

Die familienfreundliche Klinik: (wie) geht das?

Axel R. Heller, Susanne C. Heller

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Heller, Axel R., and Susanne C. Heller. 2009. "Die familienfreundliche Klinik: (wie) geht das?" *Der Anaesthesist* 58 (6): 571–81. <https://doi.org/10.1007/s00101-009-1566-4>.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:

Deutsches Urheberrecht

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/>



A.R. Heller · S.C. Heller

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Die familien-freundliche Klinik

(Wie) geht das?

„Da hätten Sie sich aber mal besser vorsehen sollen“, entgegnete uns die Sekretärin, bei der wir vor 13 Jahren um einen Termin beim Personalverantwortlichen unseres damaligen Arbeitgebers ersuchten, um „unsere“ Schwangerschaft gemäß den Vorgaben des Mutterschutzgesetzes (MuSchG, § 5 Abs. 1) mitzuteilen. Seither sind gerade angesichts des bevorstehenden demografischen Wandels enorme Anstrengungen seitens des Bundesfamilienministeriums [16] und anderer Einrichtungen [14, 24] erfolgt, um familienfreundliche Unternehmenspolitik auch im Krankenhaus [33] einzuführen oder zu unterstützen. In der Realität der Krankenhäuser und Forschungseinrichtungen sind sie indes noch nicht angekommen. Äußerungen wie „Wie konnte das passieren?“ sind angesichts einer schwangeren Mitarbeiterin offensichtlich noch immer an der Tagesordnung [8].

Modell der simultanen Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Kann sich eine Gesellschaft, angesichts der demografischen Entwicklung [3] mit Zunahme der Lebenserwartung bei konstant niedrigen Geburtenzahlen und gleichzeitig abnehmendem Qualifizierungsgrad [41], derartige Aussagen aus der Führungsebene erlauben? Infolge der Überalterung steigen einerseits die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung, während

gleichzeitig eine erhebliche Unterversorgung mit Fachkräften durch unkomponiertes altersbedingtes Ausscheiden absehbar ist [35]. Unter diesem Aspekt ist die traditionelle geschlechtsspezifische Rollenaufteilung, wie sie in folgendem Zitat literarisch festgehalten wurde, volkswirtschaftlich nicht mehr tragfähig:

... Der Mann muss hinaus
in's feindliche Leben,
Muss wirken und streben
Und pflanzen und schaffen,
Erlisten, erraffen,
Muss wetten und wagen,
Das Glück zu erjagen ...
Und drinnen walten
Die züchtige Hausfrau,
Die Mutter der Kinder,
Und herrschet weise
Im häuslichen Kreise, ...
(Aus Friedrich Schiller „Das Lied von der Glocke“, 1799)

Entsprechend essenziell sind Rekrutierung, Bindung und Motivation hoch qualifizierter Mitarbeiter. Dies gilt gerade auch in der Konkurrenz mit anderen Kliniken und Fachdisziplinen [15, 18]. Das Dreiphasenmodell der Familienlebensplanung (Berufstätigkeit, Familienphase und Wiedereinstieg) wird zunehmend durch ein Modell der simultanen Vereinbarkeit von Familie und Beruf abgelöst (Abb. 1; [41]). Daher ist die konfliktfreie Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch für Väter [10] ein wesentlicher Aspekt, der bereits heute über das Gehalt hinaus, insbesondere vor dem Hintergrund wenig flexibler Tarifgehälter in

den Krankenhäusern, als Anreizsystem für Potenzialträger wirkt [40].

• Traditionelle Rollenaufteilung ist volkswirtschaftlich nicht mehr tragfähig

Diese Notwendigkeiten wurden an einigen Kliniken wie auch dem Uniklinikum Dresden (UKD) schon frühzeitig erkannt. In einem ersten Schritt wurde Ende der 90er Jahre begonnen, bedarfsgangepasste, familienfreundliche Teilzeitmodelle einzuführen (Tab. 1, 2). Gerade im Fach Anästhesiologie sind Teilzeitmodelle aufgrund der zeitlich abgeschlossenen Verantwortungsbereiche ohne größeren Informationsverlust im Arbeitsablauf möglich. Lediglich für Berufsanfänger in den ersten beiden Jahren muss Teilzeitarbeit aufgrund des notwendigen „case load“ für effektive persönliche Lernkurven [22, 47] in der Weiterbildung als für beide Seiten unbefriedigend angesehen werden. Zum Stichtag 01.01.2009 waren die 86 Planstellen der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des UKD auf 37 Mitarbeiterinnen (13 Teilzeit) und 58 Mitarbeiter (8 Teilzeit) verteilt. In den letzten 3 Jahren waren 12 Mitarbeiterinnen in Elternzeit, mindestens 3 weitere werden 2009 in Mutterschutz gehen.

Die vorliegende Arbeit verwendet das generische Maskulinum. Soweit nichts anderes explizit formuliert, sind damit stets die weiblichen und männlichen Sprachformen gemeint. Die Verwendung nur einer Geschlechtsform dient der besseren Lesbarkeit und ist nicht benachteiligend gemeint.

Tab. 1 Dienstplanmodelle ärztlicher Dienst an der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Uniklinikum Dresden (42-h-Woche, Monatsarbeitszeitkonto)

Dienst	Interne Bezeichnung	Beginn	Ende
F1	Frühdienst	07.30 Uhr	16.00 Uhr
F1 kurz 1		07.30 Uhr	15.00 Uhr
F1 kurz 2		09.00 Uhr	14.00 Uhr
F1 kurz 3		07.30 Uhr	13.30 Uhr
F1 kurz 4		07.30 Uhr	15.24 Uhr
F1 kurz 5		07.30 Uhr	14.00 Uhr
F1 kurz 6		07.30 Uhr	14.24 Uhr
F2	F2-Dienst (1-mal vierzehntägig ^a)	07.30 Uhr	20.15 Uhr
F6	F6-Dienst (1-mal wöchentlich ^a)	07.30 Uhr	18.15 Uhr
L&F	Lehre und Forschung	07.30 Uhr	16.24 Uhr
FS	Frühdienst Schmerzambulanz	07.30 Uhr	16.24 Uhr
S1	Spätdienst PM/Urologie	10.00 Uhr	18.30 Uhr
S2	Spätdienst Aufwachraum	10.00 Uhr	20.45 Uhr
WT1	Wochenendtagdienst	09.30 Uhr	18.00 Uhr

PM Prämedikationsambulanz^aAlternativ für alle Mitarbeiter im F1-Dienst zur Erreichung der 42-h-Wochenarbeitszeit entsprechend dem Arbeitszeitgesetz § 7 in Verbindung mit dem Tarifvertrag für Ärzte.

Tab. 2 Verteilung der ärztlichen Teilzeitmitarbeiter auf die Diensttypen und Wochentage an der Klinik für Anästhesie, Universitätsklinikum Dresden (42-h-Woche, Monatsarbeitszeitkonto)

Mitarbeiter	MO	DI	MI	DO	FR	Stunden
CO	F1 kurz 1	–	–	–	F1 kurz 1	14
MKB	–	F1 kurz 2	F1 kurz 2	F1 kurz 2	–	15
JS	–	F1	–	F1	F1/–	21
SCH	F1	–	F1	–	F1 kurz 2	21
BB	F1 kurz 5	F1 kurz 5	F1 kurz 5	F1 kurz 5	F1 kurz 5	21
AN	Ungerade Woche /gerade Woche frei					21
CS	–	F1	F1	F1	F1	32
TW	4 Tage/Woche, F-Dienste, Tag frei					34
FH/ EE	F1 kurz 1	F1 kurz 1	F1 kurz 1	F1 kurz 1	F1 kurz 1	35
CM	F1	F1	F1	F1	–	35
BM/ MS	F1	F1	F1	F1	F1 kurz 3	36
JN	F1	F1	F1	F1	U/–	37
BE/JL/MT	F1	F1	F1	F1	F1	40

