

Erstellung eines Maßnahmenplanes
für Gleichstellung im Südtiroler Sanitätsbetrieb

Abschlussbericht

20. August 2009

Komitee für Chancengleichheit und Aufwertung der Gender Differenzen
des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen

Datenauswertung und Analyse:
Maria Moser-Simmill, Unternehmensberaterin, Büro für Gender Consulting und
Organisationsberatung, Linz (A)

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|---|----------|
| 1. Der Projektauftrag: Zielsetzung und Umsetzungsschritte | Seite 3 |
| 2. Datenanalyse: Zusammenfassung der Ergebnisse | Seite 7 |
| 2.1. Beschäftigtendaten allgemein | Seite 7 |
| 2.2. Beschäftigtendaten nach Geschlecht, Arbeitszeiten und nach Gesundheitsbezirk | Seite 9 |
| 2.3. Beschäftigtendaten (Bedienstete) nach Altersklassen, Geschlecht und Arbeitszeitformen | Seite 11 |
| 2.4. Beschäftigtendaten nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht | Seite 14 |
| 2.5. Beschäftigtendaten nach Führungsfunktionen: Führungskräfteauswertung | Seite 16 |
| 3. Ableitung von Handlungsfeldern durch das Komitee | Seite 21 |
| 4. Entwicklung und Diskussion von Maßnahmenvorschlägen in den Bezirksarbeitsgruppen | Seite 22 |
| 4.1. Einrichtung von Bezirksarbeitsgruppen zur Entwicklung und Diskussion von Maßnahmen | Seite 22 |
| 4.2. Zusammenfassende Darstellung der Arbeitsergebnisse der Bezirks- arbeitsgruppen für den Maßnahmenplan | Seite 23 |
| 4.3. Exkurs: „Förderung von Frauen in Führungspositionen“ | Seite 26 |
| 5. Maßnahmenplan für Chancengleichheit im Sanitätsbetrieb (2009-2012) | Seite 28 |
| 5.1. Zusammenfassung der Maßnahmenschwerpunkte | Seite 28 |
| Anhang: | Seite 33 |
| Anhang 1: Auswertungen der Datenanalyse: Beschäftigtendaten allgemein und nach verschiedenen Strukturmerkmalen | Seite 33 |
| Anhang 2: Detailauswertungen nach Gesundheitsbezirken: Verteilung nach Stellenplänen, Arbeitszeiten und Geschlecht Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Geschlecht und Berufsstellen | Seite 42 |
| Anhang 3: Arbeitsergebnisse der Bezirksarbeitsgruppen: Maßnahmenkatalog für Chancengleichheit | Seite 48 |
| Anhang 4: Konkretisierung von Maßnahmenvorschlägen (ausgearbeitete Maßnahmenpakete der Bezirksarbeitsgruppen) | Seite 52 |

1. Der Projektauftrag: Zielsetzung und Umsetzungsschritte

Das Komitee für Chancengleichheit und Aufwertung der Gender Differenzen des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen beauftragte die Beratung zur Erstellung eines Maßnahmenplanes für Chancengleichheit.

Zentrale Zielsetzung eines Maßnahmenplans für Chancengleichheit, der im Zeitraum von 2009-2012 umgesetzt werden soll, ist:

- Die Verbesserung der Situation der Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern im Sanitätsbetrieb durch die Umsetzung konkreter Maßnahmen und Verbesserungsvorschläge im Personalbereich.
- Die Verbesserung der Arbeits- und Lebensqualität aller Beschäftigten im Sanitätsbetrieb, sowie Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Gesamtorganisation.
- Die Integration des Maßnahmenkataloges in die zentralen personalpolitischen Aktivitäten und Ziele der Gesamtorganisation.

Projektdurchführung und Projektsteuerung:

- Das Projekt wurde im Zeitraum Mai 2008 bis Herbst 2009 durchgeführt.
- Mit der Analyse und Auswertung vorhandener geschlechtsspezifischer Daten und der Begleitung zur Erstellung eines Maßnahmenkataloges wurde Frau Moser-Simmill (Moser-Simmill Unternehmensberatung, Linz/A) beauftragt.
- Die Steuerung und Leitung des Projektes oblag dem Komitee für Chancengleichheit.
- Die wesentlichsten Schritte und Ergebnisse wurden mit der Direktion des Sanitätsbetriebes (Generaldirektion und Bezirksdirektoren) abgestimmt.
- Die konkrete Maßnahmenentwicklung erfolgte auf Basis der Datenanalyse auf Bezirksebene in Bezirksarbeitsgruppen (unter Mitwirkung von VertreterInnen des Komitees, der Fachbereiche, sowie der Verwaltung/Personalstelle und der Gewerkschaften).

Die wichtigsten Arbeits- und Prozessschritte zur Erstellung des Maßnahmenplans

- ⇒ Datenanalyse, -auswertung und Diskussion der Ergebnisse: Die Analyse und Auswertung der Beschäftigtendaten des Sanitätsbetriebes nach Geschlecht und weiteren Merkmalen (wie Alter, Arbeitszeitformen, etc.) bildete die Grundlage für eine ausführliche Diskussion und Auseinandersetzung mit der IST-Situation.
- ⇒ Bericht zur Datenanalyse und Schlussfolgerungen
- ⇒ Ableitung von Handlungsfeldern zur Verbesserung der Chancengleichheit u.a. für folgende Bereiche: Wiedereinstieg nach der (Eltern) Karenz (Vereinbarkeits-

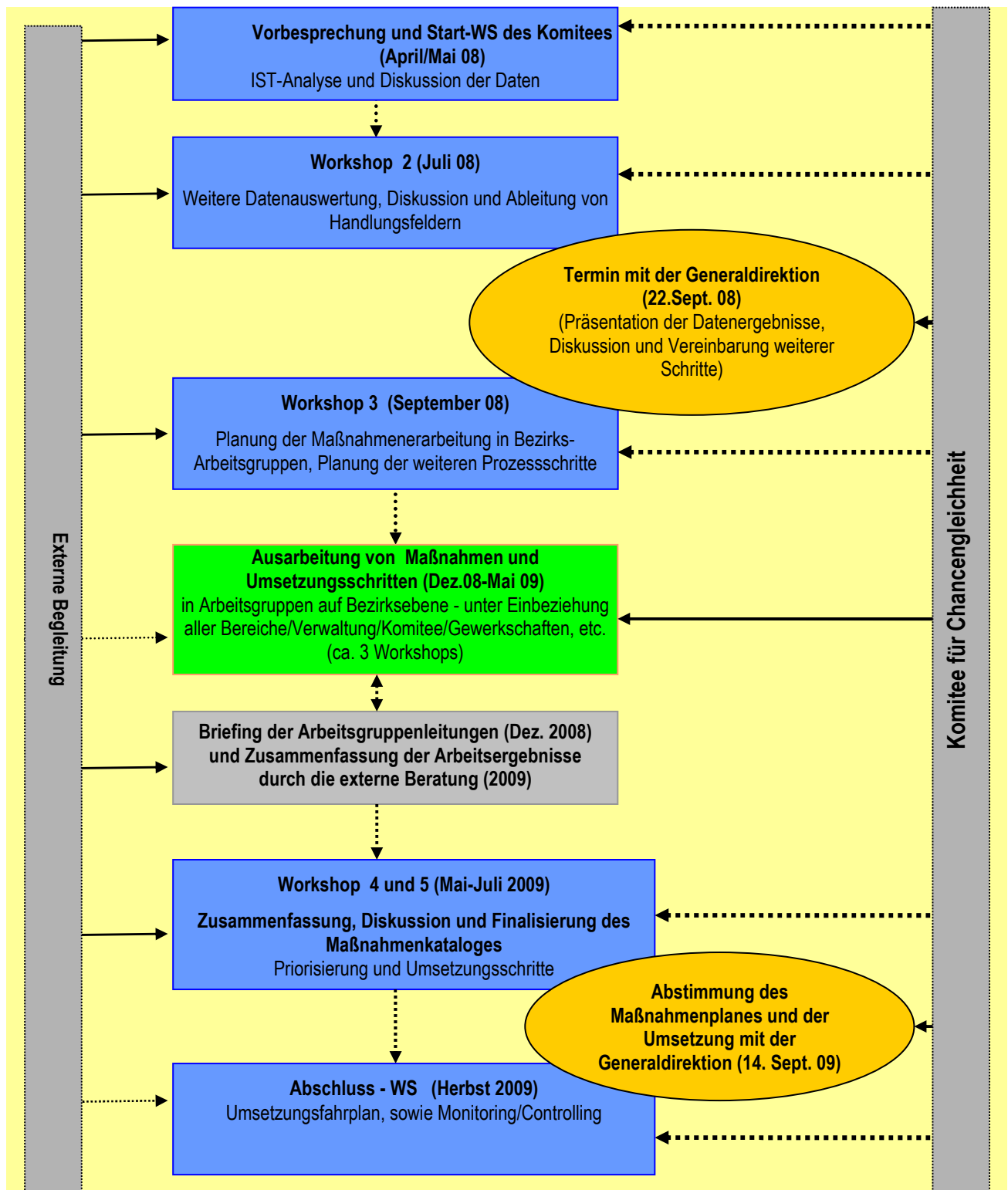
maßnahmen), Arbeitszeitmodelle, Demografieentwicklung und Frauenanteil an den Führungskräften.

- ⇒ Präsentation der Datenergebnisse und Abstimmung der weiteren Vorgehensweise mit der Verwaltungsdirektion und den BezirksdirektorInnen
- ⇒ Vereinbarung zur Einrichtung von Arbeitsgruppen auf Bezirksebene (zur Verbreitung der Diskussion und Erarbeitung von bezirksspezifischen bzw. bezirksrelevanten Maßnahmen für Chancengleichheit) und Ernennung der Mitglieder für die Arbeitsgruppen durch die Bezirksdirektoren.
- ⇒ Vorbereitung der Bezirksarbeitsgruppen (Erstellung von Unterlagen für die Arbeitsgruppen und Briefing der Leiterinnen und Moderatorinnen)
- ⇒ Durchführung von je 3 Arbeitsgruppensitzungen in den 4 Gesundheitsbezirken zur Erarbeitung von bezirksspezifischen Maßnahmenvorschlägen im Zeitraum Jänner-Mai 2009
- ⇒ Präsentation der Ergebnisse der Bezirksarbeitsgruppen durch die Arbeitskreisleiterinnen und Moderatorinnen im Komitee für Chancengleichheit
- ⇒ Diskussion und Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse aus den Bezirksarbeitsgruppen zu einem einheitlichen Maßnahmenplan für Chancengleichheit (Priorisierung von Themenfeldern und Maßnahmenschwerpunkten, Ausformulierung von Zielsetzungen und konkreten Umsetzungsschritten/ Projekten)
- ⇒ Erstellung eines Berichtes „Maßnahmenplan für Chancengleichheit im SB“ und Diskussion

Projekt- / Prozessabschluss: Nächste Schritte

- ⇒ Präsentation und Abstimmung des Maßnahmenplans mit der Generaldirektion und den BezirksdirektorInnen. Der Maßnahmenplan ist mit der Generaldirektion und den verantwortlichen, betroffenen Führungskräften abzustimmen und zu akkordieren und vom Management zu beschließen.
- ⇒ Abschluss-Workshop des Komitees: Finalisierung des Maßnahmenplans (inkl. Fahrplan für die Umsetzung, Controlling, etc.) und Veröffentlichung/Bekanntmachung in der Organisation.

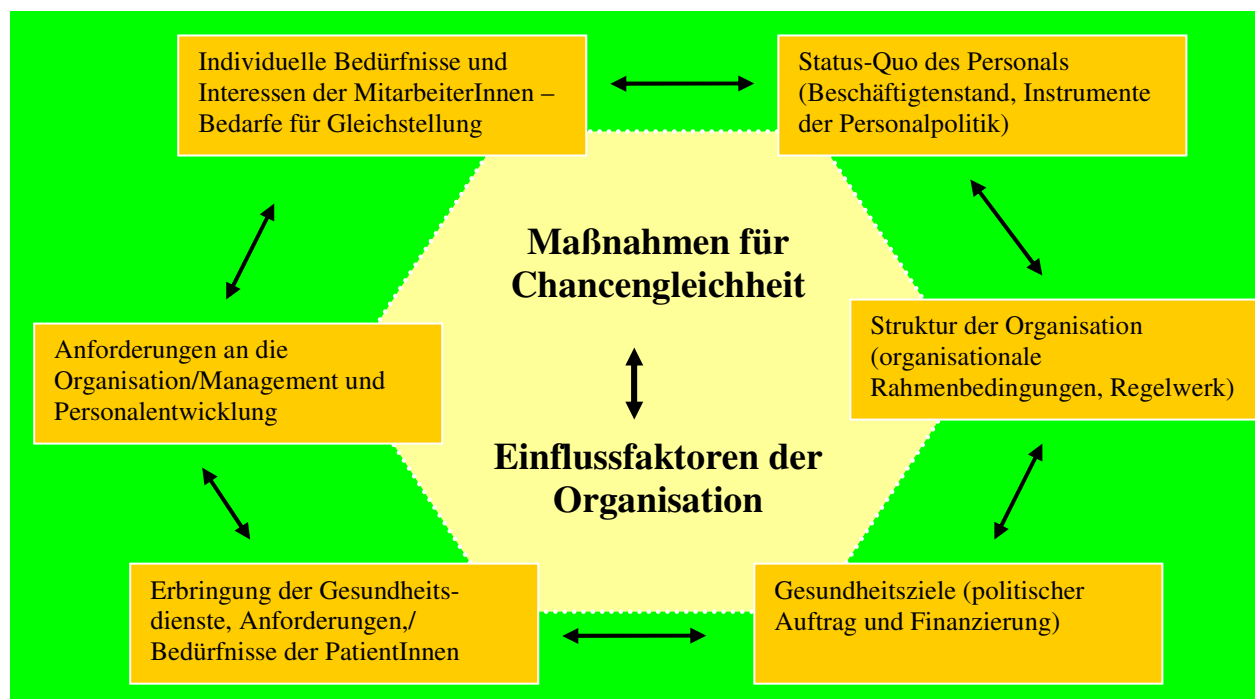
Nachfolgend sind die einzelnen Prozessschritte, sowie der Zeitablauf grafisch dargestellt.



