

Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen

Ergebnisse der Arbeitstagung „Geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“ (Hamburg 17. - 18.2.2012)

1 Deutscher Ärztinnenbund

2 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

3 Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung, Universität Leipzig

Einleitung

In nahezu allen OECD-Staaten ist der Anteil der Frauen im ärztlichen Beruf seit einigen Jahren stark angestiegen. Auch in Deutschland beträgt der Anteil der Absolventinnen im Medizinstudium nahezu zwei Drittel (62% in 2009). Dennoch gibt es große Hürden im beruflichen Fortkommen von Ärztinnen, z.B. benötigen sie für den Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung länger als Ärzte. Über Abbruchquoten ist nichts bekannt. Im Forschungsvorhaben „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten in der fachärztlichen Weiterbildung“ (KarMed) wird multizentrisch und prospektiv untersucht, wie die berufliche Entwicklung von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten von der Approbation bis zur fachärztlichen Anerkennung verläuft und welche Hindernisse hier speziell für Frauen identifizierbar sind. Die KarMed-Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Europäischen Sozialfonds gefördert. Anlässlich der Veröffentlichung der ersten Ergebnisse hat das KarMed-Projekt in Kooperation mit dem Deutschen Ärztinnenbund am 17. und 18. Februar 2012 eine Arbeitstagung im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zum Thema „Geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“ durchgeführt. Ziel war eine Bestandaufnahme fördernder bzw. hemmender Gegebenheiten in Bezug auf die Arbeit und die fachärztliche Weiterbildung von Ärztinnen in den Krankenhäusern. Teilnehmende waren Leitende Ärztinnen und Ärzte, Personalbeauftragte und Gleichstellungsbeauftragte von Krankenhäusern, Vertreterinnen von Fachverbänden und Ärztekammern, Ärztinnen in Weiterbildung

vom „Jungen Forum“ des Deutschen Ärztinnenbundes, Teilnehmende an der KarMed-Studie sowie Vorstandsmitglieder der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland.

Diskussionsgrundlage für die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen waren die „Checkliste familienfreundliches Krankenhaus“ des Deutschen Ärztinnenbundes (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Checkliste201108FamKh.pdf>) sowie eine Liste von Maßnahmen, die aus den Zertifikaten derjenigen Krankenhäuser extrahiert wurden, die von der Akkreditierungsagentur berufundfamilie gGmbH zertifiziert wurden (<http://www.beruf-und-familie.de/index.php?c=46>).

Zu den drei Bereichen „Arbeitsorganisation“, „Betriebskultur und -klima“ sowie „fachärztliche Weiterbildung“ wurden in Arbeitsgruppen der Stand der Entwicklung erörtert und Vorschläge diskutiert, wie vorhandene Schwierigkeiten angegangen werden könnten. Auf der Basis der Ergebnisse wurde dieses Memorandum formuliert.

Die Arbeitsorganisation im Krankenhaus

In diesem Themenbereich wurden Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung sowie zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie besprochen.

a) Problembeschreibung

Arbeitsgestaltung

Zunächst wurde festgestellt, dass eine Reihe von Maßnahmen zur flexiblen, familienfreundlichen Organisation von Arbeitszeiten und Dienstplänen existieren, die auch funktionieren, wenn sie richtig eingesetzt werden (Teilzeitmodelle, Arbeitszeitkonten, Gleitzeitmodelle, Jobsharing, Teilzeit in Elternzeit etc.). Das Problem besteht in der vielfach zurückhaltenden Umsetzung dieser Maßnahmen, sowohl auf Arbeitgeber- wie auf Arbeitnehmerseite. Unter Hemmnissen sind nicht nur mögliche faktische Nachteile - z.B. verlängerte Weiterbildungszeiten, geringeres Einkommen und damit auch geringere Rentenansprüche bei Teilzeittätigkeit -, sondern vielfach auch ein Stagnieren der Betriebskultur zu verstehen. Darunter sind z.B. nach wie vor das Präsenzdogma: "gute" Ärzte bzw. Ärztinnen zeigten ihr Engagement und ihre Arbeitsqualität durch hohe (sichtbare) Präsenzzeiten. Auch die Teilbarkeit von Führungspositionen wird vielfach noch angezweifelt: Je höher jemand in der Hierarchie steht, desto ungewöhnlicher werde die Vorstellung, er bzw. sie könnte in Teilzeit

