



LGL

Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

unter besonderer Berücksichtigung
des ländlichen Raums

Unter Mitwirkung der Landesarbeitsgemeinschaft
Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV)

Band 1 der Schriftenreihe Versorgungsforschung

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0

Telefax: 09131 6808-2102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Internet: www.lgl.bayern.de

Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit,
Fotolia.com - © casanowe

Druck: osterchrist druck und medien GmbH, Nürnberg

Stand: März 2016

Autoren: Dr. Lukaszczik, M., Dr. Ahnert, J., Dr. Ströbl, V., PD Dr. Vogel, H.

Unter Mitwirkung der AG 3 der LAGeV: PD Dr. Donath, C., Dr. Enger, I., Prof. Dr. Gräßel, E., Heyelmann, L., Dr. Lux, H., Maurer, J., Özbe, D., Dr. Spieckenbaum, S., Voigtländer, E., Prof. Dr. Wildner, M., Dr. Zapf, A., Zellner, A., PD Dr. Holleederer, A.

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

PD Dr. Alfons Holleederer

Telefon: 09131 6808-2910

E-Mail: LAGeV@lgl.bayern.de

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100% Altpapier

ISSN 2510-3881 Druckausgabe

ISBN 978-3-945332-83-2 Druckausgabe
ISBN 978-3-945332-84-9 Internetausgabe

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Zielsetzung und thematische Einordnung	8
2. Durchführung und Methode	11
3. Aktueller Forschungs- und Wissensstand zur Vereinbarkeit von Gesundheitsberuf und Familie	13
3.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Allgemeine Konzepte und internationale Übersichtsarbeiten	13
3.2 Vereinbarkeitserleben und -konflikte bei Gesundheitsberufen: Internationale Forschungsbefunde	15
3.3 Vereinbarkeitskonflikte bei Gesundheitsberufen: Befunde aus Deutschland.....	19
3.3.1 Befragungen von Ärzten	19
3.3.2 Befragungen von Medizinstudierenden.....	28
3.3.3 Befragungen von beruflich Pflegenden (Krankenhaus, stationäre Alten-/Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste)	29
3.3.4 Folgen von Vereinbarkeitskonflikten und Karriereverläufe bei Ärzten und Psychotherapeuten – Studien im deutschsprachigen Raum.....	31
3.4 Ist-Zustand an deutschen Kliniken/Pflegeeinrichtungen	34
3.5 Ausübung von Gesundheitsberufen im ländlichen Raum	37
3.5.1 Internationale Forschungsbefunde	37
3.5.2 Befunde aus Deutschland.....	42
3.6 Zusammenfassung und Diskussion – aktueller Forschungs- und Wissensstand zur Vereinbarkeit von Gesundheitsberuf und Familie	45
4. Handlungsfelder und Möglichkeiten für Interventionen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf.....	47
4.1 Ausgewählte Interventionsansätze im internationalen Kontext.....	48
4.2 Ausgewählte Interventionsansätze in Deutschland.....	50
4.3 Ansatzpunkte zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf: Allgemeine Anmerkungen zur Systematisierung	65
4.4 Ansätze und Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der Verein- barkeit von Familie und Gesundheitsberuf – erarbeitete Empfehlungen ...	67

4.4.1	Querschnittsbereich „Bedarfsanalysen und Voraussetzungsprüfungen“ ...	69
4.4.2	Handlungsfeld „Absicherung bei Selbständigkeit“	69
4.4.3	Handlungsfeld „Angehörigenbetreuung und -pflege“	72
4.4.4	Handlungsfeld „Arbeitsgestaltung, Arbeitszeiten, einschließlich neuer Formen der Zusammenarbeit“	72
4.4.5	Handlungsfeld „Angebotsinfrastruktur für das Familienleben und Kinderbetreuung“	77
4.4.6	Handlungsfeld „Wiedereinstieg in den Beruf“	79
4.4.7	Handlungsfeld „Interventionen zur besseren Versorgung ländlicher Regionen“	82
4.5	Zusammenfassung und Fazit zu den Handlungsfeldern und Interventionsmöglichkeiten	84
5.	Literatur.....	87
6.	Anhänge	102

Zusammenfassung

Die Fördersäule „Innovative medizinische Versorgungskonzepte“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) hat zum Ziel, handlungsorientierte Ansätze zu erproben und zu evaluieren, um optimale Strukturen der Gesundheitsversorgung in Bayern zu gewährleisten. Im Rahmen der gegenwärtigen Optimierung der Fördersäule mit Schwerpunkt auf Strukturinnovationen im Gesundheitswesen wurde im Auftrag des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege die vorliegende Expertise erstellt. Ziel der Expertise ist es, den aktuellen Forschungsstand zum Handlungsfeld „Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf“ zu analysieren und Zielsetzungen für mögliche Modellprojekte und Interventionsansätze für eine Verbesserung der bayerischen Strukturen mit dem Schwerpunkt ländlicher Raum abzuleiten.

Es wurde eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zur Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf zu dokumentieren. Als inhaltliche Suchkriterien wurden definiert: Vereinbarkeit von Beruf und Familie (allgemein); Vereinbarkeitserleben und -konflikte bei Gesundheitsberufen; Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf im ländlichen Raum; Interventionsansätze zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Es wurden insgesamt 145 Publikationen in die inhaltliche Auswertung einbezogen.

Die Recherche zeigte insgesamt, dass es zu diesem Bereich sowohl national als auch international nur wenig systematische Forschung gibt. Die verfügbare Literatur beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit den Berufsgruppen der Ärzte und beruflich Pflegenden, für andere Berufsgruppen liegen kaum Arbeiten vor. Der Evidenzlevel der Studien ist meist niedrig, es handelt sich überwiegend um Querschnittstudien oder Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs. Es existieren nur wenige Interventionsstudien, die eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Zielgröße anstreben, zudem sind die Studien nur teilweise spezifisch auf Gesundheitsberufe ausgerichtet. Bei Praxisbeispielen und Informationsmaterialien zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf fehlen in der Regel Daten zur Evaluation, so dass offen bleibt, inwiefern durch die jeweiligen Ansätze tatsächlich eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erreicht werden kann. Entspre-

chend finden sich keine Metaanalysen, die den bisherigen Forschungsstand zusammenfassen und einen quantitativen Vergleich der Wirksamkeit verschiedener Interventionsansätze ermöglichen. Somit können im Rahmen dieser Expertise keine klaren Handlungsempfehlungen auf-grund wissenschaftlicher Evidenz gegeben werden, es wurde jedoch eine Zusammenschau der aktuell verfügbaren Literatur geleistet und erfolgversprechende Handlungsansätze abgeleitet.

Befragungen von Ärzten, Medizinstudierenden und beruflich Pflegenden in Deutschland zeigen übereinstimmend die hohe Bedeutung, die der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf beigemessen wird, auf. In mehreren Studien wurden protektive Faktoren gegen Vereinbarkeitskonflikte zwischen Beruf und Familie identifiziert. Diese beziehen sich auf aus-reichende personelle Ressourcen, soziale Unterstützung und bessere Kommunikation mit Vorgesetzten und ggf. Klinikleitung sowie mehr Einflussmöglichkeiten bezüglich der Arbeits-zeiten. Diese Faktoren könnten als Ansatzpunkte in Interventionen zur Verbesserung des Vereinbarkeitserlebens von Familie und Beruf gefördert werden. Das bloße Vorhandensein von Maßnahmen, die der Vereinbarkeit von Familie und Beruf dienen sollen, scheint dabei jedoch keine hinreichende Bedingung für eine gelingende Entwicklung und Inanspruchnahme solcher Maßnahmen zu sein, wichtig ist eine Einbindung in Maßnahmen der Organisationsentwicklung.

Die Literaturanalyse zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten zeigt, dass dieser Bereich bislang nicht systematisch mit Initiativen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf verbunden wurde. Hierfür bieten sich Ansatzpunkte in den Bereichen professioneller und persönlicher Rahmenbedingungen an.

Es konnten zahlreiche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf abgeleitet werden, die in den folgenden Themenfeldern zusammengefasst wurden:

- Absicherung bei Selbstständigkeit
- Angehörigenbetreuung und -pflege (Double/Triple Duty Caring)
- Arbeitsgestaltung
- Angebotsinfrastruktur für das Familienleben und Kinderbetreuung

- Wiedereinstieg in den Beruf nach Elternzeit
- Interventionen zur besseren Versorgung ländlicher Regionen

Die Ansätze unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Spezifität für den Bereich des Gesundheitswesens, der verfügbaren Evidenz, dem Innovationsgrad, der Umsetzbarkeit und der zu erwartenden „Wirksamkeit“. Aufgrund der Forschungsdefizite scheint es erforderlich, vor der Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen Bedarfs- und Bestandsanalysen durchzuführen. Für Modellprojekte sollte eine begleitende Evaluation sichergestellt sein, idealerweise auch eine Effektprüfung. Hierzu bedarf es angesichts der Komplexität der Thematik und der unterschiedlichen Ebenen, an denen Interventionen ansetzen können, einer genauen Beschreibung und Auswahl geeigneter Outcomes, die durch eine Intervention auch veränderbar sind bzw. deren Veränderung sich dokumentieren lässt.

Es wurden drei Modellprojekte, die Strukturinnovationen darstellen und besonders erfolgversprechend und in der Praxis gut umsetzbar erschienen, ausgewählt und näher erläutert. Diese stellen unterschiedliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf und Familie in den Mittelpunkt: Während das Projekt „Familienfreundlichere Ausgestaltung der Arztpraxis“ in erster Linie zu einer zeitlichen Entlastung von Ärzten führen soll, wird mit dem Projekt „Springerpools“ zusätzlich eine Gewährleistung der Praxiskontinuität und finanzielle Absicherung bei familienbedingten Arbeitsausfall- bzw. -reduktionszeiten angestrebt. Das Projekt „Motivation zum Wiedereinstieg“ schließlich nimmt zeitliche und finanzielle Barrieren beim Wiedereinstieg sowie die Organisation der Doppelbelastung von Medizinerinnen in den Blickpunkt.

1 Zielsetzung und thematische Einordnung

Die Fördersäule „Innovative medizinische Versorgungskonzepte“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege hat zum Ziel, handlungsorientierte Ansätze zu erproben und zu evaluieren, um optimale Strukturen der Gesundheitsversorgung in Bayern (mit besonderem Augenmerk auf die Versorgung im ländlichen Raum) zu gewährleisten.

Aktuell soll die Fördersäule optimiert und überarbeitet werden, der Schwerpunkt soll auf Strukturinnovationen im Gesundheitswesen (einschließlich Pflege) gelegt werden. Um diese Überarbeitung inhaltlich auszugestalten, wurde die Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV), die beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) verortet ist, vom StMGP damit beauftragt, Gutachten (Expertisen) zu drei thematischen Schwerpunkten zu erstellen und darin den Ist-Zustand sowie Zielsetzungen und Vorschläge für Ansätze zur Optimierung der Versorgungsstrukturen zu beschreiben. Innerhalb der LAGeV wurden dazu drei Arbeitsgruppen gebildet.

In der vorliegenden Expertise wird der aktuelle Forschungsstand zum Handlungsfeld „Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf“ dokumentiert und es werden Zielsetzungen möglicher Modellprojekte, Forschungsansätze und konkreter Lösungsvorschläge für eine Verbesserung der bayerischen Strukturen mit dem Schwerpunkt ländlicher Raum vorgestellt¹.

Eine Orientierung erfolgt dabei an den zentralen Problemfeldern, die in der ersten Sitzung der Arbeitsgruppe (am 17.06.2015) diskutiert wurden (vgl. Anhang 1):

- Arbeitszeiten
- Bestands- und Bedarfsanalysen bei verschiedenen Gruppen von Mitarbeitern in Gesundheitsberufen (Barrieren, Erwartungen, Ziele, Belastungen ...)
- Kinderbetreuung und Ermöglichen von „dual careers“
- Angehörigenbetreuung
- Absicherung bei Selbstständigkeit

¹ Für die Arbeitsgruppen 1 (Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor) und 2 (Schnittstelle ambulante Versorgung / Pflege) wird auf die entsprechenden Gutachten verwiesen.

- Wiedereinstieg in den Beruf
- Netzwerke

Weitere relevante, im Rahmen der Recherche identifizierte Bereiche gingen ebenfalls in die Expertise ein.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Thema, das seit geraumer Zeit in Politik, Berufspraxis und Forschung diskutiert und untersucht wird. Es ist auch für Angehörige von Gesundheitsberufen von großer Bedeutung und berührt Fragen der Qualität der gesundheitlichen Versorgung auf unterschiedlichen Ebenen– von der individuellen Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit von Ärzten, beruflich Pflegenden oder therapeutischen Berufen bis hin zur Gewährleistung einer ausreichenden medizinischen Versorgungsdichte in ländlichen Gebieten in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit einer familienfreundlichen Infrastruktur.

- Letztgenanntes Thema spielt für das Bundesland Bayern eine wichtige Rolle, da die Bevölkerungsdichte zum einen unter dem bundesdeutschen Schnitt liegt (179 Einwohner/km² vs. 226 Einwohner/km²) und bestimmte Regionen nochmals deutlich geringere Einwohnerzahlen pro Flächeneinheit aufweisen (z.B. Regierungsbezirk Oberpfalz mit 111 Einwohnern/km² [1]). Laut einer Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern KVB (vgl. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Bedarfsplanung/KVB-Uebersicht-Unterversorgung-in-Bayern.pdf>; Stand: Januar 2016) sind aktuell in Bayern zwei Planungsbereiche mit Hausärzten unterversorgt. Weiteren drei Planungsbereichen mangelt es an Fachärzten aus den Bereichen HNO, Dermatologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den nächsten Jahren droht in fünf weiteren Gebieten eine Unterversorgung an Hausärzten. Das Problem der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Gebieten wurde zwar inzwischen bundesweit erkannt, an der Umsetzung von wirksamen und innovativen Lösungsansätzen über die rein finanziellen Anreize hinaus mangelt es bisher noch [2].
- Auch für die Pflegeberufe wird ein zunehmender Fachkräftemangel berichtet [3]. Prognosen der Prognos AG (2013) gehen von einem Mangel an beruflich Pflegenden von 280.000 Personen im Jahr 2020 aus. Gesicherte Angaben zur Zahl

aller nicht besetzten Stellen in den Pflegeberufen liegen, da Pflegende weder auf Landes- noch auf Bundesebene registriert sind, nicht vor. Indizien für bestehende Engpässe können aus der Arbeitsmarktberichterstattung der Bundesagentur für Arbeit entnommen werden [4]. Hochrechnungen sagen voraus, dass die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen infolge der sich ändernden Altersstruktur der Bevölkerung künftig deutlich steigen, aber gleichzeitig das Fachkräftepotenzial schrumpfen wird, weil es seinerseits durch den Geburtenrückgang und die demografische Alterung beeinflusst wird [5]. Bezüglich Unterschieden in der Versorgungssituation in der Stadt und auf dem Land finden sich keine genauen Daten.

- In Bayern bieten nach dem Betriebspanel des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) aus dem Jahr 2012 nur 30 % der bayerischen Unternehmen Maßnahmen zur Verbesserung der Chancengleichheit und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf [6].
- Für den spezifischen Bereich des Gesundheitswesens bestehen in Deutschland teilweise erhebliche Defizite, was die „Infrastruktur“ familienfreundlicher Angebote und Strukturen angeht (vgl. Kapitel 3.4).
- Das IAB-Betriebspanel 2012 in Bayern dokumentiert den geringen Verbreitungsgrad der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (z.B. Kinderbetreuung) [6]. Gleichzeitig zeigt eine Studie aus Großbritannien, dass die formale (über Statistiken etc. dokumentierte) Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Unternehmen oder Organisationen nur gering damit korreliert, wie Mitarbeiter tatsächlich die Nutzungsmöglichkeiten solcher Maßnahmen einschätzen [7]. Das bloße Vorhandensein von Maßnahmen, die der Vereinbarkeit von Familie und Beruf dienen sollen, scheint damit noch keine hinreichende Bedingung für eine gelingende Entwicklung und Inanspruchnahme solcher Maßnahmen zu sein. Insofern scheinen weitere Faktoren von Bedeutung zu sein, u.a. die Erhebung des spezifischen Bedarfs, Kommunikation der Angebote sowie Maßnahmen der Organisationsentwicklung.
- Am Beispiel der Berufsgruppe der Ärzte wird deutlich: Wenngleich Männer wie Frauen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gleichermaßen hohe Bedeutung beimessen [8], scheinen Faktoren wie traditionelle Geschlechterrollenverteilungen

und -modelle oder der Mangel an positiven Vorbildern es Frauen in Medizin- und Gesundheitsberufen weiterhin stärker zu erschweren, Familie und Gesundheitsberuf in Einklang zu bringen [9]. Die Zahl der Frauen, die den Beruf der Ärztin ergreifen, steigt stetig; der Anteil weiblicher Studierender der Medizin lag 2013 bei 60,6 % (im Vergleich zu 45,7 % im Jahr 1993 [10]). Gleichzeitig belegen Erhebungen, dass Ärztinnen, v.a. solche mit Kindern, geringere Beschäftigungsraten aufweisen, ein deutlich größerer Teil von Ärztinnen, verglichen mit ihren männlichen Kollegen, keiner oder einer geringfügigen Tätigkeit nachgeht und nur vergleichsweise wenige Frauen Führungspositionen in Kliniken oder Einrichtungen des Gesundheitswesens und der klinischen Forschung innehaben [9, 11, 12].

Unter diesen (und weiteren) Gesichtspunkten ist die Kenntnis des aktuellen Wissens- und Forschungsstands zur Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf und der besonderen Rahmenbedingungen und Anforderungen für die in diesen Berufen Tätigen wichtig. So können Ansatzpunkte für mögliche Modellprojekte und Interventionen abgeleitet werden, die in den Versorgungsstrukturen in Bayern, insbesondere in den ländlichen Regionen, etabliert werden und zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf für diese Gruppe beitragen können. Dies soll mit der vorliegenden Expertise geleistet werden.

2 Durchführung und Methode

Zur Darstellung des Ist-Zustands zum Thema „Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf“ und der Identifizierung und Ableitung von Ansatzpunkten für Modellprojekte und -interventionen für die Strukturen der bayerischen Gesundheitsversorgung wurde zwischen Juli und Oktober 2015 eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche durchgeführt. Hierbei wurden die folgenden gängigen wissenschaftlichen Datenbanken einbezogen: PUBMED; MEDLINE; PSYCINFO; PSYINDEX; Cochrane Database of Systematic Reviews. Des Weiteren erfolgte eine Recherche in den Suchmaschinen Google und Google Scholar, ferner auf der Homepage des Thieme Verlags. Zudem wurden die Literaturangaben bereits identifizierter Publikationen gesichtet, um dort weitere für die Thematik relevante Veröffentlichungen aufzufinden. Darüber hinaus wurden bei fehlenden Veröffentlichungen von Studienergebnissen verschiedene medizinische Fachgesellschaften und Berufsver-

bände direkt kontaktiert (u.a. Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN).

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche (s.o.) wurden die in Tabelle 1 aufgeführten Suchbegriffe und Schlagwörter verwendet (deutsch und englisch, auch Trunkierungen und Kombinationen).

Tabelle 1: Suchbegriffe im Rahmen der Literaturrecherche

Englische Suchbegriffe	Deutsche Suchbegriffe
<ul style="list-style-type: none"> • Work-family <ul style="list-style-type: none"> – conflict – roles – facilitation – enhancement – satisfaction – enrichment • stress • health / healthcare • physician • intervention (dt., engl.) • promotion • program • balance / imbalance • double duty • caregiver / caregiving • nurse • pharmacist • (occupational, physio)therapist, physical therapist • paramedic • emergency medical assistant/technician • midwife • emergency medical • rural / urban • remote • medically underserved • physician shortage (area) • recruitment, retention 	<ul style="list-style-type: none"> • Beruf, Familie • Heilberufe, Gesundheitsberufe • Gesundheitswesen • Vereinbarkeit; vereinbar • Arzt; ärztlich • Medizin; medizinisch • Medizinische Fachgesellschaften • Therapeut; therapeutisch • Physiotherapeut/Ergotherapeut • Psychotherapeut/Psychiater • Zahnarzt • Pflege, Pflegeeinrichtungen • Krankenhaus, Klinik • Medizinische Fachangestellte • Rettungsdienst/Sanitäter, Notdienst • Hebamme • Apotheker • Programm • Pflege Angehöriger • Vereinbarkeit Beruf und Pflege Angehöriger • Befragung, Umfrage • ländlich / ländlicher Raum / strukturschwach

Das konkrete Vorgehen bei der Erstellung der Expertise wurde in einer Besprechung geklärt, an der Vertreter der Universität Würzburg, des LGL und des StMGP teilnahmen (Protokoll siehe Anhang 2).

3 Aktueller Forschungs- und Wissensstand zur Vereinbarkeit von Gesundheitsberuf und Familie

Im Folgenden werden zunächst internationale und nationale Befunde zum Verhältnis von Familie und (Gesundheits-)Beruf dargestellt.

3.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Allgemeine Konzepte und internationale Übersichtsarbeiten

In der internationalen Forschungsliteratur wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unter Schlagwörtern wie „work-family interface“, „work-family conflict“ oder „work-family enrichment“ untersucht. Während ersteres die Interaktionen und Schnittstellen zwischen beiden Lebensbereichen beschreibt, beziehen sich letztere auf mögliche negative bzw. positive Auswirkungen der Interferenzen zwischen beiden Bereichen im Sinne von Vereinbarkeitskonflikten.

Insbesondere zum Konzept des „work-family conflict“ (WFC) und seinen Korrelaten liegen mehrere Metaanalysen und systematische Reviews vor [13, 14, 15, 16]. Das Konzept umfasst sowohl die Interferenz arbeits- bzw. berufsbezogener Anforderungen mit dem familiären Lebensbereich (work interfering with family, WIF) als auch die Interferenz familienbezogener Anforderungen mit dem Beruf bzw. der Arbeit (family interfering with work, FIW [17, 18, 19]). Ein Großteil der Forschung bezieht sich hierbei auf die Einflüsse von Arbeit und Beruf auf den Familienbereich (WIF) [17].

Bezug genommen wird hier in der Regel auf rollentheoretische Modelle. Diesen zufolge können aus der Übernahme und Ausübung unterschiedlicher sozialer Rollen widersprüchliche oder übermäßige Anforderungen resultieren, die unter anderem mit Beeinträchtigungen von Leistungsfähigkeit, Befinden oder Gesundheit einhergehen („role strain“). Demgegenüber nimmt die „role enhancement“-Hypothese an, dass unterschiedliche Rollen positiv mit der (psychischen) Gesundheit assoziiert sind, da Ressourcen geschaffen werden, die innerhalb dieser oder bei der Ausübung anderer

Rollen eingesetzt werden können. Multiple Rollen sind damit identitätsfördernd und belohnend, etwa im Hinblick auf Anerkennung, finanzielle Sicherheit oder den sozialen Status [20, 21, 22].

- Konsistent wurde belegt, dass sich Belastungen im Arbeits- und Berufsbereich stärker auf den Bereich Familie auszuwirken scheinen (WIF) als umgekehrt. Als wichtige Moderatoren erwiesen sich das Geschlecht der (alleinerziehenden) Eltern und das Vorhandensein von Kindern. Je höher der Anteil an Eltern (d.h. Partnerschaften mit Kindern) in den einzelnen Studien, umso höher war die positive Korrelation zwischen arbeitsbezogenem Stress und FIW sowie zwischen Stress und WIF [14, 15]. Alleinerziehende Elternteile waren stärker von beiden Formen von Konflikten betroffen als verheiratete bzw. in einer Partnerschaft lebende Eltern [23].
- Untersucht wurden des Weiteren die Assoziationen von Work-Family-Conflict und unterschiedlichen Formen der Arbeitsgestaltung [24, 25]. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass flexible Arbeitsbedingungen (in zeitlicher und räumlicher Hinsicht) begrenzte Potenziale zur Reduktion von Vereinbarkeitsproblemen haben und traditionelle Arbeitsverhältnisse im Vergleich zu flexiblen Arbeitszeiten sogar ein geringeres Konflikterleben mit sich bringen können. Demgegenüber äußerten die bayerischen Betriebe im IAB-Betriebspanel 2012, dass Rücksichtnahme bei den Arbeitszeiten die am häufigsten umgesetzte Maßnahme für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist [6].
- Eine weitere Metaanalyse weist auf die Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz (durch Vorgesetzte und den Arbeitgeber als Organisation) hin [26].
- Hier ergeben sich auch Ansatzpunkte für Interventionen in Form von Trainings oder Schulungen im Rahmen der Personal- und Organisationsentwicklung. Die exemplarische Entwicklung und Evaluation eines solchen Trainings für Vorgesetzte im Handel zeigte, dass Interventionen zur Förderung eines günstigeren „Klimas“ für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf prinzipiell machbar sind. Die Zielgruppen sollten dabei genau identifiziert werden, da ein Benefit nur für bestimmte Subgruppen belegt werden konnte ([27], siehe auch Kapitel 4).

Positive und förderliche Interaktionen beider Lebensbereiche („work-family enrichment/enhancement“) sind mit einer höheren Arbeitszufriedenheit und stärkeren Bindung an den Arbeitgeber, aber auch mit höherer Zufriedenheit mit der familiären Situation, allgemeiner Lebenszufriedenheit und besserer psychischer Gesundheit korreliert [28]. Für die Praxis implizieren die Befunde dieser Metaanalyse, dass Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht nur auf die Reduktion von Work-Family-Conflict, sondern stärker auf die Förderung von Ressourcen abzielen sollten. Ansatzpunkte hierfür können unter anderem die Führungsebene, Trainings und Schulungen von Vorgesetzten und Mitarbeitern zur Förderung von relevanten Kompetenzen und Ressourcen sowie die Entwicklung bzw. Stärkung einer unterstützenden Unternehmens-/Organisationskultur sein [29].

3.2 Vereinbarkeitserleben und -konflikte bei Gesundheitsberufen: Internationale Forschungsbefunde

Für die Gesundheitsberufe existieren nach Kenntnis der Autoren keine spezifischen systematischen Übersichtsarbeiten zum Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“. Es konnten wenige internationale Studien zu Ärzten bzw. beruflich Pflegenden gefunden werden. Zu anderen Gesundheitsberufen (z.B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Apotheker, Hebammen) liegen nur vereinzelt Studien vor.

Studien aus Australien, Frankreich, Malaysia, den Niederlanden und Ungarn zeigen, dass bei Ärzten verschiedener Fachrichtungen das Erleben von Vereinbarkeitskonflikten (WFC) positiv mit Burnout assoziiert ist, aber auch mit anderen ungünstigen Outcomes wie Kündigungsbereitschaft oder Beeinträchtigungen der subjektiven Gesundheit korreliert [30, 31, 32, 33, 34]. In einer Studie aus Malaysia mit jungen Ärztinnen mit Kind erwiesen sich Vereinbarkeitskonflikte als vermittelnde Variable der Beziehung zwischen Rollenüberlastung und emotionaler Erschöpfung (als Burnout-Komponente) [31].

Für beruflich Pflegende ist in internationalen Studien belegt, dass Work-Family-Conflict mit stärkerer negativer Stimmung, emotionaler Erschöpfung, der Absicht zu kündigen bzw. den Arbeitsplatz zu wechseln, aber auch mit verschlechterten gesundheitlichen Parametern (Schmerzsymptomatik, erhöhter kardiometabolischer Ri-

sikoscore) einhergeht [35, 36, 37, 38, 39]. Eine angemessene Personalbesetzung, gute Führung und Unterstützung für beruflich Pflegende durch Management und Kollegen stellen protektive und zufriedenheitsfördernde Faktoren dar [36, 38].

