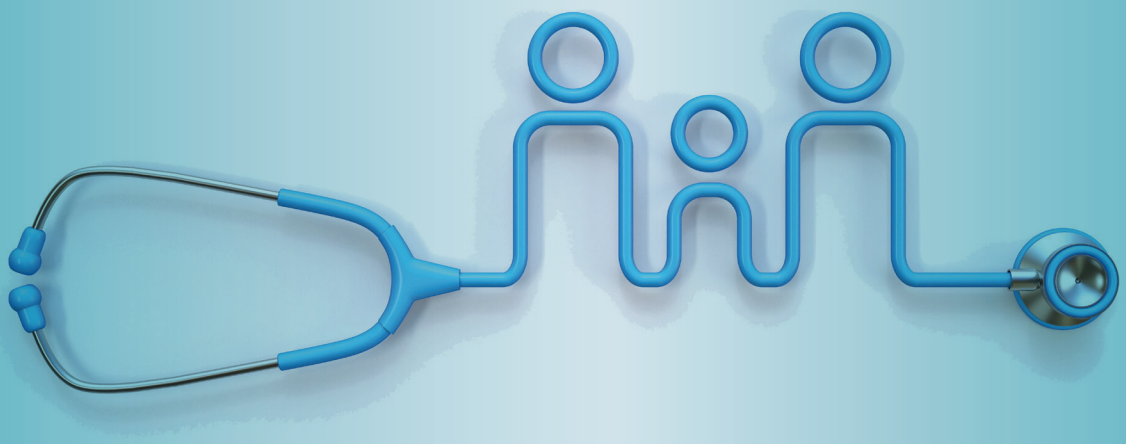
Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP
Ausgabe 01/2023



# Familienfreundlicher Arbeitsplatz Gesundheitswesen – eine Standortbestimmung

LIG
LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

**Familienfreundlicher Arbeitsplatz Gesundheitswesen –
eine Standortbestimmung**

ZGP

Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP

# Familienfreundlicher Arbeitsplatz Gesundheitswesen – eine Standortbestimmung

**Ausgabe 1/2023**

LIG
LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: djmilic (iStock)
Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA, Mag. Katharina Wieser
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

# Liebe Leserin, lieber Leser!

Vor dem Hintergrund des herrschenden Fachkräftemangels sind familienfreundliche Arbeitsbedingungen für Unternehmen zu einem wichtigen Wettbewerbsfaktor geworden. Mittlerweile sind sowohl der Mangel an qualifizierten Fachkräften als auch die Erkenntnis der Notwendigkeit von familienfreundlichen Maßnahmen im Gesundheitssektor angekommen. Aber was genau macht ein Unternehmen familienfreundlich, womit hängt dies konkret zusammen? Je nach Berufsgruppe unterscheiden sich die Voraussetzungen dafür, und nicht für alle Berufsgruppen ist die Umsetzung familienfreundlicher Maßnahmen einfach.

Im Rahmen einer Fokusgruppe wurde diskutiert, was angestellte Ärztinnen und Ärzte unter Familienfreundlichkeit verstehen, welche Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten Krankenhäuser haben und wie die Teilnehmerinnen die Umsetzbarkeit von diversen Verbesserungspotenzialen einschätzen.

Wir präsentieren außerdem arbeitsrechtliche Kriterien der Familienfreundlichkeit, die Arbeitgeber jedenfalls erfüllen müssen. Das Beispiel einer deutschen Klinik zeigt, wie familienfreundliche Maßnahmen konkret umgesetzt werden können. Zudem geben wir einen kurzen Einblick in die Arbeitsbedingungen im Familienland Schweden.

Wir wünschen Ihnen viele anregende Momente bei der Lektüre dieser Ausgabe.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

# Inhalt

**Anforderungen und Ansprüche: Die neue Arbeitswelt der Generation Z** **9**

*Gerhard Straßer*

**Lebensphasenorientiertes Personalmanagement im Gesundheitswesen – eine Herausforderung der Zukunft?** **27**

*Priv.-Doz. Mag. Dr. Anna M. Dieplinger, Dr. Stefanie Scheidl, Dr. Harald Schöffl*

**Kein Widerspruch: Attraktiver Arbeitgeber & Krankenhaus** **49**

*Michael van Loo*

**Fokusgruppe Familienfreundlicher Arbeitsplatz Gesundheitswesen** **71**

*Mag. Katharina Wieser, Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA*

**Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärzt*innen aus arbeits- und sozialrechtlicher Perspektive** **83**

*Mag. Lisa Maria Mayr*

**Rechtspolitische Überlegungen zu familiengerechten Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen** **111**

*Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner*

**Kurzbeitrag: Ärztliche Arbeitsbedingungen – Blick ins „Familienland“ Schweden** **121**

*Mag. Katharina Wieser*

*Gerhard Straßer*

*Landesgeschäftsführer des Arbeitsmarktservice Oberösterreich (AMS OÖ)*

# Anforderungen und Ansprüche: Die neue Arbeitswelt der Generation Z

1. Von den Baby-Boomern zur Generation Z 10

2. Berufswahl im digitalen Zeitalter 13

3. Arbeitszeit und Work-Life-Balance 18

4. Employer Branding für die Generation Z 20

5. Resümee und Ausblick 24

*In den Jahren 2012 bis 2014 wurden im Rahmen einer Studie[1] die Berufswünsche und -träume von 260 Vorarlberger Volksschulkindern – 137 Burschen und 123 Mädchen – erfragt. Dabei hielten sie den favorisierten Beruf auf Zeichnungen fest. Die Bilder zeigten am häufigsten Sujets rund um Polizeidienst (29 Burschen/5 Mädchen), Unterrichtswesen (3/11), Friseurberuf (1/12), Veterinärwesen (1/11) und Fußball (11/0). Was ist wohl aus ihren Träumen geworden? Wahrscheinlich ist der Traumberuf zwischenzeitlich einer nüchterneren Einschätzung der Arbeitswelt zum Opfer gefallen.*

*Die Generation Z, also die Jahrgänge von etwa 1995 bis 2010, tritt mittlerweile in den Arbeitsmarkt ein. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Anforderungen, die die Arbeitswelt an die jungen Menschen stellt, und mit den Ansprüchen, die sie geltend machen. Der Fokus liegt dabei auf den Themenfeldern Berufswahl und Work-Life-Balance, verknüpft mit Fragen rund um die Themen Arbeitszeit und Arbeitsplatzattraktivität.*

1 Häfele, Eva (2015). *Was ich einmal werden möchte ... Berufswahlprozesse und Zukunftsvorstellungen bei Kindern.* Hg. v. Amt der Vorarlberger Landesregierung – Referat für Frauen und Gleichstellung. Bregenz, hier 117–130.

# 1. Von den Baby-Boomern zur Generation Z

Die Einteilung von Jahrgängen in *generations* ist ein relativ willkürliches Vorgehen, vor allem, wenn man berücksichtigt, dass Österreich seit Jahrzehnten ein De-facto-Einwanderungsland ist und Menschen einer ‚Generation' einen durchaus unterschiedlichen sozialen Background aufweisen können. Was die Generation Z jedoch von anderen Geburtsjahrgängen abhebt, ist die Tatsache, dass es sich dabei um die ersten *Digital Natives* handelt.

Und diese Generation Z tritt zu einem Zeitpunkt in die Ausbildungs- und Berufswelt ein, der eine Trendumkehr am Arbeitsmarkt markiert: Die generelle Verknappung des Arbeitskräftepotenzials aufgrund der demografischen Entwicklung.

Vorbei sind die Zeiten, als von einer Akademiker_innen-Schwemme gesprochen wurde und Maturantinnen und Maturanten dringend davon abgeraten wurde, ein Lehramtsstudium zu beginnen. War Friseurin über Jahrzehnte der ‚Traumberuf' weiblicher Lehrlinge, steht er heute in Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg auf der Liste der Mangelberufe.[2] Drückte man früher die Arbeitslosenquote durch Frühpensionierungen (einschließlich des nun auslaufenden Blockmodells beim Altersteilzeitgeld), werden heute steuerliche Anreize für längeres Arbeiten bzw. Arbeiten in der Pension diskutiert.

Seit dem Jahr 2017 sehen wir in Oberösterreich deutlich sinkende Arbeitslosenquoten bei einem kontinuierlich starken Anstieg der Beschäftigung – abgesehen von dem coronabedingten Einbruch im Jahr 2020 (siehe Grafik).

2 https://www.migration.gv.at/de/formen-der-zuwanderung/dauerhafte-zuwanderung/regionale-mangelberufe/ (4.1.2023).

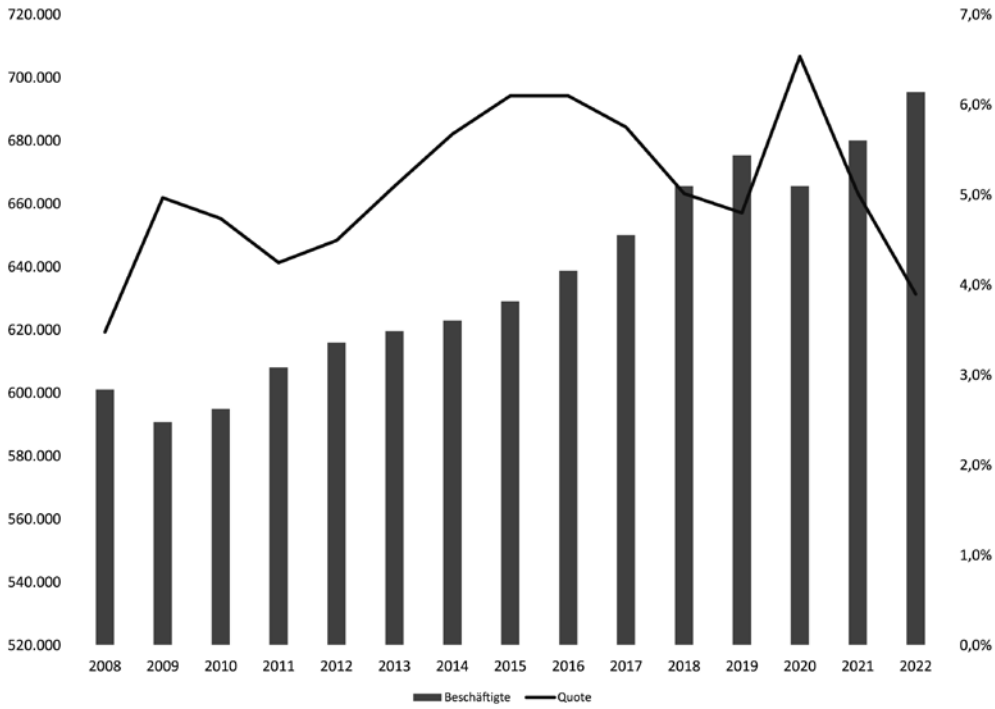



Abb. 1: Zahl der unselbstständig Beschäftigten und Arbeitslosenquote in Oberösterreich (2008–2022)
© AMS OÖ

Waren zuvor Arbeitslosenquoten zwischen fünf und sechs Prozent ‚normal', sank dieser Wert im Jahr 2022 auf 4,0 Prozent – ein klares Zeichen für eine ‚Ausdünnung' der Arbeitskräftereserven. Der starke Zuwachs an Beschäftigten war nur durch Zuwanderung – insbesondere aus EU-Staaten – möglich. Mittlerweile weisen die meisten ost- und südosteuropäischen Länder niedrige Arbeitslosenquoten auf und kämpfen ebenfalls mit einem Mangel an (qualifizierten) Arbeitskräften. Lediglich in Bosnien, der Türkei und den kleineren Balkanländern gibt es noch zweistellige Arbeitslosenquoten. Das Institut für höhere Studien (IHS)[3] geht davon aus, dass das ausländische Arbeitskräftepotenzial heuer um 2,5 % steigen wird. Zum Vergleich: Zwischen 2016 und 2019 bewegten sich die Zuwächse um die 6 %.

3 Ertl, Martin, Ines Fortin, Daniela Grozea-Helmenstein, Jaroslava Hlouskova, Helmut Hofer, Sebastian P. Koch, Robert M. Kunst, Klaus Neusser, Michael Reiter, Klaus Weyerstraß (2022). *Winter-Prognose der österreichischen Wirtschaft 2022–2024. Widerstandsfähige Wirtschaft in schwierigem Umfeld* (Wirtschaftsprognose / Economic Forecast 125), Wien, hier Tab. 9.

Trotz Zuwanderung ist ein langfristiger Trend nicht zu stoppen: die Überalterung der Bevölkerung. Mit den Baby-Boomern gehen demnächst bundesweit rund 100.000 Personen pro Jahr neu in Pension (bisher ca. 90.000). Zeitgleich wachsen immer weniger Junge heran, die mit ihrer Arbeit und steuerlichen Beiträgen die Pensionen der Baby-Boomer finanzieren müssen. Der Pensionsexperte Ulrich Schuh schätzt, dass aktuell maximal zwei Drittel, also nur rund 60.000 neue Beitragszahlende, pro Jahr neu hinzukommen.[4]

Die demografische Entwicklung zeigt sich anschaulich bei der Anzahl der 15-Jährigen unter der oberösterreichischen Bevölkerung: Nach einem letzten Hoch zwischen 2007 und 2009 geht die Zahl tendenziell zurück. Auch die prognostizierten leichten Zuwächse zu Beginn der 2030er Jahre werden weder den Arbeitsmarkt noch das Pensionssystem nachhaltig beeinflussen (siehe Grafik).

Abb. 2: Zahl der 15-Jährigen in Oberösterreich (1990–2022 und Prognose bis 2037)

© Statistik Austria / AMS OÖ

4 Bachner, Michael (2019). *Österreich im Ruhestand: Bald 2,5 Millionen Pensionisten*. https://kurier.at/politik/inland/sorge-um-pensionssystem-laenger-arbeiten-als-koenigsweg/400704210 (16.12.2019).

# 2. Berufswahl im digitalen Zeitalter

Glücklicherweise sind die Zeiten vorbei, als – bis in die 1970er Jahre hinein – oft die Eltern allein bestimmten, ob und welchen Beruf die Kinder erlernen sollen. Für die Heranwachsenden selbst ist die Berufswahl allerdings nicht leichter geworden: Das breite Spektrum an Informationsquellen verstärkt mitunter die Verunsicherung bei der Berufswahl eher, als sie zu reduzieren. Tendenziell zeigt sich vor allem ein steigender Einfluss von *Social Media* als ‚Ratgeber' für immer jüngere Bevölkerungsgruppen.

Das Arbeitsmarktservice Oberösterreich (AMS OÖ) berät und begleitet Jugendliche möglichst früh bei der Berufswahl. In allen Bezirken[5] sind den AMS-Geschäftsstellen BerufsInfoZentren (BIZ) angeschlossen. Sie bieten eine breite Palette an Informationsmaterial – teils gedruckt, großteils online –, das in Selbstbedienung durchforstet werden kann. Im Zuge der Corona-Pandemie wurde 2020 vom AMS OÖ ein virtuelles BIZ[6] eingerichtet, das nun sukzessive weiter ausgebaut wird.

Im Jahr 2022 holten sich etwa 26.300 Personen Informationen und Beratungs-Know-how in den oberösterreichischen BerufsInfoZentren – davon 9.700 Jugendliche. Weitere 11.600 Jugendliche – konkret Schülerinnen und Schüler der 7. bis 9. Schulstufe – wurden im Rahmen von Workshops zu Berufsorientierung, Bewerbung und Kompetenzen sowie der Technik-Rallye[7] erreicht. Das AMS OÖ setzt dabei ganz bewusst auf eine breite Streuung der Angebote, um unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen der Jugendlichen gerecht zu werden.

Denn eine Studie[8] des AMS hat gezeigt, dass eine breite Streuung der Serviceleistungen auch für *Digital Natives* nötig ist, da manche Gruppen mit Selbstbedienungs- bzw. digitalen Angeboten schlichtweg überfordert sind:

> Jüngere Jugendliche, Jugendliche mit niedriger bzw. mittlerer Bildung bzw. Jugendliche mit hohem Unterstützungsbedarf wünschen sich daher auch besonders stark Angebote, die sie in ihrer Überforderung mit dem aktuellen Überangebot im

5 Der Bezirk Urfahr-Umgebung wird von Linz aus betreut.
6 https://www.ams.at/biz-online (30.12.2022)
7 Im Rahmen der Technik-Rallye fertigen Schülerinnen Werkstücke aus unterschiedlichen Materialien an. Damit sollen für die Mädchen Berufe im technisch-handwerklichen Bereich erfahrbar gemacht werden.
8 Großegger, Beate, Matthias Rohrer und Natali Gferer (2022). *Social Media als Einflussfaktor für die Berufswahlentscheidung.* Hg. v. Arbeitsmarktservice Österreich. Wien (AMS report 162 und AMS info 549).

Bereich der (Aus-)Bildungs- und Berufsberatung und mit der Vielzahl an möglichen (Aus-)Bildungswegen sowie Berufsmöglichkeiten abholen und sie stärker durch den (Aus-)Bildungs- und Berufsorientierungsprozess begleiten. Sie artikulieren ein besonders hohes Bedürfnis nach (Aus-)Bildungs- und Berufsorientierungsangeboten, die ihnen möglichst konkret sagen, wohin es für sie in der beruflichen Zukunft gehen soll. Dazu passend stehen bei ihnen Potenzialanalysen, Berufseignungstest etc. als geeignete Form der (Aus-)Bildungs- und Berufsorientierung hoch im Kurs.

Ältere und höhergebildete Jugendliche legen hingegen ein relativ hohes Vertrauen in ihr eigenes Informationsbeschaffungsvermögen an den Tag und kommen wesentlich besser mit der Suche nach den für sie passenden (Aus-)Bildungs- und Berufsorientierungsangeboten zurecht. Sie erwarten daher von den zahlreichen Anbietern und Anbieterinnen von (Aus-)Bildungs- und Berufsorientierung, dass deren Inhalte so aufbereitet sind, dass sie gerne rezipiert werden (= jugendgerechte und zielgruppenadäquate Gestaltung) und dass diese – egal, ob es sich um analoge oder digitale Inhalte handelt – leicht auffindbar sind. Insgesamt präferieren ältere und höhergebildete Jugendliche digitale Inhalte, können aber vor allem auch Ausbildungs- und Berufsmessen etwas abgewinnen, um neue Ideen und Inspirationen in Bezug auf Ausbildungsmöglichkeiten und Berufsfelder zu gewinnen (AMS info 549, 2).

Haben sich Jugendliche schließlich für eine Ausbildungsschiene entschieden – weiterführende Schulen oder Lehre –, schätzen sie ihre künftigen Chancen am Arbeitsmarkt unterschiedlich ein: Jugendliche, die eine Schule oder bereits ein Studium absolvieren, schätzen zu zwei Dritteln ihre beruflichen Chancen als ‚sehr gut' oder ‚eher gut' ein; unter den Lehrlingen tut dies nur knapp die Hälfte (siehe Grafik).

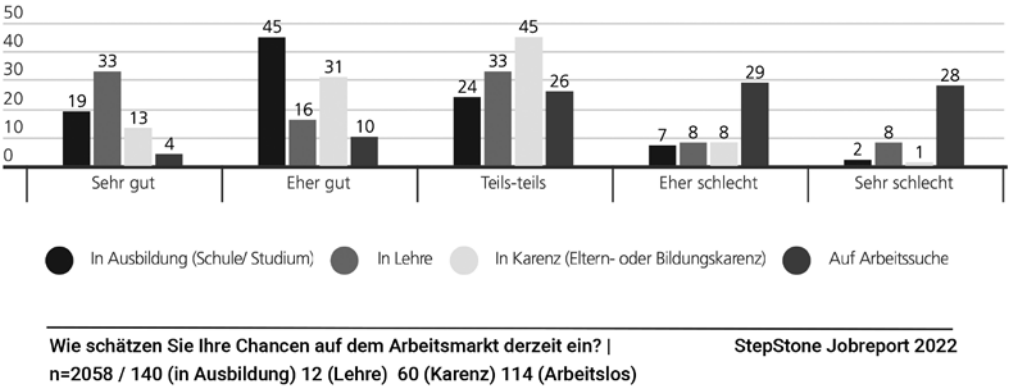



Abb. 3: Einschätzung der Chancen am Arbeitsmarkt

© StepStone Österreich GmbH

Der gedämpfte Optimismus der Lehrlinge ist großteils darin zu suchen, dass sie sich geringere Chancen für einen beruflichen Aufstieg ausrechnen als Schüler_innen und Student_innen. Der Slogan ‚Karriere mit Lehre'[9] lässt sich nur dann mit echtem Leben füllen, wenn weitere Maßnahmen ergriffen werden, um das Bildungssystem durchlässiger zu machen. Angebote wie ‚Lehre mit Matura'[10] sind zu begrüßen, blieben bislang jedoch ein Minderheitenprogramm.

Tatsächlich bietet die Lehre sehr gute Chancen am aktuellen Arbeitsmarkt und ist eine wirksame Versicherung gegen Arbeitslosigkeit. Während die Arbeitslosenquote für Menschen ohne eine formale Berufsausbildung im Dezember 2022 bei 16,1 % lag, betrug sie für Personen mit Lehrausbildung 4,2 %.

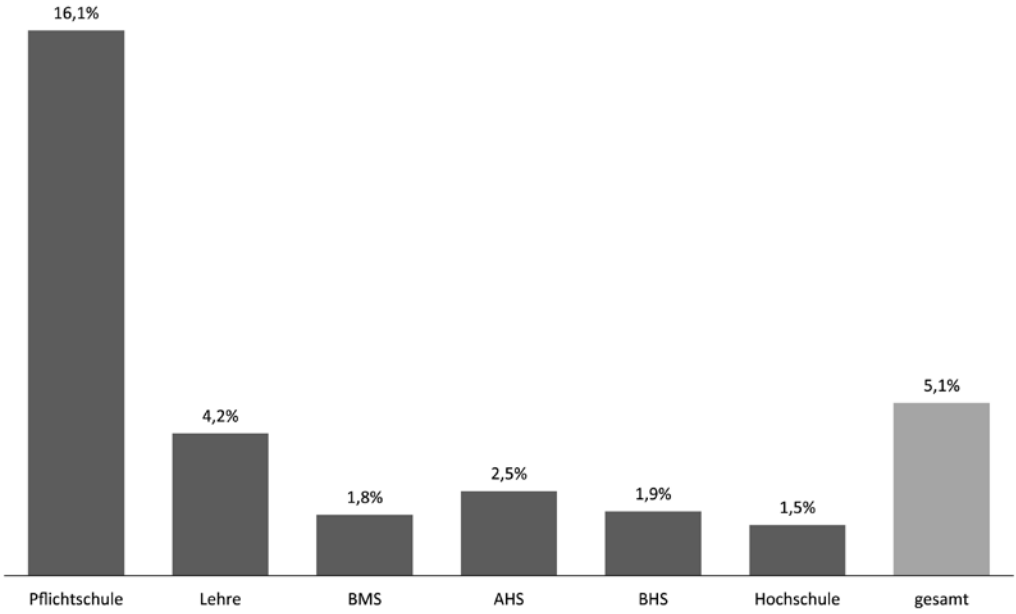



Abb. 4: Arbeitslosenquoten nach höchster Ausbildung (OÖ, Dez. 2022)

© AMS

9 https://www.land-oberoesterreich.gv.at/lehre.htm (29.12.2022).
10 https://www.lehremitmatura-ooe.at/ (29.12.2022).

Allerdings geht der Trend in Richtung ‚höherwertige' schulische Ausbildung ungebremst weiter. Für das Schuljahr 2021/22 meldete die *Statistik Austria*[11] mit österreichweit 124.000 Schülerinnen und Schülern einen neuen Höchststand in der AHS-Unterstufe, während die Zahlen in der Mittelschule rückläufig sind. In der Sekundarstufe II sind die Berufsbildenden Höheren Schulen (BHS) die großen Gewinner, während die Berufsbildenden Mittleren Schulen (BMS) und insbesondere die Berufsschulen deutlich schrumpfen. Im Zehn-Jahres-Vergleich wird dies besonders deutlich:

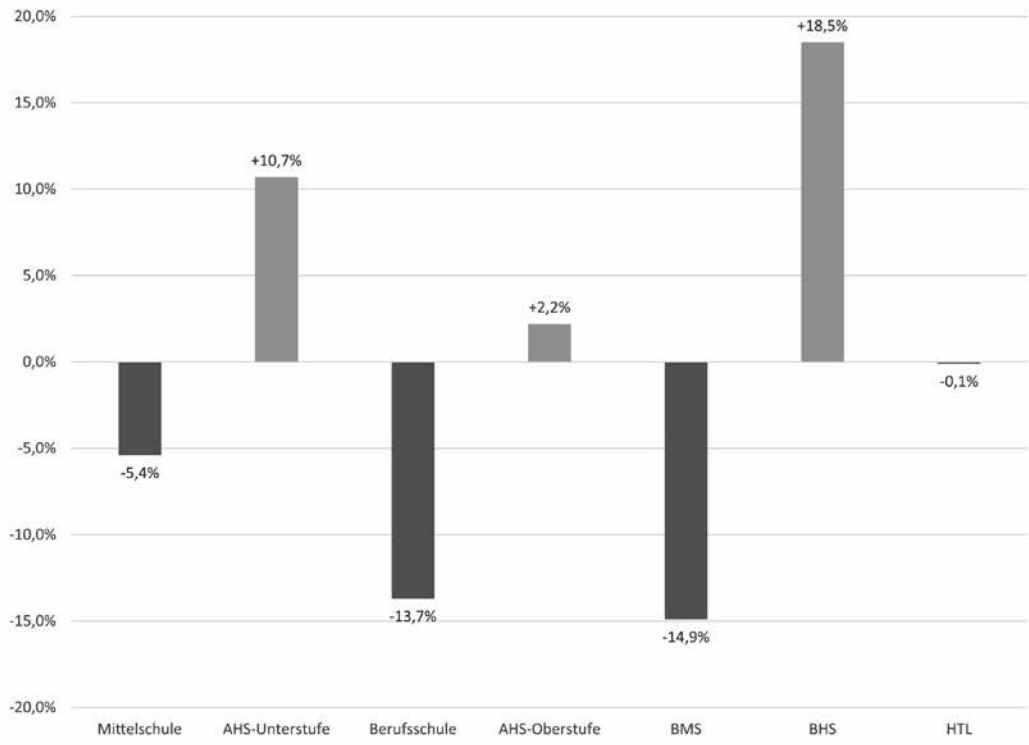



Abb. 5: Veränderung der Schüler innenzahl zwischen den Schuljahren 2011/12 und 2021/22 in ausgewählten Schultypen

© Statistik Austria

11 Pressemitteilung *Gesamtzahl der Schüler:innen zu Beginn des Schuljahres 2021/22 leicht gesunken. AHS-Unterstufe mit neuem Schüler:innenhöchststand.* https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/12/20221214Schulstatistik2021_22.pdf (14.12.2022).

Der Anstieg der Lehranfänger_innen in Oberösterreich um 6,8 % (gegenüber 2021) ist erfreulich, aber vermutlich nur ein statistischer ‚Ausreißer'. Denn coronabedingt waren in den Jahren 2020 und 2021 die Aufstiegsvoraussetzungen in den Schulen gelockert worden, so dass die Zahl der Schulabbrecher_innen, die anschließend eine Lehre begannen, in diesen beiden Jahren deutlich rückläufig war.

An den Universitäten erreichten im Studienjahr 2020/21 die Abschlüsse einen neuen Höchststand. Auch die Fachhochschulen sind gut ausgelastet: An der Fachhochschule Oberösterreich (FH OÖ) gibt es aktuell 5800 Studierende und gut 1500 Absolventinnen und Absolventen pro Jahr. Dabei erscheint jedoch eine Entwicklung bedenklich: Die Anmeldungen zu den technischen Studiengängen sind rückläufig. Der Präsident der FH OÖ, Gerald Reisinger, sieht die Gründe dafür auch in den sich ändernden Wertehaltung der Generation Z:

> „[...] wir müssen akzeptieren, dass die jungen Leute mehr wollen als nur eine technische Ausbildung, es geht auch um den Sinn des Lebens und was sie mit ihrer Ausbildung dafür machen können. Wir werden in Wels das Thema Nachhaltigkeit als gesamten Komplex verbinden. Die Megathemen Energiebedarf, CO2, Kreislaufwirtschaft werden eine große Rolle spielen. Und wir müssen vermitteln, wie man über diese Studien einen Beitrag für die Zukunft der Welt leisten kann, um es ein bisschen pathetisch zu sagen."[12]

12 *FH-Präsident Reisinger: „Uns holt der eigene Erfolg ein"*. https://www.nachrichten.at/wirtschaft/fh-praesident-reisinger-uns-holt-der-eigene-erfolg-ein;art15,3771338 (8.1.2023).

# 3. Arbeitszeit und Work-Life-Balance

Österreich zählt traditionell zu den Ländern mit einer hohen Teilzeitquote: Im zweiten Quartal 2022 lag sie bei 30 %. Von allen europäischen Staaten zeigen nur die Schweiz (37,3 %) und die Niederlande (42,6 %) noch höhere Anteile. Nach Geschlechtern getrennt ergibt sich, dass mehr als die Hälfte der Frauen (50,9 %) Teilzeit arbeitet, bei den Männern liegt die Quote bei 11,3 % – Tendenz steigend.

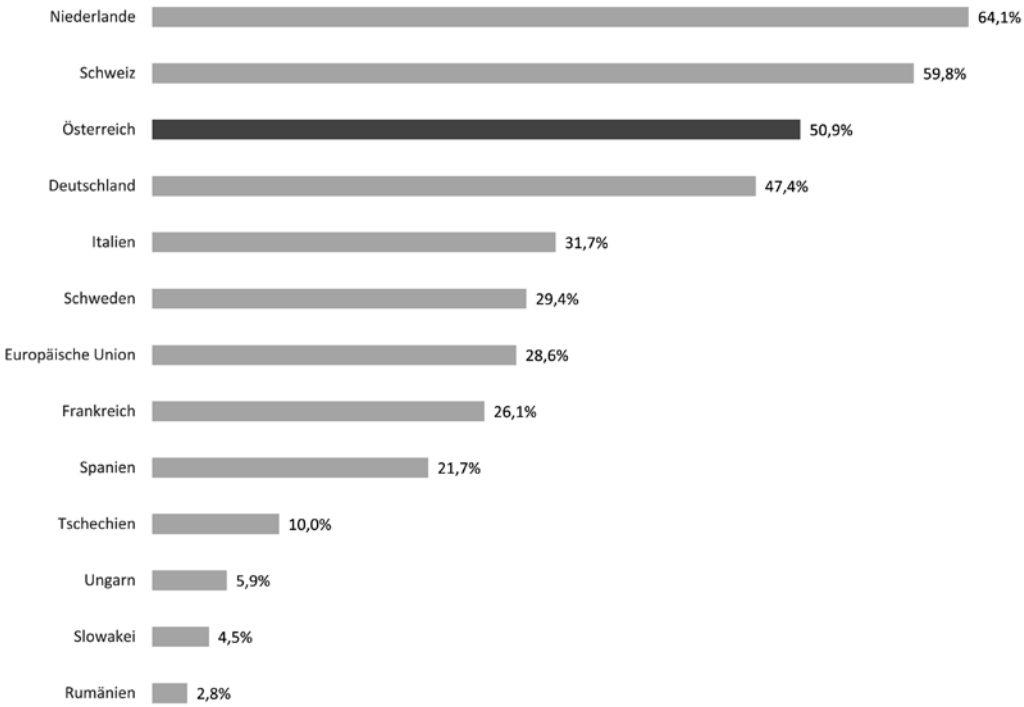



Abb. 6: Teilzeitquoten von Frauen in ausgewählten europäischen Ländern (2. Quartal 2022)

© statista.com

Personen, die aktuell Teilzeit arbeiten, gelten als großes Potenzial zur Bekämpfung des Arbeits- und Fachkräftemangels. Die Gründe für eine Arbeitszeit unterhalb der Norm sind vielfältig – und hängen nicht nur mit Betreuungspflichten zusammen. Denn über die Hälfte der Frauen in Teilzeit hat keine Kinderbetreuungspflichten – sie arbeiten also weitgehend aufgrund ihrer eigenen Wünsche nur reduziert.

Der *Arbeitsklima Index*[13] der Arbeiterkammer (AK) zeigt auch, dass nur eine Minderheit (29 %) der Teilzeitkräfte die Stundenzahl erhöhen möchte. Hinzu kommt, dass mehr als die Hälfte der Vollzeitkräfte (54 %) ihre Arbeitszeit reduzieren möchte (siehe Grafik).