arbeiten. Neben diesen Hemmnissen in der Betriebskultur gibt es auch Routinen auf Seiten der leitenden Ärzte, die eine größtmöglichen Präsenz und Flexibilität der Weiterzubildenden nach sich ziehen zur Folge haben. Dazu gehört z.B. die mangelnde Planbarkeit des klinischen Alltags, die als unvermeidbar angesehen werde und als Begründung für Organisationsmängel herhalten muss. Solche Dogmen und Routinen verhindern die Erprobung neuer Modelle der Arbeitsorganisation und der Dienstplangestaltung. Assistenzärzte und -ärztinnen trauen sich aufgrund mangelnder Vorbilder häufig nicht, ihre Arbeit pünktlich zu beenden, Überstunden zu dokumentieren oder beispielsweise ihre Stelle zeitlich zu reduzieren.

Themengebiet Kinderbetreuung

Auch hier existiert eine Vielzahl von guten Initiativen und Maßnahmen. Als problematisch wird beschrieben, dass deren Umsetzung sehr unterschiedlich erfolgt und es große Versorgungslücken bei der Bereitstellung insbesondere von Krippenbetreuungsplätzen gibt.

b) Lösungsansätze

Strukturierte, planbare und flexible Arbeitszeiten

Voraussetzung für die Umsetzung von neuen Arbeitszeit- und Dienstplanregelungen ist dementsprechend der Wille und die Überzeugung, dass diese Abläufe anders als bisher geregelt werden können. Dazu kann es hilfreich sein, positive Beispiele zu sammeln, um gegen die Vorstellung der Unveränderbarkeit vorzugehen. Darüber hinaus ist es erstrebenswert, Ärzte und Ärztinnen in leitenden Positionen im Personalmanagement weiterzubilden oder ihnen Expertinnen und Experten zur Unterstützung an die Seite zu stellen. Wichtig sind auch intelligent und transparent gestaltete Dienstpläne, die die Vorgaben der Arbeitszeitgesetze und Tarifverträge einhalten. Erforderlich sind individuell angepasste und vor allem zuverlässige Dienstpläne sowie adäquate Formen des Freizeitausgleichs für geleistete Mehrarbeit. Wo möglich und sinnvoll sind Drei-Schicht-Modelle Bereitschaftsdiensten vorzuziehen. Wichtig ist vor allem eine Planbarkeit der Arbeitszeiten, um auch die Nichtarbeitszeit (Familie, außerberufliche Aktivität, Abstimmung mit Berufstätigkeit in der Partnerschaft) ausreichend planen zu können. Hier sind Planungszeiten von etwa einem halben Jahr im Voraus wünschenswert. Eine größtmögliche Flexibilität in der Gestaltung der Dienste erscheint oberflächlich erstrebenswert, bei genauerer

Betrachtung schafft dies jedoch mehr Probleme durch die Unmöglichkeit zu planen. Daher erscheint es wichtiger, analog zu vielen Bereichen der Wirtschaft, sich ärztlicherseits einzustellen auf lange im Voraus erstellte Dienstpläne, die strikt einzuhalten sind.

Neben den vorausschauend geplanten Dienstplänen sind klarer strukturierte Stations- und Organisationsabläufe erforderlich, um diese weniger von der Präsenz des jeweils aktuellen ärztlichen Personals abhängig zu machen. Intransparenz wird manchmal auch gehütet, um Vorteile einzelner Bereiche aufrecht zu erhalten. Eine bessere Strukturierung der Stations- und Organisationsabläufe setzt somit auch einen Wandel in der Unternehmenskultur voraus, bei dem übergeordnete Ziele vor Partikularinteressen einzelner Einheiten gestellt werden. Hierunter fällt auch der Umgang mit geleisteten Überstunden, deren Dokumentation selbstverständlich ohne schlechtes Gewissen und ohne Repressalien erfolgen können muss. Die Einführung von Zeiterfassungssystemen kann hierbei hilfreich sein.

Zusätzlich bedarf es zur Entlastung des ärztlichen Personals medizinischer Assistenzen (bspw. zur Blutentnahme, zum Vorbereiten von Arztbriefen, Dokumentationen und Kodierungen).