Kinder, Karriere und Anästhesie

Mit einer Erwerbsquote von lediglich 65% der Mütter mit einem Kind (ein Drittel davon in Teilzeit) bildet Deutschland europaweit das Schlusslicht [2]. Dieses familienunfreundliche Umfeld wirkt sich nicht nur auf die Kinderlosigkeit der Akademikerinnen aus [1], sondern betrifft auch männliche Wissenschaftler [31], da es für 70% der Befragten keine Option darstellt, die Wissenschaft aufgrund einer schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie („work-life balance“) zu verlassen. Interessanterweise scheint die Elternschaft allerdings für beide Geschlechter ein protektiver Faktor gegen „burn out“ im Beruf

zu sein, und das, obwohl Eltern nach eigenen Angaben eher zurückhaltend gefördert und aus beruflichen Netzwerken ausgeschlossen werden [31]. Umso entscheidender ist die Implementierung familienfreundlicher Maßnahmen, um Überlastung und Burn out gerade in der „At-risk“-Gruppe der Anästhesisten [30] vorzubeugen. In einer aktuellen Befragung bewerteten Anästhesisten ihre beruflichen Anforderungen quantitativ und emotional signifikant höher als andere Krankenhausärzte oder als ein Kontrollkollektiv aus der Normalbevölkerung [20]. Vor allem zeigte sich auch, dass Anästhesisten Beruf und Privatleben schwieriger als die beiden Vergleichskollektive miteinander verein-

baren können. Für die Anästhesie wurden Defizite gegenüber sonstigen Krankenhausärzten und der Normalbevölkerung in sozialer Unterstützung, Feedback, Führungsqualität und Gemeinschaftsgefühl berichtet [20]. Für Eltern sind derlei Aufgaben Tagesgeschäft; hiervon könnte wiederum die Anästhesie durch deren Einbindung profitieren. Der amtierende Präsident des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten, B. Landauer, gibt in diesem Zusammenhang ein klares Bekenntnis zur Anästhesie als familienfreundliches und „nicht nur grammatisch weibliches“ Fach [29].

Handlungsfelder familienfreundlicher Krankenhausführung

Wichtig für eine familienfreundliche Personalpolitik ist eine nachhaltige Veränderung der Unternehmenskultur im Hinblick auf Personalentwicklung sowie Führungskompetenz und nicht etwa der Einsatz hoher finanzieller Mittel [12]. Gera-de im Klinikalltag sind bedarfsgangepasste, kreative Lösungen (► Tab. 3) gefragt, die auch bei den Mitarbeitern ankommen [15]. Hierbei können lokale Unternehmensnetzwerke den gegenseitigen Nutzen durch Kooperationen erheblich steigern und Aufwendungen senken [12], wie dies eine Krankenhauskooperation von sechs Kliniken der Stadt Hamm tut.

► Im Klinikalltag sind bedarfsgangepasste, kreative Lösungen gefragt

Nach einer Allensbach-Umfrage [25] liegt der elterliche Bedarf an Maßnahmen seitens der Arbeitgeber schwerpunktmäßig in flexiblen Arbeitszeiten (86%), Sonderurlaub bei Erkrankung des Kindes (65%), Wiedereinstiegshilfen nach der Elternzeit (60%), Kinderbetreuung (58%) und Teilzeitarbeitsplätzen (51%). Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Mitarbeiterbindung bei familiär bedingten Pausen sind Kontakthaltemöglichkeiten [Weiterbezug der Dienst-E-Mails, Betriebszeitung, Weiterbildungsangebote, Feste, Wettbewerbe (► Abb. 2), Familienangebote] und Wiedereinarbeitungskonzepte, um in kurzer Zeit wieder das Selbstständigkeitsniveau und die Produktivität wie in Zeiten vor der

Die familienfreundliche Klinik. (Wie) geht das?

Zusammenfassung

Die demografische Entwicklung in Deutschland steuert auf einen erheblichen Fachkräftemangel innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre bei vermehrter Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen hin. Gleichzeitig wird das Dreiphasenmodell der Familienlebensplanung (Berufstätigkeit, Familienphase, Wiedereinstieg) zunehmend durch ein Modell der simultanen Vereinbarkeit von Familie und Beruf abgelöst. Dieser Wertewandel, obwohl von den Eltern selbst ausgehend, kann zum volkswirtschaftlich entscheidenden Faktor werden, dem demografiebedingten Verlust an qualifiziertem Personal zumindest entgegenzusteuern. Aus diesen drei Trends ergibt sich die volkswirtschaftliche Notwendigkeit, die familienbedingte Abwesenheit der gut ausgebildeten, motivierten und zuverlässigen Ärzte aus den Kliniken durch bedarfssadaptierte familienfreundliche Personal-

politik und unterstützende betriebliche Maßnahmen zu minimieren. In einer repräsentativen Umfrage gaben 26% der Befragten mit Kindern an, ihren Arbeitsplatz in der Vergangenheit bereits gewechselt zu haben, um Beruf und Familie besser in Einklang zu bringen. Dabei wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der Auswahl des Arbeitsplatzes schwerer gewichtet als ein hohes Einkommen. Demnach wird ein „work-life competence“ orientiertes Unternehmenskonzept der entscheidende Wettbewerbsfaktor zwischen den Universitäten, Kliniken und den Fachdisziplinen um Potenzialträger werden; dieser macht allerdings eine nachhaltige Änderung der traditionellen Klinikkultur notwendig. Anästhesierelevante Kernentwicklungsfelder einer familienfreundlichen Unternehmenspolitik sind dabei Arbeitszeit und Arbeitsorganisation, Teilzeitstellen auch für

Führungskräfte und Väter sowie Personalentwicklung. Gerade im Klinikalltag sind bedarfssangepasste kreative Lösungen gefragt, die nicht den Einsatz hoher finanzieller Mittel erfordern. Familienfreundliche Personalpolitik entspringt nicht nur altruistischem Enthusiasmus, sondern rechnet sich auch betriebswirtschaftlich. Dieser Beitrag diskutiert Notwendigkeiten, Chancen und Risiken familienorientierter Krankenhausführung sowie Handlungsfelder in der Anästhesie.

Schlüsselwörter

Familienfreundlichkeit · „Work-life competence“ · Personalorganisation · Unternehmensstrategie · Unternehmenskultur · Demografischer Wandel · Aufwand-Nutzen-Relation

The family-friendly hospital. (How) does it work?

Abstract

The demographic development in Germany is heading towards a significant shortage in specialists within the next 10–15 years with an increased demand for health services at the same time. The three-stage model of family life planning (work, family phase, return) will also be gradually replaced by a model of simultaneous compatibility of family and work. This change in values, although initiated by the parents themselves, may turn out to be a crucial countermeasure in national economy against the demography-related loss of qualified personnel. For these three trends the economic need arises to minimize family-related absence of our well-trained, motivated and reliable doctors from the clinical departments through implementation of family-friendly human resources policies

and supporting measures by the employers. In a representative survey 26% of respondents with children had in the past already changed their workplace to ensure a better match of work and family duties. In this regard the compatibility of family and professional responsibilities had a higher impact on the selection of the employer than a high income. Accordingly, a work-life competence oriented business plan will represent the crucial factor within the competition between universities, hospitals and professional disciplines to attract high potential bearers although a sustained change of the traditional hospital culture is mandatory. Anaesthesia-related fields of development regarding family-friendly corporate governance are working hours and organization of work, part-time

jobs even for managers and fathers, and staff development. In the hospital daily routine, in particular, creative solutions meeting the local demands are deemed necessary that do not involve the use of high financial resources. Family-friendly personnel policy not only arises from altruistic enthusiasm but also pays off economically. This article discusses the necessity, opportunities and threads of family-oriented hospital management and fields of action for anaesthesia departments.

