



Von den leitenden Ärztinnen und Ärzten an den Universitätskliniken Basel waren 2008 nur 16,5% Frauen.

Vereinbarkeit von akademischer Karriere und Familie: ein Frauenproblem?

Anne von Gunten^a,
Regine Landmann^b

a lic. phil., Pädagogische Hochschule Bern, Zentrum für Forschung und Entwicklung

b Prof. Dr. med., Vizedekanin Nachwuchsförderung, Universitätsspital Basel, Departement Biomedizin

* Mit Berufsbezeichnungen sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

1 Landmann R, von Gunten A. Professionelle Karriereförderung auf dem Weg zur Professorin oder Chefärztin. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(44):1901-06.

In Zusammenarbeit mit der Gleichstellungskommission der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

Korrespondenzen:
Anne von Gunten
Pädagogische Hochschule Bern
Zähringerstrasse 19
CH-3012 Bern
Tel. 031 309 22 24

anne.vongunten@phbern.ch

Prof. Dr. med.
Regine Landmann
Universitätsspital Basel
Departement Biomedizin
Hebelstrasse 20
CH-4031 Basel
Tel. 061 265 23 25
Fax 061 265 23 50

regine.landmann@unibas.ch

Geschlechterverhältnis und Vereinbarkeitsproblematik an den Universitätskliniken Basel

Seit 10 Jahren bilden Frauen die Mehrheit der Medizinstudierenden und besetzen auch mehr als die Hälfte der Assistenzarztstellen*. Sie machen 38% aller Oberärztinnen und -ärzte an den Universitätsspitalen von Basel aus und 16,5% der leitenden Ärztinnen und Ärzte sind Frauen (Abb. 1). In den klinischen Disziplinen gibt es in Basel nur eine Frau mit einer strukturellen Professur unter 96 Männern.

Der kleine Frauenanteil in leitenden Funktionen der Universitätsspitaler und der Fakultät Basel führt zu folgenden Fragen: Wie kommt es zu dieser «leaky pipeline»? Was tragen die Institutionen und Führungspersonen, was die nicht-karriereorientierten Medizinerinnen und die konventionell eingestellten jungen Mediziner durch ihre Einstellung selbst zu dieser Situation bei?

Als Verantwortliche für Nachwuchsförderung fragen wir uns: Ist Potential verlorengegangen mit den Kolleginnen, die keine akademische Karriere machten? Wird die Vereinbarkeitsproblematik von akademischer Karriere und Familie auch mit männlichen Kollegen bei der Karriereplanung thematisiert? Waren die bisherigen Lösungsansätze ungenügend oder nicht geeignet?

Die jungen Ärztinnen müssen sich fragen: Möchten oder können wir nicht Ordinaria und Chefärztinnen werden? Die jungen Ärzte sollten sich fragen: Wie stark habe ich mich von gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen beeinflussen lassen? Habe ich den Wunsch nach einem reduzierten Arbeitspensum für eine bestimmte Periode gegenüber traditionell eingestellten Führungskräften deutlich genug ausgesprochen?

Die Geschlechterverhältnisse sind in der Schweizer Gesellschaft stark in traditionellem Rollen-Denken verankert, deshalb kommen Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Karriere und Familie nur langsam auf die politische Agenda und deren Umsetzung gestaltet sich äusserst schwierig. Um dieser Situation entgegenzuwirken, wurde mit dem Bundesprogramm Chancengleichheit seit 2000 eine Finanzierungs-Plattform für die Realisierung konkreter Massnahmen an Schweizer Universitäten geschaffen.

Carrière académique et famille, sont-elles compatibles: un problème des femmes?

La faculté de Médecine de l'Université de Bâle vise à trouver des stratégies pour combattre la minorité de femmes professeurs en clinique. Elle fait des efforts pour rendre compatible une carrière académique avec une famille sans risquer une diminution de qualité des traitements médicaux. Elle considère que l'introduction systématique de travail à temps partiel dans les hôpitaux universitaires est une mesure à prendre. Pour évaluer les chances et risques de travail à temps partiel en clinique, 12 interviews étaient menés avec des médecins chefs des cliniques universitaires de Bâle. Les résultats ici présentés démontrent les marges institutionnels pour la flexibilisation des horaires et tendent à optimiser la promotion de la relève par des mesures structurels et une sensibilisation individuelle.