Ein innovativer Untersuchungsansatz befasste sich mit der Analyse der organisatorischen Faktoren in Krankenhäusern, die sich auf das Erleben der Arbeitstätigkeit bei beruflich Pflegenden auswirken. In dieser belgischen Studie wurden anhand der Kündigungs- bzw. Arbeitsplatzwechselraten attraktive vs. unattraktive Einrichtungen differenziert [40] und diese hinsichtlich verschiedener Parameter verglichen. Während sich kaum strukturelle Unterschiede zwischen attraktiven und nicht attraktiven Kliniken fanden, war die Tätigkeit in attraktiven Krankenhäusern durch ein geringeres Maß an Arbeitsbelastung/-überlastung und Rollenkonflikten bzw. eine bessere erlebte Vereinbarkeit von Beruf und Familie gekennzeichnet, ferner durch folgende Merkmale:

- kürzere Fahrzeiten von zuhause zum Arbeitsplatz, weniger berufliche Alternativen im Umfeld;
- häufiger kurzfristige/ungeplante Schichten, aber auch größere Flexibilität/Einflussmöglichkeiten, was den Tausch oder das Verschieben von Schichten angeht;
- höhere Arbeitszufriedenheit und Arbeitsplatzsicherheit;
- mehr Entscheidungsspielräume;
- niedrigere Burnout-Raten, höhere subjektive Arbeitsfähigkeit und positivere Einstellung zur Arbeit;
- flachere Hierarchien und bessere Kommunikation mit der Klinikleitung.

Die Ergebnisse implizieren, dass für beruflich Pflegende attraktive Kliniken viele Merkmale eines „healthy workplace“ [41] aufweisen und dass die Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf wesentlich von den Elementen eines solchen Arbeitsplatzes beeinflusst wird. Um letztere zu erreichen bzw. zu verstärken, sind Ansätze zur Organisationsentwicklung wesentlich (vgl. auch Kapitel 4).

In der umfassenden europaweiten NEXT-Studie (Nurses Early Exit Study²) mit knapp 40.000 befragten beruflich Pflegenden (auch aus Deutschland) wurden Arbeitsbedingungen und Gründe für das Aufgeben des Pflegeberufs untersucht. Im Speziellen wurden auch Konflikte zwischen Arbeits- und Familienleben analysiert [39]:

- Deren Ausprägung lag im Vergleich mit den anderen berücksichtigten Ländern in Deutschland im mittleren Bereich und sehr nahe am Gesamtmittelwert. Ähnlich wie in den oben genannten Studien waren negative Einflüsse des Lebensbereichs „Arbeit“ auf die Familie stärker ausgeprägt als umgekehrt.
- Wesentliche Geschlechterunterschiede fanden sich nicht. Beruflich Pflegende mit Versorgungsverantwortung für Kinder gaben deutlichere Arbeit-Familie-Konflikte an (vgl. hierzu auch den untenstehenden Abschnitt zur Mehrfachverantwortung).
- Speziell in Deutschland berichteten beruflich Pflegende in ambulanten Einrichtungen (im Gegensatz zu anderen Ländern) das stärkste Konflikterleben.
- Stärkere Konflikte standen zudem mit häufigen Überstunden, quantitativen und emotionalen Arbeitsanforderungen im Zusammenhang. Dagegen erwiesen sich eine positive Führungsqualität von Vorgesetzten und soziale Unterstützung durch Kollegen als konfliktreduzierend.

Die Befragung einer repräsentativen Stichprobe von beruflich Pflegenden in den USA hinsichtlich erlebter Vereinbarkeitskonflikte ergab, dass 50 % über chronische/dauerhafte negative Auswirkungen der Arbeit auf das Familienleben berichteten [42].

In Gesundheitsberufen Tätige, die sowohl Kinder als auch (ältere) pflegebedürftige Angehörige versorgen (in der Literatur auch als „double/triple duty caregiving“ bezeichnet [43, 44]), hat in der Forschung bislang wenig Aufmerksamkeit gefunden. Erst in jüngster Zeit haben sich Studien aus Kanada, den USA und den Niederlanden mit beruflich Pflegenden in Mehrfachverantwortung beschäftigt. Dort zeigte sich:

- Das Verschwimmen der Grenzen zwischen familiärer und professioneller Rolle kann als Problem erlebt werden (Professionalisierung der häuslichen Pflege aufgrund der Fachausbildung und Schwierigkeiten, beide Rollen bzw. Anforderungen

² <http://www.next.uni-wuppertal.de/>

zu trennen, unter anderem aufgrund von Druck durch andere Familienmitglieder, die Pflege zu übernehmen [44]).

- Mehrfachverantwortung kann – im Vergleich zu beruflich Pflegenden ohne Verantwortung für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige – mit verschiedenen Beeinträchtigungen des Befindens und der subjektiven Gesundheit einhergehen (stärkere Vereinbarkeitskonflikte, mehr Stress, weniger erlebte soziale Unterstützung durch den Partner, vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, stärkeres Erholungsbedürfnis, mehr emotionale Erschöpfung, verstärkter Präsentismus [43, 45, 46]).
- Allerdings gab es in der Studie von Boumans und Dorant [45] keine negativen Effekte auf Arbeitszufriedenheit und -motivation. Die Befragten gaben zudem an, die Kombination häuslicher und professioneller Pflege auch positiv zu erleben.

Für nichtärztliche therapeutische bzw. Assistenzberufe lagen kaum Studien vor, die sich mit der Thematik der Vereinbarkeit von Familie und Beruf beschäftigt haben. Es fehlen systematische und repräsentative Erhebungen. Die bestehenden Untersuchungen liefern Hinweise darauf, dass bei Ergotherapeuten und Physiotherapeuten Schwierigkeiten, berufliche und familiäre Anforderungen zu vereinbaren, als Belastungsfaktor erlebt wird bzw. dass sich Arbeitsanforderungen ungünstig auf die Balance zwischen Beruf und Familie auswirken [47, 48]. Für die Berufsgruppe der Hebammen wurde in einer englischen Studie dokumentiert, dass Autonomie und erlebte Unterstützung durch den Arbeitgeber hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf Burnout-Erfahrungen abmildern [49].

Vereinbarkeitskonflikte stellen der vorliegenden internationalen Literatur zufolge einen Risikofaktor für Burnout und andere arbeits- und gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen dar. Neben einer angemessenen Personalbesetzung erscheinen personelle wie strukturelle Unterstützungsangebote am Arbeitsplatz (z.B. Schulungen, Arbeitszeitgestaltung) zur Reduktion solcher Konflikte wichtig. Damit sind auch Fragen der Organisationsentwicklung angesprochen, die explizit auch ein familienfreundliches Organisationsklima bzw. eine entsprechende Organisationskultur einschließen und sich nicht auf die reine Verfügbarmachung von Angeboten beschränken sollten.

3.3 Vereinbarkeitskonflikte bei Gesundheitsberufen: Befunde aus Deutschland

3.3.1 Befragungen von Ärzten

Bei Angehörigen von Gesundheitsberufen – insbesondere Ärzten und Zahnärzten – finden sich in den letzten Jahren zahlreiche Befragungen (z.B. von Fachgesellschaften) zum Thema „Arbeitsbelastung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ in Gesundheitsberufen, insbesondere bei Ärzten und Zahnärzten. Eine der wohl bedeutendsten Belastungen im Arztberuf ist der zeitliche Arbeitsumfang. Studien belegen, dass Ärzte (ambulant als auch stationär) sehr viel Zeit für ihre Arbeit aufwenden [50, 51, 52, 53]. Befragte Ärzte arbeiten durchschnittlich 9,6 Stunden täglich und verrichten durchschnittlich 33 Überstunden pro Monat [54], wöchentlich wird 55 Stunden lang gearbeitet [55]. Für Assistenzärzte werden sogar durchschnittlich 63 Stunden, für Oberärzte 68 Stunden und für Chirurgen 70 Stunden Arbeit pro Woche angegeben [56].

Betrachtet man unterschiedliche ärztliche Fachbereiche bei niedergelassenen Ärzten, so scheinen insbesondere Hausärzte mit durchschnittlich 55 Wochenstunden (ohne Bereitschaftsdienste) zeitlich am stärksten belastet [57]. In einer Umfrage der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2010 unter Krankenhausärzten [58] gab nur jeder 20. Arzt an, keine Überstunden oder Mehrarbeit leisten zu müssen. Damit scheint die Mehrheit der Befragten regelmäßig länger zu arbeiten. Über die Hälfte der Mediziner, die Überstunden/Mehrarbeit leisteten, erhielten dafür keine Vergütung oder Freizeitausgleich [58]. Die Studie zur Arbeitsbelastung von bayerischen Klinikärzten [59] zeigt, dass Ärzte hohen Belastungen ausgesetzt sind, die auch gesundheitliche Risiken zur Folge haben können (z.B. Schlafmangel, Tagesmüdigkeit).

Auch in einer Studie des Universitätsklinikums Heidelberg (200 Interviews mit unterschiedlich berufserfahrenen Medizinerinnen verschiedener Fachrichtungen und den Arbeitssettings Krankenhaus vs. Niederlassung gaben Ärzte als besonderen Belastungsfaktor die hohe zeitliche Beanspruchung ihres Berufes an [60]. Ursachen hierfür seien wenig Personal, häufige Dienste sowie die eigenen Ansprüche an Präsenz und Erreichbarkeit. Auch bürokratische Anforderungen und finanzielle Belastungen

scheinen von Belang zu sein. Die Doppelbelastung bei dem Versuch, Beruf und Familie zu vereinen, spielte für immerhin 41 % der Befragten in einer Teilstudie des Projektes eine wichtige Rolle [60].

Als Folge der starken zeitlichen Arbeitsbelastung bleibt vielen Ärzten nur wenig Freizeit und Zeit für ihr Privatleben. Ein Großteil der Ärzte (sowohl in Kliniken angestellte Ärzte als auch niedergelassene Ärzte) wünscht sich deshalb eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Dies belegen die in der nachfolgenden Tabelle 2 zusammengefassten Studien.

Bei Angehörigen von Gesundheitsberufen – insbesondere Ärzten und Zahnärzten – finden sich in den letzten Jahren zahlreiche Befragungen (z.B. von Fachgesellschaften) zum Thema „Arbeitsbelastung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ in Gesundheitsberufen, insbesondere bei Ärzten und Zahnärzten. Eine der wohl bedeutendsten Belastungen im Arztberuf ist der zeitliche Arbeitsumfang. Studien belegen, dass Ärzte (ambulant als auch stationär) sehr viel Zeit für ihre Arbeit aufwenden [50, 51, 52, 53]. Befragte Ärzte arbeiten durchschnittlich 9,6 Stunden täglich und verrichten durchschnittlich 33 Überstunden pro Monat [54], wöchentlich wird 55 Stunden lang gearbeitet [55]. Für Assistenzärzte werden sogar durchschnittlich 63 Stunden, für Oberärzte 68 Stunden und für Chirurgen 70 Stunden Arbeit pro Woche angegeben [56].

Betrachtet man unterschiedliche ärztliche Fachbereiche bei niedergelassenen Ärzten, so scheinen insbesondere Hausärzte mit durchschnittlich 55 Wochenstunden (ohne Bereitschaftsdienste) zeitlich am stärksten belastet [57]. In einer Umfrage der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2010 unter Krankenhausärzten [58] gab nur jeder 20. Arzt an, keine Überstunden oder Mehrarbeit leisten zu müssen. Damit scheint die Mehrheit der Befragten regelmäßig länger zu arbeiten. Über die Hälfte der Mediziner, die Überstunden/Mehrarbeit leisteten, erhielten dafür keine Vergütung oder Freizeitausgleich [58]. Die Studie zur Arbeitsbelastung von bayerischen Klinikärzten [59] zeigt, dass Ärzte hohen Belastungen ausgesetzt sind, die auch gesundheitliche Risiken zur Folge haben können (z.B. Schlafmangel, Tagesmüdigkeit).

Auch in einer Studie des Universitätsklinikums Heidelberg (200 Interviews mit unterschiedlich berufserfahrenen Medizinerinnen verschiedener Fachrichtungen und den Ar-

beitssettings Krankenhaus vs. Niederlassung gaben Ärzte als besonderen Belastungsfaktor die hohe zeitliche Beanspruchung ihres Berufes an [60]. Ursachen hierfür seien wenig Personal, häufige Dienste sowie die eigenen Ansprüche an Präsenz und Erreichbarkeit. Auch bürokratische Anforderungen und finanzielle Belastungen scheinen von Belang zu sein. Die Doppelbelastung bei dem Versuch, Beruf und Familie zu vereinen, spielte für immerhin 41 % der Befragten in einer Teilstudie des Projektes eine wichtige Rolle [60].

Als Folge der starken zeitlichen Arbeitsbelastung bleibt vielen Ärzten nur wenig Freizeit und Zeit für ihr Privatleben. Ein Großteil der Ärzte (sowohl in Kliniken angestellte Ärzte als auch niedergelassene Ärzte) wünscht sich deshalb eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Dies belegen die in der nachfolgenden Tabelle 2 zusammengefassten Studien.

Tabelle 2: Befragungen von Ärzten und Zahnärzten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Deutschland

Autoren	Stichprobe	Ergebnisse
Ärzte		
Gensch (2010) [61]	n=1.010 Ärzte in Bayern verschiedener Fachrichtungen (Klinik und Niederlassung) (Befragungszeitraum: 2002 bis 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielt bei der Wahl des zukünftigen Tätigkeitsfeldes bedeutende Rolle: 77 % der Frauen und 65 % der Männer nennen als Grund für eine Niederlassung familienverträgliche Arbeitszeiten. • 85 % wünschen sich zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie flexible Arbeitszeiten und flexiblere Kinderbetreuungsangebote • 6 % der befragten Ärztinnen und 18 % der Ärzte geben an, dass sich ihre Weiterbildung durch die Kindererziehung verzögert habe • 74 % der Medizinerinnen und 9 % der Mediziner unterbrechen für die Erziehung der eigenen Kinder ihre Weiterbildung, 15 % der Ärztinnen und 1 % der Ärzte beendeten diese hierfür sogar gänzlich
Flaig (2014) [58]	n=121 Ärzte verschiedener Fachrichtungen der medizinischen Fakultät Ulm	<ul style="list-style-type: none"> • schlechtere erlebte Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegenüber allen Normstichproben (WFC-Skala: M=19,6, FWC-Skala: M=11,9) • hohe quantitative Arbeitsanforderungen, Belastung durch regelmäßige Mehrarbeit, eine vergleichsweise hohe Arbeitsunzufriedenheit sowie ein Ungleichgewicht von Anforderungen und Kontrollmöglichkeiten im Beruf führen zu vermehrten Konflikten zwischen Arbeits- und Familienleben • bei 46 % der Stichprobe zum Erhebungszeitpunkt liegen Angststörungen oder Depressionen vor und gehen mit erhöhtem Konflikterleben zwischen familiärem und beruflichem Umfeld einher • reduzieren konnte sich das Konflikterleben durch die Inanspruchnahme von Teilzeitarbeit
Bühren (2010, 2010, 2012) [62–64] „Ich bin Ärztin“-Studie zur Arbeitssituation und Zufriedenheit von Frauen in der Medizin	n=1.200 Ärztinnen (Klinik und Niederlassung)	<ul style="list-style-type: none"> • 97 % ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtig • 35 % sehen für sich keine Möglichkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren, nur 20 % bewerten die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als gut • 34 % der Ärztinnen mit Kind und 23 % der Ärztinnen ohne Kind erleben geschlechterspezifische und gesellschaftliche Hemmnisse und Schwierigkeiten; Mütter sehen sich auf dem Weg zum beruflichen Erfolg mit mehr Hindernissen konfrontiert als Ärztinnen ohne Kinder

Autoren	Stichprobe	Ergebnisse
		<ul style="list-style-type: none"> niedergelassene Ärztinnen sind zufriedener mit ihrer Arbeit und können Familie und Beruf besser vereinbaren als Kolleginnen in der Klinik (flexiblere Arbeitseinteilung in der eigenen Praxis möglich) Ärztinnen mit Kind empfinden hinsichtlich der allgemeinen Arbeitssituation zwar größere Hürden, sind jedoch mit ihrer eigenen beruflichen Rolle und der persönlichen Arbeitssituation zufriedener als Ärztinnen ohne Kind. Dies könnte mit inzwischen schon häufig genutzten Teilzeitmodellen zusammenhängen
<p>Ärztammer Nordrhein, Fischer [57]/Ifas im Auftrag der KVB und NAV-Virchow-Bund Der Ärztemonitor 2014</p>	<p>n=10.586 Interviews mit niedergelassenen und angestellten ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten; Nordrhein: n=627</p>	<p>Ergebnisse für Nordrhein:</p> <ul style="list-style-type: none"> Arbeitszeitbelastung/Woche: Psychologische Psychotherapeuten: M=43 Stunden, Fachärzte: M=51 Stunden, Hausärzte: M=55 Stunden; ca. 20 % der Hausärzte arbeiten mehr als 65 Stunden/Woche Aufteilung Hausarzt (Stunden/Woche): M=33,6: Patientensprechstunden; M=5,2: Hausbesuche von Hausärzten, M=7,5: Verwaltungsaufgaben, M=3,8: Bereitschafts- und Notdienst, M=1,5: Anleitung des Praxisteam, M=3,4: Fort- und Weiterbildung und M=1,7: sonstige Tätigkeiten 73 % der Hausärzte, 65 % der Fachärzte und 52 % der Psychologischen Psychotherapeuten wünschen sich, „die Arbeitszeit zu reduzieren“. Insbesondere in Einzelpraxen liegt der Anteil der Ärzte, die ihre Arbeitszeit gerne verringern würden, bei 73 % 59 % der Hausärzte, 56 % der Fachärzte und 30 % der Psychotherapeuten beurteilen die Anforderungen des Arztberufs als belastend für das Privat- und Familienleben. 62 % sehen Vorteile der niedergelassenen Tätigkeit in der Möglichkeit, familienfreundlich zu arbeiten, insbesondere Kollegen in Gemeinschaftspraxen und Praxismgemeinschaften sehen hier Potential
<p>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2014) [66]</p>	<p>Kardiologen (n nicht angegeben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ca. ein Drittel der Ärzte und Ärztinnen mit Kindern ist mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zufrieden, rund 40 % sind deutlich unzufrieden auch männliche Befragte mit Kindern erkennen deutliche Defizite bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Autoren	Stichprobe	Ergebnisse
Hancke et al. (2012) [67]	n=1.037 Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: 75 % Frauenärztinnen und 25 % Frauenärzte	<ul style="list-style-type: none"> • fast 60 % der Frauenärztinnen wünschen sich außerfamiliäre Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder, allerdings werden Betreuungsplätze nur in 5 bis 13 % vom Arbeitgeber angeboten • sowohl für Frauenärztinnen (88 %) als auch für Frauenärzte (72 %) ist Karriere und Familie schlecht miteinander vereinbar
Befragung Assistenzärzte durch den Hartmannbund (2014) [68, 69]; (Flintrop et al., 2015 [70])	n=1.400 Assistenzärzte (Klinik und angestellt ambulant tätig)	<ul style="list-style-type: none"> • 31 % würden es vorziehen, in einem strukturierten Schichtdienstmodell zu arbeiten, wenn Bereitschaftsdienste dadurch überflüssig würden (31 % unentschlossen) • 26 % wollen sich später selbständig machen • Bei 43 % gibt es die Opt-Out-Regelung (Verlängerung der Arbeitszeit über die gesetzlichen 48/h hinaus ohne Freizeitausgleich) • 71 % würden zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf für einen bestimmten Zeitraum eine Teilzeitanstellung annehmen (82 % bei Frauen; 50 % bei Männern) • Änderungswünsche bezüglich des Mutterschutzes und der Elternzeit: • 70 %: ausführliches Gespräch über Elternzeit und geplanten beruflichen Wiedereinstieg • 43 %: Tipps für finanziellen Nachteilsausgleich • 20 %: Hilfestellung bei der Bearbeitung von Elternzeitanträgen • weitere Antworten: gleiche Förderung in der Weiterbildung wie die männlichen Kollegen; Schwangerschaftsbedingte Modifikation der Arbeitstätigkeit, kein pauschales Beschäftigungsverbot • 48 % geben an, dass ihre Schwangerschaft für sie ein Nachteil bezüglich ihrer Weiterbildungszeit und -inhalte war
Engelmann (2015) [71]	n=406 (91 Ärzte, 18 andere Akademiker, 284 Nicht-Akademiker) n=63 Abteilungsleiter der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH); plus Interviews mit 3 Personalchefs	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetztenreaktionen auf Elternzeit im Schnitt eher positiv als negativ • 51 % der Beschäftigten erlebten nach Rückkehr aus der Elternzeit eine signifikante Änderung ihrer Arbeitsaufgaben • erhöhte Fluktuation nach Elternzeit (58 % der Akademiker erwogen Wechsel Arbeitsplatz, 17 % der Führungskräfte verloren Status) • Verlust an Status/Macht, Zunahme an Arbeitsbelastung (signifikant ausgeprägter bei Ärzten als bei Angestellten mit niedrigeren beruflichen Qualifikationen); eigene Karriere-

Autoren	Stichprobe	Ergebnisse
		<p>perspektiven werden als signifikant schlechter empfunden, v.a. bei weiblichen Führungskräften</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei sehr negativen Erfahrungen mit Konsequenzen aus Elternzeit (Karrierenachteile): es wird signifikant seltener eine zweite Elternzeit in Erwägung gezogen • unterschiedliche Wahrnehmung/Bewertung der Veränderungen im Tätigkeitsbereich durch Beschäftigte (negativer) und Vorgesetzte
<p>Oberlander (2010): Befragung zur Work-Life-Balance junger Ärzte [53]</p>	<p>n=1.308 (in Kliniken tätige und niedergelassene Ärzte, seit höchstens 10 Jahren approbiert)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nur 4 % bewerten die Work-Life-Balance als gut, 13 % eher gut, 34 % mittelmäßig und 50 % als eher schlecht oder schlecht • keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern • nicht-kurativ tätige Ärzte und niedergelassene Ärzte bewerten die Kompatibilität deutlich besser als die Kollegen in Kliniken oder ambulant angestellte Ärzte
<p>Bestmann et al. (2010) [50]</p>	<p>n=2.165 Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Klinik und Niederlassung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitszeit wöchentlich mit Bereitschaftsdiensten: M=68 Stunden • 35 % sind unzufrieden mit der Kinderbetreuung (Normalbevölkerung: 14 % unzufrieden) • Unzufriedenheit mit Kinderbetreuung in Kliniken signifikant höher als im ambulanten Bereich; bei Ärztinnen signifikant höher als bei Ärzten
<p>Barth (2015) [72]</p>	<p>Ärzte in der Weiterbildung (ÄiW; Klinik und angestellt in Niederlassung); Befragung zu Zukunftsperspektiven: 3 Fokus-gruppen (n=13), Telefoninterviews (n=24), Onlinebefragung (n=132)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 74% der weiblichen ÄiW präferieren Arbeit mindestens „eher“ in Teilzeit (männlichen ÄiW: 14%) • Als Hausarzt in einer Praxisgemeinschaft zu arbeiten wird von 87% der weiblichen ÄiW mindestens „eher“ bevorzugt (männliche ÄiW: 41%) • 95,3% der männlichen ÄiW wollen sich „genau“ deshalb oder mindestens „eher“ niederlassen, weil sie „ihr eigener Chef sein möchten“ • 78% der Frauen wollen mindestens „eher“ selbstbestimmt arbeiten. Die Niederlassungsmotive von Frauen stellen eher darauf ab, durch die Niederlassung Beruf und Familie vereinbaren zu können.

Autoren	Stichprobe	Ergebnisse
Zahnärzte		
Umfrage der Bayerischen Zahnärztekammer unter Zahnärztinnen zu Vereinbarkeit von Familie und Beruf [73]	n=1.300 Zahnärztinnen in Bayern	<ul style="list-style-type: none"> • mehr als 93 % der Zahnärztinnen antworten bei der Frage nach der Einschätzung der Doppelbelastung mit „sehr groß“ und „groß“, insbesondere selbständige Zahnärztinnen sehen sich benachteiligt • Pause bis zum Wiedereinstieg liegt bei den niedergelassenen Zahnärztinnen bei durchschnittlich 10,2 Wochen, bei den angestellten bzw. verbeamteten Zahnärztinnen durchschnittlich bei 38,2 Wochen • insbesondere für Zahnärztinnen in Einzelpraxen und für Alleinerziehende zeigt sich eine hohe Belastung, Beruf und Familie zu vereinbaren • viele Frauen vermissen Einrichtungen zur Kinderbetreuung mit auf den Beruf abgestimmten Öffnungszeiten; besondere Probleme treten dann auf, wenn die Zahnärztin selbst oder ihre Kinder krank sind; mehr Teilzeitmöglichkeiten sind ein Wunsch vor allem der angestellten Zahnärztinnen
Isolde & Kohl (2011) [74]	Zahnärztinnen (n nicht angegeben)	<ul style="list-style-type: none"> • Doppelbelastung durch Familie und Beruf stellt für die Zahnärztinnen ein Hauptproblem dar: über 93 % schätzen sie als groß (49,2 %) beziehungsweise sehr groß (44,2 %) ein. Lediglich 6 % sehen sie als gering und 0,6 Prozent als sehr gering an. Dieses Ergebnis gilt weitestgehend auch bei einer nach niedergelassenen und angestellten Zahnärztinnen differenzierten Betrachtung. Bei den niedergelassenen Zahnärztinnen wird sie allerdings am stärksten wahrgenommen. • Gründe für die Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie: unzureichende Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und mangelhafte finanziellen Unterstützung durch den Staat; häufig genannte Problempunkte sind die Organisation von Vertretungen in den Praxen, das Berufsausübungsverbot für Angestellte oder das finanzielle Risiko, das mit einer Schwangerschaft für niedergelassene Zahnärztinnen verbunden ist.
Onlinestudie der Zahnärztekammer Nordrhein (Heyer, 2014) [75]	n=200 Zahnärzte und Praxispersonal	<ul style="list-style-type: none"> • 44 % der Befragten (Zahnärzte und Praxispersonal) beurteilen die Vereinbarkeit von Arbeitszeiten und Kinderbetreuung als „weniger gut“, 21 % als „schlecht“. Bei zwei von drei Befragten mit Kindern gibt es aktuell oder in absehbarer Zeit Probleme mit der Kinderbetreuung. • Nutzungswünsche für (gegebenenfalls auch kostenpflichtige) Kinderbetreuungsangebote:

Autoren	Stichprobe	Ergebnisse
		<ul style="list-style-type: none"> – Betreuung in Notfällen: 53 % „auf jeden Fall“, 25 % „vielleicht“. – Ferienbetreuung: 44 % „auf jeden Fall“, 29 % „vielleicht“ – Betreuung während Fort- und Weiterbildungen: 41 % „auf jeden Fall“ und 28 % „vielleicht“ – Früh- bzw. Spätbetreuung für Kita-Kinder: 39 % „auf jeden Fall“ und 28 % „vielleicht“

(M = Mittelwert, n = Anzahl)

Einheitlich kommen die Studien zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der befragten Ärzte sich eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie wünscht und ihre Arbeitszeit gerne reduzieren würde. Etwa die Hälfte der Ärzte ist unzufrieden mit den aktuell existierenden Möglichkeiten der Kinderbetreuung [50, 75] und wünscht sich eine bessere Abstimmung der Kinderbetreuungsmöglichkeiten mit ihren Arbeitszeiten.

