

Was bedeutet Feminisierung für die Nachwuchsförderung in der Pädiatrie?

Beatrice Latal, Zürich

Zusammenfassung des Vortrags anlässlich der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie am 20.6.2009 in St. Gallen.

Was bedeutet der Begriff Feminisierung in der Medizin?

Der Begriff Feminisierung ist gleichbedeutend mit einem hohen bzw. deutlich ansteigenden Anteil von Frauen in einer Berufsgruppe. In der Medizin ist der Frauenanteil an Studierenden stetig angestiegen und hat anfangs der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts die 50%-Grenze überschritten. Seit Anfang 2000 schliessen mehr Frauen als Männer das Medizinstudium mit dem eidgenössischen Staatsexamen ab. Analog dazu ist der Anteil an Frauen mit Titel FMH Pädiatrie auf über 50% angestiegen¹. Dies bedeutet für zwei Bereiche der Pädiatrie – nämlich Praxispädiatrie und akademische Pädiatrie – eine grundlegende Veränderung: Während die Mehrzahl der Pädiaterinnen nach der Facharztausbildung in die Praxis gehen, liegt der Anteil an Frauen, welche eine akademische Karriere antreten und mit einer Habilitation abschliessen, deutlich tiefer. Ordentliche Professorinnen in der Pädiatrie gibt es entsprechend noch seltener, in Zürich gibt es aktuell keine pädiatrische Lehrstuhlinhaberin. Dieses Phänomen der deutlichen Verringerung des weiblichen Anteils mit steigendem akademischem Grad ist in allen Fächern der Humanmedizin zu verzeichnen.

Wie sieht die Situation von Kinderärztinnen in Aus- und Weiterbildung aus?

Für Ärztinnen kommt die Entscheidung, Kinder zu haben, oft in der Mitte oder am Ende ihrer Weiterbildung zur Fachärztin Pädiatrie. Während sich früher Frauen, welche eine Spezialisierung und vor allem eine akademische Karriere anstrebten, oft gegen eine Familie entscheiden mussten, ist dies heutzutage glücklicherweise nicht mehr der

Fall. Dennoch ist die Arbeit nach Familiengründung oft schwierig zu organisieren. Die ausserfamiliäre Betreuung der Kinder muss von den Familien selbst organisiert werden. Kinderkrippen, die spitalkompatible Öffnungszeiten haben, sind rar und meistens gezeichnet durch sehr lange Wartezeiten. Eine gute Lösung für viele Ärztinnen aber auch für männliche Kollegen ist deshalb eine **Teilzeitanstellung**. Im ambulanten Bereich ist dies meist problemlos durchführbar und in vielen Kinderkliniken bereits eingeführt. Im stationären Bereich wird dies noch sehr viel seltener durchgeführt, da die Befürchtung besteht, dass die Kontinuität in der Patientenbetreuung gefährdet wird. Erfahrungen in unserem Spital haben gezeigt, dass auch Teilzeitarbeit im stationären Bereich möglich ist, sofern zwei AssistentInnen* eine detaillierte Übergabe durchführen und ein gutes, kollegiales Verhältnis zueinander haben. Teilzeitarbeit kann aber auch **Nachteile** mit sich bringen, die hier Erwähnung finden sollen. Wenn ÄrztInnen sehr lange im ambulanten Bereich tätig sind, kann dies dazu führen, dass andere ÄrztInnen seltener und eventuell kürzer auf diesen Bereichen rotieren können. Zudem führt die durch Teilzeitarbeit bzw. neue familiäre Aufgaben verminderte Präsenz am Arbeitsplatz zu einer Plateau- oder M-Phase in der Karriere. Nach dieser Plateauphase kann man aber wieder neue Aufgaben und höhere Arbeitsprozente übernehmen. Ein weiterer Nachteil der Teilzeitarbeit liegt darin, dass die pädiatrische Weiterbildung durch eine Teilzeitanstellung verlängert wird, wobei nur bis zu 50% der fachspezifischen Weiterbildung in Teilzeit absolviert werden kann. Diese Teilzeitarbeit muss mindestens 50% eines Vollpensums entsprechen (siehe Weiterbildungsordnung FMH: http://www.fmh.ch/files/pdf4/wbo_d.pdf). Eine lange Teilzeitarbeit, besonders wenn sie nur im ambulanten Bereich durchgeführt wird, kann dazu führen, dass die Qualität der Ausbildung durch Ausfall

* Bei dieser Schreibform sind immer die weibliche und auch die männliche Form gemeint.

von Rotationen auf wichtigen stationären Abteilungen, beispielsweise Intensivstation oder Neonatologie, sinkt.

