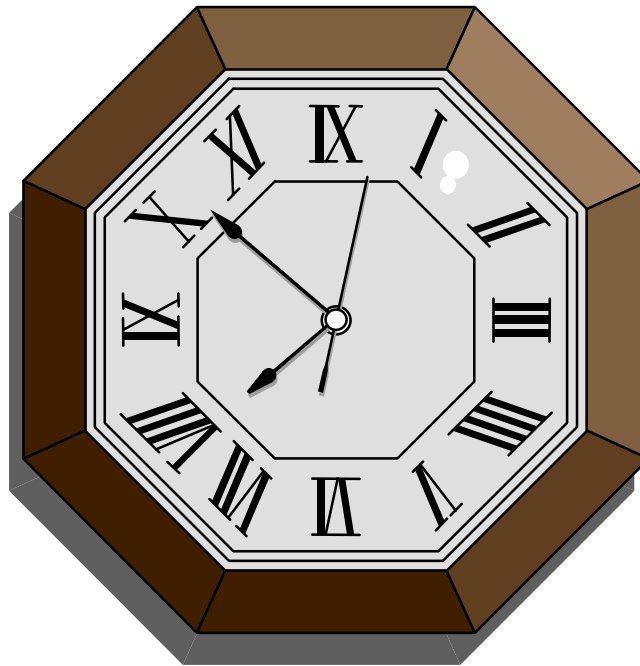


# Arbeitsplatz Krankenhaus

Chancen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Bereich



**Dokumentation einer Tagung am 4. November 1998  
im Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße, Bremen**

Veranstalterinnen:

Ärztchammer Bremen

Angestelltenkammer Bremen

Die kommunalen Krankenhäuser im Lande Bremen und ihre Frauenbeauftragten

Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>S. 3</b>
<b>Ulrike Hauffe</b> , Landesbeauftragte für Frauen Einführung und Begrüßung	<b>S. 4</b>
<b>Dr. Ursula Auerswald</b> , Präsidentin Ärztekammer Bremen, Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Bereich - Teilzeit und Weiterbildung -	<b>S. 7</b>
<b>Prof. Dr. Beate Schücking</b> , Universität Osnabrück Ärztinnen im Krankenhaus - eine Bestandsaufnahme 1998	<b>S. 8</b>
<b>Vorstellung der Arbeitszeitmodelle</b>	<b>S. 11</b>
<b>Dr. Gesine Loeschcke</b> , Zentralkrankenhaus "Links der Weser" Unbezahlter Urlaub ermöglicht Stelle in der Anästhesie	<b>S. 11</b>
<b>Dr. Sabine Wulff, Dr. Heinz v. d. Linde</b> , ZKH Bremen-Nord Das Arbeitszeitmodell der Frauenklinik	<b>S. 12</b>
<b>Ute Feldhusen</b> , ZKH Bremen-Ost Das Arbeitszeitmodell des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost	<b>S. 14</b>
<b>Dr. C. Teichmann</b> , ZKH St.-Jürgen-Straße Das sog. Chaos-Modell in der Hals-Nasen-Ohrenklinik	<b>S. 14</b>
<b>Podiumsdiskussion (Ausschnitte)</b> <b>Prof. Arnold, Dr. Böhmert, Prof. Wenk,</b> <b>R. Kaldewey-Nothmann, B. Hilmer</b>	<b>S. 15</b>
<b>Iris Bleyer-Rex</b> , Angestelltenkammer Schlusswort	<b>S. 19</b>

Hrsg.  
 Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau  
 Knochenhauerstr. 20/25  
 28195 Bremen  
 Tel. 0421/361 3133  
 E-mail: office@zgf.bremen.de

## 1. Vorwort

Im Rahmen unserer Veranstaltungsreihe Arbeitsplatz Krankenhaus erschien es uns nach der ersten Veranstaltung "Über Hürden und Hindernisse in der ärztlichen Weiterbildung" notwendig, nun das Thema Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Bereich aufzugreifen.

Lebens- und Berufsplanung der in den Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen stehen vielfach im Widerspruch zueinander. Wir - die Frauenbeauftragten der kommunalen Kliniken im Land Bremen - sind deshalb häufig gefordert, den Frauen bei der Klärung und Umsetzung im Arbeitsalltag Hilfe und Unterstützung zu geben.

Der Wunsch vieler Ärztinnen nach Teilzeitarbeit hat mehrere nachvollziehbare Gründe. Es sind dies: die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, der Anspruch auf Qualität der geleisteten Arbeit als auch auf Lebensqualität und nicht zuletzt die Solidarität mit Kollegen/innen bei ansteigender Arbeitslosigkeit.

Häufig scheitern diese Wünsche aber an Klinikstrukturen, deren Veränderung die Aufgabe der traditionellen 60-Stunden-Woche bedeuten würde. Das Landesgleichstellungsgesetz, die Frauenförderpläne und das Arbeitszeitgesetz bieten u.a. den Rahmen für individuelle Arbeitszeitmodelle.

Zu diesem Themenkomplex konnten wir fachkompetente Referenten und Referentinnen gewinnen, u.a. auch Ärztinnen und Ärzte aus unseren Kliniken, in deren Abteilungen bereits unterschiedliche Arbeitszeitmodelle erfolgreich praktiziert und gelebt werden.

Wir wünschen uns, dass diese Veranstaltung anderen Ärztinnen und Ärzten Mut macht, auch in ihren Abteilungen anhand der nachfolgenden Informationen die vorhandenen Strukturen in Frage zu stellen und sie zu verbessern, um dadurch ihre Ansprüche zu realisieren.

Die Frauenbeauftragten der kommunalen Krankenhäuser

## **2. Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte für Frauen** **Einführung und Begrüßung**

Ich begrüße sehr herzlich Frau Prof. Schücking und Herrn Prof. Priester als Referierende der heutigen Tagung, außerdem Frau Dr. Auerswald, die Präsidentin der Ärztekammer Bremen. Herzlich willkommen auch den Krankenhausdirektionen aller kommunaler Krankenhäuser, und ich weiß auch, dass einige Mitarbeitende der konfessionellen Krankenhäuser hier anwesend sind. Bei dieser Veranstaltung wirkt die Angestelltenkammer zusätzlich mit, auch sie herzlich willkommen. Als Leiterin der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau ist es mir sehr wichtig, das Zusammenspiel dieser verschiedenen Institutionen und Veranstaltenden deutlich zu machen. Wenn wir uns über das schwierige Thema "Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus" unterhalten, macht es nur Sinn, wenn die jeweiligen Akteure und Akteurinnen gemeinsam an Lösungen arbeiten.

Ziel der letzten Tagung war die Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung durch erhöhte Transparenz der Weiterbildungsabläufe sowie durch Erleichterungen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch diese Tagung war schon in der Zusammensetzung so arrangiert, dass diejenigen, die Veränderungen bewirken können, auch die Verantwortung über die Tagung hatten.

