ein adäquates Einkommen zu haben und sich eine ausreichende Altersversorgung aufzubauen.

Zweitens sind die Klinikträger sowie die Chefärztinnen und Chefarzte aufgrund des zunehmenden Ärztemangels aufgerufen, mehr als bisher in die Personalentwicklung zu investieren (siehe 3. Kapitel „Unternehmenskultur: Leitbild und Führungsverhalten“). Arbeitgeber, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern, haben deutliche Standort- und Wettbewerbsvorteile, wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und an ihr Klinikum zu binden. Zusätzlich erschließen familienfreundliche Maßnahmen betriebswirtschaftliche Einsparpotentiale und positive ökonomische Kosten-Nutzen-Effekte (siehe 6. Kapitel „Krankenhaus: Exemplarische Kinderbetreuungsmodelle“ und 14. Kapitel „Checklisten/Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen“). Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen beginnen zur Einhaltung des Sicherstellungsauftrages, Maßnahmen zu entwickeln, die prinzipiell Niederlassungswilligen die Entscheidung erleichtern soll, sich trotz und mit familiären Ansprüchen auch auf dem Land niederzulassen.

Dieses Handbuch ist auch ein Signal der Bundesärztekammer dafür, dass sie sich als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern mit diesen Aspekten der Nachwuchsförderung befasst. Der Band „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“ aus der Reihe „Report Versorgungsforschung“⁷ hat dies im Jahr 2009 ebenfalls unter Beweis gestellt. Darin wurde deutlich, dass das Ausmaß der bisherigen Interventionsansätze noch deutlich steigerungsfähig ist und viel Forschungsbedarf und eine weitere Bewusstmachung für den „Physician Factor“ – also den „Faktor Ärztin und Arzt“ – auch im Hinblick auf den Erhalt der hohen Qualität der Patientinnen- und Patientenversorgung besteht.

1.1 Literatur

- 1 Bestmann B, Rohde V, Wellmann A et al (2004). Geschlechterunterschiede im Beruf. *Dtsch Arztebl* 101 (12): A 776–779
- 2 Kopetsch, T (2003). *Dem Deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlageentwicklung*. 2. aktualisierte und überarbeitete Aufl., Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln
- 3 Bundesärztekammer (2002). *Entscheidung. Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin*. 105. Deutscher Ärztetag. Rostock. www.baek.de/page.asp?his=0.2.23.2450.2500
- 4 Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) (2005). *Online-Umfrage. Wie wünscht ihr Euch Eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus?* www.baek.de/downloads/langfassung.pdf
- 5 Blome A, Bögild N, Finke C et al. (Hrsg) *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland. Abschlussbericht Ramboll Management GmbH, Hamburg*
- 6 Bundesministerium der Justiz (2008). *Unterhaltsrecht*. www.bmj.bund.de/enid/Familienrecht/Unterhaltsrecht_pw.html
- 7 Schwartz F W, Angerer P (Hrsg.) (2010). *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen. Report Versorgungsforschung*. Bd. 2. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

2 Gesellschaftliche Normen: Erschwernisse der Work-Life-Balance berufstätiger Mütter und Väter

Astrid Bühnen

2.1 Das Phänomen „Rabenmutter“

Speziell in Deutschland heißt es – „Mutter berufstätig – und die armen Kinder?“ – Das Thema ist gesellschaftlich mit vielen sachfremden Emotionen besetzt und stellt für Frauen ein gewichtiges inneres und äußeres Karrierehindernis dar.⁸

In der „International Herald Tribune“ vom 18.01.2010 wurde über das Phänomen der „Rabenmutter“ in Deutschland wie folgt berichtet:

„Manuela Maier was branded a bad mother. A Rabenmutter, or raven mother, after the black bird that pushes chicks out of the nest. She was ostracized by other mothers, berated by neighbors and family, and screamed at in a local store. Ten years into the 21st century, most schools in Germany still end at lunchtime, a tradition that dates back nearly 250 years. That has powerfully sustained the housewife/mother image of German lore and was long credited with producing well-bred, well-read burghers. Now, a social revolution – peaceful, but profound – is driving a search for new ways of combining family life and motherhood with a more powerful role for woman. The half-day school system survived feudalism, the rise and demise of Hitler’s mother cult, the woman’s movement of the 1970s and reunification with East Germany. Now, in the face of economic necessity, it is crumbling: one of the lowest birthrates in the world, the specter of labor shortages and slipping education standards have prompted a rethink. Since 2003, nearly a fifth of Germany’s 40.000 schools have phased in afternoon programs.“

Gleichzeitig haben es Väter weiterhin schwer, ihre Ansprüche und Wünsche bezüglich einer Erziehungsteilhabe umzusetzen, weil sie mangelnde Akzeptanz erleben und Karriereeinbußen befürchten. Vermutlich sind das wesentliche Gründe dafür, dass sich heute mehr Männer gegen Kinder entscheiden als Frauen und warum Männer und Frauen mit höherem Einkommen durchschnittlich weniger Kinder haben als solche mit niedrigerem Einkommen.⁹

Die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Ausland ist für beide Geschlechter ein Hauptgrund für die zunehmende Abwanderung der jungen Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland.¹⁰

Die Einführung des Elterngeldes 2007¹¹ war im Sinne einer gesellschaftlichen Anerkennung und einer monetären Abfederung der lebenslangen finanziellen Einbußen in Gehalt und Rente zumindest ein wichtiges politisches Signal.

Die Themen „Rabenmutter“ und „schlechtes Gewissen“ in ein Handbuch aufzunehmen, ist eher ungewöhnlich, aber zumindest für alle Frauen, die gleichzeitig Ärztinnen und Mütter sind, sind diese üblicherweise nur im persönlichen Gespräch eingestandenen Themen tatsächlich sehr belastend. Beispielhaft sei die Neurologieprofessorin Sigrid Poser zitiert: „Im Vortrag eines Psychosomatikers über ‚Belastungen in der Kindheit und ihre Langzeitfolgen für die Gesundheit im Erwachsenenalter‘ ergab sich als ein Belastungsfaktor unter vielen die Berufstätigkeit beider Eltern. Folgerichtig zog der Redner die Schlussfolgerung, dass die Hausfrauenrolle aufgewertet und die Berufstätigkeit von Müttern mit Kindern eingeschränkt werden muss. Lässt sich wirklich so einfach die Gesundheit der Kinder erreichen? Garantiert die Anwesenheit der Mutter weniger Gewalt in der Familie? Dies erwies sich nämlich als der stärkste Belastungsfaktor. Eine Korrelation zwischen den etwa 20 verschiedenen untersuchten Faktoren fehlte in der dargestellten Studie. Das schlechte Gewissen einiger anwesender berufstätiger Mütter war ihren Diskussionsbemerkungen deutlich zu entnehmen. Warum und vor wem müssen wir uns rechtfertigen? Wie lässt sich der Spagat zwischen Berufstätigkeit und Familie bewältigen, ohne ständig Skrupel haben zu müssen? Für diese Fragen gibt es keine allgemeingültige Antwort.“

Insgesamt sind die Zeiten besser geworden: Es gibt den Erziehungsurlaub, mehr Teilzeitstellen und frauenspezifische Förderprogramme. Noch immer sind jedoch in den Spitzenpositionen der Medizin Frauen sogenannte ‚Kolibris‘, die den Männern als Vorzeigefrauen dienen. Die Erfahrungen in der früheren DDR zeigen, dass die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit der Kinder nicht unbedingt leiden müssen, selbst wenn Frauen aus finanziellen Gründen arbeiten müssen. Nach der Wiedervereinigung hätte ich mir gewünscht, dass diese positiven Elemente des DDR-Regimes – zumindest teilweise – vom damaligen Westen übernommen worden wären.“¹²

In der gelebten Realität sind es diverse Faktoren, die speziell Müttern ein schlechtes Gewissen machen u. a.:

- ▶ unterschiedliche eigene Kindheitseindrücke mit berufstätiger oder nicht berufstätiger Mutter;
- ▶ andere Frauen, die nicht solidarisch und ggf. aufgrund der eigenen Biografie ambivalent und ablehnend reagieren;
- ▶ mangelnde Wertschätzung durch fehlende Rahmenbedingungen – obwohl ein heute geborenes Kind eine nennenswerte „positive fiskalische Externalität“ erzeugt; d. h. es bringt dem Staat mehr finanzielle Vorteile als es ihn selbst kostet. Diese Externalität beläuft sich auf rund 77.000 € pro Kind.¹³ Trotzdem wird zum Beispiel der Krippenausbau als finanzielle Belastung deklariert.
- ▶ Negativ assoziierte Befürchtungen zur „Feminisierung der Medizin“ statt Erkennung der Chancen und aktiver Verbesserung der die Vollzeitberufstätigkeit behindernden Faktoren.¹⁴

In einem erfrischend offen verfassten Buch beschreibt die Vizepräsidentin des Europäischen Parlaments, Dr. Silvana Koch-Mehrin, dass sie weder ihren Beruf noch ihre Familie missen möchte. Allerdings erlebt sie immer wieder: „Die Kinderfrage versetzt jede Frau in einen Rechtfertigungsnotstand: Die Mütter unter uns legitimieren sich für ihren Umgang mit dem Nachwuchs. Die Frauen ohne Kinder verteidigen ihre Lebensweise. Männer tun dies nicht.“¹⁵

2.2 Vereinbarkeit von Beruf und Elternschaft – ohne schlechtes Gewissen möglich

Für die Bindung von Kleinkindern an ihre Eltern spielt es eine wesentliche Rolle, dass sie genügend unverplante, gehaltvolle Zeit (quality time) miteinander verbringen. Die außerfamiliäre Betreuung von Kindern unter drei Jahren schadet grundsätzlich nicht, aber es spielt eine große Rolle, wie viel Zeit Kleinkinder neben der Krippe noch mit ihren Eltern verbringen, in der sie keinem Gruppenschema unterliegen. Bindung kann auch als Zeitfrage angesehen werden: Das Kind bindet sich an die Person, die verfügbar ist, die Zeit hat. Aber: Selbst die beste Mutter der Welt kann dem Kind nicht alle Erfahrungen bieten, die es für seine Sozialisierung braucht.¹⁶ Weiterhin ist es so, dass schon im Hinblick auf den gewachsenen Anteil der Einzelkinder an jeweiligen Jahreskohorten und ihrer fehlenden Sozialisation in Mehrkindfamilien neben der Betreuung auch erzie-

herische Aufgaben in Kindertagesstätten übernommen werden, die früher nicht die gleiche Bedeutung hatten wie heute.¹⁷

In einer Metaanalyse – auch eingeschlossen die umfangreichste NICHD-Studie, National Institute of Child Health & Human Development (1987 bis 2005) – fasst Dornes zusammen, dass die oft geäußerte Befürchtung, die Familie verliere an Bedeutung oder Einfluss, wenn Kinder viele Stunden extrafamiliär betreut werden, sich nicht bestätigen lässt. Der Einfluss von Familienvariablen wie Qualität der Mutter-Kind-Interaktion, mütterliches Bildungsniveau und Familieneinkommen ist bei Kindern mit mehr als 30 Stunden Fremdbetreuung nicht geringer als bei Kindern ohne jede Fremdbetreuung. Generell gilt, dass solche Familienmerkmale bessere Prädiktoren der Entwicklung sind als die Merkmale von Fremdbetreuung. „Was in der Familie passiert, scheint für die soziale und emotionale Entwicklung von kleinen Kindern wichtiger zu sein als die Frage, ob Kinder routinemäßig von einer anderen Person als der Mutter betreut werden und auch wichtiger als die Qualität, Quantität, Stabilität und Art der Betreuung bzw. das Alter, in dem die Betreuung beginnt. Das heißt allerdings nicht, dass diese Parameter der Kinderbetreuung keinerlei Einfluss auf die Kinder haben.“¹⁸

Die Familie bleibe somit, auch unter den gewandelten Bedingungen des Aufwachsens, nach wie vor die wichtigste Sozialisationsinstanz. Sie trage deshalb weiterhin die Hauptverantwortung für die in ihr groß werdenden Kinder. Diese Verantwortung wahrzunehmen, könne ihr durch geeignete Einrichtungen erleichtert, nicht aber abgenommen werden.

Eine weitere Studie zeigt, dass die Fremdbetreuung von mehr als 20 Stunden im ersten



Lebensjahr von Jungen dann ein Risikofaktor für spätere Verhaltensauffälligkeiten ist, wenn sie mit bereits vorbelasteten Familienverhältnissen zusammentrifft.¹⁹ Entsprechendes gilt für die Bindungsqualität. Für Länder, in denen Fremdbetreuung selbstverständlich und ein akzeptierter Bestandteil der alltäglichen Erziehungspraxis ist, wie zum Beispiel in Schweden, liegen keine vergleichbaren Ergebnisse vor. Letztlich bedeutet dies, dass allgemeine Aussagen über die Konsequenzen mütterlicher Berufstätigkeit bzw. Fremdbetreuung im ersten Lebensjahr auch abhängig vom Kontext der jeweiligen gesellschaftlichen Normen sind, weil das Eintreten eventueller Folgen auch von den vorherrschenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen und Erziehungskonventionen abhängt.²⁰

In einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes „Psychoanalyse und Familie: Andere Lebensformen – andere Innenwelten“ von Petra Bühring stellt auch die Psychoanalytikerin Herta Harsch diese Zusammenhänge dar. Wichtig sei eine qualitativ hochwertige Betreuung, denn prinzipiell stelle eine frühe Tagesbetreuung kein Risiko, aber auch keinen Vorteil für die Mutter-Kind-Beziehung dar. Entscheidend sei vor allem, dass die Triangulierung zwischen Mutter, Kind und Bezugsperson gelingt. Dies ist der Fall, wenn die Mutter die Beziehung des Kindes zu einer Tagesmutter, Kinderfrau oder Erzieherin in der Krippe gutheißen kann. „Die Mutter und die Tagesbetreuung müssen sich gegenseitig schätzen.“ In einer misslungenen Triangulierung lägen die Gründe für das häufige Scheitern von Tagesmutter-Arrangements. Dabei könne nicht nur die mögliche Ablehnung durch die leibliche Mutter eine Rolle spielen, sondern auch die unbewusste Vorwurfshaltung der Ersatzmutter, die die berufstätige Mutter für eine „Rabenmutter“ hält. Trägt auch der Vater seinen Teil zur Kinderbetreuung bei, sei ebenso die triadische Kompetenz der Beteiligten entscheidend, damit das System ohne Konflikte funktionieren könne.²¹

Die beiden ehemaligen Bundesfamilienministerinnen Renate Schmidt und Dr. Ursula von der Leyen – beide selbst Mütter von drei bzw. sieben Kindern und voll berufstätig – haben starke Anstöße dafür gegeben, dass auch Deutschland hoffentlich wie Skandinavien, Frankreich und die USA von der aktuellen Rate von 1,37 Geburten pro Frau auf eine Rate von 1,7 und mehr Kinder pro Frau zusteuert, bei einem gleichzeitig höheren Prozentsatz von berufstätigen Müttern.

Elternzeit, Elterngeld und der Ausbau sowohl von flexibleren Arbeitszeiten als auch von Krippenplätzen sind nicht nur volkswirtschaftlich und gleichstellungspolitisch geboten, sondern auch kindgerecht und bildungspolitisch notwendig.

Diese Voraussetzungen werden aber nur dann greifen, wenn die Krippenstruktur sowie die Ausbildung der Erzieher und Erzieherinnen auch qualitativ den frühkindlichen Bedürfnissen gerecht werden und wenn nicht traditionsgemäß ganz überwiegend die Mütter, sondern in gleichem Maße auch die Väter die tagtägliche außer- und innerfamiliäre Kinderbetreuung mitgestalten.

Die Gestaltung der Eingewöhnung in eine außerfamiliäre Tagesbetreuung spielt dabei eine entscheidende Rolle. Folgende Schritte sollten dabei von institutioneller Seite, aber auch von Arbeitgebern und Familienangehörigen unterstützt werden:²²

1. sanfter Übergang,
2. feste und stabile Berufserzieher und Berufserzieherinnen sowie Vermeidung von Gruppenwechseln,
3. Übergang in (Ganztags-)Schule vorausschauend und „überlappend“ gestalten.²³

Hierzu wurde auch ein Elternkursprogramm entwickelt.

Das Familienbuch des Staatsinstitutes für Frühpädagogik ist online einsehbar, wird laufend aktualisiert und beantwortet viele Fragen zur Kindertagesbetreuung (www.familienhandbuch.de).

Gleichzeitig gilt es, die kraft- und zeitraubende Hausarbeit durch Delegation zu reduzieren. Die freien Valenzen kommen dann der Familie zugute oder dem Erhalt der eigenen körperlichen und seelischen Gesundheit.

2.3 Lebensqualität und Gesundheit von Müttern im Konflikt zwischen Beruf und Familie

Mehr als doppelt so häufig wie Männer erkranken Frauen an einer Depression: 25 Prozent im Gegensatz zu 12 Prozent der Männer. Auf die Suche nach Ursachen und Risikofaktoren hat sich Christiane Kühner vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit begeben.²⁴ Demnach lassen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht einfach nur mit genetischen oder hormonellen Faktoren erklären. Auch die gehäuften depressiven Episoden in Zeiten hormoneller Umstellungsphasen wie Wochenbett oder Menopause sind epidemiologisch betrachtet nicht relevant. Als Ursache diskutiert werden allerdings höhere diagnostische Erkennungsraten bei Frauen sowie generell ihre höhere Bereitschaft,

ärztliche und psychologische Hilfe zu suchen und Symptome zuzugeben. Doch das allein kann den großen Unterschied nicht erklären.

Spannender wird es bei den Risikofaktoren: Berufstätigkeit schützt vor Depressionen, zeigen aktuelle Studien. Berufstätigkeit wirkt bei Frauen als Stresspuffer, der Belastungen in anderen Rollen abmildern kann. Junge, bislang berufstätige Mütter, die nach der Geburt des ersten Kindes drei Jahre lang wegen fehlender Kinderbetreuung zu Hause bleiben, müssen psychisch sehr stabil sein. Plötzlich bricht nicht nur die Selbstbestätigung durch den Job weg, auch der junge Vater verbringt meist weniger Zeit zu Hause, weil er eine Familie ernähren muss. Die Großeltern sind heutzutage nur noch selten in der Nähe.

Doch auch Berufstätigkeit dient nur bis zu einem gewissen Grad als Puffer: Bei Rollenüberlastung, beispielsweise bei mehreren kleinen Kindern oder auch bei der Pflege bedürftiger Familienangehöriger, erhöht sich das Depressionsrisiko wieder. Kühner verweist auf die „Cost-of-Caring-Hypothese“, die besagt, dass Männer und Frauen grundsätzlich dasselbe Risiko haben, bei belastenden Lebensereignissen mit Depressionen zu reagieren. Frauen sind diesen Belastungen aufgrund ihrer Geschlechterrolle häufiger ausgesetzt – und reagieren empfindsamer. Es gibt weitere Risikofaktoren für Depressionen, die immer noch häufiger Frauen betreffen: Armut, fehlende ökonomische Autonomie, geringe Rente sowie geringere Macht und politische Beteiligung. Auch lässt sich ein Zusammenhang zur mangelhaften Kinderbetreuung herstellen. Es ist schwierig, nach drei Jahren Auszeit wieder in einen qualifizierten Job einzusteigen, geschweige denn, einen zu bekommen. Nicht ohne Grund entscheiden sich so viele Akademikerinnen gegen Kinder. Kommt ein zweites Kind zur Welt und verlängert sich die Elternzeit entsprechend, sind Bewerberinnen häufig chancenlos. Steht kein gut verdienender Mann an ihrer Seite, ist Armut vorprogrammiert, einhergehend mit Macht- und Handlungskontrollverlust. Das reformierte Unterhaltsrecht von 2008 reduziert nach einer Scheidung die Unterhaltssicherung aufgrund unentgeltlich geleisteter Familienarbeit drastisch.

Wie groß der Widerspruch zwischen den gesellschaftlichen und eigenen Erwartungen an die mütterliche Selbstlosigkeit, Glück und die tatsächlichen Gefühle nach Aufgabe der Karriere für die Kindererziehung sein kann, beschreibt die amerikanische Strafverteidigerin und Autorin Ayelet Waldmann.²⁵ Sie selbst habe die Berufsaufgabe zugunsten der ausschließlichen Kindererziehung sehr bereut.

2.4 Rolle der Väter – aus Sicht der Wissenschaft

Über die möglichen Folgen väterlicher Berufstätigkeit für die kindliche Entwicklung wurde bisher kaum geforscht, da „empirisch die Betreuung durch Väter nach wie vor ein eher randständiges Phänomen“ ist.²⁶ Vätern soll es ermöglicht werden, ihre Vaterrolle im täglichen Leben umfassender auszufüllen – familienfreundlichere Arbeitsplätze tragen dazu bei.

Eine Längsschnittstudie von 2003 ergab, dass für Väter eine wesentliche Rolle darin besteht, dass sie mit ihren Kindern einen anderen Umgang haben als Mütter und damit das Repertoire der Kinder erweitern. Allerdings scheitert die soziale

Vaterschaft häufig. Vor der Geburt sehen sich 67 Prozent vorwiegend in der Rolle als sozialer Vater und nur 33 Prozent als Brotverdiener, nach der Geburt sehe dies bekanntermaßen eher umgekehrt aus.²⁷ Wassilios Fthenakis konstatiert: „Das ideale Konzept der Väter hat in diesem Land keine Chance zur Umsetzung“ und „Über die Väter wissen wir erstaunlich wenig.“²⁸



Das besonders auffallende Ergebnis eines interkulturellen Vergleichs war, dass die Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft bei deutschen Vätern die

größten Probleme aufwarf. Ein Teil der Väter reagierte auf eine offensichtliche Überforderung beziehungsweise die Erfahrung, den eigenen Konzepten nicht entsprechen zu können, mit erhöhter Stresssymptomatik bis hin zu psychosomatischen Störungen. Das zeigt, dass die Verhinderung von Kinderbetreuung und erfolgreicher Berufstätigkeit nicht nur für Mütter ein Problem darstellt, sondern dass auch Väter, die sich stark für die neugeborenen Kinder engagieren möchten, vor ähnlichen Schwierigkeiten stehen.²⁹

Ebenso wie für Frauen die traditionelle Festlegung auf Familie und Haushalt negative gesundheitliche Konsequenzen hat, trifft dies auch für Männer bezüglich der einseitigen Festlegung auf Erwerbsarbeit zu.³⁰

Der Kinder- und Jugendpsychiater Peter Riedesser beschreibt drei essentielle gesellschaftliche Aufgaben:

1. Es gilt, sich von alten Vaterklischees zu lösen und Karriere neu zu definieren.
2. Der Vater hat von Anbeginn an eine eigenständige Beziehung zum Kind. Er soll nicht nur als Außenstehender die Beziehung zwischen Mutter und Kind unterstützen. Der Vater ist Vorbild und Identifikationsfigur für den Jungen, und für das Mädchen ist er der erste männliche Mensch, von dem es sich ermutigt oder abgewiesen fühlt.
3. Die gemeinsame Verantwortung für gelingende Eltern-Kind-Beziehungen ist die zentrale Zukunftsfrage unserer Gesellschaft. Wenn der Umbruch zu einer veränderten Väterlichkeit misslingt, werden wir einen weiteren Anstieg der Sozialkosten erleben und wirtschaftliche Probleme bekommen.

Peter Riedesser führt aus: „Sollte die männliche Kinderlosigkeit derzeitigen Ausmaßes bestehen bleiben, erwarten uns folgende Auswirkungen: Kinderlosigkeit ist ja nicht einfach aus demografischen Gründen eine Katastrophe. Der Schrecken liegt in einer Zukunft der emotionalen Armut. Die Beziehungskultur verarmt dramatisch, wenn Kinder ausbleiben. Nähe und Distanz, Urvertrauen und Enttäuschung, Glück und Vergeblichkeit sind Erfahrungen, die in den ersten gemeinsamen Jahren verwurzeln. Die frühen Erfahrungen mit eigenen Kindern bereichern Eltern und die ganze Gesellschaft. Elternschaft muss vielmehr als politisches Anliegen verstanden werden. Wir haben sie viel zu lange lediglich als Privatsache betrachtet.“³¹

Die „guten Beispiele“ familienfreundlicher Rahmenbedingungen in diesem Handbuch werden hoffentlich „Schule machen“ und Müttern und Vätern gleichermaßen die Chance bieten, individuell zufriedenstellend die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu gestalten.

2.5 Literatur

- 8 Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A (Hrsg.) (2006). *Karriereplanung für Ärztinnen*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- 9 Biedenkopf K, Bertram H, Käßmann M et al. (2005). *Starke Familie. Bericht der Kommission „Familie und demografischer Wandel“ im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung*, Stuttgart
- 10 Blome A, Böggild N, Finke C et al. (Hrsg) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). *Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland*. Abschlussbericht Rambøll Management GmbH, Hamburg
- 11 Bundesministerium der Justiz (2006). *Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit*. www.gesetze-im-internet.de/beeg/index.html
- 12 Poser S (2004). *Karriere, Familie und trotzdem gesunde Kinder*. GEORGIA 6: 506
- 13 Biedenkopf K, Bertram H, Käßmann M et al. (2005). *Starke Familie. Bericht der Kommission „Familie und demografischer Wandel“ im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung*, Stuttgart
- 14 Bühren A (2009). *Ärztinnen. Mehr als nur Lückenbüsserinnen*. Dtsch Arztebl 106 (42): A 2052
- 15 Koch-Mehrin S (2009). *Schwwestern: Streitschrift für einen neuen Feminismus*. Econ Verlag, Berlin
- 16 Otto J (2007). *Weg vom Rockzipfel*. DIE ZEIT Nr. 17 vom 19.04.2007
- 17 Biedenkopf K, Bertram H, Käßmann M et al. (2005). *Starke Familie. Bericht der Kommission „Familie und demografischer Wandel“ im Auftrag der Robert-Bosch-Stiftung*, Stuttgart
- 18 Dornes M (2002). *Frisst die Emanzipation ihre Kinder? Mütterliche Berufstätigkeit und kindliche Entwicklung*. In: Honneth A (Hrsg.): *Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*. Campus Verlag, Frankfurt am Main, 159–193
- 19 Freitag M, Belsky J, Grossmann K et al. (1996). *Continuity in Parent-child Relationships from Infancy to Middle Childhood and Relations with Friendship Competence*. Child Development 67:1437–1455
- 20 Die Deutsche Liga für das Kind (2007). *Newsletter Nr. 233 vom 3. August 2007*
- 21 Bühring P (2004). *Psychoanalyse und Familie: Andere Lebensformen – andere Innenwelten*. Dtsch Arztebl, PP3: 33
- 22 Fegert J (2005). *Das Rabenmuttersyndrom – wissenschaftliche Befunde zur Fremdbetreuung und zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf*. ZfP Weissenau, Vortrag 09.11.2005
- 23 Fegert J M (2009). *Vortrag: Frühe Hilfen – Prävention von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung*. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Jugendpsychiatrie/Praesentationen/fe_Zuerich22_10_09.pdf
- 24 Kühner C (2006). *Frauen. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg). Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Verlag Springer, Berlin, Heidelberg, 191–214
- 25 Waldmann A (2010). *Böse Mütter. Meine mütterlichen Sünden, großen und kleinen Katastrophen und Momente des Glücks*. Klett-Cotta
- 26 Honneth A (Hrsg.) (2002). *Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus*. Campus Verlag, Frankfurt am Main, 162
- 27 Bühring P (2004). *Psychoanalyse und Familie: Andere Lebensformen – andere Innenwelten*. Dtsch Arztebl, PP3: 33
- 28 Fthenakis W, Minsel B (2002). *Die Rolle des Vaters in der Familie*. Hrsg: Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 213, Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer
- 29 Petzold M (2002). *Vaterschaft heute*. In: *Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP)*. www.familienhandbuch.de (fortlaufende Aktualisierung)
- 30 Bründel H, Hurrelmann K (1999). *Konkurrenz, Karriere, Kollaps: Männerforschung und der Abschied vom Mythos*. Kohlhammer, Stuttgart
- 31 von Thadden E (2006). *Zärtlich, aber stark*. DIE ZEIT Nr. 28 vom 06.07.2006

3 Unternehmenskultur: Leitbild und Führungsverhalten

Regina Klakow-Franck

Über alle Wirtschaftsbereiche hinweg gilt es, den Faktor Mensch als eine der wichtigsten Stellschrauben für den Unternehmenserfolg zu erkennen und eine mitarbeiterorientierte Führungskultur zu implementieren. Sinkende Arbeitszufriedenheit bei den Ärztinnen und Ärzten, Ärztemangel sowie abnehmende Patientenzufriedenheit weisen jedoch ausgerechnet im Gesundheitswesen auf eine Vernachlässigung des Faktors Mensch hin. Die Bundesärztekammer hat ein Curriculum „Ärztliche Führung“ herausgegeben, in dem die zentrale Bedeutung einer zeitgemäßen, mitarbeiterorientierten Führungskultur herausgearbeitet wird, um dem Faktor Mensch in der medizinischen Versorgung – dem Patienten und seinen Helfern – wieder zu mehr Geltung zu verhelfen.

3.1 Humanressourcen als Wettbewerbsfaktor

Der Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungs- bzw. Informationsgesellschaft hat zu einer Neugewichtung der Produktionsfaktoren und allgemein zu der Erkenntnis geführt, dass das Zukunftspotential für die Prosperität einer Gesellschaft und die Marktposition von Unternehmen im Faktor Mensch, in den Humanressourcen liegt.

Auch wenn die Unternehmensrealität überwiegend noch anders aussehen dürfte, werden Human Resource (HR) Management, strategische Personalplanung, Change Management und Mitarbeiterzufriedenheit branchenübergreifend als die größten Herausforderungen in den kommenden Jahren für die Unternehmen genannt: „Der Faktor Mensch wird in der Organisation immer wichtiger. Um die Innovationsfähigkeit eines Unternehmens im globalen Wettbewerb zu sichern, müssen die besten Arbeitskräfte langfristig an ein Unternehmen gebunden und gefördert werden. Auch der demografische Wandel führt zur steigenden

Bedeutung von Personalthemen und damit zu einer besseren Positionierung des HR-Bereichs.“³² Vor diesem Hintergrund haben sich auch in Deutschland Arbeitgeber-Rankings wie das des „Great-Place-to-Work“-Instituts etabliert.

3.2 Faktor Mensch – Paradoxe Entwicklung im Gesundheitswesen

Die medizinische Versorgung stellt eine personenbezogene, auf einen individuellen Patienten zentrierte, personalintensive Dienstleistung mit höchsten Ansprüchen an die Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte und der nichtärztlichen Gesundheitsberufe dar. Gleichzeitig ist die Gesundheitswirtschaft einer der wenigen verbliebenen Wachstumsmärkte. In der Gesundheitsbranche mit einem Gesamtumsatz von rund 270 Milliarden Euro jährlich sind derzeit 4,6 Millionen Beschäftigte tätig, darunter 153.799 Krankenhausärzte und 138.330 niedergelassene Ärzte, die wiederum Arbeitsplätze für rund 320.000 Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte stellen. Jeder neunte Arbeitsplatz in Deutschland ist inzwischen in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt.

In Anbetracht dieser Zahlen sowie angesichts der Tatsache, dass die Wertschöpfung im Gesundheitswesen traditionell um den Faktor Mensch – den Patienten und seine Helfer – kreist, überrascht die Vernachlässigung des „Human Factors“, wie sie in den letzten Jahren ausgerechnet in der medizinischen Versorgung zu beobachten ist. Gesundheitspolitische Entscheidungsträger mögen diese paradoxe Entwicklung vielleicht anders kommentieren – aber die Vernachlässigung des Faktors Mensch im Gesundheitswesen manifestiert sich in einer stetig sinkenden Zufriedenheit sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, mit der Folge von ärztlicher Unterversorgung in der Fläche und Engpässen bei der Besetzung von Weiterbildungsstellen auch in den Krankenhäusern der Ballungsgebiete.