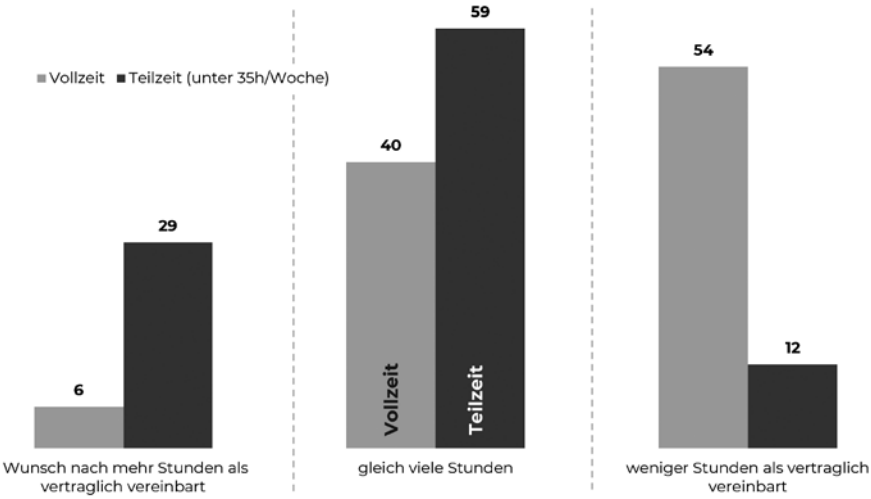



Abb. 7: Wunsch nach Veränderung der Stundenzahl

© AK Grafik

Die Bedeutung einer Work-Life-Balance hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Nicht mehr die finanzielle Unabhängigkeit von den Eltern und eine möglichst rasche Umsetzung konkreter Lebensziele – wie Familiengründung und Eigenheim – stehen dabei im Mittelpunkt. Für die Generation Z soll die Arbeit von Anfang an Sinn stiften und sich ins Leben einfügen. Verbunden damit ist der Trend zur Arbeitszeitreduktion bereits am Beginn der Berufskarriere.

Die aktuelle massive Verteuerung der Lebenshaltungskosten könnte allerdings dazu führen, das Teilzeitarbeitskräfte verstärkt Stundenerhöhungen wünschen. Eine aktuelle Trendstudie[14] unter Personen zwischen 14 und 29 Jahren ergab, dass mittlerweile ein höheres Einkommen der wichtigste Grund für einen Jobwechsel ist (51 % der Befragten). Ganz vorne rangieren auch der Wunsch nach einer guten Arbeitsatmosphäre im Unternehmen sowie eine klare Trennung von Arbeit und Freizeit.

13 *25 Jahre Arbeitsklima Index: Zufriedenheit im Wandel der Zeit.* https://ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/PKU_2022_AK_Arbeitsklimaindex_2_22.pdf (Newsletter, 15.6.2022)

14 *willhaben-Analyse: So geht der österreichische Arbeitsmarkt mit der Teuerung um.* https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20221212_OTS0028/willhaben-analyse-so-geht-der-oesterreichische-arbeitsmarkt-mit-der-teuerung-um (12.12.2022).

# 4. Employer Branding für die Generation Z

Unternehmen entwickeln die unterschiedlichsten Strategien, um junge Bewerberinnen und Bewerber zu gewinnen – und zu halten: Überbezahlung, Arbeitszeitflexibilisierung, Homeoffice, Arbeitszeitreduktion (mit oder ohne vollem Lohnausgleich) und diverse Benefits. Für Betriebe genügt es in der Regel nicht, bloß an einem Schräubchen zu drehen – und schon ist man der perfekte Arbeitgeber. Letztlich muss das ‚Gesamtpaket' stimmen, damit sich die Jugendlichen im Unternehmen wohlfühlen. Der Unternehmensberater Gerhard Fehr stellt dabei die Sinnstiftung als wichtigste Aufgabe eines Unternehmens in den Mittelpunkt:

> „Die härteste und doch schwierigste Währung bei den Mitarbeitern ist Vertrauen. Ist das Employer Branding nur eine hohle Marketinghülse, ist das Vertrauen schnell verspielt. Das hat nicht nur Auswirkungen auf bestehende Mitarbeiter, sondern auch auf zukünftige Bewerber. Zudem haben erfolgreiche Unternehmen in der Regel einen ‚Purpose' – sie stiften Sinn, der über Umsatz und Gewinn hinausgeht. Diese Unternehmen haben Werte und stehen für diese auch glaubhaft ein. Die Frage heute und insbesondere der Zukunft ist nicht nur, was Unternehmen produkt- und serviceseitig antreibt, sondern welchen ökonomischen und sozialen Nutzen sie neben der Schaffung von Arbeitsplätzen und ihrem Steuerbeitrag für die öffentlichen Finanzen mit ihrem Tun für die Gesellschaft stiften."[15]

Die Arbeitsforscherin Lena Marie Glaser fordert von den Unternehmen, eine „Arbeit auf Augenhöhe"[16] zu ermöglichen:

> „Die Digitalisierung verändert radikal, wie wir arbeiten, und die demografische Entwicklung führt dazu, dass mehr Menschen in Pension gehen als nachkommen. Aktuell lässt sich ein Machtwechsel beobachten: Der Arbeitgeber- wird zum Arbeitnehmermarkt. Beschäftigte wählen heute ganz gezielt aus, für wen sie arbeiten wollen, und unter welchen Bedingungen. Es sind vor allem junge, gut ausgebildete Frauen, die ihre Anforderungen klar vor Augen haben. Sie wollen Arbeit auf Augenhöhe. Sie wollen mitgestalten, fair bezahlt werden und im Einklang mit ihren Bedürfnissen arbeiten. Das fordern sie bereits im Bewerbungsgespräch. Wer mit Studierenden, Lehrlingen oder jungen Beschäftigten spricht, weiß, dass hier gro-

15 Fehr, Gerhard (2022). *Der Mythos von der faulen Generation Z.* https://www.trend.at/standpunkte/mythos-generation-z (17.12.2022).
16 Glaser, Lena Marie (2022). *Arbeit auf Augenhöhe,* Wien.

ßes Potenzial schlummert. Wer Personal sucht, muss diese Realität ernst nehmen und attraktive Jobs schaffen.

Doch viele Arbeitgeber haben das leider nicht verstanden. Alte Paradigmen und Ängste vor Veränderungen hindern, neue Wege zu gehen. Es fehlen der Dialog und die Empathie. So sind Führungskräfte vom Forderungskatalog der jungen Beschäftigten überfordert: „Die sind so verwöhnt." „Sollen sie doch erst einmal etwas leisten." Doch das stimmt nicht. Bereits junge Menschen sind erschöpft und überfordert, haben Angst davor, ins Burn-out zu schlittern, und können von ihrem Job kaum leben. Sie wollen nicht mehr wie ihre Eltern schuften."[17]

Bei der Befragung von Jugendlichen, was einen guten Arbeitsplatz ausmacht, gibt es eine ganze Reihe fast gleich gewichteter Präferenzen:

Abb. 8: Der ideale Job/Arbeitgeber (Befragung unter Personen zwischen 14 und 29 Jahren)

© lifeCREATOR CONSULTING GmbH

Manche Unternehmen fallen bei Jobsuchenden schon im Vorfeld durch den Rost, weil ihre Reputation nicht untadelig ist. Ein schlechtes Arbeitsklima ist kein internes Problem, sondern wird meist auch in der Öffentlichkeit publik. Ein bloß aufgesetztes *Employer Branding* schafft da keine Abhilfe, wenn die propagierten Werte nicht auch ehrlich gelebt werden. Letztlich kann ein schlechter Ruf dazu führen, dass bloß die Hälfte der möglichen Bewerberinnen und Bewerber auf ein Jobangebot reagiert (siehe Grafik):

17 Glaser, Lena Marie (2023). *Arbeit auf Augenhöhe ist eine echte Chance*. https://www.diepresse.com/6234246/arbeit-auf-augenhoehe-ist-eine-echte-chance (3.1.2023).

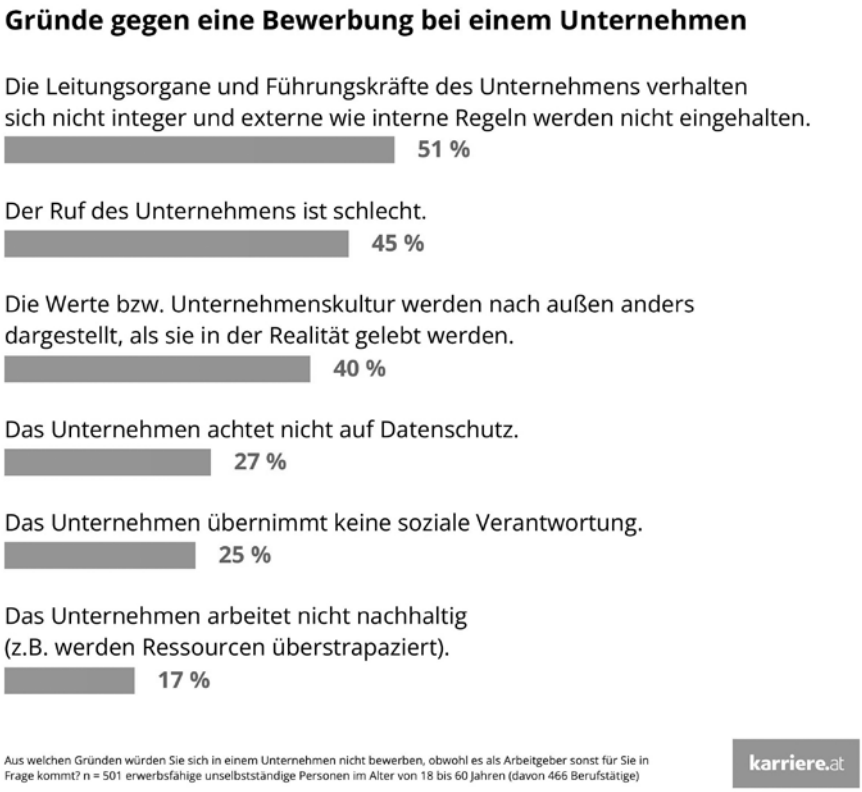



Abb. 9: Gründe gegen eine Bewerbung bei einem Unternehmen (Personen zwischen 18 und 60 Jahren)

© karriere.at

Es gibt keine Patentrezepte für Unternehmen – ebenso wenig wie die Generation Z eine homogene Gruppe Gleichgesinnter ist. Jeder Betrieb muss die passende ‚Rezeptur' eigens für sich ‚erfinden'. Das AMS OÖ bietet daher im Rahmen seiner kostenlos angebotenen *Impulsberatung on-demand*[18] professionelle Unterstützung für Unternehmen an, die ihre Attraktivität für Jobsuchende erhöhen wollen. Im vergangenen Jahr wurde dieses Angebot 220-mal genutzt.

Dabei gibt es auch ganz einfache Vorgehensweisen, um die Bewerbungszahlen zu erhöhen: So verzichtet beispielsweise *Lidl Österreich* seit Mitte Dezember 2022 auf Motivationsschreiben in den Bewerbungsunterlagen. Zu den Motiven erklärt Martin Wollmann, Geschäftsleiter Personal bei *Lidl Österreich:*

18 https://www.ams.at/unternehmen/personal–und-organisationsentwicklung/impulsberatung-fuer-betriebe-on-demand#oberoesterreich (13.1.2023).

> „Die Arbeit im Handel ist spannend, gleichzeitig nicht immer einfach. Der Arbeitsmarkt ist hart umkämpft. Darum sollte gerade der Bewerbungsprozess kein Hindernis sein. Mit dem vereinfachten Prozess können sich potenzielle Bewerberinnen und Bewerber unkompliziert, schnell und jederzeit bei uns bewerben. [...] Ohne Motivationsschreiben können wir die Bewerberinnen und Bewerber so neutral wie möglich bewerten und die Hürden senken. Entscheidungen werden objektiver und sorgen gleichzeitig für mehr Diversität im Unternehmen."[19]

Dass *Lidl Österreich* mit dieser Maßnahme einen Nerv getroffen hat, zeigen auch die Erfahrungen des AMS OÖ: Im Jahr 2022 wurden in unserer Servicestelle am Linzer Hauptbahnhof, dem *AMS JobExpress*, 1301 Bewerbungsunterlagen geprüft und optimiert. Unter den Kundinnen und Kunden, die dieses Service nutzen, befinden sich zahlreiche Jugendliche – oft mit Migrationshintergrund.

19 *Lidl Österreich vereinfacht den Bewerbungsprozess.* https://www.ots.at/presseaussendung/OTM_20221215_OTM0010/lidl-oesterreich-vereinfacht-den-bewerbungsprozess (15.12.2022).

# 5. Resümee und Ausblick

Die Aussage von AMS-Vorstand Johannes Kopf, wonach Unternehmen künftig (nach der Pfeife der Arbeitskräfte) „tanzen" müssen, ist mittlerweile zum geflügelten Wort geworden und wurde schon vielfach zitiert.[20] Seine Überlegungen dahinter legte Kopf am ausführlichsten in einem *Kurier*-Interview dar:

> „Die Kombination aus Demografie und diesem hohen Wirtschaftswachstum macht es gut ausgebildeten Jungen tatsächlich möglich, in der Wahrnehmung der Boomer unverschämt zu sein. Eigentlich ist es aber ein gutes Zeichen, wenn der Markt zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichberechtigter wird. Früher war es oft so, dass der einzelne Arbeitnehmer einem unglaublichen Wettbewerb unterlegen ist und tanzen musste, um den Job zu bekommen. Jetzt ist es eben umgekehrt, es müssen die mehr tanzen, die jemanden suchen. Wir haben unsere gesamte Unternehmensberatungspolitik geändert in Richtung Arbeitgeberattraktivität."[21]

Auch wenn die Aussagen bewusst pointiert formuliert sind, zeigen sie doch recht treffend eine unumkehrbare Entwicklung auf: Die Knappheit von Arbeitskräften – und insbesondere von Fachkräften.

Der Personalmangel ist ein Problem, das unmittelbar ansteht. Mittelfristig werden uns Teuerung und Inflation weiter begleiten. Ein langfristiges Problem ist die demografische Entwicklung: Der Anteil der Menschen im erwerbsfähigen Alter schrumpft kontinuierlich. Das heißt, dass der Arbeitskräftemangel von Dauer sein wird. Die demografischen Prognosen der Statistik Austria zeigen einen Anstieg der Bevölkerung um 10 % auf 9,9 Mio. bis zum Jahr 2050. Dieser Bevölkerungsanstieg konzentriert sich zu mehr als der Hälfte auf die Altersgruppe der über 64-Jährigen; die Zahl der Bevölkerung im Haupterwerbsalter wird sich bis zum Jahr 2050 um etwa 5 % reduzieren.

20 Vgl. etwa https://www.news.at/a/johannes-kopf-interview-12432639 (19.2.2022) und https://www.oegb.at/themen/arbeitsmarkt/arbeitsmarktpolitik/arbeitgeber-werden-tanzen-muessen-beduerfnisse-der-gen-z (7.4.2022).

21 https://kurier.at/wirtschaft/karriere/ams-chef-kopf-wer-heute-arbeitskraefte-sucht-muss-tanzen/401981462 (23.4.2022).

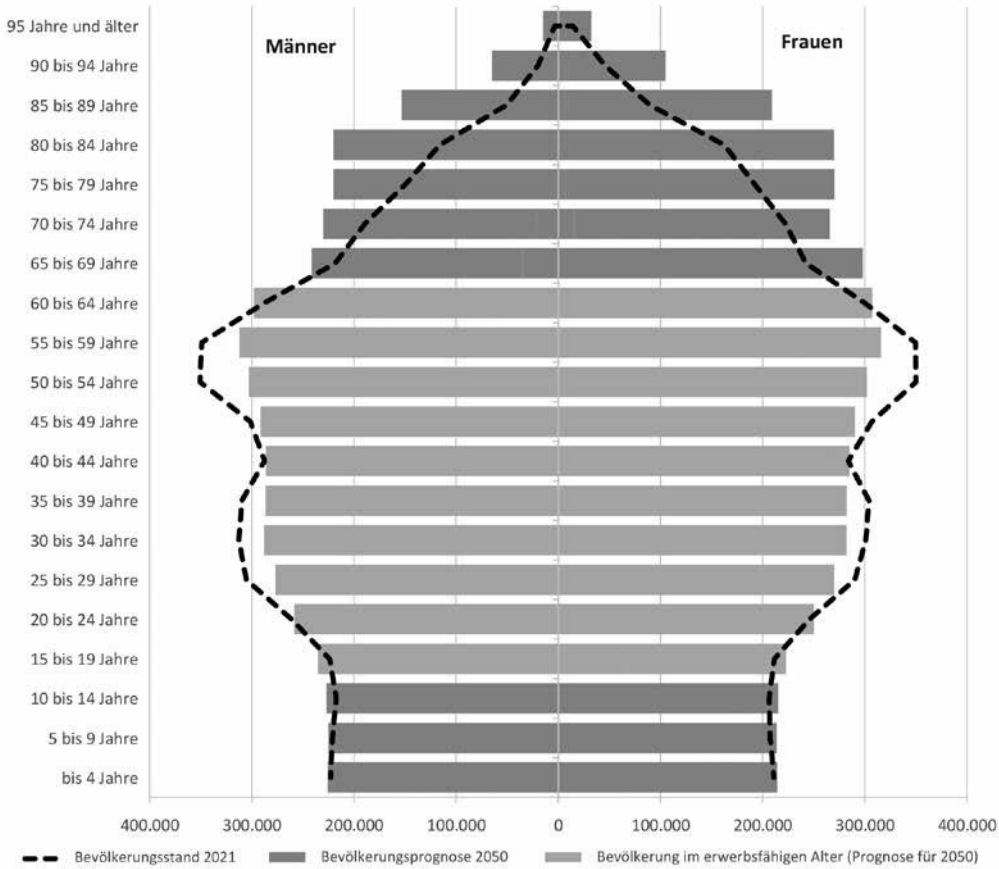



Abb. 10: Bevölkerungsentwicklung in Österreich (2021–2050)

© Statistik Austria, Bevölkerung zum Jahresanfang 1952 bis 2101 (Hauptvariante)

Bricht für künftige Generationen ein goldenes Zeitalter am Arbeitsmarkt an? Aus demografischer Sicht ja. Die Chancen, gute und passende Jobs zu bekommen, haben sich in den letzten Jahren für viele verbessert, aber das globale wirtschaftliche Umfeld ist sehr instabil geworden. Vieles ist heute unsicher, was uns früher sicher erschien: der Frieden in Europa ebenso wie Inflation und Teuerung. Der oberösterreichische Arbeitsmarkt hat sich bislang als sehr robust erwiesen. Es bleibt zu hoffen, dass die Prognosen stimmen und wir nur eine Stagnation oder ‚milde' Rezession im heurigen Jahr erleben werden.

Unabhängig davon steigt der Produktivitätsdruck kontinuierlich. Personalnot kann auch bedeuten, dass die gleiche Arbeit auf weniger Personen verteilt wird. Dies könnte gerade für Berufseinsteiger_innen und noch unerfahrene Arbeitskräfte zu

einer großen Belastung werden. Besonders Unternehmen mit personellen Engpässen müssen versuchen, ihre Produktivität weiter zu steigern. Erleichterungen für Arbeitgeber_innen und Arbeitnehmer_innen können sich insbesondere durch eine gezielte Forcierung von Digitalisierung und Automatisierung ergeben. Und im Bereich Künstliche Intelligenz (KI) stehen wir erst am Anfang; so wie bei der notwendigen Kreativität bei der Personalsuche ... Mich – wie auch das AMS OÖ – bewegt die Zukunft der Arbeit.

*Priv.-Doz. Mag. Dr. Anna M. Dieplinger*
*Dr. Stefanie Scheidl*
*GF Dr. Harald Schöffl*
*Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH*

# Lebensphasenorientiertes Personalmanagement im Gesundheitswesen – eine Herausforderung der Zukunft?

**Einführung** 29

1. **Einflussfaktoren der individuellen Erwerbs- und Lebensverläufe – Paradigmatic principles in life course theory (nach Elder et al.)** 31
2. **Geschlechtsspezifische Herausforderungen in der Erwerbsarbeit** 33
3. **Gesellschaftliche Rahmenbedingungen** 36
4. **Arbeitszeitmodelle im Gesundheitswesen** 37
5. **Digitalisierung am Arbeitsplatz** 40
6. **Generationenwechsel** 42
7. **Älter werdende ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen** 44
8. **Zusammenfassung und Ausblick** 46

**Literatur** 47

*Das Personalmanagement im Gesundheitswesen ist heute mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Veränderte gesellschaftliche und demografische Aspekte, der Wandel von Organisationen und Strukturen sowie ganz persönliche Einflüsse, die den Arbeitsmarkt in Kliniken und Gesundheitseinrichtungen beeinflussen. Welche lebensphasenorientierte Einflussfaktoren sich im Personalmanagement im Gesundheitswesen zeigen und wie diese zukünftig verbessert werden können, zeigt der Artikel.*

*Soziologische, arbeitspsychologische, organisatorische oder gesellschaftsbedingte Fakten werden beleuchtet und an den Themen Generation Y, Digitalisierung am Arbeitsplatz, Arbeitszeitmodelle, geschlechtsspezifische Erwerbsarbeit und die Einflussfaktoren der individuellen Erwerbs- und Lebensverläufe dargestellt.*

*Die Pandemie hat gezeigt, welche Flexibilität im Personaleinsatz möglich ist, wie Technologien über Nacht zum Einsatz kommen und wie interdisziplinär rasch zusammengearbeitet werden kann. Diese Ressourcen und Möglichkeiten sollten im Gesundheitswesen weiter vertieft betrachtet und ausgebaut werden.*

# Einführung

ArbeitnehmerInnen sind gerade im Gesundheitswesen heute vielen Belastungen ausgesetzt. Die Lebensarbeitszeit steigt und der Anteil an älteren MitarbeiterInnen nimmt zu. Gerade die körperlichen Belastungen nehmen durch den Anstieg der multimorbiden PatientInnengruppen zu. In der Lebensmitte sind Themen wie Familiengründungen, Kinderbetreuung, Babypausen und die daraus resultierende noch immer bestehende Ungleichheit zwischen Frauen und Männern präsent. Durch die Gleichstellungspolitik sind zwar viele Verbesserungen erfolgt, es bestehen aber immer noch Entwicklungspotentiale. Persönliche und betriebliche Herausforderungen umspannen den Bereich eines lebensphasenorientierten Personalmanagements. MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen erlangen im Laufe des Berufes ein hohes Know-how, das oft mit der Pensionierung verloren geht. Gesellschaftliche, berufliche und soziale Aspekte verlangen einen Spagat zwischen den verschiedensten Einflussfaktoren. Hier können Organisations- und Karriereentwicklung und betriebliche Offenheit im Gesundheitswesen einen guten Beitrag leisten. Ein komplexes Thema, welches bei einer genauen Betrachtung Perspektiven für beide Seiten bringt – ArbeitnehmerInnen und den Betrieben im Gesundheitswesen.

Das Ziel besteht darin, MitarbeiterInnen an die Unternehmen zu binden, eine Verringerung des Know-how-Verlustes und ein lebensphasenorientiertes zufriedeneres Arbeiten zu ermöglichen. Die Stärken von älteren ArbeitnehmerInnen sollten durch ein Age-Management vor dem Eintritt in den Ruhestand bestmöglich genutzt und positiv beeinflusst werden. Hierbei kann ein Unternehmenserfolg positiv beeinflusst werden und einen nachhaltigen Erfolg erzielen.[1]

Die individuellen Bedürfnisse von MitarbeiterInnen haben sich gerade nach der Pandemie im Gesundheitswesen bemerkbar gemacht. Heute ist das Angebot an Stellen groß und zeigt, dass Unzufriedene schneller den Job wechseln, als dies noch vor Jahren der Fall war.

Historisch betrachtet standen den zu besetzenden Stellen (Medizin, Pflege, Therapeuten) immer viele BewerberInnen gegenüber. Die Auswahl war groß und das Angebot überschaubar. Heute ist es umgekehrt. Werden Stellen ausgeschrieben, dann ist mit einer überschaubaren Menge an Interessierten zu rechnen. Passen die Rahmenbedingungen nicht oder wird von Seiten des Arbeitgebers zu wenig Flexibilität geboten, dann können ausgeschriebene Stellen auch oft nicht besetzt

1 Holz, Da-Cruz 2007

werden. Eine Vollzeitanstellung ist heute eher schon die Ausnahme, und Flexibilität sowie individuelle Gestaltung der persönlichen Bedürfnisse haben Vorrang. Auch im höheren Berufsalter finden sich immer wieder MitarbeiterInnen, die keine Nachtdienste mehr machen möchten bzw. können, die der Freizeit mehr Raum geben möchten oder die gerade auch durch die Übernahme von Pflegeaufgaben im häuslichen Umfeld gebunden sind.

Welche Arbeitsbedingungen hier im Gesundheitswesen geschaffen werden müssen, ist die große Frage. Personal- und Teammanagement in unterschiedlichen Berufssparten, neue Modelle der flexiblen Arbeitszeit bis hin zur Gestaltung des Arbeitsplatzes an sich sind Themen, die wir so aus der Vergangenheit nicht kennen.

Der Arbeitsplatz im Gesundheitswesen verlangt dem Personalmanagement sehr viel Engagement und Kreativität ab. Arbeitszeit, Babypause, Familienkarenz, individuelle Bedürfnisse, Gender und Diversität, Dienstpläne, Entlohnung, Fort- und Weiterbildung, Verantwortung gegenüber den zu versorgenden Menschen und gegenüber den MitarbeiterInnen. Noch vor 25 Jahren war ein Teilzeitjob für eine Ärztin fast undenkbar, heute gehört dies eher schon zur Normalität. Fixe Dienstzeiten und ein sehr starres System an hierarchischen Strukturen prägten das Gesundheitssystem. Änderungen waren kaum gewünscht und wurden den MitarbeiterInnen auch nicht proaktiv angeboten. Väterkarenz, ein bis vor kurzem noch undenkbares Ansinnen, hat sich nun langsam in die Köpfe der Männer eingeschlichen.

# 1. Einflussfaktoren der individuellen Erwerbs- und Lebensverläufe – Paradigmatic principles in life course theory (nach Elder et al.)

Individuelle Erwerbs- und Lebensverläufe sind durch unterschiedliche Determinanten bedingt. Hierbei kann im Gesundheitswesen nur ein Teilaspekt der Gesamtheit berücksichtigt werden. Ziel wäre ein Paradigmenwechsel weg vom klassischen Human Ressource Management hin zu einem individuellen diversitären Personalmanagement. Nachfolgende Prinzipien beschreiben soziologische Einflussfaktoren, die eine Gesellschaft als Ganzes bedingen und beeinflussen.

Die Entwicklung von Handlungsmöglichkeiten von Individuen haben Elder et al.[2] in sechs Prinzipien zusammengefasst:

1. **Das Prinzip der lebenslangen Entwicklung:** Die Entwicklung der Menschen ist nicht mit dem Erreichen des Erwachsenenalters abgeschlossen, auch später im Leben können unterschiedliche Einflüsse zu fundamentalen – biologischen, psychischen oder sozialen – Veränderungen führen.

2. **Das Prinzip des aktiven Gestaltens (agency):** Menschen gestalten ihren eigenen Lebensverlauf durch Entscheidungen und Handlungen, und zwar im Rahmen der historisch und sozial vorgegebenen Möglichkeiten und Umstände.

3. **Das Prinzip von Zeit und Ort:** Die Lebensverläufe der einzelnen Menschen sind eingebettet in die historische Zeit und die Orte, an denen sie sich befinden.

4. **Das Prinzip des „Timing“:** Die Entwicklungen, die zu bestimmten Übergängen führen, und die Konsequenzen, die aus ihnen resultieren, unterscheiden sich je nach ihrer zeitlichen Lage im Leben eines Menschen.

5. **Das Prinzip der verbundenen Leben (linked lives):** Der Mensch lebt sein Leben nicht isoliert, sondern eingebettet in soziale Beziehungen mit anderen Menschen. Dieses Beziehungsgeflecht beeinflusst seine Entscheidungen.

6. **Das Prinzip der aktiven Lebenslaufpolitik:** Die Gestaltungsmöglichkeiten im Lebenslauf werden durch Institutionen beeinflusst, die verändert werden können.

2 Elder et al. 2003, in Klammer 2013

Soziale Bedingungen, Lebenswelten und die Gesellschaft geben Prinzipien vor, welche dann institutionell und politisch verändert werden können.[3] Individuen werden in verschiedenen Lebensabschnitten durch eine Gruppenzugehörigkeit in der Gesellschaft beeinflusst. Die Berufsgruppe der MedizinerInnen wird im Lebensverlauf anders determiniert, als dies bei TherapeutInnen oder in der Pflege der Fall ist. Ein Zusammenspiel von verschiedenen Einflussfaktoren bestimmt den Kontext und den Habitus[4] der einzelnen Berufsgruppen. Präferenzen und Wertvorstellungen prägen den Beruf, aber auch das persönliche Handeln. Diese Veränderungen üben Druck auf Institutionen, Organisationen und die Politik aus.[5]

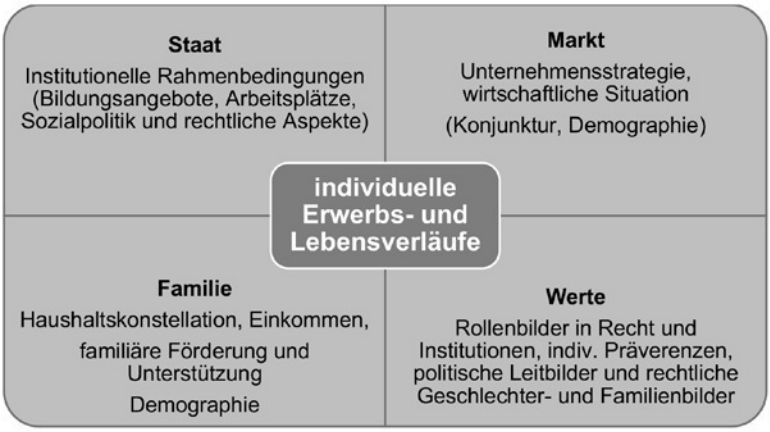



Abb. 1.: Modell der Einflussfaktoren im Lebenserwerb, 2023 (nach Klammer 2013)

Im Zeitverlauf aus der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft können Kultur und Sozialisation die Kindheit, Schule, Ausbildung, Arbeitsmarkt, Familien, Karriereentwicklung, Pensionierungszeitpunkt, Pflegebedürftigkeit etc. beeinflussen. Zukünftige Trends und Erwartungen, aber auch Hoffnungen werden ebenso von gesellschaftlichen Einflussfaktoren determiniert.

Im Personalmanagement von Kliniken werden diese Prinzipien oft heute schon mitbeachtet. Die gesellschaftlichen, soziologischen Hintergründe und Komplexitäten werden aber zumeist ausgespart. Die aktive Mitgestaltung von Menschen im Gesundheitswesen wird gerne durch vorherrschende hierarchische Strukturen eingeschränkt. Mitbeteiligung und Gleichberechtigung von Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitssystem sind wenig transparent und wenig gelebte Praxis. Meist sind diese von den Führungspersonen und deren Führungsstil abhängig.

3 Klammer 2013
4 Bourdieu in Schumacher 2013
5 Klammer 2013

# 2. Geschlechtsspezifische Herausforderungen in der Erwerbsarbeit

Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist gerade im Gesundheitswesen von Bedeutung. Drei von vier Beschäftigten sind Frauen[6] – 91.644 Frauen versus 27.296 Männer (2014). Vor allem Mütter sind es, die vor der Herausforderung stehen, Beruf und Familie zu vereinbaren. Das berufliche Engagement von Männern nach der Geburt eines Kindes wird kaum beeinflusst. Im Alter zwischen 25 und 49 Jahren (ohne Elternkarenz) liegt die Erwerbstätigenquote von Frauen 2021 bei 76,2 %. In der selben Altersgruppe arbeiten die Männer zu 87 %.[7] Der geschlechtsspezifische Unterschied bei Personen ohne Kinder ist geringer – hier liegt die Erwerbsquote von Frauen bei 83,7 % (2021) und die der Männer bei 82,7 %. Betreuungspflichten von Kindern unter 15 Jahren haben deutliche Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit von Frauen.[8]

Allgemeine Betreuungspflichten wurden von der Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren 2018 von gut einem Drittel (34 % bzw. 1,92 Mio.) der Personen regelmäßig oder gelegentlich übernommen. Davon ein Drittel (29 %) hatten Betreuungspflichten für Kinder unter 15 Jahren. 396.000 Personen übernahmen die Betreuung von Angehörigen.[9] Kinderbetreuungspflichten haben geschlechtsspezifische Auswirkungen auf die Betreuungspflichten. So hängt diese bei Frauen stark vom Alter des jüngsten Kindes ab. Je älter ein Kind, umso höher ist der Anteil der erwerbstätigen Frauen. Im Gegenzug hat dieser Zustand bei Männern keine Auswirkungen.[10] Die Vereinbarkeitsproblematik trifft in der österreichischen Gesellschaft immer noch überwiegend Frauen. Kinder- bzw. Familienarbeit sollte heute nicht mehr nur als die Aufgabe von Frauen gesehen werden. Seit 1990 gibt es für Männer in Österreich die Möglichkeit, in Karenz zu gehen, doch wird sie kaum genutzt. Nur rund 8 % der Väter gehen in Karenz.[11] Die nachfolgende Abbildung zeigt das Geschlechterverhältnis in Bezug zur Erwerbsquote und dem Alter der Kinder.