Wir wissen, dass in einigen Kliniken etwas in Gang gekommen ist. In absehbarer Zeit wird es notwendig und richtig sein, die Ergebnisse zu präsentieren. Wir haben zum Ende der letzten Tagung wichtige Punkte festgelegt, die in den Krankenhäusern zur Verbesserung der Situation von Ärztinnen und Ärzten umgesetzt werden sollten. Sie sind dieses Mal nicht Gegenstand der Tagung, aber ich möchte einige von ihnen noch einmal nennen, damit sie nicht in Vergessenheit geraten:

- Es sollten Arbeitsplatzbeschreibungen für schwangere Ärztinnen erstellt werden. Vom Krankenhaus St.-Jürgen-Straße wissen wir, dass der Arbeitsschutzausschuss die Leitungen der Kliniken aufgefordert hat, entsprechend den erarbeiteten Arbeitsplatzbeschreibungen vorzugehen.
- Im Rahmen der gesetzlichen Regelungen sollen die Klinikleitungen sicherstellen, dass Ärztinnen während der Schwangerschaft so eingesetzt werden, dass sie die Weiterbildungsmöglichkeiten weitmöglichst ausschöpfen können.
- Auch während der Erziehungszeiten sollen die Klinikleitungen Kontakt zu den Beurlaubten halten und sie über hauseigene und externe Fortbildungen informieren.
- Jede Art von Fortbildung sollte zu familienfreundlichen Zeiten angeboten werden.
- Die Wiedereingliederung von Ärztinnen und Ärzten nach Erziehungszeiten sollte durch rechtzeitige Gespräche vor dem Arbeitsbeginn verbessert werden, damit gemeinsam ein Wiedereinstieg geplant werden kann.
- Die Krankenhausleitungen wurden aufgefordert, Verfahren zu entwickeln, die durch Schwangerschaft und Erziehungszeiten verursachten personellen Ausfälle zu kompensieren.
- Gefordert wurde die Schaffung eines Rahmenplans ärztlicher Weiterbildung sowie individuelle Weiterbildungspläne. Die Erarbeitung eines derartigen Rahmenplans scheint sich schwierig zu gestalten.

Wie Sie wissen, hat meine Behörde alle Krankenhausdirektionen befragt, was sie seit der letzten Tagung umgesetzt haben. Die Antworten waren zum Teil sehr dürftig. Dies bedeutet, dass wir verstärkt die beschlossenen und umzusetzenden Maßnahmen begleiten und kontrollieren sollten. Im Krankenhaus St.-Jürgen-Straße und im Krankenhaus Bremen-Ost sollen Arbeitsgruppen entstanden sein, die derartige Rahmenpläne zu erarbeiten haben.

Viele der genannten Punkte müssen Eingang finden in die Fortschreibung der im Bremischen Landesgleichstellungsgesetz vorgeschriebenen Frauenförderpläne. Vollzug wurde aus dem Krankenhaus Links der Weser gemeldet, dort wurde ein Frauenförderplan beschlossen.

Wir haben uns bei der letzten Tagung auch mit der Notwendigkeit befasst, vorhandene Arbeitszeitmodelle auszuwerten und neue Formen für Leitung zu entwickeln. Die Darstellung bei den Antworten der Krankenhausleitungen zeigt deutlich, dass es nach wie vor lediglich individuelle Lösungen in einigen wenigen Bereichen gibt. Dies ist ein Impuls für uns gewesen, die heutige Tagung "Chancen von Arbeitszeitmodellen im ärztlichen Bereich" zu entwickeln, um aufzuzeigen, was in den einzelnen Häusern entwickelt wurde. Damit wird Anregung und ein Diskussionsforum für alle Krankenhausmitarbeitenden geschaffen.

Deutlich wird, dass unser Forderungspunkt "Achtung familiärer Lebensbedingungen", der in den Personalentwicklungsstrategien Berücksichtigung finden sollte, in allen Punkten querschnittig bedeutsam ist. Damit steht auch dieser Punkt heute zur Diskussion.

Die Situation der Ärztinnen ist nach wie vor zu verbessern. Ihr Anteil unter den arbeitslosen Ärzten im Arbeitsamtsbezirk Bremen (57 %) ist immer noch erheblich höher als unter den sozialversicherungspflichtig beschäftigten (43 %). Die prognostizierte Arbeitslosigkeit unter den Ärzten erfordert es, über zusätzliche Arbeitsplätze durch Schaffung von mehr Teilzeitstellen nachzudenken. Auch dieses ist ein Motiv, weswegen wir heute hier zusammengekommen sind. In einem Beruf, der relativ gut bezahlt ist, können Teilzeitstellen eigentlich besonders gut eingerichtet werden, weil von dem Teil-Geld auch gelebt werden kann. Der Veränderung der Arbeitszeiten im Krankenhaus stehen jedoch Mauern gegenüber. Wir wissen alle, dass es "nie anders gemacht wurde", oder "dass die Vorschläge realitätsfern sind", oder "dass die Kontinuität der Patienten- und Patientinnenbetreuung gesichert werden muss" - und vor allem - "dass es hier ja um Leben und Tod geht".

Sie, die Sie hier sitzen, kennen diese Argumente alle schon lange. Sie wissen aber auch genau, dass es Totschlag-Argumente sind, die nicht weiterhelfen bei einer Debatte, die geführt werden muss. Sie sind nicht immer rational und gehen lediglich davon aus, dass die vorhandene Organisationsstruktur eine bewährte ist. Es kommt aber auf den Standpunkt an, von dem aus ein Geschehen betrachtet wird.

Lassen Sie mich berichten von dem Projekt "Zeiten der Stadt", das in Bremen eine besondere Aufmerksamkeit genießt und sogar - zusammen mit den Städten Hamburg und Hannover - als erstes Expo-Projekt akkreditiert wurde. Was hat das Thema Zeiten der Stadt mit unserem Thema heute hier zu tun? Eine Menge, denn die Organisation von Zeitkultur ist etwas, das alle betrifft: Auch Krankenhäuser haben eine Zeitkultur entwickelt. Wir haben im Rahmen des Projektes "Zeiten der Stadt" ein

Hearing veranstaltet zum Thema "Zeiten im Krankenhaus". Interessant war bei diesem Hearing, dass - abhängig vom Standpunkt des Betrachters - völlig verschiedene Betrachtungsweisen der Zeitkultur im Krankenhaus in die Bewertung eingegangen sind. Schaue ich aus dem Blickfeld der Pflegenden, komme ich zu anderen Organisationsformen als aus der Sicht von Assistenz-Ärztinnen und Assistenz-Ärzten, oder ärztlichem Direktor, oder Hol- und Bringendienst,... Nicht beachtet wurde in jedem Fall, wie eine Zeitkultur im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen auszusehen hätte.

Heute wollen wir uns befassen mit der Möglichkeit der zeitlichen Gestaltung von Arbeit für Ärzte und Ärztinnen im Krankenhaus. Das heißt, wir wollen den Versuch unternehmen, über bessere Strukturen nachzudenken. Herr Professor Priester wird uns in seinem Referat darstellen, welche Möglichkeiten es für Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Bereich gibt. Anschließend wird Frau Professor Schücking uns erläutern, wie die weibliche Lebens- und Berufsplanung im ärztlichen Beruf aussieht bzw. aussehen könnte.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal erinnern an die Dokumentation unserer Tagung "Arbeitsplatz Krankenhaus - Über Hürden und Hindernisse in der ärztlichen Weiterbildung" vom April 1997, in der u.a. besonders auf die psychologischen Barrieren der Karrieregestaltung von Ärztinnen eingegangen worden ist.

