

„ERSTE KLASSE oder ZWEITE WAHL? Chancengerechtigkeit in der Klinik der Zukunft“

02.-03. September 2016, UKE Hamburg

Den Workshop eröffneten die drei Projektleitenden Frau Prof. Dr. **Dorothee Alfermann** (Universität Leipzig; Projektkoordinatorin), Herr Prof. Dr. **Tobias Keck** (UKSH, Campus Lübeck) und Herr Prof. Dr. **Hendrik van den Bussche** (UKE) mit der Vorstellung des Verbundvorhabens, welches Transfermaßnahmen zur gendersgerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin entwickelt und in die klinische Praxis umgesetzt hat. Die insgesamt 40 Teilnehmenden kamen aus unterschiedlichen Funktionen und Bereichen, Klinikerinnen, Gleichstellungsbeauftragte, Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung, Betriebsärzte, Mitarbeitende des Personalmanagements sowie in der Medizin beratend Tätige. Durch die Veranstaltung führte und moderierte Frau **Jessica Hanneken** (Rechtsanwältin und tätig in der Apotheker- und Ärztekammer).

Freitag

Im ersten Vortrag zu „Familienfreundliche Chirurgie – Handlungsempfehlungen zu Familie und Karriere in der Chirurgie“ am Freitag stellt Frau Dr. **Stefanie Schierholz** (Teilprojekt Lübeck; Wiebke Zweig, Sarah Prediger) die einleitende und exemplarische Frage, wie sich Familie und Beruf im ärztlichen Beruf und hier speziell für Chirurginnen vereinbaren lassen und was dazu benötigt wird.

Das Lübecker Teilprojekt hospitierte in sechs Pilotkliniken in verschiedenen Teilen Deutschlands, erfasste in den Kliniken den Ist-Zustand und machte eine Bedarfsanalyse hinsichtlich gender- und familienoptimierter Strukturen. Anschließend wurden Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen und Handlungsempfehlungen gegeben. Es zeigten sich aufgrund der bundelandspezifischen Bedingungen zum Teil große Unterschiede im Bereich des Operierens während der Schwangerschaft, wobei Unsicherheiten in diesem Bereich in nahezu jeder Klinik vorherrschten. Darüber hinaus begegnete dem Team des Lübecker Teilprojekts in vielen Kliniken eine fehlende Akzeptanz von Teilzeitmodellen bis hin zu einer komplett fehlenden „Teilzeitkultur“. Darüber hinaus waren fast nie Patenschaftsprogramme zur Karriereentwicklung (semi-)formalisiert innerhalb der Klinik

vorhanden, maximal wurde von einer informellen Durchführung von Patenschaften berichtet. Auftretende Hindernisse bei der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen waren im wesentlichen Alltagsdynamiken, Ressourcenmangel (zeitlich, personell, finanziell), zum Teil mangelnde Unterstützungsmöglichkeiten der betriebsärztliche Dienste und Personalwechsel auf Leitungsebene im Verlauf des Veränderungsprozesses. In den Pilotkliniken wurden u.a. Maßnahmen im Bereich schwanger Operieren und alternative, weiterbildungsrelevante Beschäftigungsmöglichkeit in der Schwangerschaft, Weiterbildungsstrukturierung und klinikinterne Vernetzung von Müttern in der Chirurgie umgesetzt.

In der anschließenden Diskussion wurden folgende Punkte besprochen:

Zur Umsetzung von Operieren in der Schwangerschaft gibt es keine zentrale Organisationseinheit, jeder/jede kann das anstoßen und es ist nicht auf einmal veränderbar. In einzelnen Pilotkliniken wurden Arbeitsgruppen dazu gebildet und Kolleginnen dürfen dort jetzt elektive, auf die Schwangerschaft angepasste Operationen vornehmen.

Nach aktuellem Wissenstands der Projektmitarbeiterinnen wurden in den beteiligten Pilotkliniken keine neuen Teilzeitmodelle umgesetzt (Stand September 2016).