Im Report Versorgungsforschung gaben 76 % der befragten Ärztinnen und 18 % der Ärzte an, dass sich ihre Weiterbildung durch die Kindererziehung verzögert habe ([61]; siehe Tabelle 2). 74 % der Medizinerinnen und 9 % der Mediziner unterbrachen für die Erziehung der eigenen Kinder ihre Weiterbildung, 15 % der Ärztinnen und 1 % der Ärzte beendeten diese hierfür sogar gänzlich [61]. Trotz der Bemühungen vieler Kliniken fehlt es den meisten noch an ausreichenden Kinderbetreuungsangeboten wie Krippen, Kindergärten und Tagesmüttern [9].

Engelmann et al. [71] untersuchten, wie sich Elternzeit bei 406 Beschäftigten (davon 91 Ärzte) an Kliniken auf den weiteren Karriereverlauf auswirkt: 51 Prozent der Beschäftigten erlebten nach Rückkehr aus der Elternzeit eine signifikante Änderung ihrer Arbeitsaufgaben, 17 Prozent der Führungskräfte verloren ihren Status, und 58 Prozent erwogen einen Arbeitgeberwechsel. Vorgesetzte nahmen die Veränderungen im Tätigkeitsbereich dabei als weniger negativ wahr als die Betroffenen selbst. Auch stellte sich der Einstieg in eine Teilzeittätigkeit nach der Elternzeit für Ärzte als deutlich schwieriger dar als für nichtärztliche Beschäftigte. „Insbesondere hochengagierte Beschäftigte werden nur dann zuversichtlich in Elternzeit gehen, wenn sie darauf vertrauen können, dass ihr fachlicher Status und ihre beruflichen Perspektiven gesichert bleiben. Hierfür ist ein spezifisches Rahmenwerk zu schaffen“ [71, S. e34].

Als Gegenmaßnahmen werden unter anderem eine klare Dokumentation des Mitarbeiterstatus vor der Elternzeit, eine verbindliche, schriftliche Rückkehrvereinbarung sowie eine eindeutige Vertretungsregelung, vorzugsweise durch 1:1-Ersatz, empfohlen.

Ein Großteil der befragten Ärzte wünscht sich eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Dies betrifft insbesondere eine bessere Abstimmung der Kinderbetreuungsmöglichkeiten auf ihre Arbeitszeiten. Allerdings werden auch bezüglich der Zeit der Schwangerschaft, Elternzeit und des Wiedereinstiegs in den Beruf Forderungen nach mehr Unterstützungsangeboten zur Vermeidung von Nachteilen oder Karrierebrüchen geäußert.

3.3.2 Befragungen von Medizinstudierenden

In Deutschland wurden auch mehrere Erhebungen mit Medizinstudierenden durchgeführt, um deren Präferenzen, Erwartungen und Erfahrungen hinsichtlich der Berufstätigkeit zu erfassen.

Befragt man Studierende der Medizin zu ihren beruflichen Perspektiven, so geben diese an, dass Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (z.B. Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten; flexible Arbeitszeiten; geregelte Arbeitszeiten) einen wichtigen Stellenwert einnehmen, etwa bei der Bewerbung auf eine Stelle, der Wahl des medizinischen Fachbereichs oder der Bereitschaft, als niedergelassener Arzt tätig zu werden [76, 77, 78, 79].

Heinz und Jacob [77] befragten 2.518 Studierende (15,7 % der eingeschriebenen Medizinstudierenden) zu ihren Berufsperspektiven. Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass die Allgemeinmedizin – im Vergleich zum aktuellen Bestand – zukünftig deutliche Nachwuchsprobleme haben wird, wenn sich die Präferenzen der Studenten nicht ändern. Flexible Arbeitszeiten (z.B. Teilzeit) und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind der überwiegenden Mehrheit sehr wichtig oder wichtig: Veränderungen in Präferenzen und der Spezialisierung auf ein medizinisches Fachgebiet werden teilweise mit der (mangelnden) Vereinbarkeit von Familie und Beruf in manchen Berufsfeldern, z.B. Chirurgie, begründet.

In der Befragung von Gibis et al. [76] (2012; n=12.518 Medizinstudierende) werden von den Studierenden unter anderem als Nachteile einer eigenen Praxis (im Vergleich zu einer Angestelltentätigkeit) zu wenig Möglichkeiten, Familie und Beruf zu vereinbaren und fehlende Anreize zur Niederlassung bzw. Austausch mit Kollegen in isolierter ländlicher Lage genannt. Für eine Krankenhausstätigkeit werden ebenfalls Probleme, Familie und Beruf vereinbaren zu können, als potenzielle Hindernisse/Nachteile gesehen.

Auch im Berufsmonitoring Medizinstudenten (n=11.462) [80] ist die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf den angehenden Ärzten für die Wahl der späteren Tätigkeit am wichtigsten. 95 % der befragten Studierenden wünschen sich eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie, 84 % geregelte und flexible Arbeitszeiten und 81 % eine Kinderbetreuung während der Weiterbildungsphase. Von den Studierenden wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unter den derzeitigen Bedingungen als schlecht bis unzureichend eingestuft. 80 % sind der Meinung, dass ein Allgemeinarzt immer verfügbar sein muss. Landgemeinden (bis 5.000 Einwohner) kommen für fast 40 % der befragten Studierenden als späterer Arbeitsort nicht in Frage.

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielt bei Medizinstudierenden eine wichtige Rolle und beeinflusst entscheidend die Wahl des späteren Berufsfeldes (z.B. medizinisches Fachgebiet) und die weitere berufliche Laufbahn (z.B. Niederlassung vs. Klinikstätigkeit).

3.3.3 Befragungen von beruflich Pflegenden (Krankenhaus, stationäre Alten-/Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste)

In einer Fragebogenstudie des HealthCare Management Instituts der Universität Trier [81] bei beruflich Pflegenden gaben 55 % der Befragten (n=855) an, dass sie in ihrem Beruf unzufrieden sind. Dafür machen viele die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie verantwortlich.

Im Rahmen der NEXT-Studie (siehe auch Kapitel 3.2) wurden 3.565 beruflich Pflegende aus Krankenhäusern, Alten/Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland untersucht [83]. Auf der AFK-Skala/WFC-Skala (Skala zum Arbeit/Familie-Konflikt von Netemeyer et al. [82]) erreichten die befragten beruflich

Pflegenden Werte in mittlerer Höhe (ambulante Dienste: M=46,4; Alten- und Pflegeheime: M=43,6). Mit der Höhe der quantitativen Anforderungen stieg der AFK-Wert. Dabei erwiesen sich in verschiedenen Altersgruppen Vereinbarkeitskonflikte als wichtiger Prädiktor des Gesundheitszustands [83].

Buxel et al. [84] befragten 45 Pfleger sowie 740 Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege. Lediglich etwa die Hälfte der Befragten stimmte der Aussage zu, dass sie alles in allem mit ihrem eigenen Arbeitsplatz zufrieden ist. Mit Blick auf den wahrgenommenen Arbeitsalltag gaben mehr als 50 % der befragten beruflich Pflegenden an, sich von der Arbeit im Krankenhaus häufig psychisch wie physisch stark belastet beziehungsweise erschöpft zu fühlen. Bei einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen Wichtigkeit und der Zufriedenheit mit den einzelnen zentralen Eigenschaften eines Arbeitsplatzes zeigte sich, dass der größte Handlungsdruck zur Verbesserung der Arbeitsplatzzufriedenheit unter anderem bei der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben liegt. Eine gute Work-Life-Balance ist für 83 % der Befragten sehr wichtig. Mit der Familienfreundlichkeit der Organisation der Schichtdienstmodelle (z.B. Sonderregelung in der Kleinkindphase) sind ca. 35 % „eher unzufrieden“. Mit der Unterstützung bei der Kinderbetreuung sind aktuell nur 12 % der Befragten mindestens „eher zufrieden“, für ca. 35 % der Befragten ist dieser Punkt allerdings für die Arbeitszufriedenheit sehr wichtig [84].

Eine Studie im Auftrag der Asklepios Kliniken Hamburg (2015)³, für die bundesweit 125 Pflegekräfte aus Kliniken, 63 Pflegekräfte aus Senioren- bzw. Pflegeheimen sowie 62 Pflegekräfte aus ambulanten Pflegediensten befragt wurden, zeigt, dass in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nur 35 % der Befragten vollkommen zufrieden sind. Im ambulanten Bereich liegt dieser Prozentsatz mit 40 % noch deutlich höher als im stationären Bereich (ca. 33 %). Bezüglich der Kinderbetreuungsangebote dagegen scheinen insbesondere die beruflich Pflegenden im ambulanten Bereich als auch in Seniorenheimen das Nachsehen zu haben: nur 21 % bzw. 17 % zeigen sich diesbezüglich vollkommen zufrieden (Klinik: 33 %) und ca. 25 % der Befragten wünschen sich für diesen Bereich starke Verbesserungen. Bezüglich der Teilzeitmodelle dagegen zeigt sich die Mehrheit der Befragten (60 %) zufrieden.

Um dem zunehmenden Mangel an beruflich Pflegenden zu begegnen, wurden ehemalige beruflich Pflegende bezüglich ihres Ausstiegs und eines möglichen Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf befragt [85]. Für mehr als die Hälfte der Befragten bildeten Aspekte aus dem Themenkomplex der persönlichen bzw. familiären Gründe das zentrale Ausstiegsmotiv (v.a. Schwangerschaft bzw. Kindererziehung).

Engelmann et al. [71] untersuchten, wie sich Elternzeit bei 406 Beschäftigten (davon 284 Nicht-Akademiker) an Kliniken auf den weiteren Karriereverlauf auswirkt: 51 Prozent der Beschäftigten erlebten nach Rückkehr aus der Elternzeit eine signifikante Änderung ihrer Arbeitsaufgaben, 17 Prozent der Führungskräfte verloren ihren Status, und 58 Prozent erwogen einen Arbeitgeberwechsel.

Insgesamt zeigen die Studien, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch für beruflich Pflegende sehr wichtig ist und die berufliche Entwicklung entscheidend beeinflusst. Auch hier wird einer Verbesserung der Kinderbetreuungsmöglichkeiten und familienfreundlichen Schichtmodellen ein hoher Stellenwert beigemessen. Eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie familienorientierte Wiedereinstiegsprogramme könnten möglicherweise auch dem deutschlandweit zunehmenden Mangel an beruflich Pflegenden entgegenwirken. Eine besondere Belastung stellt für beruflich Pflegenden die Doppelbelastung durch die Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen dar. Dies wurde bisher in der Forschung allerdings vernachlässigt. Des Weiteren finden sich bisher keine Studien/Befragungen von Auszubildenden in der Pflege.

3.3.4 Folgen von Vereinbarkeitskonflikten und Karriereverläufe bei Ärzten und Psychotherapeuten – Studien im deutschsprachigen Raum

In Deutschland finden sich nur wenige Studien, die gezielt das Thema Vereinbarkeitskonflikte (Work-Family Conflict, WFC; vgl. Kapitel 3.1) bei Gesundheitsberufen oder auch Berufsverlaufsmuster von Personen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, analysieren. Fünf publizierte Studien (u.a. Fuß et al., 2008 [86]; Mache et al. (2015) [87]; Hoff et al., 2005 [8]; Buddeberg-Fischer et al., 2010 [12, 88, 89] Reimann et al.,

³ Asklepios Kliniken Hamburg (2015). Jobzufriedenheit in Pflegeberufen. Befragung 2015. Unveröffentlichte Power-Point-Ergebnispräsentation.

2014 [90, 91]) betrachten die Vereinbarkeit von beruflicher und familiärer Lebensgestaltung von Ärzten und Psychotherapeuten und deren Folgen genauer.

Fuß et al. (2008) [86] untersuchten die Prävalenz von Work-Family-Conflict bei 269 deutschen Krankenhausärzten und stellten eine signifikant höhere Ausprägung als in der deutschen Allgemeinbevölkerung fest. Während ein niedrigeres Alter, höhere quantitative Anforderungen/Arbeitsbelastungen, Präsentismus und die Auswirkungen kurzfristiger Dienstplanänderungen auf den Alltag prädiktiv für Vereinbarkeitskonflikte waren, korrelierten diese nicht mit dem Geschlecht oder dem Vorhandensein von Kindern. Sie waren gleichwohl mit Burnout, Stresserleben und Kündigungsabsichten assoziiert. Bei Ärztinnen wurde im Durchschnitt eine niedrigere Arbeitszufriedenheit als bei männlichen Kollegen festgestellt.

Mache et al. (2015) [87] untersuchten in einer Querschnittstudie mit Klinikärzten in Deutschland (n=727), inwieweit neben arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen auch persönliche Ressourcen einen Zusammenhang mit WFC aufweisen. In der Stichprobe wurde WFC berichtet (M=76, SD=20, Range 0-100), es zeigte sich jedoch kein Unterschied im WFC in Abhängigkeit vom Geschlecht oder für Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen. Allerdings berichteten Ärzte mit Kindern mehr WFC als Ärzte ohne Kinder. In Übereinstimmung mit anderen Studien [39, 86] fanden die Autoren einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und WFC sowie einen negativen Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenen Ressourcen (u.a. Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung) und WFC. Zusätzlich untersuchten sie den Einfluss persönlicher Ressourcen (Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Resilienz) und fanden auch hier einen negativen Zusammenhang mit WFC. Demzufolge stellen sowohl arbeitsbezogene als auch persönliche Ressourcen einen Schutzfaktor gegen WFC dar, welche in Maßnahmen der Organisationsentwicklung gefördert werden könnten.

Hoff et al. (2005) [8] untersuchten die Work-Life-Balance von Ärzten und Psychologen bzw. Psychotherapeuten (n=1.000). Die Ergebnisse bestätigten die Annahme, dass Frauen in beiden Berufen ihre Lebenssphären häufiger integrieren und stärker ausbalancieren, während Männer häufiger segmentieren und dem Beruf Priorität gegenüber dem Privatleben einräumen. Männer halten jedoch ebenso wie Frauen

mehrheitlich beide Lebensbereiche für gleich wichtig (58 % der Befragten) und wünschen sich eine erhebliche Reduktion ihrer beruflichen Arbeitszeit. Die allgemein für wichtig gehaltene, stärker ausbalancierte Gestaltung des Lebens scheint also bei Männern nicht in dem Maße wie bei Frauen mit der tatsächlichen, stark berufsorientierten Lebensform übereinzustimmen.

Das durchschnittliche Verhältnis von beruflichem und familialem Budget zeigt bei Männern (mit 57 % zu 28 %) eine klare Dominanz des Berufes an, während es bei den Frauen (mit 47 % zu 37 %) ausgeglichener ist. Allerdings gibt es bei den Psychologen und Psychotherapeuten im Gegensatz zu Medizinern einen bemerkenswerten Anteil von Männern, die eine Balance-Vorstellung bereits stärker realisieren und sich in ihrer Lebensgestaltung den Frauen angleichen. Die Frauen unterscheiden sich von den Männern vor allem darin, dass sie signifikant sowohl häufiger Phasen einer Doppelbelastung als auch Phasen eines Doppelgewinns durch Beruf und Familie angeben. Zudem geben Frauen signifikant stärkere Abstriche im Beruf zugunsten der Familie und Männer stärkere Abstriche in der Familie zugunsten des Berufs an. Diese Unterschiede treten noch deutlicher hervor, wenn man nur die Personen mit Kindern betrachtet [8].

In der prospektiven Schweizer Längsschnittstudie von Buddeberg-Fischer und Mitarbeitern [12, 88, 89] zur Berufs- und Lebenssituation von 543 Ärzten in der Weiterbildung (Swiss MedCareer Study) zeigte sich, dass insbesondere die Einstiegsphase in das Berufsleben als belastend empfunden wird. Es finden sich zwei Typen bezüglich der Affektivität: Typ A mit anhaltend hohen Angst- und Depressivitätswerten und der unauffällige Typ B. Bei Typ A finden sich eine höhere Arbeitszeitbelastung, geringere Mentoring-Erfahrungen, eine geringere Zufriedenheit mit der beruflichen Laufbahn, Zeitmangel im Privatleben, Erschöpfung durch die Arbeit, geringere Distanzierungsfähigkeit und geringere Zufriedenheit mit der Freizeit [12]. Persönlichkeitsmerkmale wie berufliche Selbstwirksamkeitserwartung, Kohärenzgefühl, Selbstwert und „Overcommitment“ erwiesen sich als relevant bei der Zugehörigkeit zu den zwei Gruppen (geringere Werte bei Typ A bei Selbstwirksamkeitserwartung, Kohärenzgefühl, Selbstwert und höhere Werte bei Typ A bei Overcommitment). Insgesamt waren Ärztinnen (v.a. solche mit Kindern) häufiger nicht berufstätig, weniger karriereorientiert (u.a. weniger Karriereplanung, weniger weit „fortgeschritten auf der Karriereleiter“,

seltener in prestigeträchtigeren Fächern wie Chirurgie oder Kardiologie vertreten), präferierten eher Teilzeit und arbeiteten eher in kleinen Krankenhäusern oder in eigener Praxis [87].

Auch Reimann et al. [90, 91] untersuchten Karriereverläufe von Frauen in der Medizin mittels Interviews. Für Karrierebrüche machen die befragten Frauen oft die Schwangerschaft und die Familiengründung verantwortlich. Viele Ärztinnen erleben infolge der Schwangerschaft einen Abstieg (z.B. durch Verlust einer Forschungsstelle oder Habilitationsmöglichkeit) und verändern ihre beruflichen Ziele hin zu weniger karriereorientierten Arbeitsplätzen (z.B. Anstellung in Praxis, Niederlassung oder Teilzeittätigkeit an Kreiskrankenhaus). Aufgrund der Projektergebnisse wurden die Initiativen „Transfer Gender Med“ und „FamSurg“ (www.transfergendermed.de; www.famsurg.de) ins Leben gerufen, die Frauen in der Medizin hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützen sollen.

Nach wie vor scheint im Arztberuf noch stark die traditionelle Rollenverteilung vorzuherrschen: Frauen nehmen zu Gunsten der Familiengründung und der Kinderbetreuung berufliche Einbußen und Karrierebrüche in Kauf. In den letzten Jahren wird dieses Problem zunehmend erkannt und es werden Unterstützungsangebote für Ärztinnen mit Kind initiiert.

3.4 Ist-Zustand an deutschen Kliniken/Pflegeeinrichtungen

Es existieren nur wenige Studien, die den aktuellen Ist-Zustand hinsichtlich Kinderbetreuungs- und Teilzeitarbeitsmöglichkeiten an deutschen Kliniken erfassen.

Eine Untersuchung der Landesärztekammer Hessen zeigt, dass Teilzeittätigkeiten an Krankenhäusern bei Ärzten von 11 % im Jahr 2004 auf 16,7 % im Jahr 2007 zugenommen haben [92]. Fast 30 % der Ärztinnen arbeiten in Teilzeit dagegen nur 5,5 % der Ärzte. 77 % der befragten Ärztinnen und 68 % der befragten Ärzte würden ihre Arbeitszeit gerne reduzieren.

In einer Befragung des Deutschen Ärztinnenbunds zur Kinderbetreuung an deutschen Kliniken und Krankenhäusern [93] geben nur 14,8 % der 721 befragten Kliniken an, dass sie in ihrem Haus eine Kinderbetreuung anbieten (Betreuung 0-3 Jahre:

11,7 %; Betreuung 3-6 Jahre: 13,5 %; Betreuung 6-10 Jahre: 5 %). Die meisten dieser Kliniken mit Kinderbetreuung haben jedoch lange Wartelisten.

2010 boten, wie die Zahlen des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) zeigen, lediglich 19 % der deutschen Krankenhäuser betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung an. 15 % verfügten über eigene Kinderbetreuungseinrichtungen [94]. Dabei bewerteten 49,1 % der befragten Krankenhäuser die Platzzahlen der Kinderbetreuungseinrichtungen als bedarfsgerecht. Für 31,1 % der Kliniken deckten diese teilweise, für 17,7 % hingegen eher nicht den Bedarf [94]. Während 34,2 % der Krankenhäuser mit Kinderbetreuungsangeboten die Öffnungszeiten derselben für angemessen hielten, war dies für 44,5 % nur teilweise, für 21,3 % eher nicht der Fall. Moderat korrelierten die Öffnungszeiten der betrieblichen Kinderbetreuungseinrichtungen mit den besetzten Arztstellen: in Krankenhäusern, in denen die Öffnungszeiten der betrieblichen Kinderbetreuung als bedarfsgerecht für die Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes eingestuft wurden, waren im Bundesdurchschnitt 3,4 % der Arztstellen unbesetzt. Demgegenüber standen 4,4 % unbesetzte Arztstellen in den übrigen Kliniken [94].

Das DKI untersuchte 2008 die Familienorientierung im stationären Sektor mit dem Ergebnis, dass 40 % der Kliniken der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf einen mittleren bis hohen Stellenwert in ihrer Unternehmensstrategie zuordnen [95]. Für 12 % der Krankenhäuser spielte dies keine Rolle. Der Stellenwert der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Unternehmensstrategie hing dabei signifikant von der Größe der Krankenhäuser ab: während zwei Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten dieser einen eher hohen Stellenwert zurechneten, war dies bei Kliniken bis 300 Betten nur bei einem Drittel der Fall. 70 % der Krankenhäuser sehen keine Kinderbetreuung vor, bei rund 9 % sei diese aber mittelfristig in Planung. Das DKI kommt damit zu dem Ergebnis, dass die betriebliche Kinderbetreuung in Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch deutlich ausbaufähig ist [95].

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in 350 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurde von der Industrie- und Handelskammer Berlin und der Universität Kiel in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste [96] untersucht: Es wurde ein deutlicher Fachkräftemangel in der Stadt und auf

dem Land festgestellt. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist grundsätzlich ein wichtiger Aspekt für die Arbeitszufriedenheit. In 78 % der Einrichtungen ist die Betreuung von Kindern und Jugendlichen ein wichtiger Aspekt zur Förderung der Arbeitszufriedenheit. Fast die Hälfte der Einrichtungen sieht auch in einer Gewährleistung der Pflege von Angehörigen einen wichtigen Faktor für die Arbeitszufriedenheit. 62 % der Einrichtungen bieten spezielle Arbeitszeitmodelle für Beschäftigte mit Familienpflichten an. Etwa ein Drittel der Einrichtungen unterstützt die Mitarbeiter aktiv bei der Kinderbetreuung. 70 % der Einrichtungen geben Hilfen bei Wiedereinstieg in den Beruf, Servicedienste für Familien sind dagegen nur in 23 % die Angebote in den Routinebetrieb integriert. 75 % der Einrichtungen wünschen sich Kooperationen mit externen Dienstleistern zur Kinderbetreuung.

Die Ergebnisse der Ärztebefragungen in Kapitel 3.3.1 (vgl. Tabelle 2) als auch der beruflich Pflegenden in Kapitel 3.3.3 zeigen, dass ein Mangel an Kinderbetreuungsangeboten wie Krippen, Kindergärten oder Tagesmüttern auch für die niedergelassenen Ärzte und ambulant tätigen Pflegenden ein großes Problem darstellt. Größere Einheiten wie Krankenhäuser oder Pflegeheime scheinen mehr Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und Angebote für ihre Mitarbeiter (inkl. finanziellen Unterstützungsangeboten) zu haben als kleine Einheiten oder selbstständig Tätige (z.B. Einzelpraxen oder Hebammen).

Trotz Bemühungen seitens der Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen ist ein Mangel an Kinderbetreuungsangeboten wie Krippen, Kindergärten, Tagesmüttern für Mitarbeiter der Einrichtungen feststellbar, auch wenn einzelne familienfreundliche Modelle in Kliniken zeigen, dass umfassend flexible Kinderbetreuungsangebote und familienfreundliche Arbeitszeiten sich durchaus mit wirtschaftlichen Zielen vereinbaren lassen. Deutschlandweit ist weder deren Anzahl ausreichend noch entsprechen die angebotenen Betreuungszeiten den Anforderungen des klinischen Alltags. Wenig familienfreundlich sind die vorherrschenden Arbeitszeitmodelle, die mit nur 10 % Teilzeitstellen wenig Flexibilität bieten [9].

3.5 Ausübung von Gesundheitsberufen im ländlichen Raum

Gemäß den Empfehlungen der WHO [97] zur Förderung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten kommt der Ausbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen eine Schlüsselrolle zu. Die Gesundheitsversorgungsstrukturen sind zwischen Stadt und Land ungleich verteilt mit einem dichteren Versorgungsangebot in den Städten. Es gibt international daher eine Reihe von Untersuchungen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie Professionelle im Gesundheitswesen zu einer Tätigkeit im ländlichen Raum motiviert bzw. dort gehalten werden können. Studien zur Tätigkeit in Gesundheitsberufen im ländlichen Raum wurden vorrangig in Ländern wie zum Beispiel Australien und Kanada durchgeführt. Arbeiten aus Deutschland sind rar. Ein Bezug zur Frage der Vereinbarkeit von Familie und (Gesundheits-)Beruf wird in den vorhandenen Studien nicht hergestellt, wenngleich in Befragungen von Ärzten und Medizinstudierenden in Deutschland die Frage nach einer Tätigkeit in ländlichen Regionen thematisiert wurde (siehe Kapitel 3.5.2).

Es ist bei der Sichtung und der Bewertung der Literatur zu beachten, dass „ländlicher Raum“ oft uneinheitlich in den verschiedenen Studien verwendet wird. So bezieht sich etwa gemäß einer Definition der OECD „ländlicher Raum“ auf Gebiete mit weniger als 150 Personen/km² [98]. Rygh und Hjortdahl [98] nennen als Elemente für ländlich isolierte und verteilte Kommunen, geringe Bevölkerungsdichte, schlechter öffentlicher Personennahverkehr und Straßeninfrastruktur, große Entfernungen zu Krankenhäusern und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal anzuziehen. Steinhäuser et al. [99] führten eine Übersetzung und kulturelle Adaptation der neuseeländischen Rural Ranking Scale (RSS) durch und definierten Cut-off-Punkte für ländlich, semi-ländlich und städtisch. Mit dem Fragebogen Modified RRS-Germany (mRRS-G) können unter dem Aspekt der Gesundheitsversorgung ländliche Gebiete definiert werden.

3.5.1 Internationale Forschungsbefunde

Es fehlen weitgehend Übersichtsarbeiten zu dieser Thematik. Ein Cochrane-Review befasst sich mit der Bewertung von Interventionen zur Erhöhung des Anteils von Mitarbeitern im Gesundheitswesen, die in ländlichen Regionen tätig werden [100]. Die

Autoren konnten nur eine Studie identifizieren, die die Einschlusskriterien erfüllte, so dass die Autoren deutliche Forschungsdefizite sehen und insbesondere den Mangel an Studien mit hohem Evidenzgrad herausstellen.

Defizite bestehen dementsprechend auch hinsichtlich der Frage von Strukturen und Angeboten zur Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf in ländlichen Räumen. Eine Literaturübersicht zu Ansätzen zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten identifizierte folgende Themenbereiche:

- Public Health-Strategien;
- Delegieren bzw. Neuzuschnitt/Neustrukturierung von Aufgaben, Teamarbeit, Interdisziplinarität;
- integrierte Versorgung und Managed Care;
- Ausweitung hausärztlicher/primärmedizinischer Aufgaben, Verbesserung der Schnittstellen, Patientenschulungen, Intermediate Care (Brückenpflege u.a.);
- niedrigschwellige fachmedizinische Angebote (specialist outreach);
- Telemedizin [98].