Nach der Vorstellung verschiedener hochinteressanter Arbeitszeitmodelle in Bremer Krankenhäusern werden wir in der abschließenden Podiumsdiskussion die Verwirklichung unterschiedlicher Teilzeitmodelle - auch in Leitungspositionen - erörtern. Selbstverständlich ist es nötig, zu möglichst praktikablen Lösungen zu kommen. Es reicht nicht, sich gegenseitig zu versichern, dass die Gedanken gut und wichtig sind, aber nicht auf die Krankenhäuser übertragbar. Die Frage der Arbeitszeitgestaltung muss nicht nur im Hinblick auf "humane", sondern auch auf rechtliche und organisatorische Reformüberlegungen gelöst werden. Als Beispiel kann ich Ihnen sagen, dass es bei Mercedes 156 verschiedene Arbeitszeitmodelle gibt. Das zeigt, dass auch andere Betriebe mit gewichtigen Regelabläufen flexibel mit dem Personal umgehen können, um die Arbeitseffizienz und die Zufriedenheit zu maximieren.

Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern zu realisieren, könnte nicht nur mehr Qualität und effektivere Organisation bedeuten, sondern auch mehr Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit, die den Patienten und Patientinnen sicherlich zugute kommen wird. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine interessante und hoffentlich spannende Tagung, die Ergebnisse zeigen wird. Auch diese Ergebnisse werden wir dann wieder - nach angemessenem Zeitraum - prüfen müssen.

### **3. Dr. Ursula Auerswald, Präsidentin Ärztekammer Bremen, Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Bereich - Teilzeit und Weiterbildung -**

Die Fortführung der Veranstaltungsreihe des letzten Jahres, in der wir uns mit der ärztlichen Weiterbildung beschäftigt haben, hat dieses Mal die Möglichkeiten und Chancen von Teilzeitarbeit im Krankenhaus zum Thema. Konnten sich in der Pflege im Laufe der Jahre vielfältige Teilzeitmodelle entwickeln, sieht es im ärztlichen Sektor noch anders aus.

Eines der Ergebnisse der letzten Veranstaltung war:

”Krankenhausdirektoren, Klinikleitungen, Frauenbeauftragte und Personalräte sollen vorhandene Arbeitszeitmodelle ausweiten und neue Formen - auch für Leitungsfunktionen - entwickeln.”

Als wir mit der Planung der Veranstaltung im Sommer begonnen haben, wussten wir nicht, dass das Deutsche Ärzteblatt in seiner letzten Ausgabe die Teilzeitarbeit, wenn auch unter einem anderen Gesichtspunkt, zum Thema machen würde. Ich bin froh, dass wir somit wieder ein aktuelles Thema aufgegriffen haben.

Was hat sich in den letzten Jahren verändert? Warum wird Teilzeit zu einem Thema und welche Rolle fällt dabei der Ärztekammer zu?

#### **Ist Teilzeitarbeit auch in der Weiterbildung möglich? Die Weiterbildungsordnung als die rechtliche Grundlage**

Die Weiterbildung ist nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte im Lande Bremen von 1996 grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen. Allerdings sie kann mit vorheriger Genehmigung der Ärztekammer in einem Umfang von mindestens der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit erfolgen, wenn aus wichtigem Grund eine Weiterbildung in Vollzeit nicht möglich ist.

Dies ist eine deutliche Veränderung zu der Weiterbildungsordnung (WBO) von 1988. War damit doch die Weiterbildung in Teilzeit begrenzt auf einen Zeitraum von höchstens 4 Jahren, was einer Weiterbildungszeit von 2 Jahren in ganztägiger Beschäftigung und in der Regel auch der Hälfte der Mindestweiterbildungszeit entsprach.

Arbeitszeiten von weniger als der Hälfte der regulären Arbeitszeit können nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Geändert hat sich auch, dass nicht nur ganztägig oder halbtägig gerechnet wird, sondern dass bei einem 30-Stunden-Vertrag diese 30 Stunden auch auf die Weiterbildung angerechnet werden und nicht nur die Hälfte der regulären Arbeitszeit.

Waren es in der alten WBO nur persönliche Gründe, die eine anrechenfähige Teilzeitbeschäftigung notwendig machen konnten, so reichen nun wichtige Gründe, die eine Weiterbildung in Vollzeitbeschäftigung nicht zulassen, aus. Hierzu zählen fehlende Stellen als auch Veränderungen, die sich aus der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes ergeben können. Um die entsprechenden Ruhepausen oder Nachtdienste einzuhalten, könnte es Abteilungsleitern oder Verwaltungen günstiger

erscheinen, vermehrt Teilzeitstellen einzurichten, da nach BAT die Anzahl der Nacht- oder Bereitschaftsdienste nicht von der vertraglich geregelten Arbeitszeit abhängt.

Wird eine Weiterbildung im Rahmen einer Teilzeittätigkeit absolviert, verlängert sie sich entsprechend. Für die Ärztekammer ist es entscheidend, dass die jungen Ärztinnen und unabhängig vom Arbeitsvertrag qualifiziert weitergebildet werden. Nur eine qualifizierte Weiterbildung kann den Kolleginnen und Kollegen eine Zukunft bieten und unseren Patienten die Sicherheit geben, dass für sie das medizinisch Sinnvolle und Notwendige getan wird.

Grundsätzlich hat die Ärztekammer keine Bedenken gegen eine Weiterbildung in Teilzeit, sieht aber auch, dass es gerade in der Organisation im Krankenhaus zu Veränderungen kommen muss, damit Ärztinnen und Ärzten trotz reduzierter Arbeitszeit eine qualifizierte Weiterbildung ermöglicht wird. Teilzeitmodelle erfordern sowohl von den Arbeitgebern als auch von den Arbeitnehmern Flexibilität und Innovation.

Deshalb freue ich mich auf die Vorstellung der Teilzeitmodelle, die zeigen, dass in unseren Krankenhäusern auch in schwierigen Zeiten Veränderungen möglich und machbar sind, und dass Bremen hier sicherlich auch eine besondere Stellung einnimmt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

#### **4. Prof. Dr. Klaus Priester, Ev. Fachhochschule Ludwigshafen, Sind Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Bereich möglich?**

- Das Manuskript wurde leider nicht zur Verfügung gestellt. -

#### **5. Prof. Dr. Beate Schücking, Universität Osnabrück Ärztinnen im Krankenhaus - eine Bestandsaufnahme 1998**

Sie werden hier Beispiele hören, wie eine familienfreundliche Arbeitszeitregelung für Ärztinnen, aber auch für Ärzte im Krankenhaus gestaltet werden kann. Diese Beispiele sind sicher sehr ermutigend; sie sind sicherlich nachahmenswert; und sie sind leider bisher Einzelbeispiele, die sich wohl nicht zufällig auch hier im kleinen Bundesland Bremen entwickeln konnten. Ich möchte Ihnen in meinem Beitrag einzelne Gegenbeispiele darstellen, - quasi zur Vervollständigung des Bildes, damit wir nicht zu optimistisch werden! Außerdem will ich versuchen, den derzeitigen Stand der Entwicklung kurz im Überblick darzustellen.