Die Akzeptanz einer chirurgischen Tätigkeit während der Schwangerschaft ist abhängig von der Führungskultur, jedoch nicht nur durchgesetzt durch die chefärztliche, sondern durch alle Ebenen. Notwendig sind eine aktive Kommunikation und eine Sensibilität. Ärztinnen, die schwanger operieren wollen, müssen sich mit vielen Hürden auseinandersetzen und sind zum Teil auch die Ersten in der jeweiligen Klinik, die den Wunsch nach einer fortlaufenden Tätigkeit ansprechen, dazu benötigen sie „Rückgrat“, um diese Forderungen durch die Instanzen und gegen mögliche Widerstände einzufordern und sich gegen das oftmals praktizierte Beschäftigungsverbot durchzusetzen.

In der vertiefenden Session: „Pro & Contra Operieren in der Schwangerschaft“ sprach zum einen Frau **Maria Elisabeth Berner** (Stellvertretende Leiterin der Abteilung C, Leiterin des Referates C/3 des Saarlands, Medizinischer und sozialer Arbeitsschutz) aus Sicht der Legislative zu den Bedingungen und dem Ursprung des Mutterschutzgesetzes und der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz. Die individuelle Sicht vertrat Frau **Zarah Hirche** (Fachärztin für Allgemein Chirurgie, Proktologin, Klinikum Ludwigshafen am Rhein) in einem persönlichen Erfahrungsbericht über den Parcours durch die Instanzen, den sie absolvieren musste, um auch als schwangere Ärztin weiterhin operieren und ärztlich tätig sein zu dürfen.

Nach beiden Impulsen wurde in der Diskussion sehr deutlich, dass es zu diesem Thema keine einheitliche Regelung gibt, auf die sich schwangere Ärztinnen berufen und somit auch

verlassen können. Vielmehr sind es immer noch individuelle Kämpfe der jeweiligen Ärztin, ihre Rechte durchzusetzen und durch die Bekanntgabe der Schwangerschaft nicht mit einem generellen Beschäftigungsverbot auf die Auswechselbank zu geraten.

Diese Beschäftigungsverbote sind oftmals einfacher umzusetzen für die Kliniken als den Arbeitsplatz gefähderungssicher zu machen für die schwangere Kollegin, obwohl die Richtlinien eine Abfolge der Maßnahmen vorgeben: Der Arbeitsplatz sollte in der Reihenfolge STOP – erst **S**ituation, dann **T**echnik, dann **O**rganisation und an letzter Stelle **P**erson – angepasst werden. Auf diese Rangfolge besteht ein Rechtsanspruch. Die gängige Praxis und die zum Teil immer noch individuellen Entscheidungen von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten zäumen diese Regeln jedoch oftmals von hinten auf und fangen mit der Person an, was das Beschäftigungsverbot zur Folge hat.

Allen voran gibt es aktuell keine standardisiert erstellten Gefährdungsbeurteilungen verschiedener Arbeitsplätze, wie es beispielsweise in Frankreich der Fall ist, auf die man sich als schwangere Ärztin berufen kann, die bekannt sind und mit denen die fachärztliche Weiterbildung auch planbar ist bei Familiengründung. Demgegenüber muss in Deutschland aktuell jede schwangere Ärztin für eine differenzierte und nicht pauschale Gefährdungsbeurteilung ihres (chirurgischen) Arbeitsplatzes selbst kämpfen und durch die Instanzen manövrieren. Wenn sie Glück hat, erhält sie einen positiven Bescheid in Bezug auf die Fortführung bspw. einer operativen Tätigkeit noch vor ihrer Mutterschutzzeit.

Detaillierte Hinweise und Empfehlungen zur Handhabung gibt die Seite „Operieren in der Schwangerschaft – OPIDS“ (<http://www.opids.de/start.html>).

Nach der Pause wurden die konkreten Themen der Arbeitszeit und der Kinderbetreuungsmöglichkeiten näher fokussiert.

Frau Dr. **Christine Hidas** (Nephrologie Städtische Klinik Darmstadt, Vorsitzende der Regionalgruppe Frankfurt des Ärztinnenbundes und Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen) startete mit der These, dass das geschlechtergerechte Krankenhaus der Zukunft keine „Frauenfrage“ ist sondern zentrale Aufgabe von Gesundheitspolitik und Krankenhausmanagement.

