

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Medizinische Klinik und Poliklinik A
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang E. Berdel

**Empirische Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen
im deutschen Krankenhausträgersystem am Beispiel der Region
Münster/Münsterland**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
vorgelegt von Feldkamp, Birgit Hedwig Marianne
aus Münster

2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Peter Preusser

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Gabriele Köhler

Tag der mündlichen Prüfung: 27.07.2011

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Medizinische Klinik und Poliklinik A
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Berdel

Referent: Prof. Dr. med. Peter Preusser
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Köhler

Zusammenfassung

Empirische Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen
im deutschen Krankenhaussträgersystem am Beispiel der Region
Münster/Münsterland

Birgit Hedwig Marianne Feldkamp

Aus den aktuellen Entwicklungen ist erkennbar, dass sich der bereits bestehende Ärztemangel in den nächsten Jahren noch weiter verstärken wird. Die Mehrzahl der Studienanfänger im Bereich Medizin ist bereits jetzt schon weiblich und die Tendenz steigt.

Die Feminisierung der Medizin hat für Krankenhäuser zur Folge, dass man familienorientierte Personalpolitik betreiben muss, die es den Ärztinnen erlaubt, Familie und Beruf miteinander vereinbaren zu können. Nur so kann ein Krankenhaus qualifizierte Ärztinnen gewinnen und an sich binden und damit wettbewerbsfähig bleiben.

Hier spielt sicher ein vorhandenes Kinderbetreuungsangebot eine große und wichtige Rolle.

Ziel der Dissertation ist es, exemplarisch die vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten am Beispiel der Region Münster/Münsterland mit Hilfe einer empirischen Untersuchung zu ermitteln. Aus den Ergebnissen dieser Befragung wird dann eine Empfehlung differenziert nach Größe und Lage des Krankenhauses eruiert, auf welche Weise man Ärztinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf am besten ermöglichen kann.

Tag der mündlichen Prüfung: 27.07.2011

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

Empirische Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen
im deutschen Krankenhaussträgersystem am Beispiel der Region
Münster/Münsterland

in der:

Medizinischen Klinik und Poliklinik A, Universitätsklinikum Münster

unter Anleitung von:

Herrn Prof. Dr. med. Peter Preusser

1. selbstständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeit angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Sendenhorst, 01.10.2010

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	
Eidesstattliche Versicherung	
Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Begründung für die Themenwahl	1
1.2 Themenvorstellung.....	2
1.3 Vorgehensweise.....	3
1.4 Sonstiges	4
2 Berufsbild der Ärztin	5
2.1 Frauen in der Medizin – Historie der letzten zwei Jahrhunderte	5
2.2 Rolle des Arztes im 21. Jahrhundert.....	10
2.3 Die Mediziner von morgen (Generation Y) und ihre Erwartungen.....	13
2.4 Karriereverläufe von Ärztinnen	18
2.4.1 Entwicklung der Studierendenzahlen im Fach Medizin in Deutschland.	19
2.4.2 Anteil der Frauen im Verlauf einer Karriere und die Folgen der Inanspruchnahme der Elternzeit.....	21
2.4.3 Bevorzugte Fachbereiche von Ärztinnen und Hemmnisse bei der weiteren Karriere.....	23
2.4.4 Exkurs: Dual Career Couples (DCCs)	29
3 Gesetzliche und allgemeine Rahmenbedingungen	30
3.1 Schwangerschaft und die Folgen für das Berufsleben.....	30
3.1.1 Beschäftigungsverbot und Mutterschutz.....	30
3.1.2 Elternzeit	33
3.1.3 Elterngeld.....	35
3.1.4 Sonderurlaub.....	36
3.1.5 Recht auf Teilzeitarbeit.....	37

3.2	Kindergarten bzw. Kindertagesstätte.....	38
3.2.1	KiBiz in NRW.....	38
3.2.2	U3 Betreuung - Besteht ein Anrecht auf einen Kindergartenplatz?	40
4	Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Work-Life-Balance).....	42
4.1	Definition von Work-Life-Balance	42
4.2	Ergebnisse einer empirischen Studie zum Thema Motivation, Arbeitsplatz- zufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin	44
4.3	Zielsetzung bei der Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen	48
4.4	Kosten/Nutzen von familienfreundlicher Personalpolitik	50
4.5	Hemmnisse für die Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen	53
4.6	Betriebliche Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Krankenhaus.....	54
4.6.1	Familienservice	54
4.6.2	Kindergarten/-tagesstätte	55
4.6.2.1	Betriebskindergärten in Krankenhäusern.....	55
4.6.2.2	Bereitstellung von Belegplätzen in KiTas	56
4.6.3	Tagesmüttermodell.....	57
4.6.4	Angebot von Ferienprogrammen	58
4.6.5	Hausaufgabenbetreuung.....	60
4.6.6	Mittagessen für Familienangehörige.....	61
4.6.7	Kinderbetreuungszuschuss	61
4.6.8	Concierge Service	62
4.7	Sonstige Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf	62
4.7.1	Teilzeitmodelle für Ärztinnen	62
4.7.2	Telearbeit	63
4.8	Wiedereinstiegsprogramme.....	63
5	audit berufundfamilie	66
5.1	Vorstellung der Ziele und Verfahrensschritte auf dem Weg zur Zertifizierung	66
5.2	Kosten des Audits	70
5.3	Analyse der Zertifizierungen im deutschen Krankenhausträgersystem.....	71
5.3.1	Statistische Auswertung	71
5.3.2	Vorstellung und Kategorisierung der Ergebnisse	73
5.3.3	Resümee.....	77

6	Bedarfsanalyse zum Ausbau einer bestehenden betrieblichen Kinderbetreuung am Beispiel des Universitätsklinikums Münster	79
6.1	Kurzvorstellung der Betriebskindertagesstätte des Universitätsklinikums Münster	79
6.2	Ergebnisse der Befragung aus dem Jahre 2009.....	80
6.3	Konsequenzen aus den Ergebnissen	83
7	Empirische Untersuchung des vorhandenen Angebots zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im deutschen Krankenhausträgersystem in der Region Münster und Münsterland	85
7.1	Erstellung und Zielsetzung des Fragebogens für die empirische Untersuchung.....	85
7.2	Vorgehensweise bei der Befragung.....	92
7.3	Ergebnisse der Befragung.....	94
7.4	Ergebnis/Empfehlung	115
7.5	Fazit	119
	Literaturverzeichnis.....	121
	Danksagung	129
	Lebenslauf	130
	Anhang	132
A	Fragebogen im Rahmen der Dissertation zum Thema: „Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen im deutschen Krankenhaus-trägersystem“	132
B	Gesamtergebnis der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern in Münster und im Münsterland (08/2010)	136
C	Ergebnisse der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern mit bis zu 500 Mitarbeitern	138
D	Ergebnisse der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern mit 500 - 1000 Mitarbeitern	139
E	Ergebnisse der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern	140

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Altersabhängige Bevölkerungsverteilung (in Millionen)	13
Abb. 2:	Welche Karriereziele sind für Sie persönlich besonders wichtig?	15
Abb. 3:	Altersverteilung der befragten Medizinstudierenden (2006)	16
Abb. 4:	Kinderwunsch der Medizinstudierenden (2006)	17
Abb. 5:	Auswertung der Frage: Die Vereinbarkeit von Kindern mit meinem Beruf halte ich für... ..	18
Abb. 6:	Gesamtanzahl der Studierenden im Fach Medizin in Deutschland	19
Abb. 7:	Studierende im Fach Medizin	20
Abb. 8:	Anteil der Frauen im Verlauf der medizinischen Berufskarriere	21
Abb. 9:	„Der hohe Preis der Auszeit“	23
Abb. 10:	Struktur-Rollen-Analyse	26
Abb. 11:	Auswertung der Frage: Ich denke manchmal, ich hätte eine höhere Position, wenn ich ein Mann wäre	28
Abb. 12:	Work-Life-Balance von Ärztinnen	43
Abb. 13:	Schnittmenge des Erwerbs- und Privatlebens	43
Abb. 14:	Problematrix mit allen Kriterien	45
Abb. 15:	Legende zur Problematrix	46
Abb. 16:	Lever-Matrix-Analyse: Zusammenhang des Kriteriums Zufriedenheit mit „Vereinbarkeit mit Privatleben/Work-Life-Balance“ und der Arbeitsplatzzufriedenheit insgesamt	47
Abb. 17:	Ziele familienbewusster Personalpolitik	49
Abb. 18:	Motive für die Einführung familienfreundlicher Maßnahmen	50
Abb. 19:	Systematisierte Darstellung der erreichten Zielsystemwerte	53
Abb. 20:	Ablauf des „audit berufundfamilie“	67
Abb. 21:	Preise für die Auditierung (2010)	70
Abb. 22:	Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 6)	81

Abb. 23:	Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 7)	81
Abb. 24:	Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 11)	82
Abb. 25:	Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 12)	82
Abb. 26:	Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 13)	83
Abb. 27:	Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 14)	83
Abb. 28:	Auswertung Frage 1: Gibt es in Ihrem Krankenhaus Betreuungsmöglichkeiten für Kinder von Ärztinnen?	95
Abb. 29:	Auswertung Frage 2: Wo findet die Kinderbetreuung statt?	96
Abb. 30:	Auswertung Frage 11: Erhalten Ihre Mitarbeiter/-innen einen finanziellen Zuschuss für eine außerbetriebliche Kinderbetreuung?	99
Abb. 31:	Auswertung über den Anteil derjenigen, die einen Kinderbetreuung anbieten bzw. planen oder finanziell unterstützen	100
Abb. 32:	Auswertung Frage 13: Gibt es eine Kinderbetreuung?	101
Abb.33:	Auswertung Frage 14: Wie sieht diese Ferienbetreuung aus?	102
Abb. 34:	Auswertung Frage 15: Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen?	103
Abb. 35:	Auswertung Frage 16: Wie sieht dieses Arrangement aus? (Notfallbetreuung)	103
Abb. 36:	Nutzung von Teilzeitmodellen bzw. individuellen Vereinbarungen	104
Abb. 37:	Möglichkeiten des Wiedereinstiegs und der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf	105
Abb. 38:	Kinderbetreuung in Krankenhäusern mit weniger als 500 Mitarbeitern	106
Abb. 39:	Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen in Krankenhäusern bis 500 Mitarbeitern	107
Abb. 40:	Kinderbetreuung in Krankenhäusern mit 500-1000 Mitarbeitern	108
Abb. 41:	Ferienbetreuung in Krankenhäusern mit 500-1000 Mitarbeitern	108

Abb. 42:	Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen in Krankenhäusern mit 500-1000 Mitarbeitern	109
Abb. 43:	Kinderbetreuung in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern	110
Abb. 44:	Ferienbetreuung in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern	110
Abb. 45:	Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern	111
Abb. 46:	Betreuungssituation der Krankenhäuser in der Stadt Münster	112
Abb. 47:	Betreuungssituation der Krankenhäuser im Münsterland	112
Abb. 48:	Ferienbetreuungsangebote der Krankenhäuser in der Stadt Münster	113
Abb. 49:	Ferienbetreuungsangebote der Krankenhäuser im Münsterland.....	113
Abb. 50:	Notfallbetreuungsangebote der Krankenhäuser in der Stadt Münster	114
Abb. 51:	Notfallbetreuungsangebote der Krankenhäuser im Münsterland	114

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Ärztinnen nach Fachrichtung sowie nach Anteil an der Fachrichtung 31.12.2006	24
Tab. 2:	Kindpauschale 2009/2010 nach KiBiz differenziert nach Gruppenform und Betreuungszeit	39
Tab. 3:	Einkommensabhängige Elternbeiträge für die Kinderbetreuung in der Stadt Münster	40
Tab. 4:	Zertifizierte Krankenhäuser in Deutschland nach dem audit berufundfamilie	72
Tab. 5:	Kategorisierung der nach dem audit berufundfamilie zertifizierten Krankenhäuser (KH) in Deutschland entsprechend ihrer Mitarbeiterzahl ...	74
Tab. 6:	Kategorisierung der an der Befragung teilgenommenen Krankenhäuser nach Mitarbeiteranzahl	106

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgemeinschaft
AöR	Anstalt des öffentlichen Rechts
Bd.	Band
BEEG	Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
BELA	Berufliche Laufbahnentwicklung Erlanger Absolventinnen und Absolventen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVMD	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
bzw.	beziehungsweise
CWLPP	Center for Work-Life-Policy
d.h.	das heißt
DCC	Dual Career Couples
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EStG	Einkommensteuergesetz
et al.	et aliae
e.V.	eingetragener Verein
FFP	Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik
etc.	et cetera

evtl.	eventuell
FFP	Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GTK	Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R.	in der Regel
IFB	Institut für freie Berufe, Nürnberg
Jg.	Jahrgang
KiBiz	Kinderbildungsgesetz
KiGa	Kindergarten
KiTa	Kindertagesstätte
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MAGS	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
MBI.NRW	Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen
MBL	Ministerialblatt
mind.	mindestens
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MuSchG	Mutterschutzgesetz
n	Anzahl
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
o.V.	ohne Verfasser
pdf	Portable Document Format
RdErl.	Runderlass

S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
TED-System	Tele-Dialog System
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
TzBfG	Teilzeit- und Befristungsgesetz
u.a.	unter anderem
U3	unter Dreijährige
UKM	Universitätsklinikum Münster
vgl.	vergleiche
WWU	Westfälische Wilhelms-Universität Münster
z.B.	zum Beispiel
zzt.	zurzeit

1. Einleitung

1.1 Begründung für die Themenwahl

„Das Klima wird auch in der Medizin familienfreundlicher, weil die Arbeitgeber inzwischen den Fachkräftemangel spüren.“

(Zitat aus einem Interview mit Dr. Ursula von der Leyen, 2008) ¹

Die ehemalige Bundesfamilienministerin und jetzige Bundesarbeitsministerin Frau Dr. Ursula von der Leyen, selbst auch Ärztin, spricht hierbei ein sehr aktuelles Thema an. Der Kampf um die besten Köpfe im Bereich der Medizin hat schon längst begonnen. Der „Ärztmangel“ ist Realität geworden und wird sich in den nächsten Jahren nach aktuellen Studien noch weiter verstärken. Nach Aussage von Rudolf Henke, Vorsitzender des Ärzteverbandes, wird sich die Zahl unbesetzter Arztstellen in den nächsten vier Jahren auf 10.000 verdoppeln. ²

Laut der Morbiditätsprognose für das Jahr 2050 des renommierten Fritz-Beske-Institutes in Kiel werden Mehrfacherkrankungen und altersbedingte Krankheiten, wie z.B. altersbedingte Makuladegeneration oder Demenz, bei den Patienten zunehmen. So werden die jährlichen Demenzneuerkrankungen von 1,1 Mio. im Jahre 2007 prognostisch bis zum Jahre 2050 um 104 % auf 2,2 Mio. ansteigen. Auch die Diagnose Krebs steigt voraussichtlich von 461.000 um 27% auf 588.000 Neuerkrankungen oder die Zahl der Patienten mit Herzinfarkt wird von 313.000 im Jahre 2007 auf 548.000 im Jahr 2050 steigen. Das ergibt eine Zunahme von 75 %. ³ Aufgrund der alternden Gesellschaft und der gestiegenen Lebenserwartung entsteht automatisch ein noch höherer Bedarf an qualifizierten Ärzten.

Die Ärzte von morgen sind dabei voraussichtlich zu einem überwiegenden Teil „weiblich“. Laut aktueller Daten des statistischen Bundesamtes sind im Jahre 2007 und 2008 ca. 61% der Studienanfänger im Bereich Medizin weiblich. ⁴ Daher ist es für Krankenhausbetreiber dringend erforderlich, heute schon umzudenken und sich auf die „Feminisierung“ des Arztberufes einzustellen.

¹ Vgl. o.V., Interview mit der Bundesministerin für Arbeit und Soziales Frau Ursula von der Leyen (19.11.2008).

² Vgl. o.V., Marburger Bund: Kliniken befürchten Ärztemangel, 2010.

³ Vgl. Beske, F., Katalinic, A., Peters, E., Pritzkeleit, R., Morbiditätsprognose 2050.: Ausgewählte Krankheiten in Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein, 2009.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Studierende Studienfach Medizin (Allgemeinmedizin), 2010.

Für Ärztinnen ist die Work-Life-Balance und dabei insbesondere die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein sehr wichtiger Aspekt. Ohne dieses Gleichgewicht wird ein Arbeitgeber zukünftig kein qualifiziertes und motiviertes weibliches Personal mehr finden können. Die Betreuung der Kinder oder die Pflege von Angehörigen muss in Zukunft optimal mit dem Beruf vereinbar sein, sonst wird eine Bindung von Ärztinnen an Krankenhäuser schwierig werden. Viele Ärztinnen wollen sich nicht mehr zwischen Familie und Karriere entscheiden, sondern beides realisieren. Und hier beginnt die Herausforderung für die Krankenhausbetreiber....

1.2 Themenvorstellung

In einer empirischen Untersuchung soll herausgefunden werden, inwieweit die Krankenhäuser im Münsterland sich bereits mit dem Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen auseinandergesetzt haben. Sind aktuell evtl. bereits Einrichtungen (z.B. Kindertagesstätten) oder Modelle für eine Kinderbetreuung vorhanden bzw. geplant? Es besteht auch die Möglichkeit, dass ein Großteil der Krankenhäuser sich mit dieser Thematik noch nicht beschäftigt hat. Ziel dieser Dissertation ist es, den aktuellen Stand zu erfassen und auszuwerten. Haben sich die Krankenhäuser speziell in der Region Münster/Münsterland auf den aktuellen und drohenden Ärztemangel entsprechend eingestellt oder besteht ein dringender Handlungsbedarf?

Aus den Ergebnissen der Befragung soll dann eine Empfehlung für die Krankenhäuser eruiert werden, auf welche Weise man Ärztinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf am besten ermöglichen kann. Durch Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf können es die Krankenhäuser in Deutschland schaffen, qualifizierte Ärztinnen zu gewinnen und diese erfolgreich an sich zu binden. Dies ist insbesondere wichtig, damit die Krankenhäuser in Zeiten sinkender Krankenhauszahlen am Markt bestehen können und wettbewerbsfähig bleiben.

1.3 Vorgehensweise

Nach einem Rückblick auf die Geschichte der Frauen in der Medizin wird das aktuelle Bild einer Ärztin bzw. eines Arztes vorgestellt (Kapitel 2). Aufbauend darauf wird verdeutlicht, mit welchen Erwartungen die nächste Generation (Generation Y) von Ärztinnen und Ärzten in die Berufswelt startet. In Zeiten fehlender Fachkräfte kann diese Generation sich ihren Arbeitgeber aussuchen und Forderungen stellen, die die vorherige Generation noch nicht zu stellen wagte. Anschließend wird noch einmal näher auf die Feminisierung der Medizin eingegangen und erläutert, welchen Hindernissen junge Ärztinnen auf ihrem Karriereweg begegnen. Am Ende des Kapitels gibt es einen kurzen Exkurs über die Dual Career Couples.

Im Kapitel 3 liegt der Schwerpunkt auf der Erläuterung von für diese Arbeit relevanten gesetzlichen und allgemeinen Rahmenbedingungen. Dabei geht es zum einen um das Thema der Familiengründung. Mit welchen rechtlichen Gesichtspunkten hat eine schwangere Frau, insbesondere als Ärztin, in der folgenden Zeit zu rechnen, sei es z.B. Mutterschutz, Elternzeit oder der Anspruch auf Teilzeitarbeit.

Ein weiterer Themenschwerpunkt ist der Bereich der Kindertagesstätte. Da sich die empirische Untersuchung auf das Land NRW bezieht, wird das „KiBiz“ Gesetz in NRW vorgestellt und wie es landesspezifisch mit der U3 Betreuung aussieht.

Das nächste Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunkt der „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Teilaspekt der Work-Life-Balance und daher wird zunächst in diesem Kapitel eine Einführung gegeben, was unter Work-Life-Balance zu verstehen ist und wie sie sich auf die Arbeitsplatzzufriedenheit von Assistenzärztinnen/Assistenzärzten bzw. Studierende der Humanmedizin auswirkt. Anschließend wird dargestellt, welche Ziele man mit der Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen erreichen möchte und welcher Nutzen, aber auch welche Kosten dadurch entstehen. Angesprochen wird zudem, aus welchen Gründen manchmal eine familienbewusste Maßnahme trotz ihres großen Nutzens durch den Arbeitgeber nicht eingeführt wird. Zum besseren Überblick wird anschließend vorgestellt, welche betrieblichen Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf es überhaupt gibt und auf welche Weise man den Wiedereinstieg für Ärztinnen besser gestalten kann.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit dem Zertifikat audit berufundfamilie als strategisches Managementinstrument. Nach einer Vorstellung des Audits werden zunächst die Verfahrensschritte der Zertifizierung erläutert und anschließend beschrieben,

welche Kosten mit einer Zertifizierung verbunden sind. Darauf aufbauend findet eine Analyse statt, welche deutschen Krankenhäuser bereits zertifiziert wurden. Die bisherigen Ergebnisse der Zertifizierung werden besonders im Hinblick auf die vorhandenen bzw. geplanten Kinderbetreuungsmöglichkeiten untersucht und kategorisiert. Daraus wird dann ein Resümee gezogen.

Vor der Einführung oder Erweiterung einer betrieblichen Kinderbetreuung ist es immer erforderlich, eine Bedarfsanalyse durchzuführen. Daher wird in Kapitel 6 eine aufschlussreiche Bedarfsanalyse des Universitätsklinikums Münster modellhaft vorgestellt. Darin werden die Ergebnisse der Befragung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf dargestellt.

In Kapitel 7, dem Schwerpunkt der Dissertation, wird die Durchführung der empirischen Untersuchung des vorhandenen Angebots zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im deutschen Krankenträgersystem für die Region Münster/Münsterland stehen. Der entwickelte Fragebogen und das Ziel der vorgenommenen Untersuchung werden zunächst erläutert. Nach der Beschreibung der Vorgehensweise bei der Befragung werden die Ergebnisse ausgewertet und daraus eine Empfehlung in Kapitel 7.4 entwickelt.

1.4 Sonstiges

Zum Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ gehört auch der Aspekt der Pflege von Familienangehörigen. Auf diesen Bereich wird in der Dissertation nicht genauer eingegangen, da es sich hier um ein eigenes großes Themenfeld handelt. Des Weiteren soll auch nicht die besondere Situation bei der Betreuung und Pflege von behinderten Kindern dargestellt werden. Die Betreuungsgesichtspunkte sind bei einem behinderten Kind viel weitgehender und daher wird diese Problematik nicht näher beleuchtet.

Das Kapitel 4 „Work-Life-Balance“ geht themenbezogen nur auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein und streift daher bewusst nur kurz die Bereiche der Gesundheitsförderung (Sport, Ernährung etc.) und der Sinnebene (Selbstverwirklichung, Religion).

2. Berufsbild der Ärztin

2.1 Frauen in der Medizin – Historie der letzten zwei Jahrhunderte

Im Juli 2010 fand in Münster der 28. Weltärztinnen-Kongress mit Teilnehmern aus 46 Ländern statt. Rund 650 Medizinerinnen diskutierten über Probleme der Globalisierung innerhalb der Medizin, die „weibliche Seite“ der Medizin und über Frauen im Arztberuf.⁵

Noch vor 110 Jahren war ein solcher Kongress von, mit und über Ärztinnen nicht vorstellbar. Damals warnten die Mitglieder des 26. Deutschen Ärztetages (1898) vor dem „drohenden Einbruch von Frauen in die Männerdomäne“. Der bayrische Kultusminister Robert von Landmann polemisierte am 18. Januar 1900 sogar in der Form, dass er ein Frauenstudium als einen „gemeingefährlichen Unfug“ bezeichnete, und warnte davor, Frauen den Zugang zum Studium zu ermöglichen.⁶

Bereits zwanzig Jahre zuvor gab es die ersten engagierten Versuche von Frauenvereinen, Frauen den Zugang zum Medizinstudium bzw. zur wissenschaftlichen Lehrerinnenausbildung zu verschaffen. Verantwortlich für diese neue Entwicklung war die fortschreitende Industrialisierung und Urbanisierung, die große wirtschaftliche und soziale Veränderungen initiierten. Der Zwang, dass viele Frauen, auch aus der Mittelschicht, für ihren Lebensunterhalt nun selbst zu sorgen hatten, führte zu Emanzipationsbestrebungen und damit verbunden auch zu einem Anspruch auf Bildung. Somit war die frühe Frauenbewegung nicht politisch, sondern berufs- bzw. bildungsbezogen bedingt.⁷

Doch nur vereinzelt waren diese Initiativen der Frauenbewegung erfolgreich. Der Geschichte der Medizin ist zu entnehmen, dass es nur wenigen Frauen bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts gelang, ihre Ambitionen insbesondere in Deutschland zu verwirklichen. Die USA und einige europäische Länder wie Frankreich, die Schweiz oder England hatten bereits ihre Universitäten für Frauen geöffnet bzw. spezielle Frauencolleges gegründet. Ein Studium in der Schweiz bot sich den meisten deutschen studierwilligen Frauen aufgrund der Nähe und der geringeren sprachlichen Barriere an. Darüber hinaus reichte ein Nachweis über einige

⁵ Vgl. Deutscher Ärztinnenbund e.V., 28. Internationaler Kongress des Weltärztinnenbundes in Münster, Juli 2010.

⁶ Wilke, C., Forschen, Lehren, Aufbegehren - 100 Jahre akademische Bildung von Frauen in Bayern, herausgegeben von der Landeskongferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der bayrischen Hochschule, zitiert aus der „Neue Bayerische Landeszeitung“ vom 18. Januar 1900, 2003, S. 20.

⁷ Greven-Aschoff, B., Die bürgerliche Frauenbewegung in Deutschland 1894-1933, 1981, S. 45-50, S.62.

Vorkenntnisse für die Immatrikulation; eine Bescheinigung über eine Reifeprüfung war nicht erforderlich.⁸

Nach Abschluss ihres Studiums in der Schweiz kehrten ab 1876 die ersten Ärztinnen nach Deutschland zurück und ließen sich nieder. Obwohl sie damals noch keine deutsche Approbation erhielten, war allein ihre Präsenz der Anlass für eine erweiterte öffentliche Diskussion über die Zulassung zum Medizinstudium. Vor allem die Ärzteschaft weigerte sich vehement gegen das Eindringen in ihr „Refugium“. Mit vermeintlichen sittlichen, moralischen und medizinischen Argumenten versuchten sie, ihren Status quo zu verteidigen.⁹

Die Hauptargumente der Männer gegen die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

1. die „biologische Unfähigkeit“ der Frauen,
2. der dadurch vorhersehbare Niveauverlust der Wissenschaft,
3. eigene wirtschaftliche Einbußen.

Eine Vielzahl von Medizinprofessoren versuchte in Wort und Schrift das Vordringen in die Männerdomäne zu verhindern, indem sie die „problematischen“ biologischen Voraussetzungen der Frauen aufzeigten oder ihnen die Fähigkeit absprachen, wissenschaftlich zu denken.¹⁰

Bereits Ende Mai 1892 stellte der Pathologe Arnold Heller in einem Antwortschreiben auf Anfrage des Preußischen Kultusministeriums fest:

„Frauen sind in ihrer ganzen Organisation nach den Anstrengungen des ärztlichen Berufes nicht gewachsen. Auch kann eine weitere Steigerung der Überfüllung des ärztlichen Standes im öffentlichen Interesse nicht erwünscht erscheinen.“¹¹ Und weiter bemerkt er: „Vor Studierenden beiderlei Geschlechtes lassen sich gewisse Gegenstände nicht ohne peinliche Empfindung behandeln,.... Es würde zu einer oberflächlichen und ungenügenden Behandlung solcher Gegenstände kommen

⁸ Vgl. Bonner, T. N., Pioneering in woman's medical education in the Swiss universities, 1988, S. 461-474.

⁹ Vgl. Burchardt, A., Blaustrumpf, Modestudentin, Anarchistin? Deutsche und russische Medizinstudentinnen in Berlin 1896-1918, 1997, S.14.

¹⁰ Vgl. Lohff, B., Frauenstudium: ein gemeingefährlicher Unsinn, Juni 2008, S.12-13.

¹¹ Vgl. Lohff, B., Frauenstudium: ein gemeingefährlicher Unsinn, Juni 2008, S.12-13.

müssen, wie überhaupt das Niveau der Anforderungen herabgedrückt werden müsste.“¹²

Weitere Belege für diese damals vorherrschende Meinung finden sich z.B. in der Arbeit des Professors für Anatomie und Physiologie Dr. Theodor L. W. von Bischoff. Danach fehlt dem „weiblichen Geschlecht für das Studium und die Pflege der Wissenschaften und insbesondere der Medizin“ die körperliche und geistige Befähigung.¹³ Verschärft wurde diese Ansicht durch den Gynäkologen Paul Julius Moebius. In seinem Pamphlet „Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes“, das in der 9. Auflage noch 1908 erschien, bezeichnete er „den weiblichen Schwachsinn“ als ein physiologisches Faktum bzw. Postulat. Man solle von ihnen nicht mehr verlangen als „gesund und dumm“ zu sein. Seine Theorie basiert auf dem Vergleich männlicher und weiblicher Gehirne.¹⁴

Demgegenüber argumentierte die Frauenbewegung, dass Frauen nicht nur ein Recht auf weibliche Arztbehandlung hätten, sondern ebenso ein Bedürfnis in sittlicher und in sanitärer Notwendigkeit vorliege. Die besondere Befähigung der Frau in der Heil- und Pflegebehandlung führte die Frauenbewegung als weiteres Argument für das Studienbegehren an.¹⁵

Bis zur Jahrhundertwende gab es nur wenig Unterstützung durch die männliche Ärzteschaft. Letztlich ist es dann dem mutigen und konsequenten Vorgehen einzelner Frauen zu verdanken, dass der Kampf um die Zulassung zum Studium erfolgreich war. Erste Ausnahmeregelungen wurden zum Regelfall, bis schließlich durch einen Bundesratsbeschluss im Jahre 1899 den Frauen die Immatrikulation gestattet wurde. Es dauerte aber noch fast 10 Jahre, bis auch die letzte und größte Länderregierung (Preußen 1908/09) die Zulassung gewährte. Den Professoren wurden auch weiterhin an den preußischen Universitäten Sonderrechte zugestanden. Sie konnten selbst darüber entscheiden, ob Studentinnen an ihren Vorlesungen teilnehmen durften.

So ließ z.B. der Berliner Anatom Wilhelm von Waldeyer für die weiblichen Studentinnen lediglich in einer Dachkammer seines Instituts einen Anatomiekurs durch einen Assistenten durchführen.¹⁶

¹² Vgl. Lohff, B., Frauenstudium: ein gemeingefährlicher Unsinn, Juni 2008, S.12-13.

¹³ Vgl. Bischoff, T., Das Studium und die Ausübung der Medizin durch Frauen, 1872, S.20.

¹⁴ Vgl. Moebius, P. J., Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes, in: Sammlungen zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiet der Nerven und Geisteskrankheiten, 1908, S.7.

¹⁵ Vgl. Burchardt, A., Blaustrumpf, Modestudentin, Anarchistin? Deutsche und russische Medizinstudentinnen in Berlin 1896-1918, 1997, S.17f..

¹⁶ Vgl. Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A., Karriereplanung für Ärztinnen, 2006, S. 14.

Die Gleichberechtigung der Frauen an den deutschen Universitäten war mit der Erlaubnis zur Immatrikulation somit nur bedingt erfolgt. Erst als ihnen das Recht zur Habilitation durch ministeriellen Erlass vom 21. Februar 1920 zugestanden wurde, hatten sie den Durchbruch geschafft und sich ihren Platz in der Medizin erobert.¹⁷

*Die Medizin wird weiblich.*¹⁸

Der Eintritt der Frauen in den von Männern gänzlich dominierten Arztberuf wurde mit Argwohn verfolgt. Häufig genug wurden sie nur stillschweigend geduldet und bei ihrer Arbeit auf mögliches Fehlverhalten gegen Berufs- und Standesregeln genauestens überwacht und bespitzelt.¹⁹

Da ein Konfrontationskurs weder für die angehenden Ärztinnen noch für ihre Patientinnen von Vorteil gewesen wäre, präferierte die Frauenbewegung nicht die Forschungstätigkeit, sondern vielmehr die praktische Tätigkeit von Ärztinnen. Mit ihrem speziellen weiblichen Einfühlungsvermögen sollten sie vorrangig Frauen behandeln. Auf diese Weise könnte den Frauen und Mädchen besser geholfen werden, denen es peinlich sei, sich gegenüber männlichen Ärzten zu öffnen.

Die ersten Ärztinnen in Deutschland folgten dem Ratschlag in dieser Anfangsphase und übernahmen mit der Aufklärung über Körperfunktionen sowie Ratschlägen zur Hygiene weitere Aspekte in ihr Tätigkeitsfeld. Dabei stand die Nützlichkeit für die Gesellschaft an oberster Stelle.

Ihr Tätigkeitsspektrum war damit begrenzt auf die Gebiete der Pflege, Hygiene, Sexualerziehung, Schwangerschaftsvorbeugung und -beratung sowie auf den Einsatz im nicht-klinischen Bereich.²⁰

Nachdem Frauen generell der Zugang zu den Universitäten möglich war, stieg der Anteil weiblicher Studentinnen rasch an. Zum Ende des ersten Weltkrieges erreichte ihr Anteil fast 27,4% aller Medizinstudierenden. Diese Quote sank dann aber wieder während der Weimarer Republik, da sich die Tendenz, Frauen aus dem akademischen Berufsleben heraus zu drängen, immer mehr verstärkte.

¹⁷ Vgl. Boedeker, E., Colshorn, I., Engelhardt, E., 25 Jahre Frauenstudium in Deutschland, 1935, S. XLIV.

¹⁸ Hibbeler, B., Korzilius, H., Die Medizin wird weiblich, in: Deutsches Ärzteblatt, S. A609-A612, 2008.

¹⁹ Vgl. Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühren, A., Karriereplanung für Ärztinnen, 2006, S. 15-16.

²⁰ Hoesch, K., Die Kliniken weiblicher Ärzte in Berlin 1877-1914. In: Brinkschulte, E., Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland, 1993, S.44-56.

Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten setzte sich dieser Trend fort und der Anteil weiblicher Medizinstudenten ging 1932 auf 20% zurück.²¹

Mit dem am 20. April 1933 erlassenen „Reichsgesetz gegen die Überfüllung der Schulen und Hochschulen“ durfte der Anteil der Studentinnen an der gesamten Studentenschaft nicht mehr als 10% betragen. Es gab sogar die Forderung, die Zulassungsquote für Frauen im Fach Medizin auf 5% zu reduzieren.

Der Kampf um die Gleichberechtigung in der Medizin schien damit fast wieder verloren zu sein.

Allerdings änderte sich mit Beginn der Kriegsvorbereitungen erneut das Berufsbild der Ärztinnen. Ihre Tätigkeit wurde nun als „höchste Form weiblichen Volksdienstes“ gepriesen.²²

Demzufolge wurden auch wieder vermehrt Frauen zum Studium zugelassen. Außerdem herrschte in Deutschland ein akuter Ärztemangel, da man den jüdischen Ärztinnen und Ärzten aufgrund der Rassenpolitik vor dem Krieg die Approbation entzogen hatte und viele ins Ausland geflohen waren.

Mit dem Ausbruch des Krieges wurde zudem der Mangel noch verstärkt, weil viele männliche Ärzte in den Kriegslazaretten eingesetzt wurden und dadurch in der „Heimat“ fehlten.

In der Nachkriegszeit reduzierte sich der Anteil der Frauen im Medizinstudium erneut, da die vorhandenen wenigen Studienplätze vorrangig den Kriegsteilnehmern zugestanden wurden. Auch die Einführung des Numerus Clausus wirkte sich zunächst erschwerend bei der Platzvergabe für Frauen aus.²³ Doch bereits in den fünfziger Jahren wuchs die Quote der weiblichen Studienanfänger im Fach Medizin auf 35% an. Nach neuesten Statistiken gibt es aktuell weitaus mehr Frauen als Männer, die ein Medizinstudium beginnen.²⁴

Wie Doktor Regine Rapp-Engels, Präsidentin der deutschen Ärztinnenbundes in einem Interview mit den Westfälischen Nachrichten am 26.07.2010 anlässlich des

²¹ Vgl. Bleker, J., Anerkennung durch Unterordnung? Ärztinnen und Nationalsozialismus, in: Brinkschulte, E., Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland, 1993, S. 126-135.

²² Dettmer, S., Kaczmarczyk, G., Bühnen, A., Karriereplanung für Ärztinnen, 2006, S. 28.

²³ Vgl. Lohff, B., Frauenstudium: ein gemeingefährlicher Unsinn, Juni 2008, S.12-13.

²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Studierende Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin), 2010.

Weltärztinnen-Kongresses in Münster mitteilte, beträgt der Anteil weiblicher Studenten an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster zzt. sogar 70%.²⁵

2.2 Rolle des Arztes im 21. Jahrhundert

Aufgrund der sich ständig ändernden gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen unterliegt das Berufsbild der Ärztinnen bzw. des Arztes einem stetigen Wandel.

Aus der schon seit vielen Jahrtausenden praktizierten „Heilkunst“ ist in den letzten zwei Jahrhunderten zunehmend eine medizinische Wissenschaft geworden²⁶, die, wie im vorherigen Kapitel ausgeführt, nach und nach auch die Frauen mit einbezog.

Der Arztberuf im 21. Jahrhundert wird immer mehr mit außeroriginären-medicinischen Faktoren konfrontiert, so dass eine Veränderung in dem Verhältnis Arzt – Patient stattfand bzw. stattfindet. Der Heiler, Helfer und Berater des Patienten im tradierten Verständnis des Mediziners sieht sich mehr und mehr einer Fremdbestimmung seiner ärztlichen Tätigkeit gegenüber. Der Arzt bzw. die Ärztin wandelt sich immer mehr zum Manager im Gesundheitswesen und zum Verwaltungsbeamten für Gesundheitsgesetze.

Seit Mitte der siebziger Jahre versucht die Politik durch Gesetze und Reformvorhaben die steigenden Kosten im Gesundheitswesen aufzufangen. Mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 ging es zunächst um eine engere Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung. Mehr als 50 Gesetze folgten diesem, u.a. auch das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“, demzufolge seit 2003 die Patienten eine Praxisgebühr von 10 Euro entrichten müssen.²⁷

Diese und die in der Zukunft folgenden gesetzlichen Regelungen bestimmen heute das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten in hohem Maße.

²⁵ Vgl. o.V., In Ghana für Münster geworben - Dr. Regine Rapp-Engels holte den Weltärztinnenkongress nach Münster, Westfälische Nachrichten vom 26.07.2010.

²⁶ Vgl. Schmitz-Luhn, B., Vom Heiler zum Gesundheitsmanager?, 2009, S. 38-40.

²⁷ Möhrle, K., Arzt-Mediziner-Manager: Das ärztliche Berufsbild im Wandel der Zeit, 2006, S. 309-312.

Mit minutiösen Vorgaben für Behandlungsabläufe, mit beschränkten Budgets und mit Qualitätskontrollen wird der Arbeitsalltag des Arztes reglementiert. Dabei stehen die Ärzte Patienten gegenüber, die durch die Informationsflut der zahlreichen Medien verunsichert sind und darüber hinaus, da sie mehr und mehr für ihre Behandlungen und Therapien finanziell herangezogen werden, ihr Recht der freien Arztwahl nutzen.

Arztpraxen und Kliniken werden dadurch immer häufiger zu Konkurrenten, die um ihre finanzielle Existenz kämpfen müssen.

Neben diesen Anforderungen bestimmen lebenslange, gezielte Fortbildung und Bereitschaft zur stetigen Sicherung und Förderung der Qualität das Rollenbild der Ärzte. Diesen Aspekten müssen sie in ihrer Berufsausübung gerecht werden.

Zweifellos wirken sich die vorher skizzierten ökonomischen Faktoren und Rahmenbedingungen auf das aktuelle Berufsbild des Arztes aus und haben seinem Image geschadet. „Der Halbgott in Weiß verabschiedet sich“, hieß es in einigen Medien, als gemeldet wurde, dass der Arzt im Ranking der Berufe, obwohl weiterhin Spitzenreiter, doch einige Punkte eingebüßt hat. Diese Veränderung ist aber nicht darauf zurückzuführen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gesunken ist.²⁸

Die Öffentlichkeit erkennt gleichwohl die immer schwierigeren und komplexeren Arbeitsbedingungen und die immer schlechteren Vergütungen der Ärzte. Was den Patienten persönlich fehlt, sind die Zeit und Zuwendung des Arztes. Er, der Kranke, braucht besonders in seiner Situation des Krankseins das Einfühlungsvermögen, die Menschenkenntnis und die Freundlichkeit seines Arztes.²⁹

Den Ärztinnen wird in diesem Zusammenhang ein Plus gegenüber ihren männlichen Kollegen durch eine europäische Studie bescheinigt, die das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen im Jahr 2000 herausgab. Die Ärztinnen wurden als sympathischer, verständnisvoller und einfühlsamer empfunden, verständlicherweise besonders im Bereich der Gynäkologie. Im Hinblick auf Kompetenz, Objektivität, Aufrichtigkeit und Vertrauenswürdigkeit waren Ärztin und Arzt gleichrangig.³⁰

²⁸ Vgl. sanofi aventis, *Arztimage - Berufsbild im Wandel*, Artikel unter <http://www.sanofi-aventis.de/> [Stand: 10.09.2010].

²⁹ Vgl. Schmitz-Luhn, B., *Vom Heiler zum Gesundheitsmanager?*, 2009, S. 38-40.

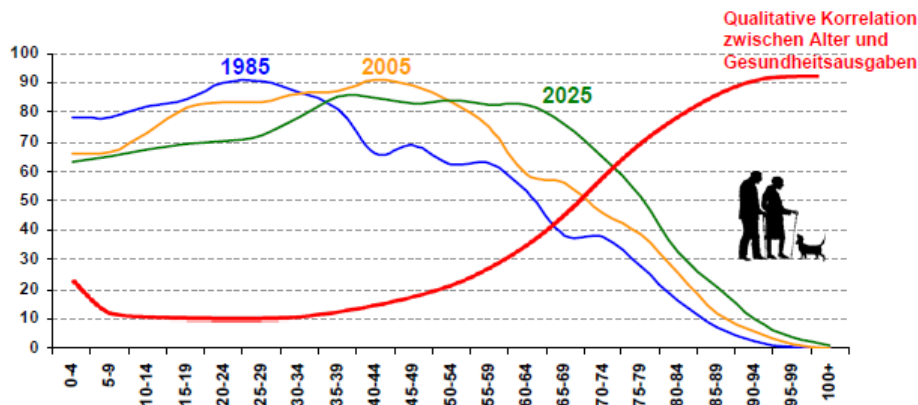
³⁰ Vgl. Juvan, G., Ellermann, B., *Ärztin und Beruf - Hindernisse überwinden, Karrierechancen nutzen*, 2001, S. 22-24.

Das Ergebnis der Studie zeigt damit eindeutig, dass auch von Seiten der Patienten im 21. Jahrhundert primär die Forderung nach Ärzten besteht, die im Interesse und zum Wohle des Kranken handeln, und nicht nach Managern im Gesundheitswesen.

Laut Statistischem Bundesamt wird der demografische Wandel in der Zukunft erhebliche Einflüsse auf die Veränderung der Krankenhauslandschaft in Deutschland haben. Im Rahmen einer Modellrechnung wurde die voraussichtliche Entwicklung im Krankenhausbereich untersucht. Danach wird – trotz insgesamt schrumpfender Bevölkerung – allein durch die Alterung der Gesellschaft die Zahl der Krankenhaufälle in Deutschland bis zum Jahr 2030 um etwa 12% steigen. Dabei wird es voraussichtlich zu großen Unterschieden bei der Entwicklung der Krankenhaufälle nach einzelnen Diagnosegruppen kommen. Die Auswirkungen der Alterung der Gesellschaft werden daher auch die Kapazitäten betreffen, die in den einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser vorgehalten werden müssen.³¹ Die folgende Abbildung 1 unterstreicht die Aussage der alternden Gesellschaft und der damit einhergehenden Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

³¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Verweildauer in Krankenhäusern auf Tiefstand, Pressemitteilung Nr. 473 vom 10.12.2008.

Altersabhängige Bevölkerungsverteilung^{*)} (in Millionen)



^{*)} beinhaltet Europa (inkl. Osteuropa) Nord-Amerika, Australien/Neuseeland und Japan

Abb. 1: Altersabhängige Bevölkerungsverteilung (in Millionen)

Quelle: Vereinte Nationen (u.a. „The 2004 Revision Population Database“, Population Division).

Quelle: „Budgetary challenges posed by aging populations“, Economic Policy Committee, EU).

Dies zeigt, dass Ärztinnen und Ärzte in der Zukunft dringend gebraucht werden und man den Beruf der Ärztin bzw. des Arztes attraktiver gestalten muss.

2.3 Die Mediziner von morgen (Generation Y) und ihre Erwartungen

Die Mediziner von morgen kommen aus der Generation Y. Diese sind teilweise bereits in den Krankenhäusern tätig bzw. werden in den nächsten Jahren im Krankenhaus ihren Dienst aufnehmen.

Nach einer Definition der amerikanischen Unternehmensberatung Deloitte ist damit die Generation gemeint, die zwischen 1982 und 1993 geboren wurde.³² Einen hundertprozentig eindeutigen Zeitraum kann man allerdings nicht benennen, da in anderen Literaturen der Zeitraum um ein paar Jahre nach hinten bzw. vorne verschoben ist. Einig sind sich die Autoren grundsätzlich über die Attribute dieser Generation.

³² Vgl. Deloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Insuring the Catalyst-Customer: Generation Y and the Insurance Industry, 2008, S. 3.