Zunächst ein exemplarischer Fall:

Anna B., wie ich sie nennen möchte, ist eine der begabtesten Medizinstudentinnen, die ich als Assistenzärztin einer nordhessischen Universitätsklinik kennengelernt habe. Sie hat nicht nur alle ihre Examina mit hervorragenden Ergebnissen absolviert, sondern auch eine mit viel Eigeninitiative und sowohl Engagement wie Fleiß betriebene klinische Ausbildung erworben. Sie ist zuverlässig, gewissenhaft und sowohl daran interessiert, eine wissenschaftlich fundierte wie an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtete Medizin zu betreiben; kurzum, am Ende ihres Studiums halte ich sie für in jeder Weise zum ärztlichen Beruf befähigt und jeder Klinik als Mitarbeiterin zu empfehlen. Eine Einschätzung, die übrigens von den meisten meiner Kollegen geteilt wird. Anna B. hat eine Doktorarbeit im Bereich der experimentellen Orthopädie noch während ihres Studiums begonnen und mit dem zweiten Staatsexamen abgeschlossen. Zum praktischen Jahr und anschließendem AiP zieht sie zurück ins heimatliche Süddeutschland. Zufällig erfahre ich ihren weiteren Werdegang: Ihr Berufsziel ist die Allgemeinmedizin. Sie ist zu ehrlich (hierin auch von christlichen Werten geprägt), um den Chefärzten, bei denen sie sich bewirbt, andere Berufswünsche vorzuspielen. Trotz ihrer hervorragenden Noten (auch das dritte Staatsexamen ist exzellent ausgefallen) und der abgeschlossenen Promotion wird sie bei mehreren Stellenvergaben nicht berücksichtigt und arbeitet schließlich als Praxisassistentin in der Allgemeinmedizin. Familiäre Beziehungen können ihr bei der Stellensuche nicht helfen, sie stammt zwar aus der Gegend, ist aber Bauerntochter. Schließlich hat sie den Chefarzt der Frauenklinik am Kreiskrankenhaus von ihren Qualitäten überzeugen können und die heißersehnte Assistentenstelle in Aussicht. Sie freut sich darüber besonders, denn die Frauenheilkunde ist ihr auch unter allgemeinmedizinischen Aspekten sehr am Herzen gelegen. Einen Tag vor Unterschrift des Arbeitsvertrages bemerkt sie, dass sie - ungeplant - schwanger ist. Sie gerät in einen tiefen Gewissenskonflikt: Soll sie den Arbeitsvertrag unterschreiben und die noch sehr frühe Schwangerschaft verheimlichen? Viele ihrer Bekannten raten ihr zu diesem Weg. Sie ringt mit sich .... und bittet schließlich den Chefarzt um ein Gespräch, in dem sie ihm von der Schwangerschaft berichtet. Was geschieht? Die meisten von Ihnen hier ahnen es vermutlich voraus: Der Arbeitsvertrag wird nicht unterschrieben, sie erhält die Stelle nicht. Wenige Wochen später erleidet sie eine Fehlgeburt - und muss nun auf beides verzichten: Die Weiterbildungsstelle und das Kind ... Tapfer sagt sie sich: Ich bin ja noch jung, es kann ja beides noch klappen. Inzwischen hat die damals geplante Hochzeit stattgefunden, und Anna B. "jobt" wieder in einer Allgemeinpraxis.

Wie kann man, wie soll man Studierende und junge Kolleginnen beraten, wenn wir wissen, dass solche Geschichten keine seltenen Ereignisse, sondern typische Erfahrungen junger Ärztinnen repräsentieren? Wie kann diesen jungen Frauen geholfen werden, sowohl ins Berufsleben einen qualifikationsentsprechenden Einstieg zu erhalten, wie auch Möglichkeiten zu finden, ihre Familienwünsche nicht gänzlich hintan zu stellen?

In Deutschland wie in Österreich ist seit Beginn der siebziger Jahre, im Zuge allgemein steigender Studierendenzahlen und wachsender Studentinnenanteile im Medizinstudium ein kontinuierliches, vergleichsweise zu anderen Studienrichtungen hohes Wachstum der Frauenanteile zu verzeichnen. Derzeit ist etwa rund die Hälfte der Studierenden wie Absolvierenden weiblichen Geschlechts. Nach wie vor zeigt sich in der sozialen Zusammensetzung der Medizinstudierenden eine hohe soziale Herkunftshomogenität und berufliche "Vererbung", wobei dieser "Einstiegsbonus" bei

Medizinstudentinnen in geringerem Ausmaß vorhanden ist als bei ihren Kollegen (vergleiche hierzu auch die Untersuchungen von Mixa, E.: Ärztinnen im Wissenschaftsbetrieb, Aufstiegsmöglichkeiten und Karrierechancen, Wien 1997). Den wachsenden und hohen Frauenanteilen im Medizinstudium und bei den Abschlüssen steht ein relativ langsames Wachstum der Frauenanteile in der Profession gegenüber, welches vor dem Hintergrund einer enormen Vergrößerung und Forcierung von Spezialisierung zu betrachten ist. Insbesondere aber zeigen die Analysen zur quantitativen geschlechtsspezifischen Verteilung im Berufsfeld (insbesondere: J. Mesletzky: Geschlechterverhältnisse in der Medizin, Kiel 1996) einen sowohl vertikal wie horizontal segregierten "Arbeitsmarkt Medizin": Ärztinnen finden sich konzentriert in jenen Arbeitsgebieten und -verhältnissen, Fachrichtungen und Positionen, die mit weniger Aufstieg- und Verdienstmöglichkeiten, einer stärkeren Unsicherheit, weniger Entscheidungskompetenzen sowie einem geringerem Grad an Spezialisierung einhergehen. Eine marginalisierte Stellung nehmen Ärztinnen speziell im Wissenschaftsbetrieb und in Führungspositionen ein. Deutliche Unterschiede finden sich erwartungsgemäß auch in der Lebensform der Ärztinnen und Ärzte: Ärztinnen sind häufiger geschieden, zu größeren Teilen unverheiratet und kinderlos als Ärzte. Partner von Ärztinnen sind großteils voll berufstätig, während die Partnerinnen der Ärzte weit häufiger gar nicht oder teilzeitbeschäftigt sind. Das Private, das für Ärzte auch im Hinblick auf ihre berufliche Laufbahn stützend wirkt, wird für Ärztinnen zur Belastung auch innerhalb des Arbeitszusammenhanges. Ärztinnen sind häufiger primär für Haushalt und Kinder zuständig, während Ärzte von ihren Partnerinnen diesbezüglich entlastet werden. Deutlich zeigt sich auch der Zusammenhang zwischen "Kind und Karriere". Nicht zuletzt aufgrund dieser traditionellen geschlechtsspezifischen "Arbeitsteilung", werden Kinder zu einem Hemmnis beim Verfolgen der Erfordernisse, die eine wissenschaftliche Laufbahn mit sich bringt. Dieses Phänomen zeigt sich nicht nur bei real existierenden, sondern - wie am exemplarischen Fall sichtbar - bereits schon bei fiktiv möglichen Kindern von Ärztinnen. Neben den aus der Organisation des Privatlebens resultierenden Belastungen und professionsbedingten Stressfaktoren werden im Arbeitszusammenhang bestehende strukturelle Hindernisse ebenso wie soziale Schließmechanismen von Ärztinnen als Belastungsfaktoren erfahren. (Mixa, E.) In Deutschland, insbesondere in bevorzugten Städten beispielsweise Süddeutschlands, hat sich eine Grauzone von vielfältigen, z. T. sogar illegalen Beschäftigungsmöglichkeiten für junge Ärzte in der Weiterbildungsphase etabliert: Da wird nicht nur auf Teilzeitstellen volle Arbeitskraft und mindestens 40 Stunden Dienst pro Woche erwartet, sondern in einem immer unübersichtlicher werdenden Gerüst von Drittmittelfinanzierungen werden auch ärztliche Weiterbildungsstellen aus privaten Stiftungen, deren Geldgeber "zufällig" Angehörige der jungen Ärzte sind, finanziert. Die Benachteiligung von Frauen in diesen Strukturen ist zwar noch nicht wissenschaftlich untersucht, aber aus der gängigen Praxis offensichtlich.