In dem 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen, von Rambøll Management erstellten Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ werden zu den Faktoren, die von den befragten Ärztinnen und Ärzten negativ bewertet wurden, an erster Stelle die schlechten Arbeitsbedingungen des kurativ ärztlichen Berufs genannt, insbesondere die zeitliche Belastung und damit einhergehend die mangelnde Vereinbarkeit des Berufs mit Familie und Freizeit, sowie das Fehlen systematischer Wiedereinstiegshilfen für Ausgestiegene oder Ärzte, die ihre Tätigkeit unterbrechen.³³

Auch von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird aktuell als Hauptursache der sinkenden Berufszufriedenheit – obwohl die zahlreichen Ärztestreiks gegen die Honorarreform ein anderes Bild vermittelt haben – nicht die Einkommenssituation, sondern die Fremdbestimmtheit der Berufsausübung angegeben.³⁴ Niedergelassene Ärzte wie auch Krankenhausärzte beklagen das „Sich-Totlaufen im Hamsterrad“.

3.3 Ursachen der sinkenden Berufszufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten

Eine der Hauptursachen der sinkenden Patienten- und ärztlichen Berufszufriedenheit lässt sich der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zuschreiben. Die politisch gewollte stärkere Marktorientierung des Gesundheitswesens, die Suche nach Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven, der zunehmende Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsdruck auf Krankenhäuser und ambulante Versorgungseinrichtungen hat zunächst einmal zu einer tunnelblickartigen Fokussierung auf Prozesssteuerung geführt. Statt einer Implementierung von Total Quality Management (TQM) erlebte das deutsche Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren die Renaissance einer überholten, längst überwunden geglaubten Qualitätskontrollphilosophie – und dies, obwohl die Selbstverwaltungspartner des Gesundheitswesens, allen voran die Ärzteschaft, bereits in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eigene TQM-Systeme, zum Beispiel das KTQ-Verfahren, entwickelt haben. TQM wurde in der japanischen Autoindustrie zum Erfolgsmodell entwickelt und basiert auf dem Prinzip der Beteiligung der Betroffenen bzw. auf der Erkenntnis, dass Qualität von der Einbeziehung der Mitarbeiter aller Bereiche und Ebenen abhängt.



Der Druck durch Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen kann jedoch nicht als alleinige Ursache für die sinkende Attraktivität des kurativ ärztlichen Berufs verantwortlich gemacht werden. Selbstkritisch muss die Ärzteschaft zur Kenntnis nehmen, dass die beklagte Fremdbestimmung der ärztlichen Berufsausübung katalysiert wurde durch ein defizitäres „Continuous Professional Development“ – durch Defizite in der Kompetenz, mit Wandel und der dramatisch gestiegenen Komplexität der Kontextfaktoren medizinischer Versorgung fertig zu werden. Ansatzweise erklärbar ist dies durch die traditionelle Sozialisation des Arztes zum Einzelkämpfer, für den die Leistung des Einzelnen und nicht des Teams im Vordergrund steht, sei es in Gestalt der wissenschaftlichen Eminenz oder des autoritären Chefarztes. Ausgerechnet die grundsätzlich hohe Leistungsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte trägt zur derzeitigen Berufsunzufriedenheit bei, da diese zu kontraproduktiver Selbstausschöpfung bis hin zum kollektiven Burnout führt, wenn nicht die heute unverzichtbare Kompetenz erworben wird, mit Wandel umzugehen.

3.4 Führungskultur und Mitarbeiterorientierung im Gesundheitswesen

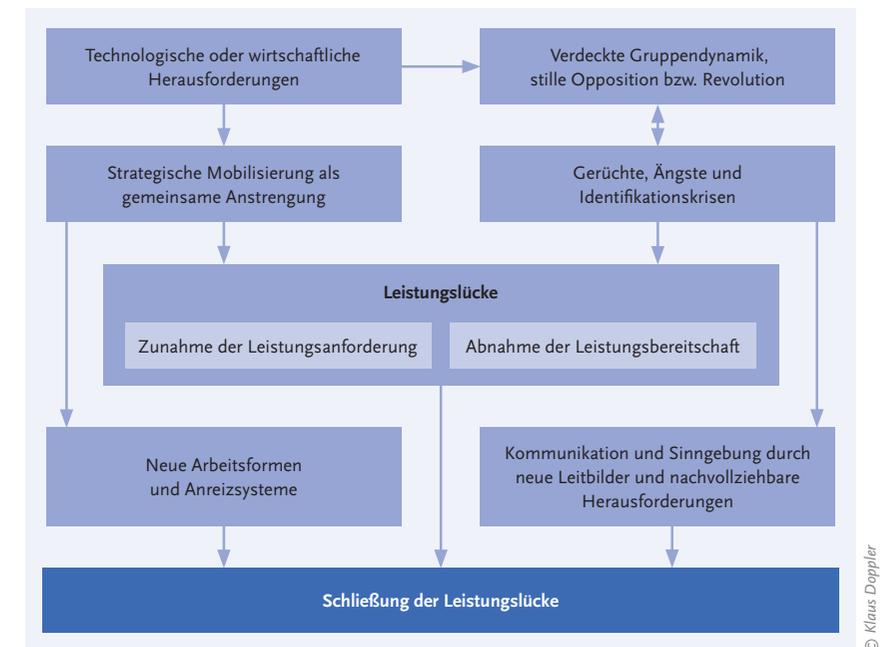
Das Rambøll-Gutachten zählt zu den Maßnahmen der Förderung der Attraktivität des kurativ ärztlichen Berufs unter anderem

„die Entwicklung von Maßnahmen für eine Veränderung der Führungskultur in Richtung eines kooperativ ausgerichteten Führungsstils in Krankenhäusern (...). Dazu gehören eine gezielte Personalentwicklung, die Durchführung von Mitarbeitergesprächen sowie Fortbildungen zu Themen des Projektmanagements oder betriebswirtschaftlichen Aspekten.“

Das Gutachten von Rambøll Management kommt darüber hinaus zu der Feststellung, dass die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten jeweils unterschiedlich wahrgenommen werden und dass angesichts der steigenden Anzahl von Medizinstudentinnen und Absolventinnen diesem Aspekt bei der Entwicklung von Maßnahmen, die einem drohenden Ärztemangel entgegenwirken sollen, besondere Beachtung geschenkt werden müsse.³⁵

Diese schon vor Längerem und auch durch andere Gutachten festgestellte Beobachtung hat zunächst einmal den Blick auf die Bereitstellung von Kindergartenplätzen, die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und die Schaffung von Teilzeitstellen für Ärztinnen etc. gelenkt. Es wäre jedoch völlig unzureichend, Mitarbeiterorientierung auf die Schaffung der notwendigen äußeren Rahmenbedingungen wie die vorgenannten oder zum Beispiel das Einrichten einer Mitarbeiterlounge zum gemeinschaftlichen Entspannen, Feiern und Spielen oder anderen Work-Life-Balance-Angeboten verkürzen zu wollen. Die zentrale Bedeutung von Mitarbeiterorientierung für den Unternehmenserfolg ergibt sich aus dem, was Doppler als Schließung der „ganz normalen Leistungslücke von Organisationen“ bezeichnet (Abbildung 1).³⁶

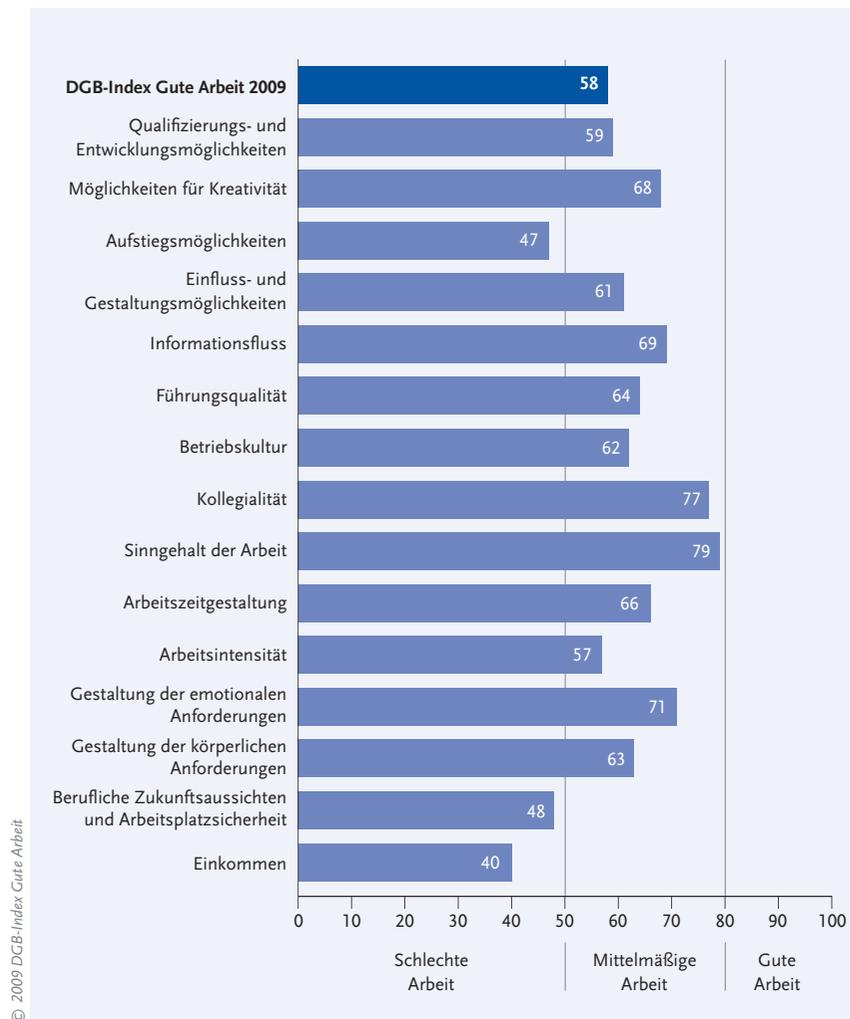
Abbildung 1: Die ganz normale Leistungslücke von Organisationen



Es ist Aufgabe der Unternehmensführung, die Leistungsbereitschaft und Motivation der Mitarbeiter sowie ihre Identifikation mit dem Unternehmen zu fördern bzw. – in der Sprache des Total Quality Managements – Betroffene zu Beteiligten zu machen. In einer immer komplexer werdenden Arbeitswelt unter Rahmenbedingungen der Globalisierung, die längst natürlich auch das Gesundheitswesen erfasst haben, ist das Teilen von Wissen und die Förderung von Eigenverantwortung und Kreativität der Mitarbeiter unverzichtbar.

Der auf dem EFQM-Modell für Excellence basierende Ludwig-Erhard-Preis belohnt deshalb in besonderer Weise, wenn Mitarbeiterentwicklung zur Mitarbeiterbeteiligung motiviert.³⁷ Komplementär zu dieser besonderen Gewichtung von Mitarbeiterbeteiligung und Förderung von Eigenmotivation finden sich im DGB-Index „Gute Arbeit“ aus Sicht der Mitarbeiter als wichtigste Faktoren für die Attraktivität eines Arbeitgebers Möglichkeiten für Kreativität, Sinngehalt der Arbeit und Kollegialität wieder, noch vor „harten“ Faktoren wie Einkommen und Arbeitszeitgestaltung (Abbildung 2).³⁸

Abbildung 2: DGB-Index Gute Arbeit 2009 – So werden die Arbeitsdimensionen beurteilt



3.5 Herausforderungen für ärztliche Führungskräfte

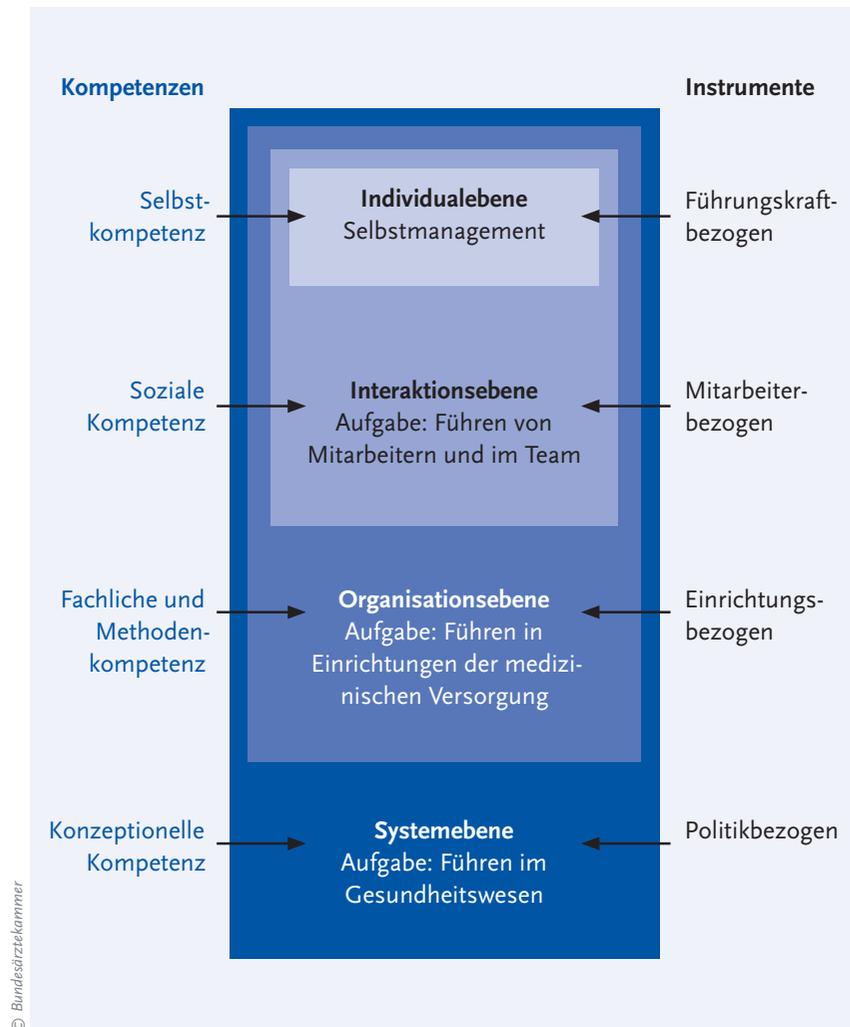
Die Herausforderungen, die aus den gewandelten Rahmenbedingungen und der gestiegenen Bedeutung des Mitarbeiterpotentials für den Berufsalltag im Management resultieren, werden von Doppler folgendermaßen beschrieben:³⁹

- ▶ Durchführen organisatorischer Veränderungen
- ▶ Schaffen eines intakten sozialen Arbeitsumfelds
- ▶ Abbau hierarchischer Strukturen
- ▶ Leistung erzeugen durch Synergie
- ▶ Flexibilisierung der Arbeitsformen und Arbeitszeiten
- ▶ Organisieren von Lernen und Entwicklung
- ▶ Frauen erobern Schlüsselpositionen
- ▶ Management von Schlüssel- und Krisensituationen
- ▶ Entlassung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- ▶ Aushalten innerer Zielkonflikte und Widersprüche
- ▶ Steuerung und Kontrolle durch Kommunikation
- ▶ Zukunftsplanung aufgrund komplexer Szenarien
- ▶ Integration durch Visionen und Leitbilder

Sie gelten in gleicher Weise für ärztliche Führungskräfte, Krankenhausärzte in leitender Position wie Inhaber großer Arztpraxen oder medizinischer Versorgungszentren. Die Bundesärztekammer hat 2007 ein Curriculum „Ärztliche Führung“ herausgegeben, mit dem neue Impulse für die Entwicklung ärztlicher Führungskräfte gegeben werden. Es basiert auf der Einsicht, dass medizinische Fachkompetenz die notwendige Voraussetzung darstellt, den Arztberuf auszuüben, aber nicht ausreicht, um unter den heutigen Rahmenbedingungen eine

Führungsposition zu meistern oder auch nur Arbeitszufriedenheit zu erreichen. Neben der Vermittlung von Managementwissen, das zum Verständnis der Sachebene medizinischer Versorgung und das Führen von Versorgungseinrichtungen notwendig ist, legt das Curriculum deshalb besonderes Gewicht auf die „weichen Faktoren“ von Führung, die gemeinhin mit „Soft Skills“ assoziiert werden, eigentlich aber umfassender als Sozialkompetenz und Reflexion der eigenen Rolle auf der Beziehungsebene von Führungsaufgaben verstanden werden sollten (Abbildung 3).⁴⁰

Abbildung 3: Curriculum „Ärztliche Führung“ – Vermittlung von Kompetenzen und Instrumente auf unterschiedlichen Ebenen



3.6 Neue Perspektiven in der Führungskultur – Vernetzung und Diversity Management

Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil, Förderung von Eigenmotivation und Teamfähigkeit, die Fähigkeit zur Kommunikation und Vernetzung sind die neuen Eigenschaften und Kompetenzen, die von ärztlichen Führungskräften zusätzlich zu ihrer medizinischen Fachkompetenz heute erwartet werden. Fähigkeit zur Vernetzung tut insbesondere auch in der ambulanten Versorgung not, wenn die traditionell von einem ärztlichen Freiberufler getragene Arztpraxis nicht durch komplexere Organisationsformen ambulanter Versorgung in Trägerschaft von Klinikketten oder Managementgesellschaften verdrängt werden soll. Nicht nur aus Sicht des einzelnen Praxisinhabers, sondern insbesondere auch für die Akzeptanz der Kassenärztlichen Vereinigungen dürfte es zukunftsweisend sein, den Netzwerkgedanken mit Leben zu erfüllen.

Noch nicht im Curriculum „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer berücksichtigt, aber als Weiterentwicklung der Mitarbeiterorientierung und Personalpolitik auch in Krankenhäusern und ambulanten Versorgungseinrichtungen bald zu erwarten, ist der Ansatz des sogenannten „Diversity Managements“. Diversity Management wurde in den USA entwickelt und versucht, der multikulturellen Vielfalt in einem Unternehmen nicht nur gerecht zu werden (zum Beispiel durch Einrichten von Gebetsräumen für Mitarbeiter islamischen Glaubens), sondern hieraus sogar einen Nutzen zu ziehen (zum Beispiel durch ein besseres Verstehen der Erwartungen von Kunden mit islamischem Hintergrund). Diversity Management versteht sich als ein ganzheitliches Konzept des Umgangs mit personeller Vielfalt im Unternehmen – zum Nutzen des Unternehmens und zum Nutzen aller Beteiligten.⁴¹



3.7 Literatur

- 32 Kienbaum (Hrsg) (2008): *Changes and Chances. HR Excellence, Diversity, Compliance. Ergebnisse der HR-Trendstudie.* Ehreshoven
- 33 Blome A, Böggild N, Finke C et al. (Hrsg) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). *Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland. Abschlussbericht Ramboll Management GmbH, Hamburg*
- 34 LGG LifeScience Consulting Group International AG (Hrsg) (2009). *Ergebnisse einer Ärztebefragung der LifeScience Consulting Group International.* Karlsruhe
- 35 Blome A, Böggild N, Finke C et al. (Hrsg) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004). *Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland. Abschlussbericht Ramboll Management GmbH, Hamburg*
- 36 Doppler K, Fuhrmann H, Lebbe-Waschke B et al. (2002). *Unternehmenswandel gegen Widerstände: Change Management mit den Menschen.* Campus Verlag, Frankfurt am Main
- 37 Ludwig-Erhard-Preis: *Informationen zum LEP-Bewertungsverfahren für Bewerber. Leitfaden.* www.arbeitsinnovation.de/common/download/LEP_Leitfaden_2010_2.pdf
- 38 Deutscher Gewerkschaftsbund. *DGB-Index Gute Arbeit 2009.* In: *Unternehmenskultur: Wer vertraut, ist klar im Vorteil.* www.business-wissen.de/fileadmin/doc/DruckdateiPDF/UnternehmenskulturVertrauen.pdf
- 39 Doppler K, Fuhrmann H, Lebbe-Waschke B et al. (2002). *Unternehmenswandel gegen Widerstände: Change Management mit den Menschen.* Campus Verlag, Frankfurt am Main
- 40 Bundesärztekammer Hrsg. (2007). *Curriculum Ärztliche Führung. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 26*
- 41 *Charta der Vielfalt. Diversity Management: integraler Bestandteil moderner Personalpolitik.* www.vielfalt-als-chance.de/index.php?id=10&print=true



4 Kinderbetreuung: Situation in Deutschland – Umfrageergebnisse und Umsetzungskonzepte

Annegret E. Schoeller

Um zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ergreifen zu können, ist eine Bestandsaufnahme zur Kinderbetreuungssituation in Klinik und Praxis eine gute Planungsgrundlage. Beispielhaft werden Umfrageergebnisse des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen sowie das Umsetzungskonzept des Staatsministeriums für Soziales des Freistaates Sachsen vorgestellt.

4.1 Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes

Erstmals wurde durch eine Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) im Jahr 2005 ein umfassender Überblick der Kinderbetreuung in Kliniken in Deutschland geschaffen. Im Vordergrund stand explizit die Frage nach familienfreundlichen Angeboten und Betreuungsmöglichkeiten, die den Kindern von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen. Eine Umfrage der „Ärztinnen-Gremien“ der Bundesärztekammer im Jahr 2003 in allen Landesärztekammern hatte ergeben, dass die relativ wenigen existierenden Betreuungsplätze vorrangig an Kinder des Pflegepersonals vergeben wurden und die ärztlichen Eltern meistens das Nachsehen hatten.

In der Umfrage des DÄB spielten Öffnungszeiten, die Anzahl der vorhandenen Plätze, das Vorhandensein von Wartelisten, alternative Angebote für Kinder und Jugendliche, aber auch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Einrichtungen eine entscheidende Rolle. Bezüglich der familienfreundlichen Angebote wurde nach Hausaufgabenbetreuung, Mittagstisch und dem Umgang mit Arbeitszeitmodellen (Teilzeit) gefragt. Auch zukünftige Betreuungsangebote waren von Interesse. Ebenfalls wurden die Anzahl der Betten und der (ärztlichen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfasst. Insgesamt 2.222 Fragebögen wurden versandt, wobei die Adressdaten in der Regel von den Krankenhausesellschaften der jeweiligen Bundesländer zur Verfügung gestellt wurden. Es hatten sich Krankenhäuser aller Bundesländer beteiligt – allerdings mit z. T. erheblichen Unterschieden bezüglich des Rücklaufs aus den einzelnen Bundes-

ländern. Die durchschnittliche Beteiligung an dieser bundesweiten Umfrage lag bei einem Drittel (721 Kliniken).

107 Kliniken der insgesamt 721 gaben an, über Kinderbetreuungsangebote zu verfügen. Das entspricht einem Anteil von ca. 15 Prozent. Von diesen Kliniken mit Kinderbetreuung gaben 70 Kliniken an, Wartelisten auf die Betreuungsplätze zu haben. Bezüglich der Altersgruppen der Kinder, für die Betreuung angeboten wird, fiel folgendes auf: Bundesweit gaben insgesamt 97 Kliniken an, Drei- bis Sechsjährige zu betreuen, während 84 Häuser Angebote für Kleinkinder im Alter von null bis drei Jahren aufwiesen. Lediglich 36 Krankenhäuser stellten eine Betreuung für Kinder im schulpflichtigen Alter von sechs bis zehn Jahren zur Verfügung.

Bei den sonstigen familienfreundlichen Angeboten zeigte sich, dass die kleinen Häuser seltener familienfreundliche Angebote wie Teilzeitmodelle aber auch Mittagstische oder Hausaufgabenbetreuung anboten als die mittleren und großen Häuser. Dies wurde in den Kommentaren häufig damit begründet, dass sich dies finanziell nicht lohnen würde und die Nachfrage nach Dienstleistungen zu gering und es finanziell für diese Häuser nicht umsetzbar ist.⁴²

4.2 Umfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes

Im Jahr 2008 wurde im „Krankenhaus Barometer 2008“ des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI)⁴³ eine Bestandsaufnahme der Familienorientierung im stationären Sektor vorgenommen. Zunächst sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit die Familienfreundlichkeit in ihrem Krankenhaus überhaupt von unternehmensstrategischer Relevanz ist. Bei jeweils rund 40 Prozent der Krankenhäuser hat die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eher oder teilweise einen hohen Stellenwert in der Unternehmensstrategie des Krankenhauses. 12,6 Prozent der Befragten verneinen die entsprechende Frage.



Familienfreundliche Unternehmensstrategie

Der Stellenwert einer familienfreundlichen Unternehmensstrategie variierte signifikant in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße: Während rund zwei Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen eher hohen Stellenwert einräumten, war dies in Häusern mit 50 bis 299 Betten nur bei einem Drittel der Einrichtungen und in der mittleren Bettengrößensklasse zur Hälfte der Fall.

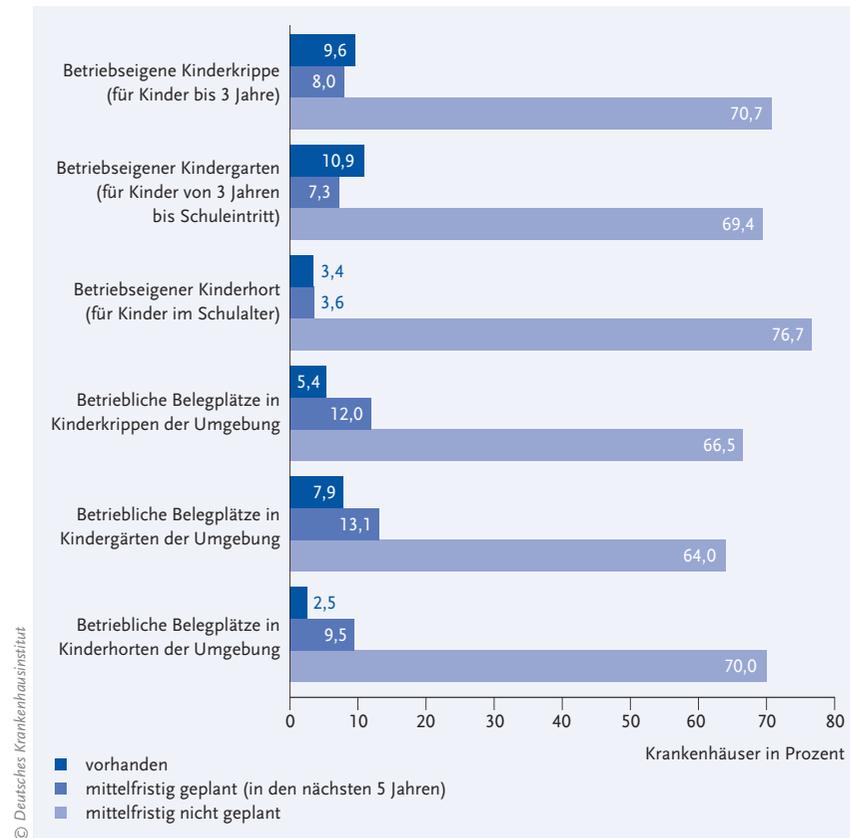
Die Angabe eine familienfreundliche Unternehmensstrategie zu verfolgen, bedeutet keinesfalls, dass es sich um eine unverbindliche Absichtserklärung handelt. Vielmehr hat sie auch praktische Konsequenzen, insofern sie positiv mit dem Einsatz von Maßnahmen der betrieblichen Familienpolitik korreliert. So wiesen die entsprechenden Krankenhäuser eine betriebliche Kinderbetreuung bzw. sonstige Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder, Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme sowie flexible Arbeitszeiten signifikant häufiger auf als Kliniken, in denen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen geringeren Stellenwert einnimmt.

Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen

Eine bedarfsgerechte Kinderbetreuung ist die wichtigste Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die öffentlichen Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen reichten nicht aus oder genügten teilweise hinsichtlich ihrer Infrastruktur (zum Beispiel Öffnungszeiten) nicht den Anforderungen berufstätiger Mütter und Väter. Eine Alternative hierzu bildet eine betriebseigene Kinderbetreuung. Davon profitieren beide Seiten, denn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten mehr Spielraum zwischen Privatleben und Arbeit. Die Unternehmen fördern mit betriebseigener Kinderbetreuung eine schnelle Rückkehr aus der Elternzeit, verringern Fehlzeiten, erzielen positive Imageeffekte und verbessern ihre Position auf dem Bewerbermarkt.

Abbildung 4 zeigt, wie es heute um die betriebliche Kinderbetreuung in Krankenhäusern bestellt ist. Dabei wird grundsätzlich zwischen betriebseigenen Kinderbetreuungseinrichtungen, betrieblichen Belegplätzen in externen Einrichtungen sowie nach Angeboten für verschiedene Altersgruppen unterschieden. Es zeigt sich hier deutlich, dass Kinderbetreuungseinrichtungen in Krankenhäusern unterrepräsentiert sind. Etwa 70 Prozent der Krankenhäuser sahen keine Kinderbetreuung vor, sie ist aber zumindest mittelfristig in Planung.

Abbildung 4: Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen



Die betriebliche Kinderbetreuung hängt ferner maßgeblich von der Krankenhausgröße ab: Während in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten rund zwei Drittel eine betriebseigene Kinderbetreuung aufwiesen, waren es in kleineren Häusern unter 300 Betten weniger als 10 Prozent und in der mittleren Bettengrößeklasse knapp 30 Prozent.

Im „Krankenhaus Barometer 2008“ kommt das DKI zu folgendem Ergebnis: „Zur besseren Einordnung erscheint ein Vergleich mit der betrieblichen Kinderbetreuung in der deutschen Wirtschaft insgesamt sinnvoll. Beschränkt man sich auf Unternehmen mit mindestens 250 Mitarbeitern, dann liegt der Prozentsatz der Unternehmen (gemeint sind Krankenhäuser) mit betrieblicher Kinderbetreuung bundesweit bei 18,4 Prozent. Die Verbreitung betrieblicher Kinderbetreuung im Krankenhaus liegt somit leicht über dem Durchschnitt der deutschen Wirtschaft.“ Erst die differenzierte Betrachtung ergibt, dass hier alle Angebote

einbezogen sind, unabhängig davon, ob sie überhaupt auch für die Kinder von Ärztinnen und Ärzten und Medizinstudierenden offen stehen, sie tatsächlich alle Alterstufen der Kinder berücksichtigen, die Öffnungszeiten tatsächlich den Dienstzeiten entsprechen und ob lange Wartelisten es den meisten ärztlichen Eltern verwehren, eine Kinderbetreuung am Arbeitsplatz auch tatsächlich zu bekommen. Es wäre eine wichtige Zusatzinformation, wenn in einer folgenden Studie genau diese Parameter untersucht werden.

Das DKI wies darauf hin, dass die Ergebnisse der Umfrage nicht erlauben, Aussagen über die Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der vorhandenen Kinderbetreuung im Krankenhaus zu treffen. Es stellte fest, dass in Deutschland die Infrastruktur der betrieblichen Kinderbetreuung im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf branchenübergreifend noch deutlich ausbaufähig ist.

Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen

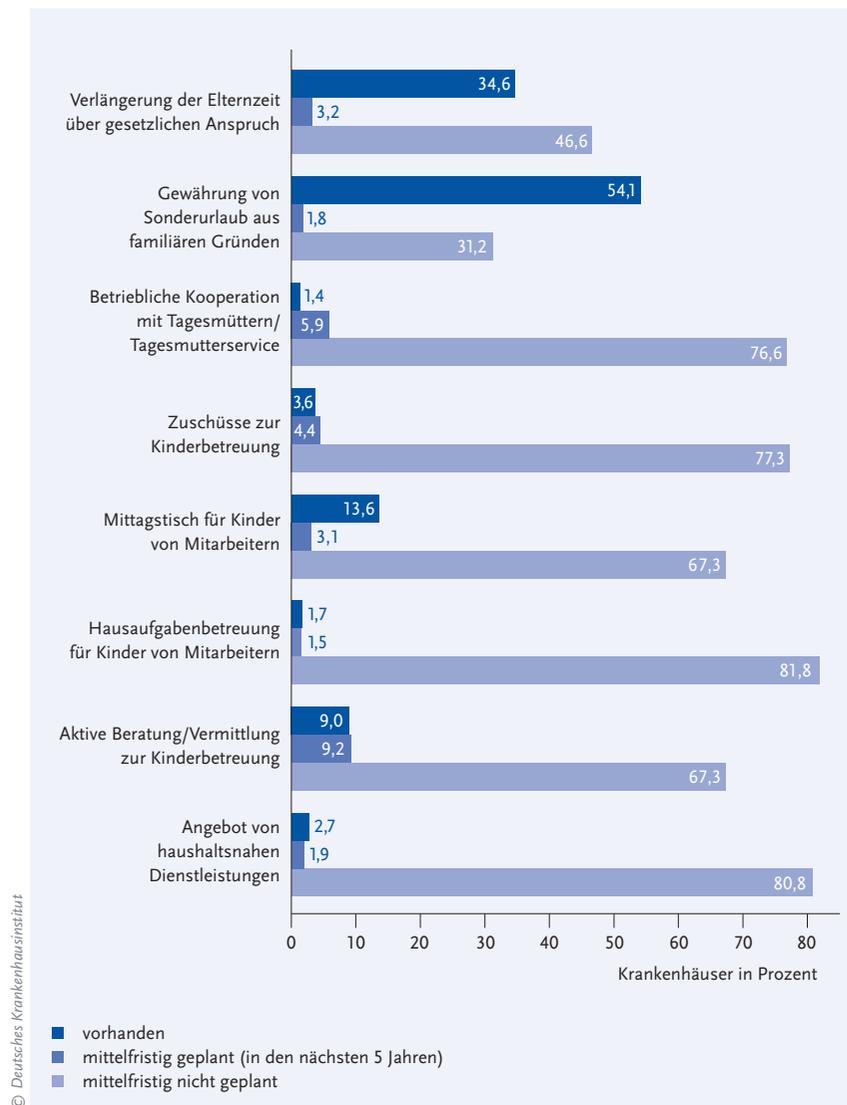
Neben den Kapazitäten an Plätzen und Betreuungspersonal der Kinderbetreuungseinrichtungen waren elternfreundliche Öffnungszeiten entscheidend für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Über alle internen bzw. externen Betreuungsangebote hinweg waren die Ergebnisse vergleichbar. Die Kinderbetreuungseinrichtungen der deutschen Krankenhäuser öffnen in der Regel zwischen 6:00 und 7:00 Uhr. Im Schnitt schließen sie gegen 17:00 Uhr. Nur jeweils rund 5 Prozent der Einrichtungen schließen früher als 16:00 Uhr.