Im Gesundheitswesen zeigt sich gerade in der Erwerbstätigkeit von Frauen ein hoher Anteil an Teilzeiterwerbstätigkeit. 31 % der Pflegenden arbeiten in Teilzeit.[12]

6 Hauptverband der Sozialversicherungen 2014
7 Statistik Austria 2021
8 Statistik Austria 2021
9 Statistik Austria 2018
10 Statistik Austria 2018
11 ÖIF 2022
12 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021

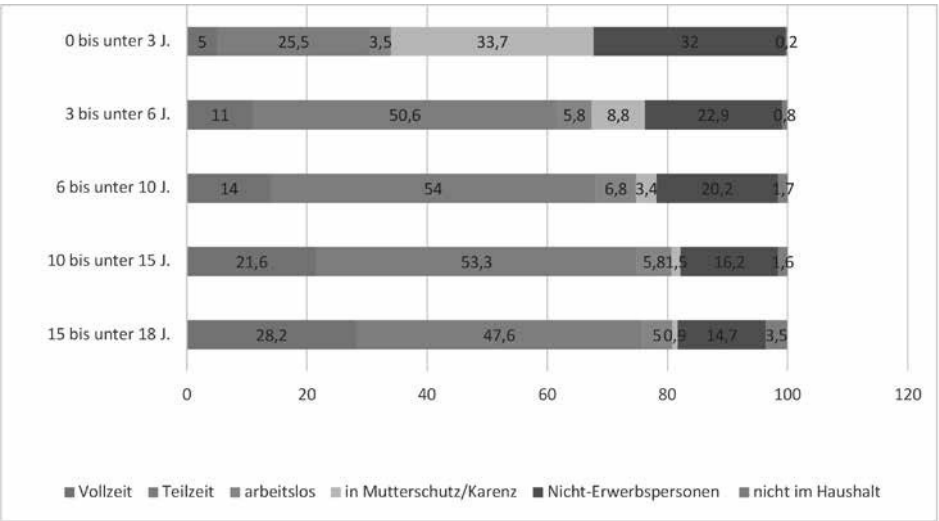



Abb. 2: Mütter und Alter der Kinder im Erwerb in Prozent

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 2021; Berechnung durch ÖIF, Familien in Zahlen, Kaindl et al. 2022

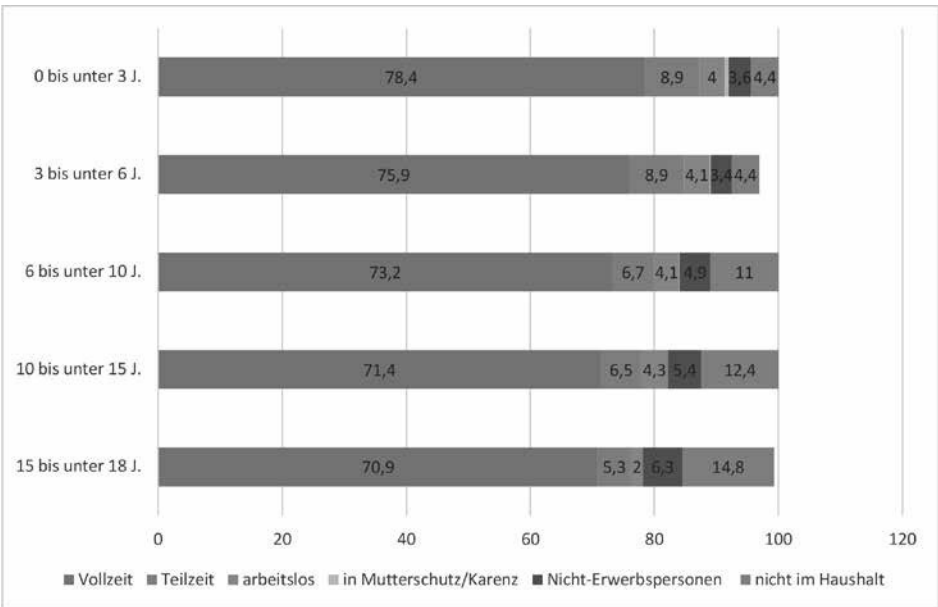



Abb. 3: Männer und Alter der Kinder im Erwerb in Prozent

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 2021; Berechnung durch ÖIF, Familien in Zahlen, Kaindl et al. 2022

Nicht nur, dass die hohe Teilzeiterwerbstätigkeit Auswirkungen auf die Pensionen haben, sie zeigen auch deutlich, dass Familienarbeit heute immer noch von Frauen erbracht wird. Nur 7 % der Männer haben Erwerbsunterbrechungen wegen Kinderbetreuungspflichten, Frauen zu 74 %.[13] Maßnahmen zur Gleichstellung werden zwar gesetzt, wie diese in der Gesellschaft jedoch angenommen werden, ist bei den vorliegenden Zahlen sicherlich zu hinterfragen. Geschlecht, Status, Verfügbarkeit von Betreuungseinrichtungen, Region, monetäre Gleich- oder Ungleichheit, Karrierevorhaben usw. entscheiden bei den Eltern darüber, wer in Karenz geht und Betreuungspflichten übernimmt. Je höher der Bildungsabschluss, desto höher ist der Anteil der Männer, die sich an der Kinderbetreuung beteiligen (Abbildung nachfolgend). Im Gesundheitswesen ist die Gleichstellung noch eine große Herausforderung, die schon im Studium beginnt und sich während des gesamten Karriereverlaufs zeigt. Frauen, die während des Medizinstudiums schwanger werden, können bestimmte Praktika nicht absolvieren und müssen somit auch Prüfungen nach hinten reihen. Ebenso trifft es andere Studierende in den Gesundheitsberufen.

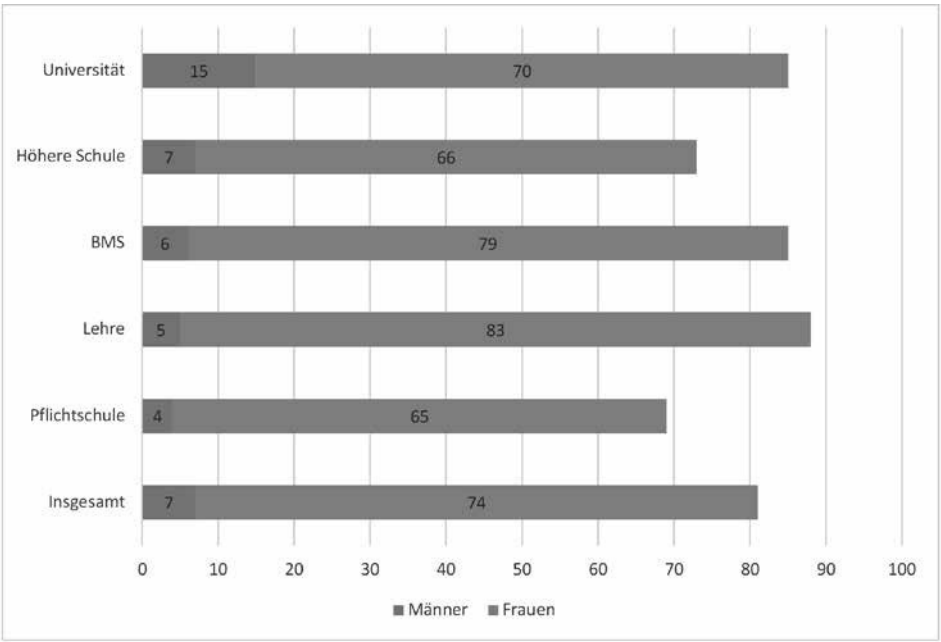



Abb. 4: Männer und Frauen nach Unterbrechung der Erwerbstätigkeit für mind. 1 Monat aufgrund von Kinderbetreuungspflichten nach Geschlecht und höchster abgeschlossener Ausbildung, in Prozent, (Statistik Austria 2018)

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2018, Vereinbarkeit von Beruf und Familie

13 Statistik Austria 2018

# 3. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Die Arbeitswelt hat sich in den letzten 150 Jahren wesentlich verändert. Von der ständischen Gesellschaft, wo Rechte und Pflichten an eine soziale Position gebunden waren, hin zum Bürgertum, wo diese mit dem Geschlecht verknüpft wurden. Geschlechtsspezifische Erwartungen, welche mit dem Verhalten, der Rolle und den Aufgaben verbunden waren, zeigten den Unterschied zur ständischen Gesellschaft. Frauen waren in der reproduktiven Verantwortung, Männer in der ökonomischen. Seit der Industrialisierung 1848 haben sich zwar die Rollen in der Arbeitswelt verändert, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hinken aber weiterhin nach. War es früher die Frau, die aus „Liebe" arbeitete, und der Mann, der für die produktive Arbeit verantwortlich war, so haben sich die Geschlechterverhältnisse heute stark verändert. Nur wenige Familien können es sich heute leisten, dem Erwerb nicht nachzugehen – Männer wie Frauen.

Frauen verdienen in Österreich noch immer 19,6 % weniger als Männer, womit unser Land im europäischen Vergleich an viertletzter Stelle liegt.[14] Fehlende Gleichstellungsstrategien und keine wirkvolle Gegensteuerung vergeuden nach wie vor Humankapital. Dabei könnte das bereits jetzt von Personalmangel stark betroffene Gesundheitswesen von einer effektiven Gleichstellung sehr profitieren. In den Gesundheitsunternehmen verbessert sich das Angebot für MitarbeiterInnen. So sind Gehälter fix geregelt, Arbeitszeiten definiert und Rahmenbedingungen an allgemeine Strukturen gebunden. Die Voraussetzungen für eine Gleichstellung der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen sind also gegeben und werden doch zu wenig genutzt. Individuelle Wertevorstellungen und personalkulturelle Faktoren beeinflussen aber gerade im medizinischen Beruf noch immer die Karriere.

Kinderbetreuungsplätze mit flexiblen Öffnungszeiten, gerade auch für das Wochenende und den Nachtdienst, könnten hier ein erster Beitrag sein. Frauen ist es laut Studie des Zukunftsinstituts zu 73 % (Männer zu 47 %) wichtig, „einmal Teilzeit zu arbeiten und aus dem Beruf auszusteigen".[15] Überraschend bei der Studie war, dass 17 % in öffentlichen Einrichtungen, Behörden, Ämtern und anderen Institutionen arbeiten möchten. Jede fünfte Frau würde am liebsten bei Bund, Land oder Kommune (20 %) einsteigen. Wichtige Aspekte hier sind Sicherheit,

14 Gender pay gap, Eurostat. 2018
15 Huber 2013

Planbarkeit und die Möglichkeit der Teilzeit und des Wiedereinstieges. Der Generationenwechsel (Y) bringt zwar Veränderungen mit sich – enthält aber interessante Fakten für den Gesundheitsbereich.[16]

# 4. Arbeitszeitmodelle im Gesundheitswesen

Neue Arbeitszeitmodelle scheinen also besonders zukunftsträchtig, auch wenn das Gesundheitssystem seine ganz eigenen Regeln zu befolgen hat: Spitäler müssen die Versorgung rund um die Uhr gewährleisten, gleichzeitig befinden wir uns in einer Situation des Fachkräftemangels und stehen vor der Herausforderung der Mitarbeiterorientierung.[17] Zwar gewinnt die Teilzeitbeschäftigung im klinischen Alltag immer mehr an Relevanz, „Teilzeit" bedeutet allerdings nicht gleich „Teilzeit": In einer Umfrage des Marburger Bunds befinden sich knapp 60 % der Befragten in einem Dienstverhältnis mit einem Ausmaß von 30 bis 39 Stunden. Die tatsächliche Arbeitszeit bei mehr als der Hälfte beläuft sich aber auf über 49 Stunden pro Woche. Teilzeit wäre also der erste Schritt zu einer besseren Balance von Beruflichem und Privatem, ist jedoch längst keine Garantie hierfür.[18] Einrichtungen, welche die Möglichkeit von Teilzeitmodellen anbieten, zeigen geringere Turn-over-Raten sowie eine geringere Anzahl an Abgängen – mit dem gleichzeitigen Benefit einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Werden ArbeitnehmerInnen in einem Teilzeitverhältnis nach einer potentiellen Aufstockung ihrer Arbeitsstunden gefragt, so ziehen dies nur wenige (12,5 %) in Betracht: Bedingungen hierfür wären eine bessere Personalausstattung, verlässlichere Dienstpläne (u. a. kein kurzfristiges Einspringen), Wertschätzung innerhalb des Teams sowie eine bessere Entlohnung.[19] In der rezenten Studie „Ich pflege wieder, wenn…" konnten diese Bedürfnisse bestätigt werden: Es bedarf einer ausreichenden Personaldecke, orientiert am Bedarf der Pflegebedürftigen, verlässlicherer Arbeitszeiten und besserer Bezahlung. Tatsächlich würden Teilzeitkräfte in der Theorie ihre Arbeitszeit im Mittel um 10 Stunden pro Woche aufstocken,

16 Huber 2013
17 Becka 2016
18 Becka 2016
19 DBfK 2019

bereits „ausgestiegene" Pflegekräfte würden eine Stelle mit 30 Wochenstunden in Erwägung ziehen.[20]

Eine andere Variante sind Wahlarbeitszeitmodelle, bei welchen die Arbeitszeit im Bedarfsfall reduziert werden kann – dies ermöglicht die flexible Rücksichtnahme auf private Belastungen wie beispielsweise Kinderbetreuung oder Pflege innerhalb der Familie. Eine solche Flexibilität würde die Attraktivität des Arbeitsplatzes enorm steigern. Vorausgesetzt, die Unternehmenskultur – sprich in erster Linie die MitarbeiterInnenakzeptanz – wird vorgelebt.

Alternativ bietet Job-Sharing, also die Umwandlung einer Vollzeitstelle auf zwei Teilzeitstellen, die Möglichkeit zur Entlastung. Bereits seit den späten 1970er Jahren wird dieses Modell im Pflegebereich angewandt, bei welchem je nach Bedarf die Stundenanzahl, Verantwortungen und Pflichten aufgeteilt werden. Dies bietet neben einer erhöhten Flexibilität (u. a. kann in arbeitsintensiven Zeiten mehr Arbeitskraft sichergestellt werden) auch erhöhte Produktivität und Qualität: Es kann zugleich voneinander gelernt werden, Fehler können eher erkannt und gesundheitliche Belastungen (z. B. Burn-out) oder sonstige Risiken reduziert werden. Auch für NeueinsteigerInnen ist dieses Modell attraktiv, da die Gewissheit der Unterstützung durch eine/n Zweite/n besteht. Zudem bietet Job-Sharing all jenen ArbeitnehmerInnen, die möglicherweise aufgrund privater Belange keine Vollzeitstelle wahrnehmen können, trotzdem die Möglichkeit, in ihrem Beruf zu bleiben.[21] Gerade wenn Kinder noch klein sind, steigen viele Pflegende aus dem Beruf aus, da die Rahmenbedingungen, der Dienstbeginn oder die Überstunden eine Planbarkeit nicht ermöglichen.

In Zeiten des Personalmangels wird auch der sogenannte „Flexipool" immer relevanter, bei welchem ÄrztInnen und Pflegende flexibel auf verschiedenen Stationen tageweise einspringen und somit keiner fixen Zuteilung unterliegen. Dies führt insbesondere bei unterbesetzten Stationen zu einer Erleichterung.[22] Zunehmender Fachkräftemangel durch weniger BewerberInnen, mehr Teilzeit, mehr Mütter, vermehrte Krankenstände, mehr PatientInnen pro MitarbeiterInnen, veränderte Ansprüche an Arbeit und Freizeit, Ausscheiden der Babyboomer, Rückgang des Nachwuchses, Leasing usw. veranlassen heute in Deutschland Kliniken dazu, Personalpools zu installieren.[23] Der flexible Einsatz von MitarbeiterInnen auf Stationen mit der Zusage von festen Dienstzeiten schafft Attraktivität besonders für Personen mit familiären Pflichten.

20 Auffenberg 2022
21 Woodward-Smith et al. 1986, Malabi 2015
22 Praktischer Arzt 2022
23 Albrecht 2021

All jene exzerpierten Arbeitszeitmodelle bieten allerdings den gleichen Ansatz: Sie dienen der Erhöhung der MitarbeiterInnenzufriedenheit. Hiermit beschäftigt hat sich auch das Twankenhaus, ein neutraler Verein, der sich selbst als „next generation thinktank im Gesundheitswesen" bezeichnet. Dieser erörtert Personalengpässe und pocht auf strukturierte Einarbeitungen sowie die Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung, aber auch auf eine Reform der Arbeitsmoral: Gesundheitsberufe agieren multidisziplinär und müssten demnach in flacher Hierarchie Hand in Hand agieren.[24]

Vergleicht man die personelle Situation vor Jahrzehnten mit der heutigen, so lassen sich einige Generationenkonflikte identifizieren: War damals noch eine Karriere an einem Universitätsklinikum erstrebenswert, scheint heute die Work-Life-Balance eine wesentlich höhere Rolle zu spielen. Eine Studie im Jahr 2018 konnte diese Annahme belegen, wobei ebenso eine zeitlich sowie örtlich ungebundene Arbeit die Attraktivität eines Arbeitsplatzes bestimmt. Tatsächlich wurde im Rahmen dessen festgehalten, dass eine ständige Verfügbarkeit und ein geringer Freizeitanteil für MitarbeiterInnen nur wenig ansprechend sind.[25]

24 Twankenhaus 2023
25 Arbeitsplatz der Zukunft 2018

# 5. Digitalisierung am Arbeitsplatz

Zukunftsträchtig ist die Digitalisierung am Arbeitsplatz: Noch immer werden viele administrative Tätigkeiten vom medizinischen Personal erledigt, was mittels technologischem Fortschritt deutlich reduziert werden könnte – vielerorts erfolgt die PatientInnendokumentation noch immer manuell, während der Trend zur digitalisierten PatientInnenakte stark zugenommen hat. Auch der Ruf nach administrativen Hilfen wird immer lauter, es wird eine Entlastung des Fachpersonals durch den Einsatz von StationssekretärInnen, Servicepersonal und Hilfsdiensten gefordert. Die Entbürokratisierung medizinischer Berufe würde zugleich die patientInnenorientierte und -zentrierte Versorgung in den Vordergrund rücken und Vorteile für Fachpersonal und PatientInnen bieten. Im weltweiten Vergleich hinkt Österreich im Bereich des *Digital Health* allerdings noch nach. Während Länder wie Estland, Kanada oder Dänemark in puncto E-Health-Angeboten Spitzenreiter sind, befindet sich Österreich noch im Mittelfeld.[26]

Im Bereich der Digitalisierung besitzt vor allem die Telemedizin große Relevanz. Besonders in herausfordernden Zeiten wie der Covid-19-Pandemie wurde die Bedeutung der Technik in vielerlei Hinsicht erkannt. Befundbesprechungen, Arztgespräche oder gar telemedizinische Behandlungen prägen das Zukunftsbild des medizinischen Berufes.[27] Die Bereitschaft hierfür wäre groß. Mehr als die Hälfte der Betroffenen kann sich bereits vorstellen, Arzttermine online wahrzunehmen oder gar virtuelle Betreuung in Anspruch zu nehmen.[28] Eine Entlastung von MedizinerInnen durch technischen Fortschritt ist zugleich von Bedeutung, wenn es um deren Work-Life-Balance geht. So empfinden rund 70 % der SpitalsärztInnen Zeit- und/oder Leistungsdruck als sehr belastend – die (zeitlichen) Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit im Spital sind hier wohl maßgeblich ausschlaggebend und unterstreichen die Forderung nach besserer Work-Life-Balance.[29] Diese Forderung erscheint kaum verwunderlich, wenn Opt-outs aus dem Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz überwiegend von älteren ÄrztInnen unterschrieben werden, jüngere dies jedoch kaum in Erwägung ziehen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich seit Jahren im Pflegeberuf. Ein gering flexibler Dienstbeginn, der wenig zu Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen passt, die geringe Planbarkeit des Dienstendes, der Anstieg an multimorbiden PatientInnen, welche auch körperlich für Pflegende eine Herausforderung darstellen,

26 Digitalisierung im Gesundheitswesen 2023
27 Nole 2023
28 Digitalisierung im Gesundheitswesen 2023
29 Rieser 2022

und eine wachsende Unzufriedenheit in den Teams führen zu vermehrtem Berufsausstieg. Ein Führungsstil von Stationsleitungen, der diesen Bedingungen nicht gerecht wird, verstärkt die Fluktuation. In gut geführten Abteilungen gibt es Personalwartelisten. In anderen, wo ein „Old-school-Management" herrscht, ist die Austrittsrate hoch. Die Wechselbereitschaft der MitarbeiterInnen ist in den letzten Jahren gestiegen. Begann man noch vor 30 Jahren auf einer Station zu arbeiten, so blieb man dort auch lange. Heute ist es anders. Gerade junge Pflegende wechseln das Fach oder auch die Station, wenn die Rahmenbedingungen nicht mehr passen. Die Zukunft des Gesundheitssystems liegt unbestritten in den Händen des medizinischen Nachwuchses. Doch ein Drittel der MedizinabsolventInnen scheint nach der Promotion nicht in der österreichischen Ärzteliste auf.[30] Offensichtlich wohlwissend, welche Vorzüge die zur Wahl stehenden Alternativen bieten. Seit Jahren wird über den „eklatanten Ärztemangel" berichtet, eine schaurige Zukunftsprognose errechnet und verzweifelt an der Symptombehandlung gearbeitet – die Ursachen hierfür sind jedoch vielfältig.

30 Österreichische Rechnungshof 2021, 36 f.

# 6. Generationenwechsel

Für die „Generation Y" (geboren zwischen den frühen 1980er bzw. späten 1990er Jahren – als „Generation Z" gelten jene, die zwischen den späten 1990er Jahren bis 2012 geboren wurden) wurde in einer Studie des Zukunftsinstituts abgefragt, was ihnen im Job besonders wichtig ist: Selbstbestimmung, Erfüllung im Job und die Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung lagen hierbei im Spitzenfeld, während der Erfolg im Beruf oder monetäre Aspekte die letzten Plätze belegten. Dieser Trend wurde 2005 von Daniel H. Pink in seinem Buch „A Whole New Mind: Why Right-Brainers Will Rule The Future" bereits prophezeit: *„Wahre Werte, also beispielsweise Individualität und Kreativität oder Weiterentwicklung, hätten in der übersättigten westlichen Welt nach einer langen Zeit voller Aufschwung und Protz wieder an Bedeutung gewonnen. Eine Karriere ist also nicht mehr mit dem Erklimmen einer Hierarchie gleichzusetzen, sondern geprägt von Arbeitgeber- oder gar Branchenwechseln und dem Erforschen neuer Gefilde."*[31] Kein Wunder also, dass bis zu 87 % der MedizinabsolventInnen eine Abwanderung ins Ausland in Betracht ziehen, sollte die Qualität der Ausbildung ebendort besser sein.[32] Überhaupt gehen 44 % der Generation Y davon aus, irgendwann einen beruflichen Neuanfang zu starten, allerdings mit dem Wunsch nach beruflicher Stabilität und Planbarkeit. Das nachfolgende Diagramm zeigt die Lebensziele der Generation Y in Prozent aus der Studie des Zukunftsinstitutes.[33]

BerufseinsteigerInnen richten sich demnach nicht mehr nach den Forderungen und Erwartungen von Unternehmen, sondern sehen in ihrem Beruf vor allem eine erfüllende Tätigkeit und kein Mittel zum Zweck. Miteinher geht die partielle Abschaffung klassischer Geschlechterrollen. Die Vorstellung, dass Ehrgeiz ein maskulines Attribut ist, gehört längst der Vergangenheit an. Nichtsdestotrotz sehen sich vor allem Frauen an dem einen oder anderen Punkt ihres Lebens einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen. Die Einstellung zur Karriere verändert sich, Wir-Werte (Partnerschaft, eigene Familie, Freunde) und die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit stehen höher als ein beruflicher Erfolg. Ein sinnvoller und erfüllender Job (87 %) ist für fast jeden ein wichtiges Lebensziel. Generell hat die Generation Y das Ziel, neugierig zu bleiben, sich einzubringen und immer weiter zu qualifizieren. Wichtig ist ihnen dabei eine gute und vielseitige Bildung.[34]

31 Huber 2013
32 vgl. Österreichische Ärztezeitung Nr. 11 vom 10.06.2021
33 Huber 2013
34 Huber 2013

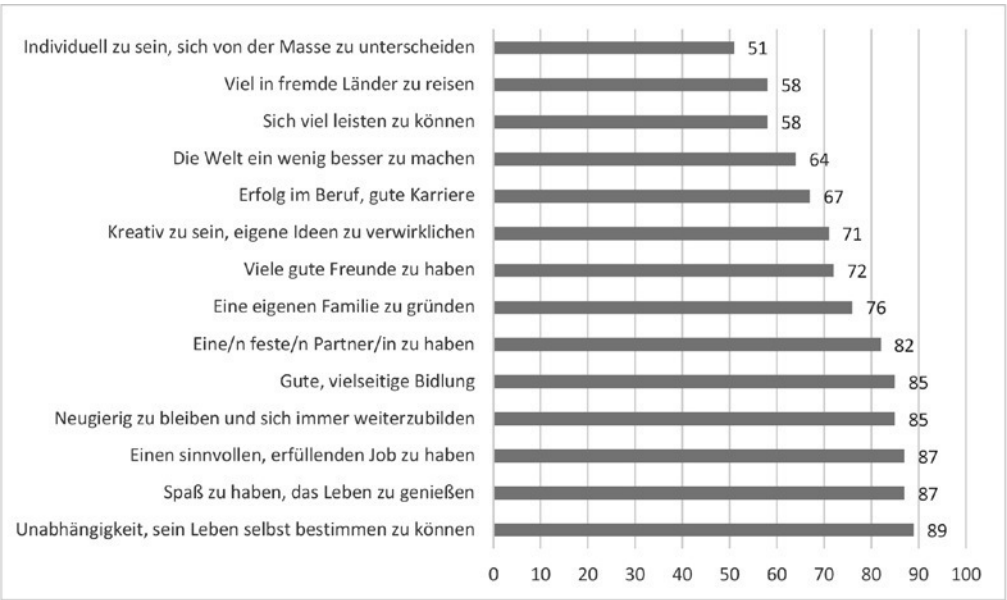



Abb. 5: Das Selbstverständnis der Manager von morgen – Umfrageergebnis in Prozent

Quelle: Zukunftsinstitut, 2013, Generation Y – „Welche Dinge sind für Sie persönlich besonders wichtig und erstrebenswert?"

# 7. Älter werdende ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen

In Deutschland wurden in einer Studie (n = 34.343) unter der Erwerbsbevölkerung deren Arbeitsbelastung und die Häufigkeit arbeitsbedingter Erkrankungen abgefragt. Frauen und Männer ab dem 45. Lebensjahr, die im Dienstleistungssektor beschäftigt sind (n = 8.310), leiden demnach erheblich an körperlichen und geistigen Arbeitsbelastungen. Gerade im Gesundheitswesen sind die Themen Prävention und Gesundheitsförderung für ältere ArbeitnehmerInnen stark vernachlässigt.[35] Dabei steigt die Zahl der älteren MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen stetig an. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften sind wichtige Faktoren.[36] In den Gesundheitsberufen entsteht über berufliche Qualifikationen und Spezialisierungen hohes Fachwissen, das mit der Pensionierung oft verloren geht. Ein effizienter Wissenstransfer und die Möglichkeit der Weiterbildung sind wichtige Erfolgsfaktoren für Gesundheitsunternehmen der Zukunft. Ebenso sollten die Einbindung älterer MitarbeiterInnen in Entscheidungen, das Nutzen von Erfahrungswissen und die Möglichkeit einer weiteren Betätigung nach der Pensionierung künftig mehr genutzt und die Umsetzung vereinfacht werden.

Schon die Entlastung von MitarbeiterInnen im Schichtdienst bei der körperlichen Arbeit und eine Dienstplangarantie würden für Menschen über 45 eine Verbesserung darstellen. In einigen Unternehmen werden inzwischen lebensphasenorientierte Programme umgesetzt. Der Erfolg rechtfertigt den Einsatz. Arbeitsplätze und Tätigkeiten werden im Hinblick werden auf die individuellen Möglichkeiten analysiert und entsprechend an die Menschen in dieser Altersgruppe angepasst. Sei es arbeitsmedizinisch, organisatorisch oder ressourcenorientiert. Potentiale an Humankapital sollten genutzt und nicht vergessen werden.

Der demografische Wandel und eine alternde Belegschaft bedingen eine strategische Anpassung des lebensorientierten Personalmanagements.[37] Nachfolgende Darstellung zeigt die Einflussfaktoren auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der Motivatoren von alternden MitarbeiterInnen.

35 Jansen 2000
36 Hasselhorn 2014
37 Hasselhorn 2014)

Abb. 6: Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften – Handlungsfelder des betrieblichen Alternsmanagements (orange) nach Ilmarinen (2006) und mögliche Beteiligte im Unternehmen (blau) (Hasselhorn 2014)

Im Gesundheitswesen werden viele Aspekte im Altersmanagement bereits seit Jahren umgesetzt. Betriebliche Sozialdienste, gesundheitsförderliche Programme, Arbeitsmedizin, effektive Interessensvertretungen, Personalaus- und weiterentwicklung, Arbeitssicherheit und Assistance Services sind in Kliniken weitestgehend vorhanden. Doch dies bedeutet nicht, dass alles schon getan ist. Es ist erst der Aufbruch in neue Organisations- und Managementzeiten, die dann einem Personalmangel oder dem Verlust von Erfahrung und Wissen entgegentreten.

# Zusammenfassung und Ausblick

Das Gesundheitswesen steht vor einem Wandel. Der Generationenwandel, eine zwingende Veränderung der Versorgungsstrukturen, die Verfügbarkeit von Ressourcen und politische Entscheidungen bestimmen die Zukunft. Komplexe Einflussfaktoren, die kaum einer einzigen Lösung zugeführt werden können, stehen im Vordergrund: Soziologische, arbeitspsychologische, organisatorische oder gesellschaftsbedingte Herausforderungen werden heute durch Entscheidungsträger eher reaktiv und situativ als vorausschauend und planend gelöst.

Die Pandemie hat gezeigt, welche Flexibilität im Personaleinsatz möglich ist, wie Technologien über Nacht zum Einsatz kommen und wie interdisziplinär rasch zusammengearbeitet werden kann. Diese Ressourcen und Möglichkeiten sollten im Gesundheitswesen weiter vertieft betrachtet und ausgebaut werden. Beim Altbewährten zu bleiben ist unter den zukünftigen Herausforderungen nicht mehr angesagt bzw. wird uns auch nicht bei der zu erwartenden demografischen Entwicklung helfen. Es sind neue Denkweisen, neue ganzheitliche und nachhaltige Modelle zu überlegen, um letztlich im Gesundheitswesen PatientInnen adäquat versorgen zu können.

# Literatur

Albrecht, A. (2021): Mit dem Flexpool gegen Personalengpässe, unveröffentlichte Präsentation, Lukaskrankenhaus.