Die Generation Y ist beispielsweise mit dem Computer oder dem Handy groß geworden. Daher nutzt sie die neuen technischen und multimedialen Möglichkeiten (wie z.B. das WorldWideWeb) regelmäßig und effizient. Aufgrund ihrer Sozialisation sind die Mitglieder dieser Generation multitaskingfähig. So erwarten sie natürlich auch im Medizinstudium, dass die Lehrenden die vorhandenen Möglichkeiten nutzen und nicht reinen Frontalunterricht praktizieren. PowerPoint Animationen mit Filmsequenzen oder der Einsatz von Audience Response System (TED System), bei denen die Dozentin/der Dozent intermittierend Fragen zu Vorlesungsinhalten an die Studierenden stellen kann, haben Einzug in die Lehre gehalten. Diese Fragen werden dann mittels kleiner Handsender beantwortet und das Ergebnis der Befragung wird dann sofort innerhalb der Vorlesung anhand einer PowerPoint-Folie visualisiert. Auch der Bereich des „Problemorientierten Lernens“ hat einen hohen Stellenwert gewonnen.


Das Negative an diesem Trend ist aber, dass die Generation auf der anderen Seite schnell gelangweilt ist und es an einem Interesse an tiefergehendem Wissen fehlt. Dies spiegelt sich dann auch im späteren Berufsleben wieder, denn auch dort ist sie bei Routineaufgaben schnell gelangweilt, jedoch hoch motiviert, wenn vorhandene Systeme hinterfragt oder neue Methoden entwickelt werden sollen. Zudem ist für die „Generation Y“ das Tun wichtiger als das Wissen, nach dem „Trial and Error“ - Motto oder der alten Weisheit „Probieren geht über studieren“.

Die neue Generation ist des Weiteren nicht so der Hierarchie ergeben und fordert viel mehr. Das hängt auch damit zusammen, dass sie weitaus mehr Wahlmöglichkeiten hat als ihre vorherige Generation.^{33,34} Arbeitgeber müssen sich daher auf diese neuen Ärztinnen und Ärzte einstellen.

Schaut man sich darüber hinaus die Berufsziele der heutigen Studierenden an, so haben sich diese in Zeiten des gestiegenen Fachkräftemangels mit verändert. Eine Umfrage des Employer-Branding-Beraters Universum Communications unter mehr als 20.000 Studierenden ergab, dass den Studierenden die Vereinbarkeit von Beruf und Familie am wichtigsten ist. Für jeden zweiten Befragten ist eine ausgewogene Work-Life-Balance von zentraler Bedeutung (vgl. Abb. 2).

³³ Vgl. Meinert, S., Arbeitsmarkt-Entwicklung - Die Besten der Generation Y rekrutieren, in: Financial Times Deutschland vom 18.09.2008.

³⁴ Vgl. Meinert, S., Generation Y: Zwischen iPod und Learning 2.0, in: Financial Times Deutschland vom 29.04.2010.

Welche Karriereziele sind für Sie persönlich besonders wichtig?	
 eine ausgewogene Work-Life-Balance	50 Prozent
intellektuell herausgefordert sein	40 Prozent
einem sicheren und beständigen Job nachgehen	37 Prozent
Führungskraft mit leitender Funktion	31 Prozent
unternehmerisch oder kreativ / innovativ sein	25 Prozent
eine internationale Laufbahn	25 Prozent
selbständig oder unabhängig sein	20 Prozent
technischer oder Fachexperte sein	18 Prozent
sich dem Gemeinwohl widmen	12 Prozent

(drei Nennungen möglich)

Abb. 2: Welche Karriereziele sind für Sie persönlich besonders wichtig?

Quelle: Universum Student Survey, 2010.

Die nachrückende Generation sucht bzw. fordert im Krankenhaus eine ausgewogene Work-Life-Balance. Dabei soll im Berufsleben nicht das Finanzielle an erster Stelle stehen, sondern durch die Arbeit soll dem Leben eine sinnerfüllte Richtung gegeben werden. Der „Generation Y“ ist der Erfolg im Job zwar wichtig und sie erwartet regelmäßig und zeitnah ein Feedback, doch würde sie für den beruflichen Erfolg ihr Privatleben nicht mehr opfern. So scheut sich die Generation auch nicht, wenn der Job ihren Anforderungen nicht mehr entspricht, den Arbeitgeber zu wechseln. Die traditionelle Bindung an den Arbeitgeber gibt es heute nicht mehr und daher sollte bei den Krankenhäusern ein Umdenken zu mehr Work-Life-Balance stattfinden. Nur so kann man zukünftig qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gewinnen und halten.^{35,36} Das Thema Work-Life Balance wird im später folgenden Abschnitt 4 noch intensiver behandelt.

Auch eine Umfrage der AG Gesundheitspolitik der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. aus dem Jahre 2006 belegt dieses. In einer Online-Befragung wurden alle Medizinstudierenden in Deutschland befragt, welche Arbeitsbedingungen sie sich wünschen. An dieser Befragung haben über 3600 Studierende teilgenommen. Davon waren 59,32% weiblich.

³⁵ Vgl. Meinert, S., Arbeitsmarktentwicklung - Die Besten der Generation Y rekrutieren, in: Financial Times Deutschland vom 18.09.2008.

³⁶ Vgl. Deloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Generation Y: Changing the face of manufacturing, 2007.

Die Altersverteilung der Befragten stellte sich wie folgt dar:

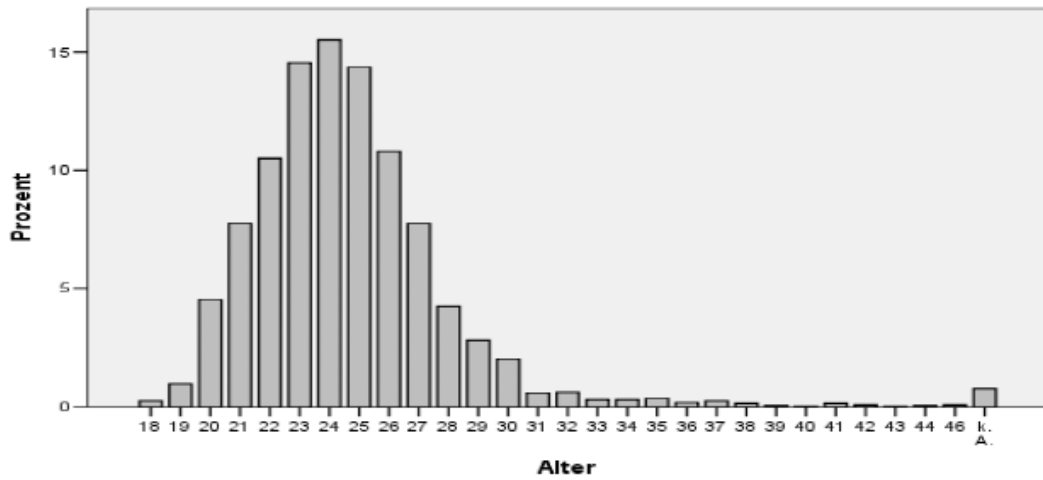


Abb. 3: Altersverteilung der befragten Medizinstudierenden (2006)

Quelle: Ergebnisse der Befragung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., 2006.

Von den Befragten möchten 80,9% der Männer und 83,2% der Frauen später gerne Kinder haben (vgl. Abb.4).

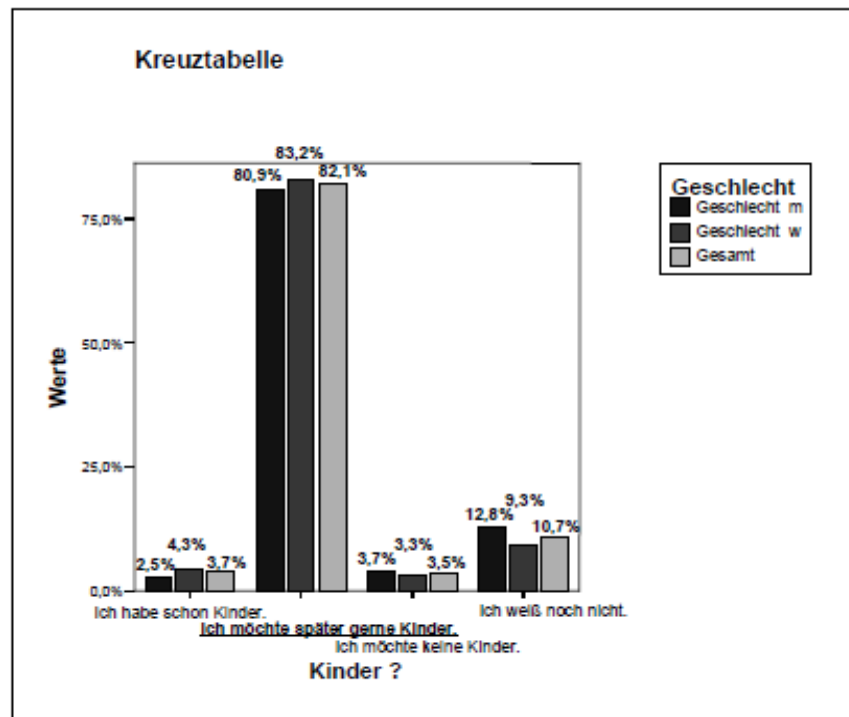


Abb. 4: Kinderwunsch der Medizinstudierenden (2006)

Quelle: Ergebnisse der Befragung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., 2006.

Trotz des großen Wunsches, Kinder zu bekommen, sind sich die Medizinstudierenden mehrheitlich darüber bewusst, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im späteren Arztberuf „sehr schwierig“ bzw. „schwierig“ wird (vgl. Abb. 5).

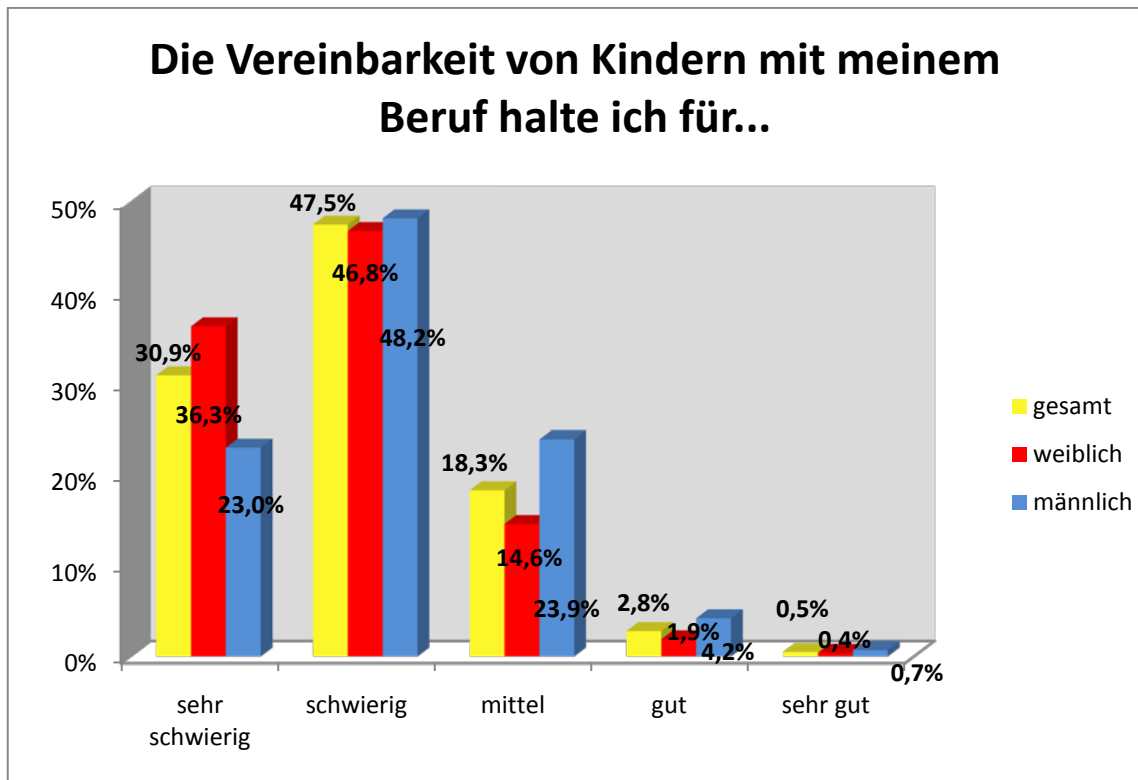


Abb. 5: Auswertung der Frage: Die Vereinbarkeit von Kindern mit meinem Beruf halte ich für...

Quelle: Ergebnisse der Befragung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., 2006.

So antworteten 36,3% der Frauen und 23% der Männer, dass sie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für sehr schwierig bzw. 46,8% der Frauen und 48,2% der Männer dies für schwierig halten. Zusammengefasst bedeutet dieses Ergebnis, dass 83,1% (36,3%+46,8%) der weiblichen Studierenden schon jetzt sehen, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf schwierig wird. Daher muss hier angesetzt werden, um gute Fachkräfte zu gewinnen bzw. halten zu können.³⁷

2.4 Karriereverläufe von Ärztinnen

Die Aussage, dass der Anteil der weiblichen Studierenden höher ist, wird in diesem Unterkapitel genauer untersucht. In einem nächsten Schritt wird der weitere Karriereweg von Ärztinnen analysiert und erläutert. Dabei wird auf die Hemmnisse eingegangen, die hierbei eine Rolle spielen könnten.

³⁷ Vgl. BVMD, Befragung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., 2006, S. 17-18.

2.4.1 Entwicklung der Studierendenzahlen im Fach Medizin in Deutschland

Die Gesamtzahl der Studierenden ist in den letzten Jahren immer weiter zurückgegangen. Von 1998 bis 2008 ist die Gesamtzahl von 82.333 auf 79.376 Studierende gesunken (siehe Abb. 6). Dies entspricht einem Rückgang von 3,59%.

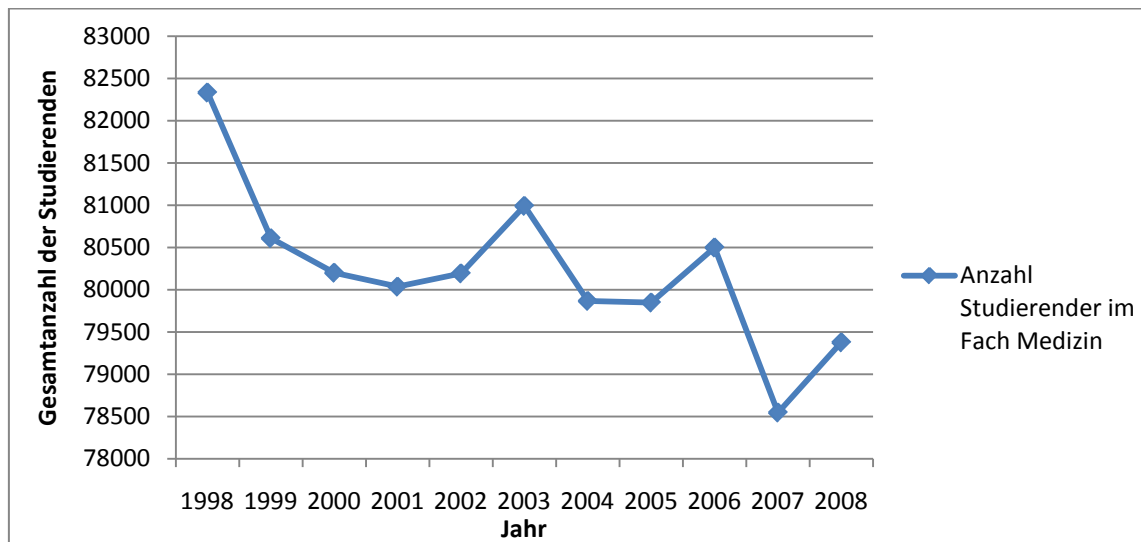


Abb. 6: Gesamtanzahl der Studierenden im Fach Medizin in Deutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt. ³⁸

Die Gründe für die rückläufige Anzahl von Medizinstudenten sind natürlich vielfältig. Es gibt aber einige Punkte, die in diesem Zusammenhang häufig genannt werden, und diese sind:

- schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- lange Ausbildung und hohe Kosten für die Weiterbildung zum Facharzt (13-14 Semester Regelstudienzeit für das Medizinstudium + Praktika + Facharztweiterbildung etc.)
- schlechte, d.h. nicht leistungsgerechte Entlohnung im späteren Beruf
- schlechte Arbeitsbedingungen
- keine geregelten Arbeitszeiten sowie Nacht- und Wochenenddienste
- hohe Arbeitsbelastung

³⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Studierende Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin), 2010.

- psychische und physische Belastung (z.B. Tod von Patienten (Verarbeitung), Stress, Druck, Überforderung usw.)
- schwierige Aufstiegschancen → bei Teilzeit noch schwieriger
- ausgeprägte hierarische Strukturen im Krankenhaus.³⁹

Schaut man sich nun anschließend das Verhältnis von Männern und Frauen an der Gesamtzahl der Studierenden im Fach Medizin an, fällt auf, dass sich der Anteil der weiblichen Studierenden immer weiter erhöht.

In Prozent bedeutet dies, dass im Jahre 1998 noch ca. 50% der Studierenden im Fach weiblich waren und im Jahre 2008 schon ein Anteil von 61,28 % zu verzeichnen ist (vgl. Abb. 7).

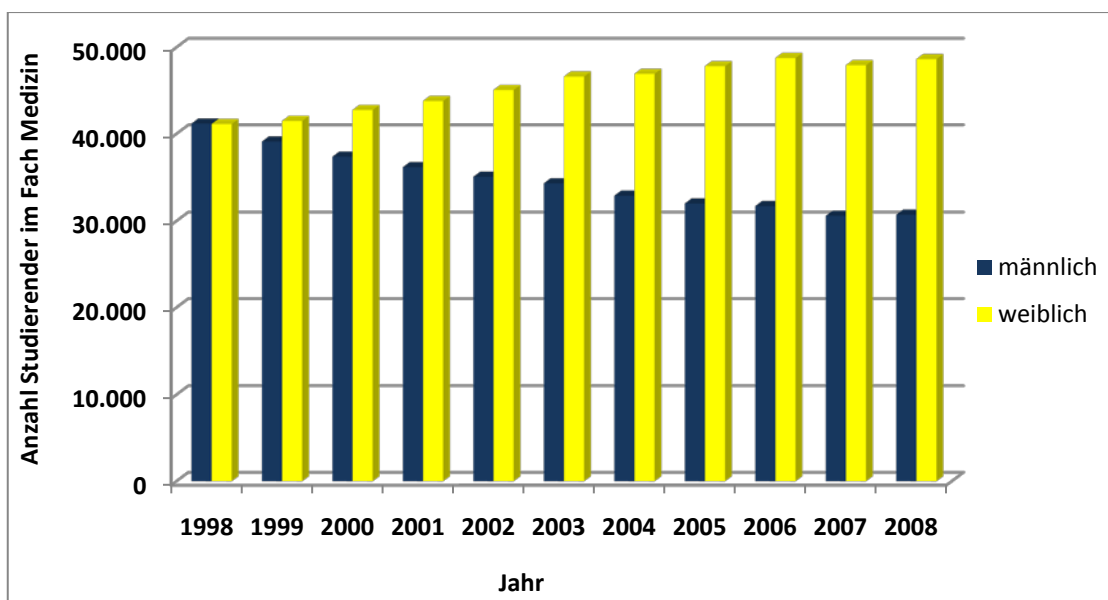


Abb. 7: Studierende im Fach Medizin

Quelle: Statistisches Bundesamt.⁴⁰

Der Grund für die gestiegene Zahl von weiblichen Studienanfängern im Fachbereich Medizin ist die parallel gestiegene Anzahl von Abiturientinnen. Die Korrelation entsteht, da es sich beim Fach Medizin meistens um zulassungsbeschränkte Studiengänge handelt, in denen größtenteils die Abiturbesten einen Studienplatz erhalten. Aufgrund der besseren Abiturnoten ist damit impliziert, dass auch der Anteil der weiblichen Studierenden höher ist.

³⁹ Vgl. IFB Nürnberg: Untersuchung zum Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte, 2008, S.155-157.

⁴⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt, Studierende Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin), 2010.

Diesen Trend erkennt man eindeutig in der Abbildung 7. Seit 1998 hat der Anteil der weiblichen Studierenden im Fach Medizin stetig zugenommen und der Anteil der männlichen Studierenden kontinuierlich abgenommen.

2.4.2 Anteil der Frauen im Verlauf einer Karriere und die Folgen der Inanspruchnahme der Elternzeit

Geht man nun einen Schritt weiter und schaut sich den Verlauf der medizinischen Karriere bei Frauen an, erkennt man, dass ab einem gewissen Punkt dieser Trend sich umkehrt. Den Sprung zur Chefärztin oder Professorin schaffen erheblich weniger Frauen als Männer. Dort liegt der weibliche Anteil bei 11 bzw. 11,8% (vgl. Abb. 8).

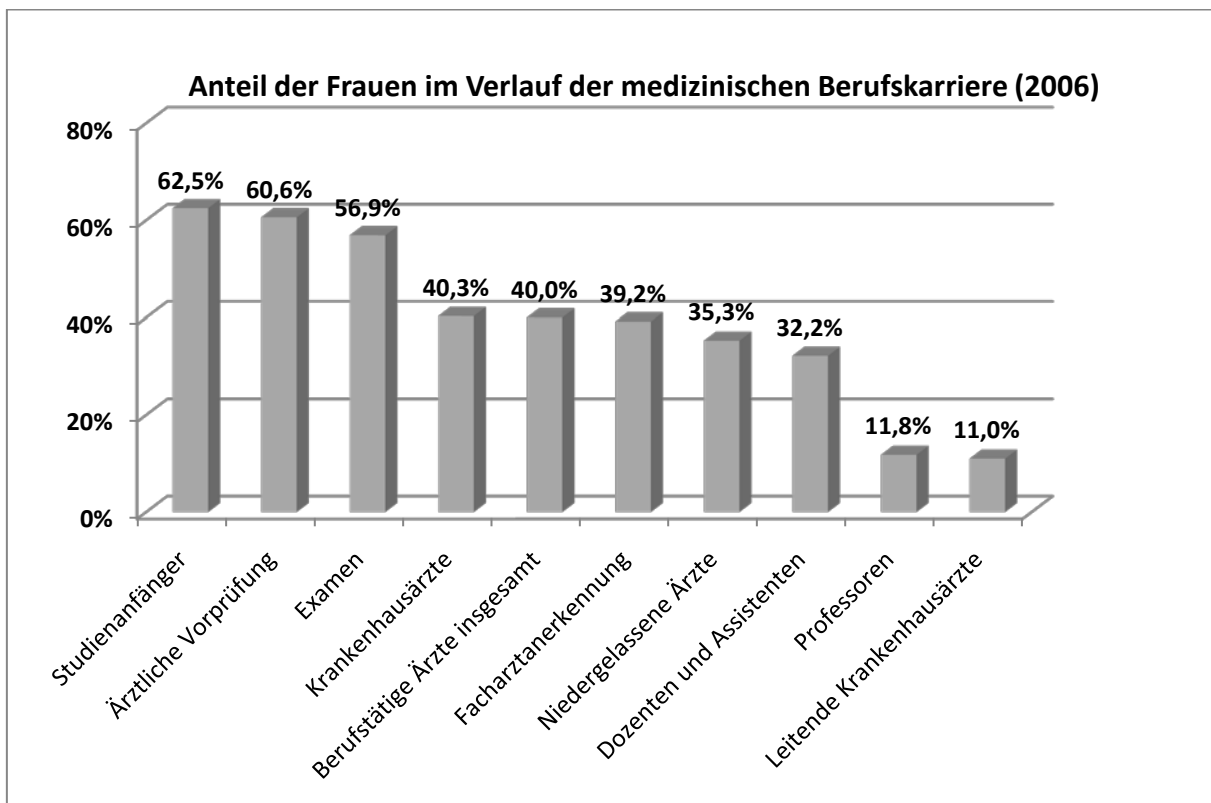


Abb. 8: Anteil der Frauen im Verlauf der medizinischen Berufskarriere (2006)
Quelle: Vgl. Hibbeler, Korzilius, Bundesärztekammer, IMPP, Statistisches Bundesamt.⁴¹

Grund für diesen Karriereknick ist der Fakt, dass Frauen Kinder bekommen. Eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist auch heute noch ein großes Problem.

⁴¹ Hibbeler, B., Korzilius, H., Die Medizin wird weiblich, in: Deutsches Ärzteblatt, S. 610.

Frauen müssen sich im Bereich der Medizin zwischen Kind und Karriere zumeist entscheiden. Eine Führungsposition wie z.B. der Chefarztposten bedeutet Überstunden, die sich eine berufstätige Mutter nicht immer erlauben kann.

Im Ramboll Gutachten, das im Jahre 2004 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums in Auftrag gegeben wurde, gaben mehr als 60% der Frauen unter 35 Jahren an, dass sie die Inanspruchnahme einer Elternzeit planen. Ergebnis des Gutachtens war zudem, dass ca. 3/4 der Studierenden und 2/3 der befragten Ärztinnen und Ärzte befürchten, dass ein Wiedereinstieg nach der Elternzeit in den Beruf schwierig werden wird. Somit sind sich die Ärztinnen und Ärzte bewusst, dass für sie beim Wiedereinstieg in den Beruf Nachteile entstehen und dass dieser Mangel, wie zuvor schon erwähnt, dringend angegangen werden muss.⁴²

Auch eine repräsentative Befragung der in Elternzeit befindlichen oder im Haushalt tätigen jüngeren hessischen Ärztinnen aus dem Jahre 2003 zeigt auf, dass 77% der damals befragten Frauen nach der „Familienpause“ wieder ärztlich tätig werden wollen. Nur 1% der befragten Ärztinnen will nicht in den Beruf zurück, 4% streben eine nicht-ärztliche Tätigkeit an und 18% waren noch unentschlossen. Auffällig ist hierbei, dass je länger die Unterbrechung dauert, der Wunsch, den Arztberuf wieder aufzunehmen, deutlich abnimmt. So wollen bei Unterbrechungen von bis zu 5 Jahren noch 85% in ihren Beruf zurückkehren und nach mehr als 5 Jahren nur noch 40%. Als weiteres wichtiges Ergebnis kam heraus, dass 84% der Ärztinnen mit Kindern, die wieder in ihren Beruf zurückwollen, Interesse daran haben, auch langfristig in Teilzeit zu arbeiten.⁴³

Nach einer weiteren Studie von Sylvia Ann Hewlett et al. (Präsidentin des „Center for Work-Life-Policy“ (CWLP)) nutzen 37% der hoch qualifizierten Frauen die Möglichkeit einer Auszeit aus Gründen der Kinderbetreuung oder der Pflege von Angehörigen. Davon möchte die Mehrheit (ca. 93%) wieder in ihren bisherigen Beruf einsteigen. Die durchschnittliche Länge der Auszeit entsprach dabei 2,2 Jahre. Es stellte sich allerdings heraus, dass der Einstieg nach der freiwilligen Auszeit („off-ramp“) viel schwieriger war als erwartet. Zudem kam erschwerend hinzu, dass sich das Einkommen bei einer verlängerten Auszeit immer weiter verringerte. In der

⁴² Vgl. BMG, Gutachten zum "Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland" - Abschlussbericht, Ramboll Management, 2004.

⁴³ Vgl. Köhler, S., Napp, L., Kaiser, R., Ärztin - Traumberuf oder Alptraum?, 2003, S. 631-633.

nachfolgenden Grafik (vgl. Abb. 9) sieht man, welche Gehaltseinbußen die Rückkehrerinnen durchschnittlich in Kauf nehmen mussten.⁴⁴

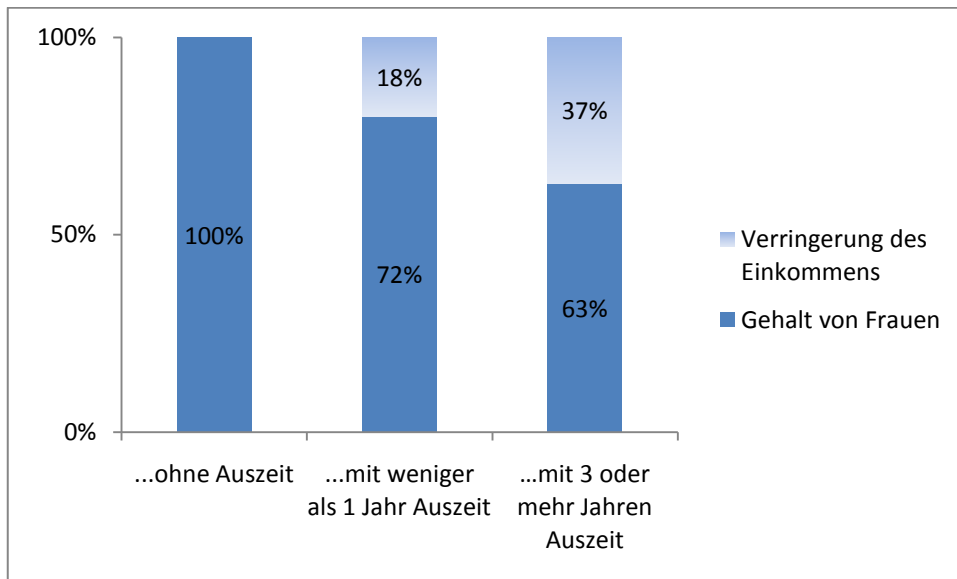


Abb. 9: „Der hohe Preis der Auszeit“

Quelle: nach Hewlett, Studie des „Center for Work-Life-Policy“, 2005.

2.4.3 Bevorzugte Fachbereiche von Ärztinnen und Hemmnisse bei der weiteren Karriere

Die Wahl des Fachbereichs ist nach gleicher Grundausbildung von Frauen und Männern sehr unterschiedlich. So gibt es Domänen, in denen nach wie vor fast ausschließlich Männer tätig sind (z. B. in der Urologie oder Chirurgie), und es gibt Bereiche, in denen eher die Frauen (z.B. Kinder- und Jugendmedizin oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe) in der Überzahl sind.

In der folgenden Grafik sind die wichtigsten Fachbereiche mit ihrem jeweiligen Ärztinnenanteil gut dargestellt. Die grünen Kreise markieren Fachbereiche, in denen Ärztinnen sehr stark vertreten sind, und rote Kreise zeigen Bereiche, in denen Ärztinnen sehr wenig vertreten sind. Dabei habe ich bewusst nur die auffälligsten Werte mit einem Kreis versehen, um die Übersichtlichkeit zu erhalten.

⁴⁴ Vgl. Hewlett, S., et al., The hidden brain drain: Off-ramps and on-ramps in women's careers, 2005.

Tabelle 1: Ärztinnen nach Fachrichtung sowie nach Anteil an der Fachrichtung zum 31.12.2006			
Fachgebiet	Anzahl Ärztinnen	Anteil (Fach-) Ärztinnen an allen Ärztinnen	Anteil Ärztinnen am jeweiligen Fachgebiet
Ohne Gebietsbezeichnung	49.018	39,42%	53,44%
Allgemeinmedizin	16.690	13,42%	39,50%
Innere Medizin/Praktischer Arzt	11.077	8,91%	27,46%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8.103	6,52%	51,25%
Anästhesiologie	6.908	5,56%	39,66%
Kinder- und Jugendmedizin	5.902	4,75%	50,70%
Chirurgie	4.047	3,25%	14,24%
Psychiatrie und Psychotherapie	3.264	2,62%	45,66%
Augenheilkunde	2.740	2,20%	41,87%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.427	1,95%	47,86%
Radiologie	1.913	1,54%	29,63%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	1.893	1,52%	49,03%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.689	1,36%	30,56%
Nervenheilkunde	1.433	1,15%	35,08%
Neurologie	1.235	0,99%	33,31%
Arbeitsmedizin	1.148	0,92%	42,47%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	742	0,60%	54,80%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	614	0,49%	36,55%
Urologie	504	0,41%	10,32%
Öffentliches Gesundheitswesen	401	0,32%	41,73%
Pathologie	381	0,31%	27,21%
Strahlentherapie	362	0,29%	42,89%
Laboratoriumsmedizin	278	0,22%	29,51%
Nuklearmedizin	264	0,21%	27,64%
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	243	0,20%	37,67%
Transfusionsmedizin	233	0,19%	45,51%
Neurochirurgie	182	0,15%	13,20%
Humangenetik	133	0,11%	58,59%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	122	0,10%	8,99%
Sonstige Gebietsbezeichnungen	103	0,08%	52,28%
Pharmakologie	99	0,08%	20,58%
Hygiene und Umweltmedizin	98	0,08%	46,23%
Rechtsmedizin	49	0,04%	23,22%
Anatomie	24	0,02%	20,34%
Physiologie	21	0,02%	19,44%
Biochemie	14	0,01%	22,95%

Quelle: Bundesärztekammer, eigene Berechnungen

Tab. 1: Ärztinnen nach Fachrichtung sowie nach Anteil an der Fachrichtung, 31.12.2006. ⁴⁵

Belegt ist ferner, dass die Berufswege von Frauen in der Medizin viel seltener zum Berufserfolg (im Sinne eines Aufstiegs in höhere Positionen) führen als die der Männer.

Grund hierfür sind äußere und innere Hemmnisse. Dabei sind die äußeren Hemmnisse nicht unbedingt sichtbar. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom „glass ceiling“, also von unsichtbaren (gläsernen) Hürden auf dem Weg nach

⁴⁵ Quelle: Oberlander, W., Liebig, K., Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte, 2008, S. 19.

oben.⁴⁶ Als Gründe für die Existenz der „gläsernen Decke“ nennen Studien u.a. die stärkere Förderung von männlichen Kollegen durch ihre ebenfalls männlichen Vorgesetzten. Dazu kommen Vorurteile wie z.B., dass Frauen immer eine Familie gründen wollen, so dass dadurch indirekt schon größere Hindernisse auf dem Karriereweg vorhanden sind.⁴⁷

Natürlich spielt auch die Angst der Männer vor weiblichen Führungskräften eine wichtige Rolle. Sie fürchten laut Friedel-Howe nicht nur die Konkurrenz, sondern fürchten um ihren eigenen Status und ihre eigene männliche Identität.⁴⁸ Man könnte ja von anderen Kollegen dann als Schwächling angesehen werden.

Eine weitere Theorie beruht auf der Tatsache, dass Männern und Frauen aufgrund ihres Geschlechtes bestimmte Eigenschaften zugeordnet werden. Beim Mann wird geschlechtsstereotypisch erwartet, dass er instrumentelle Eigenschaften wie z.B. Durchsetzungsstärke mitbringt, und bei Frauen, dass sie expressive Eigenschaften wie z.B. Einfühlungsvermögen haben.⁴⁹

Aufgrund dieses Rollenverständnisses hat A.H. Eagly folgende Struktur-Rollen-Analyse konzipiert (vgl. Abb. 10):

⁴⁶ Vgl. Kirchner, E., Der langsame Wandel in Führungsetagen - Meinungen über Frauen und Männer als Führungspersonen, 1996, S. 148-166.

⁴⁷ Vgl. Borchers, K., Kirchner, H., Trittmacher, S., Den Chefsessel im Visier - Führungsstrategien für Ärztinnen, 2006, S. 100-105.

⁴⁸ Vgl. Friedel-Howe, H., Frauen und Führung: Mythen und Fakten, in: Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement, 1993, S. 533-545.

⁴⁹ Vgl. Eagly, A.H., Sex difference in social behavior: A social role interpretation, 1987.

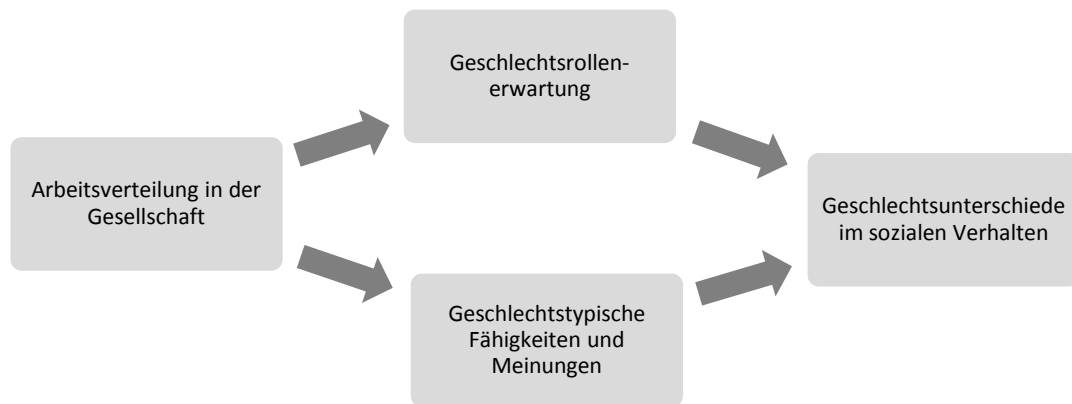


Abb. 10: Struktur-Rollen-Analyse

Quelle: nach Eagly, 1987.

Übernimmt nun eine Frau eine Führungsposition und verhält sich nicht erwartungsgemäß, dann wird sie direkt negativ bewertet. Das bedeutet, dass z.B. eine durchsetzungsstarke, karriereorientierte Frau als „kalt“ hingestellt werden würde, da sie nicht in das entsprechende Rollenbild passt.

Wenn aber ein Mann sich entsprechend verhält, dann würde man ihn als gute Führungskraft einschätzen.⁵⁰

Neben den äußeren Hemmnissen gibt es für Ärztinnen auch „innere Hemmnisse“ auf dem Weg nach oben. Vielfach ist es den Frauen wichtiger, ihr Privat- und Arbeitsleben auszubalancieren, als den Preis für den Aufstieg mit z.B. Kinderlosigkeit zu zahlen.⁵¹ Zudem wird die Situation für Frauen dadurch erschwert, dass, wenn sie ihre Kinder früh zur Betreuung abgeben, von der Umwelt als „Rabenmütter“ abgestempelt werden. Die Gesellschaft erwartet häufig noch, dass die Frau ihre Arbeitszeit reduziert, um das Kind bzw. die Kinder optimal zu „erziehen“. Dadurch entsteht bei den Müttern automatisch ein schlechtes Gewissen und sie fühlen sich innerlich dazu verpflichtet, diesem Druck nachzugeben.

⁵⁰ Vgl. Börchers, K., Kirchner, H., Trittmacher, S., Den Chefsessel im Visier - Führungsstrategien für Ärztinnen, 2006, S. 101.

⁵¹ Vgl. Friedel-Howe, H., Frauen und Führung: Mythen und Fakten, in: Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement, 1993, S. 533-545.

Mehrere Studien belegen des Weiteren, dass die Bereitschaft von Frauen, eine Führungsposition zu übernehmen, im Laufe der Ausbildung und der ersten Berufsjahre aufgrund der gewonnenen Erfahrung abnimmt.⁵²

Eine Langzeitstudie namens BELA-E (**BE**ruflliche **LA**ufbahnentwicklung **E**rlanger Absolventinnen und Absolventen) unter Akademikern ergab, dass das Selbstvertrauen nach dem Studium bei Frauen und Männern gleich war (\bar{x} 3,8 in einer Skala von 1 (niedrig) - 5 (hoch)). Dieses Ergebnis bezieht sich bei Medizinerinnen und Medizinern auf den Zeitpunkt nach dem zweiten Staatsexamen. Anschließend wurden diese Personen nach 1,5 Jahren sowie nach 3 und 7 Jahren erneut befragt. Bei der dritten und vierten Befragung wurden neben den soziodemographischen Angaben wiederum die berufliche Selbstwirklichkeit sowie die Arbeitsplatzwahrnehmung erfragt. Zudem wollten die Interviewer wissen, ob es soziale Unterstützung am Arbeitsplatz gibt und ob die Möglichkeit des „Mentoring“ eingesetzt wird. Es zeigte sich, dass nach 3 Jahren der Berufstätigkeit das Selbstvertrauen bei Ärzten stieg und bei Ärztinnen sank, obwohl die Medizinerinnen und Mediziner über die gleiche Qualifikation verfügten und parallel als Assistenzärzte angestellt waren.⁵³

Die Studie macht deutlich, dass durch die familiäre Situation der Frauen und dem Erleben von Entmutigungen am Arbeitsplatz sowie dem Erleben der Schwierigkeit, einen berufs- und familienbezogenen Motivmix zu vereinbaren, sich die „Schere“ zwischen Ärztinnen und Ärzten im Laufe der Zeit immer weiter öffnet.⁵⁴ Das deutet darauf hin, dass Ärztinnen in einer von männlichen Führungskräften geprägten Umwelt größtenteils negative und entmutigende Erfahrungen nach ihrem Studium gesammelt haben. Relativierend muss man allerdings sehen, dass Frauen größtenteils dahin tendieren, Misserfolge auf die eigene mangelnde Kompetenz zurückzuführen. Männer dagegen nehmen Misserfolge nicht persönlich und haben dadurch ein ganz anderes Selbstvertrauen.⁵⁵

⁵² Vgl. Borchers, K., Kirchner, H., Trittmacher, S., Den Chefsessel im Visier - Führungsstrategien für Ärztinnen, 2006, S. 102.

⁵³ Vgl. Abele-Brehm, A., Arzt oder Ärztin sein heute - zwischen Erwartung und Realität – Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E, in: Brandenburg, U. et. al. (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF, 2002, S. 21-32; Dettmer, S., Kaczmarczyk G., Bühren, A., Karriereplanung für Ärztinnen, 2006, S. 39-56.

⁵⁴ Vgl. Abele, A., Nitsche, U., Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten, 2002, S. 2057-2062.

⁵⁵ Dettmer, S., Kaczmarczyk G., Bühren, A., Karriereplanung für Ärztinnen, 2006, S. 47, 48.

Erschwerend kommt dann noch die Angst vor negativen Reaktionen auf eine weibliche Führungskraft hinzu, die den geringen Anteil an Ärztinnen in gehobenen Führungspositionen erklärt.

Unterstrichen wird diese Darstellung noch einmal durch eine empirische Studie der Hochschule Furtwangen zum Thema „Karrierehindernisse für Frauen in Führungspositionen“. An dieser Studie nahmen insgesamt 300 Frauen aus dem deutschen Top- und Middle-Management teil. Hierunter waren auch 54 Medizinerinnen in leitenden Positionen bis hin zur Klinik-Chefin und C4-Professorin.

Die befragten Medizinerinnen sahen sich unter anderem durch die Bevorzugung von männlichen Mitbewerbern und die fehlende Unterstützung beim Versuch, Familie und Beruf miteinander zu verbinden, diskriminiert. 77,8 Prozent der Medizinerinnen, aber nur 64,6 Prozent der Managerinnen aus anderen Bereichen sahen die Bevorzugung männlicher Mitbewerber als eines der drei wichtigsten Aufstiegs- hindernisse von der mittleren Management-Ebene in die Top-Positionen.

Hierzu passt die Antwort der Befragten, wonach 72,2 Prozent der Medizinerinnen, aber nur 46,7 Prozent der übrigen weiblichen Führungskräfte der Aussage: „Ich denke manchmal, dass ich eine höhere Position hätte, wenn ich ein Mann wäre.“ zustimmten (vgl. Abb.11).

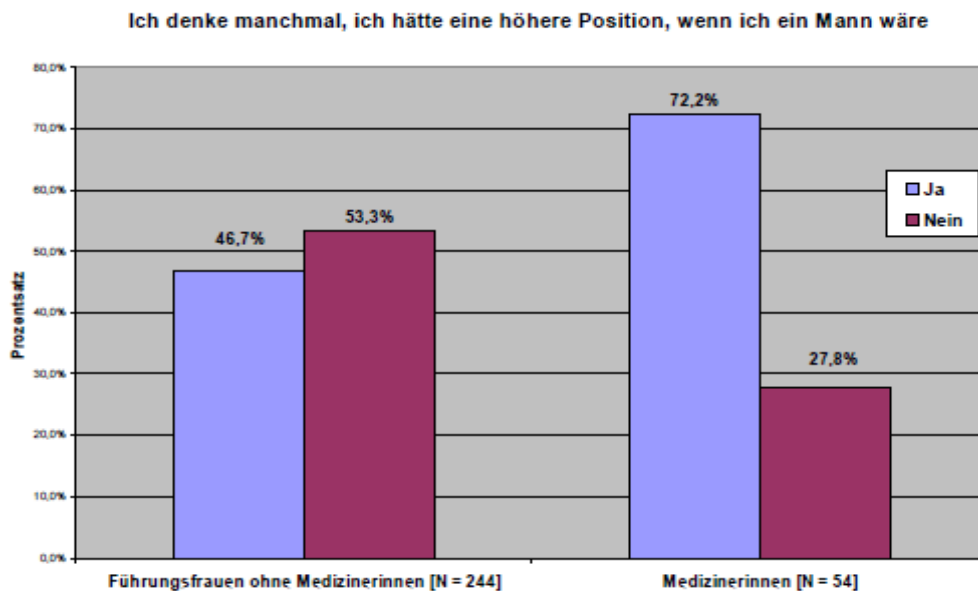


Abb. 11: Auswertung der Frage: Ich denke manchmal, ich hätte eine höhere Position, wenn ich ein Mann wäre

Quelle: Vgl. Habermann-Horstmeier, 2006.⁵⁶

⁵⁶ Vgl. Habermann-Horstmeier, L., Karrierehindernisse für Frauen in Führungspositionen, 2006, S. 3.

Auch bei der Frage, ob Männer ihren Erfahrungen nach in Firmen/Einrichtungen mit männlicher Führung bei Beförderungen bevorzugt werden, verneinte keine der befragten Medizinerinnen diese Frage.⁵⁷

2.4.4 Exkurs: Dual Career Couples (DCCs)

Ein weiterer Aspekt ist zunehmend im Bereich der Medizin zu beobachten. Es fällt auf, dass es immer weniger „traditionelle“ Doppelkarrierepaare gibt, bei denen ein Lebenspartner auf seine Karriere verzichtet. Die meisten „Dual Career Couples“ („Doppelkarrierepaare“) sind heute hochqualifizierte Paare, bei denen beide Karriereziele haben, und nicht bereit sind, diese für den anderen Partner aufzugeben, ohne dabei auf Kinder und ein erfülltes Familienleben verzichten zu wollen.⁵⁸ Dies unterstreicht zusätzlich die Bedeutung des Work-Life-Balance Themas für die Krankenhäuser. Das moderne Krankenhauswesen darf das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ für diese Ärztinnen und Ärzte nicht vernachlässigen, will man auf die Zukunft vorbereitet sein und diese „Dual Career Couples“ an sich binden.