Eine Reihe von Einrichtungen war aber auch noch in den Abendstunden geöffnet: Beispielsweise schlossen jeweils rund 20 Prozent der betriebseigenen Kinderkrippen und Kindergärten erst zwischen 19:00 und 21:00 Uhr. Dies bedeutet, dass Krankenhäuser mit betrieblicher Kinderbetreuung überwiegend bereits eine Ganztagsbetreuung anbieten. Die Öffnungszeiten der Einrichtungen waren für Mitarbeiter im Früh- bzw. Regeldienst gut geeignet, jedoch gilt dies für die Spätdienste nur mit Einschränkungen.

Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder

Über die Vorhaltung betrieblicher Kinderbetreuungseinrichtungen und Belegplätze hinaus gab es weitere einschlägige Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder im Rahmen einer familienorientierten Personalpolitik. Die im „Krankenhaus Barometer 2008“ erhobenen sonstigen Unterstützungs- und Serviceangebote für Familien können der Abbildung 5 entnommen werden.

Abbildung 5: Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder



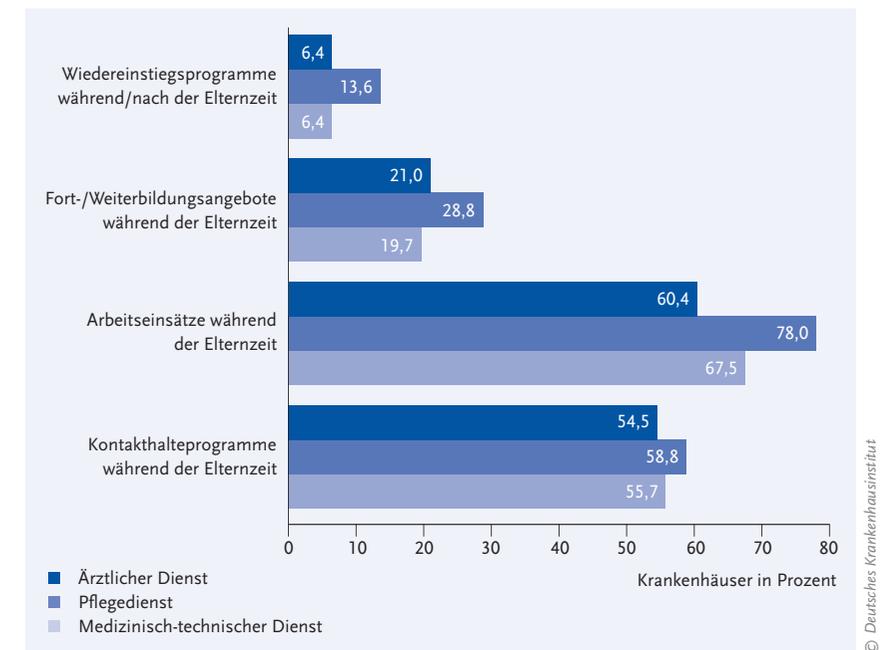
Insgesamt lässt sich festhalten, dass in den deutschen Krankenhäusern – von Sonderurlaub und betrieblicher Elternzeit abgesehen – spezifische Unterstützungs- und Serviceangebote für Eltern oder Kinder bislang noch selten im Untersuchungszeitraum verbreitet waren.

Auch im Vergleich zur deutschen Wirtschaft insgesamt fallen die Ergebnisse hier tendenziell unterdurchschnittlich aus. Die Krankenhäuser fokussierten eine familienorientierte Personalpolitik mehr auf die betriebliche Kinderbetreuung sowie auf die nachfolgend dargestellten Ansätze zum Wiedereinstieg in den Beruf bzw. zur Arbeitszeitflexibilisierung.

Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme

Eine weitere Möglichkeit der betrieblichen Elternförderung bildeten Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme. Sie haben den Zweck, die Mitarbeiterbindung während der Elternzeit zu stärken, die Rückkehrquote der Beschäftigten zu erhöhen und einer Dequalifizierung entgegenzuwirken. Der besondere Vorteil für das Krankenhaus wie für die Mitarbeiter bestand im Erhalt von Wissen, Erfahrungen und Kontakten und damit in einer Erleichterung des Wiedereinstiegs.

Abbildung 6: Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme



Die häufigste Maßnahme zum Erhalt der Qualifizierung bildeten Arbeitseinsätze während der Elternzeit, zum Beispiel als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung. Berufsgruppenübergreifend bot die Mehrheit der Krankenhäuser solche Einsätze standardmäßig an. Im Pflegedienst fiel der Anteil mit 78 Prozent abermals überdurchschnittlich hoch aus.

Über spezifische Qualifizierungsmaßnahmen hinaus versuchte die Mehrheit der Krankenhäuser mittels entsprechender Kontakthalteprogramme, die Mitarbeiter auch während der Elternzeit an das Unternehmen zu binden. Inhalte solcher Programme waren beispielsweise Patenschaften oder Einladungen zu Betriebsfeiern, Mitarbeiterbesprechungen oder -versammlungen. Gut die Hälfte der Einrichtungen boten solche Kontakthalteprogramme standardmäßig an. Bei diesem Merkmal gab es faktisch keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Diensten.

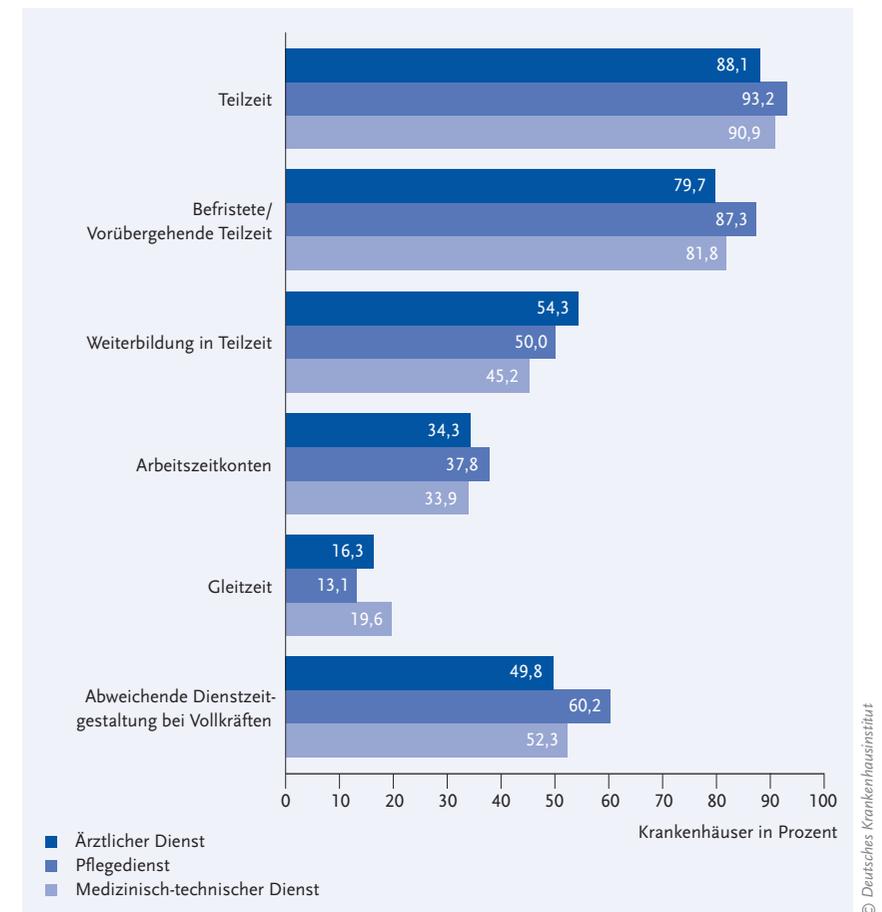
Arbeitszeitflexibilisierung

Arbeitszeitflexibilisierung ist ein zentrales Instrument zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Flexible Arbeitszeiten erlauben es den Mitarbeitern, ihre Präsenz im Betrieb den individuellen Wünschen und Bedingungen der Kinderbetreuung anzupassen und bei unvorhersehbaren Ereignissen (Krankheit des Kindes, Ausfall der Betreuungsperson etc.) flexibel zu reagieren. Sie entlasten aber auch die Krankenhäuser von unvorhersehbaren Fehlzeiten und dadurch bedingten organisatorischen und finanziellen Problemen.

Vor allem Teilzeitangebote kamen im Untersuchungszeitraum nahezu flächendeckend zum Einsatz. Berufsgruppenübergreifend bieten 90 Prozent der Häuser Teilzeitarbeitsplätze standardmäßig an. Darüber hinaus besteht bei über 80 Prozent der Häuser die Möglichkeit zu einer befristeten oder vorübergehenden Teilzeit. Diese Möglichkeit erleichtert insbesondere den Wiedereinstieg in den Beruf nach der Elternzeit. Allerdings bestand nur in etwa jedem zweiten Krankenhaus standardmäßig die Möglichkeit zur Weiterbildung in Teilzeit. Diese Option ist nicht nur, aber vor allem für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung von besonderer Wichtigkeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können.

Im Krankenhaus vergleichsweise selten umgesetzt sind Gleitzeitmodelle. Dabei können die Mitarbeiter innerhalb bestimmter Zeitspannen (Rahmenzeit) über Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit selbst entscheiden. Eine Mindestbesetzung bzw. eine Kernarbeitszeit mit Präsenzpflcht sollten definiert sein. Die übrige Arbeitszeit richtet sich nach dem jeweiligen Arbeitsanfall bzw. dem Bedarf.

Abbildung 7: Arbeitszeitflexibilisierung



Allerdings sind die Möglichkeiten zur Einführung von Gleitzeitmodellen in patientennahen Bereichen wegen des Erfordernisses einer verlässlichen Dienstplangestaltung eng begrenzt. Bislang praktiziert daher weniger als ein Fünftel der Krankenhäuser Gleitzeitmodelle in den verschiedenen Diensten.

Wegen der besseren Planbarkeit und des geringeren Koordinationsaufwandes wurde zur Flexibilisierung der individuellen Tagesarbeitszeit stattdessen eine vom normalen Regel-/Schichtdienst abweichende Dienstzeitgestaltung bei Vollkräften präferiert, beispielsweise in Form eines späteren Dienstbeginns oder zeitversetzter Dienste. Zwischen 50 Prozent (ärztlicher und medizinisch-technischer Dienst) und 60 Prozent (Pflegedienst) der Krankenhäuser ermöglichten standardmäßig eine solche abweichende Arbeitszeitgestaltung.

Flexible Arbeitszeiten bei Vollzeitkräften werden somit zunehmend auch im Krankenhausbereich ermöglicht. Hierbei ist zu beachten, dass im Krankenhaus, zumindest in den patientennahen Bereichen, flexible Arbeitszeiten teilweise später etabliert wurden als in anderen Branchen, was auch mit Besonderheiten der Leistungserbringung zu erklären ist. Im Zuge der Einführung des DRG-Systems und der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes⁴⁴ hat die Arbeitszeitflexibilisierung in den deutschen Krankenhäusern deutlich zugenommen. Dies fördert eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

4.3 Umfrage in medizinischen Fakultäten

Im Jahr 2001 und 2005 wurde jeweils eine Umfrage in den 35 deutschen medizinischen Fakultäten im Auftrage der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an Hochschulen durchgeführt.⁴⁵ Das Ziel war, ein möglichst zeitnahes Bild von Chancengleichheit und Familienfreundlichkeit, Beteiligung von Frauen an Entscheidungsprozessen und von Frauen in Führungspositionen in der deutschen Universitätsmedizin zu erhalten. Es zeigte sich, dass sich abgesehen von Verbesserungen der Kinderbetreuung in den vier bis fünf Jahren zwischen den beiden Umfragen fast nichts verbessert hat. Verglichen wurde der Frauenanteil in der Personalstruktur, Frauenförder- bzw. Gender-Action-Pläne und Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragte, Frauen in der akademischen Selbstverwaltung, Frauenanteil und Frauenförderung in der Forschung, Studium und Lehre, Schwangerschaft und Elternzeit und Familienfreundlichkeit. Sechs Universitäten antworteten nicht auf die Anfragen.

Im Jahr 2005 beteiligten sich an der Umfrage 29 Universitäten, davon hatten 20 eine eigene Kindertagesstätteneinrichtung. 90 Prozent dieser Kindereinrichtungen boten eine Kinderbetreuung für Kinder unter drei Jahren in der Krippe an, 86 Prozent betreuten Kinder zwischen drei und sechs Jahren im Kindergarten und 48 Prozent hatten eine Betreuungsmöglichkeit für über Sechsjährige im Hort. Die Plätze standen vorwiegend dem ärztlichen- und pflegerischen sowie

dem medizinisch-technischen Personal bzw. dem Verwaltungspersonal zur Verfügung. 60 Prozent boten auch Studentinnen und Studenten eine Unterbringungsmöglichkeit für ihre Kinder an.

Dreizehn Klinika hatten Vereinbarungen mit Kommunen bzw. externen Trägern geschlossen. Diese boten ebenfalls zu 69 Prozent Krippenplätze sowie zu 39 Prozent Hortplätze an, sodass auch hier eine Betreuungsmöglichkeit bestand.

Fünf Universitätsklinika, welche über keine eigene Kindertagesstätte verfügten, stellten im Rahmen dieser Vereinbarungen ebenfalls eine Betreuung der Kinder ihrer Beschäftigten und Studenten sicher, sodass insgesamt 86 Prozent der antwortenden 29 Klinika eine Betreuungsmöglichkeit in der einen oder anderen Form anboten.

Bei der Interpretation dieser Zahlen musste jedoch berücksichtigt werden, dass in der Regel nicht genügend Plätze in Kindertagesstätten vorhanden waren bzw. dass es mehr Anmeldungen als Plätze gab (Angabe von 66 Prozent der Einrichtungen). Daher planten acht der Einrichtungen einen Ausbau des Betreuungsangebotes. Auch sieben der neun Universitäten, welche nicht über eine eigene Kindereinrichtung verfügten, berichteten über ihr Vorhaben, eine entsprechende Einrichtung zur Verfügung zu stellen.



Auf die unregelmäßigen und häufig ungewöhnlichen Arbeitszeiten des Personals eines Klinikums sollte die Kindereinrichtung mit flexiblen Öffnungszeiten reagieren können. 90 Prozent der Einrichtungen öffneten daher vor/um 7:00 Uhr, die Hälfte schloss jedoch bereits vor oder um 17:00 Uhr. Eine regelmäßige bzw. 14-tägige Wochenendbetreuung boten vier Kindertagesstätten an. Bei Spätvor-

lesungen, Notdiensten oder bei Veranstaltungen sahen 14 Einrichtungen eine Unterbringung der Kinder vor. Bei größeren wissenschaftlichen Veranstaltungen boten fünf von 25 Universitäten eine Kinderbetreuung an.

Schwangerschaft und Elternzeit

Im Mutterschutz- und Bundeserziehungsgesetz (MuSchG und BerzG) sind die beruflichen Belange von Schwangeren und Eltern festgeschrieben. 72 Prozent der Dekanate gaben an, dass die Umsetzung von Schwangeren auf geeignete Arbeitsplätze in der Praxis ausreichend geregelt ist. Die Möglichkeit, den Kontakt zu den Beschäftigten während der Elternzeit zu halten und diesen

somit den Wiedereinstieg in das Berufsleben zu erleichtern, nutzten 55 Prozent der Fakultäten bzw. Universitätsklinika. Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen erhielten nur die Eltern von 48 Prozent der Fakultäten bzw. der Klinika in der Zeit ihrer Abwesenheit. 13 der Dekanate verneinten die Möglichkeit der Übernahme von Vertretungen zum Beispiel im Urlaubs- oder Krankheitsfall während der Elternzeit ebenso wie das Vorhandensein von Konzepten zur Teilzeitarbeit.



Ein praktisches Signal zur Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von familiären Aufgaben und Beruf bzw. Studium war das Vorhandensein von Still- und Wickelmöglichkeiten. Diese relativ leicht einzuführende Maßnahme konnten 17 Prozent der Fakultäten für Mitarbeiterinnen und 35 Prozent für Besucherinnen vorweisen. Der Anteil der Studierenden mit Kind oder Kindern an den Hochschulen in Deutschland lag bei ungefähr 7 Prozent.⁴⁶ Schwangerschaft und Elternzeit während des Studiums können für die Studierenden zu vielfältigen Problemen führen. Dieses Thema wurde an den meisten medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika vernachlässigt. So gaben 18 Einrichtungen an, dass Studierende im Fall von Schwangerschaft oder Elternzeit Seminare oder Kurse austauschen oder nachholen können. Ebenso gestal-

tete sich die Situation beim Verschieben von Prüfungen, die entweder durch eine entsprechende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder individuelle Absprachen mit dem Instituts- bzw. Klinikleiter oder – bei Staatsexamina – mit dem zuständigen Landesprüfungsamt geregelt wurden (möglich in 17 Einrichtungen).

Schwieriger gestaltete sich die Situation im Praktischen Jahr, da hier eine ganztägige Anwesenheit vorgesehen ist. 69 Prozent der Dekanate gaben an, dass eine Unterbrechung des Praktischen Jahres bei Schwangerschaft und Elternzeit möglich war, die Absolvierung des Praktischen Jahres in Teilzeit war in 51 Prozent der Einrichtungen vorgesehen.

Erfreulicherweise haben sich mittlerweile familienfreundliche Studienorganisationen an den Universitätskliniken etabliert. Beispielhaft sind die medizinischen Fakultäten in Ulm und Frankfurt am Main für eine familienfreundliche Medizinausbildung zu nennen (siehe 6. Kapitel „Krankenhaus: Exemplarische Kinderbetreuungsmodelle“).⁴⁷

4.4 Umsetzung von Chancengleichheit für Medizin, Pflege und Verwaltung im Freistaat Sachsen

Die Broschüre „Der Arbeitsort Krankenhaus: familienfreundlich und geschlechtergerecht – Handreichung zur Umsetzung von Chancengleichheit für Medizin, Pflege und Verwaltung im Freistaat Sachsen“ ist im Rahmen des Modellprojekts „Exemplarische Einführung von Gender Mainstreaming in zwei sächsischen Krankenhäusern“ entstanden. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat dieses Vorhaben initiiert und gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V. und der Sächsischen Landesärztekammer konzipiert.⁴⁸ Die in dieser Broschüre aufgeführten Umfrageergebnisse zeigen, dass inzwischen familiengerechte Einrichtungen vermehrt geschaffen wurden, aber immer noch ein immenser Bedarf zu decken ist.

Über die Befragung hinaus war insbesondere die Zielsetzung, geschlechtergerechte und familienfreundliche Rahmenbedingungen, Strukturen und Abläufe am Arbeitsort Krankenhaus zu fördern. Hierfür wurden Prozesse angestoßen, die zu einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Privatleben sowie zur stärkeren Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen der beschäftigten Frauen und Männer beitragen. Von diesen Veränderungen sollten in erster Linie Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal und die weiteren Personalgruppen profitieren. Gleichzeitig zu beachten waren

die betriebswirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser, ebenso die Gewährleistung ihres Versorgungsauftrags.

Zwei Modellkrankenhäuser, das St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig und die Oberlausitz Kliniken an den Standorten Bautzen und Bischofswerda, haben von November 2007 bis November 2008 Gender-Mainstreaming-Einführungsprozesse erfolgreich umgesetzt. Innerhalb eines Jahres haben in diesen Krankenhäusern umfangreiche Veränderungsprozesse stattgefunden, die daraus resultierenden Erkenntnisse haben in dieser Broschüre des Freistaates Sachsens Eingang gefunden. Die Balance von Familie und Beruf zu fördern, ist eine lohnende Herausforderung: Wollen Unternehmen wie Krankenhäuser nachhaltig hochqualifiziertes, gut motiviertes Personal an sich binden, müssen sie umdenken und geschlechtergerechte und familienfreundliche Strukturen schaffen. Ein allgemeines Ziel von Gender Mainstreaming ist die kontinuierliche Verbesserung der Organisationsstrukturen. Deshalb bieten die in Krankenhäusern genutzten Qualitätsmanagementsysteme gute Ansatzmöglichkeiten insbesondere über die Kategorie „Mitarbeiterorientierung“.

Unterstützungsmaßnahmen zur Kinderbetreuung – die Einrichtung eigener oder die Vermittlung externer Betreuungsangebote – müssen den spezifischen Bedürfnissen der Beschäftigten gerecht werden, wie zum Beispiel: Kindertagesstätte/Hort, flexible Ergänzung institutioneller oder privater Kinderbetreuungsarrangements (zum Beispiel Ferienbetreuungsangebote), Betreuung bei leichten Erkrankungen der Kinder, Betreuungsangebote zur Unterstützung der Teilnahme an Fortbildungen oder das Angebot, in der Kantine gemeinsam mit den Eltern Mittag zu essen.

Zur Umsetzung von familiengerechten Strukturen werden in dieser Broschüre Praxisbeispiele vorgestellt, zum Beispiel zur Einrichtung eines Betriebskindergartens mit Arbeitsschritten, Bedarfsanalyse und Konzepterstellung.

Ausgangssituation: Die Beschäftigten äußern im Rahmen einer Befragung deutlich Unterstützungsbedarf bei der Kinderbetreuung. Die Einrichtung einer betrieblichen Kinderbetreuung ist zudem seit Langem ein besonderes Anliegen der Geschäftsführung.

Umsetzung: Für die passgenaue Planung des Angebots wird eine Erhebung des Bedarfs in einer schriftlichen Befragung der Beschäftigten durchgeführt, die in die regelmäßig stattfindende Befragung des Qualitätsmanagements integriert wird. Es wird ein Konzept für die Planung und Realisierung des betrieblichen Betreuungsangebots erarbeitet.

Ergebnisse: Detaillierte Erkenntnisse zum Betreuungsbedarf der Beschäftigten, zum Beispiel gewünschter Betreuungsbeginn, gewünschte Betreuungszeiten, Vorstellung bezüglich der Betreuungskosten, Regelmäßigkeit des Bedarfs, und deren Wünsche bezüglich der Gestaltung des Angebots wie pädagogisches Konzept, Ernährung etc.

Projektplanung inklusive Prüfung von rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie baulicher und finanzieller Möglichkeiten.

Konzept für interne und externe Kommunikation der Maßnahmen: Einbindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, kontinuierliche Kommunikation des Projektfortgangs zum Beispiel durch eine Hausmitteilung sowie Publikationen auf der Homepage.

Die in dieser Broschüre aufgeführten Umfrageergebnisse zeigen, dass inzwischen familiengerechte Einrichtungen vermehrt geschaffen wurden, aber immer noch ein immenser Bedarf zu decken ist. Die Vorgehensweise des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz mit Darstellung von Arbeitsschritten, Bedarfsanalysen und Konzepterstellung zum Beispiel zur Einrichtung eines Betriebskindergartens lädt zur Anwendung ein.

4.5 Literatur

- 42 Bühren A, Dettmer S (2006). Vorteil im Wettbewerb durch zufriedene Ärztinnen und Ärzte. *Dtsch Arztebl* 103 (49): A 3320
- 43 Deutsches Krankenhausinstitut (2008). *Krankenhaus Barometer 2008*. www.dki.de/index.php?TM=0&BM=6&LM=6
- 44 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) <http://www.bundesrecht.juris.de/arbzg/>
- 45 Kaczmarczyk G, Ludwig K (2007). *Chancengleichheit an Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinik in Deutschland 2001/2005*. Berlin
- 46 Deutsches Studentenwerk (2004). 17. Sozialerhebung. www.sozialerhebung.de
- 47 Liebhardt H, Fegert JM, Dittrich W, Nürnberger F (2010). *Medizin studieren mit Kind – ein Trend der Zukunft?* *Dtsch Arztebl* 34–35:1613–1614
- 48 Sächsisches Staatsministerium (2008). *Der Arbeitsort Krankenhaus: familienfreundlich und geschlechtergerecht – Eine Handreichung zur Umsetzung von Chancengleichheit für Medizin, Pflege und Verwaltung des Freistaates*. www.publikationen.sachsen.de

5 Krankenhaus: Familienfreundliche Arbeitsbedingungen

Magdalena Benemann

Familienfreundliche Arbeitsbedingungen herzustellen, gehört zu den wichtigsten Zukunftsaufgaben im Krankenhaus.

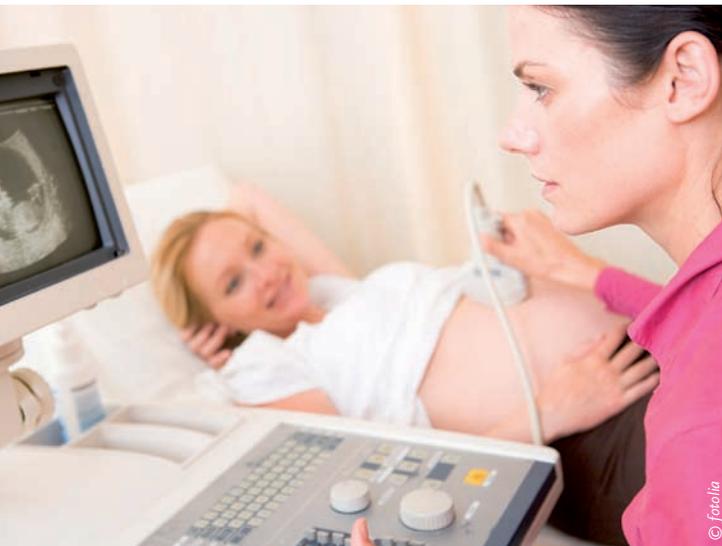
Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren zu Unternehmen mit Millionenumsätzen entwickelt. Betriebswirtschaftliches Denken und die Anwendung moderner Managementmethoden sind für den wirtschaftlichen Erfolg einer

Klinikeinrichtung entscheidend. Aber auch sogenannte „weiche Faktoren“, die eine positive Arbeits- und Unternehmenskultur prägen, werden für die langfristige Existenz eines Unternehmens immer bedeutsamer. Deutsche Krankenhäuser haben hier einen großen Nachholbedarf.

Basierend auf ihrer historischen Entwicklung sind Kranken-

häuser in besonderem Maße hierarchisch strukturierte Organisationen mit einer physisch und psychisch stark belastenden Arbeitskultur – gekennzeichnet vom Anspruch an eine fast permanente berufliche Verfügbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bleibt bei solchen Arbeitsstrukturen zwangsläufig auf der Strecke. Viele Klinikbetreiber haben es in der Vergangenheit versäumt, ihre Arbeitsstrukturen den veränderten Bedürfnissen ihrer Mitarbeiter anzupassen.

Zukünftig werden Krankenhäuser auf einem hart umkämpften Markt bestehen und sich gegenüber anderen Einrichtungen Wettbewerbs- und Standortvorteile sichern müssen. Dabei spielen hoch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte eine entscheidende Rolle.



5.1 Charakteristik eines familienfreundlichen Krankenhauses

Was aber ist ein familienfreundliches Krankenhaus und wie kann man es werden?

Jedes Unternehmen, jedes Krankenhaus ist anders, deshalb gibt es sicher nicht „das“ familienfreundliche Krankenhaus. Vielmehr müssen krankenhausspezifische Anforderungen und Realitäten analysiert, passgenaue Handlungsfelder identifiziert und ein Bündel von Maßnahmen umgesetzt werden.

Dabei sind zwei Faktoren von grundsätzlicher Bedeutung:

1. Familienfreundlichkeit muss als Teil der Unternehmenskultur verstanden und in den Köpfen von Geschäftsführung und Führungspersonal verankert werden. Sofern ein Unternehmensleitbild erarbeitet wurde, sollte Familienfreundlichkeit dort integriert werden.
2. Nachhaltige Verankerung familienfreundlicher Strukturen erfordert die Erarbeitung eines systematischen Gesamtkonzeptes. Schrittweises Vorgehen ist zwar möglich, unsystematischer Aktionismus dagegen eher schädlich. So ist zum Beispiel die Einrichtung einer Kinderspielecke für Kinder, die vorzeitig aus der Schule kommen, eine gute Sache, bleibt als Einzelaktivität aber weit hinter den Möglichkeiten und Erfordernissen eines familienfreundlichen Krankenhauses zurück.

Bei der Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes können Krankenhäuser sich u. a. leiten lassen von der Systematik und dem Instrumentarium des Audits berufundfamilie, das bereits von zahlreichen Unternehmen, darunter einigen wenigen Krankenhäusern, eingesetzt wird (siehe auch 11. Kapitel „berufundfamilie“). Definiert werden acht Handlungsfelder und zahlreiche Einzelmaßnahmen, die sich insgesamt zu 150 Optionen aufsummieren. Dabei geht es primär darum, passgenaue Lösungen zu finden, die sowohl die Bedürfnisse der Beschäftigten als auch die Möglichkeiten des individuellen Unternehmens berücksichtigen und in Einklang bringen.

Von besonderer Bedeutung sind dabei:

- ▶ Arbeitszeit und Arbeitsorganisation
- ▶ Kinderbetreuung und Service für Familien
- ▶ Wiedereinstieg

5.2 Arbeitszeit – Arbeitszeitmodelle

Im Mittelpunkt der Diskussion um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus steht ohne Zweifel die Arbeitszeitproblematik. In der Vergangenheit haben überlange Dienste und zahlreiche (oftmals unbezahlte) Überstunden nicht selten zu Wochenarbeitszeiten von 60 und mehr Stunden geführt. Dies hat eine große Zahl von Ärztinnen und Ärzten aus dem Beruf gedrängt und Tausende ins Ausland getrieben. Die jahrelangen Bemühungen des Marburger Bundes zur Reduzierung dieser Arbeitszeiten wurden durch Politik und Krankenhausarbeitsgeber in Deutschland behindert, durch EU-Recht jedoch befördert.

Während die EU-Arbeitszeitrichtlinien von 1994, die erstmals die Einbeziehung von Ärzten in die Arbeitszeitrichtlinien forderte, noch relativ unbeachtet blieb, führte das sogenannte SIMAP-Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom Herbst 2000 zu einer breiten Diskussion. Sein Kernsatz lautet: „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit.“

Erst die Streiks des Jahres 2006, die der Öffentlichkeit und den Krankenhausarbeitgebern das ganze Ausmaß des Unmuts über die unzulänglichen Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern vor Augen führte, sowie die darauffolgenden Tarifverhandlungen mit den ersten arzt-spezifischen Tarifverträgen brachten den entscheidenden Durchbruch.

Laut Arbeitszeitgesetz beträgt die wöchentliche Arbeitszeit im Krankenhaus seit dem 1. Januar 2007 maximal 48 Stunden, bei einem Ausgleichszeitraum von zwölf Kalendermonaten. Die Regelarbeitszeit pro Werktag darf acht Stunden nicht überschreiten. Eine Abweichung von den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes ist nur möglich durch Tarifverträge bzw. Betriebsvereinbarungen, soweit ein Tarifvertrag dies vorsieht. Damit ist ein Rahmen vorgegeben, der in vielen Krankenhäusern zur Entwicklung neuer flexibler Arbeitszeitmodelle und zum Teil zur kompletten Abschaffung der Bereitschaftsdienste geführt hat. Eine gesetzes- und tarifvertragskonforme Umsetzung ist allerdings noch nicht in allen Krankenhäusern zu beobachten.