Qualitätskriterien an einen Maßnahmenplan für Chancengleichheit im System des Sanitätsbetriebes

- Die Maßnahmen für Chancengleichheit - sollen sie effizient und nachhaltig wirksam sein - sind einzubetten in die Organisationsrealität.
- Die Inhalte und Umsetzung der Maßnahmen sind abhängig von verschiedenen Rahmenbedingungen in der Organisation bzw. deren Wechselwirkung (s. nachfolgende Grafik)
- Die Entwicklung von Zielen und Maßnahmen ist mit dem Management zu akkordieren und muss von diesem unterstützt und getragen werden.
- Bei der Maßnahmenentwicklung sind die entsprechenden Stabsstellen bzw. fachspezifischen Funktionseinheiten einzubeziehen.
- Die Maßnahmenentwicklung soll sich am Gleichstellungsauftrag des Komitees, sowie an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Organisation orientieren.
- Die Umsetzung der Maßnahmen muss von der Organisation/Personalstelle getragen werden.
- Das Komitee für Chancengleichheit bzw. die regionalen Arbeitsgruppen bringen ihr Know-How und ihre Expertise für die Maßnahmenentwicklung ein.
- Das Komitee für Chancengleichheit begleitet die Umsetzung der Maßnahmen beratend und unterstützend.

Einflussfaktoren und Wechselwirkungen auf die Entwicklung und Umsetzung von Chancengleichheitsmaßnahmen:



2. Datenanalyse: Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Analyse der Beschäftigtendaten erfolgte nach Geschlecht und weiteren (nachfolgend aufgelisteten) Strukturmerkmalen.¹

Eine geschlechterspezifische Datenanalyse sollte genauere (v.a. quantitative) Informationen über die Struktur der Beschäftigten nach Geschlecht und über Gender Differenzen liefern. Die Datenanalyse diene als Diskussionsgrundlage für die weiterführende Auseinandersetzung zum Thema Chancengleichheit und für die Planung von Maßnahmen im Komitee für Chancengleichheit.

Die vorhandene Datenauswertung lieferte ein erstes konkretes Bild bzgl. der strukturellen Verteilungen und Besonderheiten von weiblichen und männlichen Beschäftigten im Betrieb und bildete die Grundlage für die Erarbeitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern im Sanitätsbetrieb. Im Zuge der Diskussionen, v.a. in den Bezirksarbeitsgruppen stellte sich heraus, dass weitere vertiefende Datenanalysen und qualitative Recherchen, Befragungen und Diskussionen sinnvoll und erforderlich sind, um treffsicher und effizient Gleichstellungsmaßnahmen planen und umsetzen zu können.

Die Beschäftigtendaten wurden nach folgenden Strukturmerkmalen ausgewertet, dargestellt und interpretiert.

- Beschäftigte nach Geschlecht und Bezirk
- Beschäftigte nach Arbeitszeiten und Geschlecht (sowie nach Gesundheitsbezirk)
- Beschäftigte nach Altersklassen und Geschlecht
- Beschäftigte nach Arbeitszeiten, Alter und Geschlecht
- Beschäftigte nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht
- Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Berufsstellen, Bezirken und Geschlecht
- Führungskräfte nach Arbeitszeiten und Geschlecht

2.1. Beschäftigtendaten allgemein²

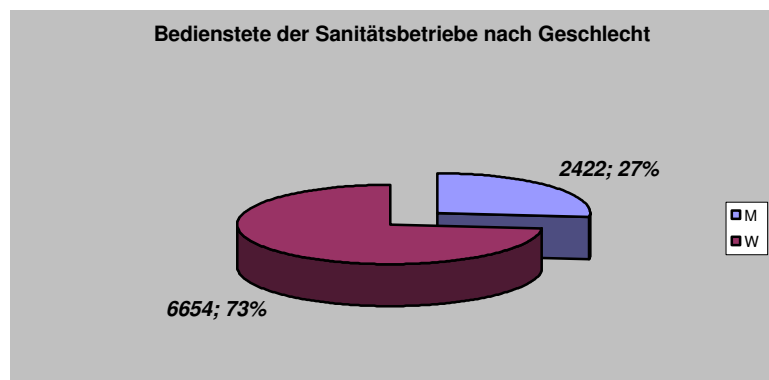
Insgesamt sind für den Sanitätsbetrieb in Südtirol **10.155 Personen** tätig; das sind **7.203 Frauen (= 70,93%)** und **2.952 Männer (= 29,07%)**. Ca. 90% aller Beschäftigten sind als Bedienstete (BED) eingestellt; das sind 9.076 Personen. Die zweitgrößte Gruppe umfasst die

¹ Die Datenauswertung erfolgte auf Basis der vorliegenden Personaldaten, Abteilung für Personalstatistik (Stand: 20-09-2007). Die Datenerhebung erfolgte durch Frau Dr.in Schuster. Die Führungskräfte-Daten wurden ergänzt und aktualisiert (Datenergänzung: Juli 09; Frau Lösch)

² Die ausgewerteten Grafiken finden sich alle im Anhang 1-2; in diesem Kapitel werden einige zentrale Grafiken dargestellt und die statistischen Ergebnisse zusammengefasst beschrieben.

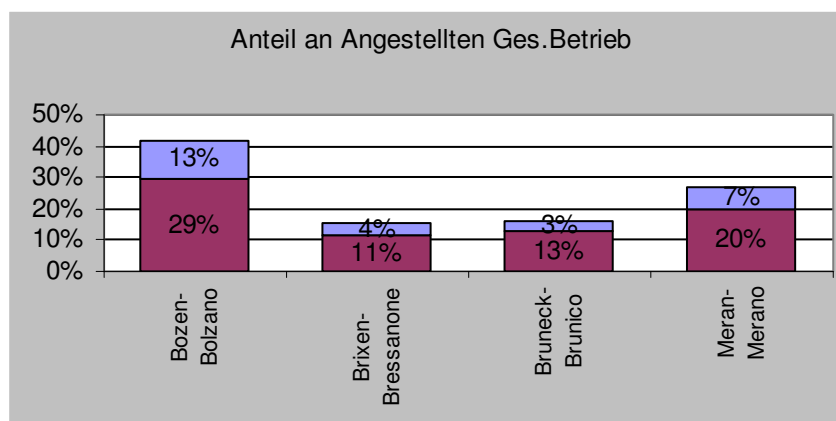
FreiberuflerInnen/ WerkvertragsnehmerInnen (FRE) mit 771 Personen das sind 7,6% aller Beschäftigten, gefolgt von der Gruppe der KonsulentInnen (KON= medici di base) mit 135 Personen (= 1,3% der Beschäftigten), (s. dazu Grafik 1 im Anhang).

Für die weitere Datenanalyse wurden lediglich die Personaldaten der Bediensteten (BED) herangezogen und ausgewertet. Auf Anregung der Arbeitsgruppe Bozen sollten zukünftig auch die WerkvertragsnehmerInnen in die Datenanalyse miteinbezogen werden, da diese Gruppe gerade im Gesundheitsbezirk Bozen einen größeren und wachsenden Anteil darstellt. Die Auswertung der Bediensteten nach Geschlecht (für M=männlich und W/F=weiblich)³ absolut und in Prozent ergibt folgendes Bild: Knapp $\frac{3}{4}$ (73%=6.654) der Bediensteten des Gesamtbetriebes sind weiblich, etwas mehr als $\frac{1}{4}$ (27%=2422) männlich.



Grafik 2: Bedienstete nach Geschlecht⁴

Grafik 3 zeigt die **Verteilung der Bediensteten auf die einzelnen Bezirke** (nach Geschlecht):



Grafik 3: Bedienstete nach Geschlecht und Bezirk

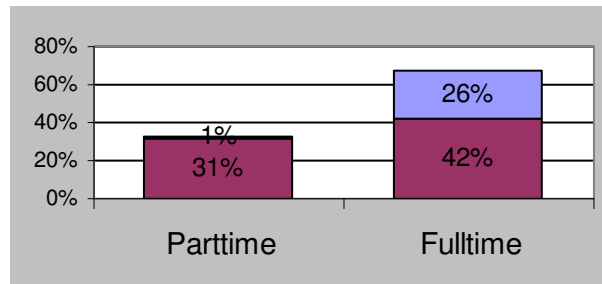
Im Bezirk Bozen sind 42% aller Bediensteten des Sanitätsbetriebes beschäftigt, in Brixen 15%, in Bruneck 16% und in Meran 27%. Die prozentuelle Verteilung der beiden Geschlechter auf die einzelnen Gesundheitsbezirke sieht wie folgt aus (ohne Grafik): Bozen (70%w, 30%*m*), Brixen (75%w, 25%*m*), Bruneck (80%w, 20%*m*), Meran (74%w, 26%*m*).

³ Diese Abk. gilt für alle nachfolgenden Grafiken

⁴ Die Nummerierung der Grafiken im Abschlussbericht entspricht der Nummerierung im Bericht zur Datenanalyse (s. auch Anhang 1 und 2).

2.2. Beschäftigtendaten nach Geschlecht, Arbeitszeiten und nach Gesundheitsbezirk

32% aller Bediensteten arbeiten Parttime (PT); 97,5% der Parttime-Beschäftigten sind Frauen (2.843). Der Frauenanteil an den Fulltime (FT)-Beschäftigten beträgt 61,9%.

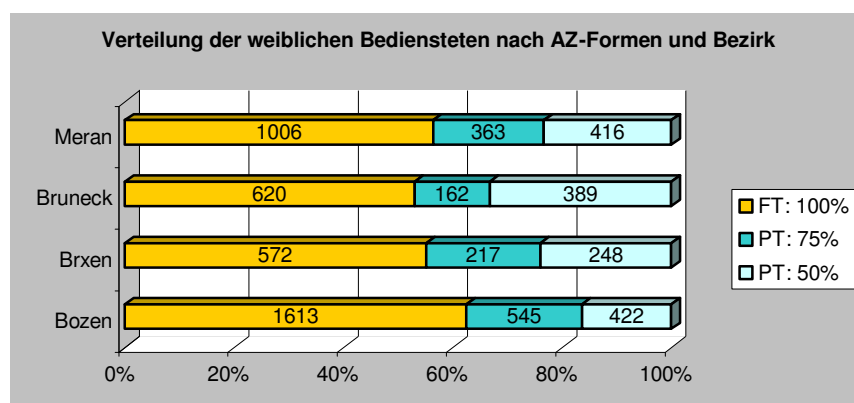


Grafik 4: Bedienstete nach Geschlecht und Arbeitszeiten

Insgesamt arbeiten ca. 43% (= 2.843) der weiblichen Bediensteten Parttime; 57% (=3.811 aller 6654 Frauen) arbeiten Fulltime. Die Parttime-Beschäftigten verteilen sich etwa zu gleichen Teilen auf 50% PT (=17% aller Bediensteten) und 75% PT (=15% aller Bediensteten). Andere Teilzeit-Beschäftigungsformen (weniger als 50% oder zwischen 50% und 75% oder darüber) sind sehr gering ausgeprägt und stellen eher „Sondervereinbarungen“ dar.

Die Verteilung der Fulltime und Parttime-Bediensteten nach Bezirken (s. Grafik 5 im Anhang) zeigt leichte Unterschiede. In Bozen ist der Anteil der PT-Beschäftigten mit 28% unterdurchschnittlich ausgeprägt; in den Bezirken Meran (mit 34%), Brixen (mit 35%) und in Bruneck (mit 39%) überdurchschnittlich.