Keywords

Family friendliness · Work-life competence · Staff management · Corporate strategy · Corporate governance · Demographic change · Motivation · Cost benefit estimation

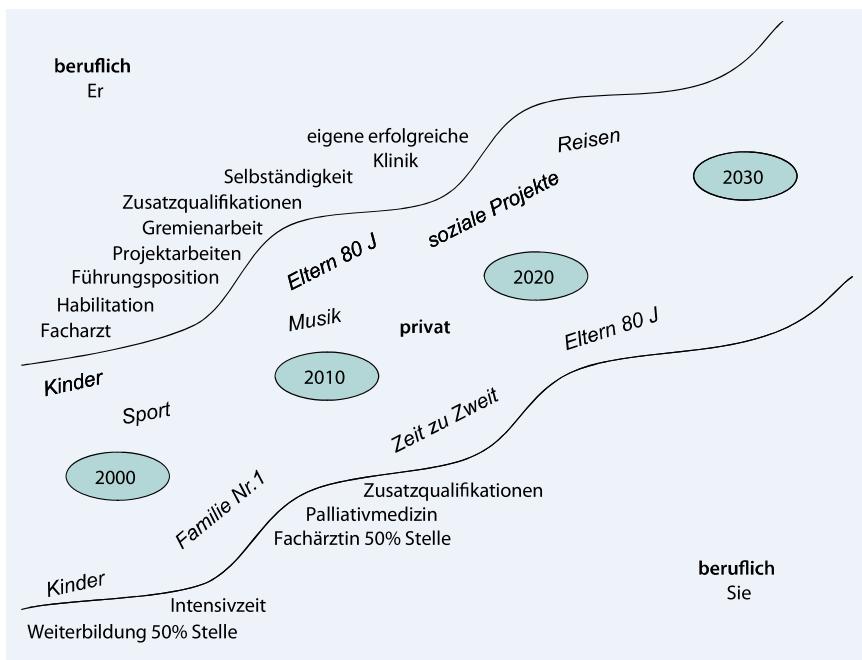


Abb. 1 ▲ Beispiel für Lebenszeitplanung und Work-life competence einer Anästhesistenfamilie



Abb. 2 ▲ Mix-Besatzung des Drachenboots „Carus-Express“ der Dresdner Anästhesie-Familie zum Stadtfest Pirna 2006

Abb. 3 ▲ Intranetseite zum Mutterschutz am Universitätsklinikum Dresden mit Links zu relevanten Dokumenten

Pause herzustellen. Dabei müssen jedoch die unterschiedlichen Sichtweisen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber berücksichtigt werden, um Maßnahmen nicht am Bedarf der Mitarbeiter vorbeigehend anzubieten oder sie vorzuhalten, ohne dass sie den Mitarbeitern bekannt sind. Wichtig sind sowohl die interne als auch die externe Kommunikation (Abb. 3) der familienfreundlichen Maßnahmen. Familienfreundlichkeit beschränkt sich dabei aber nicht nur auf den Bereich Kinder, sondern betrifft auch Kinderlose, wenn die Notwendigkeit der Betreuung der eigenen Eltern eintritt [11, 13]. Für die interne Kommunikation familienfreundlicher Maßnahmen eignet sich ein Klinikintranet mit Suchfunktion (Abb. 3). Hier können Kliniken und Interessengruppen eigene Bereiche administrieren sowie Informationen zur Verfügung stellen. Wichtige Bekanntgaben erscheinen auf der Startseite des Browsers und ermöglichen so eine weite Informationsstreuung. Externe Kommunikation familienfreundlicher Maßnahmen umfasst alle Arten von „public relation“ (Internetpräsenz, Stellenanzeigen, Lokalpresse etc.) und wirkt auch imagebildend (Abb. 4).

Kindertageseinrichtungen

Ein zentrales Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist die Verfügbarkeit von Kindertageseinrichtungen (KiTa), die zudem solche Servicezeiten anbieten, die den beruflichen Verpflichtungen, unter Umständen auch dem Schichtbetrieb eines Krankenhauses, entgegenkommen [15, 25]. Während sich die Besuchsquote (Anteil der KiTa-Besucher an der Gesamtaufklasse) bei den 3- bis 6-Jährigen bundeseinheitlich um 87% bewegt, existieren in den neuen Bundesländern für die Altersklasse der unter Dreijährigen mit einer Besuchsquote von 37% fünfmal mehr Plätze in KiTas [28]. Hierbei sind die berufsinkompatiblen Servicezeiten vieler Betreuungseinrichtungen in den alten Bundesländern noch nicht berücksichtigt. In einer Umfrage an 2222 deutschen Krankenhäusern gaben 107 Kliniken (15% der Antworten) an, über eigene KiTa-Plätze zu verfügen [15]. Der Fokus lag mit 45% auf der Betreuung 3- bis 6-Jähriger und 39% in der Altersgruppe von 0 bis 3 Jahren.

re, während die Gruppe der 6- bis 10-Jährigen von nur 17% der Angebote angesprochen wird. Entsprechend der Rücklaufquote der Befragung von 32% ist hier von einer erheblichen Unterversorgung auszugehen. Folglich sind die Klinikbetreiber gefordert, in Kooperation mit lokalen KiTas, Plätze für die Mitarbeiter in den notwendigen Zeitkorridoren zur Verfügung zu stellen und das Angebot intern auch nachhaltig zu kommunizieren. An der BG-Klinik Murnau stehen KiTa-Plätze ganzjährig auch an Wochenenden von 5.30 bis 21.30 Uhr zur Verfügung [15].

Probleme treten jedoch dann auf, wenn ungeplanter Betreuungsbedarf eintritt, z. B. wenn die Operation länger dauert oder der Kindergarten wegen einer Grippewelle vorübergehend geschlossen ist. Über 30% der Alleinerziehenden verlassen sich zur Absicherung dieses Bedarfs auf die Großeltern [39]. Dort lassen sich Betreuungszeiten flexibel gestalten, und erkrankte Kinder können ebenso versorgt werden. In vielen Fällen sind aber Großeltern nicht am Wohnort verfügbar. Wunschgroßelternnetzwerke können enorm hilfreich sein. Vitale Omas und Opas betreuen stundenweise, manchmal sogar unentgeltlich, ihre Wunschenkel. Sind all diese Optionen nicht verfügbar, ist das Engagement des Arbeitgebers für die Kinderbetreuung in Notfällen, z. B. bei Krankheit des Kindes, gefragt, das durch Förderung von Elterninitiativen, lokaler Unternehmensnetzwerke und z. B. Beschäftigung einer Kinderkrankenschwester für erkrankte Mitarbeiterkinder den Ausfall von Schlüsselmitarbeitern vermeidet. In der KiTa der BG-Klinik Murnau können auch erkrankte Mitarbeiterkinder betreut werden [15].

Arbeitszeit/-organisation

Inzwischen arbeitet jede dritte Frau mit Kind in Teilzeit [2]. Dabei zeigt sich, dass „Teilzeit-Mütter“ bei sonst vergleichbarer Ambitioniertheit gegenüber den Vollzeit tätigen Kolleginnen eine höhere Zufriedenheit sowie Arbeitseffizienz aufweisen und signifikant geringere Ansprüche an die Abwechslung am Arbeitsplatz sowie ihren Verdienst haben [26].

Eine Umwandlung in Teilzeitarbeit kann jeder Mitarbeiter beantragen, der

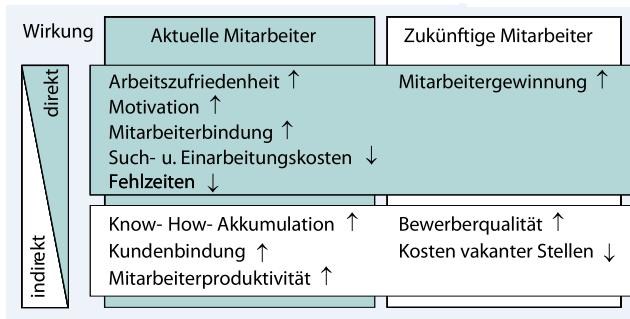


Abb. 4 Effekte familienfreundlicher Unternehmenspolitik.
(Nach [43])

länger als 6 Monate beim Arbeitgeber angestellt ist, wenn das Unternehmen mindestens 15 Mitarbeiter (ohne Auszubildende) beschäftigt. Nach der 2007er Novelle des Erziehungsgeldgesetzes kann auch während der Elternzeit bis zu 30 Wochenstunden gearbeitet werden [38]. Diese Form der Teilzeitarbeit eignet sich, um die Anästhesieroutine beizubehalten und Einkommensverluste zu vermeiden sowie im Bewusstsein der Klinik zu bleiben. Das Krankenhaus profitiert davon insfern, als keine oder geringere Kosten für die Rekrutierung und Einarbeitung einer Vertretungskraft entstehen.

Unabhängig davon, ob bereits während der Elternzeit gearbeitet wird, sind rechtzeitige Rückkehrgespräche mit den Personalverantwortlichen sehr wichtig. Hierfür müssen sich Eltern ein Vereinbarungskonzept für Beruf, Familie und die gemeinsame berufliche Zukunft erarbeiten (Abb. 1). Weiterhin muss erklärt sein, wie aktiv die Betreuung der eigenen Kinder selbst gestaltet werden soll, welches professionelle Betreuungsangebot (auch seitens des Arbeitgebers; Tab. 3) existiert und inwieweit sich das private Netzwerk an der Betreuung beteiligt.