Teilzeitarbeit, sofern sie nicht wieder in eine Vollzeittätigkeit rückgeführt wird, führt aber auch dazu, dass mehr ÄrztInnen ausgebildet werden müssen, um nachher in der Praxis ein entsprechendes zeitliches Angebot zur Verfügung zu haben. Diese Entwicklung hat zusätzliche gesundheitspolitische Konsequenzen, welche die bereits bestehenden Schwierigkeiten durch den Mangel an Haus- und KinderärztInnen in vor allem ländlichen Regionen verschärft. Diese Entwicklung muss zu einer Neubetrachtung der Situation der ÄrztInnen, deren Weiterbildung und Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeitspensum und Mutterschutz) führen.

In vielen Kantonen der Schweiz gilt die 50-Stundenwoche. In anderen Ländern gelten zum Teil tiefere Arbeitszeiten, die dazu führen, dass ein höherer Prozentsatz von ÄrztInnen eine Vollzeittätigkeit eingehen. In Schweden beispielsweise gilt eine 40-Stundenwoche. Mit dieser Arbeitszeit würden vermutlich in der Schweiz mehr ÄrztInnen, vor allem in der Pädiatrie, eine Vollzeitanzustellung in Erwägung ziehen und sich die oben aufgeführten gesundheitspolitischen Schwierigkeiten mildern. Ebenso könnte eine Verlängerung des Mutterschutzes und die Einführung oder Verlängerung eines Vaterschutzes ein wichtiger innovativer Schritt sein, der zu einem zwar späteren, aber höherprozentigen Arbeitseinstieg führen würde. Somit würden die oben aufgeführten Probleme der Teilzeitarbeit, welche durch die Feminisierung in der Pädiatrie mitbedingt sind, vermindert.

Kinderbetreuung

Durch den Anstieg des Frauenanteils in der Pädiatrie ist der Bedarf an ausserfamiliären Kinderbetreuungsplätzen deutlich gestiegen. Krippenplätze sind trotz starker Zunahme und Subventionierung von Krippen generell schwer zu bekommen. Die Situation ist für ÄrztInnen besonders problematisch, da sie wegen Diensten und langen Arbeitszeiten auf solche Krippen angewiesen sind, die lange Öffnungszeiten anbieten. Hier ist es wichtig, dass alle Spitäler genügend Krippenplätze zur Verfügung stellen, welche flexible und individuelle Lösungsmodelle anbieten. Es muss aber auch auf eine hohe Qualität dieser Krippen geachtet werden und darf nicht an Personal und Ausbildung gespart werden.

Akademische Karriere

Die akademische Karriere in der Pädiatrie beinhaltet bisher eine wissenschaftliche Karriere mit Ziel der Habilitation. Diesen Weg haben in den letzten Jahren zunehmend mehr Frauen in der Pädiatrie erfolgreich abgeschlossen und die Zahl der Privatdozentinnen hat in der Pädiatrie wie auch in anderen medizinischen Fächern stetig zugenommen¹⁾. Der nächste akademische Karriereschritt, eine Professur, sei es als Ordinariat oder Extraordinariat, ist allerdings schwer zu erreichen. Dies hat sicherlich verschiedene Gründe, die nicht nur daran liegen, dass es wenige freiwerdende Ordinariate oder Extraordinariate gibt, sondern dass es für freiwerdende Stellen wenig Frauen gibt, die sich bewerben oder gewählt werden. Sicherlich sollte in Berufungskommissionen darauf geachtet werden, dass bei gleicher Qualifikation der weiblichen Bewerberin der Vorzug gegeben wird, um den Frauenanteil der Professuren an einer Universität zu erhöhen. Es gibt bereits laufende Förderprogramme des Bundes (Bundesprogramm Chancengleichheit), die finanzielle Anreizmodelle für Universitäten anbieten, um den Frauenanteil von Professuren zu erhöhen.

Gleichzeitig müssten aber auch andere akademische Karrierewege definiert und in ihrer Bedeutung aufgewertet werden. In angelsächsischen Ländern bestehen solche Laufbahnen in der Medizin bereits und sind mehrheitlich durch Lehraufgaben, administrative oder klinische Aufgaben (Ausarbeitung möglicher akademischer Laufbahnen¹⁾) definiert. Die Ausbildungsanforderungen wie auch entsprechende akademische Titel müssen definiert und innerhalb der Fakultäten gleichwertig zu den wissenschaftlichen Titeln anerkannt werden. Erster Erfolg in diese Richtung stellt der Klinische Dozent dar, der an der Universität Zürich eingeführt wurde. Weiterentwicklungen beinhalten den Klinischen Professor.