Verteilung der weiblichen Bediensteten nach Arbeitszeitformen und Bezirk



Grafik 6: weibliche Bedienstete nach Bezirk und Arbeitszeiten

Zusammenfassende Interpretation der Daten nach Geschlecht, Bezirk und Arbeitszeit-Formen:

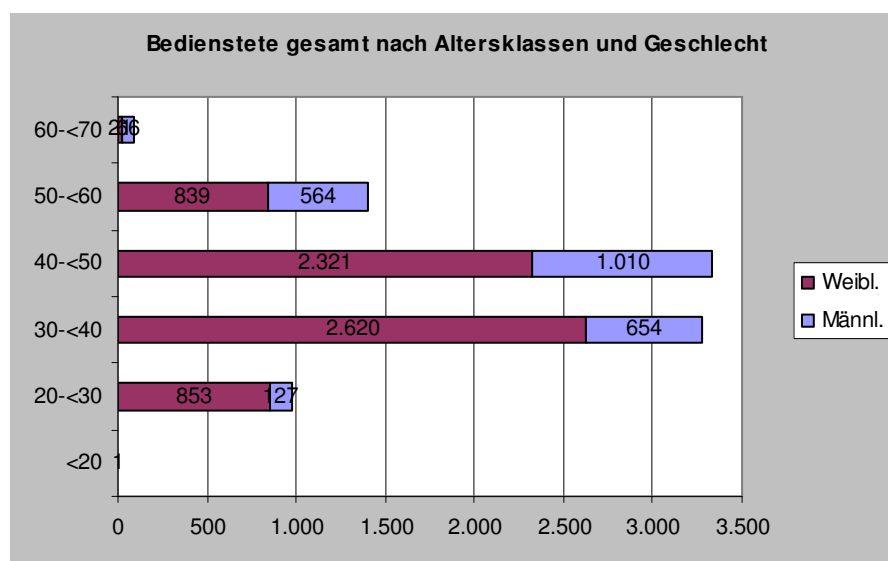
- ⇒ Mit Ausnahme von Bozen verfügen alle anderen Bezirke über einen überdurchschnittlichen Frauenanteil an den Beschäftigten (vgl. mit dem Durchschnitt im Gesamtbetrieb s. Grafik 3).
- ⇒ Bezirke mit einem höheren Frauenanteil (als der SB-Durchschnitt), wie Bruneck, Brixen und Meran verfügen auch über einen höheren Parttime-Anteil an den Gesamtbeschäftigten (s. Grafik 5 im Anhang).
- ⇒ Parttime-Beschäftigungsformen stellen für die männlichen Beschäftigten die Ausnahme-Arbeitszeitform dar. Für knapp die Hälfte aller weiblichen Beschäftigten (43% arbeiten eine Form von PT) ist diese Arbeitszeitform die Regel.
- ⇒ Zudem arbeiten in den Bezirken Bruneck, Brixen und Meran relativ mehr Frauen Parttime als in Bozen. Hier beträgt der Anteil der PT-arbeitenden Frauen „nur“ 38,5% aller weiblichen Beschäftigten. In den Bezirken Bruneck (47,5%) und Brixen (45%) sind die PT-arbeitenden Frauen überdurchschnittlich, in Meran durchschnittlich (ca. 43%) vertreten; bezogen auf die gesamten weiblichen Bediensteten (s. Grafik 6).
- ⇒ Die **Verteilung der weiblichen PT-Beschäftigten** auf die einzelnen „Haupt-PT-Arbeitszeitformen (also 50% und 75% der Arbeitszeit) nach Bezirken ergibt folgenden Befund (s. Grafik 6)
 - ⇒ In Bozen arbeiten von den 27% weiblichen PT-Beschäftigten (s. Grafik 5) 11% 50%-PT und 14% 75%-PT.
 - ⇒ In Brixen und Bruneck ist das Verhältnis fast umgekehrt; hier arbeiten mehr PT-beschäftigte Frauen „nur“ 50%-PT (18% von 34% in Brixen und 27% von 38% in Bruneck); 75%-PT arbeiten in Brixen 16%, in Bruneck 11% (die %uelle Verteilung bezieht sich auf Grafik 5 im Anhang 1)
 - ⇒ Lediglich in Meran sind die PT-beschäftigten Frauen nahezu gleich verteilt: mit 17% auf 50%-PT bzw. 15% auf 75%-PT (%uelle Verteilung an den Gesamtbediensteten aus Grafik 5).

Anmerkungen und Fragestellungen zur obigen Datenauswertung:

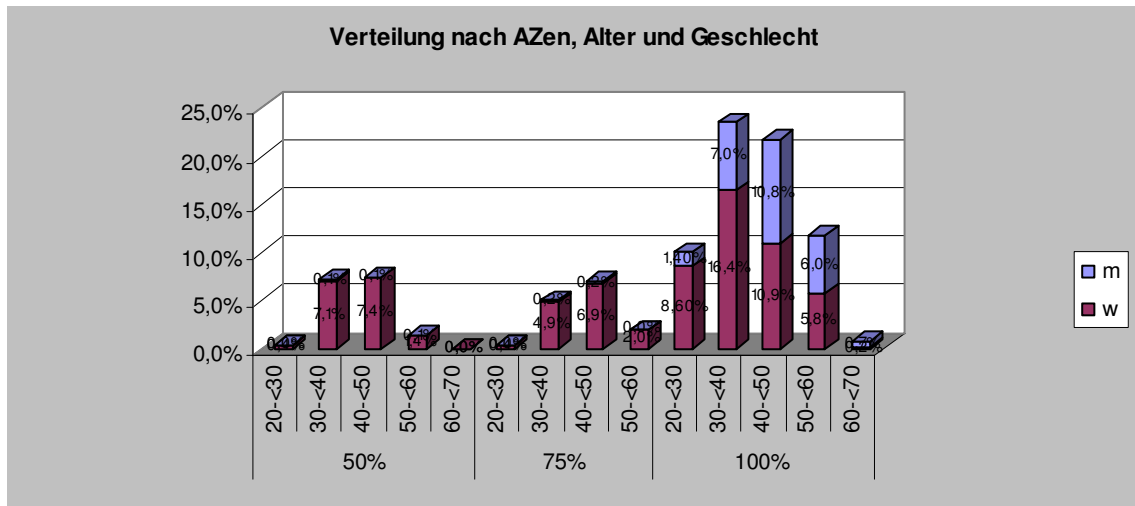
- Die Verteilung der verschiedenen Arbeitszeitformen auf die Geschlechter hat eine überaus **ausgeprägte Genderdimension**. Parttime-Beschäftigungsformen sind „typisch weibliche“ Beschäftigungsverhältnisse und sind in der Regel mit der klassischen geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern in der Familie (und in der Gesellschaft) in Zusammenhang zu bringen.
- Das Parttime-Arbeitszeitmodell des Sanitätsbetriebes weist nach erster Betrachtung keine sehr hohe Flexibilität auf. „Zwischenformen“ neben den Haupt-PT-Arbeitsformen sind eher die Ausnahme.

- Es stellt sich die Frage, in wie weit die bestehenden Parttime-Regelungen den flexiblen und individuellen Bedürfnissen der Frauen bezogen auf veränderte Lebensphasen und deren Engagement im Erwerbsprozess (Wiedereinstieg, Ausweitung der Erwerbstätigkeit nach der intensiven Phase der Kindererziehung) entgegen kommen bzw. dieses unterstützen.
- Des Weiteren dürften Parttime-Arbeitszeitmodelle für Väter in keinem oder nur geringem Ausmaß existieren.
- Zudem liegt die Vermutung nahe, dass es im Erwerbsverlauf der Parttimebeschäftigten Frauen ein Phänomen des „Verharrens in der Parttime“ gibt; d.h. selbst mit zunehmendem Erwerbsalter und stärkerer (privater) Flexibilität steigen die Frauen weniger auf Vollzeitbeschäftigung um (s. dazu auch nachfolgende Grafiken und Daten der Beschäftigten nach Alter, Arbeitszeit und Geschlecht). Ein „Verharren in PT-Beschäftigung“ mit zunehmendem Alter auch ohne familiäre Betreuungspflichten hätte jedoch nicht nur negative Auswirkungen auf die individuelle Altersversorgung der betroffenen Frauen, sondern wäre auch aus personalpolitischer Sicht nicht effizient. Vor allem Personalressourcenengpässe im medizinischen und Pflegebereich werden sich in den kommenden Jahren noch verschärfen.
- Voraussetzungen für das Einbringen und Aktivieren „nicht-genutzter“ (weiblicher) Personalressourcen wären: Ein flexibleres Parttime-Modell, entsprechende Anreize, die Frauen motivieren, mehr zu arbeiten und entsprechende strukturelle bzw. organisatorische Maßnahmen (Beispielsweise müsste das bestehende „Planstellendenken“ sich in Richtung eines Personaleinsatzmodells entwickeln, das auf einem Beschäftigten/Arbeitszeit-Ressourcenpool basiert).

2.3. Beschäftigtendaten nach Altersklassen, Geschlecht und Arbeitszeitformen



Grafik 7: Bedienstete (in absoluten Zahlen) nach Altersklassen und Geschlecht



Grafik 9: Bedienstete nach Altersklassen, Geschlecht und Arbeitszeit-Formen

Dateninterpretation der Verteilung nach Altersklassen und Geschlecht (s. Grafik 7, 8, 9 und Tabelle im Anhang 1):

- ⇒ Betrachtet man die prozentuelle Verteilung nach Geschlecht auf die verschiedenen Altersklassen, so ergibt sich ein unterdurchschnittlicher Frauenanteil (bezogen auf die Durchschnittsverteilung= 73% w) in der Altersgruppe der 50-60 Jährigen (mit 60% w), sowie der 60-70 Jährigen (mit 24% w) und der 40-50 Jährigen (mit 69,7% w). Der relativ geringere Frauenanteil, v.a. bei den ältesten Beschäftigten des SB lässt sich wahrscheinlich mit dem unterschiedlichen Pensionsantrittsalter begründen; andere (mögliche) Faktoren, wie Unterschiede beim Berufseintritt in den vergangenen Jahrzehnten, die unterschiedliche altersmäßige Zusammensetzung in den verschiedenen Berufsgruppen (nach Geschlecht) oder ein gänzlicher Berufsausstieg mit der Familiengründungsphase bei Frauen („Babypension“) müssten im Detail überprüft werden.
- ⇒ In den jüngeren Altersgruppen sind die Frauen (bezogen auf alle Bezirke und Berufsgruppen) „überdurchschnittlich“ vertreten (mit 87% bei den 20-30 Jährigen und mit 80% bei den 30-40 Jährigen).
- ⇒ Dies entspricht einer Tendenz, die kurz gefasst werden kann als **„Je jünger, desto mehr Frauen“**.
- ⇒ Erfahrungsgemäß ist nicht nur der Frauenanteil im Pflegebereich überdurchschnittlich hoch, sondern ist auch im medizinischen Bereich stetig im Steigen begriffen (der Frauenanteil bei den AbsolventInnen der medizinischen Fakultäten liegt mittlerweile bei über 70%).
- ⇒ Ein Vergleich der Altersklassen nach Bezirk (und Geschlecht) macht sichtbar, dass in den Bezirken Brixen, Bozen bzw. Meran der Anteil der älteren Beschäftigten geringfügig höher ist (s. Grafik 8 im Anhang 1).

⇒ Betrachtet man den **Anteil der Parttime-beschäftigten Frauen in den einzelnen Alterskohorten** (s. Grafik 9, Anhang 1) und setzt diesen in Beziehung zu den weiblichen Gesamtbediensteten der jeweiligen Altersgruppe, so fällt auf, dass in der Altersgruppe der 30-40 Jährigen der Parttime-Anteil (50%-PT und 75%-PT zusammen genommen), also der „familien-bedingte“ PT-Anteil (mit ca. 43%) in dieser Altersgruppe im Durchschnitt liegt (bezogen auf den %uellen PT-Anteil bei den gesamten weiblichen Bediensteten); in der Altersgruppe der über 40Jährigen ist der Parttime-Anteil jedoch zum Teil überdurchschnittlich hoch: Der PT-Anteil in der Altersgruppe der 40-50jährigen Frauen liegt sogar bei 57%.

Anmerkungen und Fragestellungen zur obigen Datenauswertung:

- Der hohe und zunehmende Frauenanteil in den jüngeren Alterskohorten; d.h. bei BerufseinsteigerInnen, jungen Fachkräften vor allem im Sanitätsstellenplan weist auf zukünftig herausfordernde Themen in der Personalarbeit/Personalentwicklung hin.
- Folgende Fragen werden relevanter:
 - ⇒ Wie können junge weibliche Fachkräfte, Familien- und Berufsplanung bzw. Karriereentwicklung in Einklang bringen, wie den Wiedereinstieg nach einer Familienpause optimal organisieren und dabei begleitet werden?
 - ⇒ Welche Rahmenbedingungen (der Vereinbarkeit von Familie und Beruf) sind dabei erforderlich?
 - ⇒ Wie können „Drop-out“ oder lange „Abwesenheitsphasen“, die zu Qualifizierungsverlusten führen, vermieden werden?
- Vor dem Hintergrund von knapper werdenden gut qualifizierten Personalressourcen und hoher Ausbildungs- bzw. Such- und Einschulungskosten wird es aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Organisation von zunehmendem Interesse sein, qualifizierte Fachkräfte langfristig in Beschäftigung zu halten; d.h. Phasen von Aus- und Wiedereinstieg optimal und optimierend (Ressourcen schonend) zu managen.
- Betrachtet man den überdurchschnittlich hohen Anteil an Parttime-beschäftigten Frauen bei den Älteren, so bestätigt sich die bereits formulierte Vermutung des „Verharrens in Parttime“. Die Gründe bzw. Ursachen für die hohen Parttime-Wünsche von Frauen im Alter können unterschiedlich sein: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (aufgrund von Kinderbetreuungsaufgaben) dürfte eine untergeordnete Rolle spielen. Vermutet werden andere Faktoren wie: andere/zusätzliche Beschäftigungen, private Pflege- und Betreuungstätigkeiten von pflegebedürftigen Angehörigen, gesundheitliche Gründe, Lebensqualität, etc.
- Sowohl aufgrund der individuellen Versorgungsinteressen der Frauen (in der Pension), vor allem aber aufgrund betrieblicher Notwendigkeiten stellt sich zukünftig verstärkt die Frage, wie „altersbedingter“ Drop-Out verhindert werden kann, welche Maßnahmen im

Bereich altersgerechter Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitszeitformen entwickelt werden müssen, um diese Personengruppe nachhaltig und produktiv im Beschäftigungssystem halten zu können.