Auffenberg, J. et al. (2022): „Ich pflege wieder, wenn …" Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmer-kammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes

Arbeitsplatz der Zukunft (2018): Studie_Arbeitsplatz-der-Zukunft_AUSZUG.pdf, dl. 21.01.2023

Becka, D. et al. (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich, Institut Arbeit und Technik, Ruhr Universität Bochum, Forschung Aktuell (iat.eu), dl. 19.01.2023

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index, Wien

Deutscher Berufsverband für Pflegende (DBfK) (2019): Teilzeit = Ressource bei Fachkräftemangel? Ergebnisse einer Online-Umfrage vor dem Hintergrund des Pflegepersonalstärkungsgesetzes PpSG, Broschuere_Teilzeitumfrage_2019-10_10_web.pdf (dbfk.de), dl. 19.01.2019

Digitalisiertes Gesundheitswesen (2023): Der Patient im Mittelpunkt - eine Studie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsstudie Österreich I Digitalisierung (accenture.com), dl. 21.01.2023

Eidinger, M. (2009): Lebensphasenorientiertes Arbeiten und altersgerechte Karrieren unter dem Aspekt des betrieblichen Age-Managements, Johannes Kepler Universität Linz, Abteilung für Wirtschafts- und Regionalforschung, Betriebs- und Industriesoziologie, Linz

Elder, G. H. et al. (2003): The Emergence and Development of Life Course Theory, in: Jeylan T. Mortimer /Michael J. Shanahan (Hrsg.), Handbook of the life course, New York: Springer

Eurostat. (2018): Gender Pay Gap, 2018

Hauptverband der Sozialversicherung (2014): AMS-Qualifikations-Barometer – Beruflichkeit, Soziales, Gesundheit, Schönheitspflege – Frauen und Männer am Arbeitsmarkt, dl. 15.01.2023

Hasselhorn, H. M. et al. (2014): Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften in B. Badura et al. (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2014, DOI 10.1007/978-3-662-43531-1_8, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Huber, T. et al. (2013): Generation Y – Das Selbstverständnis der Manager von morgen, Signum International, Zukunftsinstitut GmbH - Internationale Gesellschaft für Zukunfts- und Trendberatung, Düsseldorf

Holz, M., Da-Cruz, P. (2007): Demografischer Wandel in Unternehmen – Herausforderungen für die strategische Personalplanung, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden

Ilmarinen J. (2006): Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki in Hasselhorn H. M. et al. (2024)

Jansen, R. et al. (2000): Arbeitsbelastungen und Gesundheit älterer Arbeitnehmer im Dienstleistungs-bereich Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie volume 33, Seite 256–261

Klammer, U. (2013): Die Lebensverlaufsperspektive als Referenzrahmen und Gestaltungsaufgabe -Herausforderungen an Politik und Betriebe, Universität Frankfurt

Kaindl, M., Schipfer, R. (2022): Familien in Zahlen 2022, Statistische Informationen zu Familien in Österreich, Österreichisches Institut für Familienforschung (OIF), Universität Wien

Malabi, N. J. (2015) A phenomenology of communication and decision-making among head nurses and staff nurses in a managerial job-sharing unit. Clin Case Rep Rev 1: doi: 10.15761/CCRR.1000173

Nole, D. (2022): Die Zukunft des Gesundheitswesens: Drei Trends in 2022 I Whats Next, Die Zukunft des Gesundheitswesens 2022 I What's next (nuance.com), dl. 21.01.2023

Praktischer Arzt (2022): Wie Kliniken moderne Arbeitszeitmodelle umsetzen können I praktischArzt, dl. 19.01.2023

Österreichische Ärztezeitung (2021): Ärztezeitung Nr 11/10.06.2021

Österreichische Rechnungshof (2021): Ärzteausbildung Bericht des Rechnungshofes, Reihe Bund, 2021/42, Seite 36f, Wien

Rieser, R. et al. (2022): Charta Ärztegesundheit – Hintergrundpapier, gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten, DOI: https://doi.org/10.4414/saez.2022.20742

Schuhmacher, F. (Hrsg.) (2013): Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus, Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven, Springer Verlag, Wiesbaden

Statistik Austria (2021): Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Infotext_Vereinbarkeit_von_Beruf_und_Familie.pdf (statistik.at), dl. 15.02.2023

Statistik Austria (2018): Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Vereinbarkeit_von_Beruf_und_Familie__Modul_der_Arbeitskraefteerhebung_2018.pdf, dl. 15.01.2023

Twankenhaus (2022): Homepage des twankenhaus, dl. 20.01.23

Woodward-Smith M. A., Carruth G. R. Job-sharing (1986): an alternative work pattern for nurses. Nurs Manage. 1986 Jun;17(6):29-31. doi: 10.1097/00006247-198606000-00007. PMID: 3636703.

*Michael van Loo*

***Geschäftsbereichsleiter Personal, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf***

# Kein Widerspruch: Attraktiver Arbeitgeber & Krankenhaus

**1. Ausgangslage/Herausforderungen** **50**

**2. Medizin wird weiblich** **52**

**3. Therapie: Beschäftigtenorientierte Personalpolitik** **55**

**4. Beispiele beschäftigtenorientierter Personalpolitik** **64**

**5. Fazit** **67**

**Literatur** **68**

*Auch in Deutschland steht das Gesundheitswesen vor ähnlichen oder gleichgearteten Herausforderungen, wie sie für alle Länder mit modernen, aber durchaus komplexen Gesundheitssystemen gelten. Diverse (Mega-) Trends fordern insbesondere die Arbeitgeber im Gesundheitswesen heraus, den zunehmenden Versorgungsbedarf bei rückläufiger Fachkräfteentwicklung sicherzustellen. Der vorliegende Beitrag betrachtet den Umgang mit einer der diversen Herausforderungen: Können Kliniken zur nachhaltigen Sicherstellung ihres benötigten Fachpersonals, insbesondere im ärztlichen Dienst, Arbeitsbedingungen schaffen, welche die Erwartungen der Arbeitnehmenden hinsichtlich „Life-Domain-Balance" erfüllen?*

*Neben der Ausgangslage werden praktische Beispiele zur Umsetzung der seit über zehn Jahren erfolgreich etablierten beschäftigtenorientierten Personalpolitik aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) als eine der notwendigen Handlungsoptionen erläutert.*

# 1. Ausgangslage/ Herausforderungen

Es wirkt derzeit, als verstärken sich mehr denn je die bekannten herausfordernden Trends während eines sich gleichzeitig stetig reduzierenden Arbeitnehmendenmarkts; demografischer Wandel, New Generations, Wandel der Geschlechterrollen, Individualisierung, digitale Kultur und Wandel der Arbeitswelten sind nur beispielhaft genannt.

Insbesondere das Verlangen nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielt in den Berufen der Gesundheitsversorgung, besonders im Kontext mit Schicht- und Wochenenddienst, eine wichtige Rolle. Die Doppelbelastung zwischen Beruf und Familie berührt die individuelle Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit, die besondere psychophysische Belastung stresst die Mitarbeitenden in diesen Berufen sehr.[1]

Signifikant höhere Vereinbarkeitskonflikte im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung verursachen z. B. bei deutschen Krankenhausärzten und -ärztinnen Stresserleben, Burn-out und Kündigungsabsichten.[2]

Zudem wandelt sich die eher von Männern dominierte Führungskultur, die Medizin wird in großen Schritten weiblich und bewirkt ein Umdenken. Bei gleichzeitig immer noch tradierter Übernahme der Rollen in der Gesellschaft gilt Frauen als dominierende Gruppe auf dem Arbeitnehmendenmarkt im Gesundheitswesen ein besonderes Augenmerk (siehe Kapitel 3).

Umsetzung und nachhaltige Verfolgung einer familienbewussten Personalpolitik als Therapie an diesen Stellen bieten die Implementierung und ständige Weiterentwicklung von Angeboten und Maßnahmen, welche unter verschiedenen Aspekten eine Entlastung im familiären und Arbeitsalltag der Beschäftigten bewirken können. Diese Potenziale zu erkennen und zu nutzen ist in anhaltenden Zeiten der Fachkräftesicherung und -gewinnung im Gesundheitswesen längst überfällig. Im Gegensatz zu vielen personalpolitischen Handlungsfeldern, welche meist fremdbestimmt und nur reaktiv bearbeitet werden, können Angebote zur Vereinbarkeit selbstbestimmt und aktiv entwickelt und umgesetzt werden.[3]

1 Lukascuik et al. 2018
2 Fuß et al.2008
3 van Loo/Düvelius 2020

Und: Auch wenn vermeintlich (nur) die neuen Generationen die neuen Erwartungen an ihre Arbeitgeber haben bzw. diese lauter zum Ausdruck bringen, werden die zu überdenkenden und zu etablierenden Rahmenbedingungen allen Arbeitnehmenden ihrer Lebensphase entsprechend und weniger durch Generationszugehörigkeit begründet, zu Gute kommen.

Kliniken müssen Rahmenbedingungen schaffen, die ihren Mitarbeitenden eine ausgewogene Balance zwischen Familie und Beruf ermöglichen. Ärztinnen wie Ärzte erwarten gleichermaßen eine Umsetzung familienbewusster und lebensphasenorientierter Strukturen in der Arbeitsorganisation und in der Führungs- und Unternehmenskultur. Das Ziel muss sein, die Arbeitgeberattraktivität als Basis für erfolgreiche Personalgewinnung und -bindung nicht nur auf- und auszubauen sowie nachhaltig sicherzustellen, sie muss sich auch den sich stetig wandelnden Bedürfnissen anpassen.

# 2. Medizin wird weiblich

In der Medizin sind die Frauen auf dem Vormarsch. Im Wintersemester 2021/2022 waren in Deutschland insgesamt 105.275 Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben, davon waren 67.149 weiblich. Die Tendenz der Anzahl der Studentinnen gegenüber der Anzahl der Studenten ist steigend (Abb. 1, Studierende im Fach Humanmedizin).[4]

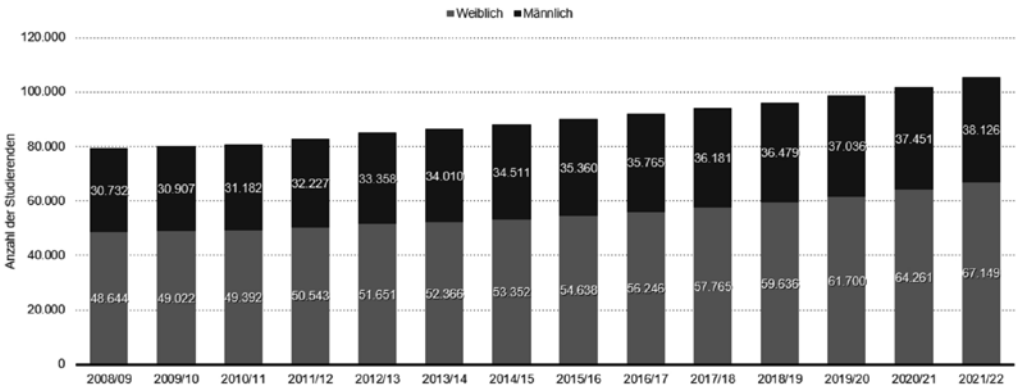



Abb. 1: Studierende im Fach Humanmedizin in Deutschland nach Geschlecht

Eine bundesweite Befragung von knapp 9.000 Medizinstudierenden hat Optimierungspotenziale für die Arbeitsbedingungen von Ärzten und Ärztinnen erhoben. Die Ergebnisse bieten Ansatzpunkte für das Topmanagement von Kliniken, um den Arztberuf möglichst attraktiv zu gestalten und somit den Wettbewerb um die Talente im Arbeitsmarkt positiv für sich entscheiden zu können. Personalbindung und -gewinnung sind die zentralen Aspekte einer modernen und erfolgreichen Unternehmensführung.[5]

Im Detail formulierten die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte den Wunsch nach

- flexiblen Arbeitszeitregelungen, die eine Work-Life-Balance und individuelle Lebensentwürfe ermöglichen,
- einem teamorientierten und partizipativen Führungs- und Unternehmensstil,

4 Destatis 2023
5 Kasch et al. 2016

- gesundheitsfördernden und familienorientierten Arbeitsbedingungen,
- interprofessioneller Zusammenarbeit und
- einem wertschätzenden Betriebsklima.[6]

Befragungen von aktiven Ärzten und Ärztinnen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie zeigen auf, dass Frauen aufgrund der Nachwuchs- und Familienplanung häufiger ihre Karriere zurückstellen, ihr berufliches Fortkommen beeinträchtigt sehen, auf eine Niederlassung verzichten oder ihren Arbeitsplatz im Krankenhaus mittelfristig aufgeben.[7]

Die Zukunft in der Medizin liegt, so scheint es, also in der Hand der Frauen. Jedoch sind Arbeits- und Karrierebedingungen für die jungen Ärztinnen häufig schwer mit den persönlichen Lebensphasen und -schwerpunkten vereinbar.

Betrachtet man beispielsweise die objektiven Kriterien für ärztliche Karrierewege, so stellt man fest, dass trotz der steigenden Anzahl von Ärztinnen deutlich weniger Frauen ärztliche Leitungspositionen bekleiden. Eine Untersuchung des Ärztinnenbundes 2016 analysiert die Situation an deutschen Universitätsklinika und belegt, dass sich die Repräsentanz von Frauen in den führenden Spitzenpositionen der deutschen Universitätsmedizin nur auf 10 % beläuft. Ärztinnen arbeiten häufiger in Teilzeit und benötigen meist länger für ihre Fachärzteweiterbildung.

Einen einschränkenden Faktor stellt dabei die Elternschaft dar. Bei Frauen mit Kind ist zudem eine geringere Promotionsrate zu verzeichnen.

Sie weisen längere Unterbrechungen und höhere Abbruchsraten im Rahmen ihrer Weiterbildung auf.[8]

Die Ursachen sind vielfältig, diskutiert werden:

- schwierige Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- eine von Männern dominierte Führungskultur,
- Stellenwert der eigenen Karriere.

Flexible Arbeitszeiten und Angebote für Ärztinnen, in Teilzeit zu arbeiten, sind längst nicht selbstverständlich. Trotz der arbeits- und tarifrechtlichen Voraussetzungen haben Medizinerinnen mitunter große Schwierigkeiten, ihren Teilzeit-

6 Kasch et al. 2016
7 vgl. Lauchart 2017
8 Ziegler et al. 2017

wunsch durchzusetzen. Mangelndes Verständnis, rigide Arbeitsorganisation und knappe Personalausstattung sind als Ablehnungsgründe zu verzeichnen.[9]

Auch hinsichtlich der Gesunderhaltung, also eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, gibt es offenbar Handlungsbedarf. Eine repräsentative Umfrage des Marburger Bundes 2015 zeigt auf, dass sich klinisch aktive Ärztinnen generell psychisch stark belastet fühlen (59 %). Wobei sich Mütter stärker unter Druck gesetzt fühlen als Ärztinnen ohne Kinder. 47 % der Ärztinnen spielen mit dem Gedanken, ihre Tätigkeit in der Klinik aufzugeben.[10]

Zusammenfassend attestiert, steigen die Anforderungen an die Krankenhäuser, ernsthaft und nachhaltig Arbeitsbedingungen zu schaffen, die eine Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit ermöglichen. Das Schaffen familienfreundlicher Arbeitsbedingungen stellt die Kliniken aber nicht nur vor organisatorische und kostenmäßige Herausforderungen, sondern verlangt vor allem einen grundlegenden Wandel in der Führungs- und Unternehmenskultur.[11] Chefärzte und Klinikleitungen sind gefordert, diesen Wandel in ihrer Führungskultur zu vollziehen in Richtung einer Verbesserung des Arbeitsklimas, der Zusammenarbeit zwischen den Hierarchieebenen und der Möglichkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren.[12]

Quasi ein Paradigmenwechsel von einer stark autokratisch, hierarchisch und durch Männer geprägten Führungs- und Unternehmenskultur hin zu einer partizipativen, flexiblen und familienbewussten Führungs- und Unternehmenskultur ist gefordert. In der komplexen Organisation eines Krankenhauses muss der Fokus besonders auf die Führungskräfte vor Ort gelegt werden. Personal- und Oberärzte sind gefordert, eine beschäftigtenorientierte Personalpolitik umzusetzen.[13]

Im Übrigen werden die erforderlich veränderten Arbeitsbedingungen den Arbeitsplatz und Arbeitgeber nicht nur für Frauen attraktiver erscheinen lassen. Interessanterweise erwarten zunehmend Ärzte wie Ärztinnen gleichermaßen eine Umsetzung familienbewusster und lebensphasenorientierter Strukturen in der Arbeitsorganisation und in der Führungs- und Unternehmenskultur. Auch werden die Veränderungen nicht nur die Personalgewinnung, sondern die gleichbedeutsame Personalbindung positiv beeinflussen.

9 Klenner und Lott 2016
10 Schmeiser 2016
11 von Eiff 2013
12 Pantenburg et al. 2014
13 Prölß und van Loo 2017

# 3. Therapie: Beschäftigten-orientierte Personalpolitik

## 3.1. Vereinbarkeit als Teil der Unternehmens-kultur und -organisation

Wer ernsthaft eine beschäftigtenorientierte Personalpolitik in seinem Krankenhaus implementieren oder umsetzen möchte, braucht eine vom Topmanagement initiierte Diskussion über ganz grundlegende unternehmerische Kernbotschaften. In einigen Kliniken wurde dieser Prozess über eine Leitbildentwicklung angestoßen. Hierbei geht es nicht nur um die Frage der Patientenorientierung, Innovation und Ökonomie, sondern eben auch um den konkreten Stellenwert des Beschäftigten im Unternehmen. Hierbei können Werte beschrieben werden, die wiederum Leitlinie und Richtschnur für den Umgang miteinander sind, z. B. Sicherheit, Schaffen von Werten für den Patienten, Engagement in der Personalentwicklung, Führung und Integrität.

Das klare Bekenntnis zu einer Personalpolitik, die den besonderen Wert der Beschäftigten für das Krankenhaus sieht, muss also unternehmerisch verankert und auch gewollt sein. Hierbei gibt es zahlreiche Einflussfaktoren, beispielsweise durch Zielausrichtung, Trägerstruktur, ob es sich um ein Profit- oder Non-Profit-Unternehmen handelt und im besonderen Maße auch durch die Akteure auf der Topmanagementebene. Die gesellschaftlichen Erwartungen an die Organisation Krankenhaus spielen dabei ebenfalls eine Rolle. Beim Produkt Krankenhausbehandlung gibt es für den Patienten und Angehörigen klare Erwartungen an die Dienstleistung und der mit ihr verbundenen Beziehungsgestaltung insbesondere durch die ärztlichen und pflegenden Professionen. Die damit gekoppelte soziale Verantwortung des Managements muss die Personalpolitik bestimmen oder zumindest beeinflussen. Die Mitarbeitenden in der Patientenversorgung müssen durch betriebliche und personelle Ressourcen in die Lage versetzt werden, die Behandlungs- und Beziehungsarbeit überhaupt leisten zu können.[14]

Die besondere Bedeutung des Beziehungsaspektes bei der Personalpolitik muss alle Führungshierarchien erfassen. In der komplexen Organisation Krankenhaus sind es vor allem die Führungskräfte vor Ort, die entscheidend sind, dass Grund-

14 Kühn 2014

sätze einer am Mitarbeiter orientierten Personalpolitik auch in die Praxis umgesetzt werden. Hat sich beispielsweise eine Klinikleitung dazu bekannt, Arbeitszeiten familienfreundlich zu gestalten, müssen Personaloberärzt:innen und Stationsleitungen durch eine individualisierte und angepasste Dienstplanung diese auch umsetzen.[15]

In Hamburg sagt man: „Der Fisch stinkt vom Kopf." Bevor sich ein Unternehmen konkreten und erforderlichen Angeboten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf widmet, muss sichergestellt sein, dass die Angebote auf einen guten Nährboden gesetzt werden bzw. sogar daraus erwachsen. Der Nährboden ist die Kultur, insbesondere die Führungskultur.

Welchen Stellenwert haben die Themen und der Wille zur Vereinbarkeit in der Kultur des Unternehmens? Geht man kreativ mit dem Vorsatz, Lösungen zu finden, um oder werden die Bedürfnisse als störend und mögliche Lösungsstrategien als ungerecht empfunden? Wird im Unternehmen die Strategie verfolgt, eine nachhaltige Personalpolitik umzusetzen, die sich an den individuellen Lebensentwürfen orientiert oder werden punktuelle Feigenblätter angeboten?

Häufig werden Lösungsansätze im Keim erstickt und mit vermeintlich unüberwindbaren Hürden argumentiert:

„Einen Betriebskindergarten können wir uns nicht leisten."

„Moderne Formen der Arbeit (Tele- oder mobile Arbeit) sind in der Patientenversorgung ausgeschlossen."

„Maßnahmen für Beschäftigte mit Kindern zu schaffen, ist Aufgabe der Politik, nicht der Unternehmen."

„Kinderlose Beschäftigte würden benachteiligt werden."

Das sind typische Argumente der Skeptiker. Die Sorgen um Gerechtigkeit, um Effizienz, um Stress im Team und nicht zuletzt um Machtverlust sind groß.

Gibt es einen Weg aus diesem Dilemma? Zunächst muss die Unternehmensführung sich eindeutig zu einer beschäftigtenorientierten Personalpolitik bekennen, die eine Lebensphasenorientierung und die Partizipation der Beschäftigten fokussiert.

15 Prölß und van Loo 2017

Eine Unternehmensphilosophie, die als Grundlage der Personalpolitik eine Orientierung an den Bedürfnissen der Beschäftigten formuliert, ebnet den Weg für eine hohe Beschäftigten- und Arbeitsplatzzufriedenheit.

Im Leitbild des UKE (Abb. 2 Leitbild UKE) beispielsweise sind die strategischen Handlungsfelder mit der Basis „Zusammenarbeit und Führung" und mit der Säule „Attraktivster Arbeitgeber" plakativ und visionär verankert. Abgeleitet aus dem Leitbild wird eine beschäftigtenorientierte Personalpolitik verfolgt, welche horizontal zu den bestehenden hierarchischen Strukturen organisiert, eine nachhaltige Optimierung von Work-Life-Balance, Gesundheit, Führung und Qualifizierung vorantreibt.

Abb. 2: Leitbild UKE 2022

Eine Organisationsstruktur, die Partizipation als Prozess definiert, die Betroffene einbezieht und schnittstellen- (oder auch berufsgruppen- und hierarchieübergreifend) Projekte verfolgt, wird durch die Nutzung der Kompetenz und Kreativität der Belegschaft, Ziele benennen und Wege finden, Vereinbarkeitsthemen nachhaltig umzusetzen.[16]

Kliniken sind aufgefordert, Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessern und Ärztinnen eine frühere Rückkehr aus der Elternzeit ermöglichen. Sie müssen den Ärztinnen Karrieremöglichkeiten bieten und zugleich Rahmenbedingungen schaffen, die eine ausgewogene Balance zwischen Familie und Beruf ermöglichen.

16 Prölß und van Loo 2017

Die Betrachtung einer Work-Life-Balance für Ärztinnen muss nicht nur den Anspruch erfüllen, die Balance zwischen Beruf und Privatleben zu unterstützen, sondern vielmehr geht es in diesem Fall um die Vereinbarkeit von Beruf, Privat- oder Familienleben und Karriere.[17]

An welchen Schrauben sollte ein Arbeitgeber Krankenhaus konkret drehen? Welches konkrete Umdenken ist erforderlich und wie kann ein Paradigmenwechsel vollzogen werden?

Grundlage für die Umsetzung der Unternehmenspolitik sind festzulegende Ziele. Diese Ziele werden in aller Regel klassisch top-down erarbeitet und in die Unternehmenshierarchie eingespeist. Hierbei stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, dass die Mitarbeitenden sich hier mitgenommen fühlen. Darüber hinaus ist es sehr erfolgsversprechend, wenn die Mitarbeitenden die Unternehmensziele zu ihren eigenen Zielen machen. Eine strukturierte Beteiligung bei der Zielfindung ist ein wesentlicher unternehmenspolitischer Pfeiler. Ziel sollte es sein, einen Regelkreis der Personalpolitik unter Beteiligung aller Verantwortlichen, Führungskräfte und Beschäftigten zu schaffen (Abb. 3 Regelkreis der Personalpolitik im UKE).

Abb. 3: Regelkreis der Personalpolitik

Neben Erkenntnissen aus Studien und Marktbeobachtungen sollten auch Befragungen der eigenen Beschäftigten oder von Bewerberinnen im Rahmen von Auswahlverfahren zur Konkretisierung von Handlungsbedarfen beitragen. Mitarbeitendenbefragungen oder Audits können im Rahmen von Zertifizierungen die bekannten Handlungsfelder konkretisieren und Veränderungsbedarf im eigenen Haus aufzeigen. Die so qualifizierten erforderlichen Veränderungen und Angebote sollten in Handlungsfelder münden und in verantwortliche Hände gegeben werden.

17 Färber 2006

Je nach Größe der Organisation können sich hierzu mit Umsetzung bevollmächtigte Organisationseinheiten oder Funktionsträger anbieten: der Personalleiter, die Personalabteilung, Gleichstellungsbeauftragte oder installierte Gremien zur Umsetzung personalpolitischer Zielvorgaben. Neben der ratsamen Beteiligung der Beschäftigten, Betroffenen ist aber stets erfolgsentscheidend die Führungskraft; die Ärzte in den Positionen mit Personalverantwortung tragen einen großen Anteil daran, dass individuelle Lösungen umgesetzt werden können (siehe Kap. 3.2.).

Ratsam hinsichtlich eines bedachten Vorgehens ist ein projekthaftes Step-by-Step-Vorgehen, um die Organisation und gewachsene Kultur nicht zu überfordern.[18]

## 3.2. Strukturierte nachhaltige Verfolgung

Entscheidend für die Verfolgung der beschäftigtenorientierten Personalpolitik in einem Krankenhaus ist die zu schaffende Struktur und Organisation, die sich nachhaltig der Beobachtung der Handlungsfelder und der resultierenden Maßnahmen annimmt. Zur Organisation der Personalpolitik existieren in der Krankenhauslandschaft nur wenige, in der freien Wirtschaft hingegen langjährig etablierte Modelle. Betrachtet man beispielswiese produktions- und personalintensive börsendotierte Unternehmen, so finden sich dort regelmäßig Arbeitsdirektor:innen und Vorstandspositionen in der höchsten Hierarchieebene angesiedelt. In deren Verantwortung, samt ihren nachgeordneten Strukturen, liegt die Verfolgung sämtlicher personalpolitischer Themen des Unternehmens. Krankenhäuser in Deutschland, mit wenigen Ausnahmen, sprechen dem Thema Personal diesbezüglich nicht diese angemessene Bedeutung zu. Personalbereiche sind dort in aller Regel als klassische Personalabteilungen der (kaufmännischen) Geschäftsführung organsiert. Meistens liegen in deren Verantwortung andere große Schwerpunktthemen wie das Management von Finanzen und Controlling. Neben fehlendem Wissen ist es vor allem ein Ressourcenthema, wenn dann personalpolitische Themen nicht bedeutsam entwickelt werden. Die berufsgruppenspezifische Säulenstruktur der klassischen Krankenhausbetriebsleitungen aus Medizin – Ärzte – Verwaltung erschwert darüber hinaus die Entwicklung von zeitgemäßen, berufsgruppenübergreifenden Humanressourcenstrukturen.

Typischerweise wird in den Krankenhäusern, die die Bedeutung des Themas ansatzweise erkennen, der Versuch unternommen, die personalpolitischen Handlungsfelder in vorhandenen Strukturen zu verorten. So kann man beispielsweise ohne vermeintliche Zusatzaufwände Themen in Richtung der Personalabteilung,

18 van Loo 2020

einer betriebsärztlichen Untersuchungsstelle oder einer für Personalentwicklung vorgehaltenen Ressource zuweisen. Zumeist mit dem Ergebnis, dass es die entsprechenden Stellen überfordern und nicht zu einer nachhaltigen Verfolgung führen wird. Andererseits aber ist mancherorts eine Art Übereifer zu beobachten, wenn beispielsweise für jede vermeintlich kritisch zu betrachtende Entwicklung Spezialisten eingestellt werden. Beauftragte (oder auch Manager) für Gesundheit oder neudeutsch Feel Good oder gar Happiness, Demografie, Diversity oder Family sollen es richten, natürlich neben den schon gesetzlich geforderten vorhandenen Beauftragten, wie Schwerbehindertenvertreter, Gleichstellungsbeauftragte, Betriebsärzte etc. Das Ergebnis ist oft eine Aufsplitterung von Einzelaktivitäten und ein ausbleibendes strukturiertes Vorgehen.

Bei der Umsetzung einer strukturierten Personalpolitik kann man im Wesentlichen zwei unterschiedliche Grundkonzepte darstellen: „Einzelkämpfer"- oder Projektstruktur.

Einzelne, meistens in der Organisation vorhandene Institutionen oder Personen, entwickeln die personalpolitischen Konzepte weiter: Arbeitsdirektor und Stabstellen, Personalleitung, -abteilung, Betriebsärztlicher Dienst, Personalentwicklungsabteilungen, Mitbestimmungsgremien, Beauftragte des Arbeitgebers, wie Schwerbehinderte, Gleichstellung, Arbeitssicherheit etc.

Viele dieser Funktionen gibt es im Betrieb auf Grundlage gesetzlicher oder organisatorischer Rahmenbedingungen. Jede Funktion bzw. Abteilung arbeitet für sich, es findet kaum eine Abstimmung ab. Es wird mit Scheuklappen gearbeitet, es fehlt eine gegenseitige Akzeptanz und es fehlt die Bereitschaft, sich innerhalb des Unternehmens zu vernetzen und einen gemeinsamen Konsens für eine beschäftigtenorientierte Personalpolitik zu entwickeln. Darüber hinaus werden vielerorts sog. Querschnittsmanager für Spezialthemen etabliert, nicht selten entsprechen sie auch „vermeintlich modernen" Zeitgeistgedanken: z. B. Demografiemanager, Gesundheitsmanager, Inklusionsbeauftragte etc. Neben dem vorteilhaften Spezialwissen sind sie aber häufig „allein" und nicht „ganzheitlich" in die Organisation und breiten Handlungsfelder des Personalmanagements eingebunden. Daher fehlt hier eine organisationale Durchschlagskraft und es entstehen oft gut gemeinte, aber isolierte Projektbereiche. Der große Vorteil dieses Ansatzes liegt natürlich bei der besonderen Bündelung von Kompetenzen für die einzelnen Themen.

Beschäftigtenorientierte Personalpolitik als dauerhaftes Projekt zu betrachten, führt zu einem grundsätzlich anderen Ansatz. Das Modell des Einzelkämpfers hat regelhaft vor allem zwei wesentliche Nachteile: mangelnde Vernetzung und mangelhafte Beteiligung der Beschäftigten, der Führungsebenen und der Schlüsselgremien (u. a. Personal- und Betriebsräte). Das Projektmodell versucht hier

Vor- und Nachteile zusammenzubringen, indem alle „Player", die Spezialisten, die Beschäftigten selber und die Verantwortlichen in eine schlagkräftige Organisation gebracht werden.

Ein Beispiel der projektorientierten Matrixorganisation von beschäftigtenorientierter Personalpolitik ist das Modell von „UKE INside". Das besondere Prinzip „top down" und „bottom up" wurde konsequent umgesetzt, u. a. auch durch die aktive Beteiligung aller Führungsebenen (einschließlich Vorstand) und aller relevanten Beschäftigtengruppen (Mitarbeitende, Personalvertretung, Experten etc.). Zu den Handlungsfeldern Gesundheit, Führung- und Qualifizierung sowie Balance von Beruf, Familie und Freizeit (als Synonym für die sog. Life-Domains-Balance) wurden Arbeitsgruppen (AG) installiert. Eine eigene Geschäftsordnung regelt das Zusammenspiel. Klar strukturierte Prozesse, die Formulierung der Arbeitsgruppenstruktur und Entscheidungsabläufe erfasst die normative Grundlage der beschäftigtenorientierten Personalpolitik (Abb. 4 Organisationsstruktur UKE INside).

Abb. 4: Organisationsstruktur Personalpolitik (UKE INside©)

Die Arbeitsgruppen sind aufgefordert, neben der Weiterentwicklung, der Kontrolle von bestehenden personalpolitischen Vorgaben und Angeboten weitere Ziele für die strategische Ausrichtung des Managements zu formulieren und sind damit ein wichtiger Bestandteil der Unternehmenspolitik des UKE. UKE INside beeinflusst die Unternehmenskultur, indem die Werte und Vorstellungen in den Arbeitsgruppen diskutiert, konzipiert und kommuniziert werden. Die breite Basis der Zusammenarbeit unterstützt den Prozess der Etablierung einer aktiven und

von vielen getragenen Unternehmenskultur. In der AG Balance zwischen Beruf, Familie und Freizeit werden Konzepte und Maßnahmen zur Optimierung und Weiterentwicklung von Themen wie zum Beispiel Kinderbetreuung, alternierende Telearbeit und Homeoffice, Kontakthalteprogramm, Unterstützung von Mitarbeitern mit pflegebedürftigen Angehörigen und Serviceangebote erarbeitet. Die AG Gesundheit entwickelt individuelle wie systemische Konzepte, um die Beschäftigten zu stärken und um die Arbeitsbedingungen weiter zu verbessern. Die nachhaltige Umsetzung einer familienbewussten Personalpolitik ist ebenso ein Ziel der AG Führung und Qualifizierung. Die Durchführung, Auswertung der Mitarbeitendenbefragung und die Kontrolle der Maßnahmenumsetzung analysiert den aktuellen Zustand. Onlinebefragungen zu speziellen Themen vertiefen die Informationen. Die Evaluation und Entwicklung von Programmen zur Führungskräfteentwicklung sind ein zentrales Instrument, um ein gemeinsames familienbewusstes Führungsverständnis zu etablieren. Die Implementierung eines Konfliktmanagementsystems und die Entwicklung einer Feedbackkultur unterstützen die Arbeit der Führungskräfte. Mit UKE INside, der beschäftigtenorientierten Personalpolitik, hat das UKE eine Marke etabliert, die das Ziel verfolgt, eine lebensphasenorientierte, familienbewusste und gesundheitsfördernde Personalpolitik übergreifend weiterzuentwickeln, zu optimieren und deren Wirksamkeit zu evaluieren.[19]

## 3.3. Führung als Schlüssel zum Erfolg

Führungskräfte haben entscheidende Schlüsselfunktionen ebenso in der Unterstützung und Stärkung der Beschäftigten, sich den Herausforderungen zwischen Elternschaft und Karriere zu stellen, wie auch in der Bereitschaft, individuelle und flexible Lösungen der Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung mit den Beschäftigten zu finden. Die Führung des gesamten Teams und das Nutzen interprofessioneller Ressourcen liegen in der Hand und in der Verantwortung der Führungskräfte.

