

**Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Studiengang Health Sciences**

## **Work-Life-Balance bei Frauen in der Universitätsmedizin**

---

- Bachelorarbeit -

Tag der Abgabe: 27.09.2010

Vorgelegt von: Katja Kröger

Erstprüferin: Prof. Dr. Christine Färber (HAW Hamburg)

Zweitprüferin: Dipl. Gesundheitswirtin Nina Hielscher (HAW Hamburg)

## Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es, die Arbeitssituation von Frauen, die in der Universitätsmedizin tätig sind, in Bezug auf das Konzept Work-Life-Balance mit Hilfe von qualitativen Befragungen darzustellen und zu untersuchen, sowie Handlungsempfehlungen für eine verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben von Wissenschaftlerinnen aus Klinik und Forschung auszusprechen.

In einer immer komplexer werdenden Arbeitswelt gewinnt das Konzept Work-Life-Balance zunehmend an Bedeutung. Zusätzlich droht Deutschland ein Fachkräftemangel, gerade im Bereich der Medizin. Vor allem Frauen in diesem Bereich sind in den akademischen Spitzenpositionen unterrepräsentiert und der Bedarf nach einer verbesserten Work-Life-Balance scheint groß zu sein. Es stellt sich die Frage, wie es Frauen in der Universitätsmedizin ermöglicht werden kann, eine zufriedenstellende Work-Life-Balance zu erhalten.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden fünf leitfadengestützte Interviews mit Ärztinnen und Naturwissenschaftlerinnen aus der Universitätsmedizin geführt. Gefragt wurde nach der Beschreibung eines typischen Arbeitstages, der Bewertung der Arbeitssituation und der eigenen Work-Life-Balance. Zusätzlich sollte eine Einschätzung bezüglich des Nutzens des Mentoring-Med Programms am Universitätsklinikum Würzburg gegeben werden. Abschließend wurden Verbesserungsvorschläge für eine verbesserte Work-Life-Balance von Frauen in der Universitätsmedizin formuliert.

Alle befragten Wissenschaftlerinnen sind mit ihrer Arbeitssituation weitgehend zufrieden. Auch bezüglich der eigenen Work-Life-Balance geben alle Frauen an, zufrieden zu sein, obgleich die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben nur mit Abstrichen gelingt. Das Mentoring-Med Programm wird von allen Befragten als gewinnbringend bewertet, jedoch als weniger hilfreich für die Work-Life-Balance wahrgenommen. Verbesserungsbedarf sehen die Wissenschaftlerinnen vorwiegend bei der Kinderbetreuung am Universitätsklinikum. Aber auch mehr Entgegenkommen im Sinne von Akzeptanz, Wertschätzung und Integration als Wissenschaftlerin mit Familie, würde die Work-Life-Balance nach Auffassung der Befragten positiv beeinflussen. Es besteht ein großer Bedarf an einer umfangreichen, flexiblen und an den Bedarf der Wissenschaftlerinnen angepassten Kinderbetreuung. Denn obwohl die befragten Frauen im Großen und Ganzen zufrieden mit Arbeitssituation und Work-Life-Balance sind, wird deutlich, dass Institutionen wie das Universitätsklinikum Würzburg bezüglich Familienfreundlichkeit Optimierungsbedarf haben. Aber auch die Frauen sollten stärker für ihre Interessen und Bedürfnisse eintreten. Hierbei bieten Programme wie das Mentoring-Med Programm am Universitätsklinikum Würzburg die nötige Unterstützung.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>II</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>V</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>V</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Einführung in das Thema Work-Life-Balance .....</b>	<b>3</b>
2.1 Definition von Work-Life-Balance .....	3
2.2 Perspektiven von Work-Life-Balance .....	4
2.3 Betriebliche Work-Life-Balance Maßnahmen .....	6
2.3.1 Flexible Arbeitszeitmodelle.....	7
2.3.2 Betreuungsmaßnahmen für Kinder.....	10
2.3.3 Dual Career.....	13
2.3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement .....	13
2.4 Nutzen von Work-Life-Balance.....	17
<b>3 Frauen im ärztlichen Beruf .....</b>	<b>21</b>
3.1 Historie.....	21
3.2 Aktuelle Situation von Ärztinnen in Deutschland .....	23
<b>4 Beispiel Universitätsklinikum Würzburg .....</b>	<b>25</b>
4.1 Das Universitätsklinikum Würzburg.....	25
4.2 Das Mentoring-Med Programm am Universitätsklinikum Würzburg .....	26
<b>5 Fragestellungen und Methoden .....</b>	<b>28</b>
5.1 Methodik .....	28
5.2 Auswahl der Interviewteilnehmerinnen .....	28
5.3 Leifragen.....	29
5.4 Materialauswertung.....	30
<b>6 Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>31</b>
6.1 Ergebnisse.....	31
6.1.1 Thema Arbeitssituation.....	31
6.1.2 Thema Work-Life-Balance.....	33
6.1.3 Thema Mentoring-Med Programm.....	36
6.1.4 Thema Verbesserungsvorschläge .....	39
6.2 Zusammenfassung.....	44
<b>7 Diskussion .....</b>	<b>48</b>
7.1 Methodendiskussion .....	48
7.2 Ergebnisdiskussion .....	48
<b>8 Fazit .....</b>	<b>53</b>

<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>56</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>61</b>
Anhang 1: Interviewleitfaden .....	61
Anhang 2: Tabelle 3: Gesamtauswertung .....	63

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 bis unter 65 Jahren nach Altersgruppen .....	5
Abbildung 2: Erwerbstätigenquote von Müttern und Vätern nach Alter des jüngsten Kindes 2006, in %).....	10
Abbildung 3: Die Beispiele der Kinderbetreuung im Überblick.....	11
Abbildung 4: Lernzyklus.....	14
Abbildung 5: Gesundheitsmanagement .....	15

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Instrumente und Handlungsfelder.....	16
Tab. 2: Übersicht aller Interviewteilnehmerinnen und soziodemographische Daten.....	31
Tab. 3: Gesamtauswertung.....	63

## 1 Einleitung

Die heutige Arbeitswelt ist geprägt von dynamischen Veränderungen und komplexen Anforderungen, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Unternehmen. Auch die Gesellschaft unterliegt einem Wandel, beispielsweise haben sich die traditionellen Familienstrukturen gelöst und Patchwork-Familien oder Alleinerziehende nehmen einen Platz mit großer Bedeutung in der Gesellschaft ein.

Diese Faktoren stellen große Herausforderungen für alle Beteiligten dar und der Wunsch nach einer besseren Balance zwischen Beruf und Privatleben wird immer größer. Gerade weibliche Beschäftigte sind starken Doppelbelastungen ausgesetzt, da sie traditionell immer noch die Hauptarbeit bei der Kindererziehung oder der Hausarbeit übernehmen. Vor dem Hintergrund des drohenden Fachkräftemangels wird es für die Unternehmen aber immer wichtiger, qualifizierte Arbeitnehmer/innen an sich zu binden und zu erkennen, dass die Leistung ihrer Mitarbeiter/innen stark mit ihrem persönlichen Wohlbefinden und dem Einklang ihres Beruf- und Privatlebens zusammenhängt. Die Berufsgruppe der in der Universitätsmedizin tätigen Frauen stellt somit einen besonders interessanten Forschungsgegenstand dar. Denn gerade in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte droht Deutschland ein Fachkräftemangel.

Weibliche, im Universitätsklinikbereich tätige Wissenschaftler sind sehr gut ausgebildet und übernehmen verantwortungsvolle Aufgaben in ihrem Berufsalltag als Ärztin sowie als Wissenschaftlerin. Dennoch sind gerade sie enormen Belastungen und vielfachen Herausforderungen ausgesetzt und nur Wenige erlangen Führungspositionen oder gründen eine Familie. Die Balance zwischen Beruf und Privatleben, aber auch das Vorantreiben der eigenen Karriere scheinen problematisch und voller Hindernisse für die Wissenschaftlerinnen zu sein. Schließlich promovieren Ärztinnen nicht weniger häufig als ihre männlichen Kollegen.

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Work-Life-Balance von Frauen in der Universitätsmedizin. Ziel ist es, die aktuelle Situation von in Klinik und Forschung tätigen Wissenschaftlerinnen abzubilden und vor dem Hintergrund des Konzepts Work-Life-Balance Handlungsempfehlungen und Lösungsansätze zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben der Frauen aufzuzeigen.

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil.

Zunächst wird in Kapitel 2 das Konzept Work-Life-Balance und die möglichen betrieblichen Maßnahmen sowie der Nutzen des Konzepts vorgestellt. Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Thematik von Frauen im ärztlichen Beruf. Zudem wird in Kapitel 4 das Universitätsklinikum Würzburg, sowie Mentoring-Med, ein Kooperationsprojekt der

---

Julius-Maximilians-Universität und des Universitätsklinikums Würzburg, welches Nachwuchswissenschaftlerinnen in ihrer wissenschaftlichen Karriereplanung und persönlichen Entwicklung unterstützen soll, vorgestellt. Mit Kapitel 5 beginnt dann der empirische Teil dieser Arbeit. Für diesen Teil wurden fünf qualitative, leitfadengestützte Interviews mit an der Universität bzw. dem Universitätsklinikum Würzburg tätigen Wissenschaftlerinnen (zwei Naturwissenschaftlerinnen und drei Ärztinnen) zum Thema Work-Life-Balance durchgeführt. Zunächst wird auf die Methodik, die Auswahl der Interviewteilnehmerinnen, die Fragestellungen und das Vorgehen zur Auswertung des Materials eingegangen. Anschließend werden in Kapitel 6 die Ergebnisse der Befragung vorgestellt und zusammengefasst. Das folgende Kapitel 7 setzt sich kritisch mit der Methodik und den Ergebnissen der Interviews auseinander. Abschließend erfolgt in Kapitel 8 ein Fazit. Hier werden Lösungsansätze und Empfehlungen für eine verbesserte Work-Life-Balance von Frauen in der Universitätsmedizin formuliert.

## 2 Einführung in das Thema Work-Life-Balance

In diesem Kapitel wird zunächst das Konzept von Work-Life-Balance vorgestellt und auf die verschiedenen Perspektiven von Work-Life-Balance eingegangen. Es folgt eine Darstellung von betrieblichen Work-Life-Balance Maßnahmen und des Nutzens, den Work-Life-Balance Maßnahmen haben.

### 2.1 Definition von Work-Life-Balance

In der Alltagssprache wird unter Work-Life-Balance im weitesten Sinne das Gleichgewicht bzw. die Ausgeglichenheit (Balance) von Arbeit (Work) und Privatleben (Life) verstanden (vgl. Michalk, Nieder 2007: 21).

Oft wird die Erwerbsarbeit im Zusammenhang mit Attributen wie Belastung, Zwang und „Mühe“ gesehen, während das Privatleben als Gegenpol für Erholung, Regeneration, Entspannung und Ruhe steht. Dabei gibt es auch im Privatleben belastende Stressfaktoren, denen vor allem berufstätige Mütter ausgesetzt sind (vgl. Kastner 2004: 3). Denn auch nach Beendigung des Arbeitsalltags fällt Arbeit an. Das ist zum Beispiel die Hausarbeit, Kindererziehung oder weitere private Verpflichtungen wie beispielsweise die Pflege der (Schwieger-) Eltern oder ehrenamtliches Engagement.

Eine Definition, die das Konzept Work-Life-Balance ganzheitlich betrachtet, wird von der Soziologin Dr. Kerstin Freier gegeben: „Work-Life-Balance heißt: den Menschen ganzheitlich zu betrachten, als Rollen- und Funktionsträger, im beruflichen und privaten Bereich, der Lebens- und Arbeitswelt und ihm dadurch die Möglichkeit zu geben, lebensphasenspezifisch und individuell für beide Bereiche die anfallenden Verpflichtungen und Interessen erfüllen zu können, um so dauerhaft gesund, leistungsfähig, motiviert und ausgeglichen zu sein“ (Michalk, Nieder 2007: 22). Diese Definition führt weg vom einfachen, pauschalen Denkmuster, in dem Work-Life-Balance der Ausgleich von anstrengender Arbeit in der erholsamen Freizeit ist. Hier wird der Mensch „individuell nach seinen Rollen und Funktionen in den beiden Bereichen Beruf und Privatleben betrachtet“ (Michalk, Nieder 2007: 22), was bedeutet, dass jeder Mensch in seiner Individualität und seinen unterschiedlichen Lebens- und Karrierephasen betrachtet wird und nur im Einklang mit sich selbst und seiner Umgebung sein kann, wenn es gelingt, die unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnisse aus der Arbeitswelt wie auch dem Privatleben zu verbinden und in ein ausgeglichenes Verhältnis zu stellen.

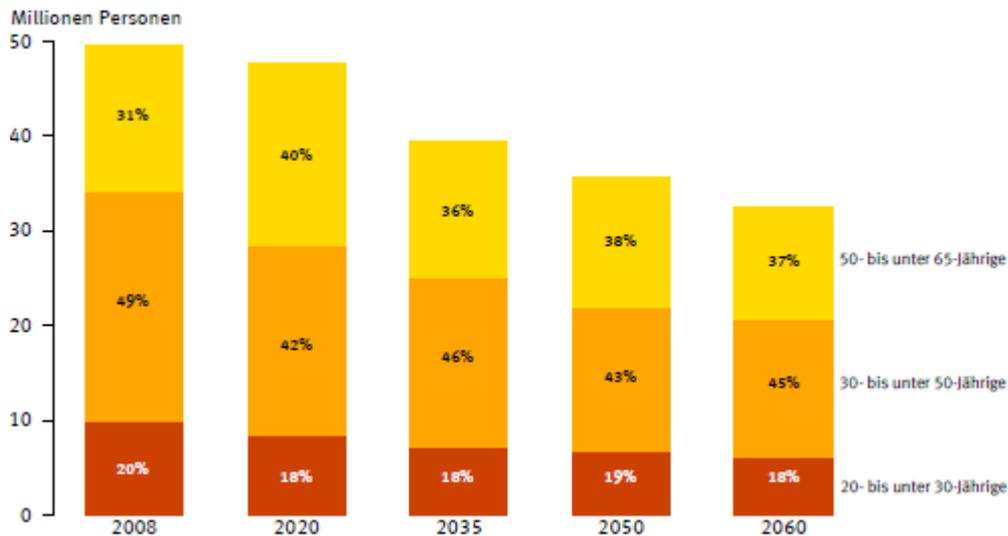
Diese Balance ist die Voraussetzung für eine gute Lebensqualität und somit Gesundheit, Ausgeglichenheit, Motivation und Leistungsfähigkeit (vgl. Michalk, Nieder 2007: 23).

Die amerikanische Soziologin Arlie Hochschild beschreibt in ihrem Buch „Keine Zeit – Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet“ allerdings eine Verschiebung der Welten „Work“ und „Life“ und eine zunehmende Dominanz und Attraktivität der Arbeitswelt, welche durch Work-Life-Balance Maßnahmen, Anerkennung und Wertschätzung seitens der Unternehmen gefördert wird. In ihrer Untersuchung, bei der sie Anfang der 1990er Jahre die Angestellten eines Unternehmens in den USA über einen Zeitraum von drei Jahren beobachtete und interviewte, stellte Hochschild fest, dass die Anziehungskraft sowie die emotionale und kulturelle Bedeutung der Arbeitswelt die des Privatlebens zunehmend dominiert. Auf einmal ist die Arbeit das Zuhause und die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben verschwimmen. Es besteht also eine zunehmende Schwierigkeit „Work“ und „Life“ und somit auch „Work-Life-Balance“ zu definieren. Die Untersuchung Hochschilds wird in Kapitel 2.4 „Nutzen von Work-Life-Balance“ erneut aufgegriffen.

## **2.2 Perspektiven von Work-Life-Balance**

Es wird deutlich, dass Work-Life-Balance ein vielschichtiges Konzept ist, welches aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann und zu dem es vielfältige Zugänge gibt. Beispielsweise wird Work-Life-Balance aus der Perspektive einer alleinerziehenden Arbeitnehmerin andere Prioritäten beinhalten als die aus der Sichtweise eines Unternehmers. Die Medizin setzt in Bezug auf Work-Life-Balance einen anderen Fokus als die Psychologie, die Ökonomie oder die Politik (vgl. Kastner 2004: 68). Grundsätzlich kann man zwischen drei Perspektiven unterscheiden: Der gesellschaftlichen, der organisationalen und der individuellen Betrachtungsweise.

Gesellschaftliche Perspektive: Gesellschaftspolitische Einflussfaktoren wie die demographische Entwicklung, der Struktur- und Wertewandel sowie die Entwicklung bezüglich der Chancengleichheit von Männern und Frauen geben Rahmenbedingungen für Work-Life-Balance Maßnahmen und Konzepte (vgl. Michalk, Nieder 2007: 24). So wird das Durchschnittsalter der Mitarbeiter/innen in deutschen Unternehmen steigen und Personen im Erwerbsalter von 20 bis 65 Jahren werden häufig älter als 50 Jahre alt sein. Zugleich sinkt die gesamte Zahl der Personen im Erwerbsalter, schon um das Jahr 2035 wird diese Zahl um 9 bis 10 Millionen geringer sein als heute (vgl. Egeler 2009: 12).



**Abbildung 1: Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 bis unter 65 Jahren nach Altersgruppen (Egeler 2009: 11)**

Der technologische Fortschritt und sich immer rascher entwickelnde Innovationen stellen auch die Arbeitnehmer/innen vor Herausforderungen und setzen kontinuierliche Qualifizierung und Weiterbildung voraus.

Auch das Familienbild hat sich gewandelt und das alte Rollenverständnis vom alleinverdienenden Mann und der Frau mit Kindern zu Hause wurde, von einer sich immer stärker annähernden Wertvorstellung von Frauen und Männern, abgelöst (vgl. Michalk, Nieder 2007: 25 f.).

Organisationale Perspektive: Aus der organisationalen Perspektive sollte folglich ein Fokus darauf gesetzt werden, qualifizierte Arbeitskräfte zu fördern, zu motivieren und stärker an das Unternehmen zu binden um auf dem Markt wettbewerbsfähig und attraktiv für Fachkräfte zu sein (vgl. Michalk, Nieder 2007: 27).

Allerdings haben viele Unternehmen den Nutzen und die Notwendigkeit von Work-Life-Balance Maßnahmen noch nicht erkannt. Zu oft wird erst gehandelt, wenn bereits Kosten durch beispielsweise Ausfallzeiten der Mitarbeiter/innen entstanden sind. Maßnahmen für eine verbesserte Work-Life-Balance wirken vor allem durch ihren präventiven Charakter und sind ein grundsätzliches Instrument um solche Kosten zu senken (vgl. Michalk, Nieder 2007: 34 f.).

Der Nutzen von Work-Life-Balance für Unternehmen und Mitarbeiter/innen wird in Kapitel 2.4 erneut aufgegriffen und näher erläutert.

Individuelle Perspektive: Eine sich wandelnde Gesellschaft und die Struktur der Unternehmen geben die Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Work-Life-Balance jedes und jeder Einzelnen vor.

Jedoch muss jede/r individuell und seiner/ihrer jeweiligen Lebensphase entsprechend den richtigen Weg für die Balance aus Anforderungen und Interessen in Berufs- und Privatleben finden. Dies hängt von mehreren Faktoren, wie den gesetzten persönlichen Prioritäten im jeweiligen Lebensabschnitt, der Lebensweise, dem Stressempfinden oder den Rollen und Funktionen, die man in den beiden Bereichen einnimmt, ab.

Es gilt, Prioritäten in der Zeitplanung für die unterschiedlichen Lebensbereiche einzuräumen und somit systematisch für einen besseren Einklang mit sich selbst und der Umwelt zu sorgen.

Jede/r Mitarbeiter/in trägt die Verantwortung für die eigene Entwicklung und das Halten der eigenen Work-Life-Balance. Gesellschaft und Unternehmen können hier nur unterstützend agieren (vgl. Michalk, Nieder 2007: 29 ff.).

Welche Work-Life-Balance Maßnahmen in Unternehmen implementiert und umgesetzt werden können, soll im folgenden Kapitel dargestellt werden.

### **2.3 Betriebliche Work-Life-Balance Maßnahmen**

Laut des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beinhalten Betriebliche Work-Life-Balance Konzepte „bedarfsspezifisch ausgestaltete Arbeitszeitmodelle, eine angepasste Arbeitsorganisation, Modelle zur Flexibilisierung des Arbeitsortes wie Telearbeit<sup>1</sup>, Führungsrichtlinien sowie weitere unterstützende und gesundheitspräventive Leistungen für die Beschäftigten“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 4).

Die erfolgreiche Implementierung und Umsetzung von Work-Life-Balance Maßnahmen setzt voraus, dass systematisch und strukturiert vorgegangen wird.