Um nun zu einem für Klinik und Eltern tragfähigen Teilzeitkonzept mit symmetrischer Verteilung der Lasten zu kommen, sollte bereits zum Personalgespräch von Elternseite auch die Bedürfnislage der Klinik im Auge behalten werden. Ein kreativer Teilzeitvorschlag wird umso eher auf offene Ohren stoßen, je ausgeglichener die Waage zwischen Mitarbeiteranspruch und Klinik im Bezug auf die Ziele und Aufgaben der Anästhesieabteilung sowie bereits bestehende Modelle ist (Tab. 1, 2). Die Administration einer Vielzahl von komplexen Teilzeitmodellen ist mit Aufwand für die Personalverantwortlichen verbunden,

weil kommerzielle Dienstplan-Software den Erfordernissen bisher nur unzureichend gerecht wird. Entsprechend führen die Personalverantwortlichen am UKD die Planung PC-gestützt manuell durch und sind nach wie vor auf der Suche nach einem umfassenden und kompatiblen Planungs- und Abrechnungs-Tool. Nachvollziehbar hoch ist der Aufwand, insbesondere bei kurzfristigen Änderungen. Fachdisziplinen wie die Anästhesie, mit bereits einem großen Teil an Mitarbeiterinnen [29], haben eine starke Nachfrage nach Teilzeitstellen, auch bereits während der Weiterbildung. Mütter von schulpflichtigen Kindern möchten am liebsten nur vormittags arbeiten und nachmittags für die Kinder da sein. Kliniken stoßen hier selbst bei großem Verständnis für eine solche Nachfrage an ihre Grenzen. Operationsbereiche können am Nachmittag nicht ausreichend personell abgedeckt werden, und Vollzeitmitarbeiter müssen den vermehrten Arbeitsanfall am Nachmittag ggf. unter Inkaufnahme von Überzeiten mitabdecken.

Dabei sollte im Sinne des Betriebsklimas beachtet werden, dass das Verständnis kinderloser Mitarbeiter seine Grenzen hat. Folglich müssen Eltern neben dem für die persönliche Work-life balance angenehmsten Arbeitszeitmodell einen Plan B entwickeln, der die Wünsche berücksichtigt, die unabdingbar wichtig sind, damit auch der tägliche Abstimmungsaufwand für den Personalverantwortlichen leistbar bleibt. Ein Ansatz könnte sein, sich die Zeiten (halb-)tage- oder wochenweise mit einem anderen Teilzeit-Eltern teil aufzuteilen, sodass immer eine Hälfte z. B. des Mütterpaars in der Klinik anwesend und die andere für die gemeinsame Betreuung der Kinder zur Verfügung steht (Tab. 2). Die Kinder genau wie die Klinik profitieren von ausgeglichenen „Eltern-Anästhesisten“, die einen Beruf aus-

üben, der ihnen Spaß macht und Erfolg bringt [29]. Der Kreativität von Arbeitszeitmodellen sind hier fast keine Grenzen gesetzt, und die in Tab. 1 und 2 angegebenen Möglichkeiten stellen nur einen kleinen Ausschnitt dar. Denkbar sind ebenfalls Jahresarbeitszeitkonten, mit denen Spitzenbedarf in der Abteilung abgefangen werden kann, ohne bei geringerer Nachfrage Überkapazitäten an Personal zu fahren. Die Größe der Abteilung ist der kritische Faktor, der die Machbarkeit bestimmt. Größere Einrichtungen können aufgrund der Diversität der Anforderungen flexibler eine Palette von familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen anbieten, müssen jedoch auch oft zeitgleich mehrere Mutterschutz- und Elternzeiten organisieren. Diese Flexibilität der Teilzeitmodelle durch *variable Paarbildung* ist dem echten Jobsharing überlegen, bei dem mindestens zwei Mitarbeiter einen Arbeitsplatz mit allen Rechten und Pflichten aufteilen.

In diesem Zusammenhang stehen Teilzeitbeschäftigung und die Übernahme von Führungsaufgaben gerade in der Anästhesie nicht grundsätzlich im Widerspruch. Ein Anästhesiebereich kann durch zwei gut aufeinander abgestimmte Teilzeitmitarbeiter wechselweise geführt und bereichert werden. Wichtig ist eine klare gemeinsam verfolgte Strategie im Hinblick auf die relevanten Teilaufgaben (Standards, Weiterbildung, Forschung usw.). Hier sind allerdings immer die lokalen sowie individuellen Bedürfnisse und Notwendigkeiten miteinander in Einklang zu bringen.

Für die Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie des UKD bietet das angebotene Teilzeit- und Dienstmodellportfolio große Chancen, flexibel auf die Anforderung von Anästhesieleistungen durch die Operateure zu reagieren und gleichzeitig ungeplante Überzeiten für die Mitarbeiter weitestgehend zu vermeiden. Beispielsweise werden den internen Großabnehmern von Anästhesieleistungen (Allgemeinchirurgie, Urologie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie) regulär verlängerte Saallaufzeiten aus diesem Personalkontingent (F6- und F2-Dienste; Tab. 1) zur Verfügung gestellt.

Tab. 3 Handlungsfelder und Beispiele für familienfreundliche Maßnahmen in Krankenhäusern und Universitäten.
(Aus Audit „Beruf und Familie“ [24])

Wer?	Handlungsfelder	Beispiele in Krankenhäusern/Universitäten
Anästhesieabteilung	Arbeitszeit	Flexibilisierungsmodelle, familienbewusste Dienst- und Urlaubsplangestaltung, Freistellung in familiären Notsituationen, Abbau von Überstunden
	Arbeitsorganisation	Mitarbeitergespräche und Zielvereinbarungen zur Vereinbarkeit, Ausbildungspläne für die Facharztausbildung sowie Weiterbildung in Teilzeit, Programm zur Erleichterung des Wiedereinstiegs, Zielgespräche zwischen Vorstand und Direktoren, mitarbeiterfreundliche Prozessorganisation
	Personalentwicklung	Ausbildungspläne für die Facharztausbildung, Zielgespräche zur Familienfreundlichkeit zwischen Vorstand und Direktoren, jährliche Zielvereinbarungen „dual career couples“, Programm Wiedereinstieg, Stipendien für Nachwuchswissenschaftlerinnen, Kontakthaltemaßnahmen in familienbedingten Freistellungsphasen, Paar-Coaching-Programm für Studierende, Kursangebote zur Unterstützung bei der Versorgung von älteren/pflegebedürftigen Angehörigen
	Führungs-kompetenz	Nachhaltige Sensibilisierung der Führungskräfte, Festlegung von Ansprechpartnern, Mitarbeitergespräche zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Konfliktberatungsstelle/Mediationsangebote, Identifizierung teilzeitgeeigneter Führungs-aufgaben
	Information/Kommunikation	Informationen im Inter- und Intranet, Kommunikation von „Best-practice“-Beispielen/Vater des Monats, „kollegiale Hilfe“ zur Unterstützung schwieriger familiärer Situationen, „Paten-Oma-Initiative“/Kontaktbörse, Vortritt mit Kind in Sprechstunden, Festlegung von Ansprechpartnern, Mitarbeitergespräche zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Feste/Wettbewerbe/Flohmarkte, Betriebsvereinbarung zum Rückkehrmanagement, Service für Familien, Betriebskindergarten, KiTa-Plätze
	Studium und Qualifizierung	Festlegung von Ansprechpartnern, Teilzeitstudienplan, Dual-career-Couples, Stipendien für Nachwuchswissenschaftlerinnen, Paar-Coaching-Programm für Studierende, Ausweitung des „e-learning“, Anerkennung der Familienzeiten bei Berufungsverhandlungen, Kinderbetreuung bei Kongressen und Tagungen
	Arbeitsort	Ausweitung des Angebots an virtueller Lehre, Pilotprojekt Telearbeit (Informatik)
	Service für Familien	Vortritt mit Kind in Sprechstunden, Still- und Wickelräume, Bügel-/Haushaltsservice für Mitarbeiter, Jobticket, Kinderbetreuung: Notfallbetreuung, Tagesmütternetz, „kollegiale Hilfe“ in schwierigen familiären Situationen, Konfliktberatungsstelle/Mediationsangebote, Hausaufgabenbetreuung, Kinderferienbetreuung, Kurse in der Versorgung von älteren/pflegebedürftigen Angehörigen, Feste/Flohmarkte, Mitarbeitereinkauf, Fitnessstudio, Sonderkonditionen für Klinikangehörige bei lokalen Unternehmen, Einkaufsservice, Mittagstisch für Angehörige

Was darf die Schwangere in der Anästhesie?