Einen speziellen Fall bei den Regelungen zur Arbeitszeit bildet die Umsetzung der Mutterschutzrichtlinien. Hier besteht oft der Wille, spezielle Tätigkeiten auch während der Schwangerschaft auszuüben oder bis kurz vor der Entbindung zu arbeiten. Es wäre daher sinnvoll, schwangeren Ärztinnen eine individualisierte Beratung mit Gefährdungsbeurteilung anzubieten, um ihnen eine inhaltlich sinnvoll auf die Weiterbildungsanforderungen abgestimmte Arbeit zu ermöglichen, ohne dabei die Schutzregelungen aufzuweichen. In diesem Zusammenhang ist auf die Notwendigkeit hinzuweisen, in der Weiterbildungsordnung vom starren Monatsmodell hin zu einem Stundenmodell überzugehen (vgl. Abschnitt Weiterbildung).

Kinderbetreuung

Eine ausreichende Versorgung mit Kinderbetreuungsplätzen ist ein Standortvorteil für Kliniken. Dennoch haben einige Krankenhäuser Vorbehalte gegen die Einrichtung eigener Betreuungseinrichtungen; als Gegenargument werden oft Finanzierungsschwierigkeiten vorgebracht. Auch hier gibt es positive Gegenbeispiele und Kostenrechnungen die zeigen, dass sich die Einrichtung einer betriebseigenen Kindertagesstätte lohnt. Möglich sind aber auch Kooperationen mit regionalen Kindertageseinrichtungen, „Leihomas“, Tagesmüttern, Kinderhotels etc. Wichtig ist,

dass die Öffnungszeiten von Betreuungseinrichtungen sich dem ärztlichen Arbeitsalltag anpassen und dass es Möglichkeiten einer Notfallbetreuung gibt. Darüber hinaus sind Rückzugsräume zum Stillen oder Milch-Abpumpen am Arbeitsplatz notwendig.

Betriebskultur und Betriebsklima

a) Problembeschreibung

Im Bereich der Betriebskultur und des Betriebsklimas gibt es nach Ansicht der Tagungsteilnehmenden im Hinblick auf eine geschlechtergerechte und familienfreundliche Personalpolitik im Krankenhaus viele unterschiedliche Vorschläge und Maßnahmen. Dabei werden konkrete, problemorientierte Maßnahmen, wie Mentoring-Programme oder klinikinterne Ombudspersonen effektiver eingeschätzt als Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte oder abstraktere Maßnahmen, wie die Erstellung von entsprechenden betrieblichen Leitbildern. Der häufig geringe Erfolg von solchen Schulungen und Leitbildern ist darauf zurückzuführen, dass sie zwar implementiert werden, aber dies häufig im Widerspruch zur inneren Haltung vieler Beteiligten steht. Dementsprechend entstehen rasch Vollzugsdefizite und zwischen Zielformulierung und betrieblichem Alltag klafft die gleiche Lücke wie davor. Standardbeispiel hierfür sind familienfreundliche Zielsetzungen in den Leitbildern vieler Krankenhäuser. Man kann hier von einer Dissonanz sprechen, dass die Verantwortlichen zwar einerseits wissen, worauf es ankommt, die Realität des beruflichen Alltags aber davon weit entfernt bleibt.

In großer Übereinstimmung wurde festgestellt, dass die Leitenden Ärzte den Dreh- und Angelpunkt des Problems bzw. seiner Lösung darstellen. Herkömmliche Schulungsmaßnahmen zeigen wenig Wirkung, da Einstellungen und Wertesystem der ärztlichen Führungskräfte von den Schulungen meist unberührt blieben. Zentrale Probleme sind hier bestehende Rollenstereotype, mangelnde geeignete Rollen Vorbilder sowie das Fehlen von konkreten Ziel- und Leistungsvereinbarungen bezüglich frauen- und familienfreundlicher Aktivitäten in den jeweiligen Kliniken und Abteilungen. Hinzu kommt, dass junge Ärztinnen und Ärzte einerseits ihre individuellen Interessen „heimlich“ und „mit schlechtem Gewissen“ verfolgen anstatt offene Forderungen zu stellen, die auch für andere von Bedeutung sind.