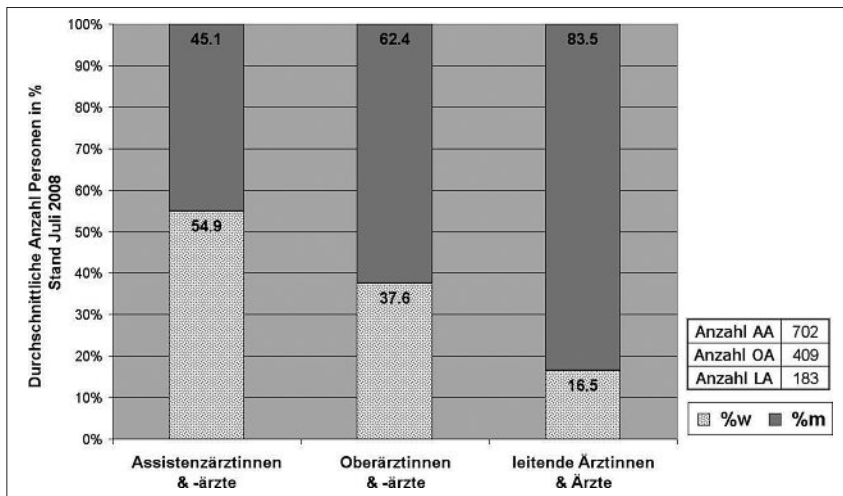
So konnte an den Universitätsspitalen Basel seit 2004 mit Bundesmitteln systematisch One-to-one-Mentoring für Oberärztinnen, die eine akademischen Karriere anstreben, angeboten werden (www.mentorring-medizin.unibas.ch). Dies wird ab Frühling 2010 als fakultätseigenes Programm weitergeführt.

Das Basler Mentoring-Programm

Unsere Erfahrungen während dieses Mentoring-Programmes [1] bestätigten, dass Ärztinnen auch heute noch traditionell in der Schweizer Gesellschaft vorherrschende Rollenstereotypen oft selbst vertreten und durch ihr Verhalten den Fördermassnahmen Grenzen setzen: Der Wunsch nach einer Familie ist bei Ärztinnen während des «childbearing age» in vielen Fällen gleich stark oder stärker als das Karrierestreben. Somit fällt in einer kritischen Lebenszeit oft die Entscheidung gegen eine akademische Karriere und zu-

Abbildung 1

Geschlechterverhältnisse an den Universitätsspitalern Basel nach Karrierestufe. Erhebung 2008: Mentoring-Team.



gunsten einer Familie aus. Zudem wird die Kinderbetreuung als Frauen-Problem angesehen und der Privatsphäre zugeordnet – ungeachtet der steigenden Zahl an Vätern, die ein reduziertes Anstellungsverhältnis zugunsten eines verstärkten Engagements in der Familie wünschen. Implizit wird deshalb – meist sogar von den Nachwuchskräften selbst – erwartet, dass direkt betroffene Familien diese Schwierigkeiten mit privaten Ressourcen lösen – obwohl die demographische Entwicklung nach einer Sicherung der AHV auch durch gesellschaftliche Fördermassnahmen zugunsten von Familien ruft.

Dieser Bericht beantwortet nicht die Frage, ob die institutionellen Voraussetzungen oder das individuelle Verhalten der Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner stärker für das ungleiche Geschlechterverhältnis auf Ebene der Professuren verantwortlich sind. Grundsätzlich geht es in der Nachwuchsförderung darum, «human resources» an den Universitätsspitalern optimal zu nutzen. Dass sich in der Medizin mit der geschlechtsspezifischen Segregation in den verschiedenen Fachbereichen – sichtbar am grossen Frauenanteil in der Pädiatrie und der kleinen Frauen-Fraktion in der Chirurgie – die traditionell tief in der Schweizer Gesellschaft verankerten Rollenstereotypen spiegeln, ist nicht erstaunlich und nicht unbedingt schädlich. Problematisch aber ist es, wenn gesellschaftliche Stereotypen die Ausschöpfung des medizinischen Potentials verhindern, indem sich beispielsweise qualifizierte Medizinerinnen Führungspositionen nicht zutrauen.