„Das bedeutet auch, dass die Beschäftigten nicht mit einmaligen Kursangeboten oder Ausnahmeregelungen konfrontiert werden, sondern der Gesamtzusammenhang einer auf Effizienz und Effektivität ausgerichteten Organisation gewahrt bleibt“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 14).

Wie bereits erläutert, ändern sich die Prioritäten und Interessen je nach Lebensphase des Individuums. Daher sollten Work-Life-Balance Konzepte auch immer die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeiter/innen berücksichtigen.

Individuelle Absprachen der unterschiedlichen Interessensgruppen in Unternehmen

---

<sup>1</sup> Telearbeit = Tätigkeit die bezüglich des Ortes unabhängig gestaltet ist und dauerhaft oder temporär außerhalb der zentralen Betriebsstätte verrichtet wird. Durch elektronische Medien ist dieser Arbeitsplatz mit der zentralen Betriebsstätte verbunden (vgl. Michalk, Nieder 2007: 100 f.).

sollten ebenso stattfinden, wie kollektive Regelungen und Lösungen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 14). Die unterschiedlichen Konzepte lassen sich dabei in verschiedene Bereiche gliedern, von denen drei wesentliche im Folgenden näher erläutert werden. Dazu gehören zunächst Maßnahmen, die auf eine intelligenterere Verteilung, Dauer und Lage der Arbeitszeit (Flexible Arbeitszeitmodelle) abzielen. Des Weiteren Konzepte für eine bessere Kinderbetreuung in Unternehmen und letztlich die Einführung von Gesundheitsmanagement und betrieblicher Gesundheitsförderung.

### **2.3.1 Flexible Arbeitszeitmodelle**

Bei der Verteilung von Arbeitszeit handelt es sich um einen zentralen Ansatzpunkt für die Balance zwischen Berufs- und Privatleben. Die im Folgenden vorgestellten Arbeitszeitmodelle lassen sich auch individuell miteinander kombinieren und sollten Mitarbeiter/innen- sowie Unternehmensinteressen in einem ausgeglichenen Verhältnis vertreten (vgl. Michalk, Nieder 2007: 87 ff.).

Teilzeit: Teilzeitbeschäftigung liegt dann vor, wenn die wöchentliche Arbeitszeit geringer ist als die der betrieblichen Regelarbeitszeit. In Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeiter/innen und ab einer Beschäftigungsdauer von sechs Monaten hat jede/r Arbeitnehmer/in das Recht auf Teilzeitarbeit (vgl. Michalk, Nieder 2007: 90). Traditionell wird die Arbeitszeit hierbei als Halbtagsarbeit gleichermaßen auf alle Wochentage verteilt. Es gibt jedoch auch die Möglichkeit vollzeitnah (mehr als 30 Stunden) oder noch weniger als halbtags (unter 15 Stunden) zu arbeiten, sowie an einigen Tagen in der Woche Vollzeit zu arbeiten, um an anderen Wochentagen dann gar nicht zu arbeiten (vgl. Fauth-Herkner 2010).

Gerade für Eltern ist dieses Modell eine gute Möglichkeit im Berufsleben zu bleiben, aber dennoch genügend Zeit für ihre Kinder zu haben. Auch erleichtert die Teilzeitarbeit den Wiedereinstieg ins Berufsleben und ermöglicht den Beschäftigten in Elternzeit den Kontakt zum Unternehmen beizubehalten.

Negativ ist anzumerken, dass Beschäftigte in Teilzeitarbeit nicht die gleiche Akzeptanz, Wertschätzung und Einbindung in Arbeitsprozesse im Unternehmen genießen wie Vollzeitbeschäftigte. Auch die soziale Absicherung und die Entwicklungsperspektiven sind gerade bei vollzeitfernen Teilzeitbeschäftigungen gering (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 16).

In Deutschland gingen 2008 4,9 Millionen Erwerbstätige (16%) als Haupttätigkeit einer Teilzeitbeschäftigung mit weniger als 21 Stunden Wochenarbeitszeit nach.

Die Hauptgründe hierfür sind familiäre Verpflichtungen, über 50% der Teilzeitbeschäftigten nennen dies als Grund für ihre Tätigkeit. In den neuen Ländern ist die Teilzeitbeschäftigung aber auch eine Notlösung, 64 % geben an in Teilzeit zu arbeiten, weil keine Vollzeitstelle gefunden werden konnte (vgl. Puch 2009).

Gleitzeit: Gleitzeit bedeutet, dass die Arbeitszeit innerhalb eines festgelegten Rahmens von den Arbeitnehmer/innen selbst bestimmt und flexibel gestaltet werden kann. Dabei ist die sogenannte Kernarbeitszeit gängig, in der für alle Mitarbeiter/innen Anwesenheitspflicht herrscht (beispielsweise 9-15 Uhr). Diese kann aber auch ganz entfallen, so dass der/die Beschäftigte Arbeitsbeginn, Arbeitsdauer und Arbeitsende nach den individuellen Bedürfnissen bestimmen kann. Hier wird dann nur eine Spannweite der möglichen Arbeitszeit vorgegeben (etwa 6-20 Uhr).

Durch die Flexibilität und der gegebenen Eigenverantwortung steigt die Motivation und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen. Auch für die Unternehmen hat das Gleitzeitmodell positive Effekte. So kann die Arbeitszeit dem entsprechenden Arbeitsanfall angepasst werden, Unter- und Überbelastungen werden ausgeglichen und Überstunden reduziert (vgl. Michalk, Nieder 2007: 93 f.).

Allerdings ist die Umsetzung einer Gleitzeitregelung nicht in allen Unternehmen und Branchen möglich, da beispielsweise Öffnungszeiten oder Kunden und Kundinnen die Arbeitszeit vorgeben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 17). Außerdem kann auch eine theoretische Arbeitszeit von 6 bis 20 Uhr zu Belastungen führen, da es keinen offiziellen Feierabend gibt und somit auch der Druck, länger zu arbeiten steigen kann.

Arbeitszeitkonten: Arbeitszeitkonten funktionieren ähnlich wie das Gleitzeitmodell, das heißt Mehrarbeit kann geleistet und dafür an anderer Stelle abgegolten werden.

Arbeitszeitkonten sind aber für längere Zeiträume, wie die gesamte Jahresarbeitszeit angelegt. Der/die Arbeitnehmer/in kann zu Zeitpunkten mit einer erhöhten Auftragslage Stunden auf dem Arbeitszeitkonto ansammeln und bei niedrigerem Arbeitsanfall im Verlauf des Jahres individuell für Freizeit oder Weiterbildung nutzen und so die angesammelten Stunden aufbrauchen.

Gerade für Unternehmen mit saisonalen Schwankungen ist dieses Prinzip geeignet. Die monatliche Vergütung sollte dabei konstant und unabhängig von der monatlich geleisteten Arbeit erfolgen. Empfohlen wird auch, ein Maximum an Guthaben bzw. an Minusstunden im vorab zu vereinbaren.

Arbeitszeitkonten können aber auch für die gesamte Lebensarbeitszeit genutzt werden. So kann das angesparte Guthaben auch für eine längere Auszeit oder den Vorruhestand genutzt werden (vgl. Nelson 2010).

Vertrauensarbeitszeit: Bei der Vertrauensarbeitszeit fällt die Kontrolle durch die Arbeitszeiterfassung weg und die Leistung und Anwesenheit der Mitarbeiter/innen wird durch Zielvereinbarungen mit den Führungskräften gesteuert. Um die vereinbarten Ziele zu erreichen wird den Mitarbeiter/innen also viel Eigenverantwortung übertragen. Diese erhöhte Autonomie soll für höhere Motivation unter den Beschäftigten und eine gesteigerte Arbeitseffizienz sorgen (vgl. Michalk, Nieder 2007: 95).

Job-Sharing: Job-Sharing ist eine Form von Teilzeit, bei der sich mindestens zwei Arbeitnehmer/innen einen Vollzeitarbeitsplatz teilen, wobei die Arbeitszeit flexibel eingeteilt werden kann. Es ist aber auch möglich, sich beispielsweise zu fünf zwei Vollzeitstellen zu teilen.

Wichtig hierbei sind genaue Absprachen, was einerseits die Teamarbeit fördert, aber auch einen großen Aufwand beinhaltet. Unabdingbar sind gegenseitiges Vertrauen und Respekt für die Kompetenzen des oder der Anderen. Das Modell ist auch für Führungskräfte geeignet. Die Arbeitszeit reduziert sich einerseits, andererseits bleiben weiterhin Arbeitsaufgaben mit Verantwortung bestehen. (vgl. Michalk, Nieder 2007: 133 f.).

Sabbatical: Das Sabbatical, welches auch als Langzeiturlaub bezeichnet werden kann, bietet dem/der Arbeitnehmer/in die Möglichkeit, eine längere Auszeit zu nehmen. Diese kann zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern. Der/die Beschäftigte bleibt in dieser Zeit beim Unternehmen angestellt und erhält weiterhin seine/ihre Bezüge. Finanziert wird der Ausstieg durch Ersparnisse, Guthaben auf dem Arbeitszeitkonto oder in Arbeitszeit umgerechnete Sonderzahlungen. Es ist auch möglich eine Gehaltssenkung einige Zeit vor dem geplanten Ausstieg zu vereinbaren um dann den reduzierten Lohn während des Sabbaticals weiter ausgezahlt zu bekommen.

Das Sabbatical soll in erster Linie der Erholung dienen und dem/der Arbeitnehmer/in Zeit geben, Abstand vom Berufsleben zu bekommen und neue Kraft zu schöpfen (vgl. Michalk, Nieder 2007: 98).

Geeignet ist dieses Modell vor allem für Beschäftigte, die einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind, wie zum Beispiel Führungskräfte. Allerdings kann es beim Sabbatical zu finanziellen Einbußen kommen, da der/die Beschäftigte bis zu einem Jahr mit seinen/ihren Ersparnissen auskommen muss. Außerdem kann sich die Arbeitssituation im

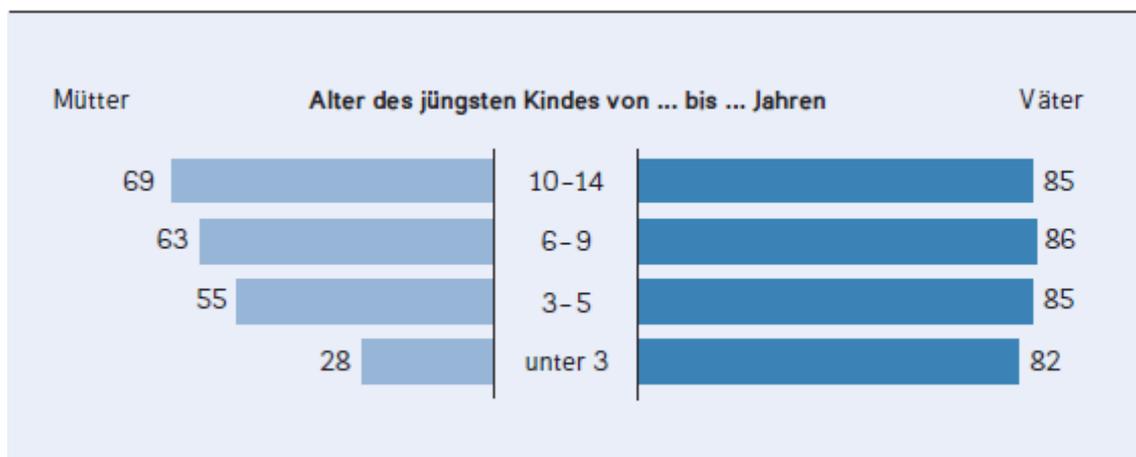
Unternehmen bis zur Rückkehr geändert haben (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 17).

### 2.3.2 Betreuungsmaßnahmen für Kinder

Gut ausgebaute Kinderbetreuungsmöglichkeiten sind eine zentrale Maßnahme für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und bieten gleichzeitig die Möglichkeit für eine Steigerung der Frauenerwerbstätigkeit. Dennoch sind die gegenwärtigen Betreuungsangebote vor allem in den alten Bundesländern und bei Kindern unter drei Jahren ausbaufähig (vgl. Michalk, Nieder 2007: 67). So lag die Betreuungsquote<sup>2</sup> im Jahr 2009 für Kinder unter drei Jahren in den neuen Bundesländern bei 46 %, in den westdeutschen Bundesländern betrug diese Quote lediglich 15 %. Bundesweit lag die Betreuungsquote im Jahr 2009 bei über 20 %. Bei den 3- bis unter 6-jährigen belief sich die Betreuungsquote auf bundesweit 92% (vgl. Statistisches Bundesamt 2009).

Abbildung 2 aus dem Datenreport 2008 des Statistischen Bundesamts zeigt die Erwerbstätigenquote von Müttern und Vätern nach Alter des jüngsten Kindes.

Es wird deutlich, dass die Erwerbstätigenquote der Mütter mit dem Alter der Kinder ansteigt. Bei Kindern unter drei Jahren fällt die Quote deutlich auf 28% ab. Die Erwerbstätigenquote der Väter bleibt mit 82 – 86% durchgehend hoch und verändert sich nur unwesentlich.

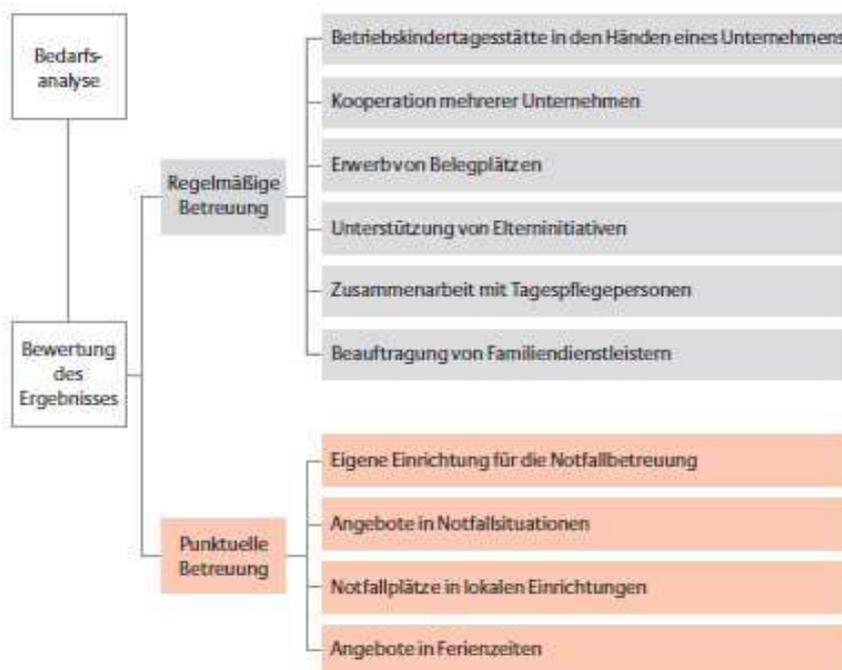


**Abbildung 2: Erwerbstätigenquote von Müttern und Vätern nach Alter des jüngsten Kindes 2006, in % (Statistisches Bundesamt 2008: 38)**

Im Folgenden werden verschiedene Maßnahmen, die Unternehmen für eine bessere Kinderbetreuung und somit eine Verbesserung der Work-Life-Balance ihrer Mitarbeiter/innen treffen können, vorgestellt. Für die Umsetzung von

<sup>2</sup> Anteil der betreuten Kinder an allen Kindern in dieser Altersgruppe.

Betreuungsmaßnahmen sollte zunächst eine Bedarfsanalyse sowie eine Bewertung der Ergebnisse im Unternehmen erfolgen. Daraus lässt sich dann die geeignete Form, je nach Anzahl und Alter der zu betreuenden Kinder, der gewünschten Art und des bevorzugten Ortes der Betreuung, sowie den gewünschten Kinderbetreuungszeiten für das Unternehmen finden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: 6).



**Abbildung 3: Die Beispiele der Kinderbetreuung im Überblick (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: 6)**

Regelmäßige Betreuung: Für eine regelmäßige Kinderbetreuung gibt es für Unternehmen zunächst die Möglichkeit, eine eigene, einzelbetriebliche Kindertagesstätte aufzubauen. Diese Betreuungseinrichtung befindet sich meist auf dem Firmengelände und hat den Vorteil, dass sich das Betreuungsangebot mit den arbeitszeitlichen Rahmenbedingungen des Betriebs abstimmen lässt (Michalk, Nieder 2007: 68).

Das Unternehmen hat somit viel Gestaltungspielraum und erreicht eine wesentlich höhere Zufriedenheit und Bindung der Mitarbeiter/innen als Unternehmen, die keine betriebliche Kindertagesstätte anbieten (vgl. Michalk, Nieder 2007: 68).

Diese Form der Kinderbetreuung wird vor allem von großen Unternehmen oder auch Krankenhäusern genutzt, für kleine und mittelständische Betriebe sind besonders die zu tragenden Kosten ein Hindernis zur Umsetzung eines solchen Modells (vgl. Michalk, Nieder 2007: 68).

Aber auch für Unternehmen, in denen der Betreuungsbedarf niedriger ist und die finanziellen Mittel nicht ausreichen, gibt es die Möglichkeit zur Kooperation mit anderen, kleineren und idealerweise benachbarten Betrieben. Hierbei erarbeiten die Kooperationspartner ein gemeinsames Betreuungsangebot und teilen das Belegkontingent bedarfsgerecht auf. Somit werden die Investitions- und Betriebskosten auf mehrere Unternehmen verteilt. Allerdings ist der Abstimmungsaufwand bei der Kooperation mehrerer Unternehmen relativ hoch (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: 12).

Eine weitere Form der Kooperation kann mit Trägern von Kindertageseinrichtungen erfolgen. Hierbei erlangt das Unternehmen Belegrechte für die erforderlichen Betreuungsplätze von bestehenden Einrichtungen und beteiligt sich bei der Finanzierung. Somit kann das Unternehmen Organisationsaufwand und das Auslastungsrisiko abgeben, hat aber auch selbst weniger Spielraum als beim Betrieb einer eigenen Kindertagesstätte. Unternehmen haben auch die Möglichkeit, ihre Mitarbeiter/innen mit Kindern bei der Gründung einer Elterninitiative oder eines privaten Vereins zu fördern sowie mit materiellen und immateriellen Leistungen zu unterstützen. Die Eltern haben hier einen großen Gestaltungsspielraum und der Aufwand für das Unternehmen ist relativ gering. Allerdings fordert die Gründung einer Elterninitiative viel Zeit, Engagement und organisatorischen Aufwand von den Beschäftigten und kann sich somit auch negativ auf die Work-Life-Balance der Eltern auswirken (vgl. Michalk, Nieder 2007: 72).

Zusätzliche Optionen stellt die Zusammenarbeit mit Tagespflegepersonen und Familiendienstleistern dar. Bei einer Tagespflegeperson fällt der finanzielle und organisatorische Aufwand gering aus und diese flexible, familiennahe Form der Betreuung lässt sich auch schon für eine niedrige Anzahl von Kindern realisieren. Allerdings muss für den Ausfall einer Tagespflegeperson rechtzeitig Ersatz organisiert werden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: 21).

Familiendienstleister sind in Bezug auf Kinderbetreuungsmöglichkeiten beratend und vermittelnd für die Unternehmen tätig, können aber auch selbst die Betreuung übernehmen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: 23).

Punktuelle Betreuung: Idealerweise werden diese Formen von regelmäßiger Betreuung durch punktuelle Betreuungsmaßnahmen unterstützt. Diese greifen in Ausnahmesituationen, etwa wenn Tagespflegepersonen ausfallen oder wenn die Kindertagesstätte während der Ferien geschlossen ist. Hierfür ist es zum Beispiel möglich, eine eigene Einrichtung für die Notfallbetreuung einzurichten (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: 26).

Kurzfristig besteht auch die kostengünstige Möglichkeit, die Kinder in das Unternehmen zu integrieren und Spielecken, Still- und Wickelzimmer und Eltern-Kind-Zimmer bereitzustellen. Die Haftung und Versicherung bei Unfällen sowie der Einfluss der Betreuung auf die Arbeitsabläufe sind Aspekte, die man vor der Umsetzung bedenken sollte. Weitere Möglichkeiten liegen darin, Plätze in bestehenden Kinderbetreuungseinrichtungen für Ausnahmefälle zu reservieren und für das erworbene Betreuungskontingent eine vereinbarte Pauschale zu entrichten. In Ferienzeiten können Kooperationen mit lokalen Einrichtungen, die Kinderbetreuung in den Ferien anbieten, geschlossen werden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: 28 ff.).

### **2.3.3 Dual Career**

Im Wissenschafts- und Hochschulbereich gewinnen Maßnahmen zur Unterstützung von sogenannten Zweikarrierepaaren immer mehr an Bedeutung.

Ziel hierbei ist es, „zwei Karrieren aufeinander abzustimmen“ und „beiden Partnern eine Beschäftigungsmöglichkeit anzubieten“ (Färber 2006: 289).

