

Familien- und karrierebewusstes Krankenhaus – Problembereiche und nötige Schritte

Zusammenfassung

Der hier vorliegende Beitrag versucht das umfassende Spektrum der Vereinbarkeitsfragen von Arztberuf und Familie zu beschreiben. Viele Themen greifen ineinander und überlappen sich an einigen Stellen. Familienfreundlichkeit in der kurativen Medizin, im Gesundheitswesen, im Medizinstudium und in der Ärzte Aus-, Fort- und Weiterbildung ist ein zukunftsweisendes Schlüsselthema der aktuellen Gesundheits- und Familienpolitik. Der steigende Frauenanteil und der Wandel in der Ärzteschaft charakterisieren die Medizin der Zukunft. Dabei müssen die Themen Arbeitszeit und Arbeitsorganisation ebenso wie Familienförderung und Mutterschutz stärker insbesondere für Beschäftigte im Gesundheitswesen diskutiert werden. In dieser Überblicksarbeit wird beschrieben, an welchen Stellen in Deutschland die Probleme liegen, was im Krankenhauswesen bereits gut gemacht wird, aber auch verbessert werden könnte.

Schlüsselwörter: Karriereplanung, Familienforschung, Familienfreundlichkeit, Arztberuf, Vereinbarkeit, Arbeitszeitmodelle

Anmerkung

Der vorliegende Artikel basiert auf einem Vortrag des Erstautors auf einer Tagung am 10.2.2011 zum Thema „Unternehmen Krankenhaus der Zukunft“.

Aktuelle berufspolitische Debatte und Problemhintergrund

Die Debatte über bessere Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie ist sowohl in der Politik als auch in der Ärzteschaft angekommen. Ärztliche Versorgung ist nicht mehr nur eine Frage der quantitativen Bereitstellung ausreichenden Personals, sondern besonders auch eine Frage nach Lebensqualität und nach Gestaltungsmöglichkeiten von Privat- und Berufsleben. In diesem Kontext steht auch die Diskussion über Ärztemangel, Ärzteschwund oder Verteilungsprobleme, die derzeit auf der Grundlage heterogener Daten geführt wird [1], [2], [3], [4].

Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag 2009 dezidiert dazu geäußert, das Thema Vereinbarkeit in den Gesundheitsberufen zu einem zentralen Arbeitsauftrag der Familien- und Gesundheitspolitik zu machen: „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“ [5]. Das Bundesgesundheitsministerium hat 2010 einen Runden Tisch zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Gesundheitswesen eingerichtet mit dem Ziel, u.a. Hemmnisse in der

Aus- und Weiterbildung zu bekämpfen [6]. Der wissenschaftliche Beirat für Familienfragen hat in einer Neuaufgabe seines Gutachtens zu Ausbildung, Studium und Elternschaft der Medizin ein eigenes Kapitel gewidmet und konstatiert, dass nicht nur, aber vor allem auch weil die Medizin weiblich wird, sich die Studien- und Ausbildungsorganisation verändern muss [7]. Der Medizinische Fakultätentag Deutschland hat die Problematik aufgegriffen und 2010 einstimmig eine Resolution zur besseren Vereinbarkeit im Studium verabschiedet [8]. Der Präsident des Medizinischen Fakultätentages betont, dass „Vereinbarkeit von Familie und Beruf den höchsten Stellenwert für den Nachwuchs hat“ [9].

Problemfelder sind in den medizinischen Arbeitsbereichen vor allem dort, wo zeitintensiv vorwiegend hands-on gearbeitet und erhöhtes Zuwendungs-, Behandlungs- und Pflegeaufkommen (Care-Zeiten) nötig wird. Insofern muss überlegt werden, welche Arbeitszeiten bzw. Arbeitsabläufe man flexibilisieren kann. Die operativen Fächer, eine typische Männerdomäne, mit langen Zeiten im Operationsaal, sind dabei besonders stark betroffen, weshalb verstärkt Konzepte der Nachwuchsrekrutierung in der Zukunft nachgedacht wird [10]. Finden 45% der Studienanfängerinnen und -anfänger Chirurgie noch attraktiv, nimmt der Interessentenkreis bis auf 5% bei Studierenden nach dem Praktischen Jahr ab. Klassische Modelle an kleineren Krankenhäusern sehen den männlichen Oberarzt, der quasi rund um die Uhr arbeitet. Um ihn an das Krankenhaus zu binden und die Personalsituation möglichst zu stabilisieren, werden Zulagen oder andere Vergünstigungen geboten. Zukünftig kann es nicht darum gehen, dass sich kleinere Häuser durch Personalservices und Headhunter diese flexiblen und multipel einsetzbaren

Jörg M. Fegert¹

Hubert Liebhardt¹

¹ Universitätsklinikum Ulm,
Kinder- und
Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie, Ulm,
Deutschland

männlichen Fachärzte gegenseitig durch immer mehr Zugeständnisse abwerben. Vielmehr muss eine radikale Umorganisation erfolgen.

Steigender Frauenanteil im Medizinstudium, steigender Frauenanteil in der Medizin

In der allgemeinen Personalpolitik, wie im universitären Rahmen, wird viel über die so genannte Gläserne Decke gesprochen [11]. Darunter wird verstanden, dass gut ausgebildete Frauen nicht in die Führungsetagen von Unternehmen, Aufsichtsräten und in akademische Spitzenpositionen gelangen sondern quasi, wie von einer unsichtbaren eben „Gläsernen Decke“ vom Aufstieg in die Spitze abgehalten werden. Zahlen aus Baden-Württemberg in der Fächergruppe Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften zeigen, dass der Frauenanteil im Medizinstudium zunehmend steigt [<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>]. Derzeit liegt er bei 61%, wohingegen der Anteil im Jahr 2000 noch bei 52% lag. Bei den Promotionsabschlüssen von Frauen ist die Quote von 42% (2000) auf 55% gestiegen. Bei den wissenschaftlichen Mitarbeiterstellen wird noch fast die Hälfte, derzeit 46%, an Frauen vergeben. Betrachtet man die habilitierten Frauen, so liegt der Anteil gerade noch bei 25%. In Leitungspositionen finden wir nur noch einen Frauenanteil von 11%, aber mit akzeleriert steigender Tendenz.

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm liegt derzeit beispielsweise der Frauenanteil aller Angestellten bei 78%; 5% der Angestellten befindet sich in Elternzeit; im Projektbereich sind 88% Frauen beschäftigt [12]. Oftmals ist gerade in den psychosozialen Fächergruppen der Frauenanteil überproportional hoch. Ein wichtiges Anliegen ist es, den Mitarbeiterinnen, die schwanger sind oder Absichten zur Familiengründung haben, eine Planungssicherheit zu geben. Dies fordert einerseits ein erhöhtes Personalplanungsaufkommen für die Klinikleitung, andererseits können den Mitarbeiterinnen beispielsweise Forschungsstellen mit alternativen Arbeitsformen angeboten werden, die in Telearbeit und mit freier Zeiteinteilung zu organisieren sind. Außerdem wird nach Lösungen gesucht, junge Mütter schon während der Elternzeit dosiert in Forschungsprojekte (wieder-)einzubinden und an Weiterbildungsangeboten oder Veranstaltungen zu beteiligen. Problematisch bleibt jedoch die Tatsache, dass die Kontinuität im Projekt durch eine „Babypause“ gefährdet ist. Zwar hat hier die DFG, durch die großzügige Bewilligung weiterer Stellen in Vertretungszeiten, einen wichtigen Lösungsansatz eingebracht, in den meisten Projekten anderer Wissenschaftsförderer, wie dem BMBF, anderer Bundes- und Länderministerien oder EU, gibt es aber keine vergleichbaren karriere- und vereinbarkeitsfördernden Unterstützungsmaßnahmen. Lösungen von Vereinbarkeitsfragen sind nach unserer Auffassung keine reine

Privatangelegenheit von Mitarbeiterinnen, sondern gehören als zentrale Managementaufgabe zu einer modernen zukunftsorientierten Personalpolitik im Gesundheitswesen [13].

Das richtige Timing für die Familienphase

In Abbildung 1 sind Aspekte eines familien- und karrierebewussten Krankenhauses zusammengestellt, die die derzeitige Situation in der Ärzteausbildung schildern und gleichzeitig verdeutlichen sollen, dass Familie und Karriere in der Ärzteausbildung gleichen Stellenwert erhalten müssen.