Die Gleichstellungskommission der medizinischen Fakultät der Universität Basel hat sich die Entschärfung der Vereinbarkeitsproblematik zur Aufgabe gemacht. Sie arbeitet darauf hin, dass engagierte und fachlich exzellente junge Medizinerinnen und Mediziner eigene hinderliche Einstellungen erkennen und nicht an institutionellen Hürden, bzw. nicht-sensibilisierten Führungskräften scheitern. Damit verfolgt

sie längerfristig das Ziel, Bedingungen zu schaffen, die die Vereinbarkeit von akademischer Karriere und Familie für Mütter und Väter in verantwortungsvollen Positionen an den Universitätskliniken verbessern.

Im Vergleich zu anderen akademischen Berufen ist die Vereinbarkeitsproblematik in der Medizin akzentuiert, weil die Patientenbetreuung und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung einen zeitlich strikten Einsatz mit notfallbedingten Überzeiten verlangen. Dies wiederum schränkt die Organisationsmöglichkeiten für die Kinderbetreuung ein. Gesucht sind deshalb Massnahmen zur Entschärfung der Vereinbarkeitsproblematik, welche keine Qualitätseinbussen in der medizinischen Versorgung verursachen.

Die Gleichstellungskommission untersuchte, ob Modelle mit Teilzeit(TZ)-Arbeit ein aus medizinischer Sicht unkritisches Verbesserungspotential bieten. Um realistische Spielräume zur Einführung von TZ-Arbeit aus Führungsperspektive zu erkennen, wurden zwischen November 2008 und Januar 2009 12 Leitfadenterviews mit Chefärztinnen und -ärzten der Basler Universitätsspitaler geführt. Im Folgenden wird dargestellt, wie die Resultate der Interviews im Rahmen der Nachwuchsförderung für die Optimierung der bestehenden Angebote und die Initiierung neuer Massnahmen genutzt werden können.

Spielräume zur Flexibilisierung der Arbeitszeit – Aussagen aus Interviews

Auf welcher Karrierestufe ist TZ-Arbeit möglich?

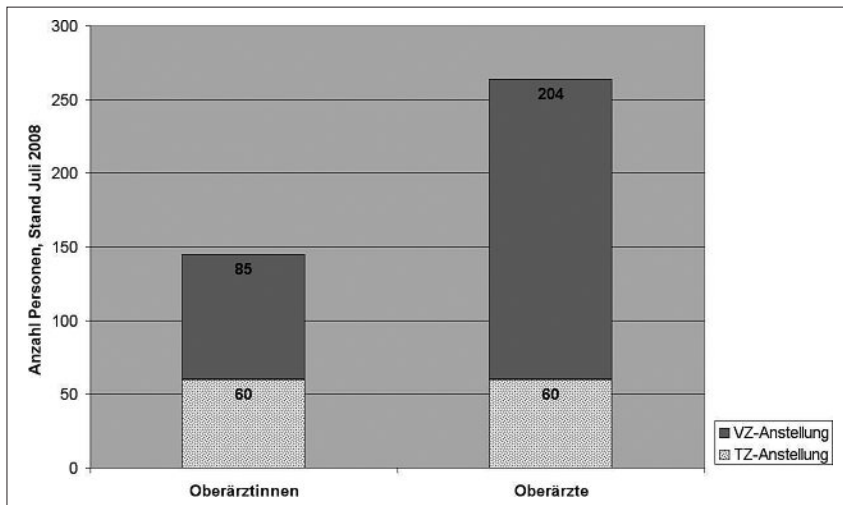
Folgende Aussagen geben die mehrheitliche Meinung in den Interviews wieder:

TZ-Arbeit als institutionelle Strategie ist während der Weiterbildung zum FMH nicht empfehlenswert: In dieser Phase stehen Lernprozesse im Vordergrund, die durch die Einführung von TZ-Arbeit zu stark verlangsamt würden. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass viele Medizinerinnen in diesem Alterssegment (25.–32. Lebensjahr) Kinder bekommen, bzw. bekommen möchten. Im Jahr 2008 schieden auf dem Karriereweg von der Assistenzärztin zur Oberärztin (OA) 17,9%, von der Assistenzärztin zur leitenden Ärztin (LA) 38,4% Frauen aus (Abb. 1). Die Interviews haben gezeigt, dass auf dieser Karrierestufe systematische Gegenmassnahmen zur Verbesserung der Situation fehlen.