In Deutschland sind Frauen in akademischer Führungsposition auch im internationalen Vergleich deutlich unterrepräsentiert [1, 48]. Ein zugrunde liegender Aspekt, der mancherorts die Einstellungs- oder Förderungsentscheidung bei Bewerberinnen unterschwellig beeinflussen mag, besteht in Unklarheiten über die Einsatzmöglichkeiten Schwangerer [32, 48]. Gerade für die Anästhesie können aber recht klare Aussagen zur Beschäftigung Schwangerer gemacht werden.

Neben dem MuSchG regeln weitere Verordnungen, wie die Verordnung zur ergänzenden Umsetzung der EG-Mutterschutzrichtlinie (MuSchRiV), die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie die Röntgenverordnung (RöV), die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) in Verbindung mit technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS), die Gentechnik-Sicherheitsverordnung (GenTSV) und die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) die Beschäftigung werdender und stillender Mütter. Bei der Vielfalt der Regelwerke ist

es wichtig, sowohl werdenden Eltern als auch Personalverantwortlichen die Möglichkeit zu geben, sich kompetent zu informieren. Das Ergebnis der Schlagwort-suche Mutterschutz im Intranet des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, in dem alle relevanten Dokumente hinterlegt sind, ist in **Abb. 3** gezeigt.

Konkrete Beschäftigungsverbote ergeben sich aus der vom Arbeitgeber sorgfältig durchzuführenden Beurteilung der tatsächlichen Arbeitsbedingungen (§ 5 MuSchG) mit dem Ziel, chemische, biologische und physikalische Schadfaktoren (auch z. B. im Rahmen der Magnetresonanztomographie) für die Schwangere auszuschließen. Darüber hinaus besteht Beschäftigungsverbot zwischen 20.00 und 6.00 Uhr und für Mehrarbeit von mehr als insgesamt 90 h/Doppelwoche. Sonn- und Feiertagsarbeit ist nur dann erlaubt, wenn den werdenden oder stillenden Müttern in jeder Woche einmal eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 24 h im Anschluss an eine Nacht-ruhe gewährt wird (§ 8 Abs. 4 MuSchG). Heben und Tragen von Lasten über 5 kg (gelegentlich über 10 kg), erhöhte Unfall-

gefahr (z. B. ausgleiten/stürzen), Umgang mit teratogenen und karzinogenen Substanzen fallen ebenso unter das Beschäftigungsverbot. Zudem gelten gesonderte Regeln für Ruhe- und Stillzeiten sowie Liegeräume (§§ 2,7 MuSchG).

Im Rahmen einer internationalen Arbeit zur Gefährdung durch Anästhesiegase haben die schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), das französische Institut National de Recherche et de Sécurité (IRNS) und die deutsche Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) die Datenlage zur Gefährdung – auch in der Schwangerschaft – beleuchtet [17]: „Werden diese [arbeitshygienischen Grenzwerte für Anästhesiegase; Amerk. d. Autoren] eingehalten, so darf man davon ausgehen, dass weder eine Gefährdung besteht noch Be-findlichkeitsstörungen eintreten sollten.“ Diese Bewertung bezieht sich bei Einhal-tung des Standes der Technik auch auf die Anwendung von Lachgas, explizit *nicht* je-doch auf Halothan [17].

Werdende und stillende Mütter sind auch bei Tätigkeiten gefährdet, bei denen die Wirksamkeit der persönlichen

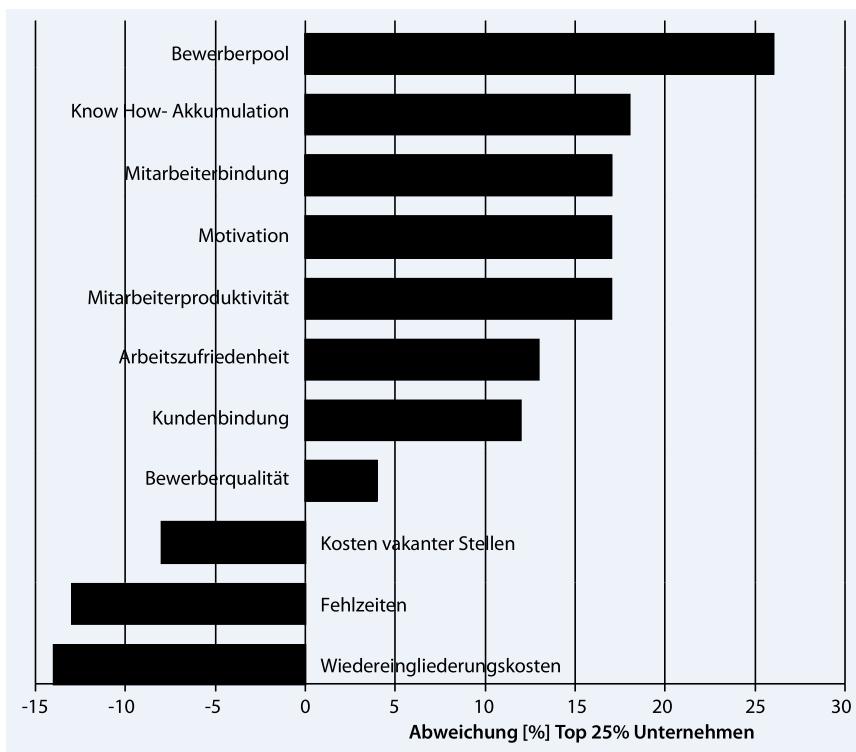


Abb. 5 ▲ Unterschiede zwischen Top- und Low-25%-Unternehmen (n=1001) nach berufsfamilienindex®. Die Ergebnisse der Low-25%-Unternehmen entsprechen 0%, p<0,01 für alle Top- vs. Low-Vergleiche. (Nach [43])

Schutzausrüstung aufgehoben sein kann, wie z. B. beim Umgang mit schneidenden, stechenden oder zerbrechlichen Geräten. Nach Auslegung der Saarländischen Gewerbeaufsicht [5] und einer Dienstanweisung am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus [9] besteht in diesem Rahmen ebenso Beschäftigungsverbot, wie für den Umgang mit Blut und Blutbestandteilen. Eine freiwillige Übernahme des Risikos durch die werdende oder stillende Mutter ist zu ihrem eigenen Schutz nicht möglich und ordnungswidrig. Neben einer klaren Dienstanweisung durch die Klinik, die die genannten Beschäftigungseinschränkungen für das jeweilige Haus präzisiert [9], ist die Niederschrift des Gespräches mit der Schwangeren über deren Einsatzgebiet sinnvoll, die die Beschäftigung der Schwangeren im Sinne einer individuellen Tätigkeitsbeschreibung (Einschluss/Ausschluss) konkretisiert.

➤ Beschäftigungseinschränkungen in der Anästhesie lassen sich im Team meistern

Auf den ersten Blick erscheinen die genannten Regularien all das einzuschrän-

ken, was den klinischen Alltag und Weiterbildungsinhalte in der Anästhesie ausmacht. Aus der eigenen Erfahrung einer familienfreundlichen Personalführung mit bisher gleichzeitig bis zu sechs schwangeren Anästhesistinnen lassen sich jedoch die Beschäftigungseinschränkungen in der Anästhesie im Team meistern, was nicht heißen muss, dass die Schwangere nur noch in der Prämedikationsambulanz arbeitet oder Schmerzkonsole macht, sondern in weiten Teilen in den anästhesiologischen Routinebetrieb eingebunden bleiben kann.