Im Ergebnis führt eine intelligente und unter Einbezug der Mitarbeiter durchgeführte Umsetzung zu einer höheren Sicherheit und Planbarkeit der Arbeitszeit bzw. Freizeit bei nicht zu hohen Einkommensverlusten. Nach Ansicht vieler

Experten dürfte dies dazu führen, dass Ärztinnen mit Kindern verstärkt die Möglichkeit haben, in vollem Umfang beruflich tätig zu sein – vorausgesetzt eine qualifizierte und ausreichende Kinderbetreuung ist gesichert.

Gleichwohl können oder wollen viele Ärztinnen nicht ganztags arbeiten, sondern suchen nach einer Teilzeitstelle. Derzeit arbeiten rund 20 Prozent aller berufstätigen Krankenhausärztinnen in Teilzeit, die Nachfrage nach Teilzeitstellen ist gerade bei jungen Ärztinnen jedoch erheblich größer als das Angebot. Krankenhausträger vermuten eine finanziell höhere Belastung, Chefärzte fürchten eine schlechtere Patientenversorgung und auch Kollegen pflegen nicht selten unangemessene Vorurteile. Dennoch: Um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern, sind zukünftig flexible und kreative Arbeitszeit-/Teilzeitmodelle zwingend notwendig.

Zahlreiche Arbeitszeitmodelle werden in Verbindung mit einem sogenannten Arbeitszeitkonto praktiziert. Hier wird die geleistete Arbeitszeit erfasst, zudem wird geregelt, in welchem Zeitraum Plus- und Minusstunden ausgeglichen werden müssen. Oftmals handelt es sich um Jahreskonten, möglich sind aber auch Langzeitkonten über mehrere Jahre bis hin zu Lebensarbeitszeitkonten.

Ziel muss es sein, die für die Vereinbarkeit essentielle Flexibilität und Planbarkeit von Arbeitszeit sicherzustellen.



5.3 Flexible Arbeits-/Teilzeitmodelle

Abbildung 8: Aufzählung von möglichen flexiblen Arbeitszeitmodellen



Teilzeit Classic Tägliche Arbeitszeit reduziert, immer zur gleichen Zeit	Job sharing
Tageweise Tätigkeit an bestimmten Tagen	Versetzte Arbeitszeit Arbeitsblöcke mit festen Anfangs- und Endzeiten
Wochenweiser Wechsel zwischen Freizeit und Arbeit	Sabbatical („unsichtbare Teilzeit“) Zunächst Vollzeit mit Teilzeitbezahlung, anschließend entsprechend bezahlte Freizeit
Gleitzeit mit/ohne Kernarbeitszeit Tägliche Arbeitszeit reduziert, immer zur gleichen Zeit	Altersteilzeit
	Nur Bereitschaftsdienst

© Pixelio
© Magdalena Benemann

Immer mehr Krankenhäuser erkennen, dass der Medizinberuf zunehmend weiblich wird und der Ärztemangel sich inzwischen nicht nur auf die Facharzzebene beschränkt, sondern auch die Assistenzarzzebene erreicht hat. Von daher ist die Bereitschaft gestiegen, sich mit dem Wunsch nach flexiblen Arbeitszeiten intensiver auseinander zu setzen.

Wer in Teilzeit arbeiten möchte, sollte allerdings auch die Nachteile kennen und bewerten: Geringeres Einkommen und daraus resultierende geringere Rentenansprüche korrespondieren mit einer entsprechend längeren Weiterbildungszeit, die oftmals verhindert, dass ein Weiterbildungsabschluss überhaupt zustande kommt. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Teilzeitarbeitende in aller Regel auch zu Bereitschaftsdiensten herangezogen werden. Die Gesamtarbeitszeit einschließlich eventueller Überstunden erreicht deshalb nicht selten in der Summe ein Vollzeitniveau. Ärztinnen mit Teilzeitwunsch sind daher gut beraten, sich in ihrem Krankenhaus die bereits umgesetzten bzw. geplanten neuen Arbeitszeitmodelle und Strukturen anzusehen und dann zu entscheiden, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß eine Arbeitszeitreduzierung notwendig und sinnvoll ist.

5.4 Kinderbetreuungsmöglichkeiten – Wiedereinstieg

Familienfreundliche Strukturen im Krankenhaus einzuführen, bedeutet auch, sich mit der Problematik der Kinderbetreuung und den vielfältigen Möglichkeiten zur Hilfe für Familien auseinanderzusetzen. Dabei geht es zunächst darum, die überdurchschnittlich langen und zu ungewöhnlichen Zeiten zu leistenden Arbeitszeiten im ärztlichen Dienst mit einer entsprechenden Kinderbetreuung zu koordinieren. Dass im öffentlichen Bereich zu wenige Plätze für Kinder jeden Alters – vor allem aber für Kinder bis zu drei Jahren – vorhanden sind, ist hinlänglich bekannt und soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.

Um die Attraktivität ihrer Arbeitsplätze zu erhöhen, sind in den letzten Jahren mehr und mehr Unternehmen aus Wirtschaft und Handel dazu übergegangen, alleine oder gemeinsam mit anderen betriebseigene Kinderbetreuungsmöglichkeiten einzurichten. Dies gilt allerdings im Krankenhausbereich nur eingeschränkt. Hier werden als wesentliche Gegenargumente in der Regel die vermeintlich fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten angeführt. Beispiele wie die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, die Medizinische Hochschule Hannover u. a. (siehe 6. Kapitel „Krankenhaus: Exemplarische Kinderbetreuungsmodelle“) zeigen jedoch inzwischen deutlich, dass betriebseigene Kinderbetreuung sich auch wirtschaftlich rechnet und die Vorteile für die Arbeitgeber in vielen Fällen überwiegen.

Neben bzw. anstelle einer betriebseigenen Kinderbetreuung gibt es ein vielfältiges Spektrum sonstiger Serviceleistungen für Familien. Als wichtigste seien genannt:

- ▶ Belegrechte in einer Kindertagesstätte
- ▶ Babysitterbörse
- ▶ Vermittlung von Kinderbetreuung (Kinderfrau/Tagesmutter/Au pair) sowie in zunehmendem Maße Vermittlung zur Betreuung älterer Familienangehöriger
- ▶ Ferien-, Notfall- und Hausaufgabenbetreuung
- ▶ Zuschuss zu den Kinderbetreuungskosten
- ▶ Mittagstisch

Von großer Bedeutung sind auch die Hilfen beim Wiedereinstieg. So hat das Klinikum Nürnberg zum Beispiel im Rahmen einer Dienstvereinbarung ein sogenanntes Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramm erarbeitet, dessen

Ziel die stärkere Integration von Beschäftigten in ruhenden Dienstverhältnissen, insbesondere in Elternzeit, ist. Regelmäßige Kontakte, das Recht auf Teilnahme an Fortbildung und nicht zuletzt die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit (gesetzlich erlaubt sind maximal 30 Stunden) erleichtern den Wiedereinstieg und verhindern Qualifikations- und Einkommensverluste.

Insgesamt werden für den ärztlichen Dienst derartige Programme jedoch nur in 6 Prozent der Krankenhäuser angeboten; Fort- und Weiterbildungsangebote während der Elternzeit gibt es nur in jedem fünften Krankenhaus. Für die Zukunft dürfte sich in diesem Bereich ein großer Handlungsdruck ergeben.

Wie werden Krankenhäuser nun familienfreundlich?

Der Impuls zur Einführung familienorientierter Strukturen und Maßnahmen kommt etwa zu gleichen Teilen von der Unternehmensleitung und den Mitarbeitern. Angesichts des intensiver werdenden Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander und des zunehmenden Ärztemangels erkennen immer mehr Krankenhausleitungen die Standort- und Wettbewerbsvorteile familienfreundlicher Strukturen. Dort, wo dies noch nicht der Fall ist, können und sollen Ärztinnen und Ärzte eigene Vorstellungen entwickeln und das Gespräch mit Chefarzten (flexible Arbeitszeitmodelle) und Geschäftsführungen (Kinderbetreuung etc.) suchen. Unter Umständen kann auch der Betriebs- und Personalrat hilfreich sein.



Um der Thematik nicht nur auf der politischen Ebene, sondern in den Krankenhäusern vor Ort stärkeres Gewicht zu verleihen, initiierte der Marburger Bund 2007 die Kampagne „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“, deren Schirmherrschaft die ehemalige Bundesfamilienministerin Dr. Ursula von der Leyen übernahm. Mit dieser Kampagne soll Krankenhäusern vielfältige Hilfestellung gegeben werden, um familienfreundliche Strukturen zu implementieren. Zentrales Element ist das Netzwerk der an der Kampagne beteiligten Krankenhäuser.

Informationen, Veranstaltungen und spezielle Workshops unterstützen Krankenhäuser in ihren Bemühungen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern.

Rund 160 Krankenhäuser haben sich inzwischen von dieser Idee überzeugen lassen und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Kampagne erklärt, darunter sowohl kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen als auch Universitätskliniken.

Auch eine Analyse der Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt macht deutlich, wie die Krankenhäuser insgesamt auf die veränderte Situation reagieren. An erster Stelle stehen Teilzeitangebote („Teilzeit möglich“ oder „gerne auch in Teilzeit“), gefolgt von Hinweisen auf flexible Arbeitszeitgestaltung und geregelte, verlässliche oder familienfreundliche Arbeitszeiten („Das praktizierte Arbeitszeitmodell sorgt für die Flexibilität, Beruf und Familie vereinbaren zu können.“).⁴⁹

Weit dahinter folgen Hinweise auf betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtungen oder das Angebot, bei der Suche nach Kinderbetreuung behilflich zu sein („Selbstverständlich können Sie Hilfe bei der Betreuung Ihrer Kinder von uns erwarten.“).

Krankenhäuser haben sich also auf den Weg gemacht – am Ziel angekommen sind sie allerdings noch lange nicht.

5.5 Literatur

⁴⁹ Martin W (2008). *Erstmals keine neuen Höchstwerte. Dtsch Ärztebl* 105 (45): A 2423

6 Krankenhaus: Exemplarische Kinderbetreuungsmodelle

Annegret E. Schoeller

Im Folgenden werden Kinderbetreuungsmodelle von Krankenhäusern und Universitätskliniken exemplarisch aufgeführt. Diese Darstellung hat nicht den Anspruch der Vollständigkeit. Die Kinderbetreuung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau wird herausgehoben beschrieben, weil hier langjährige fundierte Erfahrungen mit Kinderbetreuung gemacht wurden und eine Kosten-Nutzen-Rechnung für Kinderbetreuung durchgeführt wurde, die besagt: Kinderbetreuung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Krankenhauses rechnet sich.

6.1 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau

Die seit 1977 bestehende betriebseigene Kindertagesstätte ist eine sozialpädagogische Einrichtung und befindet sich auf dem Gelände der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau. Träger der Kindertagesstätte sowie auch der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau ist der Berufsgenossenschaftliche Verein für Heilbehandlung Murnau e. V., dessen Mitglieder ausschließlich Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind.

In der Einrichtung stehen insgesamt hundert Plätze zur Verfügung. Die Öffnungszeiten von 5:30 bis 21:30 Uhr an allen Tagen einschließlich Sonn- und Feiertagen sind dem Schichtbetrieb der Klinik angepasst. Die Kindertagesstätte ist an 365 Tagen im Jahr geöffnet. Um die Betreuung der Kinder kümmern sich eine Leiterin, acht Erzieherinnen, vier Kinderpflegerinnen und eine Kinderkrankenschwester.

In der Kindertagesstätte gibt es sechs Gruppen. Die vier Bereiche, in denen die Gruppen untergebracht sind, haben ihre eigenen, der Altersspezifik entsprechende Räumlichkeiten und sind namentlich gekennzeichnet. Der Bereich der „Sonnenscheingruppe“ – die Jüngsten im Alter von acht Wochen bis ca. zwei Jahren – umfasst einen Gruppenraum, einen Schlafraum und den Wickel- und Wirtschaftsbereich. Die drei Gruppenräume der „Regenbogengruppe“ für die Kinder von zwei bis vier Jahren werden durch einen eigenen Sanitärbereich und Garderobe ergänzt. Die älteren Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren, die „Drachengruppe“, sind im eigenen Gruppen- und Schlafraum untergebracht. Alle Kinder, welche im Folgejahr in die Schule kommen, befinden sich in der „Delfinengruppe“. Zu der Einrichtung gehört auch ein Hort. Hier werden Kinder ab Schuleintritt bis zehn Jahre betreut.

Gemeinsam genutzt werden die Garderobe, der Sanitärbereich, die Küche, ein Nebenraum und der großzügige Eingangsbereich. Im gesamten Haus sind die Gruppenzimmer dem Alter der Kinder entsprechend unterschiedlich kreativ eingerichtet und ausgestattet. Es gibt eine umfangreiche Kinderbücherei mit Bilder- und Sachbüchern zu allen Bereichen, aber auch aktuelle Fachliteratur. Ein TV-Gerät, ein PC und in jedem Bereich ein Recorder mit CD-Player sind vorhanden.

Aufgrund des Schichtbetriebes verbringen die Kinder in der Kindertagesstätte nicht nur Wach-, sondern je nach Alter, Bedarf und Betreuungszeit, auch Schlafenszeiten. Dies erfordert vor allem die Berücksichtigung besonderer Bedingungen sowohl in der räumlichen als auch in der organisatorischen Gestaltung der Tagesabläufe. Ein geregelter, im Rhythmus wiederkehrender Tagesablauf, in dem Aktiv- und Ruhephasen, Einnahme der Mahlzeiten (aus der Klinikküche) und



die Haupttätigkeit, das Spiel, im richtigen Verhältnis zueinander stehen, sind genauso wichtig wie das tägliche individuelle Einstellen auf das Tagesgeschehen und die anwesenden Kinder.

An zwei Tagen pro Woche und auf Absprache im Team erhalten die Kinder gruppenübergreifende Angebote, u. a. zur Bewegungs-, Musik- und Spracherziehung. Die Angebote verstehen sich als Ergänzung und Bereicherung des Gruppenlebens und sollen den Kindern die Möglichkeit geben, ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen zunehmend zu steuern und zu entwickeln (Partizipationsprinzip). Ziel der pädagogischen Aktivitäten ist es, Grundlagen zu schaffen, die dem Kind Selbstsicherheit und seelisches Gleichgewicht geben und die ihm helfen, sich in der Gemeinschaft zurechtzufinden.

Die Verantwortlichen der Kindertagesstätte sehen es als ihre Aufgabe an, den Kindern ein breit gefächertes Bildungskonzept anzubieten, welches auf die allseitige Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit gerichtet ist. Dieses Angebot umfasst folgende Bereiche: soziales Lernen und Persönlichkeitsbildung, sprachliche Bildung und Förderung, mathematische Bildung, Musikerziehung, naturwissenschaftliche und technische Bildung, Medienbildung, Bewegungs- und Gesundheitserziehung, religiöse Bildung und Erziehung.

Als große Unterstützung bei der täglichen Arbeit mit den Kindern erweist sich die Erziehungspartnerschaft mit den Eltern, die Zusammenarbeit mit der Grundschule und anderen Erziehungsträgern sowie mit den Fachdiensten der Landkreise (www.murnau.de).

Diese vorbildliche Kindertagesstätte der BGU Murnau besuchte am 8. Februar 2009 die damalige Bundesfamilienministerin, Dr. med. Ursula von der Leyen. Anwesend waren der Ärztliche Direktor der Unfallklinik Prof. Dr. Volker Bühren und die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes Dr. Astrid Bühren (siehe Bild auf Seite 61).

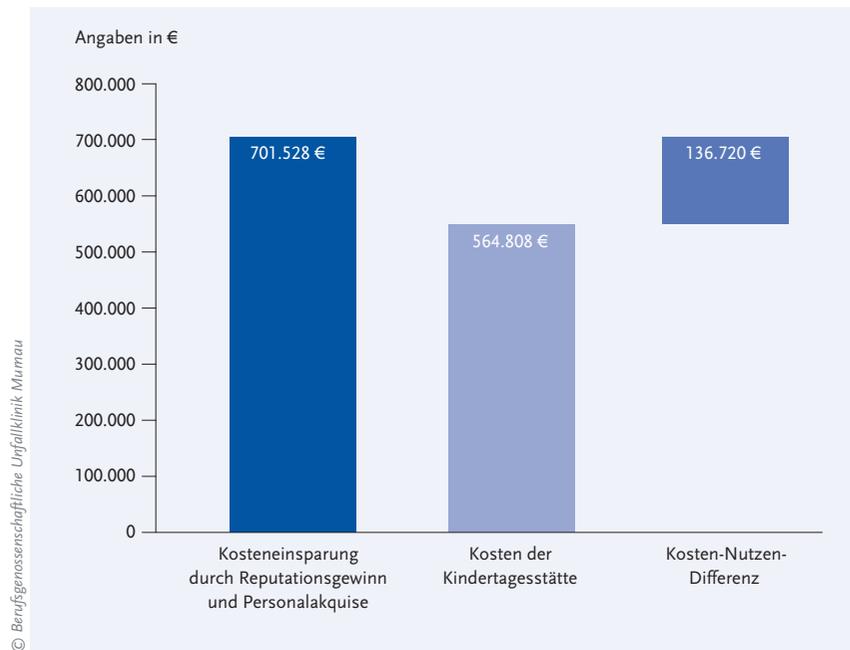


[Kosten-Nutzen-Rechnung für die Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau](#)

Betriebliche Kinderbetreuung rechnet sich personell und finanziell. Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau hat nachgewiesen, dass Ausgaben für betriebliche Kinderbetreuung auch betriebswirtschaftlich gesehen einen positiven Kosten-Nutzen-Effekt haben.

Anhand der vom Bundesfamilienministerium initiierten und zur Verfügung gestellten Prognos-Studie „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfördernder Maßnahmen“ (2003), hat die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau als Arbeitgeber 2008 in einer „Rechnerischen Darstellung der Kosten-Nutzen-Gegenüberstellung“ die monetär bewerteten Nutzenzuwächse ihrer familienfreundlichen Maßnahmen mit den Kosten der Maßnahmen bereits zum zweiten Mal nach 2004 saldiert.⁵⁰ Geringere Personalfuktuation und entsprechend niedrigere Kosten für Anwerbung, Einstellung und Einarbeitung von neuem Personal sowie frühe Rückkehr aus der Elternzeit, geringere Ausfallzeiten und weitere Faktoren ergaben für das Jahr 2008 eine Kosten-Nutzen-Differenz von plus 136.720 Euro als Gewinn für das Unternehmen. Öffentliche Mittel werden nicht in Anspruch genommen. Die Analysedaten können von der Klinik-Website heruntergeladen werden (www.bgu-murnau.de). Auch Universitätskliniken nutzen zunehmend diese Vorteile bei der Gewinnung von guten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern.

Abbildung 9: Grafische Darstellung der Kosten-Nutzen Rechnung 2008 für die Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau



6.2 Medizinische Hochschule Hannover

Sowohl für Ärztinnen und Ärzte, die an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) tätig sind, als auch für Studierende der Medizin, die während der Studienzeit und auch in den Semesterferien extrem eingespannt sind, sowie für Ärztinnen, die in der Forschung oft weit über die normale Arbeitszeit hinaus in der Klinik aktiv sind, wurden besondere Kinderbetreuungsmaßnahmen konzipiert und ausgebaut. Eine medizinische Fakultät, die optimalen Nachwuchs für Forschung, Lehre und Krankenversorgung rekrutieren will, kann es sich nicht leisten, die Auswahl der Besten schon vorab dadurch einzuschränken, dass die Menschen, die auch eine Familie gründen, keine Chance erhalten. Hier gilt es also, insbesondere hochqualifizierten Frauen, die als Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen in der Hochschulmedizin arbeiten, eine besondere Unterstützung zu geben. Die Mehrfachbelastung besonders von wissenschaftlich aktiven Ärztinnen ist extrem hoch: Betreuung und Erziehung von Kindern, sonstiges familiäres Engagement und berufliche Tätigkeiten müssen zusammengebracht werden mit Forschung (incl. Publizieren und Vorträge halten), mit den in der

Universität anfallenden Lehrverpflichtungen und der Betreuung von wissenschaftlichen Arbeitsgruppen sowie mit Krankenversorgung und Facharztweiterbildung.

Die Medizinische Hochschule Hannover hat sich unter diesen Gesichtspunkten Familienfreundlichkeit als strategisches Ziel gesteckt. Durch verschiedenste Maßnahmen, die auf die Verstärkung einer familienfreundlichen Kultur abzielen, wurde sie in den Best-Practice-Club „Familie in der Hochschule“ 2008 aufgenommen und erhielt eine Förderung durch die Robert-Bosch-Stiftung. Hinzu kam der Prozess der Auditierung als familiengerechte Hochschule, dem sich die MHH 2005 und 2008 erfolgreich stellte. Auf der Basis der dort erarbeiteten Zielvereinbarungen konnten eine Fülle von Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden, die es Studierenden und Beschäftigten heute ermöglichen, Beruf bzw. Studium und Familie an der MHH besser miteinander zu vereinbaren. Beispielhaftes wurde erreicht, im Hinblick sowohl auf die Regelbetreuung der Kinder von Beschäftigten und Studierenden als auch hinsichtlich der Betreuung in besonderen Situationen.

Das Kinderbetreuungsangebot der Medizinischen Hochschule Hannover umfasst aktuell

- ▶ eine Betriebskindertagesstätte mit über 169 Betreuungsplätzen, einem speziellen Platzkontingent für Kinder von Nachwuchswissenschaftlerinnen bei Öffnungszeiten, die an die Bedingungen eines Universitätsklinikums angepasst sind;
- ▶ die als Elterninitiative geführte Kindertagesstätte, „Die Hirtenkinder“, mit 80 Betreuungsplätzen, die besonders den Kindern von Studierenden und von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zur Verfügung stehen;
- ▶ darüber hinaus ein Notfallbetreuungsangebot, das greift, wenn die reguläre institutionelle oder private Kinderbetreuung unerwartet ausfallen sollte.

6.3 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Die Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg ist die erste Hochschule, die mit Mitteln des Förderprogramms „Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung“ eine eigene Kinderkrippe eingerichtet hat. Betreut werden die Kinder der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Studierenden und Verwaltungsangestellten ganz in der Nähe der Fakultät. Insgesamt verfügt die Hochschul-Kinderkrippe über 20 Plätze. Durch das Förderprogramm des Bundesfamilienministeriums wird eine Gruppe von zehn Kindern unterstützt.

Die „MEDI-Kids“ haben an Werktagen von 7:00 bis 19:00 Uhr geöffnet. An nur zehn Werktagen im Jahr ist die Krippe geschlossen. Aufgrund der langen Öffnungszeiten müssen täglich drei bis vier Erzieherinnen vor Ort sein. Eine Hauswirtschafterin soll in Kürze dazukommen, da großen Wert auf gesunde, regionale und saisonale Ernährung gelegt wird. Außerdem ist in Planung, dass die Kinder zukünftig zweisprachig – in deutscher und englischer Sprache – betreut werden.

Die Gruppe wird mit 6.000 Euro je Platz und Jahr für die Dauer von zwei Jahren gefördert. Die Beschäftigten zahlen einen monatlichen Beitrag für die Kinderbetreuung. Studierende können einen Förderantrag stellen, um finanzielle Unterstützung zu bekommen. Zusätzlich zu den Elternbeiträgen und den Fördermitteln aus dem europäischen Sozialfonds investiert die Medizinische Fakultät Eigenmittel in die Kinderkrippe.

6.4 Universitätsklinikum Köln

Die Betriebskindertagesstätte des Universitätsklinikums Köln hat auf die große Nachfrage nach Betreuungsplätzen für Kinder unter drei Jahren reagiert und ihre bereits bestehende Einrichtung umstrukturiert: Anstelle der Hortgruppe für Schulkinder wurde zum 1. August 2009 eine Gruppe für Krippenkinder eingerichtet. Die zehn Plätze für den Nachwuchs der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden durch das Programm „Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung“ des Bundesfamilienministeriums gefördert.

Die Kindertagesstätte der Uniklinik Köln hat von 6:45 bis 17:00 Uhr geöffnet. Geschlossen ist die Einrichtung lediglich zwischen Weihnachten und Neujahr, eine Sommerschließzeit gibt es nicht. Am Wochenende, in den Ferien und bei kurzfristigen Notsituationen können die Kinder zudem auf einem betreuten Spielplatz – dem sogenannten „Spielland“ – neben der Kindertagesstätte stundenweise untergebracht werden. Das „Spielland“ befindet sich im zentralen Bettenhaus der Uniklinik und steht auch dem Nachwuchs von Besuchern und von Studentinnen und Studenten offen.

Die Eltern der Kinder arbeiten in allen Bereichen der Klinik – wissenschaftliches Personal gehört ebenso dazu wie medizinisches und pflegerisches, aber auch Handwerkerinnen und Handwerker. Insgesamt beschäftigt das Universitätsklinikum Köln rund 6.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Für die Betreuung der Kinder ist ein einkommensabhängiger Beitrag zu zahlen. Seit dem 1. August 2009 erhält auch diese neue Gruppe der zehn Krippenkinder eine Förderung aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds im Rahmen des Programms „Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung“ des Bundesfamilienministeriums in Höhe von 6.000 Euro je Platz und Jahr für die Dauer von zwei Jahren.

6.5 Klinikum Nürnberg

Die Krankenkassen tragen zusammen mit dem Klinikum Nürnberg die Betriebskosten der eigenen Kindertagesstätte. Die Öffnungs- und Ferienzeiten des Kindergartens sind auf die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums mit ihren unterschiedlichen Arbeitszeiten zugeschnitten. Nur an Wochenenden und Feiertagen ist der Kindergarten geschlossen, während der Schulferien ist er dagegen geöffnet. Der Betriebskindergarten hat Platz für

50 Kinder vom dritten Lebensjahr bis zum Schulantritt. Die Kinder werden in zwei Gruppen, der „Bärengruppe“ und der „Katzengruppe“, von acht Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen betreut. Die pädagogischen Fachkräfte haben sich zum Ziel gesetzt, den Kindern einen harmonischen und abwechslungsreichen Tagesablauf zu bieten. Im Mittelpunkt steht dabei die gemeinsame Tätigkeit der Kinder in der Gruppe, ohne dabei die Individualität des Einzelnen zu vernachlässigen.

Die Kinder finden dort Anregungen und sammeln Erfahrungen, die für ihre Entwicklung notwendig sind. Sie lernen dabei, mit sich und anderen umzugehen, kreativ zu sein, Toleranz zu üben und Konflikte zu lösen. Sie lernen Werte wie Gerechtigkeit oder Achtung vor der Natur.

Eine positive Entwicklung der Kinder kann jedoch nur gelingen, wenn Elternhaus und Kindergarten vertrauensvoll zusammenarbeiten. Die Mitarbeiterinnen des Betriebskindergartens unterstützen und beraten die Eltern bei Erziehungsproblemen und veranstalten Informationsabende für Eltern.

Bring- und Abholzeiten des Betriebskindergartens sind auf die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums zugeschnitten. Zwischen 6:00 und 9:00 Uhr bringen die Eltern ihre Kinder in den Betriebskindergarten. Bis 18:00 Uhr werden die Kinder wieder abgeholt. Das Mittagessen wird von der Küche des Klinikums geliefert, die auch das Obst für den Hunger zwischendurch am Nachmittag zur Verfügung stellt. Von 12:30 bis 14:00 Uhr ist im Betriebskindergarten Ruhezeit. Kurz vor 14:00 Uhr bringen die Eltern, die in der Spätschicht arbeiten, ihre Kinder. Auf dem Programm steht dann das nachmittägliche Freispiel draußen im Garten.

Kinderkrippe „Die Schaukel“ im Klinikum Nürnberg Süd

Die Kinderkrippe der Kinderbetreuungseinrichtung „Schaukel“ e.V. ist eine Einrichtung in Nürnberg zur Betreuung von Mädchen und Jungen im Alter von acht Wochen bis drei Jahren. Sie steht allen Nürnberger Kindern offen. Die Initiative zu dem Projekt ging von einigen Mitarbeitern des Klinikums Nürnberg aus, die – teils aus eigener Erfahrung – der Meinung waren, dass das Klinikum neben dem Betriebskindergarten unbedingt auch ein Angebot für jüngere Kinder braucht. Für den laufenden Betrieb ist der Verein neben den öffentlichen Zuschüssen auf Spenden und Fördermitglieder angewiesen.

Insgesamt stehen in der neuen Krippe 24 Plätze mit langen Öffnungszeiten Montag bis Freitag von 6:00 bis 20:00 Uhr für Kinder bis zu drei Jahren zur Verfügung. Auf Ferienschlusszeiten wurde bewusst verzichtet. Die Eingewöhnungsphase für die Kinder beginnt in den ersten Tagen und Wochen gestaffelt. Neben der Leiterin, eine Diplom-Sozialpädagogin, betreuen drei Erzieherinnen und zwei Kinderpflegerinnen den Nachwuchs von Mitarbeitern des Klinikums und aus der Nachbarschaft.

Das Klinikum Nürnberg wurde im November 2005 mit dem Zertifikat „audit berufundfamilie“ der Hertie-Stiftung als „Familienfreundliches Unternehmen“ ausgezeichnet. Die Krippe ist auch ein wichtiges Angebot für alleinerziehende Mütter, damit sie Beruf und Familie vereinbaren können.

6.6 Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main

Im Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main stehen Klinikangestellten Kindertagesstätten für Kinder im Alter von ein bis sechs Jahren mit vier Standorten zur Verfügung. Die Kindertagesstätte auf dem Campus Westend hat 48 Plätze für Kinder von ein bis sieben Jahren. Diese wird von der „Gesellschaft zur Förderung betrieblicher und betriebsnaher Kindereinrichtungen“ getragen. Die Gebühren orientieren sich an den Tarifen der Stadt Frankfurt. Das Universitätsklinikum beteiligte sich im Jahr 2006 am „audit berufundfamilie“ der gemeinnützigen Hertie-Stiftung. Damit Mitarbeiterinnen mit Kind der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben besser gelingt, bietet ihnen das Universitätsklinikum Rückkehrgespräche an. Eine Freistellung können Beschäftigte beantragen, wenn sie ihre Angehörigen betreuen müssen.

Individuelle Lösungen zur Vereinbarkeit von Familie und Medizinstudium

Im Juni 2009 startete das Modellprojekt „Teilzeitstudium Medizin“ an der Goethe-Universität Frankfurt am Main unter Leitung des Studiendekans Prof. F. Nürnberger und Dr. W. Dittrich mit Förderung durch das Land Hessen. Das individuelle Beratungsangebot richtet sich vor allem an Medizinstudierende in besonderen Lebenslagen, insbesondere studierende Eltern, wie beispielsweise in folgenden Fällen:

Sandra (39 J.) hat im Februar 2010 ihr Praktisches Jahr begonnen. Die Planung der Tertiale konnte nach den Betreuungszeiten ausgerichtet werden: In den

ersten zwei Tertialen kann ihr Mann durch einen späteren Arbeitsbeginn die drei Kinder zur Betreuung bringen, sodass Sandra bereits um 7:00 Uhr morgens in der Chirurgie und Anästhesie ihre Tätigkeit beginnen kann. Im dritten Tertial wurde sie gesondert für die Innere Medizin eingeteilt, wodurch ihr die Möglichkeit gegeben wurde, die Kinder in die Betreuung zu bringen.

Tanja (25 J.) befindet sich im 7. Fachsemester und hat eine Tochter von sieben Monaten. Bisher hat sie ihr Kind mit Unterstützung der Schwiegereltern selbst betreut. Ihre Blockpraktika darf sie in einem Krankenhaus in der Nähe ihrer Eltern absolvieren, damit sich diese um ihr Kind kümmern können, während sie in der Klinik arbeitet.