Nach Abschluss des Facharztstitels und nach den ersten 6–24 Monaten Vollzeitarbeit auf Oberarzt-Stufe werden Anstellungen als OA und evtl. als LA in TZ-Arbeit (50–80%) unter Einhaltung bestimmter Bedingungen als grundsätzlich möglich deklariert. Diese Interviewresultate decken sich mit erhobenen Befunden, dass zahlreiche Personen – mehrheitlich Frauen – an den Universitätsspitalern auf OA-Niveau bereits in reduzierten Anstellungsverhältnissen beschäftigt sind (Abb. 2). Diese Zahlen geben allerdings keinen Aufschluss darüber, ob die reduzierten Anstellungsverhältnisse in der Klinik stärker der Familie oder der For-

Abbildung 2

Anzahl Oberärztinnen und Oberärzte in Teilzeitarbeit an den Universitätsspitalern Basel. Stand Juli 2008. Erhebung: Mentoring-Team.



schung zugute kommen und ob hier Geschlechterunterschiede bestehen. Solche Zahlen sollten in Zukunft unbedingt miterhoben werden: Eine akademische Karriere in der Medizin steht nur Personen offen, die neben ihrer klinischen Tätigkeit in der Forschung eine eigenständige Leistung hervorbringen.

Teilzeitarbeit auf dem akademischen Karriereweg ist also grundsätzlich möglich, hierfür muss allerdings eine «kritische Phase» bis zum OA überwunden werden, nach der die Nachwuchskräfte 32–35 Jahre alt sind und somit nur ein spätes und kurzes Zeitfenster für Kinder bleibt.

Welche Formen von TZ-Arbeit sind möglich?

Höhe des Beschäftigungsgrades: Ein Stellenpensum von 50% wird als Minimum, eines von 80% als Optimum angesehen.

Periodizität: Halbtagesarbeit ist weder auf der Station noch im Operationssaal geeignet. Die reduzierte Monatsarbeitszeit – allen voran die rollierende Wochenarbeit – wird als erfolgversprechend angesehen: Dabei arbeiten die Ärztinnen und Ärzte z.B. jede zweite Woche (50%) oder 2 bis 3 von 4 Wochen (50–80%). Der Umfang der Arbeitszeit ist fix, die Terminierung innerhalb eines Monats kann fix oder begrenzt flexibel sein (z.B. in Kombination mit Gleitzeitmodellen) [2]. Vorteil dieses Modells ist, dass die Kontinuität der Patientinnenbetreuung gewährleistet bleibt, wenn die Dauer der jeweiligen Arbeitsphase der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von Patienten auf der jeweiligen Abteilung entspricht oder sie überschreitet. Nachteil dieser Strategie ist, dass die Kinderbetreuung privat organisiert werden muss oder Krippen flexible Belegung anbieten müssen.

Individuelle vs. kooperative Teilzeitarbeit: Bei reduzierten Anstellungsverhältnissen werden drei verschiedene Formen unterschieden [2]: a) individuelle TZ-Arbeit (z.B. 80%-Stelle für eine Person), b) Paar-TZ-

Arbeit (z.B. Job Sharing), c) Gruppen-TZ-Arbeit (z.B. zeitautonome Arbeitsgruppen). Alle drei möglichen Organisationsformen wurden in den Interviews angedacht, wobei offensichtlich die Arbeitsabläufe der jeweiligen Abteilung im Spital einen individuell angepassten Einsatz der Modelle erfordern.