Auch hier werden keine expliziten Aussagen zu Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf getroffen, wenngleich einige der Ansätze Entlastungen hinsichtlich der Arbeitszeit implizieren, so dass hieraus indirekt ein Benefit für die Work-Life-Balance entstehen kann.

In mehreren Überblicksarbeiten [101, 102] wurden Studien mit geringem Evidenzgrad zusammengefasst, die Ansätze zur Förderung von Gesundheitsberufen im ländlichen Bereich untersuchen. Die Ansätze umfassen Aus- und Fortbildung, finanzielle Anreize, regulatorische Strategien sowie professionelle und persönliche Unterstützung. Einige Ergebnisse werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Aus-/Fortbildung

- Übereinstimmend wird in mehreren Überblicksarbeiten ein ländlicher Hintergrund des Arztes als bedeutsamer Faktor für eine Niederlassung im ländlichen Bereich gesehen [102, 103]. Zudem gibt es auch Hinweise darauf, dass ein ländlicher Hintergrund des Ehepartners mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf dem Land zu arbeiten einhergeht [103].

- Studierende aus medizinischen Fakultäten in ländlicher Lage praktizieren eher auf dem Land [102].
- Männer praktizieren eher als Landarzt als Frauen [102].
- Studienaufenthalte von Studierenden in ländlichen Regionen verbessern die Einstellung gegenüber einer Niederlassung im ländlichen Raum bzw. die Absicht, sich dort niederzulassen; inwiefern sie den Ort der tatsächlichen späteren Tätigkeit beeinflussen, ist nicht bekannt [102].
- Es wird angenommen, dass die Integration von Aspekten ländlicher Medizin sowie von Allgemeinmedizin in den Studienplan zu einer höheren Bereitschaft führt, sich im ländlichen Raum niederzulassen; es fehlt bislang jedoch Evidenz, dass eine Spezialisierung in diesen Bereichen auch tatsächlich zu einer Niederlassung auf dem Land führt [102].

Finanzielle Anreize

Es wurden unterschiedliche finanzielle Anreize eingesetzt, um eine Tätigkeit im ländlichen Raum zu fördern, z.B. Stipendien und Ausbildungsdarlehen mit Arbeitsverpflichtung oder direkte finanzielle Unterstützung. In Bezug auf finanzielle Anreize lässt sich eine heterogene Befundlage feststellen.

- Nach Grobler et al. [102] zeigten Stipendien mit verpflichtender Tätigkeit im ländlichen Raum in verschiedenen Ländern unterschiedliche Ergebnisse, direkte finanzielle Anreize hatten in Studien aus Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen dagegen positive Effekte auf eine Tätigkeit im ländlichen Raum.
- Bärnighausen und Bloom [104] führten einen systematischen Review zum Einfluss finanzieller Anreize auf eine Tätigkeit in unterversorgten Gebieten durch. In 43 überwiegend US-amerikanischen Studien wurden unterschiedliche finanzielle Anreize untersucht (u.a. Stipendien und Ausbildungsdarlehen mit Arbeitsverpflichtung, direkte finanzielle Anreize). Die Befunde sprechen für eine Rekrutierung von Gesundheitspersonal in unterversorgte Gebiete durch finanzielle Anreize, zudem zeigt sich eine höhere Wahrscheinlichkeit für Programm-Teilnehmer als für Nicht-Teilnehmer langfristig in unterversorgten Gebieten zu arbeiten.
- Ein anderer Review [105] kommt zu der Schlussfolgerung, dass finanzielle Anreize die Rekrutierung von Ärzten verbessern, jedoch wenig erfolgreich in Bezug auf

einen langfristigen Verbleib der Mitarbeiter in ländlichen oder unterversorgten Gebieten sind.

- Der Review von Baier und Struckmann [106] liefert Hinweise darauf, dass sich die Ergebnisse in Abhängigkeit der Berufsgruppe unterscheiden, und Menschen in knappen finanziellen Verhältnissen (z.B. Studierende) finanziellen Anreizen eher eine Bedeutung beimessen.

Regulatorische Interventionen

Mit dem Begriff regulatorische Interventionen werden verpflichtende Einsätze in unterversorgten Gebieten beschrieben. Frehywot et al. [107] konnten über eine systematische Literaturanalyse Programme in über 70 Ländern identifizieren. Die Programme sind vielfältig und umfassen verpflichtende Einsätze für einen definierten Zeitraum nach Abschluss der Ausbildung, verpflichtende Einsätze ohne oder mit bestimmten Anreizen (z.B. Stipendien, Erlaubnis für Spezialisierung, Vergünstigungen für Wohnraum oder familienbezogen). Eine systematische Evaluation wurde für die meisten Programme nicht durchgeführt, aus verschiedenen Ländern wird jedoch eine bessere Versorgung in allen Regionen bzw. eine gleichmäßigere Stadt-Land-Verteilung berichtet (u.a. Puerto Rico, Südafrika, Thailand). Für den Erfolg der Programme ist es zentral, dass die Anforderungen transparent sind. Zudem wird auf die Bedeutung von Unterstützung hingewiesen. Insbesondere für Berufsanfänger ist fachliche Unterstützung und Supervision bedeutsam, um ihre Arbeit effizient ausführen zu können. Eine negative Erfahrung zu Beginn der Berufstätigkeit während des verpflichtenden Einsatzes in unterversorgten Gebieten kann dazu führen, dass die Betroffenen sich langfristig andere Arbeitsplätze suchen [102].

Professionelle Unterstützung

Hinweise auf die Bedeutung professioneller und persönlicher Unterstützung liegen aus Fragebogenstudien vor, es gibt aber wenig Information zur Effektivität dieser Interventionen [102]. Bedeutsam scheinen die Arbeitsbedingungen zu sein; hier scheint einer Regelung der Arbeitszeiten, etwa über Vertretungsregelungen und Rufbereitschaften eine bedeutsame Rolle zuzukommen [101]. Zudem wird auf die Wichtigkeit kontinuierlicher Weiterbildung, Karrieremöglichkeiten sowie professioneller Unterstützung z.B. in Form lokaler Akademikernetzwerke hingewiesen [101, 102]. Zu-

dem kann über verschiedene Maßnahmen der Telemedizin [101] eine professionelle Unterstützung geleistet werden, z.B. die Möglichkeit für Ärzte, bei einem fachärztlichen Kollegen eine zweite Meinung einzuholen.

Persönliche Unterstützung

Bezüglich persönlicher Unterstützung werden zusammenfassend schlechte Lebensbedingungen, mangelhafte medizinische Versorgung und Schulen sowie mangelnde Arbeitsmöglichkeiten für den Partner als Barrieren, im ländlichen Raum zu arbeiten, genannt [101, 102].

Verschiedene internationale Studien stellen Modellprojekte und deren Evaluation zu Fragen der Tätigkeit im ländlichen Raum vor. Ein Bezug zur Frage der Vereinbarkeit von Familie und (Gesundheits-)Beruf fehlt hier wiederum.

- Kane et al. [108] evaluierten ein Programm zur Förderung der Attraktivität ärztlicher Tätigkeit in ländlichen Gebieten (u.a. klinisches Training in ländlichen Regionen in der vorlesungsfreien Zeit im Sommer; Betreuung durch Ärzte vor Ort) als Teil des Medizincurriculums an einer US-Universität. Teilnehmer des Programms ließen sich mit größerer Wahrscheinlichkeit im selben Bundesstaat als Nichtteilnehmer nieder. Die Tätigkeit im ländlichen Raum wurde nach Durchlaufen des Programms signifikant positiver gewertet. Studierende, die nach dem Programm die Wahrscheinlichkeit/Bereitschaft, künftig auf dem Land zu arbeiten, als höher einschätzten, waren später auch eher auf dem Land tätig.
- In Schottland wurde ein Modellprojekt, das einen erweiterten Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums in ländlichen Regionen umfasst, evaluiert. Teilnehmer hoben als Gründe für die Programmteilnahme unter anderem das Kennenlernen der Besonderheiten der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen im Kontrast zur Klinik­tätigkeit in einem städtischen Umfeld hervor [109].
- Eine australische Studie mit angehenden Ergotherapeuten weist ebenfalls darauf hin, dass eine stärkere Verankerung des Themas „Tätigkeit in ländlichen Gebieten“ im Ausbildungskonzept und mehr entsprechende praktische Erfahrungen hilfreich sein können, um zu einer solchen Tätigkeit zu motivieren [110].

- In Schottland wurde ein Modellprojekt zur zentralen telefonischen Betreuung und Koordination der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum durch beruflich Pflegende („centralised nurse telephone triage“) durchgeführt [111].

Insgesamt lässt sich festhalten, dass zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten großer Forschungsbedarf besteht. Eine systematische Verbindung mit Ansätzen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf ist nach Kenntnis der Autoren bislang nicht erfolgt. Diese Kombination erscheint auch aufgrund des Ergebnisses, dass gegenwärtig überwiegend Männer als Landärzte praktizieren, vielversprechend [102]. Dabei lassen sich Ansatzpunkte insbesondere aus dem Bereich der professionellen und persönlichen Unterstützung ableiten.

Dies reflektiert die entsprechenden WHO-Empfehlungen, die sich auf die Auswahl und Rekrutierung von Studierenden/Auszubildenden, die Integration von Ausbildungselementen und -phasen vor Ort in Curricula, die Einbeziehung in Fort- und Weiterbildung und die Bedeutung von (finanziellen) Anreizen und Unterstützungsangeboten vor Ort beziehen [97]. Die Ergebnisse weisen auf das hohe Optimierungspotenzial bei den Angebotsstrukturen hin.

3.5.2 Befunde aus Deutschland

In Deutschland wurden mehrere Erhebungen mit Ärzten bzw. Medizinstudierenden durchgeführt. Ein konsistenter Befund aus diesen Befragungen ist in Übereinstimmung mit den oben referierten internationalen Befunden, dass eine Sozialisation auf dem Land die Bereitschaft, selbst in ländlichen Regionen (etwa als Allgemeinmediziner) tätig zu werden, wie auch die tatsächliche Tätigkeit im ländlichen Raum günstig beeinflusst [76, 77, 112, 113].

In Bezug auf niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren für Ärzte in Deutschland fassen Langer et al. [112] die Ergebnisse von Studien in einer Literatürübersicht zusammen. Die Autoren identifizierten 10 Studien, die sich mit der Thematik beschäftigten; dabei handelt es sich um Querschnittstudien, in welchen Medizinstudierende, angehende oder bereits niedergelassene Ärzte befragt wurden. Auch

hier weisen die Autoren auf das mäßige methodische Niveau der Studien und somit geringe Evidenzlage hin.

Insgesamt lässt sich jedoch schlussfolgern, dass sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Faktoren für eine Niederlassung bedeutsam sind. Unter die nicht-monetären Faktoren fallen:

- Rahmenbedingungen für die Familie (z.B. berufliche Möglichkeiten für den Lebenspartner, Betreuungs- und Schulangebote für Kinder),
- berufliche Kooperationsmöglichkeiten (z.B. fachlicher Austausch mit Kollegen, gemeinsame Nutzung von Geräten),
- berufliche Verpflichtungen (z.B. Zahl der Bereitschaftsdienste),
- Arbeitsbedingungen (z.B. Zeit pro Patient) sowie
- die Lebensqualität im Umfeld (Freizeitmöglichkeiten, kulturelle Angebote).

Zudem scheint ein Geschlechterunterschied in der Gewichtung der Faktoren vorzuliegen [114, 115]: während für Männer finanzielle und Arbeitsbedingungen eine bedeutsamere Rolle spielen, scheinen Frauen beruflichen Kooperationsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen für die Familie sowie beruflichen Verpflichtungen eine höhere Bedeutung beizumessen.

In einer Fragebogenerhebung unter Ärzten in Fortbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin [116] hinsichtlich der Niederlassungsbereitschaft und der Bereitschaft, sich auf dem Land niederzulassen, waren die am häufigsten genannten Einflussfaktoren für die Niederlassung ein familienfreundliches Umfeld, der Ort und die Zusammenarbeit mit Kollegen. Weitere wichtige Faktoren waren keine Wochenenddienste, gute Infrastruktur, ein Krankenhaus in der Nähe sowie ein Jobangebot für den Partner. Finanzielle Faktoren (z.B. viele Privatpatienten, niedrige Mietpreise, staatliche Zuschüsse) wurden dagegen von weniger Teilnehmern genannt. Zudem zeigte sich, dass der Landarzt auch mit einem negativen Image besetzt ist (ständige soziale Kontrolle, höhere Arbeitsbelastung als Ärzte in der Stadt, rund um die Uhr für Patienten verantwortlich).

Über eine Sekundärdatenanalyse einer Befragung niedergelassener Ärzte konnten Steinhäuser et al. [116] zeigen, dass Allgemeinärzte in Einzelpraxen auf dem Land durchschnittlich 4 Stunden länger pro Woche arbeiten als ihre Kollegen in der Stadt,

jedoch besteht kein Unterschied hinsichtlich der Anzahl an Privatpatienten und Anzahl der Patienten/Woche. Vielmehr ergab sich ein Zusammenhang zwischen Geschlecht, Anzahl der Patienten/Woche und der Tätigkeit in Einzel- vs. Gemeinschaftspraxis mit der wöchentlichen Arbeitszeit.

Zur Verbesserung der Versorgung in ländlichen Gebieten wurde auch über eine Neuorientierung der Gesundheitsversorgung sowie Integration neuer Berufsbilder nachgedacht. In verschiedenen Ländern wurden neue Berufsbilder eingeführt, etwa Physician Assistants, welche Aufgaben unter Supervision eines Arztes ausführen, oder Nurse Practitioners, d.h. Pflegende mit akademischer Zusatzqualifikation, welche traditionell ärztliche Aufgaben übernehmen [101]. In Deutschland wurden in jüngster Zeit weitere vergleichbare Ansätze wie VerAH⁴ (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) implementiert. Empfehlungen des Sachverständigenrates Gesundheit [117] sehen im Neuzuschnitt der Aufgaben einzelner Professionen eine Lösung von Versorgungsproblemen im ländlichen Raum. Dabei könnten in Deutschland Veränderungen in der Ausbildung von Pflegeberufen sowie der Akademisierung⁵⁶⁷ bei einer Neuverteilung der Aufgaben berücksichtigt werden.

Als ein exemplarisches Modellprojekt in einer ländlichen und strukturschwachen Region in Deutschland wurde das Projekt AGnES (Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) durchgeführt und evaluiert [118, 119]. Hierbei wurden bestimmte Versorgungsaufgaben von Hausärzten an eigens ausgebildete beruflich Pflegende delegiert, unterstützt durch Telemedizin. Die Fachkräfte übernahmen unterschiedliche Tätigkeiten, u.a. Monitoring des Gesundheitszustandes, Ausführung ärztlich delegierter Tätigkeiten und Beratung zu spezifischen Themen wie Medikamentenanamnese, Arzneimittelkontrolle oder Sturzprophylaxe. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz des Konzepts bei teilnehmenden Patienten und Hausärzten [120]. Die meisten Hausärzte erlebten das Konzept als entlastend, stufen die Qualität der medizinischen Versorgung ihrer Patienten als vergleichbar

⁴ <http://www.verah.de/>

⁵ <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2014/12/2014-11-24-DGP-DPR-Einsatz-akad.-Pflege-1.pdf>

⁶ http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/zusammenarbeit_aerztlich_nichtaerztlich_866_1.pdf

⁷ Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++56699c837713b86a6f000b06/download/RefE%20PflegeberufsG_Versende.pdf

mit der üblichen Betreuung ein und berichteten von positiven Auswirkungen auf die Compliance ihrer Patienten. Auch gibt es Hinweise darauf, dass Allgemeinmediziner prinzipiell bereit zu sein scheinen, Hausbesuche an andere Professionen zu delegieren [121, 122]. Es wurden Konzepte zum Transfer des Projekts in die Versorgungsroutine entwickelt [123, 124]. Allerdings wurden Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch hier nicht thematisiert.

Die dargestellten Befunde weisen auf die hohe Bedeutung professioneller und persönlicher Faktoren für die Bereitschaft einer Niederlassung im ländlichen Raum unter Ärzten in Deutschland hin, ebenso wie die Bedeutung, angehenden Ärzten Erfahrungen auf dem Land zu ermöglichen, um Vorurteile abzubauen. Praktische Implikationen, die abgeleitet werden können, beziehen sich damit unter anderem auf Auswahl- bzw. Aufnahmekriterien für Medizinstudierenden, Angebote zum Kennenlernen ärztlicher Tätigkeit in ländlichen Regionen und zum Thema Selbständigkeit, die Neuordnung von Aufgaben zwischen den Professionen sowie eine Verbesserung persönlicher und professioneller Rahmenbedingungen (siehe hierzu Kapitel 4). Insbesondere die letztgenannten Punkte berühren Fragen der Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf.

3.6 Zusammenfassung und Diskussion – aktueller Forschungs- und Wissensstand zur Vereinbarkeit von Gesundheitsberuf und Familie

Mit der Zielsetzung, Ansatzpunkte für Strukturinnovationen im bayerischen Gesundheitswesen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf abzuleiten, wurde die verfügbare internationale und nationale Literatur gesichtet. Insgesamt ist festzuhalten, dass es zu diesem Bereich sowohl national als auch international nur wenig systematische Forschung gibt. Verfügbare Literatur fokussiert die Berufsgruppen der Ärzte (insbesondere im stationären Bereich) und der beruflich Pflegenden. Forschung zu letztgenannter Gruppe fehlt dabei weitgehend, ebenso wie zu anderen Professionen (Logo-, Physio- und Ergotherapie, Hebammen). In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Veröffentlichungen ebenso wie verschiedener Broschü-

ren und Handlungsleitlinien zur Thematik zu beobachten. Diese dürfte unter dem Einfluss eines sich zunehmend abzeichnenden Fachkräftemangels in Pflege und Medizin stehen, der nicht nur, aber insbesondere im ländlichen Raum, Fragen der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung aufwirft.

Die methodische Qualität der Studien ist meist gering. Es handelt sich überwiegend um Querschnittstudien oder Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs. Entsprechend finden sich keine Metaanalysen, die den bisherigen Forschungsstand zusammenfassen und einen quantitativen Vergleich der Wirksamkeit verschiedener Interventionsansätze ermöglichen. Somit können im Rahmen dieser Expertise keine klaren Handlungsempfehlungen aufgrund wissenschaftlicher Evidenz gegeben werden. Es wurde jedoch eine Zusammenschau der aktuell verfügbaren Literatur erstellt und vielversprechende Handlungsansätze abgeleitet.

In mehreren Studien wurden protektive Faktoren gegen Vereinbarkeitskonflikte zwischen Beruf und Familie identifiziert. Diese beziehen sich auf ausreichende personelle Ressourcen, soziale Unterstützung und bessere Kommunikation mit Vorgesetzten und Klinikleitung sowie mehr Einflussmöglichkeiten bezüglich der Arbeitszeiten. Diese Faktoren können als Ansatzpunkte in Interventionen zur Verbesserung des Vereinbarkeitserlebens von Familie und Beruf gefördert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen neben den Arbeitsbedingungen in der jeweiligen Einrichtung auch von gesamtgesellschaftlichen Bedingungen abhängt. Unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen besteht die Gefahr der Einsparung von Personalkosten. Zudem weisen die unterschiedlichen Ansatzpunkte auf die Bedeutung umfangreicher Maßnahmen der Organisationsentwicklung hin.

Die Befragungen von Ärzten, Medizinstudierenden und beruflich Pflegenden in Deutschland zeigen übereinstimmend die hohe Bedeutung, die der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf beigemessen wird. Dabei wird insbesondere auf die mangelnde Abstimmung der Kinderbetreuungszeiten mit den Arbeitszeiten hingewiesen. Die Berufsgruppe der Ärzte (Frauen und Männer gleichermaßen) erlebt besonders starke Vereinbarkeitskonflikte und die Mehrheit äußert den Wunsch nach einer Reduktion der Arbeitszeiten. Die Mediziner nehmen Nachteile und Karrierebrüche

durch Schwangerschaft und Elternzeit wahr und fordern diesbezüglich mehr Unterstützungsangebote. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in der Niederlassung als günstiger bewertet als bei einer Tätigkeit in der Klinik.

Die Literaturanalyse zu Ansätzen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten ergibt, dass dieser Bereich bislang nicht systematisch mit Ansätzen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf verbunden wurde. Während in Bereichen wie Aus- und Fortbildung, finanzielle Anreize sowie regulatorische Interventionen wenige Ansätze zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf integriert werden, bieten sich Handlungsansätze in den Bereichen der Verbesserung professioneller und persönlicher Rahmenbedingungen an. Befragungen aus Deutschland zeigen, dass neben einem ländlichen persönlichen Hintergrund und monetären Faktoren auch nichtmonetäre Faktoren die Niederlassungsbereitschaft auf dem Land beeinflussen. Unter letztere fallen u.a. günstige Rahmenbedingungen für die Familie sowie arbeitsorganisatorisch eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten wurden zudem Programme durchgeführt, die eine Entlastung in der Versorgung durch Delegation ärztlicher Leistungen und Neuordnung von Aufgaben realisierten. Die Maßnahmen stießen auf gute Akzeptanz und wurden z.T. in die Versorgungsroutine übernommen. Im interprofessionellen Vergleich ist festzuhalten, dass Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung im ländlichen Raum weitgehend fehlen.

4 Handlungsfelder und Möglichkeiten für Interventionen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

Nachfolgend werden Ansatzpunkte für Interventionen und Angebote formuliert, die zu einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf beitragen können. Ihnen geht zunächst eine Skizzierung bestehender Projekte und Interventionen in diesem Themenbereich voraus.

4.1 Ausgewählte Interventionsansätze im internationalen Kontext

Es konnten in der internationalen Forschungsliteratur nur wenige Interventionsstudien identifiziert werden, die die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zum Inhalt haben. Die identifizierten Interventionen setzen an sehr unterschiedlichen Ebenen an (individuelle Ebene; Teamebene; Organisationsebene). Reviews zu evidenzbasierten Interventionen liegen nach Recherchen der Autoren nicht vor. Es existiert ein Cochrane-Review zu den Effekten flexibler Arbeitsbedingungen auf Befindlichkeit und Gesundheit von Arbeitnehmern [125]; in diesem wird auf eine geringe Zahl geeigneter Studien, methodische Schwächen bestehender Arbeiten und Defizite in der Forschung in diesem Bereich hingewiesen. In der vorliegenden Primärliteratur wird ebenfalls das weitgehende Fehlen von entsprechenden Ansätzen konstatiert [126].

- Im Rahmen des multizentrischen US-Forschungsprojekts „Work, Family, and Health Network“⁸ wurde u.a. eine Intervention entwickelt und evaluiert, die zum Ziel hatte, durch Maßnahmen am Arbeitsplatz (v.a. die dortigen sozialen Strukturen und Interaktionen) die erlebte Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern [27, 126]. Das Programm umfasst ein individualisiertes Training für Vorgesetzte (inkl. Feedback und Selbstmonitoring) und interaktive, partizipativ ausgerichtete Schulungen für Mitarbeiter und Vorgesetzte. Sie dienen der Identifizierung neuer Arbeitsabläufe und -praktiken, um die erlebte Kontrolle über Arbeitszeiten und -abläufe zu fördern.

In einer clusterrandomisierten Studie konnte gezeigt werden, dass durch die Intervention mehr Kontrolle über Arbeitszeiten und -abläufe erlebt und mehr Unterstützung durch Vorgesetzte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfahren wird (trotz faktisch nicht veränderter Anforderungen und Aufgaben am Arbeitsplatz). In der Interventionsbedingung stiegen der Anteil an Beschäftigten, der die eigenen Arbeitszeiten und -abläufe als variabel und flexibel einstuft und die Einschätzung, dass Beruf und Familie besser miteinander vereinbar sind. Auch reduzierten sich Vereinbarkeitskonflikte; Personengruppen, die stärker für solche Konflikte anfällig sind (z.B. mit Mehrfachverantwortung für Kinder und ältere

re Angehörige) profitierten im Verhältnis mehr von der Intervention [126]. Es wurde zudem eine Kostenanalyse der Implementierung und Evaluation der Intervention durchgeführt [127].

Beschäftigte in Gesundheitsberufen waren nicht Teil der Evaluation. Auf der Homepage des Projektverbunds werden jedoch Instrumente und Materialien (in englischer Sprache) zur Durchführung der Intervention für Mitarbeiter in Gesundheitsberufen als Zielgruppe zur Verfügung gestellt⁹.

- In Dänemark wurde eine Intervention in Unternehmen implementiert und evaluiert, die zum Ziel hatte, die Effekte einer eigenständigen, IT-basierten Erstellung von Dienstplänen („self-rostering“) auf die erlebte Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten in Schichtarbeit zu untersuchen [128]. Vornehmlich Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (aber auch aus Feldern außerhalb des Gesundheitswesens) wurden in eine längsschnittliche quasi-experimentelle Interventionsstudie einbezogen. Drei Interventionsvarianten wurden miteinander (und mit einer Referenzbedingung) verglichen, die sich in Umfang und Art der selbständigen Planung von Arbeitszeiten und Schichten durch die Angestellten mittels eines Softwaretools unterschieden (u.a. Arbeitszeitkonten, Beginn und Ende einer Schicht). Bedingungsübergreifend zeigten sich ein Rückgang in Vereinbarkeitskonflikten und eine Zunahme positiver Interaktionen zwischen Berufs- und Familienleben. Bei genauerer Analyse fanden sich diese günstigen Veränderungen nur in den Bedingungen mit einem Fokus auf Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden, ein gegenläufiger Effekt hingegen in der Bedingung mit einem Fokus auf die Optimierung von Personalressourcen. In ergänzenden qualitativen Befragungen von Mitarbeitern und Vorgesetzten wurden die hohen Anforderungen an die Implementierung einer solchen komplexen und weitreichenden Intervention deutlich.
- Spezifisch für Angehörige von Gesundheitsberufen wurde ein Ansatz im Bereich der Organisationsentwicklung beschrieben [129]. Es handelt sich um die Entwicklung eines Programms zur ärztlichen Gesundheitsförderung und Förderung von Wohlbefinden („Physician Vitality“) an einem Universitätsklinikum in den USA un-

⁸ <http://projects.iq.harvard.edu/wfhn/home>

⁹ <http://projects.iq.harvard.edu/wfhn/star-health-care>

ter Nutzung familientherapeutischer Ansätze, u.a. mit Fokus auf das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Zu den durchgeführten Schritten im Rahmen der Programmimplementierung zählen unter anderem: Bedürfnisanalyse bei Ärzten des Klinikums, Etablierung einer Informations-Homepage (u.a. mit Links zu Anlauf-/Beratungsstellen, Medien zu relevanten Themen wie Vereinbarkeit von Beruf und Familie), Foren, Hinweise auf existierende Programme und Trainings zur Gesundheitsförderung, Vorträge und Beratungsangebote, Peer Coaching und Trainings sowie regelmäßige Workshops zur Reflexion der eigenen Tätigkeit und der Rolle als Arzt.

Der Ansatz kann im Sinne der Schaffung einer „healthy work organization“ [41] verstanden werden, bei dem die Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf einen wesentlichen Bestandteil einer solchen Organisation darstellt [40] (zu den Merkmalen eines „attraktiven Krankenhauses“ siehe Kapitel 3.2).