Die Familiensoziologie hat sich mit Familiengründungsmodellen gerade bei Akademikerinnen und Akademikern auseinandergesetzt [14], [15]. Meist folgt das Timing der Familiengründung dem Lebensphasenmodell in einem Nacheinander der Entwicklungsschritte Ausbildung - Berufseinstieg - Berufserfahrung - Familie (siehe Abbildung 2), wobei schon in den 60er Jahren das Phänomen der weiblichen Doppelrolle in Familie und Beruf beschrieben wurde [16].

Der Anteil derer, die das Phasenmodell durchbrechen und ein Parallelisierungsmodell, also die Gleichzeitigkeit von Ausbildung bzw. Erwerbstätigkeit und Familie, eingehen, ist immer noch entsprechend vergleichbar gering [17]. Das führt dazu, dass es in Deutschland immer mehr sehr späte Erstgebärende bei Akademikerinnen gibt und einen hohen Anteil von Akademikerinnen, die sich überhaupt nicht für ein Kind entscheiden [18], [19], [20], [21]. Insofern ist ein Umdenken auch in den Leitungspositionen dahingehend notwendig, dass die Entzerrung der „rush-hour“ des Lebens in der Mitte der ärztlichen Aus- und Weiterbildung unterstützende und begleitende Maßnahmen seitens des Arbeitgebers erfordert. Das heißt auch, dass in Deutschland überlegt werden muss, inwieweit es Sinn macht, schon während des Studiums Kinder zu bekommen. Mit den Studien zur Familienfreundlichkeit im Medizinstudium wurden die Studierenden mit Kind(ern) als Expertinnen und Experten für die Ausbildungssituation mit Kind(ern) befragt. Aufgrund der Ergebnisse können nun deren Problemlage besser eingeschätzt werden. Weitere Ausführungen sind in den folgenden Beiträgen dieses Themenheftes zusammengefasst [22], [23]. 89% der Medizinstudierenden wollen Kinder [24], wobei sogar mehr Männer (79%) als Frauen (66%) eine dezidiertere Vorstellung über den Zeitpunkt der Familiengründung haben [25]. Bereits bei der Wahl der Facharztausbildung, z.B. für Anästhesie mit geregelter Schichtbetrieb anstatt für ein zeitintensives chirurgisches Fach, entscheiden sich 26% der befragten Medizinstudentinnen aufgrund einer besseren Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie, wohingegen Medizinstudenten sich eher aufgrund der besseren Zukunftsaussichten und Karriereperspektiven für eine Disziplin entscheiden [25]. Familienfreundliche Arbeitsbedingungen sind sowohl für 96% der Medizinstudierenden [24] als auch 84% der Klinikärzte [26] das

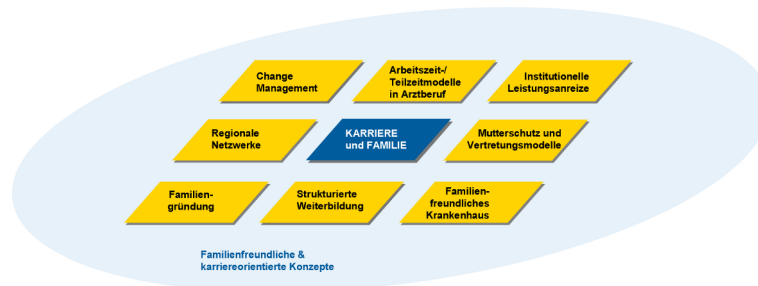


Abbildung 1: Familienfreundliches und karriereorientierte Aspekte in der Ärzteausbildung

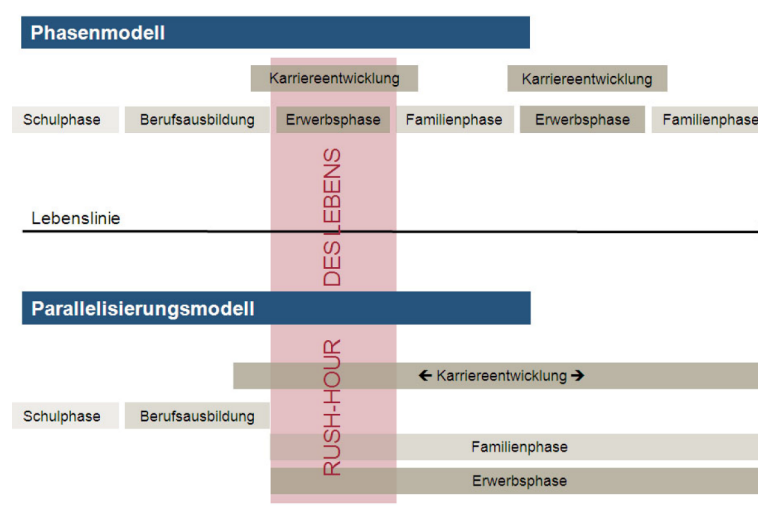


Abbildung 2: Lebensplanungsmodelle (eigene Darstellung nach Kurscheid [17] und Myrdal [16])

wichtigste Entscheidungsmerkmal im Arztberuf. Bereits 29% der Absolventinnen und Absolventen sind eineinhalb Jahre nach Studienabschluss verheiratet, 11% haben Kinder [27].

Medizinstudium mit Kind(ern)

Während des Studiums gründen nur 4,2% der Medizinstudierenden eine Familie. Diese Studierenden sind zudem meist bereits älter, haben eine Ausbildung in Gesundheitsberufen und sind neben dem Studium weiterhin erwerbstätig [22], [28], [29], [30], [31], [32]. Die Nebenbeschäftigung während des Studiums und der Familienpflichten wirkt sich entsprechend verlängernd auf die Studiendauer aus. Auf die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt zur Familiengründung sieht ein Drittel keinen idealen Zeitpunkt [22]; 42% der Befragten favorisieren den klinischen Studienabschnitt. Auffällig ist, dass 76,7% der Befragten im vorklinischen und 56,0% im klinischen Studienabschnitt Vereinbarkeitsprobleme, wie z.B. die hohe Anzahl der Pflichtanwesenheitsstunden, die spätnachmittäglichen Kurse, die verdichtete Prüfungsbelastung sowie den starren Stundenplan, erkennen. Eine Studienverzögerung müssen überwiegend Mütter (72,0%) in Kauf nehmen, während 78,4% der befragten Väter ihr Studium nicht verlangsamen müssen.

Die hier aufgeführten Beispiele sind auch übertragbar auf eine ähnliche Problemsituation in der ärztlichen

Weiterbildung, z.B. unflexible Arbeitsorganisation, schlechtes, unplanbares Zeitmanagement sowie streng regulierte Weiterbildungsvorschriften, die weniger auf Inhalte als auf strukturelle Faktoren fokussiert sind. Eine wesentliche Aufgabe für eine familienfreundliche Aus- und Weiterbildung in der Medizin wird es sein, die Strukturen stärker zu flexibilisieren und Freiräume für individuelle Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen. Familienfreundlichkeit darf aber nicht den Leistungsanspruch gefährden. Für alle in Aus- und Weiterbildung befindlichen müssen dieselben inhaltlichen Ausbildungsstandards und Leistungsanforderungen gelten. Allerdings sollten alternative Ausbildungskonzepte entwickelt werden, die eine zeitliche Flexibilität und Unabhängigkeit ermöglichen, z.B. E-Learning und Aufzeichnung von Vorlesungen, Kompensationsmöglichkeiten für Prüfungsleistungen und anwesenheitspflichtige Veranstaltungen, Lehre und Prüfungen in der Kernarbeitszeit.

Der in Ulm entwickelte Elternpass und die semesterübergreifende Vereinbarung für studierende Eltern kann ebenfalls auf das Krankenhaus in Form einer Vereinbarung mit dem Arbeitgeber zur Facharzt Ausbildung übertragen werden [23], [33]. Der Elternpass eröffnet die Möglichkeit, dass Eltern mit einer gewissen Selbstverständlichkeit wahrgenommen werden, ohne sich und ihre Situation jeweils immer wieder neu erklären zu müssen. Dies ist zwar eine Form von Symbolpolitik und definiert aber gleichzeitig eine wahrnehmbare explizit familienfreundliche Haltung eines Krankenhauses.