Teilzeitarbeit in den verschiedenen Fachbereichen

Günstige Bedingungen für TZ-Arbeit bieten:

- Spezialabteilungen mit grossem Anteil an ambulanter Sprechstunde, z.B. Onkologie, Urologie
- Chirurgische Bereiche mit kurzen Eingriffszeiten, z.B. plastische Chirurgie
- Bereiche mit hoher Patienten-Fluktuation, z.B. Anästhesie, Notfall
- Enge Spezialgebiete, z.B. Hand- u. Fusschirurgie: Je kleiner ein Gebiet ist, desto schneller hat eine Nachwuchskraft auch in TZ-Arbeit genügend Arbeits-, bzw. Operationserfahrung
- Privatspitäler, da keine Lehre, Forschung, Intensivstationen und Notfälle.

Risiken der TZ-Arbeit ohne Restrukturierung?

- Gefahr einer schlechteren medizinischen Versorgung
- Kontinuitätsverlust in der Patientenbetreuung
- Koordinations- und Kommunikationsaufwand zur Erhaltung eines lücken- und reibungslosen Informationsflusses
- Belastung für Ärzte- und Pflegeteam
- Verlängerte unterbrochene Lernphasen, daher schlechtere fachliche Fähigkeiten
- Doppelbelastung von Personen in TZ-Arbeit durch Familienarbeit, daher trotz hoher Motivation gesamthaft keine gesteigerte Leistung.

Chancen der TZ-Arbeit?

- Erhöhung der Attraktivität der Universitätsspitäler auf dem Arbeitsmarkt
- Gesteigerte Exzellenz: da weniger Ärztinnen und Ärzte aussteigen, höhere Wahrscheinlichkeit zur Anwerbung fähiger Nachwuchskräfte
- Wissenserhalt am Spital und Kontinuität im Arbeitsteam, da weniger Fluktuation.

Institutionelle Perspektive:

Welche Massnahmen können die Universitätsspitäler ergreifen?

Flexibilisierte Arbeitszeit als institutionelle Strategie: TZ-Arbeit in Kaderpositionen an den Universitätsspitalern existiert bereits in Form von Einzellösungen (Abb. 2). Erfolgversprechender ist institutionell implementierte TZ-Arbeit. Anpassungen in der Spitalorganisation und Weiterbildung könnten die Situation für alle interessierten und qualifizierten Nachwuchskräfte, unter Berücksichtigung ihrer Tätigkeit in der Familie, entschärfen:

- Einsatzplanung, Koordination, Kommunikation in den Kliniken muss professioneller werden.

2 Baillod J. Chance Teilzeitarbeit: Argumente und Materialien für Verantwortliche. Zürich: vdf Hochschulverlag; 2002.

- Die Curricula müssen von Chefärztinnen und -ärzten mit den AA, OA, die an einer akademischen Karriere interessiert sind und die entsprechenden Voraussetzungen mitbringen, strukturiert und regelmässig dem Können, den Zielen und Umständen angepasst werden.
- Die Weiterbildung in manchen Spezialgebieten muss hinterfragt und reorganisiert werden (FMH).

Verbesserung der spitaleigenen Kinderbetreuungsangebote: Die Krippenöffnungszeiten und Belegungsregeln müssen dem Spitaltagesablauf und den Bedürfnissen von Medizinerinnen in verantwortungsvollen Positionen angepasst werden.

Genderspezifische Laufbahnberatung im Studium: Wichtig sind frühe niederschwellige Angebote, durch die Studierende ihre diffusen Berufsbilder konkretisieren können und Fragen zur Vereinbarkeitsproblematik zu stellen wagen. In fortgeschrittenem Stadium sollten Gespräche mit Rollen-Modellen stattfinden. Da sich grundsätzlich Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner mit Fragen zur Vereinbarkeit von Karriere und Familie erst auseinanderzusetzen scheinen, wenn Hindernisse im Berufsalltag spürbar werden, sollten schon Studierende auf entsprechende Themen sensibilisiert werden.