- Generell wird eine altersgerechte Arbeits- und Arbeitszeitorganisation zukünftig aufgrund der demografischen Entwicklungen virulenter als dies in der Vergangenheit der Fall war. Betrachtet man u.a. die Grafik 7 so ist augenscheinlich, dass in ca. 5-10 Jahren 3/4 aller Bediensteten älter als 40 Jahre sein werden (bei gleich bleibender Pensionsantrittsdynamik; d.h. ohne Berücksichtigung der Veränderungen durch die Pensionsreform und bei gleich bleibender Aufnahmepolitik jüngerer Fachkräfte). Derzeit beträgt der Anteil der Über 40Jährigen noch ca. 53%.
- Der Bedarf und die Notwendigkeit, **Lebensphasen bezogene Personalentwicklungsmodelle** zu überlegen und zu etablieren, werden zukünftig jedenfalls steigen.

2.4. Beschäftigtendaten nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht

Verteilung der Beschäftigten nach Geschlecht auf die Berufsgruppen/Stellenpläne⁵ im gesamten Gesundheitsbezirk (in %):

| Stellenpläne | Weiblich | Männlich | Summe |
|------------------------------------|----------|----------|-------|
| Berufsbezog. Stellenpl. | 42,3% | 57,7% | 100% |
| Fachstellenplan (techn.Dienste) | 58,5% | 41,5% | 100% |
| Sanitätsstellenplan | 77% | 23% | 100% |
| Verwaltungsstellenplan | 84,6% | 15,4% | 100% |

Verteilung der weiblichen Bediensteten nach Arbeitszeiten auf die Berufsgruppen/ Stellenpläne im gesamten Gesundheitsbezirk (in %):

| Stellenpläne | Verteilung Frauen nach PT/FT | | | Summe w in % |
|------------------------------------|------------------------------|--------|---------|--------------|
| | 50%-PT | 75%-PT | 100%-FT | |
| Berufsbezog. Stellenpl. | 18% | 27% | 55% | 100% |
| Fachstellenplan (techn.Dienste) | 27% | 21% | 53% | 100% |
| Sanitätsstellenplan | 20% | 18,5% | 60,5% | 100% |
| Verwaltungsstellenplan | 24% | 22,5% | 53,5% | 100% |

⁵ Eine Zuordnung der verschiedenen Berufsgruppen zu den Stellenplänen findet sich im Anhang 1, Seite 39

Dateninterpretation und Fragestellungen zur Verteilung der Bediensteten nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht (s. Grafik 10 im Anhang 1 und obige Tabellen)

- ⇒ Betrachtet man die Verteilung der Bediensteten auf die einzelnen Stellenpläne nach Geschlecht und nach Arbeitszeiten so ergibt sich ein bereits bekanntes Bild: Fast alle Bediensteten (mehr als 90%) im Parttime-Bereich auch nach Berufsgruppen/ Stellenplänen sind weiblich.
- ⇒ Die Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Stellenpläne liefert ein differenzierteres Bild: Der Anteil der Frauen im berufsbezogenen Stellenplänen (mit 42,3% w) und im Fachstellenplan (mit 58,5% w) ist wesentlich geringer als der durchschnittliche Frauenanteil an den gesamten Bediensteten (73% w). Im Sanitätsbereich sind die Frauen (mit 77%) überdurchschnittlich und im Verwaltungsbereich (mit 84,6%) stark überdurchschnittlich vertreten.
- ⇒ Die Verteilung der weiblichen Bediensteten nach Stellenplänen und Arbeitszeitformen zeigt, dass die Frauen in allen Bereichen mit Ausnahme des Sanitätsbereiches (dort beträgt der PT-Anteil 38% bezogen auf alle weiblichen Bediensteten) häufiger Parttime als Fulltime arbeiten (verglichen mit dem durchschnittlichen PT/FT-Anteil).
- ⇒ In der Diskussion dieser Daten wurde die Vermutung geäußert, dass Parttime-Häufigkeit mit der geringeren Qualifikation bestimmter Arbeitsplätze/Stellen zu tun haben könnte.
- ⇒ Im Sanitätsstellenplan ist die Parttime-Häufigkeit in allen Bezirken durchschnittlich (niedriger) ausgeprägt (bezogen auf die Bezirks-spezifische Geschlechterverteilung, s. Anhang).
- ⇒ Im Verwaltungsbereich ist in allen Bezirken ein überdurchschnittlich hoher Frauenanteil an den Bediensteten zu beobachten und auch eine höhere Parttime-Häufigkeit (in Bruneck und Brixen arbeiten mehr als 50% der Frauen im Verwaltungsbereich Parttime). Ob diese PT-Häufigkeit im Verwaltungsbereich mit niedrigeren Tätigkeiten bzw. mit Arbeitsplätzen mit niedrigerem Qualifikationsniveau oder mit anderen Faktoren zusammenhängt müsste im Detail untersucht werden (Arbeitsplatzanalyse).

2.5. Beschäftigtendaten nach Führungsfunktionen: Führungskräfteauswertung

Nachfolgend sind die Daten zur Struktur und Verteilung der Führungskräfte nach Geschlecht im Sanitätsbetrieb anhand folgender Auswertung dargestellt:

- Anzahl der Führungskräfte (alle) in absoluten Zahlen in den Bezirken nach Geschlecht
- Führungskräfte (gesamt) nach Stellenplan - absolute und prozentuelle Verteilung nach Geschlecht
- Eine Detailauswertung auf Bezirksebene, die eine bessere Auskunft und ein besseres Bild über die unterschiedliche hierarchische Verteilung der Führungspositionen zwischen den Geschlechtern liefert, ist im Anhang 2 dargestellt. An dieser Stelle werden einzelne Daten vergleichend diskutiert.
- Des Weiteren wurden aktuelle Daten (Stand Juli 09) aus dem Bereich des Sanitätsstellenplanes/Sanitäre und ärztliche LeiterInnen komplexer Strukturen und des Verwaltungsbereiches/AbteilungsdirektorInnen⁶ in die Diskussion und Auswertung mit einbezogen.

Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Geschlecht und Gesundheitsbezirken (in absoluten Zahlen)

| GESUNDHEITSBEZIRK | FUNKTION | F/W | M | Total |
|--------------------------|------------------------------------|------------|------------|--------------|
| Bolzano/Bozen | Führungskraft- Stellvertretende | 130 | 172 | 302 |
| | Führungskraft- | 87 | 60 | 147 |
| | Summe | 217 | 232 | 449 |
| Bressanone/Brixen | Führungskraft- Stellvertretende | 43 | 76 | 119 |
| | Führungskraft- | 33 | 29 | 62 |
| | Summe | 76 | 105 | 181 |
| Brunico/Bruneck | Führungskraft- Stellvertretende | 50 | 71 | 121 |
| | Führungskraft- | 24 | 27 | 51 |
| | Summe | 74 | 98 | 172 |
| Merano/Meran | Führungskraft- Stellvertretende | 65 | 112 | 177 |
| | Führungskraft- | 51 | 52 | 103 |
| | Summe | 116 | 164 | 280 |
| Betrieb gesamt | | 483 | 599 | 1.082 |

Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Berufsstellen und Geschlecht (in Zahlen und in %) gesamt (alle Gesundheitsbezirke zusammen):

⁶ Diese beziehen sich auf den Verwaltungs- und den berufsbezog. Stellenplan.

| Führungskräfte nach Berufsstellen | | F | M | Total | F | M |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------|------------|-------------|------------|------------|
| Verwaltungsstellenpl. | Führungskraft | 46 | 51 | 97 | 47% | 53% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 21 | 11 | 32 | 66% | 34% |
| | Total | 67 | 62 | 129 | 52% | 48% |
| Berufsbezog. Stellenpl. | Führungskraft | 3 | 8 | 11 | 27% | 73% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 1 | 1 | 2 | 50% | 50% |
| | Total | 4 | 9 | 13 | 31% | 69% |
| Sanitätsstellenplan | Führungskraft | 229 | 300 | 529 | 43% | 57% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 164 | 110 | 274 | 60% | 40% |
| | Total | 393 | 410 | 803 | 49% | 51% |
| Fachstellenplan | Führungskraft | 10 | 72 | 82 | 12% | 88% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 9 | 46 | 55 | 16% | 84% |
| | Total | 19 | 118 | 137 | 14% | 86% |
| Summe | | 483 | 599 | 1082 | 45% | 55% |

Detailauswertung nach Bezirken und differenziert nach verschiedenen Führungspositionen im Sanitätsstellenplan (Führungspositionen – oberste hierarchische- und Entscheidungsebene)

(1) Sanitäre und ärztliche LeiterInnen komplexer Strukturen⁷

Tabelle: Führungskräfte/LeiterInnen komplexer Strukturen, Auswertung der Statistik: Sept. 2007

| Sanitätsstellenplan | Sanitäre und ärztliche LeiterInnen komplexer Strukturen (2007) | | | | |
|---------------------|--|----|-----|--------|--------|
| Bezirke | Total | M | F/W | M in % | W in % |
| Bozen | 50 | 46 | 4 | 92% | 8% |
| Brixen | 23 | 21 | 2 | 91% | 9% |
| Bruneck | 24 | 21 | 3 | 88% | 13% |
| Meran | 29 | 26 | 3 | 90% | 10% |

Tabelle: Führungskräfte/LeiterInnen komplexer Strukturen, Auswertung der Statistik: Juli 2009

| Sanitätsstellenplan | Sanitäre und ärztliche LeiterInnen komplexer Strukturen (2009) | | | | |
|---------------------|--|----|-----|--------|--------|
| Bezirke | Total | M | F/W | M in % | W in % |
| Bozen | 46 | 42 | 4 | 91% | 9% |
| Brixen | 23 | 21 | 2 | 91% | 9% |
| Bruneck | 26 | 22 | 4 | 85% | 15% |
| Meran | 28 | 25 | 3 | 89% | 11% |

⁷ Diese Daten entstammen der Auswertung der Personalstatistik vom Sept. 2007; Quelle: Dr.in Schuster (s. Anhang 2). Verglichen wurden die Daten mit dem aktualisierten Datensatz: Juli 2009 (Quelle: Frau Lösch); diese Daten beziehen sich auf die effektiv ernannten LeiterInnen.

Ein erster Blick auf die „Bestandsdaten“ (2007 und 2009 im Vergleich) zur Verteilung der Führungspositionen/Leitung komplexer Strukturen im Sanitätsstellenplan zeigt geringfügige Abweichungen in den absoluten Zahlen:⁸

Die Betrachtung der Verteilung der Führungspositionen zwischen den Geschlechtern im Zeitraum 2007-2009 weist auf geringfügige Veränderungen hin. In absoluten Zahlen hat sich die Anzahl der weiblichen Führungskräfte um eine Person erhöht (Nachbesetzung von Vakanzen), die Anzahl der männlichen Führungskräfte hat sich insgesamt verringert (aufgrund von Pensionierungen), in einem Bezirk um ebenfalls eine Person erhöht (Nachbesetzung von Vakanzen).

Detailauswertung der obersten Führungspositionen im Verwaltungsbereich nach Bezirk und Geschlecht:

(2) AbteilungsdirektorInnen (aktuelle Daten: Juli 2009)⁹

Tabelle: (effektiv ernannte) AbteilungsdirektorInnen/Verwaltungsbereich, Auswertung der Statistik: Juli 2009

| Verwaltungsstellenplan | AbteilungsdirektorInnen (2009) | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|----------|------------|---------------|---------------|
| Bezirke | Total | M | F/W | M in % | W in % |
| Bozen | 6 | 5 | 1 | 83% | 17% |
| Brixen | 7 | 6 | 1 | 86% | 14% |
| Bruneck | 6 | 5 | 1 | 83% | 17% |
| Meran | 6 | 6 | 0 | 100% | 0% |

Dateninterpretationen und Fragestellungen zur Verteilung der Führungsfunktionen nach Geschlecht und Stellenplan:

- ⇒ Die prozentuelle Verteilung aller Führungspositionen weist einen Frauenanteil von 45% aus (Männeranteil: 55%). Siehe dazu Tabelle oben: Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Berufsstellen und Geschlecht (in Zahlen und in %). Diese Tabelle bezieht sich auf alle Gesundheitsbezirke zusammen und differenziert nicht nach Hierarchien. Betrachtet man hingegen alle Führungspositionen zusammengenommen (ohne StellvertreterInnen) sind die Männer mit 60,75% noch stärker vertreten; der Frauenanteil hingegen beträgt 39,25% (alle Bezirke).
- ⇒ Die prozentuelle Verteilung der Führungspositionen nach Geschlecht und differenziert nach Berufsstellen bezogen auf den Gesamtbetrieb zeigt eine **deutliche „Schiefelage“**

⁸ Dies lässt sich damit begründen, dass die Datengrundlage nicht Planstellen sind, sondern alle, zu einem bestimmten Stichtag, besetzten Führungspositionen nach Geschlecht erhoben wurden (d.h. offene/noch nicht nach besetzte Stellen wurden nicht einbezogen).