Mutterschutzregelungen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung

Am Runden Tisch zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Gesundheitswesen des Bundesgesundheitsministeriums wurde festgehalten, dass Mutterschutzregelungen die medizinische Aus- und Weiterbildung nicht unangemessen behindern dürfen. Die Mutterschutzregelungen sollen entsprechend überarbeitet werden [34]. Auf europäischer Ebene wird im Moment versucht, die Mutterschutzzeit von 14 auf 18 bzw. 20 Wochen zu verlängern, was die deutsche Wirtschaft ca. 1,5 Milliarden Euro kosten würde [35]. Ein interdisziplinäres Mutterschutzgutachten weist nach, dass es keine medizinische Evidenz für die Forderung der Verlängerung der Mutterschutzfristen gibt [36]. Aus medizinischer Sicht gibt es gynäkologisch, pädiatrisch, psychiatrisch und bindungstheoretisch keine stichhaltigen Forschungsergebnisse, die eine Verlängerung des Mutterschutzes rechtfertigen würden. Vielmehr bestehen in Deutschland andere Instrumente, wie beispielsweise die Elternzeit, die den Schutz für Kinder und junge Familien garantiert. Auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat sich diesem Statement angeschlossen [37]. Eine amerikanische Studie hat den Gesundheitszustand von Kindern von Gynäkologinnen, die die Schutzfristen vor der Geburt nicht eingehalten haben, mit der Gesundheit der Kinder von Ehefrauen von Gynäkologen verglichen [38]. Es wurde festgestellt, dass bei den Kindern der Gynäkologinnen, die bis kurz vor der Geburt berufstätig waren, eine höhere Rate an fetaler Wachstumsretardierung, Frühgeburtlichkeit und Präeklampsie vorkamen. Insofern muss auch beachtet werden, dass Forderungen zur Einschränkung von Schutzvorschriften welche sich allein am Karriere- oder Weiterbildungsinteresse der Mutter orientieren, ohne eine ausgewogene Gefahrenanalyse zu berücksichtigen, neue Gefahren für Mutter und Kind mit sich bringen können. Eine Versachlichung der Debatte, sowie eine Sichtung der empirischen Befundlage scheinen hier dringend geboten.

Vertretungsmodelle und Transfer von Humanvermögen

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) zahlt mittlerweile für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die wegen Schwangerschaft oder Familienpflichten (Elternzeit, Pflegemonate) ausfallen, eine zweite Forschungsstelle [<http://www.dfg.de>]. Hierbei wird aber auch eine mögliche Konkurrenzsituation zwischen Mitarbeitenden, die gerade pausieren, und der Vertretungsperson erzeugt. Bedenken könnten entstehen, inwieweit eine Vertretung vielleicht besser arbeitet und eine Weiterbeschäftigung gefährdet. In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Ulm wurde zusätzlich ein anderes Modell aufgegriffen. Die erste Seniorvertretungsprofessur einer Professorin, die an einer anderen Universität emeritiert

ist, übernimmt die Elternzeitvertretung einer W3-Professorin. Ohne Karriere- und Profilierungsabsichten kann die Seniorprofessorin sofort einsteigen und ihre Erfahrungen im wissenschaftlichen Arbeiten an jüngere Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Die Kosten sind sehr gering, da die pro-bono Professur unentgeltlich konzipiert ist.

In der Medizin könnten aktive Seniorinnen und Senioren stärker als Supervisoren in der Ärzteausbildung eingebunden werden, wie es an der Ulmer Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem anderen Kontext mit einem erfahrenen Facharzt praktiziert wird. Bisher wurden transgenerationale Transfers eher auf Pflegetransfers und Geldtransfers bezogen. Der Transfer von Humanvermögen sollte auch in den Medien stärker berücksichtigt werden.

Das familienfreundliche Krankenhaus

Sowohl das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) als auch die Bundesärztekammer haben Broschüren zum familienfreundlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus herausgegeben, in denen best-practice Beispiele und Checklisten für ein familienfreundliches Krankenhaus beschrieben sind [39], [40].

Familienkompetenz wird v.a. dadurch wertgeschätzt, dass gleichberechtigte Karrierechancen gerade auch für Ärztinnen und Ärzte sowie attraktive Grundbedingungen gegeben sind. Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern sind allerdings meist immer noch geprägt durch „Rund-um-die-Uhr-Dienst“ und kurzfristige Änderungen des Dienstplans. Für Familien ist jedoch ein verlässliches, langfristig planbares Zeitmanagement ein wesentlicher Faktor. Sind viele Väter und Mütter pro Arbeitseinheit (Station, OP) im Einsatz, erhöht sich auch das Ausfallrisiko durch beispielsweise Kinderkrankheit o.ä.. Ärzteteams brauchen also Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die extrem kurzfristig Dienste übernehmen können und dazu auch die Bereitschaft haben [40]. Oft haben Ärztinnen und Ärzte wenig Einfluss auf die Arbeitszeitgestaltung, weil alle Dienste besetzt sein müssen, weshalb es auch zu unattraktiven Arbeitszeiten kommt. Zeitmanagement wird zur absoluten Schlüsselaufgabe für die Führungsebene. Man muss sich beispielsweise verlassen können, dass Übergaben und Visiten zu dem festgesetzten Zeitpunkt stattfinden, und nicht nach den unkalkulierbaren Vorstellungen des Chefarztes/der Chefarztin frei vereinbart werden.

Anreizsysteme zur Familienförderung

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hat neben den Forschungsanreizen im Rahmen der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM), die es an fast allen deutschen Universitätsklinika gibt, eine „Familien-LOM“ ein-

geführt (<http://www.mh-hannover.de/familie.html>). Eine Abteilung der MHH erhält einen finanziellen Zuschlag, wenn eine beschäftigte Ärztin innerhalb eines Jahres nach der Geburt ihres Kindes an ihren Arbeitsplatz zurückkehrt. So wird weiblicher wissenschaftlich-ärztlicher Nachwuchs bzw. die Entwicklung von klinikinternen Unterstützungsstrukturen gefördert. Andere Krankenhäuser, beispielsweise das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, haben Umlagemodelle, also ein Pool-Modell. Schwangerschaftsvertretungen werden nicht aus dem Abteilungsbudget finanziert, sondern aus einem gemeinsamen Pool-Budget. Dadurch wird zwar nicht die fehlende Ärztin ersetzt, aber Abteilungsleiterinnen und -leiter sind nicht in finanzieller Not, wenn eine Mitarbeiterin ausfällt.

Differenzen in der Unterstützung

Im Beitrag zu praktischen Ansätzen für ein familienfreundliches Medizinstudium von Liebhardt et al. in diesem Heft wird gezeigt [23], dass familienfreundliche Maßnahmen, wie Kinderbetreuungseinrichtungen, Service und Beratung sowie Familienaudits häufiger in großen Kliniken angeboten werden. Kleinere Krankenhäuser weisen hier deutliche Defizite auf. Viele Medizin führenden Universitäten bzw. Universitätsklinika sind durch das Audit berufundfamilie der Hertie-Stiftung auditiert. Allerdings bieten bei kleineren Häusern zwischen 300 und 600 Betten nur 25% der Häuser familienfreundliche Maßnahmen [39]. In Deutschland werden Modelle benötigt, die helfen in kleinen Häusern auf dem Land erfolgreiche Familienfreundlichkeit zu praktizieren. So hat die Universität Ulm zusammen mit ihren Akademischen Lehrkrankenhäusern ein regionales Netzwerk gebildet, deren Krankenhäuser sich einmal jährlich treffen und voneinander lernen möchten. Baden-Württemberg wird in den nächsten Jahren 7 Millionen Euro in strukturelle Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung auf dem Land investieren. Die baden-württembergische Gesundheitsministerin, Dr. Monika Stolz, forderte bei der Vorstellung dieses 10-Punkte-Aktionsprogrammes in Mutlangen: „Die Medizin wird weiblicher. Wir brauchen vor Ort dringend Strukturen, die es ermöglichen, Beruf und Familie in Einklang zu bringen um damit auch den Beruf des Allgemeinmediziners attraktiv zu gestalten.“ Ein wesentlicher Punkt des Förderprogramms sei es deshalb, Einrichtungen einen Anschlag zu geben, die mit innovativen, familienfreundlichen Ansätzen zur ambulanten ärztlichen Versorgung auf dem Land beitragen [41].