Die Vereinbarkeit von Studium und Familie oder die Förderung anderer relevanter Aktivitäten wie zum Beispiel des Hochleistungssportes sind wichtige Ziele der Medizinausbildung an der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie an der

Universität Köln. „Je frühzeitiger Sie sich bei uns melden, desto mehr können wir gemeinsam erreichen. Wir stehen Ihnen gerne zur Seite“, so Kirsten Iden von der individuellen Studienbegleitung im Fachbereich Medizin der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Ein weiteres Projekt zur Familienfreundlichkeit im Medizinstudium findet an der Universität Ulm statt. Auf der Grundlage empirischer Daten wurde dort eine familienfreundliche Studienorganisation in der medizinischen Ausbildung aufgebaut, die gerne von den Studierenden mit Kindern genutzt wird.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm hat des Weiteren eine Studie zum „Familienfreundlichen Studium in der Medizin in Baden-Württemberg“ an den Medizinischen Fakultäten Heidelberg, Freiburg, Mannheim, Tübingen und Ulm, gefördert vom dortigen Wissenschaftsministerium, durchgeführt und einen Maßnahmenkatalog erarbeitet.⁵¹

6.7 Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

Das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP) hat mehrere Projekte in Angriff genommen, die die Familienorientierung unterstreichen sollen. Das Zentrum hat 3.017 Beschäftigte an drei Standorten. Da der Bedarf an Ferienbetreuung am größten ist, wird an allen drei Standorten eine Ferienbetreuung angeboten. Die Trägerschaft übernehmen eigens gegründete Elternvereine. Betreut werden die Kinder von Fachpersonal, die Betreuungszeit liegt jeweils zwischen 7:30 und 17:00 Uhr.

Am Standort Weissenau gibt es auf dem Gelände eine Kinderkrippe „Kinderwelt“ in Trägerschaft eines Elternvereins. Hier können Kinder aus dem Zentrum betreut werden. Weiter gibt es dort sogenannte Brückenplätze für die Notfallversorgung. ZfP-Kinder können dort ganz kurzfristig betreut werden, wenn die eigene Kinderbetreuung ausfällt. Ein ähnliches Modell ist für den Standort Bad Schussenried geplant. Im Verlauf des Jahres 2010 soll auch hier, am Rande des Geländes, eine Kinderkrippe eröffnet werden; mit ähnlichem Konzept wie am Standort Weissenau. Am Standort Zwiefalten wurden zum 1. Februar 2010 Brückenplätze über Tagesmütter angeboten.

Weitere Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind die zahlreichen Teilzeitmodelle, die im ZfP Südwürttemberg angeboten werden (u. a. auch als Nachtwache). Ebenso wird Unterstützung angeboten, falls ein Angehöriger gepflegt werden muss. Den Beschäftigten wird ein reichhaltiges Beratungs- und Veranstaltungsangebot unterbreitet.

6.8 Literatur

- 50 Dobner P (2008). Rechnerische Darstellung der Kosten-Nutzen Gegenüberstellung am Beispiel der Unfallklinik Murnau auf Basis der Studie „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfördernder Maßnahmen“ der Prognos AG. www.bgu-murnau.de/Klinikdienste/Kindertagesstätte/index.php
- 51 Liebhardt H, Fegert JM (2010). Medizinstudium mit Kind. Familienfreundliche Studienorganisation in der medizinischen Ausbildung. Lengerich: Pabst Sciences Publisher



7 Ambulanter Sektor: Familienfreundlicher Arbeitsplatz

Monika Buchalik

Ärztinnen und Ärzte müssen dort unterstützt werden, wo sie und ihre Partner und Partnerinnen in ihrer Niederlassungskarriere behindert werden, nämlich bei der Betreuung ihrer Kinder. Ein Mangel an Kinderbetreuungsmöglichkeiten bedeutet im niedergelassenen Bereich eine Verschwendung personeller Ressourcen, die in Abtacht des zunehmenden Ärztemangels in der Fläche nicht mehr nachvollziehbar ist.

Um die Attraktivität der Niederlassung zu verbessern, werden zunehmend Kinderbetreuungsmodelle und familienfreundliche Bereitschaftsdienstregelungen (Notdienstzentralen/Bereitschaftsdienstzentralen) erforderlich.

7.1 Staatliche Kinderbetreuungseinrichtungen

Es werden staatliche Kinderbetreuungseinrichtungen benötigt, die der Präsenzpflicht zum Beispiel während der Praxisöffnungszeiten und den zeitlichen Erfordernissen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gerecht werden. Es besteht der Bedarf an Kinderkrippen und Kindergärten mit Ganztagsbetreuung, Ganztagschulen mit Mittagsverpflegung und Hausaufgabenbetreuung sowie Kindertransferangebote zu Kindergärten, Schulen und Freizeitaktivitäten.

Das Wissen und die Erfahrung von Ärztinnen und Ärzten mit Kindern kann für die Gesellschaft nur dann optimal genutzt werden, wenn deren Kinder ausreichend betreut werden und sich somit Ärztinnen und Ärzte ungehindert um ihre Patientinnen und Patienten kümmern können.

7.2 Niederlassungsarten der vertragsärztlichen Tätigkeit

Niemals zuvor waren die Niederlassungsmöglichkeiten so vielfältig wie heute. Sowohl die vorbereitenden Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer als auch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2004 haben dazu beigetragen, dass die Berufsausübungsmöglichkeiten in der ambulanten Medizin inzwischen eine Vielzahl von Niederlassungsoptionen beinhalten. Damit wird erstmals eine maßgeschneiderte, lebensphasenorientierte und familienbezogene Niederlassungskarriere möglich.

Flexible Arbeitszeitmodelle ermöglichen nun auch, im niedergelassenen Bereich in Teilzeit oder im Angestelltenverhältnis tätig zu sein. Die Regelungen über die Bedarfsplanung sind in den Richtlinien geregelt, welche die vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung flächendeckend sicherstellt (Zulassungsbeschränkungen).

Nun gibt es vier grundsätzliche Alternativen der vertragsärztlichen Tätigkeit, unter denen man wählen kann:

- ▶ Vollzulassung in Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft,
- ▶ Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag (§ 19 a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte),
- ▶ § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V Zulassung mit Leistungsbeschränkung, sog. vinkulierte Zulassung oder Jobsharing,
- ▶ Anstellung bei einem/r Einzelarzt/Einzelärztin oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (zum Beispiel Gemeinschaftspraxis, Medizinisches Versorgungszentrum usw.) mit Ganztags- oder Teilzeittätigkeit oder individueller Stundenzahl.

Die Entscheidung für die Niederlassung in einer Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis ist immer mit einem nicht unerheblichen Kapitaleinsatz verbunden. Zur Disposition stehen eine Praxisneugründung oder aber die Übernahme einer bereits vorhandenen Praxis oder eines vorhandenen Praxisanteils.

Dabei sind bei einer Praxisübernahme zwar größere finanzielle Mittel erforderlich, sie ist aber mit einem geringeren Risiko verbunden, weil die Praxisstruktur bereits vorhanden ist und damit auch der zukünftige Praxisertrag einschätzbar wird. Durch die Übernahme einer Praxis werden Anlaufschwierigkeiten und der

anfängliche Zeitaufwand für die Einrichtung und Ausstattung der Praxis minimiert, da auf Vorhandenem aufgebaut wird.

Auch wenn eine Niederlassung in Bezug auf die finanzielle Entwicklung der Praxis mit Risiken verbunden ist, so ist es doch von unschätzbarem Wert, wenn Niedergelassene ihr Zeitmanagement der jeweiligen Lebensphase anpassen können. Für Ärztinnen und Ärzte mit betreuungspflichtigen Kindern oder pflege-dürftigen Angehörigen kann diese Flexibilität ein wichtiges Entscheidungskriterium sein.

Für welches Arbeitszeitmodell sich Ärztinnen und Ärzte entscheiden, hängt von den Kriterien ab, die in dem jeweiligen Lebensabschnitt sinnvoll erscheinen. Eine Option ist die freiberufliche Tätigkeit (Einzelpraxis oder Kooperation) mit einem Startkapital und Risikobereitschaft, dafür aber auch mit hoher zeitlicher Flexibilität und Unabhängigkeit, die andere Option ist eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis ohne Kapitaleinsatz und mit weniger Praxisverwaltungsaufgaben.

Müssen zum Beispiel Kinder betreut werden oder aber Familienangehörige gepflegt werden, so richten sich die ärztlichen Arbeitsmöglichkeiten nach der Notwendigkeit der häuslichen Präsenz und dem Maß, wie viel Zeit der Partner für die Gemeinschaft aufbringen will bzw. aufbringen kann.

Dabei kann es Partnerschaftskonstellationen geben, bei denen die Ärztin und Mutter eine größere Chance hat, die Familie gewinnbringend zu ernähren als



ihr Partner, der in so einem Fall durch seine vermehrte häusliche Präsenz zum Beispiel die Kinderbetreuung übernehmen kann.

Selbst in einer Einzelpraxis mit Residenz- und Präsenzpflcht, aber höchster Flexibilität im Hinblick auf Urlaubsplanung, Sprechstundenzeiten, Ausfall von Kinderbetreuung, Krankheit der Kinder usw. und Unabhängigkeit bei fehlender Hierarchie gibt es eine ganze Reihe von Entlastungsmöglichkeiten im Praxisalltag:

- ▶ Befreien lassen vom Notdienst/Bereitschaftsdienst, wie zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern sechs Monate vor der Geburt eines Kindes und bis zu zwei Monate nach der Geburt bzw. in anderen Kassenärztlichen Vereinigungen bis zu drei Jahren nach der Geburt eines Kindes.
- ▶ Hinzuziehen einer Praxisvertretung vor und nach der Geburt eines Kindes.
- ▶ Beantragung eines/er Sicherstellungsassistenten/in, wenn die vertragsärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht ausreichend gewährleistet ist, weil der/die Praxisinhaber/in familiäre Betreuungs- oder Pflegeaufgaben übernehmen muss.
- ▶ Beantragung eines Entlastungsassistenten zum Beispiel bei zusätzlichen berufspolitischen Tätigkeiten.
- ▶ Auch Weiterbildungsassistenten/innen können entlastend tätig sein.

All diese familienfreundlichen Regelungen sind in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich gestaltet und sollten erfragt werden (siehe 14.2 Kapitel „Die familienfreundliche Niederlassung“).

Dazu gehört natürlich auch die regional sehr unterschiedliche Organisation des ärztlichen Notdienstes/Bereitschaftsdienstes, mit welchem die tägliche Präsenzpflcht jeder/s niedergelassenen Ärztin/Arztes abgedeckt wird.

Die Zugehörigkeit zu einer sich gegenseitig vertretenden Ärztesgruppe ist nicht optimal, da die damit verbundenen häufigen Abend-, Nacht- und Wochenendbereitschaftsdienste die Kinderbetreuung erschweren und ein Familienleben bzw. jede Form des Privatlebens extrem belasten. Die tägliche Dienstbereitschaftspflicht ist dabei umso häufiger und das Privatleben um so mehr belastet, je kleiner die Ärztesgruppe ist, die sich vertritt.

In einzelnen Gemeinden bestehen bereits wenigstens für die Wochenenden und die Feiertage Notdienstzentralen/Bereitschaftsdienstzentralen, in denen Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst ihren Dienst in Schichten verrichten und damit die Präsenzpflcht der Niedergelassenen übernehmen. In diesen Regionen ist ein ungestörtes Privatleben an den Wochenenden und Feiertagen möglich.

In Notdienst- bzw. Bereitschaftsdienstzentralen können die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbst Dienste übernehmen, müssen dies aber nicht. Meist werden sie dann nur noch für Hintergrunddienste am Wochenende und an Feiertagen eingeteilt, was umso seltener der Fall ist, je größer die Vertretungsgruppe ist. Es ist sogar möglich, sich von diesen Hintergrunddiensten befreien zu lassen, indem andere Niedergelassene diese Hintergrunddienste übernehmen und dafür einen bestimmten, von der Gemeinschaft selbst festgelegten Bonusbetrag erhalten. Durch die häufigere Übernahme solcher Hintergrunddienste wird es zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten ohne betreuungspflichtige Kinder ermöglicht, ihr Einkommen zu verbessern.

Somit ist es möglich, seine vertragsärztliche Präsenzpflcht lebensphasenorientiert anzupassen und damit die Lebensqualität im Gleichgewicht zu halten.

Ein Optimum an familienfreundlicher bzw. partnerschaftsfreundlicher Entlastung außerhalb der Sprechstundenzeiten existiert in den Regionen Deutschlands, in denen Notdienstzentralen/Bereitschaftsdienstzentralen vorhanden sind, die zum Beispiel werktags ab 18:00 Uhr, mittwochs ab 12:00 Uhr und freitags ab 13:00 Uhr an den Wochenenden geöffnet sind. Niederlassungsbereiche, die solche familienfreundlichen Bereitschaftsdienstkonzepte anbieten, werden in Zukunft weniger Schwierigkeiten haben, niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte anzusiedeln als Regionen, in denen solche Regelungen nicht angeboten werden.

Bei der hohen psychischen und physischen Belastung, die den Niedergelassenen tagtäglich abverlangt wird, ist es nicht einzusehen, dass auch noch ihr Familienleben bzw. ihr Privatleben durch eine 24-Stunden-Präsenzpflcht in Mitleidenschaft gezogen wird. Es ist notwendig, dass – wie in Bayern bereits etabliert – flächendeckend Notdienstzentralen/Bereitschaftsdienstzentralen eingerichtet werden (idealerweise den Kliniken angegliedert). Erst wenn dieser Bereitschaftsdienst flächendeckend organisiert ist, wird sich die Lebensqualität der Niedergelassenen merklich verbessern.

8 Ambulanter Sektor: Kinderbetreuungsmöglichkeiten

Nina Bertram, Cornelia Goesmann

Eine besondere Herausforderung ergibt sich für berufstätige Ärztinnen und Ärzte, die einem elterlichen Erziehungsauftrag nachkommen, denn die angemessene und durchgängige Betreuung der Kinder stellt sich als besondere Schwierigkeit für die Ausübung ihres Berufes dar.

Dies gilt nicht nur für Ärztinnen und Ärzte im Angestelltenverhältnis, sondern insbesondere für selbstständig Tätige in eigener Praxis. Gerade für niedergelassene Ärztinnen sind zumeist die Ausdehnung von Mutterschutzfrist und Elternzeit über wenige Monate nach der Entbindung hinaus oder eine Teilzeittätigkeit während der Kleinkindphase mit den Anforderungen der Praxis nicht zu vereinbaren. Darüber hinaus stellen auch schwangere Mitarbeiterinnen (vor allem Medizinische Fachangestellte), die unterschiedlich lange in Elternzeit gehen, die Organisation der Praxisarbeit immer wieder vor große Probleme. Hier gelungene Lösungen für die Arbeitsverteilung wie für die Kinderbetreuung aller Teammitglieder zu finden, ist eine Herausforderung, die noch heute sehr individueller Lösungen bedarf.



Seit 1996 besteht nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG, 8. Sozialgesetzbuch – SGB VIII) ein Anspruch auf einen wohnortnahen Kindergartenplatz zur Betreuung der Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr bis zur Einschulung des Kindes. Die Sicherstellung einer angemessenen Betreuung der unter Dreijährigen ist jedoch in vielen Teilen Deutschlands, insbesondere im ländlichen Umfeld, schwierig.

Mit dem Inkrafttreten des Kinderförderungsgesetzes (KiföG) am 16.12.2008 soll in den nächsten Jahren der Ausbau des Betreuungsangebotes für Kinder zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr beschleunigt werden. Bereits jetzt im Jahr 2010 sollen die Kommunen für diejenigen Kinder unter drei Jahren Plätze in Tageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege bereitstellen, deren Erzie-

hungsberechtigte einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Ab 1. August 2013 hat der Gesetzgeber in Aussicht gestellt, für die Betreuung der Kinder zwischen dem vollendeten ersten bis zum dritten Lebensjahr ebenfalls einen Rechtsanspruch schaffen zu wollen.

Aktuell stehen noch nicht im ausreichenden Maße Betreuungsplätze für Kleinkinder unter drei Jahren zur Verfügung, die eine regelmäßige arbeitszeitkompatible, hochwertige und kindgerechte Betreuung der Kinder während der Berufsausübung ihrer Eltern sicherstellen. Hier stellt sich für berufstätige Ärztinnen und Ärzte häufig die Frage, ob und wie sie diese Situation aktiv selber gestalten können. Nachfolgend werden einige Betreuungsmodelle aufgeführt, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

8.1 Kinderbetreuung durch Tagesmütter

Die bundesgesetzlichen Grundlagen des SGB VIII werden durch landesspezifische Regelungen ergänzt, in denen die Vorgaben zur Kindertagespflege geregelt sind.

Die Tagesmutter, die im Haushalt der Kindseltern tätig wird, ist in aller Regel von den Eltern weisungsabhängig und befindet sich damit in einem Angestelltenverhältnis zu den Kindseltern. Eine besondere Erlaubnis – neben einer ggf.

erforderlichen Arbeitserlaubnis für ausländische Kräfte – ist hierfür nicht erforderlich. Die Vergütung der Tagesmutter im Elternhaushalt ist im Sinne eines Arbeitsvertrages frei verhandelbar; die arbeits-

rechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Pflichten der Kindseltern als Arbeitsgeber sind jedoch selbstverständlich zu beachten.

Die sogenannte Tagespflege durch eine Tagesmutter bietet eine Betreuung von Kindern ab null Jahren in Gruppen von bis zu fünf Kindern in häuslicher Umgebung. Da mit dem vollendeten dritten Lebensjahr ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz besteht, ist die Betreuung durch Tagesmütter insbesondere für die unter Dreijährigen geeignet; für Kindergarten- und Schulkinder kommt die Betreuung durch Tagesmütter jedoch auch für die Zeit am Nachmittag in Betracht.

Bei der Kindertagespflege im Haushalt einer Tagesmutter können bis zu fünf Kinder betreut werden. Diese Art der Betreuung bedarf der Erlaubnis durch das zuständige Jugendamt, für deren Erteilung die Sachkompetenz und Persönlichkeit der Tagesmutter und die Geeignetheit ihres Haushaltes überprüft werden. Leider sind die diesbezüglichen Regelungen sehr starr und werden daher den Bedürfnissen vieler Kleinbetriebe oder Praxen nicht gerecht. So darf eine Tagesmutter stets nur dieselben fünf Kinder betreuen. Ein Modell, das zum Beispiel drei ständig betreute Kinder und zwei freie Plätze vorsieht, auf denen andere Kinder im Notfall (zum Beispiel bei Erkrankung der sonst zuständigen Großmutter) untergebracht werden könnten, ist nicht zulässig, auch wenn der Arbeitgeber dauerhaft für fünf Kinder bezahlen würde.

Es besteht die Möglichkeit, die Betreuung durch eine Tagesmutter in allen geeigneten Räumlichkeiten vorzusehen, in denen ausreichend Platz und gute hygienische Verhältnisse gewährleistet sind. Die Räumlichkeiten können entweder durch die Tagesmutter selber oder durch Dritte – beispielsweise die Erziehungsberechtigten der betreuten Kinder – vorgehalten werden. Für größere Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wäre es daher eine interessante Lösung, entsprechende Räumlichkeiten im eigenen Gebäude vorzusehen und bei der Praxisgründung/Praxiseinrichtung rechtzeitig einzuplanen.

Ansprechpartner für die Vermittlung von Kindertagespflegeplätzen und Tagesmüttern, für die Beratung zur Kindertagespflege und die damit einhergehenden Kosten sind die zuständigen Jugendämter vor Ort. Eine mögliche Förderung der Finanzierung oder eine vollständige Kostenübernahme durch die öffentliche Hand ist von verschiedenen Faktoren abhängig sowie von Land zu Land und von Kommune zu Kommune unterschiedlich. Verbindliche Auskünfte hierüber können ebenfalls die zuständigen Jugendämter erteilen.



8.2 Kinderbetreuung in Kindertageseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen sind Einrichtungen, in denen Kinder ganztägig oder für einen Teil des Tages aufgenommen sowie pflegerisch und erzieherisch betreut werden, die über haupt- und nebenberufliches Personal verfügen und eine Betriebserlaubnis (oder vergleichbare Genehmigung) im Sinne des § 45 SGB VIII aufweisen.

Die Einrichtung von Kindertagesstätten unterliegt bestimmten Mindestanforderungen, die von den Landesgesetzgebern geregelt werden. So bestimmt beispielsweise das Land Niedersachsen in der Verordnung über Mindestanforderungen an Kindertagesstätten (DVO-KiTaG) unter anderem, dass für jedes betreute Kind eine angemessene Spielfläche sowie Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sein müssen. Zusätzlich müssen Außenflächen zum Spielen, kindgerecht ausgestattete Sanitärräume, Garderobenbereiche und (Tee-)Küchen sowie Arbeits-/Büroräume für die Betreuungsfachkräfte vorgehalten werden.

Zur Sicherstellung der Erziehung, Bildung, Förderung und Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit ist in den landesspezifischen Vorgaben außerdem geregelt, wie sich der Personalschlüssel einer Einrichtung bemisst und welchen Ausbildungsanforderungen das Personal einer Kindertagesstätte genügen muss.

Aus den berechtigten Ausstattungs- und Personalanforderungen für die Plätze in Kindertageseinrichtungen ergibt sich ein hoher Finanzbedarf für die Gründer und Betreiber solcher Einrichtungen. Zwar bezuschussen die Länder im Rahmen der erwähnten Ausbauphase im Sinne des Kinderförderungsgesetzes Neu- und Erweiterungsbauten, in denen neue Betreuungsplätze dauerhaft geschaffen werden; zudem zahlt die öffentliche Hand unter bestimmten Voraussetzungen und an Orten, an denen noch keine ausreichende Anzahl von öffentlichen Betreuungsplätzen vorhanden ist, Betriebskostenzuschüsse für den laufenden Betrieb. Dennoch sind die Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Kindertageseinrichtungen für unter Dreijährige erheblich.

8.3 Steuerliche Bewertung von Kinderbetreuungskosten

Die Kosten für die Kinderbetreuung sind – unabhängig davon, ob sie in einer Betreuungseinrichtung, bei einer Tagesmutter oder bei einer Betreuung durch eine Tagesmutter im eigenen Haushalt entstehen – steuerlich berücksichtigungsfähig. Die Kosten werden im Rahmen der Einkommensteuererklärung als Kinderbetreuungskosten steuerlich geltend gemacht; ggf. können auch steuerliche Vorteile wie Werbungskosten, Betriebsausgaben oder die Angabe von Aufwendungen für haushaltsnahe Dienstleistungen ausgeschöpft werden.

8.4 Kinderbetreuungsangebote der ärztlichen Organisationen

Kinderbetreuungsmodelle werden auch dort erforderlich, wo niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auch außerhalb ihrer Sprechstundenöffnungszeiten ihrem Beruf nachgehen, d.h. auch bei all den Veranstaltungen, die mit dieser Niederlassung zusammenhängen, so zum Beispiel bei der Wahrnehmung ihrer Fortbildungsverpflichtung. Bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sollten Kinderbetreuungsplätze während der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Delegiertenversammlungen der Landesärztekammern sowie während Ausschusssitzungen zur Verfügung gestellt werden, damit auch Ärztinnen und Ärzte mit Kindern besser berufspolitisch tätig sein können.

Bei Überlegungen ärztlicher Organisationen (Kassenärztliche Vereinigung, Ärzteversorgung, Ärztekammer), eine Kindertagesstätte für ihre ärztlichen Mitglieder sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzurichten, müssen jedoch rechtliche Rahmenbedingungen und die hohen Kosten, die nicht aus den jeweiligen Mitgliedsbeiträgen bestritten werden können, berücksichtigt werden. Zudem stellt sich trotz des großen Bedarfs an Kinderbetreuungsplätzen meist als Problem dar, dass viele Eltern eine wohnortnahe dezentrale Lösung gegenüber der zentralen Betreuung im Ärztehaus bevorzugen.

Eine familienfreundliche Niederlassung mit dem dadurch zu erwartenden hohen Zufriedenheitsgrad von Ärztinnen und Ärzten bei der Ausübung ihres Berufes im niedergelassenen Bereich ist anzustreben. Hilfreich sind Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, die einen familienfreundlichen Service für Niedergelassene anbieten.

Kinderbetreuung der Ärztekammer Niedersachsen

Bei vielen Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte mit oder ohne ihre Medizinischen Fachangestellten werden im Bereich der Ärztekammer Niedersachsen inzwischen Betreuungsmöglichkeiten für begleitende Kinder angeboten. Hier lassen sich verschiedenste Beispiele finden, die von stundenweiser und kostenfreier Versorgung bis hin zu ganztägiger Kinderbetreuung mit entsprechender Kostenbeteiligung reichen. So hat zum Beispiel die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen für die sogenannten Langeooger Fortbildungswochen, die jedes Jahr über drei aufeinander folgende Wochen auf der Insel Langeoog organisiert werden, eine kontinuierliche Kinderbetreuung mit der Kurverwaltung der Inselgemeinde vereinbaren können.

Während der gesamten drei Wochen können Kinder aller Kursteilnehmer und Kursteilnehmerinnen in den Altersgruppen von zwei bis sechs Jahren ganztägig in der inseeigenen Kindertagesstätte betreut werden. Für Kinder, die jünger als zwei Jahre sind, wird ein Babysitter-Dienst angeboten. Die Betreuungszeiten richten sich nach den Seminarzeiten, eine verbindliche Anmeldung bis spätestens 14 Tage vor Tagungsbeginn ist erforderlich. Qualifizierte Betreuerinnen und Betreuer kümmern sich um die Kinder und berechnen eine Gebühr von

4 Euro pro Kind und Stunde. Für ältere Kinder bietet ein Pädagogik-Team in einer angegliederten Werkstatt eine offene Kinderwerkstatt an, in der dann ganztägig Spannung und Spiel, beispielsweise „Entern eines Piratenbootes, Erobern des Strandes mit Schatzsuche, das Herstellen von Piraten- und Ritterwerkzeugen sowie individuelles Basteln“, geboten werden.

Auch der Hausärzterverband Niedersachsen bietet anlässlich seines jährlichen dreitägigen Seminarkongresses für die Kinder aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine ganztägige Betreuung ab dem dritten Lebensjahr an. Diese ist für Mitglieder des Hausärzterverbandes kostenfrei.

In einem Gedankenaustausch zwischen der Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen und dem Präsidium der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurde erörtert, dass ggf. zukünftig auch die Kinder von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dort Aufnahme finden könnten, wenn die angebotenen Plätze in der MHH-Kinderbetreuung von den eigenen Mitarbeitern und Studierenden nicht in ausreichender Zahl in Anspruch genommen werden sollten und freie Plätze zur Verfügung stehen.

Kinderbetreuung im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf

Im Haus der Ärzteschaft, einem im Jahr 2003 in Düsseldorf gemeinsam von der Ärztekammer Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Nordrheinischen Ärzteversorgung errichteten Verwaltungsgebäude, wurden 70 Quadratmeter der Betreuung von Kindern gewidmet. Dort werden fachlich hochrangig Kinder im Alter von drei bis 13 Jahren betreut.

Das Besondere an dieser Einrichtung ist nicht vergleichbar mit öffentlichen oder privaten Institutionen im Sinne eines Kindergartens oder Horts, sie tritt nicht in Konkurrenz zu eben solchen Einrichtungen. Die Ärztekammer Nordrhein bietet hiermit ein Betreuungsangebot für Kinder von Ärztinnen und Ärzten an, die sich in der Ärztekammer Nordrhein fort- und weiterbilden lassen, Prüfungen ablegen, Kongresse besuchen oder ein berufspolitisches Amt ausüben. Zusätzlich steht die Betreuungseinrichtung den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Körperschaften in den Kindergarten- und Schulferien, an Brückentagen sowie regelmäßig an zwei Nachmittagen in der Woche zur Verfügung. Das Angebot erstreckt sich auf Veranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sowie der Nordrheinischen Ärzteversorgung. Soweit Kapazitäten vorhanden sind, dürfen auch Kinder von benachbarten Einrichtungen am Kinderbetreuungsprogramm teilnehmen.

Hervorzuheben sind die besonderen Angebote in Form von Ausflügen, Mal- und Bastelaktionen, Umweltprojekten und Exkursionen zu Sport- und Bewegungs-



© Ärztekammer Nordrhein

aktivitäten, der Besuch von Museen und Veranstaltungen, welche die immer wieder neu zusammengesetzte und altersmäßig variierende Gruppe schnell zusammenwachsen lässt.

Alle Organisationen beteiligen sich an den Kosten der Kinderbetreuung entsprechend der Anzahl der Kinder bezogen auf jeden einzelnen Tag. Mitarbeiter der Häuser zahlen ebenfalls einen Kostenbeitrag. Die Kinder werden betreut von einer ausgebildeten Erzieherin mit mehrjähriger Berufserfahrung. Diese wird in den Ferien unterstützt von weiteren Betreuungskräften.



Die flexible Vertragsgestaltung mit der Erzieherin macht es möglich, sie theoretisch auch für eine andere Tätigkeit in der Ärztekammer Nordrhein einzusetzen. Erfreulicherweise ist dies

mittlerweile nicht mehr der Fall, da die Kinderbetreuung eine nicht mehr wegzudenkende Einrichtung im Haus der Ärzteschaft geworden ist.

Auch die Bundesärztekammer sieht bereits seit dem Jahr 2003 im Rahmen der Deutschen Ärztetage Kinderbetreuung vor.

Modell der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern

Das XUNDI-Kinderhaus für Kinder zwischen sechs Monaten und sechs Jahren (Kinderkrippe und -garten), in einem Nachbargebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern gelegen, besteht seit Februar 2006. In den zwei Kinderkrippengruppen werden insgesamt 24 Kinder betreut, drei davon sind Kinder von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Für die älteren Kinder ab drei Jahre stehen in den zwei Kindergartengruppen insgesamt 47 Plätze zur Verfügung. Bereits neun Kindergartenplätze werden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Anspruch genommen. Aktuell wird das Kinderhaus von 71 Kindern – deren Eltern meist direkt aus München, nur wenige aus der Münchener Umge-

bung kommen – genutzt. Das Interesse steigt stetig an, was an der hohen Zahl der Anmeldungen abzulesen ist. Die Zahl der Anmeldungen von Ärztinnen und Ärzten für das kommende Kindergartenjahr liegt bereits heute bei ca. 45 und steigt weiter.

Betrieben wird das Kinderhaus von dem Träger kibiku (weitere Infos zum Konzept: www.kibiku.net). Besonderheiten sind dabei sowohl die langen Öffnungszeiten (7:30 bis 18.30 Uhr) und die bilinguale Erziehung der Kinder (deutsch und englisch) als auch die hohe Anzahl an Betreuern.

8.5 Ideen für die Kinderbetreuung bei der ärztlichen Berufstätigkeit

Nachdem Kommunen, Kreise, Gemeinden und Städte zurzeit noch nicht überall eine ausreichende Anzahl von Kinderbetreuungsplätzen für unter Dreijährige vorhalten können, stellt sich nach den voranstehenden Ausführungen erneut die Frage, ob und in welcher Form Ärztinnen und Ärzte in eigener Initiative die Betreuung ihrer Kleinkinder organisieren können.

Die verschiedenen Modelle der Betreuung durch Tagesmütter – sei es im eigenen Haushalt oder im Haushalt einer Tagesmutter – sind sicherlich die Möglichkeit der ersten Wahl.

Für Arztpraxen, Ärztehäuser oder Medizinische Versorgungszentren, in denen mehrere Ärztinnen und Ärzte und nichtärztliches Personal mit Elternpflichten tätig sind und damit die Betreuung mehrerer Kinder sichergestellt werden muss, bietet sich möglicherweise sogar ein Zusammenschluss der dort tätigen Erziehungsberechtigten an. Aus dem Arbeitsalltag sind Modelle bekannt, in denen angemessene Räumlichkeiten in der Arztpraxis zur Kinderbetreuung bereitgestellt werden und die Kosten für die dort tätige Tagesmutter durch die Erziehungsberechtigten gemeinsam getragen werden. Wenn sich Praxis und Wohnung im gleichen Haus befinden, können die Praxiszeiten den Schulzeiten angepasst werden. Ein Raum in der Praxis kann kindgerecht eingerichtet werden, in welchem durch ein Kindermädchen betreute Hausaufgaben gemacht werden etc.

Eine Eigeninitiative zur Gründung einer Kindertagesstätte ist aufgrund der kostenintensiven Einrichtungs- und Ausstattungsvorgaben möglicherweise keine Alternative. Hier bietet sich jedoch ggf. die aktive Teilnahme der berufstätigen Erziehungsberechtigten an Elterninitiativen oder die Mitgliedschaft in eingetragenen Elternvereinen oder gemeinnützigen Stiftungen an, die sich zur Schaffung von Betreuungsplätzen für Kinder zusammengeschlossen haben.