⁹ Die hier ausgewerteten Daten sind nicht vergleichbar mit den Datenergebnissen aus 2007 zu: Detailauswertungen nach Bezirken/Führungskräfte nach Geschlecht und Berufsstellen (Anhang 2), da für die Datenanalyse 2007 Amts- und AbteilungsdirektorInnen zusammengefasst erhoben und ausgewertet wurden.

nach Geschlechter. Vergleicht man die Repräsentanz der Geschlechter an den Gesamtbeschäftigten (73%w, 27%m) mit der Geschlechterstruktur im Führungsbereich so zeigt sich eine **eklatante Gender Disparität auf der Führungsebene, die umso größer ist, je höher die berufliche Hierarchie.** Beispielsweise beträgt der Frauenanteil im Sanitätsbereich (nur bezogen auf die Vollzeitbeschäftigten) 67%, der Frauenanteil an den (gesamten) Führungspositionen mit 43% liegt weit darunter; noch gravierender ist die **Gender Disparität („Gläserne Decke“)**, wenn man **ausschließlich die TOP-Führungspositionen** ins Visier nimmt. Wie die Tabellen zur Detailauswertung der Führungspositionen im Sanitätsstellenplan bei den „Sanitären und ärztlichen LeiterInnen komplexer Strukturen“ zeigen, liegt der **Frauenanteil an den Führungskräften** lediglich **zwischen 8% und 13%** (nach Bezirken und bezogen auf das Jahr 2007) bzw. zwischen 9% und 15% (nach Bezirk, bezogen auf 2009).¹⁰

- ⇒ Ähnlich bzw. noch eklatanter sind die **Gender Unterschiede auf der Führungsebene im administrativen Bereich:** Beträgt der Männeranteil an den Gesamtbeschäftigten im Verwaltungsbereich 15,4%, so sind 53% der Führungskräfte (alle Amts- und AbteilungsdirektorInnen) männlich. Betrachtet man lediglich die Top-Positionen im Verwaltungsbereich (AbteilungsdirektorInnen) nach Bezirk, so ist im Gesundheitsbezirk Meran keine der Top-Positionen mit einer Frau besetzt; in den anderen Bezirken ist jeweils eine von 6 bzw. 7 AbteilungsdirektorInnen weiblich. (s. Tabelle oben/2009)
- ⇒ Die teilweise große Diskrepanz der Geschlechterverteilung an den Führungsfunktionen hat strukturelle Ursachen. Etwas nüchtern betrachtet bedeutet dies, dass es dem Sanitätsbetrieb kaum oder nur in sehr reduziertem Ausmaß gelingt, das gesamte Potenzial der Beschäftigten für den Aufbau (Führungskräftenachwuchs) und die Rekrutierung von (TOP-) Führungskräften zu nutzen.
- ⇒ In nahezu allen Bereichen dürfte „**Führungsarbeit**“ **männlich konnotiert** sein (d.h. quasi selbstverständlich an das Geschlecht „männlich“ gebunden); eine gewisse „Genderblindheit“, d.h. das Nicht-Wahrnehmen des weiblichen Führungskräftepotenzial dürfte Mainstream Sichtweise und Kultur in der Organisation sein. Selbst in den (historisch) stark weiblich-dominierten Berufsbereichen wie der Pflege, in denen die männlichen Fachkräfte sich erst langsam positionieren, liegt der Männeranteil an den Führungskräften über dem durchschnittlichen Männeranteil an den Gesamtbediensteten dieses Bereiches.
- ⇒ Bei der stark ausgeprägten Genderdisparität auf der Führungsebene dürften mehrere Ursachen und Faktoren zusammenspielen. Eine differenzierte Ursachenanalyse

¹⁰ Diese leichten Veränderungen in den Relationen ergeben sich zum einen aus den noch vakanten Führungspositionen, die vor der Vakanz (Pensionierung) männlich besetzt waren (Veränderungen in den absoluten Zahlen) bzw. aufgrund der Besetzung einer offenen Führungsposition mit einer Frau in diesem Zeitraum (Bezirk Bruneck).

erscheint hier zielführend, um Maßnahmen auch entsprechend effizient und nachhaltig entwickeln zu können. (Dieser Analyse wurde in den Bezirksarbeitsgruppen zur Entwicklung von Maßnahmenvorschlägen viel Raum und Zeit gewidmet; s. Punkt 4 dieses Berichtes.)

- ⇒ Unter Bezugnahme auf die Tatsache, dass der Frauenteil an den jüngeren Alterskohorten überdurchschnittlich hoch ist (demografische Entwicklung), stellt sich im Hinblick auf eine strategisch Ausrichtung der Führungskräfte Nachwuchspolitik des Unternehmens die Frage, inwieweit es gelingt, das Potenzial gut ausgebildeter Frauen (aller Altersgruppen) aufzubauen und für die Übernahme von Führungsverantwortung zu nutzen. Dies erfordert jedoch eine „Kulturänderung“ bzw. ein Aufweichen der „Genderblindheit“ bei der Besetzung von Führungspositionen. Eine Nicht- oder nicht adäquate Berücksichtigung des weiblichen Potenzials würde bedeuten, zukünftig auf 80% (des möglichen Potenzials) bei der Suche nach den „Besten Köpfen“ für Führungsaufgaben zu verzichten.

- ⇒ Das Nutzen und Aufbauen des weiblichen Führungskräftepotenzials braucht neben einer gezielten Investition und Entwicklung in die weiblichen Nachwuchsführungskräfte, entsprechende Motivationsarbeit und v.a. eine Veränderung des vorherrschenden (männlich konnotierten) Führungskulturverständnisses.

Weitere Datenanalysen bzw. eine Detailauswertung der Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Geschlecht und Berufsstellen für die einzelnen Gesundheitsbezirke findet sich im Anhang 2.

3. Ableitung von Handlungsfeldern und Handlungsempfehlungen durch das Komitee (Diskussionsgrundlage)

Ausgehend von der vorliegenden Datenanalyse empfiehlt das Komitee zu folgenden Handlungsfeldern und Themen Gleichstellungsmaßnahmen zu entwickeln:

- Ausstieg und Wiedereinstieg nach der (Eltern-)Karenz strukturiert managen (Vereinbarkeitsmaßnahmen, u.a.)
- „Väterkarenz“ unterstützen
- Arbeitsmodelle (breitere Palette an Möglichkeiten schaffen)
- Demografie-Themen (Arbeitsbewältigung und Beschäftigungsfähigkeit im Alter, gemischte Teams nach Alter, u.a.) berücksichtigen
- Aufweichen des Phänomens „Frauen verharren in Parttime“
- Führungskräfteentwicklung und Steigerung des Frauenanteils an den Führungspositionen (Qualifikation der Führungskräfte verbessern, Frauen motivieren, MitarbeiterInnengespräche gezielt nutzen)

4. Entwicklung und Diskussion von Maßnahmenvorschlägen in den Bezirksarbeitsgruppen

4.1. Einrichtung von Bezirksarbeitsgruppen zur Entwicklung und Diskussion von Maßnahmen

Aufgaben und Zusammensetzung der Bezirksarbeitsgruppen

Nach Diskussion der ausgewerteten Daten im Komitee, mit der Generaldirektion und den Bezirksdirektoren wurden in der Folge die Daten auf der Ebene der Bezirke diskutiert und konkrete Maßnahmenvorschläge erarbeitet. Die Einbeziehung der Erfahrungen und Expertise aus den jeweiligen Fachbereichen in den Gesundheitsbezirken in die Erstellung eines Maßnahmenplans ermöglichte die Erarbeitung eines Gesamtmaßnahmenplans, der auch den spezifischen Bedürfnisse und Unterschiede in den Gesundheitsbezirken Rechnung trägt.

Die breite Diskussion und Auseinandersetzung zu den Datenergebnissen auf Bezirksebene diente der Sensibilisierung zu den aktuellen Genderfragen und Herausforderungen im Sanitätsbetrieb. Die Entwicklung von Maßnahmenvorschlägen auf Bezirksebene unter Einbeziehung von engagierten und interessierten VertreterInnen der Fachbereiche gewährleistete, dass in der Folge die Umsetzung von konkreten Maßnahmenschritten und Projekten stärker mitgetragen wird.

Aufgaben und Zielsetzungen der Bezirksarbeitsgruppen:

- Diskussion der bezirksspezifischen Genderdaten
- Auseinandersetzung mit den Datenergebnissen, Bewertung und Diskussion von Hintergründen
- Erweiterung der quantitativen Daten um qualitative: Einbringen von Erfahrungen aus den verschiedenen Fachbereichen
- Diskussion von Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen
- Erarbeitung von konkreten Maßnahmenschwerpunkten im Bereich Chancengleichheit auf Bezirksebene
- Sammeln von Umsetzungsvorschlägen (mögliche Projekte, erreichbare Ziele, Zielgruppen und Zeitplan)

Die **Ergebnisse** aus den Bezirksarbeitsgruppen wurden im Rahmen eines gemeinsamen Workshops (20. Mai 09) zusammengefasst und im Komitee besprochen. Auf Basis der Bezirksvorschläge wurden Schwerpunktsetzungen vorgenommen und nachfolgender Gesamtmaßnahmenplan für Chancengleichheit erstellt.

Dieser soll mit der Generaldirektion und den Bezirksdirektoren/der Bezirksdirektorin abgestimmt und vereinbart werden

Auswahl der TeilnehmerInnen für die Bezirksarbeitsgruppen

Kriterien für die Auswahl:

- Gleichstellung ist ein Anliegen (Erfahrungen und/oder Weiterbildung im Bereich Gender Mainstreaming/Chancengleichheit)
- Fachkompetenz in den jeweiligen Fachbereichen (Pflege, Medizin, Verwaltung, technische Dienste)
- Methodenkompetenz bzw. Erfahrungen in der Projektarbeit (z.B. Qualitätsprojekte)
- Entscheidungskompetenz
- Motivation zur Mitarbeit und Interesse am Thema

Zusammensetzung der Arbeitsgruppen (ca. 8 Personen)

- VertreterInnen des Komitees f. Chgl.
- VertreterInnen aus allen Fachbereichen (fachl. Kompetenz, Gleichstellungskompetenz, Entscheidungskompetenz)
- VertreterInnen aus dem Verwaltungs- und dem Personalbereich
- VertreterInnen aus dem Gewerkschaftsbereich

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden durch die BezirksdirektorInnen bestellt. Die Mitarbeit galt als Arbeitszeit.

Die Arbeitsgruppen wurden von den Vertreterinnen des Komitees geleitet und durch jeweils eine Moderatorin unterstützt.

Vor Start der Bezirksarbeitsgruppen wurden die ernannten Arbeitsgruppenleiterinnen und Moderatorinnen in einem Briefing für diese Aufgabe vorbereitet. Die Arbeit der Bezirksarbeitsgruppen umfasste 3 Sitzungen im Zeitraum von Jänner – Mai 09.

Die Ergebnisse aus den Bezirken wurden in einem gemeinsamen Auswertungs-Workshop (20. Mai 09) zusammengefasst und sind nachfolgend dokumentiert.

4.2. Zusammenfassende Darstellung der Arbeitsergebnisse der Bezirksarbeitsgruppen für den Maßnahmenplan für Chancengleichheit

Im Anhang 3 sind die ausführlichen Diskussionsergebnisse je Bezirksarbeitsgruppe, die Gruppenzusammensetzung/TeilnehmerInnen und Termine dargestellt, sowie offene Fragen und erforderliche Datenergänzungen zusammengefasst.

Die Diskussion zur Erarbeitung von Maßnahmenvorschlägen in den Bezirksarbeitsgruppen wurde von allen Leiterinnen als sehr positiv, konstruktiv und engagiert eingeschätzt. Die hohe Verbindlichkeit in der Mitarbeit und das gute Arbeitsklima förderten eine produktive und

Ergebnis orientierte Diskussion. Das Ergebnis der Bezirksarbeitsgruppen stellte ein umfangreicher „bezirksspezifischer“ Maßnahmenkatalog dar; ebenso wurden zusätzliche Recherchen bezogen auf die Daten durchgeführt bzw. Datenmankos erhoben.

Die Diskussionen zeigten, dass ein sehr breites Verständnis über die Situation der Gleichstellung im Sanitätsbetrieb vorherrscht. Die vorgeschlagenen Maßnahmen werden der Vielschichtigkeit und Komplexität der Problematik gerecht.

Nachfolgend sind Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen, sowie die Maßnahmenvorschläge je Gesundheitsbezirk zusammengefasst. Die detaillierten Maßnahmenbeschreibungen finden sich im Anhang 4 dieses Berichtes.