Es bleibt die Frage: Wie kann Abhilfe geschaffen werden? Flexible Arbeitszeiten, wie sie hier z. T. vorgestellt wurden, sollten konzeptuelle Verbreitung und Diskussion auf der Ebene der Verantwortlichen erfahren. Internationale Beispiele (Skandinavien, aber auch Frankreich) zeigen, dass ein höherer Prozentsatz von Ärztinnen im Beruf durchaus auch Kinder haben kann, wenn die nötigen institutionellen Voraussetzungen hierzu geschaffen sind. Diese bestehen in erster Linie aus Teilzeitarbeitsstellen (für beide Geschlechter!) und Kinderbetreuungseinrichtungen. Daneben ist aber auch ein gewisses Umdenken erforderlich, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch im medizinischen Bereich zu akzeptieren. Deutschland

und Österreich scheinen in seltsamer, nur historisch erklärbarer Weise geprägt von einem Frauenbild in diesen Berufen, das ganz am Modell des "Anderen-Helfens" und "Sich-Aufopfens" orientiert scheint. "Frau Doktor widmet sich ganz ihren Patienten". Diesen Anspruch (der übrigens an männliche Ärzte nicht gerichtet wird, ihnen wird Beruf und Familie immer zugestanden) müsste aus den Köpfen aller am Gesundheitswesen Beteiligten verschwinden. In dieser Beziehung scheint der (allerdings nicht völlig objektiven) Beobachterin der Pflegeberuf übrigens in seiner Entwicklung dem ärztlichen Beruf schon um einiges voraus zu sein.

## 6. Vorstellung der Arbeitszeitmodelle

### 6.1. Dr. Gesine Loeschcke, Zentralkrankenhaus "Links der Weser" Unbezahlter Urlaub ermöglicht Stelle in der Anästhesie

In unserer Abteilung nehmen 12 Kollegen einen Monat unbezahlten Urlaub pro Jahr. "Unbezahlter Urlaub" bedeutet Reduzierung der Jahresarbeitszeit um 1/12 unter Verzicht auf ein Monatsgehalt. Dadurch ist eine zusätzliche Stelle geschaffen worden.

Die Gründe für die Inanspruchnahme dieses Modells sind vielfältig:

- Vereinbarkeit von Beruf und Familie (kritische familiäre Situationen können überbrückt werden ohne den Jahresurlaub zu verbrauchen wie Einschulung etc.)
- Weiterbildung (Hospitation in anderen Kliniken).
- Lebensqualität (Veränderung der Altersstruktur der angestellten Ärzte nach oben führt zu erhöhtem Erholungsbedarf bei jahrzehntelanger Nacht- bzw. Schichtarbeit)

#### **Praktische Umsetzung:**

Im Herbst jedes Jahres werden ein Plan für den unbezahlten Urlaub des kommenden Jahres aufgestellt und die Monate verbindlich verteilt. Nur unbefristet eingestellte Kollegen nehmen die Regelung in Anspruch. Die frei werdenden 12 Monate gehen in einen Stellenpool ein, davon wird ein neuer Kollege eingestellt bzw. bestehende Verträge verlängert oder AiP übernommen.

#### **Kosten:**

Für Arbeitnehmer: Pflichtversicherte in der GKV bleiben 4 Wochen beitragsfrei. Freiwilligversicherte müssen ihren Anteil selber tragen. Beim Versorgungswerk ist der Beitrag frei wählbar, es empfiehlt sich jedoch, 10 % des Höchstbeitrages zu zahlen, um die Berufsunfähigkeitsrente nicht zu gefährden.

Für Arbeitgeber: Für den Arbeitgeber fallen nur die anteiligen Verwaltungskosten an. In der Regel spart er sogar, da nur Kollegen mit unbefristeten Stellen von der Regelung Gebrauch machen, eingestellt werden jüngere, sprich kostengünstigere Kräfte.

#### **Beurteilung:**

Die genannte Form der Arbeitszeitverkürzung ist für eine Reihe von Kollegen aus den verschiedensten Gründen von Interesse. Sie ist einfach zu organisieren (wie Urlaubsplan), stört die Funktionsabläufe nicht und wird sehr positiv aufgenommen.

Frage von Ulrike Hauffe: Gibt es bei einmonatiger Beurlaubung vom Arbeitgeber eine Zuzahlung? Hinweis: Es gibt ja auch die Möglichkeit anstelle von Weihnachtsgeld eine Freistellung zu beantragen, ohne aus der Versicherung rauszufallen.

Dr. Loeschcke: Nein, es gibt keine Zuzahlung vom Arbeitgeber. Wie gesagt, laufen Pflichtversicherte 4 Wochen vollkommen beitragsfrei weiter in der GKV, freiwillig Versicherte zahlen ihren Anteil, Privatversicherte natürlich sowieso den vollen Beitrag. Auch die Beiträge zum Versorgungswerk trägt der Arbeitnehmer allein. Von der "Weihnachtsgeldregelung" hat meines Wissens bisher keiner von uns Gebrauch gemacht.

Frage einer Kollegin: Werden diese 4 Wochen von der Gesamtlebensarbeitszeit abgezogen?

Dr. Loeschcke: Ja, das ist so.

Frage einer Kollegin: Warum trifft dieses Modell nur für unbefristet eingestellte Kolleginnen zu ?

Dr. Loeschcke: Früher waren die befristeten Verträge von dieser Regelung im BAT ausgenommen. Das hat sich 1994 geändert, allerdings werden die Verträge nicht um die beurlaubten Monate verlängert, die Kollegen "verlieren" also diese Zeit.

## **6.2 Dr. Sabine Wulff, Zentralkrankenhaus Bremen-Nord Das Arbeitszeitmodell der Frauenklinik**

Seit 1994 wurde eine von vier Oberarztstellen in der Frauenklinik des Zentralkrankenhauses Bremen Nord in zwei Halbezeitstellen aufgeteilt. Zu dieser Teilung kam es, da mir nach Beendigung meines Erziehungsurlaubs die Wiederaufnahme meiner Tätigkeit in Form von Vollzeitbeschäftigung unvereinbar erschien mit meiner Rolle als Mutter. Die Teilung einer Oberarztstelle bot sich insofern an, als mein Kollege Dr. van der Linde, der mich während des Erziehungsurlaubs vertreten hatte, ebenfalls an einer halben Stelle interessiert war. Trotz anfänglicher Skepsis stimmte unser Chef schließlich zu. Bedingung war jedoch, dass wir blockweise arbeiteten, d.h. jeder von uns arbeitete zwei Wochen lang ganztätig und hatte anschließend zwei Wochen frei. Dieses Arbeitszeitmodell wurde deshalb favorisiert, weil so die größtmögliche Kontinuität bei der Versorgung der Patientinnen gewährleistet schien. Wir haben nach diesem Modell dreieinhalb Jahre gearbeitet.