Denn gerade in diesem Bereich sind beide Partner hochqualifiziert und selten bereit, die eigene wissenschaftliche Karriere zugunsten des Partners aufzugeben. Um intellektuelle Potentiale nicht chancenlos zu vergeben und wettbewerbsfähig zu bleiben, gibt es einige Maßnahmen, die Hochschule umsetzen können. Dazu gehören etwa die Bereitstellung von befristeten und Teilzeitstellen sowie Vertretungen, Job-Sharing Stufe Professur, Tenure Track Professuren<sup>3</sup> und Stellen in der Verwaltung (vgl. Tunnat 2005).

### **2.3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement**

Das Thema Gesundheit gewinnt in Unternehmen immer mehr an Bedeutung. Man hat erkannt, dass „Gesundheit nicht nur ein individueller Wert, sondern auch von erheblicher Bedeutung für ein „gesundes“ Unternehmen“ ist (Wienemann 2002).

Denn nur gesunde Mitarbeiter/innen stellen angesichts der steigenden Anforderungen und ständigen Veränderungen in der heutigen Arbeitswelt eine zentrale Ressource dar, um die Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit eines Unternehmens zu garantieren.

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union von 1997 definiert Betriebliche Gesundheitsförderung als „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“.

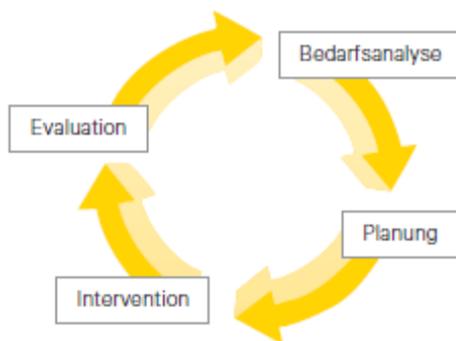
---

<sup>3</sup> Tenure Track= Die Chance für junge Wissenschaftler/innen, nach einer befristeten Bewährungszeit und Qualifizierungsphase eine unbefristete Professur an der Hochschule zu erhalten (vgl. Stosch 2009).

Dieses Ziel soll durch die Kombination von der Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, der Förderung der aktiven Mitarbeiter/innenbeteiligung, sowie der Stärkung persönlicher Kompetenzen erreicht werden.

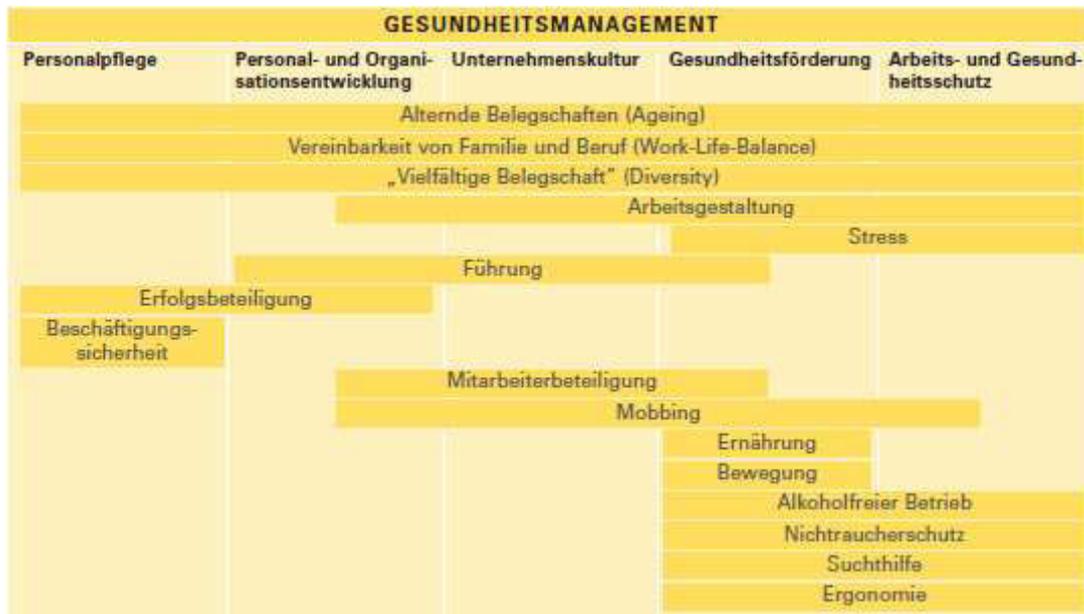
Während es sich bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung aber eher um zeitlich eingegrenzte Einzelmaßnahmen wie Ernährungskurse oder Rückenschulen handelt (BKK 2004: 11), „umfasst Betriebliches Gesundheitsmanagement alle Aktivitäten im Bereich des gesetzlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die mittels Managementmethoden gesteuert und koordiniert werden“ (Pfaff 2003). Die Integration in den betrieblichen Alltag in allen Unternehmensbereichen sowie das geplante und zielgerichtete Handeln stellen die wesentlichen Aspekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar.

Um die Effektivität und die Effizienz von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu gewährleisten sollte einem Regelkreis folgend agiert werden. Dieser beinhaltet eine vorangehende Bedarfsanalyse und Zieldefinition, eine folgende Planung und Ausführung geeigneter Maßnahmen, sowie die kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (BKK 2004: 18).



**Abbildung 4: Lernzyklus (BKK 2004: 19)**

Die folgende Abbildung 5 zeigt, wie Gesundheitsmanagement die betrieblichen Aktionsfelder Unternehmenskultur, Personal- und Organisationsentwicklung, Gesundheitsförderung, Personalpflege und Arbeits- und Gesundheitsschutz integriert.



**Abbildung 5: Gesundheitsmanagement (BKK 2004: 11)**

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zieht sich im Gesundheitsmanagement von Personalpflege bis Arbeits- und Gesundheitsschutz durch alle Aktionsfelder und stellt somit ein wesentliches Thema im Betrieblichen Gesundheitsmanagement dar. Zu beachten ist zusätzlich der Aspekt der Ganzheitlichkeit: Ansätze zur betrieblichen Gesundheitsförderung sollten sowohl das Verhalten von Personen (Verhaltensprävention) als auch die Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) mit einbeziehen (vgl. BKK 2004: 10). Laut Waller beinhalten Maßnahmen zur Verhaltensprävention Gesundheitsaufklärung- und beratung, Gesundheitserziehung- und bildung sowie Gesundheitsselfhilfe, um eine Veränderung gesundheitsriskanten Verhaltens zu erreichen (vgl. Waller 2006: 193). Maßnahmen der Verhältnisprävention „zielen auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen und werden in der Regel durch staatliche Maßnahmen auf der Basis von Gesetzen und Verordnungen etc. durchgeführt“ (Waller 2006: 195 f.).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in den Bereichen Verhaltens- und Verhältnisprävention, sowie die verschiedenen Akteure im internen und externen Bereich. Zusätzlich werden Möglichkeiten zur Analyse des Gesundheitsmanagements dargestellt.

<b>Verhaltensprävention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschule</li> <li>- Hebe- und Tragetraining</li> <li>- Gymnastikpausen</li> <li>- Massagen am Arbeitsplatz</li> <li>- Sportgruppen</li> <li>- Ernährungsprogramme</li> <li>- Suchtpräventionskurs</li> <li>- Antistressprogramme</li> </ul>	<b>Verhältnisprävention</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitsorganisation (z.B. Teamarbeit, Jobrotation)</li> <li>- Personalbedarfsermittlung</li> <li>- Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung</li> <li>- Schutzmaßnahmen</li> <li>- Mitarbeiterentwicklung</li> <li>- Führungskräfte-schulung</li> <li>- Coachingprogramme</li> <li>- Betriebliche Sozialleistungen</li> <li>- Weiterbildungsprogramme</li> <li>- Arbeitszeitgestaltung</li> <li>- Konfliktlösungsseminare</li> <li>- Zeitmanagement</li> <li>- Ideenwettbewerb</li> <li>- Vorschlagswesen</li> <li>- Information- und Kommunikationsmaßnahmen</li> </ul>
<b>Interne Akteure</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitskreis Gesundheit</li> <li>- Arbeitgeber, Führungskräfte</li> <li>- Betriebs-/Personalrat</li> <li>- Sicherheitsfachkraft</li> <li>- Arbeitsmediziner</li> <li>- Sicherheitsbeauftragte</li> <li>- Schwerbehindertenvertretung</li> <li>- Sonstige Beauftragte</li> </ul>	<b>Externe Akteure</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenkassen, BG'n</li> <li>- Staatliche Aufsichtsämter</li> <li>- Gewerkschaften</li> <li>- Arbeitgeberverbände</li> <li>- Sonstige Berater und Experten</li> </ul>
<b>Analysen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">- Mitarbeiterbefragungen</li> <li style="width: 50%;">- Gesundheitsgespräche</li> <li style="width: 50%;">- Arbeitsplatzanalysen</li> <li style="width: 50%;">- Gesundheitszirkel</li> <li style="width: 50%;">- Medizinische Untersuchungen</li> <li style="width: 50%;">- Expertenbefragungen</li> <li style="width: 50%;">- Gesundheitsberichte</li> <li style="width: 50%;">- Krankenrückkehrergespräche</li> </ul>	

**Tabelle 1: Betriebliches Gesundheitsmanagement. Instrumente und Handlungsfelder**

Eigene Darstellung (angelehnt an Henne 2005)

Zusätzlich zu vorherig dargestellten Maßnahmen stellen auch Mentoring-Programme, sowie Training und Karriereberatung für Frauen und ihre Partner Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention dar. Auf das Mentoring-Programm am Universitätsklinikum Würzburg wird in Kapitel 4.2 näher eingegangen.

Zur Verhältnisprävention gehören zudem, wie bereits in Kapitel 2.3.1 und 2.3.2 aufgeführt, flexible Arbeitszeitmodelle und Betreuungsmaßnahmen für Kinder um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu ermöglichen und somit auch die Gesundheit der Mitarbeiter/innen zu erhalten und zu fördern.

Die Implementierung von Gesundheitsmanagement beinhaltet eine ganze Reihe von positiven Effekten für Unternehmen, Beschäftigte und die sozialen Sicherungssysteme, also die gesetzlichen Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall und Pflegeversicherungen. Das im Betrieb vermittelte gesundheitsförderliche Verhalten wird auch außerhalb der Arbeit weitergelebt und kann somit auch helfen, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Für die Mitarbeiter/innen erzielt betriebliche Gesundheitsförderung unter anderem die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens, eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit und der Motivation, eine Verbesserung des Arbeitsklimas und die Verringerung von Arbeitsbelastung. Für die Unternehmen bedeutet dies wiederum eine Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Produktivität, eine Verbesserung der Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität und des Images, sowie die Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit (vgl. BKK 2004: 9).

Auch wenn es sich bei der Implementierung von Gesundheitsmanagement um einen langfristigen Veränderungsprozess im Unternehmen handelt und es hier durchaus zu Hindernissen, Interessenskonflikten oder Planungsfehlern kommen kann, so lohnt es sich letztendlich für alle Beteiligten, in die Gesundheit im Unternehmen zu investieren (vgl. BKK 2004: 39).

Der Schlüssel zum Erfolg liegt in einer Unternehmenskultur, die den Mitarbeiter nicht als Kostenfaktor betrachtet, sondern nach seinem Potenzial einsetzt, motiviert und langfristig bindet.

Welche Wirkung und welchen Nutzen Work-Life-Balance Maßnahmen wie betriebliches Gesundheitsmanagement haben, zeigt das folgende Kapitel.

## **2.4 Nutzen von Work-Life-Balance**

Die Umsetzung von Maßnahmen für eine bessere Ausgeglichenheit von Beruf und Privatleben hat zahlreiche positive Effekte für alle Beteiligten, birgt aber auch Herausforderungen.

Für die Beschäftigten bieten Work-Life-Balance Maßnahmen, wie etwa flexiblere Arbeitszeiten, „zusätzliche Handlungsmöglichkeiten in der individuellen Lebensführung“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 28).

Außerdem tragen Work-Life-Balance Maßnahmen, wie beispielsweise eine verbesserte Kinderbetreuung, dazu bei, die traditionelle Rollenverteilung von Männern und Frauen zu lösen und somit die Erwerbstätigkeit von Frauen zu fördern, aber auch Männer bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen für eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 29).

Work-Life-Balance Maßnahmen wirken dem demographischen Wandel entgegen. So unterstützen verbesserte Rahmenbedingungen, wie etwa der Ausbau und die Optimierung von Kinderbetreuungsangeboten, junge Eltern bei der Realisierung des Kinderwunsches und kann so die Geburtenrate beeinflussen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 34 f.).

Zusätzlich erhöht sich das Erwerbspersonenpotential<sup>4</sup>, wenn ältere Arbeitnehmer/innen durch einen verbesserten Gesundheitszustand länger erwerbstätig bleiben und Eltern schneller wieder in den Beruf einsteigen können (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 34 f.).

Für die Unternehmen bedeutet eine erfolgreiche Umsetzung von Work-Life-Balance Maßnahmen ein verbessertes Betriebsklima und eine Steigerung der Arbeitsmotivation, Zufriedenheit und somit auch der Einsatzbereitschaft von Mitarbeiter/innen. Krankenstand und Fehlzeiten werden reduziert und auch die Fluktuation kann so verringert werden. Dies führt wiederum zu einer erhöhten Produktivität und außerdem zu einer Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens. Durch Work-Life-Balance Maßnahmen verbessert sich zudem das Image des Unternehmens<sup>4</sup>, was gerade im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte ein wichtiger Aspekt ist (vgl. Michalk, Nieder 2007: 37), (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 27).

Durch eine optimale Ausnutzung von Betriebszeiten, etwa durch die Einführung von Gleitzeit oder Arbeitszeitkonten, erfolgt eine Steigerung von Effizienz und auch Produktivität. Kosten wie zum Beispiel für Wiedereingliederung, Neubesetzung, Fehlzeiten oder Elternpausen können durch Work-Life-Balance Maßnahmen reduziert werden (vgl. Michalk, Nieder 2007: 36 ff.).

---

<sup>4</sup> Erwerbspersonenpotenzial= Maß für das im Inland zur Verfügung stehende Arbeitskräfteangebot. Es setzt sich zusammen aus der festgestellten Zahl der im Inland Erwerbstätigen, der Zahl der registrierten Arbeitslosen und einer geschätzten Zahl versteckter Arbeitsloser (stille Reserve). Damit ist dieses Konzept umfassender als das der Erwerbspersonen, das die stille Reserve nicht berücksichtigt (Gabler Wirtschaftslexikon 2010).

Dass dieser vermeintlich positive Effekt der Mitarbeiterbindung und des Imagegewinns auch Probleme mit sich bringt, zeigt die Untersuchung von Arlie Hochschild, welche bereits in Kapitel 2.1 vorgestellt wurde.

Obwohl Amerco, „eines der familienfreundlichsten Unternehmen Amerikas“ (Hochschild 2002: 9) seinen Mitarbeiter/innen zahlreiche Work-Life-Balance Maßnahmen anbot, wurden diese von den Angestellten kaum genutzt. Dennoch klagten die Mitarbeiter/innen bei jeder neuen Umfrage im Unternehmen über eine zu hohe Belastung und Zeitmangel (vgl. Hochschild 2002: 31). Als Hauptgrund hierfür identifizierte Hochschild den Wandel der Bedeutungen von Arbeit und Zuhause. Das Zuhause wird in seiner Bedeutung abgewertet, der Arbeitsplatz hingegen erfährt einen Zuwachs an Einfluss und Wert. Die Arbeit bei Amerco wurde durch den Aufbau einer „positiv emotionalen Arbeitsplatzkultur“ oder der „Stärkung familienartiger Bindungen zwischen Kollegen“ immer mehr zum Zuhause für die Angestellten (vgl. Hochschild 2002: 54).

Hochschild beschreibt diesen Wandel so: "In diesem neuen Modell von Familie und Arbeitsleben flieht der müde Vater oder die müde Mutter aus der Welt der ungelösten Konflikte und ungewaschenen Wäsche in die verlässliche Ordnung, Harmonie und gute Laune der Arbeitswelt“ (Hochschild 2002: 56). Diese Feststellung ließ sich auch auf die Angestellten vergleichbarer, amerikanischer Unternehmen übertragen (vgl. Hochschild 2002: 213 ff.).

Die positiven Effekte von Work-Life-Balance Maßnahmen sind also zahlreich und stellen eine Win-Win Situation für Unternehmen, Beschäftigte und die Gesellschaft dar.

Allerdings birgt die Umsetzung von Work-Life-Balance Maßnahmen auch Gefahren, wie etwa die von Hochschild beschriebene Vernachlässigung der Familie durch die zunehmende Attraktivität der Arbeit. Auch flexible Arbeitszeitmodelle wie Gleit- oder Teilzeit können, wie in Kapitel 2.3.1 beschrieben, negative Effekte haben und den Druck auf die Mitarbeiter/innen erhöhen.

Vielen Unternehmen fehlt zudem die langfristige Sichtweise, um den gesellschaftlichen, emotionalen und auch wirtschaftlichen Nutzen von Work-Life-Balance Maßnahmen zu erkennen. Es besteht das Vorurteil, dass solche Maßnahmen zu aufwendig und im Vergleich zu ihrem Nutzen zu kostspielig sind. Das mag zum einen daran liegen, dass der Aufwand, also die Kosten für die Implementierung von Work-Life-Balance Maßnahmen, recht einfach zu erfassen ist, bei der Untersuchung des Ertrages, also des Nutzens der Implementierung, aber zwischen harten und weichen Wirkungen differenziert werden muss. Harte Faktoren wie beispielsweise Fehlzeiten und Fluktuationszahlen sind einfach zu messen, weiche Faktoren, wie die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen, lassen sich allerdings nicht so leicht monetär bewerten. Zum anderen reagieren viele Unternehmen erst, wenn, etwa durch Arbeitsausfälle, Kosten entstanden

sind. Die Wichtigkeit der Prävention wird hier oft nicht erkannt, obwohl die Verhaltensweise, erst zu reagieren, wenn Schaden entstanden ist, kostspieliger ist als mit Work-Life-Balance Maßnahmen präventiv zu agieren um Schadensfälle zu vermeiden (vgl. Michalk, Nieder 2007: 33 ff.).

Um Work-Life-Balance Maßnahmen erfolgreich in einem Unternehmen zu integrieren bedarf es Systematik und Struktur. Zusätzlich kann es hilfreich sein, die Maßnahmen speziell auf das Unternehmen abzustimmen. Unabdingbar ist das Durchführen von Erfolgskontrollen und Evaluation, etwa in Form von Mitarbeiter/innenbefragungen.

Um allgemeingültige Aussagen bezüglich des Nutzens von Work-Life-Balance Maßnahmen zu treffen bedarf es allerdings noch Einiges an Erfahrungen und Projekten in diesem Bereich (vgl. Michalk, Nieder 2007: 51).

### 3 Frauen im ärztlichen Beruf

Dieses Kapitel befasst sich mit der Thematik von Frauen im ärztlichen Beruf, angefangen bei der historischen Entwicklung bis hin zu der aktuellen Situation von Ärztinnen in Deutschland. Der Fokus liegt hierbei auf den unterschiedlichen Karriereverläufen, die Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen einschlagen. Es wird vor allem auf die Barrieren, denen Medizinerinnen in ihrer Karriere begegnen, eingegangen. Das Thema wird im empirischen Teil der Arbeit durch die Aussagen der befragten Wissenschaftlerinnen aufgegriffen, weitergeführt und ergänzt.

#### 3.1 Historie

Seit der Gründung des „Allgemeinen Deutschen Frauenvereins“ 1865 in Leipzig, bei der die Forderung zur Zulassung zum Studium und zur Ausübung akademischer Berufe klar formuliert wurde, vergingen mehrere Jahrzehnte, bis Frauen in Deutschland 1899 erstmalig zum ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Staatsexamen zugelassen wurden. Zuvor mussten Frauen ins Ausland gehen um zu studieren. Beispielsweise war es für Frauen in Frankreich und in der Schweiz bereits in den 1860er Jahren möglich, das Medizinstudium aufzunehmen (vgl. Brinkschulte 2006: ff.). Das Hochschulstudium in der Schweiz erwies sich für deutsche, studierwillige Frauen als besonders gelegen. Das lag zum einen an der Sprache, zum anderen aber auch an der Tatsache, dass es für Frauen im Deutschen Reich lange Zeit nicht möglich war, die Hochschulreife zu erlangen und ausländische Studienanwärterinnen für die Zulassung zum Studium in der Schweiz nicht im Besitz der Hochschulreife sein mussten. Es wurde lediglich ein Nachweis über gewisse Vorstudien gefordert.