Schlussfolgerungen und Maßnahmenvorschläge aus den Bezirken:

| Bezirksergebnisse | Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen | Maßnahmenvorschläge |
|-------------------|--|--|
| Bozen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ In welchen Bereichen sollen die Chancengleichheit verbessert werden? ▪ Wo sind Veränderungen wünschenswert, notwendig? <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufwertung der weiblichen Führungskräfte 2. Vorantreibung einer Betriebskultur in der Part-Time-Arbeit zur Vereinbarkeit ohne professionelle Einbußen oder Anerkennung möglich ist 3. Maßnahmen zur Vereinbarkeit: <ul style="list-style-type: none"> 3 a) Telearbeit als positive Maßnahme der Vereinbarkeit 3 b) Forcierung der Väterkarenz: Inanspruchnahme von Väterkarenz und Bewusstsein dazu soll steigen 3 c) Verbesserung und Ausbau der Kinderbetreuungsangebote – Anpassung an den tatsächlichen Bedarf (auch für Beschäftigte mit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welchen Maßnahmen sollten im Bezirk umgesetzt werden? ▪ Mit welchen Maßnahmen, Interventionen kann eine Veränderung herbeigeführt werden? ▪ Wo gibt es Ansatzpunkte? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewährung einer gleichwertigen Quote („Rosa Quote“) für Frauen und Männer in den verschiedenen Kommissionen und/oder Arbeitsgruppen auf Bezirk- und Betriebsebene ▪ Führungskräfte sensibilisierung: Organisieren von Weiterbildungen, welche auf das gesamte Personal abzielen, um die Themen "Gender Mainstreaming" und "Aufwertung des Part-time-Personals“ näher zu bringen ▪ Weiterführung und Ausweitung der Zertifizierung (Audit Familie& Beruf) v.a. auf jene Abteilungen mit einem hohen Anteil an Ärztinnen mit Kindern ▪ Erhöhung der Angebote und Anfragen für Telearbeit als Maßnahme zur Vereinbarkeit von Familie/Beruf. ▪ Ausarbeitung einer einheitlichen Regelung auf Betriebsebene zum Thema "Telearbeit" mit der Bestimmung diese im Sanitätswesen anzuwenden in Absprache mit den Gewerkschaftsverbänden + Informationsarbeit für Personal und Führungskräfte ▪ Informationsarbeit über die geltenden gesetzlichen Regelungen zur Nutzung von Väterkarenz ▪ Bewusstseinsbildende Maßnahmen zur Bewerbung von Väterkarenz (Väterkultur) – Zugang und Nutzung soll positiv besetzt werden und steigen ▪ Verbesserung der Führungskultur (und Sensibilisierung der Führungskräfte) für Väterkarenz ▪ Erhöhung der Plätze in der betrieblichen Kinderbetreuung, Ausbau und Schaffung einer eigenen Struktur für den Kindergartenbereich (inkl. Sommerbetreuung) |

| | Werkvertrag) | |
|----------------|---|---|
| Brixen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbesserung der Situation für Frauen und Stärkung deren Position zur Übernahme von Führungsarbeit – Entwicklung von maßgeschneiderten Maßnahmen und Programmen <p>Hypothesen zu Barrieren für Frauen in Führungspositionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geringe Attraktivität bestimmter Führungspositionen (wie Koordinatoren) wegen Zielkonflikte, Überlastung, etc. ▪ Auswahlverfahren (für Primare geeignet?) ▪ Frauendiskriminierende Kriterien? ▪ Reale Bewerbungslage (Haben Frauen überhaupt Interesse?) ▪ Kein Assessment <ol style="list-style-type: none"> 2. Ausbau des Angebotes an Kinderbetreuungsmöglichkeiten (15 Plätze sind zu wenig!) 3. Unterstützung der TZ-Kräfte und Flexibilisierung der Teilzeit-Arbeitsformen (Wechsel muss möglich sein) -> Abbau der Benachteiligung von Teilzeit-arbeitenden Fachkräften, Aufwertung der Teilzeit-Beschäftigten 4. Aufgreifen des Themas „demografische Entwicklung“ und Unterstützung älterer Mitarbeiterinnen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer aktiven Befragung: „Was würden Sie brauchen, um die Vereinbarkeit Familie/Beruf bzw. Karriereentwicklung zusammenzubringen?“ ▪ BeraterInnen-Team (Psychologe, Coach) Unterstützende Beratung durch Betriebspsychologe und Personalentwicklung Betriebspsychologe, Unterstützung für mittlere Führungskräfte Coach für Führungskräfte Regelmäßiges Coaching für TOP Management <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbau der Kinderbetreuung ganzjährig + zusätzliche Plätze für Sommerbetreuung in Brixen und Neueinrichtung in Sterzing. ▪ Andere Formen von TZ-Arbeitsmöglichkeiten entwickeln bzw. propagieren: z.B. 66%, 80%, 90% u.a. ▪ Job sharing <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maßnahmen im Bereich der Arbeitsmedizin: regelmäßige Gesundheitscheck für ältere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen |
| Bruneck | <ol style="list-style-type: none"> 1. Flexiblere Arbeitszeiten schaffen, Möglichkeit der Teilzeitarbeit für alle/vor allem für ältere Bedienstete 2. Verbindung zwischen Betrieb/Abteilung und Bediensteten während der Elternzeit aufrecht erhalten 3. Führungspositionen sollen an bestimmte Kompetenzen und Ausbildungen gebunden sein (Management-Know-How) 4. Neue Angestellte sollen an verschiedenen Arbeitsstellen rotieren | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexible Arbeitszeiten im Unternehmen umsetzen: z.B. Dienstverhältnisse zu 10, 20 30%, usw. schaffen ▪ Information im Rahmen der MitarbeiterInnen-fördergespräche über Nachteile der Teilzeitarbeit (Rente, usw.), Fortbildungs-, Ausbildungs- und Karrieremöglichkeiten und Kinderbetreuung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsfluss während Mutterschaft und Elternzeit ▪ Informationen über Kinderbetreuungsmöglichkeiten ▪ Einschulungsmaßnahmen nach Elternzeit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufbau von Führungs-Know-How, v.a. im Bereich MitarbeiterInnenförderung |

| | | |
|--------------|---|--|
| Meran | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbesserung des Wiedereinstiegs von Personal nach längerer Abwesenheit 2. Angebote für verschiedene Arbeitsmodelle entwickeln (z.B. Abteilungen mit nur Teilzeitmitarbeitern/innen); Aufwertung und Gleichstellung des/der Teilzeitbediensteten 3. Karrieremöglichkeiten für Part-time-Angestellte schaffen 4. Förderung der Motivation und Wertschätzung der MitarbeiterInnen (z.B. bei der Einteilung von Turnussen) 5. Förderung von Frauen in Führungspositionen 6. Altersgerechte Arbeitszeit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführungszeit (Schulungen) und Maßnahmen für MitarbeiterInnen nach längerer Abwesenheit (Mutterschaft, Krankheit, Pflege von Angehörigen usw.) ▪ flexiblere Arbeitszeitmodelle im Bereich „Part-time“ (z.B. 60%, 90% usw.) ▪ Initiativen für ein „entspannteres“ Arbeitsverhältnis zwischen Teilzeit/Vollzeit ▪ Aufklärung der MitarbeiterInnen über die Folgen bezüglich Pension, freiwillige Nachzahlung von Beiträgen usw., besonders jener, welche Teilzeit haben/möchten; ▪ Idee der Einführung von Telearbeit ▪ Bei der Auswahl der Führungskräfte Bewertung der Sozialkompetenz einfließen lassen. ▪ Altersgerechte Urlaubstage bzw. Arbeitszeit (ohne Pensionsabzug) für MitarbeiterInnen; |
|--------------|---|--|

4.3. Exkurs: „Förderung von Frauen in Führungspositionen“

Das Thema „Förderung von Frauen in Führungspositionen“ wurde in den Bezirksarbeitsgruppen breit und umfangreich diskutiert.

Als die wichtigsten Ursachen und Gründe, warum der Anteil der Frauen an Führungsfunktionen im Sanitätsbetrieb verhältnismäßig gering ist, werden genannt:

- Frauen nehmen zu wenig an Wettbewerben, Ausschreibungen teil
- Frauen fehlen oftmals die (notwendigen, beruflichen) Vorerfahrungen
- Frauen sind zu wenig interessiert an Führungsaufgaben
- Führungskräfte haben oftmals wenig Unterstützung durch die Organisation (v.a. KoordinatorInnen); Führungsarbeit ist Stress und nicht attraktiv
- Familiäre Verpflichtungen werden als Hinderungsgründe wahrgenommen
- Frauen erfahren zu wenig Unterstützung in der Organisation, sich zu bewerben
- Führungspositionen sind Männern „vorbehalten“ – Führung ist „männlich konnotiert“
- U.a.m.

Nachfolgende Grafik gibt jene Faktoren wieder, die als Voraussetzung dafür zu nennen sind, dass der Frauenanteil an den Führungskräften in der Organisation systematisch erhöht werden kann.



5. Maßnahmenplan für Chancengleichheit im Sanitätsbetrieb (2009-2012)

Auf Basis der Ergebnisse der Bezirksarbeitsgruppen und der, in den Workshops durchgeführten Bewertung und Priorisierung, können nachfolgende Schwerpunkte und Maßnahmenbündel für den Maßnahmenplan für Chancengleichheit 2009-2012 zusammengefasst werden:

Bei der Umsetzung der einzelnen Maßnahmenbündel soll auf einzelne, bereits konkret ausgearbeitete Maßnahmenvorschläge und -pakete der Bezirksarbeitsgruppen zurückgegriffen werden (s. Anhang 4).

5.1. Zusammenfassung der Maßnahmenschwerpunkte für Chancengleichheit

Maßnahmenschwerpunkte für Chancengleichheit – 2009 – 2012 – Komitee für Chancengleichheit

I.) Maßnahmenbündel zur Verbesserung der Frauenkarrieren im Unternehmen

Konkrete Maßnahmen:

- **Verpflichtende Besetzung der Wettbewerbskommissionen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben** (1/3 Frauenanteil) und Übermittlung der Kommissionszusammensetzung vor Veröffentlichung an das Komitee für Chancengleichheit (Umsetzung durch die Generaldirektion: schriftliche Anordnung)

Prioritäre Maßnahmen:

- **Befragung:** Durchführung einer aktiven, repräsentativen Befragung unter dem weiblichen Fachpersonal (Medizin und Pflege) mit Fragestellungen zur Vereinbarkeit von Familie/Beruf bzw. Karriereentwicklung.
- **Überprüfung des Prozedere für die Auswahl und die Besetzung von Führungspositionen** (Eruierung von Daten zu durchgeführten Ausschreibungen und Bewerbungen in den vergangenen 3 Jahren, Einführung von gendergerechten Verfahren, Standards/Assessment)
- **Umsetzung einer ausgewogenen Zusammensetzung nach Geschlecht** (Ziel: mind. 30% Frauenanteil) in den verschiedenen Kommissionen und/oder Arbeitsgruppen auf Bezirk- und Betriebsebene (verpflichtende Umsetzung dieses Ziels bei Neu- und Nachbesetzungen)

Weiterführende Maßnahmen:

- Gezielte Führungskräftenachwuchsentwicklung: gezielter Aufbau von weiblichen Nachwuchsführungskräften (Mentoring-Programme, Unterstützung beim Erwerb der erforderlichen fachlichen Voraussetzungen und Berufserfahrungen, etc.)

- Qualifizierungsmaßnahmen für Frauen (Empowerment, Qualifizierung, Motivation, etc.)
- Führungskräfte-Curriculum zur Sensibilisierung: Weiterbildungsveranstaltungen für Führungskräfte in den Themenbereichen (Gender Mainstreaming, Aufwertung des Part-Time-Personals, Förderung von Frauen bzw. Nutzung weiblicher Potenziale für zukünftige Führungsaufgaben, soziale Kompetenzen und MitarbeiterInnenführung)
- Umfrage unter Führungskräften und Schaffung eines Angebotes einer innerbetrieblichen Support-Struktur für Führungskräfte – BeraterInnen-Team (Psychologin, Coaching)/ Unterstützende Beratung, Coaching durch Betriebspsychologin und Personalentwicklung für mittlere Führungskräfte, Regelmäßiges Coaching für TOP Management (s. detaillierter Maßnahmenvorschlag/Maßnahmenpaket 3)-Brixen)

Kernargumente:

- ⇒ Schlechte Performance aufgrund der Datenlage („Gläserne Decke“ – Frauen sind kaum in Top-Führungspositionen vertreten)
- ⇒ Derzeitige Besetzungspolitik ist „suboptimal“ weil: Viele Führungspositionen sind vakant, schlechte BewerberInnenlage, das gesamte Potenzial der Beschäftigten wird für die „Wahl der besten Köpfe“ nicht genutzt
- ⇒ Aufgrund der demografischen Entwicklung braucht das Unternehmen gezielte und mittelfristige Strategien, um die Führungskräfte der Zukunft aufzubauen

Struktur und Zeitplan zur Durchführung des Maßnahmenbündels I):

- ⇒ Bezirksübergreifende Arbeitsgruppe zum Thema „Verbesserung der Frauenkarrieren im Unternehmen“
- ⇒ Leitung: Komitee für Chancengleichheit und zentrale Personalstelle
- ⇒ Mitglieder der Arbeitsgruppe: Führungskräfte aus allen Fachbereichen, der Verwaltung, sowie GewerkschaftsvertreterInnen
- ⇒ Start der Arbeitsgruppe: Ende 2009