Im Laufe der Zeit wurden jedoch auch Nachteile dieser Arbeitsweise offenkundig:

- Während der zweiwöchigen arbeitsfreien Zeit erfährt man wenig über die Vorgänge im Krankenhaus. Dies betrifft sowohl Krankheitsverläufe als auch interne Diskussionen und Beschlüsse, obwohl die wesentlichen Informationen im Rahmen einer Übergabe übermittelt wurden. Außerdem steht man während dieser Zeit nicht für Rückfragen zur Verfügung.
- Jeder Arbeitsbeginn nach einer zweiwöchigen Pause geht zwangsläufig mit einer Wiedereingewöhnungsphase einher - es ist ein wenig so, als hätte man zwei Wochen Urlaub gehabt.

- Besonders problematisch erscheint dieses Blockmodell, was das Leben mit Kindern betrifft. Die mangelnde Regelmäßigkeit führt zu einer Verwirrung der Kinder: Vierzehn Tage ist die Mutter bzw. der Vater zu Hause, um im Anschluss für zwei Wochen in der Klinik quasi zu verschwinden.

Auf Grund dieser Schwierigkeiten wurde vor über einem Jahr ein neues Modell etabliert, nach dem wir an zwei bzw. drei festgelegten Tagen pro Woche abwechselnd arbeiten. Begünstigt wurde dieses durch klinikinterne Umstrukturierungen, wonach die Anamneseerhebung und die klinische Untersuchung zeitlich getrennt von der stationären Aufnahme zur Operation erfolgen, d.h. jeder kann die Patientinnen selbst operieren, die er in der Sprechstunde zuvor gesehen hat.

Vorteile dieses Arbeitszeitmodells sind:

- Man ist am Klinikgeschehen kontinuierlicher beteiligt. Informationsdefizite können nach maximal zwei freien Tagen rascher aufgeholt werden.
- Das Leben gestaltet sich regelmäßiger, was für Kinder deutlich vorteilhafter ist.

Der personelle Wechsel vom einen auf den anderen Tag ist unwesentlich, da die Oberarztstätigkeiten überwiegend an Funktionsbereiche gekoppelt sind. Auf Stationsarztebene würde dies ein größeres Problem darstellen. Von Seiten des Pflegepersonals bestanden zunächst Bedenken gegenüber diesem neuen Modell; mittlerweile wird es jedoch recht gut akzeptiert.

Voraussetzung für solche geteilten Stellen ist eine gute Kommunikation zwischen beiden Job-Sharing-Partnern. Außerdem ist es erforderlich, die eigene Arbeit transparent zu machen, was sogar zu einer Verbesserung des Miteinanders im gesamten Team beitragen kann.

Fazit: Das derzeit praktizierte Modell stellt eine gute Möglichkeit dar, das Familienmodell mit der Berufstätigkeit zu verbinden.

## **Dr. Heinz van der Linde**

### **Persönlicher Erfahrungsbericht**

Nach der Vorstellung der Rahmenbedingungen für eine geteilte Oberarztstelle durch meine Kollegin möchte ich quasi als Nutznießer des Frauenförderplans einen kurzen, ganz persönlichen Erfahrungsbericht abgeben.

Der Frauenförderplan ließ es zu, einerseits einen oberärztlichen Verantwortungsbereich zu übernehmen und andererseits meine Rolle als Vater in einer für mich befriedigenden Weise wahrzunehmen. Die Zeit als Stellvertreter meiner Kollegin im Erziehungsurlaub machte mir deutlich, dass eine Tätigkeit als Oberarzt in Vollzeit und ein Erziehungsanspruch als Vater m.E. unvereinbar sind. Als meine Frau und ich uns entschlossen, Eltern zu werden, war ich sehr froh über die Chance, die sich mir in der Stellenteilung bot. Frau Dr. Wulff berichtete bereits von den beruflichen und familiären Schwierigkeiten, die der zunächst 14tägige Wechsel mit sich brachte. Das aktuelle Modell mit einem täglichen Wechsel bietet hingegen die notwendige Kontinuität für meinen jetzt dreijährigen Sohn. Ich darf hier ganz bewusst meine männlichen Oberarztkollegen ermutigen, ihre familiäre Situation zu überdenken. Meine positiven Erfahrungen sollen einen Anstoß geben. Ich kann

für mein Kind da sein. Daher möchte ich abschließend den Verantwortlichen im ZKH Bremen-Nord und den Initiatoren des Frauenförderplans herzlich danken.

### **6.3 Ute Feldhusen, Das Arbeitszeitmodell des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost**

Die Borderline-Station ist eine Psychotherapiestation mit 17 Betten. Es gab dort zwei Vollzeitstellen im akademischen Bereich, ursprünglich eine Arzt- und eine Psychologenstelle. Aufgrund individueller Voraussetzungen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten die Stellen geteilt, zuerst die Psychologenstelle. Danach wurde die Arztstelle zur Hälfte mit einer Psychologin besetzt, die aus dem Erziehungsurlaub zurückkam. Es wurde mit vier halben Stellen gearbeitet. Dabei war die Auflage, dass alle Nachmittage abgedeckt sein mussten. Außerdem sollten an Teamgesprächen, Fallbesprechungen, Supervision und Übergaben alle Kolleginnen teilnehmen. Die Organisation haben wir mit planerischem Geschick hinbekommen. Es gab aber immer wieder Überstunden und eine hohe Anspannung, weil wir alle viel schaffen wollten. Der Vorteil war die Verbindung mit unseren persönlichen Interessen, z.B. externe Weiterbildung und Kindererziehung. Das Modell wurde mehrere Jahre erprobt.

Durch den Weggang zweier Kolleginnen ergab sich die Möglichkeit, die Psychologenstelle wieder ganztags zu besetzen. Dieses Modell praktizieren wir nun schon seit einigen Jahren und sind damit zufriedener, weil die Übergabezeiten sich verringerten und mehr Kontinuität gewährleistet ist. Wenn die Ganztagskraft allerdings in Urlaub geht, ist die Vertretung schwieriger. Ansonsten sind alle Beteiligten und auch die Leitung mit diesem Modell zufrieden.

### **6.4. Dr. C. Teichmann, Das sog. Chaos-Modell in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des Zentralkrankenhauses St.-Jürgen-Straße**

Der ärztliche Bereich in unserer Klinik verfügt über 15,5 Stellen, die - und das hat höchste Priorität - trotz zeitweise erheblicher Fluktuation immer ausgelastet sein sollten. Dieses Ziel wird zum Teil durch flexible Arbeitszeiten erreicht.