⁵⁷ Vgl. Habermann-Horstmeier, L., Karrierehindernisse für Frauen in Führungspositionen, 2006.

⁵⁸ Domsch, M.E., Ladwig, D. H., Doppelkarrierepaare - Eine Herausforderung für die betriebliche Familienpolitik, in: Dilger, A., Gerlach, I., Schneider, H., Betriebliche Familienpolitik, 2007, S. 75ff.

3. Gesetzliche und allgemeine Rahmenbedingungen

Für den Fall einer Schwangerschaft und der daran anschließenden Elternzeit hat der Gesetzgeber in Deutschland mehrere Gesetze erlassen. Für den Schutz der erwerbstätigen Mutter wurde das Mutterschutzgesetz (MuSchG) erlassen.

Zusätzlich gibt es seit dem 01. Januar 2007 in Deutschland das Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz – BEEG). Dabei ist die Elternzeit nicht an das Elterngeld gekoppelt. Somit endet die Elternzeit nicht automatisch, wenn der Bezug des Elterngeldes ausläuft. In den folgenden Abschnitten werden diese gesetzlichen Rahmenbedingungen näher erläutert. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht in der Wiedergabe des gesamten Gesetzestext, sondern der Darstellung der in diesem Zusammenhang relevanten Fakten für berufstätige Ärztinnen.

Anschließend werden die Rahmenbedingungen, die in Hinsicht auf eine Kindertagesstätte wichtig sind, erläutert.

3.1 Schwangerschaft und die Folgen für das Berufsleben

Bei dem Vorliegen einer Schwangerschaft muss der Arbeitgeber sich an bestimmte gesetzliche Bestimmungen halten, die hier im Folgenden näher erläutert werden.

3.1.1 Beschäftigungsverbot und Mutterschutz

Das Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz - MuSchG) wurde mit dem Ziel eingeführt, Mutter und Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschädigung am Arbeitsplatz, vor finanziellen Einbußen sowie vor dem Verlust des Arbeitsplatzes während der Schwangerschaft und einige Zeit nach der Geburt zu schützen.

Damit Unternehmen die Mutterschutzbestimmungen einhalten können, sollen Frauen dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen diese Tatsache bekannt ist. Tun sie dies nicht, gelten die Schutzvorschriften erst, wenn eine entsprechende Mitteilung gemacht worden ist.

Sobald der Arbeitgeber davon in Kenntnis gesetzt worden ist, hat er gem. § 2 MuSchG den Arbeitsplatz einer Schwangeren so zu gestalten, dass Leben und Gesundheit von Mutter und Kind durch die berufliche Tätigkeit nicht gefährdet sind. Speziell wird in § 2 Abs. 2 MuSchG festgehalten, dass der Arbeitgeber, der eine werdende oder stillende Mutter beschäftigt, die während der Arbeit ständig stehen oder gehen muss, dafür Sorge zu tragen hat, dass für sie eine Sitzgelegenheit zum kurzen Ausruhen vorhanden ist.

Grundsätzlich haben alle (werdenden) Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt ihres Kindes einen gesetzlichen Anspruch auf ein Beschäftigungsverbot gem. § 3 Abs.2 und § 6 Abs.1 MuSchG (Mutterschutzfrist). Bei Früh- oder Mehrlingsgeburten verlängert sich der Zeitraum nach der Geburt um weitere vier Wochen.⁵⁹

Weitere generelle Beschäftigungsverbote sind in § 4 MuSchG festgehalten. Die in diesem Themenfeld relevanten Verbote sind z.B., dass werdende Mütter nicht mit schweren körperlichen Arbeiten und nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Strahlen, von Staub, Gasen oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt sind.

Regelmäßig dürfen auch keine Lasten von mehr als fünf kg Gewicht oder gelegentlich Lasten von mehr als zehn kg Gewicht bewegt oder befördert werden. Relevant ist zudem, dass nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft die werdenden Mütter keine Arbeit machen dürfen, bei der sie ständig stehen müssen, soweit diese Beschäftigung täglich vier Stunden überschreitet. Dies könnte beispielsweise bei Operationen der Fall sein, bei denen Ärztinnen eingesetzt werden.

Werdende und stillende Mütter dürfen darüber hinaus nach § 8 MuSchG keine Nachtarbeit (zwischen 20 und 6 Uhr) und Mehrarbeit leisten. In Krankenhäusern gilt allerdings das grundsätzliche Beschäftigungsverbot an Sonn- und Feiertagen nicht. Hier greift der § 8 Abs. 4 MuSchG der gem. Kommentierung des Mutterschutz-

⁵⁹ Vgl. Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz - MuSchG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I S. 2318), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550) geändert worden ist.

gesetzes eine Ausnahme für „Krankenpflegeanstalten“ zulässt. Hierin einbezogen sind alle Mitarbeiter einer Einrichtung (z.B. in einem Krankenhaus).

Ordnet der Arbeitgeber den Einsatz an Sonn- oder Feiertagen an, müssen allerdings bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. In jeder Woche muss dem Mitarbeiter eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 24 Stunden im Anschluss an eine Nachtruhe, also nicht im Anschluss an die Arbeitszeit, gewährt werden.⁶⁰

Der Gesetzgeber hat zudem geregelt, dass schwangere Frauen täglich nicht mehr als maximal 8 ½ Stunden oder 90 Stunden pro Doppelwoche arbeiten dürfen.

Bei Ärztinnen besteht aufgrund ihrer Tätigkeit eine erhöhte Infektionsgefährdung, die beachtet werden muss.

Folgende Beschäftigungsverbote bzw. -beschränkungen im medizinischen Bereich sind z.B. bei schwangeren Arbeitnehmerinnen insbesondere zu beachten:

- Umgang mit stechenden und schneidenden Werkzeugen (z. B. Blutentnahme, Injektionen, Infusionen legen, Punktion von Gefäßen und Körperhöhlen) wegen der Infektionsgefahr
- Versorgung von Notfällen in Alleinverantwortung und Notarztwagen-Einsatz wegen der schweren körperlichen Arbeit
- Notfallversorgung und Umgang mit unruhigen/aggressiven Patienten wegen der Unfall- und Verletzungsgefahr
- Anwesenheit bei Röntgenaufnahmen innerhalb des Kontrollbereiches sowie Betreuung und Behandlung von Patienten bei und nach Verabreichung radioaktiver Substanzen (z. B. Szintigraphie)
- Umgang mit zytostatikahaltigen Medikamenten bei der Herstellung, Zubereitung und Anwendung sowie der Umgang mit Desinfektionsmitteln, die krebserzeugende Gefahrstoffe enthalten.

Eine Nichtbeachtung der Beschäftigungsverbote durch den Arbeitgeber wird als Ordnungswidrigkeit, unter Umständen sogar als Straftat verfolgt.

⁶⁰ Vgl. Buchner, H., Becker, U., Mutterschutzgesetz und Bundeselterngehalt- und Elternzeitgesetz, Kommentar, 2008.

In § 3 MuSchG hat der Gesetzgeber neben dem generellen Beschäftigungsverbot für Mütter auch ein individuelles Beschäftigungsverbot festgelegt. Danach darf man an seinem Arbeitsplatz nicht mehr weiterarbeiten, wenn dadurch das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet ist. Gründe für ein individuelles Beschäftigungsverbot können sein:

- Risikoschwangerschaft
- die Gefahr einer Frühgeburt
- eine Mehrlingsgeburt
- eine Muttermundschwäche
- besondere Rückenschmerzen oder
- weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen, die auf die Schwangerschaft zurückgehen.

Die Grenzen zwischen schwangerschafts- und krankheitsbedingten Beschwerden sind oft fließend. Benötigt wird dafür ein ärztliches Attest. Durch das individuelle Beschäftigungsverbot soll gewährleistet werden, dass eine werdende Mutter sofort aufhört zu arbeiten, wenn auch nur das geringste Risiko für sie oder das Kind besteht.

Während der Mutterschutzfristen vor und nach der Entbindung und für den Entbindungstag sind Frauen finanziell abgesichert, in der Regel durch das Mutterschaftsgeld und einen Zuschuss, den der Arbeitgeber trägt.

Des Weiteren besteht ein Kündigungsschutz während der Schwangerschaft und bis Ablauf von 4 Monaten nach der Entbindung. In dieser Zeit ist eine Kündigung unzulässig.⁶¹

3.1.2 Elternzeit

Die Elternzeit soll Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Möglichkeit geben, sich um die Kinderbetreuung zu kümmern und gleichzeitig den Kontakt zum Beruf aufrechtzuerhalten.

Den Anspruch auf Elternzeit können Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geltend

⁶¹ Vgl. Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz - MuSchG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I S. 2318), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550) geändert worden ist.

machen, wenn sie mit einem Kind in einem Haushalt leben und dieses Kind selbst betreuen und erziehen. Somit sind nicht nur die leiblichen Kinder gemeint, sondern auch Pflege- oder Adoptivkinder bzw. in Ausnahmefällen auch Enkel/-innen (seit dem 24.09.2009 gibt es für diese Ausnahmefälle eine Erweiterung des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit (BEEG)).

Keinen Anspruch auf Elterngeld haben dagegen ausländische Eltern, die eine Aufenthaltserlaubnis zum Zweck der Ausbildung oder in Verbindung mit einer Arbeitserlaubnis für einen definierten Zeitraum besitzen. Da es sich um eine vorübergehende oder geduldete Aufenthaltserlaubnis (z.B. Asylbewerber) handelt, entsteht in diesen Fällen kein Rechtsanspruch auf Elterngeld.

Der Antrag auf Elternzeit muss spätestens sieben Wochen vor Beginn der Elternzeit schriftlich beim Arbeitgeber eingehen. Außerdem muss angegeben werden, für welchen Zeitraum innerhalb von zwei Jahren die Elternzeit genommen werden soll. Wird die Elternzeit im Anschluss an die Mutterschutzfrist genommen, wird die Mutterschutzfristzeit für die Gesamtlaufzeit mit angerechnet. Insgesamt beträgt die Höchstdauer der Elternzeit drei Jahre. Bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres eines Kindes hat man Anspruch auf Elternzeit.

Die Elternzeit kann auch gesplittet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Das bedeutet, dass man bis zu zwölf Monaten auf die Zeit bis zur Vollendung des achten Lebensjahres eines Kindes übertragen kann. Hierdurch soll es Eltern ermöglicht werden, sich auch in der Einschulungsphase um ihr Kind zu kümmern, da hier eine intensivere Betreuung wieder erforderlich ist. Allerdings besteht ein Risiko bei der Übertragung, wenn man den Arbeitgeber wechselt. Ein neuer Arbeitgeber ist nicht an die Zustimmung des vorherigen Arbeitgebers zur Übertragung der Elternzeit gebunden.

Wenn der Arbeitgeber zustimmt, kann man gem. § 15 Abs. 2 BEEG die Elternzeit vorzeitig beenden oder verlängern. Die vorzeitige Beendigung der Elternzeit wegen der Geburt eines weiteren Kindes oder wegen eines besonderen Härtefalles im Sinne des § 7 Abs. 2 Satz 3 BEEG kann der Arbeitgeber nur innerhalb von vier Wochen aus dringenden betrieblichen Gründen schriftlich ablehnen. Die Arbeitnehmerin kann ihre Elternzeit nicht wegen der Mutterschutzfristen des § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes vorzeitig beenden; dies gilt nicht während ihrer zulässigen Teilzeitarbeit. Eine Verlängerung kann verlangt werden,

wenn ein vorgesehener Wechsel in der Anspruchsberechtigung aus einem wichtigen Grund nicht erfolgen kann.

Auch den schlimmsten Fall hat der Gesetzgeber geregelt, nämlich wenn das Kind während der Elternzeit stirbt, dann endet diese spätestens drei Wochen nach dem Tod des Kindes.^{62,63}

3.1.3 Elterngeld

Ziel des Elterngeldes ist es, den Einkommenswegfall zu kompensieren und es dadurch wieder für z.B. Akademikerinnen attraktiver zu machen, mehr Kinder zu bekommen. Elterngeld wird nach § 2 Abs.1 BEEG in Höhe von 67 Prozent des in den zwölf Kalendermonaten vor dem Monat der Geburt des Kindes durchschnittlich erzielten monatlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit (nach Abzug von Steuern, Sozialabgaben und Werbungskosten) bis zu einem Höchstbetrag von 1800 Euro monatlich für volle Monate gezahlt. Allerdings werden auch hier die Mutterschaftsleistungen nach der Geburt des Kindes (insbesondere Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenversicherung, der Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld oder Dienstbezüge für Beamtinnen während der Mutterschutzfrist) voll auf das Elterngeld angerechnet. Aber auch nicht erwerbstätige Eltern können mindestens 300 Euro an Elterngeld erhalten.

Unter der Bedingung, dass Eltern mehr als ein Kind haben, erhalten diese einen Geschwisterbonus. Somit wird der zustehende Elterngeldbetrag (auch der Mindestbetrag von 300 Euro) um 10 Prozent, mindestens aber um 75 Euro im Monat erhöht. Der Anspruch auf den Erhöhungsbetrag bei z.B. zwei Kindern im Haushalt besteht so lange, bis das ältere Geschwisterkind drei Jahre alt ist. Bei drei und mehr Kindern im Haushalt genügt es, wenn mindestens zwei der älteren Geschwisterkinder das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, damit der Bonus weiterhin gezahlt wird.

Der Bezugszeitraum gem. §4 Abs.1 BEEG zur Geltendmachung des Elterngelds gilt von der Geburt an bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes. Für

⁶² Vgl. Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG).

⁶³ Vgl. BMFSFJ, Elterngeld und Elternzeit - Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 56ff.

angenommene Kinder und Kinder im Sinne des § 1 Abs. 3 Nr. 1 BEEG kann Elterngeld ab Aufnahme bei der berechtigten Person für die Dauer von bis zu 14 Monaten, längstens bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes bezogen werden. Ein Elternteil kann dabei mindestens für zwei Monate (Mindestbezugszeit) und höchstens für zwölf Monate Anspruch auf Elterngeld erheben. Beide Eltern haben grundsätzlich gemeinsam Anspruch auf insgesamt zwölf Monatsbeträge, die jeweils für Lebensmonate des Kindes zustehen. Anspruch auf zwei weitere Monatsbeträge haben die Eltern nur, wenn beide vom Angebot des Elterngeldes Gebrauch machen möchten (Partnermonate).

Die Auszahlung des Elterngeldes muss man nicht auf ein Jahr festlegen, sondern sie kann bei gleicher Gesamtsumme auf die doppelte Anzahl der Monate gedehnt werden. Eine Person kann somit bis zu 24 Monate einen halben Elterngeldsatz beziehen, eine alleinerziehende Person sogar bis zu 28 halbe Monatsbeträge, wenn kein Anspruch auf Mutterschaftsleistungen besteht.

An sich ist das Elterngeld steuerfrei, doch es unterliegt dem Progressionsvorbehalt. Das bedeutet, dass das Elterngeld zur Ermittlung des anzuwendenden Steuersatzes dem übrigen zu versteuernden Einkommen hinzugerechnet wird. Dadurch kann sich ein höherer Steuersatz ergeben und man sollte dies unbedingt bedenken und ggf. Rücklagen bilden, falls eine Steuernachzahlung anstehen könnte.^{64,65}

3.1.4 Sonderurlaub

Nach Ende der Elternzeit (3 Jahre) kann man Sonderurlaub ohne Fortzahlung der Bezüge zur Betreuung seines Kindes beantragen. Ein gesetzlicher Anspruch auf Sonderurlaub besteht nicht. Der Arbeitgeber ist daher grundsätzlich nicht verpflichtet, Sonderurlaub zu gewähren.

Nach § 616 BGB ist der Arbeitgeber allerdings verpflichtet, den Arbeitnehmer unter Fortzahlung der Bezüge von der Arbeitspflicht freizustellen, wenn er für eine „verhältnismäßig“ nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund schuldlos an der Arbeitsleistung gehindert wird. Dies ist z.B. der Fall, wenn das eigene Kind krank wird. Darunter fallen laut § 45 Abs. 1 SGB V alle Kinder, die

⁶⁴ Vgl. Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG).

⁶⁵ Vgl. BMFSFJ, Elterngeld und Elternzeit - Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, S. 8-51.

noch nicht zwölf Jahre alt sind. Der Freistellungsanspruch einer Arbeitnehmerin bzw. eines Arbeitnehmers beträgt für jedes Kind in jedem Kalenderjahr 10 Arbeitstage. Alleinerziehende Arbeitnehmer können dafür 20 Arbeitstage beanspruchen. Hat ein Arbeitnehmer mehrere Kinder, muss der Arbeitgeber ihn maximal 25 Arbeitstage, bei Alleinerziehenden 50 Arbeitstage, freistellen.

3.1.5 Recht auf Teilzeitarbeit

Jeder Elternteil kann während der Elternzeit oder des Bezugs von Elterngeld bis zu 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sein. Wer also mehr als die genannten 30 Stunden pro Woche arbeitet, gilt als voll erwerbstätig und hat keinen Anspruch auf Elterngeld.

Nach § 15 Abs. 7 BEEG hat man in einem Unternehmen einen Anspruch auf Teilzeiterwerbstätigkeit, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. der Arbeitgeber beschäftigt, unabhängig von der Anzahl der Personen in Berufsbildung, in der Regel mehr als 15 Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer,
2. das Arbeitsverhältnis in demselben Betrieb oder Unternehmen besteht ohne Unterbrechung länger als sechs Monate,
3. die vertraglich vereinbarte regelmäßige Arbeitszeit soll für mindestens zwei Monate auf einen Umfang zwischen 15 und 30 Wochenstunden verringert werden,
4. dem Anspruch stehen keine dringenden betrieblichen Gründe entgegen und
5. der Anspruch wurde dem Arbeitgeber sieben Wochen vor Beginn der Tätigkeit schriftlich mitgeteilt.

Unter den oben genannten Voraussetzungen des Absatzes 7 kann die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer während der Gesamtlaufzeit der Elternzeit zweimal eine Verringerung ihrer oder seiner Arbeitszeit beanspruchen.

Ein Anspruch schließt auch bereits teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter ein. Somit hat auch ein Mitarbeiter mit z.B. einer $\frac{3}{4}$ Stelle den Anspruch, seine Arbeitszeit z.B. auf 15 Stunden zu reduzieren.

Lehnt der Arbeitgeber die beantragte Verringerung der Arbeitszeit ab, muss er dies innerhalb einer vierwöchigen Frist schriftlich begründen. Versäumt der Arbeitgeber diese Frist oder hält er sich nicht an die Schriftform, dann gilt die Zustimmung konkludent als erteilt. Das Recht muss aber trotzdem vom Mitarbeiter eingeklagt werden (Klage oder einstweilige Verfügung).⁶⁶

Ergänzend soll hier zudem angemerkt werden, dass man auch nach dem Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG) oder im öffentlichen Dienst nach § 11 TVöD Anspruch auf die Verringerung der Arbeitszeit hat. Allerdings hat man beim TzBfG im Gegensatz zum BEEG nach Inanspruchnahme der Teilzeit nach § 8 TzBfG keinen Rechtsanspruch auf Rückkehr zur früheren längeren Arbeitszeit.⁶⁷

3.2 Kindergarten bzw. Kindertagesstätte

Jedes Bundesland hat eigene Durchführungsgesetze für Kindertageseinrichtungen. Da sich die empirische Untersuchung auf das Land NRW bezieht, wird bewusst nur das länderspezifische Gesetz „KiBiz“ und die Aussicht für die U3 Betreuung vorgestellt.

3.2.1 KiBiz in NRW

Das Kinderbildungsgesetz (KiBiz) ist in Nordrhein-Westfalen seit dem 01. August 2008 gültig und löste das bisher geltende Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (GTK) aus dem Jahre 1993 ab. Mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes sind weitreichende Veränderungen einhergegangen. Ziel des Gesetzes ist der verstärkte Ausbau des Betreuungsangebotes für unter Dreijährige (U3) sowie insbesondere die frühe Bildung und Förderung von Kindern (z.B. durch Sprachförderung) und mehr Flexibilität für die Eltern bei der Nutzung des Angebots.

Nach § 19 Abs. 1 KiBiz wird die finanzielle Förderung von Kindertageseinrichtungen in Form von Pauschalen für jedes in einer Kindertageseinrichtung aufgenommene Kind gezahlt.

⁶⁶ Vgl. Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG).

⁶⁷ Vgl. Scheiwe, K., Familienorientierte Personalpolitik von Unternehmen - arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen von Elternzeit und Teilzeit, Möglichkeit und Grenzen, in: Dilger, A., Gerlach, I., Schneider, H., Betriebliche Familienpolitik, 2007, S. 86-89.

Dabei unterscheidet man drei Gruppenformen:

- **Gruppenform I** : Kinder im Alter von zwei Jahren bis zur Einschulung
(mind. 4, aber nicht mehr als 6 zweijährige Kinder)
- **Gruppenform II**: Kinder im Alter von unter drei Jahren
- **Gruppenform III**: Kinder im Alter von drei Jahren und älter

Zudem können Eltern individuell den Bedarf zwischen drei verschiedenen Zeitkontingenten auswählen, nämlich a) 25, b) 35 oder c) 45 Stunden pro Woche. Je nachdem, welches Zeitkontingent gewählt wird, erhält z.B. die Kindertageseinrichtung eine unterschiedliche Pauschale pro Kind. Je mehr Betreuungsstunden geleistet werden und je größer der Betreuungsaufwand (z.B. bei U3 Betreuung) ist, wirkt sich das entsprechend auf den Pauschalbetrag (nach KiBiz) aus. Im Folgenden sind die grundsätzlichen Eckpunkte einmal kurz grafisch in der Tabelle 2 zusammengestellt:

Gruppenform	Wöchentliche Betreuungszeit	Kindpauschale 2009/2010	Fachkraft-Std./ Gruppe	Ergänzungskraft- Std./ Gruppe	Kinderzahl
I a	25	4353,03	55		20 Kinder
I b	35	5832,90	77		
I c	45	7480,30	99		
II a	25	8974,33	55		10 Kinder
II b	35	12041,35	77		
II c	45	15443,43	99		
III a	25	3212,72	27,5	27,5	25 Kinder
III b	35	4288,74	38,5	38,5	
III c	45	6873,43	49,5	49,5	20 Kinder

Tab. 2: Kindpauschale 2009/2010 nach KiBiz differenziert nach Gruppenform und
Betreuungszeit

Quelle: verkürzt nach Daten des LWL.⁶⁸

Um Kinder mit Behinderungen auch entsprechend fördern zu können, sind in Nordrhein-Westfalen zusätzlich integrative Gruppen entstanden. Die Förderung

⁶⁸ Vgl. LWL, nach KiBiz-Personalstundenrechner für KiGa-Jahr 2010/2011 (Excel, Stand 23.06.2010), http://www.lwl.org/LWL/Jugend/Landesjugendamt/LJA/tagbe/mat/mat_schutz [Stand: 03.09.2010].

von Gruppen mit behinderten und nicht behinderten Kindern wird ergänzt durch Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII. Der Träger erhält dabei für jedes integrative Kind die 3,5-fache Kindpauschale.

Trotz der Kindpauschale vom Land werden zusätzlich nach § 23 KiBiz Elternbeiträge erhoben. Nach der Satzung der Stadt Münster vom 12.12.2007 z.B. richtet sich die Höhe des Elternbeitrages nach dem Bruttojahreseinkommen der leiblichen Eltern.⁶⁹ Die Beiträge sind nach Einkommensgruppen, Betreuungsstunden und Alter der Kinder gestaffelt (siehe Tab. 3).

Jahres-Bruttoeinkommen	25 Std.- Betreuung	35 Std.- Betreuung.	45 Std.- Betreuung	25 Std.- Betreuung	35 Std.- Betreuung	45 Std.- Betreuung .
	Kind über 3 Jahre	Kind über 3 Jahre	Kind über 3 Jahre	Kind unter 3 Jahre	Kind unter 3 Jahre	Kind unter 3 Jahre
bis 20.000 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
bis 25.000 €	19,00 €	26,00 €	42,00 €	43,00 €	60,00 €	68,00 €
bis 37.000 €	32,00 €	44,00 €	71,00 €	89,00 €	124,00 €	141,00 €
bis 50.000 €	52,00 €	73,00 €	115,00 €	130,00 €	183,00 €	209,00 €
bis 62.000 €	82,00 €	115,00 €	178,00 €	173,00 €	243,00 €	277,00 €
über 62.000 €	108,00 €	151,00 €	235,00 €	195,00 €	274,00 €	313,00 €

Tab. 3: Einkommensabhängige Elternbeiträge für die Kinderbetreuung in der Stadt Münster
Quelle: Internetseite des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt
Münster.⁷⁰

3.2.2 U3 Betreuung - Besteht ein Anrecht auf einen Kindergartenplatz?

Am 18. Oktober 2007 haben Bund und Länder die Verwaltungsvereinbarung Investitionsprogramm „Kinderbetreuungsfinanzierung 2008 - 2013“ unterzeichnet. Grundlage dieser Vereinbarung ist die Verständigung zwischen Bund, Ländern und Kommunen, die Kindertagesbetreuung (Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege), ausgerichtet an einem bundesweit durchschnittlichen Bedarf für 35% der Kinder unter drei Jahren, bis 2013 auszubauen. Für Nordrhein-Westfalen bedeutet dies, dass bis zum Jahr 2013 ca.144.000 Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren bereitgestellt werden müssen. Mit dem oben beschriebenen

⁶⁹ Vgl. Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster, http://www.muenster.de/stadt/jugendamt/kita_kosten.html [Stand: 01.09.2010].

⁷⁰ Vgl. Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster, Merkblatt zum Elternbeitrag, http://www.muenster.de/stadt/jugendamt/pdf/merkblatt_elternbeitrag_2008-08.pdf [Stand: 01.09.2010], S. 1.

Kinderbildungsgesetz (KiBiz) versucht die Landesregierung in NRW, die Voraussetzungen für den Ausbau von Betreuungsplätzen für Kinder unter drei Jahren entsprechend dem Erlass zu schaffen.⁷¹

Laut dem Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen stehen im Kindergartenjahr 2010/11 nahezu 90.000 Betreuungsplätze in Nordrhein-Westfalen für Kinder zur Verfügung. Das entspricht laut Familienministerium einer Betreuungsquote von 20 Prozent. Rund 70.000 der Plätze werden von Kindertagesstätten angeboten und 20.000 von Tagesmüttern. Bis zum Jahre 2013 soll allerdings die Zahl der U3-Plätze wie oben erläutert auf 144.000 erhöht werden. Dies würde der festgelegten Betreuungsquote von 35 Prozent entsprechen.⁷²

In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings die Frage, ob die Einschätzungen über das erwartete Nachfrageverhalten aus dem Jahre 2007 noch der Realität entspricht und ggf. nach oben korrigiert werden muss.

Die Brisanz dieses Themas ergibt sich aus dem Kinderförderungsgesetz (Gesetz zur Förderung von Kindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege), welches am 16. Dezember 2008 in Kraft getreten ist.

Im Gesetz wird festgeschrieben, dass ab dem 1. August 2013 ein Rechtsanspruch einen Betreuungsplatz für Kinder ab dem 1. Lebensjahr besteht. Bislang galt dies erst für Kinder ab 3 Jahren. Bis dahin gibt es für den öffentlichen Träger der Jugendhilfe zwar eine objektive Verpflichtung zum bedarfsgerechten Ausbau, aber noch keinen sogenannten subjektiven Rechtsanspruch des Einzelnen. Einstweilen gibt es laut § 24a SGB VII nur eine modifizierte Regelung für die Schaffung eines Übergangsangebots.

⁷¹ Vgl. Ministerialblatt (MBL NRW.), Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen für Investitionen in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege zum Ausbau von Plätzen für Kinder unter drei Jahren, Runderlass des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration vom 09. Mai 2008, S. 271- 286.

⁷² Vgl. MGEPA NRW, Pressemitteilung vom 28.06.2010.

4. Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Work-Life-Balance)

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gehört zum Oberbegriff der Work-Life-Balance. Übersetzt heißt es so viel wie, die Arbeit und das Privatleben in einen Gleichgewichtszustand (Balance) zu bringen. Die Definition des Begriffs ist sehr unterschiedlich und wird daher in diesem Kapitel zunächst erläutert. Im Anschluss wird auf die möglichen Formen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die derzeit angeboten werden, genauer eingegangen.

4.1 Definition von Work-Life-Balance

Bei der Work-Life-Balance sollen das eigene Leben („Life“) und die Arbeit („Work“) in Einklang gebracht werden.⁷³ Angesichts einer veränderten und sich dynamisch verändernden Arbeits- und Lebenswelt soll die Work-Life-Balance eine neue, intelligente Verzahnung von Arbeit- und Privatleben bringen.⁷⁴ Die Literatur hat allerdings für den Begriff „Work-Life-Balance“ keine eindeutige Definition gefunden und daher soll dies nur einen kleinen Einblick in den Bereich Work-Life-Balance ermöglichen.

Zudem problematisieren die meisten wissenschaftlichen Abhandlungen zu diesem Thema, dass der Begriff „Work“ meist auf Erwerbsarbeit beschränkt bleibe, während der Begriff „Life“ in Abgrenzung dazu suggeriert, das Leben spiele sich außerhalb der Erwerbsarbeit ab. Darüber hinaus unterstelle der Begriff „Balance“ eine Vorstellung von Gleichgewicht, obwohl eine Ungleichgewichtigkeit positiv bewertet werden könne.⁷⁵ Trotz der Vorbehalte setzt sich der Begriff „Work-Life-Balance“ immer mehr durch.

Nach Prof Dr. Lothar Seiwert muss man vier Perspektiven berücksichtigen, die in ein entsprechendes Gleichgewicht gebracht werden sollten, nämlich Familie/Kontakte, Arbeit/Leistung, Körper/Gesundheit und Sinn (vgl. Abb.12).⁷⁶

⁷³ Vgl. Cassens, M., Work-Life-Balance - Wie Sie Berufs- und Privatleben in Einklang bringen, 2003.

⁷⁴ Vgl. BMFSFJ, Work-Life Balance - Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität, 2005, S. 4.

⁷⁵ Vgl. Resch, M., Bamberg, E., Work-Life-Balance - Ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben?, 2005, S.171-175.

⁷⁶ Vgl. Seiwert, L. J., Tracy, B., Lifetime-Management, www.seiwert.de.

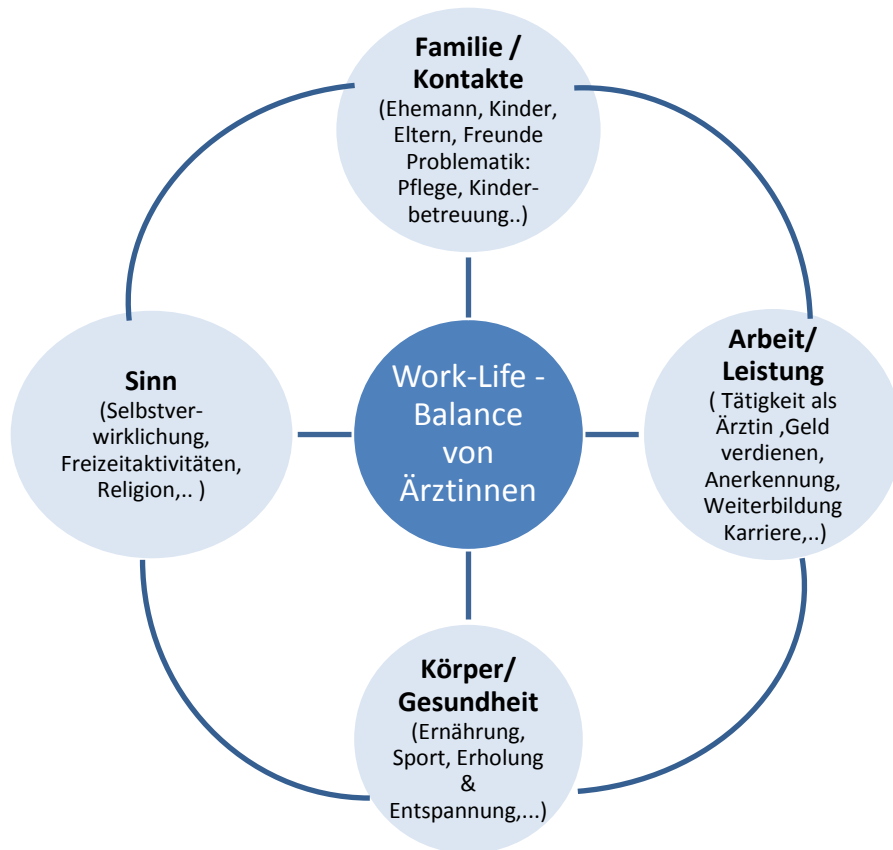


Abb. 12: Work-Life-Balance von Ärztinnen

Quelle: eigene Grafik in Anlehnung an das Zeit-Balance Modell nach Seiwert/Peseschkian.⁷⁷

Das Erwerbs- und Privatleben sich überschneiden können, ist bekannt, wenn man sich z.B. mit Arbeitskollegen privat verabredet (vgl. Abb. 13).

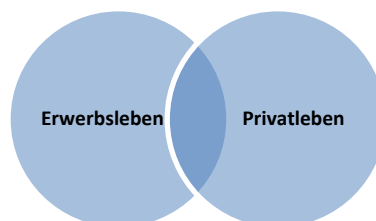


Abb. 13: Schnittmenge des Erwerbs- und Privatlebens (eigene Grafik).

Die Work-Life-Balance zielt aber weiter und sagt aus, dass sich das Privatleben auf das Erwerbsleben auswirkt und umgekehrt. Ist z.B. eine Ärztin in ihrem Beruf unzufrieden, wirkt sich das auch negativ auf ihr Privatleben aus, sie ist z.B.

⁷⁷ Vgl. http://www.seiwert.de/download/Langsam_Kap_5.pdf [Stand: 19.07.2010], S. 2.

gereizter, oder wenn sie Stress im familiären Bereich hat, ist sie auch im Job nicht mehr so belastbar. Schaut man sich die Gesundheitsperspektive an, kann z.B. auch gemeint sein, dass die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben leidet, wenn man gesundheitlich angeschlagen ist. Man ist dann aus der Balance geraten und das wirkt sich auf die anderen Bereiche automatisch mit aus.

Work-Life-Balance ist somit ein umfassendes Thema, das auf Unternehmensseite nicht nur auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf abzielt, sondern u.a. auch betriebliche Gesundheitsförderungen mit einschließt, wie z.B. Rückenschule oder Ernährungsberatung. Diese weiteren Bereiche werden in dieser Arbeit aber bewusst nicht näher erläutert, da sie nur den Bereich Vereinbarkeit von Familie und Beruf näher beleuchtet.

4.2 Ergebnisse einer empirischen Studie zum Thema Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin

Die Fachhochschule Münster hat im Wintersemester 2008/2009 unter der Leitung von Herrn Prof. Holger Buxel zwei empirische Untersuchungen zum Thema Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobwahlverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin durchgeführt. Um aufschlussreiche Erkenntnisse zu gewinnen, wurden zunächst Assistenzärztinnen und -ärzte und anschließend Studierende der Humanmedizin befragt. Teilgenommen haben 729 Assistenzärzte bzw. in der zweiten Studie 316 Studierende. Somit kann man von einer repräsentativen Studie ausgehen.⁷⁸

Die Befragung der Assistenzärztinnen und -ärzte zeigte, dass eine hohe Unzufriedenheit mit ihrem Arbeitsplatz vorhanden ist. Gerade einmal 51,9% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass sie alles in allem mit ihrem Arbeitsplatz zufrieden sind.

Befragt nach der Wichtigkeit der einzelnen Eigenschaften eines Arbeitsplatzes in einer Skala bis 5, wobei 5 das Höchste ist, wurden das Betriebsklima (96,8%), die Vereinbarkeit mit dem Privatleben(94,7%) sowie die Bezahlung von Überstunden (90,3%) als wichtigste Kriterien gesehen.

⁷⁸ Vgl. Buxel, H., Motivation, Arbeitsplatzbewertungen/-zufriedenheit und Jobverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern, Münster, 2009.

Parallel dazu sahen die Studierenden der Humanmedizin (2. Studie) bei der Wichtigkeit der einzelnen Eigenschaften eines Arbeitsplatzes ebenfalls, dass das Betriebsklima (98%), die Vereinbarkeit mit dem Privatleben (93%) sowie die Bezahlung von Überstunden (90,3%) die wichtigsten Kriterien sind.

Dies unterstreicht noch einmal, wie bedeutend die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist. Ergänzend hierzu wurde auch eine Problembewertungsmatrix erstellt, in der alle Kriterien eingeordnet wurden (vgl. Abb. 14). Der Kriterien, die im linken Bereich eingeordnet sind, zeigen an, dass hier ein starker Problemdruck vorhanden ist. Diese sind z.B. wieder die Vereinbarkeit mit dem Privatleben (Work-Life-Balance/Punkt 3) oder auch der Wunsch nach familienfreundlicheren Arbeitszeiten (Punkt 14).

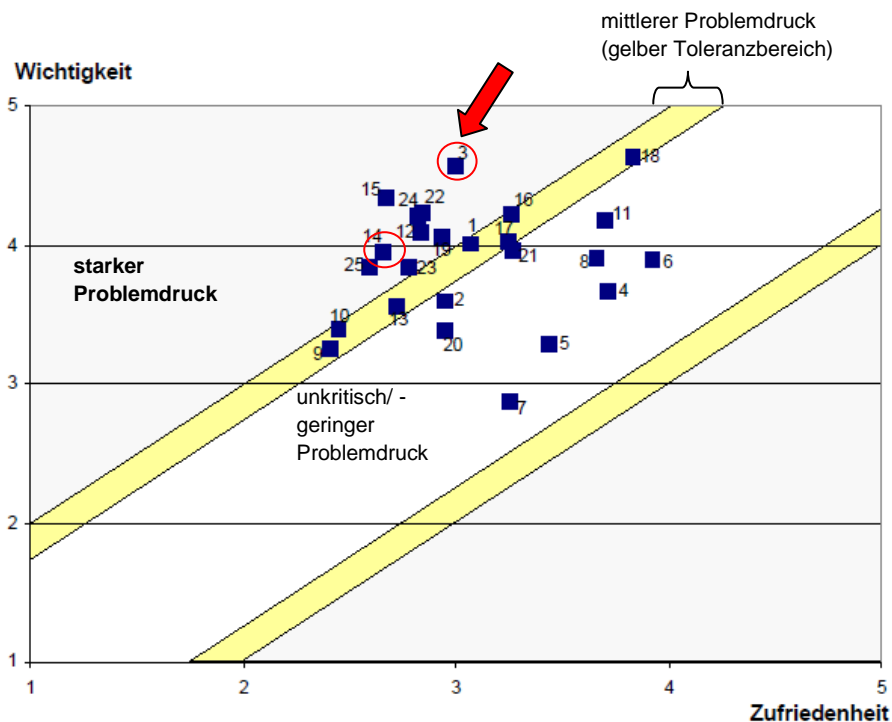


Abb. 14: Problematrix mit allen Kriterien

Quelle: Vgl. Buxel, 2009. ⁷⁹

Die weiteren Zahlen aus der Abb. 14 werden in der folgenden Legende (vgl. Abb. 15) zum besseren Verständnis erläutert.

⁷⁹ Vgl. Buxel, H., Motivation, Arbeitsplatzbewertungen/-zufriedenheit und Jobverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern, Münster, 2009, S. 43.

Nr.	Kriterium	(Relatives) Problem- ausmaß
1	Verdienstmöglichkeiten/ Einkommenshöhe	mittel
2	Aufstiegs- und Karrierechancen	gering
3	Vereinbarkeit mit Privatleben/ Work-Life Balance	stark
4	Standort des Arbeitsplatzes	gering
5	Image des Krankenhauses	gering
6	Sicherer Arbeitsplatz	gering
7	Teilzeitarbeitsmöglichkeiten	gering
8	Verantwortungsübernahme	gering
9	Wenig Stress	mittel
10	Viel Freizeit	mittel
11	Selbständigkeit bei alltäglicher Berufsausübung	gering
12	Geregelte Arbeitszeit	stark
13	Wenig Zusatzdienste über Arbeitsvertrag hinaus	mittel
14	Familienfreundliche Arbeitszeiten	stark
15	Bezahlung oder Freizeitausgleich von Überstunden	stark
16	Abwechslung & Anspruch im Alltag (bspw. Diagnostik/ Therapie)	mittel
17	Partizipativer Führungsstil des/der Vorgesetzten	mittel
18	Kollegiale Zusammenarbeit/ Klima im Krankenhaus	mittel
19	Wertschätzung von Leistung auf Tagesebene/ Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte	stark
20	Leistungsprinzip hat hohen Stellenwert	gering
21	Gute interdisziplinäre Kooperation zwischen den Fachabteilungen	gering
22	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten allgemein	stark
23	... davon Umfang des Bildungsangebots	stark
24	... davon Qualität des Bildungsangebots	stark
25	... davon Umfang des Bildungsangebots	stark

Abb. 15: Legende zur Problemmatrix

Quelle: Vgl. Buxel, 2009.⁸⁰

Zusätzlich hat man eine Lever-Matrix-Analyse durchgeführt, um herauszufinden, was der effektivste „Hebel“ zur Steigerung der Arbeitsplatzzufriedenheit ist. Dafür wurden die direkt angegebenen Präferenzen der Befragten (x-Achse) sowie die aus den Beobachtungen abzuleitende Hebelwirkung der einzelnen Arbeitsplatzmerkmale auf die Gesamtzufriedenheit (Y-Achse) zur Analyse der Ursachen-Wirkung Beziehung gegenübergestellt. Die relevanteste Auswertung ist hierbei das Ergebnis bei dem Arbeitsplatzmerkmal „Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance“.

⁸⁰ Vgl. Buxel, H., Motivation, Arbeitsplatzertwartungen/-zufriedenheit und Jobverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern, Münster, 2009, S. 43.

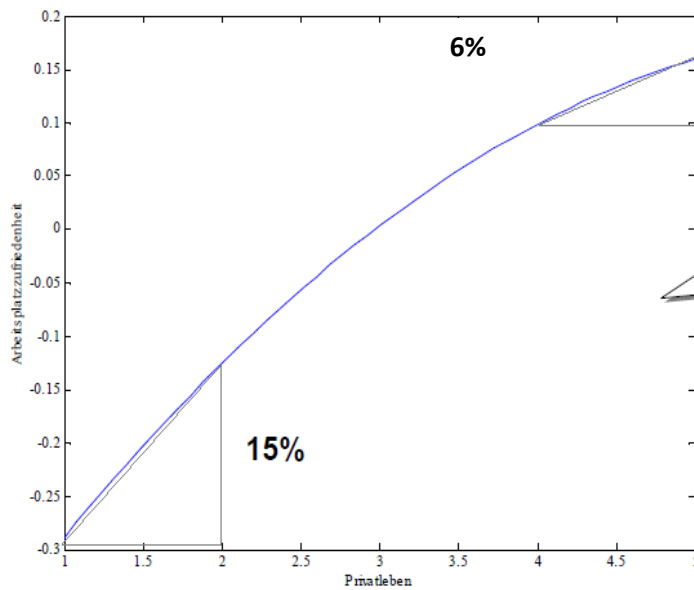


Abb. 16: Lever-Matrix-Analyse: Zusammenhang des Kriteriums Zufriedenheit mit „Vereinbarkeit mit Privatleben/Work-Life-Balance“ und der Arbeitsplatzzufriedenheit insgesamt
Quelle: Vgl. Buxel, 2009. ⁸¹

Bei der Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance und der Arbeitsplatzzufriedenheit hat sich bei der Analyse ein klarer nichtlinearer Zusammenhang herausgestellt. Aus dem degressiven Kurvenverlauf lässt sich schließen, dass jede Verbesserung der Work-Life-Balance einen unterschiedlich hohen Nutzeneffekt hat. Das bedeutet, dass man bei einer niedrigeren Arbeitsplatzzufriedenheit durch eine Verbesserung der Work-Life-Balance einen sehr hohen Zuwachs hat (hier z.B. 15% siehe Abb. 16) und bei einer hohen Arbeitsplatzzufriedenheit einen niedrigeren Zuwachs (hier z.B. 6%, siehe Abb. 16). ⁸²

⁸¹ Vgl. Buxel, H., Motivation, Arbeitsplatzserwartungen/-zufriedenheit und Jobverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern, Münster, 2009, S. 47.

⁸² Vgl. Buxel, H., Motivation, Arbeitsplatzserwartungen/-zufriedenheit und Jobverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern, Münster, 2009.

4.3 Zielsetzung bei der Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen

Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital in einem Unternehmen. Nur motivierte und qualifizierte Kräfte sind für den nachhaltigen Erfolg und das Überleben im Zeitalter sinkender Krankenhauszahlen entscheidend. Allerdings gibt es im Bereich der familienbewussten Personalpolitik bzw. bei der Einführung von familienbewussten Maßnahmen Spannungsfelder, die man hier beachten muss. Die Stakeholder (Krankenhaus, Beschäftigte, Familie und Gesellschaft) haben unterschiedliche Interessen.

Ziel der familienbewussten Personalpolitik muss es sein, dass man die Interessen in den Schnittpunkten und darüber hinaus optimal miteinander verknüpft.

Die Hauptgründe für die Implementierung von familienfreundlichen Maßnahmen in Unternehmen sind dabei zumeist folgende:

- Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Erhöhung der Produktivität
- Stärkung/Verbesserung des Images
- Verkürzung der Elternzeit
- Schnelle Integration nach der Elternzeit
- Reduktion des Krankenstandes
- Gewinnung von neuen Mitarbeitern
- Senkung der Fluktuation.⁸³

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch eine Befragung des an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ansässigen „Forschungszentrums Familienbewusste Personalpolitik“ für die berufundfamilie gGmbH (siehe Kap.5 zur Erläuterung). Hier wurden von November 2005 bis Januar 2006 die bisher auditierten Unternehmen zu ihren Erfahrungen mit dem Einsatz von familienbewussten betrieblichen Maßnahmen befragt.

Auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 7 (unwichtig) sollten die befragten Unternehmen angeben, welche Ziele sie vor- und nachrangig mit Hilfe familienbewusster Personalpolitik verfolgen. Dabei kam heraus, dass das zentrale Ziel familienbewusster Personalpolitik die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit

⁸³ Vgl. Gerlach, I., Schneider, H., Juncke, D., Betriebliche Familienpolitik in auditierten Unternehmen und Institutionen, 2007, S.22-23.