Andere Zusammenschlüsse, wie zum Beispiel die Praxisgemeinschaft am Goetheplatz in Frankfurt am Main, sehen eine Lösung in der individuell festgelegten Teilzeittätigkeit, wobei jede Ärztin privat die Kinderbetreuung organisiert. Die Bürokratie in der Praxisgemeinschaft wird zudem gemindert, indem eine Praxismanagerin Dokumentationsarbeiten und auch das Personalmanagement übernimmt.

Es ist insgesamt festzustellen, dass für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte noch keine ausreichende flächendeckende Kinderbetreuungsstruktur vorgehalten wird. Kinderbetreuung für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich muss nach wie vor überwiegend individuell organisiert werden. Es lohnt sich aber, sich über Lokale Bündnisse für Familie in der Gemeinde zu informieren (siehe 10. Kapitel „Lokale Bündnisse für Familie“).

9 Familienbewusste Unternehmensführung: Den eigenen Weg finden

Anine Linder

Im Netzwerk von und mit anderen lernen.

Eine Klinik, die eine schwangere Ärztin einstellt, sie während der Elternzeit stundenweise beschäftigt und sie damit als langjährige Mitarbeiterin gewinnt. Ein Krankenhaus, das einem Arzt ermöglicht, die schriftlichen Aufgaben von zu Hause aus zu erledigen und so mehr Zeit mit seiner Familie, die 400 km von seinem Arbeitsort lebt, zu verbringen. Zwei Ärztinnen, die sich eine Stelle teilen. Eine Praxis, in der die Dienstpläne genau auf die persönliche Situation abgestimmt werden. Kinderbetreuungsangebote in Nähe der Praxisgemeinschaft in Kooperation mit einem Hotel nebenan. Diese Beispiele widerlegen die oft noch gängige Meinung, dass Familie und Arztberuf schwer zu vereinbaren sind. Trotzdem: Immer mehr Arbeitgeber finden im Dialog mit den Beschäftigten Lösungen für ein Arbeitsumfeld, das die Balance von Familien- und Berufsleben erleichtert. Die Maßnahmen dabei sind vielfältig, ein Patentrezept gibt es nicht. Worauf es aber letztendlich ankommt: Glaubwürdigkeit und eine offene Kommunikation der Möglichkeiten.

9.1 Ein Netzwerk für mehr Familienfreundlichkeit

Wo Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Praxis gelingt, können andere davon lernen. Der Erfahrungsaustausch und ein gut aufbereitetes Informationsangebot helfen bei der Orientierung, worauf es bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen ankommt. Dies ist die Idee hinter dem Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“, das seit Herbst 2006 existiert. Es wurde als Teil des gleichnamigen Unternehmensprogramms in einer gemeinsamen Initiative des Bundesfamilienministeriums und des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK) ins Leben gerufen. Das Netzwerk ist bundesweit die größte Plattform für Arbeitgeber, die sich für das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie interessieren oder bereits engagieren. Von der kostenlosen Mitgliedschaft profitieren die Mitglieder dieses Netzwerks gleich mehrfach.



9.2 Vom Beispiel anderer lernen und Austausch nutzen

Im Rahmen von Fachveranstaltungen, in ausführlichen Erfahrungsberichten auf der Internetplattform und in Publikationen stellt das Netzwerkbüro Beispiele für die Gestaltung einer familienbewussten Personalpolitik vor. Die Mitglieder können sich an dem orientieren, was andere erfolgreich tun und bekommen Anregungen aus der Praxis zur Umsetzung im eigenen Umfeld. So hat das Netzwerkbüro gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Herbst 2009 die Broschüre „Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus. Aus der Praxis für die Praxis“ herausgegeben.

Jedes Frühjahr lädt das Netzwerkbüro ein zum „Unternehmenstag Erfolgsfaktor Familie“, an dem alle interessierten Mitglieder in Berlin zusammenkommen. Dort stellen die Initiatoren des Projekts, die Bundesfamilienministerin und der DIHK-Präsident neue Entwicklungen vor, mit Experten und Akteuren aus Wirtschaft und Politik werden Trends und Maßnahmen einer familienbewussten Arbeitswelt diskutiert.

9.3 Unterstützung bekommen

Das Netzwerkbüro stellt den Mitgliedern ein umfangreiches Serviceangebot zur Verfügung. Auf dem Internetportal des Netzwerks finden die Mitglieder Materialkoffer mit Informationsmaterialien, Leitfäden und Praxisbeispielen sowie Bildmaterialien und Präsentationsvorlagen. Bei individuellen Anfragen und Informationsbedarf können sich die Mitglieder jederzeit mit den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern im Netzwerkbüro in Verbindung setzen. Mit Beteiligung des Netzwerkbüros finden im ganzen Bundesgebiet Informationsveranstaltungen rund um eine familienbewusste Personalpolitik statt, zu denen interessierte Mitglieder eingeladen werden. Familienbewusstsein kann überall anders ausgestaltet werden, denn überall sind die Bedingungen anders: das Netzwerkbüro arbeitet daher mit verschiedenen Branchenverbänden und Experten zusammen und bereitet Praxisbeispiele und Handlungshinweise speziell für diese Branchen auf – so auch im Gesundheitswesen.

9.4 Der Dreh- und Angelpunkt: Das Thema zum Thema machen

So unterschiedlich die Bedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind: Entscheidend für ein tatsächlich gelebtes Familienbewusstsein ist die Unternehmenskultur. Ein Chefarzt, der Offenheit für familiäre Belange signalisiert, eine Krankenhausleitung, die bei Einstellungsgesprächen verschiedene Arbeitszeitmodelle anbietet, Berücksichtigung von Betreuungszeiten bei der Besprechungsplanung, Kolleginnen, die von sich aus im Team organisieren, wie Dienstzeiten gelegt werden können, Informationsangebote für pflegende Angehörige am Schwarzen Brett – die Unternehmenskultur entsteht durch eine glaubwürdige Grundhaltung und dadurch, dass Familienbewusstsein deutlich kommuniziert wird.

9.5 Nicht nur für die Beschäftigten, sondern vor allem mit ihnen

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ein Geben und Nehmen zwischen Personal und Leitung – und beide Seiten tragen eine entsprechende Kultur mit. So ist es entscheidend, nicht nur vorhandene Maßnahmen bekannt zu machen, sondern auch zu überprüfen, ob sie dem Bedarf der Betroffenen entgegenkommen und sie im Dialog weiterzuentwickeln. Viele Arbeitgeber machen die Erfahrung: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind bereit, selbst aktiv zu werden und sich zu engagieren. Das Netzwerkbüro hat daher mit dem „FamilienfreundlichkeitsCheck“ ein Instrument entwickelt, mit dem die Wahrnehmung der Beschäftigten erfragt und Bedürfnisse erhoben werden können.

Informationen und die Möglichkeit zur kostenlosen Registrierung finden Sie unter www.erfolgsfaktor-familie.de/netzwerk. Die Bundesärztekammer hat den Landesärztekammern und diese wiederum ihren Mitgliedern Anfang 2010 empfohlen, sich registrieren zu lassen.

10 Lokale Bündnisse für Familie: Bessere Chancen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Jan W. Schröder

Im Operationssaal die Ruhe bewahren, ohne die Sorge, dass der Kindergarten gleich schließt. Als Hausärztin einen spontanen Krankenbesuch machen, ohne dass zugleich der Betreuungsnotstand für den Dreijährigen ausbricht. Die Praxis angesichts der Grippewelle länger aufhalten – mit einem hilfebedürftigen Schwiegervater im Hintergrund.

Viele Arbeitssituationen in Klinik und Praxis stellen besondere Anforderungen an Flexibilität, Konzentrationsfähigkeit und zeitliche Verfügbarkeit der Ärztinnen

und Ärzte. Beruf und Familie erfolgreich zu vereinbaren, ist da bisweilen ein besonderes Kunststück.

Leichter wird es, wenn die Eltern nicht alleine da stehen. Wenn der Arbeitgeber sich mit Betreuungseinrichtungen zusammenschließt, wenn vor Ort Notfall- und Ferienbetreuungsangebote existieren oder Lesepatentisten in die Praxis kommen, um sich Arzt- und Patientenkindern

gleichermaßen zu widmen. Damit die medizinische Versorgung stimmt und die Familie dabei nicht zu sehr finanziell belastet ist.

Möglich wird dies insbesondere dann, wenn vor Ort ein Lokales Bündnis für Familie existiert. Eine Vielzahl von Beispielen illustriert dies. Mehr als 100 Krankenhäuser und Kliniken engagieren sich bundesweit bereits in einem der über 600 Lokalen Bündnisse für Familie (Stand: März 2010). Gleiches gilt für eine Vielzahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.



10.1 Engagement von Kliniken in Lokalen Bündnissen für Familie

Schichtdienst lässt sich im saarländischen Universitätsklinikum dank des „Lokalen Bündnisses Kinderbetreuung – UniMedKids“ viel besser mit familiären Anforderungen vereinbaren. Randzeitenbetreuung wird in zwei klinischen Kindertagesstätten verschiedener Träger angeboten. Alle Beschäftigten des Klinikums, der Universität wie auch die Studierenden profitieren hiervon. Ein Tagesmutternetz und eine Online-Babysitterbörse sowie die Notfallbetreuung UniMedKids-Rescue sind in der Umsetzung. Unterstützt werden diese Projekte vom Saarländischen Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport, einem Partner der Initiative Lokale Bündnisse für Familie.

Das Allgemeine Krankenhaus Celle setzt gemeinsam mit einer Vielzahl anderer Celler Arbeitgeber auf Familienfreundlichkeit, um attraktiv für Ärzte und Pflegepersonal zu bleiben. Innerhalb des Arbeitskreises Familienfreundliches Celle – wie das Lokale Bündnis in Celle heißt – ist dieses Netzwerk tätig. Und wirkt dabei mit, Celle als Platz zum Leben und Arbeiten attraktiv zu halten. Auch im Krankenhaus selber steht familienbewusste Personalpolitik ganz oben an: über 120 Mitarbeiterinnen nehmen im Jahr Elternzeit. Da steht Kontakthalten im Vordergrund – „Stethoskop aktuell“ hilft dabei. Auch die „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege“ wird im Allgemeinen Krankenhaus Celle aktiv befördert. In Kooperation mit der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) Celle und dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) Celle werden den Beschäftigten kostenlose Pflegekurse angeboten. Diese wurden auch für Beschäftigte anderer Unternehmen aus dem Lokalen Bündnis für Familie geöffnet – eine Reaktion auf das große Interesse seitens vieler Bündnispartner aus der Wirtschaft.

Das Universitätsklinikum Jena (UKJ) hat in Kooperation mit dem Jenaer Familienservice eine Kurzzeitbetreuung eingerichtet. Seit Januar 2009 können Beschäftigte des UKJ ihre Kinder – im Alter von ein bis sechs Jahren – in dem eigens für die Kurzzeitbetreuung eingerichteten „Kinderzimmer“ sieben Tage in der Woche von 6:00 bis 20:00 Uhr betreuen lassen. Die Kurzzeitbetreuung

kommt immer dann zum Einsatz, wenn eine besondere krankenhausspezifische Situation eine hohe Flexibilität erfordert oder der Arbeitstag länger dauert als Kindergartenöffnungszeiten vorsehen. Die Kosten für die Kurzzeitbetreuung übernimmt das Klinikum.

Und oftmals sind kleine Lösungen der erste Schritt, um Familienfreundlichkeit Realität werden zu lassen. Ein Still- und Wickelraum im Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz beispielsweise – Angehörige und Besucherinnen und Besucher nutzen diesen rege. Die Idee entstand im Koblenzer Bündnis für Familie. Oder die Öffnung der Cafeteria im Krankenhaus Celle für Kinder von Mitarbeitern und Besuchern – dazu wurden u. a. zwei Kinderstühle beschafft. Ebenso einfach aber effizient unterstützt das Klinikum Saarbrücken seine Beschäftigten: Ein auf der Homepage des Klinikums platzierter Internetlink zur Kinderbetreuungsborse des Lokalen Bündnisses für Familie Saarbrücken hilft den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Suche nach einem geeigneten Betreuungsangebot für ihre Kinder.

Drei Gründe lassen sich für dieses Engagement in Lokalen Bündnissen für Familie ausmachen:

- ▶ Familienfreundlichkeit macht Krankenhäuser als Arbeitgeber durch erhöhte Arbeitsqualität für Ärzte und Pflegepersonal attraktiv. Ein Standortfaktor im Wettbewerb um das qualifizierte – meist weibliche – Personal.
- ▶ Kliniknahe Betreuung der Kinder oder der pflegebedürftigen Angehörigen von Patientinnen und Patienten stärkt die Marktposition einer Klinik und erleichtert die Behandlung der betreuenden Person.
- ▶ Im Lokalen Bündnis bringen unterschiedlichste Partner ihre Ressourcen und Blickwinkel ein. Damit entstehen Ideen schneller und werden wirtschaftliche Realität.

Auf einen Nenner gebracht: Die medizinische Qualität steigt und das Ganze rechnet sich betriebswirtschaftlich.

10.2 Lokale Bündnisse für Familie – was ist das eigentlich?

Die Grundidee ist bestechend einfach. Vor Ort entscheidet sich, ob Lebens- und Arbeitswelt als familienfreundlich – oder auch nicht – empfunden werden. Beeinflusst wird dies von Arbeitgebern, Kommunen, Schulen, Verbänden, Kirchen und vielen anderen mehr. Was liegt näher, als dass all diese örtlichen Akteure zusammenkommen, um vor Ort Familienfreundlichkeit zu gestalten? Dies geschieht ohne Kompetenzgerangel und wirkungsorientiert.

In Lokalen Bündnissen für Familie arbeiten daher Politik und Verwaltung, Wirtschaft und Gewerkschaften, Ärztinnen und Ärzte sowie Kliniken, freie Träger, soziale Einrichtungen, Kirchengemeinden und Initiativen gemeinsam daran, Rahmenbedingungen für Familien konkret und ergebnisorientiert zu gestalten. Bundesweit über 600 Lokale Bündnisse (Stand: März 2010) und etwa 5.200 Projekte für mehr Familienfreundlichkeit bilden eine eindrucksvolle Erfolgsbilanz. Mehr als 13.000 institutionelle Akteure, darunter 5.000 Unternehmen und eine Vielzahl von Kliniken und Ärzten sind in Lokalen Bündnissen engagiert.

Die Bündnisse orientieren sich an den unmittelbaren Bedürfnissen der Menschen vor Ort: Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ein gelingender Start ins Leben, effiziente Zeitgestaltung im öffentlichen Raum, die Förderung der generationenübergreifenden Zusammenarbeit oder Fragen zu Erziehung und Betreuung – die Bandbreite an Themen und Aufgaben ist groß. Lokale Bündnisse sind Kontaktplattform, Diskussionsforum, Ideenschmiede, Lobby für Familien und Umsetzungsmotor für Vereinbarungen, Maßnahmen und konkrete Projekte.

Initiator des Ganzen ist das Bundesfamilienministerium, welches 2004 die Initiative Lokale Bündnisse für Familie ins Leben gerufen hat und seither zur Gründung Lokaler Bündnisse für Familie aufruft. So erfolgreich, dass die Initiative europaweit und sogar in Japan und im Vatikan als gutes Beispiel für Familienpolitik gilt. Zur Unterstützung wurde ein aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und des Familienministeriums finanziertes Servicebüro installiert, welches vor Ort bei Bündnisgründung und -entwicklung beratend zur Seite steht. Es unterstützt ferner bei der Vernetzung der Bündnisse und beschleunigt so den Wissenstransfer in der Bündnisfamilie – der Gemeinschaft aller Lokalen Bündnisse. Anfang 2010 wurde das Servicebüro ergänzt um eine Fachberatung und ein Medienbüro. Gemeinsam bilden diese die Servicestelle Lokale Bündnisse für Familie. Die Fachberatung unterstützt Lokale Bündnisse bei der langfristigen

Weiterentwicklung wichtiger Aktivitäten und Projekte sowie bei der Vertiefung spezieller Themen, während das Medienbüro den Akteuren bei der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit beratend zur Seite steht.

10.3 Lokale Bündnisse und Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis

Kliniken sehen als Arbeitgeber zunehmend für sich einen Gewinn, an der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu arbeiten. Aber was ist mit den Kleinunternehmerinnen und -unternehmern? Den Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis und einigen wenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern? Können Lokale Bündnisse für Familie auch hier Unterstützung bieten, ein Forum für ärztliches Engagement darstellen? Eindeutig ja.

Erkrankt in Rietberg das Kind einer alleinerziehenden, berufstätigen Mutter, hilft das Bündnis aus: Über die Notfallkinderbetreuung wird schnell und unbürokratisch Hilfe vermittelt. Und auch umgekehrt funktioniert dies – erkrankt die Mutter eines Kindes, springt andernorts die Notfallbetreuung ein. Das beschleunigt die Gesundung und bestimmt dauert es nicht mehr lange, bis Ärztinnen und Ärzte ein „Rundum-Paket“ bei Erkrankung der Eltern vermitteln.

Ein Arztbesuch in eigener Sache – für viele Eltern ein „Horror“. Nicht so in Buxtehude. Kinder müssen sich dort nicht „beteiligen“, sondern werden in der zentral gelegenen Kurzzeit-Betreuungseinrichtung „Igelneest und Hasenhöhle“ stundenweise betreut. In Pößneck werden Eltern und Ärzte durch „Pünktchen“ in derselben Situation unterstützt.

Auch für viele ältere Menschen ist der Arztbesuch kein „Spaziergang“. So stellt sich in ländlichen Regionen oftmals die Frage: Wie komme ich überhaupt zum Arzt, wenn ich kein Auto habe oder Verwandte, die mich zur Praxis fahren? In der Gemeinde Bornich ist das kein Problem, hier haben die Bündnisakteure einen Fahrdienst für Arztbesuche und Einkäufe ins Leben gerufen.

Familien mit Migrationshintergrund wiederum sind nicht selten vor eine ganz andere Herausforderung gestellt, die Verständigung in einer anderen Sprache. Lokale Bündnisse haben auch hierfür eine Lösung parat: Sogenannte Sprachpaten wie beispielsweise in Bünde. Dort begleiten freiwillige Helferinnen und Helfer Familien mit Migrationshintergrund beim Arztbesuch, bei Behördengängen oder in schulischen Angelegenheiten.

Einen in Deutschland neuen Ansatz verfolgt das Lokale Bündnis für Familie in Hanau. Die „Zeiten des öffentlichen Raumes“ sollen besser auf die Tagesabläufe von Familien abgestimmt werden. Stadtverwaltung, Arztpraxen und Kitas bieten flexiblere Öffnungszeiten an.

Deutlich wird: Die Lösungen müssen nicht vom einzelnen Arzt, der einzelnen Ärztin allein realisiert werden. Gemeinsam geht mehr. Und Bündnisse ermöglichen ein projektbezogenes Engagement ohne Dauerverpflichtung, welche neben der alltäglichen Arbeit in der Praxis ohnedies nicht leistbar wäre. Die von Akteuren aus dem Gesundheitsbereich initiierten Projekte haben es oftmals in sich und gehen noch über das Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie hinaus, wie die folgenden Beispiele zeigen.

10.4 Ebenfalls Thema in Bündnissen: Gesundheitsförderung und frühe Prävention

Gesundheitsförderung – auch bei diesem primär fachlichen Anliegen weisen Lokale Bündnisse erhebliches Potential auf. Lokale Bündnisse steigern die medizinische Qualität.

Insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte engagieren sich in Lokalen Bündnissen für Familie vielerorts im Bereich „Frühe Prävention“. Mit Babybegrüßungen wie derjenigen in Kreuztal schaffen Bündnisse frühzeitigen Kontakt zu frisch gebackenen Eltern und unterstützen diese bei den ersten Schritten mit dem neugeborenen Familienzuwachs.

Im Bergheimer Netzwerk „Vorbeugender Kinderschutz“ haben sich Ärztinnen und Ärzte, Beratungsstellen, Familienbildungsstätten, Vereine, das Jugendamt und engagierte Einzelpersonen zusammengefunden, und ermöglichen so frühzeitige „Hilfen für Kinder in schwierigen häuslichen Verhältnissen“.

In Meldungen wurde in Zusammenarbeit einer Krankenkasse und einer Hebammenpraxis die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen verbessert. Auch das Schwerter Marienkrankenhaus engagiert sich im Bündnis für die Frühförderung der Neugeborenen.

Das Waldkrankenhaus St. Marien in Erlangen bringt den Kindern das Krankenhaus spielerisch nahe. Kindergartenführungen stehen zweimal im Jahr an. Der „Waldbär Benny“, ein anatomischer Teddy, führt die kleinen Gäste durch das

Krankenhaus, und die Kinder können in der Geborgenheit der Gruppe und mit ihren Erzieherinnen das Krankenhaus kennen lernen.

Diese Beispiele zeigen: Vielfältige Zugänge und Wissensbereiche der Bündnisakteure machen Bündnisse auch in der Gesundheitsförderung zu Innovationsmotoren. Hier wird gemeinsam Verantwortung für gesunde Kinder übernommen und diese nicht allein dem medizinischen Sektor zugeschrieben.

10.5 Und wie kommt man zu einem solchen Bündnis?

Schritt 1: Werden Sie aktiv

Sie wollen sich für sich selbst sowie für ihre kleinen und großen Patientinnen und Patienten noch mehr engagieren? Ihre Beschäftigten sollen nicht nur mit schlechtem Gewissen an zu Hause denken – wenn sie denn Zeit dazu finden, an zu Hause zu denken? Vieles können Sie noch leichter auf die Beine stellen, wenn Sie sich mit anderen zusammentun. Stöbern Sie doch auf den Seiten der Initiative Lokale Bündnisse für Familie: www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de. Dort finden Sie jede Menge Ideen und Anregungen. Begeben Sie sich auf Partnersuche oder machen Sie in einem bestehenden Bündnis mit.

Schritt 2: Suchen Sie passende Partner

Sie möchten gemeinsam mit anderen mehr möglich machen? Dann brauchen Sie die passenden Partner. Nehmen Sie Kontakt zu Elterninitiativen, Kindertagesstätten, Vereinen, Kommunalvertretern, Unternehmen und anderen Akteuren aus dem medizinischen Bereich auf, seien es nun Krankenkassen, Kliniken oder die Ärztinnen und Ärzte selber. Nutzen Sie vorhandene Strukturen und bereits bestehende Angebote. Machen Sie sich klar, welche Ziele Sie gemeinsam verfolgen. Versuchen Sie, Ihren Bürgermeister oder andere Prominente aus Ihrer Umgebung für Ihre Idee zu gewinnen. Das Servicebüro unterstützt Sie mit Arbeitshilfen und Argumenten. Damit Sie auch andere überzeugen und die Richtigen ansprechen. Bündnisarbeit lohnt sich – für Familien, Arbeitgeber und Kommunen.

Schritt 3: Legen Sie Ziele, Ideen und Projekte fest

Sie haben passende Partner gefunden? Dann ist es an der Zeit, Ziele, Ideen und Projekte zu definieren. Legen Sie Strukturen fest. Klären Sie die Aufgabenver-

teilung. Erarbeiten Sie gemeinsam Handlungsfelder, in denen Sie tätig werden möchten. Sie müssen das Rad nicht neu erfinden – knüpfen Sie an bestehende Strukturen an. Bleiben Sie realistisch – setzen Sie sich Ziele, die Sie auch erreichen können! Kurzfristige Erfolgserlebnisse sind das Salz in der Suppe. Gerne unterstützt Sie das Team des Servicebüros bei der Entwicklung von Zielen und Strukturen im Rahmen eines kostenlosen Workshops vor Ort.

Schritt 4: Machen Sie sich bekannt

Sie haben eine klare Vorstellung davon, wie Sie gemeinsam mehr erreichen wollen? Dann beginnen Sie. Laden Sie Interessierte und Prominente zu einer Auftaktveranstaltung ein. Finden Sie weitere Partner und Unterstützer. Beziehen Sie die örtlichen Medien (Zeitungen, Lokalfernsehen) ein, um Ihr Bündnis bekannter zu machen. Nutzen Sie auch hierzu das Serviceangebot der Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“. Bereits das PR-Handbuch bietet praktische Hilfe, und darüber hinaus stehen Ihnen professionelle Beraterinnen und Berater bei der Vorbereitung Ihrer Auftaktveranstaltung mit Rat und Tat zur Seite.

Schritt 5: Die Arbeit kann beginnen

Mit der Auftaktveranstaltung startet auch die Bündnisarbeit. Sie haben sich Ziele gesetzt und Arbeitsstrukturen geschaffen. Lassen Sie den Worten nun Taten folgen. Legen Sie konkrete Arbeitsschritte fest. Nutzen Sie den Schwung der Anfangsphase, um bald konkrete Ergebnisse präsentieren zu können. Bestimmt gibt es in Ihrer Region noch weitere Lokale Bündnisse für Familie. Zögern Sie nicht und suchen Sie den Kontakt. In der Bündnisfamilie steht Ihnen ein umfangreicher Erfahrungsschatz an guten Ideen und Lösungen zur Verfügung. Und bei der Weiterentwicklung und Reflexion der Bündnisarbeit steht Ihnen das Servicebüro auch weiterhin mit Rat und Tat zur Seite.

Die MedicalPark GmbH in Bad Rodach, das Elbe-Klinikum Stade, Allgemeinmediziner aus Esens und das Zentralklinikum in Suhl sind wie viele andere auch diesen Weg gegangen. Mit Erfolg – wie die Beispiele zeigen.

Und wie geht es weiter? Hier ein paar Anregungen:

- ▶ Vielfach dienen Arztpraxen als Anlaufstelle für betagte Mitbürgerinnen und Mitbürger. Warum nicht in der Praxis auf den „Wunschgroßelternservice“ hinweisen? Viele Bündnisse haben einen solchen bereits auf die Beine gestellt, beispielsweise in Wiesbaden und Augsburg. Dann ist vielleicht bald nicht mehr die Praxis der Ort, an dem Ansprache gesucht wird.
- ▶ Warum nicht gemeinsam mit dem örtlichen Kinderschutzbund, den Schulen oder benachbarten Kindertagesstätten einen Notfallbetreuungsservice auf die Beine stellen? Für den Fall, dass auch einmal die Eltern erkranken.
- ▶ Kliniken können sich mit Akteuren aus anderen Branchen, in denen Schichtdienst gang und gäbe ist, zusammenschließen: Einzelhandel, Polizei und Feuerwehr wären die ersten Adressen. So wird die Realisierung von Randzeitenbetreuung oder Hol- und Bringdiensten leichter und ökonomischer möglich.

Egal welchen Weg Sie wählen, steht Ihnen das Servicebüro Lokale Bündnisse für Familie beratend bei der Entwicklung ihres Lokalen Bündnisses für Familie zur Seite.⁵²

10.6 Literatur

52 Lokale Bündnisse für Familie. www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de



11 berufundfamilie: Zertifizierung von familienfreundlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen

Angela Kienle, Babette Simon

11.1 berufundfamilie – Managementinstrument zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Der Gesundheitssektor befindet sich im Spannungsfeld zwischen Fach- und Führungskräftemangel und erhöhter Versorgungsnachfrage.

Das zunehmende Durchschnittsalter unserer Gesellschaft zeigt besonders im Gesundheitssektor seine Auswirkungen: Mit dem demografischen Wandel nimmt der Bedarf an zusätzlichen Dienstleistungen in diesem Bereich ständig zu. Demgegenüber steht ein bereits seit Jahren spürbarer Mangel an Fach- und Führungskräften, der eine steigende Tendenz zeigt: So werden beispielsweise zwischen 2007 und 2017 rund 17.800 Krankenhausärzte und 59.100 Vertragsärzte – bedingt durch das Erreichen des Rentenalters – austreten.⁵³ Die Zahl der Fachkräfte, die nachrücken, ist im Vergleich dazu gering. Prognosen zufolge wird in dieser Branche im Jahr 2030 ein Fachkräftemangel von 22 Prozent⁵⁴ gegeben sein. Ein weiterer Aspekt, der Beachtung finden muss: Diejenigen, die nachrücken, sind vorwiegend weiblich. Erfahrungsgemäß sind in den meisten Fällen noch die Frauen verstärkt dem Interessenskonflikt zwischen Beruf und Familie ausgesetzt. Wenn Ärztinnen und Ärzte nicht die Chance bekommen, Beruf und Familie mit einander zu vereinbaren, ist die Gefahr des Verlusts weiterer wertvoller Fachkräfte für Kliniken und Krankenhäuser äußerst hoch. Zeitgleich kämpfen andere Länder, die ähnlich unter den Auswirkungen des demografischen Wandels leiden, um dieselben Arbeitskräfte.

11.2 berufundfamilie – eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung

Die berufundfamilie gGmbH wurde 1998 von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung gegründet, um alle Aktivitäten der Stiftung im gleichnamigen Themenfeld zu bündeln. Ihr zentrales Angebot an Arbeitgeber ist das audit berufundfamilie – ein strategisches Managementinstrument, welches maßgeschneiderte, gewinnbringende Lösungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie bereithält. Empfohlen von den führenden deutschen Wirtschaftsverbänden Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesverband

der Deutschen Industrie (BDI), Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) und Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) steht das audit berufundfamilie außerdem unter der Schirmherrschaft der Bundesfamilienministerin und des Bundeswirtschaftsministers.

Die berufundfamilie gGmbH und ihre Auditorinnen und Auditoren haben im Rahmen ihrer Tätigkeit bereits viele Arbeitgeber aus der Gesundheitsbranche rund um verschiedene Aspekte einer familienbewussten Personalpolitik beraten und begleitet. Dazu zählen die Charité – Universitätsmedizin Berlin, das Klinikum Bremen-Ost, das Klinikum Links der Weser sowie das Reha-Zentrum Lübben.

So funktioniert das Audit: Zunächst werden der gegenwärtige Status der betrieblichen Rahmenbedingungen sowie bereits vorhandene Angebote ermittelt. In einem strukturierten Beratungsprozess werden die unternehmensspezifischen Ziele fixiert und weiterführende Maßnahmen entwickelt. Dabei werden das Entwicklungspotential aufgezeigt und Wege erarbeitet, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Unternehmenskultur zu verankern. Auditoren begleiten den gesamten Prozess der Entwicklung und Formulierung der weiterführenden Ziele einer familienbewussten Personalpolitik mit systematischer und strategischer Unterstützung. Die Auditierung, die mit der Vereinbarung konkreter Ziele und Maßnahmen endet, ist in der Regel nach drei Monaten abgeschlossen. Die Verfolgung der für einen Zeitraum von drei Jahren vereinbarten Ziele überprüft die berufundfamilie gGmbH jährlich.

Mit Stand vom 7. Juni 2010 werden 859 Zertifikatsträger gezählt, davon 382 Unternehmen, 369 Institutionen und 108 Hochschulen, dabei sind auch bestätigte Zertifikate erfasst. Von Seiten der Gesundheitsbranche haben sich 80 Arbeitgeber zertifizieren lassen. Darunter fielen Arbeitgeber von Kliniken, Praxen sowie auch Körperschaften des öffentlichen Rechts wie zum Beispiel die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die KBV hat sich im Jahr 2009 zertifizieren lassen. Sie beabsichtigt ab 2011 eine Kindertagesstätte mit einem zweistufigen altersabhängigen Angebot von 50 Plätzen zu realisieren.

Bei regelmäßigen Netzwerktreffen lernen und erörtern die Arbeitgeber, die bei dem audit berufundfamilie teilnehmen, Lösungen einer familienbewussten Personalpolitik aus unterschiedlichsten Branchen und Unternehmensgrößen. Ein hoher Praxisbezug ist gewährleistet, weil bewährte Maßnahmen, Stolpersteine und Erfolgsfaktoren aus erster Hand weitergegeben werden.