Notwendiger Kulturwandel

Obwohl Individuen von Natur aus lernen, tun dies Organisationen nicht ohne äußeren und inneren Druck, der wider besseres Wissen bestehende Partikularinteressen überwindet [46]. Dabei ist der engagierte Einsatz qualifizierter und in der Unternehmenskultur einflussreicher Personen erfolgsentscheidend [19]. Deshalb ist es unabdingbar, dass der notwendige Kulturwandel, der erfahrungsgemäß Jahre in Anspruch nimmt, durch Information und abgestimmte nachhaltige Per-

sonalführung von den Chef- und Oberärzten überzeugend vorgelebt wird [45]. Zur Umsetzung können bestehende Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel genutzt werden, ohne neue Gremien ins Leben zu rufen. An der Klinik der Autoren wird jährlich ein Führungskräfteentwicklungsworkshop, der für alle Oberärzte und Bereichsleiter verpflichtend ist, durchgeführt [21, 23]. Dieser Workshop greift Probleme auf, die in Mitarbeiterbefragungen identifiziert wurden [22] und trainiert Führungskompetenzen.

Die Gründe des Wiedereinstiegs von Frauen nach familienbedingter Abwesenheit vom Arbeitsplatz liegen in deren Wunsch nach Weiterentwicklung in einem Beruf, der Spaß macht und in den bereits erheblich (persönlich und volkswirtschaftlich) investiert wurde, ferner nach Selbstverwirklichung, Selbststaltung, finanzieller Unabhängigkeit und sozialer Kommunikation [26, 39]. Wer eine Familie über Jahre erfolgreich organisiert, leitet und motiviert, der eignet sich Führungsqualitäten an. Obwohl diese Fähigkeiten, die Eltern erlernen, in der Anästhesie wertvolle „Crew-ressourcen-management“-Kompetenzen [34] darstellen, ist die Akzeptanz von Familienkarrieren ein immer noch weitverbreitetes Problem. Insbesondere in der konservativ und hierarchisch geprägten Medizin verbindet sich mit dem Gedanken an die Elternzeit die Sorge, dass Kollegen und Vorgesetzte dies als mangelnden Karriere- sowie Einsatzwillen auslegen und berufliche Nachteile folgen [31, 32]. Durch die allerdings vergleichsweise flachen Hierarchien in der Anästhesie und abgeschlossene zeitlich umrissene Verantwortungsbereiche eignet sich dieses Fach besonders für Familienkarrieren [29]. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Anforderungen in der Anästhesie wie das ständige Risiko für Not- und Zwischenfälle von Frauen stärker als Bedrohung empfunden werden als von Männern [20]. Dabei schränkt die Doppelbelastung von Intensivärztinnen in Beruf und Familie deren Möglichkeiten der Stressbewältigung gegenüber den männlichen Kollegen ein [27], die ihrerseits zu einem höheren Anteil von emotionaler Unterstützung seitens ihrer Familie profitierten. Ziel muss

es demnach sein, dazu beizutragen, diese Doppelbelastung der Mitarbeiterinnen durch familienfreundliche Maßnahmen aufzufangen, um letztlich auch wieder mentale Kapazitäten für den Beruf freizulenden.

Kommunikation und Veränderungsmanagement

Wie bereits erwähnt, scheint ein allgemeines Defizit an Kommunikation der familienfreundlichen Maßnahmen zu existieren [40]. Daher sind die Einrichtung einer Kontaktstelle im Krankenhaus und die Kommunikation der Inhalte familienbewusster Personalpolitik z. B. im Intra- und Internet erfolgsentscheidend. Zudem müssen *verbindliche Maßnahmen* den Weg des Kulturwandels flankieren: Um die Nachhaltigkeit familienbewusster Personalpolitik zu sichern, ist die Verankerung in Betriebs- und Dienstvereinbarungen bzw. im Leitbild des Krankenhauses notwendig. Daher muss das Thema „Work-life competence“ im Rahmen jährlicher Mitarbeitergespräche aller Hierarchieebenen entsprechend der Klinikstrategie fester Gesprächspunkt sein. Hierbei kann durch die Vorgesetzten nach der aktuellen familiären Situation oder nach Pflegebedarf von Angehörigen in der näheren Zukunft gefragt und auf familienorientierte Regelungen und Unterstützungsangebote des Unternehmens aufmerksam gemacht werden. Ein Nebeneffekt ist, dass sich die Führungskräfte mit den betrieblichen Angeboten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie auseinandersetzen. Hierzu gehört ebenso die Sensibilisierung der Führungs- und Führungs-nachwuchskräfte durch verpflichtende Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen. Zur Sicherung der Durchschlagkraft muss Mitarbeiter- und Familienfreundlichkeit auch Gegenstand der Führungskräfte-evaluation sein und als Kriterium für die Höhergruppierung wirken. Aber auch familienfreundliche Arbeitszeiten für Führungskräfte selbst sowie Teilzeitarbeitsmodelle in Leitungsfunktionen stärken die Vorbildfunktion und zeigen die Nachhaltigkeit in der Akzeptanz von Familienkarrieren.

► Kommunikation der Inhalte familienbewusster Personalpolitik ist erfolgsentscheidend

Beim Austritt eines Mitarbeiters aus der Klinik sollte schließlich ein strukturiertes Austrittsinterview durchgeführt werden, um ggf. Veränderungsmaßnahmen aus denjenigen Schwächen abzuleiten [46], die ursächlich für den Austritt waren.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie, speziell für Männer

In der Vergangenheit standen eher die Frauen im Fokus familienfreundlicher Unternehmenspolitik. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie scheint allerdings bei der Wahl eines Arbeitgebers keineswegs nur für Frauen von Bedeutung zu sein. Es gaben 60% der befragten Männer an, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine mindestens ebenso wichtige Rolle wie das Gehalt spielt [12, 40]. Bei wenig flexiblen Tarifgehältern im Krankenhaus können so Work-life-balance-Aspekte zum wesentlichen Auswahlkriterium für den Arbeitsplatz werden. Die Elternzeit für Väter muss im Rahmen der demografisch/volkswirtschaftlich erforderlichen Abkehr vom traditionellen Rollendenken und der Gleichstellung gleichermaßen akzeptiert werden. Befragungsergebnisse bei Personalverantwortlichen zeigen hier aktuell zumindest einen Trend zu gesteigerter Akzeptanz [4]. In der Klinik der Autoren waren bisher 6 Väter in Elternzeit; 3 Anästhesisten planen dies für 2009.

Männern, die ihr berufliches Engagement zugunsten der Familie einschränken wollen, stehen allerdings bislang kaum Vorbilder zur Orientierung zur Verfügung [10]. Entsprechend groß sind die Unsicherheiten, wie Vorgesetzte und Kollegen reagieren, zu welchen Auswirkungen dies für die weitere Karriere führt und schließlich auch, wie zufrieden man selbst mit der Entscheidung sein wird. Die Kommunikation von Rollenvorbildern im Unternehmen kann Männern hier Orientierung und Sicherheit geben [10]. Die Charité Berlin beschäftigt zu diesem Zweck einen Väterbeauftragten, und die Universität des Saarlandes stellt im Intranet regelmäßig einen an der Hochschu-

le tätigen „Vater des Monats“ sowie dessen individuelles Konzept zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familienleben vor. Ebenso existiert hier ein „Dual-career-couples“-Programm, durch das die wissenschaftlichen Karrieren beider Partner bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützt werden.

Betrachtet man die Gründe für den temporären Ausstieg aus dem Berufs-/Klinikalltag, sollte dieser „außerbetrieblichen Qualifikationsmaßnahme“ und Herausforderung in Arbeitsorganisation viel mehr Respekt entgegengebracht werden [39]: Genannt wird von Vätern: „Der Partnerin wieder eine Chance für den Berufseinstieg geben“; „Es ist *mein* Kind, deshalb ist Familienzeit auch selbstverständlich *meine Sache*“; „Es tut gut, für jemanden da zu sein und kindliches Vertrauen zu erleben“; „Erfahren, was die Frau eigentlich die ganze Zeit über gemacht hat“.

Betriebswirtschaftliche Effekte

In den letzten Jahren haben sich deutsche Krankenhäuser auf die Steigerung von Effizienz sowie Produktivität fixiert [7] und den Eindruck abnehmender Familienfreundlichkeit geweckt [25]. Da aber Mitarbeiterzufriedenheit ein wesentliches Befähigerkriterium für Unternehmen und Krankenhäuser ist [7], haben strategisch ausgerichtete Kliniken erkannt, dass Produktivitätssteigerung zulasten der Mitarbeiterzufriedenheit kein langfristig tragfähiges Konzept sein kann [6] und entsprechende Maßnahmen eingeleitet [14, 18, 21, 23].