One-to-one-Mentoring für AA und OA: Medizinerinnen, die im Berufsleben durch den Versuch, Karriere und Familie zu vereinbaren, bereits an die «gläserne Decke» gestossen sind, nehmen One-to-one-Förderangebote gern und effizient in Anspruch: Für diese Karrierestufe hat sich deshalb die Arbeit mit fachbereichsspezifischem Matching im Mentoring-Duo als optimal erwiesen und fachlich konkretes und informelles Wissen zu Abläufen kann innerhalb der Scientific Community gut vermittelt werden. Zurzeit wird die Öffnung dieses Förderprogramms für Männer diskutiert. Im Hinblick auf die genderspezifische Segregation scheint die gezielte Förderung von Männern in bestimmten Fachbereichen (z. B. Pädiatrie) vertretbar. In den letzten 4 Jahren zeigten sich grosse genderspezifische Unterschiede im Kommunikations- und Führungsverhalten von Medizinerinnen und Medizinerinnen, weshalb die Sozialformen der Arbeitsgefässe reflektiert eingesetzt werden sollten (Mentoring-Duo: fachspezifisch u. ggf. geschlechterheterogen, begleitende Workshops: geschlechterhomogen).

Später Karrierhöhepunkt nach Kinderbetreuungsphase: Mit der gestiegenen Lebenserwartung und der teuren Ausbildung in der Medizin wurde wiederholt auf die Chance des späten Karrierhöhepunkts nach einer Phase der TZ-Arbeit hingewiesen. Durch systematische Begleitung der Curricula sollte an den Spitalern ein späterer Karrierhöhepunkt für Professorinnen und Professoren mit ca. 45–50 Jahren ermöglicht werden.

Teilzeitarbeit auch für Väter: Bei traditioneller Rollenverteilung wird der Wunsch nach TZ-Arbeit zugunsten eines verstärkten Engagements in der Familie als weibliches Anliegen interpretiert. Traditionell eingestellte Führungspersonen sprechen daher ihre männlichen jungen Kollegen in Anstellungs- und Qualifikationsgesprächen nicht auf das «unmännliche» Thema der TZ-Arbeit an. Es ist anzunehmen, dass diese Führungskräfte kaum über deren Wünsche informiert sind und daher entsprechende Anstellungsverhältnisse nicht ermöglichen. Es ist also systematische Sensibilisierung von Führungspersonen gefragt.

Vereinbarkeit von akademischer Karriere und Familie: ein Interessenkonflikt

In Abschnitt 3 wurden konkrete Massnahmen vorgeschlagen, die sowohl auf institutioneller Ebene (TZ-Arbeit, Kinderbetreuung) als auch auf individueller Ebene (Sensibilisierungsarbeit durch Laufbahnberatung und One-to-one-Mentoring) Erfolg versprechen. Diese praktischen Empfehlungen resultieren aus der Erfahrung, dass es schwierig ist, die in der Schweizer Gesellschaft und auch in Universitätsspitalern verankerten Denkmuster zu verändern, welche die Vereinbarkeitsproblematik verursachen. Neben konkreten strukturell ausgerichteten Massnahmen liegt der Handlungsbedarf für Ärztinnen und Ärzte daher auch in der aktiven Sensibilisierung für hinderliche Stereotypen und deren Überwindung, da der Nachwuchs von der wissenschaftlich differenzierten Sichtweise und sachlich-effizienten Handlungsorientierung der Ärztinnen und Ärzte profitieren sollte. Die Medizin könnte innerhalb der Akademie als Innovator unproduktive Denktraditionen mit Hilfe von intelligenten Strategien aufbrechen, um sogenannten Early-adaptors in anderen Fachbereichen Anknüpfungspunkte für eine optimierte Nachwuchsförderung zu bieten. Ein Umdenken unter den Nachwuchskräften könnte sich beispielsweise darin äussern, dass auf Führungsetagen der Universitätsspitaler vermehrt auch medizinisch hochqualifizierte Väter innerhalb einer bestimmten Familienphase ihr Interesse an TZ-Arbeit anmelden. Und möglicherweise würden Medizinerinnen stärker proaktiv an Berufungsverfahren teilnehmen, wodurch in Fachbereichen mit überproportional hohem Frauenanteil die Exzellenz in der Medizin gesteigert würde, da auf diese Weise das Potential der fähigsten Medizinerinnen und Mediziner besser genutzt werden könnte.

Fazit: Es sollen mit strukturellen Anpassungen die Besten unter den jungen Medizinerinnen und Medizinerinnen gewonnen werden, so dass sie ihre professionellen Fähigkeiten in Wissenschaft, Klinik und Lehre mit dem Engagement in der Familie verbinden können.