1876/77 ließen sich die beiden ersten deutschen Ärztinnen, Emilie Lehmus und Franziska Tiburtius, in Berlin nieder. Sie und ihre Nachfolgerinnen hatten ihr Studium in der Schweiz absolviert, verfügten allerdings nicht über die deutsche Approbation (vgl. Burchardt 1994: 13 ff.). „Diese Ereignisse entfachten in Deutschland eine Diskussion über die Studierfähigkeit der Frau, die sich über die folgenden Jahrzehnte hinziehen sollte“ (Burchardt 1994: 10). Vor allem bei der Ärzteschaft traf die Forderung nach der Öffnung der medizinischen Fakultäten für Frauen auf erheblichen Widerstand.

Sowohl die intellektuellen Fähigkeiten als auch die Körper- und Nervenkraft der Frau wurden in Frage gestellt. Anatomische Untersuchungen des Anatom Theodor Bischoff oder das bekannte Pamphlet „Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes“ von Paul Moebius suchten diese Thesen durch „suggerierte Wissenschaftlichkeit“ (Burchardt 1994: 10) zu belegen. Auch die Sittlichkeit von studierenden Frauen wurde in Frage

gestellt, etwa beim Sezieren von männlichen Leichen und beim gemeinsamen Unterricht von weiblichen und männlichen Studierenden (vgl. Burchardt 1994: 11).

Das Argument der Sittlichkeit wurde auch von der Frauenbewegung aufgegriffen, allerdings in einem anderen Kontext. „Aus Sicht der Frauenbewegung war die Frau gerade durch ihre mütterlichen Eigenschaften zum ärztlichen Beruf prädestiniert, weil das weibliche Einfühlungsvermögen von unschätzbarem Wert für den Kranken sei. Auch bestand in ihren Augen seitens der weiblichen Kranken ein hoher Bedarf an Ärztinnen, weil das ‚natürliche Schamgefühl‘ der Frau es oftmals verhindere, sich frühzeitig in die Behandlung der Ärzte zu begeben und eine mögliche Heilung sich dadurch verzögerte, wenn nicht gar unmöglich wurde“ (Burchardt 1994: 14).

In den Jahren 1889 bis 1899 wurden zahlreiche Petitionen von Frauenverbänden an den Reichstag und die einzelnen Länderregierungen gerichtet. Sie enthielten als Hauptforderungen die Ermöglichung der Reifeprüfung für Frauen, die Zulassung zum regulären Studium, insbesondere der Medizin und des höheren Lehramts, sowie die Erlaubnis zur Berufsausübung nach Abschluss des Studiums.

Am 24.4.1899 beschloss der Bundesrat die Zulassung von Frauen zum Physikum und Staatsexamen, „..sofern die Universitätsbehörden ihnen auf Grund ihrer Hospitantinnenscheine – also auch ohne Immatrikulation – die vollständige Absolvierung des Studiums bestätigten“ (Burchardt 1994: 16). Im Jahr 1900 gewährte Baden als erster deutscher Staat den Frauen die volle und reguläre Immatrikulation, es folgten Bayern (1903), Württemberg (1904), Sachsen (1906), Thüringen (1907), Hessen, Elsaß-Lothringen, Preußen (1908) und Mecklenburg als letzter Staat im Jahr 1909.

Bis zum Jahr 1918 galt allerdings noch § 3 der Immatrikulationsverordnung, der besagte, dass Hochschullehrer das Recht haben, Frauen auf Antrag von ihren Vorlesungen auszuschließen. 1901 legte Ida Demnoch als erste deutsche Frau das medizinische Staatsexamen ab. Zwei Jahre vor der Einführung des generellen Habilitationsrechts für Frauen habilitierte Adele Hartmann im Jahr 1918 als erste Frau in der Medizin (vgl. Burchardt 1994: 22 ff.).

Der Weg zur vollen Anerkennung von Frauen im ärztlichen Beruf in Deutschland ist geprägt von Einschränkungen, Ablehnung und teilweise erheblicher Gegenwehr. Bevor Frauen in Deutschland offiziell als Ärztinnen praktizieren durften, waren Ärztinnen wie etwa Hope Bridges Adam Lehmann, die ihr Studium im Ausland begonnen hatte, abhängig von inoffiziellen Erlaubnissen und Bestätigungen der Professoren um das medizinische Staatsexamen abzulegen (vgl. Brinkschulte 2006: 18). Auch Jahre nach dem offiziellen Beschluss des Bundesrates konnten Frauen, bedingt durch § 3 der Immatrikulationsverordnung, von Vorlesungen ausgeschlossen werden. Ärztinnen wurden von ihren männlichen Kollegen entweder übergangen oder genauestens auf jegliche

Fehler und Verstöße gegen die Berufs- und Standesregeln beobachtet (vgl. Brinkschulte 2006: 15 ff.). Die Ärztinnen waren nicht auf Konfrontation und Prestige aus, sondern strebten vornehmlich nach Selbstständigkeit und legten den Fokus auf die sozialen Aspekte ihrer Arbeit. Diese soziale Ausrichtung führt allerdings auch zu der Tatsache, dass Ärztinnen auch in der heutigen Zeit in Tätigkeitsgebieten mit einem geringeren Einkommen und weniger Prestige arbeiten als ihre männlichen Kollegen. Auch der berufliche Aufstieg gerät durch die soziale Ausrichtung weiter in den Hintergrund (vgl. Brinkschulte 2006: 32).

Die aktuelle Situation von Ärztinnen in Deutschland und vor allem die Gründe, warum Frauen im ärztlichen Beruf weniger erfolgreich sind als Männer, sollen vor diesem Hintergrund im folgenden Kapitel näher beleuchtet werden.

### **3.2 Aktuelle Situation von Ärztinnen in Deutschland**

Betrachtet man die Entwicklung der Arztzahlen, so kann man von einer zunehmenden „Feminisierung der medizinischen Profession“ (Kopetsch 2010: 756) in Deutschland sprechen. Seit 1991 hat sich der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte um 25,7 % erhöht und lag 2009 bei 42,2 % (vgl. Kopetsch 2010: 756). Bezüglich des Medizinstudiums sind Frauen bereits in der Mehrzahl, im Jahr 2008 waren 63,4% der Medizinstudenten weiblich (vgl. BÄK 2008: 10). Auch was etwa die Promotionshäufigkeit und Approbationen angeht, haben Frauen über das letzte Jahrzehnt aufgeholt und liegen gleichauf mit ihren männlichen Kollegen. Geht es aber um den beruflichen Erfolg, sinkt der Anteil der Frauen in der Medizin. Ärztinnen nehmen durchschnittlich nur 10 % der medizinischen Führungspositionen ein. Sie arbeiten in Medizinbereichen, die weniger Prestige und Einkommensmöglichkeiten bieten, statt in medizinischen Tätigkeitsfeldern, wie etwa die Chirurgie, die von Männern dominiert wird (vgl. Abele 2006: 36). Auch die Arbeitslosenquote von Medizinerinnen ist höher als die von Medizinern. Der Ärztinnenanteil der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzten lag 2009 bei 64,1 % und ist somit im Vergleich zum Vorjahr sogar um 1,7 Prozentpunkte gestiegen (vgl. Kopetsch 2010: 757). Der Frauenanteil unter den Professuren ist insgesamt zwar angestiegen, jedoch sind Professorinnen im Bereich der Humanmedizin deutlich unterrepräsentiert. Von 2815 hauptberuflichen Professorinnen und Professoren in der Humanmedizin und den Gesundheitswissenschaften waren Ende 2009 313 weiblich, was einem Anteil von 11% entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt 2010: 93, 185). Die Gründe, warum Ärztinnen weniger erfolgreich sind als Ärzte, sind vielseitig. Erwartungen spielen dabei eine große Rolle. Die normativen Erwartungen an Männer sind relativ eindeutig, die Gesellschaft sieht Männer als Ernährer der Familie, ein Mann soll beruflich erfolgreich sein und es wird nicht erwartet, dass er für die Kinderbetreuung zu

Hause bleibt. Frauen hingegen sehen sich mit vielfältigen und in sich widersprüchlichen Erwartungen konfrontiert. Sie sollen fürsorgliche Mütter und attraktive Partnerinnen sein und gleichzeitig erfolgreich ihrer Berufstätigkeit nachgehen. Aus Erwartungen entstehen dann innere Einstellungen und Verhaltensweisen. Die vielfältigen gesellschaftlichen Erwartungen führen dann gerade bei hochqualifizierten Frauen zu vielseitigen und auch in sich widersprüchlichen Zielen. Man kann hier von einem „Motivmix“ sprechen.

Während sich Männer auf ihre Karriere konzentrieren und stärker karriere- und erfolgsorientiert agieren, versuchen Frauen, fürsorgliche Mütter, attraktive Partnerinnen und gleichzeitig erfolgreiche Berufstätige zu sein und in möglichst vielen Bereichen Erfolg zu haben. Studien zeigen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ärztinnen oft mit einem Karriereverlust verbunden ist. Ärztinnen haben häufiger vollzeitbeschäftigte Akademiker zum Partner und verzichten zugunsten der Karriere ihres Partners auf eigene Karrierevorteile. Die Ausübung des ärztlichen Berufs gestaltet sich für Frauen als schwieriger, wenn sie Kinder haben.

Bei den Ärzten ist es genau andersherum. Sie haben häufiger Partnerinnen ohne Hochschulabschluss, die in Teilzeit arbeiten oder gar nicht berufstätig sind und können sich somit auf Unterstützung und Entlastung durch ihre Partnerinnen verlassen (vgl. Abele 2006: 37 ff.). Für eine erfolgreiche Karriere sind Zielorientierung, Ehrgeiz und Selbstvertrauen eindeutig erfolgsfördernde Faktoren. Während Männer mit einer stärkeren Karriere- und Erfolgsorientierung bestätigt werden, büßen Frauen in ihrer beruflichen Laufbahn an Selbstvertrauen ein, was eventuell darauf zurückzuführen ist, „...dass die Frauen sich selbst als weniger kompetent erlebten bzw. negative Erfahrungen am Arbeitsplatz auf sich selbst bezogen“ (Abele 2006: 48). Auch der Motivmix, der Wille es in „allen“ Bereichen richtig zu machen und die stärkere Balanceorientierung von Frauen, bremsen deren beruflichen Erfolg (vgl. Abele 2006: 52 ff.).

Hinzu kommt, dass der ärztliche Beruf und vor allem die prestigeträchtigen Tätigkeitsfelder in der Medizin Männerdomänen sind. Ärztinnen mangelt es an weiblichen Vorbildern und Netzwerken, die für die Karriereplanung sehr hilfreich sind (vgl. Brückner 2010: 9).

Die Karriere von Ärztinnen und Ärzten ist also durch unterschiedliche Erwartungen und Wahrnehmungen, aber auch äußere Gegebenheiten geprägt. Balanceorientierung hemmt die Karriere und führt dazu, dass erfolgreiche Ärztinnen seltener Kinder und balanceorientierte Ärztinnen weniger Erfolg haben. Wie es trotzdem möglich werden kann, dass Ärztinnen Erfolg im Beruf und eine gute Work-Life-Balance erreichen, wird im Fazit dieser Arbeit thematisiert.

## 4 Beispiel Universitätsklinikum Würzburg

In diesem Kapitel erfolgt eine kurze Vorstellung des Universitätsklinikums Würzburg und des Mentoring-Med Programms, welches zur Unterstützung von Nachwuchswissenschaftlerinnen in einer Kooperation der Julius- Maximilians-Universität Würzburg und des Universitätsklinikums Würzburg durchgeführt wird.

### 4.1 Das Universitätsklinikum Würzburg

Das Universitätsklinikum Würzburg ist wissenschaftlich eng mit der medizinischen und anderen Fakultäten der Julius-Maximilians-Universität Würzburg verbunden, „ da Klinikum, vorklinische sowie klinisch-theoretische Institute auf dem Gebiet der Wissenschaft und Forschung verzahnt zusammenarbeiten“ (Julius-Maximilians-Universität Würzburg 2010).

Zum Klinikum gehören insgesamt 19 Kliniken mit Polikliniken, drei selbständige Polikliniken und vier klinische Institute. Zusätzlich integriert sind vier experimentell ausgerichtete Institute bzw. Abteilungen.

Sechs Berufsfachschulen des Gesundheitswesens, mit den Bereichen Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Hebammen, Physiotherapie, Diätassistenten und Massage, sind darüber hinaus an das Klinikum angeschlossen.

Jährlich werden ca. 50.000 Patientinnen und Patienten stationär und 180.000 Kranke ambulant behandelt (vgl. Universitätsklinikum Würzburg 2010 a). Mit über 5.000 Beschäftigten ist das Universitätsklinikum der größte Arbeitgeber der Region (vgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg 2010). Im Bereich der Forschung werden in sechs Sonderforschungsbereichen<sup>5</sup> und vier Transregio-Sonderforschungsbereichen<sup>6</sup> Themen bearbeitet, an denen interdisziplinäre Arbeitsgruppen aus den Fakultäten Medizin, Biologie, Chemie und Physik beteiligt sind. Die Fakultäten Medizin und Biologie arbeiten auch in dem neu aufgenommenen M.D./Ph.D.- Programm zusammen, „um der notwendigen biowissenschaftlichen Forschung in der klinischen Medizin neue Impulse zu vermitteln“ (Universitätsklinikum Würzburg 2010 b). Die medizinische Fakultät Würzburg legt mit mehreren Initiativen einen besonderen Fokus auf die Forschung und steht mit den

---

<sup>5</sup> Sonderforschungsbereich= auf die Dauer von bis zu zwölf Jahren angelegte Forschungseinrichtungen der Hochschulen, in denen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen über die Grenzen ihrer jeweiligen Fächer, Institute, Fachbereiche und Fakultäten hinweg im Rahmen eines übergreifenden und wissenschaftlich exzellenten Forschungsprogramms zusammenarbeiten (Deutsche Forschungsgemeinschaft 2010 a).

<sup>6</sup> Transregio-Sonderforschungsbereich= Der Sonderforschungsbereich/Transregio (SFB/Transregio) wird von mehreren (in der Regel bis zu drei) Hochschulen gemeinsam beantragt (Deutsche Forschungsgemeinschaft 2010 a).

eingeworbenen Drittmitteln pro Zahl der Wissenschaftler/innen in der jüngsten Statistik des Bundesministeriums für Forschung und Bildung in Deutschland an erster Stelle (vgl. Universitätsklinikum Würzburg 2010 b). Der Frauenanteil der medizinischen Fakultät sinkt mit steigender Qualifizierung. Im Wintersemester 2008/2009 lag der Anteil der Studentinnen bei 58,3 %, der Frauenanteil der Promotionen vom Sommersemester 1999 bis zum Wintersemester 2007/2008 bei 45,8 %. Im wissenschaftlichen (ärztlichen) Dienst der medizinischen Fakultät arbeiteten Frauen Ende 2007 zu 40,1 % und der Frauenanteil bei Habilitationen in der Medizin lag von 1998 bis 2007 bei 16,1 %. Am niedrigsten ist der Frauenanteil bei den Professuren: Dieser lag Ende 2007 bei 9,7 % (vgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg 2009: 26ff.)

#### **4.2 Das Mentoring-Med Programm am Universitätsklinikum Würzburg**

Das Mentoring-Med Programm am Universitätsklinikum Würzburg ist ein mit Drittmitteln des Europäischen Sozialfonds gegenfinanziertes Kooperationsprojekt der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg und des Universitätsklinikums Würzburg, welches unter der Schirmherrschaft des Dekans der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Matthias Frosch, sowie des Ärztlichen Direktors des Universitätsklinikums Würzburg, Prof. Dr. Christoph Reiners, seit Oktober 2008 durchgeführt wird.

Geleitet wird das Projekt von der Frauenbeauftragten der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Karin Ulrichs, während die Konzeptionierung und Koordination der Juristin und Diplom-Kulturmanagerin Sibylle Brückner obliegt (vgl. Brückner 2010: 10 ff.).

Das Programm beinhaltet das Ziel, promovierte Ärztinnen, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Assistentinnen ab dem Post-Doc-Status<sup>7</sup> in ihrer wissenschaftlichen Karriere zu unterstützen und zu fördern. Denn trotz eines höheren Frauenanteils während des Studiums, hoher Promotionsraten, hervorragender Leistungen und Qualifikationen, erreichen nur wenige der Medizinerinnen akademische Spitzen- und Führungspositionen. Die Gründe hierfür sieht die Universität Würzburg in der mangelnden Einbindung von Frauen in Netzwerke als Supportsystem, in welche männliche Wissenschaftler oft wesentlich besser integriert sind. Auch fehlten den Wissenschaftlerinnen weibliche Vorbilder, an denen sie sich orientieren könnten (vgl. Brückner 2010: 9). In einem Wissenschaftssystem, „das nach männlichen Erwerbs- und Qualifikationsverläufen strukturiert ist“ (Universitätsklinikum Würzburg 2008) fehlt eine Einsicht in „Strukturen, Spielregeln und Prozesse des Wissenschaftsbetriebs“ (Brückner 2010: 9).

---

<sup>7</sup> Post-Doc= Wissenschaftler/innen, die nach Beendigung einer Dissertation in Forschungsprojekten oder an Forschungsinstituten mitarbeiten und sich dabei wissenschaftlich weiterqualifizieren (vgl. Deutsche Forschungsgemeinschaft 2010 b).

In Mentoring-Med erfolgt die Förderung und Unterstützung der Wissenschaftlerinnen durch die Bildung von Tandems zwischen Mentorin bzw. Mentor und Mentee. Die Mentorinnen bzw. die Mentoren sind in diesem Fall erfahrene und anerkannte Wissenschaftler/innen aus Forschung und Lehre an der Universität Würzburg und des Universitätsklinikums Würzburg, sowie Führungskräften der Medizin (vgl. Universitätsklinikum Würzburg 2008). Ihre Aufgabe besteht darin, die Mentees zu beraten und Wissen zu vermitteln, Hilfestellung und Unterstützung zu bieten, sowie auf die Bedeutung und den Nutzen von Netzwerken hinzuweisen und auch das eigene Netzwerk zu öffnen und Kontakte zu vermitteln. Die Mentees sollten eigenverantwortlich und mit großem Engagement sowie kontinuierlicher Mitarbeit den aktiven Part in den Treffen mit der Mentorin bzw. dem Mentor übernehmen. Die Themen, die in den Treffen behandelt werden und auch die Ziele, die gesetzt werden, werden von den Mentees festgelegt, da das Ziel des Mentorings darin besteht, den Mentees für ihre individuelle Karriereplanung Hilfestellung zu bieten und keine vorgefertigten Patentlösungen zu geben (vgl. Brückner 2010: 15 f.). Zur Festlegung der Rahmenbedingungen, sowie Vorstellungen, Inhalte, Erwartungen und Ziele der Involvierten, wird empfohlen, eine Mentoring-Vereinbarung zu treffen (vgl. Brückner 2010: 17).

Die regelmäßigen Treffen der Tandems werden durch ein Qualifizierungsprogramm mit Seminaren und Workshops zu akademischen und karriererelevanten Themen, wie etwa Bewerbungs- und Berufungstraining, Forschungsförderung und Drittmittel-Akquise, Führungskompetenz oder Karriereberatung, begleitet. Im Rahmenprogramm sind auch eine öffentliche Auftakt-, Zwischenbilanz- und Abschlussveranstaltung, sowie prozessbegleitende Netzwerktreffen mit allen Teilnehmenden enthalten (vgl. Universitätsklinikum 2008). Zusätzlich werden die Mentees in kleine Peer-Gruppen eingeteilt um sich auszutauschen und gegenseitig beim Erreichen der individuellen Ziele zu unterstützen (vgl. Brückner 2010: 12).

Um die Qualität des Projektes zu sichern wird Mentoring-Med evaluiert. Alle Teilnehmenden, die an der begleitenden Evaluation, sowie am Begleit- und Qualifizierungsprogramm teilnehmen, erhalten nach Abschluss des Projektdurchlaufs ein Teilnahmezertifikat.

Die Programmdauer von Mentoring-Med beläuft sich auf 18 Monate, ein zweiter Durchgang (nach 2008) startete im April 2010 und wird bis September 2011 andauern. In dieser Zeit erfolgen die Treffen der Tandems, begleitet vom Begleit- und Qualifizierungsprogramm (vgl. Brückner 2010: 11).

## 5 Fragestellungen und Methoden

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem empirischen Teil dieser Arbeit.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben bei in Klinik und Forschung tätigen Wissenschaftlerinnen qualitativ zu untersuchen. Dazu wurden fünf leitfadengestützte Interviews mit Ärztinnen und Naturwissenschaftlerinnen aus der Universitätsmedizin geführt.

Nach einer Erläuterung zur Methodik, wird auf die Auswahl der Studienteilnehmerinnen, sowie auf die gestellten Leitfragen eingegangen.

### 5.1 Methodik

Methodenauswahl: Um die Sichtweisen und Einschätzungen der Wissenschaftlerinnen angemessen abbilden und untersuchen zu können, wurden für die Durchführung und Auswertung der Studie qualitative Methoden angewendet. Die Befragungen wurden als problemzentrierte Leitfadeninterviews durchgeführt.