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang allerdings nun die Frage nach einer möglichen adversen Selektion mit dem Gedanken, dass ein ausgeprägtes betriebliches Familienbewusstsein insbesondere Mitarbeiter mit (potenziellen) Familienpflichten anzieht. Tatsächlich weisen solche Unternehmen einen hohen Frauenanteil auf [43]. Gleichzeitig korreliert aber der familienfreundliche Maßnahmenumfang mit gesteigerter Produktivität, niedrigeren Fehlzeiten und geringerer Fluktuation (► Abb. 4, 5). Eine geringere Fluktuation spielt vor allem dort eine wichtige Rolle für das Unternehmen, wo ein persönliches Vertrauensverhältnis

bei der Leistungserstellung aufgebaut wird (Arzt-Patient-Beziehung, Finanzdienstleistungen etc.).

Lassen sich diese weichen Wettbewerbsfaktoren nun in einen bilanzierbaren Nutzen für das Krankenhaus umsetzen? Allein als Personalbeschaffungskosten aufgrund fehlender Familienorientierung müssen die Aufwendungen für die unbesetzte Stelle, Anwerbungskosten (z. B. für Annoncen), Kosten der Auswahl- und Einstellungsgespräche, Einstellungskosten (z. B. Umzugskosten, Einrichtung des Arbeitsplatzes), Aus- und Fortbildungskosten, Einarbeitungskosten eines „training on the job“ sowie Minderleistungskosten während der Phase der Einarbeitung einkalkuliert werden. Je nach Qualifikationsniveau kann ein Mitarbeiterwechsel im OP-Bereich ein Jahresgehalt kosten [37, 40, 43]. Die betriebswirtschaftliche Analyse aus einem Arbeitsbericht des Bundesfamilienministeriums [4] kalkuliert neben den Personalbeschaffungskosten die Kosten für den entgangenen Nutzen familienfreundlicher Maßnahmen wie Fehlzeiten, verursacht durch fehlende Kinderbetreuung etc., für einen Beispielbetrieb mit 1500 Mitarbeitern aufgrund fehlender Familienorientierung auf jährlich EUR 379.500. Stellt man diesen die Aufwendungen gegenüber, die durch familienfreundliche Maßnahmen entstanden sind, wie Beratung und Kontaktthalteangebote, Abstimmungsaufwand für flexible Arbeitszeitmodelle, betriebliche KiTa, Telearbeitsplätze etc., entstehen Kosten in Höhe von EUR 304.060. Damit ergibt sich durch die familienorientierte Unternehmenspolitik eine Kosten-Nutzen-Differenz von EUR 75.450 zugunsten des Unternehmens.

Eine ähnliche Analyse für die BG-Klinik Murnau zeigt, dass die Kosten für den Betrieb der dortigen KiTa von 5.30 bis 21.30 Uhr an 365 Tagen im Jahr inklusive der Betreuung erkrankter Mitarbeiterkinder in Höhe von EUR 442.419 durch Einsparungen, Reputationsgewinn und Personalakquise in Höhe von EUR 525.223 bei Weitem ausgeglichen werden [15]. Berücksichtigt man, dass das Jahressteuergesetz, das der Bundestag Ende 2008 beschlossen hat, Maßnahmen des Arbeitgebers zur Gesundheits-

förderung und Prävention bis zu einer Höhe von EUR 500/Beschäftigtem und Jahr steuerfrei stellt, sollten damit wichtige zusätzliche Umsetzungsanreize geben sein, in sinnvolle Bereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu investieren.

Ausblick

Unter der sich anbahnenden Konkurrenzsituation um qualifizierte Mitarbeiter können sich Kliniken darauf einstellen, für Potenzialträger höhere Kosten tragen zu müssen; hierbei wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf etwa doppelt so häufig nachgefragt werden wie ein hohes Einkommen [42] und wird damit der entscheidende Wettbewerbsfaktor sein.

Zwei unabhängige Untersuchungen [25, 43] zeigten, dass die Nachfrage der Mitarbeiter nach familienfreundlichen Maßnahmen mit der Verfügbarkeit und Qualität solcher Angebote seitens der Arbeitgeber steigt. Dies kann einerseits darauf zurückzuführen sein, dass familienbewusste Arbeitgeber von den Mitarbeitern als sensibel und offen für diese Maßnahmen gesehen werden und die Liste der Weiterentwicklungsmöglichkeiten lang ist (► Tab. 3). Andererseits spiegelt diese Beobachtung bereits einen Migrationseffekt von Eltern hinein in Unternehmen mit Work-life competence wider [43]. Im Ergebnis erklärten 76% der leitenden Angestellten, dass mehr Familienfreundlichkeit auch dem Unternehmen zugute kommt [25]. Grund hierfür ist u. a. der in dieser Untersuchung ebenfalls empirisch gezeigte Effekt, dass familienfreundliche Unternehmen das Potenzial höher gebildeter Mütter bereits nutzen und eine positive Korrelation von Familienfreundlichkeit sowie erzielter Produktivität besteht. Folglich befinden sich Krankenhäuser und Fachdisziplinen längst nicht mehr nur in der Konkurrenz um talentierte Hochschulabsolventen [36], sondern fokussieren gezielt auf beruflich bereits weitergebildete Eltern [18, 43].

Als entscheidend für die Mitarbeitergewinnung und -bindung werden künftig die Nachhaltigkeit und das Marketing des Familienbewusstseins im Un-

ternehmen (z. B. in Stellenanzeigen, Internet etc.) gesehen. So antworteten 73% der Mitarbeiter, dass ein Unternehmen mit objektivem Gütesiegel für Familienfreundlichkeit besonders attraktiv sei [25]. Ein solches Gütesiegel, das das betriebsindividuelle Entwicklungspotenzial systematisch ermittelt, ist das Audit „Beruf und Familie“ [24], dessen Grundzertifikat die TU Dresden seit 2007 besitzt. Anhand des berufundfamilie-Index® kann ein Benchmarking mit Unternehmen aller Branchen erfolgen [44]. Zudem nimmt das Universitätsklinikum Dresden 2009 als eines von 10 bundesweit ausgewählten Unternehmen am Programm „Work-life competence orientiertes Personalmanagement“ der Bertelsmann Stiftung teil [14].

Wichtig für die Personalrekrutierung, -bindung und Know-how-Akkumulation der Kliniken und der Anästhesie als Fach sind die Sensibilität für dieses Handlungsfeld und die Bereitschaft zur schrittweisen Kulturanpassung im Sinne einer lernenden Organisation [46]. Die rechtzeitige familienorientierte Positionierung unseres Fachgebietes sichert hier qualifizierte, motivierte, zuverlässige und ausgängliche Mitarbeiter [36].

Fazit für die Praxis

Die demografische Entwicklung steuert auf einen erheblichen Fachkräftemangel innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre bei gleichzeitig vermehrter Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen hin. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die familienbedingte Abwesenheit der gut ausgebildeten, motivierten und zuverlässigen Ärzte aus den Kliniken durch bedarfssadaptierte betriebliche Maßnahmen zu minimieren. Familienfreundliche Personalpolitik ist nicht nur menschlich geboten, sondern rechnet sich auch betriebswirtschaftlich. Work-life balance orientiertes Personalmanagement wird zum entscheidenden Wettbewerbsfaktor zwischen den Kliniken und den Fachdisziplinen, der allerdings eine nachhaltige Änderung der traditionellen Klinikkultur notwendig macht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A.R. Heller, DEAA, MBA

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,
01307 Dresden
axel.heller@uniklinikum-dresden.de