4.2 Ausgewählte Interventionsansätze in Deutschland

Für die Zielgruppe Ärzte wurde von Ehrenberg [130] ein individualisiertes Coaching-Angebot für niedergelassene Ärztinnen vorgeschlagen. Dieses Konzept soll dem Beratungsbedarf bei Medizinerinnen angesichts multipler Anforderungen und Belastungen (u.a. Praxismanagement, Kostendruck) gerecht werden und auch Themen wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie thematisieren. Der Schwerpunkt liegt auf der individuellen kognitiv-emotionalen Ebene. Es geht um eine andere Wahrnehmung und Bewertung und damit einen anderen Umgang unter anderem mit Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Veränderungen von Strukturen oder Abläufen sind nicht Bestandteil des Ansatzes.

Das Gruppentraining WORKPLACE Triple P für berufstätige Eltern hat zum Ziel, Kompetenzen zu fördern, die bei den Anforderungen, Familie und Beruf aufeinander abzustimmen, von Nutzen sein können (u.a. Stress-, Zeitmanagement, Erziehungs-kompetenzen). Es liegen Wirksamkeitsbelege hinsichtlich familien- und berufsbezogener Parameter vor [131, 132]. Das Programm enthält keine spezifisch an Angehörige von Gesundheitsberufen angepassten Inhalte. Es kann jedoch nach Aussage der Autoren arbeitsplatzbasiert eingesetzt werden und damit auch im Kontext des Berufsumfelds Gesundheitsversorgung zur Anwendung kommen, etwa im Rahmen

von betrieblichen Programmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder der betrieblichen Gesundheitsförderung [131].

Der Report Versorgungsforschung zu Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten [133] stellt verschiedene Modellprojekten und Interventionen, die vorrangig auf der Ebene der Organisation bzw. Organisationsentwicklung anzusiedeln sind, dar. Darunter:

- Analyse der Arbeitssituation und Veränderungen der Arbeitsbedingungen bzw. Arbeits- und Aufgabengestaltung von Ärzten in Krankenhäusern, Implementierung von Maßnahmen wie Qualitätszirkel [134, 135];
- Einsatz von Assessments zur Dokumentation der Mitarbeitergesundheit (u.a. strukturelle Rahmenbedingungen, Prozesse, Arbeitsorganisation) als Ausgangspunkt für Maßnahmen der Organisationsentwicklung oder betrieblichen Gesundheitsförderung [136];
- Unterstützung hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Angebote des Arbeitgebers (in Kooperation mit externen Anbietern/Institutionen), z.B. Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten während der Elternzeit, kurzfristige Vertretungsmöglichkeiten, frühere Rückkehr aus der Elternzeit, betriebliche Kinderbetreuung, Übertragung bestimmter Tätigkeiten an nichtärztliches Personal (vgl. Modellprojekte wie AGNES, VerAH) [137].

Das Internetportal www.familienfreundliche-wissenschaft.org stellt Praxisbeispiele zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit im Forschungs-/Wissenschaftsbereich zusammen. Speziell für die Fachrichtung Medizin werden dort zwei Ansätze des Universitätsklinikums Düsseldorf vorgestellt: zum einen erstattet das Programm „Chancengleichheit für Eltern“ und „Silencium“ die Kinderbetreuungskosten über staatliche Leistungen hinaus, um Eltern die Mitgliedschaft in fakultären Gremien, die Teilnahme an Mentoring- und Fort- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen während der Facharztausbildung und der weiteren Veranstaltungen der Fakultät zu ermöglichen¹⁰. Zum anderen wurde eine Babysitting-Börse zur Kinderbetreuung von Mitarbeitern der Universität und des Uniklinikums eingerichtet¹¹.

¹⁰ <http://www.familienfreundliche-wissenschaft.org/database/handle/1/1307>

¹¹ <http://www.familienfreundliche-wissenschaft.org/database/handle/1/1175>

Ähnlich entwickelt das Projekt „Famsurg“ (www.famsurg.de) des Universitätsklinikums Lübeck Maßnahmen zur Förderung von Frauen in der Medizin und versucht, familienfreundliche Strukturen in der Chirurgie in deutschen Kliniken zu etablieren.

Auf einer Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft (www.pflegekrankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick.html) finden sich zahlreiche Praxisbeispiele zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf insbesondere für Pflegendende.

Das Projekt „Arbeit, Familie und Karriere in innovativen Unternehmen der Gesundheitsregion Aachen“ (Gender-Med-AC)¹² verfolgt das Ziel, die Zukunftsfähigkeit von Praxisunternehmen der Gesundheitswirtschaft mit Blick auf ihre Wettbewerbsfähigkeit zu fördern und einem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken. Anwendungspartner sind Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege. Auf Basis einer Bestandsanalyse in den beteiligten Unternehmen werden gezielt Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung mit Ideen und Angeboten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Karriereförderung von Frauen kombiniert.

Neben diesen vereinzelt Projekten zur Förderung familienfreundlicherer Strukturen in der Medizin existieren bereits einige Mentoring-Programme für junge Ärztinnen z.B. Mentorinnen-Netzwerk des Deutschen Ärztinnenbundes e. V., FIV (Frauen in der Viszeralmedizin)-Mentoring, Internationale Konferenz-Mentoring in der Medizin sowie auch Wissenschaftliche Netzwerke für Frauen (z.B. Frauennetzwerk für Führung und Forschung in der Medizin e. V., Deutscher Akademikerinnenbund e. V.). Im Mittelpunkt der Netzwerke steht das Ziel, Führungskompetenzen von Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen zu stärken, die Karrieremöglichkeiten für Frauen in der Medizin transparenter zu machen und jüngere Kolleginnen in ihrem Streben nach beruflichem Aufstieg zu unterstützen. Eine zentrale Stellung nimmt in den Netzwerken auch das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein.

Nicht als Modellprojekte im eigentlichen Sinne zu werten, aber dennoch zu berücksichtigen, sind Fördermaßnahmen, die von den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) initiiert worden sind (Ärztezeitung, 08.06.2015, zitiert in

¹² <http://www.gender-med-ac.de>

www.rpmed.de/veroeffentlichungen-newsletterbeitraege/¹³). Diese umfassen allgemeine Fördermaßnahmen, aber auch solche, die als Instrumente zur Förderung der Niederlassung (bzw. Niederlassungsbereitschaft) auch in ländlichen Regionen angesehen werden können. Andere zielen auch (indirekt) auf die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf ab, dies jedoch (zumindest explizit) in geringem Umfang. Beispiele für Fördermaßnahmen seitens der KVen sind die Förderung von Famulaturen oder PJ für angehende Hausärzte (in ländlichen Regionen), die Bezuschussung bei der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder bei Praxisneugründungen/-übernahmen in unterversorgten Regionen, betriebswirtschaftliche Beratung für Praxisgründer, die Förderung der Aus- und Weiterbildung hausärztlicher Praxisassistenten oder Zusatzzahlungen beim Praxisausfall durch Mutterschaft.

Auch die KV Bayerns bietet interessierten Ärzten verschiedene finanzielle Fördermöglichkeiten an, um Niederlassungen im ländlichen Raum zu fördern. Des Weiteren führt StMGP das Förderprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, welches eine Niederlassungsförderung, Stipendien und die Förderung innovativer medizinischer Versorgungskonzepte umfasst.

In der Informationsbroschüre des LGL, in der das Themenfeld „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ bereits wesentlich bearbeitet wurde, sind einige Praxisbeispiele (z.T. in Bayern) zu dieser Thematik dokumentiert [138]. Manche dieser Ansätze richten sich dabei nicht ausschließlich/primär an Beschäftigte in Gesundheitsberufen (*kursiv gesetzt*):

- XUNDI Kinderhaus, München (Kinderbetreuung, Kassenärztliche Vereinigung Bayern)
- Familienfreundliche Rahmenbedingungen für Beschäftigte in Krankenhäusern in Hamm
- Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf am Klinikum Nürnberg
- WelcomeBack-Programm, Klinikum Salzgitter (mehrstufiges mentorenbegleitetes Programm zum beruflichen Wiedereinstieg für Ärzte)
- *Lebensphasenorientierte flexible Arbeitszeit (Techniker Krankenkasse)*

¹³ Siehe auch: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/finanzen_steuern/article/885654/uebersicht-geldlocken-kven-junge-aerzte.html?sh=2&h=22905177

- *Bündnis für Familie, Amberg (Kinderbetreuungsangebote)*
- *Ferienbetreuung, Lokales Bündnis für Familie, Ingolstadt*
- *Familienbündnis Bad Kreuznach (u.a. Kinderbetreuungsangebote, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, beruflicher Wiedereinstieg, familienfreundliche Angebote in Unternehmen)*
- *Familienbüro, Humboldt-Universität Berlin; Förderverein Patenschaften-Aktiv e.V., Berlin (generationenübergreifende Betreuungsangebote)*
- *Rügen tut gut e.V., Insel Rügen (lokales Bündnis für Familie)*

Im Rahmen der Recherchen wurden verschiedene Broschüren und weitere Materialien identifiziert, die Empfehlungen und Informationen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf enthalten. Dabei konnten auch zahlreiche Quellen identifiziert werden, die sich speziell mit der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf beschäftigen, wobei sich die Mehrzahl davon an die Zielgruppe der Ärzte richtet. In diesen Materialien werden auch weitere Ansätze zur Verbesserung der Vereinbarkeit vorgestellt (siehe Kapitel 4).

Eine Auflistung dieser Broschüren und Materialien findet sich in der nachfolgenden Tabelle 3.

Tabelle 3: Broschüren und Materialien zur Thematik „Vereinbarkeit von Familie und (Gesundheits-)Beruf“

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Lass dich nieder!	http://www.lass-dich-nieder.de	junge Mediziner	ja (Ärzte)	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen)	Ziel ist es, junge Mediziner über eine Niederlassung als Haus- oder Facharzt zu informieren. Daneben enthält die Seite eine Famulaturbörse und Links zu den Praxisbörsen der KVen sowie Informationen zu Beratungs- und Fördermöglichkeiten in den Bundesländern gegliedert nach den Bereichen Studium, Weiterbildung, Niederlassung.
DÄB-Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“	http://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/checkliste%20das%20familienfreundliche%20krankenhaus.pdf	Arbeitgeber	ja (Ärzte)	Deutscher Ärztinnenbund e.V.	<p>Checkliste mit Maßnahmen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung von Familienkompetenz • Gleichberechtigte Karrierechancen für Ärztinnen • Attraktive Grundbedingungen • Serviceangebote für Kinderbetreuung und private Haushaltsführung • Persönlichkeitsbildung und gesundheitliche Prävention • Familienfreundliche Medizin – auch als Standortvorteil • Gewinnung und Bindung von Assistenz- und Oberärztinnen durch ein familienfreundliches Leitbild und konkrete Angebote • Ärztlichen Nachwuchs für die eigene Abteilung interessieren und rekrutieren • Einbindung in „Lokale Bündnisse für Familie“ und ggf. Zertifizierung durch „Hertie-Stiftung“

Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. Lebensqualität in der Berufsausübung	http://www.bundesarztekkammer.de/aerzte/versorgung/stationaer/familienfreundlicher-arbeitsplatz/	Primär Ärzte, Medizinstudierende; auch Personalverantwortliche in Krankenhäusern, Universitätskliniken, Medizinischen Versorgungszentren, Praxen, Kommunen	ja (Ärzte)	Bühren & Schoeller (Hrsg.), Bundesärztekammer	<p>Dieses Handbuch liefert Hintergrundinformation, zeigt Ansätze zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf und macht deutlich, in welchen Bereichen es noch Handlungsbedarf gibt. Es gliedert sich in folgende inhaltliche Kapitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliche Normen: Erschwernisse der Work-Life-Balance berufstätiger Mütter und Väter • Unternehmenskultur: Leitbild und Führungsverhalten • Kinderbetreuung: Situation in Deutschland – Umfrageergebnisse und Umsetzungskonzepte • Krankenhaus: Familienfreundliche Arbeitsbedingungen • Krankenhaus: Exemplarische • Kinderbetreuungsmodelle • Ambulanter Sektor: Familienfreundlicher Arbeitsplatz • Ambulanter Sektor: Kinderbetreuungsmöglichkeiten • Familienbewusste Unternehmensführung: Den eigenen Weg finden • Lokale Bündnisse für Familie: Bessere Chancen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf • berufundfamilie: Zertifizierung von familienfreundlichen Einrichtungen im Gesundheitswesen • Fazit und Ausblick • Checklisten/Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen • Krankenhäuser mit familienfreundlichen Einrichtungen <p>Kurzfassung des Handbuchs und Checklisten sind ebenfalls auf der Internetseite der Bundesärztekammer verfügbar.</p>

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Klinik_anamnese	http://www.klinik-anamnese.de/	junge Mediziner	ja (Ärzte)	Gesellschaft für Krankenhausmanagement, Universität Witten/Herdecke	Vermittlung von zu den Wünschen passenden Assistenzarztstellen (Vergleich der Wünsche mit Angeboten der Kliniken, Vermittlung Hausbesuch zum Kennenlernen). Im Blog Artikel u.a. zu Klinikwahl, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, etc.
Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen (2012)	http://www.aerztinnenbund.de/download/2/Memorandum%20lang.pdf	Ärztikammern, Krankenhäuser, Weiterbildungsbe-fugte	ja (Ärztinnen, Ärzte)	Rapp-Engels, R., Gedrose, B., Kaduszkiewicz, H., Wonneberger, C., & van den Bussche, H.	Handlungsempfehlungen, die auf einer Tagung für geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung erarbeitet wurden, werden dargestellt. Es wird auf die Bereiche Arbeitsorganisation im Krankenhaus, Betriebskultur und -klima sowie fachärztliche Weiterbildung eingegangen.
Beruf und Familie verbinden: Wie sieht das in der Praxis aus?	http://www.kbv.de/media/sp/Brusch_Praxis_und_Familie.pdf	Ärzte, Psychotherapeuten	ja (Ärzte, Psychotherapeuten)	Kassenärztliche Bundesvereinigung	Die Broschüre beinhaltet Informationen zur Karriereplanung im ambulanten Bereich sowie Praxisbeispiele. Sie stellt unterschiedliche Praxisformen vor, enthält Information zu Zeitmanagement, Elternzeit, Notdienst, Entlastungsmöglichkeiten in der Praxis, Möglichkeiten der familienfreundlichen Praxisführung.
Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung. Spektrum der Möglichkeiten, den Beruf der Ärztin mit der Familie zu vereinbaren	https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Praxisbetrieb/KVB-Broschuere-Aerztinnen-vertragsaerztliche-Versorgung.pdf	Ärzte, Psychotherapeuten	ja (Ärzte, Psychotherapeuten)	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Die Broschüre enthält Informationen zu Möglichkeiten der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung, die in Hinblick auf Tätigkeit im Angestelltenverhältnis vs. als Selbstständiger, dem erforderlichen Kapitaleinsatz und Risikobereitschaft, Arbeitszeit und Mobilität dargestellt werden. Es wird auf Möglichkeiten der Entlastung bei Kindererziehung oder Angehörigenpflege eingegangen (u.a. Vertretung, Sicherstellungsassistenz, Ruhen der Zulassung).

Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
<p>Der Arbeitsort Krankenhaus: familienfreundlich und geschlechtergerecht.</p> <p>Handreichung zur Umsetzung von Chancengleichheit für Medizin, Pflege und Verwaltung</p>	<p>www.publikationen.sachsen.de</p>	<p>Krankenhäuser</p>	<p>ja (Ärzte, Pflegepersonal, weitere Personalgruppen im Krankenhaus)</p>	<p>Sächsisches Staatsministerium für Soziales</p>	<p>Handreichung, welche Erkenntnisse aus einem Modellprojekt zur Einführung von Gender Mainstreaming in zwei Modellkrankenhäusern zusammenfasst. Es werden die Phasen des Einführungsprozesses beschrieben (1. Selbstverpflichtung; 2. Analyse; 3. Aktionsplan; 4. Umsetzung; 5. Controlling) sowie Umsetzungsmöglichkeiten in fünf Handlungsfeldern (1. Gezielte Unterstützung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben; 2. Chancengleichheit bei der beruflichen Entwicklung; 3. Familienfreundliche und geschlechtergerechte Arbeitszeiten; 4. Familienfreundliche und geschlechtergerechte Optimierung der Ablauforganisation; 5. Geschlechtergerechtigkeit und Familienfreundlichkeit in der Unternehmenskultur). Zudem sind Hinweise auf weitere Information und Materialien vorhanden.</p>
<p>Beruf, Familie und Freizeit vereinbar gestalten: Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung in und durch Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen</p>	<p>https://www.researchgate.net/publication/266613512_Beruf_Familie_und_Freizeit_vereinbar_gestalten_Ein_Beitrag_zur_Gesundheitsfoerderung_in_und_durch_Krankenhaeuser_und_Gesundheitseinrichtungen/Krankenhueser_und_Gesundheitseinrichtungen/gen/links/543533d0cf2bf1f1f282852.pdf</p>	<p>Krankenhäuser, Gesundheitseinrichtungen</p>	<p>ja (Ärzte, Pflege, ältere Arbeitnehmer in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen)</p>	<p>Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen</p>	<p>Themenpapier, welches Informationen enthält zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedarf für und Effekte von betrieblicher Familienfreundlichkeit • Umsetzungsmaßnahmen und deren organisationale Rahmenbedingungen, Audits und Labels • Bezugspunkte zum Konzept des gesundheitsfördernden Krankenhauses • Checklisten für spezifische Umsetzungsbereiche • Beispiele aus dem österreichischen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus (2009)	http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/b09c3926974f45db03edfc27db45345e/Vereinbarkeit_im_Krankenhaus.pdf	Krankenhäuser	ja (Krankenhaus)	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Die Broschüre zeigt Möglichkeiten und Praxisbeispiele für familienfreundliche Maßnahmen im Krankenhaus <ol style="list-style-type: none"> 1. Erfolgsfaktor familienbewusste Personalpolitik im Krankenhaus 2. Passgenaue familienfreundliche Lösungen (Arbeitsorganisation; Arbeitszeitmodelle; Kommunikation, Führung und Kooperation; Elternzeit; betrieblich unterstützte Kinderbetreuung; Beruf und Pflege) 3. Drei Schritte zur Umsetzung von Familienfreundlichkeit 4. Unterstützung durch Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“
Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus	http://www.pflege-krankenhaus.de/familie-freizeit-und-beruf/modelle-im-ueberblick.html	Krankenhaus	ja (Krankenhäuser)	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.	Identifizierung von Modellprojekten in Krankenhäusern zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf. Auf der Website werden Modellbeschreibungen dargestellt.
Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Apotheken	http://www.abda.de/fileadmin/assets/Ausbildung_Studium_Beruf/Branchenservice_Apotheke_V01.pdf	Apotheken (Apotheker, pharmazeutisch-technische Assistenten, Pharmazieingenieure)	ja (Apotheken)	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Die Broschüre zeigt Möglichkeiten und Praxisbeispiele zur familienbewussten Personalpolitik in Apotheken <ol style="list-style-type: none"> 1. Erfolgsfaktor familienbewusste Personalpolitik in Apotheken 2. Passgenaue familienfreundliche Lösungen (Arbeitszeitmodelle; Elternzeit; Unterstützung bei der Kinderbetreuung; Beruf und Pflege) 3. Drei Schritte zur Umsetzung von Familienfreundlichkeit 4. Unterstützung durch Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“

Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege fördern (2010)	http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh4-beruf-und-familie.pdf? blob=publicationFile	Arbeitgeber	ja (Pflege)	Initiative Neue Qualität der Arbeit	Die Broschüre zeigt Möglichkeiten auf, Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Pflege im Betrieb zu verankern. Dabei wird auf familiengerechte Arbeitszeiten (u.a. Arbeitszeitmodelle, Nachtdienst, Wochenende und Feiertage) sowie flankierende Maßnahmen (u.a. Familienservice, geldwerte Leistungen, Familienfreundlichkeit in der Personalentwicklung, Unterstützung bei Informationsbeschaffung) eingegangen und diese mit Praxisbeispielen veranschaulicht.
Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Altenhilfe (2014)	http://www.erfolgsfaktor-familie.de	Unternehmen	ja (Altenpfleger)	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Die Broschüre zeigt Möglichkeiten und Praxisbeispiele für familienfreundliche Maßnahmen in der Altenhilfe. <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Fachkräfte für die Altenhilfe – familienbewusste Personalpolitik hilft • Familienbewusste Arbeitszeiten • Unterstützung bei der Kinderbetreuung • Wiedereinstieg, Teilzeitaus- und -weiterbildung • Beruf und Pflege von Angehörigen Zudem sind Hinweise auf weitere Information zum Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ enthalten.
Früher beruflicher Wiedereinstieg von Eltern. Ein Gewinn für Unternehmen und ihre Beschäftigten (2013)	http://www.familienfreundliches-krankenhaus.de/dokumente/2013_Fruher-beruflicher-Wiedereinstieg-von-Eltern.pdf	Unternehmen	nein	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Die Broschüre zeigt Ziele, Handlungsmöglichkeiten sowie Praxisbeispiele für die drei Phasen vor, während und nach der familienbedingten Auszeit auf. Sie enthält zudem ergänzende Informationen und Handlungshilfen.

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Erfolgreich für mehr Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Wie familienbewusste Kooperation von Unternehmen und anderen Akteuren vor Ort aussehen kann (2014)	http://www.bmfsfj.de/Redaktion/BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Erfolgreich-f_C3_BCr-mehr-Vereinbarkeit-von-Familie-und-Be-ruf_property=pdf_bereich=bmfsfj_sprache=de_rwb=true.pdf	Unternehmen	nein	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Die Broschüre zeigt Möglichkeiten der Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Kooperation von Unternehmen mit weiteren Akteuren auf und enthält Praxisbeispiele. Sie enthält die Kapitel <ul style="list-style-type: none"> • Vor Ort gemeinsam handeln – für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf • Wo und wie kann Kooperation funktionieren? Handlungsfelder und Beispiele sowie Information zu den Programmen „Erfolgsfaktor Familie“ und Lokale Bündnisse für Familie des Bundesfamilienministeriums
So sag ich`s meinem Vorgesetzten. Elternzeit, Wiedereinstieg und flexible Arbeitsmodelle erfolgreich vereinbaren (2014)	http://www.erfolgsfaktor-familie.de	werdende Eltern	nein	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Leitfaden zur Unterstützung bei familienbedingter Auszeit und Wiedereinstieg. Der Leitfaden enthält Information zur Planung der Auszeit und Wiedereinstieg, familienbewussten Arbeitszeiten sowie Unterstützung durch Netzwerke.

Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Checkheft. Familienorientierte Personalpolitik für kleine und mittlere Unternehmen (2015)	http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/e025ac801c0e3597110d9fb622b1aa77/Checkheft_familienorientierte_Personalpolitik.pdf	Unternehmen, insbesondere kleine und mittelständische	nein	Deutscher Industrie- und Handelskammertag e. V. , Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Das Checkheft enthält Ideen und Praxisbeispiele zur familienbewussten Personalpolitik zu den Bereichen <ol style="list-style-type: none"> 1. Interne Kommunikation und Personalmarketing 2. Arbeitszeitgestaltung 3. Flexibler Arbeitsort 4. Kinderbetreuung 5. Elternzeit und Wiedereinstieg 6. Familienbewusste Aus- und Weiterbildung 7. Pflege von Angehörigen 8. Service für Familien. Ein Service-Teil enthält weitere Adressen und Empfehlungen.
Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein modulares Schulungskonzept für Bildungsanbieter	https://www.dgb-bestellservice.de/besys_dgb/pdf/DGB301004.pdf	Trainer gewerkschaftlicher und gewerkschaftsnaher Bildungsträger, die für Betriebsräte und Personalräte Grundlagenseminare und/oder Schulungen im Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“ anbieten	nein	DGB Bundesvorstand, Projekt „Vereinbarkeit von Familie und Beruf gestalten!“	Module zur Verbindung der Themen betriebliche Gesundheitsförderung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit. <ul style="list-style-type: none"> • Modul 1: Vereinbarkeit von Familie und Beruf – Ein Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung • Modul 2: Was bedeutet Gesundheitsförderung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf für mich persönlich? • Modul 3: Rechtsgrundlagen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf • Modul 4: Handlungsfelder und Gestaltungsmöglichkeiten in der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf • Modul 5: Andere machen es vor – Beispiele guter Praxis

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
Strategie in die Zukunft – Lebensphasenorientierte Personalpolitik 2.0. Ein Leitfaden für Unternehmen zur Bindung und Gewinnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (2011)	http://www.lebensphasenorientierte-personalpolitik.de/images/stories/pdf/RLP_Brosch_2011_web.pdf	Unternehmen	Nein	Ministerium für Wirtschaft, Klimaschutz, Energie und Landesplanung Rheinland-Pfalz	<p>Der Leitfaden fasst Ergebnisse aus dem Modellprojekt mit 9 kleinen und mittelständischen Betrieben, 2 Großunternehmen, einer Institution des öffentlichen Dienstes zusammen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Warum ist eine lebensphasenorientierte Personalpolitik so wichtig? 2. Wie wird eine lebensphasenorientierte Personalpolitik umgesetzt? 3. Welche Erfahrungen gibt es aus der betrieblichen Praxis? 4. 15-Punkte-Plan zur Einführung einer lebensphasenorientierten Personalpolitik <p>Auf der Internetseite ist zudem ein Handout für Führungskräfte mit den wichtigsten lebensphasenorientierten Führungsregeln verfügbar sowie die Unterstützungssoftware LOPBOX für mittelständische Anwender. Die LOPBOX generiert eine Liste von Vorschlägen, abgestimmt auf die eingegebene Bedarfslage, und kann weiterentwickelt werden.</p>
Pflege und Beruf. Praxisleitfaden und Checkliste zur Umsetzung von Maßnahmen zur Vereinbarung von Pflege und Beruf	http://www.uni-saarland.de/fileadmin/user_upload/Sonstiges/AUDIT_Familiengerechte_Hochschule/Pflege/2605_IGFT_Brosch_uere_RZ_141105.pdf	Unternehmen	Nein	Regionalverband Saarbrücken	Praxisleitfaden und Checkliste zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

Titel	Quelle	Zielgruppe	spezifisch für Gesundheitsberufe	Herausgeber	Inhalte
<p>Eltern pflegen. So können Arbeitgeber Beschäftigte mit zu pflegenden Angehörigen unterstützen – Vorteile einer familienbewussten Personalpolitik (2009)</p>	<p>http://www.beruf-und-familie.de/system/cms/data/dl_data/5349e68eb46f2e47f4e8d1c061090852/fuer_die_praxis_01_Eltern_pflegen.pdf</p>	<p>Arbeitgeber, die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verbessern möchten</p>	<p>nein</p>	<p>Beruf und Familie</p>	<p>Information, Checklisten und Praxisbeispiele zu 8 Handlungsfeldern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeitszeit 2. Arbeitsorganisation 3. Arbeitsort 4. Informations- und Kommunikationspolitik 5. Führungskompetenz 6. Personalentwicklung 7. Entgeltbestandteile und geldwerte Leistungen 8. Service für Pflegende <ul style="list-style-type: none"> • Information zu Audit Beruf und Familie • Information zu Lokale Bündnisse für Familie

(Stand: 08.01.2016)

4.3 Ansatzpunkte zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf: Allgemeine Anmerkungen zur Systematisierung

Inhaltliche Ansatzpunkte zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf sind – Bezug nehmend auf die Informationsbroschüre des LGL [138] und die Ergebnisse der Arbeitsgruppensitzung „Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf“ am 17.06.2015 (vgl. Anhang 1) – schwerpunktmäßig in den Handlungsfeldern zu sehen, die in Tabelle 4 aufgeführt sind.