Teilzeitarbeit existiert in unserer Klinik seit einer relativ langen Zeit, erstreckt sich aber bislang nur auf Assistenten und Ärzte im Praktikum. Durch Kollegen, die zum Beispiel aus Gründen der Niederlassung die Klinik verlassen, sowie durch unterschiedlich motivierte Arbeitszeitreduzierung Einzelner, kommt es immer wieder zum Freiwerden von Stellen, die wir nach folgendem Plan besetzen:

1. Oberste Priorität hat die Weiterbeschäftigung.  
(Beispiel: Läuft der Arbeitsvertrag eines Arztes im Praktikum aus und wird eine andere Stelle frei, so hat die Weiterbeschäftigung Vorrang vor einer eventuellen Neueinstellung eines anderen Kollegen.)
2. Berücksichtigung der Wartezeit.  
(Beispiel: "Sitzen" zwei Kollegen je auf einer halben Stelle, erhält derjenige eine

eventuell freiwerdende Stellenaufstockung, welcher längere Zeit in unserer Klinik tätig ist.)

### 3. Notfall-Stellenteilung.

(Beispiel: Droht durch einen Stellenengpaß unausweichlich die Beendigung des Arbeitsverhältnisses eines Kollegen oder einer Kollegin, so kann diese durch Reduktion der Stelle eines anderen, sofern sich ein Reduktionswilliger findet, weiterbeschäftigt werden.)

Durch diese Vorgehensweise kommt es natürlich, zumindest temporär, zu einem mehr oder minder durchschaubaren Chaos, da sich einzelne Kollegen auf Stellen befinden, die sich durch das Zusammenfügen von zwei oder mehr Bruchteilen von Stellen rekrutieren.

Dieses Chaos-Modell ist und war stets eine Herausforderung an die Assistentenschaft, den Klinikleiter und natürlich die Personalabteilung, konnte aber durch - nicht immer reibungslose - Zusammenarbeit zwischen diesen Organisationseinheiten im Laufe der Jahre beibehalten und vervollkommnet werden.

Als abschließende Bemerkung sei gesagt, dass Teilzeitstellen, insbesondere die Halbtagsbeschäftigung in einer chirurgischen Disziplin nur im bestimmten Maße durchführbar sind. Wir haben in den letzten Jahren immer eine Blocklösung favorisiert, d.h. ganztägiges Arbeiten unterbrochen von arbeitsfreien Intervallen. Die wichtigste Voraussetzung für all dies sind jedoch sehr gute atmosphärische Umstände im Klima einer Abteilung. Diese Prämisse ist bei uns erfüllt.

Arbeitszeitformen sind ganz allgemein nicht starr vorgegeben. Der Vorteil dieses Modells ist seine Flexibilität. Es lässt Raum für individuelle Planungen, z.B. Mutterschutz, Kindererziehung und Pflege oder andere Situationen (Weiterbildung). Bei Blockarbeit liegt der Vorteil in der Möglichkeit der Vorplanung für längere Zeiträume, z.B. Jahresplanungen. Für die Kolleginnen liegt der Nutzen auch darin, dass die Weiterbeschäftigung höchste Priorität hat - vor der Stundenaufstockung.

## 7. Podiumsdiskussion (Ausschnitte)

### Fragen an die Chefärzte

(1) Welche Erfahrung machen Sie in Ihrer Klinik mit neuen Arbeitszeitmodellen bzw. mit Teilzeitarbeit?

(2) Wer ist in Ihrer Klinik zuständig für die Gestaltung und Organisation der Arbeitszeit im ärztlichen Bereich?

(3) Welche Konsequenzen müssen gezogen werden?

### **Dr. Böhmert, ZKH Links der Weser**

Zu (1): Beim Prüfen der Modelle stellt man fest, dass alles machbar ist. Die Frage, ob die Modelle für die Patienten gut sind, habe ich vermisst. Es gibt bei uns häufig Beschwerden von Patienten, dass sie von vier verschiedenen Ärzten in einer Woche betreut werden. Deswegen muss die Anwendung der verschiedenen Modelle auch auf die Patientenversorgung zugeschnitten werden. Ein Modell, das für die Fachrichtung A gut ist, könnte unter Umständen bei der Fachrichtung B nicht funktionieren.

Zu (2): In meiner Abteilung wird das von der St.-Jürgen-Straße vorgestellte Modell seit 20 Jahren angewandt. Wir berechnen unseren Stellenplan nach dem Personalbudget und nach freien Monaten. Die entstehen z.B. durch vielfach gewährten unbezahlten Urlaub. Auch das im Wirtschaftsplan eingesparte Geld kann in Personalkosten umgesetzt werden.

Einstellungen werden von meinen Vertretern nach Rücksprache mit mir vorgenommen.

### **Prof. Dr. Wenk, ZKH Bremen-Nord**

Zu (1): Ich kann Teilzeitmodelle nur empfehlen. Durch die Niederlassungssperre haben wir in unserer Abteilung allerdings keine hohe Fluktuation. Schaffen lassen sich Teilzeitstellen durch Arbeitszeitreduzierungen, Kündigungen oder Jobrotation.

Zu (2): Zuständig ist der jeweilige Chefarzt, berücksichtigt werden muss bei Dienstzeitenregelungen allerdings auch, dass der/die Patient/in 7 Tage krank ist. Er wird zwar - im Falle einer kurzstationären Therapie - bereits am Freitag entlassen und durch ca. 80 % planbare Patienten/innen in meinem Bereich (Allgemein- und Gefäßchirurgie) können wir heute manches einfacher regeln. Es verbleiben aber noch 20 % Notfallanteile.

Zu (3): Zuerst einmal: zum Thema Arbeitszeitrecht und Überstunden hat Herr Priester Recht. In unserem Haus leisten die Kollegen/innen Bereitschaftsdienste der Stufe D, d.h. sie gehen nach Dienstende morgens nach Hause. Überstunden werden aufgeschrieben. Die Mitarbeiter/innen nehmen Freizeitausgleich, soweit dies möglich ist.

Die Verbesserung der Strukturen kann durch Arbeitsgruppen im Bereich der OP-Organisation und Arbeitszeit/Teilzeitmodelle erreicht werden. Voraussetzung ist der Konsens im Mitarbeiter/innenkreis.

### **Fragen an die Personalrätin:**

Wie sehen Sie als Personalrätin die Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten?





Gibt es Schwierigkeiten mit Mehrarbeit/Bereitschaftsdiensten oder wird das Arbeitszeitgesetz eingehalten?

### **Roswitha Kaldewey-Nothmann, ZKH Reinkenheide**

Die Arbeitszeit der ÄrztInnen ist von vielen Faktoren abhängig, die häufig nichts mit dem Arbeitszeitgesetz zu tun haben.

Wichtig sind zum einen der Arbeitsstil der einzelnen Klinik und die Vorgaben durch den Chefarzt. Der Druck der sehr abhängig machenden Weiterbildung zum Facharzt bzw. der befristeten Verträge nach BAT SR 2 y spielt eine Rolle. Die häufige Unterbesetzung im Assistenzarztbereich und der Kostendruck durch knappe Budgets wirken sich aus. Schließlich richtet sich die Arbeitszeit ebenfalls nach der Menge der Patienten, die durchaus nicht immer, wie in einer Praxis, zu regulären Tageszeiten kommen.