Als weiterer Problembereich der Betriebskultur in Krankenhäusern wurde das Fehlen von Lob und positiven Rückmeldungen genannt, was häufig insbesondere Ärztinnen demotiviere. Überforderung im Rahmen der Tätigkeit ist oft ein Ergebnis von Gratifikationskrisen, d.h. von einem Ungleichgewicht zwischen investierten Leistungen („Belastungen“) und erhaltenen Gegenleistungen („Belohnungen“). Das Ziel von Interventionen muss deshalb eine allgemeine Kultur von Anerkennung und konstruktivem Feedback sein.

b) Lösungsansätze

Der Erfolg von Interventionen auf der Ebene der betrieblichen Kultur ist erst dann gegeben, wenn die Maßnahmen auf allen Ebenen und zu jedem Zeitpunkt atmosphärisch spürbar werden. In folgenden Bereichen muss hierbei angesetzt werden:

Einführung einer team- und mitarbeiterorientierten Führungskultur

Erforderlich ist eine Orientierung auf eine echte Teamarbeit mit Entscheidungen im Team und flachen Hierarchien, einem wertschätzenden Umgang miteinander und einer entwickelten, fördernden Feedback-Kultur. Bei der Auswahl von Ärztinnen und Ärzten für leitende Funktionen soll das Kriterium der Führungsqualität im Sinne einer Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorientierung deutlich stärker als bisher berücksichtigt werden. Schulungsmaßnahmen können diese Fähigkeiten kontinuierlich stärken. Mitarbeitergespräche in Bezug auf Karriereentwicklung müssen selbstverständlicher Teil des Alltages sein. Diese Art von Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorientierung sollte ein sanktionsfähiger Vertragsbestandteil der Führungskräfte sein und die Erfüllung dieser Aufgaben müsste einen Einfluss auf die Gratifikation (inkl. finanzieller Entlohnung) haben.

Zentraler Bestandteil eines mitarbeiterinnen- und mitarbeiterorientierten Personal-konzepts ist die Schaffung und Ermöglichung unterschiedlicher Karrierewege in der klinischen Einrichtung. Hierzu gehören Stellen für Oberärzte/Oberärztinnen mit besonderen, abgegrenzten Aufgaben. Ein klassischer Problembereich in diesem Zusammenhang ist die hoch aufgehängte, aber selten realisierte Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung an den Universitätskliniken. Hier sind erste Versuche bemerkbar, innerhalb dieser Triade Schwerpunktsetzungen (z.B. in Form von Professuren mit Schwerpunkt klinische Forschung oder mit Schwerpunkt Lehre) vorzunehmen. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass alle Bereiche und Karrierewege die gleiche Wertschätzung erfahren.

Berücksichtigung extraprofessioneller, insbesondere familiärer Belange

In den Krankenhäusern fehlt ein familienorientiertes Wertesystem. Schwangerschaft und Mutterschutz werden als Probleme betrachtet, die Vaterrolle oder Pflegeaufgaben als Privatsache ohne Beziehung zur Berufstätigkeit. Die Ergebnisse der KarMed-Studie zeigen, dass eine Diskriminierung wegen des Geschlechts und des „Risikos“ der Schwangerschaft im Alltag Gang und Gebe ist. Hier ist eine grundlegende Änderung der Einstellungen erforderlich. Die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie, Privatleben und Beruf müssen zum Anliegen aller, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte in leitender Funktion, werden. Sie sollen zentraler Bestandteil der Mitarbeitergespräche (siehe oben) sein. Betriebliche Projekte und Schulungen im Hinblick auf eine lebensphasen- und familienorientierte Personalplanung und -entwicklung müssen Teil des betrieblichen Alltags werden. Das Krankenhaus könnte unterstützende Maßnahmen für Ärztinnen (und Ärzte) bei der Bewältigung von elterlichen Aufgaben in Notsituationen vorsehen, hier sind diverse kreative Lösungen denkbar. Diese umfassen auch Gesundheitsmanagement, betriebliches Wiedereingliederungsmanagement und betriebliche Kinderbetreuung. Karrierechancen, Weiterbildungsmöglichkeiten und Vereinbarkeitsfragen sollten regelmäßig zum Thema von Mitarbeiterbefragungen gemacht werden. Das Team sollte diese Fragen künftig offen kommunizieren und bei der Suche nach individuell angepassten Lösungen unterstützend wirken, in dem es unterschiedliche Bedürfnisse und Ansprüche ausbalanciert. Darüber hinaus ist ein von den unmittelbaren Führungskräften unabhängiges Mentoringssystem erforderlich (vgl. Abschnitt Weiterbildung).