Interessenskonflikt. Die Autoren sind Eltern von 3 Kindern.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2006) Kinderlosigkeit von Akademikerinnen im Spiegel des Mikrozensus. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/43330dd76e1d82f55e69ea32a097eeca/destatis_kinderlosigkeit.pdf
2. Statistisches Bundesamt (2006) Leben und arbeiten in Deutschland: Familien und Lebensformen Ergebnisse des Mikrozensus 1996–2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/9d7c91d43f1022040c69379c8e3e0130/destatis_mikrozensus_2005_SH1.pdf
3. Statistisches Bundesamt (2007) Bevölkerung Deutschlands nach Bundesländern bis 2050 – Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, <http://www.destatistis.de/jet-speed/portal/cms/Sites/destatistis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Content75/Bevoelkerungsentwicklung2050Laender;property=file.pdf>
4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008) Arbeitsbericht zum Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
5. Landesamt des Saarlandes für Verbraucher-Ge sundheits- und Arbeitsschutz (2008) Mutterschutz in Krankenhäusern - Handlungsanleitung für den Arbeitgeber. Landesamt des Saarlandes für Verbraucher-Ge sundheits- und Arbeitsschutz, Saarbrücken, S 1–4
6. Albrecht DM (2009) Team management as future key factor of success in hospitals – the CEO's view. In: Heller AR (ed) Dresden team work concept for high risk medical organizations. Nova, New York
7. Albrecht DM, Töpfer A (2006) Erfolgreiches Change management im Krankenhaus. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 1–629
8. Anonym (2008) Geistige und leibliche Kinder – Aus dem Uni-Alltag einer schwangeren Post-Doktorandin. *Forsch Lehre* 15:842
9. Bach O, Albrecht DM (2000) Dienstanweisung zum Einsatz von werdenden und stillenden Müttern. Uniklinikum, Dresden, BL 1/01:1–2
10. Becker A, Kienle A (2008) Männer vereinbaren Beruf und Familie – Über die zunehmende Familienorientierung von Männern und Lösungsbeispiele für Arbeitgeber. berufsfamilie gGmbH – Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, Frankfurt a.M., S 1–50
11. Becker S (2007) Zerreißprobe Pflegefall. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 02.09.2008
12. Becker S, Hartig S, Hoffert A (2008) Familienorientierte Personalpolitik – Checkheft für kleinere und mittlere Unternehmen. Deutscher Industrie- und Handelskammertag; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, S 1–46
13. Becker S, Janousek L (2007) Aus der Praxis für die Praxis – Unterstützung zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. berufsfamilie gGmbH – Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, Frankfurt a.M.
14. Bertelsmann-Stiftung (2008) Work-life competence-orientiertes Personalmanagement. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/>
15. Böhren A, Dettmer S (2006) Das familienfreundliche Krankenhaus – Vorteil im Wettbewerb durch zufriedenere Ärztinnen und Ärzte. *Dtsch Arztebl* 103:A3320–A3325
16. Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (2008) Unternehmensnetzwerk Erfolgsfaktor-Familie. <http://www.erfolgsfaktor-familie.de/>
17. Eickmann U, Remé T (2004) Einsatz von schwangeren Mitarbeiterinnen im OP-Bereich unter besonderer Berücksichtigung der Exposition gegenüber Narkosegasen. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Köln, S 1–4
18. Günther K-P, Heller AR, Kroschinski F et al (2009) Arztlauf Carl Gustav Carus – Strategieprojekt zur mittel- und langfristigen Bindung von Schlüsselleistungsträgern. Laufendes Vorstandprojekt, Universitätsklinikum, Dresden
19. Hauschmidt J, Chakrabarti A (1988) Arbeitsteilung im Innovationsmanagement. *Forschungsergebnisse, Kriterien und Modelle*. Z Fuehr Organisat 57:378–388
20. Heinke W, Dunkel P, Brähler E et al (2009) Arbeitszufriedenheit von Anästhesisten in Deutschland – Ergebnisse einer Onlinebefragung. *Anaesthesiol Intensivmed* 50:7–19
21. Heller AR, Grass R, Großkathöfer J et al (2009) Six Sigma Projekt zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und der Effizienz des Abschnitts Naht-Schnitt im OP-Bereich der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Uniklinikum Dresden. Lehrstuhl für Marktorientierte Unternehmensführung, TU, Dresden
22. Heller AR, Koch T (2006) Weiterbildung Anästhesie. Thieme, Stuttgart
23. Heller AR, Koch T, Töpfer A (2007) Phoenix – Führungs- und Personalentwicklungsworkshop an der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie am Uniklinikum Dresden. Abgeschlossene Projektarbeit
24. Hertie-Stiftung (2008) Beruf und Familie. <http://www.beruf-und-familie.de/>
25. Institut für Demoskopie Allensbach (2006) Familienfreundlichkeit im Betrieb. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Institut für Demoskopie Allensbach, Berlin, S 1–84
26. Jooß-Mayer S (2007) Berufliche Wiedereinstieg in Teilzeit: Wertvorstellungen, Motivation und Zufriedenheit teilzeitbeschäftigter Frauen aus psychologischer Sicht. VDM Dr. Müller, Saarbrücken, S 1–93
27. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E et al (2007) Work stress and gender-dependent coping strategies in anesthesiologists at a university hospital. *J Clin Anesth* 19:334–338
28. Krieger S, Kolvenbach F, Valle del Campo D (2007) Kindertagesbetreuung regional 2006 – Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
29. Landauer B (2009) Anästhesie – Was denn sonst?! 10 gute Gründe Anästhesistin, Anästhesist zu werden. *Anaesthesiol Intensivmed* 50:4–6
30. Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E et al (2006) Significance of working conditions on burnout in anesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* 50:58–63
31. Lind I (2008) Aufgeschobene Kinderwünsche eingeschränkte Perspektiven? Zur Vereinbarkeit von Wissenschaft und Elternschaft – Ergebnisse einer aktuellen Studie. *Forsch Lehre* 15:754–756
32. Macha H, Bauer QJ, Struthmann S (2008) Ausgebremst: Frauen in der Wissenschaft: Über den Mangel an Frauen in der Wissenschaft – Hintergründe und Perspektiven. *Forsch Lehre* 15(6):372–375
33. Montgomery FU (2007) Für ein Familienfreundliches Krankenhaus. <http://www.familienfreundliches-krankenhaus.de>. Marburger Bund, Berlin
34. Müller M, Bergmann B, Koch T, Heller A (2005) Dynamische Entscheidungsfindung in der Notfallmedizin. Beispiel einer Querschnittslähmung nach Verkehrsunfall. *Anaesthesist* 54:781–786
35. Prognos AGB (2008) Arbeitslandschaft 2030. Steuert Deutschland auf einen generellen Personalmangel zu? Verband der Bayerischen Wirtschaft e.V., München
36. Radke J (2004) War for talents. *Anaesthesiol Intensivmed* 45:8
37. Renggli S, Ziören K (2003) OP: Die Personalfloktuation kostet Millionen. *Competence* 29–31
38. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2008) Evaluation des Gesetzes zum Elterngehalt und zur Elternzeit. Endbericht. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin
39. Richter J (2005) Wiedereinstieg nach der Elternzeit – Die besten Strategien für einen Neustart. Heyne, München, S 1–142
40. Roland Berger Strategy Consultants, GfK (2008) Familienfreundlichkeit als Erfolgsfaktor für die Rekrutierung und Bindung von Fachkräften. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
41. Rost H (2004) Work-life balance – Neue Aufgaben für eine zukunftsorientierte Personalpolitik. Budrich, Opladen
42. Schmitz M (2006) Familienfreundlichkeit als Unternehmensstrategie – Potenzialträger motivieren und binden. Symposium Publishing, Düsseldorf, S 1–298
43. Schneider H, Gerlach I, Juncke D, Krieger J (2008) Betriebswirtschaftliche Ziele und Effekte einer familienbewussten Personalpolitik. Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik, Berlin Münster, S 1–94
44. Schneider H, Gerlach I, Wieners H, Heinze J (2008) Der berufsfamilie-Index – Ein Instrument zur Messung des betrieblichen Familienbewusstseins. Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik, Münster Berlin
45. Schumpeter J (1912) Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung. Duncker & Humblot, Leipzig, S 178
46. Schüpfer G, Gfrorer R, Schleppers A (2007) Anästhesisten lernen – Lernen Institutionen auch? Bedeutung von institutionellem Lernen und Unternehmenskultur in der Klinik. *Anaesthesist* 56:983–991
47. Schüpfer GK, Konrad C, Poelaert JI (2003) Erlernen von manuellen Fähigkeiten in der Anästhesie. *Anaesthesist* 52:527–534
48. Sentker A (2007) Die exotische Frau Professor. Die Zeit, 15.02.2007