Unterschiede gibt es auch zwischen Universitäten und Universitätsklinika. So haben vor allem Universitäten ihren Karriereservice professionalisiert, wohingegen an Universitätsklinika kaum Beratung beispielsweise zur Facharztbildung oder wissenschaftlicher Karriere und Vereinbarkeitsfragen angeboten wird. Hier sollten für junge Ärztinnen und Ärzte deutlich mehr Anstrengungen unternommen werden, Beratung und Services sowohl hinsichtlich Karriereplanung als auch hinsichtlich Vereinbarkeitsfragen zu Beruf und Familie anzubieten. Eine integrale

Karriere-Familie-Beratung ist gerade auch auf dem Hintergrund der sich verändernden Lebenskonzepte und -ansprüche wichtig, denn die zukünftigen Generationen legen zunehmend Wert auf eine ausgeglichene Balance von Arbeit und Familie [24], [25].

Teilzeitbeschäftigung im Arztberuf bisher Frauensache

Die Quote der Teilzeitbeschäftigung im Arztberuf liegt bei ca. 90% [20], wobei Zweidrittel davon Ärztinnen sind. Da in Zukunft eine steigende Frauenquote im Arztberuf zu erwarten ist, wird auch das traditionelle Modell „Vollzeit-Facharzt mit kontinuierlicher Überlastung bis zur Berentung“ nicht mehr das Arztbild der Zukunft sein. Die Ärzteschaft wird sich verändern, weshalb sich auch die klinischen Strukturen und Arbeitsbedingungen ändern müssen. Dabei könnte deutlich mehr Personal zeitgleich ausgebildet werden, das sich dann in Form von Jobsharing-Modellen Arztstellen teilt. Dieses Personal wird auf gleichem Ausbildungsniveau sein müssen, was jedoch Mehrkosten verursachen wird. Die Berechnungsgrundlagen und die bisherigen Annahmen zur Wertschöpfung eines Ausgebildeten in der Medizin müssen neu beziffert werden, weil es mehr Familienzeiten geben wird. Berufliche Pausen und Teilzeitarbeit sind derzeit noch geschlechtsspezifische Phänomene von Frauen, denen durch die Babypause häufig langfristige Nachteile entstehen.

Flexible Arbeitsmodelle

Arbeitszeitreduzierte Modelle, vollzeitnahe Beschäftigung sowie flexible Reduzierung von Arbeitszeiten, sind Zukunftsmodelle. Dazu braucht es allerdings technische Unterstützung, wie beispielsweise vermehrte Telearbeit und elektronisch unterstütztes, vernetztes Arbeiten, das ortsunabhängiges Arbeiten ermöglicht, insbesondere für die zunehmenden ärztlichen Dokumentationsaufgaben, die nicht am Krankenbett erledigt werden müssen. Oftmals verhindern jedoch datenschutzrechtliche Gründe alternative Lösungen, weil eine Firewall der Institution einen Zugriff auf klinikinterne Daten von außerhalb verweigert. Elektronische Lösungen müssen zukünftig stärker im Kontext von Familienpflichten entwickelt werden, weil erst durch den Ausbau von Kompetenzen für elektronische Problemlösungen eine höhere zeitliche und ortsunabhängige Flexibilisierung erreicht werden kann. Die Visiten-Kultur muss sich dahingehend ändern, dass Tagesabläufe nach arbeitszeitreduzierten Modellen umstrukturiert werden, wobei Teilzeitkräfte kein schlechtes Gewissen haben dürfen. Es braucht eine neue Kultur von Übergaben und Dienstplänen. Beispielsweise könnten elektronisch unterstützt mit Handhelds Modelle für bessere Übergaben mit gleichzeitiger Dokumentation organisiert werden.

Ärztliche Weiterbildungsordnungen

In fast allen Weiterbildungsordnungen ist eine Weiterbildung in Teilzeit möglich [23], was ein großer Schritt in die richtige Richtung ist. Jedoch dauert eine bisherige Weiterbildung ein bis vier bzw. fünf Jahre, was sich in Teilzeit entsprechend auf zehn Jahre verlängert. Problematisch dabei ist, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt dadurch sehr spät erst dem Gesundheitswesen zur Verfügung steht. Die Ärztekammern sollten hier überdenken, inwieweit die Anforderungen stärker inhaltlich anstatt nach dem entsprechenden Anstellungsverhältnis definiert werden. Auch hier könnten elektronische Lösungen die Weiterbildung bereichern und eine sinnvolle Alternative zur Präsenzausbildung bieten, um die Länge von Ausbildungszeiten zu reduzieren.

Fazit und Ausblick

Derzeit können große Kliniken Vereinbarkeitslösungen besser umsetzen. Die größten Probleme bestehen für die Medizin auf dem Land und in den operativen Fächern. Kammern und Verbände müssen Vereinbarkeitslösungen stärker fördern und Ausbildungsanforderungen in den Weiterbildungsordnungen flexibilisieren, indem primär eine inhaltliche Ausrichtung und Überprüfung erfolgt. Betriebseigene Kinderbetreuung ist wichtig, aber löst nicht alle Probleme. Männer verändern sich hin zu mehr Familienorientierung. Das Modell „Ein teurer Facharzt“ ist ein Auslaufmodell. Es braucht flexible Arbeitsmodelle in kollegialer Subsidiarität. Während für Fragen der Vereinbarkeit und Kinderbetreuung das Verständnis zunehmend wächst, ist trotz der Expertise vieler Krankenhäuser für gesundheitliche Beeinträchtigungen und Pflege im Alter, das Verständnis für die immer größer werdenden Herausforderungen an in der Medizin Tätige im Bereich der Pflege ihrer Angehörigen noch sehr gering. Das BMFSFJ hat mit dem Entwurf eines Pflegezeitgesetzes hier einen eher vorsichtigen, auf Freiwilligkeit beruhenden Ansatz in die Diskussion gebracht. Gerade im Gesundheitswesen böten sich hier Modellprojekte, welche haushaltsnahe Dienstleistungen, Pflegeleistungen und Unterstützung von Angehörigenpflege kombinieren, modellhaft an. Solche Modelle von Expertinnen und Experten, welche selbst betroffen sind, könnten auch die Qualitätsstandards in der Pflege allgemein positiv beeinflussen. Daher sollte verstärkt modellhaft gelingende Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie insbesondere in strukturschwachen Gebieten erprobt werden. Letztlich haben wir zu wenig verlässliche Daten über die Wünsche und Bedürfnisse junger Ärztinnen und Ärzte sowie gewünschter Lösungsansätze. Auf der Grundlage empirischer Daten sollten Familien-Karriere-Modelle (career-family-balance) konzipiert sowie Beratungsstrukturen dazu angeboten werden. E-Learning und ortsunabhängige elektronische Dokumentationssysteme sollten vermehrt eingesetzt werden. Familienfreundlichkeit kann dadurch gefördert werden, dass berufliche Pausen wegen Familienpflichten

nicht zum Nachteil von Angestellten und Abteilungen führen, sondern kreative Lösungen für Vertretungsmodelle entwickelt werden, die durch Umlage- und Anreizmodelle für Familie und Krankenhaus unterstützt werden.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Blum K, Löffert S. Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.; 2010.
2. Jacob R, Heinz A. Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. Trier: Universität Trier, Arbeitsgruppe angewandte Sozialforschung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; 2010.
3. Ostwald DA, Ehrhard T, Bruntsch F, Schmidt H, Friedl C. Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Darmstadt: Wifor und PricewaterhouseCoopers AG; 2010. Zugänglich unter/available from: http://www.vpkbb.org/uploads/media/Studie_Fachkraeftemangel_Gesundheit.pdf
4. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlahntwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010.
5. Bundesregierung. Wachstum. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Berlin: Bundesregierung; 2009. S.85. Zugänglich unter/available from: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducusu-fdp.pdf>
6. Bundesministerium für Gesundheit. Empfehlungen des Runden Tisches Vereinbarkeit Familie und Beruf im Gesundheitswesen vom 1. Dezember 2010. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
7. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ausbildung, Studium und Elternschaft. Analysen und Empfehlungen zu einem Problemfeld in Schnittpunkt von Familien- und Bildungspolitik. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2. Auflage. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2011.
8. Medizinischer Fakultätentag Deutschland. Resolution zur Familienfreundlichkeit in Studium und Weiterbildung von Medizinerinnen und Medizinern. Verabschiedet am 4.6.2010 in Hannover. Berlin: Medizinischer Fakultätentag Deutschland; 2010. Zugänglich unter/available from: http://www.mft-online.de/dokument/2010_06_07_MFT_Familienfreundlichkeit_Resolution.pdf
9. Bitter-Surmann D. Ärzteschwund/Ärztemangel. Wo liegen die Probleme? Forschung Lehre. 2011;1:42-44.
10. Joos U. Dringend gesucht: Chirurgen. Wie eine neu gegründete Deutsche Chirurgie Stiftung helfen will. Forschung Lehre. 2011;1:46-47.
11. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Frauen in Führungspositionen. Barrieren und Brücken. 3. Auflage. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2010.