(1,5) ist. Danach stand die Stärkung des familienfreundlichen Images (1,9) und die schnelle Integration nach der Elternzeit (2,1) hoch in der Bewertungsskala der 72 befragten Unternehmen (siehe Abb. 17).⁸⁴

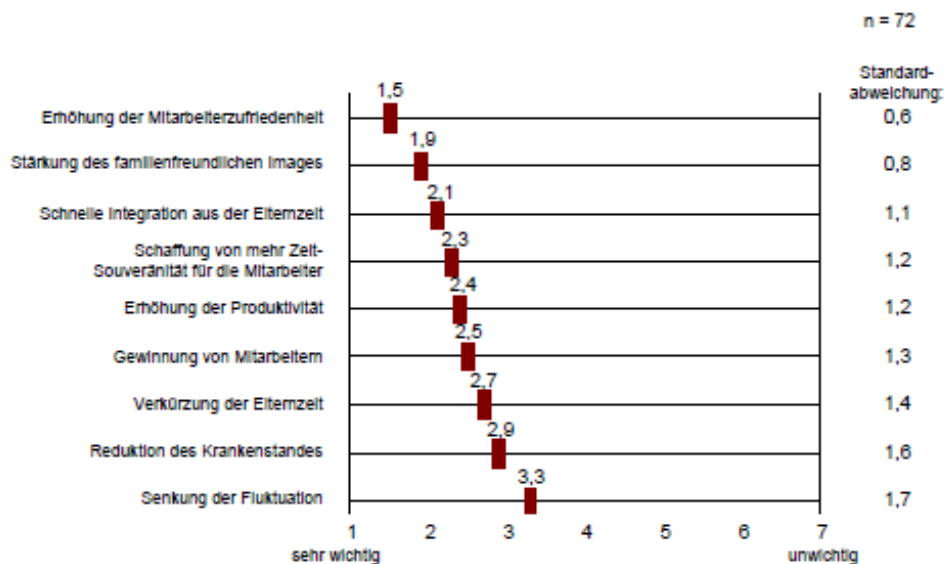


Abb. 17: Ziele familienbewusster Personalpolitik

Quelle: Vgl. Dilger/Gerlach/Schneider, 2007.

Dies bestätigt auch die aktuelle Umfrage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit ist auch dort ein zentraler Aspekt. Allerdings sieht hier die Mehrheit das Motiv darin, qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen bzw. zu halten. Aus der Abbildung 18 erkennt man die weiteren Motive für die Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen und wie sich die Wahrnehmung von z.B. 2006 zu 2009 verändert hat.⁸⁵

⁸⁴ Vgl. Dilger, A., Gerlach, I., Schneider, H.: Ergebnisse der Befragung „Betriebswirtschaftliche Effekte familienbewusster Maßnahmen“, 2007, S. 29.

⁸⁵ Vgl. BMFSFJ, Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2010, 2010, S.21.

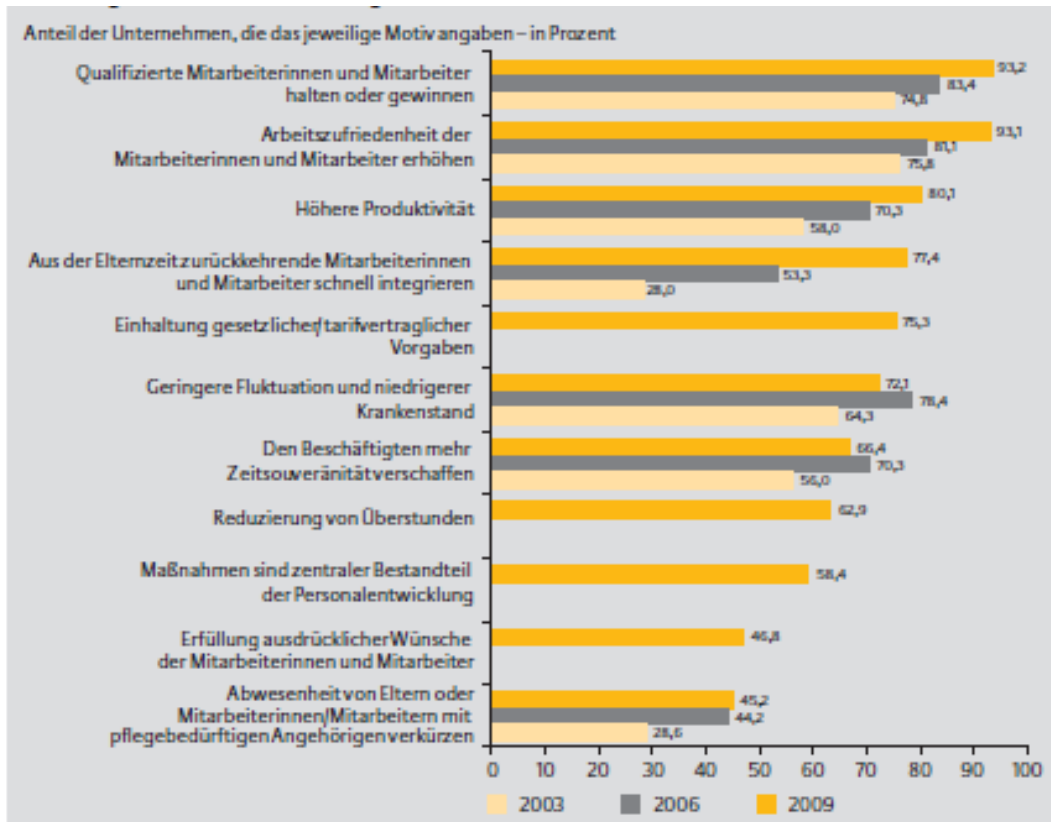


Abb. 18: Motive für die Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen ⁸⁶,
Mehrfachnennungen

4.4 Kosten/Nutzen von familienfreundlicher Personalpolitik

Die Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen ist immer mit gewissen Kosten/Risiken, aber auch mit Nutzen/Erfolg verbunden. Dabei sind natürlich die Kosten leichter zuzuordnen und monetär darzustellen als die Erfolge und der Nutzen. ⁸⁷

⁸⁶ Quelle: BMFSFJ, Unternehmensmonitor - Familienfreundlichkeit 2010, 2010, S. 21.

⁸⁷ Vgl. Rost, H., Work-Life-Balance - Neue Aufgaben für eine zukunftsorientierte Personalpolitik, 2004, S.147.

Die Kosten einer familienfreundlichen Personalpolitik setzen sich je nach Maßnahme aus den folgenden Komponenten zusammen:

- Entwicklungskosten für die Maßnahme
- einmalige Investitionskosten (Neubau oder Umbau)
- Sach- und Personalkosten
- Aufwand für die Begleitung durch das Personalwesen
- laufende Betriebskosten
- Kosten für Managementtraining und Qualifizierung der Führungskräfte
- Einschränkung von Flexibilität in Teilbereichen
- Einschränkung des verfügbaren Arbeitszeitvolumens.⁸⁸

Der erwartete Nutzen einer familienfreundlichen Personalpolitik ist schon im Kapitel 4.3 (Zielsetzung bei der Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen) angesprochen worden. Daher wird in diesem Unterkapitel nur auf einige zusätzliche Punkte eingegangen.

Bei der Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen kann man nämlich zudem Kosteneinsparpotenzial generieren. Die Kostensenkungspotenziale bestehen dabei im Einzelnen aus

1. den Wiederbeschaffungs- bzw. Fluktuationskosten, d. h. den Kosten für die familienbedingte Fluktuation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern - gleichzusetzen mit den Wiederbeschaffungskosten von Ersatzkräften mit gleichem Qualifikationsniveau (z.B. Anwerbungskosten durch Zeitungsannonce, Auswahlkosten, Einarbeitungskosten)
2. den Überbrückungskosten, d. h. den Kosten für die Überbrückung der Phase, in der sich die Beschäftigten in Elternzeit befinden

⁸⁸ Vgl. Hosemann, W., Burian, K., Lenz, C., Vereinbarkeit von Beruf und Familie - ein Thema auch für männliche Mitarbeiter? Neue personalwirtschaftliche Konzepte erweitern die Handlungsmöglichkeiten der Unternehmen, 1992, S. 41.

3. den Wiedereingliederungskosten, d.h. den Kosten für die Wiedereingliederung von Rückkehrerinnen und Rückkehrern aus der Elternzeit, die mit der Dauer der Betriebsabwesenheit steigen
4. den Kosten für Fehlzeiten, d.h. den Kosten für erhöhte Fehlzeiten aufgrund der zusätzlichen Belastung durch Familienaufgaben neben der Erwerbstätigkeit.⁸⁹

Das „Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik“ (FFP) hat die Effekte einer familienfreundlichen Personalpolitik untersucht. Die nachstehende Abbildung 19 zeigt die aggregierten Werte des Zielsystems systematisiert in absteigender Reihenfolge der Wirkungsintensität gegenüber nicht familienbewussten Unternehmen.

Bei der Analyse wird deutlich, dass sehr familienbewusste Unternehmen in allen durch das Zielsystem operationalisierten Zielsystemwerten besser abschneiden als nicht familienbewusste Unternehmen. Besonders im Hinblick auf den Bewerberpool schneiden sehr familienbewusste Unternehmen deutlich besser ab als nicht familienbewusste Unternehmen. Somit haben diese Unternehmen eine bessere Auswahlmöglichkeit und ein besseres Image, da sie 26% mehr Bewerber haben als nicht familienbewusste Unternehmen.

Mit plus 4% ergibt sich hinsichtlich der Bewerberqualität die geringste positive Differenz zwischen sehr familienbewussten und nicht familienbewussten Unternehmen.

Bei den anderen Zielsystemwerten ergeben sich positivere Differenzen, die bis zu einem Fünftel reichen. Da Familienbewusstsein im betrieblichen Gesamtzusammenhang eigentlich immer nur eine unabhängige Variable unter vielen möglichen ist, ergibt sich hieraus ein deutlicher Zusammenhang.⁹⁰

⁸⁹ BMFSFJ, Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen - Kosten-Nutzen-Analyse, 2005, S. 12.

⁹⁰ Vgl. Schneider, H., Gerlach, I., Juncke, D., Krieger, J., Betriebswirtschaftliche Ziele und Effekte einer familienbewussten Personalpolitik, 2008, S. 55ff.

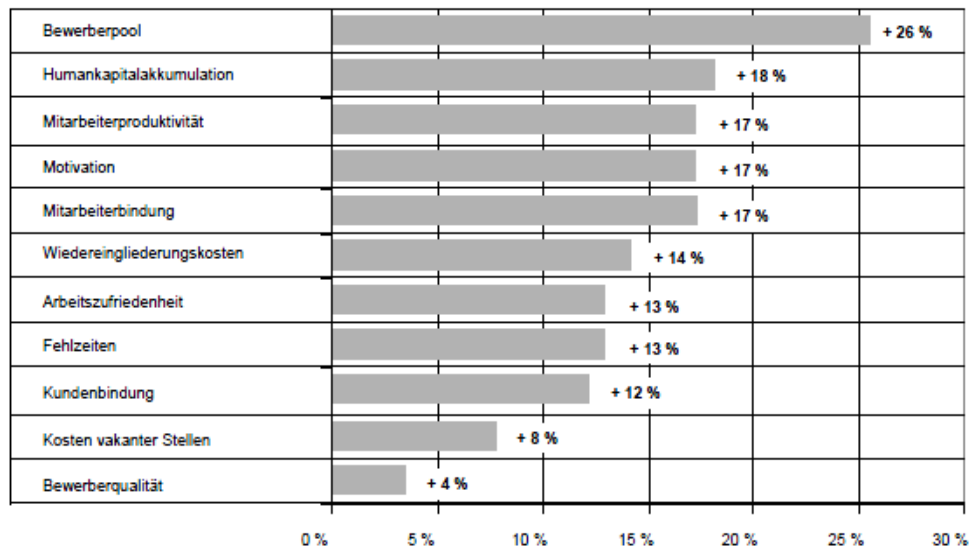


Abb. 19: Systematisierte Darstellung der erreichten Zielsystemwerte

Quelle: Schneider/Gerlach/Juncke/ Krieger, 2008. ⁹¹

4.5 Hemmnisse für die Einführung von familienfreundlichen Maßnahmen

Familienfreundliche Maßnahmen werden aber nicht immer eingeführt oder in der gleichen Art dauerhaft weitergeführt. Das hängt zumeist mit dem Bedarf der Mitarbeiter zusammen. Wenn die Mitarbeiter allgemein keinen Bedarf an bestimmten familienfreundlichen Maßnahmen haben oder sich dieser gewandelt hat, macht die Einführung oder Weiterführung natürlich keinen Sinn.

Doch es gibt noch andere Gründe, warum familienfreundliche Maßnahmen nicht eingeführt werden. Diese sind z.B.:

- aus Sicht der Krankenhäuser ausreichende gesetzliche/tarifliche Bestimmungen
- zu geringe staatliche Förderung
- Geschäftsführung/Klinikleitung sieht keine Notwendigkeit
- zu hoher Aufwand
- kein erkennbarer Nutzen für das Krankenhaus. ⁹²

⁹¹ Schneider, H., Gerlach, I., Juncke, D., Krieger, J., Betriebswirtschaftliche Ziele und Effekte einer familienbewussten Personalpolitik, 2008, S. 61.

⁹² Vgl. BMFSFJ, Unternehmensmonitor - Familienfreundlichkeit 2010, 2010, S. 23.

4.6 Betriebliche Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Krankenhaus

Damit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie stattfinden kann, muss man sich auch als Krankenhaus unabhängig von der Größe Gedanken darüber machen, welche Maßnahmen man selbst nutzen möchte. Da die Auswahl groß ist, wird zunächst ein Einblick in die verschiedenen Möglichkeiten gegeben. Dabei muss das Angebot natürlich auf die Nutzer des Angebots individuell passen. Denn was bringen die besten Angebote, wenn sie keiner nutzt? Daher ist es unerlässlich, die Mitarbeiter vor der Einführung von familienbewussten Maßnahmen nach ihrem Bedarf zu befragen.

4.6.1 Familienservice

Unter dem Begriff „Familienservice“ ist eine Kontakt-, Beratungs- oder Vermittlungsstelle gemeint, an die sich Mitarbeiter wenden können, wenn sie Fragen zur Kinderbetreuung haben. Ein solches Büro kann man natürlich intern implementieren, doch zumeist findet ein Familienservice über eine externe Firma statt, wie z.B. die pme Familienservice GmbH.

Das Vorgehen des Familienservice sieht zumeist so aus, dass man die Eltern zu allen Formen der Kinderbetreuung berät. Anschließend wird auf Basis dieser Beratung eine individuelle und hochwertige Betreuungslösung vermittelt. Doch nicht nur die regelmäßige und dauerhafte Betreuung durch private Betreuungspersonen und in Einrichtungen wird angeboten, sondern auch Lösungen für spezielle Anlässe, wie zum Beispiel, wenn die reguläre Betreuung ausfällt. So haben einige Familienservice Unternehmen eigene Betreuungseinrichtungen (Back-up-Einrichtung) und können darüber im Notfall eine Kinderbetreuung selbstständig und kurzfristig anbieten. Krankenhäuser müssen, um diesen Service nutzen zu können, für ihre Beschäftigten eine entsprechende Anzahl von Back-up-Tagen pro Jahr beim Familienservice buchen.^{93,94}

⁹³ Vgl. Rost, H., Work-Life-Balance - Neue Aufgaben für eine zukunftsorientierte Personalpolitik, 2004, S.48/49.

⁹⁴ Vgl. Familien Service - Partner für Familienentwicklung, www.familienservice.de.

4.6.2 Kindergarten/-tagesstätte

Zur Verbesserung der Work-Life-Balance können Krankenhäuser auch vor Ort Kinderbetreuungsmöglichkeiten in Kindergärten oder Kindertagesstätten anbieten. Dabei gibt es folgende Varianten:

4.6.2.1 Betriebskindergärten in Krankenhäusern

Bei einem Betriebskindergarten gründet das Unternehmen selbst eine Einrichtung zur Kinderbetreuung. Dies kann z.B. eine Kinderkrippe, ein Kindergarten oder eine Kindertagesstätte sein. Träger der Einrichtung ist das Unternehmen selbst. Damit fällt die Auswahl des pädagogischen Personals, der Öffnungszeiten, des pädagogischen Konzeptes und der verwaltungstechnische Aufwand in den Zuständigkeitsbereich des Krankenhauses. Es besteht auch die Möglichkeit, sich an einen kommunalen oder freien Träger zu wenden, der die Trägerschaft und damit einen Großteil der Arbeit übernimmt. Dies hat den Vorteil, dass öffentliche Zuschüsse beantragt werden können, sofern betriebsfremde Kinder aufgenommen werden (aber je nach Kommune müssen dies mindestens 51% sein). Dies empfiehlt sich besonders, wenn nicht klar ist, ob ein kontinuierlicher Betreuungsbedarf seitens des Krankenhauses vorhanden ist, und wenn nur wenige Kinder für eine Einrichtung in Frage kämen. Alternativ könnte man natürlich auch mit ortsansässigen Firmen einen gemeinsamen Betriebskindergarten eröffnen.

Voraussetzung für die Inbetriebnahme eines Betriebskindergartens oder einer Betriebskindertagesstätte ist die Einholung der Betriebserlaubnis durch das zuständige Jugendamt (laut § 45 SGB VIII). Notwendig sind geeignete betriebsnahe Räumlichkeiten mit bestimmter Quadratmeteranzahl je nach Alter und Anzahl der Kinder (ca. 3-4 qm pro Kind). Weiterhin ist die Anstellung pädagogisch qualifizierten Personals wichtig. Welche Vorgaben (je nach Anzahl der Kinder und deren Alter) gelten, ist abhängig vom Alter bzw. der Altersmischung der Kinder.

Die Betriebskosten errechnen sich zum größten Teil aus den Personalkosten. Zu den monatlichen Betriebskosten kommen einmalige Investitionskosten sowie Instandhaltungskosten. Eltern zahlen ortsübliche Beiträge oder auch mehr. Wenn betriebsfremde Kinder aufgenommen werden, gelten die landesüblichen Zuschüsse (40% jeweils von Staat und Kommune, so dass 20% dem Träger selbst bleiben).

Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen in Krankenhäusern sind beliebt, da sie im Vergleich zu öffentlichen Institutionen zumeist flexiblere und umfassendere Öffnungszeiten anbieten.

Aus Sicht der Krankenhäuser bietet sich diese Variante an, da die Beschäftigten zumeist schneller wieder in ihren Beruf zurückkehren, da sich Familienleben und Erwerbstätigkeit besser vereinbaren lassen. Zusätzliche Wege- bzw. Bring- und Abholzeiten entfallen für die Beschäftigten und sind ein positiver Nebeneffekt. Auch der Mitarbeiter kann, wenn Probleme bei dem Kind auftreten, schnell die Kindertageseinrichtung erreichen. Probleme lassen sich so manchmal ohne große Fehlzeiten aus der Welt schaffen.

Weitere Kosten können vermieden werden, da kein Ersatzpersonal benötigt wird und die Mütter bzw. die Väter nach der Elternzeit schnell wieder eingearbeitet sind. Hinzu kommt, dass man dadurch eine personelle Kontinuität im Unternehmen gewährleistet und ein positives Betriebsklima schafft. Die Beschäftigten sind motivierter und die Bindung zum Krankenhaus steigt langfristig. Gerade die Mitarbeiterbindung ist in Zeiten fehlender Fachkräfte besonders wichtig. Auch ein positives Image eines Krankenhauses ist ein nicht zu unterschätzender Wettbewerbsfaktor.^{95,96}

Man muss bei der Entscheidung für eine Lösung aber immer bedenken, dass sich diese Variante erst ab einer bestimmten Größe und Bedarf (z.B. mind. 15 zu betreuende Kinder) lohnt, denn die Investitions- und laufenden Betriebskosten müssen für das Krankenhaus oder den Kooperationsverbund (mit Kommune oder privaten Unternehmen der Region) finanzierbar und tragbar sein.

4.6.2.2 Bereitstellung von Belegplätzen in KiTa's

Das Krankenhaus kooperiert in dieser Variante mit einem Träger (staatlichen, kirchlichen oder anderen Trägern), der in der Nähe des Krankenhauses einen Kindergarten oder eine Kindertageseinrichtung betreibt. Mit dem Träger wird dann die Bereitstellung und Reservierung einer bestimmten Anzahl von Betreuungsplätzen vertraglich vereinbart. Als Gegenleistung erhält die Einrichtung vom Krankenhaus eine entsprechende finanzielle Vergütung. Bei der Auswahl der Kinder, die Krankenhausangestellte in die Einrichtungen geben wollen, hat das

⁹⁵ Vgl. Rost, H., Work-Life-Balance - Neue Aufgaben für eine zukunftsorientierte Personalpolitik, 2004, S.140.

⁹⁶ Vgl. BMFSFJ, Unternehmen Kinderbetreuung - Praxisleitfaden für die betriebliche Kinderbetreuung, 2010.

Krankenhaus ein Mitspracherecht. Teilweise wird bei einer solchen Kooperation auch ausgehandelt, dass die Betreuungszeiten „betriebsgerecht“ erweitert werden.⁹⁷

4.6.3 Tagesmüttermodell

Eine weitere familienfreundliche Maßnahme ist der Einsatz von Tagesmüttern. Diese sind überwiegend selbstständig tätige Frauen, die in Privatwohnungen bis zu drei Tageskinder im Alter von 0 bis 12 Jahren betreuen. Die Vermittlung, Beratung und Unterstützung erfolgt über das Jugendamt. Diese Aufgabe kann das Jugendamt auch an einen freien Träger delegieren. Zusätzlich gibt es auch private Vermittlungsdienste.⁹⁸

Seit 1991 besteht keine generelle Erlaubnispflicht für Tagesmütter mehr. Nur wer mehr als drei fremde Kinder betreut, braucht eine Pflegeerlaubnis des Jugendamtes. Die grundlegenden Vorschriften zur Tagespflege finden sich im § 23 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz).

Die Idee des Tagesmütter-Modells ist, dass es einen Pool von Tagesmüttern gibt und bei einem Notfall (reguläre Kinderbetreuung fällt aus) die Kinder dort kurzfristig betreut werden können. Eventuell macht es auch Sinn, dass sich die Tagesmütter einmal im Jahr auf einem Infoabend für Eltern vorstellen, damit die Eltern wissen, wohin die Kinder kommen, wenn ein Notfall passiert. Das schafft ein entsprechendes Vertrauen.

Der Einsatz von Tagesmüttern ist alternativ auch eine Möglichkeit für eine dauerhafte Kinderbetreuung.

Die Kosten für die Tagesmütter sind nach dem Einkommen gestaffelt. Bei betrieblichen Modellen allerdings werden diese Kosten zumeist vom Arbeitgeber übernommen.

⁹⁷ Vgl. Busch, C., Döfler, M., Seehausen, H., Frankfurter Studie zu Modellen betriebsnaher Kinderbetreuung, 1991, S. 25.

⁹⁸ Vgl. MAGS NRW, Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung, 2002, S. 10.

4.6.4 Angebot von Ferienprogrammen

Die tägliche Betreuung der Kinder ist häufig geregelt. Eine Problematik entsteht jedoch in den Ferienzeiten der Kindergärten oder Schulen. Der Jahresurlaub reicht zur Abdeckung des Ferienzeitraums allerdings in keiner Weise aus.

Um Eltern in dieser besonderen Situation zu unterstützen, bieten immer mehr Krankenhäuser/Institutionen ihren Beschäftigten ein betrieblich gefördertes Ferienprogramm an.

Die Kosten für eine Ferienbetreuung hängen vom gewählten Modell (Art, Umfang und Qualität) ab und wo diese stattfindet. Muss man z.B. Raummiete oder Reinigungskosten übernehmen, ist dies natürlich auch ein Gesichtspunkt bei den Überlegungen.

Zudem werden die Kosten höher, wenn man mehrere kleine Kinder betreuen muss. Laut der gemeinnützigen Hertie Stiftung „berufundfamilie“ gibt es fünf Modelle, die zumeist in der Praxis genutzt werden:

1. Erarbeitung eines eigenen Ferienprogramms
2. Erarbeitung eines Ferienprogramms in Kooperation mit einem anderen Krankenhaus oder einer anderen Institution
3. Mitnutzung des Programms eines anderen Krankenhauses / einer anderen Institution
4. Beauftragung eines externen Dienstleisters (z.B. pme Familienservice)
5. Unterstützung der Mitarbeiter bei der Suche nach einer Ferienbetreuung.

Zu 1.:

Bei diesem Modell sind zwingend geeignete Räumlichkeiten (am sinnvollsten in der Nähe des Krankenhauses) erforderlich. Des Weiteren muss man sich um Betreuungspersonal, Verpflegung, Versicherungen sowie Materialien und Spielzeug selbst kümmern.

Die Gesamtkosten für die Bereitstellung eines betriebseigenen Ferienprogramms sind von der individuellen Ausgestaltung des Programms abhängig. Der Vorteil dieses Modells ist, dass das Programm unmittelbar auf die Bedürfnisse der Beschäftigten und die Möglichkeiten des Krankenhauses zugeschnitten ist. Negativ sind aber auf der anderen Seite der hohe Organisationsaufwand und die Kosten.

Zu 2.:

Die Kooperation kann z.B. mit anderen Krankenhäusern, nahegelegenen Betrieben oder Kommunen erfolgen. Gemeinschaftlich wird ein individuelles Ferienprogramm vorbereitet und durchgeführt. In der Praxis ist der Initiator in der Regel auch Träger des Programms, während sich die Kooperationspartner in unterschiedlicher Weise beteiligen – beispielsweise durch die Übernahme der Kosten oder auch Sponsoring. Der Vorteil dieses Modells liegt darin, dass man sich die Kosten und die Organisation teilen kann. Weitere Synergieeffekte sind darüber hinaus, dass die angebotenen individuellen Programme insgesamt besser ausgelastet sind und sich dadurch die Gesamtkosten verringern.

Das Schwierige bei diesem Modell ist aber die Abstimmung der verschiedenen Projektpartner untereinander, um die individuellen Wünsche „unter einen Hut zu bringen“.

Zu 3.:

Krankenhäuser können sich alternativ einer Ferienbetreuung eines öffentlichen Trägers, eines gemeinnützigen Vereins oder eines anderen Unternehmens anschließen und so ein Kontingent von Plätzen in einem Ferienprogramm erhalten.

Der Planungsaufwand ist zwar hier gering, aber es ist schwierig, ein gutes und passendes Programm zu finden. Die Öffnungszeiten innerhalb des Programms und das Alter der Teilnehmer sollten auf die Bedürfnisse der Beschäftigten abgestimmt sein, damit das Programm erfolgreich angenommen wird.

Die Kosten richten sich nach dem angebotenen Programm. Sie sind aber häufig subventioniert und somit kostengünstiger.

Vorteile dieses Modells sind somit der geringe Organisationsaufwand und die geringeren Kosten. Allerdings hat das Krankenhaus keine Mitsprachemöglichkeit über die Modalitäten oder die Kostenfaktoren des Programms.

Zu 4.:

Eine weitere Möglichkeit ist die Beauftragung eines externen Dienstleisters. Aufgrund der Erfahrung verläuft die Ferienbetreuung professionell und reibungslos. Zu den bundesweit tätigen Anbietern gehören beispielsweise die KinderHut GmbH und die pme Familienservice GmbH.

Der Organisationsaufwand ist für die Krankenhäuser gering. Entscheidend ist aber hier die Auswahl des richtigen Anbieters. Die Kosten sind allerdings hoch im Vergleich zu den anderen Modellen und sind abhängig vom jeweiligen Dienstleister.

Zu 5.:

Sind die Kosten der vorherigen Möglichkeiten zu teuer oder arbeitsintensiv, gibt es die Möglichkeit, dass man seine Beschäftigten bei der Suche nach einem geeigneten Ferienprogramm unterstützt. Kommunen, Vereine, kirchliche Organisationen, Wohlfahrtsverbände, aber auch private Dienstleister bieten in der Stadt meistens regelmäßig Ferienprogramme und Ferienfreizeiten an, die dem Mitarbeiter vielleicht nicht bekannt sind. Das Krankenhaus könnte beispielsweise alle Angebote in der Region sammeln und ins Intranet stellen oder per E-Mail seinen Mitarbeitern zusenden. Der Aufwand würde sich somit nur auf eine umfassende Recherche zur lokalen Angebotslandschaft und der anschließenden Kommunikation beschränken.

Falls man möchte, kann man den Mitarbeitern einen finanziellen Zuschuss anbieten.⁹⁹ Problematisch könnte dieses Modell für ländlich gelegene Krankenhäuser sein, denn dort werden zumeist nicht so viele oder keine Ferienprogramme angeboten.

4.6.5 Hausaufgabenbetreuung

Ein interessantes Angebot zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist auch das Angebot einer Hausaufgabenbetreuung. An einem oder mehreren Nachmittagen könnte man Schulkindern, die Möglichkeit anbieten, im Unternehmen bei ihren Hausaufgaben betreut zu werden. Dadurch schafft man eine Entlastung der eigenen Mitarbeiter und die Kinder sind in dieser Zeit betreut.

⁹⁹ Vgl. berufundfamilie, Betrieblich unterstützte Ferienbetreuung - Anregungen für die bedarfsgerechte Planung und Umsetzung, 2008, S. 11-18.

4.6.6 Mittagessen für Familienangehörige

Ein weiteres Angebot zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wäre beispielsweise, dass

- a) Mitarbeiterkinder gemeinsam mit den Eltern vor Ort (Kantine) zu Mittag essen,
- b) die Mitarbeiter Familienmenüs mit nach Hause nehmen können oder
- c) den Mitarbeitern ein „Mobiler Mittagstisch“ angeboten wird.¹⁰⁰

So müssen Mütter beispielsweise nach der Arbeit nicht noch kochen und hätten mehr Zeit für ihre Kinder.

4.6.7 Kinderbetreuungszuschuss

Nach § 3 Nr. 33 EStG in Verbindung mit § 1 Arbeitsentgeltverordnung kann das Krankenhaus einen steuer- und sozialversicherungsfreien Kinderbetreuungszuschuss an seine Mitarbeiter zahlen. Dieser Zuschuss wird zusätzlich zum normalen Arbeitslohn gezahlt. Eine betragsmäßige Begrenzung der Leistung gibt es nicht. Die Verwendung darf nur für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung von nicht schulpflichtigen Kindern in Kindergärten oder vergleichbaren Einrichtungen verwendet werden.¹⁰¹ Es ist gleichgültig, ob die Unterbringung und Betreuung in betrieblichen oder außerbetrieblichen Kindergärten bzw. -tagesstätten erfolgt. Vergleichbare Einrichtungen sind z. B. Schulkindergärten, Kindertagesstätten, Kinderkrippen, Tagesmütter, Wochenmütter, Ganztagspflegestellen und Internate, wenn diese auch nicht schulpflichtige Kinder aufnehmen. Die Einrichtung muss gleichzeitig zur Unterbringung und Betreuung von Kindern geeignet sein. Die alleinige Betreuung im Haushalt, z. B. durch Kinderpflegerinnen, Hausgehilfinnen oder Familienangehörige, genügt nicht.

Nur bei zweckgebundener Verwendung ist die Leistung für den Arbeitgeber steuerfrei. Daher muss das Krankenhaus die Nachweise im Original als Belege zum Lohnkonto aufbewahren.¹⁰²

¹⁰⁰ Vgl. Initiative neue Qualität der Arbeit, Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege fördern, 2010, S. 30.

¹⁰¹ Vgl. BMFSFJ, Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Krankenhaus, 2009, S. 12ff.

¹⁰² Vgl. pme Familienservice GmbH, URL: <http://www.mittelstand-und-familie.de/assets/Uploads/Kinderbetreuungskostenzuschuss.pdf> [Stand: 18.09.2010], 2009.

Diese finanzielle Förderung ist eine einfache und kostengünstige Möglichkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Kinderbetreuung finanziell zu unterstützen.

4.6.8 Concierge Service

Die Idee des Concierge Service ist es, die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter bei der Erledigung von haushaltsnahen Dienstleistungen zu entlasten. Haushaltsnahe Dienstleistungen sind alle personenbezogenen (Ernährung, Betreuung etc.) oder objektbezogenen Dienstleistungen (Reinigung des Hauses, Pflege des Gartens etc.). Dadurch, dass ein Dienstleister (z.B. die Anbieter Zauberfrau oder FAC'T in Münster) bestimmte Tätigkeiten übernimmt, haben die Eltern mehr Zeit für ihre Kinder und die Krankenhäuser profitieren von motivierten und leistungsstarken Mitarbeitern. Der Stressfaktor wird gesenkt, da die Mitarbeiter nach der Arbeit direkt „freie Zeit“ haben und sich somit im Krankenhaus wieder zu 100% einsetzen können.

Interessant wäre für Krankenhausmitarbeiter evtl. ein Einkaufs-, Bügel- oder Putzservice. Diese Tätigkeiten können von eigenem Personal (z.B. als Minijob) oder von externen Dienstleistern angeboten werden. Die Kosten variieren natürlich nach Umfang des Angebots und der jeweiligen Nutzung.

Der Wert der Dienstleistung ist für die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer steuer- und sozialversicherungspflichtiger Arbeitslohn.

Wichtig ist, dass vorher der Bedarf der Beschäftigten abgefragt wird, inwieweit sie einen solchen Haushaltsservice in Anspruch nehmen möchten, in welchem Umfang sie sich an den Kosten beteiligen würden und wo besonderer Bedarf an Serviceleistungen besteht. Häufig gelingt es auch, mit Dienstleistern Rabatte für die Beschäftigten auszuhandeln, wenn von einer lohnenswerten Auslastung auszugehen ist. Das Unternehmen tritt dann quasi nur als Mittelsmann auf, muss selbst aber nicht unbedingt finanzielle Mittel einbringen.

4.7 Sonstige Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf

4.7.1 Teilzeitmodelle für Ärztinnen

Die am häufigsten genutzte Methode zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist die Teilzeitarbeit. Es ist eine Verkürzung der normalen Tarifarbeitszeit, d.h.,

dass die Ärztinnen ihre Wochen- bzw. Monatsarbeitszeit um einen bestimmten Prozentsatz reduzieren. Näher wird auf dieses Thema in Kapitel 3.1.5 (Recht auf Teilzeit) und 4.8 (Wiedereinstiegsprogramme) eingegangen.

Das Thema von Führungspositionen auf Teilzeitbasis wäre in diesem Zusammenhang auch noch ein wichtiger Aspekt. Die Zukunft wird nämlich sein, dass sich z.B. auch zwei Oberärztinnen eine Stelle (Job-Sharing) teilen.

4.7.2 Telearbeit

Der Begriff Telearbeit bezeichnet diejenigen Formen abhängiger Erwerbsarbeit, bei denen die Arbeitsleistung unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien räumlich außerhalb der zentralen Betriebsstätte erbracht wird. Bei der alternierenden Telearbeit wird die Arbeit im Wechsel zu Hause und im Betrieb geleistet.¹⁰³

Allerdings bietet sich diese Möglichkeit aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen für Ärztinnen nicht an. Die Daten z.B. von Patienten sind vertraulich und somit kann die Verwaltungsarbeit nicht nach Hause mitgenommen werden.

4.8 Wiedereinstiegsprogramme

Als Wiedereinstiegsprogramme kann man unterschiedliche Möglichkeiten nutzen.

Die gängigsten Wiedereinstiegsprogramme sind:

a) Angebot spezieller Fachkurse während der Auszeit

Die Weiterbildungszeit zum Facharzt ruht während der Schwangerschaft oder Elternzeit. Man könnte aber diese Zeit nutzen, um durch das Angebot von speziellen Fachkursen die Fort- oder Weiterbildung während der Auszeit zu fördern oder weiterlaufen zu lassen. Ggf. könnte man auch E-Learning Programme anbieten, so dass man sich von zuhause aus weiterbilden kann.

b) Durchführung von (Wieder-)Einstiegsseminaren oder Schulungen

Mit Hilfe dieser (Wieder-)Einstiegsseminare oder Schulungen könnten Ärztinnen

¹⁰³ Vgl. BMFSFJ, Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen - Kosten-Nutzen-Analyse, 2005, S. 23.

ihr medizinisches Wissen auffrischen. Auch EDV Schulungen sind sinnvoll, da der technische Fortschritt immer schneller voranschreitet und man auf diese Weise nicht den Anschluss verliert.¹⁰⁴ Alternativ könnte man auch die „Refresher“-Angebote der zuständigen Ärztekammer nutzen, um die Wiedereinsteigerinnen auf den „neuesten“ wissenschaftlichen Stand zu bringen.

c) Angebot von Mentoring

Eine andere Möglichkeit, um den Wiedereinstieg zu erleichtern, ist der Aufbau eines Mentorenprogramms. Die Idee ist, dass weniger berufserfahrene Ärztinnen oder Wiedereinsteigerinnen (Mentees) durch eine berufserfahrene Ärztin (Mentorin) begleitet werden. In der Anfangsphase arbeiten beide eng zusammen und die Mentorin steht dem Mentee in fachlicher, praktischer und ggf. motivationaler Hinsicht mit Rat und Tat zur Seite. Das Ganze geschieht immer auf freiwilliger Basis, denn niemand sollte hierzu gezwungen werden. Erfahrungen zeigen, dass Mentoring-Programme eine geeignete Methode zur Förderung von Frauen in der Wissenschaft sind und ihnen sinnvolle Hilfestellungen auf ihrem Karriereweg geben können.¹⁰⁵

d) Teilzeitarbeit und Job Sharing

Als eine weitere Möglichkeit des Wiedereinstiegs ist das Angebot von Teilzeitbeschäftigung sehr wichtig. Ohne diese Möglichkeiten wären Ärztinnen ggf. gezwungen, noch längere Auszeiten zu nehmen.

Eine Möglichkeit ist das Job Sharing. Das bedeutet, dass eine Vollzeitstelle in zwei Teilzeitstellen aufgeteilt wird. So könnten sich zum Beispiel zwei Mütter eine Vollzeitstelle teilen und die Arbeitsaufteilung individuell regeln.

Ein gutes Personalentwicklungsinstrument ist zudem, wenn man den Wiedereinsteigerinnen nach Rücksprache mit der zuständigen Ärztekammer eine Weiterbildung in Teilzeit anbietet. In persönlich begründeten Fällen kann diese Form der Weiterbildung genehmigt und angerechnet werden. Dabei müssen Gesamtdauer, Qualität und Niveau den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entsprechen. Die Entscheidung trifft aber letztendlich

¹⁰⁴ Vgl. IFB Nürnberg, Untersuchung zum Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte, 2008, S.191-192.

¹⁰⁵ Vgl. Löther, A., Mentoring-Programme für Frauen in der Wissenschaft, 2003, S. 648-649.

die Kammer unter besonderer Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Vgl. § 4 Abs. 6 Weiterbildungsordnung vom 9. April 2005 in der Fassung vom 01.03.2009 der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

5. audit berufundfamilie

Die Gemeinnützige Hertie-Stiftung beschäftigt sich bereits seit dem Jahr 1995 mit dem Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“. Um die Aktivitäten der Stiftung im Themenfeld „Beruf und Familie“ zu bündeln, wurde 1998 die berufundfamilie gGmbH gegründet. Im Mittelpunkt ihres Engagements steht dabei die Frage, wie Unternehmensziele und Mitarbeiterinteressen in eine Balance gebracht werden können, die sich für alle Beteiligten auszahlt.

Als Antwort hierauf hat die Stiftung ein einmaliges strategisches Managementinstrument entwickelt: das audit berufundfamilie. Die gemeinnützige Hertie Stiftung besitzt bezogen auf das „Audit“ europaweite Markenrechte.

In den vergangenen Jahren hat sich das Zertifikat audit berufundfamilie zum anerkannten Qualitätssiegel familienbewusster Personalpolitik entwickelt. Unternehmen oder öffentliche Einrichtungen, die ein solches Zertifikat



erhalten haben, beweisen, dass sie eine nachhaltig familienbewusste Personalpolitik betreiben.¹⁰⁷

5.1 Vorstellung der Ziele und Verfahrensschritte auf dem Weg zur Zertifizierung

Ziel der Auditierung ist es, den Status quo zu erfassen und personalpolitische Maßnahmen anzuregen, damit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht wird. Dabei soll ein Unternehmen natürlich nicht alle Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie einfach einführen, sondern es soll durch die Auditierung ein Prozess in Gang gesetzt werden. Darin werden dann Ziele und Maßnahmen definiert, die mit bzw. auf das Unternehmen bzw. die öffentliche Einrichtung abgestimmt sind.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Vgl. berufundfamilie gGmbH, <http://www.beruf-und-familie.de/>.

¹⁰⁸ Vgl. Rost, H., Work-Life-Balance - Neue Aufgaben für eine zukunftsorientierte Personalpolitik, 2004, S. 57.



Abb. 20: Ablauf des „audit berufundfamilie“

Quelle: www.beruf-und-familie.de.¹⁰⁹

Der Prozess der Auditierung beginnt dabei mit einem Strategieworkshop, in dem die Entscheidungsträger die Zielsetzung ihres Unternehmens und die Schwerpunktthemen für die Auditierung definieren.

Anschließend folgt der Auditierungsworkshop. Hierfür wird eine Projektgruppe gebildet, die aus Vertretern der Mitarbeiter, der Führungskräfte, der Unternehmensführung, der Personalleitung sowie des Personal- oder Betriebsrates zusammengesetzt ist. Zusammen mit dem Auditor wird über die vorhandenen Instrumente der Vereinbarkeit von Familie und Beruf diskutiert und daraus wird dann systematisch ein betriebsindividuelles Entwicklungspotenzial erarbeitet.

Die betrieblichen Entwicklungsmöglichkeiten werden anhand von acht Handlungsfeldern ermittelt. Dadurch sollen möglichst viele und für das einzelne Unternehmen sinnvolle Lösungen gefunden und umgesetzt werden. Dabei findet auch Berücksichtigung, für wen (Zielgruppe) die Maßnahme angeboten werden soll und wie die entsprechenden Bedürfnisse der Mitarbeiter aussehen.

¹⁰⁹ Quelle: berufundfamilie, Beruf und Familie - ein Mehrwert für alle, 2010, S. 9.

Die Handlungsfelder des audit berufundfamilie sind dabei:

✓ **Arbeitszeit**

Flexible Arbeitszeiten vergrößern den Gestaltungsspielraum für die Mitarbeiter und das Unternehmen. Damit können die Mitarbeiter den Umfang und die Lage der Arbeitszeit besser mit den familiären Anforderungen vereinbaren.

Beispiele sind: flexible Arbeitszeit, von der Lebensphase abhängige Arbeitszeit oder Kinderbonuszeit.

✓ **Arbeitsorganisation**

Die Nutzung einer familienbewussten Arbeitsorganisation erhöht die Einsatzmöglichkeiten und die Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter.

Beispiele sind: Teamarbeit, Überprüfung von Arbeitsabläufen oder neue Vertretungsregelungen.

✓ **Arbeitsort**

Aufgrund der neuen Kommunikationstechnologien wird die Möglichkeit für flexible Arbeitsformen eröffnet.

Beispiele sind: Heimarbeitsplätze oder mobile Telearbeit.

Aber auch das Angebot von Vergünstigungen im ÖPNV (z.B. Jobticket) zählen in diese Kategorie.

✓ **Informations- und Kommunikationspolitik**

Die laufende Information über die Möglichkeiten familienunterstützender Angebote verstärkt die Wirksamkeit der Maßnahmen im Unternehmen.

Beispiele sind: Berichte in der Betriebszeitung, persönliche Mitarbeiterinformationen oder ein Familientag.

✓ **Führungskompetenz**

Durch familienbewusstes Verhalten tragen Führungskräfte dazu bei, dass die Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie umgesetzt werden können. Beispiele sind: Coaching, Führungsleitlinien oder Führung in Teilzeit.

✓ **Personalentwicklung**

Die Berücksichtigung der familiären Situation bei Einstellung und weiterer Planung der beruflichen Entwicklung hilft, qualifiziertes Personal zu gewinnen und für das Unternehmen zu erhalten.

Beispiele sind: Personalentwicklungsplan, Wiedereinstiegsprogramme oder Weiterbildung mit Kinderbetreuung.

✓ **Entgeltbestandteile und geldwerte Leistungen**

Beschäftigte mit Familie können auf unterschiedliche Weise finanziell und sozial unterstützt werden. Spezielle Angebote tragen zu einer bedarfsgerechten Familienförderung bei.

Beispiele sind: Darlehen, Haushaltsservice oder Personalkauf.

✓ **Service für Familie**

Die Sicherstellung einer geeigneten Betreuung von Kindern ist eine wichtige Voraussetzung für die familiengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen.

Beispiele sind: Betriebskindergarten und Ausbau der Regel- und Ferienbetreuung.

Zusätzlich wird die tatsächliche Nutzung und Umsetzung analysiert, das heißt, wie viele Beschäftigte die bisherigen Angebote überhaupt in Anspruch nehmen. Die Einführung eines eigenen Betriebskindergartens macht daher nicht immer Sinn.

Auf der Grundlage des Leitfadens und der Handlungsempfehlung des Auditors entwickelt die Projektgruppe dann konkrete Ziele und Maßnahmen, die mit dem Vorstand oder der Geschäftsleitung abgestimmt werden. Daher sollten die Ziele auch realisierbar sein und in die Unternehmenskultur passen.

Nachdem die Ziele vereinbart sind und der Auditierungsprozess abgeschlossen ist, erteilt die audit berufundfamilie gGmbH das Zertifikat und man wird in das audit-Netzwerk aufgenommen. Bis zur Erteilung des Zertifikates vergehen im Regelfall drei Monate. Damit ist der Prozess noch nicht abgeschlossen, denn die Umsetzung der Maßnahmen wird jährlich durch die berufundfamilie gGmbH überprüft. Dafür muss das auditierte Unternehmen jährlich einen Bericht zum aktuellen Stand der Umsetzung vorlegen.