Die Schulung und Stärkung der Führungskräfte, eine familienbewusste Führungskultur umzusetzen, ist der Schlüssel zum Erfolg und steht damit bei den Maßnahmen an erster Stelle. Liegt es nicht zuletzt in den Händen der Führung eines Teams, ob lebensphasenorientierte Settings in einem Team thematisiert, diskutiert, Lösungen gefunden, umgesetzt und im Team gelebt werden.

Die Implementierung eines durchgängigen Konzeptes zur Führungskräfteentwicklung mit dem Ziel, weitreichend und nachhaltig eine familienbewusste und

19 Prölß und van Loo 2017

gesundheitsfördernde Führung-/Unternehmenskultur im Unternehmen zu befördern, ist eine zentrale Aufgabe.

In einer breit angelegten Überarbeitung des Leitbildes und Führungsverständnisses wurde im UKE die Grundlage für die darauf aufbauende Konzeptionierung der Kompetenzen der Führungskräfte als Inhalte für die Angebote zur Führungskräfteentwicklung erarbeitet. Heute haben alle Führungskräfte eine Basisschulung durchlaufen. Die neuen führenden Beschäftigten erwerben einen „Führungsschein". Im Sinne der Nachhaltigkeit sind alle Führungskräfte aufgefordert, einmal pro Jahr an Führungskräftefortbildung intern oder extern teilzunehmen. Sehr wichtig ist der berufsgruppenübergreifende Ansatz, er initiiert den interprofessionellen Austausch und schafft Verständnis untereinander.

Die Implementierung strukturierter und verpflichtender Fort- und Weiterbildungsprogramme für Ärzte und Ärztinnen mit Personalverantwortung in Richtung einer familienbewussten, partizipativen und beschäftigtenorientierten Führungskultur legt den Grundstein für den besonders in der Medizin erforderlichen Wertewandel. Nur so kann die Bereitschaft von ärztlichen Führungskräften wachsen, die Verlässlichkeit von Arbeitszeiten sicherzustellen, individuell und situationsorientiert Arbeitszeit und Arbeitsort zu flexibilisieren.[20]

Die regelmäßig durchgeführten Mitarbeitendenbefragungen im UKE zeigen eine zunehmende Zufriedenheit der Beschäftigten mit ihrem Arbeitgeber und mit ihren Führungskräften. Dennoch: Es gibt immer wieder Informationen über Themen oder über Bereiche, in denen Optimierungspotenziale bestehen.

20 Fandel-Meyer 2017

# 4. Beispiele der beschäftigten-orientierten Personalpolitik

## 4.1. Arbeitszeit/-ort

In der Organisation familiärer Abläufe hat die Verlässlichkeit geplanter Arbeitszeiten einen ebenso hohen Stellenwert wie eine größtmögliche Flexibilität. Beide Faktoren unterstützen die Familien maßgeblich in der Installation und Umsetzung des individuellen familiären Settings.

Der Auftrag der Gesundheitsversorgung, die bestmögliche Patientenversorgung rund um die Uhr zu gewährleisten, stellt mit Schicht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten und mit dem Sicherstellen der ausreichenden Besetzung in Urlaubs- und Krankheitsfällen eine große Herausforderung in Bezug auf Verlässlichkeit und Flexibilisierung dar. Die Vielzahl individueller Settings in Bezug auf die Länge und Lage, aber auch in Bezug auf Zeitkorridore für den Beginn des Einsatzes zeigt, dass Führungskraft, Beschäftigte und Team im Dialog um kreative Lösungen erfolgreich sind. Auch die Suche nach Lösungsmöglichen über die Grenzen des eigenen Teams hinaus, in stations- oder bereichsübergreifenden Alternativen erweitert die Vielfalt möglicher Settings, z. B. kann das Einrichten von Zeitkorridoren (Gleitzeit), um den Früh-/oder Spätdienst zu beginnen /zu beenden, unter Beachtung der Arbeitsspitzen die Teams ebenso entlasten wie die Eltern. Darüber hinaus ist die Einführung verkürzter Dienste (z. B. von 08.00 bis 12.00 Uhr) für Eltern sehr attraktiv. Grundsätzlich werden im UKE in Bezug auf die Flexibilisierung der Arbeitszeiten Regelungen zur Teilzeit, Gleitzeit oder auch Vertrauensarbeitszeit angeboten. Das mittel- bis langfristig angelegte Angebot eines Langzeitkontos oder auch Sabbaticals ermöglicht es den Beschäftigten, ihren Lebensphasen entsprechend Arbeit(sentgeltwerte) anzusparen, um Zeit für Freistellungen in z. B. „Familienphasen" zu gewinnen.[21]

Im ärztlichen Dienst im UKE wurden die Dienstzeiten und -modelle aufgrund der EuGH-Rechtsprechung und entsprechender gesetzlicher und tarifvertraglicher Regelungen Anfang der 2000er Jahre umgestellt, sodass grundsätzlich kein Bereitschaftsdienst und anstelle dessen Schichtarbeit mit einer wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 48 Stunden geleistet wird. Das setzt natürlich arbeitsorga-

21 Pantelmann 2017

nisatorische Anpassungen und eine Personalkörpererhöhung voraus, hat aber per se unter anderem einen vereinbarkeitsfreundlicheren Aspekt gegenüber den ehemals nicht unüblichen bis zu 80-Stunden-Wochen inklusive Bereitschaftsdiensten.

Ebenfalls können Jobsharingmodelle, wie sie im UKE beispielsweise auch auf Oberärzt:innenebene praktiziert werden, neben der Vereinbarkeit mit Familie und Freizeit gleichzeitig der Karriereentwicklung dienen.

Eine weitere Erleichterung birgt auch die Möglichkeit des mobilen Arbeitens im klinischen Bereich. Insbesondere in Rufbereitschaften, für wissenschaftliche Arbeiten oder für administrative Tätigkeiten im Klinikalltag bieten sich mit Kreativität, Willem und IT-Infrastruktur orts- und zeitunabhängige Varianten des Arbeitens.

## 4.2. Kinder-/Angehörigenbetreuung

Das Engagement der Arbeitgeber in Bezug auf unterstützende Angebote zur Kinderbetreuung oder ebenso der Betreuung zu pflegender Angehöriger stellt ebenfalls einen wichtigen Faktor in der Personalbindung wie Personalgewinnung dar.

Die Ausrichtung der Angebote sollte die Passgenauigkeit der Betreuungszeiten mit den Arbeitszeiten erfüllen. Im UKE bietet die betriebseigene Kindertagesstätte Kinderbetreuungsangebote mit erweiterten Öffnungszeiten zwischen 05.30 Uhr und 20.00 Uhr an. Außerdem bestehen Betreuungsmöglichkeiten an Wochenenden oder auch während der Teilnahme an Kongressen und Seminaren, die außerhalb der regulären Arbeitszeiten stattfinden. Über 10 Wochen im Jahr besteht die Möglichkeit, Kinder zwischen 6 und 12 Jahren in eine sehr begehrte Ferienbetreuung zu geben. Die Betreuung und das Programm werden durch einen qualifizierten Dienstleister sichergestellt. Es ist nicht zwingend erforderlich, hierfür eine Räumlichkeit am Klinikum vorzuhalten. Die Urlaubsplanung in den Teams wird dadurch sehr entlastet.

Selbst eine gut organisierte private Kinderbetreuung kann durch ungeplante Ereignisse gestört werden. Der Ausfall der Kinderbetreuung oder Engpässe oder Notfälle in der Klinik, die ein kurzfristiges Einspringen der Beschäftigten erfordern, stellen die Eltern vor große Probleme. Die Installation einer Notfallbetreuung, beispielsweise auch über regionale Anbieter zur Kinderbetreuung, entlastet die Familien und die Organisation der Teams in der Krankenversorgung. Auch kann die Schaffung von Betreuungsmöglichkeiten direkt am Arbeitsort in sehr dringenden Fällen kurzfristige Notsituationen überbrücken.[22]

22 Frase 2017

Neben Lebensphasen, welche von Familiengründung und einhergehender Kinderbetreuung geprägt und mit entsprechenden Vereinbarkeitsbedürfnissen verbunden sind, kommt es den demografischen Entwicklungen folgend zu Lebensphasen, in denen das Pflegen von Angehörigen ebenfalls Bedürfnisse zur Vereinbarkeit hervorruft. Neben den in Deutschland gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten von Teilzeit oder Sonderurlauben zur Angehörigenbetreuung sollten unter Beachtung der betrieblichen Belange Angebote für passende Arbeitszeiten und Dienstmodelle außerhalb der Standards sowie auch zur mobilen Arbeit zur Entlastung angeboten werden.

Zudem kann sich die Nutzung eines eigenen Sozialdienstes anbieten, den Mitarbeitenden exklusive Beratung beispielsweise in Fragen zu betreuungsbedürftigen Angehörigen zu bieten und auf das vorhandene Netzwerk zurückzugreifen.

## 4.3. Weitere Angebote

Strukturierte, regelmäßige Kontakthalteprogramme, die die Beschäftigten begleiten und Wege und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen, haben sich im UKE als erfolgsversprechend bewährt. Die Suche nach individuellen Lösungen und Karrierewegen, die z.B. Fort- und Weiterbildungen während der Elternzeit in die Planung einbeziehen, die bereits in der Schwangerschaft Wiedereinstiegsprogramme thematisieren, sind Argumente, die überzeugen, dem Arbeitgeber treu zu bleiben.[23]

Die Unterstützung der Ärztinnen durch die Vorgesetzten kann durch Coaching und Mentoring-Programme optimiert werden. Sie helfen bei der Entwicklung individueller Kompetenzen und Bewältigungsstrategien. Im Erfahrungsaustausch unter Kolleginnen werden hilfreiche Tipps zur Personalentwicklung und zur individuellen Karriereplanung weitergegeben. Intensive Netzwerkarbeit und die Weitergabe informellen Wissens erleichtern insbesondere den Frauen einen (Wieder-) Einstieg in den Beruf und eröffnen Perspektiven der beruflichen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung)[24], ebenso wie spezielle Programme zur Frauenförderung.

23 v. d. Heide 2017
24 Kurmeyer und Höppel 2014

# 5. Fazit

Jammern über das Gesundheitswesen, die Rahmenbedingungen als Klinik und über die dort ausgeübten Berufe. Nur das Produkt Krankenversorgung bzw. die Patient:innen stehen im Mittelpunkt; die Beschäftigten sind dagegen Mittel zum Zweck (Produktionsfaktoren). Ein 24/7-Betrieb verlangt schlichtweg Opfer der Beschäftigten, was ihren Wunsch nach Work-Life-Balance anbelangt.

Wer sich in einer dieser Aussagen wiederfindet und dazu noch Verantwortung für ein Klinikum trägt, sollte schnellstmöglich neue Herausforderungen außerhalb des Gesundheitswesens suchen und möglichst dabei keine Verantwortung für Menschen übernehmen.

Wenn wir Gewerkschaften, Berufsverbänden oder gar der Politik und damit der Öffentlichkeit erlauben wollen – bzw. aufgrund mangelnder Übernahme von Verantwortung für die Beschäftigten im Gesundheitswesen erlauben müssen –, dass man unsere originären Aufgaben der Personalpolitik fremdbestimmt, müssen wir uns nicht über Umsetzungs-, Motivationsprobleme oder Personal- und Nachwuchsmangel beklagen.

Natürlich sind die Zeiten für Arbeitgeber, aber auch Mitarbeitende nicht die Besten oder so, „wie sie schon einmal waren". Aber die meisten Herausforderungen „fallen nicht vom Himmel", sind zu antizipieren, und es darf zurecht erwartet werden, dass auch die Arbeitgeber im Gesundheitswesen alles in ihrer Macht Stehende tun, um die zeitgemäßen Erwartungen der Beschäftigten so weit zu bedienen, wie es der Ausgleich zwischen „Geben und Nehmen" verlangt. Hierzu bedarf es eines klaren Willens und der Bereitschaft, partizipativ und kreativ Handlungsfelder der Personalpolitik zu identifizieren und zu behandeln.

Nur, wer von sich sagen kann: „Wir haben alles getan, was wir als Arbeitgeber tun können", und trotzdem Probleme mit der Besetzung notwendigen Personals hat, darf jammern; möglichst aber konstruktiv an den richtigen Stellen, welche durchaus politischer Natur sein können.

# Literatur

Destatis, Statistisches Bundesamt, Studierende, Studienfach Medizin (http://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten am 10.01.2023).

Eiff, W. von (2013): Arbeitsplatz Krankenhaus. (http://www.familienfreundliches-krankenhaus.de/dokumente/Studie_Arbeitsplatz_Krankenhaus.pdf. Zugriff am 09.03.2018).

Färber, C. (2006): Work-Life-Balance bei Ärztinnen. In: Dettmer, S.; Bühren, A.; Kaczmarczyk, G. (Hrsg.): Karriereplanung für Ärztinnen. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg (Springer-Lehrbuch), 279–294.

Fandel-Meyer, T. (2017): Systematische Führungskräfteentwicklung gestalten. In: Prölß, J: van Loo, M. (Hrsg.): Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Employer Branding – Personalgewinnung – Mitarbeiterbindung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 257–260.

Frase, H. (2017): Kinderbetreuungsangebote. In: Prölß, J.; van Loo, M. (Hrsg.): Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Employer Branding – Personalgewinnung – Mitarbeiterbindung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 295–298.

Fuß I, Nubling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: Psychosocial and organisational predictors and consequences (2008): BMC Public Health; 8. 353. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577658/ abgerufen am 16.01.2023.

Heide, F. v. d. (2017): Kontakthalteprogramm. In: Prölß, J.; van Loo, M. (Hrsg.): Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Employer Branding – Personalgewinnung – Mitarbeiterbindung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 299–302.

Kasch, M.; Engelhardt, M.; Förch, H.; Merk, F.; Walcher, S.; Fröhlich, S. (2016): Ärztemangel: Was tun, bevor Generation Y ausbleibt? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung Zentralbl Chir; 141(02), 190–196

Kühn, Hagen (2014): Die Sorge um die Patienten: Grundlage der Personalarbeit im Krankenhaus. In: Naegler, Heinz: Personalmanagement im Krankenhaus. 3. Auflage. MW Verlag. Berlin.

Kurmeyer, C.; Höppel, D. (2017): Mentoring in der Wissenschaft. In: Petersen, R.; Budde, M.; Brocke, P.; Doebert, G.; Wollert-Rudack, H.; Wolf, H. (Hrsg.): Praxishandbuch Mentoring in der Wissenschaft. Wiesbaden: Springer, 17–26.

Lauchart, M.; Ascher, P.; Kesel, K.; Weber, S.; Grabein, B.; Schneeweiss, B. et al. (2017): Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf – eine repräsentative Umfrage in München bei Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)).

Lukasczik M, Ahnert J, Ströbl V, Vogel H, Donath C, Enger I, Gräße E, Heyelmann L, Lux H, Maurer J, Özbe D, S Spieckenbaum S, Voigtländer E, Wildner M, Zapf A, Zellner A, Hollederer A (2018): Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Beschäftigten im Gesundheitswesen als Handlungsfeld der Versorgungsforschung. Gesundheitswesen. 80(06): 511–521 Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart.

Pantelmann N (2017) Flexibilisierung der Arbeitszeiten. In: Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Prölß J und van Loo M (Hrsg). 303–312. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.

Pantenburg B,; Luppa M.; König, H. et al. (2014): Überlegungen junger Ärztinnen und Ärzte aus der Patientenversorgung auszusteigen –Ergebnisse eines Surveys in Sachsen. Gesundheitswesen 76: 406–412.

Prölß, J.; van Loo, M. (Hrsg.) (2017): Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Employer Branding – Personalgewinnung – Mitarbeiterbindung. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. mbH & Co. KG. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schmeisser, B. (2016): Klinikstress verprellt junge Ärztinnen – DÄB fordert angemessene Arbeitsbedingungen für nachwachsende Medizinerinnen. Pressemitteilung 05.01.2016. (https://www.aerztinnenbund.de/Klinikstress.2485.0.2.html, Zugriff am 15.01.2023).

van Loo M., Düvelius U. (2020) Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In: Zukunft der Arbeit, Volker Eric Amelung, Susanne Eble, Ralf Sjuts, Thomas Ballast, Helmut Hildebrandt, Franz Knieps, Ralph Lägel, Patricia Ex (Hrsg). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.

van Loo M. (2020) Willkommene Frauenpower. In: Karriereplanung für Mediziner, Hellmann, Wolfgang; Meyer, Frank; Ohm, Gunda; Schäfer, Julia;Verlag Kohlhammer. Stuttgart.

Ziegler, S.; van den Bussche, H.; Römer, F.; Krause-Solberg, L.; Scherer, M. (2017): Berufliche Präferenzen bezüglich Versorgungssektor und Position von Ärztinnen und Ärzten nach vier jähriger fachärztlicher Weiterbildung. In: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 142 (12), e74–e82.

*Mag. Katharina Wieser*

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung*

*Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA*

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung*

# Fokusgruppe Familienfreundlicher Arbeitsplatz Gesundheitswesen

**Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) bzw. auf Splitting-Formen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.**

**1. Einführung** **72**

**2. Bericht aus der Fokusgruppe** **75**

**3. Zusammenfassung** **81**

*Der Bericht aus der Fokusgruppe soll deutlich machen, welche Hürden Eltern heute in ihrem Beruf als Arzt im Krankenhaus überwinden müssen und welche konkreten Verbesserungsmöglichkeiten es gibt, um die Familie gut mit dem Beruf vereinbaren zu können. Dazu schildern fünf Ärztinnen und Ärzte, die selber junge Eltern sind, ihre Erfahrungen und zeigen Möglichkeiten auf, die aus ihrer Sicht eine große Hilfestellung bedeuten würden.*

# 1. Einführung

Vor dem Hintergrund zunehmender personeller Engpässe wird es auch für Arbeitgeber immer wichtiger, gute Arbeitsbedingungen zu schaffen, um einerseits Personal anzuziehen und andererseits dauerhaft an sich zu binden. Ein Aspekt ist hier die Familienfreundlichkeit, also Bedingungen, die es Familien ermöglichen, private Verpflichtungen und Wünsche gut mit dem Beruf vereinbaren zu können.

Ein so geschehenes Negativbeispiel soll hier exemplarisch aufzeigen, weshalb starre Strukturen bei den Arbeitszeitmodellen gerade jetzt keine gute Idee sind: Eine Krankenschwester, heute um die 60 Jahre alt, bekam mit etwa 30 Jahren ihr erstes Kind. Gegen Ende der Karenzzeit sprach sie bei ihrem Chef vor und bat um Arbeitszeiten, die sich mit den Öffnungszeiten des örtlichen Kindergartens vereinbaren ließen. Die Antwort des Chefs damals: „Tut mir leid, das geht nicht. Wenn ich Ihnen das jetzt erlaube, dann will das jede. Und wo kommen wir dann hin?" Die Konsequenz daraus: Die gut ausgebildete und im Job erfahrene Krankenschwester kündigte und blieb ihr gesamtes Berufsleben als Hausfrau daheim. Ein schmerzlicher Verlust für das Gesundheitswesen.

Diese Geschichte könnte sich so ähnlich auch heute und im ärztlichen Bereich ereignen, denn Eltern wünschen sich ein gutes Nebeneinander von Beruf und Familie. Und das gilt lange nicht mehr nur für Frauen, sondern immer mehr auch für Männer, die sich in die Familie mit einbringen wollen. Denn gerade Väter sind es, die sich heute Sätze wie „Wollen Sie in Karenz gehen, oder will das Ihre Frau?" anhören müssen und belächelt werden. Wie soll und will man also heute mit Bedürfnissen von Müttern und Vätern umgehen?

## 1.1. Warum eine Fokusgruppe?

Was bedeutet Familienfreundlichkeit eigentlich und wie muss sie in einem Krankenhaus gelebt werden, damit sie auch dort ankommt, wo sie gebraucht wird? Am besten können diese Frage natürlich die jungen Eltern selber beantworten. Letztendlich haben wir uns dazu entschieden, mit Betroffenen innerhalb einer Fokusgruppe über das Thema zu reden, weil im persönlichen Dialog viel mehr Informationen, Stimmungen, Eindrücke, Erlebnisse etc. erfasst werden können als es bei einer Befragung der Fall wäre. Im Rahmen einer Diskussion ergeben sich außerdem neue Themen, die bei einem Interview vielleicht nicht angesprochen werden würden.

## 1.2. Vorstellrunde

Im Folgenden stellen wir die Teilnehmer der Fokusgruppe kurz vor, damit sich ein besseres Bild von ihrer jeweiligen Lebenssituation ergibt und Aussagen dadurch verständlicher werden. Insgesamt waren vier Fachärztinnen und ein Facharzt dazu eingeladen, ihre persönlichen Herausforderungen, Wünsche, guten und schlechten Erfahrungen, Verbesserungsvorschläge etc. mitzuteilen.

**Dr. Franziska Lettner**, Ärztin für Allgemeinchirurgie- und Viszeralchirurgie im Ordensklinikum Linz, ist Mama einer 5 Monate alte Tochter und befindet sich derzeit in Karenz. Sie möchte nach insgesamt 15 Monaten Pause wieder in den Beruf einsteigen. Während der Karenzzeit des Vaters möchte die Ärztin Vollzeit arbeiten und danach kann sie sich ein Arbeitspensum von 15 bis 20 Stunden vorstellen. Ob sie auch Nachtdienste übernehmen möchte, ist noch offen. Die heimische Krabbelstube nimmt Kinder ab einem Jahr. Familiäre Hilfe ist ebenfalls gegeben, ohne die ein pünktlicher Arbeitsbeginn bzw. ein längerer Arbeitstag nicht möglich wären.

**Dr. Kristina Lichtenthal**, Ärztin für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, arbeitet im Krankenhaus Steyr und betreibt noch eine Wahlarztpraxis für Allgemeinmedizin. Sie hat eine 4½ Jahre alte Tochter. Die Fachärztin legte eine achtmonatige Kinderpause ein, arbeitete anschließend, während der sechsmonatigen Karenzzeit des Vaters, 35 Stunden pro Woche und übernahm dabei auch Nachtdienste. Danach reduzierte sie auf 24 Wochenstunden. Für die nahe Zukunft plant Frau Lichtenthal die Übernahme einer Hausarztpraxis, vorerst mit etwa 70 % Anteil. Gleichzeitig möchte sie weiterhin einige Stunden im Krankenhaus tätig sein. In Steyr gibt es einen Betriebskindergarten, wo Kinder ab einem Jahr betreut werden können und der ausreichende, flexible und kurzfristig anpassbare Betreuungszeiten bietet. Darüber hinaus kann die Allgemeinmedizinerin auch auf familiäre Unterstützung zurückgreifen.

**Dr. Eva Maier**, Ärztin für Klinische Pathologie und Molekularpathologie beim Vinzenz Pathologieverbund in Linz, hat zwei Kinder (2 Söhne im Alter von 8 Jahren und 10 Monaten). Nach dem ersten Kind arbeitete die Ärztin zwischen 20 und 30 Wochenstunden. Bei der Geburt des zweiten Kindes nahm sich die Pathologin eine Pause von acht Monaten. Die Fachärztin wollte nach Ende der Karenzzeit eigentlich Vollzeit arbeiten, solange der Vater in Karenz ist. Das war jedoch nicht gut möglich und daher ist sie derzeit im Ausmaß von 24 Stunden beschäftigt. In ihrer Abteilung wird von Mo bis Fr gearbeitet und es fallen keine Nachtdienste an. Die Betreuung im Betriebskindergarten bzw. der Betriebskrabbelstube der Barmherzigen Schwestern bietet ausreichende Betreuungszeiten für Kinder ab 1½ Jahren. Auf familiäre Unterstützung kann die Pathologin zurückgreifen.

**Dr. Jakob Maier**, Arzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie am Kepler Universitätsklinikum Campus III, konnte bei der Fokusgruppe leider nicht persönlich anwesend sein, da er derzeit karenziert ist und er während des Termins seine beiden Söhne betreute. Seine Standpunkte zum Thema wurden jedoch von seiner Frau mit eingebracht.

**Dr. Doris Mayer** ist Ärztin für Medizinische Genetik im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern. Sie ist Mama von zwei Kindern im Alter von drei Jahren und einem Jahr. Beim ersten Kind war sie insgesamt 23 Monate in Kinderpause und arbeitete anschließend wieder 20 Stunden die Woche. Nach dem zweiten Kind sind insgesamt 26 Monate Pause geplant, wobei diese für 2 Monate unterbrochen werden, da auch der Vater in Karenz geht. Frau Mayer hat die Kinderkarenz beim ersten Kind mit der Bildungskarenz kombiniert. Die Genetikerin möchte nach dieser Karenzzeit wieder für 20 Wochenstunden tätig sein. Davon kann sie auch 2 Stunden im Homeoffice ableisten. Nachtdienste fallen an ihrem Arbeitsplatz nicht an. Die Betreuungszeiten des Kindergartens bzw. der Krabbelstube im Wohnort sind für die Fachärztin nicht ausreichend und der Betriebskindergarten stellt aufgrund der räumlichen Distanz zwischen Arbeit- und Wohnort keine Alternative dar. Familiäre Hilfe steht nur eingeschränkt zur Verfügung.

# 2. Bericht aus der Fokusgruppe

In der Fokusgruppe wurde viel erzählt, diskutiert, nachgedacht und vor allem wurden Lösungen vorgeschlagen. Um dem Gespräch eine Struktur zu geben, wurde es von der Moderation in drei „Phasen von Elternschaft" eingeteilt. Die erste Phase betraf die Zeit der Schwangerschaft und den Übergang in die Karenzzeit. In der zweiten Phase beschäftigten sich die Teilnehmer mit der Berufspause (Mutterschutz und Karenz) und dem Wiedereinstieg in das Berufsleben. Die dritte Phase stellte die Zeit der Berufstätigkeit mit Kind(ern) dar. Im Anschluss wurde gefragt, welche Eckpunkte eines familienfreundlichen Krankenhauses die Teilnehmerinnen in einer Vision 2030 auf jeden Fall umsetzen würden. Im Folgenden soll daher auch der Bericht aus der Fokusgruppe in diese vier Punkte untergliedert werden.

## 2.1. Schwangerschaft und Übergang in die Karenz

Gleich zu Beginn der Fokusgruppe wurde eine Sache besprochen, die bis 2019 ein Problem darstellte und einige der Teilnehmerinnen noch persönlich betraf, jedoch mittlerweile zumindest in den oberösterreichischen Spitälern gelöst ist: Schwangerschaften wurden damals oft sehr spät gemeldet, manchmal erst dann, wenn sich der Babybauch nicht mehr verstecken ließ. Der Grund dafür war simpel: Sobald die Schwangerschaft gemeldet wurde, durften keine Nachtdienste, Rufbereitschaften und Überstunden mehr gemacht werden. Das bedeutete Einbußen beim Gehalt und in Folge dann auch beim Wochen- und Kinderbetreuungsgeld. Bei einer unkomplizierten Schwangerschaft war es für die Frauen oft auch kein Problem, wie gewohnt weiterzuarbeiten. Nur im Umgang mit infektiösem Material wie Blut waren die Medizinerinnen dann schon deutlich vorsichtiger als sonst, auch wenn sie genau wussten, was sie sich zutrauen konnten und was sie lieber an Kollegen weitergaben. Das große Problem dabei war, dass eigentlich sinnvolle Schutzmaßnahmen umgangen wurden, damit keine finanziellen Nachteile erwuchsen. Die Lösung für dieses Problem war jedoch recht simpel: Heute werden Ausgleichszahlungen getätigt, um die werdenden Mütter nicht schlechter zu stellen. Dieses Beispiel, wenn es auch mittlerweile gelöst ist, zeigt, wie einfach es manchmal sein kann, mehr Familienfreundlichkeit zu schaffen.

Der Arbeitnehmerschutz während der Schwangerschaft wird aber auf einer anderen Ebene immer noch zu wenig ernst genommen. Nämlich indem dessen

Einhaltung während der Schwangerschaft nicht aktiv eingefordert wird. Leider müssen Ärztinnen oft selber darauf aufmerksam machen, dass sie bestimmte Tätigkeiten nicht mehr durchführen dürfen, weil bei der Diensteinteilung darauf zu wenig geachtet wird. Das ist für die betroffenen Frauen natürlich unangenehm. „Hier braucht es klare Vorgaben, was man in der Schwangerschaft in der jeweiligen Abteilung nicht mehr machen darf und das muss bei der Dienstplaneinteilung konsequent umgesetzt werden", sagte dazu die Pathologin Eva Maier. Arbeit, die auch von Schwangeren erledigt werden darf, gebe es sicher genug, so der O-Ton. Zu einem großen Aha in der Runde kam es, als davon die Rede war, dass Schwangere den Anspruch auf einen Ruheraum mit Gelegenheit zum Hinlegen haben, denn nicht alle Anwesenden wussten von dieser Möglichkeit, beziehungsweise stellte sich die Frage, wo sich dieser Raum in ihrem eigenen Arbeitsumfeld denn eigentlich befinde? Auch in puncto „Ansprüche" sollte daher aktive Information von der Abteilungsleitung betrieben werden, damit alle Frauen ihre Rechte kennen und davon auch tatsächlich profitieren können.

Generell war mangelhafte Kommunikation ein großes Thema in der Gruppe. Einige der Ärztinnen bekamen Informationen nur nach Eigeninitiative, nur von der Betriebsärztin oder überhaupt keine Informationen. Dabei wäre es ganz einfach, alle wichtigen Unterlagen gesammelt zu übergeben. Interessant wären dabei nicht nur der Arbeitnehmerinnenschutz während der Schwangerschaft, sondern auch arbeitsrechtliche Themen (z. B. Urlaub und Mutterschutz, Karenzvereinbarungen) bis hin zur Möglichkeit der Kinderbetreuung nach dem Wiedereinstieg, etwa in einem Betriebskindergarten. „Auch in dieser Sache ist die Unterstützung durch den Abteilungsleiter das Um und Auf", erklärte Doris Mayer.

Leider gab es innerhalb der Fokusgruppe auch eigene Erfahrungsberichte zu eventuellen beruflichen Benachteiligungen in Folge der Schwangerschaft. Zwei der anwesenden Fachärztinnen berichteten, dass sie wegen ihrer Mutterschaft einen Karriereknick in Kauf nehmen mussten. Aufgrund von Schwangerschaft, Teilzeitarbeit und geringerer Mobilitätsbereitschaft (Rotation, die jedoch nicht zwingend notwendig war) wurden eine geplante Beförderung bzw. die Anerkennungen eines Zusatzfaches zurückgehalten.

Positiv wurde erwähnt, dass die Verabschiedungen vor der Geburt in vielen Bereichen sehr nett gestaltet werden, was eine gewisse Wertschätzung spüren lässt. Leider mussten jedoch einige Teilnehmerinnen wegen der Corona-Pandemie darauf verzichten.

## 2.2. Berufspause und Wiedereinstieg

Bei der Festlegung der Karenzzeiten kam es zu keinen Problemen und die Abteilungsleiter waren hier durchgehend sehr entgegenkommend. Auch kurzfristige Verlängerungen waren kein Problem. „Den Zeitpunkt meiner Rückkehr konnte ich ganz flexibel festlegen", berichtet Franziska Lettner. Und auch das Ausmaß der Beschäftigung war überwiegend sehr frei wählbar. Die Gespräche über die Rückkehr in den Beruf mussten jedoch teilweise von den Ärztinnen selber initiiert werden und waren auch eher kurz gehalten. Dennoch wurden die Bedürfnisse der teilnehmenden Fachärztinnen in diesem Punkt zum größten Teil erfüllt.