12. Bleich S, Fegert JM. Personalstatistik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm. Eigene Auswertung. Ulm: Universität Ulm; 2011.
13. Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK). Frauen in der Medizin - Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Mat Bildungsplan Forschungsförd. 2010;Heft 117.
14. Hill PB, Kopp J. Familiensoziologie. Grundlagen und theoretische Perspektiven. 4. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Vs Verlag; 006.
15. Huinik J, Konietzka D. Familiensoziologie. Eine Einführung. Frankfurt am Main: Campus Verlag; 2007.
16. Myrdal A, Klein V, Schroth-Pritzel U. Die Doppelrolle der Frau in Familie und Beruf. 2. Auflage. Köln: Kiepenheuer & Witsch; 1971. S.66-82.
17. Kurscheid C. Das Problem der Vereinbarkeit von Studium und Familie. Eine empirische Studie zur Lebenslage Kölner Studierender. Münster: LIT; 2005.
18. Schmitt C, Wagner G. Kinderlosigkeit von Akademikerinnen überbewertet. Wochenbericht. Dtsch Institut Wirtschaftsforsch (DIW). 2006;21:313-317.
19. Cornelißen W, Fox K. Studieren mit Kind. Die Vereinbarkeit von Studium und Elternschaft: Lebenssituationen, Maßnahmen und Handlungsperspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007. S.194.
20. Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2008. Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009. S.1-38.
21. Metz-Göckel S. Wissenschaft als Lebensform - Eltern unerwünscht? Kinderlosigkeit und Beschäftigungsverhältnisse des wissenschaftlichen Personals aller nordrhein-westfälischer Universitäten. Opladen [u.a.]: Budrich; 2009.
22. Niehues J, Prospero K, Fegert JM, Liebhardt H. Familienfreundlichkeit im Medizinstudium in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer landesweiten Studie. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc33. DOI: 10.3205/zma000803
23. Liebhardt H, Niehues J, Fegert JM. Praktische Ansätze für ein familienfreundliches Medizinstudium. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc32. DOI: 10.3205/zma000802
24. Jacob R, Heinz A. Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. Trier: Universität Trier, Arbeitsgruppe angewandte Sozialforschung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; 2010.
25. Dettmer S, Kuhlmeier A. Karriere- und Lebensplanung angehender Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse der Erstbefragung angehender Absolventen der Humanmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin (KuLM-Studie). Berlin: Charité; 2009.
26. Flintrop J. Arbeitsbedingungen der Klinikärzte. Die Tarifverträge zeigen Wirkung. Dtsch Arztebl. 2011;7(108):A310-3011.
27. INCHER. Absolventenbefragung „Studienbedingungen und Berufserfolg“. Kassel: ICHER; 2008.
28. Liebhardt H, Fegert JM. Medizinstudium mit Kind: Familienfreundliche Studienorganisation in der medizinischen Ausbildung. Lengerich: Pabst Sciences Publisher; 2010.
29. Liebhardt H, Fegert JM, Dittrich W, Nürnberger F. Medizin studieren mit Kind. Ein Trend der Zukunft? Dtsch Arztebl. 2010;107(34-35):1613-1614.
30. Prospero K, Niehues J, Liebhardt H, Fegert JM. Studie: Zeit für Familiengründung während des Medizinstudiums? Ärztin. 2010;57(3):15-16.
31. Liebhardt H. Wie können Medizinstudium und Arztberuf familienfreundlicher werden? Hartmannbund BW aktuell. 2010;2(11):4.
32. Liebhardt H, Stolz K, Mörtl K, Prospero K, Niehues J, Fegert JM. Familiengründung bei Medizinerinnen und Medizinem bereits im Studium? Ergebnisse einer Pilotstudie zur Familienfreundlichkeit im Medizinstudium an der Universität Ulm. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(1):Doc14. DOI: 10.3205/zma000726
33. Liebhardt H, Stolz K, Mörtl K, Prospero K, Niehues J, Fegert JM. Evidenzbasierte Beratung und Studienverlaufsmonitoring für studierende Eltern in der Medizin. Hochschulwesen. 2011;59(1):27-33.
34. Widmann-Mauz. Familienfreundlichkeit im Medizinstudium in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Studie. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc37. DOI: 10.3205/zma000807
35. Frankfurter Allgemeine Zeitung. Längerer Mutterschutz kostet Milliarden. Frankfurt: FAZ; 2011.
36. Fegert JM, Liebhardt H, Reister F, Hummler H, Britsch P, Weber J, Ziegenhain U. Evidenzbasis für Mutterschutzfristen? Interdisziplinäres medizinisches Gutachten zur Frage der erforderlichen Dauer von Mutterschutzfristen vor dem Hintergrund der auf europäischer Ebene angestrebten Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2010.
37. Kreienberg R. Kurzgutachten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zum Thema „Mutterschutz“. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2010.
38. Gabbe SG, Morgan MA, Power ML, Schulkin J, Williams SB. Duty hours and pregnancy outcome among residents in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol. 2003;102(5 Pt 1):948-951. DOI: 10.1016/S0029-7844(03)00856-1
39. Bühnen A, Schoeller AE. Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: Bundesärztekammer; 2010.
40. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2009.
41. Hil. Aktionsprogramm für Landärzte. Dtsch Arztebl. 2011;108(11):118.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
 Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und
 Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5,
 89079 Ulm, Deutschland, Tel.: +49 (0)731/500-61601,
 Fax: +49 (0)731/500-61602
 joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Bitte zitieren als

Fegert JM, Liebhardt H. Familien- und karrierebewusstes Krankenhaus – Problembereiche und nötige Schritte. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc35. DOI: 10.3205/zma000805, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008050

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000805.shtml>

Eingereicht: 18.04.2011

Überarbeitet: 16.06.2011

Angenommen: 05.08.2011

Veröffentlicht: 23.04.2012

Copyright

©2012 Fegert et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

Family and Career-conscious Hospitals – Problem Areas and Necessary Steps

Abstract

This paper aims to describe the wide range of compatibility issues between work in the medical profession and the family. Several topics are intertwined and overlap in some areas.

Family friendliness in curative medicine, healthcare, medical studies and the training, specialisation and CPD of doctors is a key theme in the current debate on the future of health and family policies. The rising proportion of women and changes in the medical community characterise the future of medicine. Topics such as working hours and organisation of work, as well as family support and maternity leave, must be discussed further and in particular regarding employees in the health services. This overview will describe where Germany has issues, what is already being done well in the hospitals but could still be improved.

Keywords: Career planning, family research, career-family balance, medical profession, flexible working models

Jörg M. Fegert¹

Hubert Liebhardt¹

1 University Hospital Ulm,
Department of Child and
Adolescent
Psychiatry/Psychotherapy,
Ulm, Germany

Note

This article is based on a lecture by the primary author given at a meeting on 10.02.2011 on the topic of “Hospital Ltd of the Future.”

Current job debate and problem background

The debate on balancing a medical career and family has arrived, both in politics and the medical profession. Medical provision is no longer just a question of providing sufficient human resources in terms of quantity but more specific a question about quality of life and possibilities for arranging one's private and professional life. In this context, there are also debates about the shortage of doctors, physician drain or distribution problems which are currently conducted on the basis of heterogeneous data [1], [2], [3], [4].