Tabelle 4: Handlungsfelder zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf

- Absicherung bei Selbstständigkeit
- Analyse von Barrieren, Belastungen und Erwartungen/Wünschen/Zielen der Angehörigen von Gesundheitsberufen (Bestandsanalyse)
- Angehörigenbetreuung und -pflege (Double/Triple Duty Caring)
- Arbeitsgestaltung, Arbeitszeiten, einschließlich neuer Formen der Zusammenarbeit
- „Dual Career“
- Angebotsinfrastruktur für das Familienleben und Kinderbetreuung
- Netzwerke
- Wiedereinstieg in den Beruf nach Elternzeit

Jerg-Bretzke und Limbrecht [9] nennen verschiedene Ansatzpunkte zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte, in denen sich viele der in obiger Tabelle genannten Handlungsfelder wiederfinden, darunter Möglichkeiten und Angebote der Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeitgestaltung und -modelle und Dual Career-Programme sowie intensiviertere Förderung familienfreundlicher Programme und Stipendien. Darüber hinaus verweisen sie auf Ansatzpunkte wie Mentoring-Programme, die Flexibilisierung von Mutterschutzregelungen (insbesondere in Fachrichtungen wie Chirurgie) und die Ermöglichung größe-

rer finanzieller Ressourcen für Kliniken oder andere Institutionen zur Förderung familienfreundlicher Strukturen.

Weitere Aspekte werden auch in einem Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen [139] genannt. Neben der flexiblen, familienfreundlichen Organisation von Arbeitszeiten und Dienstplänen (Teilzeitmodelle, Arbeitszeitkonten, Gleitzeitmodelle, Jobsharing, Teilzeit in Elternzeit etc.) sind dies das Angebot von Führungsstellen auch als Teilzeitstellen, die Einrichtung von Drei-Schicht-Modellen anstelle von Bereitschaftsdiensten, wo möglich und sinnvoll, sowie klarer strukturierte Stations- und Organisationsabläufe, um diese weniger von der Präsenz des jeweils aktuellen ärztlichen Personals abhängig zu machen. Ferner sollte schwangeren Ärztinnen eine individualisierte Beratung mit Gefährdungsbeurteilung angeboten werden, um ihnen eine inhaltlich sinnvoll auf die Weiterbildungsanforderungen abgestimmte Arbeit zu ermöglichen, ohne dabei die Schutzregelungen aufzuweichen. Auch wird empfohlen, in der Weiterbildungsordnung vom starren Monatsmodell hin zu einem Stundenmodell überzugehen. Konkret sollte es vor Ort in Kliniken Rückzugsräume zum Stillen oder Milch-Abpumpen am Arbeitsplatz geben. Diese Maßnahmen scheinen auch für beruflich Pflegende sinnvoll zu sein und entsprechen den Forderungen der pflegerischen Berufsverbände und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Einige der genannten Punkte können auch für andere Gesundheitsberufe aufgegriffen werden.

Bestehende und potenzielle Ansätze zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf können auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen bzw. systematisiert werden¹⁴:

- Individuum
- Familie und soziales/berufliches Netzwerk
- Arbeitsplatz/Berufsumfeld/Organisation
- (lokale und regionale) Versorgungsstrukturen
- gesundheits- und familienpolitische/-rechtliche Rahmenbedingungen

¹⁴ In Anlehnung an das Population Health Promotion Model (Public Health Agency of Canada; <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/index-eng.php>)

Diese Einteilung soll dabei lediglich als grober Orientierungsrahmen für Interventionsansätze dienen, da die o.g. Ebenen miteinander interagieren und nicht isoliert voneinander zu betrachten sind.

Generell sollte auch danach unterschieden werden, ob mit dem Projekt das Ziel einer Bestandsanalyse, Bedarfsanalyse oder ähnlichem verfolgt wird (im Sinne einer „Voraussetzungsprüfung“) oder aber ob ein Modellvorhaben – idealerweise basierend auf dieser Prüfung – entwickelt, implementiert und evaluiert werden soll.

4.4 Ansätze und Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf – erarbeitete Empfehlungen

Im Rahmen der Erstellung des vorliegenden Fachgutachtens wurden verschiedene Empfehlungen und Vorschläge für Ansätze und Interventionen erarbeitet, die einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Angehörigen von Gesundheitsberufen dienen sollen. Abgeleitet wurden diese aus den im Rahmen der Expertisenerstellung identifizierten Befunden, Ansatzpunkten und Bedarfen, wie sie in den vorigen Kapiteln dargestellt wurden.

Die inhaltliche Ausrichtung ist hierbei „breit“ gehalten und es werden Interventionsansätze unterschiedlicher Evidenzgrade angeführt. Hierzu zählen (1) Ansätze, die erprobt sind und zu denen es eine gute Studienlage gibt, (2) Ansätze aus der Praxis (im Sinne von „good practice“), zu denen es wenige/keine Studien gibt sowie (3) Ansätze, die neue Entwicklungen anstoßen sollen. Je nach Handlungsfeld ist der Erkenntnis- bzw. Evidenzstand entsprechend unterschiedlich. Da es die Zielsetzung des Gutachten ist, innovative Ansätze zu identifizieren, müssen (bzw. können) die Ansätze nicht durchgehend umfassend durch Studien gestützt sein.

In der Sitzung der Arbeitsgruppe 3 der LAGeV am 14.10.2015 wurden die erarbeiteten Empfehlungen diskutiert. Im Ergebnis wurde eine Auswahl und Schwerpunktsetzung für drei Modellprojekte zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf vorgenommen:

- Neben Maßnahmen der Organisationsentwicklung sowie einer Verbesserung der Kinderbetreuungsmöglichkeiten liegt ein vielversprechender Ansatzpunkt zur Verbesserung des Vereinbarkeitserlebens bei Maßnahmen zur Vermeidung von Nachteilen durch Schwangerschaft und Elternzeit (Modellprojekt „Springer-Pool“, Kapitel 4.4.2).
- Ein weiterer Ansatzpunkt besteht in der Verbesserung der professionellen Rahmenbedingungen. Die hohen wöchentlichen Arbeitszeiten niedergelassener Ärzte sowie der Wunsch nach einer Reduktion der Arbeitszeit legen die Frage nahe, welche Möglichkeiten der Entlastung und somit Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf hier denkbar sind. Dabei kann bereits über Delegation ärztlicher Aufgaben an speziell qualifizierte Kräfte eine Entlastung des Arztes sowie mehr Planungssicherheit durch Wegfall einiger Hausbesuche erreicht werden. Dies scheint insbesondere in ländlichen Bereichen mit langen Wegezeiten vielversprechend. Eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes greift das Modellprojekt „Familienfreundlichere Ausgestaltung der Arztpraxis durch Einbindung anderer Professionen in multidisziplinäre Teams“ auf und verbindet somit die Bereiche der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf sowie Versorgung in ländlichen Regionen (Kapitel 4.4.4).
- Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, dass ein Großteil von Ärzten, die aktuell nicht berufstätig sind, bei geeigneten Rahmenbedingungen wieder für eine medizinische Tätigkeit gewonnen werden könnte. Die Klärung der Frage, inwieweit bei Ärzten in beruflicher Auszeit Bedarf für ein spezielles Beratungsangebot zum Wiedereinstieg besteht und wie ein solches Angebot inhaltlich gestaltet sein muss, ist Thema des Modellprojekts „Motivierung und Beratungsangebote für den Wiedereinstieg in den Arztberuf“ (Kapitel 4.4.6).

Diese Projekte werden in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt. Eine tabellarische Kurzübersicht weiterer Vorschläge, die ursprünglich zusammengestellt und im Rahmen der Arbeitsgruppensitzung diskutiert worden waren, ist ebenfalls jeweils in den nachfolgenden Kapiteln zu finden. Diese Vorschläge sind dabei teilweise bereichsübergreifend und beschränken sich nicht auf eine Umsetzung in einem Handlungsfeld, so dass einige Möglichkeiten mehrfach aufgeführt sind.

4.4.1 Querschnittsbereich „Bedarfsanalysen und Voraussetzungsprüfungen“

Ein wesentlicher Bestandteil der nachfolgend dargestellten Vorschläge für Modellprojekte sollte – sofern nicht bereits vorliegend – eine Klärung des spezifischen Bedarfs der jeweiligen Zielgruppe sein. Je nach Ausgestaltung und inhaltlichem Schwerpunkt der einzelnen Praxisprojekte können zu dieser Klärung zählen (siehe auch die Ausführungen bei den jeweiligen Projektbeschreibungen):

- systematische Erfassung von Vereinbarkeitserleben und -konflikten bei den jeweiligen Zielgruppen im Sinne einer umfassenden Bestandsaufnahme;
- systematische Bedarfsanalysen bei den relevanten Zielgruppen;
- Berücksichtigung und Erfassung auch künftiger Bedarfe, u.a. vor dem Hintergrund längerer Zeiträume bis zur Umsetzung/Implementierung von Angeboten oder Interventionen (Nachhaltigkeitsperspektive).

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass sich Ist-Situation und Bedarfe je nach Berufsgruppe in ländlichen und städtischen Regionen, Disziplin und Sektor (ambulant, stationär) unterschiedlich darstellen und damit der „ländliche Raum“ nicht automatisch mit strukturellen Defiziten oder stärkeren Bedarfen gleichzusetzen ist. In den vorliegenden Untersuchungen und Analysen wurde vor allem auf Ärzte abgehoben. Ausgeprägte, vergleichbare Problemlagen im Pflegebereich finden sich insbesondere in Ballungsräumen und dürften insofern eine spezifische Problemanalyse erfordern. Unter der Maßgabe des Sachverständigenrates [117] bedarf es weiterer Forschung zur Vereinbarkeitsproblematik u.a. der beruflich Pflegenden.

4.4.2 Handlungsfeld „Absicherung bei Selbständigkeit“

Modellprojekt „Springer-Pool für die Vertretung von vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten bei Arbeitsunfähigkeit, in Elternzeit oder bei Pflege von pflegebedürftigen Angehörigen“ (bei Gesundheitsinstitutionen wie Kassenärztlichen Vereinigungen)

Grundsätzlich müssen Vertragsärzte ihre vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in einer Praxis ausüben. Wird die vertragsärztliche Tätigkeit reduziert, kann mit Genehmigung der KV ein Sicherstellungsassistent beschäftigt werden. Es gibt zudem Aus-

nahmefälle, in denen sich Ärztinnen und Ärzte in der Ausübung ihrer Tätigkeit komplett vertreten lassen können (KVB 2015¹⁵).

Die Vertretung bedarf z. T. einer Genehmigung der KV. Genehmigungsfrei sind z.B. (bis zu drei Monate innerhalb von 12 Monaten) die Vertretung bei Urlaub, der Teilnahme an einer Fortbildung oder im Falle einer Erkrankung oder bis zu 12 Monate bei Vertragsärztinnen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Schwangerschaft. Für Kindererziehung ist eine Vertretung von bis zu 36 Monaten möglich, muss aber von der KV genehmigt werden. Ähnlich ist es bei der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen, die bis zu 6 Monate genehmigt werden kann. In beiden Fällen können die Vertretungsdauern ggf. verlängert werden (ebd.).

Im Falle einer kurzzeitigen Erkrankung, kommt eine „kollegiale Vertretung“ nach dem Berufsrecht in Frage, bei der die Patienten vertretungsweise in einer umliegenden Praxis von einem anderen Vertragsarzt behandelt werden. Hierbei behandelt der vertretende Arzt unter der eigenen lebenslangen Arzt- und der eigenen Betriebsstättennummer. Bei einer Vertretung nach dem Vertragsarztrecht (§ 32 Ärzte-ZV) vertritt ein Arzt den Praxisinhaber in dessen Praxis und behandelt Patienten in dessen Namen (ebd.).

Kurz andauernde Vertretungen werden i.d.R. „kollegial“ mit umliegenden Praxen geregelt. Längerfristige Abwesenheitszeiten, wie z.B. im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder wegen Kindererziehung, bedürfen zwar einer umfassenden Organisation, sind aber üblicherweise wegen des längeren Vorlaufs gut planbar.

Eine besondere Herausforderung stellt im Gegensatz dazu die Suche eines Vertreters und die Organisation der Vertretung dar, wenn der Bedarf kurzfristig entsteht und voraussichtlich länger andauert. Dies kann z. B. bei einem kurzfristig aufgetretenen Pflegebedarf eines Angehörigen sein, für den die häusliche Pflege sichergestellt werden muss oder bei einer plötzlichen und längerfristigen Erkrankung des Vertragsarztes selbst. In diesem Fall kommen zu der Kurzfristigkeit ggf. die der Erkrankung geschuldeten Einschränkungen hinzu, die die Organisation der Vertretung erschweren.

¹⁵ Kassenärztliche Vereinigung Bayerns KVB. Allgemeine Informationen zum Thema Vertretung. 2015. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Praxisfuehrung/Zulassung/KVB-Merkblatt-Vertretung->

Um Ärztinnen und Ärzte bei der Suche nach einem Vertreter oder der Organisation der Vertretung zu unterstützen und zu entlasten wird das Modellprojekt „Springer-Pool“ vorgeschlagen. Die Idee besteht darin, bei einer Gesundheitsinstitution wie der KV (evtl. Bezirksgeschäftsstellen) einen „Pool“ an Ärzten einzurichten, auf den die Vertretungssuchenden bei Bedarf (bei längerfristigen Vertretungen nach dem Vertragsarztrecht) zugreifen können. Die Springer-Pool-Ärzte würden dann die Tätigkeit des Vertretungssuchenden übernehmen und solange ausüben, wie der Vertretungsgrund (Erkrankung, Kindererziehung) vorliegt (und ggf. genehmigt ist).

Es ist vorstellbar, einen solchen Vertreter- bzw. Springer-Pool für die Arztvertretung nach dem Vorbild des Poolärzte-Modells für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB (vgl. <http://www.kvb.de/praxis/aerztlicher-bereitschaftsdienst/poolaerzte/>) zu gestalten. Die genaue Umsetzung des Modellprojektes muss unter der Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen weiter spezifiziert, erprobt und evaluiert werden.

Mit der Einrichtung des Springer-Pools für die ärztliche Vertretung könnte die Suche und die Organisation der Vertretung für die Ärztinnen und Ärzte wesentlich erleichtert werden, insbesondere bei plötzlich auftretenden Vertretungsgründen. Gerade in ländlichen Regionen könnte eine solche Maßnahme zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung bei familiär bedingten Vertretungsfällen beitragen und den Beruf gerade für Ärztinnen durch eine bessere Vereinbarkeit von familiären Anforderungen und Beruf attraktiver werden lassen.

Eine Übersicht weiterer potenzieller Ansätze, die für dieses Handlungsfeld im Rahmen der Expertisenerstellung erarbeitet wurden, gibt Tabelle 5.

Tabelle 5: Weitere potenzielle Ansätze im Handlungsfeld „Absicherung bei Selbständigkeit“

- Gemeinschaftspraxen bzw. Praxisgemeinschaften
- Ausbau und Nutzung von Kooperationsbörsen zur Suche von Niederlassungspartnern/Gemeinschaftspraxen (dienen vorrangig dem Start der Selbständigkeit); vgl. etwa die Kooperationsbörse der KV Bayern¹⁶

Vertragsarzt.pdf

¹⁶ <https://www.kvb.de/praxis/online-angebote/kooperationsboerse/>

- Reduktion von Bereitschaftsdiensten als Anreiz für die Niederlassung von Ärzten
- mehr Schulungen und Informationsangebote im Studium/in der Aus- sowie Fort- und Weiterbildung zum Thema Selbständigkeit, auch für nichtärztliche Professionen wie beruflich Pflegende im ambulanten Bereich (beispielsweise das Lehrangebot „Arzt und Unternehmer der LMU München¹⁷⁾)

4.4.3 Handlungsfeld „Angehörigenbetreuung und -pflege“

Aufgrund fehlender bzw. unzureichender Datenlage in diesem Handlungsfeld (siehe Kapitel 3.2) werden für dieses Handlungsfeld derzeit keine Modellprojekte formuliert. Eine Übersicht potenzieller Ansätze, die für dieses Handlungsfeld im Rahmen der Expertisenerstellung erarbeitet wurden, gibt Tabelle 6.

Tabelle 6: Potenzielle Ansätze im Handlungsfeld „Angehörigenbetreuung und -pflege“

- Maßnahmen zur arbeitszeitlichen Entlastung
- Informationsangebote und -materialien bezüglich Unterstützungsangeboten
- Vermittlung von Unterstützungsangeboten, wie z.B. Essen auf Rädern, betreutes Wohnen, Pflegedienst, Haushaltshilfe, Einkaufsservice, Begleitung für Arztbesuche etc.
- Pflegeberatung
- Präventionskurse zur Vorbeugung von Überlastung

4.4.4 Handlungsfeld „Arbeitsgestaltung, Arbeitszeiten, einschließlich neuer Formen der Zusammenarbeit“

Modellprojekt „Familienfreundlichere Ausgestaltung der Arztpraxis durch Einbindung anderer Professionen in multidisziplinäre Teams“

In den letzten Jahren sind verschiedene Zusatzqualifikationen unterschiedlichen Umfangs für nichtärztliche Assistenzberufe in Hausarztpraxen (Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer(in)) geschaffen worden, teilweise im Rahmen von Modellprojekten,

¹⁷ http://www.egt.med.uni-muenchen.de/studium_lehre/arzt_und_unternehmer/index.html

die dann in die Versorgungsroutine überführt wurden. Hierbei werden (abrechnungsfähige) Leistungen vom Arzt an die entsprechend weiterqualifizierte Assistenzkraft delegiert (aber nicht substituiert), etwa die Motivierung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z.B. Medikamenteneinnahme), Hausbesuche, Wundmanagement, die Durchführung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (z.B. Langzeit-EKG, Medikamentenanamnese) oder die Mitwirkung bei Impfleistungen. Zu diesen Qualifikationsangeboten und -ansätzen (teilweise regional begrenzte Umsetzung) zählen unter anderem:

- VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)¹⁸;
- NÄPA (Nichtärztliche Praxisassistentin)¹⁹;
- EVA (Entlastende Versorgungsassistentin)²⁰;
- MoNi (Modell Niedersachsen);
- MoPra (Mobile Praxisassistentin);
- AGnES (Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) [118, 119].

Die Modelle beruhen auf Vereinbarungen und Vertragspartnerschaften u.a. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband sowie von Landesärztekammern und einzelnen Krankenkassen. Die Qualifikationsvoraussetzungen über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen für diese Tätigkeiten dar [140]. Zwischen den Ansätzen bestehen teils Überlappungen, was Fortbildungsinhalte und Aufgabenbereiche betrifft. Eine begleitende Evaluation ist bislang nur in geringem Umfang erfolgt, so etwa für das Konzept AGnES bzw. MoPra [141] (siehe Kapitel 3.5.2).

Ferner geht das Bundesland Rheinland-Pfalz mit der Wiedereinführung von Gemein-deschwestern²¹ neue Wege in der Versorgung, die zu einer Entlastung ärztlicher Leistungen führen soll.

¹⁸ <https://www.verah.de/>

¹⁹ http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrPraxisassistentin100826.pdf

²⁰ https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/25fortbildung/20eva_fortbildung/index.html

²¹ <http://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemein-deschwesterplus/>

Es ist gut vorstellbar, dass diese Konzepte der Delegation zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei niedergelassenen Hausärzten bzw. Allgemeinmedizinerinnen durch Entlastung v. a. hinsichtlich Arbeitszeiten, -pensum und -organisation beitragen können. Darüber hinaus könnten vorhandene Modelle bzw. Angebote gezielt um „familienfreundliche“ Komponenten, Angebote oder Strukturen so ausgebaut und weiterentwickelt werden, dass die Vereinbarkeit von Gesundheitsberuf und Familie direkt adressiert wird. Dies könnte insbesondere in dünn besiedelten oder strukturschwachen ländlichen Gebieten mit der Notwendigkeit beispielsweise von Hausbesuchen mit langen Anfahrtszeiten relevant sein. Mögliche Vorteile wären weniger Präsenzzeiten bzw. ein Mehr an Flexibilität, was z.B. bei der Koordination der Kinderbetreuung unterstützen kann.

Die Potenziale der skizzierten Delegationsmodelle für eine Förderung von Versorgungsstrukturen, die eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf erlauben, sind bislang jedoch nicht systematisch geprüft worden. Diese könnten in einem Modellprojekt mit wissenschaftlicher Begleitung evaluiert werden. Das Projekt sollte in einer definierten (ländlichen/strukturschwachen) Region umgesetzt werden. Zielgruppe sind niedergelassene Hausärzte. Die folgenden Fragen sollten dabei Berücksichtigung finden:

- Wie hoch ist der Anteil an hausärztlichen Praxen, die Delegationsmodelle aktuell nutzen/umsetzen? Wie sind diese Modelle gestaltet? (Bestandsanalyse)
- Wie hoch ist der Anteil an hausärztlichen Praxen, die sich die Umsetzung eines solchen Delegationsmodells vorstellen könnten? Was sind Gründe für die bisherige Nichtnutzung? Welche Anreize (z.B. finanzielle Bezuschussung für Fortbildungskosten, mehr Informationen über Delegationsmodell) bedarf eine künftige Nutzung? (Bedarfsanalyse)
- Wie sollte ein Delegationsmodell für die Modellregion ausgestaltet sein? Können bestehende Ansätze (s.o.) übernommen oder adaptiert werden? Welche (haftungs)rechtlichen Rahmenbedingungen müssen gegeben sein?
- Können telemedizinische Elemente, wie sie z.B. im Projekt AGnES realisiert wurden, integriert werden? (siehe auch unten)
- Formative Evaluation

- Wie wird das Modell durch Ärzte, Pflegende, Mitarbeiter in Assistenzberufen und Patienten (hinsichtlich Nutzen, Machbarkeit, Effektivität, Zufriedenheit) bewertet?
- Wie wird das Modell durch Ärzte hinsichtlich der erlebten Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewertet?
- Ist ein Transfer auf niedergelassene Fachärzte/Facharztpraxen möglich?

Im Kontext dieses Projekts kann perspektivisch auch dokumentiert werden, welche anderen Zielgruppen innerhalb der Gesundheitsorganisationen einer Entlastung im Sinne der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bedürfen, darunter beruflich Pflegende. Beispielsweise kann ein Transfer eines solchen Konzepts auf ambulante Pflegedienste vor dem Hintergrund eines in dieser Profession deutlich stärkeren Fachkraftproblems geprüft werden.

Vorstellbar sind zudem Ansätze und Modellvorhaben im Bereich der Telemedizin. Deren Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf wäre in Entlastungen für (niedergelassene) Ärzte in Praxen, Pflegedienste, Praxisgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren mit Blick auf Arbeitszeiten und -organisation zu sehen, etwa durch Reduktionen von Hausbesuchen oder Home Office-Tätigkeiten. Beispiele für Modellprojekte könnten im Bereich der telefonischen oder Online-Beratung angesiedelt sein, etwa bei Fragen der Lebensstiländerung und Gesundheitsförderung (z.B. Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion) bzw. im Kontext des Krankheitsmanagement bei Patienten mit chronischen Krankheiten. In der Forschung sind für verschiedene Indikationsbereiche (u.a. kardiovaskuläre Erkrankungen [142]; Diabetes [143, 144]) beispielweise Interventionsstudien zu telefonischer Beratung bzw. Coaching durchgeführt worden, die mehrheitlich positive Effekte in physiologischen und psychologischen Parametern demonstrieren konnten. Anknüpfungsmöglichkeiten für derartige Projekte in Bayern ergeben sich im Rahmen der Telemedizin-Offensive des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege²².

Eine Übersicht weiterer potenzieller Ansätze, die für dieses Handlungsfeld im Rahmen der Expertisenerstellung erarbeitet wurden, gibt Tabelle 7. Aufgeführt sind dort

²² <http://www.stmgp.bayern.de/krankenhaus/telemedizin/index.htm>

sowohl Maßnahmen, die an Arbeitszeiten ansetzen, als auch solche, die auf die Arbeitsorganisation und eine familienfreundliche Organisationsentwicklung fokussieren.

Tabelle 7: Weitere potenzielle Ansätze im Handlungsfeld „Arbeitsgestaltung, Arbeitszeiten, einschließlich neuer Formen der Zusammenarbeit“

- Arbeitszeit-/Notdienstentlastungen oder Krankheits-/Ausfallvertretung (z.B. bei erkranktem Kind) über Springerpools (z.B. bei der KV)
- Einrichtung von Drei-Schicht-Modellen anstelle von Bereitschaftsdiensten
- zentrale Bereitschaftsdienste, die einzelnen Ärzten diese Aufgabe abnehmen
- mobile Ärzteteams, die Hausbesuche in dünn besiedelten Gebieten übernehmen
- flexible, familienfreundliche Organisation von Arbeitszeiten und Dienstplänen (z.B. Teilzeitmodelle, Arbeitszeitkonten, Gleitzeitmodelle, Jobsharing, Teilzeit in Elternzeit etc.)
- Abschaffung der „Opt-Out“-Regelung (Verzicht auf Freizeitausgleich bei über 48 Stunden Arbeitszeit pro Woche)
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen; „Medical Homes“ zur einfacheren Organisation von Vertretungen
- Primary Care-Konzepte mit Neuordnung der beruflichen Aufgaben
- Weiterbildungsverbände, Netzwerke bzw. Praxisgemeinschaften (inkl. flexiblen Arbeitszeitmodellen) oder Kooperationsmodelle mit Krankenhäusern insbesondere in ländlichen Regionen
- Förderung von Netzwerken und Praxisteams
- Ermöglichung von Führungsstellen auch als Teilzeitstellen
- Einstellung von Praxismanagern zur Entlastung von Personalmanagement-/Organisations- und Dokumentationsarbeit
- Home-Office, falls möglich (z.B. bei Büroarbeiten)
- selbständige Schichtplanung und -einteilung
- spezifische Ansprechpartner auf Arbeitgeberseite/in Kliniken bzw. anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Thema „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“

- Informationsangebote von Arbeitgeberseite zu Unterstützungsangeboten und -möglichkeiten (z.B. Broschüren, Internetportale)
- Einrichtung von Arbeitszimmern mit Kind
- Organisationsentwicklung mit explizitem Fokus auf Gesundheitsförderung und Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Stillräume
- Kinderbetreuungsangebote
- finanzielle Unterstützung durch den Arbeitgeber bzgl. Kinderbetreuungskosten, um Fort- und Weiterbildungsangebote o.ä. während der Elternzeit in Anspruch zu nehmen (vgl. das Modell Silencium, Uni Düsseldorf)
- klarer strukturierte Stations- und Organisationsabläufe, um diese weniger von der Präsenz des jeweils aktuellen ärztlichen Personals abhängig zu machen
- Interventionen/Maßnahmen, um Nachteile durch Schwangerschaft/Elternzeit zu vermeiden
- Mentoring-Programme
- Maßnahmen zur Unterstützung der Angehörigenpflege, Beratung zu/Vermittlung von Unterstützungsangeboten bei der Betreuung von Angehörigen: Essen auf Rädern, betreutes Wohnen, Pflegedienst, Haushaltshilfe, Einkaufsservice, Begleitung für Arztbesuche etc.
- E-Learning-Angebote, z.B. im Rahmen der Fort- und Weiterbildung

4.4.5 Handlungsfeld „Angebotsinfrastruktur für das Familienleben und Kinderbetreuung“

Zu diesem Handlungsfeld gehören neben bedürfnis- und bedarfsorientierten Angeboten zur Kinderbetreuung auf institutioneller und kommunaler Ebene auch Informationen, Trainings und persönliche Unterstützungsangebote zum Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“.