Output: Nutzen für die Organisation - Ergebnisse (Ziele) bis Ende 2012:

- ⇒ Nachvollziehbare und statistisch messbare Erhöhung des Frauenanteils an Führungspositionen in allen Bereichen
- ⇒ Gendergerechte Verfahren und Qualitätsstandards in den Ausschreibungen und in der Besetzung von Führungspositionen sind implementiert
- ⇒ Mentoring für weibliche Nachwuchsführungskräfte: Pilotprojekt
- ⇒ Wertschätzung und Förderung der Frauen hat sich verbessert
- ⇒ Umsetzung von spezifischen Qualifizierungsmaßnahmen zum Ausbau und Stärkung der Führungskompetenzen allgemein (ca. 40% der Führungskräfte haben in diesem Zeitraum diese Maßnahmen absolviert)
- ⇒ Erste Pilotprojekte zur Verbindung von Parttime und Führungsaufgaben, sowie im Bereich Telearbeit wurden umgesetzt
- ⇒ Im Betrieb entsteht ein positives Bild von „Frau und Führungsarbeit“

II.) Maßnahmenbündel zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (für Frauen und Männer)

Konkrete / prioritäre Maßnahmen:

- **Ausbau eines bedarfsorientierten, flexiblen betrieblichen Kinderbetreuungsangebotes** (Kinderhorte und Sommerkinderbetreuung) – Arbeitsgruppe dazu existiert bereits

Weitere Maßnahmen

- Fortführung des **Audits „Familie und Beruf“** (Umsetzung von Pilotprojekten in ausgewählten Abteilungen)
- Begleiteter und **systematisch geplanter Wiedereinstieg** (Umsetzung eines Programms für Führungskräfte im Betrieb in Zusammenarbeit mit der Personalstelle – verpflichtende Ausstiegs- und Wiedereinstiegsgespräche, Kontakthalten und verbesserter Informationsfluss, Teilnahme an WB-Veranstaltungen und Sitzungen während der Elternurlaubs, etc.)
- **Arbeitszeitflexibilität** nutzen bzw. gezielt **flexible Arbeitsmodelle anbieten**, Aufbrechen des Phänomens „Verharren in Parttime“, breite Information im Betrieb über Möglichkeiten und Konsequenzen von Parttime, Aufwertung von PT-Arbeitszeitformen
- **Einführung von Telearbeit** (für mehr Abteilungen und Bereiche, Überprüfung der Möglichkeiten, Umsetzung von Pilotprojekten)
- Gezielte Bewerbung von **Väterkarenz**

Kernargumente:

- ⇒ Ein **bedarfsorientiertes** Kinderbetreuungsangebot ermöglicht den Müttern/Vätern ihren „Arbeitseinsatz“ (Umfang und Qualität) zu verbessern (v.a. in den Sommermonaten und entspr. der Dienstpläne)
- ⇒ Vereinbarkeitsmaßnahmen und ein systematisch organisierter Aus- und Wiedereinstieg verhindert einen familienbedingten „Drop-Out“ bzw. lange Abwesenheitszeiten, die zu Qualifizierungsverlusten führen. Die betriebswirtschaftlichen Kosten (hohe Einschulungskosten, Such- und Anwerbungskosten, Friktionen und Belastungen aller dadurch betroffenen Teams, etc.) können reduziert /vermieden werden.
- ⇒ Demografische Entwicklung: Das jüngere Fachpersonal (Medizin und Pflege) ist zu ca. 80% weiblich und vor der Familiengründungsphase: Ein längerer (familienbedingter) Ausstieg dieser Altersgruppe stellt das Unternehmen zukünftig vor sich verschärfende Rekrutierungsprobleme. Abgesehen von den gesellschaftlichen und individuellen Kosten (hohe Ausbildungskosten haben sich nicht „amortisiert“)

Struktur und Zeitplan zur Durchführung des Maßnahmenbündels II):

- ⇒ Bezirksübergreifende Arbeitsgruppe zur Entwicklung und Umsetzung „innovativer Maßnahmen für die Vereinbarkeit im SB“
- ⇒ Leitung: Komitee für Chancengleichheit, zentrale Personalstelle (unter Einbeziehung der GewerkschaftsvertreterInnen)
- ⇒ Start der Arbeitsgruppe: Ende 2009
- ⇒ Durchführung bis Ende 2012

Output: Nutzen für die Organisation und Ergebnisse (Ziele) bis Ende 2012

- ⇒ Das betriebliche Kinderbetreuungsangebot ist gestiegen und entspricht in etwa dem Bedarf der beschäftigten Mütter und Väter im Betrieb: Die Personalressourcen der „Eltern“ können gehalten werden; bringen sich optimal im Betrieb ein
- ⇒ Umsetzung eines Spezialprogramms im Bereich „Wiedereinstieg, verschiedene Maßnahmen und gezielte MitarbeiterInnengespräche für WiedereinsteigerInnen/ Elternkarenzierte, etc.“ durch die Personalabteilung in ausgewählten Abteilungen (ca. 50% der Karenzierten wurden bis Ende 2012 in das Programm eingebunden)
- ⇒ Erleichterung des Wiedereinstiegs und Verbesserung des Qualifikationsniveaus bei längeren Abwesenheitszeiten
- ⇒ Erfolgreiche Umsetzung von Pilotprojekten im Bereich des Audits „Familie und Beruf“, sowie Telearbeit
- ⇒ Übertragung der Ergebnisse auf mehrere Bezirke/Abteilungen
- ⇒ Reduktion des Personalwechsels in den Abteilungen; mehr personelle Kontinuität
- ⇒ Motivationssteigerung und Verbesserung der betrieblichen Karrieremöglichkeiten von Beschäftigten mit Kindern
- ⇒ statistisch nachvollziehbare Veränderung in der Nutzung flexibler Parttime-Modelle (außerhalb der 50% und 75%-PT-Modelle)
- ⇒ Aktive Unterstützung von Väternkarenzmodellen erfolgt und wird bereits genutzt

III.) Demografische Entwicklung und Genderaspekte („Productive Ageing“)

Konkrete Maßnahmen:

- Auseinandersetzung mit dem Thema der demografische Entwicklung und der Auswirkungen auf die Beschäftigten in den kommenden Jahren
- Durchführung von Fachvorträgen und Sensibilisierungsveranstaltungen zum Thema demografische Entwicklung, Productive Ageing/Altersgerechte Modelle in der Arbeitswelt
- Überlegungen für Altersteilzeit-Modelle
- Altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung

Struktur und Zeitplan zur Durchführung des Maßnahmenbündels III):

- ⇒ „Strategie“-Arbeitsgruppe zur Aufbereitung des Themas in der Organisation
- ⇒ Leitung: Direktion (unter Mitarbeit der Personalabteilung, des Komitees für Chancengleichheit, sowie der Gewerkschaften)
- ⇒ Start der Arbeitsgruppe: 2010
- ⇒ bis Ende 2012

Output: Nutzen und Ergebnisse (Ziele) bis Ende 2012:

- ⇒ intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Älter werden“ und Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Beschäftigten und den Betrieb
- ⇒ Know-How-Aufbau und Schaffung eines Bewusstseins zu Fragen des „produktiven“ Älter-Werdens im Betrieb und altersgerechter Arbeitszeit- und Arbeitsgestaltungsmodelle
- ⇒ Erste Überlegungen und Konzeption von Pilotmaßnahmen im Bereich „Productive Ageing“ (Arbeitsbewertung, Sensibilisierung von Führungskräften, altersgerechte AZ-Modelle und Arbeitsplatzgestaltung, u.a.)
- ⇒ Bis Ende 2012: Start der Umsetzung von Pilotprojekten zu diesem Thema

Anhang:

Anhang 1: Auswertungen der Datenanalyse: Beschäftigtendaten allgemein und nach verschiedenen Strukturmerkmalen

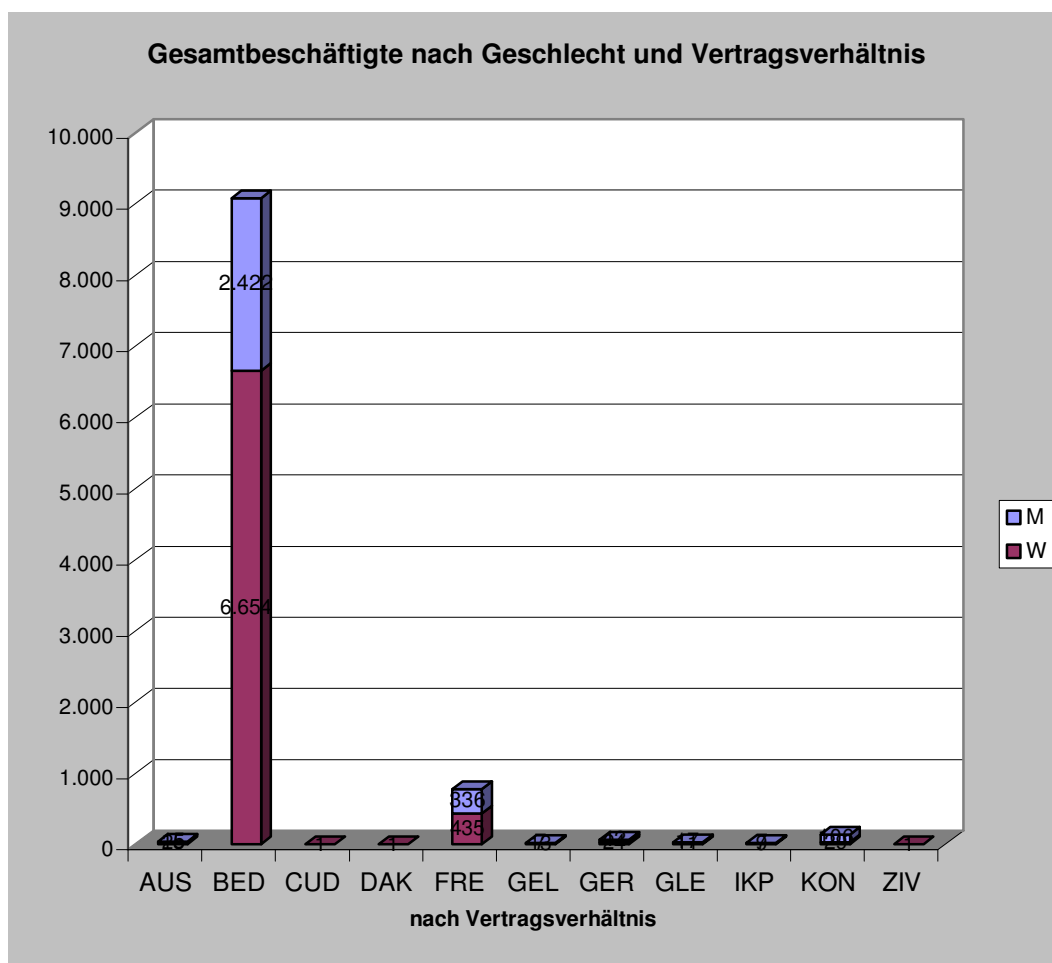
Beschäftigtendaten allgemein

Insgesamt sind für den Sanitätsbetrieb in Südtirol **10.155 Personen** tätig; das sind **7.203 Frauen (= 70,93%)** und **2.952 Männer (= 29,07%)**.

Nachfolgend sind die **Beschäftigten nach Geschlecht** und **nach Art der Dienstverträge/ Beschäftigungsverhältnisse** dargestellt. Wie aus der Grafik ersichtlich ist, konzentriert sich der Großteil der Beschäftigten auf die **Bediensteten (BED)**, das sind mit **9.076 Personen** ca. 90% aller Beschäftigten.

Die zweite Gruppe umfasst die **FreiberuflerInnen/ WerkvertragsnehmerInnen (FRE)** mit **771 Personen** das sind 7,6% aller Beschäftigten, gefolgt von der Gruppe der KonsulentInnen (KON= medici di base) mit 135 Personen (= 1,3% der Beschäftigten).

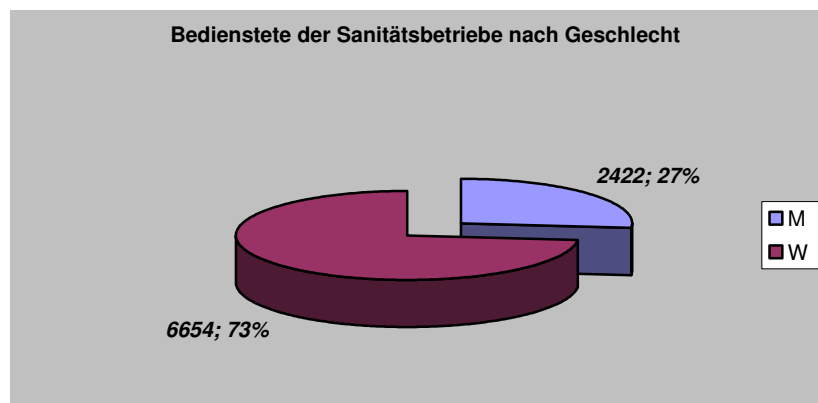
Nachfolgende Grafik weist die Zusammensetzung nach Geschlecht aus (für M=männlich und W/F=weiblich)¹¹.