Wir haben festgestellt, dass es sehr wohl Mehrarbeit bzw. Überstunden im ärztlichen Bereich gibt, die nicht arbeitszeitgesetzkonform sind. Die Bereitschaftsdienste werden durchaus dazu genutzt, Arbeiten zu erledigen, die in der Regelarbeitszeit nicht geschafft werden, z.B. Diktieren von Entlassungsbriefen und Erledigung anderer administrativer Arbeiten. Auch bei Teilzeitbeschäftigung ist die zeitliche Belastung erheblich: Es ist nicht unüblich, dass Assistenzärzte, die z.B. mit der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beschäftigt sind, vollzeitbeschäftigt werden, z.T. sogar ohne Lohnausgleich.

Die KollegInnen könnten ihr Recht auf Einhaltung der Arbeitszeit nach Gesetz einfordern. Praktisch stehen aber viele Ängste dagegen.

Einmal geht es wie gesagt um die Weiterbildung, also z.B. darum den OP-Katalog bzw. Untersuchungen in einer bestimmten Anzahl in der vorgegebenen Zeit zu erfüllen. Es geht aber auch um unbefristete Stellen, die in den Kliniken immer rarer werden und somit auch sehr begehrt sind. So wird eben befürchtet, dass - wenn diese Leistungen zusätzlich zu dem Voll- bzw. Teilzeitvertrag nicht erbracht werden -, die Möglichkeit der unbefristeten Weiterbeschäftigung nicht besteht.

Wir Personalräte haben etliche Anläufe unternommen, damit das Arbeitszeitrechtsgesetz in den Krankenhäusern umgesetzt wird, mit unterschiedlichem Erfolg.

Für unser Haus kann ich nur berichten, dass wir inzwischen die Senatorin für Gesundheit eingeschaltet haben, indem wir uns offiziell über die gängige Praxis in einigen Kliniken beschwert haben.

Was uns allerdings wundert, ist die Tatsache, dass der Senator für Gesundheit und nicht das Gewerbeaufsichtsamt in Bremen für die Überwachung der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zuständig ist, zumal die Behörde ja auch Betreiber der eigenbetrieblich geführten Kliniken der Stadtgemeinde Bremen ist.

## **Frage an Frau Hilmer, Krankenpflagedirektorin, ZKH Bremen-Ost**

Im Bereich der Pflege gibt es seit Jahren unterschiedliche Arbeitszeitmodelle und Teilzeitarbeit - was kann der ärztliche Bereich aus Ihren Erfahrungen lernen?

### **Frau Hilmer**

Der ärztliche Bereich erscheint wenig effektiv organisiert. Dies betrifft unter anderem die Bedingungen, die beachtet werden müssen, um eine Weiterbildung von der Assistenzärztin/arzt zur Fachärztin/arzt überhaupt durchlaufen zu können. Z.B. sind die Funktionsabteilungen in jeder Fachdisziplin ein bekanntes Nadelöhr. Ein zusätzliches Problem sind meines Erachtens die befristeten Arbeitsverträge während einer Weiterbildung und dieses auch sehr wohl in hierarchischer Sicht. Des weiteren ist ein allseits bekanntes Problem, die Interessen aller im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen zufriedenstellend miteinander zu verbinden und dieses in erster Linie, um eine optimale Versorgung der uns anvertrauten Patienten/innen zu sichern, wobei die eigenen Berufsinteressen nicht vergessen werden dürfen. Der Krankenpflegebereich im ZKH Bremen-Ost ist im Bereich der Dienstplangestaltung für alle anderen ein Vorbild und sehr gut geplant. Z.B. werden angeordnete oder geplante oder auch angefallene Überstunden dokumentiert und nach dem Bundesangestelltentarifvertrag vergütet.

Im ärztlichen Bereich gibt es das Problem der Aufzeichnungen. Meines Erachtens ist jede ärztliche Klinikleitung dafür verantwortlich die Interessen ihrer Mitarbeiter/innen zu berücksichtigen. Dieses fängt bei der Arbeitszeitdokumentation an.

## **8. Iris Bleyer-Rex, Angestelltenkammer Bremen**

### **Schlusswort**

Die Arbeitszeiten von Klinikärztinnen und –ärzten gehen weit über die "normale" Wochenstundenzahl hinaus. Häufig werden noch nicht einmal die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes eingehalten. Warum dies so ist und welche Folgen die Situation für die Beschäftigten hat, wurde uns in den verschiedenen Beiträgen erneut eindrucksvoll aufgezeigt. Deutlich wurde auch, dass die Beschäftigten diese Tradition zunehmend in Frage stellen. Die große Resonanz auf die Veranstaltungsreihe "Arbeitsplatz Krankenhaus" zeigt, dass viele Ärztinnen und Ärzte dringend Veränderungen ihrer Arbeitszeiten wünschen.

Bundesweit neu ist auch, dass wir unseren Blick auf konkrete Arbeitszeitmodelle richteten, die in verschiedenen kommunalen Krankenhäusern im Land Bremen praktiziert werden. Die Beispiele belegen zum einen die Bereitschaft zum solidarischen Handeln, wenn z. B. fest angestellte Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeitszeit verkürzen, damit Kolleginnen und Kollegen nach der AiP-Zeit übernommen werden können. Wichtig ist zum anderen die Erfahrung, dass die Qualität der beruflichen Arbeit steigt, wenn ein Arzt oder eine Ärztin Zeit für das Leben außerhalb der Klinik hat. Die Förderung der Vielseitigkeit durch Teilzeitarbeit – Engagement im Beruf und als Mutter bzw. als Vater – kommt auch den Patientinnen und Patienten zugute. Die Modelle verweisen darüber hinaus auf das innovative Potential der Beschäftigten, die praktikable organisatorische Lösungen für

individuelle Bedürfnisse entwickelten und sie an jeweils neue Situationen anpassten. Gerade in Zeiten knapper finanzieller Mittel ist dieses Potential eine wichtige Ressource.

In der Plenumdiskussion wurden verschiedene Forderungen formuliert, u. a.:

Strukturen und Arbeitsabläufe im ärztlichen Bereich müssen verändert werden, in Abstimmung mit dem Pflegebereich, wo ähnliche Veränderungen schon vor Jahren stattfanden. Einen Beitrag dazu können z. B. Arbeitszeitkonferenzen "vor Ort" leisten.

Veränderungsbedürftig erscheint auch das realitätsferne Leitbild Arzt ("Modell Sauerbruch"), das eine wichtige Hürde für die Akzeptanz von Teilzeitarbeit darstellt. Ein neues Bild würde außerberufliches Engagement als Möglichkeit zur Kompetenzerweiterung enthalten. Arbeitszeitverkürzung würde dann mit hoher beruflicher Motivation und Qualität assoziiert werden können.

Starre Arbeitszeitstrukturen sollen gelockert werden, damit die Arbeitszeit an biografische Bedürfnisse wie z. B. Weiterbildung, Pflege von Angehörigen, Engagement in der Familie, eigenes Altern angepasst werden kann. Entsprechend ist Fluktuation durch Beurlaubung, Arbeitszeitverkürzung, Altersteilzeit zu unterstützen und zu nutzen: als Chance für die Personalentwicklung, für die Beschäftigten wie für die arbeitssuchenden Ärztinnen und Ärzte.

Es ist zu wünschen, dass die Veranstaltung und die Dokumentation dazu beitragen, die in Bremen erfolgreich praktizierten Arbeitszeitmodelle zu verbreiten und Neugierde und Lust auf Nachahmung zu wecken.