Aufgrund der fehlenden Spezifität dieses Handlungsfelds für die Gruppe der Gesundheitsberufe werden hierfür derzeit keine Modellprojekte formuliert.

Eine Übersicht potenzieller Ansätze, die für dieses Handlungsfeld im Rahmen der Expertisenerstellung erarbeitet wurden, gibt Tabelle 8. Aufgeführt sind hier auch be-

reits evaluierte Trainings und Interventionen zum besseren Umgang mit Anforderungen, die aus dem Verhältnis von Arbeit und Beruf erwachsen.

Tabelle 8: Potenzielle Ansätze im Handlungsfeld „Angebotsinfrastruktur für das Familienleben/Kinderbetreuung“

- ausreichende und bezahlbare Hort-/Kindergartenplätze über kommunale Angebote, Einrichtungen im Betrieb oder Kooperation zwischen Betrieb und externen Einrichtungen
- beim Fehlen eigener institutioneller Betreuungsmöglichkeiten Kooperation mit externen Einrichtungen (z.B. Kindertagesstätten) und kommunalen Angeboten auch in den Ferien (z.B. Ferienbetreuung)
- Ganztagsgrundschule
- Nachmittags-/Hausaufgabenbetreuung
- Vermittlung ehrenamtlicher Kinderbetreuungsangebote (z.B. „Wunsch-Großeltern“, Großeltern-Service an der HU Berlin, Aktivpaten)
- Ferienbetreuungsangebote auch am Wochenende oder bei Nachtschichten
- Babysitting-Börsen (vgl. Uni Düsseldorf)
- Informationsveranstaltungen zum Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“ bereits im Studium bzw. im Rahmen der Ausbildung
- Trainings und Schulungen zum besseren Umgang mit Anforderungen, die aus dem Verhältnis von Arbeit und Beruf erwachsen; Beispiele: „Work, Family, and Health Network“-Intervention zur Förderung der erlebten Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Maßnahmen am Arbeitsplatz; Workplace Triple-P; individualisierte Coaching-Angebote (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2)
- „Dual Career“-Programme (u.a. Unterstützung bei der Jobsuche des Partners, Kinderbetreuung)
- Etablierung einer familienfreundlichen Infrastruktur auch in ländlichen Räumen (Einkaufsmöglichkeiten, Erreichbarkeit nächstes Krankenhaus, breites Spektrum an Angeboten des täglichen Bedarfs z.B. Bank, Post, Anpassung der Öffnungszeiten, öffentliche Verkehrsmittel, Angebot von Haushaltshilfen, Einkaufsservice, Fahrdienst, Lieferservice)

4.4.6 Handlungsfeld „Wiedereinstieg in den Beruf“

Modellprojekt „Motivierung und Beratungsangebote für den Wiedereinstieg in den Arztberuf“

In Bayern waren bis Anfang 2014 insgesamt 79.856 Ärzte bei der Landesärztekammer gemeldet, jedoch sind davon nur 74,6 % (59.574) aktiv berufstätig (vgl. [145]). Der häufigste Anlass für eine Auszeit ist die Geburt eines Kindes und die anschließende Elternzeit.

Eine Studie der Kölner Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (zitiert im Leitfaden für nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Sachsen der Sächsischen Landesärztekammer [146]) hat ergeben: Ein Großteil der nicht berufstätigen Ärzte möchte die ärztliche Tätigkeit nach bestimmter Zeit wieder aufnehmen, fühlt sich aber nach der Berufspause unvorbereitet, ist nicht mehr auf dem aktuellen fachlichen Stand und unsicher, wie der Wiedereinstieg organisatorisch am besten anzugehen ist. In einer Umfrage der Ärztekammer Schleswig-Holstein [147] bei 150 nicht praktizierenden Ärzten (nicht berufsunfähig und nicht krank) geben 69 % an, dass sie sich vorstellen könnten, wieder eine ärztliche Tätigkeit aufzunehmen. Für 40 % wäre generell die Aufnahme einer hausärztlichen Tätigkeit denkbar. Die Dauer der Berufspause variierte erwartungsgemäß stark (27 % über zehn Jahre nicht ärztlich tätig, 33 % 1 bis 10 Jahre nicht ärztlich tätig, 20 % 1 bis 12 Monate nicht ärztlich tätig, 20 % nie ärztlich tätig).

Diese Studienergebnisse zeigen, dass ein Großteil dieser Ärzte möglicherweise bei geeigneten Rahmenbedingungen für eine kurative Tätigkeit motivierbar wäre. Dies könnte unter anderem auch ein Ansatzpunkt sein, um dem Ärztemangel in strukturschwachen Regionen entgegenzuwirken. Um die Hürden für einen Wiedereinstieg möglichst gering zu halten, existieren z.B. von Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Ärztekammern und Fachgesellschaften Ratgeber, Mentorenprogramme und Wiedereinstiegskurse. Diese sollen Ärzten nach einer beruflichen Auszeit, Familienpause oder Arbeitslosigkeit eine Rückkehr in Praxis, Klinik oder Institutionen der Gesundheitsversorgung erleichtern und darauf vorbereiten. In den zumeist mehrtägigen, kostenpflichtigen Seminaren steht insbesondere die Auffrischung des Fachwissens im Vordergrund. Spezifische kostenfreie Beratungsangebote für Wiedereinsteiger, die

verschiedene Möglichkeiten aufzeigen, Beruf und Familie besser zu vereinbaren (z.B. Teilzeitarbeit, flexible Arbeitszeiten, Unterstützungsmöglichkeiten bei Niederlassung, Kinderbetreuungsangebote) existieren bisher kaum. Die allgemeinen Beratungsangebote (z.B. Niederlassungsberatung der KV) werden erfahrungsgemäß von Wiedereinsteigern eher selten genutzt. Um näher zu explorieren, ob es unter Ärzten, die sich in einer beruflichen Auszeit befinden, Bedarf für ein spezielles Beratungsangebot zum Wiedereinstieg gibt, wie ein solches Angebot inhaltlich gestaltet sein sollte und ob dadurch letztendlich die Anzahl der Wiedereinsteiger in die ärztliche Tätigkeit erhöht werden kann, wäre die Durchführung eines Modellprojektes mit Begleitforschung empfehlenswert.

Da bisher keine Zahlen existieren, wie groß die Anzahl an ausgebildeten Ärzten ist, die möglicherweise durch ein solches Beratungsangebot angesprochen werden könnten, wäre zunächst eine umfassende Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse erforderlich. Hier sollen die folgenden Fragen geklärt werden:

- Wie viele Ärzte würden gerne in ihren Beruf zurückkehren, verzichten aber aus familiären Gründen auf eine berufliche Tätigkeit? Wie viele davon leben in strukturschwachen bzw. ländlichen Regionen?
- Wie lange arbeiten die Befragten nicht in ihrem Beruf? Welchen Ausbildungsstand haben die Befragten (z.B. Assistenzarzt, Facharzt)?
- Was sind die genauen Hinderungsgründe, die bisher einem beruflichen Wiedereinstieg entgegenstanden?
- Welche Tätigkeit könnten sich die Befragten vorstellen (z.B. Fachrichtung, Niederlassung)?
- Unter welchen Bedingungen (z.B. Unterstützung, Arbeitsbedingungen, finanzielle Absicherung) könnte sich diese Zielgruppe vorstellen den Wiedereinstieg in den Beruf zu wagen?
- Sind der Zielgruppe die angebotenen Unterstützungsmöglichkeiten sowie die entsprechenden Beratungsangebote, Wiedereinstiegsseminare der Ärztekammer, die den Wiedereinstieg erleichtern sollen, bekannt?
- Wurden diese Angebote bereits in Anspruch genommen? Warum wurden diese Angebote bisher nicht in Anspruch genommen? Unter welchen Bedingungen würde die Zielgruppe diese Angebote in Anspruch nehmen?

- Welche Angebote (z.B. Beratung, längerfristiges Coaching, Austausch mit „Gleichgesinnten“) würde sich die Zielgruppe zur Erleichterung des Wiedereinstiegs in die ärztliche Tätigkeit wünschen? Wie bzw. durch wen würden sie gerne über die Angebote informiert werden (z.B. Internet, persönliches Anschreiben, Ärztezeitschrift, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Fachgesellschaft)?

Im Anschluss an diese Bedarfsanalyse kann ein Beratungsangebot hinsichtlich der Wünsche der Zielgruppe entwickelt werden. In einer nachfolgenden Evaluationsstudie kann dann überprüft werden, ob das Beratungsangebot entsprechend angenommen wird, wie es von den Interessenten bewertet wird (u.a. Zufriedenheit mit der Beratung) und welche Auswirkungen dies letztendlich auf die Zahl der Wiedereinsteiger in der Modellregion hat. Als Voraussetzung für das Projekt sind vorab datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen und Limitationen (u.a. Herausgabe der Adressen durch die KV/Ärztekammern zur Kontaktierung im Rahmen der Bedarfsanalyse und gegebenenfalls zur Unterbreitung des Beratungsangebots) zu klären.

Eine Übersicht weiterer potenzieller Ansätze, die für dieses Handlungsfeld im Rahmen der Expertisenerstellung erarbeitet wurden, gibt Tabelle 9.

Tabelle 9: Weitere potenzielle Ansätze im Handlungsfeld „Wiedereinstieg in den Beruf“

- Beratung vor Antreten der Elternzeit
- klare Dokumentation des Mitarbeiterstatus vor Elternzeit
- verbindliche, schriftliche Rückkehrvereinbarungen
- eindeutige Vertretungsregelungen, vorzugsweise durch 1:1-Ersatz
- Ermöglichung von Fort- und Weiterbildung auch während der Elternzeit
- Ermöglichung einer früheren Rückkehr aus der Elternzeit
- Angebot individualisierter Beratung mit Gefährdungsbeurteilung für Schwangere, um ihnen eine inhaltlich sinnvoll auf die Weiterbildungsanforderungen abgestimmte Arbeit zu ermöglichen, ohne dabei die Schutzregelungen aufzuweichen
- Rückkehrgespräche
- Stufenweiser Wiedereinstieg
- Zugang zu internen Dokumenten auch während der Elternzeit, um auf dem Laufenden zu bleiben oder Mentoren, die regelmäßig informieren (Kontakthaltegespräche)
- Änderungen in der Weiterbildungsordnung (Stundenmodell statt Monatsmodell)
- mehrstufiges mentorenbegleitete Programm zum beruflichen Wiedereinstieg
- „Dual Career“-Programme
- Wiedereinstiegskurse/Auffrischkurse bei längerer elternzeitbedingter Pause
- E-Learning-Angebote
- Einrichtung von Stillräumen
- finanzielle Unterstützung durch den Arbeitgeber bzgl. Kinderbetreuungskosten, um Fort- und Weiterbildungsangebote o.ä. während der Elternzeit in Anspruch zu nehmen (vgl. das Modell Silencium, Uni Düsseldorf)

4.4.7 Handlungsfeld „Interventionen zur besseren Versorgung ländlicher Regionen“

In Kapitel 4.4.4 wurde das Modellprojekt „Familienfreundlichere Ausgestaltung der Arztpraxis durch Einbindung anderer Professionen in multidisziplinäre Teams“ spezi-

fiziert, welches insbesondere in ländlichen Regionen vielversprechend erscheint und den Ansatzpunkt der Neuorientierung in der Versorgung aufgreift.

Da kein direkter Bezug von dem Handlungsfeld (mit Blick auf Themen wie Aus-/Fortbildung, finanzielle Anreize oder regulatorische Interventionen) zur Frage der Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf hergestellt werden kann, werden hierfür derzeit keine Modellprojekte formuliert. Weitere Ansatzpunkte aus den Bereichen professionelle und persönliche Rahmenbedingungen finden sich unter den Handlungsfeldern Arbeitsgestaltung (Kapitel 4.4.4) sowie Angebotsinfrastruktur für das Familienleben (Kapitel 4.4.5).

Eine Übersicht potenzieller Ansätze, die für dieses Handlungsfeld im Rahmen der Expertisenerstellung erarbeitet wurden, gibt Tabelle 10. Diese sollen der verbesserten Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen durch die entsprechend qualifizierten Berufsgruppen dienen. Sie weisen aber, wie bereits ausgeführt, teilweise keinen (expliziten) Bezug zu Fragen der besseren Vereinbarkeit von Familie und (Gesundheits-)Beruf auf.

Tabelle 10: Potenzielle Ansätze im Handlungsfeld „Verbesserte Versorgung ländlicher Regionen“

- Angebote zum Kennenlernen neuer Versorgungsmodelle in anderen Ländern
- Angebote zum Kennenlernen der (haus-)ärztlichen Tätigkeit auf dem Land (vgl. die in Kapitel 3.5 dargestellten Studien aus den USA und Schottland), z.B. Famulaturen oder Praktika in ländlichen Regionen
- gezielte Einrichtung bzw. Ausbau medizinischer bzw. pflegewissenschaftlicher Fakultäten oder Ausbildungseinrichtungen in ländlichen Regionen
- Studienstipendien für Medizin- und Pflegestudierende, an die die Bedingung einer späteren Tätigkeit auf dem Land geknüpft ist
- Attraktivitätssteigerung der Fachrichtung Allgemeinmedizin im Medizinstudium (z.B. Imagekampagnen, Anschubfinanzierung)
- finanzielle Förderung (z.B. höhere Vergütung, Gründungszuschüsse für ambulante Pflegedienste) bei Tätigkeitsaufnahme im ländlichen Raum
- bei Bedarf Einrichtung von Fahrdiensten, die immobile Patienten zum Arzt bringen (vgl. Projekt „Dorfmobil“ in Österreich) [148]

- Etablierung lokaler Akademikernetzwerke
- Etablierung des Primary Care-Ansatzes mit einem Neuzuschnitt der Aufgabenverteilung
- Etablierung Medizinischer Versorgungszentren, Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften
- Förderung von Teamwork und Netzwerken, z.B. Gesundheitsregionenplus, Regionaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen, Gesundheitszirkel u.ä.
- Vernetzung mit Kollegen über telemedizinische Angebote (z.B. Möglichkeit fachärztliche Meinung einzuholen; siehe auch Kapitel 4.4.4)
- „Dual Career“-Programme zur Unterstützung bei der Jobsuche des Partners im ländlichen Raum

4.5 Zusammenfassung und Fazit zu den Handlungsfeldern und Interventionsmöglichkeiten

Es konnten in der internationalen Literatur nur wenige Interventionsstudien gefunden werden, die eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Zielgröße anstreben (siehe Kapitel 4.1 und 4.2). Die identifizierten Studien sind nur teilweise spezifisch auf Gesundheitsberufe ausgerichtet. Es wurden überwiegend komplexe Maßnahmen der Organisationsentwicklung durchgeführt, durch die eine Verbesserung der Vereinbarkeit erzielt werden konnte. Aus Deutschland konnte nur eine Evaluationsstudie zur Thematik gefunden werden. Durch das Programm Workplace Triple P konnte eine Verbesserung familien- und berufsbezogener Parameter erzielt werden. Das Programm ist allerdings nicht spezifisch für Gesundheitsberufe. Zudem wurde eine Vielzahl an Praxisbeispielen gefunden, die eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf anstreben. Leider fehlen jedoch Daten zur Evaluation, so dass offen bleibt, inwiefern durch die jeweiligen Ansätze tatsächlich eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erreicht wurde und in welchem Ausmaß.

Die große Anzahl an Ideen für Modellprojekte zeigt, dass es prinzipiell viele mögliche Ansatzpunkte gibt, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Erwerbstätigen in

Gesundheitsberufen zu verbessern (siehe Kapitel 4.3 und 4.4). Für einige Ansätze wären vorab die rechtlichen Gegebenheiten zu prüfen bzw. es müsste geprüft werden, ob es gegebenenfalls zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch einer Anpassung/Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen bedarf. Die Ansätze unterscheiden sich zudem hinsichtlich ihrer Spezifität für den Bereich des Gesundheitswesens, der verfügbaren Evidenz, dem Innovationsgrad, der Umsetzbarkeit und der zu erwartenden „Wirksamkeit“. Es wurden drei Modellprojekte, die Strukturinnovationen darstellen und besonders erfolgversprechend sowie in der Praxis gut umsetzbar erschienen, ausgewählt und näher erläutert.

Die drei skizzierten Modellprojekte fokussieren auf unterschiedliche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf und Familie. Während das Projekt „Familienfreundlichere Ausgestaltung der Arztpraxis durch Einbindung anderer Professionen in multidisziplinäre Teams“ (**A**) in erster Linie zu einer zeitlichen Entlastung von Ärzten führen soll, wird mit dem Projekt „Springer-Pool“ (**B**) zusätzlich eine Gewährleistung der Praxiskontinuität und finanzielle Absicherung bei familienbedingten Arbeitsausfall- bzw. -reduktionszeiten angestrebt. Das Projekt „Motivation zum Wiedereinstieg“ (**C**) schließlich nimmt zeitliche und finanzielle Barrieren beim Wiedereinstieg sowie die Organisation der Doppelbelastung von Medizinern in den Blickpunkt.

- Die Modellprojekte unterscheiden sich auch hinsichtlich Evidenzgrad und die zu erwartende Nachhaltigkeit im Hinblick auf eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Es gibt zwar bereits einige erfolgversprechende Projekte zur Delegation von ärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliche qualifizierte Assistenzberufe, der Fokus der entsprechenden Evaluationsstudien lag jedoch bisher nicht auf einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sondern eher auf der Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Modellprojekt A soll nun beide Aspekte verbinden und schwerpunktmäßig die unmittelbaren Auswirkungen der Delegation auf eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei den Ärzten evaluieren. Insgesamt scheint der Ansatz erfolgversprechend, da die Delegation von Aufgaben unmittelbar mit einer zeitlichen Entlastung der Ärzte einhergehen müsste (vgl. [119]). Zu bedenken wären andererseits eventuel-

le finanzielle Mehrbelastungen durch Qualifizierungsmaßnahmen (oder Neueinstellungen) von Praxismitarbeitern.

- Ebenfalls vielversprechende Erwartungen bezüglich einer zeitlichen Entlastung und der Absicherung der Selbstständigkeit werden an das Projekt „Springer-Pool“ (B) gestellt. Gute Erfahrungen existieren, wie berichtet wurde, bereits aus der Vertretervermittlung der KVB für den Bereitschaftsdienst. Insofern ist auch dieses Modellprojekt durch gute Erfolgsaussichten bezüglich einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie gekennzeichnet. Ein kritischer Faktor bei der Inanspruchnahme des Angebots könnten finanzielle Aspekte sein (z.B. Fixkosten trotz Verdienstaussfall).
- Da bisher wenige Forschungsergebnisse zu der Zielgruppe der beruflichen „Wiedereinsteiger“ und deren Wünschen und Bedürfnissen existieren, lässt sich im Vorfeld kaum abschätzen, inwieweit ein spezielles Beratungsangebot für Wiedereinsteiger von der Zielgruppe angenommen wird und die Zahl an Wiedereinsteigern in die ärztliche Tätigkeit tatsächlich erhöhen kann (Projekt C). Insofern stellt die Bedarfsanalyse im Vorfeld einen wichtigen Wegweiser zur Abschätzung des Erfolgs eines solchen Beratungsangebots dar.

5 Literatur

1. Bayerisches Landesamt für Statistik. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2032: Demographisches Profil für den Freistaat Bayern; 2012.
2. Jacobs K., Schulze S., editor. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: Kompart; 2011.
3. Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bielefeld: Matthiesen Druck; 2012.
4. Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Der Arbeitsmarkt in Deutschland - Fachkräfteengpass-Analyse. Nürnberg: Eigenverlag; 2015
<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2015-12.pdf> Accessed 23 Oct 2015.
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung; 2012.
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf>. Accessed 28 Oct 2015.
6. Kistler, E., Trischler, F (INIFES). Beschäftigungstrends im Freistaat Bayern 2012 – Teil II. Repräsentative Analysen auf Basis des IAB-Betriebspanels 2012. Bericht an das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und die Regionaldirektion Bayern der Bundesagentur für Arbeit. Stadtbergen; 2013.
http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/arbeit/betpan12b.pdf Accessed 14 Aug 2015.
7. Budd JW, Mumford KA. Family-friendly work practices in Britain: Availability and perceived accessibility. *Human Resour Manage.* 2006;45:23–42.
doi:10.1002/hrm.20091.
8. Hoff EH, Grote S, Dettmer S, Hohner HU, Olos L. Work-Life-Balance: Berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie.* 2005;49:196–207.
doi:10.1026/0932-4089.49.4.196.
9. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Wo sind sie geblieben? -Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie. *Zeitschrift für medizinische Ausbildung.* 2012:1–11.

10. Statistisches Bundesamt. Studierende, Studienfach Medizin Deutschland; 2014. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/Irbil05.html>. Accessed 28 Oct 2015.
11. Abele AE. Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. In: Schwartz FW, Angerer P, editors. Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen: Report Versorgungsforschung, Band 2. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 149–158.
12. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Häemmig O, Knecht M, Klaghofer R. The impact of gender and parenthood on physicians' careers—professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:40. doi:10.1186/1472-6963-10-40.
13. Amstad FT, Meier LL, Fasel U, Elfering A, Semmer NK. A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *J Occup Health Psychol*. 2011;16:151–69. doi:10.1037/a0022170.
14. Byron K. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *J Vocat Behav*. 2005;67:169–198. doi:10.1016/j.jvb.2004.08.009.
15. Ford MT, Heinen BA, Langkamer KL. Work and family satisfaction and conflict: A meta-analysis of cross-domain relations. *J Appl Psych*. 01.2007;92:57–80.
16. Michel JS, Mitchelson JK, Kotrba LM, LeBreton JM, Baltes BB. A comparative test of work-family conflict models and critical examination of work-family linkages. *J Vocat Behav*. 2009;74:199–218. doi:10.1016/j.jvb.2008.12.005.
17. Cinamon RG, Weisel A, Tzuk K. Work-family conflict within the family: Crossover effects, perceived parent-child interaction quality, parental self-efficacy, and life role attributions. *J Career Dev*. 2007;34:79–100. doi:10.1177/0894845307304066.
18. Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of conflict between work and family roles. *Acad Manage Rev*. 1985;10:76–88. doi: 10.5465/AMR.1985.4277352.
19. Hammer LB, Cullen JC, Neal MB, Sinclair RR, Shafiro MV. The longitudinal effects of work-family conflict and positive spillover on depressive symptoms among dual-earner couples. *J Occup Health Psychol*. 04.2005;10:138–54.
20. Elgar K, Chester A: The mental health implications of maternal employment: Working versus at-home mothering identities. *Aust E J Adv Mental Health*. 2007;6:1–9.
21. Roos E, Burström B, Saastamoinen P, Lahelma E. A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. *Soc Sci Med*. 06.2005;60(11):2443–51.

22. Voydanoff P. Linkages between the work-family interface and work, family, and individual outcomes. *J Fam Issues*. 2002;23:138–64. doi:10.1177/0192513X02023001007.
23. Kinnunen U, Geurts S, Mauno S. Work-to-family conflict and its relationship with satisfaction and well-being: A one-year longitudinal study. *Work Stress*. 2004;18:1–22.
24. Allen TD, Johnson RC, Kiburz KM, Shockley KM. Work-family conflict and flexible work arrangements: Deconstructing flexibility. *Pers Psychol*. 2013;66(2):345–76. doi: 10.1111/peps.12012.
25. Higgins C, Duxbury L, Julien M. The relationship between work arrangements and work-family conflict. *Work*. 2014;48:69–81. doi:10.3233/WOR-141859.
26. Kossek EE, Pichler S, Bodner T, Hammer LB. Workplace social support and work-family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organizational support. *Pers Psychol*. 2011;64(2):289–313.
27. Hammer LB, Kossek EE, Anger WK, Bodner T, Zimmerman KL. Clarifying work-family intervention processes: the roles of work-family conflict and family-supportive supervisor behaviors. *J Appl Psychol*. 2011;96:134–50. doi:10.1037/a0020927.
28. McNall LA, Nicklin JM, Masuda AD. A Meta-Analytic Review of the Consequences Associated with Work-Family Enrichment. *J Bus Psychol*. 2010;25(3):381–96. doi: 10.1007/s10869-009-9141-1.
29. Morganson VJ, Litano ML, O'Neill SK. Promoting work–family balance through positive psychology: A practical review of the literature. *Psychologist-Manager Journal*. 2014;17:221–44. doi:10.1037/mgr0000023.
30. Adám S, Györffy Z, Susánszky E. Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. *J Health Psychol*. 2008;13(7):847–56. doi:10.1177/1359105308095055.
31. Ahmad A. Work-family conflict among junior physicians: it's mediating role in the relationship between role overload and emotional exhaustion. *J Soc Sci*. 2010;6(2):265–71. doi:10.3844/jssp.2010.265.271.
32. Estry-Behar M, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia MA, et al. Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: results from the French SESMAT study. *Work*. 2011;40 Suppl 1:83-100. doi:10.3233/WOR-2011-1270.
33. Geurts S, Rutte C, Peeters M. Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Soc Sci Med*. 1999;48(9):1135–48.

34. Thanacoody PR, Bartram T, Casimir G. The effects of burnout and supervisory social support on the relationship between work-family conflict and intention to leave: a study of Australian cancer workers. *J Health Organ Manag.* 2009;23:53–69. doi:10.1108/14777260910942551.
35. Berkman LF, Liu SY, Hammer L, Moen P, Klein LC, Kelly E, et al. Work-family conflict, cardiometabolic risk, and sleep duration in nursing employees. *J Occ Health Psychol.* 2015; 20(4):420-433. doi:10.1037/a0039143.
36. Cortese CG, Colombo L, Ghislieri C. Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *J Nurs Manag.* 2010;18:35–43. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01064.x.
37. Kim SS, Okechukwu CA, Buxton OM, Dennerlein JT, Boden LI, Hashimoto DM, Sorensen G. Association between work-family conflict and musculoskeletal pain among hospital patient care workers. *Am J Ind Med.* 2013;56(4):488–95. doi:10.1002/ajim.22120.
38. Leineweber C, Westerlund H, Chungkham HS, Lindqvist R, Runesdotter S, Tishelman C. Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *PLoS ONE.* 2014;9:e96991. doi:10.1371/journal.pone.0096991.
39. Simon M, Kümmerling A, Hasselhorn H. Work-home conflict in the European nursing profession. *Int J Occup Environ Health.* 2004;10(4):384–91. doi:10.1179/oeh.2004.10.4.384.
40. Stordeur S, D'Hoore W, NEXT Study Group. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *J Adv Nurs* 2007;57:45–58. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04095.x.
41. Wilson MG, DeJoy DM, Vandenberg RJ, Richardson HA, McGrath AL. Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *J Occup Organ Psychol.* 2004;77(4):565–88. doi:10.1348/0963179042596522.
42. Grzywacz JG, Frone MR, Brewer CS, Kovner CT. Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):414–26. doi:10.1002/nur.20133.
43. DePasquale N, Davis KD, Zarit SH, Moen P, Hammer LB, Almeida DM. Combining formal and informal caregiving roles: the psychosocial implications of double- and triple-duty care. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2014. doi:10.1093/geronb/gbu139.
44. Ward-Griffin C, Brown JB, St-Amant O, Sutherland N, Martin-Matthews A, Keefe J, Kerr M. Nurses negotiating professional-familial care boundaries: striving for

- balance within double duty caregiving. *J Fam Nurs*. 2015;21:57–85. doi:10.1177/1074840714562645.
45. Boumans NPG, Dorant E. Double-duty caregivers: healthcare professionals juggling employment and informal caregiving. A survey on personal health and work experiences. *J Adv Nurs*. 2014;70(7):1604–15. doi:10.1111/jan.12320.
 46. DePasquale N, Bangerter LR, Williams J, Almeida DM. Certified nursing assistants balancing family caregiving roles: health care utilization among double- and triple-duty caregivers. *Gerontologist*. 2015. doi:10.1093/geront/gnv081.
 47. Brattig B, Schablon A, Nienhaus A, Peters C. Occupational accident and disease claims, work-related stress and job satisfaction of physiotherapists. *J Occup Med Toxicol*. 2014;9:36. doi:10.1186/s12995-014-0036-3.
 48. Gupta S, Paterson ML, Lysaght RM, Zweck CM von. Experiences of burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2012;79:86–95. doi:10.2182/cjot.2012.79.2.4.
 49. Yoshida Y, Sandall J. Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery* 2013;29(8):921–6. doi:10.1016/j.midw.2012.11.002.
 50. Bestmann, T., Küchler, T., Henne-Bruns, D. Zufriedenheit unter deutschen Ärztinnen und Ärzten- Ergebnisse einer empirischen Umfrage. In: Schwartz, F., Angerer, P., editor. *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 209–218.
 51. Büttner U, Crusius A. Ergebnisse einer freiwilligen Umfrage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Situation der Ärzteschaft in Mecklenburg-Vorpommern. In: Schwartz F, Angerer P, editor. *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 35–51.
 52. Bornschein S. Arbeitszeit und-zufriedenheit nichtselbstständiger Ärzte in München. In: Schwartz F, Angerer P, editor. *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 65–78.
 53. Oberlander W. Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In: Schwartz F., Angerer P, editor. *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 117–126.
 54. Brähler E, Alfermann D, Stiller J, editor. *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2008.