Drei Jahre nach Erteilung des Zertifikats wird im Rahmen der Re-Auditierung überprüft, ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden und ob weiterführende Ziele vereinbart werden können. Nur im Falle einer erfolgreichen Re-Auditierung erhält das Unternehmen die Bestätigung seines Zertifikats und darf das Qualitätssiegel bis zur nächsten Überprüfung nach weiteren drei Jahren weiterführen.¹¹⁰

5.2 Kosten des Audits

Die Kosten für eine Auditierung setzen sich aus dem Preiskatalog und den eingesetzten Personalressourcen (Projektgruppe/laufende Betreuung) zusammen (vgl. Abb.21).

audit berufundfamilie für Unternehmen und Institutionen

Anzahl der Beschäftigten	Auditierung	Re-Auditierung Classic-Verfahren	Re-Auditierung Konsolidierungsverfahren
bis 25	5.000 €	4.000 €	3.500 €
26 - 100	9.000 €	7.000 €	6.200 €
101 - 500	11.000 €	8.500 €	7.500 €
501 - 3000	16.500 €	13.000 €	11.500 €
über 3.000* (Preis pro Auditierungseinheit)	13.000 €	10.000 €	9.000 €

Abb. 21: Preise für die Auditierung (2010)

Quelle: www.beruf-und-familie.de.¹¹¹

Die Investitionen rechnen sich aber für ein Unternehmen oder eine öffentliche Einrichtung, da laut einer von der berufundfamilie gGmbH in Auftrag gegebenen Studie mehrere Faktoren sich dadurch positiv entwickeln. So steigt die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter (in 85% der Fälle) sowie die Qualität der Arbeit (in 70% der Fälle). Zusätzlich können sich Unternehmen mit einer familienbewussten

¹¹⁰ Vgl. berufundfamilie, Beruf und Familie - Ein Mehrwert für alle, 2010, S. 10ff.

¹¹¹ Quelle: berufundfamilie, Preise Auditierung 2010.

Personalpolitik profilieren. So sehen 90% der befragten Arbeitgeber deutliche Vorteile im Wettbewerb um qualifiziertes Fachpersonal. Wenn sich Unternehmen für die familiären Belange der Mitarbeiter engagieren, entstehen ihnen dadurch auch vor allem betriebswirtschaftliche Vorteile. Denn die Kosten für flexible Arbeitszeitkonzepte, Telearbeit oder die Vermittlung von Betreuungsangeboten sind deutlich geringer als die durch Neubesetzung, Fehlzeiten und Fluktuation entstehenden Kosten.

5.3 Analyse der Zertifizierungen im deutschen Krankenhausträgersystem

Nach der Vorstellung des Zertifizierungsverfahrens ist es von Interesse, inwieweit deutsche Krankenhäuser an der Zertifizierung „audit berufundfamilie“ schon teilgenommen haben. Daher werden im Folgenden kurz die im Rahmen der Dissertation zusammengetragenen statistischen Daten vorgestellt und bewertet.

5.3.1 Statistische Auswertung

Bisher wurden seit dem Jahre 2001 48 Krankenhäuser bundesweit zertifiziert. Davon befinden sich 11 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. In der folgenden Tabelle 4 sind die entsprechenden Krankenhäuser mit Namen, Zertifizierungsjahr und Anzahl Mitarbeiter dargestellt. Die Spalte „letzte Erteilung“ gibt Aufschluss darüber, ob eine Re-Audifizierung nach 3 Jahre schon stattgefunden hat. Beispielsweise ist das „Allgemeine Krankenhaus Celle“ seit 2005 zertifiziert und hat am 24.11.2008 seine Re-Audifizierung erfolgreich bestanden. Somit kann das Krankenhaus das Zertifikat weiter führen bis zur nächsten Überprüfung nach weiteren drei Jahren.

Krankenhaus	zertifiziert seit	letzte Erteilung	Anzahl Mitarbeiter
AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken	2010	17.05.2010	1.500
AHG Klinik Römhild	2010	17.05.2010	76
Allgemeines Krankenhaus Celle	2005	24.11.2008	1.400
Altmark-Klinikum in Gardelegen	2010	30.08.2010	650
Ameos Klinikum St. Salvator Halberstadt Frau-Mutter-Kind-Zentrum	2005	28.04.2008	90
Charite' Universitätsmedizin Berlin	2007	27.08.2007	10.240
Christophorus Kliniken (3 Häuser) in Coesfeld, Dülmen und Nottuln	2001	28.04.2008	780
Diakonie- Krankenhaus Mannheim	2010	29.03.2010	815
Evangelisches Diakonie Krankenhaus Freiburg	2009	18.05.2009	477
Fontane Klinik Mittenwalde	2010	30.08.2010	180
Forschungszentrum Borstel einschließlich der Medizinischen Klinik	2010	17.05.2010	534
Herz-Zentrum Bad Krotzingen	2010	30.08.2010	1.000
Klinik Bosse Wittenberg Lutherstadt	2010	30.08.2010	180
Klinikum Bremen-Ost	2005	24.11.2008	2.220
Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	2009	24.08.2009	1.700
Klinikum Esslingen	2009	18.05.2009	1.400
Klinikum Gifhorn	2010	17.05.2010	750
Klinikum Kassel	2010	30.08.2010	2.748
Klinikum Links der Weser in Bremen	2005	22.05.2008	1.500
Klinikum Region Hannover	2010	17.05.2010	8.500
Klinikum Stuttgart	2008	28.04.2008	6.500
Klinikum Uelzen	2009	06.04.2009	746
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier	2006	18.05.2009	2.030
Krankenhaus Maria-Hilf Krefeld	2009	18.05.2009	1.100
Kreisklinikum Siegen	2010	17.05.2010	1.176
LWL / Psychiatrie-Verbund Einrichtungen Marsberg	2010	17.05.2010	1.500
LWL / Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt	2010	17.05.2010	487
LWL / Maßregelvollzugskliniken Schloss Haldem / Rheine in Stemwede	2010	17.05.2010	400
LWL-Klinik Münster und Lengerich	2010	17.05.2010	1.873
LWL-Klinik Lippstadt/Warstein	2009	18.05.2009	1.041
MediClin Herzzentrum Coswig	2010	17.05.2010	242
MediClin Rose Klinik in Horn-Bad Meinberg	2009	18.05.2009	138
MediClin Seepark Klinik Bad Bodenteich	2008	25.02.2008	110
Reha-Zentrum Lübben	2001	25.02.2008	115
Fachklinik für Orthopädie und Onkologische Klinik			
Sana Herzchirurgie Stuttgart	2009	23.02.2009	220
St. Augustinus-Kliniken Gelsenkirchen	2010	30.08.2010	2.100
St. Georg-Klinikum Eisenach	2009	18.05.2009	600
St. Josef-Hospital Bremerhaven	2008	25.08.2008	604
St. Josef-Krankenhaus Dessau	2010	30.08.2010	140
St. Augustinus-Kliniken Neuss	2009	07.12.2009	3.800
Städtisches Klinikum Dessau	2004	25.02.2008	1.327
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Gießen	2009	18.05.2009	3.900
Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg	2009	18.05.2009	4.500
Universitätsklinikum Münster	2010	30.08.2010	7.441
Universitätsklinikum Schleswig Holstein in Kiel und Lübeck	2010	30.08.2010	10.538
Universitätsklinikum Ulm	2008	28.04.2008	5.450
Universitätsmedizin der Joh. Gutenberg-Universität Mainz	2007	26.11.2007	4.200
Vinzenz von Paul Kliniken Betriebsstätte Stuttgart und Bad Ditzgenbach	2009	18.05.2009	1.890

Tab. 4: Zertifizierte Krankenhäuser in Deutschland nach dem audit berufundfamilie,
eigene Auswertung, Stand: September 2010. ¹¹²

¹¹² Quelle: nach berufundfamilie, Das Audit - Zertifikatsträger, <http://www.beruf-und-familie.de>.

Wenn man diese Zahlen ins Verhältnis zur Gesamtzahl der Krankenhäuser setzt, ergibt sich folgendes Bild:

aktuell 2010 bestehen in NRW = 401 Krankenhäuser
davon zertifiziert bis 30.08.2010 = 11 Krankenhäuser
dies entspricht einer Quote von = 2,70 %

2008 bestanden bundesweit = 2.083 Krankenhäuser
(letzte verfügbare Zahl der Deutschen
Krankenhaus Gesellschaft)

davon zertifiziert bis 30.08.2010 = 48 Krankenhäuser
dies entspricht einer Quote von = 2,30%.

Daraus ergibt sich eindeutig, dass das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ in der Zukunft noch weitaus intensiver behandelt werden muss. Es hat aber durch die Teilnahme der ersten Häuser an dem Zertifizierungsverfahren ein entsprechendes Umdenken eingesetzt und damit wurde die Bedeutung des Themas in den deutschen Krankenhäusern erkannt.

Erfreulich ist auch die über dem Bundesdurchschnitt liegende Teilnahmequote an der Zertifizierung durch die Krankenhäuser in NRW. ¹¹³

5.3.2 Vorstellung und Kategorisierung der Ergebnisse

Die bisherigen Ergebnisse der Zertifizierung werden nun besonders im Hinblick auf die vorhandenen bzw. geplanten Kinderbetreuungsmöglichkeiten untersucht. Hier ist sicher die Größe des Hauses mit entscheidend für die Frage, ob die Kinderbetreuung durch eine betriebseigene KiTa oder durch unterstützende Maßnahmen für eine außerbetriebliche Betreuung der Kinder sinnvoll ist.

Es wurden daher die bisher zertifizierten 48 Krankenhäuser in 5 Größenklassen orientiert an der Anzahl der Mitarbeiter eingeteilt, um dann in den einzelnen Gruppen den Umfang der angebotenen und geplanten Möglichkeiten der Kinderbetreuung untersuchen zu können.

¹¹³ Quelle: nach berufundfamilie, Das Audit - Zertifikatsträger, <http://www.beruf-und-familie.de>.

Mitarbeiter/ -innen	bis 500	501-1000	1001-2000	2001-5000	> 5000
Anzahl KH	13	9	12	8	6

Tab. 5: Kategorisierung der nach dem audit berufundfamilie zertifizierten Krankenhäuser (KH) in Deutschland entsprechend ihrer Mitarbeiterzahl

Krankenhäuser mit bis zu 500 Mitarbeitern/innen (Anzahl: 13)

1. vorhandene Maßnahmen zur Kinderbetreuung

- betriebseigene Kinderbetreuung (3 Häuser)
- Belegrechte im städtischen Kindergarten oder die Nutzung eines Notfallplatzes zur Kinderbetreuung (2 Häuser)
- keine aktuellen Angebote zur Kinderbetreuung (8 Häuser)

2. geplante Maßnahmen zur Kinderbetreuung

- Kindernotfallbetreuung (4 Häuser)
- Bedarfsermittlung für Betreuungsangebote (2 Häuser)
- Einführung einer Hausaufgabenbetreuung (1 Haus)
- Einführung eines Spielekoffers für kurzfristige Kinderbetreuung (1 Haus)
- Eltern-Kind-Spielzimmer (2 Häuser)
- bei familiären Engpässen können Kinder in die Klinik mitgebracht werden (2 Häuser)

Auch bei Krankenhäusern dieser Größenordnung gewinnt das Thema „Kinderbetreuung“ an Bedeutung. Lediglich bei einem Krankenhaus sind weder Maßnahmen zur Kinderbetreuung vorhanden oder geplant. Alle anderen Häuser befassen sich mit diesem Thema. Wegen der geringeren Mitarbeiterzahl dürfte in dieser Gruppe die betriebseigene Kinderbetreuung sicher die Ausnahme bleiben. Aber flankierende Maßnahmen bis hin zur Förderung der außerbetrieblichen Kinderbetreuung dürften hier besonders sinnvoll sein.

Krankenhäuser mit 501 bis zu 1000 Mitarbeitern/innen (Anzahl: 9)

1. vorhandene Maßnahmen zur Kinderbetreuung
 - keine regelmäßige Kinderbetreuungsangebote (9 Häuser)
 - Ferienbetreuungsangebot (2 Häuser)

2. geplante Maßnahmen zur Kinderbetreuung:
 - Ausbau und Unterstützung bei der Kinderbetreuung (5 Häuser)
 - Spielmöglichkeiten für Kinder (1 Haus)
 - Aufbau einer eigenen Kinderbetreuungseinrichtung (3 Häuser)

In dieser Gruppe ist bei 3 Krankenhäusern der Aufbau von Kinderbetreuungseinrichtungen geplant. Alle anderen Häuser befassen sich mit dem Thema „Kinderbetreuung“ durch unterstützende Maßnahmen. Auch hier sollte zusätzlich über die Förderung einer außerbetrieblichen Kinderbetreuung nachgedacht werden.

Krankenhäuser mit 1001 bis zu 2000 Mitarbeitern/innen (Anzahl: 12)

1. vorhandene Maßnahmen zur Kinderbetreuung
 - eigene Kinderbetreuungseinrichtung (3 Häuser)
 - Kinderbetreuung in einer externen Kindertagesstätte (2 Häuser)
 - Nutzung der Patienten-KiTa im Notfall bis zu 5 Tagen (1 Haus)
 - keine aktuellen Kinderbetreuungsangebote (6 Häuser)

2. geplante Maßnahmen zur Kinderbetreuung
 - Schaffung eines betriebseigenen Kinderhauses (2 Häuser)
 - Ausweitung des Angebotes zur Kinderbetreuung (4 Häuser)
 - Angebote zur Ferienbetreuung (5 Häuser)
 - Kindernotfallbetreuung (2 Häuser)
 - Kooperation mit einer externen Kindertagesstätte (2 Häuser)

Bei Krankenhäusern dieser Größenordnung ist das Erfordernis einer bestehenden Kinderbetreuungsmöglichkeit schon sehr deutlich. Die Hälfte aller Häuser verfügt bereits über bzw. plant eine eigene Kinderbetreuungseinrichtung oder unterstützt die Kinderbetreuung in einer externen Kindertagesstätte.

Krankenhäuser mit 2001 bis zu 5000 Mitarbeiter/innen (Anzahl: 8)

1. vorhandene Maßnahmen zur Kinderbetreuung

- eigene Kinderbetreuungseinrichtung (4 Häuser)
- Kinderbetreuung in Kooperation mit einem örtlichen Kindergarten (2 Häuser)
- keine aktuellen Kinderbetreuungsangebote (2 Häuser)

2. geplante Maßnahmen zur Kinderbetreuung

- Einrichtung eines Betriebskindergartens (1 Haus)
- Kooperation mit einem betriebsnahen Kindergarten(1 Haus)
- Ausbau des bestehenden Kinderbetreuungsangebotes (3 Häuser)

In dieser Gruppe von größeren Krankenhäusern ist in jedem Haus die Kinderbetreuung ein wichtiges Thema. Alle Häuser verfügen über oder planen eine eigene Kinderbetreuung oder bieten die Unterbringung in einer externen Kindertagesstätte an.

Krankenhäuser mit mehr als 5000 Mitarbeiter/innen (Anzahl: 6)

1. vorhandenen Maßnahmen zur Kinderbetreuung

- eigene Kinderbetreuungseinrichtung (3 Häuser)
- Kinderbetreuung in verschiedenen örtlichen Kindertagesstätten (2 Häuser)
- kein Kinderbetreuungsangebot (1 Haus)

2. geplante Maßnahmen zur Kinderbetreuung

- Ausbau des vorhandenen Kinderbetreuungsangebotes (4 Häuser)

Auch in dieser Gruppe von sehr großen Kliniken hat die Kinderbetreuung einen sehr hohen Stellenwert. 5 Häuser bieten bereits unterschiedliche Betreuungsmöglichkeiten für Kinder. Im Klinikum Stuttgart ist zum Mindesten der Auf- und Ausbau der Kinderbetreuung geplant, ohne dass dies näher spezifiziert wurde.¹¹⁴

5.3.3 Resümee

Aufgrund der dargestellten Ergebnisse kann man feststellen, dass das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ in allen zertifizierten Krankenhäusern eine große Rolle spielt. Bei der Mehrzahl der geprüften Krankenhäuser ist auch die Kinderbetreuung ein wichtiges Thema. Speziell die größeren Kliniken verfügen über betriebliche Kindertagesstätten bzw. planen deren Einrichtung oder Ausbau. Es wurde erkannt, dass es für die Bindung insbesondere der weiblichen Mitarbeiter wichtig ist, eine Kinderbetreuung anzubieten. Auch bei den kleineren Krankenhäusern sind erstaunlicherweise in einzelnen Häusern betriebseigene Kindertagesstätten eingerichtet worden. Dies kann damit zusammenhängen, dass vornehmlich im ländlichen Bereich das Gewinnen von qualifizierten Mitarbeitern besonders schwierig ist, weil viele den Umzug von der Stadt in den ländlichen Raum scheuen. Hier kann dann ein qualifiziertes Kinderbetreuungsangebot die Attraktivität des ländlichen Krankenhauses besonders für Ärztinnen erhöhen. Als Alternative zu einer betriebseigenen Kinderbetreuung bietet sich hier an, eine Kooperation mit einem örtlichen Kindergarten zu suchen.

In den neuen Bundesländern liegt sicher noch eine Sondersituation vor, die mit der DDR-Vergangenheit zusammenhängt. Hier war es bereits immer üblich, dass Männer und Frauen auch nach einer gemeinsamen Familiengründung weiter ihren Beruf ausgeübt haben. Daher hatte der Aufbau von Kinderbetreuungseinrichtungen, bereits aus den Erfordernissen der Vergangenheit heraus, einen hohen Stellenwert.

In vielen kleineren Krankenhäusern wird versucht, schon mit geringen Mitteln und großer Kreativität das Kinderbetreuungsangebot zu verbessern. Hier handelt es sich z.B. um die Einführung einer Hausaufgabenbetreuung, die Einrichtung eines Eltern-Kind-Spielzimmers oder die Anschaffung eines Spielekoffers für eine kurzfristige

¹¹⁴ Quelle: nach berufundfamilie, Das Audit – Zertifikatsträger - Kurzporträt, <http://www.beruf-und-familie.de>.

Kinderbetreuung. Man sieht daran, dass der Kreativität in den einzelnen Krankenhäusern keine Grenzen gesetzt sind.

6. Bedarfsanalyse zum Ausbau einer bestehenden betrieblichen Kinderbetreuung am Beispiel des Universitätsklinikums Münster

6.1 Kurzvorstellung der Betriebskindertagesstätte des Universitätsklinikums Münster

Das Universitätsklinikum Münster (UKM) ist eine Anstalt des öffentlichen Rechts und gehört mit 1439 Betten¹¹⁵ zu den großen deutschen Krankenhäusern der Maximalversorgung. Die 33 Kliniken und Polikliniken des UKM arbeiten mit der Medizinischen Fakultät Hand in Hand zum Wohl der Patienten. Alle Einrichtungen zusammen zählen mehr als 7.400 Beschäftigte.

Als modernes Zentrum für universitäre Hochleistungsmedizin bietet das UKM ein vielfältiges Spektrum an hoch spezialisierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Aufgrund der vernetzten Zusammenarbeit zwischen Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre gehört das Universitätsklinikum zur Spitzenmedizin in Deutschland.

Das Universitätsklinikum hat bereits seit 1975 eine eigene Kindertagesstätte mit einer U3 Betreuung. Benannt wurde die Tagesstätte nach Niki de Saint Phalle, der bekannten französischen Künstlerin. Das pädagogische Konzept der Kindertagesstätte orientiert sich an der Reggio-Pädagogik. Man verzichtet dabei beispielsweise auf Hierarchieebenen beim Kita-Personal. Die Erzieher sind Begleiter und Dialogpartner der Kinder und repräsentieren somit nicht das „traditionelle“ Bild der Erzieherin.

In der Reggio-Pädagogik wird das Kind als Konstrukteur seiner Entwicklung und seines Wissens und Könnens betrachtet.¹¹⁶ Das Kind selbst weiß daher am besten, was es braucht, und verfolgt mit Energie und Neugierde die Entwicklung seiner Kompetenzen - eine Vorstellung, wie sie ähnlich schon Anfang des 20. Jahrhunderts von Maria Montessori vertreten wurde.¹¹⁷ Dementsprechend wird dem Kind zugeschrieben, dass es „über natürliche Gaben und Potentiale von ungeheurer Vielfalt und Vitalität“ verfügt.¹¹⁸ Diese Potentiale sollen gefördert werden. In der Reggio-Pädagogik läuft die Erziehung der Kinder durch die Eltern auf der einen

¹¹⁵ Vgl. MGEPA NRW, Krankenhausdatenbank NRW, Stand: Juli 2010.

¹¹⁶ Vgl. Lingenauber, S., Kompetente Eltern, in: Handlexikon der Reggio-Pädagogik, 2004, S.18.

¹¹⁷ Vgl. Knauf, T., Reggio-Pädagogik. In: Fthenakis, W. E., Textor, M. R., Pädagogische Ansätze im Kindergarten, 2000, S. 181-184.

¹¹⁸ Vgl. Reggio Children, Ein Ausflug in die Rechte von Kindern. Aus der Sicht der Kinder, 1998, S. 63.

Seite und in der KiTa auf der anderen Seite nicht planlos nebeneinander her. Vielmehr wird eine gemeinschaftliche Verantwortung für das Aufwachsen der Kinder gesehen und gelebt. Das bedeutet, dass die Eltern auch auf Konzept, Erziehung und Alltagsgestaltung Einfluss nehmen. Sie geben ihre Kinder nicht am Kindergarteneingang ab, sondern gestalten das Kindergartenkonzept mit.

Diese kurze Einführung gibt natürlich nicht alle Eckpunkte des Erziehungskonzeptes bzw. der Erziehungsphilosophie wieder; es soll nur gezeigt werden, dass die Kinderbetreuung am Universitätsklinikum Münster nach modernen Erziehungsmethoden erfolgt. Aktuell gibt es 43 Plätze, wobei nur Ganztagesbetreuung angeboten wird. Die Öffnungszeiten der Kindertagesstätte sind montags, dienstags und donnerstags von 6:45-17:30 Uhr. Am Mittwoch ist die KiTa von 6:45-16:00 Uhr und am Freitag von 6:45-16:30 Uhr geöffnet.¹¹⁹

6.2 Ergebnisse der Befragung aus dem Jahre 2009

Um den aktuellen Kinderbetreuungsbedarfs am UKM zu ermitteln, wurde an alle 3512 Mitarbeiter zwischen 18 und 45 Jahren ein Fragebogen versandt.

Die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Beschäftigten der Verwaltung, bei denen davon auszugehen ist, dass sie regelmäßig E-Mails lesen, erhielten den Fragebogen per E-Mail und konnten den Fragebogen über einen Link online beantworten.

Alle anderen Beschäftigten erhielten den Fragebogen sowohl per E-Mail als auch in Papierform auf dem Postweg. Im Anschreiben wurden sie gebeten, sich für eine der beiden Beantwortungsformen zu entscheiden.

Nach 10 Tagen wurde eine E-Mail zur Erinnerung an alle Adressaten der Befragung versandt.

Von den angeschriebenen Befragten haben 34,8% den Fragebogen beantwortet. Somit kann man bei dieser Art der Befragung von einer guten Rücklaufquote sprechen.

Von den befragten Beschäftigten, die geantwortet haben, sind 74,6% weiblich und 24,4% männlich. 54,3% der befragten Beschäftigten haben des Weiteren Kinder. Davon sind 288 Kinder unter 3 Jahre, 242 Kinder zwischen 3 und 6 Jahren alt und 322 Kinder älter als 6 Jahre.

¹¹⁹ Eigenes Interview mit Frau Astrid Weidebach, Leiterin der UKM-Kindertagesstätte Niki de Saint Phalle, August 2010.

Hinsichtlich der Frage, inwieweit sich ihre Arbeitszeit mit ihrem Betreuungsbedarf vereinbaren lässt, gaben die Betroffenen zu 42,1% an, dass sie ihre Arbeitszeit gut mit der Kinderbetreuung vereinbaren können. Die Übrigen (57,9%) gaben allerdings an, dass sie ihre Arbeitszeit weniger gut oder schlecht mit der Kinderbetreuung vereinbaren können. Dies ist somit ein erster wichtiger Hinweis von Seiten der Befragten, dass hier ein Handlungsbedarf bestehen könnte.

Auch interessant an der Befragung war, dass von denen, die in der nächsten Zeit planen, ein Kind zu bekommen, 70,9% (265 Mitarbeiter) perspektivisch an einem Kinderbetreuungsplatz interessiert sind (vgl. Abb. 22).

Wenn Sie noch keine Kinder haben: Sind Sie perspektivisch an einem Kinderbetreuungsplatz am UKM interessiert?



Abb. 22: Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 6)

Quelle: UKM Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (interne Daten)

Eine weitere wichtige Erkenntnis aus der Befragung war, dass 87,6% der antwortenden Mitarbeiter nach der Geburt eines Kindes eher in den Beruf zurückkehren würden, wenn sie einen entsprechenden Betreuungsplatz bekommen würden (vgl. Abb. 23).

7. Wenn Sie oder Ihr/e Partner/in einen Betreuungsplatz für Ihr Kind/ Ihre Kinder bekämen, würden Sie oder Ihr/e Partner/in dann eher in den Beruf zurückkehren?

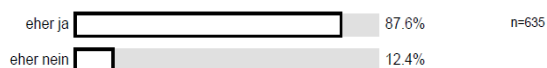


Abb. 23: Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 7)

Quelle: UKM Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (interne Daten)

An Betreuungszeiten benötigen 56% der antwortenden Mitarbeiter/-innen mit Kindern 8 Stunden und mehr. Somit sind erweiterte Öffnungszeiten für viele Beschäftigte sehr wichtig (vgl. Abb. 24).

. Welche Betreuungszeiten benötigen Sie für Ihr/e Kind/er? Flexibel, aber mindestens Stunden pro Tag:

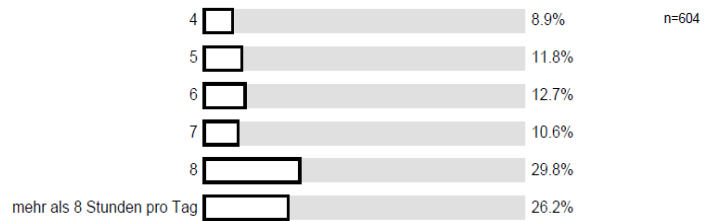
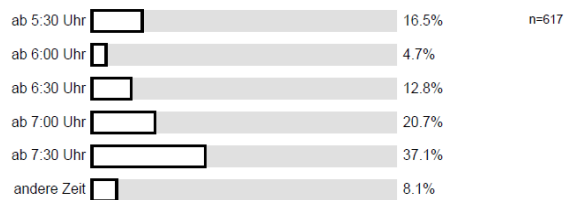


Abb. 24: Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 11)

Quelle: UKM Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (interne Daten)

Einen morgendlichen Beginn der Betreuung zwischen 5.30 und 7.00 Uhr präferieren insgesamt 24% der Antwortenden, ab 7.00 Uhr 20,7% und ab 7.30 Uhr 37,1%. Für 46,2% der Antwortenden wäre eine Öffnungszeit bis 17.30 Uhr ausreichend. Weitere 21,1% wünschen sich eine Öffnungszeit bis 18.30 Uhr. 22,5% benötigen eine darüber hinaus gehende Öffnungszeit, davon 14,9% bis 21.30 Uhr (vgl. Abb.25).

Morgens:



Abends:

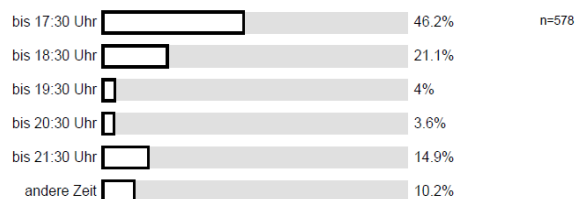


Abb. 25: Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 12)

Quelle: UKM Bedarfsabfrage 2009 zur betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (interne Daten)

Somit ist es für das Universitätsklinikum wichtig, erweiterte Öffnungszeiten in ihrer Kinderbetreuungseinrichtung anzubieten. Die Kindertagesstätte „Niki de Saint Phalle“ bietet dies auch bereits an.

70,2% der Antwortenden wären für diese längeren Öffnungszeiten bereit, einen höheren Elternbeitrag zu zahlen, wenn sich die Kindertageseinrichtung deutlich von einer öffentlichen Regeleinrichtung unterscheiden würde (vgl. Abb.26).

13. Wären Sie bereit, monatlich einen höheren Elternbeitrag zu zahlen, wenn eine Kindertageseinrichtung sich mit längeren Öffnungszeiten deutlich von einer öffentlichen Regeleinrichtung unterscheiden würde?



Abb. 26: Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 13)
Quelle: UKM Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (interne Daten)

Aufschlussreich ist auch, dass auf die Frage, wann ein zusätzlicher Betreuungsbedarf besteht, 42,7% der Antwortenden angegeben haben, dass sie diesen in den Schulferien der Kinder haben (vgl. Abb. 27).

14. Wann benötigen Sie zusätzlich eine Kinderbetreuung? (Mehrfachnennungen möglich)

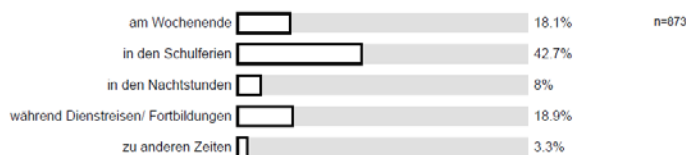


Abb. 27: Bedarfsabfrage 2009 zum betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (Frage 14)
Quelle: UKM Bedarfsabfrage 2009 zur betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (interne Daten)

6.3 Konsequenzen aus den Ergebnissen

Aufgrund der Befragungsergebnisse hat der Vorstand des Universitätsklinikums Münster entschieden, dass der Kinderbetreuungsbedarf von 43 auf 120-150 Plätze erhöht wird. Durch den geplanten Ausbau der Kindertagesstätte Niki de Saint Phalle, wird deutlich, dass die Bedeutsamkeit des Themas „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ im UKM erkannt worden ist.

Aufgeteilt werden sollen die Kinder in 10 Gruppen. Angedacht sind 5 Gruppen für U3 Betreuung und 5 Gruppen für Kinder im Alter von 2-6 Jahren.

Aufgrund der gestiegenen Platzzahlen sind die vorhandenen Räume nicht mehr groß genug. Deshalb ist bereits ein Neubau an der Schmeddingstraße in Münster geplant.

Die Planung läuft Hand in Hand mit der Medizinischen Fakultät, da auch die Mitarbeiter im Forschungsbereich die Einrichtung nutzen sollen.

Im Bereich der Ferienbetreuung sind zunächst Informationen per E-Mail oder Intranet geplant, um Mitarbeiter über vorhandene Ferienbetreuung in Münster zu informieren.¹²⁰

¹²⁰ UKM Bedarfsabfrage 2009 zur betrieblichen Kinderbetreuungsbedarf (interne Daten); Datenfreigabe durch den Ärztlichen Direktor Herrn Prof. Dr. N. Roeder.

7. Empirische Untersuchung des vorhandenen Angebots zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf im deutschen Krankenhausträgersystem in der Region Münster und Münsterland

Laut Statistikdaten der Ärztekammer Westfalen-Lippe arbeiten im Einzugsgebiet der Ärztekammer Westfalen Lippe 38.025 Ärztinnen und Ärzte. Davon sind 40,7% (15.468 Ärztinnen und Ärzte) im Bereich der Krankenhäuser tätig. Genauere Daten für das Münsterland wurden trotz Anfrage an die Ärztekammer Westfalen Lippe nicht zur Verfügung gestellt. Von den Krankenhausärzten sind 58,45% männlich und 41,55% weiblich. ¹²¹

7.1 Erstellung und Zielsetzung des Fragebogens für die empirische Untersuchung

Bei der Erstellung des Fragebogens war es das Ziel, einen möglichst einfachen, verständlichen und kurzen Fragenbogen zu erstellen. Eine Beantwortung sollte möglichst schnell und unkompliziert durchgeführt werden können. Zu berücksichtigen war, dass die Zeit der Ärztlichen Direktoren, Kaufmännischen Leiter oder Personalverantwortlichen sehr knapp bemessen ist. Daher sollte die Beantwortung des Fragebogens ohne große zeitliche Belastung möglich sein. Der im Rahmen der Dissertation entwickelte vierseitige Fragebogen wurde per E-Mail an die zuständigen Ansprechpartner versandt. Dafür wurde der Fragebogen in ein pdf-Format umgewandelt, die Schreibfelder einzeln formatiert und Auswahl- bzw. Optionsfelder hinzugefügt. Es war damit möglich, in der pdf-Datei zu schreiben oder Optionsfelder (z.B. ja/geplant/nein) anzuklicken. Dieser beantwortete Fragebogen konnte dann per E-Mail (direkt oder eingescannt) zurückgesandt werden.

Alternativ wurde die private Adresse des Autors für den möglichen postalischen Versand des Fragebogens angegeben. Für Rückfragen stand eine Handy-Nummer zur Verfügung, so dass ad-hoc Fragen direkt beantwortet werden konnten. Während der Einreichungsfrist wurde dies nicht genutzt, so dass man daraus schließen kann, dass der Fragebogen und das Anschreiben sehr verständlich waren. Zudem hatte diese Form den Vorteil, dass der Bogen für die spätere Auswertung gut lesbar war, da er per Computer von den Befragten beantwortet wurde.

¹²¹ Vgl. Ärztekammer Westfalen-Lippe, Bericht des Vorstandes der Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2010, S. 99.

Bei der Erstellung des Fragebogens sollten strukturiert zunächst die Betreuungsmöglichkeiten im Krankenhaus erfragt werden bzw. auch, ob eine Kinderbetreuung für Kinder von Ärztinnen geplant ist. Ist keine Betreuungsmöglichkeit vorhanden, konnten diejenigen Befragten mit Punkt 11 (Frage zur außerbetrieblichen Kinderbetreuung) weiterarbeiten. Die andere Gruppe wurde dann anschließend detaillierter zum Betreuungsangebot befragt. So sollte in Frage 2 beantwortet werden, ob eine betriebseigene KiTa, Belegplätze in einer KiTa oder sonstiges dafür genutzt wird.

Im nächsten Schritt interessierte natürlich, ob die vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten ausgebaut werden sollen und wenn ja, in welcher Weise dies passieren soll (Frage 3).

Die Frage 4 zielte darauf ab, die aktuellen Öffnungszeiten der Betreuungseinrichtungen zu erfahren. Insbesondere das Angebot und die Nutzung von erweiterten Öffnungszeiten sollte so herausgefunden werden.

Da bei der betrieblichen Kinderbetreuung häufig eine U3 Betreuung angeboten wird, um Mitarbeiterinnen einen schnelleren Wiedereinstieg nach der Auszeit zu ermöglichen, wird dies in Frage 5 erfragt. Da aber auch die sonstige Struktur der Kindertagesstätten interessiert, bezieht sich die Frage 6 auf die Gruppenstruktur auf der Grundlage des LWL Berechnungsschemas. So kann man auch das Buchungsverhalten (25, 35 oder 45 Stunden) der Nutzer sehr gut analysieren.

Frage 7 baut dann auf die vorherige auf und fragt ab, wie viele Fach- bzw. Ergänzungskräfte zur Betreuung angestellt sind.

Im Bereich der Kinderbetreuung ist aber auch interessant, nach welchen Kriterien ein begehrter Kinderbetreuungsplatz zugeteilt wird. Denn zumeist ist ein größerer Bedarf vorhanden, als es Plätze gibt. Daher wird in Frage 8 nach dem Vorhandensein einer Prioritätenliste für die Zuteilung gefragt und in Frage 9 nach den Kriterien für eine Zuteilung.

Mit der Frage 10 wird die Form der Finanzierung der Kindertagesstätten erfragt.

Die Frage 11 soll dann diejenigen Krankenhäuser abdecken, die zwar keine betriebseigene Betreuungsmöglichkeit anbieten, aber stattdessen ihren Mitarbeitern eine finanzielle Unterstützung anbieten. Aufbauend zielt Frage 12 dann darauf herauszufinden, wofür dieser Zuschuss genutzt werden darf.

Da für die Ärztinnen zumeist auch das Thema der Kinderbetreuung in den Ferien ein wichtiger Aspekt bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf darstellt, wird dies

in Frage 13 eruiert. Die aufbauende Frage 14 nach der Art der Ferienbetreuung konnte dann von den Befragten übersprungen werden, die keine Ferienbetreuung anbieten.

Im nächsten Teilabschnitt sollte die Betreuungssituation im Ausnahmefall genauer beleuchtet werden. So wird in Frage 15 abgefragt, ob es ein Betreuungsarrangement für den Notfall gibt und wie dieses aussieht (Frage 16). Diejenigen, die dies nicht anbieten, konnten direkt mit Frage 17 weiterarbeiten.

In dieser (Frage 17) ging es um die Wiedereingliederung nach der Elternzeit bzw. des Sonderurlaubs und ob die Krankenhäuser hierfür spezielle Angebote anbieten und wie diese aussehen (Frage 18).

Abschließend sollten dann mit Frage 19 und 20 noch einmal alle weiteren Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf abgefragt werden, um ein umfassendes und vollständiges Bild über den vorhandenen Stand zu bekommen.

Am Ende des Fragebogens befand sich dann eine Statistikerhebung zur Gesamtmitarbeiterzahl, zur Gesamtanzahl der Ärztinnen und Ärzte sowie speziell zur Anzahl der Ärztinnen. Dadurch sollten Rückschlüsse ermöglicht werden, ob z.B. größere Krankenhäuser mehr Betreuungsmöglichkeiten anbieten als kleinere oder ob der Ärztinnenanteil in Krankenhäusern mit guten Betreuungsmöglichkeiten höher ist.

Im Folgenden ist der Fragebogen in der Gesamtheit noch einmal eingefügt, damit man einen entsprechenden Gesamteindruck bekommt.

Fragebogen im Rahmen der Dissertation zum Thema:
„Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen im deutschen Krankenhaus-
trägersystem“

1. Gibt es in Ihrem Krankenhaus Betreuungsmöglichkeiten für Kinder von Ärztinnen?

- ja
- geplant
- nein

⇒ wenn nein, weiter mit Frage 11

2. Wo findet die Kinderbetreuung statt?

- betriebseigene KiTa
- Belegplätze in einer anderen KiTa
- Sonstiges

Bei dem Punkt „Sonstiges“ bitte hier angeben, wie diese Kinderbetreuung aussieht:

3. Ist aktuell ein Ausbau bzw. eine Erweiterung der Kinderbetreuungsplätze geplant?

- ja (bitte mit kurzer Erläuterung)

- nein

4. Wie sind die Öffnungszeiten bzw. Abholzeiten in der KiTa geregelt?

5. Gibt es eine U3 Betreuung?

- ja
- nein

6. Wie ist die Gruppengröße/-zusammensetzung / Platzstruktur zum Stichtag 01.08.2010?

Erläuterung:

Gruppenform I : Kinder im Alter von zwei Jahren bis zur Einschulung

Gruppenform II: Kinder im Alter von unter drei Jahren

Gruppenform III: Kinder im Alter von drei Jahren und älter

KiGa-Jahr 2010/2011					
Name					
Ort					
Gruppenform	Betreuungszeit	Anzahl Kinder	Fachkraftstunden/ Kind	Ergänzungskraftstunden/ Kind	Maximale Auslastung
I a	25		2,75		20 Kinder
I b	35		3,85		20 Kinder
I c	45		4,95		20 Kinder
II a	25		5,5		10 Kinder
II b	35		7,7		10 Kinder
II c	45		9,9		10 Kinder
III a	25		1,1	1,1	25 Kinder
III b	35		1,54	1,54	25 Kinder
III c	45		2,475	2,475	20 Kinder

in Anlehnung an das Berechnungsschema des LWL

7. Wie viele Fachkräfte bzw. Ergänzungskräfte sind dort beschäftigt (bitte mit Angabe der Stunden)?

8. Gibt es eine Prioritätenliste für die Zuteilung der Plätze?

- ja
 nein

9. Nach welchen Kriterien erfolgt die Zuteilung?

10. Wie erfolgt die Finanzierung der Kindertagesstätte? (Mehrfachantworten möglich)

- Finanzierung durch das Land (KiBiz)
- Zuschuss Arbeitgeber
- Beitrag Arbeitnehmer

11. Erhalten Ihre Mitarbeiter/-innen einen finanziellen Zuschuss für eine außerbetriebliche Kinderbetreuung?

- ja
- nein

⇒ wenn nein, weiter mit Frage 13

12. Wofür darf dieser finanzielle Zuschuss genutzt werden?

13. Gibt es eine Ferienbetreuung?

- ja
- nein

⇒ wenn nein, dann weiter mit Frage 15

14. Wie sieht die Ferienbetreuung aus?

15. Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen (z.B. bei Krankheit der Eltern oder der privaten Tagesmutter)?

- ja
- nein

⇒ wenn nein, dann weiter mit Frage 17

16. Wie sieht dieses Arrangement aus?

17. Gibt es Wiedereingliederungsprogramme für Ärztinnen nach Elternzeit bzw. Sonderurlaub (wie z.B. Schulungsprogramm, Mentorenprogramm, Teilzeitmodelle etc.)?

- ja
 nein

⇒ wenn nein, dann weiter mit Frage 19

18. Wie sieht die Wiedereingliederung aus?

19. Gibt es weitere Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen (z.B. Unterstützung bei Weiterbildungsmaßnahmen, flexible Arbeitszeiten bzw. Teilzeitmodelle)?

- ja
 nein

20. Wenn ja, welches sind diese?

Statistikdaten:

Name Krankenhaus: _____

Anzahl Mitarbeiter gesamt: _____

Anzahl Ärztinnen/Ärzte gesamt: _____

davon Ärztinnen: _____

7.2 Vorgehensweise bei der Befragung

Angeschrieben wurden im August 2010 alle Krankenhäuser in Münster und im Münsterland. Die Selektion erfolgte mit Hilfe der Krankenhausdatenbank NRW des Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.¹²²

Folgende Krankenhäuser sind aus der Krankenhausdatenbank NRW selektiert und angeschrieben worden:

Stadt Münster:

- 1.) Clemenshospital GmbH Münster
 - 2.) Raphaelsklinik Münster GmbH
 - 3.) Evangelisches Krankenhaus Johannisstift Münster
 - 4.) St. Franziskus-Hospital Münster
 - 5.) Fachklinik Hornheide
 - 6.) LWL Klinik Münster (Westfälische Klinik für Psychiatrie)
 - 7.) Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup
 - 8.) Universitätsklinikum Münster
- } Misericordia GmbH

Kreis Borken:

- 9.) Augustahospital Anholt GmbH
 - 10.) Krankenhaus Maria-Hilf Stadtlohn GmbH
 - 11.) Evangelisches Lukas-Krankenhaus Gronau gGmbH
 - 12.) St. Marien-Hospital Borken GmbH
 - 13.) St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden GmbH
 - 14.) St.-Agnes-Hospital gGmbH Bocholt
 - 15.) St.-Vinzenz-Hospital Rhede
 - 16.) St. Antonius-Hospital Gronau GmbH
- } Klinikverbund
Westmünsterland

Kreis Coesfeld:

- 17.) Christophorus Kliniken GmbH (St. Vinzenz-Hospital Coesfeld, Franz-Hospital Dülmen GmbH, St. Gerburgis Hospital Nottuln)
- 18.) Klinik am Schloßgarten Dülmen GmbH
- 19.) St. Marien-Hospital Lüdinghausen

¹²² Vgl. MGEPA NRW, Krankenhausdatenbank NRW, Stand: Juli 2010.

Kreis Steinfurt:

- 20.) Helios Klinik Lengerich
- 21.) LWL Klinik Lengerich (Westfälische Klinik für Psychiatrie und Neurologie)
(ist parallel mit der LWL Klinik in Münster abgefragt worden, da es hier einen Ansprechpartner für beide Kliniken gibt)
- 22.) Klinikum Ibbenbüren GmbH
- 23.) Mathias-Spital Rheine
- 24.) Pius Hospital Ochtrup
- 25.) Marien Hospital Emsdetten
- 26.) Marien Hospital Steinfurt
- 27.) Maria-Josef-Hospital Greven
- 28.) St. Antonius Krankenhaus GmbH Hörstel

Mathias Stiftung

Christliche Krankenhaus
Träger GmbH

Kreis Warendorf:

- 29.) Josephs-Hospital Warendorf
- 30.) Krankenhaus Maria Frieden Telgte
(keine eigenständige Beantwortung, da der Personalbereich über das St. Franziskus Hospital Münster läuft)
- 31.) St. Rochus-Hospital Telgte
- 32.) St. Elisabeth-Hospital Beckum
- 33.) St. Franziskus-Hospital Ahlen
- 34.) Marien Hospital Oelde
- 35.) St. Josef-Stift Sendenhorst

St. Franziskus Stiftung

St. Franziskus Stiftung

Somit wurden 35 einzelne Krankenhäuser mit dem Fragebogen berücksichtigt, wenn man unbeachtet lässt, dass sich mehrere Krankenhäuser unter einer Trägerschaft befinden. Der Trend zum Zusammenschluss wird auch in Zukunft noch weiter voranschreiten, damit man im Wettbewerb als Krankenhaus bestehen kann.

Bei der Befragung wurde bei einer Mehrzahl der Krankenhäuser vorab angerufen, um zu erfragen, wer der passende Ansprechpartner ist, damit der Fragebogen zielgerichtet verschickt werden konnte. Diese Personen wurden dann per E-Mail angeschrieben. Der E-Mail wurden ein Fragebogen und ein Begleitschreiben vom Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums Münster, Herrn Prof. Dr. Norbert Roeder, beigefügt. Als Einreichungsfrist wurde ein Zeitraum von 4 Wochen

vorgegeben. So hatten alle angeschriebenen Krankenhäuser die Möglichkeit, auch wenn ein Urlaub anstand, den Fragebogen noch rechtzeitig auszufüllen. Vor Ablauf des Zeitraums erhielten diejenigen Krankenhäuser eine Erinnerungsmail, die sich noch nicht gemeldet hatten.

Nach Ablauf der Frist wurden einzelne Krankenhäuser, die noch nicht geantwortet hatten, persönlich angerufen, um ein möglichst gutes Bild der Struktur in Münster und dem Münsterland zu bekommen.