Um den Einstieg in den Beruf zu erleichtern, kann es auch von Vorteil sein, während der Berufspause punktuell eingebunden zu bleiben. Hier können Informationen über Fortbildungen per Mail helfen oder eine Einladung zur Weihnachtsfeier. Auch werden teils Fachmagazine, die die Ärzte im Krankenhaus erhalten, während der Karenzzeit nach Hause geschickt.

Eine weitere Möglichkeit zur Einbindung karenzierter Mitarbeiter in den Arbeitsprozess sind sogenannte „Flexipool-Dienste". Dieses Arbeitszeitmodell startet gerade in der OÖ Gesundheitsholding im Bereich der Pflege mit dem Ziel, freie Kapazitäten von Mitarbeitern dort einzusetzen, wo gerade Personalnot herrscht. Der Flexipool ist primär für karenzierte Mitarbeiter gedacht. Diese könnten eine eingeschränkte Stundenzahl, die sich mit den Einkommensgrenzen vereinbaren lässt, zur Verfügung stellen. Bei den Teilnehmern der Fokusgruppe stieß die Idee durchaus auf Interesse. Eva Maier hatte sogar eine geringfügige Anstellung in ihrem pathologischen Spezialfach, die sie zeitlich sehr flexibel gestalten konnte. Bei Jakob Maier wurde eine geringfügige Anstellung während der Karenz zur Weitergabe von Kompetenzen im Bereich der Kodierung hingegen abgelehnt. Und auch bei Doris Mayer wurde eine geringfügige Beschäftigung im Homeoffice nicht genehmigt, weil befürchtet wurde, dass die Geringfügigkeitsgrenzen überschritten werden könnten.

## 2.3. Arbeit mit Kindern

Kritik äußerten die Ärztinnen, als sie an den Wiedereinstieg in den Beruf zurückdachten. Großteils wurde vor dem Arbeitsbeginn keine Kurzeinführung darüber gemacht, welche Dinge sich seit der Mutterschaft verändert haben, und auch der Arbeitsplatz (z.B. die EDV) war teilweise nicht vorbereitet. So wurde etwa davon berichtet, dass in den ersten Wochen viel Zeit damit zugebracht wurde, sich um strukturelle Notwendigkeiten am Arbeitsplatz zu kümmern. Diese unnötigen administrativen Arbeiten wären leicht vermeidbar gewesen. Die Medizinerinnen hätten sich hier mehr Unterstützung gewünscht.

Auf besondere Bedürfnisse bei den Arbeitsbedingungen von Müttern und Vätern wird in den Spitälern derzeit eher wenig Rücksicht genommen, teils aufgrund von strukturellen Aspekten, teils auch aufgrund von mangelnden Interesse der Verantwortlichen. So wird etwa auf fixe Abholzeiten von Kindern kaum geachtet. Nicht immer einfach sind für Teilzeitbeschäftigte auch die Übergaben an den diensthabenden Arzt. Beim Thema Pflegeurlaub machte sich bei vielen sogar ein schlechtes Gewissen breit. „Es ist schwierig, einfach beim kranken Kind daheim zu bleiben. Hier muss sich auch in den Köpfen von Vorgesetzten und Kollegen etwas verändern", war man sich einig. Aber natürlich ist es in Zeiten von Ärztemangel und aufgrund des Ärztearbeitszeitgesetzes für Abteilungsleiter nicht immer einfach, kurzfristig für Ersatz zu sorgen.

Einig war man sich jedenfalls bei der Frage über die vielberüchtigte Teilzeitbenachteiligung: Ja, die gibt es sehr wohl noch! Besonders „schneidende" Fächer seien davon betroffen, erzählten die Fachärztinnen. Aber auch in anderen Bereichen werden Teilzeitkräfte in ihrem Karrierestreben eher gedämpft. Interessanterweise wird von Abteilungsleitern auch kaum aktiv nachgefragt, ob eine Teilzeitkraft wieder mehr Stunden arbeiten möchte. „Das wäre eigentlich eine Frage für ein regelmäßiges Mitarbeitergespräch, das aber in der Realität oft nicht stattfindet.", meinte Kristina Lichtenthal dazu. In so ein Gespräch gehöre aber ganz generell die Frage nach Änderungswünschen beim derzeitigen Arbeitsmodell, hinsichtlich Arbeitsausmaß, Arbeitszeiten und anderen Rahmenbedingungen.

## 2.4. Vision 2030

Schon zu Beginn der Veranstaltung wurden die Ärztinnen im Rahmen eines „Blitzlichtes" gebeten, ein Schlagwort aufzuschreiben, das ihnen sofort zum Thema familienfreundliche Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen einfiel. Unabhängig voneinander nannten hier alle Teilnehmerinnen „flexible Arbeitszeiten" und den „Betriebskindergarten" als wichtigste Kernelemente. Und auch zum Schluss der Fokusgruppe nannten die Medizinerinnen wieder diese beiden Aspekte als zentrale Maßnahmen in ihrer „Vision 2030" vom familienfreundlichen Krankenhaus. Diese wichtigsten Eckpunkte würden die Ärztinnen sofort umsetzen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten.

Bei **flexiblen Arbeitszeiten** und neuen Arbeitszeitmodellen braucht es sowohl die Unterstützung von Trägerschaft als auch von Abteilungsleitungen. Wichtig scheinen hier das Denken außerhalb von gewohnten Mustern und auch eine gewisse Änderung in den Köpfen aller Beteiligten zu sein, damit auf die Bedürfnisse von Eltern noch besser eingegangen werden kann.

Eine umfassende und gute **Kinderbetreuung** sorgt dafür, dass sich die Eltern im Beruf mehr einbringen können. Als vorbildlicher Betriebskindergarten (und Krabbelstube) wurde der vom Pyhrn-Eisenwurzen-Klinikum Steyr[1] genannt. Dort gibt es ausgedehnte Betreuungszeiten schon ab dem Alter von einem Jahr. Darüber hinaus können Änderungswünsche sehr kurzfristig bekannt gegeben werden, falls doch einmal länger gearbeitet werden muss als geplant.

Ein ähnliches Konzept schwebte den Fachärztinnen auch für Schulkinder vor: Ein Betriebshort könnte in dieser Altersgruppe die Betreuung erleichtern. Und auch eine Betreuung in den Ferienzeiten würde Abhilfe schaffen. Eine weitere Idee war, ein gemeinsames Mittagessen von Eltern und Kindern in der Betriebsküche zu ermöglichen. So müssen Eltern nicht früher nach Hause eilen, um zu kochen, sondern können ganz entspannt bis Mittag arbeiten. Außerdem erhält man im familienfreundlichen Spital 2030 alle notwendigen Informationen gesammelt – ganz automatisch, sobald die Schwangerschaft bekannt gegeben wird.

Im **niedergelassenen Bereich** gibt es diese umfassende Kinderbetreuung für Kinder natürlich nicht, weshalb Kristina Lichtenthal hier dringenden Aufholbedarf sah: „Wenn man die Vereinbarkeit einer Tätigkeit als Kassenarzt mit Kindern verbessern will, dann wäre es eine gute Idee, wenn sich die Krankenkasse Betreuungsplätze in Betriebskindergärten und Betriebskrabbelstuben von Spitälern sichern würde." Ärztinnen und Ärzte würden sich auch deshalb von vorneherein nicht für

1 https://www.ooeg.at/karriere/social-benefits/kinderbetreuung/steyr

eine Kassenstelle bewerben, weil ihnen die notwendige Kinderbetreuung fehlt. Auch gibt von Seiten der ÖGK keine Idee zu Mutterschutz und Karenz. Hier gibt es sicher noch großes Verbesserungspotenzial. Wenn die Kinder einmal größer sind und sich das Thema der Kinderbetreuung erledigt hat, wollen viele (dann bereits 40+ Jahre) das Risiko der Selbstständigkeit nicht mehr eingehen.

Und eines noch zum Schluss: Auch Männer werden im Jahre 2030 längst nicht mehr belächelt, wenn sie in Karenz gehen, Teilzeit arbeiten, die Kinder abholen oder Pflegeurlaub nehmen – so zumindest der Wunsch.

# 3. Zusammenfassung

Während der Fokusgruppe wurden viele Punkte erarbeitet, die aus Sicht der Teilnehmer ein familienfreundliches Arbeitsumfeld ausmachen. Hier sollen diese noch einmal zur besseren Übersichtlichkeit kurz aufgelistet werden – sozusagen als „To-do-Liste" für Träger und Abteilungsleitungen.

- Aktive Information über Arbeitnehmerinnenschutz in der Schwangerschaft und aktives Einfordern und Unterstützen durch die Vorgesetzten (Verbote und Rechte)
- Gesammelte Information über alle Themen, die Schwangerschaft, Geburt und Arbeiten mit Kind betreffen durch den Abteilungsleiter (auch für Väter!)
- Keine Benachteiligung durch Mutterschaft bzw. Vaterschaft bei Karrieresprüngen
- Weitere Einbindung in das Berufsleben während der Karenz durch Zusendung von Fortbildungsmöglichkeiten (falls gewünscht), Fachmagazinen oder einer Einladung zur Weihnachtsfeier
- Ermöglichung von Flexipool-Diensten oder geringfügigen Anstellungen während der Karenz
- Bereitstellung der Arbeitsumgebung (EDV etc.) sofort bei der Rückkehr aus der Karenz
- Unterstützung beim Neubeginn und Information über eventuelle Veränderungen am Arbeitsplatz während der Abwesenheit
- Flexible, individuell gestaltbare Arbeitszeitmodelle
- Möglichkeit zum Homeoffice, wenn möglich
- Betriebskindergarten, Betriebskrabbelstube, evtl. Hort mit ausgedehnten Öffnungszeiten
- Mehr Rücksicht auf fixe Abholzeiten der Kinder
- Unterstützung bei Übergaben außerhalb der normalen Übergabezeiten durch Abteilungsleitung
- Ermöglichung von Pflegeurlaub ohne schlechtes Gewissen

- Teilzeitbenachteiligungen im Karrierelauf vermeiden
- Regelmäßiges Nachfragen, ob jemand wieder mehr Stunden/weniger Stunden oder nach einem anderen Zeitplan arbeiten möchte

Natürlich sind die Bedingungen, die Familien brauchen, um Arbeit und Privates gut miteinander vereinen zu können, genauso individuell wie die Menschen, die dahinterstehen. Vor allem Väter werden noch oft belächelt und wenig in ihrem Streben, sich familiär zu engagieren, gefördert. Deshalb braucht es vor allem eines: viel Flexibilität von Seiten des Arbeitgebers und den Mut, außerhalb der üblichen Grenzen zu denken. Was dabei gewonnen werden kann? Motivierte, gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter, die mit ihrer Arbeitsstelle zufrieden sind.

*Mag. Lisa Maria Mayr*

*Johannes Kepler Universität Linz*

# Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärzt*innen aus arbeits- und sozialrechtlicher Perspektive

1. Schutzbestimmungen für werdende Mütter 85
2. Der „Papamonat“ 89
3. Familienzeitbonus 91
4. Elternkarenz 93
5. Kinderbetreuungsgeld 96
6. Zurück in den Beruf 100
7. Kündigungsschutz/Entlassungsschutz 103
8. Die Pflegefreistellung 105
9. Pensionssplitting 106
10. Niedergelassene Ärzt*innen und Wohnsitzärzt*innen 107

Literatur 108

*Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist für viele Mütter und Väter ein täglicher Kraftakt. Es braucht viel Flexibilität und Organisationstalent, um beidem, Beruf und Familie, ausreichend gerecht zu werden. Die folgenden Ausführungen geben dem/der Leser*in einen Überblick über die wichtigsten allgemeinen arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen im Zusammenhang mit dieser Thematik.*

*Für Ärzt*innen, die in einem Dienstverhältnis zu einem Land oder einer Gemeinde stehen, gelten zum Teil andere Rechtsvorschriften, weshalb sich im Detail minimale Unterschiede zu der hier erläuterten Rechtslage ergeben können. Im Wesentlichen sind jedoch die rechtlichen Möglichkeiten sowie Rahmenbedingungen annähernd gleich geregelt.*

*Niedergelassene Ärzt*innen sowie Wohnsitzärzt*innen sind von den meisten der hier dargestellten Bestimmungen nicht erfasst. Für diese Gruppe von Ärzt*innen findet sich am Ende dieses Beitrages eine kurze Übersicht.*

# 1. Schutzbestimmungen für werdende Mütter

## 1.1. Meldepflicht – Bekanntgabe der Schwangerschaft

Die Schwangerschaft stellt werdende Mütter nicht nur körperlich, sondern auch psychisch vor enorme Herausforderungen. Damit Schwangere am Arbeitsplatz umfassend geschützt werden, enthält das Mutterschutzgesetz[1] unterschiedliche Bestimmungen, die allesamt dem Schutz der Mutter und des heranwachsenden Kindes dienen.

Sobald die Schwangerschaft der werdenden Mutter bekannt ist, ist diese verpflichtet, die Schwangerschaft dem/der Arbeitgeber*in (im Folgenden „AG") zu melden. Dabei ist auch der voraussichtliche Geburtstermin bekannt zu geben. Wird die Schwangerschaft nicht gemeldet, bleibt dies ohne Sanktionen. Um aber einen effektiven Schutz der Mutter durch die Bestimmungen des MSchG gewährleisten zu können, ist die Mitteilung an den/die AG unerlässlich.

Der/die AG kann von der werdenden Mutter ein ärztliches Zeugnis über das Bestehen der Schwangerschaft und den Zeitpunkt des voraussichtlichen Entbindungstermines verlangen.[2]

## 1.2. Absolutes Beschäftigungsverbot

Für werdende Mütter besteht acht Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin[3] und grundsätzlich acht Wochen nach der Geburt ein absolutes Beschäftigungsverbot. Im Falle einer Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt erhöht sich der Zeitraum auf zwölf Wochen nach der Geburt.[4] Innerhalb dieser gesetzlich festgelegten Schutzfrist darf die Schwangere unter keinen Umständen

1 Mutterschutzgesetz BGBl 1979/221 i.d.g.F.
2 Vgl. § 3 Abs. 4 MSchG.
3 Vgl. § 3 Abs. 1 MSchG.
4 Vgl. § 5 Abs. 1 MSchG.

beschäftigt werden. Die Achtwochenfrist vor der Geburt ist anhand eines ärztlichen Zeugnisses zu berechnen.[5]

Die werdende Mutter ist verpflichtet, den/die AG in der vierten Woche vor Beginn der Achtwochenfrist auf den baldigen Beginn des absoluten Beschäftigungsverbots aufmerksam zu machen.[6]

## 1.3. Individuelles Beschäftigungsverbot

Neben dem absoluten Beschäftigungsverbot kann unter Umständen ein vorzeitiges – über die Achtwochenfrist vor der Geburt hinausgehendes – individuelles Beschäftigungsverbot bestehen. Ein individuelles Beschäftigungsverbot greift dann, wenn die Fortsetzung der Beschäftigung eine Gefahr für Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind darstellen würde. Im Gegensatz zum absoluten Beschäftigungsverbot, das allgemein ohne Berücksichtigung individueller Umstände für jede Schwangere gilt, knüpft das individuelle Beschäftigungsverbot an den konkreten Gesundheitszustand der Mutter bzw. des Kindes an. Von der werdenden Mutter ist ein schriftliches Zeugnis vorzulegen. Dieses Zeugnis muss grundsätzlich durch den/die Amts*ärztin oder Arbeitsinspektionsärzt*in ausgestellt werden.[7] Bei bestimmten medizinischen Indikationen[8] darf auch ein/eine Fachärzt*in für Frauenheilkunde oder innere Medizin die erforderliche Bescheinigung ausstellen.[9]

## 1.4. Wochengeld

Für die Dauer des absoluten Beschäftigungsverbots und des individuellen Beschäftigungsverbots hat die (werdende) Mutter Anspruch auf Wochengeld.[10] Beim Wochengeld handelt es sich um eine Geldleistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Wochengeld gebührt anstelle des Entgeltes aus dem Arbeitsverhältnis und dient als Einkommensersatz. Berechnet wird das Wochengeld anhand des durchschnittlichen Nettoarbeitsverdienstes der letzten 13 Wochen bzw. bei einer monatlichen Abrechnung der letzten drei Monate vor Beginn

5 Vgl. § 3 Abs. 2 MSchG.
6 Vgl. § 3 Abs 4. MSchG.
7 Vgl. § 3 Abs. 3 MSchG.
8 Siehe dazu § 2 Abs. 1 MSchV; Mutterschutzverordnung BGBl II 2017/310 i.d.g.F.
9 Vgl. § 3 MSchV; *Sabara*, Ein Kind kommt 19.
10 Vgl. § 162 Abs. 1 ASVG; Allgemeines Sozialversicherungsgesetz BGBl 1955/189 i.d.g.F.

des Beschäftigungsverbots. Sonderzahlungen werden im Rahmen dieser Berechnung in Form eines Zuschlags berücksichtigt.[11]

Zusätzlich zum Wochengeld gebührt der (schwangeren) Ärztin während der Schutzfrist unter Umständen eine „Unterstützungsleistung" über die Wohlfahrtskasse bzw. den Wohlfahrtsfonds der jeweiligen Landesärztekammer.[12]

## 1.5. Tätigkeitsbezogenes Beschäftigungsverbot

Neben dem absoluten und individuellen Beschäftigungsverbot sieht das MSchG darüber hinaus eine Reihe von Tätigkeiten vor, die werdende Mütter nicht ausüben dürfen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um schwere körperliche Arbeiten sowie Arbeiten, die aufgrund ihrer Art oder der verwendeten Geräte/Stoffe gefährlich für Mutter oder Kind sind.[13] In Anlehnung an die Empfehlung des Arbeitsinspektorats sind beispielswiese folgende Tätigkeiten für Schwangere im ärztlichen Dienst verboten[14]:

- Arbeiten im gesundheitsgefährdenden Strahlenbereich,
- Zubereitung und Verabreichung von Zytostatika,
- Arbeiten auf Infektionsabteilung,
- Arbeiten im Operationssaal,
- Arbeiten an Dialysestationen,
- sämtliche Tätigkeiten, bei welchen Kontakt zu Speichel/Harn/Blut/Stuhl bzw. anderen Körpersekreten besteht und somit eine Infektionsgefahr gegeben ist.[15]

11 Vgl § 162 Abs 3 und 4 ASVG; *Drs in Mosler/Müller/Pfeil,* Der SV-Komm § 162 ASVG Rz 41 und 51; *Rothe in Kuras*, Handbuch Arbeitsrecht Kap 8.5.1.1.

12 Zumindest in OÖ gebührt während der Schutzfrist Krankengeld; vgl. dazu § 26 Abs. 8 der Satzung der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für OÖ; zu der Rechtslage in den anderen Bundesländern siehe die Satzung des Wohlfahrtsfonds der jeweiligen Landesärztekammer (abrufbar auf der Internetseite der jeweiligen Landesärztekammer).

13 Vgl. § 4 Abs. 1 MSchG.

14 Bei der folgenden Auflistung handelt es sich um keine vollständige Aufzählung, sondern rein um Beispiele. Es ist mit dem/der AG bzw. mit den dafür verantwortlichen Organen abzuklären, welche Tätigkeiten im Einzelfall konkret verboten sind.

15 Vgl. *Arbeitsinspektion*, Kommentiertes Mutterschutzgesetz, https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Personengruppen/Werdende_und_stillende_Muetter/Kommentiertes_MSchG.html#heading__heading___4__4 (Stand 20.12.2022).

## 1.6. Verbot der Nachtarbeit/Überstundenverbot

Für werdende Mütter sieht das MSchG außerdem ein Verbot der Nachtarbeit sowie ein Überstundenverbot vor. Werdende Mütter dürfen demnach grundsätzlich zwischen 20:00 und 6:00 Uhr nicht beschäftigt werden.[16] Von diesem Verbot der Nachtarbeit gibt es jedoch teilweise Ausnahmen. So dürfen etwa Arbeitnehmerinnen, die im Schichtbetrieb arbeiten, bis 22:00 Uhr beschäftigt werden, wenn im Anschluss an die Nachtarbeit mindestens elf Stunden ununterbrochene Ruhezeit gewährt wird.[17]

Das Verbot der Leistung von Überstunden bedeutet, dass werdende Mütter nicht über die gesetzlich oder kollektivvertraglich festgesetzte Normalarbeitszeit beschäftigt werden dürfen. Darüber hinaus darf die tägliche Arbeitszeit 9 Stunden, die wöchentliche Arbeitszeit 40 Stunden keinesfalls übersteigen.[18]

## 1.7. Entgeltfortzahlung durch den/die AG

Führen die tätigkeitsbezogenen Beschäftigungsverbote bzw. das Verbot der Nachtarbeit zu Änderungen der Beschäftigung, zur Verkürzung der Arbeitszeit oder kann die werdende Mutter deshalb überhaupt nicht beschäftigt werden, ist der/die AG trotzdem zur Weiterzahlung des Arbeitsentgeltes verpflichtet. Konkret muss das Durchschnittsgehalt der letzten 13 Wochen vor Eintritt der Änderung weiterbezahlt werden. Damit werden auch Zuschläge für Nachtarbeit berücksichtigt, sofern die werdende Mutter vor der Schwangerschaft Nachtarbeit geleistet hat.

Ein Entgeltausfall aufgrund des Verbots der Leistung von Überstunden ist hingegen nicht auszugleichen.[19]

16 Vgl. § 6 Abs. 1 MSchG.
17 Vgl. § 6 Abs. 2 MSchG.
18 Vgl. § 8 MSchG.
19 Vgl. § 14 MSchG; *Wolfsgruber-Ecker in Neumayr/Reissner*, ZellKomm³ § 14 MSchG Rz 3 ff.; *Sabara,* Ein Kind kommt 8.

# 2. Der „Papamonat“

## 2.1. Allgemeines

Um auch Vätern[20] die Möglichkeit zu geben, die Anfangszeit mit dem eigenen Kind intensiv zu genießen und somit die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern, hat der Gesetzgeber in § 1a VKG[21] einen Anspruch auf Freistellung anlässlich der Geburt des Kindes gesetzlich verankert.[22]

Es handelt sich dabei um einen (durchsetzbaren) Rechtsanspruch. Der/die AG muss daher dem Arbeitnehmer die Freistellung auf dessen Verlangen gewähren.[23] Während der Freistellung entfällt sowohl die Arbeitspflicht des Arbeitnehmers als auch die Entgeltpflicht des/der AG.[24] Als finanzielle Unterstützung gebührt unter Umständen der sogenannte Familienzeitbonus.

Die Freistellung kann frühestens ab dem Tag nach der Geburt und nur bis zum Ablauf des absoluten Beschäftigungsverbots (= Schutzfrist) der Mutter in Anspruch genommen werden.[25] Der Freistellungsanspruch besteht in der Dauer von einem Monat, wobei der Zeitraum vom Vater innerhalb der genannten Schutzfrist frei gewählt werden kann.[26]

## 2.2. Voraussetzungen

Der Freistellungsanspruch setzt voraus, dass der Vater in einem gemeinsamen Haushalt mit dem Kind lebt.[27] Weiters muss der werdende Vater seinem Arbeitgeber spätestens drei Monate vor dem errechneten Geburtstermin die beabsichtigte Freistellung ankündigen. In dieser Vorankündigung muss bereits der voraussichtliche Beginn der Freistellung bekannt gegeben werden. Neben dieser Vorankündigung muss der Arbeitgeber unverzüglich von der Geburt des Kindes

20 Selbstverständlich können auch gleichgeschlechtliche Paare den „Papamonat“ beanspruchen.
21 Väter-Karenzgesetz BGBl 1989/651 i.d.g.F.
22 Vgl. IA 576/A 26. GP 5.
23 Vgl. *Reissner*, ASoK 2019, 282 (282).
24 Vgl. *Reissner*, ASoK 2019, 282 (283).
25 Vgl. § 1a Abs. 1 VKG.
26 Vgl .*Reissner*, ASoK 2019, 282 (287).
27 Vgl. § 1a Abs. 1 VKG.

verständigt werden. Spätestens eine Woche nach der Geburt muss der tatsächliche Antrittszeitpunkt der Freistellung dem Arbeitgeber mitgeteilt werden.[28]

Werden diese Fristen vom Vater nicht eingehalten, führt dies zum Verlust des Rechtsanspruchs auf Freistellung.[29] Dies hätte zur Folge, dass eine Freistellung anlässlich der Geburt nur mehr über eine Vereinbarung mit dem/der AG erzielt werden kann.[30]

28 Vgl. § 1a Abs. 3 VKG.
29 Vgl. *Reissner*, ASoK 2019, 282 (290).
30 Vgl. § 1a Abs. 3 VKG.

# 3. Familienzeitbonus

## 3.1. Allgemeines

Der Familienzeitbonus ist eine Sozialleistung, die bei einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit zum Zweck der Kinderbetreuung gewährt wird. Der Familienzeitbonus soll etwa die Inanspruchnahme des „Papamonats" finanziell erleichtern und somit eine Unterstützung während der gemeinsamen Familienzeit darstellen.[31]

Der Familienzeitbonus gebührt in der Höhe von € 23,91[32] täglich und für eine maximalen Zeitraum von 28 bis 31 Tagen[33].

## 3.2. Voraussetzungen

Zunächst ist zu erwähnen, dass der Anspruch auf Familienzeitbonus losgelöst vom arbeitsrechtlichen Anspruch auf Freistellung nach § 1a VKG („Papamonat") zu beurteilen ist und somit im Falle einer Freistellung nach § 1a VKG nicht automatisch gebührt.

Der Anspruch auf Familienzeitbonus ist an deutlich strengere Voraussetzungen geknüpft.

Grundvoraussetzung ist, dass der Vater seine Erwerbstätigkeit innerhalb eines Zeitraums von 91 Tagen nach der Geburt für 28, 29, 30 oder 31 Tage vollständig unterbricht (z.B. durch die Inanspruchnahme der Freistellung nach § 1a VKG). Zuvor muss der Vater mindestens 182 Tage ununterbrochen seine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben. Weiters muss für das Kind Anspruch auf Familienbeihilfe bestehen und diese auch tatsächlich bezogen werden. Der Vater, das andere Elternteil sowie das Kind müssen in einem gemeinsamen Haushalt leben und alle drei an dieser Adresse mit Hauptwohnsitz gemeldet sein. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass das Erfordernis des gemeinsamen Haushalts nicht gegeben ist, wenn das Kind nach der Geburt gemeinsam mit der Mutter oder allein im

31 Vgl. *Resch*, Sozialrecht8 184; *Neumayr in Deixner-Hübner* 1053 (1053).
32 Vgl. § 3 Abs. 1 FamZeitbG; Familienzeitbonusgesetz BGBl I 2016/53 idgF; Wert 2023.
33 Vgl .§ 3 Abs. 2 FamZeitbG.

Krankenhaus verbleiben muss.[34] Während eines Krankenhausaufenthalts besteht daher grundsätzlich kein Anspruch auf Familienzeitbonus.

Ist allerdings der Krankenhausaufenthalt des Kindes medizinisch indiziert und erfolgt eine persönliche Pflege und Betreuung im Ausmaß von durchschnittlich mindestens vier Stunden täglich durch den Vater und den anderen Elternteil, wird weiterhin vom Gesetz ein gemeinsamer Haushalt angenommen. Weshalb in diesem besonderen Fall trotzdem Anspruch auf Familienzeitbonus besteht.[35]

34 Vgl. *Neumayr in Deixner-Hübner* 1053 (1053 f.).

35 Vgl. § 2 Abs .3a FamZeitbG; vertiefend zur Thematik Familienzeitbonus siehe etwa *Holzmann-Windhofer/Weißenböck*, Kinderbetreuungsgeldgesetz[2].

# 4. Elternkarenz

## 4.1. Allgemeines

Die erste Zeit nach der Geburt des Kindes stellt betreuungstechnisch wohl die schwierigste Zeit dar. Um eine Betreuung in den ersten Monaten bzw. Jahren durch die eigenen Eltern zu ermöglichen, sieht sowohl das MSchG[36] als auch das VKG[37] die Möglichkeit der Elternkarenz vor. Die Elternkarenz ist nicht von der Zustimmung des/der AG abhängig. Es besteht also ein Rechtsanspruch.

Bei der Elternkarenz werden die Hauptleistungspflichten (Arbeitspflicht und Entgeltzahlungspflicht) aus dem Arbeitsvertrag ausgesetzt. Das Arbeitsverhältnis wird während der Elternkarenz nicht unterbrochen.[38]

## 4.2. Rahmenbedingungen

Die Elternkarenz in der Dauer von mindestens zwei Monaten kann frühestens mit Ablauf des Beschäftigungsverbots der Mutter angetreten werden und gebührt längstens bis zum Ablauf des zweiten Lebensjahres des Kindes.

Für den Anspruch auf Elternkarenz wird ein gemeinsamer Haushalt mit dem Kind vorausgesetzt.[39] Die Elternkarenz kann immer nur von einem Elternteil beansprucht werden, sodass grundsätzlich eine Einigung zwischen den Elternteilen erforderlich ist. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, hat jener Elternteil Vorrang, welcher seinen Karenzanspruch schneller anmeldet.[40]

Die Elternkarenz kann jedoch auch zwischen den Elternteilen geteilt werden, wobei zwei Mal ein Wechsel stattfinden kann.[41] Eine gleichzeitige Inanspruchnahme durch beide Elternteile ist grundsätzlich nicht möglich.[42] Wird jedoch die Elternkarenz zwischen den Elternteilen geteilt, kann anlässlich des ersten Wechsels eine

36 Vgl. §§ 15 ff. MSchG.
37 Vgl. §§ 2 ff. VKG.
38 Vgl. *Wolfsgruber-Ecker* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm3 § 15 MSchG Rz 2 f.; *Wolfsgruber-Ecker* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm3 § 2 VKG Rz 2 f.
39 Vgl. § 15 Abs. 1 MSchG; § 2 Abs. 1 und 2 VKG.
40 Vgl. *Schrank* in *Schrank,* Arbeitsrecht und Sozialversicherungsrecht Kap 37Q Rz 221.
41 Vgl. § 15 Abs. 1 MSchG; § 3 Abs 1 VKG.
42 Vgl. § 15 Abs. 1a MSchG; § 2 Abs 1 VKG.

Überlappung in der Dauer von einem Monat stattfinden, sodass in dieser Zeit eine gleichzeitige Karenz beider Elternteile einmalig ermöglicht wird.[43]

## 4.3. Meldung – Fristen

Möchte die Mutter unmittelbar nach Ende des Beschäftigungsverbots in Elternkarenz gehen, muss sie Beginn und Dauer der beabsichtigten Karenz bis zum Ende des Beschäftigungsverbots dem/der AG bekannt geben.[44] Tritt der Vater die Elternkarenz unmittelbar nach Ende des Beschäftigungsverbots der Mutter an, muss dieser Beginn und Dauer spätestens acht Wochen nach der Geburt des Kindes dem/der AG melden.[45]

Wird die Elternkarenz erst zu einem späteren Zeitpunkt angetreten, sind Beginn und Dauer der Karenz spätestens drei Monate vor dem beabsichtigten Antritt zu melden.

Werden diese Fristen nicht eingehalten, führt dies zum Verlust des Rechtsanspruchs. In diesem Fall bedarf die Elternkarenz einer Vereinbarung zwischen dem Elternteil und dem/der AG.[46]

## 4.4. Sonderfall: Verhinderungskarenz

Für den Fall, dass der betreuende Elternteil durch ein unvorhersehbares und unabwendbares Ereignis, wie insbesondere eine schwere Erkrankung oder Tod, nicht bloß vorübergehend verhindert ist, das Kind weiterhin zu betreuen, sieht das Gesetz die Verhinderungskarenz vor. In diesem Fall hat der andere Elternteil unabhängig von der Einhaltung etwaiger Fristen einen Rechtsanspruch auf Karenz für die Dauer der Verhinderung bzw. längstens bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres des Kindes.

Beginn und Dauer sind vom Elternteil unverzüglich zu melden und die jeweiligen Umstände nachzuweisen.[47]

43 Vgl. § 15a Abs. 2 MSchG; § 3 Abs 2 VKG.
44 Vgl. § 15 Abs. 3 MSchG.
45 Vgl. § 2 Abs. 5 VKG.
46 Vgl. §§ 15 Abs. 3, 15a Abs. 3 MSchG; §§ 2 Abs. 5, 3 Abs. 3 VKG.
47 Vgl. § 15d MSchG; § 6 VKG.