11.3 Familienbewusste Personalpolitik zahlt sich aus

Durch das Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik (FFP) wird erstmals wissenschaftlich fundiert erforscht, wie eine nachhaltige Familienpolitik im Betrieb gemessen werden kann und welche betriebswirtschaftlichen Effekte sich erzielen lassen. Dabei zeigen neuste Untersuchungen des FFP, dass eine Unternehmensstrategie, die Beruf und Familie in Einklang bringt, sich nachhaltig positiv auf den Unternehmenserfolg auswirkt. So ist der Aufwand für flexible Arbeitszeitkonzepte, Telearbeit oder die Vermittlung von Betreuungsangeboten weit geringer als die durch Neubesetzung, Fehlzeiten, Überbrückungszeiten und Fluktuation verursachten Kosten. Eine zentrale Grundlage für diese Forschung bilden die Daten und Erfahrungen der am audit berufundfamilie beteiligten Arbeitgeber.

11.4 Selbstcheck – Wie familienbewusst sind Sie?

Arbeitgeber können ihr Familienbewusstsein im Betrieb individuell messen und sich mit anderen vergleichen. Dieses Benchmarking legt offen, welches Verbesserungspotential besteht und in welchen Bereichen das Unternehmen weitere Lösungen entwickeln sollte. Der berufundfamilie-Index geht dabei insbesondere der Frage nach, welche Bedeutung das Thema für die Unternehmensführung in ihrer Kommunikation mit den Beschäftigten hat, wie umfassend das Leistungsangebot der familienbewussten Maßnahmen ist und wie tief es in der Unternehmenskultur verankert ist. Jeder teilnehmende Betrieb erhält eine detaillierte Auswertung seiner Ergebnisse. Zudem wird der eigene Indexwert – differenziert nach Dialog, Leistung und Kultur – in Relation zu anderen Unternehmen der eigenen Branche und Größe gesetzt.



11.5 Umsetzungsberatung der berufundfamilie

Eine familienbewusste Personalpolitik muss sich heute mehr Fragen stellen als nur der Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit. Die Notwendigkeit, überraschend die Pflege von Angehörigen übernehmen zu müssen oder der Wunsch nach Führungsverantwortung bei gleichbleibender Präsenz für die Familie, verlangen flexible Lösungen. Hierfür bietet die berufundfamilie eine praxisbezogene Umsetzungsberatung von der Strategieberatung über Belegschaftsbefragungen bis hin zu Führungskräftebildungen.

Die berufundfamilie-Akademie bietet Kongresse, Veranstaltungen und Fortbildungen für Personal- und Führungskräfte an. Zusätzlich gibt es die berufundfamilie-Publikationsreihen: Die Schriftenreihe „für die praxis“ und die Publikationsreihe „SPEZIAL“.

11.6 Der Auditierungsprozess am Universitätsklinikum der Philipps-Universität Marburg

Die ehemalige Vizepräsidentin und Frauenbeauftragte des Universitätsklinikums der Philipps-Universität Marburg, Frau Professor Dr. Babette Simon, führte das „audit berufundfamilie“ im Universitätsklinikum der Philipps-Universität Marburg mit Unterstützung des hessischen Sozialministeriums durch. Erstmals hatte sich damit 2004 ein Universitätsklinikum dem Auditierungsprozess gestellt und wird hier beispielhaft vorgestellt.

Das „audit berufundfamilie“ der Universitätsklinik der Philipps-Universität Marburg durchlief zwei Stufen, die aufeinander aufbauten. Zwei unabhängige externe Auditorinnen, die von der berufundfamilie gGmbH geschult und lizenziert waren begleiteten den gesamten Prozess, der vom hessischen Sozialministerium finanziert wurde. Während der gesamten Dauer des Auditierungsprozesses

fanden eine Beratung und Begleitung durch die Auditorinnen statt. Der Auditierungsprozess wurde 2004 mit einem Strategieworkshop, an dem die Auditorinnen, Klinikumsleitung und Projektleitung teilnahmen, begonnen. Dieser Strategieworkshop diente der gegenseitigen grundlegenden Information, der Festlegung der zeitlichen Vorgehensweise und der inhaltlichen Vorbereitung des Auditierungsworkshops. Des Weiteren wurde hier die Zielsetzung sowie die Einbindung des Audits in die Gesamtstrategie des Universitätsklinikums festgelegt. Das Projekt wurde dabei nicht nur als Zertifizierungsprozess verstanden, sondern als Prüfstein bereits geleisteter Unternehmensentwicklung und als Instrument, bereits Vorhandenes zu optimieren oder weiter zu entwickeln. Mit einer familienbewussten Personalpolitik verband das Universitätsklinikum die unternehmensspezifischen Ziele der Behebung des Fachkräftemangels (insbesondere Ärzteschaft) und die Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen, um Anreize zu schaffen, sich für diese Arbeits- oder Weiterbildungsstelle zu entscheiden und Beschäftigte langfristig zu binden. Hierzu gehörten auch die Erleichterung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit oder Ausbildung mit Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen.

Es folgte ein Auditierungsworkshop mit einer repräsentativen 15-köpfigen Projektgruppe, die das Universitätsklinikum in ihren hierarchischen, organisatorischen und sozialen Strukturen repräsentierte und aus Ärzteschaft, Pflege, Verwaltung und Service gebildet wurde. Es wurden zusammen mit den Auditorinnen der Bestand familienorientierter Maßnahmen begutachtet, Schwachstellen aufgedeckt und anhand eines Kriterienkatalogs Ziele und Maßnahmen einer familienbewussten Personalpolitik am Universitätsklinikum erarbeitet. Als bereits vorhandene Maßnahmen wurden die Unterstützung einer Kinderkrippe in Vereinsträgerschaft am Klinikum und gemeinsame Plätze in der Krippe des Marburger Studentenwerkes, die Gleitzeit in der Verwaltung, verschiedene Teilzeitmodelle, Mitarbeiterbefragung sowie die Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenz des mittleren Managements bewertet. Es wurden weiterführende Ziele und Maßnahmen definiert und in den folgenden vorgegebenen Handlungsfeldern systematisiert:

- ▶ **Arbeitszeit:** Vermeidung und Abbau von Überstunden sowie Verbesserung der Teilzeitmöglichkeiten für Ärzte/Ärztinnen. Einrichtung von Langzeitarbeitskonten.
- ▶ **Arbeitsorganisation:** Einbeziehung des Themas Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Mitarbeitergespräche; Förderung der Teamkultur; Flexibilisierung des Informationsaustausches.

- ▶ **Informations- und Kommunikationspolitik:** Zusammenfassende Darstellung aller Serviceangebote und rechtlichen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- ▶ **Führungskompetenz:** Aufnahme des Themas Vereinbarkeit von Beruf und Familie in das Leitbild des Klinikums; Ausbau der Führungskräftefortbildung.
- ▶ **Personalentwicklung:** Erleichterung des Wiedereinstiegs nach familienbedingter Freistellung.
- ▶ **Service für Familien:** Weiterer Ausbau des Kinderbetreuungsangebotes für Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Klinikum.
- ▶ **Betriebsspezifika:** Strukturierte ärztliche Weiterbildung (Weiterbildungscurricula) und Spezialisierung in der Pflege

Die Zielsetzungen wurden mit der Klinikumsleitung abgestimmt. Die Auditorinnen dokumentierten die Durchführung des audit berufundfamilie und schlugen das Universitätsklinikum der Philipps-Universität Marburg der berufundfamilie gGmbH zur Grundzertifizierung vor. Die Zielvereinbarungen wurden durch einen Auditrat geprüft und positiv begutachtet. 2005 erhielt das Universitätsklinikum im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung das Grundzertifikat audit berufundfamilie durch die ehemalige Bundesfamilienministerin Renate Schmidt mit der Zielsetzung, durch die vereinbarten Maßnahmen das Zertifikat in 2008 zu erlangen.

Die durchgeführten Maßnahmen stellten motivierende und karrierefördernde Faktoren für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar. Als vordringlichste Maßnahme wurde der weitere Ausbau von Krippenplätzen gesehen, der durch Unterstützung der Universitätsstadt Marburg und des Hessischen Sozialministeriums bereits Ende 2005 erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Des Weiteren wurde die Notwendigkeit der zügigen Einführung von verbindlichen, alle Fachgebiete umfassenden Weiterbildungscurricula gesehen, deren Erstellung durch die einzelnen klinischen Abteilungen Anfang 2006 weitgehend abgeschlossen war.

11.7 Literatur

- 53 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). *Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus*. Köllen Druck + Verlag GmbH, Berlin
- 54 Prognos AG (2009). *Arbeitslandschaft 2030 – Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise. Eine Studie*. Basel

12 Fazit und Ausblick

Astrid Bühren, Annegret E. Schoeller

12.1 Fazit

Die Medizin und das gesamte Gesundheitswesen befinden sich in einem kontinuierlichen Transformationsprozess. Hart, rund um die Uhr und auch an Feiertagen musste in der Medizin schon immer gearbeitet werden, andere Aspekte der ärztlichen Tätigkeit haben sich jedoch in den letzten Jahrzehnten grundlegend geändert: Einerseits haben Arbeitszeitgesetze prinzipiell das Ausmaß der im Krankenhaus zu leistenden Arbeitsstunden begrenzt, andererseits haben die Arbeitsverdichtung, das Ausmaß an patientenferner Bürokratie, eine mangelnde Wertschätzung seitens der Arbeitgeber sowie die Einflussnahme kostensparender Aspekte statt medizinisch orientierter Interessen erheblich zugenommen.

Eine große Rolle spielten 100 Jahre nach der Zulassung von Frauen zum Studium der Humanmedizin das veränderte Geschlechterrollenverständnis und die gestiegenen Erwartungen der jungen Ärztinnen- und Ärztegeneration an die sogenannte Work-Life-Balance: Ärztinnen und Ärzte wollen mehr Lebensqualität durch Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sie streben mit ihren Lebenspartnern/-partnerinnen eine gleichberechtigte Aufgabenteilung in Beruf und Familie an. Daraus folgt, dass die Positionierung als attraktiver Arbeitgeber zukünftig wesentlich von familienfreundlichen Angeboten bestimmt wird. Dieser Paradigmenwechsel mit veränderten Rollenbildern von Männern und Frauen sowie der ständig zunehmende hohe Anteil von Ärztinnen werden den Bedarf an „maßgeschneiderten“ Rahmenbedingungen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf, Familie, Haushaltsführung und Freizeit erhöhen.

Diese neuen Präferenzen von Ärztinnen und Ärzten sind mittlerweile ins Bewusstsein vieler Verantwortlichen gerückt. Dies wird u. a. dokumentiert durch die Herausgabe des Krankenhausbarometers 2008 des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI)⁵⁵ und insbesondere auch durch folgendes Statement in den Koalitionsvereinbarungen der im September 2009 gewählten Regierungskoalition aus CDU, CSU und FDP⁵⁶: „Die in den Gesundheits- und Pflegeberufen

Tätigen leisten einen wichtigen Beitrag für unser Gemeinwesen. Sie verdienen unseren Respekt und Anerkennung. Die Attraktivität dieser Berufe muss auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert werden.“ An der tatsächlichen Umsetzung dieser Willensbekundung wird die Koalition zu messen sein, denn zu einem Großteil ist die Politik für die Verbesserung der Rahmenbedingungen zuständig. Ein erster Schritt war die Einberufung eines „Runden Tisches“ am 13. Juli 2010 durch das Bundesministerium für Gesundheit, an dem Vertreterinnen und Vertreter von Körperschaften und Verbänden der Ärzteschaft und Pflege ihr Wissen und ihre Forderungen einbrachten.

Die Bundesfamilienministerin Kristina Schröder stellte am 31. August 2010 in Berlin den Monitor Familienleben 2010 vor. Ein herausgehobenes Ergebnis der Studie lautet: 69 Prozent der Bevölkerung und 78 Prozent der Eltern sagen, dass auch in Zukunft die Vereinbarkeit von Familie und Beruf Kernaufgabe der Familienpolitik ist.

Die Bundesfamilienministerin Kristina Schröder betonte bei der Vorstellung der Ergebnisse:

„Wie zufrieden die Familien sind, hängt ganz besonders davon ab, ob sie genügend Zeit mit ihren Kindern und Angehörigen verbringen können. Mehr Zeit ist die Leitwährung einer modernen Gesellschaftspolitik. Mein Ziel ist deshalb, bessere Voraussetzungen für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu schaffen. Dafür brauchen wir flexiblere Arbeitszeiten und eine Unternehmenskultur, die nach der Qualität geleisteter Arbeit und nicht nach der Präsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fragt.“⁵⁷

Dieses Handbuch ist auch ein Bekenntnis der Bundesärztekammer dazu, dass sie sich als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern in Fortsetzung des Tagesordnungspunktes „Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin“ beim 105. Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock auch mit diesen Aspekten der Nachwuchsförderung befasst hat und weiterhin befassen wird. Der Band 2 „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“ aus der Reihe „Report Versorgungsforschung“ hat dies ebenfalls eindrucksvoll unter Beweis gestellt.⁵⁸ Es würde den Rahmen dieses Handbuches sprengen, im Einzelnen auf alle diesbezüglichen Aktivitäten der 17 Landesärztekammern einzugehen, sie sind auf deren Websites aufgelistet, zum Beispiel Wiedereingliederungsseminare für Ärztinnen und Ärzte oder Ausschüsse, die sich mit Genderaspekten befassen, oder kammereigene Kinderbetreuungseinrichtungen.



Ferner zeigt dieses Handbuch konzentriert die vielseitigen Ansätze zur Bewältigung des Paradigmenwechsels auf und macht deutlich, in wie vielen Bereichen es noch weiterer kreativer Umsetzung bedarf.

12.2 Ausblick

Handlungsperspektiven für die Politik

Begrüßt werden zur Verbesserung der familiengerechten Strukturen in Unternehmen, Kliniken und Kommunen:

- ▶ die Initiative „Lokale Bündnisse für Familie“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), gefördert durch den Europäischen Sozialfonds,
- ▶ das Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ als gemeinsame Initiative des BMFSFJ und des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK),
- ▶ das „audit berufundfamilie“ der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung

Zu verbessern ist:

- ▶ Der Aufbau von Rahmenbedingungen, die Beruf und Familie vereinbaren lassen, bedarf der weiteren gesetzlichen, initiativen und finanziellen Unterstützung durch die Politik.

- ▶ Flexible, verlässliche und familienfreundliche Arbeits- und Teilzeitmodelle müssen regelhaft und flächendeckend etabliert werden. Ebenso muss die Vereinbarkeit durch Flexibilität und Planbarkeit von Arbeitszeit sichergestellt werden.
- ▶ Unterstützung und Erhöhung der finanziellen Ausstattung von Universitäten und Lehrkrankenhäusern zum Aufbau und Erhalt von familienfreundlichen Strukturen für die Ausbildung der Medizinstudentinnen und Medizinstudenten, für die Weiterzubildenden, für die wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie für weiteres Personal.
- ▶ Unterstützung und Erhöhung der finanziellen Mittel für Krankenhäuser und andere Institutionen, um familiengerechte Strukturen insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, sowie für Fachärztinnen und Fachärzte zu schaffen und zu unterhalten.
- ▶ Verbesserung der kommunalen familienfreundlichen Infrastruktur durch u. a. finanzielle Unterstützung für die in ambulanten Praxen, Medizinischen Versorgungszentren etc. tätigen Ärztinnen und Ärzte. Dabei sind insbesondere die spezifischen Erfordernisse in ländlichen Gebieten im Bezug auf bedarfsgerechte familienfreundliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.
- ▶ Eine generelle Einrichtung und Vorhaltung von Ganztagschulen sowie eine ausreichende Anzahl von qualitativ hochwertigen Krippen-, Kindergarten- und Hortplätzen ist konsequent anzustreben.
- ▶ Die Übernahme von vorbildlichen und bewährten Konzepten aus dem Ausland, zum Beispiel aus Skandinavien, muss vorangetrieben werden.
- ▶ Die Umsetzung des geltenden Mutterschutzgesetzes kann sich für die Schwangere und Stillende nachteilig auswirken. Deshalb hat der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen eine Entschließung „Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung dringend erforderlich“⁵⁹ verabschiedet. Diese lautet: „[...] Das Mutterschutzgesetz und die ergänzende Mutterschutzrichtlinienverordnung, die allerdings nur für Frauen, die im Arbeitsverhältnis stehen, gelten, sollen den Schutz vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren für Mutter und Kind gewährleisten. Das [...] Mutterschutzgesetz, bedarf jedoch einer Novellierung. Dringend ist die Anpassung der Mutterschutzrichtlinienverordnung und der daraus abgeleiteten Leitfäden zum Mutterschutz der jeweiligen Landesarbeitschutzbehörden an die neuesten wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse erforderlich. Zielsetzung ist, dass der an sich sinnvolle Mutterschutz nicht faktisch zu einem Berufsverbot führt. [...]“ Operativ ausgerichtete Fachgesellschaften

sowie Berufsverbände fordern ebenfalls die Aktualisierung der Mutterschutzbestimmungen.⁶⁰

- ▶ Insbesondere aufgrund des seit 2008 veränderten Unterhaltsrechts ist es gerade auch für Ärztinnen notwendig, dass die Politik dafür sorgt, dass die beruflichen Rahmenbedingungen familienfreundlich sind.

Handlungsperspektiven für Arbeitgeber in der Gesundheitsbranche

- ▶ Familienfreundlichkeit muss als Teil der Unternehmenskultur verstanden und in den Köpfen von Geschäftsführung und Führungspersonal verankert werden. Sofern ein Unternehmensleitbild erarbeitet wurde, sollte Familienfreundlichkeit dort integriert werden.
- ▶ Nachhaltige Verankerung familienfreundlicher Strukturen erfordert die Erarbeitung eines systematischen Gesamtkonzepts, das sukzessive umgesetzt werden muss.
- ▶ Auch die familienfreundlichen Maßnahmen und Aspekte sollen in die Kosten-Nutzen-Bilanz des eigenen Unternehmens kontinuierlich einbezogen werden (siehe Kapitel 6.1 „Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau“).
- ▶ Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme zur Stärkung der Mitarbeiterbindung während der Elternzeit und zur Steigerung der Rückkehrquote.
- ▶ Unterstützungsangebote für Eltern und Kindern durch den Arbeitgeber, wie aktive Beratung, Angebot von haushaltsnahen Dienstleistungen, Gewährung von Sonderurlaub aus familiären Gründen, Tagesmutter-service.
- ▶ Generell müssen gleichberechtigte Karrierechancen zur Erlangung von Führungspositionen für Ärztinnen – ob mit Kindern oder kinderlos – auf allen Hierarchieebenen und in allen Fachgebieten etabliert werden.⁶¹

Handlungsperspektiven für die ärztliche Selbstverwaltung

- ▶ Alle Bereiche von Ausbildung und ärztlicher Berufstätigkeit sind generell und verstärkt auf die Aspekte „Wertschätzung von Familienkompetenz“ und „Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben“ auszurichten.
- ▶ Das Instrument der Führungskompetenz ist mit Hilfe des Curriculums „Ärztliche Führung“ weiter auszubauen und zu stärken.
- ▶ Fortführung des Angebots der sehr gut angenommenen Wiedereingliederungskurse der Landesärztekammern.

- ▶ Zukünftig müssen auch in den berufspolitischen Organisationen, wie Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Berufsverbänden und Fachgesellschaften, mehr Frauen eine aktive Rolle spielen. Hierzu ist auch die auf traditionelle männliche Karriereverläufe ausgerichtete Kongress- und Gremienkultur zu überprüfen, die bisher dazu führte, dass nur selten ein Wochenende dem Familienleben zur Verfügung steht.
- ▶ Die Weiterbildungsordnung sollte – soweit fachlich, sachlich und europarechtlich möglich – so weiterentwickelt werden, dass die Vereinbarkeit auch mit mehreren Kindern für ärztlich tätige Eltern gewährleistet ist.
- ▶ Mehr Versorgungsforschung ist erforderlich, wie es auch der Report Versorgungsforschung deutlich macht.⁶²
- ▶ Die ärztliche Selbstverwaltung setzt sich weiterhin für eine familienfreundliche und genderechte Medizin ein (siehe 14. Kapitel „Checklisten/Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen“).

Es ist zu hoffen und zu wünschen, dass sich in allen Bereichen des Gesundheitswesens und insbesondere im Hinblick auf die familienfreundlichen Arbeits- und Rahmenbedingungen sehr vieles zügig verbessert und hierzu dieses Handbuch seinen Beitrag geleistet haben mag.

12.3 Literatur

- 55 Deutsches Krankenhausinstitut (2008). Krankenhaus Barometer 2008. www.dkgv.de/dkg.php/cat/110/aid/4224/title/Krankenhaus-Barometer
- 56 Koalitionsvereinbarungen CDU, CSU, FDP (2009). www.cdu.de/portal2009/29145.htm
- 57 Institut für Demoskopie (2010). Monitor Familienleben 2010 – Einstellungen und Lebensverhältnisse von Familien Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Allensbach
- 58 Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.) (2010). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen. Report Versorgungsforschung Bd. 2, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- 59 Bundesärztekammer. 107. Deutscher Ärztetag 2004 in Bremen. Entschließung. Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung dringend erforderlich. www.baek.de/page.asp?his=0.2.20.1828.2054.2154.2199
- 60 Bühren A (2010). Mutterschutz JA – Berufsverbot NEIN. In: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen. Karl Demeter Verlag im Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 3/10, 230–233
- 61 Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A: Karriereplanung für Ärztinnen. 2006 Springer Medizin Verlag Heidelberg
- 62 Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.) (2010). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen. Report Versorgungsforschung Bd. 2, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

13 Autorinnen und Autoren



Dr. rer. pol. Magdalena Benemann

Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin und Leiterin des Referates Krankenhauspolitik Marburger Bund Bundesverband Reinhardtstraße 36 10117 Berlin



Nina Bertram

Stellvertretende Geschäftsführerin der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen Bezirksstelle Hannover Berliner Allee 20 30175 Hannover



Monika Buchalik

Niedergelassene FÄ für Allgemeinmedizin Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen Vorstandsbeauftragte der KV Hessen Eichhornstraße 6 63454 Hanau



Dr. med. Astrid Bühren

Niedergelassene FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Vorstandsmitglied der BÄK 1999–2007 Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes Vorstandsmitglied im Hartmannbund Hagener Straße 31 82418 Murnau



Dr. med. Cornelia Goesmann

Niedergelassene FÄ für Allgemeinmedizin,
Zusatzbezeichnung Psychotherapie
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer
Wallmodenstraße 18
30625 Hannover



Angela Kienle

Wissensmanagement/Neue Dienstleistungen
berufundfamilie gGmbH
Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung
Feldbergstraße 21
60323 Frankfurt am Main



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M. A.

Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der
Bundesärztekammer
Dezernentin der Dezernate III und IV
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin



Anine Linder

Netzwerkbüro „Erfolgsfaktor Familie“
DIHK Service GmbH
Breite Straße 29
10178 Berlin



Dr. med. Annegret E. Schoeller

Bereichsleiterin
Dezernat V
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin



Dr. rer. nat. Jan W. Schröder

Geschäftsführer der JSB
Beratungsgesellschaft mbH & Co. KG
Leiter des Servicebüros „Lokale Bündnisse für
Familie“
Argelanderstraße 1
53115 Bonn



Prof. Dr. med. Babette Simon

Präsidentin der Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg
Ammerländer Heerstraße 114–118
26129 Oldenburg

14 Checklisten/Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen

14.1 Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“

Universitäten und Krankenhäuser als Arbeitgeber können anhand der Checkliste überprüfen, ob sie für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern. Wenn sie dies etabliert haben, haben sie deutliche Standort- und Wettbewerbsvorteile, insbesondere wenn es darum geht, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und an ihr Klinikum zu binden. Zusätzlich erschließen familienfreundliche Maßnahmen betriebswirtschaftliche Einsparpotentiale und positive Kosten-Nutzen-Effekte für die Bilanz. Ärztinnen und Ärzte können ebenso diese Checkliste nutzen, um den für sie geeigneten Arbeitsplatz zu identifizieren, an dem Familie und Beruf gut vereinbar sind.

Mögliche Voraussetzungen für eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf

1. Wertschätzung von Familienkompetenz	ja	nein	geplant
Betrachtung von Eltern- und Schwangerschaft und Pflege von Angehörigen als natürliche Lebensereignisse und nicht als Störfaktoren der klinischen Organisationsabläufe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung des zunehmenden Bedürfnisses auch von Ärzten, ihre Aufgaben als Vater während Elternzeit, Krankheit ihres Kindes etc. wahrzunehmen, ohne Unverständnis und Karriereeinbußen befürchten zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalentwicklung: Verantwortung und Kompetenz der Führungskräfte für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexible Elternzeit- und Teilzeitregelungen für Ärzte und Ärztinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktpflege während der Elternzeit und Förderung des frühzeitigen Wiedereinstiegs von Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstiegchancen auch in Teilzeittätigkeit und Anerkennung elterlicher Managementfähigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Fortsetzung von Tabelle 1	ja	nein	geplant
Kompetente Ansprechpersonen in der Verwaltung, die initiativ die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und familiären Pflichten begleiten und Eltern organisatorisch unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit der Schaffung von beruflichen Perspektiven für Ehepartner und Ehepartnerinnen bzw. „Doppelkarriere-Paare“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Gleichberechtigte Karrierechancen für Ärztinnen	ja	nein	geplant
Paritätische Einteilung für weiterbildungsrelevante Tätigkeiten, zum Beispiel Operationen/OP-Katalog, Endoskopie, Intensivmedizin und Pflichtkurse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paritätische Freistellung und Förderung für wissenschaftliches Arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentoring auch durch weibliche Rollenvorbilder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbildfunktion durch Chefärztinnen und -ärzte und Sanktionierung verbaler, sexualisierter und geschlechtsrollenspezifischer Diskriminierungen im Arbeitsalltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertschätzung statt Ablehnung von „Doppelkarriere-Paaren“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung von Vorurteilen (Ärztinnen mit kleinen Kindern werden zum Beispiel fälschlicherweise als weniger leistungsfähig eingeschätzt, wohingegen Ärzte mit Nachwuchs als besonders verantwortlich und leistungsbereit gelten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung von familiären Anforderungen, die sich je nach Lebensphasen wandeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung auch kürzerer Weiterbildungseinheiten in Absprache mit der jeweiligen Landesärztekammer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuelle und situationsgerechte Umsetzung der Mutterschutzrichtlinien nach aktuellem Stand der Technik zum Schutz von werdender Mutter und Kind (keine pauschalen Tätigkeitsverbote, sondern (betriebs-)ärztliche Initiative gemeinsam mit der Schwangeren: Gesundheitsschutz und Tätigkeiten, die der Weiterbildung dienen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Attraktive Grundbedingungen	ja	nein	geplant
Adäquate Honorierung der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Vereinbarkeit von Beruf und Familie kostet auch Geld).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlässliche Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienstpläne und Urlaubsplanung bieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot flexibler Arbeitszeitmodelle – bedarfsgerecht aus Mitarbeiter-, Mitarbeiterinnen- und Kliniksicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Serviceangebot für Kinderbetreuung und private Haushaltsführung	ja	nein	geplant
Arbeitsplatznahe, arbeitszeitkompatible und qualitativ hochwertige Kinderbetreuung (zum Beispiel 365 Tage im Jahr, Öffnungszeiten möglichst 24 Stunden, mind. 5:30–21:30 Uhr täglich, Alter 2 Monate bis 10 Jahre, möglichst betrieblich, sonst Vermittlung und Kooperation, keine Wartelisten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote zur Hausaufgaben- und Ferienbetreuung und zur Obhut bei leichten Erkrankungen der Kinder bzw. bei Ausfall der sonstigen Kinderbetreuung, zum Beispiel Tagesmutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderbetreuungsangebote und -zuschüsse während Fortbildungen und Kongressen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückzugsmöglichkeiten zum Stillen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logistische Unterstützung bei der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote, für Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, in der Klinikmensa zu speisen, auch gemeinsames Mittagessen, Mitnahmemöglichkeit von Familienmenüs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsservice, Bügelservice und ähnliche Angebote am Arbeitsplatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Persönlichkeitsbildung und gesundheitliche Prävention fördern	ja	nein	geplant
Angebote zum Beispiel zum Erlernen von Kommunikationstechniken, zur Weiterbildung zur „Psychotherapie – fachgebunden“, Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung sowie zur patientenbezogenen Supervision, Balint-Gruppen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnengesundheit: zum Beispiel Burnout-Prophylaxe, Entspannungstechniken, Stressmanagement, Rückengesundheit, Raucherentwöhnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Familienfreundliche Medizin – auch als Standortvorteil	ja	nein	geplant
Berücksichtigung geschlechtsdifferenter Aspekte in der Behandlung – „Gendermedizin“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung eines familienfreundlichen Arbeitsklimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation Ärztin/Arzt – Patientin/Patient (partnerschaftlich statt patriarchalisch).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. auch Kinderbetreuungsangebote für Patientinnen/Patienten und Besucherinnen/Besucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte durch ein explizit familienfreundliches Leitbild und konkrete Angebote gewinnen und weiterhin an das Klinikum binden (Moderne Personalpolitik sollte vermitteln: „Was können wir Ihnen anbieten, damit Sie Beruf, Weiterbildung, Wissenschaft, Familie und private Haushaltsführung täglich gut bewältigen können?“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ärztlichen Nachwuchs für die eigene Abteilung interessieren und rekrutieren	ja	nein	geplant
Krankenpflegepraktikantinnen und -praktikanten: als zukünftige Medizinerinnen und Mediziner kontaktieren und ihre Freude am Beruf fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famulantinnen und Famulanten: für die eigene Klinik begeistern und durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen auffallen. Bereitstellung und Waschen der Schutzkleidung und kostenlose, qualitativ gesunde und appetitanregende Mahlzeiten in der Kantine/Mensa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studierende im Praktischen Jahr: gute Lehre und Mentoring. Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Vergabe von Stipendien an diejenigen, die später in dieser Klinik ärztlich tätig werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Einbindung in „Lokale Bündnisse für Familie“ und ggf. Zertifizierung durch die Gemeinnützige Hertie-Stiftung	ja	nein	geplant
Steigerung des Images der Stadt als Ort mit familienfreundlichen Arbeitgebern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Lokale Bündnisse“ für die Gestaltung einer familienfreundlichen Arbeits- und Lebenswelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochwertige Betreuungsangebote für Ärztinnen, Ärzte und Studierende in Kliniken und Praxen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zertifizierte Betreuungsangebote, durch das „audit berufundfamilie“ der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bundesärztekammer, modifiziert 2010 nach Astrid Bühnen (abuehren@t-online.de), DÄB

14.2 Checkliste „Die familienfreundliche Niederlassung“

Die Anzahl der Ärztinnen und ihr Anteil an allen Niedergelassenen steigt kontinuierlich, gleichzeitig streben junge Ärztinnen und Ärzte nach einer ausgeglichenen Balance zwischen Beruf und Privatleben. Sie treffen aber noch zu selten auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Für die gute ambulante ärztliche Versorgung ist es erforderlich, dass möglichst viele der weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf auch tatsächlich ausüben.

Diese Checkliste soll allen Ärztinnen und Ärzten eine Handreichung dafür sein, sich für eine zu ihrer individuellen Lebensplanung passende Niederlassungsform in einem familienfreundlichen Wohnort mit speziellen Angeboten zu entscheiden. Auch Kommunen und ärztliche Organisationen können sich anhand der Checkliste orientieren, welche Angebote besonders nachgefragt werden und diese aufbauen.