Frau Dr. **Anja Maria Mitrenga-Theusinger** (Ltd. Oberärztin, Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Klinikum Leverkusen gGmbH) stellte die verschiedenen Arbeitszeitmodelle ihrer Klinik vor und betonte, dass die Einführung flexibler Arbeitszeiten grundlegend aus den Streiks der Ärztinnen und Ärzte 2006 resultieren. Die Ansprüche der „neuen“ Generation Ärztinnen und Ärzte tragen zusätzlich zur Implementierung alternativer

Arbeitszeitmodelle bei, um auf die Bedarfe mit arbeitsorganisatorischen Maßnahmen adäquat zu reagieren, um diese Mitarbeitenden am Klinikum zu halten.

Nach der Vorstellung der unterschiedlichsten Arbeitszeitmodelle am Klinikum wurde deutlich, dass es sich dabei immer um angepasste Maßnahmen handelt, die nicht auf jede Station/Klinik im selben Verhältnis zu übertragen sind, abhängig von der Personalgröße und der jeweiligen Versorgung. Wichtig zu betonen ist jedoch, dass solche Modelle unbedingt geteilt werden müssen in einer Art Netzwerk für gute Beispiele aus der Praxis, damit der Satz „Geht nicht“ argumentativ widerlegt werden kann anhand von „Geht doch!“.

In der letzten Session des Tages wurde die Maßnahme Betriebliche Kinderbetreuung anhand von zwei Modellen aus der Praxis konkreter illustriert.

Frau Dr. **Sybille Jung** (M.A., Gleichstellungsbeauftragte der Universität des Saarlandes) berichtete von der Einführung des komplementären Betreuungsangebotes „FlexiMedKids“ der Universität des Saarlandes, welches nicht als eine reguläre Kinderbetreuungsmöglichkeit konzipiert wurde, sondern sich als ein komplementäres „add-on“-Angebot für Notfälle versteht.

Frau **Charlotte Lampe** (Development Manager Germany, Sodexo) stellte die betriebliche Kinderbetreuungsstätte des Bundeswehrkrankenhauses der Stadt Ulm und deren pädagogisches Konzept vor.

In der den Tag abschließenden Diskussion wurde nochmals das Thema des Operierens während der Schwangerschaft aufgegriffen und die Forderung nach einer Vereinheitlichung gestellt. Ideal wäre eine offensive Information durch den Arbeitgeber hinsichtlich der Regelungen zu Arbeitstätigkeiten und fachärztlicher Weiterbildung bei Eintreten einer Schwangerschaft der Ärztin schon bei Einstellung, verbunden mit weiteren Informationen zu Mutterschutz- und Elternzeitregelungen, Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes, regelmäßigen Gesprächen und Ansprechpersonen bei Fragen und Problemen. Damit würden Ärztinnen nicht in die Zwangslage versetzt, sich individuell ihre Rechte erkämpfen zu müssen, sondern die Arbeitskultur der Familienfreundlichkeit würde schon zu Beginn der Tätigkeit deutlich werden. Eventuell könnten diese umfangreichen Informationen bei der Einstellungsuntersuchung durch den Betriebsarzt, die Betriebsärztin der neuen Mitarbeiterin, dem neuen Mitarbeiter ausgehändigt werden.

Für die Umsetzung all dieser förderlichen Maßnahmen benötigt es dringend den Einbezug der Verwaltung, die die Bedarfe kennen muss, um handeln zu können.

Sonnabend

Den zweiten Tag des Workshops einleitend ging Frau Prof. Dr. Dorothee Alfermann noch einmal grundlegend auf die Ausgangsbedingungen für Frauen in der Medizin in Deutschland ein, um auf die Notwendigkeit arbeitsstruktureller und –organisatorischer Maßnahmen hinzuweisen, denen sich das Verbundvorhaben in den letzten beiden Jahren intensiv gewidmet hat. Auf der einen Seite sehen wir einen zunehmenden Anteil an Medizinstudentinnen, einen fast gleichen Anteil von Ärztinnen im Beruf, dann aber Geschlechterdifferenzen in zentralen Fachdisziplinen, den zeitweisen Ausstieg von Ärztinnen aus dem Beruf, die geringe Besetzung von Führungspositionen durch Ärztinnen, was durch immer noch bestehende Stereotype und eine bestimmte Arbeitskultur bedingt ist.