Die fachärztliche Weiterbildung

a) Problembeschreibung

Bei der Evaluation der bestehenden Fördermaßnahmen im Krankenhaus wurde deutlich, dass im Bereich Weiterbildung besonders viele „Leerstellen“ vorhanden sind. In der Auswertung der Zertifikate des „audit beruf und familie“ wurden kaum Hinweise auf Maßnahmen zur Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen gefunden. In der Arbeitsgruppe setzte sich demgegenüber schnell der Konsens durch, dass viele der aktuell vorhandenen Probleme für Ärztinnen mit und ohne Kinder - aber auch für Ärzte! - sich aus der aktuellen „Philosophie“ der fachärztlichen

Weiterbildung ergeben und eine Reform der Weiterbildungsordnungen dringend geboten erscheint. Die jetzigen Weiterbildungsordnungen orientieren sich in ihren Anforderungen an der Krankenhausvariante der jeweiligen Fachdisziplin und innerhalb dieser an der Stufe der Maximalversorgung. Die ambulante gebietsärztliche Versorgung kommt weder qua Anforderung noch qua Übungsfeld in den Weiterbildungsordnungen vor. Die Orientierung an Krankenhaus und Maximalversorgung erfolgt einerseits über lange Mindestzeiten der Weiterbildung, deren vermutlich regelhafte Überschreitung im Übrigen nicht veröffentlicht wird. Die Messgröße ist Zeit, in Monaten und in Jahren, nicht die erworbene Qualifikation. Andererseits erfolgt die Feststellung der Qualifikation über umfangreiche Leistungskataloge, bei denen unklar bleibt, wie ein Individuum diese erfüllen soll. Implizit wird somit angenommen, dass viel und langes Arbeiten die Facharztqualifikation „nebenbei“ gewährleistet. Diese Einschätzung wird dadurch unterstützt, dass elementare Bausteine von Bildungsprozessen - Curricula, Lehrveranstaltungen, Leistungskontrollen - in der Weiterbildung kaum vorkommen. Von einem systematisch strukturierten Qualifizierungsprozess kann keine Rede sein. Weitere Probleme betreffen die Prozessabläufe in der Weiterbildung, die insbesondere Ärztinnen Schwierigkeiten bereiten. Bei der Rotationsplanung fehlt es oft an einem gesicherten nächsten Abschnitt, Weiterbildungsverbände mit garantierten Ablaufplänen seien weiterhin selten, Verzögerungen die Regel. Der Zugang zu Einübungsmöglichkeiten in der Diagnostik bzw. bei den therapeutischen Interventionen (z.B. Operationen) wird nicht gerecht und schon gar nicht familienfreundlich gestaltet. Vielfach mangle es auch an einer Begleitung durch die Weiterbilder, etwa durch produktive und unterstützende Gespräche zur Laufbahnplanung. Das Instrument des Logbuches wird in der Praxis kaum genutzt, weil nicht kontrolliert.

b) Lösungsansätze

Eine geschlechter- und familienfreundliche Organisation der Weiterbildung verlangt sowohl grundlegende wie auch pragmatische Maßnahmen. Die grundlegenden Veränderungen können im Rahmen einer kurzen Tagung nur angesprochen werden. Sie sind somit als Prinzipien und Leitlinien eines als notwendig erachteten Veränderungsprozesses anzusehen, deren Konkretisierung noch viel Arbeit erfordert.