Charakteristisch für das problemzentrierte Interview ist, dass es offen gestaltet ist und die Probanden frei, ohne vorgegebene Antwortalternativen antworten. Das Interview ist aber „zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer einführt, auf die er immer wieder zurückkommt“ (Mayring 2002: 67). Es entsteht der Effekt, dass die Befragten „ehrlicher, reflektierter, genauer und offener als bei einem Fragebogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik“ (Mayring 2002: 69) antworten, was auf eine stärkere Vertrauensbeziehung zurückzuführen ist, da sich die Interviewten „ernst genommen und nicht ausgehorcht“ (Mayring 2002: 69) fühlen.

Qualitative Befragungen lassen also eine größere Offenheit und Tiefe zu als quantitative Methoden und die Sichtweise der Probanden wird differenzierter abgebildet.

Methodenanwendung: Die fünf Interviews wurden am 21.04.10 auf dem Gelände des Universitätsklinikums Würzburg durchgeführt. Davon fanden drei der Gespräche in den Büros der Teilnehmerinnen und zwei in Untersuchungsräumen statt. Nach einer kurzen Erläuterung zum Inhalt und Ziel der Studie und der Aufnahme von demographischen Daten begannen die Befragungen. Die Interviews dauerten durchschnittlich 30 Minuten und wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen.

Ein Pre-Test wurde zuvor mit einer angehenden Ärztin aus dem Freundeskreis der Autorin durchgeführt.

### 5.2 Auswahl der Interviewteilnehmerinnen

Die befragten Wissenschaftlerinnen sind Teilnehmerinnen des Mentoring- Med Programms am Universitätsklinikum Würzburg. Durch Unterstützung von Frau Prof. Dr.

Färber und Projektkoordinatorin Sibylle Brückner wurde der Kontakt zu allen Teilnehmerinnen des aktuellen Durchgangs von Mentoring-Med per E-Mail hergestellt. In einem offenen Anschreiben wurden Inhalte und Ziele der Studie beschrieben und um Teilnahme an den Interviews gebeten. Auf die Anfrage hin meldeten sich sechs Ärztinnen und Naturwissenschaftlerinnen per E-Mail und erklärten sich zur Teilnahme bereit. Eines der Treffen konnte aufgrund räumlicher Distanz und zeitlicher Engpässe nicht stattfinden. Zur Durchführung der Interviews wurden mit allen Teilnehmerinnen Termine für den 21.04.10 auf dem Gelände des Universitätsklinikums Würzburg vereinbart.

### 5.3 Leitfragen

Ziel der Befragung ist es, die Sichtweisen, Erfahrungen und Vorstellungen von Wissenschaftlerinnen aus der Universitätsmedizin abzubilden und zu untersuchen. Dazu wurden folgende Leitfragen formuliert:

- 1.) Wie sieht ein typischer Arbeitstag bei Ihnen aus?
- 2.) Wie bewerten Sie Ihre Arbeitssituation an der Universität bzw. im Klinikum? Womit sind Sie zufrieden, womit nicht?

Durch die ersten beiden Leitfragen soll ein Einstieg in das Thema Arbeit gefunden werden und eine erste Reflexion bezüglich der eigenen Arbeitssituation seitens der Teilnehmerinnen erfolgen. Bewusst wird noch nicht nach Work-Life-Balance gefragt um priorisierte Aspekte aus der Arbeitssituation der Frauen erkennen zu können.

- 3.) Ist Work-Life-Balance ein Thema für die Sie? Wie gut sehen Sie bei sich Beruf und Privatleben miteinander vereinbart? Wo liegen Probleme, wo Chancen?

In der dritten Frage erfolgt die Überleitung zum Thema Work-Life-Balance. Es wird bewusst offen nach Work-Life-Balance gefragt und keine zusätzliche Erläuterung gegeben, um herauszufinden, wie die Probandinnen Work-Life-Balance selber definieren, womit sie das Thema hauptsächlich assoziieren und welche Schwerpunkte sie in diesem Bereich setzen.

- 4.) Inwieweit nützt Ihnen das Mentoring-Med Programm für Ihre Work-Life-Balance? Was hat es ihnen gebracht?

In Frage 4 soll eine Verknüpfung von Work-Life-Balance mit dem Mentoring-Med Programm am Universitätsklinikum Würzburg stattfinden. Ziel ist es, herauszufinden

inwiefern das Mentoring-Med Programm auch als Work-Life-Balance Maßnahme wahrgenommen wird und wie dieses von den Teilnehmerinnen bewertet wird.

5.) Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für eine bessere Work-Life-Balance bei Frauen in der Universitätsmedizin?

Nachdem eine Einschätzung bezüglich der eigenen Arbeitssituation, Work-Life-Balance Maßnahmen und dem Mentoring-Med Programm gegeben wurde, sollen die Teilnehmerinnen abschließend Vorschläge zur Verbesserung der Work-Life-Balance bei Frauen im Tätigkeitsbereich der Universitätsmedizin machen. Auch hier ist es interessant herauszufinden, welche Schwerpunkte die Frauen beim Thema Work-Life-Balance setzen und was sie, auch für ihre Kolleginnen, als besonders wichtig erachten und wo sie besonderen Optimierungsbedarf sehen.

#### **5.4 Materialauswertung**

Das auf Tonband aufgenommen Material wurde zunächst transkribiert und fortlaufend mit Seitenzahlen und Zeilennummern versehen. Hierbei erfolgte die Übertragung in „normales Schriftdeutsch“ (Mayring 2002: 91), da bei der Materialauswertung die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund stand. Um mehr Lesbarkeit zu erreichen, wurden auch Satzbaufehler behoben und der Stil geglättet (vgl. Mayring 2002: 91). Die Auswertung des Materials erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) mittels induktiver Kategorienbildung. Dazu werden die Kategorien in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Material abgeleitet, „ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen“ (Mayring 2008: 75). Selektionskriterien und Abstraktionsniveaus wurden vorab festgelegt, bevor das Material durchgearbeitet und den vier festgelegten Hauptkategorien, welche sich an den Leitfragen des Interviews orientieren, zugeordnet wurde.

## 6 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die in 6.1 die Darstellung der Ergebnisse aus den fünf geführten Interviews anhand von Kategorien. Die Ergebnisse werden in 6.2 zusammengefasst. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die soziodemographischen Daten der einzelnen Interviewteilnehmerinnen. Um die Anonymität der Probandinnen zu wahren, wurden die Namen von der Autorin geändert. Zusätzlich erfolgt keine spezifische Darstellung der Fachrichtung.

Interview Nummer	Name	Alter	Fachrichtung	Dauer der Berufstätigkeit	Kinder
Int. 1	Christina	38	Naturwissenschaften	13 Jahre	2
Int. 2	Sabine	45	Naturwissenschaften	20 Jahre	1
Int. 3	Nadine	34	Nicht-operativ	9 Jahre	1
Int. 4	Katharina	28	Nicht-operativ	4 Jahre	-
Int. 5	Julia	36	Nicht-operativ	10 Jahre	-

**Tabelle 2: Übersicht Interviewteilnehmerinnen und soziodemographische Daten**

### 6.1 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews nach den vier Hauptkategorien „Thema Arbeitssituation“, „Thema Work-Life-Balance“, „Thema Mentoring-Med Programm“ und „Thema Verbesserungsvorschläge“ sortiert dargestellt.

Alle Erkenntnisse sind mit Originalzitaten unter Angabe der Person und Zeilennummer aus den Transkripten belegt, um dies für den/die Leser/in nachvollziehbar zu machen.

#### 6.1.1 Thema Arbeitssituation

Alle Aussagen und Einschätzungen der Wissenschaftlerinnen bezüglich Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeitssituation werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Faktoren die zufrieden machen: Fast alle Interviewteilnehmerinnen nennen die Unterstützung und Förderung durch Vorgesetzte, eine gute Zusammenarbeit im Team mit Kolleginnen und Kollegen, sowie den Kontakt zu Studierenden und Patientinnen und Patienten als einen wesentlichen positiven Faktor für die Zufriedenheit bei der Arbeit.

*„Ich bin im Großen und Ganzen sehr zufrieden, ich gehe jeden morgen gerne zur Arbeit. (...) Grund dafür ist sicherlich ein sehr wohlwollender, charismatischer Chefarzt, der sehr unterstützend ist. Grund dafür sind auch Kollegen im Team auf die man sich auch jeden Tag in der Zusammenarbeit freut.“ (Julia, 15)*

*„Meine Chefin hat selbst Kinder, (...) und hat sehr viel Verständnis für ihre Mitarbeiter, die Kinder haben. Wir sind inzwischen mehrere und sie hat mich da in jeder Hinsicht immer unterstützt.“  
(Christina, 35)*

*„Mir gefällt es auch, dass wir viel Kontakt zu den Studenten haben, das finde ich auch sehr gut. Studentenpraktikum und die Vorlesungen, das finde ich sehr toll, dass man auch diesen Kontakt immer noch beibehalten kann.“ (Katharina, 23)*

*„Die Arbeit mit den Patienten selber macht viel Spaß. Lehre macht natürlich auch sehr viel Spaß, das mach ich gerne bei jungen, motivierten Kollegen.“ (Julia, 27)*

Einer Interviewteilnehmerin fällt gar kein negativer Aspekt bezüglich ihrer Arbeitssituation ein. Dies scheint hauptsächlich daran zu liegen, dass sie in ihrer Arbeit sehr selbstbestimmt agieren und sich ihre Zeit frei einteilen kann. Somit fallen auch lange und anstrengende Arbeitstage nicht ins Gewicht, da die Arbeit als befriedigend empfunden wird.

*„Es macht mir natürlich sehr viel Spaß, weil ich eben nicht direktionsgebunden, weisungsgebunden bin, also dass mir da jemand genau vorschreibt, was ich im Tagesablauf zu tun habe. Ich kann auch meine Zeit selber frei einteilen, das heißt also, wenn ich mal irgendwie persönliche Besorgungen zu machen hab, kann ich auch später kommen oder auch mal früher gehen. Das ist mir völlig selbst überlassen, das finde ich sehr befriedigend.“ (Sabine, 13)*

Es ist anzumerken, dass dies am Universitätsklinikum eine Ausnahme ist. Die anderen Befragten geben an, eher wenig Entscheidungsspielraum oder nicht die Möglichkeit zu haben, sich ihre Zeit frei einteilen zu können.

Die weiteren Aspekte, die an der Arbeit im Universitätsklinikum als zufriedenstellend empfunden werden, sind die gute Absicherung bezüglich des Budgets und des Haftpflichtschutzes, sowie die Möglichkeit viel Forschung zu betreiben und Kontakt zu den neuesten Studien und Therapien zu haben.

Des Weiteren schätzt eine Befragte an ihrer Arbeit vor allem den Freiraum, den sie durch ihre Halbtagsstelle am Universitätsklinikum erhält. Auch die Bezahlung hält sie für angemessen. Die Unterstützung durch ein Habilitationsstipendium wird von einer der Wissenschaftlerinnen genannt.

Faktoren die unzufrieden machen: Bei der Frage mit welchen Aspekten die Wissenschaftlerinnen bei ihrer Arbeit unzufrieden sind, fallen die Antworten durchaus unterschiedlich aus. Eine Interviewteilnehmerin nennt den chronischen Mangel an Zeit und den hohen bürokratischen Aufwand, der sie sehr unzufrieden macht. Das autoritäre

Verhalten mancher Oberärzte und Oberärztinnen wird von einer Ärztin als wesentlicher Faktor für ihre Unzufriedenheit bei der Arbeit angeführt.

*„Was mich sehr, sehr stört ist die Hierarchie, im Sinne von Autorität. (...) Ich habe schon erlebt, dass sie wirklich Kollegen zur Schnecke machen. (...) Fehler werden nicht wie Fehler behandelt, sondern als hätten sie das mit Absicht machen wollen und das ist normalerweise nicht der Fall.“ (Katharina, 25)*

Hinzu kommt, dass der persönliche Entscheidungsspielraum als zu niedrig angesehen wird.

*„Ich würde lieber ein bisschen mehr selbst entscheiden, aber hier muss alles vom Oberarzt und der Chefin absegnet werden.“ (Katharina, 33)*

Eine Ärztin berichtet, dass die Arbeit in Teilzeit nicht nur positive Aspekte, wie mehr Freiraum beinhaltet, sondern auch dazu führt, dass man als Ärztin im Klinikalltag nicht mehr vollkommen akzeptiert und integriert ist.

*„Andererseits wird man halbtags mit Kind nie so ganz wahrgenommen als Arzt: „Die ist ja eh nur halbtags da, die ist ja eh schon wieder schwanger, die ist ja eh schon wieder bald weg“. Es gibt dann ein paar Sachen, die man gar nicht gefragt wird, oder ein paar Sachen von Vorgesetzten, die dann einfach an einem vorbeilaufen oder die man gar nicht so mitkriegt. (...) Das Normale, Soziale an der Klinik, also mit den Kollegen Mittag essen, das macht man auch seltener.“ (Nadine, 55)*

Als hauptsächlichen Grund für ihre Unzufriedenheit bezeichnet eine der Wissenschaftlerinnen auch die unsichere Stellensituation.

*„Womit bin ich unzufrieden? Ja, hauptsächlich mit den nicht vorhandenen Stellen. (...) Im Moment sind die Befristungen sehr kurz, weil wir nur eine kommissarische Leitung des Instituts haben, das heißt die kommissarische Leitung kann die Stellen immer nur so lange verlängern wie sie selbst verlängert wird. Das sind entweder ein halbes oder ein ganzes Jahr. Man hat einfach keine Perspektive. Vor allem wenn man nicht weiß, wann denn irgendwann ein neuer Chef kommt, ob überhaupt ein neuer Chef kommt und so weiter. Das ist eigentlich das, was mich hier am meisten stört. Ich bin ja nicht mehr so jung und man möchte halt immer mal wissen wo man bleibt und das ist im Moment hier so ein bisschen schwierig.“ (Christina, 23)*

### **6.1.2 Thema Work-Life-Balance**

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung aller Aussagen und Einschätzungen der Wissenschaftlerinnen, die sich auf ihre eigene Work-Life-Balance beziehen.

Zufriedenheit mit der eigenen Work-Life-Balance: Alle fünf Interviewteilnehmerinnen sehen Beruf und Privatleben bei sich gut vereinbart. Allerdings betonen die zwei kinderlosen Frauen, dass es deshalb so gut zu vereinbaren sei, weil sie noch kein Kind zu betreuen haben.

*„Aber aktuell bin ich sehr zufrieden wie das ist, aber wie gesagt, ich habe keine Kinder, ich hab nur meine Arbeit und meine Hobbies und von daher passt das noch.“ (Katharina, 52)*

*„Im Moment, aber unter der Bedingung, dass ich das für mich gut vereinbaren kann, weil ich nur für mich selber Sorge. (...) Ich kann es mir nicht vorstellen so zu arbeiten wie jetzt und eine Familie zu haben, aber ich glaube dann arbeitet man auch anders.“ (Julia, 49)*

Auch die Ärztin, deren Kind fast volljährig ist, erklärt, dass es mittlerweile kein Problem mehr sei Beruf und Privatleben zu vereinbaren. Dies sei wesentlich schwieriger gewesen, als das Kind noch jünger war.

*„Das war früher anders, als er kleiner war, da fand ich das alles sehr schwierig, weil die Betreuungssituation in Deutschland sehr schlecht ist, finde ich. (...) Aber mittlerweile ist es für mich überhaupt kein Problem mehr und ich kann das sowohl im Beruf als auch im Privatleben, sprich also sich noch um den Sohn zu kümmern, das kann ich also mittlerweile sehr gut miteinander vereinbaren.“ (Sabine, 32)*

Die beiden Frauen mit kleinen Kindern sehen bei sich zwar eine gute Work-Life-Balance, allerdings müssen auch sie dabei Abstriche machen, welche in der Kategorie „Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ dargestellt werden.

Bedeutung von Work-Life-Balance: Drei der Befragten bezeichnen Work-Life-Balance als ein durchaus wichtiges Thema.

Assoziiert wird das Thema Work-Life-Balance von allen Frauen hauptsächlich mit der Vereinbarkeit von Beruf und der Betreuung der Kinder. Der Bereich „Life“ in Work-Life-Balance wird also in erster Linie mit Kindern in Verbindung gebracht.

*„Es ist auf jeden Fall ein Thema für mich, das ist ein Thema für jeden denke ich. Ich habe noch kein Kind, aber ich plane, also ich will schon Kinder haben. Von daher wünsche ich mir, dass wir vielleicht Familie und Karriere ein bisschen besser miteinander verbinden könnten.“ (Katharina, 44)*

Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben: Zweimal wird die mangelnde Kinderbetreuung in Deutschland bzw. am Universitätsklinikum als hauptsächliches Problem bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben genannt. Eine Ärztin sieht in

diesem Zusammenhang auch ein Problem in der generellen Haltung gegenüber schwangeren Ärztinnen am Universitätsklinikum.

*„Es wird hier leider noch immer so gesehen, dass wenn man schwanger wird, es eine Belastung für die anderen Kollegen ist und so weiter. Aber es ist nur so, weil man die Struktur nicht hat, um diese Personen, die schwanger werden oder die Kinder haben, genauso zu unterstützen, wie es optimal wäre.“ (Katharina, 47)*

Eine der Befragten hält es für unabdingbar, ihr Arbeitspensum zu verändern, um eine Familie gründen zu können und ist der Konfrontation mit diesem Gedanken bisher ausgewichen.

*„Aber mit fortschreitendem Alter wird es natürlich jetzt absolut zu einem Thema und die Frage haben wir im Grund noch nicht gelöst. Ich denke die wird sich irgendwann demnächst vielleicht auch von alleine lösen oder man muss sich dann stellen. (...) Ich weiß nicht wie es zu lösen ist mit Kindern, das ist mir echt ein Rätsel.“ (Julia, 36)*

Die Schwierigkeit, durch eine Halbtagsstelle Familie und Beruf besser miteinander vereinbaren zu können, gleichzeitig aber voll und ganz im Beruf akzeptiert und integriert zu sein, wird von einer der Frauen als Problem bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben genannt. Obwohl sie generell mit ihrer Work-Life-Balance zufrieden ist, sieht sie das Berufliche durch die Halbtagsstelle eingeschränkt und verpasst einige Veranstaltungen am Universitätsklinikum.

*„Viele Sachen, wie zum Beispiel Fortbildungsveranstaltungen, Abendveranstaltungen oder eine Fortbildung, die auch mal auswärts den ganzen Tag geht, sind für mich jetzt nicht mehr so leicht einzuschieben wie vorher, weil ich eben dafür zuständig bin meinen Sohn abzuholen.“ (Nadine, 119)*

Dass durch die Familie die Arbeit zu kurz kommt, berichtet auch eine der Wissenschaftlerinnen mit Kindern. Durch eine Vollzeitstelle mit zwei Kindern fühlt sie sich zudem einer großen Stressbelastung ausgesetzt.

*„Ich sehe es eigentlich ziemlich gut vereinbart, wobei es stressig ist ohne Ende.“ (Christina, 55)*

### 6.1.3 Thema Mentoring-Med Programm

Hier werden alle Aussagen und Einschätzungen zum Mentoring-Med Programm dargestellt, in denen eine Bewertung des Programms, insbesondere in Hinsicht auf den Nutzen für die eigene Work-Life-Balance, erfolgt.

Nutzen des Programms für die Work-Life-Balance: Drei der Teilnehmerinnen empfinden das Mentoring-Med Programm als nicht sonderlich hilfreich für die eigene Work-Life-Balance. Begründet wird dies vor allem damit, dass die Frauen mit Beruf und Kindern bereits „eingespielt“ waren, als das Programm begann und das Mentoring-Med für die persönlichen Umstände der Befragten zu spät kam.

*„Für die Work-Life-Balance hat es mir eigentlich soviel nicht gebracht, weil ich das Kind ja schon hatte als ich eingestiegen bin und schon eigentlich ganz gut eingespielt war.“ (Christina, 89)*  
*„Für die Work-Life-Balance hat es mir jetzt nicht so viel gebracht, da hätte ich viel früher, wenn überhaupt, Rat gebraucht. Wie man das macht, das musste ich mir alles selber organisieren.“ (Sabine, 44)*

Eine der Frauen nennt hier auch die Tatsache, dass sie aufgrund des Programms nicht mehr oder weniger gearbeitet hat, als Begründung.

*„Für die Work-Life-Balance speziell hat mir dieses Mentoring-Med Programm, glaub ich, nicht so viel genützt, obwohl ich nicht genau weiß.. also Work-Life-Balance ist für mich „ Wie viel Freizeit- wie viel Arbeit“ ,also ich hab deswegen nicht weniger oder mehr gearbeitet, denke ich.“ (Nadine, 143)*

Eine Interviewteilnehmerin ist allerdings schon der Meinung, dass das Mentoring-Med Programm etwas für die Work-Life-Balance gebracht hat.