Was bedeutet die Feminisierung für die akademische Nachwuchsförderung in der Pädiatrie?

Sicherlich sollen alternative akademische Karrierewege vermehrt ermöglicht werden. Es muss aber auch darauf geachtet werden, dass bei klinischer Tätigkeit und zum Teil

bei Doppelbelastung durch Familie Zeiträume für erfolgreiche und hochstehende Forschung ermöglicht werden (im Sinne von «protected time»). Es ist deshalb wichtig, dass auf Spitalebene (z. B. durch Forschungsfonds) oder auf universitärer Ebene finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, die den akademischen Nachwuchs zeitlich aus der klinischen Verpflichtung auslösen, um eine vertiefte Forschungs- oder Lehrarbeit zu ermöglichen. Dieses bewährte Mittel für Nachwuchsförderung wird bei einem ansteigenden Anteil an Frauen in der Pädiatrie besonders wichtig, da Ärztinnen meist besonders von der Doppelbelastung Arbeit und Familie betroffen sind und von solchen Angeboten entsprechend profitieren können. Nur so kann auch gewährleistet werden, dass die Qualität der in der Pädiatrie erbrachten Forschung und Lehre hoch und kompetitiv ist. Ein Beispiel für einen solchen finanziellen Anreiz sind die von der Universität Zürich neu lancierten «protected time» – Forschungsgelder, welche einen Beitrag von bis zu maximal CHF 20 000.– an Forscherinnen (auch anderer Fakultäten) vergeben (<http://www.mentoring.uzh.ch/projekte/protected-time.html>).

Was gilt es zu tun?

Die Feminisierung in der Pädiatrie ist ein Phänomen, das sich nicht aufhalten lässt und fachpolitische Konsequenzen hat. Es stellt eine Chance dar, sich grundsätzlich Gedanken über Arbeitsbedingungen, Karrierewege und akademische Nachwuchsförderung zu machen. Gleichzeitig stellen sich aber auch gesellschaftspolitische Fragen, die unabhängig von der Pädiatrie oder Medizin diskutiert werden müssen.

Auf gesellschaftlich-politischer Ebene muss diskutiert werden, wie stark die Gesellschaft und der Staat bereit sind, ausserfamiliäre Kinderbetreuung zu finanzieren. Zudem wäre es wichtig und wünschenswert, dass der Mutterschaftsurlaub verlängert wird, was neben einer stressfreieren Zeit die von der Pädiatrie empfohlenen sechs Monate Stillzeit ermöglichen würde. Die Einführung oder Verlängerung eines Vaterurlaubes auf beispielsweise zwei Monate wäre eine weitere wichtige Errungenschaft, welche die Rolle der Väter ernst nimmt und womit die Pädiatrie ein Zeichen setzen kann.

Auf Spital- und standespolitischer Ebene ist das Thema der Teilzeitarbeit ein sehr aktuelles Thema. Einerseits sollten, wenn noch nicht bestehend, Teilzeitstellen vermehrt eingeführt werden. Jedoch muss unbedingt darauf geachtet werden, dass Teilzeitarbeit auch im stationären Bereich ermöglicht wird. Dies ist bei dem bereits bestehenden grossen Wechsel von Personal durch Arbeitszeitbegrenzung und Schichtbetrieb allerdings ein Faktor, welcher die Kontinuität der Patientenbetreuung gefährden kann. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Erkennen des oben beschriebenen Plateaus oder der **M-Phase**. Ein Austreten aus dieser Phase in eine höherprozentige Arbeit oder Vollzeitarbeit muss sowohl von der Ärztin als auch vom Vorgesetzten thematisiert werden.

Die Auswirkungen der vermehrten Teilzeittätigkeit von PädiaterInnen für die **Praxispädiatrie** ist gross. Oft fehlen in gewissen, vor allem ländlichen Regionen Nachfolger für einen zurücktretenden Pädiater. Neue Praxismodelle, wo mehrere teilzeitarbeitende Pädiater und Pädiaterinnen gemeinsam eine Praxis eröffnen, werden zunehmend eingeführt. Sie bieten die Möglichkeit, flexibel in einem Team, das meist durch andere medizinisch-therapeutische Fachpersonen ergänzt wird, zu arbeiten. Bei diesen Modellen stellt sich die Frage, welches Arbeitspensum mindestens erbracht werden muss, um eine Kontinuität in der Patientenbetreuung gewährleisten zu können oder finanziell lohnenswert zu sein. Andere Möglichkeiten bestehen darin, in HMO-Praxen zu arbeiten oder neu auch als Spitalarzt selbständig in einem Spital tätig zu sein, wobei das letztere Modell noch relativ selten angeboten wird.