Mögliche Voraussetzungen für eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf

1. Allgemeine familienfreundliche Aspekte der ambulanten Tätigkeit	ja	nein	geplant
Planbarkeit und Absprache der Arbeitszeiten – insbesondere in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung der Urlaubszeiten an Schulferien und Feiertage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung der Sprechzeiten an Schulstundenpläne und Freizeitaktivitäten der Kinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geregelte Arbeitszeiten, selten Dienst an Feiertagen und an Wochenenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bessere Verdienstmöglichkeiten als in der Klinik (unterschiedlich je nach Fachgebiet und Standort).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgabe von Diensten an Bereitschaftspraxen und Notdienstzentralen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kombination von Praxis und Wohnung in einem Haus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitnahme des Kindes in die Praxis (zum Beispiel Extraraum für Hausaufgaben).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splitten der Arbeitszeiten (zum Beispiel gemeinsames Mittagessen, Bürokratie in den Abendstunden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Vielfalt ärztlicher Tätigkeit bietet situative Anpassung an familiäre Anforderungen (Vertragsarztrecht- sänderungsgesetz von 2007)	ja	nein	geplant
Variabler Arbeitsumfang als Vertragsärztin/-arzt (zum Beispiel voller und halber Versorgungsauftrag – die Vollzulassung bedeutet mindestens 20 Sprechstunden pro Woche, die hälftige Zulassung bedeutet mindestens 10 Sprechstunden pro Woche Präsenz in der Praxis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kombination von Berufstätigkeit in Klinik und Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzel- und Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Medizinische Versorgungszentren (MVZ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobsharing (Zulassung mit Beschränkung) mit der Option der Umwandlung in eine unbeschränkte Zulassung auch in einem gesperrten Gebiet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschiedene Formen der Angestelltentätigkeit auch in der Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): Anstellung mit/ohne eigener Zulassung in unterschiedlichem zeitlichem Ausmaß (0,25; 0,5; 0,75 oder 1), einschließlich Reduktion der Zuständigkeit für Bürokratie und Abrechnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Aufgabe für Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern	ja	nein	geplant
Adäquate Honorierung, denn Vereinbarkeit von Beruf und Familie kostet auch Geld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetente Ansprechpersonen, die in der Niederlassungsberatung und in Existenzgründungsseminaren initiativ auch zur Vereinbarkeit von freiberuflicher Praxistätigkeit und familiären Pflichten informieren und Eltern organisatorisch unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot einer betrieblichen Kinderbetreuung – auch für Kinder von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot einer Kinderbetreuung zum Beispiel während Schulferien, Brückentagen, Prüfungsterminen und Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Fortsetzung von Tabelle 3	ja	nein	geplant
Gesetzliche Verbesserung ist erforderlich, zum Beispiel durch die Einführung von Mutterschutzregelungen auch für niedergelassene Freiberuflerinnen entsprechend den Initiativen auf EU-Ebene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisierte Verbundweiterbildung in Kliniken und Praxen – speziell für Gebiete, die den Abteilungs-/Ortswechsel voraussetzen: zum Beispiel Allgemeinmedizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dadurch Vermeidung von Umzügen mit der Familie oder Trennungszeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung einer Jobbörse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber als Gestalterinnen und Gestalter der Arbeitsbedingungen	ja	nein	geplant
Kommunikative Kompetenzen fördern durch ärztliche Fort- und Weiterbildungen: Balint-Gruppe, Qualitätszirkel, Psychosomatische Grundversorgung, Psychotherapie – fachgebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitliche Prävention und Persönlichkeitsbildung, zum Beispiel durch Kommunikations-/Entspannungstraining, Stressmanagement, Burnout-Prophylaxe, Rückengesundheit, Raucherentwöhnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztlichen Nachwuchs für die eigene Praxis interessieren und rekrutieren:			
Famulantinnen und Famulanten: durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studierende im Praktischen Jahr: Gute Lehre und Mentoring, ggf. Beachtung Checkliste „Medizin studieren mit Kind.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insbesondere die Aufrechterhaltung der Patientinnen- und Patientenversorgung auch auf dem Land erfordert kreative Angebote. Für Verantwortliche in Dörfern und kleinen Städten gilt es, Standort- und Wettbewerbsvorteile zu schaffen, um qualifizierte Ärztinnen und Ärzte für freierwerbende Arztstühle zu gewinnen.

5. Kommunen als Gestalterinnen der Rahmenbedingungen für Niedergelassene	ja	nein	geplant
Weiterführende Schulen vor Ort mit Ganztagsbetreuung einschließlich Mittagsverpflegung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote für Kinderbetreuung in Krippe, Kindergarten und ggf. Hort, die kompatibel sind mit Praxis- und Bereitschaftsdienstzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausaufgabenbetreuung, Ferienbetreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Unterstützung bei der Organisation von Bereitschaftspraxen, Notdienstzentralen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Lokale Bündnisse für Familie“ – mit Schaffung und Einbindung in lokale Bündnisse, Gestaltung einer familienfreundlichen Arbeits- und Lebenswelt, Imagesteigerung als familienfreundlicher Ort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das „audit berufundfamilie“ durch die Gemeinnützige Hertie-Stiftung wird angestrebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zertifizierte Betreuungsangebote durch das „audit berufundfamilie“ der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bundesärztekammer, modifiziert 2010 nach Astrid Bühren (abuehren@t-online.de), DÄB

14.3 Checkliste „Medizin studieren mit Kind“

Medizinstudierende sind zukünftige Ärztinnen und Ärzte. Deshalb ist ihre Ausbildung ein großes Anliegen der Ärzteschaft. Die Vereinbarkeit von Studium bzw. Beruf mit Kind muss bisher ganz überwiegend von den Studentinnen und den Ärztinnen individuell gemeistert werden. Das ist Kompetenz- und Ressourcenverschwendung. Deshalb gilt es, die Rahmenbedingungen zu modernisieren. Familienfreundlichkeit gehört in das Leitbild von Universitäten und sollte in den medizinischen Fakultäten kontinuierlich bedarfsgerecht umgesetzt werden.

Die Checkliste „Medizin studieren mit Kind“ soll Universitätskliniken, Lehrkrankenhäuser, Studierende sowie BAföG-Ämter darin unterstützen, familienfreundliche Strukturen aufzubauen. Studienbewerber und -bewerberinnen und Studierende können sich anhand der Checkliste für eine Universität entscheiden, die familienfreundliche Angebote vorweist.

Mögliche Voraussetzungen für eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf

1. Organisation des Studiums – ohne unnötige Gesamtstudienzeitverlängerung	ja	nein	geplant
Kurswahl möglichst flexibel jeweils innerhalb des vorklinischen bzw. klinischen Studienabschnitts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot von Sonderkursen für Studierende mit Kindern (zum Beispiel einwöchiger chirurgischer Blockkurs in den Semesterferien, Kurse während Kindergarten-/Krippenzeiten statt wöchentlich im Semester gegen Abend, Teilzeitkurse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot von Zusatz-Kurstagen zum Ausgleich von versäumten Kurstagen wegen Krankheit/Beaufsichtigung der Kinder, sodass Anerkennung des gesamten Kurses nicht an Fehlzeiten scheitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurse gleichen Inhalts sollten zu verschiedenen Uhrzeiten angeboten werden. Durch gezielte Auswahl von Uhrzeit/Tag bessere Vereinbarkeit mit individuellen Möglichkeiten, zum Beispiel Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentoring-Angebote, Fokus auch speziell auf Thematik „Studieren mit Kind“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbringen von Säuglingen, zum Beispiel als stillende Mutter in Kurse, in denen nicht mit Gefahrstoffen umgegangen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Fortsetzung von Tabelle 1	ja	nein	geplant
Bürokratisch unkomplizierte Beurlaubung von Studierenden mit der Möglichkeit, während dieser Zeit Prüfungsleistungen zu erbringen, zum Beispiel wegen Geburt, Mutterschutzzeiten, Elternzeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexiblere Unterbrechung des Praktischen Jahres und Anrechenbarkeit von abgeleisteten Tertialeinheiten bei Unterbrechung, zum Beispiel wegen Schwangerschaft und Geburt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle abgeleisteten Wochen eines Tertials im Praktischen Jahr anrechnen, auch bei Unterbrechung von länger als zwei Jahren, zum Beispiel aufgrund von gesetzlichen Kindererziehungszeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Studentinnen äquivalente Regelungen zum Mutterschutz treffen. Der Schutz eines ungeborenen Kindes sollte nicht vom Ausbildungsverhältnis (Praktikum als Teil des Studiums oder regulärer Arbeitsvertrag) der Mutter abhängig gemacht werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unkomplizierte Antragstellung für „Praktisches Jahr in Teilzeit“ bei Universität und/oder Landesprüfungsamt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bundesländerübergreifende Regelungen in der Ableistung des Praktischen Jahres in Teilzeit anstreben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Fehltage im Praktischen Jahr wegen Krankheit des Kindes ohne Anrechnung auf Urlaubstage entsprechend den sonstigen gesetzlichen Regelungen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Organisation der Kinderbetreuung an der Universität und in (Lehr-)Krankenhäusern	ja	nein	geplant
Beratungsstelle und Vermittlung von Betreuungsangeboten, zum Beispiel Familienservice, Studentenwerk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzjährige Nutzung im Semester und in Semesterferien (Famulaturen, Praktika, Forschung, Dissertation, Prüfungsvorbereitungen, Job zur Existenzsicherung etc):			
Krippe für Kinder von 0 bis 3 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindergarten für Kinder von 3 bis 6 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hort für Kinder mindestens im Grundschulalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindertagesstätte qualitativ hochwertig, studienplatznah. Öffnungszeiten kompatibel mit Studienzeiten, d. h. mindestens von 7:00 bis 19:00 Uhr, täglich, auch an Wochenenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Absolvierung von Kursen oder Vorlesungen in peripheren (Lehr-)Krankenhäusern, Möglichkeit der Nutzung von deren Kinderbetreuungseinrichtungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wickel-, Stillräumlichkeiten, „betreute Kinderzimmer“ für Kinder von Studierenden und ggf. auch für Kinder von Patientinnen und Patienten vorhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Räumen für von Studierenden selbst betriebene Kinderbetreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Mensa Kinderstühle und Kindermahlzeiten, Flaschenwärmer, Lätzchen etc. vorhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote der Universität für Hausaufgabenbetreuung und Nachhilfe (kostenlos oder entgeltlich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Finanzierung des Studiums für studierende Eltern	ja	nein	geplant
BAföG mit Kinderzuschlag auch über die Mindeststudienzeit hinaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterzahlung von BAföG auch in „inaktiven“ Semestern – wegen Krankheit, Geburt, Erziehung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilzeitstudium mit einer Teilzeitfinanzierung (Teilzeit-BAföG) ermöglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erlass der Studiengebühren für Studierende mit Kind oder Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung von Stipendien für Studierende mit Kindern, zum Beispiel im Praktischen Jahr (keine Zuverdienstmöglichkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung von Fonds für Zuschüsse zur Ausstattung von Kinderbetreuungsräumen an der Uni (Möbel, Spielsachen), für Kinderbetreuungskosten für Studierende, deren Kinder besondere Betreuung benötigen, zum Beispiel wegen akuter oder chronischer Erkrankung oder Krankenhausaufenthalt der Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung von zinslosen oder zinsarmen Darlehen für Studierende mit Kind oder Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzierung von Hilfe im Haushalt während des Studiums oder der Promotionszeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studentenwohnheime mit Wohnungen bzw. Wohngemeinschaften für Studierende mit Kind oder Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Organisation der Studierenden selbst	ja	nein	geplant
Die Fachschaft hat Beauftragte für das Thema „Studieren mit Kind“ und Informationsmaterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jährliche Einführungs- und Informationsveranstaltungen für Studierende mit Kind oder Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patinnen und Paten für Studierende am Studienbeginn mit Kind oder Kindern in der Anfangszeit des Studiums.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßiger Erfahrungsaustausch der Studierenden mit Kind oder Kindern: Studium, Praktika etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Serviceangebote für familiäre Aufgaben und private Haushaltsführung	ja	nein	geplant
Angebote zur Hausaufgaben- und Ferienbetreuung und zur Obhut bei leichten Erkrankungen der Kinder bzw. bei Ausfall der sonstigen Kinderbetreuung, zum Beispiel Tagesmutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebote aus der Mensa Familienmenüs nach Hause mitzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsservice, Bügelservice, Unterstützung bei der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verknüpfung von Betreuungsbedarf und Haushaltsführung mit Rentnerinnen-/Rentnerbörse für ehemalige Klinik-/Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkrete Angebote für studierende Väter, zum Beispiel Vaterbeauftragter (siehe Charité, Berlin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Gesundheitliche Prävention und Persönlichkeitsbildung fördern durch Fortbildungsangebote	ja	nein	geplant
Kommunikationstraining, Entspannungstechniken, Stressmanagement, Burnout-Prophylaxe, Raucherentwöhnung und sportliche Angebote, zum Beispiel für Skigymnastik, Rückengesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen	ja	nein	geplant
Gute Chance, sich als familienfreundlicher späterer Arbeitsplatz zu positionieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famulantinnen und Famulanten sowie Studierende im Praktischen Jahr wollen gute Lehre und Mentoring. Sie beobachten aber auch genau, wie mit Ärztinnen mit Kind oder Kindern und mit Ärzten in der Elternzeit umgegangen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichst Aufwandsentschädigung während des Praktischen Jahres, da keine Zuverdienstmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Vergabe von Stipendien an diejenigen, die später in dieser Klinik ärztlich tätig werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Einbindung in „Lokale Bündnisse für Familie“ und ggf. Zertifizierung durch die Gemeinnützige Hertie-Stiftung	ja	nein	geplant
Teilnahme in „Lokalen Bündnissen“ möglich? (In „Lokalen Bündnissen“ setzen sich zunehmend auch Krankenhäuser, Praxen und MVZ für die Gestaltung einer familienfreundlichen Studien-, Arbeits- und Lebenswelt ein).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das „audit berufundfamilie“ durch die Gemeinnützige Hertie-Stiftung anstreben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zertifizierte Betreuungsangebote durch das audit berufundfamilie der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bundesärztekammer, modifiziert 2010 nach Astrid Bühren (abuehren@t-online.de), DÄB

15 Krankenhäuser mit familienfreundlichen Einrichtungen

Nachfolgende Kliniken sind aufgelistet entsprechend ihren eigenen Angaben. Diese besagen, dass Plätze für bestimmte Altersgruppen und für Kinder von ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorhanden sind. Die Öffnungszeiten differieren sehr, und ggf. können auch Wartelisten durch begrenzte Kapazitäten bestehen. Diese Liste ändert sich fortlaufend. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

- vorhanden
- nicht vorhanden
- in Planung

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
AMEOS Diakonie-Klinikum	Ueckermünde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anstalt Bethel Stiftungsbereich Vor Ort Fach- krankenhaus Homborn	Breckerfeld- Zurstraße	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asklepios Klinik Birkenwerder Kita „Morgenstern“	Birkenwerder	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bavaria Klinik Freyung GmbH & Co. KG	Freyung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg	Hamburg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg-Buchholz GbR	Duisburg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bezirksklinikum Gabersee	Wasserburg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau	Murnau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brunnen-Klinik	Horn-Bad Meinberg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burg-Klinik	Stadtlengsfeld	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
Caritas Krankenhaus	Bad Mergentheim	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diakonie-Krankenhaus	Schwäbisch Hall	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diakoniekrankenhaus Halle	Halle/Saale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diakonissenkrankenhaus Dessau	Dessau	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diakonissen-Stift-Krankenhaus gGmbH, Standort Stiftungs-krankenhaus	Speyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enzkreis-Kliniken gGmbH	Mühlacker	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH	Berlin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evangelische Stiftung Tannenhof	Remscheid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fachklinik Holstein	Lübeck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fachklinik Lenggries	Lenggries	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachkrankenhaus Uchtsprunge	Uchtsprunge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frankenklinik	Bad Neustadt/Saale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH	Neumünster	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Georg-August-Universitäts-Klinikum Göttingen	Göttingen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gertrudis-Hospital Westerholt	Herten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gemeinschaftskrankenhaus Maria Hilf/St. Josef im Kreis Ahrweiler, Standort Krankenhaus Maria-Hilf	Bad Neuenahr-Ahrweiler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftskrankenhaus Maria Hilf/St. Josef im Kreis Ahrweiler, Standort St. Josef Krankenhaus	Adenau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hardtwaldklinik, Neurologische Akutklinik	Bad Zwesten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
Heinrich Mann Klinik	Bad Liebenstein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Helfenstein Klinik Geislingen	Geislingen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
HELIOS Klinikum Aue	Aue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HELIOS Klinikum Erfurt GmbH	Erfurt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- und Gefäß-Klinik GmbH	Bad Neustadt/Saale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospital zum Heiligen Geist	Kempfen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Johanniterkrankenhaus Bonn	Bonn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kath. Marienkrankenhaus gGmbH	Hamburg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiliani-Klinik	Bad Windsheim	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klinik am Eichert	Göppingen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klinik für Handchirurgie	Bad Neustadt/Saale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik Mönnesee	Mönnesee-Körbecke	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klinik Norddeich	Norden-Norddeich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klinik Löwenstein gGmbH	Löwenstein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik Öschelbronn	Niefern-Öschelbromm	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Augsburg	Augsburg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Chemnitz gGmbH	Chemnitz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Coburg gGmbH	Coburg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum der Medizinischen Universität zu Lübeck	Lübeck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum der Universität Regensburg	Regensburg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Eilbeck – Schön Kliniken	Hamburg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
Klinikum Emden-Hans-Susemihl-Krankenhaus	Emden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Fürth	Fürth	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH	Garmisch-Partenkirchen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Ingolstadt GmbH	Ingolstadt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Kassel	Kassel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Lüdenscheid	Lüdenscheid	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klinikum Nürnberg	Nürnberg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Offenbach GmbH	Offenbach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Klinikum Rosenheim	Rosenheim	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Stuttgart (Katharinenhospital, Olgahospital, Bürgerhospital, Krankenhaus Bad Cannstatt)	Stuttgart	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	Trier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhaus Neustadt der Region Hannover	Neustadt am Rbge.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenanstalt Mutterhaus der Borromäerinnen e. V.	Trier	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt Städtisches Klinikum	Dresden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus Neuwittelsbach	München	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhaus Nordwest GmbH	Frankfurt am Main	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhaus Siloah	Pforzheim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreiskrankenhaus Mechnich GmbH	Merchnich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg	Bonn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital	Flensburg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maria-Theresia-Klinik	München	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Markus-Krankenhaus	Frankfurt am Main	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naemie-Wilke-Stift Guben	Guben	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Klinik GmbH	Bad Neustadt/Saale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthop. Heilanstalt der Hessing Stiftung	Augsburg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädische Fachklinik Schwarzach	Schwarzach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR	Klingenmünster	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfeiffersche Stiftungen	Magdeburg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psorisol Fachklinik für Hautkrankheiten und Allergologie	Hersbruck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychosomatische Klinik	Bad Neustadt/Saale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehazentrum Quallenhof	Bad Wildbad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rhein-Sieg-Klinik	Nürnbrecht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ruppiner Kliniken	Neuruppin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saaletaklinik	Bad Neustadt/Saale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segeberger Kliniken	Segeberg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
St.-Antonius-Hospital	Eschweiler	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
St.-Christophorus Krankenhaus GmbH	Werne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Städt. Klinikum München GmbH Klinikum Schwabing	München	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Städtisches Klinikum Dessau	Dessau	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH	Görlitz	■	■	□
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig	Leipzig	■	■	□
Städtisches Krankenhaus	Kiel	■	■	□
Universitätsklinikum Aachen	Aachen	■	■	■
Universitätsklinik Eppendorf	Hamburg	■	■	■
Universitätsklinikum Bonn	Bonn	■	■	■
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, AöR	Dresden	■	■	□
Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle	Halle	■	■	□
Universitätsklinikum Düsseldorf	Düsseldorf	■	■	□
Universitätsklinikum Essen	Essen	■	■	■
Universitätsklinikum Freiburg	Freiburg	□	■	□
Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen	Gießen	■	■	■
Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg	Marburg	■	□	□
Universitätsklinikum Leipzig	Leipzig	■	■	□
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.	Magdeburg	■	■	□
Universitätsklinikum Münster	Münster	■	■	□
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel	Kiel	■	■	□
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck	Lübeck	■	■	□
Universitätsklinikum Tübingen	Tübingen	■	■	■
Universitätsklinikum Ulm	Ulm	■	□	□

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
Waldkrankenhaus R. Elle gGmbH	Eisenberg	■	■	□
Werner-Schwidder-Klinik	Bad Kozingen	■	■	■
Westfälische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Warstein	■	■	■
Zentralklinik Bad Berka GmbH	Bad Berka	■	■	□

Folgende Kliniken haben zwar keine eigene Kinderbetreuung im Haus, aber nach eigenen Angaben eine enge Zusammenarbeit mit privaten oder städtischen Kindertageseinrichtungen. Darüber hinaus kann eine Kinderbetreuung auf Wunsch organisiert werden.

Name der Klinik	Ort	Plätze für folgende Altersgruppen		
		0–3 J.	3–6 J.	6–10 J.
Dietrich Bonhoeffer Klinikum	Neubrandenburg	■	■	□
HELIOS Kliniken Schwerin	Schwerin	■	■	□
Kreiskrankenhaus Torgau, „Johann Kentmann“ gGmbH	Torgau	■	■	□
Knappschafts-Krankenhaus Recklinghausen Zusammenarbeit mit „Kinderhaus Rasselbande“	Recklinghausen	■	■	■
Stadtklinik Werdohl	Werdohl	■	■	■
Marienhospital Letmathe	Iserlohn	■	■	■
Universitätsklinikum Rostock	Rostock	■	■	□

Bundesärztekammer, 2010, erstellt auf Basis der Liste des Deutschen Ärztinnenbundes (Stand der Meldungen: 02.09.2010)

Anhang

Stichwortverzeichnis

- A**
Ambulanter Sektor 70, 75
Arbeitsorganisation 51, 101
Arbeitszeit 43, 51, 52, 53, 62, 101, 106, 117
Arbeitszeitflexibilisierung 41, 42, 43, 44
Arbeitszeitmodelle 52, 53, 54, 56, 71, 87, 114
Arbeitszeitrichtlinien 52
Arbeitszufriedenheit 25, 32
Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin 7
ärztliche Berufstätigkeit 14, 24, 26, 34, 83
ärztliche Organisationen 79
audit berufundfamilie 67, 97, 98, 99, 100, 102, 105, 116, 120, 126
Auditierungsprozess 100, 101
Ausland 7, 12, 15, 52, 106
- B**
Babysitterbörse 55, 89
Belegschaftsbefragungen 100
Bereitschaftsdienstzentralen 70, 74
berufundfamilie 51, 97, 98, 99, 100, 102, 110
betriebseigene Kinderbetreuungs-
einrichtungen 37
Betriebsvereinbarungen 52
betriebswirtschaftliche Einsparpotentiale 14, 112
Beziehungskultur 23
Bügelservice 114, 125
- C**
Chancengleichheit 44, 47, 49
Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“ 112
Checkliste „Die familienfreundliche Niederlassung“ 117
Checkliste „Medizin studieren mit Kind“ 121
Curriculum „Ärztliche Führung“ 25, 31, 32, 33
- D**
demografischer Wandel 25
Depression 20, 24
Deutscher Ärztetag 82
Deutscher Ärztinnenbund (DÄB) 35
- DGB-Index „Gute Arbeit“ 30
Diversity Management 33, 34
- E**
Ehevertrag 13
Einkaufsservice 114, 125
Einkommen 13
Einzelpraxis 71, 72, 73
Elterngeld 12, 19, 24
Elternzeit 19, 21, 24, 37, 41, 42, 44, 46, 47, 56, 61, 75, 85, 89, 112, 122, 125
Erfolgsfaktor Familie 5, 85, 86, 105, 110
Erziehungszeit 13
EU-Arbeitszeitrichtlinien 52
Exemplarische Kinderbetreuungsmodelle 14, 55, 58
externe Betreuungsangebote 48
- F**
Facharztweiterbildung 63
Fakultäten 46, 49
Familienbewusste Personalpolitik 99
Familienbewusste Unternehmensführung 85
Familienfreundliche Arbeitsbedingungen 50
Familienfreundlicher Arbeitsplatz 70
familienfreundliches Krankenhaus 51, 56
familienfreundliche Tarifpolitik 7
Feminisierung der Medizin 12, 17
Ferien-, Notfall- und Hausaufgaben-
betreuung 55
flexible Arbeitszeiten 7, 37, 44
Förderprogramm 64
Förderung der Teamkultur 101
Fremdbetreuung 18, 24
frühe Prävention 93
Führungskräfteschulungen 100
Führungskultur 25, 28, 33
Führungsverhalten 14, 25
- G**
Ganztagsbetreuung 39, 70, 120
Ganztagsschulen 70, 106
Geburtenhäufigkeit 11
Gemeinschaftspraxis 71, 117, 118
Gender Mainstreaming 47, 48
gesellschaftliche Rollenzuschreibungen 11
Gesundheit 14, 16, 20, 24, 26, 104
Gesundheitsbranche 26, 98, 107
Gesundheitsförderung 93, 94
- Gesundheitswesen 11, 14, 25, 26, 27, 28, 29, 86, 97, 103
Gleitzeitmodelle 43
globaler Wettbewerb 25
Globalisierung 29
- H**
Hausaufgabenbetreuung 35, 36, 55, 70, 120, 123
haushaltsnahe Dienstleistungen 79
hierarchische Strukturen 31
Hort 44, 48, 59, 120, 123
- J**
Jahreskonten 53
Jobsharing 12, 71, 118
- K**
Karriere 5, 21, 23, 24
Karrierechancen 113
Kinderbetreuung 5, 18, 19, 20, 21, 22, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 46, 48, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 61, 63, 64, 65, 69, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 89, 100, 114, 118, 120, 121, 123, 125
Kinderbetreuungsangebote 36, 79, 85, 114, 115
Kinderbetreuungsmöglichkeiten 55, 70, 75
Kinderförderungsgesetzes 75, 78
Kinderfrau 19, 55
Kindergarten 44, 65, 66, 77, 81, 88, 106, 120, 121, 123
Kinderkrippe 64, 66, 69, 82, 101
Kindertageseinrichtungen 78
Kindertagespflegeplätzen 77
Kindertagesstätte 45, 48, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 78, 79, 80, 84, 98, 123
Kosten-Nutzen-Rechnung für
Kinderbetreuung 58
Krankenhaus Barometer 36, 38, 40, 49, 108
Krippe 17, 19, 44, 64, 67, 101, 120, 123
KTQ-Verfahren 27
- L**
Lebensarbeitszeitkonten 53
Lebensqualität 7, 20, 74, 103
Leitbild des Klinikums 102
Lokale Bündnisse für Familie 88, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 105, 111, 116, 120, 126
- M**
Managementinstrument zur Vereinbarkeit ... 97
medizinische Fakultäten 44, 46, 121
Medizinisches Versorgungszentrum 71, 118
Mehrfachbelastung 62
Mitarbeiterentwicklung 30
Mitarbeiterorientierung 33
Mutterschutz- und Bundeserziehungsgesetz 46
- N**
nacheheliche Eigenverantwortung 13
Nachwuchsförderung 14, 104
Netzwerk 56, 85, 89, 93
Netzwerkbüro 86, 87, 110
Notfallbetreuungsangebot 63
Novellierung des Arbeitszeitgesetzes 44
- O**
Öffnungszeiten 35, 37, 39, 45, 58, 63, 64, 67, 83, 93, 114, 123, 127
Ökonomisierung 27, 28
Organisationsstrukturen 48
- P**
Paradigmenwechsel 13, 103
Personalentwicklung 14, 28, 102, 112
Praktisches Jahr 47, 116, 119, 122, 124, 125
Praxisgemeinschaft 71, 84, 85, 118
- Q**
Qualitätsmanagementsysteme 48
- R**
Rabenmutter 15
Rente 13, 16, 21
Rückkehrquote der Beschäftigten 41
- S**
Scheidung 13, 21
Schlüsselpositionen 31
Schulferien 65, 81, 117, 118
Service für Familien 51, 102

Copyright für Fotos

Seite	Titel	Fotograf/Institution
1	Titel-Collage	fotolia
5	Porträt Dr. phil. Kristina Schröder – Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
6	Porträt Dr. med. Philipp Rösler – Bundesminister für Gesundheit	Bundesministerium für Gesundheit
7	Porträt Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe – Präsident der Bundesärztekammer	Bundesärztekammer
18	Familie Terwort	Tanja Wischermann-Becker, „Die Foto-Gräfin“, Bottrop
22	Vater und Kind im Rapsfeld	fotolia
27	Ärztin untersucht Kleinkind	fotolia
33	Kinder kommunizieren	fotolia
34	Mutter und Tochter Terwort	Tanja Wischermann-Becker, „Die Foto-Gräfin“, Bottrop
36	Junge mit Lupe	fotolia
45	Mutter liest mit Kind in Bibliothek ein Buch	fotolia
46	Schwangere Frau mit Tochter	fotolia
50	Ärztin untersucht schwangere Frau	fotolia
53	Mutter und Sohn arbeiten gemeinsam am Laptop	fotolia
54	Uhr	Pixelio
56	Broschüre „Die Marburger-Bund-Kampagne“	Marburger Bund
59	Lernen macht Spaß	fotolia
61	Damalige Bundesfamilienministerin, Dr. med. Ursula von der Leyen besucht die Kindertagesstätte der BGU Murnau	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik (BGU) Murnau
68	Medizinstudentin mit Kind an der Universität Ulm	Hubert Liebhardt, Jörg M. Fegert
72	Vater kocht	fotolia
75	Kleinkind malt	fotolia
76	Kleinkind und Erwachsene malen gemeinsam	fotolia
80	Mädchen mit Farbe beschmiert	fotolia
81	Ausflug zum Schloss Benrath	Ärztekammer Nordrhein
82	Ausflug in den Wald	Ärztekammer Nordrhein
84	Geschwister	fotolia
88	Mädchen spielen Doktor mit einem Baby	fotolia
96	Großvater wirbelt Enkelin	fotolia

Seite	Titel	Fotograf/Institution
99	Fröhliches Kleinkind	fotolia
105	Ärztinnen am Röntgenbild	fotolia
109	Porträt Dr. Magdalena Benemann	privat
109	Porträt Nina Bertram	privat
109	Porträt Monika Buchalik	privat
109	Porträt Dr. Astrid Bühren	privat
110	Porträt Dr. Cornelia Goesmann	privat
110	Porträt Angela Kienle	berufundfamilie gGmbH
110	Porträt Dr. Regina Klakow-Franck	privat
110	Porträt Anine Linder	Ingo Heine, Presse- und Reportagefotos
111	Porträt Dr. Annegret E. Schoeller	Tanja Wischermann-Becker, „Die Foto-Gräfin“, Bottrop
111	Portät Dr. Jan W. Schröder	Servicebüro Lokale Bündnisse für Familie
111	Porträt Prof. Dr. Babette Simon	privat

Copyright für Abbildungen

Seite	Titel	Person/Institution
29	Abbildung 1: Die ganz normale Leistungslücke von Organisationen	Klaus Doppler
30	Abbildung 2: DGB-Index Gute Arbeit 2009 – So werden die Arbeitsdimensionen beurteilt	2009 DGB-Index Gute Arbeit
32	Abbildung 3: Curriculum „Ärztliche Führung“ – Vermittlung von Kompetenzen und Instrumente auf unterschiedlichen Ebenen	Bundesärztekammer
38	Abbildung 4: Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen	Deutsches Krankenhausinstitut
40	Abbildung 5: Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder	Deutsches Krankenhausinstitut
41	Abbildung 6: Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme	Deutsches Krankenhausinstitut
43	Abbildung 7: Arbeitszeitflexibilisierung	Deutsches Krankenhausinstitut
54	Abbildung 8: Aufzählung von möglichen flexiblen Arbeitszeitmodellen	Magdalena Benemann
62	Abbildung 9: Grafische Darstellung der Kosten-Nutzen Rechnung 2008 für die Kindertagesstätte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik (BGU) Murnau

Dieses Handbuch ist vor allem an Medizinstudierende sowie an junge Ärztinnen und Ärzte gerichtet, die Studium beziehungsweise Beruf und Familie miteinander vereinbaren möchten. Aber es ist auch hilfreich für Personalverantwortliche von Krankenhäusern, Universitätskliniken, Medizinische Versorgungszentren, Praxen und Kommunen, welche die Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung qualitativ so gestalten wollen, dass der ärztliche Nachwuchs dort verbleibt.

Themen dieses Handbuches sind: Work-Life-Balance berufstätiger Mütter und Väter, Unternehmenskultur, familienfreundliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und im ambulanten Sektor etc., Beispiele von Kinderbetreuungsmodellen, Angebotsstrukturen für Familien wie das „Unternehmensnetzwerk Erfolgsfaktor Familie“, „Lokale Bündnisse für Familie“ sowie das „Audit berufundfamilie“, praktische Checklisten und Anforderungsprofile und ein Überblick über Krankenhäuser mit Kinderbetreuungsangeboten.

„Wie eine innovative Personalpolitik und unterstützende Netzwerke für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf konkret aussehen können, zeigen die Beispiele in diesem Handbuch.“

Dr. phil. Kristina Schröder
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

„Wir müssen also im Bereich „Familienfreundliche Arzt- aber auch Pflegeberufe“ endlich umdenken und flexibler werden. Einen Einblick, wie die familienorientierten Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte künftig aussehen können, gewährt Ihnen dieses Handbuch schon heute.“

Dr. med. Philipp Rösler
Bundesminister für Gesundheit