*„Ja und zwar, dass man bewusst über seine eigene Situation nachdenkt und sich die Freiräume dann auch mit gutem Gewissen gönnt. Das habe ich auch so ein bisschen gelernt. Das „Nein“-Sagen habe ich dadurch auch so ein bisschen gelernt. Es sind ein paar Sachen, man hat da früher gar nicht so viel nachgedacht und durch das „darüber Nachdenken“ hab ich für mich schon ein paar Sachen verändert.“ (Julia, 74)*

Diese Einschätzung wird durch die Aussage einer Ärztin ergänzt, die zunächst sagte, dass das Programm nicht so viel für die eigene Work-Life-Balance gebracht hat, abschließend aber hinzufügt:

*„Ich glaube, dass Mentoring-Programme wahrscheinlich auch für die Selbsteinschätzung von den Ärztinnen gut ist und dass sie sich wohler fühlen mit ihrer Work-Life-Balance und dass sie dann auch Grenzen setzen im Arbeitsbereich und sagen „OK, jetzt ist mal Schluss.“ (Nadine, 270)*

Nach Meinung der beiden Frauen unterstützt das Mentoring-Med Programm die Teilnehmerinnen darin, sich über die eigene Situation bewusst zu werden und Grenzen zu setzen, Freiräume zu schaffen und auch mal „Nein“ zu sagen. Somit helfen die Inhalte des Programms den Frauen dabei, die Balance von Beruf und Privatleben zu halten und sich nicht zu sehr einvernehmen zu lassen.

Positives am Mentoring-Med Programm: Alle fünf Teilnehmerinnen bewerten das Mentoring-Med Programm als sehr gute, hilfreiche und empfehlenswerte Initiative. Vor allem das Zusammentreffen mit den anderen Teilnehmerinnen wird als Bereicherung empfunden.

*„Das war schon sehr gut, überhaupt andere Frauen kennenzulernen, die auch mit den Problemen, die wir jetzt am Anfang der Karriere oder auch bei der Habilitation haben, zu tun haben und wie die das alles geschafft haben.“ (Katharina, 60)*

*„Da hat man dann gemerkt, oder ich hab da gemerkt, dass es ganz, ganz viele Frauen gibt, die in einer ähnlichen Situation sind oder in einer ähnlichen Stufe von ihrer wissenschaftlichen Weiterbildung.“ (Nadine, 151)*

*„Einfach dort auch auf Frauen zu treffen, die in der gleichen Situation sind und insbesondere den Austausch mit den Frauen, der sich doch noch einmal anders gestaltet als, sag ich mal, mit männlichen Kollegen, die auch in der Klinik auf dem Habilitationsweg sind. Da ist der Austausch auch gut, aber mit den Frauen war der Austausch noch mal wesentlich persönlicher und offener. Mir hat es ganz gut getan zu sehen, dass es irgendwie allen so geht und auch die Beispiele zu sehen, die es dann gut schaffen konnten, dann auch mit Familie. Das hat in mir eigentlich das Zutrauen gestärkt, dass man das so machen kann.“ (Julia, 56)*

Nach Einschätzung der Befragten wird den Frauen durch das Aufeinandertreffen bewusst, dass sie nicht alleine sind und sich viele in ähnlichen Situationen befinden, auch was die Selbsteinschätzung angeht.

*Ich fand es vor allem sehr, sehr spannend mit dem, was man denkt, man ist da alleine, mit dem, wie man sich als Frau verkauft oder wie man sich als Frau fühlt. Dann sagt man „Ich bin unsicher“, „Ich bin mir gegenüber zu kritisch“, dass das allen so geht, dass alle sagen, dass sie eher schüchtern sind oder ihr Licht unter den Scheffel stellen. (...) Mir hat es auch viel gebracht, wie die anderen sich selber einschätzen und wie man die selber als Außenstehende einschätzt. Wo man*

*denkt „ Das sind total die Selbstsicheren, die sind die Powerfrauen“ und dann merkst du, dass die sich selber ganz anders wahrnehmen, die denken gar nicht, dass sie so sind.“ (Nadine, 147)*

Die Begegnung und der Austausch mit anderen Wissenschaftlerinnen in ähnlichen Situationen scheint ein zentraler Faktor für den Erfolg des Mentoring-Med Programms zu sein. Die Frauen dienen einander als Vorbilder und erfahren gegenseitige Unterstützung und Bestätigung.

Insgesamt hat das Mentoring-Med Programm nach Meinung der Befragten viel für die innere Einstellung, das eigene Verhalten und Selbstvertrauen gebracht.

*„Ich bin von mir aus ein ziemlich selbstkritischer Mensch und denke immer, ja, was du da machst, ob das auch wirklich gut ist. Das es schon gut ist, was ich mache, habe ich dann eigentlich im Vergleich oder auch im Gespräch mit den Mentoren oder mit den Dozenten dort erfahren und dass ich mehr Rückhalt bekomme.“ (Christina, 78)*

*„Man hat die Leute kennengelernt und ich hab auch viel Selbstsicherheit gelernt. Also wie man anderen, auch Vorgesetzten gegenüber, seine Interessen vertritt und wie man das einfach als selbstverständlich sieht, dass man Interessen hat und dass man die auch äußern kann.“ (Nadine, 157)*

Neben dieser Unterstützung für die innere Einstellung werden auch die vielen Informationen und Workshops positiv bewertet, da diese nach Auffassung der Befragten konkret weiterhelfen und ansonsten schwer zu bekommen sind.

*„Man hat zu verschiedenen Themen Informationen bekommen, die man normalerweise überhaupt nicht bekommt. Zum Beispiel wie man eben seine Karriere gestalten sollte, welche Kontakte man knüpfen sollten, wie man sich in bestimmten Situationen verhält.“ (Sabine, 47)*

*„Auch ein paar praktische Sachen, es gab zum Beispiel einen Workshop zum Thema „ Was sind ihre Zeitfresser, wo sind sie nicht stringent“ und dann gab es diese Bewerbungsgespräche oder diese Berufungsverfahren oder es gab auch ein Seminar, wo man gefilmt wurde und spontan einen Vortrag halten musste. Also es waren sehr, sehr viele praktische Sachen, die einem konkret weitergeholfen haben.“ (Nadine, 173)*

Negatives am Mentoring-Med Programm: Im Gespräch mit einer Interviewteilnehmerin wird deutlich, dass es nicht immer einfach war, die Tandem-Treffen mit der Mentorin einzuhalten, da diese jedes mal auf eigene Initiative hin vereinbart werden mussten.

*„Aber diese richtigen Treffen und da geordnet alles noch mal durchzugehen, da hatten wir glaub ich beide dann nicht so den Anreiz dazu. Da war uns vielleicht die Hürde zu groß, das haben wir nicht so oft gemacht und weil es da auch keine fixen Termine gab, da muss man ja selber den*

*Anlauf nehmen und sagen, wann es passt. Die Mentorin ist auch selber halbtags tätig und hat auch ein kleines Kind und da wäre der Aufwand immer relativ groß gewesen, um das vorher zu planen. Das haben wir dann wahrscheinlich deswegen ein bisschen zu kurz kommen lassen.“ (Nadine, 136)*

Außerdem werden von einer weiteren Befragten nicht alle Inhalte aus den Workshops als nützlich angesehen.

*„Manche Teile waren so, dass man sich im Nachhinein gedacht hat „ Naja, da warst du jetzt halt dort, aber sehr effektiv war es dann nicht.“ (Julia, 64)*

Die Dauer der Fortbildungen und damit zusammenhängende Organisation des Arbeitsablaufes wird als ein weiterer negativer Aspekt bezüglich des Mentoring-Med Programms genannt.

*„Was ich nicht so gut fand, war, dass manche Fortbildungen den ganzen Tag gekostet haben. Das wird hier bei der Arbeit nicht so gerne gesehen, weil es normale Werkzeuge sind und natürlich jemand meine Arbeit machen muss, wenn ich auf einer dieser Fortbildungen bin.“ (Katharina, 66)*

#### **6.1.4 Thema Verbesserungsvorschläge**

In dieses Kapitel fallen alle genannten Ideen und Vorschläge für eine verbesserte Work-Life-Balance bei Frauen in der Universitätsmedizin.

Umfangreichere, flexiblere Kinderbetreuung: Vier der fünf Teilnehmerinnen erwähnen den Bedarf nach einer besseren Kinderbetreuung. Vor allem die Betreuungszeiten sind nach Auffassung der Frauen unzureichend und nicht an die Arbeit in der Universitätsmedizin angepasst.

*„Manchmal machen wir ja auch Nachtdienst und das wäre natürlich super wenn man das hätte und nicht nur zwischen 10 und 15 Uhr.“ (Katharina, 88)*

*„Das wäre ein absolutes Muss, dass da die Kinderbetreuung wirklich flexibel und auf die Mütter abgestimmt ist und dass man den Müttern keinen Vorwurf macht, wenn eben die Arbeitszeiten nicht von 9 bis 17 Uhr laufen.“ (Sabine, 68)*

Auch das Alter, ab wann die Kinder in die Krippe der Universität aufgenommen werden, ist für den Bedarf der Wissenschaftlerinnen unzureichend.

*„Es ist wohl so, dass die Krippe jetzt nur noch Kinder ab 10 Monaten aufnimmt und dass ist eigentlich zu lang, man kann nicht so lange draußen bleiben. (...) Bei uns verliert man einfach Anträge, man verliert Publikationen und man hat ein Loch im Lebenslauf.“ (Christina, 104).*

Die Kinderbetreuung in den ostdeutschen Bundesländern wird hier von einer der Wissenschaftlerinnen als Vorbild genannt. Insbesondere was die Betreuungszeiten und die Flexibilität der Betreuer/innen angeht.

*„In der Zeit, als ich in Sachsen-Anhalt war, da hab ich eine ganz andere Form von Kinderbetreuung kennengelernt, weil dort die Kinderbetreuung viel besser ausgebaut ist. Da ist nach der Schule auf jeden Fall ein Hort angeschlossen, dort sind die Betreuungszeiten zwischen 7 Uhr morgens und 20 Uhr abends. Das ist etwas, was man in Baden-Württemberg und hier in Bayern eigentlich so gut wie gar nicht kennt. Da sind die Betreuungskräfte auch sehr flexibel, das heißt es ist jetzt nicht so, dass man ganz genau sagen muss, wann man kommt und wann geht und wenn man mal später kommt, dass die dann ganz arg böse sind, weil man sich angeblich nicht um sein Kind kümmern will, sondern, die sind da sehr offen.“ (Sabine, 56)*

Der Wunsch nach einer besseren Kinderbetreuung scheint gerade bei den zwei kinderlosen Frauen ein wichtiger Aspekt zu sein. Die Betreuungssituation spielt hier eine zentrale Rolle für die eigene Familienplanung.

*„Was sicherlich für mich eine Erleichterung wäre, wäre zu wissen, dass es eine Kinderbetreuung oder Kinderbetreuungszeiten gibt, die es mir ermöglichen würden, zumindest daran zu denken, dass ich auch ohne Eltern oder Schwiegereltern am Ort ein Kind angemessen neben der Arbeit großziehen könnte. Das würde mir, glaube ich, eine Entscheidung, die ich bisher vor mir hergeschoben habe (lacht), vielleicht leichter gemacht haben.“ (Julia, 85)*

*„Ich habe noch kein Kind, aber ich plane, also ich will schon Kinder haben. Von daher wünsche ich mir, dass wir vielleicht Familie und Karriere ein bisschen besser miteinander verbinden könnten. (...) Ich wünsche mir, dass wenn ich so weit bin, es dann ein bisschen besser ist mit den Strukturen.“ (Katharina, 45)*

Gefühl der Akzeptanz und Wertschätzung: Fast alle Frauen kommen in ihren Überlegungen darauf zu sprechen, dass ein Gefühl der Akzeptanz und Wertschätzung sehr wichtig für die eigene Work-Life-Balance ist.

Auch Wertschätzung und Akzeptanz unter den eigenen Reihen zu erfahren, wenn man als Wissenschaftlerinnen Kinder hat, in Teilzeit tätig ist oder auch mal pünktlich nach Hause geht, würde nach Auffassung der Wissenschaftlerinnen die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erleichtern, auch wenn es sich hier „nur“ um ein Gefühl handelt.

„Man braucht einfach das Gefühl, dass es möglich ist ein Privatleben zu haben und vor allem, ich denke darum geht es hauptsächlich, dass man Kinder haben kann. Man braucht dieses Gefühl.“ (Christina, 114)

„Dass man diese 70% zum Beispiel auch sinnvoll nutzen kann und dass es dann einem nicht plötzlich abgesprochen wird, dass man überhaupt Wissenschaftler oder Akademiker in dem Sinne ist und nicht sagt „ Ach, so eine Halbtags, die schafft eh nichts oder so eine Teilzeit“. Dass man für das, was man macht, die Wertschätzung kriegt, auch, wenn es halt weniger ist, also weniger komplett was man leistet. Dass man sagt „ Ok, in den 70% hat die aber ordentlich was geschafft“. Nicht, dass ich den Eindruck habe, dass ich 100% in 70% schaffen muss.“ (Nadine, 250)

„ Ich finde es grundsätzlich für mich einfach mal wichtig die Erlaubnis zu kriegen, pünktlich zu gehen, wenn man muss und nicht wer pünktlich geht, wird ja fast schon so angeguckt wie „ Es ist viertel nach 5 und die geht heute schon?“ oder „ Die geht schon?“ (Julia, 93)

Auch bezüglich der ambivalenten Erwartungen seitens der Uniklinik und der Gesellschaft wünschen sich die Wissenschaftlerinnen mehr Entgegenkommen. Es scheint an der Akzeptanz, dass Frauen gleichzeitig gute Mütter und gute Wissenschaftlerinnen sein können, zu mangeln.

Auch hier werden die neuen Bundesländer als positives Beispiel aufgeführt.

„Die Mutter muss arbeiten gehen, das ist selbstverständlich, wenn man alleinerziehend ist, ist es doppelt so selbstverständlich und das wäre etwas, was ich unbedingt für alle Bundesländer haben wollte.“ (Sabine, 64)

Integration von Beschäftigten mit Familie: Neben der Schaffung einer größeren Akzeptanz für berufstätige Mütter durch die Gesellschaft, wünschen sich die Frauen mehr Integration von Wissenschaftlerinnen mit Familie am Universitätsklinikum.

Würden Sitzungen und Fortbildungen vormittags bzw. halbtags stattfinden, so könnten auch Teilzeitbeschäftigte oder diejenigen, die ihre Kinder am Nachmittag abholen müssen, daran teilnehmen.

„Teile der Weiterbildung sind halbtags schwieriger zu machen, das ist sicherlich verbesserungswürdig. Man sollte da zentral und auch in den einzelnen Kliniken mal sprechen.“ (Nadine, 198)

„Was noch was wäre, sind diese ganzen Sitzungen, die in der Uni so laufen. Die sind immer, naja sechs Uhr (lacht), fünf Uhr fangen sie vielleicht an, aber sie gehen bis sonst wann. Das kann man natürlich auch nicht immer, da kann man nicht immer teilnehmen.“ (Christina, 126)

Auch das Aufheben der Altersbegrenzung für Unterstützung und Forschungspreise würde Wissenschaftlerinnen mit Kindern wieder mehr integrieren und das Kinderkriegen nicht als „Loch im Lebenslauf“ brandmarken.

*„Etwas, was ziemlich stört, mich zumindest, ist, dass die ganzen Reiseunterstützungen von Kongressen zum Beispiel oder die Preise, für die man sich bewerben kann, immer nur bis 35 gehen. Wenn man so zwischen 30 und 35 irgendwann das Kind bekommen hat und das Loch im Lebenslauf dort ist, dann kann man sich erst mal nicht für einen Preis bewerben. Dann wäre es wirklich angenehm, wenn man wüsste, dass man sich bewerben kann und sagen kann „Ja, gut ich bin jetzt zwar zwei, drei Jahre älter, aber ich hab eben zwei Kinder“, dass das dann eben auch zählt, weil man sonst einfach raus ist. Ich habe das jetzt gerade erlebt, dass ich jetzt einfach keinen Preis mehr bekommen kann, der eigentlich wichtig ist um zu sagen: Ich bin eine gute Forscherin oder so (lacht), weil ich eben aus diesen Altersregeln herausfalle.“ (Christina, 117)*

Programme wie Mentoring-Med: Zweimal wird das Mentoring-Med Programm am Universitätsklinikum als hilfreiche Unterstützung für die Work-Life-Balance von Wissenschaftlerinnen in der Universitätsmedizin genannt, vor allem was das Selbstwertgefühl und die innere Einstellung angeht.

*„Ich glaube, dass Mentoring-Programme wahrscheinlich auch für die Selbsteinschätzung von den Ärztinnen gut ist und dass sie sich wohler fühlen mit ihrer Work-Life-Balance und dass sie dann auch Grenzen setzen im Arbeitsbereich und sagen „OK, jetzt ist mal Schluss“. Ich glaube, dass solche Programme dafür wahrscheinlich auch ganz gut sind.“ (Nadine, 270)*

Personal für Büro- und Labortätigkeiten: Mehr Personal, für Schreibtätigkeiten oder Versuche im Labor, würde, nach Auffassung von zwei Teilnehmerinnen, zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte beitragen.

*„Dass man da auch mehr Leute einstellt, die auch Versuche machen.“ (Nadine, 228)*  
*„Was ich auch sehr gut fände, wäre, wenn wir auch mehr Schreibkräfte hätten, weil wir hier viel, viel, viel Papierarbeit machen. (...) Die Dokumentation ist schon eine Belastung finde ich. Unser Schreibbüro ist immer überfordert, wir sind aber auch überfordert, mit dieser Schreibarbeit.“ (Katharina, 81)*

Transparenz und Informationen: Es kommt zur Sprache, dass deutlich formulierte Ziele und für alle zugängliche Informationen, die beispielsweise die Förderung von Ärztinnen betreffen, eine große Unterstützung für die Frauen darstellen.

Das System scheint nicht transparent genug zu sein, wie eine der Frauen so formuliert:

*„Die Zustände, oder was alles da hinter steckt und warum wer weiterkommt und wer nicht, sind undurchsichtig.“ (Christina, 43)*

Informationen und Transparenz, auch für Work-Life-Balance Maßnahmen wie etwa Teilzeitarbeit, können der entscheidende Faktor für die Annahme solcher Angebote sein.

*„[Notwendig sind; Anm.d.Verf.] Informationen für die Ärztinnen, damit sie wissen: Es wird gefördert. (...) Ich glaube sonst hätte ich diesen Antrag auch nicht geschrieben, wenn ich nicht gewusst hätte, dass es ein politisches Ziel der DFG [Deutsche Forschungsgemeinschaft; Anm.d.Verf.] ist, solche Halbtagsstellen zu unterstützen. (...) Es ist schon einiges, was erst dadurch, dass es als Ziel dahin geschrieben wird, als machbar erscheint und dass die Leute dann denken „Na gut, dann können wir das ja eigentlich auch mal machen. Dafür ist jetzt Geld zur Verfügung gestellt worden und deswegen ist es jetzt auch mal unterstützenswert.“ (Nadine, 234)*

Flexible Arbeitszeiten: Mit der Voraussetzung, dass die Wertschätzung und die Akzeptanz stimmen, stellen nach Auffassung einer der Ärztinnen flexiblere Arbeitszeiten eine Verbesserung für die Work-Life-Balance dar.

*„In Deutschland gibt es Leute, die arbeiten entweder 50% oder 100%, aber es gibt relativ wenige, die 60, 70, 80, 90% arbeiten. Man könnte das sehr viel flexibler gestalten. (...) Da könnten durchaus Konzepte entwickelt werden und dass es für Leute, die sagen, dass sie es nicht schaffen oder da nicht wieder einsteigen oder erst später einsteigen, weil sie es so nicht schaffen, ein Modell gibt, bei dem sie „light“ einsteigen oder so. Bei Lehrern kann man glaub ich mit vier oder acht Stunden die Woche einsteigen. Man könnte einfach ein bisschen flexibler mit den Arbeitszeiten sein. Das wäre sicherlich ein großer Vorteil.“ (Nadine, 205)*

Sportmöglichkeiten am Universitätsklinikum: Als Vorschlag für eine verbesserte Work-Life-Balance nennt eine Ärztin die Möglichkeit, auf dem Gelände des Universitätsklinikums Sport treiben zu können. Somit besteht die Möglichkeit, während der Arbeit für eine Weile abschalten zu können und sich bei einem hohen Arbeitspensum fit zu halten. Die Hürde, nach der Arbeit ein Fitnessstudio aufzusuchen, wird verringert, indem sich das Fitnessstudio direkt auf dem Gelände des Universitätsklinikums befindet. So können sich Mitarbeiter/innen auch in der Mittagspause fit halten. Die Ärztin erzählt hierbei von ihren Erfahrungen in Australien.