In the 2009 coalition agreement, the federal government made a clear commitment to make the issue of reconciling work and family in the health professions a central task of family and health policy. “People working in health and care services provide an important contribution to the community. They deserve our respect and recognition. The attractiveness of these professions must be improved in terms of the reconciliation of work and family” [5]. The Federal Ministry of Health in 2010 set up a round table on the compatibility of work and family in health care professions with the aim of, amongst other things, tackling barriers in education and training [6]. The Scientific Advisory Council for Family Affairs has dedicated an entire

chapter to the medical profession in the new edition of their report on training, studying and parenting and notes that the organisation of studies and training has to change not only but especially because of increasing numbers of women in medicine [7]. The Conference of Medical Faculties in Germany has taken up the issue and in 2010 unanimously adopted a resolution for better reconciliation of family and career [8]. The President of the Conference of Medical Faculties stressed that “the reconciliation of family and work has the highest priority for the next generation” [9].

Problem areas in medical careers are found especially where people are engaged in time-consuming hands-on work and therefore there is a need for increased attention, treatment and care (care time). In this regard, it must be considered how working hours and work processes can be made more flexible. The surgical subjects, mostly male-dominated, with long hours in the operating room, are particularly affected which means that in the future, concept for recruiting the next generation must be considered [10]. While 45% of first year students of both genders still consider surgery attractive, interest drops to 5% for students after their internship year. The traditional model of smaller hospitals has a male chief physician working virtually around the clock. In order to retain him at the hospital and to stabilise staffing as much as possible, allowances or other benefits are offered. In the future the model where smaller hospitals use personnel services and head hunters to poach these flexible and versatile male specialists from each other through ever more concessions cannot function. Instead, radical reorganisation is needed.

An increasing proportion of women in medical school and increasing proportion of women in medicine

There is much talk about the so-called ‘glass ceiling’ in personnel policy in general as well as in the university context [11]. This means that well-educated women do not reach the upper echelons of business, management boards and top academic positions, being blocked by an invisible “glass ceiling” preventing promotion to the top. Figures from Baden-Württemberg in Human Medicine/Health Sciences show the proportion of women in medical studies is increasing [<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>]. Currently this figure stands at 61%, whereas in 2000 this percentage was 52%. The figures of women achieving doctoral degrees has risen from 42% (2000) to 55%. Amongst scientific staff, almost half (46%) are currently taken by women. However, in terms of women achieving professorship, the proportion just reaches 25%. In leadership positions, we find the share of women down to 11% but with a rapidly increasing tendency.

For example, at the Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy at the University Hospital of Ulm, the percentage of women is 78% amongst all employees currently, 5% of the staff are on maternity leave and in the project area, 88% of employees are women [12]. The percentage of women in psychology/social subject groups is often disproportionately high. One important concern is to ensure planning security for female employees who are pregnant or intend to have children. On the one hand, this requires increased staffing levels for the hospital management but it would also be possible, for example, to offer research positions with alternative work patterns to such female colleagues which are amenable to distance working and flexible working hours. In addition, solutions are sought which gradually (re-)integrate young mothers in research projects and participate in training programs or events even while still on maternity leave. However, it remains a problem that the project continuity will be at risk of “baby breaks”. While the DFG, through generous grants for additional maternity cover posts, has contributed a partial solution, most other projects run by research sponsors, such as the BMBF, other federal and state ministries or the EU have no comparable career support measures or work-family compatibility measures. Solutions for the issue of compatibility are, in our view, not just a private concern for employees but are key management tasks for modern future-oriented personnel policy in healthcare [13].

The Right Timing for the Family Phase

Figure 1 summarises the aspects of a family and career sensitive hospital, showing the current situation in medical education and at the same time making it clear that

family and career in the medical education must be given equal importance.

Family sociology has investigated family formation models especially in the case of male and female academics [14], [15]. Usually the timing of starting a family follows the life cycle model, with a succession of stages of development: education - starting a career - work experience - family (see Figure). The phenomenon of women’s dual role in family and career was already described as early as the 60’s [16].

The proportion of those who break the phase model and achieve the parallelisation model, i.e. simultaneously juggling education or work and family, is still accordingly low in comparison [17]. The result is that there are more and more women in Germany who have their first child very late amongst female academia and a high proportion of the female academia who decide not to have a child at all [18], [19], [20], [21]. Therefore a change in thinking is also necessary regarding high positions that untangling rush-hour of life in the middle of medical training and further education requires support mechanisms on behalf of employer. This also means that Germany must consider to what extent it makes sense to have children while at university. In studies on family-friendliness in medical schools, students with children were questioned as experts on the realities of being in education with children. Based on these results, their problems are now better understood. More details are summed up in the following contributions to this special issue [22], [23]. 89% of medical students want children [24], with more men (79%) than women (66%) having concrete ideas about the timing of family formation [25]. When choosing a specialisation, 26% of the surveyed medical students decided for their subject on the basis of a better reconciliation of the medical specialisation with having a family, e.g. anaesthesia with its ordered shifts rather than a time-consuming surgical subject, while medical undergraduates tend to choose their subject on the basis of better future prospects and career prospects [25]. Family-friendly working conditions are the most important factor in decision making, for 96% of medical undergraduates [24] and 84% of clinicians [26]. 29% of male and female graduates are already married a year and a half after graduation and 11% have children [27].

Medical School with Children

Only 4.2% of medical undergraduates start a family while studying. In addition, these students tend to be older, have a prior qualification in a health professions and are still gainfully employed while studying [22], [28], [29], [30], [31], [32]. Working while studying and family responsibilities have a corresponding prolonging effect on the length of study. When asked about the right time to start a family, a third does not see an ideal time [22]; 42% of respondents favour the clinical period of studies. It is striking that 76.7% of respondents in the pre-clinical and 56.0% in the clinical period of studies realise com-



Figure 1: Family-friendly and career sensitive aspects in medical education

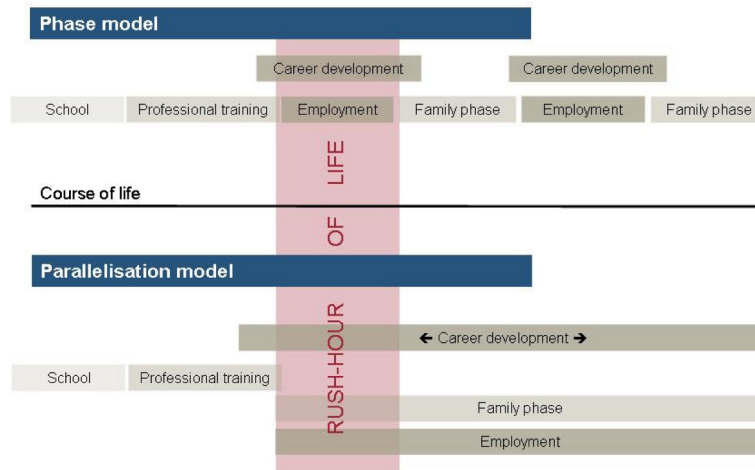


Figure 2: Life-planning models (own design after Kurscheid [17] and Myrdal [16])

patibility problems, such as the high number of compulsory hours of attendance, late afternoon classes, increased exam stress and the rigid timetable. It is mostly mothers (72.0%) who take the hit of prolonged studying, while 78.4% of the surveyed fathers did not have to slow their studies.

The examples listed here are also transferable to a similar problem situation in medical postgraduate education, e.g. inflexible organization or labour, bad and unpredictable time management and strictly regulated training requirements which are less focused on content rather than structural factors. A key task for family-friendly under- and postgraduate education in medicine will be more flexible structures and more scope for the individual to arrange their studies. But family-friendliness must not endanger educational entitlement. The same training standards and performance requirements must exist for all medical under- and postgraduates. However, alternative training concepts should be developed which allow temporal flexibility and independence, e.g. e-learning and lecture recording, substitution opportunities for examinations and events with obligatory attendance, teaching and examinations during core working hours.

The 'Parent Pass', developed in Ulm the cross-semester agreement for student parents, can be transferred to the hospital in the form of an agreement with the employer for specialisation training [23], [33]. The 'Parent Pass' opens up the opportunity for parents to be perceived as a normality without continuously having to explain their

situation. Although this is a type of symbolic policy, at the same time it marks a hospital as being family-friendly.

