

Dossier Teilzeitarbeit in der Chirurgie

1. Hintergrund

Das Thema Teilzeitarbeit ist unter Studierenden und Kollegen in Weiterbildung genauso ein Thema wie unter Fachärzten. Das Angebot von Teilzeitstellen steht eindeutig im Zusammenhang mit der Attraktivität unseres Berufes. Wer ernsthaft Nachwuchsförderung und insbes. Frauenförderung betreiben möchte, muss sich mit dem Thema Teilzeitarbeit auseinandersetzen. Um als Instrument zur Nachwuchsförderung und Frauenförderung zu funktionieren, müssen Teilzeitstellen unabhängig von individuellen Lebensplänen bereitgestellt werden. D.h. diese Stellen sind *ständig* vorhanden. Nur so gelingt es bereits Studierenden die Botschaft zu vermitteln, dass eine Familie mit der Chirurgie durchaus vereinbar ist und somit die Attraktivität für dieses Fach zu stärken. Eine „Zweiklassenchirurgie“ - in der Teilzeitarbeitende kleinere, unattraktivere Aufgaben bekommen - sollte unbedingt vermieden werden.

Mögliche Kandidaten für Teilzeitarbeit: Eltern kleiner Kinder, nebenberufliche Aktivitäten: Dissertation, Forschungstätigkeit, die nicht voll auslastet, Weiterbildung wie MHA, MBA ect.

2. Praktische Ausführung: konkrete Modelle

vertikales Modell, „Job-sharing“:

2 Ärzte/innen sind zu jeweils 50% od. 60% angestellt, und besetzen die gleiche Stelle, z.B. alternierend Mo-Mi 1 Arzt/in, Mi-Fr ein anderer, Dienste geteilt durch 2 (Bsp. 1 Woche Nachtdienst/ Arzt/in im Halbjahr anstelle von 2x1 Woche).

Vorteile:

- Am einfachsten im bestehenden System organisierbar
- Kontinuität gewährleistet, Übergabe am Mittwoch

Nachteile:

- 1 Arzt/in vom Partner- Arzt/in abhängig, d.h. wenn einer abspringt, sind nur 50% der Stelle besetzt.
- „Synchronisation“ der 2 Ärzte/innen: falls dies mehr als ein halbes Jahr funktionieren sollte, müssten beide den gleichen Weiterbildungsplan und Lebensplan haben. Zusammen rotieren? Privatleben synchron?
- Status quo: immer gleiche Anzahl Ärzte/innen da, die Vorteile, mehr Ärzte/innen zu gewissen Stosszeiten mit erhöhtem Bedarf (z.B. Freitag) anwesend zu haben, fällt weg.

vertikales Modell, unabhängige Teilzeitstelle, kein Job-sharing:

1 Arzt/in ist an 3-4 Tagen (60-80%) pro Woche anwesend

Vorteile:

- Arzt/in bedarfsgerecht eingesetzt: je nach Wochenplanung der Abteilung an Wochentagen mit Mehrbedarf anwesend. Bedingung: der Bedarf der einzelnen Abteilungen/Bereiche muss vorher analysiert werden und Total-%-Stellen neu definiert werden (z.B. werden vielleicht nur 460% statt 500% benötigt).
- Arzt/in kann bei langfristiger Planung ausnahmsweise auch mal für 100% einspringen (wenn andere Ärzte/innen im Militär/Ferien).
- Unabhängig, kein Partner-Arzt/in (vgl. Modell 1).
- auch langfristig anwendbar
- variable Stellenprozente anwendbar

Nachteile:

- Kontinuität nur gewährleistet, wenn gute Übergabequalität. Bei Abwesenheit wäre die telefonische Erreichbarkeit für wichtige Fragen denkbar.
- Gewisser Mehraufwand für Dienstplanung, v.a. in der Angewöhnungszeit, weil Anteil Dienste entsprechend den Anstellungsprozenten.
- Aufwand: anfängliche Bedarfsanalyse der Abteilungen

horizontales Modell zur Hauptarbeitszeit:

1 Arzt/in ist jeden Tag von morgens bis 14.30h (= ca. 60%) oder auch etwas länger in der Klinik, alternativ vereinzelte Tage 100% und andere nur bis 12h (je nach Bedarf der entsprechenden Klinik oder gemäss Wochenplan).

Vorteile:

- Kontinuität über die Woche gesehen vorhanden
- Arzt/in ist immer morgens da, d.h. am Rapport und wenn mehrheitlich Elektivprogramm abgewickelt wird
- auch langfristig anwendbar
- Kinderbetreuung: bedarfsgerecht („kurze Tage“)

Nachteile:

- Möglicherweise kommt es gelegentlich zu Ablösungen im OP oder bei sonstigen Arbeiten.
- Gewisser Mehraufwand für Dienstplanung, v.a. in der Angewöhnungszeit, weil Anteil Dienste entsprechend den Anstellungsprozenten.

horizontales Modell zu Randzeiten:

Übernahme einer Randzeit, z.B. 5 Tage Spätdienst (= 40%), Übernahme von Wochenenddiensten (variabel wie viele)

Vorteile:

- Andere im Team werden entlastet
- Das Entstehen von Überstunden anderer Ärzte/innen kann so verhindert werden
- Kinderbetreuung kann mit dem Partner koordiniert werden, ohne Fremdbetreuung
- Modell kurzfristig möglich, bei Wegfall unproblematisch

Nachteile:

- Arzt/in zur Hauptarbeitszeit nicht da, Kontinuität/Info über Patienten nur über Dokumentation und Übergabe
- Arzt/in kommt im Spätdienst/Nachtdienst wenig bis nicht zum Operieren

OA/LA Stufe:

Neben allen obengenannten Modellen, bietet sich hier speziell an, ein Teilgebiet zu pflegen. Bsp.: Mammachirurgie, Proktologie ect. Diese Patienten könnten z.b. im 60%-Modus, vertikal (Mo-Mi, OP plus Sprechstunde) versorgt werden. Bei der üblicherweise kurzen Hospitalisationsdauer kommt es kaum zu einem Verlust in der Kontinuität der Betreuung.

3. Vorschlag

Wir bitten Sie, in Ihrer chirurgischen Klinik das Thema Teilzeitstellenangebot für AA's und Kaderärzte zu diskutieren und die Schaffung von Teilzeitstellen voranzutreiben.