*„Erstens denke ich, dass wir hier in der Uni auch ein Fitnesscenter haben könnten, für Ärztinnen, hier in der Nähe. In Australien war es so, dass es direkt neben der Notaufnahme einen Swimming Pool und kleine Fitnessgeräte gab, wo man zum Beispiel in der Mittagspause oder wenn man*

*schon lange in der Klinik war, einfach mal kurz abschalten und Sport machen konnte und dann weitermachte.“ (Katharina, 76)*

**Psychologische Betreuung:** Im Zusammenhang mit der hohen Arbeitsbelastung wäre, der Meinung einer Befragten nach, das Anbieten von psychologischer Betreuung eine durchaus hilfreiche, unterstützende Maßnahme.

*„Ich denke manchmal auch, dass sogar psychologische Betreuung gar nicht schlecht wäre für manche Ärztinnen. (...) Ich bilde mir ein, dass wenn man psychologische Betreuung von jemandem, also inoffiziell und neutral, aber auch mit der Klinik verbunden, für die Mitarbeiter anbietet, es vielleicht ein bisschen besser für die Kollegen wäre. Jeder hat schwierige Zeiten im Leben und es wäre eine Art Seelsorge für die Ärztinnen die auch einfach nur Menschen sind, ich denke das wäre auch nicht schlecht.“ (Katharina, 104)*

Insgesamt wird deutlich, dass die Verbesserungsvorschläge nicht nur speziell für Frauen in der Universitätsmedizin gelten. Die Frauen machen in einigen ihrer Ausführungen deutlich, dass auch Männer, etwa in punkto Arbeitsbelastung und mangelnde Transparenz, Schwierigkeiten mit ihrer Work-Life-Balance haben und sehen viele der Probleme im Universitätsklinikum nicht als frauenspezifisch.

*„Ansonsten finde ich es kein frauenspezifisches Problem, auch die Männer, die hier an der Uni sind, haben unter dem „ Es ist alles eigentlich gar nicht mehr leistbar in der Zeit“ zu leiden.“ (Julia, 90)*

*„Ich hab letztens mit einem Habilitanden gesprochen, der auch gerne irgendwie gefördert werden würde und das kann ich auch durchaus verstehen. Die Zustände, oder was alles da hinter steckt und warum wer weiterkommt und wer nicht, sind undurchsichtig und es wäre sicherlich gut, wenn auch Männer, die sich da auch ein bisschen in dem ganzen System verloren fühlen, gefördert werden würden.“ (Christina, 42)*

## **6.2 Zusammenfassung**

**Arbeitssituation:** Als vorrangiger Grund für die Zufriedenheit bei der Arbeit wird ein gutes Verhältnis zu Vorgesetzten (n=3), Kolleginnen und Kollegen (n=2), Studierenden (n=2), sowie den Patientinnen und Patienten am Universitätsklinikum (n=1) genannt.

Zwei der Befragten empfinden den Freiraum bei der Arbeit bzw. das selbstbestimmte Arbeiten als befriedigend.

Weitere Gründe für die Zufriedenheit der Arbeit sind die Möglichkeit, viel Forschung zu betreiben und Kontakt zu den neuesten Studien und Therapien zu haben (n=1), die umfassende Haftpflichtabsicherung und das gute Budget des Universitätsklinikums (n=1),

die angemessene Bezahlung bei einer Halbtagsstelle (n=1), sowie die Unterstützung durch ein Habilitationsstipendium (n=1).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass alle befragten Wissenschaftlerinnen mit ihrer Arbeitssituation weitgehend zufrieden sind.

Allerdings berichtet lediglich eine Interviewteilnehmerin, dass sie voll und ganz zufrieden ist und ihr keine negativen Aspekte bezüglich ihrer Arbeitssituation einfallen.

Unzufriedenheit bei der Arbeit wird im Zusammenhang mit einem chronischen Mangel an Zeit und dem hohen bürokratischen Aufwand (n=1), der starren Hierarchie und Autorität seitens der Oberärztinnen und Oberärzte (n=1), der unsicheren Stellensituation (n=1) und mangelnder persönlicher Entscheidungsfreiheit (n=1), sowie der fehlenden Integration als Teilzeitbeschäftigte in den Arbeitsalltag (n=1) empfunden.

Es wird deutlich, dass die Aussagen bezüglich der Unzufriedenheit bei der Arbeit durchaus unterschiedlich ausfallen.

Work-Life-Balance: Die eigene Work-Life-Balance wird von allen Interviewteilnehmerinnen als positiv bewertet, jedoch wird betont, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben nicht problemlos und nur mit Einschränkungen gelingt.

Begründet wird dies dadurch, dass noch keine Kinder zu betreuen sind (n=2) bzw. das Kind schon alt genug ist und wesentlich weniger Betreuung bedarf als zuvor (n=1) und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben somit keine großen Herausforderungen beinhaltet. Die beiden Interviewteilnehmerinnen mit betreuungsbedürftigen Kindern gelingt die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben auch nur mit Abstrichen.

Drei der Wissenschaftlerinnen messen dem Thema Work-Life-Balance eine große Bedeutung zu. Hauptsächlich wird Work-Life-Balance und der Bereich „Life“ in diesem Konzept mit Kindern und Familiengründung in Verbindung gebracht (n=5).

Gefragt nach den Problemen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben wird in erster Linie die fehlende und mangelhafte Kinderbetreuung in Deutschland bzw. im Universitätsklinikum aufgeführt (n=2). Auch die negative Haltung gegenüber schwangeren Beschäftigten am Universitätsklinikum wird als Hindernis angesehen (n=1).

Von den Wissenschaftlerinnen mit Kindern im betreuungsbedürftigen Alter berichtet eine der Frauen von der starken Stressbelastung und dem Gefühl, den Beruf durch die Familie zu vernachlässigen. Die andere Wissenschaftlerin mit Kindern fühlt sich durch ihre Teilzeitbeschäftigung nicht genügend in den Arbeitsalltag am Universitätsklinikum integriert und hat den Eindruck, dort etwas zu verpassen.

Eine Ärztin hält es für unmöglich, mit ihrem derzeitigen Arbeitspensum eine Familie zu gründen.

Mentoring-Med Programm: Das Mentoring-Med Programm wird von allen Interviewteilnehmerinnen positiv bewertet. Für die eigene Work-Life-Balance hat es allerdings nur einer Teilnehmerin etwas gebracht, da es sie animiert hat, mehr über die eigene Situation nachzudenken und somit Veränderungen herbeizuführen. Eine Ärztin erklärt, dass sie für die eigene Work-Life-Balance nicht soviel Nutzen ziehen konnte. Für die Work-Life-Balance von Ärztinnen hält sie es jedoch generell für hilfreich, da es die Frauen bei ihrer Selbsteinschätzung und ihrem Wohlbefinden unterstützt und dabei hilft Grenzen zu setzen.

Als Grund, warum das Programm wenig für die eigene Work-Life-Balance gebracht hat, wird vor allem die Tatsache genannt, dass Mentoring-Med für den persönlichen Bedarf an Unterstützung zu spät kam, da die Frauen zu diesem Zeitpunkt bezüglich der Kinderbetreuung bereits organisiert waren und früher Rat gebraucht hätten (n=2). Zudem erklärt eine Ärztin, dass sich ihr Arbeitspensum durch das Programm nicht geändert habe.

Das Aufeinandertreffen und der Austausch mit den anderen Programmteilnehmerinnen wird als positiv empfunden (n=3). Es unterstützt die Frauen bei ihrer Selbsteinschätzung, gibt ihnen Bestätigung und stärkt ihr Selbstvertrauen. Positiv werten die Befragten auch die vielen praktischen Informationen und Workshops (n=3).

Negativ angemerkt wird der relativ hohe Aufwand die Mentorin zu treffen (n=1), die ungenügende Angepasstheit einiger Fortbildungen an den Arbeitsablauf (n=1) und die mangelnde Effektivität mancher Veranstaltungen (n=1).

Verbesserungsvorschläge: Gefragt nach Verbesserungsvorschlägen nennen fast alle Wissenschaftlerinnen den Bedarf an einer besseren, umfangreicheren und flexibleren Kinderbetreuung (n=4). Ebenso viele wünschen sich mehr Entgegenkommen im Sinne von Akzeptanz und Wertschätzung bei der Arbeit als Wissenschaftlerin im Universitätsklinikum, selbst wenn man dem Privatleben und der Familie gewisse Prioritäten zukommen lässt. Zudem sind diese recht bescheiden formuliert, wie etwa der Wunsch „pünktlich zu gehen“ oder bei einer 70% Stelle nicht 100% arbeiten zu müssen. Dazu gehört auch eine größere Akzeptanz für berufstätige Mütter durch die Gesellschaft. Darüber hinaus besteht das Bedürfnis nach einer besseren Integration von Beschäftigten mit Familie (n=2). Dies könnte durch die Verlegung von Fortbildungsveranstaltungen und

Sitzungen in den Vormittag oder die Aufhebung der Altersbegrenzung für Reiseunterstützung von Kongressen und für die Bewerbung für Forschungspreise umgesetzt werden. Dazu gehört auch der Vorschlag, Teilzeitbeschäftigungen flexibler zu gestalten und zusätzlich zu Voll- und Teilzeit auch Stellen mit 60, 70, 80 oder 90% Arbeitszeit anzubieten. Teilzeit sollte auch als solche gehandhabt werden und nicht das Gefühl vermitteln, dass man bei einer Halbtagsstelle soviel schaffen muss wie mit einer Vollzeitbeschäftigung (n=1).

Einmal wird auch der Wunsch nach mehr persönlichem Entscheidungsspielraum bei der Arbeit im Universitätsklinikum formuliert.

Weitere Vorschläge sind die Unterstützung durch Programme wie Mentoring-Med (n=2), das Einstellen von mehr Personal für Büro- und Labortätigkeiten (n=2), mehr Transparenz und Informationen zu Karriereförderung oder Work-Life-Balance Maßnahmen (n=2), flexiblere Arbeitszeiten (n=1), Sportmöglichkeiten (n=1) und psychologische Betreuung (n=1) am Universitätsklinikum.

## 7 Diskussion

Im Folgenden sollen die angewandte Methodik, sowie die Ergebnisse der Studie, in Bezug auf die im theoretischen Teil der Arbeit beschriebenen Aspekte, diskutiert und bewertet werden.

### 7.1 Methodendiskussion

Um die Erfahrungen, Sichtweisen und Einschätzungen von Frauen in der Universitätsmedizin bezüglich Work-Life-Balance angemessen abbilden und untersuchen zu können, wurde in dieser Studie auf qualitative Methoden zurückgegriffen.

Die Sichtweise der Befragten wird durch offene Fragen differenziert abgebildet, was vor allem in Bezug auf das komplexe Thema Work-Life-Balance sinnvoll und hilfreich ist, um möglichst viele Aspekte beleuchten zu können.

Obwohl also die Wahl der Methodik als sinnvoll angesehen werden kann, ist die Umsetzung in einigen Punkten optimierungsbedürftig.

Es ist kritisch anzumerken, dass die Interviewlänge mit durchschnittlich 30 Minuten für eine qualitative Befragung durchaus gering ausgefallen ist. Auch der Stichprobenumfang von insgesamt fünf Interviewteilernehmerinnen ist hinsichtlich Aussagekraft und Repräsentativität ausbaufähig. Allerdings gestaltet sich der Zugang zu der Berufsgruppe der in Universitätsmedizin tätigen Wissenschaftlerinnen als schwierig. Dieser wurde zwar durch das Mentoring-Med Programm und die Unterstützung von Frau Prof. Dr. Färber und Projektkoordinatorin Sibylle Brückner erleichtert, jedoch meldeten sich von insgesamt 50 angeschriebenen Programmteilernehmerinnen lediglich sechs, die sich zum Interview bereit erklärten. Aufgrund der räumlichen Distanz mussten alle Interviews an einem Tag durchgeführt werden, was eine starke zeitliche Begrenzung zu Folge hatte. Zudem unterbrachen viele der Interviewteilernehmerinnen ihre Arbeit für die Interviews und standen unter erhöhtem Termindruck. Unter diesen Umständen ist es eventuell sogar als Erfolg zu bezeichnen, dass die Interviews überhaupt stattfinden konnten.

Aus diesen Gründen wurde auch der Pre-Test nicht mit einer sich bereits im Beruf befindenden Ärztin, sondern mit einer Medizinstudentin aus dem Freundeskreis der Autorin durchgeführt. Somit kann man das erste durchgeführte Interview in Würzburg als tatsächlichen Pre-Test bezeichnen, da dieser mit einer Person aus der eigentlichen Zielgruppe durchgeführt wurde.

### 7.2 Ergebnisdiskussion

Ein zentrales Ergebnis ist die Tatsache, dass alle befragten Wissenschaftlerinnen angaben, mit der eigenen Work-Life-Balance zufrieden zu sein, obwohl die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben nicht ohne Probleme und Einschränkungen gelingt. Dass sich

trotz der genannten Abstriche und Schwierigkeiten insgesamt Zufriedenheit mit der Work-Life abzeichnet, kann unterschiedliche Gründe haben. Alle Probandinnen sind Teilnehmerinnen am Mentoring-Med Programm des Universitätsklinikums Würzburg, demnach findet hier bereits eine Auseinandersetzung mit der eigenen Work-Life-Balance und Arbeitssituation statt. Durch die Teilnahme „tun“ die Frauen bereits etwas für ihre Arbeitszufriedenheit, erhalten Unterstützung und Informationen, die ihnen weiterhelfen. Bei den Befragten handelt es sich somit um eine selektive Stichprobe, da alle Interviewteilnehmerinnen am Programm teilnehmen und die Frauen nicht per Zufall ausgewählt wurden. Es ist auch möglich, dass die Wissenschaftlerinnen sich gerade aus dem Grund, dass sie insgesamt mit ihrer Work-Life-Balance zufrieden sind, zur Teilnahme am Interview bereit erklärten und insgesamt Vertrauen und Offenheit zeigten, da die Verbindung zum Mentoring-Med Programm besteht.

Die drei befragten Ärztinnen sind allesamt in nicht- operativen Bereichen der Medizin tätig. Tätigkeitsbereiche im operativen Bereich, wie etwa Chirurgie sind Männerdomänen und zählen zu den besonders prestigeträchtigen Feldern in der Medizin. Für die Ergebnisse der Studie hätte die Teilnahme von Ärztinnen aus dem operativen Bereich sicherlich weitere interessante Erkenntnisse gebracht.

Das Arbeitspensum der Wissenschaftlerinnen am Universitätsklinikum ist hoch. In der Befragung wird zwar nicht konkret danach gefragt, dennoch wird dies anhand der Beschreibungen eines typischen Arbeitstages deutlich.

*„Ich komme hier immer gegen sieben Uhr, obwohl meine Arbeitszeit um viertel vor acht offiziell anfängt.“ (Katharina, 4)*

*„Dann ist Zeit für eine Pause oder manchmal auch nicht.“ (Sabine, 7)*

*„Der Arbeitsalltag beginnt damit, frühzeitig in der Klinik zu sein und die erste Stunde vor offiziellem Klinikbetrieb hier in Ruhe schon E-Mails zu bearbeiten, den Tag vorzubereiten, Briefe zu korrigieren. (...) Die Tage können, je nachdem wie viel an der Klinik los ist, sehr stressig sein, können aber, wenn die Klinik ruhig ist und die Ambulanz ruhig ist, auch gelegentlich Zeit bieten, so dass man die Forschung nicht nur nach 19 Uhr machen muss.“ (Julia, 3)*

Obwohl die Arbeitsbelastung hoch ist und die Zustände am Universitätsklinikum nicht immer förderlich für die Work-Life-Balance sind, äußern die Befragten eher bescheidene Wünsche und Forderungen und bringen einiges an Verständnis für die Gegebenheiten bei der Arbeit im Universitätsklinikum auf.

*„Es wäre angenehm wenn man das früher hätte, aber ich verstehe, dass es nicht früher ist, also ich kann immer beide Seiten gut verstehen.“ (Christina, 129)*

*„Aber gut, das gehört dazu und das ist dann so und diese Strukturen müssen wir akzeptieren wenn man in der Uniklinik bleiben will.“ (Katharina, 35)*

Auch werden die Herausforderungen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und dem Erklimmen der Karriereleiter nicht als rein frauenspezifisches Problem angesehen. Die Befragten weisen darauf hin, dass Männer in der Universitätsmedizin mit den gleichen Belastungen wie die Wissenschaftlerinnen zu kämpfen haben.

Alle befragten Wissenschaftlerinnen bringen den Bereich „Life“ in Work-Life-Balance in erster Linie mit Kindern in Verbindung. Das Bedürfnis nach Zeit für die Partnerschaft oder die eigenen Hobbies wird nicht genannt.

Die Frauen treten insgesamt eher bescheiden und selbstlos auf. Es liegt nah bei dem Bereich „Life“ in Work-Life-Balance zunächst an die eigenen Bedürfnisse oder die eigene Gesundheit zu denken. Die Priorität der Befragten im Bereich „Life“ liegt aber bei Kindern und deren Betreuung. Sie wollen sowohl der Arbeit gerecht werden als auch gute Mütter sein. Dabei geraten die Frauen selber in den Hintergrund. Beispielsweise wurden in Kapitel 2.2 betriebliche Work-Life-Balance Maßnahmen vorgestellt. Davon werden Maßnahmen für eine bessere Kinderbetreuung von allen Befragten angesprochen, Gesundheitsmanagement oder Betriebliche Gesundheitsförderung allerdings nur einmal mit dem Vorschlag Sportmöglichkeiten am Universitätsklinikum anzubieten.

In Kapitel 3.2 wurde auf die Gründe, warum Ärztinnen weniger erfolgreich als ihre männlichen Kollegen sind, eingegangen. Die beschriebenen Aspekte spiegeln sich in den Ergebnissen der Interviewstudie weitestgehend wieder.

So beschreiben sich einige der Befragten bei der Arbeit als unsicher und sich selbst gegenüber kritisch.

Die Sozialpsychologin Andrea Abele beschreibt dies in ihrem Beitrag aus „Karriereplanung für Ärztinnen“ als einen durchaus erfolgshemmenden Faktor. Frauen büßen in ihrer beruflichen Laufbahn an Selbstvertrauen ein, was eventuell darauf zurückzuführen ist, „dass die Frauen sich selbst als weniger kompetent erlebten bzw. negative Erfahrungen am Arbeitsplatz auf sich bezogen“ (Abele 2006: 48).

Auch die von Abele geschilderten vielfältigen und in sich widersprüchlichen gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen wird von den Befragten aufgegriffen.

Die Betreuung oder das Nehmen einer Auszeit für die eigenen Kinder wird in der Wissenschaft gleich als „Loch im Lebenslauf“ abgestraft.

Andererseits erwartet die Gesellschaft, dass eine Mutter sich genau diese Auszeit nimmt und nicht nach ein paar Monaten wieder in den Beruf einsteigt.

*„Aber auch weil die Gesellschaft sagt, wenn man schwanger wird, muss man zu Hause bleiben, wenn das Kind da ist muss diese Mutterschutzzeit genommen werden und das muss nicht sein, finde ich.“ (Katharina, 94)*

*„Ich hab drei Geschwister, die haben alle schon Kinder und sind alle später eingestiegen. Alle haben eine längere Auszeit genommen und von denen kam dann eher: „Was?! Du willst dein Kind schon in die Krippe geben, mit eins?“. Das ist schon ein Thema gewesen, weil es bei uns in der Familie nicht so üblich war.“ (Nadine, 94)*

Bezüglich der kritischen Einstellung gegenüber sich selbst, empfinden alle Interviewteilnehmerinnen das Mentoring-Med Programm als große Unterstützung. Zu realisieren, dass es sehr viele Frauen in einer ähnlichen Situation gibt, die auch ihr „Licht unter den Scheffel stellen“ ist für eine Veränderung dieser Einstellung durchaus hilfreich. Das Problem hierbei ist, dass die als so positiv empfundene Vernetzung mit anderen Wissenschaftlerinnen Zeit kostet und viele nicht bereit sind, sich diese Zeit zu nehmen bzw. es nicht gern gesehen wird, wenn Zeit dafür in Anspruch genommen wird.