Die akademische Nachwuchsförderung muss parallel zur eigenen Karriereplanung **frühzeitig** erfolgen, idealerweise bereits während des Studiums oder spätestens in den ersten Jahren der Weiterbildung. Hier liegt die Verantwortung einerseits bei der Ärztin oder dem Arzt selbst, andererseits sind verbindliche, regelmässig durchgeführte Qualifikationsgespräche eine wichtige Basis für eine erfolgreiche Nachwuchsförderung. Daneben sind Frauen, welche eine Rollenmodellfunktion einnehmen, für eine Pädiaterin in Ausbildung sicherlich wichtig, da diese Rollenmodelle aufzeigen können, wie eine berufliche Karriere erfolgreich gestaltet werden kann. Auch kommt einem Coach oder einem Mentor oder einer Mentorin

eine wichtige Rolle zu. Coaching oder Mentoring haben zum Ziel, Nachwuchspersonen auf ihrem Karriereweg zu fördern und zu begleiten. Hier kann auf die bereits an verschiedenen schweizerischen Universitäten eingeführten Mentoringprogramme verwiesen werden. Durch eine verbindliche Zuteilung eines Mentees zu einem Mentor oder einer Mentorin finden regelmässige Treffen statt, bei denen berufliche Laufbahnen diskutiert werden. Durch dieses Verhältnis kann der Mentee in das Netzwerk des Mentors oder der Mentorin eingebunden werden. Der Aufbau von Netzwerken ist sicherlich ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche berufliche Laufbahn (siehe www.gleichstellung.uzh.ch, Publikationen Elisabeth Maurer). Gleichzeitig muss in der Medizin besonders dahin gearbeitet werden, dass auch nichtwissenschaftliche akademische Karrierewege möglich sind und diese in ihrer Bedeutung und Anerkennung gestärkt werden. Dazu gehört beispielsweise die Weiterentwicklung des Klinischen Dozenten zum Klinischen Professor.

Auf fakultärer Ebene muss ebenfalls diskutiert werden, die Altersgrenze für Bewerbungen für Stipendien und Habilitationen aufzuheben. Dadurch würde ein Zeichen gesetzt, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit entsprechenden Verzögerungen von Karriereschritten ein wichtiges Anliegen der Medizinischen Fakultäten ist. Ein letzter wichtiger Punkt betrifft die Attraktivität von Führungsstellen wie Chefarztstellen und Bereichsleitungen in universitären, aber auch nichtuniversitären Spitälern. Viele Frauen und auch Männer sehen sich mit endlosen Arbeitszeiten, Verlust von Familienzeit und der Gefahr von Burn-out-Syndrom konfrontiert. Dies führt dazu, dass solche Stellen zunehmend schwerer zu besetzen sind. Neue Anstellungsmodelle müssten erarbeitet werden, um die Attraktivität von solchen Positionen zu erhöhen. Ein interessantes Modell wurde an der Maternité des Stadtsitals Triemli in Zürich eingeführt, wo sich erstmals in der Schweiz zwei Frauen eine Chefarztstelle teilen (siehe Tages-Anzeiger 11.3.08: <http://sc.tagesanzeiger.ch/dyn/news/zuerich/850026.html>). Auch auf der Ebene von Bereichsleitungen sind Co-Leitungen mit entsprechender Aufteilung von Verantwortungen gefordert. Ein anderes mögliches Modell wäre die Rotation von Leitungsfunktionen für bestimmte Zeitintervalle. Dies würde weiteren Personen Führungserfahrungen ermöglichen, aber auch

die Rückkehr in eine Stellung bedeuten, wo man sich auf akademische oder klinische Aufgaben konzentrieren kann. Auch stellt die personelle Aufteilung in administrative Leitung und klinische Leitung in grossen Abteilungen eine Reduktion von Arbeitsbelastung und vermehrte Konzentration auf individuelle Kernkompetenzen wie klinische Arbeit, Forschung und Lehre dar. Diese Aufteilung ist zwar mit finanziellen Mehrausgaben verbunden, wird aber zufriedene Chefs und weniger Stellenwechsel oder Arbeitsausfall zur Folge haben.

Referenzen

- 1) Latal B, Saurenmann T. Feminisierung in der Medizin am Beispiel der Pädiatrie. Schweizerische Ärztezeitung, 2009; 90 (9): 354–8.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Beatrice Latal
Kinderspital
Steinwiesstr. 75
8032 Zürich