Im ersten Vortrag stellte Frau Dr. **Swantje Reimann** (Teilprojekt Leipzig) aus diesen empirischen Ergebnissen folgernd Handlungsempfehlungen zu Arbeitsstruktur und Personalentwicklung vor, die eine gendersgerechte Arbeitsorganisation an Klinika gelingen lassen können.

Eine grundlegend notwendige Strategie muss es demnach sein, Gendersgerechtigkeit und Vereinbarkeitsfreundlichkeit im Leitbild der Organisation Krankenhaus zu verankern, als Top-Down-Strategie, also von der Führungsebene mit Bedeutsamkeit versehen werden. Wichtig dazu ist ein systematisches Gesamtkonzept der Umsetzung, um einen nachhaltigen Effekt hervorzubringen. Aus dieser Strategie können dann Maßnahmen resultieren, die das Personalmanagement federführend umsetzen kann, wie alternative Arbeitszeitmodelle, Führung in Teilzeit, Kinderbetreuungseinrichtungen, transparente Leistungskriterien und strukturelle Vereinheitlichungen. Das Personalmanagement kann weiterhin die Bildung von Arbeitsgruppen anstoßen, um unterschiedliche Akteurinnen und Akteure auf verschiedenen Positionen zu vernetzen und konsentrierte Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen. In diesen Prozess sollten Führungskräfte und weitere ärztliche Mitarbeitende sowie die Vorstandsebene des Krankenhauses eingebunden werden. Entscheidend ist, bei möglichst vielen Führungskräften das Interesse und die Sensibilität für diese Themen zu wecken und sie aktiv in die Entwicklungsschritte einzubinden. Neben fachlichen, sozialen und organisatorischen Führungskompetenzen sollten Führungskräfte auch die Kompetenz ausbilden, gendersgerechte Arbeitsstrukturen umzusetzen und geschlechterbewusst zu führen. Weiterhin sind standardisierte Leitfäden für Mitarbeitendengespräche notwendige Instrumente für Führungskräfte.

Im zweiten Vortrag berichtete Herr Prof. Dr. **Hendrik van den Bussche** (Teilprojekt Hamburg, UKE) zum einen von den Fragebogenergebnissen der KarMed-Studie und ging

vertiefend auf die aktuellen Bedingungen der fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland ein.

Die Darstellung der strukturellen Schwächen der fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland, vor allem im Vergleich zu anderen Ländern, machte deutlich, dass auf dieser Ebene ein enormes Entwicklungspotential liegt. Durch diese teils unregelmäßigen und intransparenten Verfahren werden alle benachteiligt, aber die Ärztinnen erfahren dadurch eine stärkere Benachteiligung, vor allem, wenn sie Kinder haben und den Spagat zwischen Beruf und Familie zum großen Teil leisten. Die zunehmende Ökonomisierung der Krankenversorgung trägt ihren Anteil dazu bei und dient oftmals als Erklärung für strukturelle Brüche. Ein großes Problem, welches die aktuelle Weiterbildungsordnung beinhaltet, ist der Nachweis der fachlichen Leistung durch Präsenzzeiten und nicht durch die begleitende Evaluation der Fähigkeiten und Kompetenzen.

Die letzte Session des Workshops wurde in Form einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung aller Teilnehmenden mit zwei handlungsleitenden Fragen durchgeführt, die sich dem Thema der Förderung einer gendersgerechten Weiterbildung widmeten. Als Ergebnis dieser Arbeitsgruppe soll ein Thesenpapier hervorgehen, welches Forderungen zur Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen in Deutschland aufstellt.

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter den Förderkennzeichen 01FP1433, 01FP1435 und 01FP1437 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.