Von den 35 angeschriebenen Krankenhäusern haben 28 Krankenhäuser geantwortet. Das entspricht einer Quote von 80%. Aus dieser sehr guten Quote ist zu schließen, dass die „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ für die Krankenhäuser aktuell ein wichtiges und entscheidendes Thema ist. Die große Beteiligung ermöglicht eine repräsentative Aussage. Die fehlenden Krankenhäuser sind nicht so groß und man kann davon ausgehen, dass dort i.d.R. das Thema noch nicht im Mittelpunkt des Interesses stand oder evtl. noch keine Betreuungsmaßnahmen vorhanden sind.

7.3 Ergebnisse der Befragung

Das Krankenhaus Maria Frieden wird von der Personalabteilung des St. Franziskus Hospitals in Münster betreut. Eine eigenständige Beantwortung konnte daher nicht erfolgen und aus diesem Grund wurden somit die Ergebnisse von 27 Krankenhäusern ausgewertet. Alle Einzelergebnisse sind im Anhang der Dissertation in Form einer Excel Tabelle dargestellt.

Die befragten Krankenhäuser antworteten auf die Frage nach vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten (siehe Abb. 28) wie folgt:



Abb. 28: Auswertung Frage 1: Gibt es in Ihrem Krankenhaus Betreuungsmöglichkeiten für Kinder von Ärztinnen?

Hierbei zeigt sich, dass lediglich 22,22% der Krankenhäuser bereits über eine Kinderbetreuung verfügen und die restlichen 77,78% noch kein entsprechendes Angebot vorweisen können. Positiv ist jedoch anzumerken, dass schon 37,04% der Häuser konkret planen, dieses in den nächsten Jahren zu ändern.

Von den 6 Krankenhäusern (22,22%), die bereits eine Kinderbetreuung haben, sieht die Aufteilung wie folgt aus:

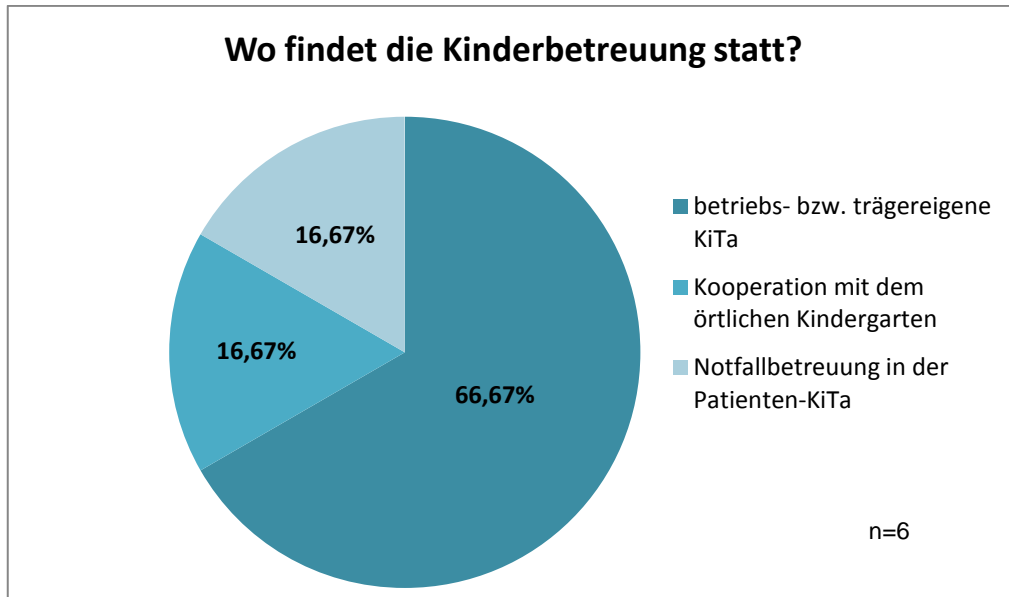


Abb. 29: Auswertung Frage 2: Wo findet die Kinderbetreuung statt?

Hierbei muss man aber berücksichtigen, dass es sich bei diesen Häusern um große Krankenhäuser, in einem Fall sogar um einen Maximalversorger, handelt. Aufgrund der hohen Mitarbeiterzahl ist hier natürlich ein größerer Bedarf an Kinderbetreuung vorhanden. Denn nur wenn eine entsprechende Nachfrage vorhanden ist, lohnt sich die Finanzierung einer betriebs- bzw. trägereigenen Kindertagesstätte. Zwei dieser Krankenhäuser befinden sich im Stadtgebiet Münster (Franziskus Hospital und Universitätsklinikum Münster). Obwohl die außerbetrieblichen Betreuungsmöglichkeiten in der Stadt gut sind, hat beispielsweise das Franziskus Hospital zum 15.08.2010 eine zweite U3-Gruppe eröffnet. Auch das Universitätsklinikum plant einen Neubau der Kindertagesstätte und eine Erweiterung der Plätze auf 120-150 Plätze. Das zeigt, dass hier ein Umdenken schon jetzt stattgefunden hat. Besonderheiten dieser Kindertagesstätten sind hierbei insbesondere die arbeitnehmerfreundlichen verlängerten Öffnungszeiten. So hat die KiTa am Franziskus Hospital von Montag bis Freitag von 7:00-19:00 Uhr geöffnet und die KiTa am Universitätsklinikum Münster Montag, Dienstag und Donnerstag von 6:45-17:30 Uhr sowie Mittwoch von 6:45-16:00 bzw. am Freitag bis 16:30 Uhr geöffnet.

Innovativ ist das Konzept aus Ahaus-Vreden. Dort gibt es eine neu errichtete betriebseigene Kindertagesstätte („Rasselbande“) auf dem Krankenhausgelände, die auch Kindern von Bürgern in Ahaus und Umgebung offen steht. Das Krankenhaus hat allerdings ein Vorrecht bei der Zuteilung der KiTa-Plätze. Die verlängerten Öffnungszeiten sind hier Montag-Freitag von 7:00-18:00 Uhr bzw.

samstags von 7:00-13:00 Uhr. Neben den verlängerten Öffnungszeiten und der Berücksichtigung des Samstags gibt es individuelle Sonderregelungen. Zum Beispiel kommt bei einer alleinerziehenden Ärztin, deren Dienst um 6:00 Uhr beginnt, die Erzieherin gegen 5:30 Uhr zu dieser Ärztin direkt nach Hause. Fährt dann die Mutter zur Arbeit, wartet die Erzieherin, bis das Kind wach ist bzw. weckt es passend auf. Sie hilft dem Kind beim Anziehen und nimmt es anschließend mit in die Kindertagesstätte. Die Kindertagesstätte ist nur 10 Tage im Jahr geschlossen. Die „Rasselbande“ Ahaus entspricht dem Kinderbildungsgesetz (KiBiz), bietet aber zusätzliche Flexibilität. Eltern schließen einen Basisvertrag über 25 Stunden nach dem KiBiz ab, können dann aber individuelle Betreuung dazu buchen. Persönlich und individuell wird ohne Verpflichtung ein Betreuungsplan erstellt und nicht wie in herkömmlichen Kindertageseinrichtungen ein Komplettarrangement. Bei zeitnaher Absprache kann ein Arrangement jederzeit geändert bzw. erweitert werden und kommt somit den Bedürfnissen der Familien entgegen.

Die Kosten für die Unterbringung erfolgen nicht pauschal nach dem Einkommen, sondern richten sich nach dem benötigten Bausteinsystem.

Die Finanzierung des Neubaus erfolgte im Rahmen eines Modellprojektes mit finanziellen Zuschüssen von Bund, Land, Kommune sowie der örtlichen Krankenhausstiftung (U.Fa.Flex → Unternehmen - Familien - Flexibilität).

Eine gute Variante ist auch die Kooperation mit einem bestehenden örtlichen Kindergarten. Ein kleineres Krankenhaus mit derzeit 381 Mitarbeitern nutzt diese Möglichkeit der Kinderbetreuung. Bei dieser Größe ist das eine optimale Lösung, um den Betreuungsbedarf abdecken zu können. Allerdings bietet der örtliche Kindergarten scheinbar noch keine U3 Betreuung an. Wahrscheinlich besteht hier auch noch nicht der entsprechende Bedarf.

Zudem kann man in diesem Zusammenhang erwähnen, dass von den Krankenhäusern, die sich noch in der Planungsphase befinden, drei eine Kooperation mit einer lokalen Betreuungseinrichtung planen. Verhandlungen dahingehend laufen. Diese Häuser liegen im mittleren Bereich (zwischen 500-700 Mitarbeiter) und auch hier erscheint der Bau einer eigenen Kindertagesstätte noch nicht als sinnvoll.

Eine weitere Variante nutzt ein anderes Krankenhaus. Hier wird die Notfallbetreuung in der Patienten-KiTa des Krankenhauses übernommen. Allerdings ist diese nicht

für eine U3 Betreuung ausgelegt. Man kann hier im Bedarfsfall bis zu 5 Tagen sein Kind betreuen lassen. Wenn z.B. die Betreuungsperson durch Krankheit ausfällt, die sich sonst um die Kinderbetreuung während der Berufstätigkeit kümmert (z.B. Tagesmutter, Großeltern), ist dies eine gute Alternativmöglichkeit.

Schlussfolgernd kann man zu diesem Teilbereich anmerken, dass, wenn eine betriebs- bzw. trägereigene Kindertagesstätte eingerichtet ist, in allen Fällen auch eine U3 Betreuung angeboten wird. Dies unterstreicht die Zielsetzung einer eigenen Kindertagesstätte, die es den weiblichen Mitarbeitern und speziell den Ärztinnen ermöglichen soll, schnell nach der Geburt bzw. der Elternzeit wieder in den Beruf einzusteigen.

Als weiteres Ergebnis konnte festgestellt werden, dass die Plätze nach bestimmten Kriterien zugeteilt werden, wenn eine Kinderbetreuungsmöglichkeit vorhanden ist. Diese sind:

- soziale Faktoren (allein erziehend etc.)
- Alter des Kindes
- Geschlecht des Kindes (Grund: ausgewogene Gruppen)
- Konstellation der Gruppe innerhalb der Einrichtung
- gewünschtes Stundenkontingent
- Vorrang von Kindern von Ärzten oder keine Unterscheidung nach Berufsgruppen
- interne Kriterien.

Bei der Frage nach einem außerbetrieblichen Kinderbetreuungszuschuss (siehe Abb. 30) gaben nur 18,52% der befragten Krankenhäuser an, diesen zu nutzen.

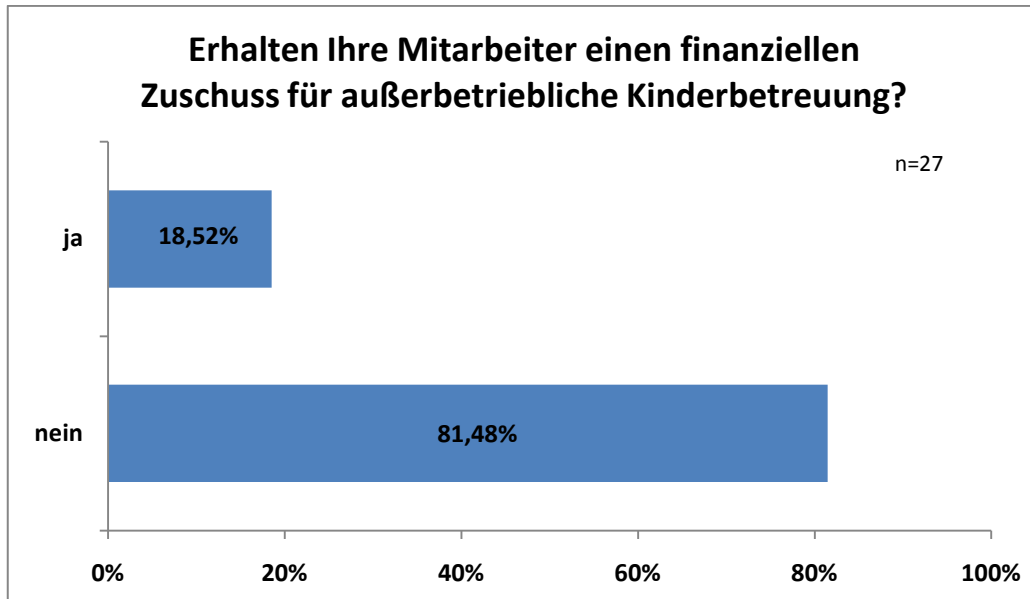


Abb. 30: Auswertung Frage 11: Erhalten Ihre Mitarbeiter/-innen einen finanziellen Zuschuss für eine außerbetriebliche Kinderbetreuung?

Neben den bereits vorher erwähnten Kooperationen mit lokalen Betreuungseinrichtungen planen zwei Krankenhäuser in Münster, die Einführung eines Tagesmüttermodells. Die Finanzierung soll durch Stadt, Arbeitgeber und Eigenbeitrag des Mitarbeiters erfolgen. Ein weiteres Krankenhaus hat sich nicht näher äußern können, da die Planungsphase mit der Prüfung von Möglichkeiten noch läuft.

Fasst man die beiden Ergebnisse zur Kinderbetreuung zusammen, kommt man zu folgendem Ergebnis:

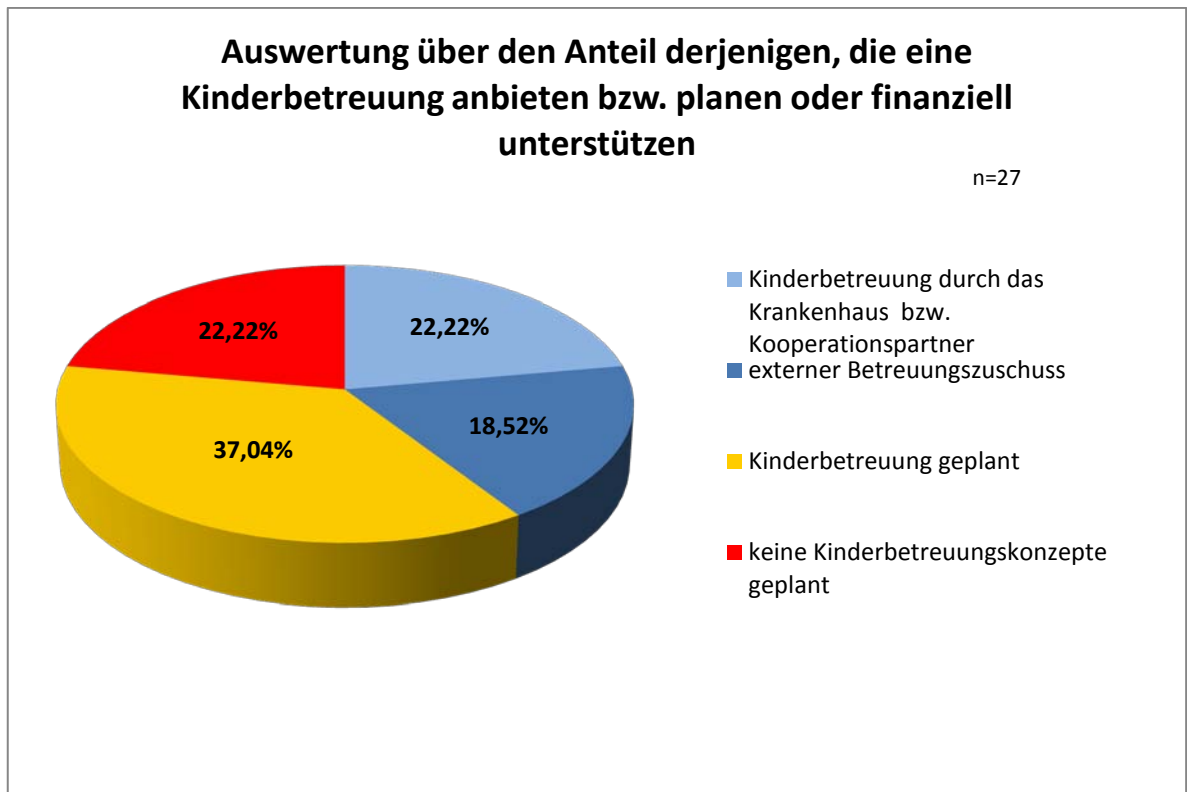


Abb. 31: Auswertung über den Anteil derjenigen, die einen Kinderbetreuung anbieten bzw. planen oder finanziell unterstützen

22,22% der Krankenhäuser haben sich laut Auswertung (vgl. Abb. 31) bisher nicht mit dem Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auseinandergesetzt und planen in der nächsten Zeit keine Kinderbetreuungsmaßnahmen oder denken darüber nach, einen Betreuungszususs zu gewähren. Gegebenenfalls müsste man diese Zahl nach oben korrigieren, denn voraussichtlich verfügt ein Großteil der nicht an der Befragung teilgenommenen Krankenhäuser über keine Betreuungsmöglichkeiten bzw. plant in nächster Zeit keine dahingehenden Aktivitäten.

Für den Bereich der Ferienbetreuung ergab die Auswertung (vgl. Abb. 32), dass der überwiegende Teil, hier 85,19%, keine Betreuungsmöglichkeiten anbietet. Somit scheint der Bereich der Ferienbetreuung für viele Krankenhäuser bisher kein relevantes Thema zu sein.

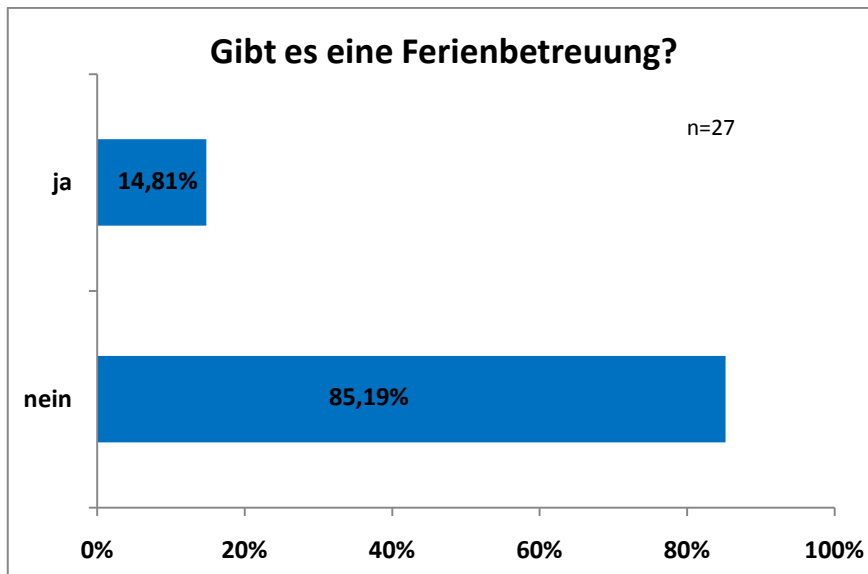


Abb. 32: Auswertung Frage 13: Gibt es eine Kinderbetreuung?

Die Krankenhäuser, die bereits Ferienbetreuungsangebote (n=4) haben, nutzen zu 50% externe Angebote bzw. kooperieren mit anderen Einrichtungen. Der pme Familienservice bzw. FAC´Tmobil wird zu 25% genutzt, wobei hier vom Arbeitgeber ein Zuschuss zur Finanzierung der Ferienbetreuung gezahlt wird. Bei der FAC´T mobil handelt es sich um eine Tochter des St. Franziskus Hospitals, die aus der technischen Abteilung hervorgegangen ist und nun das Facility Management als quasi externer Dienstleister übernimmt. Dabei wird das Angebot an haushaltsnahen Dienstleistungen immer mehr erweitert, wie das Ferienprogramm zeigt. Ein Anteil von 25% entfällt auf eigene Ferienbetreuung (vgl. Abb.33).

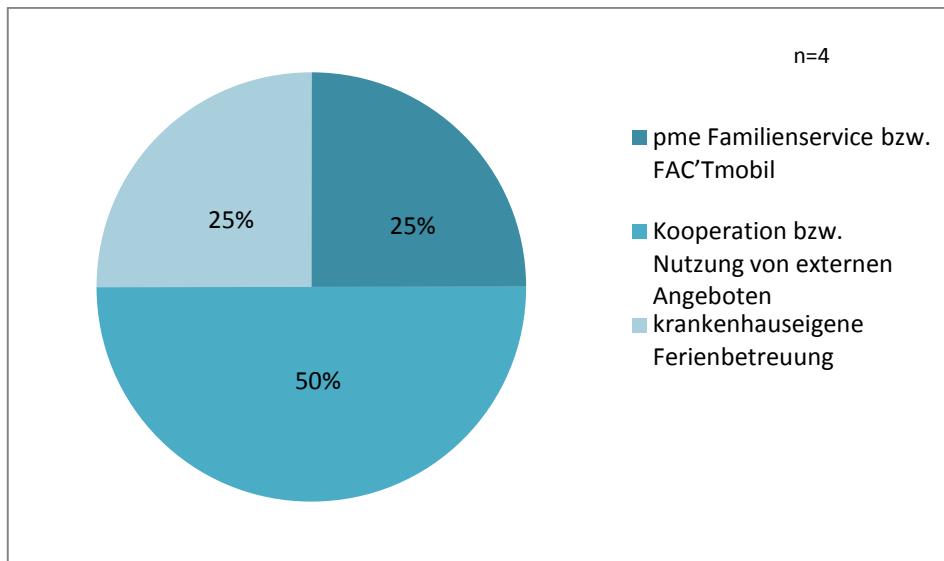


Abb. 33: Auswertung Frage 14: Wie sieht diese Ferienbetreuung aus?

Zwei Krankenhäuser, welche sich noch in der Planungsphase für die Kinderbetreuung befinden, möchten ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zukünftig Informationen über Ferienangebote seitens der Stadt sowie anderer Anbieter vor Ort geben. Die Kommunikation soll voraussichtlich über das Intranet oder per E-Mail erfolgen

Auch im Bereich eines Betreuungsarrangements für Ausnahmefälle besteht ein großes Defizit. So haben 74,07% keine Notfallbetreuung. 7,41% der Krankenhäuser, die an der Befragung teilgenommen haben, planen eine Notfallbetreuung über den externen Dienstleister pme Familienservice GmbH. Die restlichen Krankenhäuser (18,52%) haben eine Notfallbetreuung, allerdings verfügen nicht alle über eine entsprechende U3 Betreuung (vgl. Abb. 34).

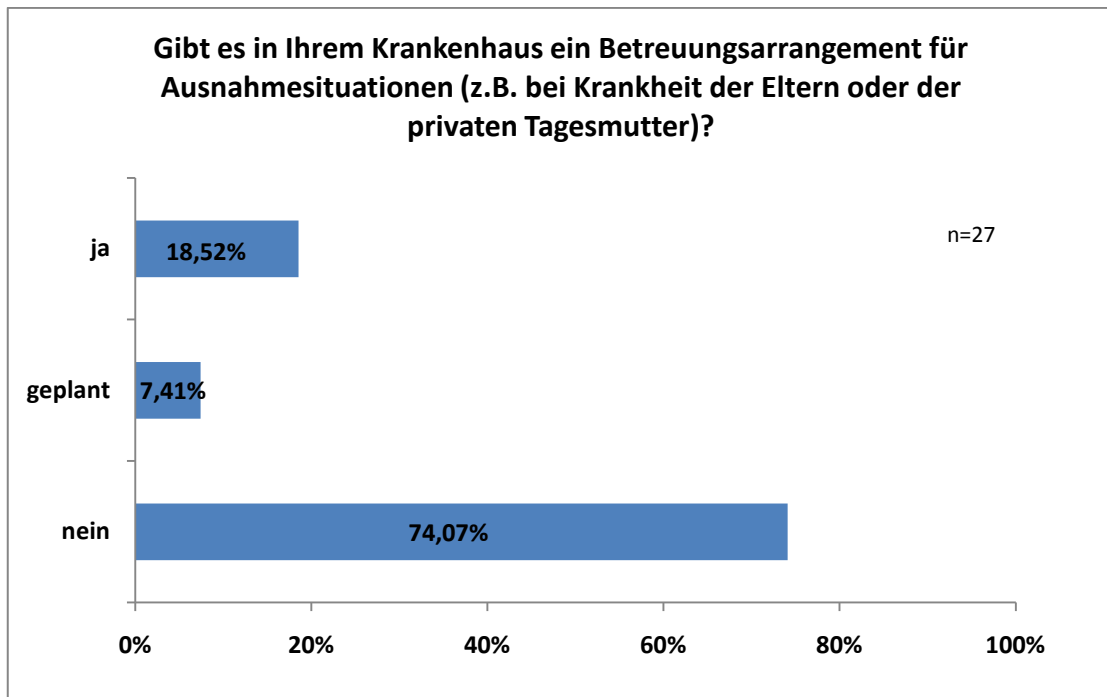


Abb. 34: Auswertung Frage 15: Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen?

Von den Krankenhäusern, die ein Betreuungsarrangement für den Notfall anbieten, nutzen 60% betriebsinterne Regelungen, 20% laufen über den Familienservice pme und die restlichen 20% laufen über eine Betreuung in der Patienten-KiTa (siehe Abb. 35).

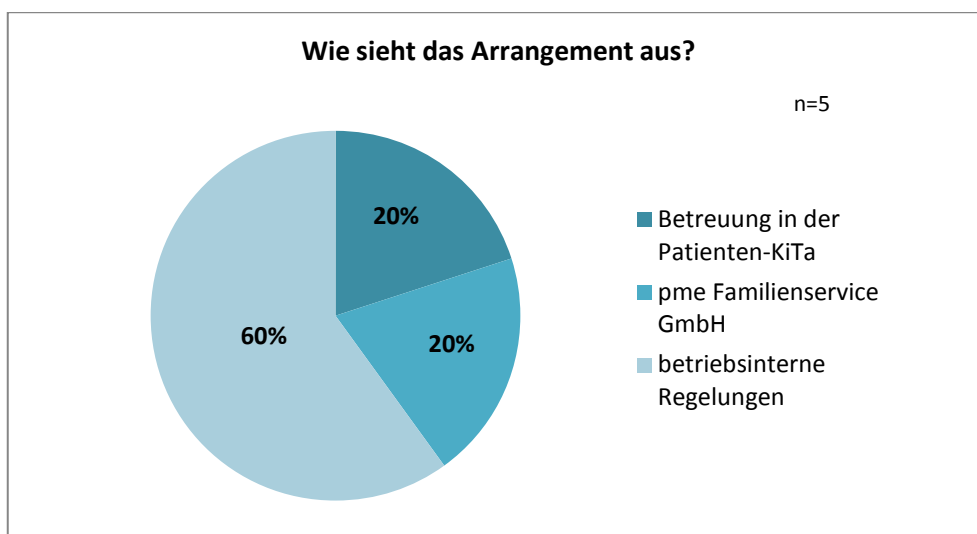


Abb. 35: Auswertung Frage 16: Wie sieht dieses Arrangement aus? (Notfallbetreuung)

Die Auswertung der Fragen 17-20 (Wiedereingliederungsprogramme/allgemeine weitere Programme zur Vereinbarkeit Familie und Beruf) aus dem Fragebogen wurde bewusst zusammen vorgenommen, da es hier bei der Beantwortung aufgrund der offenen Fragen 18 und 20 zu Überschneidungen bei den Antworten gekommen ist.

Bei der Auswertung zur Wiedereingliederung (siehe Abb. 36) zeigte sich, dass die überwiegende Anzahl keine festen Wiedereingliederungsprogramme hat. Es wird zumeist bei fast allen Krankenhäusern (96,3%) über Teilzeitmodelle oder individuelle Lösungen eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglicht. Hierbei muss man aber berücksichtigen, dass diese Teilzeitmöglichkeit zumeist von gesetzlicher oder tariflicher Seite gefordert ist.

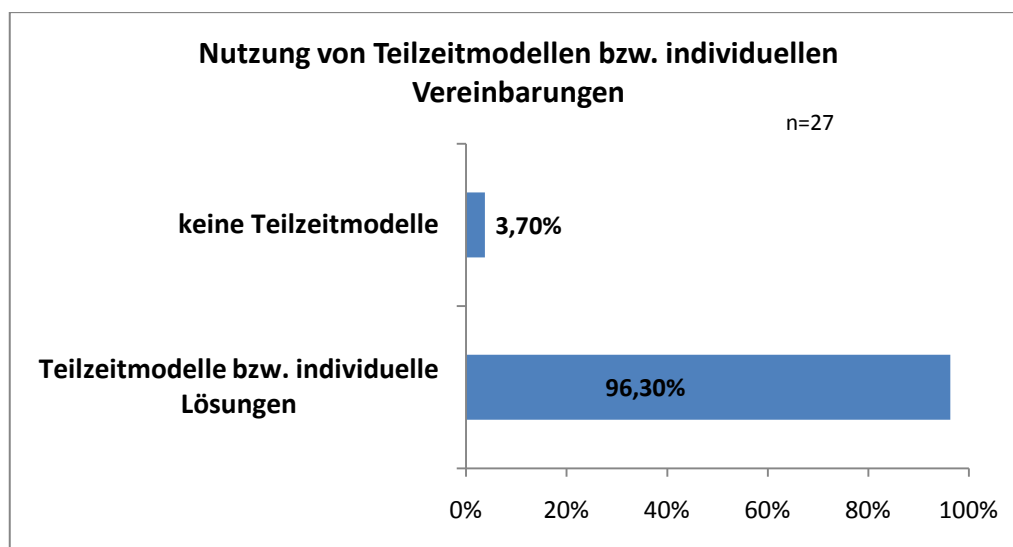


Abb. 36: Nutzung von Teilzeitmodellen bzw. individuellen Vereinbarungen

Schaut man sich alle genannten Optionen an, machen neben den Teilzeitmöglichkeiten und individuellen Konzepten nur das Angebot und die Förderung von Fort- und Weiterbildung einen größeren Anteil aus. Spezielle Programme wie z.B. das Mentorenprogramm oder Schulungsangebote werden dagegen kaum genutzt (vgl. Abb. 37).

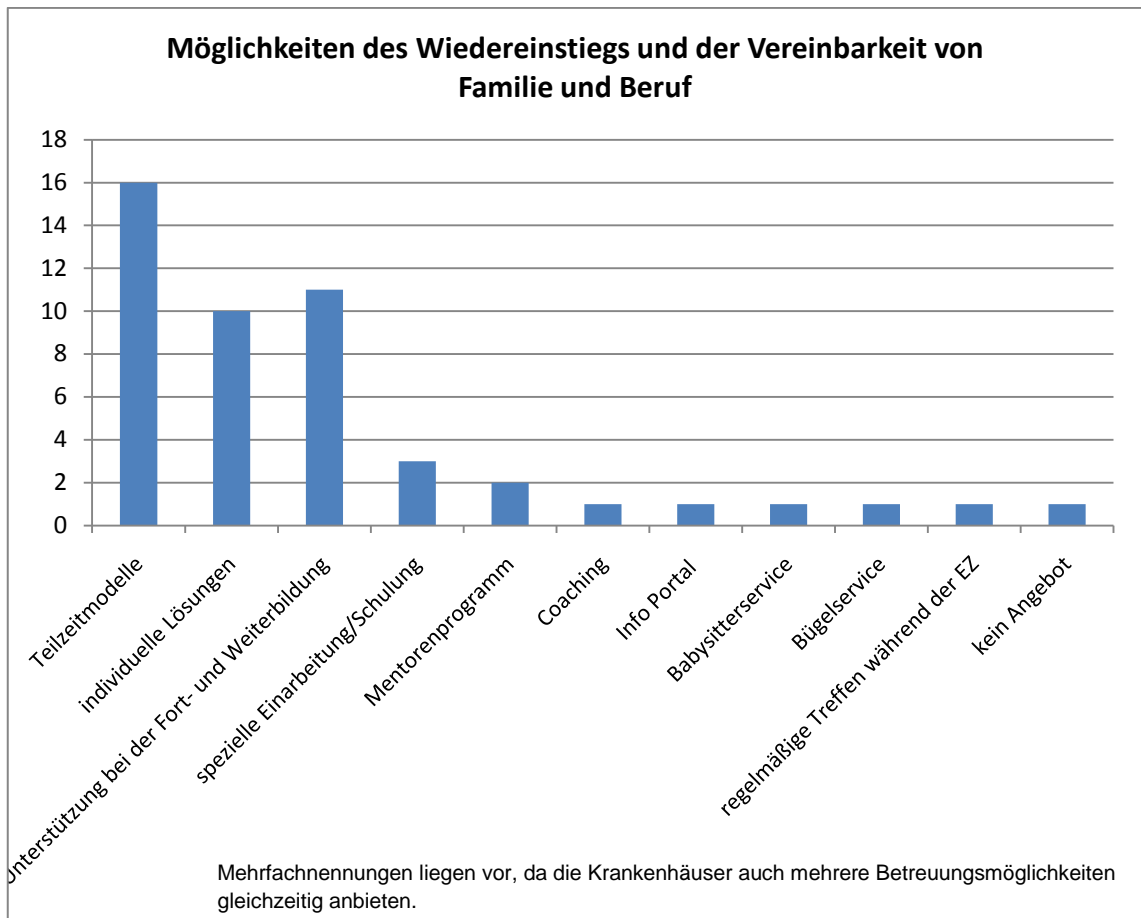


Abb. 37: Möglichkeiten des Wiedereinstiegs und der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf

In verschiedenen Teilbereichen der Wiedereingliederung in den Beruf und der Vereinbarung von Familie und Beruf besteht somit noch ein großes Defizit.

Im nächsten Schritt werden die in der Auswertung berücksichtigten 27 Krankenhäuser in drei Kategorien, nämlich bis 500 Mitarbeiter, 500-1000 Mitarbeiter und mehr als 1000 Mitarbeiter aufgeteilt (vgl. Tab. 6). Ziel ist es, aufgrund der Größe eine Aussage zum Stand der Kinderbetreuung zu bekommen.

bis 500 Mitarbeiter	500-1000 Mitarbeiter	mehr als 1000 Mitarbeiter
Evangelisches Krankenhaus Johannesstift Münster gGmbH	LWL-Klinik Münster	Clemenshospital GmbH Münster
Fachklinik Hornheide	Raphaelsklinik Münster GmbH	St. Franziskus-Hospital GmbH Münster
Krankenhaus Maria Hilf Stadtlohn	St. Antonius-Hospital Gronau GmbH	Universitätsklinikum Münster
St. Vinzenz-Hospital Rhede	St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden	Christophorus Kliniken GmbH
St. Marien-Hospital Lüdinghausen	St. Marien-Hospital Borken	St.-Agnes-Hospital gGmbH Bocholt
Helios Kliniken Lengerich	LWL-Klinik Lengerich	Mathias Spital Rheine
Portalklinik Pius Hospital Ochtrup	Klinikum Ibbenbüren GmbH	
St. Elisabeth-Hospital Beckum	Marienhospital Steinfurt	
	Marienhospital Emsdetten	
	Maria-Josef-Hospital Greven	
	Josephs-Hospital Warendorf	
	St. Josef-Stift Sendenhorst	
	St. Franziskus-Hospital Ahlen	

Tab. 6: Kategorisierung der an der Befragung teilgenommenen Krankenhäuser nach Mitarbeiteranzahl

Bei Krankenhäusern bis 500 Mitarbeitern wird vorwiegend (37,5%) ein externer finanzieller Betreuungszuschuss gegeben. Danach nutzt man die Möglichkeiten der Kooperation mit einem örtlichen Kindergarten bzw. einer örtlichen Kindertagesstätte (12,5%). Die Nutzung dieser Modelle ist natürlich aufgrund der Größe verständlich, da es bei einem kleineren Krankenhaus noch nicht den entsprechenden Bedarf gibt, der eine eigene betriebliche Kinderbetreuung lohnenswert erscheinen lässt. Die restlichen 50% haben derzeit noch keine Betreuungsmöglichkeiten oder zahlen keinen finanziellen Beitrag zur Kinderbetreuung. Allerdings befinden sich 12,5% der Häuser in der Planung, um dies nachzuholen (vgl. Abb. 38).

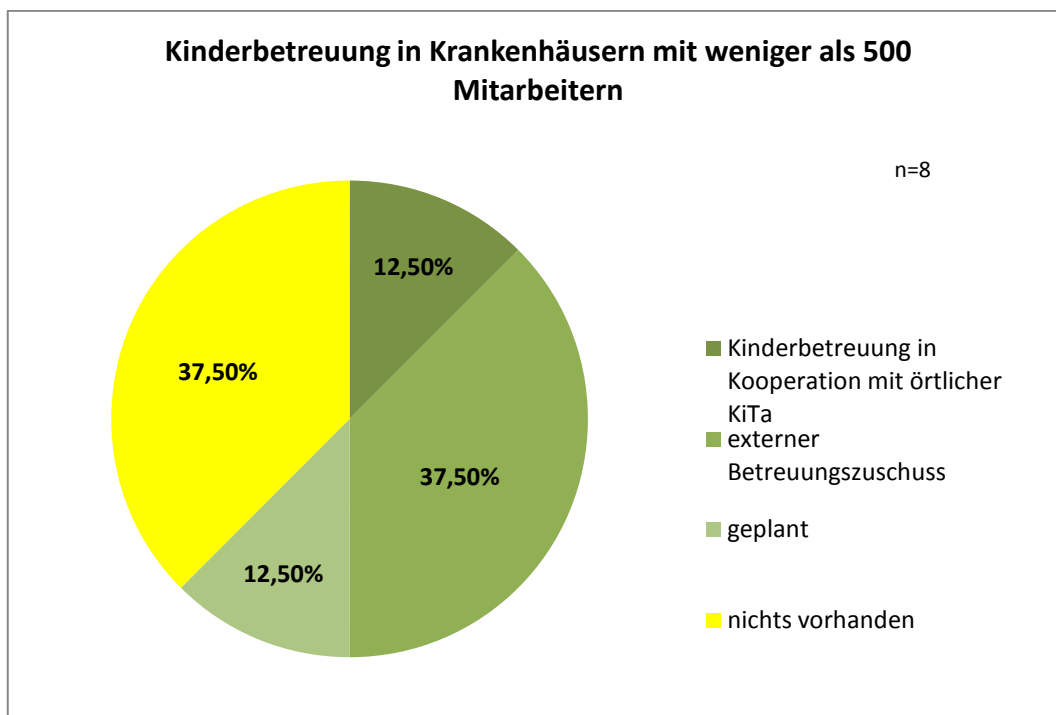


Abb. 38: Kinderbetreuung in Krankenhäusern mit weniger als 500 Mitarbeitern

Hinsichtlich der Ferienbetreuung gibt es bei allen Krankenhäusern (100%) keine Angebote.

Bezogen auf die Notfallbetreuung hat nur ein Krankenhaus eine individuelle Notfalllösung, die mit der Pflegedienstleitung und der Pädiatrie im Einzelfall abgestimmt wird. Somit bieten 87,5% der Krankenhäuser keine Betreuung für den Notfall an (vgl. Abb. 39).

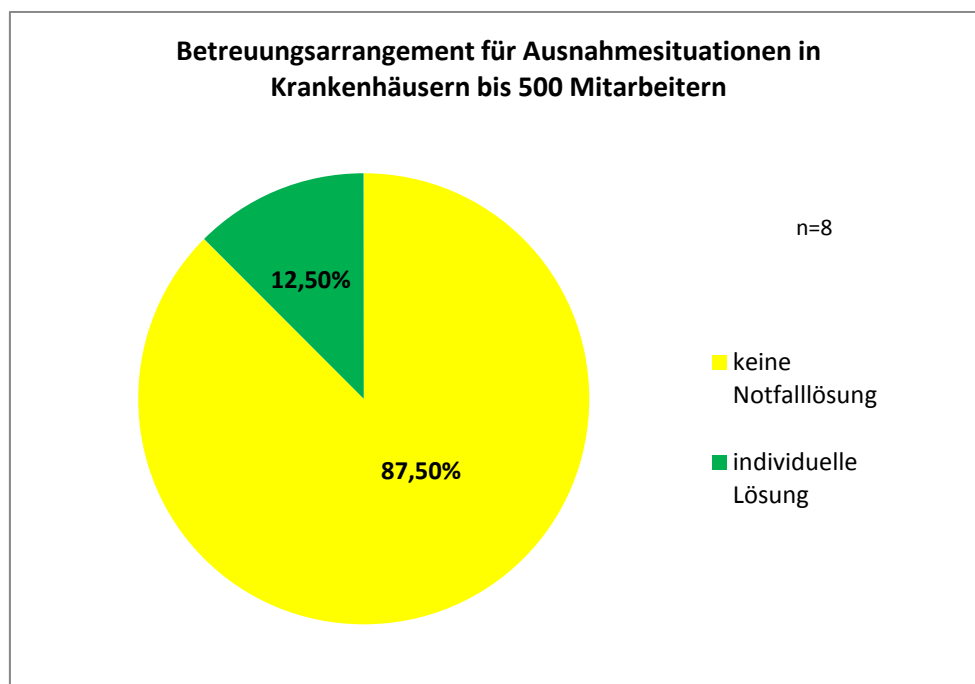


Abb. 39: Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen in Krankenhäusern bis 500 Mitarbeitern

Bei der Kinderbetreuung in Krankenhäuser mit 500-1000 Mitarbeitern sieht das Bild positiver aus (siehe Abb. 40). 15,385% haben bereits eine betriebs- bzw. trägereigene Kinderbetreuung. 7,692% haben eine Notfallbetreuung in der Patienten-KiTa sowie 7,692% geben einen finanziellen Zuschuss zur Kinderbetreuung. Der größte Anteil, nämlich 46,154% (6 Krankenhäuser), ist noch in der Planungsphase. Drei Krankenhäuser planen eine Kooperation mit einer örtlichen Betreuungseinrichtung, ein Krankenhaus möchte ein Tagesmuttermodell anstreben und zwei haben hierzu keine näheren Angaben gemacht.

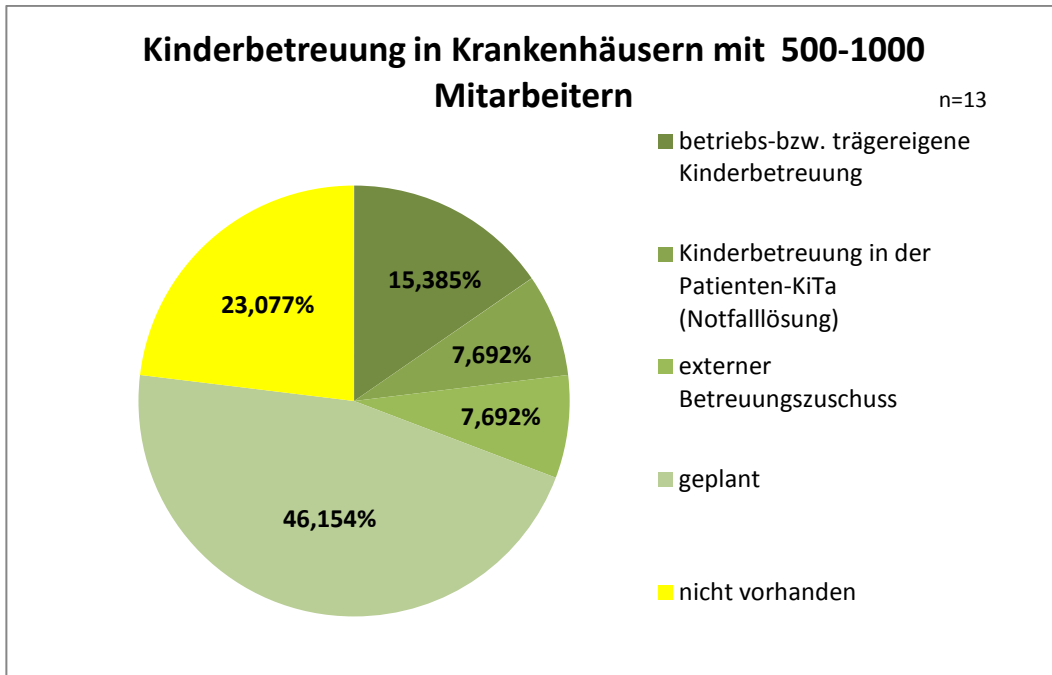


Abb. 40: Kinderbetreuung in Krankenhäusern mit 500-1000 Mitarbeitern

Im Bereich der Ferienbetreuung (vgl. Abb. 41) hat fast ein Viertel der Krankenhäuser (23,077%) ein Ferienbetreuungsangebot. 15,385% nutzen die Kooperation mit anderen Arbeitgebern in der Umgebung und 7,692% haben sogar eine eigene Ferienbetreuung. Zumeist wird diese Betreuung 3 Wochen in den Sommerferien angeboten. Die restlichen Krankenhäuser (76,923%) haben keine Ferienbetreuungsangebote.

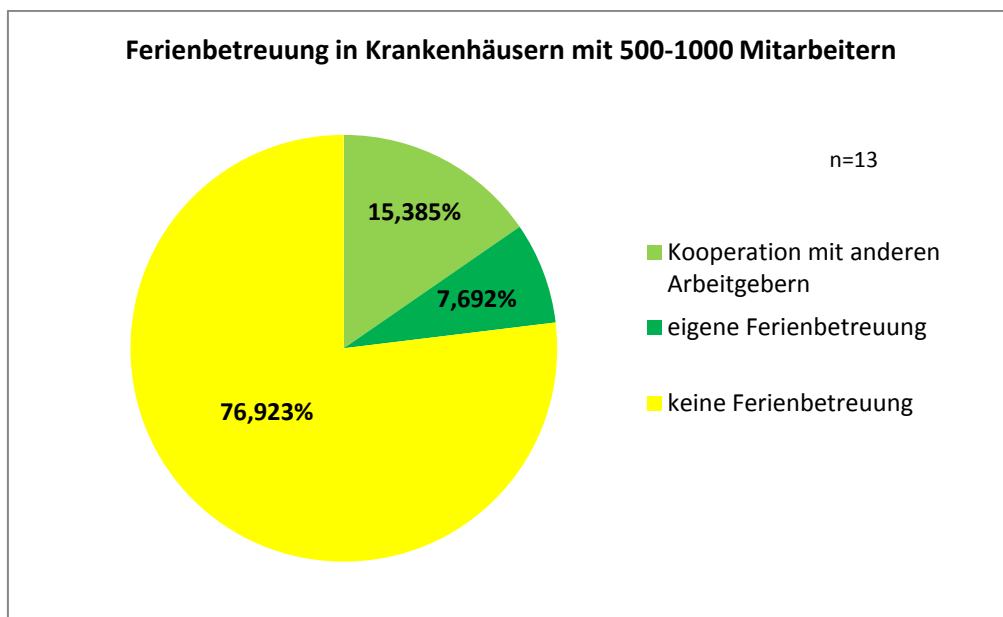


Abb. 41: Ferienbetreuung in Krankenhäusern mit 500-1000 Mitarbeitern

Im Hinblick auf die Betreuungsmöglichkeiten in Ausnahmesituationen (siehe Abb. 42) haben 23,08% (3 Krankenhäuser) eine Notfallbetreuung. Zwei Krankenhäuser nutzen dafür individuelle Lösungen und ein Krankenhaus nutzt die Notfallbetreuung in der Patienten-KiTa. Dort können Mitarbeiterkinder bis zu 5 Tagen im Notfall betreut werden. Ein Krankenhaus (7,69%) plant die Notfallbetreuung durch den back up Service des pme Familienservice. Die restlichen 69,23% haben kein Betreuungsarrangement in Ausnahmesituationen.