## 4.5. Beschäftigung während der Karenz

Während der Karenz darf eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt werden. Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das gebührende Entgelt aus dem Arbeitsverhältnis die monatliche Geringfügigkeitsgrenze (€ 500,91[48]) nicht überschreitet.

Daneben besteht die Möglichkeit, nach Vereinbarung mit dem/der AG (bzw. mit dessen Zustimmung auch mit einem/einer Dritten) für höchstens 13 Wochen im Kalenderjahr eine Beschäftigung über die Geringfügigkeitsgrenze hinaus auszuüben.[49]

48 Vgl. § 5 Abs. 2 ASVG; Wert 2023.
49 Vgl. § 15e MSchG; § 7b VKG.

# 5. Kinderbetreuungsgeld

## 5.1. Allgemeines

Das Kinderbetreuungsgeld ist eine Geldleistung, die Familien unterstützen und insbesondere jene finanziellen Belastungen abfangen soll, die dadurch entstehen, dass kinderbetreuungsbedingt ein Elternteil keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann.[50]

Das KBGG[51] sieht eigene Voraussetzungen vor, die grundsätzlich nicht an das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses anknüpfen. Der Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld ist außerdem unabhängig vom Bestehen einer arbeitsrechtlichen Elternkarenz.[52]

Für Geburten ab 1.3.2017 kann der bezugsberechtigte Elternteil zwischen einem pauschalen Kinderbetreuungsgeld als Konto[53] und einem Kinderbetreuungsgeld als Ersatz des Erwerbseinkommens[54] wählen, wobei Letzteres insbesondere für gutverdienende Elternteile von Vorteil ist.[55]

## 5.2. Rahmenbedingungen

Beide Varianten setzen voraus, dass für das Kind Anspruch auf Familienbeihilfe besteht und tatsächlich bezogen wird, der Elternteil mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt lebt und das Gesamteinkommen des antragstellenden Elternteiles eine bestimmte Zuverdienstgrenze im Kalenderjahr nicht überschreitet.[56] Für Zeiträume, in denen für das gleiche Kind Wochengeld bezogen wird, ruht der Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld im Ausmaß des Wochengeldes.[57] Gleiches gilt für den Fall, dass eine Ärztin über die Wohlfahrtskasse bzw. den Wohlfahrtsfonds der jeweiligen Ärztekammer eine Unterstützungsleistung bezieht.[58]

50 Vgl. *Resch*, Sozialrecht[8] 179.
51 Kinderbetreuungsgeldgesetz BGBl I 2001/103 i.d.g.F.
52 Vgl. *Resch*, Sozialrecht[8] 179 f; *Sabara*, Ein Kind kommt 100.
53 Vgl. §§ 2 ff. KBGG.
54 Vgl. §§ 24 ff. KBGG.
55 Vgl. *Sabara*, Ein Kind kommt 100.
56 Vgl. § 2 Abs. 1 KBGG; § 24 Abs. 1 KBGG; *Sabara*, Ein Kind kommt 100; *Resch*, Sozialrecht8 180.
57 Vgl. § 6 Abs. 1 KBGG.
58 RIS-Justiz RS 0121927.

Kinderbetreuungsgeld kann jeweils nur von einem Elternteil bezogen werden. Im Zweifel hat dabei jener Elternteil Vorrang, der das Kind hauptsächlich betreut.[59]

Die weiteren Voraussetzungen sowie die genaue Ausgestaltung (Höhe, Bezugsdauer usw.) hängen von der gewählten Variante ab:

## a.) Pauschales Kinderbetreuungsgeld als Konto

Beim pauschalen Kinderbetreuungsgeld als Konto haben die Eltern innerhalb einer bestimmten Bandbreite ein Wahlrecht. Die Grundvariante sieht eine Bezugsdauer von 365 Tagen mit einem Tagesbetrag von € 35,85[60] vor. Bei diesem Tagesbetrag handelt es sich um den Höchstbetrag. Die Eltern können zwar auch eine kürzere Bezugsdauer als 365 Tage wählen, der Tagesbetrag bleibt in diesem Fall jedoch gleich hoch.

Ausgehend von dieser Grundvariante können die Eltern innerhalb einer bestimmten Bandbreite flexibel ihre individuelle Kinderbetreuungsgeldvariante wählen. Das bedeutet, dass eine längere Bezugsdauer individuell gewählt werden kann, wobei es dann entsprechend der Verlängerung zu einer verhältnismäßigen Reduktion des Tagesbetrages kommt. Konkret steht ein Zeitraum zwischen 365 und 851 Tagen (gezählt ab der Geburt) zur Verfügung. Bei der längsten Variante, das heißt bei einer Bezugsdauer von 851 Tagen, gebührt ein Tagesbetrag von € 15,38[61].[62]

Zu beachten ist zudem, dass sich das Kinderbetreuungsgeld um einen Betrag von € 1.300,00 reduziert, wenn vorgeschriebene Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nicht rechtzeitig nachgewiesen werden.[63]

## b.) Kinderbetreuungsgeld als Ersatz des Erwerbseinkommens

Für gutverdienende Elternteile stellt diese Variante eine interessante Alternative zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld als Konto dar.

Zu den allgemeinen Voraussetzungen, die für den Bezug von Kinderbetreuungsgeld notwendig sind, muss der betroffene Elternteil in den letzten 182 Kalendertagen vor der Geburt des Kindes durchgehend eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben und darf zudem in diesem Zeitraum keine Leistungen aus der Arbeitslo-

59 Vgl. *Resch*, Sozialrecht[8] 180.
60 Vgl. § 3 Abs. 1 KBGG; Wert 2023.
61 Wert 2023.
62 Vgl. *Resch*, Sozialrecht[8] 180 f.
63 Vgl. § 3 Abs. 4 KBGG.

senversicherung bezogen haben. Daneben darf der bezugsberechtigte Elternteil während der Bezugsdauer keine Einkünfte über € 7.800,00 erzielen sowie keine Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung beziehen.[64]

Das Kinderbetreuungsgeld als Ersatz des Erwerbseinkommens kann längstens 365 Tage bezogen werden und gebührt in der Höhe von 80 % des Wochengeldes (bei Vätern wird ein fiktives Wochengeld angenommen). Nach oben hin ist das Kinderbetreuungsgeld mit einem Betrag von € 69,83[65] täglich begrenzt.[66]

Ebenso wie beim pauschalen Kinderbetreuungsgeld wird bei Nichtdurchführung der vorgeschriebenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen das Kinderbetreuungsgeld um einen Betrag von € 1.300,00 reduziert.[67]

## 5.3. Teilung des Kinderbetreuungsgeldes zwischen den Eltern

Bei beiden Varianten besteht die Möglichkeit, dass sich die Eltern beim Bezug des Kinderbetreuungsgeldes abwechseln. Insgesamt kann zwei Mal gewechselt werden. Anlässlich des ersten Wechsels ist ein gleichzeitiger Bezug des Kinderbetreuungsgeldes im Ausmaß von 31 Tagen möglich. Die Gesamtbezugsdauer verkürzt sich um diese Zeit.[68]

Beim pauschalen Kinderbetreuungsgeld steht den Eltern ein Bezugszeitraum zwischen 456 und 1063 Tagen offen. Wie auch beim Bezug durch nur einen Elternteil, gebührt höchstens ein Tagesbetrag von € 35,85. Wird ein Bezugszeitraum von mehr als 456 Tagen in Anspruch genommen, reduziert sich der Tagesbetrag entsprechend.

Zusätzlich ist zu beachten, dass die Eltern bei der Aufteilung der Bezugsdauer eingeschränkt sind. Jeder Elternteil muss mindestens während 20 % der Gesamtbezugsdauer Kinderbetreuungsgeld beziehen. Ein Bezugsblock muss mindestens 61 Tage betragen.[69]

Wählen die Eltern das Kinderbetreuungsgeld als Ersatz des Erwerbseinkommens, steht bei einer Teilung eine Bezugsdauer von maximal 426 Tagen ab der Geburt

64 Vgl. § 24 Abs. 1 KBGG; *Resch*, Sozialrecht[8] 183.
65 Vgl. § 24a Abs. 2 KBGG; Wert 2023.
66 Vgl. § 24a KBGG.
67 Vgl. § 24a Abs. 4 KBGG.
68 Vgl. *Sabara*, Ein Kind kommt 102 ff.
69 Vgl. *Sabara*, Ein Kind kommt 106.

des Kindes zur Verfügung. Jeder Elternteil muss mindestens 61 Tage Kinderbetreuungsgeld beziehen.[70]

Bei beiden Varianten haben die Elternteile bei einer annähernd gleichen Aufteilung der Bezugsdauer (mindestens 40:60) Anspruch auf einen einmaligen Partnerschaftsbonus in der Höhe von € 500,00 (insgesamt daher € 1000,00). Durch diesen Partnerschaftsbonus soll ein weiterer Anreiz zur Aufteilung der Kinderbetreuung zwischen den Elternteilen geschaffen werden.[71] Der Partnerschaftsbonus muss durch jeden Elternteil beim zuständigen Krankenversicherungsträger beantragt werden. Der Antrag kann gleichzeitig mit dem Antrag auf Kinderbetreuungsgeld gestellt werden. Im Falle einer späteren Antragstellung muss eine Frist von 124 Tagen nach dem Ende des letzten Bezugsteils eingehalten werden.[72]

70 Vgl. § 24b Abs. 2 KBGG.

71 Vgl. § 5b KBGG; *Resch*, Sozialrecht[8] 182.

72 Vgl. § 5b KBGG; *Sabara*, Ein Kind kommt 109; vertiefend zum KBG siehe etwa *Holzmann-Windhofer/Weißenböck*, Kinderbetreuungsgeldgesetz[2].

# 6. Zurück in den Beruf

## 6.1. Elternteilzeit

### 6.1.1. Allgemeines

Neben der Möglichkeit, Elternkarenz in Anspruch zu nehmen und somit die Beschäftigung für einen bestimmten Zeitraum vollständig auszusetzen, besteht die Möglichkeit, die Arbeitszeit zu reduzieren und somit einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen. Die sogenannte „Elternteilzeit" kann sowohl anstellte der Elternkarenz gewählt werden, aber auch im Anschluss an eine solche beansprucht werden.[73]

### 6.1.2. Meldung – Fristen

Elternteilzeit kann frühestens mit Ablauf des absoluten Beschäftigungsverbots der Mutter angetreten werden. Möchte die Mutter die Teilzeitbeschäftigung unmittelbar nach dem Ende des Beschäftigungsverbots antreten, ist dies dem/der AG schriftlich bis zum Ende des Beschäftigungsverbots zu melden.[74] Nimmt der Vater die Teilzeitbeschäftigung unmittelbar nach Ende des Beschäftigungsverbots der Mutter in Anspruch, muss er dies spätestens acht Wochen nach der Geburt des Kindes dem/der AG melden.[75]

Die schriftliche Meldung hat jeweils Dauer, Ausmaß und Lage der beabsichtigten Teilzeitbeschäftigung zu enthalten.[76]

Beabsichtigt der Elternteil die Teilzeitbeschäftigung erst zu einem späteren Zeitpunkt anzutreten, ist die Meldung spätestens drei Monate vor dem geplanten Antritt vorzunehmen.[77]

Die Teilzeitbeschäftigung kann für jedes Kind nur einmal beansprucht werden und muss mindestens zwei Monate dauern. Es besteht die Möglichkeit, dass beide Elternteile gleichzeitig in Elternteilzeit gehen. Befindet sich ein Elternteil in Elternkarenz, ist die gleichzeitige Elternteilzeit für den anderen Elternteil ausgeschlossen.[78]

73 Vgl. *Sabara*, Ein Kind kommt 61.
74 Vgl. § 15j Abs. 3 MSchG.
75 Vgl. § 8b Abs. 3 VKG.
76 Vgl. § 15j Abs. 3 MSchG; § 8b Abs. 3 VKG.
77 Vgl. § 15j Abs. 4 MSchG; § 8b Abs. 4 VKG.
78 Vgl. *Sabara*, Ein Kind kommt 61.

Das MSchG und das VKG sehen nur unter gewissen Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf Elternteilzeit vor.[79] Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss die Elternteilzeit mit dem/der AG vereinbart werden.[80]

### 6.1.3. Anspruch auf Elternteilzeit

Damit ein Rechtsanspruch auf Elternteilzeit besteht, muss das Dienstverhältnis zum Zeitpunkt des Antritts der Teilzeitbeschäftigung ununterbrochen drei Jahre angedauert haben, wobei auch Zeiten der Karenz miteinzurechnen sind. Zudem wird vorausgesetzt, dass in dem betroffenen Betrieb mehr als 20 Arbeitnehmer*innen beschäftigt werden.

Die wöchentliche Arbeitszeit muss um mindestens 20 % reduziert werden und darf 12 Stunden jedenfalls nicht unterschreiten.

Der Rechtsanspruch auf Elternteilzeit besteht unter den genannten Voraussetzungen längstens bis zur Vollendung des siebten Lebensjahres des Kindes bzw. bis zu einem späteren Schuleintritt.[81]

Die genauen Modalitäten der Teilzeitbeschäftigung, sprich Beginn, Dauer und Lage, müssen mit dem/der AG vereinbart werden und können somit nicht einseitig durch den Elternteil bestimmt werden. Bei dieser Vereinbarung sind sowohl die Interessen des Betriebes als auch die Interessen des betroffenen Elternteiles zu berücksichtigen.[82]

Kann hierbei keine Einigung zwischen AG und Elternteil erzielt werden, ist ein spezielles Verfahren[83] vorgesehen, das im Rahmen dieses Beitrags jedoch nicht näher erläutert wird.[84]

### 6.1.4. Vereinbarte Elternteilzeit

Liegen die soeben erörterten Kriterien nicht vor, besteht kein Rechtsanspruch auf Elternteilzeit und somit lediglich die Möglichkeit, eine solche Elternteilzeit mit dem/der AG zu vereinbaren. In diesem Fall kann eine Elternteilzeit längstens bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres des Kindes vereinbart werden.

79 Vgl. § 15h MSchG; § 8 VKG.
80 Vgl. § 15i MSchG; 8a VKG.
81 Vgl. § 15h Abs. 1 MSchG; § 8 Abs. 1 VKG.
82 Vgl. § 15h Abs. 1 MSchG; 8 Abs. 1 VKG.
83 Vgl. § 15k MSchG/§ 8c VKG.
84 Näheres zum Ablauf des Verfahrens siehe etwa *Rothe* in *Kuras,* Handbuch Arbeitsrecht Kap 8.3.2.2.

Auch bei der vereinbarten Elternteilzeit muss die wöchentliche Normalarbeitszeit um mindestens 20 % reduziert werden und darf 12 Stunden nicht unterschreiten.[85]

Kommt eine Einigung zwischen dem/der AG und dem Elternteil binnen zwei Wochen ab Bekanntgabe durch den Elternteil nicht zustande, kann der Elternteil den/die AG auf Einwilligung klagen. Das Arbeits- und Sozialgericht wird eine derartige Klage nur dann abweisen, wenn der/die AG sachliche Gründe vorbringen kann, die eine Teilzeitbeschäftigung in seinem/ihrem Betrieb unmöglich machen.[86]

## 6.2. Schutzvorschriften für stillende Mütter

Wird die Berufstätigkeit bereits während der Stillzeit wieder aufgenommen, sieht das MSchG einige Bestimmungen zum Schutz bzw. zur Unterstützung von stillenden Müttern vor.

Der Umstand, dass die Mutter stillt, ist dem/der AG beim Wiederantritt der Arbeit zur Kenntnis zu bringen. Der/die AG kann eine ärztliche Bestätigung bzw. eine Bestätigung einer Mutterberatungsstelle verlangen.[87]

Für stillende Mütter gilt ein Nachtarbeits- sowie Überstundenverbot[88]. Dieses ist ebenso ausgestaltet wie bei werdenden Müttern und somit wird auf die diesbezüglichen Ausführungen verwiesen.[89]

Darüber hinaus ist stillenden Müttern auf deren Verlangen die zum Stillen erforderliche Freizeit zu gewähren. Bei einer Arbeitszeit von über 4,5 Stunden täglich ist eine Freizeit im Ausmaß von mindestens 45 Minuten zu ermöglichen. Die Stillzeit erhöht sich auf zwei Mal mindestens 45 Minuten, wenn die Arbeitszeit 8 oder mehr Stunden beträgt. Die konkrete Stillzeit ist mit dem/der AG zu vereinbaren.

Die Stillzeit wird als Arbeitszeit gerechnet und darf nicht vor- oder nachgearbeitet werden. Auch darf die Stillzeit nicht auf die gesetzlich vorgeschriebenen Ruhepausen angerechnet werden. Während der Stillzeit ist das Entgelt fortzuzahlen.[90]

85 Vgl. § 15i MSchG; § 8a VKG.
86 Vgl. *Wolfsgruber-Ecker* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm³ § 15i MSchG Rz 2.
87 Vgl. § 4a Abs. 1 MSchG.
88 Vgl. §§ 6 und 8 MSchG.
89 Siehe Kapitel 2.6.
90 Vgl. § 9 MSchG; *Wolfsgruber-Ecker* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm³ § 9 MSchG Rz 3 ff.

# 7. Kündigungsschutz/ Entlassungsschutz

## 7.1. Beginn und Ende

Für werdende Mütter besteht ab Beginn der Schwangerschaft bis vier Monate nach der Geburt des Kindes ein gesetzlicher Kündigungs- und Entlassungsschutz. Damit dieser Sonderschutz effektiv greift, muss der/die AG Kenntnis von der bestehenden Schwangerschaft haben.[91]

Wird durch den/die AG eine Kündigung/Entlassung in Unkenntnis der Schwangerschaft ausgesprochen, hat die werdende Mutter grundsätzlich fünf Arbeitstage ab Zustellung/Ausspruch der Kündigung/Entlassung Zeit, um ihre Schwangerschaft dem/der AG nachträglich zur Kenntnis zu bringen. Erfolgt eine Verständigung innerhalb dieser Frist, greift der Kündigung- bzw. Entlassungsschutz rückwirkend mit der Folge, dass die Kündigung/Entlassung rechtsunwirksam ist.[92]

Wird durch die Mutter im Anschluss an das absolute Beschäftigungsverbot Elternkarenz oder Elternteilzeit in Anspruch genommen, kommt es zu einer Verlängerung des Sonderschutzes bis zum Ablauf von vier Wochen nach Ende der Karenz.[93]

Teilen sich Mutter und Vater die Elternkarenz und nimmt zunächst der Vater Karenz in Anspruch oder tritt die Mutter aus einem anderen Grund die Karenz erst zu einem späteren Zeitpunkt an, beginnt der Kündigungs- und Entlassungsschutz der Mutter ab Bekanntgabe der geplanten Elternkarenz, frühestens jedoch vier Monate vor dem geplanten Antritt.[94]

Nimmt der Vater Karenz in Anspruch, besteht für diesen ebenso ein Kündigungs- und Entlassungsschutz. Der Sonderschutz beginnt hier ab Bekanntgabe der geplanten Elternkarenz, frühestens jedoch vier Monate vor dem tatsächlichen Antritt, und nicht vor der Geburt des Kindes. Der Sonderschutz endet vier Wochen nach Ende der Karenz.[95]

91 Vgl. § 10 Abs. 1 MSchG; § 12 Abs. 1 MSchG.
92 Vgl. § 10 Abs. 2 MSchG; *Wolfsgruber-Ecker* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm³ § 12 MSchG Rz 5.
93 Vgl. § 15 Abs. 4 MSchG.
94 Vgl. § 15 Abs 4 MSchG; § 15a Abs. 4 MSchG.
95 Vgl. § 7 Abs. 1 VKG.

Ebenso im Zusammenhang mit dem „Papamonat" ist ein Kündigungs- und Entlassungsschutz gesetzlich verankert. Dieser Kündigungs- und Entlassungsschutz zugunsten des Vaters beginnt mit der Vorankündigung der beabsichtigten Freistellung, frühestens jedoch vier Monate vor dem errechneten Geburtstermin, und endet vier Wochen nach Ende der Freistellung.[96]

Auch während einer beanspruchten Elternteilzeit besteht ein Kündigungs- und Entlassungsschutz für das betroffene Elternteil. Der Sonderschutz beginnt mit der Bekanntgabe der beabsichtigten Teilzeitbeschäftigung, frühestens jedoch vier Monate vor Antritt (und bei Vätern nicht vor der Geburt des Kindes) und endet vier Wochen nach Ende der Teilzeitbeschäftigung. Bei Elternteilzeit besteht der Sonderschutz jedoch längstens bis zum Ablauf des vierten Lebensjahres des Kindes.[97]

## 7.2. Kündigung/Entlassung durch den/die AG

Besteht ein aufrechter Kündigungs- und Entlassungsschutz, bedeutet das, dass die betroffene Person nur mit vorheriger Zustimmung durch das Gericht gekündigt/entlassen werden kann. Vor Anrufung des Gerichtes ist zudem der Betriebsrat zu verständigen. Das Gericht darf (muss) seine Zustimmung nur bei Vorliegen bestimmter gesetzlich vorgesehener Gründe erteilen.[98]

Wird eine Kündigung/Entlassung ohne diese Zustimmung ausgesprochen, hat dies zur Folge, dass die Kündigung/Entlassung rechtsunwirksam ist. Das Arbeitsverhältnis ist also weiterhin aufrecht. Die betroffene Person hat in diesem Fall die Möglichkeit, das aufrechte Bestehen des Arbeitsverhältnisses mittels Klage feststellen zu lassen oder aber die Kündigung/Entlassung hinzunehmen und die daraus entstandenen Ersatzansprüche gegen den/die AG gerichtlich geltend zu machen.[99]

96 Vgl. § 1a Abs. 6 VKG.
97 Vgl. § 15n Abs. 1 MSchG; § 8f Abs. 1 VKG.
98 Vgl. §§ 10 und 12 MSchG.
99 Vgl. *Wolfsgruber-Ecker* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm³ § 10 MSchG Rz 51 ff.; *Wolfsgruber-Ecker* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm³ § 12 MSchG Rz 37 ff.

# 8. Die Pflegefreistellung

Für den Fall, dass das Kind erkrankt und zu Hause gepflegt werden muss, besteht die Möglichkeit, dass ein Elternteil die sogenannte Pflegefreistellung beansprucht. Die Pflegefreistellung kann im selben Arbeitsjahr für das Ausmaß einer Arbeitswoche in Anspruch genommen werden. Weitere Gründe für die Beanspruchung dieser Pflegefreistellung sind der Ausfall der das Kind sonst betreuenden Person („Betreuungsfreistellung") sowie die Begleitung des Kindes, das das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, in eine Heil- oder Pflegeanstalt (Begleitungsfreistellung). Für erkrankte Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und der Pflege durch einen Elternteil bedürfen, kann im selben Arbeitsjahr unter Umständen nochmals eine Woche beansprucht werden.

Der/die AG ist während einer Pflegefreistellung trotz Entfall der Arbeitsleistung zur Entgeltfortzahlung verpflichtet.[100]

Für die Pflegefreistellung braucht es keine Zustimmung durch den/die AG. Dieser/diese ist jedoch von der Verhinderung entsprechend zeitnah zu informieren und es ist ihm/ihr ein geeigneter Nachweis (z.B. ärztliche Bestätigung) für die Dienstverhinderung zu erbringen.

Der Anspruch kann auf einmal oder auch tage- bzw. ebenso stundenweise verbraucht werden.[101]

Ist der Anspruch auf bezahlte Freistellung bereits vollständig ausgeschöpft und kommt es neuerlich zu einer Dienstverhinderung aufgrund der notwendigen Pflege eines kranken Kindes, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, besteht jedenfalls noch die Möglichkeit eines einseitigen Urlaubsantritts. Sofern also der/die Arbeitnehmer*in noch offene Urlaubsansprüche hat, kann ohne vorherige Vereinbarung mit dem/der AG einseitig ein Urlaub angetreten werden.[102]

100 Vgl. § 16 Abs. 1 und 2 UrlG; Urlaubsgesetz BGBl 1976/390 i.d.g.F.; beachte in diesem Zusammenhang auch § 8 Abs. 3 AngG; Angestelltengesetz BGBl 1921/292 i.d.g.F.

101 Vgl. *Drs.* in *Neumayr/Reissner*, ZellKomm³ § 16 UrlG Rz 3 ff.

102 Vgl. § 16 Abs. 3 UrlG.

# 9. Pensionssplitting

Abschließend soll noch auf ein wichtiges Instrument im Zusammenhang mit Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufmerksam gemacht werden – dem Pensionssplitting[103].

Wird für die Kindererziehung die Erwerbstätigkeit für einen Zeitraum gänzlich aufgegeben oder zumindest eingeschränkt, hat dies nachteilige Auswirkungen auf die künftige Pension. Das Pensionssplitting dient dem teilweisen Ausgleich des finanziellen Verlustes, der durch die Kindererziehungszeit entstanden ist und sollte deshalb unbedingt genützt werden, insbesondere um allfälliger Altersarmut vorzubeugen.

Beim Pensionssplitting kann der erwerbstätige und nicht überwiegend erziehende Elternteil Teile seiner Pensionskontogutschriften für die ersten sieben Jahre nach der Geburt des Kindes an den erziehenden Elternteil übertragen. Das bedeutet, dass jener Elternteil, der sich der Kindererziehung gewidmet hat und somit selbst für einen gewissen Zeitraum keiner oder nur eingeschränkt einer Erwerbstätigkeit nachgegangen ist (z.B. Elternkarenz), dafür eine Gutschrift auf seinem Pensionskonto erhält.[104]

Für das Pensionssplitting braucht es die Vereinbarung der Eltern, das heißt, das Pensionssplitting erfolgt rein auf freiwilliger Basis. Die Eltern legen dabei selbst die Höhe der Gutschrift fest, wobei der erwerbstätige Elternteil pro Kalenderjahr max. 50 % seiner Gutschrift aus Erwerbstätigkeit übertragen kann. Zudem darf nur so viel übertragen werden, dass die maximale Gutschrift pro Kalenderjahr beim übernehmenden Elternteil nicht überschritten wird. Insgesamt kann das Pensionssplitting (bei mehreren Kindern) für 14 Kalenderjahre durchgeführt werden.[105]

Für die Durchführung eines Pensionssplittings muss ein formfreier Antrag schriftlich bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes beim leistungszuständigen Versicherungsträger eingebracht werden. Zuständig ist jener Versicherungsträger, bei dem der erwerbstätige Elternteil pensionsversichert ist (z. B. PVA).[106]

103 Vgl. § 14 APG; Allgemeines Pensionsgesetz BGBl I 2004/142 i.d.g.F.
104 Vgl. *Meyer*, SozSi 2021, 163 (167).
105 Vgl. *Meyer*, SozSi 2021, 163 (168 f.).
106 Vgl. *Meyer*, SozSi 2021, 163 (169).

# 10. Niedergelassene Ärzt*innen und Wohnsitzärzt*innen

Die Bestimmungen des MSchG sowie des VKG sind ausschließlich auf unselbstständig erwerbstätige Personen anwendbar.[107] Die gegenständlichen Ausführungen zu den verschiedenen Beschäftigungsverboten, zum „Papamonat", zur Elternkarenz sowie zur Elternteilzeit sind daher für ausschließlich freiberuflich bzw. selbstständig tätige Ärzt*innen nicht von Relevanz.

Der Bezug von Wochengeld ist grundsätzlich ebenso ausgeschlossen. Jedoch besteht –zumindest in OÖ – für freiberuflich bzw. selbstständig tätige (schwangere) Ärztinnen die Möglichkeit, innerhalb der aus dem MSchG bekannten Schutzfristen Krankengeld über die Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für OÖ zu beziehen. Vorausgesetzt wird, dass diese Schutzfristen tatsächlich beansprucht werden und somit in diesen Zeiträumen keinerlei ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden.[108]

Die Erläuterungen bezüglich Kinderbetreuungsgeld, Familienzeitbonus sowie Pensionssplitting sind auch für niedergelassene Ärzt*innen sowie Wohnsitzärzt*innen von Bedeutung.

107 Vgl. § 1 MSchG; § 1 VKG.

108 Vgl. *Ärztekammer für OÖ,* Schwangerschaft als niedergelassene (Zahn)Ärztin, https://www.aekooe.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=10642&token=4734b8ad155c24e12ce83aaa6bbaeb5d09973abc (Stand 1.1.2023); § 26 Abs. 8 der Satzung der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für OÖ; die Rechtslage in den anderen Bundesländern gestaltet sich großteils gleich, siehe dazu die Satzung des Wohlfahrtsfonds der jeweils zuständigen Landesärztekammer (abrufbar auf der Internetseite der jeweiligen Landesärztekammer).

# Literatur

*Arbeitsinspektion,* Kommentiertes Mutterschutzgesetz, https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Personengruppen/Werdende_und_stillende_Muetter/Kommentiertes_MSchG.html#heading__heading___4__4 (Stand 20.12.2022)

*Ärztekammer für OÖ,* Schwangerschaft als niedergelassene Zahnärztin, https://www.aekooe.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=10642&token=4734b8ad155c24e12ce-83aaa6bbaeb5d09973abc (Stand 1.1.2023)

*Deixner-Hübner* (Hrsg.), Handbuch Familienrecht2 (2020)

*Födermayr/Resch* (Hrsg.), Arbeitsrecht7 (2020)

*Holzmann-Windhofer/Weißenböck* (Hrsg.), Kinderbetreuungsgeldgesetz: Kommentar zum KBGG und FamZeitbG2 (2022)

*Kuras,* Handbuch Arbeitsrecht (Loseblatt), Stand 2022

*Meyer,* Kindererziehungszeiten in der Pensionsversicherung, SozSi 2021, 163

*Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg.), Der SV-Kommentar (Loseblattausgabe ab 2013)

*Neumayr/Reissner* (Hrsg.), Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht3 (2020)

*Reissner,* Der „Papamonat" aus arbeitsrechtlicher Sicht, ASoK 2019, 282

*Resch* (Hrsg.), Sozialrecht8 (2020)

*Sabara* (Hrsg.), Ein Kind Kommt5 (2020)

*Schrank* (Hrsg.), Arbeitsrecht und Sozialversicherungsrecht (Loseblatt), Stand 2022

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna
VALUES WORTH SHARING
«Meine Bank legt Wert auf Werte.»
Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009
LGT
Private Banking
lgt.at/values

*Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner*

*Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich*

# Rechtspolitische Überlegungen zu familiengerechten Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

**1. Work-Life-Balance für niedergelassene Ärzte** **112**

**2. Rechtliche Möglichkeiten zur Zusammenarbeit** **114**

**3. Probleme der Vertretersuche** **116**

**4. Einkommenssicherung** **120**

*Wie auch in anderen (ärztlichen) Arbeitsfeldern wünschen sich auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eine zufriedenstellende Work-Life-Balance. Den fast rund um die Uhr verfügbaren Hausarzt gibt es so nicht mehr. Dieser Beitrag soll zeigen, wo sich bei der Vereinbarkeit von familiären Kinderbetreuungspflichten und dem Betreiben einer Ordination Dissonanzen auftun, aber auch welche Lösungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen bzw. künftig umgesetzt werden könnten.*

# 1. Work-Life-Balance für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Im Sektor der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen gibt es zunehmend Versorgungslücken, die sich in den nächsten Jahren allen Vorhersagen nach auch noch weiter verschärfen werden. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von der zwar vorhersehbaren, aber bei der Nachwuchsplanung nicht berücksichtigten Pensionierungswelle über unattraktive Kassenvertragsbedingungen bis hin zum gegenständlichen Thema. So wie in allen anderen Berufsfeldern erwarten auch Ärztinnen und Ärzte familiengerechte Arbeitsbedingungen. Die gesellschaftlichen Voraussetzungen haben sich geändert. Mittlerweile gibt es kaum noch Familien, in denen nicht beide Elternteile berufstätig sind, vor allem, wenn es sich um Personen mit qualifizierter Ausbildung handelt. Aber auch die Einstellung zur Übernahme der Verantwortung für die gemeinsamen Kinder hat sich verändert und wird zunehmend auch gemeinsam wahrgenommen.

Es ist schon schwierig, familiengerechte Arbeitsbedingungen im Rahmen von großen organisatorischen Einheiten, wie sie Krankenanstalten darstellen, herzustellen. Noch schwieriger ist es aber wohl in kleinen Betrieben, und dies vor allem dann, wenn es um die Betriebsinhaber selbst geht.

Auf Ärztinnen und Ärzte, die familiengerechte Arbeitsbedingungen suchen, kommen daher bei der Gründung und bei der Führung von Ordinationen in mehrfacher Hinsicht Probleme zu:

- Zeitbudget: Die Erwartung, vor denen früher oft Ordinationen gestanden sind, nämlich praktisch rund um die Uhr für die Patienten zur Verfügung stehen zu sollen, kann bei Betreuungspflichten für Kinder natürlich nicht erfüllt werden. Ärztinnen und Ärzte, die Kinder betreuen wollen, sind regelmäßig darauf angewiesen, dass die Arbeitszeit klar definierte Grenzen hat.