Die **grundsätzlichen Forderungen** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Weiterbildungsordnungen, welcher Konzeption auch immer, müssen realistisch und realisierbar sein. Die Anforderungen müssen in den Einrichtungen erfüllt werden können, die reale Dauer der Weiterbildung darf die Norm nicht regelhaft überschreiten. Die Ärztekammern haben dies sicherzustellen.
- Eine Weiterbildungsordnung stellt den Rahmen für einen mehrjährigen Qualifizierungsprozess dar. Daraus folgt, dass eine Weiterbildungsordnung pro Fachrichtung nicht nur die erforderlichen Qualifikationen, die erreicht werden müssen, sondern auch die Stufen, Prozesse und Methoden beschreibt, über welche diese Qualifikationsanforderungen erreicht werden sollen und können. Nicht die Dauer ist hier das bestimmende Maß, sondern die erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten.
- Ein Qualifizierungskonzept wird sinnvollerweise in Stufen dargestellt. Üblicherweise beschrieben die Stufen zunächst eine breite grundlegende Qualifizierungsphase, der ein oder mehrere Abschnitte bzw. Module mit zunehmender Spezialisierung folgen. Ein solcher gestufter Aufbau ist in deutschen Weiterbildungsordnungen in den Gebieten Chirurgie und Innere Medizin durch die Aufteilung in eine zweijährige Basisweiterbildung und mehrere spezialisierte vierjährige Weiterbildungen für diverse Facharztgebiete realisiert. Innerhalb dieser Zweiphasigkeit bzw. in den anderen Gebieten findet eine dringend notwendige Stufung allerdings nicht statt.
- In Anbetracht der generellen Bedeutung einer breit angelegten Weiterbildung und der Tatsache, dass die definitive Entscheidung für ein Gebiet biographisch oft spät fällt, wäre es sinnvoll, die ersten Weiterbildungsjahre multivalent, d.h. für mehrere Fachgebiete anrechenbar zu konzipieren.
- Parallel zur Stufung sollte auch über Möglichkeiten von Y-Verzweigungen innerhalb von Weiterbildungen nachgedacht werden, indem für den stationären und den ambulanten Sektor jeweils spezifische Weiterbildungsangebote gemacht werden.
- Stufungen bzw. Verzweigungen sollten so gestaltet werden, dass deren Vergleichbarkeit und Anerkennungsfähigkeit gewährleistet ist.

Zu den **pragmatischen** Vorschlägen gehören:

- Veröffentlichung der realen Dauer der Weiterbildungszeiten von der Approbation bis zur fachärztlichen Anerkennung durch die Landesärztekammern. Es wird davon ausgegangen, dass diese oft höher sind als in den Weiterbildungs-

ordnungen gefordert. Daraus ließen sich eventuell Rückschlüsse auf Felder und Ursachen von Verzögerungen ziehen.

- Gegenseitige Anerkennung der Leistungen durch die Landesärztekammern, um die Zulassung zur Prüfung bei einer anderen Landesärztekammer zu erleichtern.
- Anerkennung kürzerer Zeitabschnitte als die bisherige Sechs-Monats-Norm. Die Abrechnungseinheit der Weiterbildungszeit sollte die Stundenzahl sein.
- Anerkennungsfähigkeit aller Arbeitsformen, d.h. auch von Bereitschafts-, Schicht- und Nachtdiensten.
- Verpflichtung der Weiterbildenden zur Entwicklung von Verbundweiterbildungen, ggf. in Kooperation mit anderen ambulanten und stationären Einrichtungen.
- Verpflichtung der Weiterbildenden, den Zugang zu weiterbildungsrelevanten Tätigkeiten (z. B. Operationen, Endoskopie, Pflichtkursen) unter Geschlechts- und Familiengesichtspunkten gerecht zuzuteilen.
- Stärkere Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten, die außerhalb des Krankenhauses abgeleistet werden.
- Gewährleistung von Kinderbetreuungsangeboten und ggf. finanzieller Unterstützung bei der Teilnahme an weiterbildungsbezogenen Kursen, Fortbildungen und Kongressen.
- Einrichtung von „Paten“ aus dem ärztlichen Personal der Einrichtung, die den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Seite stehen, die die Weiterzubildenden engmaschig betreuen und sich für einen guten Fortgang der Weiterbildung einsetzen.
- Unterstützungen von Mentorinnen-Programmen für weibliche Weiterzubildende durch die Landesärztekammern.

Nachwort

Die obigen Maßnahmen stellen einen Beitrag zur substantiellen Erhöhung der Weiterbildungsqualität dar. Die Auflistung obiger Maßnahmen ist auf einer Tagung mit einer frauenspezifischen Perspektive entstanden. Die Mehrzahl der hier beschriebenen Maßnahmen liegt aber auch im genuinen Interesse der Ärzte. Es wird darauf ankommen, in den Ärztekammern, in den Krankenhäusern und bei den Weiterbildungsbefugten eine nachhaltige Diskussion darüber in Gang zu setzen, nach wel-

chen Gesichtspunkten Arbeit und Weiterbildung in der Medizin gestaltet und an welchen Qualitätsindikatoren sie gemessen werden sollen. Hier ist zwar insbesondere die Initiative der Ärztinnen gefragt, die Unterstützung durch Ärzte ist aber höchst willkommen!