Maternity Regulations in Medical Under- and Postgraduate Studies

The round table on the reconciliation of work and family in the healthcare run by the Federal Ministry of Health noted that maternity leave regulations should not hamper medical under- and postgraduate education unreasonably. Maternity leave regulations should be revised accordingly [34]. At the European level there are currently attempts to extend maternity leave from 14 to 18 or 20 weeks, which would cost the German economy approximately €1.5 billion [35]. An inter-disciplinary maternity report shows that there is no medical evidence for the demands to extend maternity protection periods [36]. From a medical point of view, there is no gynaecological, paediatric, psychiatric and attachment theory research results which would justify an extension of maternity leave. Instead, there are other instruments in Germany, such as parental leave, which ensure the protection of children and young families. The German Society of Gynaecology and Obstetrics has also confirmed this statement [37]. An American study compared the health of children of female gynaecologists who did not comply with the protection period before birth with the health of children born to wives of gynaecologists [38]. They found that the children of those gynaecologists who had been working up

until just before birth showed a higher rate of foetal growth retardation, preterm delivery and pre-eclampsia. It should therefore also be noted that demands for the reduction of protective measures which are based solely on the career or educational interests of the mother without regard to balanced risk assessment can create new risks for the mother and child. A more objective debate and a review of empirical findings seem imperative.

Replacement Models and Transfer of Human Capital

The German Research Foundation (DFG) by now will fund a second research position for male and female scientists who have to take leave due to pregnancy or family responsibilities (maternity leave, nursing months) [<http://www.dfg.de>]. But this creates a situation where there might be competition between employees who are on leave and the replacement. Concerns might arise about whether a stand-in might work better and could threaten continued employment. The Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University Hospital of Ulm has taken up another model. The first Senior Replacement Professor of a female professor, who is an emeritus professor at another university, fills the maternity leave slot of a W3 professorship. Without career plans or intentions to stand out, the senior professor can start immediately and pass on her experience in scientific work to younger male and female colleagues. The costs are very low, as the pro bono chair is designed to operate without remuneration.

In medicine, active senior citizens could be involved more as supervisors of doctors in training, as practiced at the department for child and adolescent psychiatry in Ulm in a different context using an experienced specialist. Previously, transgenerational transfer was based more on the transfer of care and assets. The transfer of human capital should be given greater consideration in the media as well.

The Family-friendly Hospital

Both the Federal Ministry for Family Affairs (BMFSFJ) and the Federal Chamber of Physicians have published brochures on family-friendly workplaces in hospitals, describing best-practice examples and giving checklists for a family-friendly hospital [39], [40]. Offering equal career opportunities for men and women, particularly for male and female doctors and attractive basic conditions contribute majorly to an institutions family credentials. Working conditions in hospitals, however, are still mostly characterised by round-the-clock shifts and short-term changes in the work roster. However, for families reliable, long-term time management is a key factor. If many fathers and mothers work in a unit (ward, operating room), this also increases the risk of absences through, for example, childhood diseases and such events. Medical

teams therefore need employees who are able and willing to fill in at extremely short notice [40]. Usually doctors have little influence on their working times because all services must be staffed, which leads to unattractive working hours. Time management will be a key challenge for the leadership. For example, one must be able to depend on handoffs and ward visits to occur at fixed times and not subject to unpredictable changes by the chief surgeon/chief physician.

Incentives for Family Support

The Medical School of Hanover (MHH), in addition to the research incentives as part of the performance-oriented allocation of funds (LOM) which are available at virtually all German university hospitals, has introduced a “family-LOM” [<http://www.mh-hannover.de/familie.html>]. A division of MHH receives a financial award, if a working female doctor returns to work within one year after the birth of her child. This supports young female doctors and scientists and the development of support structures at the hospital. Other hospitals, such as the Centre for Psychiatry of South Württemberg, have allocation models, i.e. pool models. Maternity replacements are not financed from the departmental budget but from a common pool budget. This does not replace the missing female doctor but the department heads are not in financial difficulties if an employee drops out.

Differences in Support

The contribution by Liebhardt et al. in this issue on practical approaches for family-friendly medical degrees shows [23] that family-friendly measures, such as childcare facilities, family services and counselling and family audits are offered more frequently in large hospitals. Smaller hospitals show clear deficits. Many leading medical universities and university hospitals are audited by berufundfamilie (career and family) audit of the Hertie Foundation. However, amongst smaller hospitals offering between 300-600 beds, only 25% offer family-friendly measures [39]. Germany needs models which help small hospitals outside the cities to practice family-friendliness successfully. The University of Ulm, together with their academic teaching hospitals, has set up a regional network, with the member hospitals meeting once a year to learn from each other. Baden-Württemberg will invest €7m in structural improvements in medical care outside the cities in the coming years. Baden-Württemberg’s Minister of Health, Dr. Monika Stolz, demanded the following during the presentation of this 10-point action plan in Mutlangen: “The medical profession is becoming more female. We urgently need structures on the ground that enable people to harmonise work and family life in order to make the profession of GP more attractive.” A key point of the funding program therefore is to give institutions an incentive to contribute with innovative, family-friendly ap-

proaches to outpatient medical care outside the cities [41].

There are also differences between universities and university hospitals. Universities, in particular, have professionalized their careers' services, while university hospitals offer little guidance, for example regarding specialisation or scientific careers and work-family issues. Continued improvement must be done for young male and female doctors both in terms of advice, services and career planning and for reconciling work and family issues. Integrated career-family counselling is especially important against the backdrop of changing life concepts and aspirations because future generations will place increasing value on a healthy balance between work and family [24], [25].

Part-time Work in the Medical Profession a Women's Thing to Date

The ratio of part-time employment in the medical profession stands at about 90% [20], with two-thirds of them female. As an increasing proportion of women in the medical profession is expected in the future, the traditional model of the "full-time specialist with continuous work overload up to retirement" will no longer be the image of the doctor of the future. The medical profession is changing, therefore clinical structures and working conditions must also change. Considerably more staff could be trained simultaneously who could then work in job sharing schemes for doctors. But this personnel will have to be on the same level of education which will cause additional costs. The basis for calculations and assumptions used to date to calculate the added value of a trained doctor must be revisited because there will be more family-related absences. Career breaks and part-time work are still gender-specific phenomena amongst women who often suffer long-term disadvantages caused by maternity leave.

Flexible Working Models

Reduced working time models, near full-time employment and flexible reduction of working hours are the models of the future. But this requires technical support, for example for more distance working and digital, networked working which enable location-independent employment, especially for the growing documentation workload in medicine, which need not be done at the bedside. Often, however, data protection issues prevent alternative solutions because firewalls deny access to an institution's internal data from outside the hospital. Digital solutions in future must be developed with more reference to family-friendly working needs because only the expansion of digital solutions will enable higher flexibility in terms of time and location.

The culture of ward visits must change so that daily activities are restructured according to working time reduced models, without making part-time employees feel guilty. A new culture is needed for handovers and work rosters. For example, handover could be organised better using handheld devices with simultaneous documentation.

Medical Specialisation Regulations

In almost all educational systems, part-time specialisation is possible [23] which is a big step in the right direction. However, specialisation currently takes one to four or five years, which in a part-time model is extended to up to ten years. The problem is this leads to male or female specialists becoming available to the healthcare system very late. Medical associations should ponder to what extent the requirements should become more substance-based rather than defining them based on employment relationships. Here too, digital solutions could enrich specialisation and the development of viable alternatives to on-site training in order to reduce the length of training periods.