- Eingeschränkte Flexibilität: Kinderbetreuung kann zwar bis zu einem gewissen Grad ausgelagert werden. Voraussetzung dafür ist aber in der Regel Planungssicherheit. Das kollidiert oft mit den Anforderungen einer Ordination, insbesondere im hausärztlichen Bereich, wo es auf Grund von Akutfällen zum Teil nicht möglich ist, die eigenen Terminpläne einzuhalten.

- Betreuungsprobleme: Sofern nicht Angehörige zur Verfügung stehen, muss auf institutionelle Betreuungseinrichtungen zurückgegriffen werden, von deren Kapazitäten und Öffnungszeiten man abhängig ist.

- Betriebsrisiko: Mit der Führung einer Ordination sind oft auch langfristigere Investitionen und Verbindlichkeiten verbunden. Besteht noch ein Kinderwunsch, dann ergibt sich nicht nur das Problem, wie die Ordination in den Ausfallzeiten weiter zu betreiben ist, sondern können daraus wirtschaftliche Schwierigkeiten entstehen, dass die Ordination mangels geeigneter Vertretung geschlossen werden muss und Investitionen nicht genutzt bzw. finanziert werden können.

## 2. Rechtliche Möglichkeiten zur Zusammenarbeit

Das Problem eingeschränkter zeitlicher Ressourcen bzw. die Notwendigkeit einer strikten Zeitplanung ist am ehesten in Teamarbeit lösbar, zumindest sofern in diesem Team die Bereitschaft besteht, sich untereinander auszuhelfen.

Für die Teamarbeit von Ärzten/Ärztinnen im niedergelassenen Bereich gibt es bereits eine Reihe, auch realiter zunehmend genutzter rechtlicher Kooperationsmöglichkeiten:

Wenn es nur darum geht, mehr zeitliche Flexibilität zu erreichen, aber prinzipiell eine Vollzeitbeschäftigung möglich ist, kommt das Modell der „echten Gruppenpraxis" in Frage. Nach diesem Modell, das in allen Bundesländern vorgesehen ist, können sich Ärzte/Ärztinnen zusammenschließen, die jede/r eine Kassenstelle besetzen, aber gemeinsam einen Kassenvertrag betreuen. Zu diesem Zweck müssen sie eine Gesellschaft gründen, wobei aus berufsrechtlicher Sicht sowohl die OG als auch die GmbH in Frage kommen. Die OG hat den Nachteil, dass alle Gesellschafter für die Schulden der Gesellschaft persönlich haften. Eine derartige persönliche Haftung ist nur im Rahmen der GmbH auszuschließen. Da die Gründung und der Betrieb der GmbH aber mit deutlich höheren Kosten verbunden ist, rechnet sie sich für eine ärztliche Gruppenpraxis je nach ausgeübtem Fach und Umsatz in der Regel nur bei mehr als zwei Gesellschaftern. Sie wird daher auch praktisch eher für große Gruppenpraxen, etwa zum Betrieb von Primärversorgungseinrichtungen, genutzt, zumal das Haftungsrisiko in Ordinationen dadurch beschränkt ist, dass Haftungsansprüche wegen Behandlungsfehlern ohnehin durch die gesetzlich vorgeschriebene Haftpflichtversicherung abgedeckt werden.

Besteht neben der größeren Flexibilität, die die Teamarbeit zeitlich erlaubt, darüber hinaus der Wunsch, keine volle Kassenstelle abzudecken und mit reduzierten Stunden arbeiten zu wollen, bieten sich derzeit ebenfalls schon eine Reihe von Möglichkeiten an. In allen Bundesländern gibt es mittlerweile Jobsharing-Gruppenpraxen, also die Möglichkeit, im Rahmen einer gemeinsamen Gesellschaft eine Kassenstelle zu betreiben und sich somit eine Kassenstelle aufzuteilen. In den meisten Bundesländern besteht darüber hinaus das Modell einer „Bruchstellenpraxis", mit der zwischen einer und zwei Kassenstellen abgedeckt werden. Wird eine solche durch zwei Ärzte/Ärztinnen versorgt, besteht für diese die Möglichkeit, dass entweder ein Arzt/eine Ärztin Voll- und der/die andere Arzt/Ärztin Teilzeit arbeitet oder dass sich beide Ärzte/Ärztinnen in einem entsprechend höheren Ausmaß die Bruchstelle teilen.

Nachteil von Jobsharing- oder Bruchstellengruppenpraxen ist allerdings, dass jedenfalls eine gemeinsame Gesellschaft gebildet werden muss, deren Gründung mit einem finanziellen Aufwand verbunden ist und die, zumindest im Falle der OG; auch zu einer gegenseitigen Haftung führt. In einigen Bundesländern gibt es daher auch die Möglichkeit, ohne Vergesellschaftung eine Kassenstelle zu teilen und Teilkassenverträge abzuschließen. In diesen Fällen entsteht die Teamarbeit in der Regel dadurch, dass sich die betreffenden Ärztinnen/Ärzte zwar nicht in einer Gruppenpraxis, sondern im Rahmen einer Gemeinschaftsordination aushelfen und die Ordinationskosten teilen. Gerade nach der Fusionierung der Gebietskrankenkassen zur ÖGK wäre dringend zu fordern und zu erwarten, dass diese Möglichkeit in allen Bundesländern eröffnet und damit eine weitere Variante zum gemeinsamen Betrieb einer Kassenordination angeboten wird.

Natürlich kommt aber auch in echten Gruppenpraxen, mit denen mehrere Kassenstellen versorgt werden, eine Teilzeitbeschäftigung in Frage, wenn und indem die Zahl der Gesellschafter die Anzahl der zu versorgenden Kassenstellen überschreitet. Bei Primärversorgungseinheiten scheint das mittlerweile auch ein bewährter und in der Praxis regelmäßig genutzter Weg zu sein.

Eine andere Möglichkeit der Teamarbeit besteht darin, einen zusätzlichen Arzt/eine zusätzliche Ärztin in die Ordination entweder als Erweiterten Vertreter oder als Angestellten aufzunehmen. Unter Erweiterter Vertretung werden Modelle verstanden, bei denen der/die Stelleninhaber/in und der/die Vertreter/in zumindest zeitweise gleichzeitig in der Ordination tätig sind und auf diesem Weg mehr Patienten/Patientinnen versorgen können als in einer regulären Kassenstellenordination. Echte Vertretungen sind solche, bei denen der Vertreter bzw. die Vertreterin tatsächlich nur im Vertretungsfall, also bei Abwesenheit des/der Ordinationsinhabers/in, tätig wird. Schließlich besteht seit 2019 auch die Möglichkeit, in einer Ordination Ärzte/Ärztinnen anzustellen (in einer Einzelordination bis zu 40 Wochenstunden insgesamt, in einer Gruppenpraxis bis zu 80 Wochenstunden insgesamt). Sowohl die erweiterte Vertretung als auch die Anstellung eines Arztes/einer Ärztin können daher auch zur Arbeitszeitreduktion des/der Ordinationsinhabers/in genutzt werden.

Die echte Vertretung kommt dafür nicht in Frage. Sie wäre allerdings das Mittel erster Wahl, um längere Ausfälle, etwa bedingt durch Mutterschaft, zu kompensieren. Grundsätzlich wäre natürlich auch die erweiterte Vertretung oder die Anstellung dazu geeignet, längere durch Mutterschaft bedingte Ausfallzeiten zu überbrücken. In der Praxis wird dies aber in der Regel daran scheitern, dass die erweiterte Vertretung oder im Rahmen einer Anstellung beschäftigte Ärzte/Ärztinnen nicht in der Lage sein werden, ihre Arbeitszeit so auszuweiten, dass sie nicht nur die bisherige eigene Arbeitsleistung erbringen, sondern auch den Ausfall des/der Ordinationsinhabers/in wettmachen können.

# 3. Probleme der Vertretersuche

Wenn es nicht um die Reduktion der laufenden Arbeitszeit geht, sondern darum, langfristige Ausfälle, die durch eine Mutterschaft während der Ordination entstehen, zu bewältigen, wird dies, außer in sehr großen Gruppenpraxen, kaum vom Team abgedeckt werden können. Es wird also in der Regel immer darauf ankommen, in irgendeiner Form befristet das Team aufzustocken, also im Grunde genommen einen Vertreter bzw. eine Vertreterin zu finden, der/die für die Zeit des Ausfalls einspringt.

Da derzeit die ärztlichen Ressourcen knapp sind und niederlassungswillige Ärzte/Ärztinnen verhältnismäßig problemlos einen Kassenvertrag erhalten können, wird es allerdings immer schwieriger, eine/n langfristige/n Vertreter/in zu finden. Schon gar nicht besteht für den Fall eines Kinderwunsches Planungssicherheit, dass zum gegebenen Zeitpunkt eine entsprechende Entlastung gefunden werden kann.

Es gibt daher in verschiedenen Bundesländern Überlegungen, wie man strukturiert derartige Vertretungsmöglichkeiten zentral aufbauen kann, vor allem durch von der Ärztekammer, allenfalls mit Partnern betriebene Einrichtungen, etwa in Form einer Gesellschaft zur Bereitstellung von Vertretern. Natürlich würde auch eine derartige Gesellschaft Ärzte/Ärztinnen benötigen, die für Vertretungen zur Verfügung stehen, und es stellt sich daher die Frage, ob auf diesem Weg mehr Vertretungsärzte/-ärztinnen gewonnen werden können als ohnehin auf dem „Arbeitsmarkt" für reguläre Vertretungen zur Verfügung stehen. Ein Potential dafür könnte darin liegen, dass vertretungsbereite Ärzte/Ärztinnen mit der Beschäftigung in einer derartigen Gesellschaft selbst eine gewisse Planungssicherheit erhalten. Darüber hinaus könnte aber angedacht werden, in solchen Gesellschaften auch Ärzte/Ärztinnen anzustellen, weil der Dienstvertrag möglicherweise ein Anreiz für jene Ärztinnen/Ärzte sein könnte, die gerne als niedergelassener Arzt/Ärztin arbeiten, aber nicht selbst eine Ordination übernehmen wollen. Solche Ärzte/Ärztinnen gibt es. Diese übernehmen derzeit beispielsweise Funktionen als Schul- oder Betriebsärzte/-ärztinnen, obwohl ein Teil von ihnen zweifellos auch an einer kurativen Tätigkeit Interesse hätte.

Eine Beschäftigung mit freiem Dienstvertrag im Rahmen einer von der Ärztekammer betriebenen „Vertreter-Gesellschaft" käme nach § 47a Abs. 4 ÄrzteG in Frage. Diese Bestimmung wurde eingeführt, um explizit klarzustellen, dass Vertreter/innen von Ordinationsstätteninhabern/-inhaberinnen sowohl bei regelmäßiger als auch bei fallweiser Vertretung eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit ausüben.

Eine solche liegt dann vor, wenn Vertretung und der/die zu vertretende Arzt/Ärztin nicht überwiegend gleichzeitig in der Ordinationsstätte oder Gruppenpraxis ärztlich tätig sind, was in den Fällen der Vertretung während einer Mutterschaft und anschließender Betreuung des Kleinkindes nicht der Fall wäre. Nach dem Zweck dieser Bestimmung kommt es auch nicht darauf an, zu wem der Vertreter/die Vertreterin ein Rechtsverhältnis hat, sodass es wohl denkbar wäre, auch im Rahmen einer von der Ärztekammer gegründeten Gesellschaft freie Dienstverträge mit Ärzten/Ärztinnen abzuschließen, die bereit sind, in Ordinationen als Vertreter/Vertreterin tätig zu werden. Da eine derartige „Vertreter-Gesellschaft" nicht selbst ärztliche Leistungen erbringen würde, bestehen keine krankenanstaltenrechtlichen Bedenken, also vor allem keine Notwendigkeit, für den Geschäftsbetrieb um eine krankenanstaltenrechtliche Errichtungs- und Betriebsbewilligung anzusuchen. Vielmehr würde es sich bei einer solchen Gesellschaft wohl je nach Ausgestaltung um ein Personalleasing oder Arbeitsvermittlung handeln. Voraussetzung dafür, dass eine derartige Tätigkeit unter die Gewerbeordnung fällt und die dort vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen muss, ist allerdings, dass das Unternehmen eine Gewinnabsicht verfolgt. Handelt es sich hingegen um eine gemeinnützige Einrichtung der Ärztekammer (allenfalls gemeinsam mit anderen Partnern) würde das Erfordernis einer Gewerbeberechtigung wegfallen. Zu berücksichtigen wären lediglich die Bestimmungen des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes, die der Betriebsinhaber/die Betriebsinhaberin zu berücksichtigen hätte.

Auch aus berufsrechtlicher Sicht wäre eine derartige Vorgangsweise zulässig. Einschränkende Regelungen zur Arbeitskräfteüberlassung finden sich im Berufsrecht der Gesundheitsberufe zwar bei der diplomierten Krankenpflege (§ 35 Abs. 2 GuKG), bei den medizinisch-technischen Diensten (§ 7 MTD-G) oder bei den medizinischen Assistenzberufen (§ 18 Abs. 2 Z 1 MABG). Ähnliche Einschränkungen kennt das Ärztegesetz nicht, weshalb die Arbeitskräfteüberlassung grundsätzlich zulässig und nur an die Bedingung geknüpft ist, dass Ärzte/Ärztinnen nur an Beschäftige überlassen werden dürfen, die ihrerseits prinzipiell berechtigt wären, Ärzte/Ärztinnen anzustellen, weil sie in einer entsprechenden, gesetzlich zugelassenen Betriebsform tätig werden, also etwa eine Ordination betreiben.[1]

Wenn die über die „Vertreter-Gesellschaft" vermittelten Ärzte/Ärztinnen in Vertretung eines Kassenarztes/einer Kassenärztin tätig werden, ergeben sich keine besonderen kassenvertragsrechtlichen Probleme. Nach den jeweiligen Gesamtverträgen zwischen den Ärztekammern und den Krankenversicherungsträgern ist vorgesehen, dass bei längerfristigen Vertretungen die jeweilige Ärztekammer und der Versicherungsträger im Einvernehmen Einspruch gegen den Vertreter/die Ver-

1 *Wallner*, Zur Zulässigkeit des Leibarztes – wer darf Ärzte anstellen?, RdM 2018/134 (223).

treterin erheben können (z. B. § 9 Abs. 2 OÖ Gesamtvertrag). Es ist auszuschließen, dass die Kammer in ihrer eigenen Einrichtung Ärzte/Ärztinnen beschäftigt, gegen die Bedenken bestehen und an deren Vertretungstätigkeit Anstoß genommen würde. Aber auch von Seiten der Krankenversicherungsträger ist nicht zu erwarten, dass in den hier ins Auge gefassten Fallkonstellationen, nämlich insbesondere Vertretung wegen Mutterschutz bzw. Pflegeaufgaben, Einwände erhoben werden könnten.

Es gibt aber auch Überlegungen, die „Vertreter-Gesellschaft" zu nutzen, um vakante Kassenstellen zu überbrücken, bis sich ein Bewerber/eine Bewerberin findet. Rechtlich gibt es de lege lata einige „Krücken", um dies zu ermöglichen. Ausgeschlossen ist nach derzeitiger Rechtslage jedenfalls, dass die Gesellschaft selbst den Kassenvertrag übernimmt. Denkbar wäre aber, dass der/die als Vertreter/in eingesetzte Arzt/Ärztin provisorisch einen Kassenvertrag erhält bzw. bei einer Betreuung durch mehrere Ärzte/Ärztinnen weitere Ärzte/Ärztinnen als dessen/deren Vertreter/innen tätig werden. Diese Konstellation hat allerdings den Nachteil, dass nach herrschender Auffassung ein befristeter Einzelkassenvertrag unzulässig ist[2] und dass die Kassenvertragsvergabe eine Ausschreibung voraussetzt (allerdings würde von dieser Möglichkeit ohnehin nur Gebrauch gemacht werden, wenn und solange sich niemand um die jeweilige Kassenstelle bewirbt). In der Literatur wird allerdings auch argumentiert, dass eine abweichende Vertragslaufzeit dann frei regelbar sei, wenn damit nicht der Kündigungsschutz des § 343 ASVG umgangen wird, sondern diese im Interesse oder sogar auf Initiative des Vertragsarztes/der Vertragsärztin in den Vertrag aufgenommen worden ist.[3] Es schiene daher tatsächlich möglich, vakante Stellen mit derartigen ausnahmsweise befristeten Kassenverträgen zu überbrücken.

De lege ferenda wäre allerdings wünschenswert, für diese Fälle, die in Zukunft tatsächlich weiterhin von Bedeutung sein werden, entsprechende Regelungen zu schaffen. Man könnte sich dabei sowohl am Berufsrecht der Rechtsanwälte/innen, als auch am Berufsrecht der Apotheker/innen orientieren. Für längerfristige Vertretungen könnte im Ärztegesetz ähnlich wie bei den Apotheken die berufsrechtliche Möglichkeit geschaffen werden, eine Ordination mit Genehmigung der Ärztekammer zu verpachten. Dies hätte für Kassenärzte/-innen, die ihre Ordination etwa wegen einer Mutterschaft länger schließen wollen, den Vorteil einer weiteren Alternative zur Vertretung. Während bei einer reinen Vertretung die Betriebsführung letztendlich am Ordinationsinhaber/an der Ordinationsinhaberin hängen bleiben würde, könnte im Rahmen einer Verpachtung die gesamte Ordinationsführung auch in wirtschaftlicher und arbeitsrechtlicher Hinsicht an einen

2 u. a. *Utudjan/Zahrl* in GmundKomm² § 343 ASVG Rz 5.
3 *Resch*, Atypische ärztliche Einzelverträge der Krankenversicherungsträger, RdM 2020/279, 249, 253.

Vertreter/eine Vertreterin befristet übertragen werden. Ähnliche Regelungen bestehen im Übrigen auch für die Rechtsanwälte/innen. Die Rechtsanwaltsordnung enthält dezidierte Bestimmungen zur Substitution eines Rechtsanwaltes/einer Rechtsanwältin, der/die auf Grund einer Erkrankung oder sonstigen Abwesenheit vorübergehend an der Berufsausübung gehindert wird. § 34 RAO sieht für den Fall, dass der Rechtsanwalt/die Rechtsanwältin nicht selbst dafür Sorge tragen kann, die Bestellung eines Substituten durch die Rechtsanwaltskammer vor. Es wäre daher auch naheliegend, im Vertragspartnerrecht den Ärztekammern bzw. von ihr betriebenen Einrichtungen die Möglichkeit einzuräumen, befristet die Betreuung einer vakanten Kassenstelle mit von ihr dazu bestellten Ärzten/Ärztinnen zu übernehmen. Auf diesem Weg könnte eine Vakanz überbrückt werden, bis sich ein Arzt/eine Ärztin findet, der/die bereit ist, den Kassenvertrag zu übernehmen. Theoretisch könnte die Ärztekammer dasselbe Ergebnis auch dadurch erreichen, dass im Falle der langfristigen Nichtbesetzbarkeit einer Kassenstelle ein Antrag auf Gründung eines Ambulatoriums nach dem Krankenanstaltenrecht gestellt und für den Fall der Bewilligung die Versorgung im Rahmen dieses Ambulatoriums mit in der „Vertreter-Gesellschaft" beschäftigten Ärzten/Ärztinnen sichergestellt wird. Abgesehen davon, dass dieser Weg administrativ aufwendig und langwierig ist, widerspricht er aber völlig dem Ziel, die extramurale Versorgung durch niedergelassene freiberufliche Ärzte/Ärztinnen sicherzustellen. Die Genehmigung zur Errichtung eines Ambulatoriums kann nicht befristet erteilt werden, bzw. kann sie auch nicht entzogen werden, wenn der Bedarf wegfällt, weil niedergelassene Ärzte/Ärztinnen zur Verfügung stünden. Das Konstrukt des Ambulatoriums eignet sich daher nicht für die Überbrückung von vakanten Kassenstellen.

# 4. Einkommenssicherung

Auf dem beschriebenen Weg könnte jungen Ärztinnen und Ärzten die Sicherheit gegeben werden, dass sie für den Fall eines etwa familienbedingten längeren Ausfalls darauf vertrauen können, dass die Ordination weitergeführt wird. Zweifellos würde eine derartige Sicherheit die Bereitschaft von Jungärztinnen und Jungärzten deutlich erhöhen, Kassenverträge zu übernehmen. Mit den beschriebenen Maßnahmen erschiene es möglich, die Weiterführung der Ordination auch während eines längerfristigen mutterschaftsbedingten Ausfalles zu kompensieren. Was allerdings verbleibt, ist das alle Teile der Bevölkerung treffende Problem, dass der Einkommensausfall in irgendeiner Form kompensiert werden muss, um die persönlichen Lebensbedürfnisse befriedigen zu können. Freiberuflich tätige Ärzte/Ärztinnen sind bei der SVS versichert und haben Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld. Das Kinderbetreuungsgeld nach dem KBGG ist lediglich von der Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit und nicht von einem Dienstverhältnis abhängig. Für eine längerfristige Kinderbetreuung kommt aber die Variante des Kinderbetreuungsgeldes als Ersatz des Erwerbseinkommens nicht in Frage, weil dieses auf ein Jahr begrenzt ist. Für längerfristige Kinderbetreuungen steht nur das pauschale Kinderbetreuungsgeld zur Verfügung, das eine dementsprechend geringere Höhe hat. Überlegt werden könnte, allenfalls eine zusätzliche Leistung über die Wohlfahrtskassen der Ärztekammern einzuführen. Kinderbetreuungsleistungen sind zwar derzeit im Ärztegesetz in den Bestimmungen für den Wohlfahrtsfond nicht vorgesehen. Abgesehen davon, dass man die Rechtsgrundlagen entsprechend ergänzen könnte, hat sich mittlerweile die Meinung durchgesetzt, dass Kammern im eigenen Wirkungsbereich ein gesetzesergänzendes Verordnungsrecht haben.[4] Da es sich beim Wohlfahrtsfond fraglos um Einrichtungen im eigenen Wirkungsbereich handelt, könnten die Satzungen auch über das Ärztegesetz hinausgehend derartige Leistungen vorsehen. Das Problem an dieser Lösung ist allerdings, dass die Wohlfahrtsfonds ausschließlich aus Beiträgen der Ärzteschaft gespeist werden und daher die Ärzteschaft damit die Finanzierung gesellschaftspolitischer Anliegen übernehmen müsste.

4 U. a. *Eberhard*, Nichtterritoriale Selbstverwaltung, JRP 2007, 359.

*Mag. Katharina Wieser*

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung*

# Kurzbeitrag:
# Ärztliche Arbeitsbedingungen – Blick ins „Familienland“ Schweden

**1. Einleitung** **122**

**2. Schweden** **124**

*Der Personalengpass im Gesundheitswesen schafft die Notwendigkeit, für gute Arbeitsbedingungen zu sorgen, um ausreichend personelle Ressourcen lukrieren zu können. Interessant ist dabei aber nicht nur ein Vergleich im eigenen Land, sondern auch über die Grenzen hinweg. In diesem Kurzbeitrag werfen wir einen Blick nach Schweden, dem Land, das für seine Familienfreundlichkeit bekannt ist.*

# 1. Einleitung

Ärztinnen und Ärzte werden in Zentraleuropa zunehmend zur Mangelware. Zum einen geht die Boomer-Generation der Ärzte/Ärztinnen nach und nach in den wohlverdienten Ruhestand und zum anderen steigt die Menge der nachgefragten medizinischen Leistungen an. Zusätzlich wünschen sich junge Menschen andere Arbeitsbedingungen als noch vor 20 Jahren. Man möchte heute eine ausgewogene Balance aus Arbeits- und Familienleben. Und das betrifft nicht nur Frauen, sondern auch Männer. Denn auch Letztere beteiligen sich heute immer öfter gerne an der Erziehungsarbeit und wollen mehr Zeit mit der Familie verbringen.

Gleichzeitig verursacht der Mangel an ärztlichem Personal auch einen gewissen Wettbewerb um qualifizierte Kräfte, der sich nicht nur unter Kliniken oder zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich abspielt, sondern durchaus auch zwischen den Ländergrenzen, denn gerade junge Menschen sind bezüglich der Wahl ihres Arbeits- und Lebensmittelpunktes sehr flexibel. Will man als Arbeitgeber ausreichend und gute Mitarbeiter gewinnen oder als öffentliche Planungsstelle die Versorgung sicherstellen, so muss man daher unter anderem auch für familienfreundliche Arbeitsbedingungen Sorge tragen. Dass die aktive Förderung einer guten Vereinbarkeit von Beruf und Familie Vorteile im Wettbewerb um Arbeitskräfte bringt und dabei hilft, diese auch an eine Einrichtung zu binden, ist unbestritten. So wurde etwa vom Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik FFP[1] in einer Untersuchung gezeigt, dass der Aufwand für flexible Arbeitskonzepte, Telearbeit oder die Vermittlung von Betreuungsangeboten geringer ausfiel als die Kosten für Nachbesetzungen, Fehlzeiten, Überbrückungszeiten und Fluktuationen und sich unternehmerische Ziele wie z. B. Mitarbeiterproduktivität, Motivation, Mitarbeiterbindung, Arbeitszufriedenheit und Fehlzeitenreduktion leichter erreichen lassen, wenn es im Unternehmen familienfreundliche Arbeitsbedingungen gibt. Außerdem zeigte sich bei der Untersuchung, dass Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie nachweislich auch eine Maßnahme gegen den Fachkräftemangel darstellen, sowohl bei der Einsatzfähigkeit und Zufriedenheit des vorhandenen Personals als auch bei der Rekrutierung neuer qualifizierter Mitarbeiter. Gerade darum ist es interessant und auch notwendig, einen Blick ins Ausland zu werfen und zu schauen, was unsere Nachbarn bezüglich familienfreundlicher Arbeitsbedingungen so alles zu bieten haben.

1 Schneider, Helmut/Gerlach, Irene/Juncke, David/Krieger, John (2008): Betriebswirtschaftliche Ziele und Effekte einer familienbewussten Personalpolitik. FFP-Arbeitspapier 5. Download im Dez. 2022: https://www.ffp.de/files/dokumente/2008/arbeitspapier_ffp_2008_5.pdf

Im wissenschaftlichen Kontext wurde das Thema familienfreundliche Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen leider noch nicht umfassend behandelt, wodurch es sehr wenige Materialien dazu gibt. Insbesondere existieren kaum evaluierende Studien zu Maßnahmen für mehr Familienfreundlichkeit.[2] Daher ist es leider schwierig, z. B. EU-weite Vergleiche anzustellen und Vor- und Nachteile zu systematisieren. Deshalb werfen wir einen Blick nach Schweden, dem Land, das für seine Familienfreundlichkeit als Vorreiter gilt.

2 Lukasczik et al. (2017): Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Beschäftigten im Gesundheitswesen als Handlungsfeld der Versorgungsforschung. IN Gesundheitswesen 2018; 80:511-521. DOI: http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-101514

# 2. Schweden

Beim Thema Familienfreundlichkeit liegt Schweden im Europavergleich vorne. Die Arbeitsquote unter Frauen ist in Schweden hoch (S: 85,3 %; Ö: 76,6 %, EU-27: 74,1 %)[3], die Geburten pro Frau liegen über dem europäischen Durchschnitt (S: 1,67; Ö: 1,44; EU-27: 1,5)[4]. Die Teilzeitquote ist in Schweden insgesamt viel niedriger als im deutschsprachigen Raum, jedoch bei den Männern höher als in Österreich und Deutschland. Während in Österreich 50,9 % der Frauen und 11,3 % der Männer Teilzeit beschäftigt sind, beläuft sich die Zahl in Schweden bei den Frauen auf lediglich 29,4 % und bei den Männern auf 12,7 %. Das zeigt, dass hier die Vereinbarkeit von Beruf und Familie offenbar besser funktioniert als andernorts, was sicherlich vielfach an den gut ausgebauten Kinderbetreuungseinrichtungen und den Bemühungen zur Geleichstellung von Männern und Frauen liegt. Diese gut bekannten Fakten lassen einen Blick hinter die schwedischen Grenzen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen in Spitälern und in der niedergelassenen Versorgung interessant erscheinen.

Wie in vielen europäischen Ländern, so herrscht derzeit auch in Schweden Ärztemangel und auch dort ist man auf den Zuzug ausländischer Fachkräfte angewiesen. Deshalb wird zum Beispiel auf Veranstaltungen in Deutschland versucht, deutsche Ärztinnen und Ärzte für das schwedische Gesundheitswesen zu gewinnen. Geworben wird dabei unter anderem mit überschaubaren, fixen Arbeitszeiten, großzügigen Ausgleichszeiten für Dienste und vier Wochen durchgängigem Urlaub im Sommer (Letzteres ist in Schweden die Norm). Darüber hinaus wird auf die Urlaubsplanung von Eltern speziell Rücksicht genommen, wenn die Wünsche zwei Monate im Voraus bekannt gegeben werden.

Grundsätzlich gilt für Ärzte/Ärztinnen in Schweden eine 40-Stunden-Woche, die auf fünf Tage aufgeteilt ist. Die Arbeitszeiten liegen in Spitälern meist zwischen 7 Uhr morgens und 4 Uhr nachmittags, pünktliches Nachhausegehen ist Standard. Geleistete Dienste können entweder mit Geld, Freizeit oder einer Kombination daraus ausgeglichen werden. Weiterbildungsmaßnahmen zählen zur Arbeitszeit.[5]

3 Statista (2022): Europäische Union: Erwerbsquoten in den Mitgliedstaaten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht im 2. Quartal 2022. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/188794/umfrage/erwerbsquote-in-den-eu-laendern/

4 Statista (2022): Europäische Union: Fertilitätsraten in den Mitgliedstaaten im Jahr 2020. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200065/umfrage/geburtenziffern-in-ausgewaehlten-laendern-europas/

5 Swedish Medical Association (2010): Working in Sweden Information for doctors from EU/EEA countries. S. 5 https://slf.se/app/uploads/2018/07/working-in-sweden2010.pdf

Ähnlich sieht die Situation auch im niedergelassenen Bereich aus. Besonders in dünn besiedelten Gebieten werden sogenannte Sjukstuga (entspricht ungefähr einem österreichischen PVZ oder einem deutschem MVZ) unterhalten, in denen ein oder mehrere Mediziner/innen angestellt werden. Auch hier gibt es geregelte Arbeitszeiten mit großzügigen Zeitausgleichen für Dienste (z.B. ein freier Tag für 4 Stunden Dienst an einem Sonntag). Die wirtschaftliche und personelle Verantwortung liegt in diesen Einrichtungen bei der Geschäftsführung. Auch nach einer Vertretung wird im Bedarfsfall (Urlaub, Krankheit, …) von der Geschäftsführung gesucht.

Darüber hinaus sorgen nicht nur harte Fakten für Familienfreundlichkeit am Arbeitsplatz, sondern auch gesellschaftliche Werte und Normen. Die Einstellung der Schweden zu familiären Verpflichtungen ist jedenfalls eine liberalere, die der Familie öfter den Vorrang vor dem Beruf einräumt als etwa in Österreich oder in Deutschland. Kommt zum Beispiel in Schweden jemand zu spät in die Arbeit, weil das Kind krank ist, dann darf man mit mehr Verständnis rechnen und muss keine Angst vor beruflichen Konsequenzen haben.

Dennoch ist auch in Schweden nicht alles besser als hierzulande: Flache Hierarchien in Spitälern sorgen zwar für mehr Mitspracherecht aller Beteiligten, zögern aber die Entscheidungsfindung hinaus. Ärzte/Ärztinnen haben zwar mehr Zeit für ihre Patienten/Patientinnen, müssen jedoch einen noch höheren bürokratischen Aufwand betreiben. Das Gesundheitswesen in Schweden ist zwar ein sehr gutes, die Wartezeiten auf planbare Untersuchungen und Eingriffe sind jedoch eher lang. Das Einkommen von Ärzten/Ärztinnen liegt in Schweden eher unter jenem im deutschsprachigen Raum. Und auch in Schweden leiden viele Ärzte/Ärztinnen unter einer belastenden Arbeitsdichte, vor allem aufgrund von Personalmangel.[6]

6 Nilsen et al (2021): Working conditions in primary care: a qualitatove interview study with physicians in Sweden informed by the Effort-Reward-Imbalance model. BMC Family Practice (2021)22:149. S. 5f DOI: https://doi.org/10.1186/s12875-021-01500-1

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

**Bestelladresse:**

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekooe.at

Bestellformular: http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekooe Ärztekammer für Oberösterreich