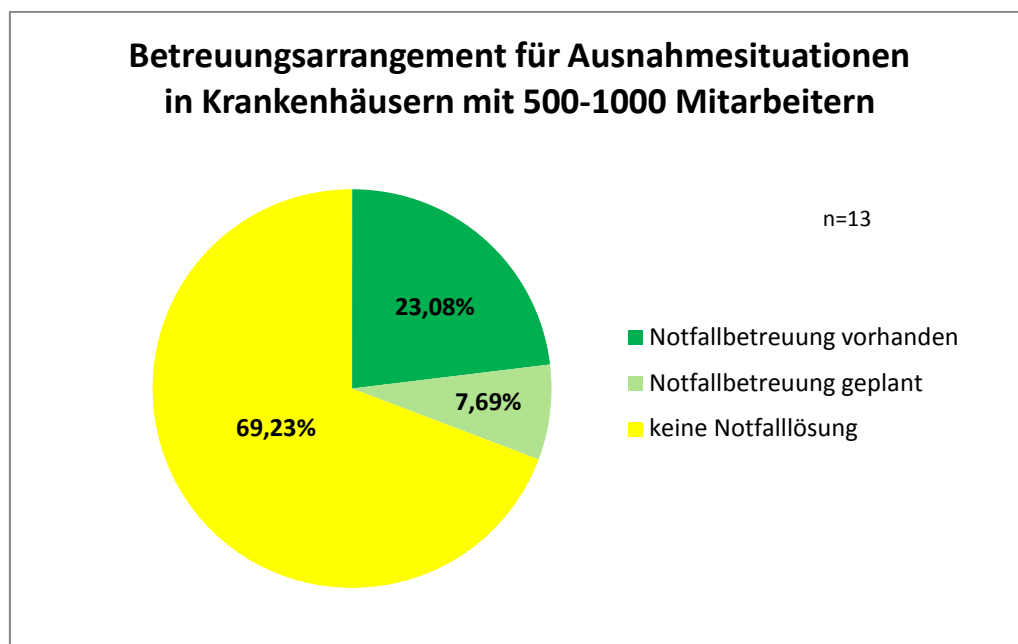


Abb. 42: Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen in Krankenhäusern mit 500-1000 Mitarbeitern

Von den Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern (vgl. Abb. 43) verfügen sogar 33% über eine betriebs- bzw. trägereigene Kinderbetreuung. 17% geben einen Kinderbetreuungszuschuss. Die andere Hälfte (50%) ist derzeit noch in der Planung für die mögliche Einführung einer Kinderbetreuung. So möchte z.B. ein Krankenhaus eine Kooperation mit einer örtlichen Kinderbetreuung eingehen und ein Krankenhaus ein Tagesmüttermodell implementieren. Somit scheint bei großen Krankenhäusern, die Notwendigkeit der Kinderbetreuung immer mehr ins Blickfeld zu rücken. Hier ist zumeist auch ein erhöhter Bedarf zu sehen, da natürlich mehr Angestellte mit Kindern dort arbeiten.

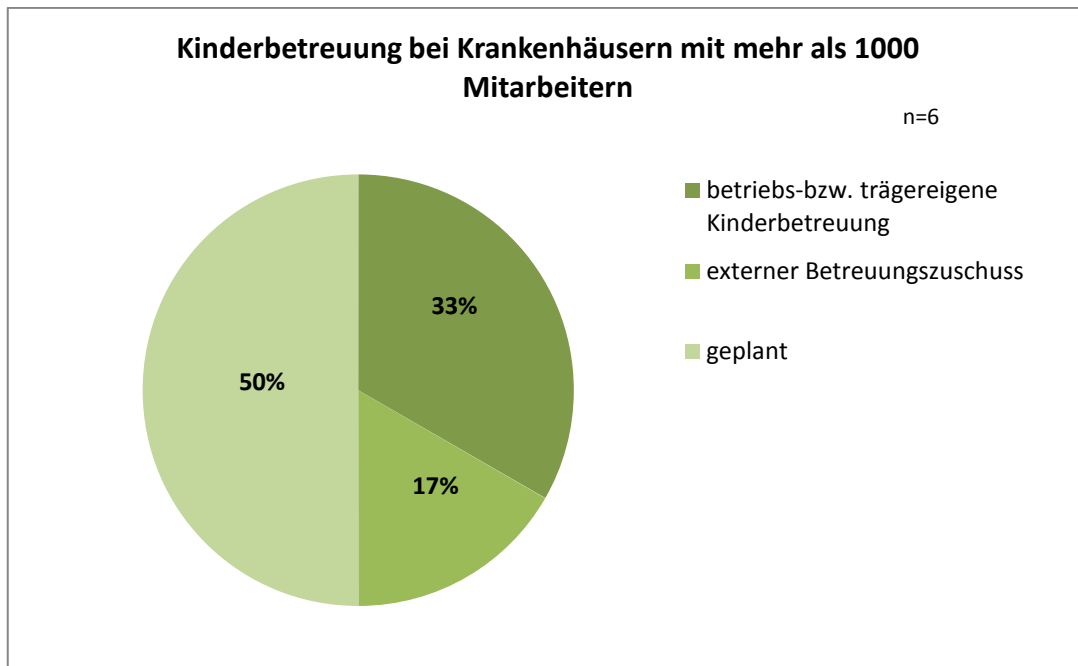


Abb. 43: Kinderbetreuung in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern

Der Bereich der Ferienbetreuung ist auch in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern (siehe Abb. 44) noch nicht von großer Bedeutung, da 83,33% der an der Befragung teilgenommenen Häuser keine Ferienbetreuung anbietet. Nur 16,67% zahlen ihren Mitarbeitern einen Zuschuss für spezielle Ferienprogramme.

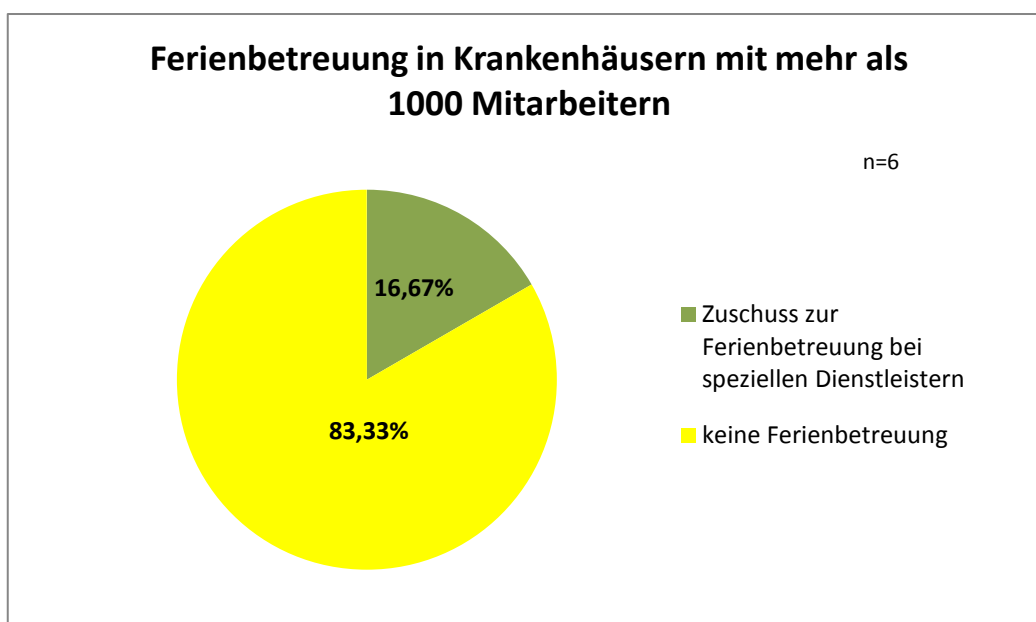


Abb. 44: Ferienbetreuung in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern

Auch der Bereich des Betreuungsarrangements in Ausnahmesituationen (vgl. Abb. 45) wird auch in größeren Krankenhäusern kaum angeboten. Die Notfallbetreuung, ob geplant oder vorhanden, läuft voraussichtlich in den beiden angebotenen Fällen über den pme Familienservice (back up Lösung).

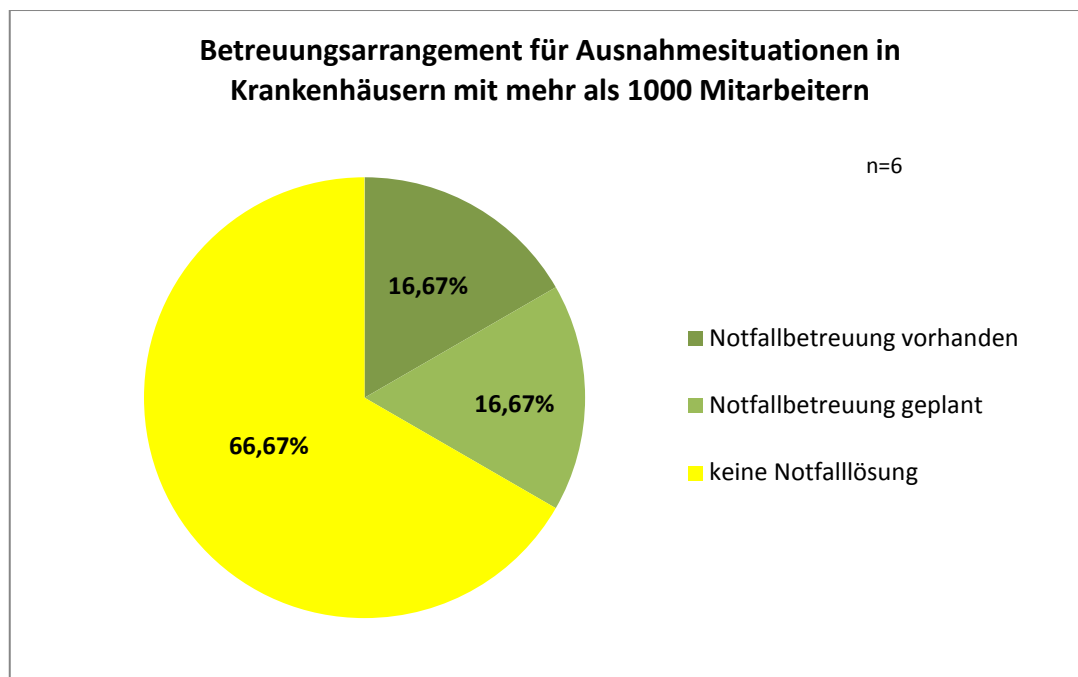


Abb. 45: Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen in Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern

In einem letzten Schritt der Auswertung ist ein Vergleich der Angebote differenziert nach Stadt (Münster) und Land (Münsterland) vorgenommen worden (siehe Abb. 46+47).

In der Stadt Münster wird die Kinderbetreuung nur über eine betriebs- oder trägereigene Kinderbetreuung (28,57%) durchgeführt. Dies hängt natürlich mit der Größe der Krankenhäuser zusammen. Dagegen nutzt man im Münsterland zumeist die Kooperation mit einer örtlichen KiTa oder zahlt einen Betreuungszuschuss, der für eine externe Kinderbetreuung (z.B. KiTa oder Tagesmutter) verwendet werden kann. Der Anteil der Krankenhäuser, die eine Kinderbetreuung planen, ist im Münsterland (42,11%) viel höher als in der Stadt (28,57%). Somit ist auf dem Land vermutlich der Fachkräftemangel noch größer und daher hat dort schon ein Umdenkungsprozess begonnen. Wenn man vergleicht, haben in der Stadt 42,86% keine Betreuungsmöglichkeiten und planen dies auch nicht in der Zukunft. Der Anteil im Münsterland beträgt dagegen nur 15,79%.

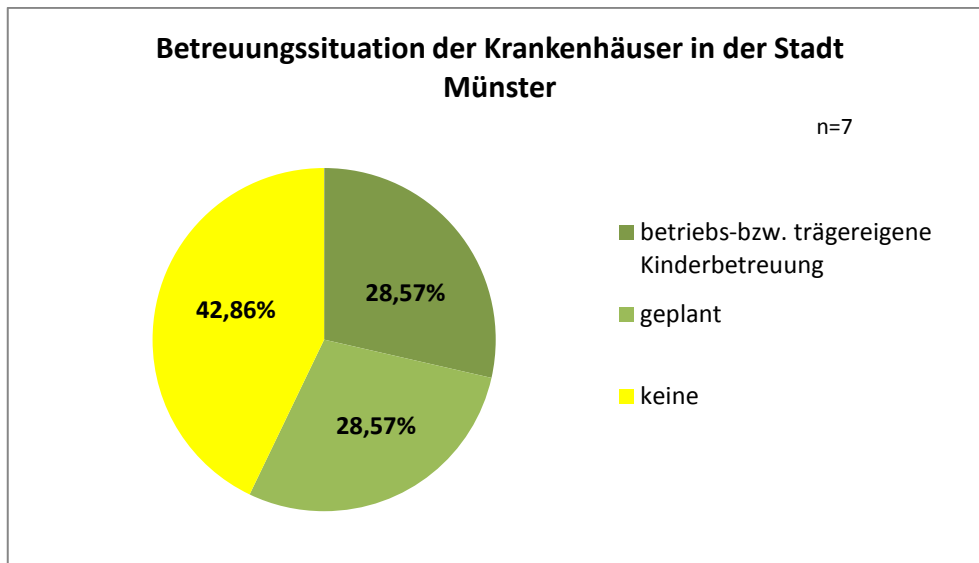


Abb. 46: Betreuungssituation der Krankenhäuser in der Stadt Münster

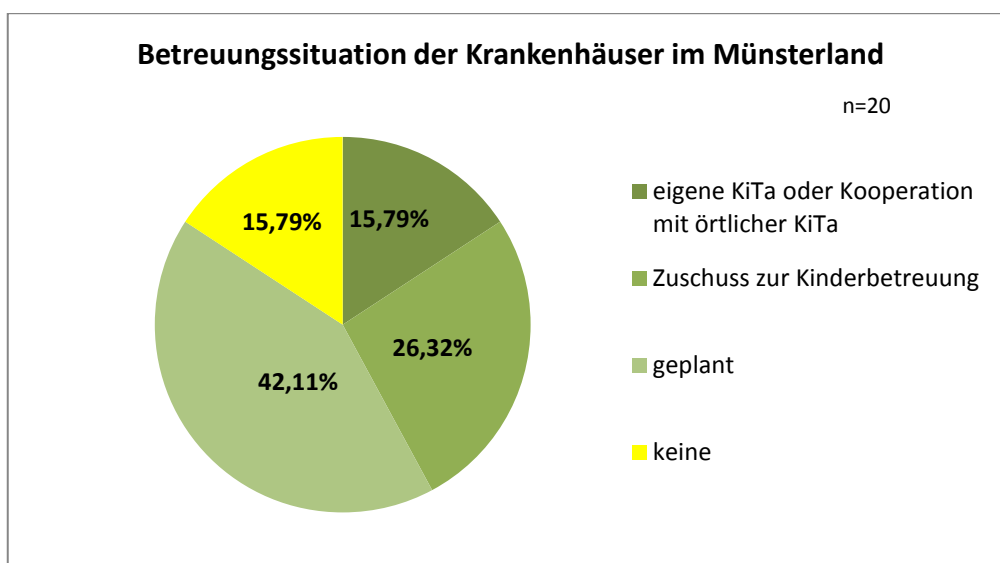


Abb. 47: Betreuungssituation der Krankenhäuser im Münsterland

Beim direkten Vergleich hinsichtlich der Ferienangebote ist die Stadt Münster mit 28,57% besser aufgestellt als das Münsterland mit 10% (vgl. Abb. 48 und 49).

Ein Handlungsbedarf besteht in der Stadt sowie auch im Münsterland. Dabei ist aber zu bedenken, dass die Ausgangssituation in der Stadt wesentlich einfacher ist, da man in einem Ballungsgebiet besser Kooperationspartner für eine Kinderbetreuung finden kann als auch Dienstleister, die eine Kinderbetreuung anbieten. Alternativ bieten auch meistens die Stadt oder andere Einrichtungen Ferienbetreuungen an, über die man die Mitarbeiter informieren kann.

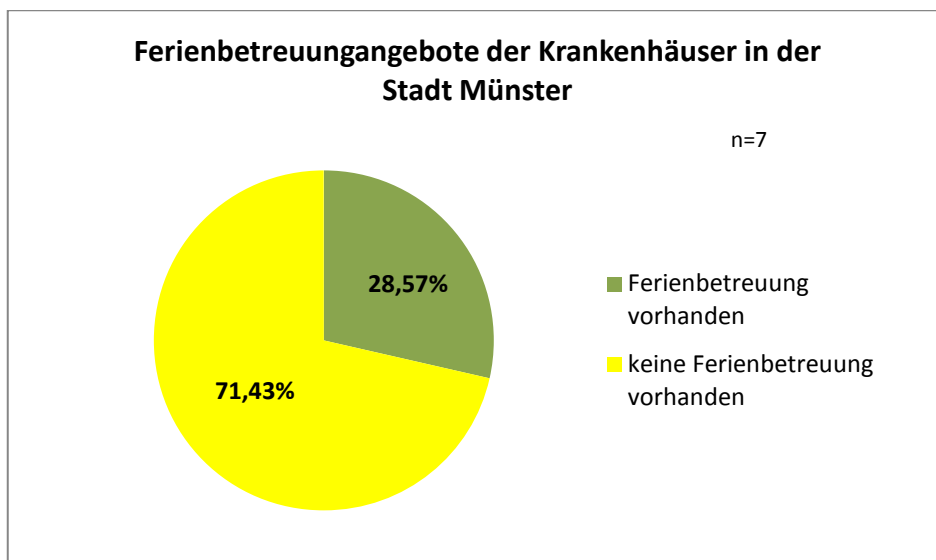


Abb. 48: Ferienbetreuungsangebote der Krankenhäuser in der Stadt Münster

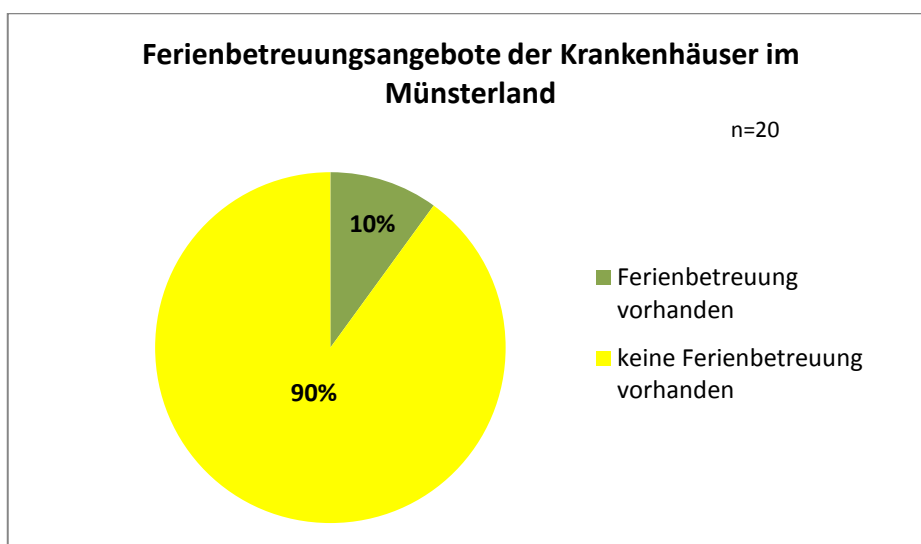


Abb. 49: Ferienbetreuungsangebote der Krankenhäuser im Münsterland

Im Vergleich der Angebote zur Notfallbetreuung (siehe Abb. 50 und 51) fällt auf, dass der Anteil der Krankenhäuser, die eine Notfallbetreuung anbieten, im Münsterland (20%) ein wenig besser ist als in der Stadt (14,29%). Allerdings könnte sich dies bald ändern, da 28,57% der städtischen Krankenhäuser eine Notfallbetreuung planen. Dagegen sehen weitere Häuser des Münsterlandes hier noch keinen Handlungsbedarf und planen keine Notfallbetreuung für die Zukunft.

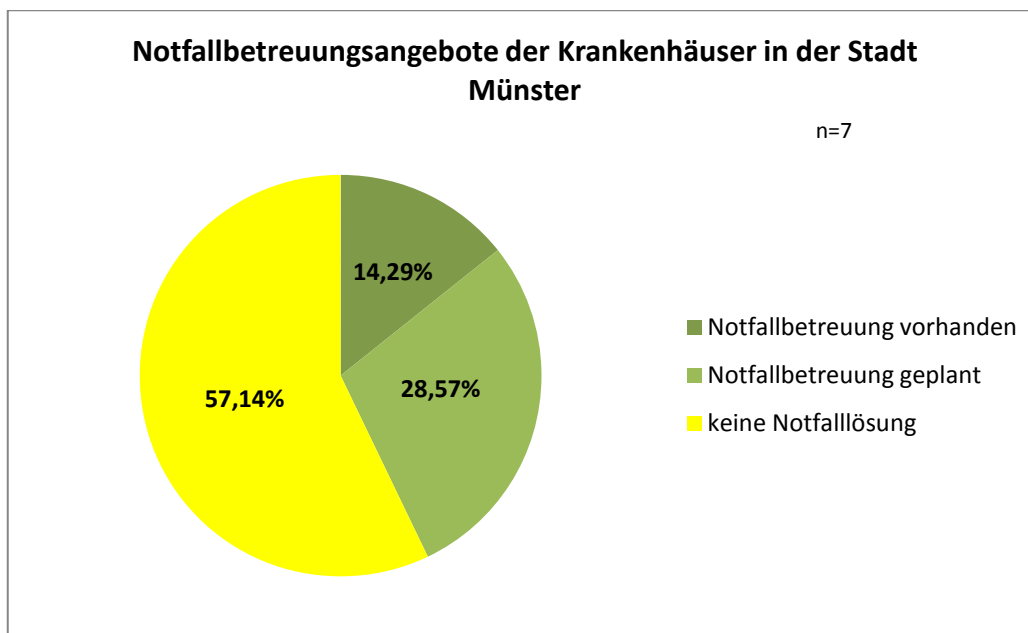


Abb. 50: Notfallbetreuungsangebote der Krankenhäuser in der Stadt Münster

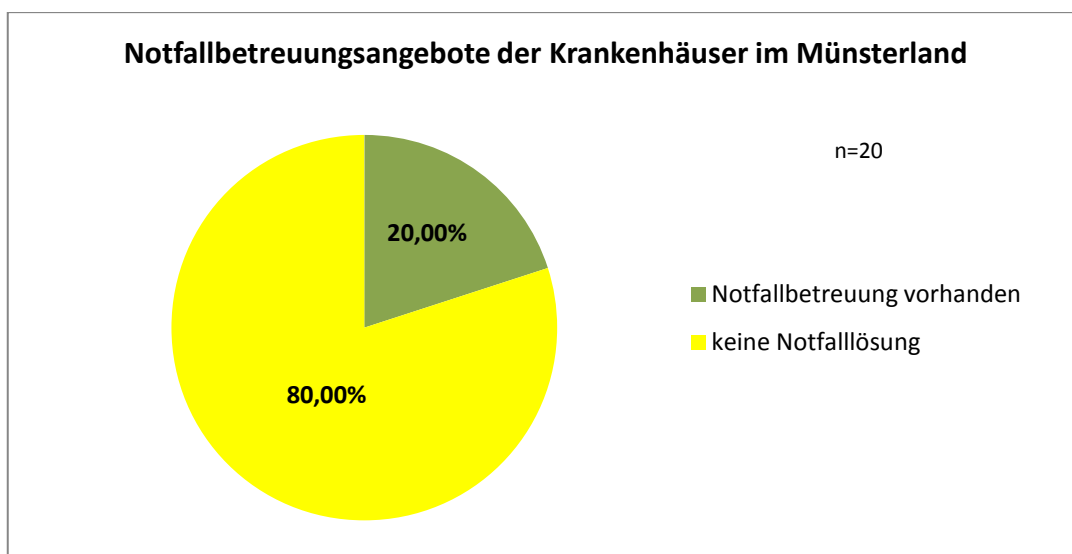


Abb. 51: Notfallbetreuungsangebote der Krankenhäuser im Münsterland

7.4 Ergebnis/Empfehlung

Der Aspekt der Kinderbetreuung ist bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein elementares Thema. Um wettbewerbsfähig zu sein, muss ein Krankenhaus Kinderbetreuungsmaßnahmen oder alternativ finanzielle Anreize mit Hilfe eines Kinderbetreuungszuschusses schaffen, damit seine Mitarbeiterinnen schneller in den Beruf zurückkehren. Diese Maßnahmen rentieren sich für ein Unternehmen. Dadurch gewinnt und bindet man qualifizierte Mitarbeiter, insbesondere Ärztinnen, an das Unternehmen, spart Rekrutierungskosten, schafft ein gutes Betriebsklima und erhöht die Mitarbeitermotivation und damit die Leistung.

Bei einem weiteren gravierend anwachsenden Ärztemangel kann man sich durch familienbewusste Personalpolitik einen erheblichen Wettbewerbsvorteil verschaffen. Drei der befragten Krankenhäuser haben sich für das Zertifikat „berufundfamilie“ entschieden, um auch nach außen zu zeigen, dass sie die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie aktiv weiterentwickeln wollen.

Breibt man eine familienbewusste Personalpolitik ist die ständige Kommunikation während der Elternzeit wichtig. Dies ist z.B. erreichbar durch regelmäßige Treffen während der Elternzeit oder durch laufende schriftliche Informationen.

Zudem ist das Mentoringprogramm eine gute Möglichkeit, um einen Wiedereinstieg nach der Elternzeit zu erleichtern. Bisher wird das Mentoring meistens nur beim Berufseinstieg genutzt. Eine erweiterte Nutzung scheint sinnvoll, da sie kostengünstig in jedem Krankenhaus umgesetzt werden könnte. Allerdings könnte die Suche nach qualifizierten Mitarbeitern, die sich freiwillig als Mentor zur Verfügung stellen, schwierig sein.

Allgemein kann man zum Ergebnis der durchgeführten Befragung (Stand 08/2010) feststellen, dass aufgrund der hohen Rückmeldung von 80% die Relevanz des Themas „Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen“ bei den Verantwortlichen angekommen ist.

Von den antwortenden Krankenhäusern haben sich nur 22,22% noch keine Gedanken zu diesem Thema gemacht und planen auch in nächster Zeit keine Schaffung von Betreuungsmöglichkeiten oder die Gewährung von finanziellen Hilfen. 37,04% sind in der Planung und müssen hier noch tätig werden und 40,74% nutzen bereits Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Im Rahmen der Befragung fiel zudem auf, dass eine Ferienbetreuung lediglich bei 14,81% der Rückmeldungen vorhanden ist. Gerade die Abdeckung der Ferienzeit ist ein großes Problem bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, denn der Jahresurlaub eines Mitarbeiters reicht zur Abdeckung des Ferienzeitraums der Kinder in keiner Weise aus. Demzufolge besteht hier ein dringender Handlungsbedarf.

Die gleiche Problematik gibt es auch bei einem Betreuungsarrangement für den Notfall, wenn die private Betreuungskraft z.B. die Tagesmutter erkrankt ist. Gerade einmal 18,52% der Krankenhäuser können dies überhaupt auffangen. Wenn man diese Betreuungsmöglichkeiten nicht anbietet, dann muss sich eine Ärztin evtl. zusätzlich Urlaub nehmen und fehlt dadurch kurzfristig auf der Station, und dies kann zu großen Problemen führen.

Aufschlussreich ist es, welche Empfehlungen man für die Kinderbetreuung aus der empirischen Studie ableiten kann. Dabei muss aber festgehalten werden, dass diese Studie aufgrund des begrenzten Auswertungsbereiches (Region Münster/Münsterland) nicht eine repräsentative Aussage für ganz Deutschland darstellen kann. Es kann aber eine Richtlinie sein, welche Mittel man je nach Größe des Krankenhauses nutzen könnte.

Vorschlag bei Krankenhäusern bis 500 Mitarbeitern

Bei kleineren Krankenhäusern ist es sinnvoll, den Ärztinnen einen steuerfreien Kinderbetreuungszuschuss zu gewähren. Dadurch könnte es für die Ärztinnen attraktiver werden, eher aus der Elternzeit in den Beruf zurückzukehren.

Bei einem entsprechenden Bedarf ist es alternativ eine Möglichkeit, ein Tagesmüttermodell einzuführen. Das Krankenhaus stellt Räumlichkeiten zur Verfügung oder man sucht sich Tagesmütter in der Nähe des Krankenhauses, und diese betreuen dann die Kinder, während die Ärztinnen arbeiten.

Eine gute Lösung ist ebenfalls eine mögliche Kooperation mit einer bestehenden örtlichen Kinderbetreuungseinrichtung. Mit dem Träger wird dann die Bereitstellung und Reservierung einer bestimmten Anzahl von Betreuungsplätzen vertraglich vereinbart. Als Gegenleistung erhält die Einrichtung vom Krankenhaus eine entsprechende finanzielle Vergütung.

Eine kostengünstige Alternative wäre auch die Einrichtung eines Eltern-Kind Zimmers im Krankenhaus oder das Angebot von haushaltsnahen Dienstleistungen, wie z.B. einen Bügelservice.

Ein eigenes Ferienbetreuungsprogramm macht in dieser Größenkategorie keinen Sinn. Hier kann man empfehlen, die Angestellten über am Ort vorhandene Ferienprogramme oder Kinderbetreuungsmöglichkeiten der Stadt oder sonstiger Anbieter zu informieren. Man könnte zusätzlich klären, ob andere Arbeitgeber in der Nähe entsprechende Programme anbieten, an denen man sich evtl. beteiligen könnte.

Hinsichtlich der Einarbeitung ist eine individuelle Wiedereingliederung am sinnvollsten. Je nach Größe des Krankenhauses ist ggf. auch ein Mentorenprogramm eine gute Möglichkeit.

Wichtig ist es, während der Elternzeit den Kontakt zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer individuell aufrechtzuerhalten.

Vorschlag bei Krankenhäusern von 500-1000 Mitarbeitern

Bei Krankenhäusern in der Größenkategorie 500-1000 Mitarbeiter empfiehlt sich die Kooperation mit einer örtlichen KiTa oder auch der Bau einer Kindertagesstätte in Kooperation mit der örtlichen Kommune.

Ein sehr gutes Beispiel dafür ist das bereits beschriebene Modell des Krankenhauses in Ahaus/Vreden. Die Vorteile einer eigenen Kindertagesstätte in Kooperation mit der Kommune sind neben der räumlichen Nähe, die verlängerten arbeitnehmerfreundlichen Öffnungszeiten und die individuellen Regelungen wie z.B., den Abholservice etc.. Man hat hier damals Handlungsbedarf gesehen, da man aufgrund der Lage nur schwierig Fachkräfte (u.a. Ärztinnen bzw. Ärzte) gewinnen konnte. Die Umsetzung des Projektes wurde mit finanzieller Hilfe des Bundes, des Landes, der Kommune und der eigenen Krankenhausstiftung realisiert und ist daher nicht als Modelllösung für jedes Krankenhaus geeignet. Der Erfolg ist aber sichtbar, denn dort hat sich eine bessere Rekrutierungssituation ergeben und der Ärztinnenanteil liegt derzeit sogar mit 62,5% über dem Durchschnitt. Ähnliche Konzepte sollen auch in den anderen Kliniken des „Klinikverbund Westmünsterland“ gefunden werden. Es gibt seit dem Zusammenschluss sogar eine eigene Personalentwicklungsabteilung, die sich derzeit mit dem Thema beschäftigt und Konzepte

entwickelt. Bisher gab es in den anderen Kliniken noch keinen Handlungsbedarf, da man aufgrund der Lage zzt. noch keine Probleme bei der Gewinnung von Fachkräften sieht. Das Bewusstsein ist jedoch gestiegen und man möchte auch hier die Weichen rechtzeitig richtig stellen.

Die Möglichkeit, einen Zuschuss für die Kinderbetreuung zu zahlen, ist eine denkbare Alternative.

Für den Notfall könnte man Belegplätze in Kooperation mit einer örtlichen KiTa vorhalten oder Tagesmütter verpflichten, die im Notfall bei der Kinderbetreuung einspringen.

Im Bereich der Ferienprogramme ist je nach Bedarf ein eigenes Angebot oder ein Angebot in Kooperation mit einem anderen Arbeitgeber vor Ort sinnvoll. Damit verhindert man während der Urlaubszeit Personalengpässe. Bei nicht ausreichendem Bedarf sollte zu mindestens überlegt werden, ob man die Mitarbeiter über bereits vorhandene Möglichkeiten verschiedener Anbieter vor Ort informiert.

Weitere Angebote wie mögliche haushaltsnahe Dienstleistungen oder eine Hausaufgabenbetreuung für die Kinder der Mitarbeiter könnten zusätzlich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern.

Im Bereich der Wiedereingliederung empfiehlt sich ein Schulungsangebot und ein individueller Einarbeitungsplan. Das Mentorenprogramm könnte auch hier eine gute Option sein.

Vorschlag bei Krankenhäusern ab 1000 Mitarbeitern

Wenn ein größerer Bedarf vorhanden ist, empfiehlt sich die Einrichtung einer betriebseigenen KiTa, da man hier den Vorteil hat, verlängerte Öffnungszeiten anbieten zu können. Auch sind die Eltern bei Problemen direkt vor Ort erreichbar.

Alternativ wäre auch hier die Kooperation mit einer örtlichen KiTa denkbar, wenn der Bedarf nicht entsprechend ist oder die Finanzierung sonst nicht gesichert wäre.

Für die Notfallbetreuung bietet sich dann eine Unterbringung in dieser KiTa oder die Nutzung des Tagesmüttermodells an.

Zumeist lohnt sich bei den größeren Häusern ein eigenes Ferienprogramm oder ein Angebot in Kooperation mit einem anderen Arbeitgeber. Möchte man dies nicht oder ist der Aufwand zu groß, könnte man hier auf Dienstleister wie z.B. den pme Familienservice zurückgreifen.

In größeren Krankenhäusern macht ein festes Wiedereingliederungsprogramm Sinn. Man könnte eine Kombination aus Schulungen und Rotation in den relevanten Bereichen der Klinik vorsehen, um das medizinische Wissen wieder aufzufrischen. Erwähnt sei auch hier das unterstützende Mentorenprogramm.

7.5 Fazit

Aus der empirischen Untersuchung der Krankenhäuser in der Region Münster/Münsterland ist deutlich erkennbar, dass das Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ und speziell die Überlegung, den Mitarbeitern Angebote für eine Kinderbetreuung anzubieten, immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Die Annahme, dass aktuell ein starkes Stadt-Land-Gefälle erkennbar ist, hat sich nicht bestätigt. Auch bei den Krankenhäusern im Münsterland gibt es eine Vielzahl von Kinderbetreuungsangeboten, finanziellen Betreuungszuschüssen oder es finden zumindest Planungen oder Überlegungen in diese Richtung statt. Auffällig ist aber, dass es mehr Planungen zur Kinderbetreuung bei den Krankenhäusern im Münsterland gibt. Durch ein gutes Kinderbetreuungsangebot möchte man sich natürlich in Zukunft attraktiver aufstellen, um Anreize für qualifizierte Ärztinnen zu schaffen, damit ein Umzug aus der Stadt in eine ländliche Region leichter fällt. Aus diesem Grund sollten sich auch die Krankenhäuser in Münster Gedanken über eine Einführung oder Erweiterung ihres Angebots machen, sofern dies noch nicht geschehen ist.

Entscheidend ist sicher die Frage, welches Betreuungsangebot bei dem einzelnen Krankenhaus sinnvoll ist. Dabei ist die Größe des Hauses, die Anzahl der Mitarbeiter und der entsprechende Bedarf von großer Bedeutung. Für die Planung und Durchführung der Kinderbetreuung sowie weiterer Angebote muss entsprechendes Personal vorhanden sein. Denn was bringt die beste Idee, wenn sie nicht zeitlich umsetzen kann. Eine eigene Personalentwicklungsabteilung kann sich natürlich nicht jedes Krankenhaus leisten. Man sollte also aber immer versuchen, aus den gegebenen Rahmenbedingungen das Beste herauszuholen, denn es lohnt sich. Auch mit kleinen Dingen, wie z.B. einem Spielekoffer oder einem Bügelservice, kann man Ärztinnen entlasten und davon profitiert das Krankenhaus. Bei großen Häusern wie dem Uniklinikum Münster oder dem St. Franziskus-Hospital Münster hat sich die Einrichtung einer betriebseigenen KiTa schon bewährt. Dies

wird auch daran deutlich, dass beide Häuser eine Ausweitung des Betreuungsangebotes planen.

Bei den kleineren Häusern sind Kooperationen mit örtlichen Kindertagesstätten, das Betreuungsangebot mit Tagesmüttern oder die Zahlung eines Kinderbetreuungszuschusses schon aus Kostengründen die sinnvollere Lösung.

Handlungsbedarf besteht in Zukunft insbesondere bei der Ferienbetreuung und der Notfallbetreuung.

Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang, dass von staatlicher Seite (Bund, Land und Kommune) zumeist Fördergelder für innovative Projekte im Bereich der Kinderbetreuung zur Verfügung gestellt werden. Dies sollte bei den Investitionsüberlegungen mit beachtet werden.

Familienbewusste Personalpolitik lohnt sich für Krankenhäuser und sollte ein wichtiger Baustein in der Personalpolitik werden. In den kommenden Jahren wird sich der Wettbewerb um qualifizierte Ärztinnen noch weiter zuspitzen. Die Krankenhäuser sollten sich schon jetzt entsprechend strategisch aufstellen, damit man diese qualifizierten Mitarbeiterinnen gewinnt und möglichst dauerhaft an sich bindet.

Literaturverzeichnis

- ABELE-BREHM, A. (2002), Arzt oder Ärztin sein heute - zwischen Erwartung und Realität - Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E, in: Brandenburg, U. et. al. (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF, Psychosozial-Verlag, Gießen, 2002, S. 21-32.
- ABELE, A., NITSCHKE, U. (2002), Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2002, S. 2057-2062.
- AMT FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND FAMILIEN DER STADT MÜNSTER, Online im Internet: URL: <http://www.muenster.de/stadt/jugendamt/>, Stand: 01.09.2010.
- ÄRZTEKAMMER WESTFALEN-LIPPE (2010), Bericht des Vorstandes der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Online im Internet: URL: <http://www.aekwl.de/fileadmin/pressestelle/doc/vorstandsbericht/vorstandsbericht09/vorstber09.pdf>, Stand: 22.09.2010, 2010, S. 99.
- BERUFUNDFAMILIE, Beruf und Familie - ein Mehrwert für alle (2010), Online im Internet: URL: http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/c0b167abf0ec749d132cac72a4227ac1/2010_berufundfamilie_Image_Broschüre.pdf, Stand: 20.09.2010.
- BERUFUNDFAMILIE (2008), Betrieblich unterstützte Ferienbetreuung - Anregungen für die bedarfsgerechte Planung und Umsetzung, Online im Internet: URL: http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/18344e7f7c914d741f10f1c5ab479f95/PLF3_Ferienbetreuung.pdf, Stand: 15.09.2010, 2008, S. 11-18.
- BERUFUNDFAMILIE (2010), Preise Auditierung 2010, Online im Internet: URL: http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/50eebf59b7b7baecb202ff6e444164d/Preise_2010_Auditierung.pdf, Stand: 15.09.2010.
- BESKE, F., KATALINIC, E., PETERS, R., PRITZKULEIT (2009) Morbitätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten in Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein, Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Bd. 114, Kiel, 2009.

- BISCHOFF, T. (1872), Das Studium und die Ausübung der Medizin durch Frauen, München 1872, S. 20.
- BLEKER, J. (1993), Anerkennung durch Unterordnung? Ärztinnen und Nationalsozialismus, in: Brinkschulte, E., Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland (Reihe Deutsche Vergangenheit, Bd. 108), 1. Auflage, Hentrich, Berlin, 1993, S. 126-135.
- BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2005), Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen - Kosten-Nutzen-Analyse, 2005.
- BMFSFJ – BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2005), Work-Life Balance - Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität, 2005, S. 4.
- BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIEN, SENIOREN, FRAUEN UND KINDER (2009), Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Krankenhaus, 2009, S. 12ff.
- BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUMS FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2010), Elterngeld und Elternzeit - Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010.
- BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2010), Unternehmen Kinderbetreuung - Praxisleitfaden für die betriebliche Kinderbetreuung, 2010.
- BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2010), Unternehmensmonitor - Familienfreundlichkeit 2010, 2010.
- BOEDEKER, E., COLSHORN, I., ENGELHARDT, E., (1935), 25 Jahre Frauenstudium in Deutschland. Verzeichnis der Doktorarbeiten von Frauen 1908-1933, H.1., Hannover, 1935, S. XLIV.
- BUSCH, C., DÖRFLER, M., SEEHAUSEN, H. (1991), Frankfurter Studie zu Modellen betriebsnaher Kinderbetreuung, Klotz, Eschborn, 1991, S. 25.
- BÖRCHERS, K., KIRCHNER, H., TRITTMACHER, S. (2006), Den Chefsessel im Visier - Führungsstrategien für Ärztinnen, Thieme Verlag, 2006, S. 100-105.
- BONNER, T. N. (1988), Pioneering in woman's medical education in the Swiss universities, Gesnerus 45, 1988, S. 461-474.

- BUCHNER, H., BECKER, U. (2008), Mutterschutzgesetz und Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz, Kommentar von Dr. Herbert Buchner und Dr. Ulrich Becker, 8. Auflage, Verlag C.H. Beck, München, 2008.
- BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2004), Gutachten zum "Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland" - Abschlussbericht, Ramboll Management, 2004.
- BURCHARDT, A. (1997), Blaustrumpf, Modestudentin, Anarchistin? Deutsche und russische Medizinstudentinnen in Berlin 1896-1918 (Ergebnisse der Frauenforschung Bd. 44), Stuttgart, Weimar, 1997.
- BUXEL, H. (2009), Motivation, Arbeitsplatzbewertungen/ -zufriedenheit und Jobverhalten von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Humanmedizin: Ergebnisse zweier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern, Online im Internet: URL: http://www.hb.fh-muenster.de/opus/fhms/volltexte/2010/264/pdf/09_Studienbericht_Zufriedenheitsstudie_Assistenzaeerzte.pdf, Stand: 18.07.2010, Münster, 2009.
- BVMD – BUNDESVERTRETUNG DER STUDIERENDEN IN DEUTSCHLAND E.V. (2006), Befragung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., Online im Internet: URL: http://bvmd.de/fileadmin/SCOHP/Pressekonferenz_2006-01-11/bvmd_umfragepraesentation_langfassung.pdf, Stand: 10.09.2010, 2006, S. 17-18.
- CASSENS, M. (2003), Work-Life-Balance - Wie Sie Berufs- und Privatleben in Einklang bringen, Deutscher Taschenbuchverlag, München, 2003.
- DELOITTE & TOUCHE GmbH WIRTSCHAFTSPRÜFUNGSGESELLSCHAFT (2007), Generation Y: Changing the face of manufacturing, Online im Internet: URL: http://www.deloitte.com/view/en_CZ/cz/industries/manufacturing/2cef7eb4971fb110VgnVCM100000ba42f00aRCRD.htm, Stand: 07.09.2010.
- DELOITTE & TOUCHE GmbH WIRTSCHAFTSPRÜFUNGSGESELLSCHAFT (2008), Insuring the Catalyst-Customer: Generation Y and the Insurance Industry, Online im Internet: URL: http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_fsi_insuringcatalyst_customer_generationYandInsurance081208.pdf, Stand: 07.09.2010, 2008.

- DETTMER, S., KACZMARCZYK, G., BÜHREN, A. (2006), Karriereplanung für Ärztinnen, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2006.
- DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V. (2010), 28. Internationaler Kongress des Weltärztinnenbundes in Münster, Juli 2010, Online im Internet: URL: <http://www.aerztinnenbund.de/Weltaerztinnenkongress-2010.0.310.1.html>, Stand: 06.08.2010.
- DILGER, A., GERLACH, I., SCHNEIDER, H. (2007), Ergebnisse der Befragung „Betriebswirtschaftliche Effekte familienbewusster Maßnahmen“ (Thesenpapier des Forschungszentrums Familienbewusste Personalpolitik an der WWU Münster), Münster, 2007.
- DOMSCH, M.E., LADWIG, D. H. (2007), Doppelkarrierepaare - Eine Herausforderung für die betriebliche Familienpolitik, in: Dilger, A., Gerlach, I., Schneider, H., Betriebliche Familienpolitik-Potenziale und Instrumente aus multidisziplinärer Sicht, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, März 2007, S. 75ff.
- EAGLY, A.H. (1987), Sex difference in social behavior: A social role interpretation, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1987.
- FRIEDEL-HOWE, H. (1993), Frauen und Führung: Mythen und Fakten, in: Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement, Schaeffer-Poeschel, Stuttgart, 1993, S. 533-545.
- GERLACH, I., SCHNEIDER, H., JUNCKE, D. (2007), Betriebliche Familienpolitik in auditierten Unternehmen und Institutionen, FFP, Arbeitspapier Nr. 3, Münster, 2007, S. 22-23.
- GESETZ ZUM SCHUTZE DER ERWERBSTÄTIGEN MUTTER (Mutterschutzgesetz - MuSchG) in der Fassung vom 20. Juni 2002.
- GESETZ ZUM ELTERNGELD UND ZUR ELTERNZEIT (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG), Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748).
- GREVEN-ASCHOFF, B. (1981), Die bürgerliche Frauenbewegung in Deutschland 1894-1933 (Kritische Studien zur Geisteswissenschaft 46), Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1981.