Summary and Outlook

Currently, large hospitals are better able to implement compatibility solutions. The biggest problem exists for medicine outside the cities and in the surgical specialties. Chambers and associations must do more to support compatibility solutions and to make the educational requirements in the regulations for postgraduate training more flexible by primarily implementing a review and re-orientation towards content. In-house childcare is important but does not solve all problems. Men are changing towards becoming more family oriented. The model of the "expensive specialist" is becoming a thing of the past. It will require flexible working models with collegial work-cover. While the understanding of issues surrounding the reconciliation of career and family and childcare is growing, the understanding of the ever-increasing challenges medical workers face in the care of their dependents is still very low despite the expertise of many hospitals for health problems and care for the elderly. With its draft law on nursing time, the BMFSFJ has put forward a rather cautious approach based on voluntary action. The healthcare system in particular has concepts to offer on which home-friendly services, care services and support of family care could be modelled. Such models created by experts, who are personally affected, could have a positive affect on the quality of care standards in general. Therefore, models which successfully combine a medical career and family should increasingly be tested in structurally weak areas. Ultimately, we do not have enough reliable data regarding the wishes and needs of young doctors of both genders and their desired solutions. Career-family balance models should be designed on the basis of empirical data and offered with advice structures

alongside. E-learning and location-independent digital documentation systems should be used more. Family-friendliness can be promoted by ensuring that career breaks due to family duties are not to the detriment of employees and departments but by developing creative solutions for replacement models which are supported by allocation and incentive models for families and hospitals.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- Blum K, Löffert S. Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.; 2010.
- Jacob R, Heinz A. Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. Trier: Universität Trier, Arbeitsgruppe angewandte Sozialforschung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; 2010.
- Ostwald DA, Ehrhard T, Bruntsch F, Schmidt H, Friedl C. Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Darmstadt: Wifor und PricewaterhouseCoopers AG; 2010. Zugänglich unter/available from: http://www.vpkbb.org/uploads/media/Studie_Fachkraeftemangel_Gesundheit.pdf
- Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlageentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2010.
- Bundesregierung. Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Berlin: Bundesregierung; 2009. S.85. Zugänglich unter/available from: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit. Empfehlungen des Runden Tisches Vereinbarkeit Familie und Beruf im Gesundheitswesen vom 1. Dezember 2010. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ausbildung, Studium und Elternschaft. Analysen und Empfehlungen zu einem Problemfeld in Schnittpunkt von Familien- und Bildungspolitik. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2. Auflage. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2011.
- Medizinischer Fakultätentag Deutschland. Resolution zur Familienfreundlichkeit in Studium und Weiterbildung von Medizinerinnen und Medizinern. Verabschiedet am 4.6.2010 in Hannover. Berlin: Medizinischer Fakultätentag Deutschland; 2010. Zugänglich unter/available from: http://www.mft-online.de/dokument/2010_06_07_MFT_Familienfreundlichkeit_Resolution.pdf
- Bitter-Surmann D. Ärzteschwund/Ärztemangel. Wo liegen die Probleme? Forschung Lehre. 2011;1:42-44.
- Joos U. Dringend gesucht: Chirurgen. Wie eine neu gegründete Deutsche Chirurgie Stiftung helfen will. Forschung Lehre. 2011;1:46-47.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Frauen in Führungspositionen. Barrieren und Brücken. 3. Auflage. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2010.
- Bleich S, Fegert JM. Personalstatistik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm. Eigene Auswertung. Ulm: Universität Ulm; 2011.
- Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK). Frauen in der Medizin - Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Mat Bildungsplan Forschungsförd. 2010;Heft 117.
- Hill PB, Kopp J. Familiensoziologie. Grundlagen und theoretische Perspektiven. 4. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Vs Verlag; 006.
- Huinik J, Konietzka D. Familiensoziologie. Eine Einführung. Frankfurt am Main: Campus Verlag; 2007.
- Myrdal A, Klein V, Schroth-Pritzel U. Die Doppelrolle der Frau in Familie und Beruf. 2. Auflage. Köln: Kiepenheuer & Witsch; 1971. S.66-82.
- Kurscheid C. Das Problem der Vereinbarkeit von Studium und Familie. Eine empirische Studie zur Lebenslage Kölner Studierender. Münster: LIT; 2005.
- Schmitt C, Wagner G. Kinderlosigkeit von Akademikerinnen überbewertet. Wochenbericht. Dtsch Institut Wirtschaftsforsch (DIW). 2006;21:313-317.
- Cornelissen W, Fox K. Studieren mit Kind. Die Vereinbarkeit von Studium und Elternschaft: Lebenssituationen, Maßnahmen und Handlungsperspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007. S.194.
- Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2008. Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009. S.1-38.
- Metz-Göckel S. Wissenschaft als Lebensform - Eltern unerwünscht? Kinderlosigkeit und Beschäftigungsverhältnisse des wissenschaftlichen Personals aller nordrhein-westfälischer Universitäten. Opladen [u.a.]: Budrich; 2009.
- Niehues J, Prospero K, Fegert JM, Liebhardt H. Familienfreundlichkeit im Medizinstudium in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer landesweiten Studie. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc33. DOI: 10.3205/zma000803
- Liebhardt H, Niehues J, Fegert JM. Praktische Ansätze für ein familienfreundliches Medizinstudium. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc32. DOI: 10.3205/zma000802
- Jacob R, Heinz A. Berufsmonitoring Medizinstudenten. Bundesweite Befragung von Medizinstudenten. Trier: Universität Trier, Arbeitsgruppe angewandte Sozialforschung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; 2010.
- Dettmer S, Kuhlmeier A. Karriere- und Lebensplanung angehender Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse der Erstbefragung angehender Absolventen der Humanmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin (KuLM-Studie). Berlin: Charité; 2009.
- Flintrop J. Arbeitsbedingungen der Klinikärzte. Die Tarifverträge zeigen Wirkung. Dtsch Arztebl. 2011;7(108):A310-3011.
- INCHER. Absolventenbefragung „Studienbedingungen und Berufserfolg“. Kassel: ICHER; 2008.
- Liebhardt H, Fegert JM. Medizinstudium mit Kind: Familienfreundliche Studienorganisation in der medizinischen Ausbildung. Lengerich: Pabst Sciences Publisher; 2010.

29. Liebhardt H, Fegert JM, Dittrich W, Nürnberger F. Medizin studieren mit Kind. Ein Trend der Zukunft? Dtsch Arztebl. 2010;107(34-35):1613-1614.
30. Prospero K, Niehues J, Liebhardt H, Fegert JM. Studie: Zeit für Familiengründung während des Medizinstudiums? Ärztin. 2010;57(3):15-16.
31. Liebhardt H. Wie können Medizinstudium und Arztberuf familienfreundlicher werden? Hartmannbund BW aktuell. 2010;2(11):4.
32. Liebhardt H, Stolz K, Mörtl K, Prospero K, Niehues J, Fegert JM. Familiengründung bei Medizinerinnen und Medizinern bereits im Studium? Ergebnisse einer Pilotstudie zur Familienfreundlichkeit im Medizinstudium an der Universität Ulm. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(1):Doc14. DOI: 10.3205/zma000726
33. Liebhardt H, Stolz K, Mörtl K, Prospero K, Niehues J, Fegert JM. Evidenzbasierte Beratung und Studienverlaufsmonitoring für studierende Eltern in der Medizin. Hochschulwesen. 2011;59(1):27-33.
34. Widmann-Mauz. Familienfreundlichkeit im Medizinstudium in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Studie. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc37. DOI: 10.3205/zma000807
35. Frankfurter Allgemeine Zeitung. Längerer Mutterschutz kostet Milliarden. Frankfurt: FAZ; 2011.
36. Fegert JM, Liebhardt H, Reister F, Hummler H, Britsch P, Weber J, Ziegenhain U. Evidenzbasis für Mutterschutzfristen? Interdisziplinäres medizinisches Gutachten zur Frage der erforderlichen Dauer von Mutterschutzfristen vor dem Hintergrund der auf europäischer Ebene angestrebten Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2010.
37. Kreienberg R. Kurzgutachten der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) zum Thema „Mutterschutz“. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2010.
38. Gabbe SG, Morgan MA, Power ML, Schulkin J, Williams SB. Duty hours and pregnancy outcome among residents in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol. 2003;102(5 Pt 1):948-951. DOI: 10.1016/S0029-7844(03)00856-1
39. Bühnen A, Schoeller AE. Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung. Berlin: Bundesärztekammer; 2010.
40. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2009.
41. Hil. Aktionsprogramm für Landärzte. Dtsch Arztebl. 2011;108(11):118.

Corresponding author:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

University Hospital Ulm, Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Steinhövelstraße 5, 89079 Ulm, Germany, Phone: +49 (0)731/500-61601, Fax: +49 (0)731/500-61602
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Please cite as

Fegert JM, Liebhardt H. Familien- und karrierebewusstes Krankenhaus – Problembereiche und nötige Schritte. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(2):Doc35.
DOI: 10.3205/zma000805, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008050

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000805.shtml>

Received: 2011-04-18**Revised:** 2011-06-16**Accepted:** 2011-08-05**Published:** 2012-04-23**Copyright**

©2012 Fegert et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.