*„Was ich nicht so gut fand, war, dass manche Fortbildungen den ganzen Tag gekostet haben. Das wird hier bei der Arbeit nicht so gerne gesehen, weil es normale Werkzeuge sind und natürlich jemand meine Arbeit machen muss, wenn ich auf einer dieser Fortbildungen bin, aber gut.“ (Katharina, 66)*

*„Ich muss sagen, ich hab bei dem Mentoring-Med Programm vor allem den zweiten Teil, also diese Veranstaltungen und Workshops genutzt. Ich hab die Mentorin relativ wenig getroffen. (...) Da war uns vielleicht die Hürde zu groß, das haben wir nicht so oft gemacht und weil es da auch keine fixen Termine gab, da muss man ja selber den Anlauf nehmen und sagen wann es passt.“ (Nadine, 131)*

Auch der von Hochschild beschriebene und im theoretischen Teil dieser Arbeit aufgegriffene Wandel der Bereiche „Work“ und „Life“ lässt sich anhand der Interviews abbilden:

*„Zu Hause ist es auch durchaus anstrengend und es ist auch deshalb auch anstrengend weil man im Beruf doch immer selbstbestimmter ist als zu Hause. Wenn man den Kleinen zu Hause hat dann macht der halt mit einem und dann kann man nicht sagen:“ Ok jetzt setz dich mal ne halbe Stunde hin und lies da noch mal was nach“ oder so.“ (Nadine, 113)*

Eine der Frauen berichtet auch von einem schlechten Gewissen, welches sie gegenüber ihrer Arbeit hat.

*„Ich hab nicht das Gefühl, dass ich meine Kinder vernachlässige, ich hab wenn dann mehr das Gefühl, dass ich meinen Beruf vernachlässige. Dass ich eigentlich, wenn ich länger arbeiten könnte, schneller weiterkommen würde. Ich denke, dass es aber in diese Richtung für alle Beteiligten besser ist. Vielleicht nicht unbedingt für mich aber zumindest für die Kinder. Ich hab manchmal nachts Alpträume, weil ich denke mein Antrag wird nicht fertig, aber ich hab zumindest nicht das Gefühl, dass ich meine Kinder vernachlässige.“ (Christina, 56)*

Obwohl die Wissenschaftlerinnen insgesamt zufrieden sind und aussagen, ihrer Prioritäten im Bereich „Life“ zu setzen, scheint der Bereich „Work“, also das Universitätsklinikum, eine hohe Anziehungskraft zu haben. Hierfür wird viel hingegenommen und es entsteht trotz eines hohen Arbeitspensums teilweise das Gefühl, zu wenig Zeit in die Arbeit zu investieren.

## 8 Fazit

Die vorliegende Bachelorarbeit setzte sich mit dem Konzept Work-Life-Balance, speziell mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Frauen aus der Universitätsmedizin, auseinander. Ziel war es, die theoretischen Grundlagen zum Thema Work-Life-Balance zu vermitteln und vor diesem Hintergrund die Situation von in Klinik und Forschung tätigen Wissenschaftlerinnen abzubilden.

Es wurde deutlich, dass Work-Life-Balance ein vielschichtiges Konzept ist, welches große Chancen, aber auch Probleme und Herausforderungen mit sich bringt.

Alle interviewten Wissenschaftlerinnen aus der Universitätsmedizin betrachteten Work-Life-Balance als wichtiges Thema und sahen bei sich Beruf und Privatleben, trotz eines hohen Arbeitspensums und Mehrfachbelastungen, weitgehend gut vereinbart.

Dennoch ließ sich feststellen, dass das Universitätsklinikum bezüglich der Work-Life-Balance und Familienfreundlichkeit noch starken Optimierungsbedarf hat.

Folgende Vorschläge für eine verbesserte Work-Life-Balance bei Frauen in der Universitätsmedizin lassen sich aus den Ergebnissen der Interviews formulieren:

- Schaffung einer umfangreicheren und flexibleren Kinderbetreuung am Universitätsklinikum. Konkret bedeutet dies, die Betreuungszeiten auszudehnen und Kinder auch schon ein paar Monate nach der Geburt aufzunehmen, so dass ihre Mütter keine Einbußen, wie das beschriebene „Loch im Lebenslauf“ hinnehmen müssen.
- Flexiblere Arbeitsgestaltung. Anzudenken wären hier Modelle wie Job-Sharing oder flexible Teilzeitstellen, die nicht nur die Hälfte von Vollzeit bedeuten, sondern beispielsweise 60% oder 80% einer Vollzeitstelle einnehmen würden.
- Berücksichtigung von Beschäftigten mit Familie. Dazu gehört Fortbildungsveranstaltungen und Sitzungen nicht nur nachmittags stattfinden zu lassen. Außerdem sollte berücksichtigt werden, ob Bewerber/innen für Reiseunterstützung und Forschungspreise Kinder haben, um in diesen Fällen die Altersbegrenzung aufzuheben.
- Soweit es möglich ist, den Beschäftigten mehr persönlichen Entscheidungsspielraum bei ihrer Arbeit einräumen. Dies ist ein Faktor, der für die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen durchaus förderlich ist.
- Einstellen von zusätzlichem Personal für Büro- und Labortätigkeiten um die Wissenschaftler/innen in ihrer Arbeit zu entlasten.
- Gewährleistung von mehr Transparenz über die Strukturen und Prozesse im Universitätsklinikum sowie für jede/n einsichtige Informationen zu Karriereförderung oder Work-Life-Balance Maßnahmen.

- Anbieten von Sportkursen oder das Bereitstellen von Fitnessgeräten auf dem Gelände oder in unmittelbarer Nähe des Universitätsklinikums.
- Zugang zu psychologischer Betreuung für die Beschäftigten am Universitätsklinikum.

Alle diese Vorschläge haben letztendlich viel mit Wertschätzung, Akzeptanz und Integration von Beschäftigten mit Familie zu tun. Hierbei wünschen sich die Wissenschaftlerinnen mehr Entgegenkommen seitens des Universitätsklinikums. Mit der Erweiterung des Angebots an Kinderbetreuung am Universitätsklinikum würde dieses demonstrieren, dass Nachwuchs bei Wissenschaftlerinnen als Selbstverständlichkeit genommen wird und könnte durch die gewährleistete Unterstützung weibliche Fachkräfte stärker an sich binden sowie deren Zufriedenheit fördern. Zusätzlich könnte diese Maßnahme auch dabei helfen, die allgemeine Akzeptanz von Wissenschaftlerinnen mit Kindern am Universitätsklinikum zu steigern.

Die Frauen sollten aber auch stärker für ihre Interessen eintreten und ihre Bedürfnisse mehr einfordern. Hochschild spricht in diesem Zusammenhang von einer Art Bewegung, in der der Zusammenschluss von Betroffenen eine große Wirkung erzielen kann: „In Wirklichkeit haben nämlich viele berufstätige Eltern deshalb so wenig Zeit, weil die Zeitanforderungen ihres Arbeitsplatzes Priorität beanspruchen. Weder die Anpassung an diese Anforderungen noch der Rückzug vom Arbeitsplatz tragen zur Lösung dieses Problems viel bei. Es ist die Zeit gekommen, sich diesen Anforderungen entgegen zu stellen und den alten Arbeitsplatz den neuen Arbeitskräften anzupassen. Wie die Geschichte zeigt, ist kollektives Handeln der einzige Weg, einen solch grundsätzlichen Wandel herbeizuführen“ (Hochschild 2002: 268).

Hier setzt das Mentoring-Med Programm an, welches von allen Interviewteilnehmerinnen gelobt wird. Die Wissenschaftlerinnen lernen hier, ihre Interessen zu vertreten und als selbstverständlich anzusehen, bekommen die Möglichkeit Netzwerke zu bilden und sich mit Frauen in einer ähnlichen Situation auszutauschen. Dies fördert das Selbstbewusstsein und Selbstverständnis der Frauen und verdeutlicht ihre eigenen Möglichkeiten, Potenziale und Rechte. Die sehr gut ausgebildeten Wissenschaftlerinnen müssen sich ihrer Werte stärker bewusst werden und die eigenen Bedürfnisse gegenüber ihrem Arbeitgeber deutlicher hervorheben. Denn letztendlich haben sie in einem Land mit drohendem Fachkräftemangel und einer alternden Gesellschaft auch einen bedeutenden gesellschaftlichen Wert. Auf der anderen Seite sollten Unternehmen und Institutionen, wie das Universitätsklinikum Würzburg, den Bedürfnissen der Frauen nachkommen, um mit motivierten, gesunden und ausgeglichenen Beschäftigten wettbewerbsfähig zu bleiben und eine hohe Qualität in Klinik und Forschung zu gewährleisten. Die Anziehungskraft des

---

Universitätsklinikums als Arbeitsplatz ist hoch. Es wird bei der Umsetzung von Work-Life-Balance Maßnahmen eine Herausforderung sein, diese Anziehungskraft nicht zu sehr zu verstärken um dem von Hochschild beschriebenen Werteverlust der Familie entgegen zu wirken. Dieser Aspekt sollte, bei allen Vorteilen die Work-Life-Balance Maßnahmen mit sich bringen, bedacht werden.

Macht man sich die vielen Chancen, aber auch Grenzen und Probleme, die die Umsetzung von Work-Life-Balance Maßnahmen mit sich bringen bewusst, so kann eine dreifache „win-win“- Situation für Beschäftigte, Unternehmen und die Gesellschaft erreicht werden.

## Literaturverzeichnis

**Abele, A. 2006:** Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer, S. , Kaczmarczyk, G. , Bühren, A. (Hrsg.) 2006: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 35-57.

**BÄK (Bundesärztekammer) (Hrsg.) 2008:** Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. URL:  
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Analyse-Kopetsch.pdf>  
[Stand: 16.07.2010]

**Brinkschulte, E. 2006:** Historische Einführung: Medizinstudium und ärztliche Praxis von Frauen in den letzten zwei Jahrhunderten. In: Dettmer, S. , Kaczmarczyk, G. , Bühren, A. (Hrsg.) 2006: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg. S. 9-35.

**Brückner, S. 2010:** Mentoring med. Zweiter Durchgang April 2010 bis September 2011. Leitfaden für Mentor/-innen und Mentees. 2. Auflage, Würzburg.

**Burchardt, A. 1994:** Die Durchsetzung des medizinischen Frauenstudiums in Deutschland. In: Brinkschulte, E. (Hrsg.)1994: Weibliche Ärzte. Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland. 1. Auflage. Edition Hentrich, Berlin. S. 10-21.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2005:** Work-Life-Balance. Motor für wirtschaftliches Wachstum und gesellschaftliche Stabilität. Rostock.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2009:** Unternehmen Kinderbetreuung – Praxisleitfaden für die betriebliche Kinderbetreuung. 2. Auflage, Rostock.

**BKK (Hrsg.), 2004:** Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen. Argumente und Tipps für ein modernes betriebliches Gesundheitsmanagement. Broschüre vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Essen.

**Deutsche Forschungsgemeinschaft 2010 a:** Sonderforschungsbereiche. URL:

[http://www.dfg.de/foerderung/programme/koordinierte\\_programme/sfb/index.html](http://www.dfg.de/foerderung/programme/koordinierte_programme/sfb/index.html)

[Stand: 20.09.2010]

**Deutsche Forschungsgemeinschaft 2010 b:** Wissenschaftliche Karriere: Nach der Promotion. URL:

[http://www.dfg.de/foerderung/grundlagen\\_dfg\\_foerderung/wissenschaftliche\\_karriere/nach\\_der\\_promotion/index.html#micro386771](http://www.dfg.de/foerderung/grundlagen_dfg_foerderung/wissenschaftliche_karriere/nach_der_promotion/index.html#micro386771)

[Stand: 21.09.2010]

**Egeler, R. 2009:** Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2060. URL:

[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/Statement\\_\\_Egeler\\_\\_PDF,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/Statement__Egeler__PDF,property=file.pdf)

[Stand: 14.05.2010]

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

**Fauth-Herkner, A. 2010:** Teilzeit – Überblick. URL: <http://www.mittelstand-und-familie.de/teilzeit-ueberblick>

[Stand: 14.05.2010]

**Gabler Wirtschaftslexikon 2010:** Erwerbspersonenpotenzial. URL:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/erwerbspersonenpotenzial.html>

[Stand: 20.09.2010]

**Hochschild, A. R. 2002:** Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet. Leske + Budrich, Opladen.

**Henne, A. 2005:** Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine lohnende Investition für die Unternehmen! URL: [http://www.gefuege-nrw.de/system/myfiles/Ergebnisse/Begriffe\\_GeFueGe.pdf](http://www.gefuege-nrw.de/system/myfiles/Ergebnisse/Begriffe_GeFueGe.pdf)

[Stand: 13.06.2010]

**Julius-Maximilians- Universität Würzburg 2009:** Gleichstellungskonzept. Rahmenplan für den wissenschaftlichen Bereich der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (2009-

2013). URL: [http://www.frauenbuero.uni-wuerzburg.de/fileadmin/32500300/\\_temp\\_/Gleichstellungskonzept\\_2009-2013.pdf](http://www.frauenbuero.uni-wuerzburg.de/fileadmin/32500300/_temp_/Gleichstellungskonzept_2009-2013.pdf)  
[Stand: 31.08.2010]

**Julius-Maximilians- Universität Würzburg 2010:** Informationen über:  
Universitätsklinikum Würzburg.  
URL: <http://www.uni-wuerzburg.de/ueber/universitaetsklinikum/>  
[Stand: 14.07.2010]

**Kastner, M. (Hrsg.) 2004:** Die Zukunft der Work-Life-Balance- Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren? 1. Auflage. Asanger Verlag GmbH, Kröning.

**Kopetsch, T. 2010:** Mehr Ärzte – und trotzdem geringe Arbeitslosenquote. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 17, S. 756 – 758.

**Mayring, P. 2002:** Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

**Mayring, P. 2008:** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

**Michalk, S. / Nieder, P. 2007:** Erfolgsfaktor Work-Life-Balance. 1. Auflage.  
WILEY–VCH Verlag GmbH & Co KG, Weinheim.

**Nelson, L. 2010:** Arbeitszeitkonten sorgen für mehr Flexibilität. URL: <http://www.tk-online.de/tk/tk-ratgeber/management-und-personal/arbeitszeitkonten/202184?selectedPage=0>  
[Stand: 15.05.2010]

**Pfaff et al., 2003:** Gesund – geredet. Praxi, Probleme und Potentiale von Krankenrückkehrgesprächen. 1. Auflage. Hans Böckler Stiftung Edition sigma.

**Puch, K. 2009:** Frauendomäne Teilzeitarbeit – Wunsch oder Notlösung? URL: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2009\\_\\_04/2009\\_\\_04Teilzeitbeschaeftigte,templateId=renderPrint.psml#Link1](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2009__04/2009__04Teilzeitbeschaeftigte,templateId=renderPrint.psml#Link1)

[Stand: 14.05.2010]

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2008:** Auszug aus dem Datenreport 2008. Kapitel 2.

Familie, Lebensformen und Kinder. URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2008Familie,property=file.pdf>

[Stand 01.06.2010]

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2009:** Jedes fünfte Kind unter drei Jahren in

Kindertagesbetreuung. Pressemitteilung Nr. 427 vom 11.11.2009. URL:

[http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/11/PD09\\_\\_427\\_\\_225,templateId=renderPrint.psml](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/11/PD09__427__225,templateId=renderPrint.psml)

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2010:** Personal an Hochschulen, vorläufige Ergebnisse. Wiesbaden.

**Stosch, A. 2009:** Tenure-Track. URL:

<http://www3.unibonn.de/forschung/forschungsfoerderung/tenure-track>

[Stand: 01.09.2010]

**Tunnat, L. 2005:** Dual career couples (DCC) / Doppelkarriere-Paare. URL:

<http://www.hawk-hhg.de/university/media/doppelkarriere.pdf>

[Stand: 12.06.2010]

**Universitätsklinikum Würzburg 2008:** MentoringMed Auftaktveranstaltung am

22. Oktober 2008 im ZOM. URL: <http://www.uk-wuerzburg.de/aktuelles/news-detail/article/mentoringmed-auftaktveranstaltung-am-22-oktober-2008-im-zom.html>

[Stand: 15.07.2010]

**Universitätsklinikum Würzburg 2010 a:** Allgemeines. Über das Klinikum. URL:

<http://www.uk-wuerzburg.de/de/allgemeines/ueber-das-klinikum.html>

[Stand: 14.07.2010]

**Universitätsklinikum Würzburg 2010 b:** Forschung allgemein. URL: <http://www.uk-wuerzburg.de/forschung-lehre/forschung.html>

[Stand: 15.07.2010]

**Waller, H. 2006:** Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

**Wienemann, E. 2002:** Betriebliches Gesundheitsmanagement. Referat zum 1. Kongress für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz „Gesünder Arbeiten in Niedersachsen“ in Braunschweig am 05.09.2002. URL: [http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzepte/WA\\_BGMKonzept.pdf](http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzepte/WA_BGMKonzept.pdf)  
[Stand: 12.06.2010]

## Anhang

**Anhang 1:** Interviewleitfaden.....61

**Anhang 2:** Tabelle 3: Gesamtauswertung.....62

## Interviewleitfaden

Interviewte Person:

Ort des Interviews:

Datum:

Uhrzeit:

Soziodemographische Angaben:

Alter:

Als Ärztin/Wissenschaftlerin tätig seit:

Fachrichtung:

Kinder:

Leifragen:

- 1) Wie sieht ein typischer Arbeitstag bei Ihnen aus?
- 2) Wie bewerten Sie Ihre Arbeitssituation an der Universität bzw. im Klinikum? Womit sind Sie zufrieden, womit nicht?
- 3) Ist Work-Life-Balance ein Thema für die Sie? Wie gut sehen Sie bei sich Beruf und Privatleben miteinander vereinbart? Wo liegen Probleme, wo Chancen?
- 4) Inwieweit nützt Ihnen das Mentoring-Med Programm für Ihre Work-Life-Balance? Was hat es ihnen gebracht?
- 5) Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für eine bessere Work-Life-Balance bei Frauen in der Universitätsmedizin?

## Gesamtauswertung

Arbeitssituation	Work-Life-Balance	Mentoring-Med Programm	Verbesserungsvorschläge
<b>a) Faktoren die zufrieden machen</b>	<b>a) Zufriedenheit mit der eigenen Work-Life-Balance</b>	<b>a) Nutzen des Programms für die Work-Life-Balance</b>	Umfangreichere, flexiblere Kinderbetreuung
Gutes Verhältnis bzw. Kontakt zu Vorgesetzten/Kolleginnen u. Kollegen/Studierenden/Patienten	Insgesamt zufrieden, aber	Nicht sonderlich hilfreich für die Work-Life-Balance, weil	Gefühl der Akzeptanz und Wertschätzung
Freiraum/Selbstbestimmtes Arbeiten	- noch keine Kinder bzw. keine Kinder mehr im betreuungsbedürftigen Alter	- kam zu spät: schon „eingespielt“ mit den Kindern	Integration von Beschäftigten mit Familie
Viel Forschung/Kontakt zu neuesten Studien u. Therapien	- Abstriche machen	- aufgrund des Programms keine Veränderung des Arbeitspensums	Programme wie Mentoring-Med
Umfassende Haftpflichtabsicherung	<b>b) Bedeutung von Work-Life-Balance</b>	Hilfreich für die Work-Life-Balance, weil	Mehr Personal für Büro- und Labortätigkeiten
Gutes Budget für Behandlung am Universitätsklinikum	Große Bedeutung	- zum Nachdenken angeregt	Transparenz und Informationen
Angemessene Bezahlung für Halbtagsstelle	Bereich „Life“ wird hauptsächlich mit Kindern u. Familiengründung in Verbindung gebracht	- hilfreich für Selbsteinschätzung u. Wohlbefinden mit der eigenen Work-Life-Balance	Flexible Arbeitszeiten
Unterstützung durch Habilitationsstipendium	<b>c) Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben</b>	<b>b) Positives am Mentoring-Med Programm</b>	Sportmöglichkeiten
<b>b) Faktoren die unzufrieden machen</b>	Fehlende bzw. mangelhafte Kinderbetreuung am Universitätsklinikum bzw. in Deutschland	Aufeinandertreffen und Austausch mit anderen Programmteilnehmerinnen-> gibt Selbstvertrauen und Bestätigung	Psychologische Betreuung für Beschäftigte
Chronischer Mangel an Zeit	Negative Haltung gegenüber schwangeren Beschäftigten am Universitätsklinikum	Viele praktische Informationen und Workshops	Mehr persönlicher Entscheidungsspielraum bei der Arbeit
Hoher bürokratischer Aufwand	Starke Stressbelastung durch Vollzeitstelle und Kinder	<b>c) Negatives am Mentoring Med Programm</b>	
Starre Hierarchien/Autorität seitens der Oberärztinnen u. Oberärzte	Mangelnde Integration in den Arbeitsalltag durch Teilzeitbeschäftigung	Relativ hoher Aufwand die Mentorin zu treffen	
Unsichere Stellensituation	Schwer vorstellbar mit derzeitigem Arbeitspensum eine Familie zu gründen	Ungenügende Anpasstheit einiger Fortbildungen an den Arbeitsablauf	

---

Mangelnde Entscheidungsfreiheit		Mangelnde Effektivität mancher Veranstaltungen	
Fehlende Integration als Teilzeitbeschäftigte in den Arbeitsalltag			

**Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 27.09.2010

Katja Kröger