55. Stern K. Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster: Waxmann; 2003.
56. Ulich E. Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern: Hans Huber; 2003.
57. Fischer J. Der Ärztemonitor 2014: Zwischen Lust und Frust an Rhein und Ruhr; 2014. <http://www.aekno.de/page.asp?pageld=11479&noredir=True>. Accessed 17 Aug 2015.
58. Flaig T. Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm; 2014. http://vts.uni-ulm.de/docs/2014/9308/vts_9308_13995.pdf. Accessed 7 Sep 2015.
59. Mayer C. Studie zur Arbeitsbelastung bei bayerischen Klinikärzten. Münchner Ärztliche Anzeigen. 10.2014;22.
60. Zwack J. Resilienz im Arztberuf. Heidelberg: Institut für Medizinische Psychologie, Sektion Organisationspsychologie, Universitätsklinikum Heidelberg; 2011.
61. Gensch K. Berufsentscheidung junger Ärztinnen und Ärzte: Auswirkungen auf das ärztliche Versorgungsangebot. In: Schwartz F, Angerer P, editor. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 127–136.
62. Bühren A. Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht- Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit. In: Schwartz, F., Angerer, P., editors. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 17–29.
63. Bühren A, Buchalik M. Praxis und Familie – selbstverständlich, oder Problem?: Praxisrelevante Ergebnisse einer Umfrage. Der Hausarzt. 2010; 10(8):19-20.
64. Bühren A, Tschörtner A. Ich bin Ärztin; 2011. https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_xx/ich_bin_Aerztin.pdf. Accessed 14 Aug 2015.
65. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD003798. doi:10.1002/14651858.CD003798.pub2.
66. Bestehorn, M. Familie und Beruf sind für Kardiologinnen und Kardiologen schwer vereinbar –Ohne entsprechende Ressourcen droht Versorgungsengpass. Presetext DGK 10/2014. <http://dgk.org/daten/Stat.BestehornFORMATIERT.pdf>. Accessed 14 Aug 2015.
67. Hancke K, Toth B, Igl W, Ramsauer B, Bühren A, Wöckel A, et al. Career and family - are they compatible?: results of a survey of male and female Gynaecol-

- ogists in Germany. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2012;72(5):403–7. doi:10.1055/s-0031-1298393.
68. Hartmannbund. Assistenzarzt (m/w) 2014; 2014. http://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2015_Assistenzarztumfrage2014.pdf Accessed 14 Aug 2015.
69. Hartmannbund. Es bleibt noch viel zu tun! <http://www.hartmannbund.de/Zielgruppen/angestellte-aerzte/assistentenarzt-m-w-2014/>. Accessed 14 Aug 2015.
70. Flintrop J. Unzufrieden in der Klinik – Respekt vor der Niederlassung. *Deutsches Ärzteblatt.* 2015;112(6):216–7.
71. Engelmann C. Vater werden ist nicht schwer,... Vater sein dagegen sehr: Elternzeit: Wirklichkeit als Inspiration für Forschung. *Deutsches Ärzteblatt.* 2015;112(17):22.
72. Barth N, Linde K, Schneider A. Niederlassungsmotive - Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. *Gesundheitswesen.* 2015. doi:10.1055/s-0035-1547299.
73. Institut für freie Berufe Nürnberg (IFB). Zahnärztinnen in Bayern Vereinbarkeit von Familie und Beruf. <http://www.gbv.de/dms/zbw/647684055.pdf>. Accessed 17 Aug 2015.
74. Isolde M, Kohl T. Gender dentistry - Studie zur Zahnärztinnenumfrage 2010 veröffentlicht. *bzb-online*; 2011. http://www.bzb-online.de/jan11/22_23.pdf. Accessed 27 Oct 2015.
75. Heyer T. Ergebnisse der Online-Befragung zur Kinderbetreuung. *Rheinisches Zahnärzteblatt.* 2014;9:508–10.
76. Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller CH. The career expectations of medical students: Findings of a nationwide survey in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international.* 05.2012;109:327–32. doi:10.3238/arztebl.2012.0327.
77. Heinz A, Jacob R. Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven: In welcher Facharzttrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2012;55:245–53. doi:10.1007/s00103-011-1413-z.
78. Renkawitz T, Schuster T, Benditz A, Craiovan B, Grifka J, Lechler P. Was Medizinstudierende wollen - Einschätzung ärztlicher Stellenanzeigen durch angehende Ärztinnen und Ärzte der Humanmedizin. *Gesundheitswesen.* 2013;75:e149-e155. doi:10.1055/s-0032-1331785.

79. Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H. Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career - a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33:47–53. doi:10.3109/02813432.2015.1020661.
80. Jacob R, Kopp J, Schultz S. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf. Accessed 27 Oct 2015.
81. Rammoser I, Lüthy A, Ehret T. Pflege: Unzufriedenheit wächst dramatisch. *Health & Care Management*. 2012;10.
82. Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R. Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *J Appl Psychol*. 1996; 81(4):400–10.
83. Galatsch M, Iskenius M, Müller BH, Hasselhorn HM. Vergleich der Gesundheit und Identifizierung von Prädiktoren der Gesundheit in verschiedenen Altersgruppen Pflegenden in Deutschland. *Pflege*. 2012;25:23–32. doi:10.1024/1012-5302/a000167.
84. Buxel H. Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. 2011. https://www.fh-muenster.de/oecotrophologie-facility-management/downloads/buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf. Accessed 23 Sep 2015.
85. Blum K, Müller U, Schilz P. Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. 2004. https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/wiedereinstieg_pflegekraefte.pdf. Accessed 17 Aug 2015.
86. Fuß I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*. 2008;8:353. doi:10.1186/1471-2458-8-353.
87. Mache S., Bernburg M., Vitzhum K, Groneberg DA, Klapp BF, Danzer G. Managing work-family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors. *BMJ open*. 2015;5:e006871. doi:10.1136/bmjopen-2014-006871.

88. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten -Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. In: Schwartz F, Angerer P, editor. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 325–336.
89. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians - career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly.* 2008;138(21-22):305–12.
90. Reimann S, Alfermann D. Karriereentwicklung von Ärztinnen-Vier Faktoren die Sie voran bringen. *Zeitschrift für Frauen in der Medizin.* 2014;3(4):224-229.
91. Reimann S, Alfermann, D. Zum Einfluss der Elternschaft auf die Karriereorientierung von Ärztinnen. Eine Fallrekonstruktion. *Zeitschrift für Familienforschung.* 2014;26(2):169–98.
92. Walter U, Awa W, Plaumann M. Arbeitsplatzbezogener Stress und Burnout- Möglichkeiten und Grenzen einer Prävention. In: Schwartz F, Angerer P, editors. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 385–394.
93. Deutscher Ärztinnenbund e.V. Befragung des Deutschen Ärztinnenbunds zur Kinderbetreuung an deutschen Kliniken und Krankenhäusern - Abschlussbericht 2. 2006. <http://www.aerztinnenbund.de/Befragung-des-Deutschen-rztinnenbunds-zur.649.0.2.html>. Accessed 14 Aug 2015.
94. Blum K, Löffert S. Ärztemangel im Krankenhaus- Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen- Forschungsgutachten Im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. 2010. http://www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf. Accessed 28 Oct 2015.
95. Blum K, Offermanns M, Perner P. Krankenhaus Barometer. 2008. http://www.dkgev.de/media/file/5111.Bericht_KH_Barometer_2008.pdf. Accessed 28 Oct 2015.
96. DIHK Berlin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Ergebnispräsentation „Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Altenpflegeeinrichtungen“. http://www.competentia.nrw.de/interessantes/publikationen/140909_Vereinbarkeit-altenpflege.pdf. Accessed 17 Aug 2015.
97. World Health Organization WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.

98. Rygh EM, Hjortdahl P. Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. *Rural and Remote Health*. 2007;7(3):766.
99. Steinhäuser J, Joos S., Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2013;89:10–5.
100. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;6:CD005314. doi:10.1002/14651858.CD005314.pub3.
101. Baier N, Struckmann V. Review zu den Perspektiven der ländlichen Versorgung : Ein Überblick international bestehender Ansätze. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin; 2014.
102. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;6:CD005314. doi:10.1002/14651858.CD005314.pub3.
103. Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Aust J Rural Health*. 2003;11(6):277–84. doi:10.1111/j.1440-1584.2003.00534.x.
104. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:86. doi:10.1186/1472-6963-9-86.
105. Sempowski IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can J Rural Med*. 2004;9(2):82-8.
106. Baier N, Struckmann V. Review zu den Perspektiven der ländlichen Versorgung: Ein Überblick international bestehender Ansätze. Berlin: Univ.-Verl. der TU Berlin; 2014.
107. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):364–70. doi:10.2471/BLT.09.071605.
108. Kane KY, Quinn KJ, Stevermer JJ, Porter JL, Webb WD, Williamson HA, Burdin J. Summer in the country: changes in medical students' perceptions following an innovative rural community experience. *Acad Med*. 2013;88(8):1157–63. doi:10.1097/ACM.0b013e318299fb5d.
109. Wilson M, Cleland J. Evidence for the acceptability and academic success of an innovative remote and rural extended placement. *Rural and Remote Health*. 2008;8(3):960.

110. McAuliffe T, Barnett F. Perceptions towards rural and remote practice: a study of final year occupational therapy students studying in a regional university in Australia. *Aust Occup Ther J.* 2010;57(5):293–300. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00838.x.
111. Roberts A, Heaney D, Haddow G, O'Donnell CA. Implementation of a national, nurse-led telephone health service in Scotland: assessing the consequences for remote and rural localities. *Rural and Remote Health.* 2009;9(2):1079.
112. Langer A, Ewert T, Holleder A, Geuter G. Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement.* 2015;20:11–8.
113. Roick C, Heider D, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG, König HH, König HH. Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. *Gesundheitswesen.* 01.2012;74:12–20. doi:10.1055/s-0030-1268448.
114. Gensch K. Veränderte Berufsentscheidungen junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot : Ergebnisse einer anonymen Befragung. *Das Gesundheitswesen.* 2007; 69(6):359-70. doi: 10.1055/s-2007-981677.
115. Stengler K, Heider D, Roick C, Günther OH, Riedel-Heller S, König H. Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland. Eine genderspezifische Analyse. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2012;55:121–8. doi:10.1007/s00103-011-1397-8.
116. Steinhäuser J, Annan N, Roos M, Szecsenyi J, Joos S. Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmangel auf dem Land - Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. *Deutsche medizinische Wochenschrift.* 08.2011;136 (34-35):1715–9. doi:10.1055/s-0031-1272576.
117. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung; 2007. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf. Accessed 28 Oct 2015.
118. van den Berg N, Fiss T, Meinke C, Heymann R, Scriba S, Hoffmann W. GP-support by means of AGnES-practice assistants and the use of telecare devices in a sparsely populated region in Northern Germany—proof of concept. *BMC Fam Pract.* 2009;10:44. doi:10.1186/1471-2296-10-44.

119. van den Berg N, Heymann R, Meinke C, Baumeister SE, Flessa S, Hoffmann W. Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:355. doi:10.1186/1472-6963-12-355.
120. Hoffmann R, Thielemann F, Wirtz DC, Niethard FU, Siebert H. Delegation ärztlicher Leistungen. *Unfallchirurg.* 2008;111:367–70. doi:10.1007/s00113-008-1423-y.
121. Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: A regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam Pract.* 2012;29(4):448–54. doi:10.1093/fampra/cmr127.
122. Dini L, Sarganas G, Heintze C, Braun V. Home visit delegation in primary care: acceptability to general practitioners in the state of Mecklenburg-Western Pomerania, Germany. *Deutsches Ärzteblatt international.* 2012;109(46):795–801. doi:10.3238/arztebl.2012.0795.
123. van den Berg N, Kleinke S, Heymann R, Oppermann RF, Jakobi B, Hoffmann W. Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung: Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. *Gesundheitswesen.* 2010;72(5):285–92. doi:10.1055/s-0029-1233472.
124. Hoffmann W, van den Berg N, Dreier A. Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen. Das „Greifswalder 3-Stufen-Modell“. *Bundesgesundheitsblatt.* 2013;56:555–61. doi:10.1007/s00103-012-1629-6.
125. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2:CD008009.
126. Kelly EL, Moen P, Oakes JM, Fan W, Okechukwu C, Davis KD, et al. Changing work and work-family conflict: evidence from the Work, Family, and Health Network. *Am Sociol Rev.* 2014;79(3):485–516. doi:10.1177/0003122414531435.
127. Barbosa C, Bray JW, Brockwood K, Reeves D. Costs of a work-family intervention: evidence from the work, family, and health network. *Am J Health Promot.* 2014;28(4):209–17. doi:10.4278/ajhp.121108-QUAN-542.
128. Albertsen K, Garde AH, Nabe-Nielsen K, Hansen AM, Lund H, Hvid H. Work-life balance among shift workers: results from an intervention study about self-rostering. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014;87(3):265–74. doi:10.1007/s00420-013-0857-x.

129. Hernandez BC, Thomas TL. The Development of a Physician Vitality Program: A Brief Report. *J Marital Fam Ther.* 2014; 41(4):443-50. doi:10.1111/jmft.12085.
130. Ehrenberg B. Coaching für niedergelassene Ärztinnen Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz. *OSC Organisationsberatung, Supervision, Coaching.* 2008;15(4):374–84. doi:10.1007/s11613-008-0095-3.
131. Hartung D, Hahlweg K. Strengthening parent well-being at the work-family interface: A German trial on workplace Triple P. *J Community Appl Soc Psychol.* 2010;20(5):404–18. doi:10.1002/casp.1046.
132. Holdstein D. Alles unter einen Hut?! Beruf und Familie kompetent managen mit Hilfe eines Gruppentrainings. In: Kauffeld S, editor. *Handbuch Kompetenzentwicklung.* Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 2009. p. 446–458.
133. Schwartz FW, Angerer P, editors. *Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen: Report Versorgungsforschung, Band 2.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010.
134. Ulich E. Arbeit und Befinden von Ärzten und Prinzipien gesundheitsorientierter Arbeitsgestaltung im Krankenhaus. In: Schwartz FW, Angerer P, editors. *Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen: Report Versorgungsforschung, Band 2.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 345–358.
135. Weigl M, Glaser J, Hornung S, Angerer P. Gestaltung ärztlicher Arbeit im Krankenhaus: Intervention und Evaluation. In: Schwartz FW, Angerer P, editors. *Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen: Report Versorgungsforschung, Band 2.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 359–372.
136. Karl-Trummer U. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus - Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen. In: Schwartz FW, Angerer P, editors. *Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen: Report Versorgungsforschung, Band 2.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 373–384.
137. Zender M, Krug S. Gestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen: Arbeitsgestaltung aus Sicht der Kaufmännischen Leitung. In: Schwartz FW, Angerer P, editors. *Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen: Report Versorgungsforschung, Band 2.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. p. 403–410.
138. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, editor. *Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Hand-*

- lungsfelder und Praxisbeispiele. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; 2014.
139. van den Bussche. Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen: Ergebnisse der Arbeitstagung „Geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“ (Hamburg 17. - 18.2.2012); 2012.
140. Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV. Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung). 2015. http://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf. Accessed 27 Oct 2015.
141. Czernohorsky G, Roth R, Lothaller H. Die „Mobile Praxisassistentin“ – Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität von Patienten mit neu diagnostiziertem Typ-2-Diabetes. *Diabetes aktuell*. 2012;10(8):371–7. doi:10.1055/s-0033-1333587.
142. Härter, M, Dirmaier, J & Dwinger, S. Evaluation eines individualisierten telefonischen Gesundheitscoachings bei chronischen Erkrankungen; 2015.
143. Patja, K., Absetz, P., Auvinen, A., Tokola, K., Kytö, J., Oksman, E., Kuronen, R., Ovaska, T., Harno, K., Nenonen, M., Wiklund, T., Kettunen, R., Talja, M. Health coaching by telephony to support self-care in chronic diseases: clinical outcomes from The TERVA randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2012;12:147. doi:10.1186/1472-6963-12-147.
144. Suksomboon N, Poolsup N, Nge YL. Impact of phone call intervention on glycaemic control in diabetes patients: a systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *PLoS ONE* 2014;9:e89207. doi:10.1371/journal.pone.0089207.
145. Bayerische Landesärztekammer. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 2014/15 dem 74. Bayerischen Ärztetag vorgelegt. 2015. http://www.blaek.de/werwaswo/bay_aerztetag/berichte/TB%202014_15.pdf. Accessed 28 Oct 2015.
146. Sächsische Landesärztekammer. Leitfaden für nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Sachsen. 2011. https://www.slaek.de/media/dokumente/05slaek/publikation/studiebroschur/leitfaden_wiedereinstieg.pdf. Accessed 26 Oct 2015.
147. Leffmann C. Wiedereinstieg in den Arztberuf - Eigeninitiative nach dem Ende der beruflichen Auszeit. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*. 2014;5:12-17.

148. Meth D. Verkehrsversorgung dünn besiedelter Räume in Österreich – das Projekt Dorfmobil. Informationen zur Raumentwicklung. 2003;12:745-749.

6 Anhänge

Anhang 1:

Ergebnisprotokoll zur 1. Sitzung der AG 3 „Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf“ der LAGeV, 17.06.2015

Ort: LGL, Bayerisches Haus der Gesundheit, Schweinauer Hauptstr. 80, 90441 Nürnberg

Teilnehmende: PD Dr. Carolin Donath, Dr. med. Ilka Enger, Lena Heyelmann, PD Dr. Alfons Holleder, Dr. Matthias Lukaszczik, Dr. med. Heidemarie Lux, Jochen Maurer, Elzbieta Voigtländer (Protokoll)

Folgende konkrete Gutachteninhalte wurden mit den AG3-Mitgliedern am 17. Juni 2015 diskutiert:

- a) Bedarfsanalysen und –ermittlungen vor Ort und allgemein (Beschreibung des Bedarfs an Befragungen der ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen in der Gesundheitsversorgung (darunter auch Niedergelassenenbefragung), Studierendenbefragung, Identifikation von Hürden, Belastungen und Bedarf zur Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf u.a.)
- b) Handlungsfeld Arbeitszeiten (unter Berücksichtigung der Herausforderungen und Potenziale der bestehenden Strukturen, insbesondere zu Schichtdienst, Teilzeit, Teilzulassung; Identifikation möglicher Handlungsansätze zur Vereinbarkeit der Arbeitszeiten mit dem Familienleben, wie organisationsübergreifende oder/und betriebsinterne Betreuung für Kinder u.a.)
- c) Handlungsfeld Kinderbetreuung und Ermöglichen der „dual career“ (z.B. bedarfsgerechte Betreuungsangebote (Schichtdienst, bei Krankheit), Datenbank Kinderbetreuung, Qualität in der Betreuung, Ehrenamt; mögliche Handlungsansätze wären z.B. Schichtdienstangepasste Betreuung, Tagesmütter in (Klein-)Betrieben, Mehrgenerationenkonzepte wie z.B. Kinderbetreuung in Pflegeeinrichtungen)
- d) Handlungsfeld Angehörigenbetreuung (als Handlungs- und Unterstützungsansatz ein Wegweiser zu Pflegeberatung und Betreuungsangeboten)
- e) Handlungsfeld Absicherung Selbstständigkeit (u.a. Bereitschaftsdienst und Vertretung bei Niederlassung von ÄrztInnen oder anderen Gesundheitsberufen; mög-

liche Handlungsansätze, Projektidee der Arbeitsgruppe: ein neuer Springer-Pool bei der KV für Vertretung von ÄrztInnen bei Krankheitsfall oder in Elternzeit)

- f) Handlungsfeld Wiedereinstieg in den Beruf (als Handlungsansatz z.B. Hospitationsmodelle oder Einführungsseminare)
- g) Handlungsfeld Netzwerke (zwischen Akteuren des Gesundheitswesens aber auch weiteren, z.B. regionalen Akteuren zur Nutzung von Synergien)

Bei der Gutachtenerstellung sind neben den ÄrztInnen auch weitere versorgungsnaher Gesundheitsberufe (Pfleger, Hebammen u.a.) zu berücksichtigen. Zudem soll der Familienbegriff weit gefasst und die Pflege Angehöriger berücksichtigt werden.

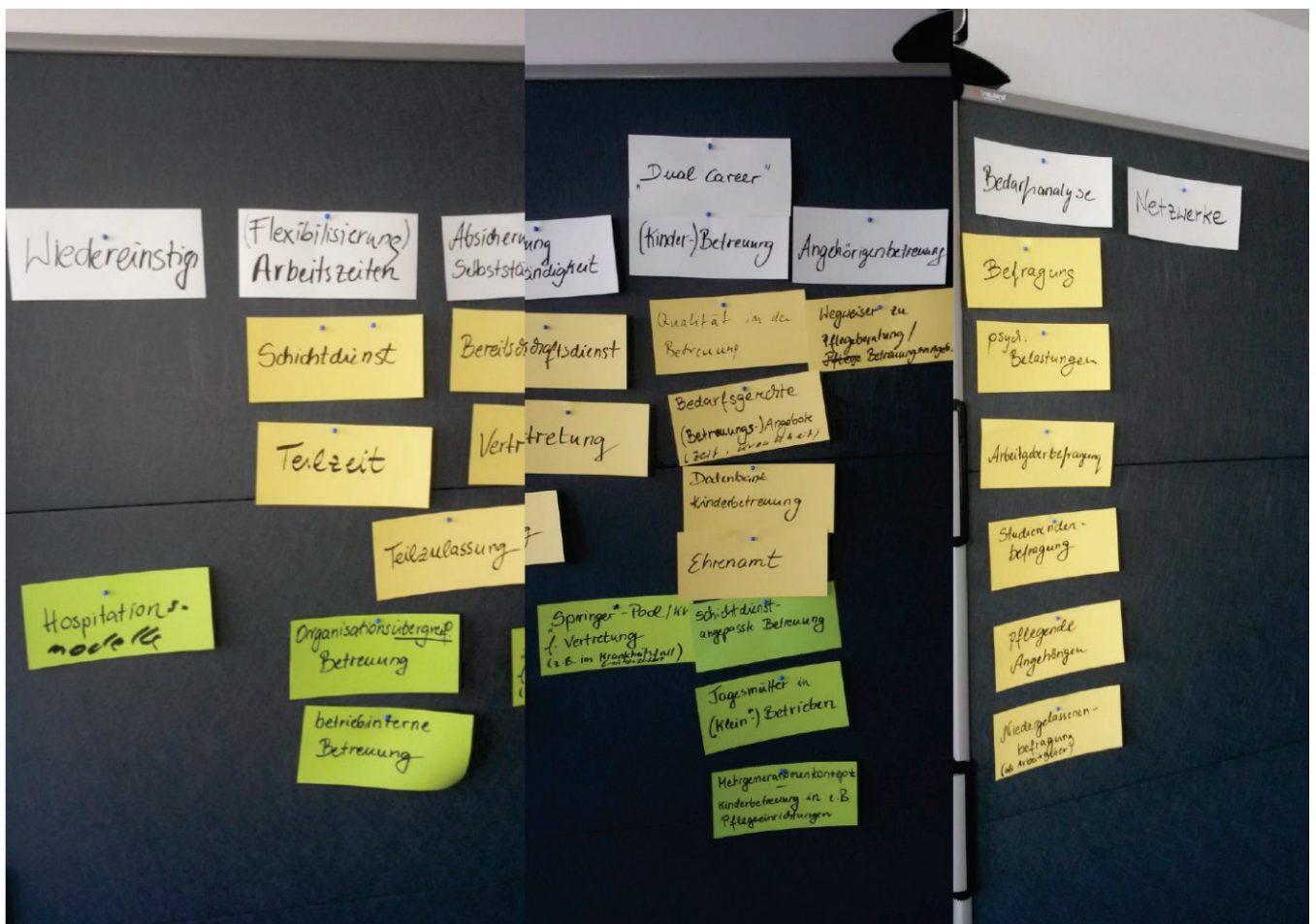


Abbildung 1: Ergebnisse der 1. Sitzung der AG3 "Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf" der LAGeV, 17.06.2016 (Fotos der Pinnwand)

Anhang 2:

Kurzprotokoll, Besprechung zur Gutachtenerstellung, 30.07.2015

Geplante Gliederung des Gutachtens:

1. Literaturanalyse (Dokumentation des aktuellen Forschungsstandes zum Handlungsfeld „Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf“ (ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe))
2. Beschreibung des Ist-Zustandes in Bayern
3. Theorieteil (Identifizierung von theoretischen Zusammenhangsannahmen und (bezogen auf Interventionsüberlegungen) Wirksamkeitsannahmen sowie evidenzbasierten Interventionsansätzen)
4. Perspektiven (Darstellung der Zielsetzungen von möglichen Modellprojekten und Forschungsansätzen sowie von konkreten Lösungsvorschlägen für eine Verbesserung der bayerischen Strukturen; Schwerpunkt ländlicher Raum)
→ wurde so konsentiert

Weiteres Vorgehen:

- Nächste Sitzung der AG 3 für Oktober geplant (Terminfindung durch das LGL via doodle); dort sollen die bis dahin erarbeiteten Ergebnisse vorgestellt und diskutiert werden; die weiteren AG-Mitglieder können auf dieser Basis dann noch Input beisteuern
- Deadline für die Abgabe des Gutachtens (Entwurfsfassung): Ende November; Abnahme durch das Ministerium Anfang Dezember
- Die genauen Finanzierungsmodalitäten werden mit dem Ministerium in den nächsten Tagen geklärt

Teilnehmer:

Dr. Jutta Ahnert, Dr. Matthias Lukaszczik, Dr. Heiner Vogel (Universität Würzburg)

Dr. Alfons Holleder, Elzbieta Voigtländer, Angela Zellner (LGL)

Dr. Stefanie Spieckenbaum (Bayerisches Ministerium für Gesundheit und Pflege)

Schriftenreihe Versorgungsforschung:

Bisher sind in dieser Schriftenreihe folgende Bände erschienen:

Band 1: Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums (November 2016)

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Telefon: 09131 6808-0
Telefax: 09131 6808-2102
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de