- HABERMANN-HORSTMEIER, L. (2006), Karrierehindernisse für Frauen in Führungspositionen, Online im Internet: URL: <http://www.fif-stormarn.de/files/AufsatzAerztinnenInFuehrungspositionen.pdf>, Stand: 16.09.2010, 2006, S. 3.
- HEWLETT, S., LUCE, C., SHILLER, P., SOUTHWELL, S. (2005), The hidden brain drain: Off-ramps and on-ramps in women's careers, Harvard Business Review research report, Centre for Work-life Policy, New York, 2005.
- HIBBELER, B., KORZILIUS, H. (2008), Die Medizin wird weiblich, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 12, 2008, S. A609-A612.
- HOESCH, K. (1993), Die Kliniken weiblicher Ärzte in Berlin 1877-1914 (Ergebnisse der Frauenforschung), in: Brinkschulte, E., Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland (Reihe Deutsche Vergangenheit, Bd. 108), 1. Auflage, Hentrich, Berlin, 1993, S. 44-56.
- HOSEMANN, W., BURIAN, K., LENZ, C. (1992), Vereinbarkeit von Beruf und Familie - ein Thema auch für männliche Mitarbeiter? Neue personalwirtschaftliche Konzepte erweitern die Handlungsmöglichkeiten der Unternehmen, Köln, 1992, S. 41.
- INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT (2010), Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege fördern, 2010, S. 30.
- IFB NÜRNBERG – INSTITUT FÜR FREIE BILDUNG (2008), Untersuchung zum Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2008.
- JUVAN, G., ELLERMANN, B. (2001), Ärztin und Beruf - Hindernisse überwinden, Karrierechancen nutzen, ecomed Verlag, Landsberg/Lech, 2001.
- KIRCHLER, E. (1996), Der langsame Wandel in Führungsetagen - Meinungen über Frauen und Männer als Führungspersonen, Zeitschrift Sozialpsychologie, 1996, 27, S. 148-166.
- KNAUF, T. (2000), Reggio-Pädagogik. In: Fthenakis, W. E., Textor, M. R., Pädagogische Ansätze im Kindergarten, 2000, S. 181-184.
- KÖHLER, S., NAPP, L., KAISER, R. (2003), Ärztin - Traumberuf oder Alptraum?, Hessisches Ärzteblatt 12/2003, S. 631-633.

- LINGENAUER, S. (2004), Kompetente Eltern, in: Handlexikon der Reggio-Pädagogik, Bochum, 2004, S. 18.
- LÖTHER, A. (2003), Mentoring-Programme für Frauen in der Wissenschaft, Kleine Verlag, Bielefeld, 2003, S. 648-649.
- LOHFF, B. (2008), Frauenstudium: ein gemeingefährlicher Unsinn, in: Curare - Die Zeitschrift der AStA der MHH, Ausgabe 92, Juni 2008, S. 12-13.
- LWL - LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (2010), KiBiz-Personalstundenrechner für KiGa-Jahr 2010/2011 (Excel, Stand 23.06.2010), Online im Internet: URL: http://www.lwl.org/LWL/Jugend/Landesjugendamt/LJA/tagbe/mat/mat_schutz, Stand: 03.09.2010.
- MAGS NRW - MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, SOZIALES, FRAUEN UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (2002), Betrieblich unterstützte Kinderbetreuung, 2002, S. 10.
- MGEPA NRW - MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (2010), Krankenhausdatenbank NRW, Online im Internet: URL: <http://www.mgepa.nrw.de/krankenhausdb/index.php>, Stand: Juli 2010, 2010.
- MEINERT, S. (2008), Arbeitsmarkt-Entwicklung - Die Besten der Generation Y rekrutieren, Online im Internet: URL: <http://www.ftd.de/karriere-management/karriere/:arbeitsmarkt-entwicklung-die-bester-der-generation-y-rekrutieren/413901.html>, in: Financial Times Deutschland vom 18.09.2008.
- MEINERT, S. (2010), Generation Y: Zwischen iPod und Learning 2.0, Online im Internet: URL: <http://www.ftd.de/karriere-management/management/:generation-y-zwischen-i-pod-und-learning-2-0/50107269.html>, Stand: 05.09.2010, in: Financial Times Deutschland vom 29.04.2010.
- MGEPA NRW - MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER NORDRHEIN-WESTFALEN (2010), Pressemitteilung des Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Minister Laschet zur Vorstellung des Ländermonitor "Frühkindliche Bildung": "Nordrhein-Westfalen ist auf einem guten Weg" vom 28.06.2010.
- MINISTERIALBLATT FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN (MBI.NRW) (2008), Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen für Investitionen in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege zum Ausbau von Plätzen für

Kinder unter drei Jahren, Runderlass des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration vom 09. Mai 2008, S. 271-286.

MOEBIUS, P. J. (1908), Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes, in: Sammlungen zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiet der Nerven und Geisteskrankheiten, AltVk, 9. Auflage, Halle, 1908.

MÖHRLE, K. (2006), Arzt-Mediziner-Manager: Das ärztliche Berufsbild im Wandel der Zeit, Hessisches Ärzteblatt, 67(5), 2006, S. 309-312.

OBERLANDER, W., LIEBIG, K. (2008), Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte, IFB, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2008, S. 19.

o. V. (2010) Marburger Bund: Kliniken befürchten Ärztemangel, in: Bild vom 17.02.2010.

o. V. (2010), In Ghana für Münster geworben - Dr. Regine Rapp-Engels holte den Weltärztinnenkongress nach Münster, in: Westfälische Nachrichten vom 26.07.2010.

o. V. (2008), Interview mit der Frau Ursula von der Leyen am 19.11.2008, URL: http://www.frauenmachenkarriere.de/Brancheninformationen/Dienstleistung_und_Handel/medizinerinnen_dossier/article_frauenportal/von-der-leyen-das-klima-wird-auch-in-der-medizin-familienfreundlicher.html.de, Stand:15.07.2010.

PME FAMILIENSERVICE GMBH (2009), Online im Internet: URL: http://www.mittelstand-und-familie.de/assets/Uploads/Kinderbetreuungskosten_zuschuss.pdf, Stand: 18.09.2010, 2009.

REGGIO CHILDREN (1998), Ein Ausflug in die Rechte von Kindern. Aus der Sicht der Kinder, Neuwied, 1998, S. 63.

RESCH, M. (2005), Work-Life-Balance und betriebliche Gesundheitsförderung, in: Resch, M., Bamberg, E., Work-Life-Balance - Ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben?, Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 49, 2005, S.171-175.

ROST, H. (2004), Work-Life-Balance - Neue Aufgaben für eine zukunftsorientierte Personalpolitik, Verlag B. Budrich, Opladen, 2004.

SANOFI AVENTIS (2010), Arztimage - Berufsbild im Wandel, Artikel, Online im Internet: URL: <http://www.sanofi-aventis.de/>, Stand: 10.09.2010.

- SCHEIWE, K. (2007), Familienorientierte Personalpolitik von Unternehmen - arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen von Elternzeit und Teilzeit, Möglichkeit und Grenzen, in: Dilger, A., Gerlach, I., Schneider, H., Betriebliche Familienpolitik – Potenziale und Instrumente aus multidisziplinärer Sicht, VS Verlag, Wiesbaden, 2007, S. 86-89.
- SCHMITZ-LUHN, B. (2009), Vom Heiler zum Gesundheitsmanager? 1. Kölner Symposium zum Medizinrecht: Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert, Tagungsbericht, in: Medizinrecht, Volume 27, Number 1, 2009, S. 38-40.
- SCHNEIDER, H., GERLACH, I., JUNCKE, D., KRIEGER, J. (2008), Betriebswirtschaftliche Ziele und Effekte einer familienbewussten Personalpolitik, Schriftenreihen FFP Nr. 5/2008, 2008, S. 55ff.
- SEIWER, L. J., TRACY, B. (2010), Lifetime-Management, www.seiwert.de.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2008), Verweildauer in Krankenhäusern auf Tiefstand, Pressemitteilung Nr. 473 vom 10.12.2008.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2010), Statistisches Bundesamt, Studierende Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin), Online im Internet: URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Zeitreihen/LangeReihen/Bildung/Content100/lrbil05a,templateId=renderPrint.psml>, Stand: 03.07.2010.
- UKM – UNIVERSITÄTSKLINIKUM MÜNSTER AÖR (2009), Bedarfsabfrage 2009 zur betrieblichen Kinderbetreuung (interne Daten des UKM, mit Genehmigung zur Veröffentlichung und Verwendung der Ergebnisse durch den Ärztlichen Direktor des UKM Prof. Dr. med. Norbert Roeder).
- WEITERBILDUNGSORDNUNG vom 9. April 2005 in der Fassung vom 01.03.2009 der Ärztekammer Westfalen-Lippe.
- WILKE, C. (2003), Forschen, Lehren, Aufbegehren - 100 Jahre akademische Bildung von Frauen in Bayern, herausgegeben von der Landeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten der bayrischen Hochschule, zitiert aus der „Neue Bayerische Landeszeitung“ vom 18. Januar 1900, Utz Verlag, München, 2003, S. 20.

Danksagung

Die vorliegende Dissertation wäre nicht zustande gekommen, wenn ich nicht eine so große Unterstützung und Hilfe gehabt hätte. Deshalb möchte ich an dieser Stelle einigen Personen meinen besonderen Dank ausdrücken.

Mein erster Dank geht an Herrn Prof. Dr. Peter Preusser für die Ermöglichung dieser Dissertation und seine Unterstützung. Zudem möchte ich mich sehr herzlich für die Betreuung durch Frau Dr. Enka Gläseker bedanken. Auch Herrn Prof. Norbert Roeder möchte ich sehr für sein Unterstützungsschreiben danken, denn sonst hätte ich bei den Fragebögen nicht eine so tolle Rücklaufquote erreicht.

Ebenso möchte ich meiner Familie danken, die auch mit zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.

Lebenslauf

Anhang

A Fragebogen im Rahmen der Dissertation zum Thema: „Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen im deutschen Krankenhaus-trägersystem“

Fragebogen im Rahmen der Dissertation zum Thema:
„Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen im deutschen Krankenhaus-trägersystem“

1. Gibt es in Ihrem Krankenhaus Betreuungsmöglichkeiten für Kinder von Ärztinnen?

- ja
 geplant
 nein

⇒ wenn **nein**, weiter mit Frage 11

2. Wo findet die Kinderbetreuung statt?

- betriebseigene KiTa
 Belegplätze in einer anderen KiTa
 Sonstiges

Bei dem Punkt „Sonstiges“ bitte hier angeben, wie diese Kinderbetreuung aussieht:

3. Ist aktuell ein Ausbau bzw. eine Erweiterung der Kinderbetreuungsplätze geplant?

- ja (bitte mit kurzer Erläuterung)

- nein

4. Wie sind die Öffnungszeiten bzw. Abholzeiten in der KiTa geregelt?

5. Gibt es eine U3 Betreuung?

- ja
 nein

6. Wie ist die Gruppengröße/-zusammensetzung / Platzstruktur zum Stichtag 01.08.2010?

Erläuterung:

Gruppenform I : Kinder im Alter von zwei Jahren bis zur Einschulung

Gruppenform II: Kinder im Alter von unter drei Jahren

Gruppenform III: Kinder im Alter von drei Jahren und älter

KiGa-Jahr 2010/2011					
Name					
Ort					
Gruppenform	Betreuungszeit	Anzahl Kinder	Fachkraftstunden/ Kind	Ergänzungskraftstunden/ Kind	Maximale Auslastung
I a	25		2,75		20 Kinder
I b	35		3,85		20 Kinder
I c	45		4,95		20 Kinder
II a	25		5,5		10 Kinder
II b	35		7,7		10 Kinder
II c	45		9,9		10 Kinder
III a	25		1,1	1,1	25 Kinder
III b	35		1,54	1,54	25 Kinder
III c	45		2,475	2,475	20 Kinder

in Anlehnung an das Berechnungsschema des LWL

7. Wie viele Fachkräfte bzw. Ergänzungskräfte sind dort beschäftigt (bitte mit Angabe der Stunden)?

8. Gibt es eine Prioritätenliste für die Zuteilung der Plätze?

- ja
 nein

9. Nach welchen Kriterien erfolgt die Zuteilung?

10. Wie erfolgt die Finanzierung der Kindertagesstätte? (Mehrfachantworten möglich)

- Finanzierung durch das Land (KiBiz)
- Zuschuss Arbeitgeber
- Beitrag Arbeitnehmer

11. Erhalten Ihre Mitarbeiter/-innen einen finanziellen Zuschuss für eine außerbetriebliche Kinderbetreuung?

- ja
- nein

⇒ wenn nein, weiter mit Frage 13

12. Wofür darf dieser finanzielle Zuschuss genutzt werden?

13. Gibt es eine Ferienbetreuung?

- ja
- nein

⇒ wenn nein, dann weiter mit Frage 15

14. Wie sieht die Ferienbetreuung aus?

15. Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein Betreuungsarrangement für Ausnahmesituationen (z.B. bei Krankheit der Eltern oder der privaten Tagesmutter)?

- ja
- nein

⇒ wenn nein, dann weiter mit Frage 17

16. Wie sieht dieses Arrangement aus?

17. Gibt es Wiedereingliederungsprogramme für Ärztinnen nach Elternzeit bzw. Sonderurlaub (wie z.B. Schulungsprogramm, Mentorenprogramm, Teilzeitmodelle etc.)?

- ja
 nein

⇒ wenn nein, dann weiter mit Frage 19

18. Wie sieht die Wiedereingliederung aus?

19. Gibt es weitere Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Ärztinnen (z.B. Unterstützung bei Weiterbildungsmaßnahmen, flexible Arbeitszeiten bzw. Teilzeitmodelle)?

- ja
 nein

20. Wenn ja, welches sind diese?

Statistikdaten:

Name Krankenhaus: _____

Anzahl Mitarbeiter gesamt: _____

Anzahl Ärztinnen/Ärzte gesamt: _____

davon Ärztinnen: _____

B Gesamtergebnis der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern in Münster und im Münsterland (08/2010)

Name Krankenhaus/ bzw. Krankenhausträger	Zugehörige Kliniken	Anzahl Mitarbeiter gesamt	Anzahl Ärzte gesamt	Anzahl Ärztinnen	Prozentanteil Ärztinnen	Kinderbetreuung	betriebseigene KiTa	U3 Betreuung	Öffnungszeiten	Fachkräfte in der KiTa	Prioritätenliste	Kriterien der Zuteilung	Finanzierung der KiTa	Finanzieller Zuschuss/ außerbetriebliche Kinderbetreuung	Ferienbetreuung	Art der Ferienbetreuung	Betreuung im Notfall	Wie sieht die Notfallbetreuung aus?	Wiedereingliederung	Weitere Angebote
Stadt Münster																				
LWL-Klinik Münster	LWL-Klinik Lengerich	950	62	40	64,52%	nein	nein	nein	. / .	. / .	. / .	. / .	. / .	nein	ja	Kooperation mit dem Ferienangebot der Bezirksregierung	nein	. / .	Teilzeitbeschäftigung mit flexiblen Arbeitszeiten	Benennung von Ansprechpartnern für dieses Thema Infos auch an beurlaubte Mitarbeiter Präsentation am Tag der offenen Tür Teilnahme an der Auslieferung der Hertie Stiftung Teilnahme an Fortbildungen auch für beurlaubte Ärztinnen Umsetzung weiterer Maßnahmen in den nächsten 3 Jahren geplant
Clemenshospital GmbH Münster	Träger: Misericordia GmbH	1080	136	57	41,91%	geplant, es sollen Tagesmütter zur Verfügung gestellt werden	nein	nein	. / .	. / .	. / .	Es sollen möglichst alle Anfragen nach Tagesmüttern bedient werden.	Die Finanzierung der Tagesmütter soll über die Stadt Münster, den Arbeitgeber und eine Eigenbeteiligung der Mitarbeiter erfolgen.	nein	nein	. / .	geplant	Es ist eine Backup-Lösung über die pme Familienservice GmbH geplant.	nein	Teilzeitbeschäftigung und flexible Arbeitszeiten
Raphaëlklinik Münster GmbH	Träger: Misericordia GmbH	ca. 700	ca. 70	nicht bekannt	. / .	geplant, es sollen Tagesmütter zur Verfügung gestellt werden	nein	nein	. / .	. / .	. / .	Es sollen möglichst alle Anfragen nach Tagesmüttern bedient werden/Konzept ab 2011 - noch nicht abschließend beschlossen.	Die Finanzierung der Tagesmütter soll über die Stadt Münster, den Arbeitgeber und eine Eigenbeteiligung der Mitarbeiter erfolgen.	nein	nein	. / .	geplant	Es ist eine Backup-Lösung über die pme Familienservice GmbH geplant.	nein	Teilzeitbeschäftigung und flexible Arbeitszeiten
St. Franziskus-Hospital GmbH Münster	zusätzlich Krankenhaus Maria Frieden Teilgte	1619	252	117	46,43%	ja	ja, derzeit 2 Gruppen aktuell 16 "U3 Kinder" in der KiTa	ja	Mo-Fr 7:00 bis 19:00 Uhr	4 Fachkräfte (Vollzeit) 1 Ergänzungskraft (auch Vollzeit)	ja	allein erziehend, Alter des Kindes, Geschlecht d. Kindes, Konstellation der Gruppe, Einrichtung (MA SFH oder in einer Einrichtung der Stiftung), gewünschtes Stundenkontingent. (Kein Unterschied nach Berufsgruppen)	Finanzierung durch das Land (KiBiz), Zuschuss Arbeitgeber, Beitrag Arbeitnehmer	nein	ja	Angebote vom pme Familienservice und FACT Mobile (Zuschuss durch den Arbeitgeber)	ja	Stellung einer Betreuungskraft durch die pme Familienservice GmbH	Mentorenprogramm und Teilzeitmodelle (Anpassung der AZ an die Möglichkeiten der MA)	flexible Arbeitszeiten, Info Portal "Mein Familienservice" im Intranet mit Informationen über Kinderbetreuung, Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen, Lebenslagen-coaching, Beratung durch den SKM in versch. Lebenslagen, Unterstützung von Weiterbildungsmaßnahmen, Babysitterservice
Universitätsklinikum Münster		7441	1056	424	40,15%	ja	ja, zudem ist eine Erweiterung von 43 auf 120-150 Plätze geplant (10 Gruppen, wobei 5 Gruppen für U3 und 5 Gruppen für altersgemischte Gruppen vorgesehen sind)	ja	Mo, Di, Do 6:45-17:30 Uhr Mi 6:45-16:00 Uhr Fr 6:45-16:30 Uhr	11 feste Mitarbeiter, davon 3 in Teilzeit 2 BAU Praktikanten & 1 Küchenhilfe (1/3 Stelle)	ja	Alter des Kindes, Geschlecht d. Kindes (ausgewogene Gruppen), soziale Faktoren (allein erziehend etc.), interne Kriterien (Kommissionsitzung entscheidet 2 x jährlich über die Platzvergabe, Erstellung eines Rankings)	Zuschuss Arbeitgeber, Beitrag Arbeitnehmer	nein	nein	. / .	nein	. / .	nein	flexible Arbeitszeiten, Gleitzeit, Teilzeitmodelle
Evangelisches Krankenhaus Johannestift Münster gGmbH		300	24	16	66,67%	nein	nein	nein	. / .	. / .	. / .	. / .	. / .	nein	nein	. / .	nein	. / .	Einarbeitungsphase in relevanten Bereichen (Notaufnahme, Intensivtherapie, EDV) und Teilzeitmodelle	flexible Arbeitszeiten, Flexible Reaktion auf "familiäre Notfälle"
Fachklinik Hornheide		ca. 300	ca. 40	ca. 20	50,00%	nein	nein	nein	. / .	. / .	. / .	. / .	. / .	nein	nein	. / .	nein	. / .	individuelle Vereinbarung	flexibler Arbeitszeitbeginn, individuelle Vereinbarungen mit dem MA/ Reduzierung Arbeitszeit muss nicht auf Dauer sein, sondern kann auch vorübergehend sein/ Sonderurlaub aus familiären Gründen wird "großzügig" genehmigt (interne "Soll-Vorschritt" aus anderen Gründen immer "kann-Vorschritt")
Kreis Borken																				
St. Antonius-Hospital Gronau gmbh		625	65	30	46,15%	ja	nein, aber es gibt einen tragereigenen Kindergarten	ja	nicht bekannt	nicht bekannt	nein	nicht bekannt	Finanzierung durch das Land (KiBiz)	nein	ja	durch Arbeitgeberinitiative in Gronau 3 Wochen Ferienbetreuung für Kinder von 3-12 Jahren, für 2011 wahrscheinlich 6 Wochen in den Sommerferien.	nein	. / .	Teilzeitmodelle und individuelle Vereinbarungen über den Wiedereinstieg	Unterstützung bei Weiterbildungsmaßnahmen, flexible Arbeitszeiten bzw. Teilzeitmodelle
Krankenhaus Maria Hilff Stadthof		381	28	nicht bekannt	. / .	ja, es besteht eine Kooperation mit dem örtlichen Kindergarten	nein	nein	Zeiten des öffentlichen Kindergartens	. / .	nein	. / .	Finanzierung durch das Land (KiBiz), Zuschuss Arbeitgeber	nein	nein	. / .	nein	. / .	Wiedereingliederung erfolgt über Schulung	Teilzeitmodelle, Weiterbildungsangebote
St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden	Klinikverbund Westmünsterland	750	80	50	62,50%	ja	ja, auf dem Gelände des Krankenhauses ist mit finanzieller Förderung des Bundes und der Stadt ein Kinderhaus ("Rasselbande") errichtet worden, mit dem Ziel einer flexiblen Kinderbetreuung. Obwohl diese Einrichtungen allen Bürgern in Ahaus und Umgebung offen steht, hat das Krankenhaus Vorrang bei der Zuteilung.	ja	Mo-Fr, 7:00 - 19:00 Uhr Sa. 7:00 - 13:00 Uhr abweichende Zeiten werden durch Sonderregelungen abgedeckt Bsp.: Ärztin muss um halb 6 zum Dienst- die Erzieherin kommt nach Hause und die Ärztin kann arbeiten gehen- Erzieherin wartet bis Kind wach ist, hilft beim anziehen und nimmt es mit in die KiTa	nicht bekannt	ja	nach Wunsch des Krankenhauses, Vorrang für Kinder von Ärzten	Finanzierung durch das Land (KiBiz), Zuschuss Arbeitgeber, Beitrag Arbeitnehmer	nein	ja	Die Ferienbetreuung wurde erstmals in 2010 durchgeführt und startete mit einer kleinen Gruppe über drei Wochen hinweg.	ja	individuelle Regelung	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen
St. Marien-Hospital Borken	Klinikverbund Westmünsterland	ca. 750	nicht bekannt	nicht bekannt	. / .	nein	nein	nein	. / .	. / .	. / .	. / .	. / .	nein	nein	. / .	nein	. / .	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen
St. Agnes-Hospital gGmbH Bocholt	Klinikverbund Westmünsterland	ca. 1000	nicht bekannt	nicht bekannt	. / .	geplant (PE-Konzept wird durch zentrale Personalentwicklung innerhalb des Klinikverbundes Westmünsterland gerade entwickelt- analog zum Konzept in Ahaus)	nein	nein	. / .	. / .	. / .	. / .	. / .	nein	nein	. / .	nein	. / .	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen

B Gesamtergebnis der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern in Münster und im Münsterland (08/2010)

Name Krankenhaus/ bzw. Krankenhausträger	Zugehörige Kliniken	Anzahl Mitarbeiter gesamt	Anzahl Ärzte gesamt	Anzahl Ärztinnen	Prozentanteil Ärztinnen	Kinderbetreuung	betriebseigene KiTa	ÜB Betreuung	Öffnungszeiten	Fachkräfte in der KiTa	Prioritätenliste	Kriterien der Zuteilung	Finanzierung der KiTa	Finanzieller Zuschuss/ außerbetriebliche Kinderbetreuung	Ferienbetreuung	Art der Ferienbetreuung	Betreuung im Notfall	Wie sieht die Notfallbetreuung aus?	Wiedereingliederung	Weitere Angebote
St. Vinzenz-Hospital Rhede	Klinikverbund Westmünsterland	ca. 200	nicht bekannt	nicht bekannt	.J.	geplant (PE-Konzept wird durch zentrale Personalentwicklung innerhalb des Klinikverbundes Westmünsterland gerade entwickelt-malig zum Konzept in Ahaus)	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	nein	nein	.J.	nein	.J.	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen
Kreis Coesfeld																				
Christophorus-Kliniken GmbH	Betriebsstätten: St. Vinzenz-Hospital Coesfeld, Franz-Hospital Dülmen, St. Gerburgis-Hospital Netolin	ca. 1600	195	100	51,28%	geplant, Kooperation mit einer Kinderbetreuungs-einrichtung in direkter Nähe des Krankenhauses	nein	ist geplant im Rahmen der Kooperation	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	nein	nein	nein, aber die Mitarbeiter werden z.Zt. über Angebote der Stadt und anderer Anbieter vor Ort informiert	nein	.J.	Teilzeitangebote, individuelle Betreuung durch Ärzte vor Ort	Teilzeitangebote, Weiterbildung in Teilzeit, Bügelservice, regelmäßige Treffen in der Elternzeit
St. Marien-Hospital Lidinghausen		340	28	12	42,86%	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	nein	nein	.J.	nein	.J.	nein	nein
Kreis Steinfurt																				
Helios Kliniken Lengerich		ca. 182	ca. 25	ca. 6	ca. 25%	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	ja, alle Mitarbeiter, die früher aus der EZ an ihren Arbeitsplatz zurückkehren erhalten einen Kinderbetreuungs-zuschuss von bis zu 100 € pro Kind	nein	.J.	nein	.J.	individuelle Arbeitsmodelle, Teilzeitmodelle, Mentorenprogramm (fachliche und außerfachliche Unterstützung auf dem Weg zum Karriereziel)	.J.
LWL-Klinik Lengerich		930	74	53	71,62%	ja	Mitnutzung der Patienten KiTa	nein	8.00 bis 16.00 Uhr	nicht bekannt	.J.	.J.	.J.	nein	nein	.J.	ja	es können Plätze in der KiTa für Patientenkinder belegt werden, Notfalllösung bis zu 5 Tagen	wie bei LWL Klinik in Münster	wie bei LWL Klinik in Münster
Klinikum Ibbenbüren GmbH	Mathias Stiftung	ca. 930	86	26	30,23%	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	nein	nein	.J.	nein	.J.	nein	Es wird versucht den Mitarbeitern individuell nach persönlicher Absprache ein entsprechendes Angebot zu machen.
Portalklinik Plus Hospital Ochtrup	Mathias Stiftung	ca. 85	7	nicht bekannt	.J.	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	ja, finanzieller Zuschuss für die Kinderbetreuung durch eine Tagesmutter oder einen KiTa Platz	nein	.J.	nein	.J.	nein	Es wird versucht den Mitarbeitern individuell nach persönlicher Absprache ein entsprechendes Angebot zu machen.
Mathias Spital Rheine	Mathias Stiftung (ca. 3200 MA in der Stiftung gesamt inkl. Ibbenbüren und Ochtrup sowie aller Altenheime etc.)	mehr als 1000 MA	157	nicht bekannt	.J.	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	ja, finanzieller Zuschuss für die Kinderbetreuung durch eine Tagesmutter oder einen KiTa Platz	nein	.J.	nein	.J.	nein	Es wird versucht den Mitarbeitern individuell nach persönlicher Absprache ein entsprechendes Angebot zu machen.
Christliche Krankenhaus Träger GmbH (Eine Gesamtaussage für 3 Häuser)	Marienhospital Emsdetten (ca. 635 MA) Maria-Josef-Hospital Greven (ca. 635 MA) Marienhospital Steinfurt (ca. 800 MA)	2070	180	92	51,11%	geplant, erste Gespräche mit lokalen Betreuungseinrichtungen finden gerade statt	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	nein	nein	.J.	nein	.J.	nein	Unterstützung bei Weiterbildung, Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Es wird auf die Wünsche der Ärztinnen eingegangen. Ein Konzept zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird noch erstellt.
Kreis Warendorf																				
Josephs-Hospital Warendorf		550	60	18	30,00%	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	nein	nein	.J.	nein	.J.	Es werden individuelle Vereinbarungen getroffen.	flexible Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle, individuelle Vereinbarungen
St. Josef-Stift Sendenhorst		707	62	18	29,03%	geplant	nein, aber es läuft eine Planungsphase bei der unterschiedliche Möglichkeiten geprüft werden	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	nein	nein	.J.	nein	.J.	nein	Unterstützung durch Weiterbildungsmaßnahmen und Teilzeitmodelle
St. Franziskus-Hospital Ahlen		750	75	38	50,67%	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	ja, in Ausnahme-fällen im Rahmen der steuerfreien Möglichkeiten	nein	.J.	ja	wird mit der Pflegedienstleitung und der Pädiatrie individuell geregelt	Teilzeitmodelle nach Einzelabsprache, Sonderurlaub, Fortbildungsmöglichkeiten	Teilzeitmodelle jeder Art und finanzielle Unterstützung bei Fortbildungen, Auf individuelle Wünsche wird eingegangen.
St. Elisabeth-Hospital Beckum		350	37	8	21,62%	nein	nein	nein	.J.	.J.	.J.	.J.	.J.	ja, in Ausnahme-fällen im Rahmen der steuerfreien Möglichkeiten	nein	.J.	ja	wird mit der Pflegedienstleitung und der Pädiatrie individuell geregelt	Teilzeitmodelle nach Einzelabsprache, Sonderurlaub, Fortbildungsmöglichkeiten	Teilzeitmodelle jeder Art und finanzielle Unterstützung bei Fortbildungen, Auf individuelle Wünsche wird eingegangen.

C Ergebnisse der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern mit bis zu 500 Mitarbeitern (08/2010)

Name Krankenhaus/ bzw. Krankenhausträger	Zugehörige Kliniken	Anzahl Mitarbeiter gesamt	Anzahl Ärzte gesamt	Anzahl Ärztinnen	Prozentanteil Ärztinnen	Kinderbetreuung	betriebs eigene KiTas	U3 Betreuung	Öffnungszeiten	Fachkräfte in der KiTa	Prioritätenliste	Kriterien der Zuteilung	Finanzierung der KiTa	Finanzieller Zuschuss/ außerbetriebliche Kinderbetreuung	Ferien-betreuung	Art der Ferienbetre- uung	Betreuung im Notfall	Wie sieht die Notfallbetreuung aus?	Wiedereingliederung	Weitere Angebote
Evangelisches Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH		300	24	16	66,67%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	Einarbeitungsphase in relevanten Bereichen (Notaufnahme, Intensiv-therapie, EDV) und Teilzeitmodelle	flexible Arbeitszeiten, flexible Reaktion auf "familiäre Notfälle"
Fachklinik Hornheide		ca. 300	ca. 40	ca. 20	50,00%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	individuelle Vereinbarung	flexibler Arbeitszeitbeginn, individuelle Vereinbarungen mit dem MA/ Reduzierung Arbeitszeit muss nicht auf Dauer sein, sondern kann auch vorübergehend sein/ Sonderurlaub aus familiären Gründen wird "großzügig" genehmigt (interne "Soll-Vorschrift"/aus anderen Gründen immer "Kann-Vorschrift")
Krankenhaus Maria Hilf Stadthohn		381	28	nicht bekannt	/.	ja, es besteht eine Kooperation mit dem örtlichen Kindergarten	nein	nein	Zeiten des öffentlichen Kindergartens	/.	nein	/.	Finanzierung durch das Land (KiBiz), Zuschuss Arbeitgeber	nein	nein	/.	nein	/.	Wiedereingliederung erfolgt über Schulung	Teilzeitmodelle, Weiterbildungsangebote
St. Vinzenz-Hospital Rhede	Klinikverbund Westmünsterland	ca. 200	nicht bekannt	nicht bekannt	/.	geplant (PE-Konzept wird durch zentrale Personalentwicklung innerhalb des Klinikverbundes Westmünsterland gerade entwickelt- analog zum Konzept in Ahaus)	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen
St. Marien-Hospital Lüdighausen		340	28	12	42,86%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	nein	nein
Helios Kliniken Lengerich		ca. 182	ca. 25	ca. 6	ca. 25%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	ja, alle Mitarbeiter, die früher aus der EZ an ihren Arbeitsplatz zurückkehren erhalten einen Kinderbetreuungs- zuschuss von bis zu 100 € pro Kind	nein	/.	nein	/.	individuelle Arbeitsmodelle, Teilzeitmodelle, Mentorenprogramm (fachliche und außerfachliche Unterstützung auf dem Weg zum Karriereziel)	/.
Portalklinik Plus Hospital Ochtrup	Mathias Stiftung	ca. 85	7	nicht bekannt	/.	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	ja, finanzieller Zuschuss für die Kinderbetreuung durch eine Tagesmutter oder einen KiTa Platz	nein	/.	nein	/.	nein	Es wird versucht den Mitarbeitern individuell nach persönlicher Absprache ein entsprechendes Angebot zu machen.
St. Elisabeth-Hospital Beckum		350	37	8	21,62%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	ja, in Ausnahmefällen im Rahmen der steuerfreien Möglichkeiten	nein	/.	ja	wird mit der Pflegedienstleitung und der Pädiatrie individuell geregelt	Teilzeitmodelle nach Einzelabsprache, Sonderurlaub, Fortbildungsmöglichkeiten	Teilzeitmodelle jeder Art und finanzielle Unterstützung bei Fortbildungen. Auf individuelle Wünsche wird eingegangen.

D Ergebnisse der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern mit 500-1000 Mitarbeitern (08/2010)

Name Krankenhaus/ bzw. Krankenhausträger	Zugehörige Kliniken	Anzahl Mitarbeiter gesamt	Anzahl Ärzte gesamt	Anzahl Ärztinnen	Prozentanteil Ärztinnen	Kinderbetreuung	betriebs eigene KiTa	U3 Betreuung	Öffnungszeiten	Fachkräfte der KiTa	Prioritäten- liste	Kriterien der Zuteilung	Finanzierung der KiTa	Finanzieller Zuschuss/ außerbetriebliche Kinderbetreuung	Ferien- betreuung	Art der Ferienbetreuung	Betreuung im Notfall	Wie sieht die Notfallbetreuung aus?	Wiedereingliederung	Weitere Angebote
LWL-Klinik Münster	LWL-Klinik Lengerich	950	62	40	64,52%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	ja	Kooperation mit dem Ferienangebot der Bezirksregierung	nein	/.	Teilzeitbeschäftigung mit flexiblen Arbeitszeiten	Benennung von Ansprechpartnern für dieses Thema, Infos auch an beurlaubte Mitarbeiter, Präsentation am Tag der offenen Tür, Teilnahme an der Auditing der Hertie Stiftung, Teilnahme an Fortbildungen auch für beurlaubte Ärztinnen, Umsetzung weiterer Maßnahmen in den nächsten 3 Jahren geplant
Raphaelsklinik Münster GmbH	Träger: Misericordia GmbH	ca. 700	ca. 70	nicht bekannt	/.	geplant, es sollen Tagesmütter zur Verfügung gestellt werden	nein	nein	/.	/.	/.	Es sollen möglichst alle Anfragen nach Tagesmüttern bedient werden/ Konzept ab 2011 noch nicht abschließend beschlossen.	Die Finanzierung der Tagesmütter soll über die Stadt Münster, den Arbeitgeber und eine Eigenbeitrags der Mitarbeiter erfolgen.	nein	nein	/.	geplant	Es ist eine Backup- Lösung über die gms Familien- service GmbH geplant.	nein	Teilzeitbeschäftigung und flexible Arbeitszeiten
St. Antonius-Hospital Gronau GmbH		625	65	30	46,15%	ja	nein, aber es gibt einen tragereigenen Kindergarten	ja	nicht bekannt	nicht bekannt	nein	nicht bekannt	Finanzierung durch das Land (KIBiz)	nein	ja	durch Arbeitgeberinitiative in Gronau, 3 Wochen Ferienbetreuung für Kinder von 3-12 Jahren, für 2011 wahrscheinlich 6 Wochen in den Sommerferien	nein	/.	Teilzeitmodelle und individuelle Vereinbarungen über den Wiedereinstieg	Unterstützung bei Weiterbildungsmaßnahmen, flexible Arbeitszeiten bzw. Teilzeitmodelle
St. Marien-Krankenhaus Ahaus-Vreden	Klinikverbund Westmünsterland	750	80	50	62,50%	ja	ja, auf dem Gelände des Krankenhauses ist mit finanzieller Förderung des Bundes und der Stadt ein Kinderhaus ("Rasselbande") errichtet worden, mit dem Ziel einer flexiblen Kinderbetreuung. Obwohl diese Einrichtungen allen Bürgern in Ahaus und Umgebung offen steht, hat das Krankenhaus Vorrang bei der Zuteilung.	ja	Mo.-Fr. 7:00 - 18:00 Uhr Sa. 7:00 - 13:00 Uhr abweichende Zeiten werden durch Sonderregelungen abgedeckt Bsp.: Ärztin muss um halb 6 zum Dienst- die Erzieherin kommt nach Hause und die Ärztin kann arbeiten gehen- Erzieherin wartet bis Kind wach ist, hilft beim Anziehen und nimmt es mit in die KiTa	nicht bekannt	ja	nach Wunsch des Krankenhauses, Vorrang für Kinder von Ärzten	Finanzierung durch das Land (KIBiz), Zuschuss Arbeitgeber, Beitrag Arbeitnehmer	nein	ja	Die Ferienbetreuung wurde erstmalig in 2010 durchgeführt und startete mit einer kleinen Gruppe über drei Wochen hinweg.	ja	Individuelle Regelung	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen
St. Marien-Hospital Borken	Klinikverbund Westmünsterland	ca. 750	nicht bekannt	nicht bekannt	/.	geplant (PE-Konzept wird durch zentrale Personalentwicklung innerhalb des Klinikverbundes Westmünsterland gerade entwickelt-analog zum Konzept in Ahaus)	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen
LWL-Klinik Lengerich	LWL-Klinik Münster	930	74	53	71,62%	ja	Mitnutzung der Patienten-KiTa	nein	8:00 bis 16:00 Uhr	nicht bekannt	/.	/.	/.	nein	nein	/.	ja	es können Plätze in der KiTa für Patientenkinder belegt werden, Notfalllösung bis zu 5 Tagen	wie bei LWL Klinik in Münster	wie bei LWL Klinik in Münster
Klinikum Ibberröden GmbH	Mathias Stiftung	ca. 930	86	26	30,23%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	nein	Es wird versucht den Mitarbeitern individuell nach persönlicher Absprache ein entsprechendes Angebot zu machen.
Marienhospital Steinfurt (ca. 800 MA)	Christliche Krankenhaus Träger GmbH	800	180	92	51,11%	geplant, erste Gespräche mit lokalen Betreuung- einrichtungen finden gerade statt	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	nein	Unterstützung bei Weiterbildung, Flexibilisierung der Arbeitszeiten Es wird auf die Wünsche der Ärztinnen ein- gegangen. Ein Konzept zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird noch erstellt.
Marienhospital Emsdetten	Christliche Krankenhaus Träger GmbH	ca. 635 MA																		
Maria-Josef-Hospital Greven	Christliche Krankenhaus Träger GmbH	ca. 635 MA																		
Josephs-Hospital Warendorf		550	60	18	30,00%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	Es werden individuelle Vereinbarungen getroffen.	flexible Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle, individuelle Vereinbarungen
St. Josef-Stift Sendenhorst		707	62	18	29,03%	geplant	nein, aber es läuft eine Planungsphase bei der unterschiedliche Möglichkeiten geprüft werden	nein	/.	/.	/.	/.	/.	nein	nein	/.	nein	/.	nein	Unterstützung durch Weiterbildungsmaßnahmen und Teilzeitmodelle
St. Franziskus-Hospital Ahen		750	75	38	50,67%	nein	nein	nein	/.	/.	/.	/.	/.	ja, in Ausnahmefällen im Rahmen der steuerfreien Möglichkeiten	nein	/.	ja	wird mit der Pflegedienst- leitung und der Pädiatrie individuell geregelt	Teilzeitmodelle nach Einzelabsprache, Sonderurlaub, Fortbildungsmöglich- keiten	Teilzeitmodelle jeder Art und finanzielle Unterstützung bei Fortbildungen, auf individuelle Wünsche wird eingegangen

E Ergebnisse der empirischen Untersuchung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Krankenhäusern mit mehr als 1000 Mitarbeitern (08/2010)

Name Krankenhaus/ bzw. Krankenhausträger	Zugehörige Kliniken	Anzahl Mitarbeiter gesamt	Anzahl Ärzte gesamt	Anzahl Ärztinnen	Prozentanteil Ärztinnen	Kinderbetreuung	betriebseigene KiTa	U3 Betreuung	Öffnungszeiten	Fachkräfte in der KiTa	Prioritätenliste	Kriterien der Zuteilung	Finanzierung der KiTa	Finanzieller Zuschuss/ außerbetriebliche Kinderbetreuung	Ferienbetreuung	Art der Ferienbetreuung	Betreuung im Notfall	Wie sieht die Notfallbetreuung aus?	Wiedereingliederung	Weitere Angebote
Clemenshospital GmbH Münster	Träger: Misericordia GmbH	1080	136	57	41,91%	geplant, es sollen Tagesmütter zur Verfügung gestellt werden	nein	nein	./.	./.	./.	Es sollen möglichst alle Anfragen nach Tagesmüttern bedient werden.	Die Finanzierung der Tagesmütter soll über die Stadt Münster, den Arbeitgeber und eine Eigenbeteiligung der Mitarbeiter erfolgen.	nein	nein	./.	geplant	Es ist eine Backup-Lösung über die pme Familienservice GmbH geplant.	nein	Teilzeitbeschäftigung und flexible Arbeitszeiten
St. Franziskus-Hospital GmbH Münster	zusätzlich Krankenhaus Maria Frieden Telgte	1619	252	117	46,43%	ja	ja, derzeit 2 Gruppen aktuell 16 "U3 Kinder" in der KiTa	ja	Mo-Fr 7:00 bis 19:00 Uhr	4 Fachkraft (Vollzeit) 1 Ergänzungskraft (auch Vollzeit)	ja	allein erziehend, Alter des Kindes, Geschlecht d. Kindes, Konstellation der Gruppe, Einrichtung (MA SFH oder in einer Einrichtung der Stiftung), gewünschtes Stundenkontingent (kein Unterschied nach Berufsgruppen)	Finanzierung durch das Land (KiBa), Zuschuss Arbeitgeber, Beitrag Arbeitnehmer	nein	ja	Angebote vom pme Familienservice und FACT Mobile (Zuschuss durch den Arbeitgeber)	ja	Stellung einer Betreuungskraft durch die pme Familienservice GmbH	Mentorenprogramm und Teilzeitmodelle (Anpassung der AZ an die Möglichkeiten der MA)	flexible Arbeitszeiten, Info Portal "Mein Familienservice" im Intranet mit Informationen über Kinderbetreuung, Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen, Lebenslagencoaching, Beratung durch den SKM in versch. Lebenslagen, Unterstützung von Weiterbildungsmaßnahmen, Babysitterservice
Universitätsklinikum Münster		7441	1056	424	40,15%	ja	ja, zudem ist eine Erweiterung von 43 auf 120-150 Plätze geplant (10 Gruppen, wobei 5 Gruppen für U3 und 5 Gruppen für altersgemischte Gruppen vorgesehen sind)	ja	Mo, Di, Do 6:45-17:30 Uhr Mi 6:45-16:00 Uhr Fr 6:45-16:30 Uhr	11 feste Mitarbeiter, davon 3 in Teilzeit; 2 BAJ Praktikanten & 1 Küchenhilfe (1/3 Stelle)	ja	Alter des Kindes, Geschlecht d. Kindes (ausgewogene Gruppen) soziale Faktoren (allein erziehend etc.) interne Kriterien (Kommissionsatzung entscheidet 2 x jährlich über die Platzvergabe, Erstellung eines Rankings)	Zuschuss Arbeitgeber, Beitrag Arbeitnehmer	nein	nein (zukünftig geplant)	./.	nein	./.	nein	flexible Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle
Christophorus-Kliniken GmbH	Betriebsstätten: St. Vinzenz-Hospital Coesfeld; Franz-Hospital Dülmen; St. Gerburgis-Hospital Nottuln	ca. 1600	195	100	51,28%	geplant, Kooperation mit einer Kinderbetreuungseinrichtung in direkter Nähe des Krankenhauses	nein	ist geplant im Rahmen der Kooperation	./.	./.	./.	./.	./.	nein	nein	./.	nein, aber die Mitarbeiter werden 2.Zt. über Angebote der Stadt und anderer Anbieter vor Ort informiert	./.	Teilzeitangebote, individuelle Betreuung durch Ärzte vor Ort	Teilzeitangebote, Weiterbildung in Teilzeit, Bügelservice, regelmäßige Treffen in der Elternzeit
St.-Agnes-Hospital gGmbH Bocholt	Klinikverbund Westmünsterland	ca. 1000	nicht bekannt	nicht bekannt	./.	geplant (PE-Konzept wird durch zentrale Personalentwicklung innerhalb des Klinikverbundes Westmünsterland gerade entwickelt, analog zum Konzept in Ahaus)	nein	nein	./.	./.	./.	./.	./.	nein	nein	./.	nein	./.	Wiedereingliederung individuell	individuelle Regelungen
Mathias Spital Rheine	Mathias Stiftung	mehr als 1000 MA	157	nicht bekannt	./.	nein	nein	nein	./.	./.	./.	./.	./.	ja, finanzieller Zuschuss für die Kinderbetreuung durch eine Tagesmutter oder einen KiTa Platz	nein	./.	nein	./.	nein	Es wird versucht den Mitarbeitern individuell nach persönlicher Absprache ein entsprechendes Angebot zu machen.