Grafik 1: Gesamtbeschäftigte nach Geschlecht und Vertragsverhältnis

¹¹ Diese Abk. gilt für alle nachfolgenden Grafiken

Die Auswertung der Bediensteten nach Geschlecht absolut und in Prozent ergibt folgendes Bild:

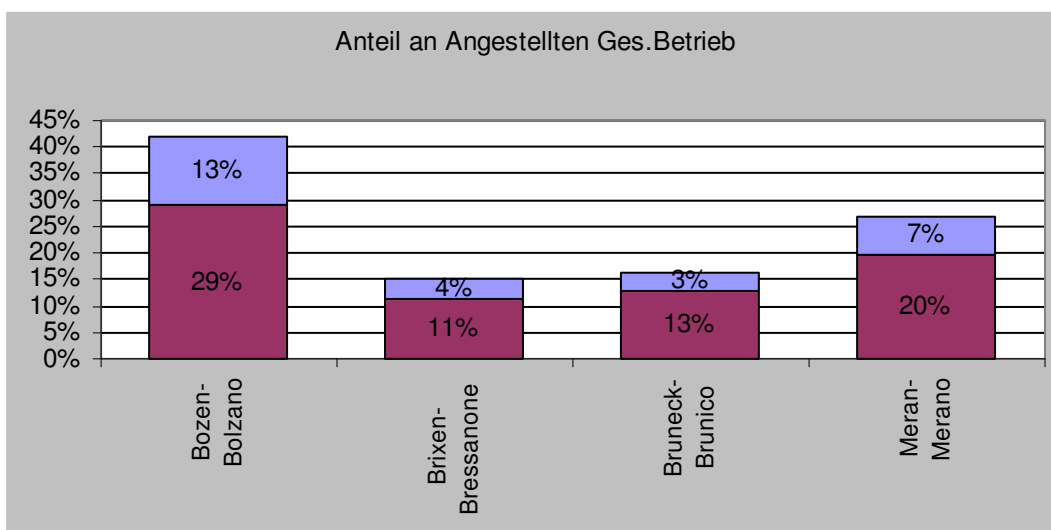


Grafik 2: Bedienstete nach Geschlecht

Knapp $\frac{3}{4}$ (73%=6.654) der Bediensteten des Gesamtbetriebes sind weiblich, etwas mehr als $\frac{1}{4}$ (27%=2422) männlich.

Beschäftigtendaten (Bedienstete) nach Geschlecht und Bezirk:

Grafik 3 zeigt die Verteilung der Bediensteten auf die einzelnen Bezirke



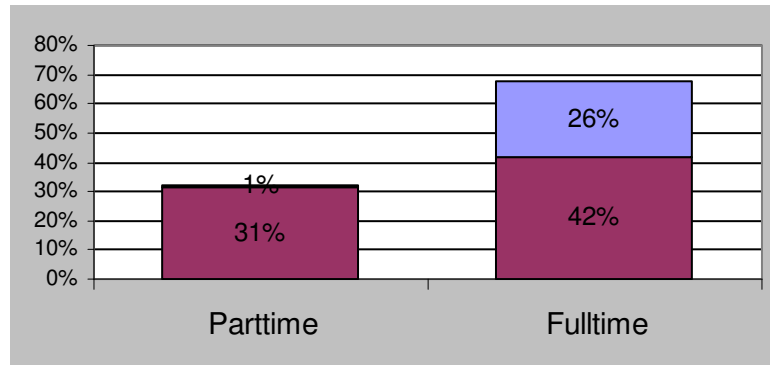
Grafik 3: Bedienstete nach Geschlecht und Bezirk

Im Bezirk Bozen sind 42% aller Bediensteten des Sanitätsbetriebes beschäftigt, in Brixen 15%, in Bruneck 16% und in Meran 27%.

Die prozentuelle Verteilung der beiden Geschlechter auf die einzelnen Gesundheitsbezirke sieht wie folgt aus (ohne Grafik): Bozen (70%w, 30%m), Brixen (75%w, 25%m), Bruneck (80%w, 20%m), Meran (74%w, 26%m).

Beschäftigtendaten nach Geschlecht, Arbeitszeiten und nach Gesundheitsbezirk

Bedienstete nach Geschlecht und Arbeitszeiten:



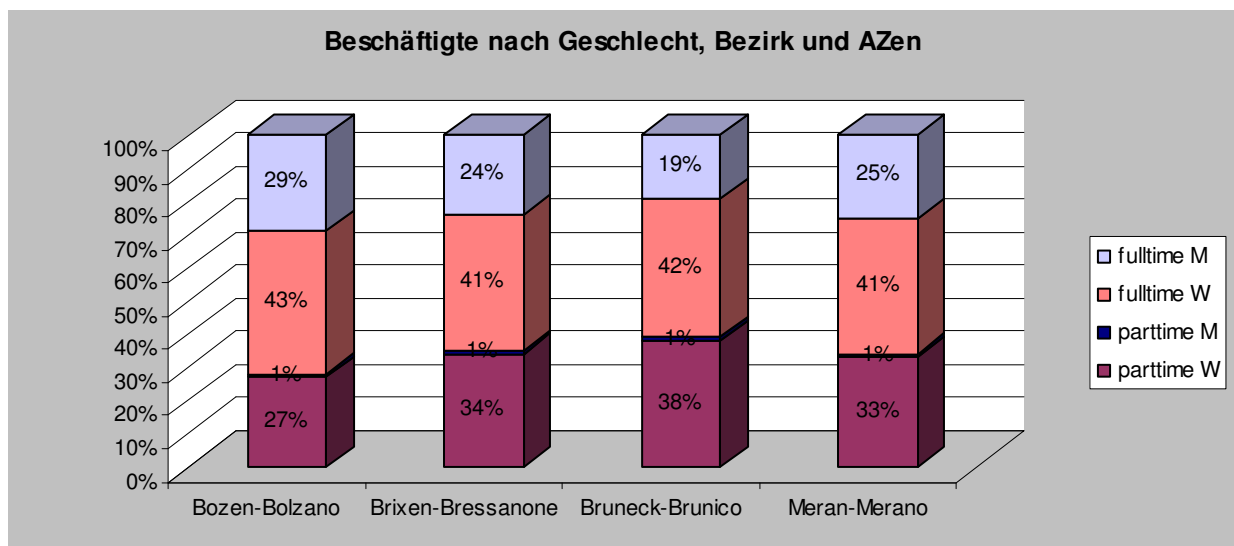
Grafik 4: Bedienstete nach Geschlecht und Arbeitszeiten

32% aller Bediensteten arbeiten Parttime (PT); 97,5% der Teilzeitbeschäftigten sind Frauen (2.843). Der Frauenanteil an den Fulltime (FT)-Beschäftigten beträgt 61,9%.

Insgesamt arbeiten ca. 43% (= 2.843) der weiblichen Bediensteten Parttime; 57% (=3.811 aller 6654 Frauen) arbeiten Fulltime.

Die PT-Beschäftigten verteilen sich etwa zu gleichen Teilen auf 50% PT (=17% aller Bediensteten) und 75% PT (=15% aller Bediensteten).

Bedienstete nach Geschlecht, Bezirk und Arbeitszeiten:



Grafik 5: Bedienstete nach Geschlecht, Bezirk und Arbeitszeiten

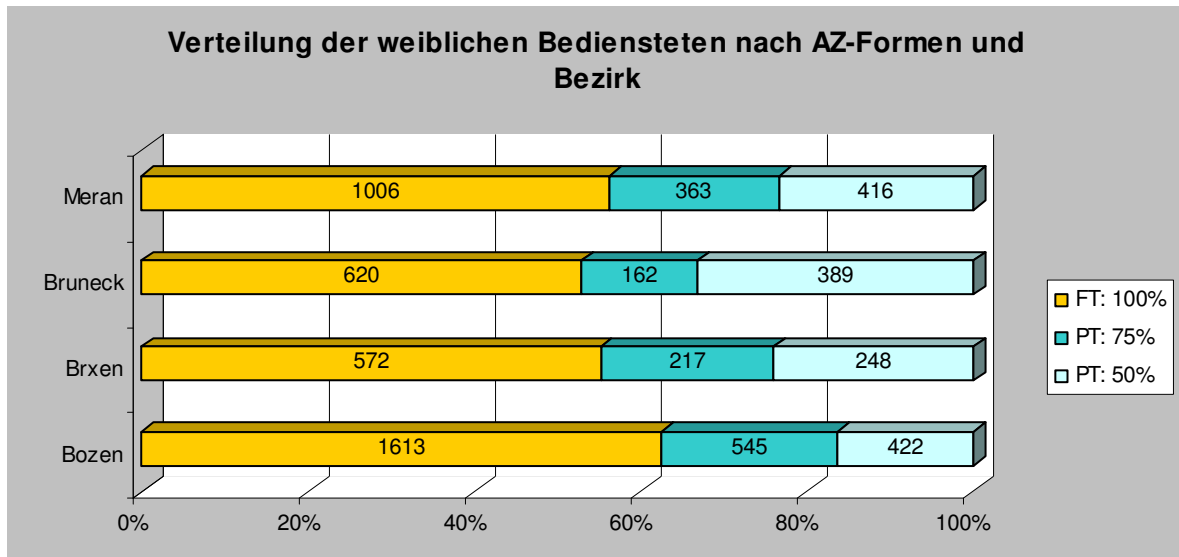
Die Verteilung der Fulltime und Parttime-Bediensteten nach Bezirken zeigt leichte Unterschiede. In Bozen ist der Anteil der PT-Beschäftigten mit 28% unterdurchschnittlich ausgeprägt; in den Bezirken Meran (mit 34%), Brixen (mit 35%) und in Bruneck (mit 39%) überdurchschnittlich.

Nach Geschlecht betrachtet beträgt der Anteil der männlichen PT-Beschäftigten (an den Gesamtbediensteten) um die 1% (gerundet).

Verteilung der Parttime-beschäftigten Frauen auf die verschiedenen PT-Formen in den einzelnen Bezirken:

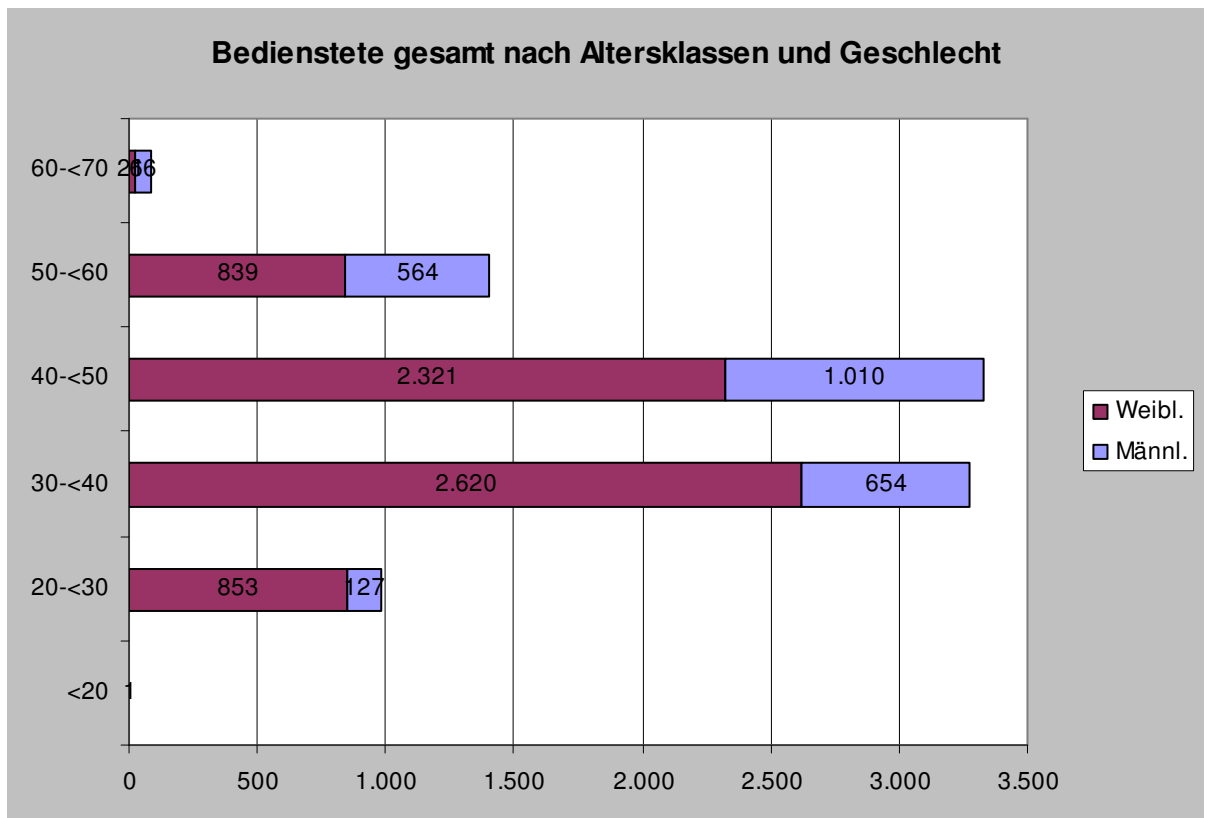
Die Parttime-Beschäftigten verteilen sich etwa zu gleichen Teilen auf 50% bzw. 75% - Arbeitszeit; andere PT-Beschäftigungsformen (weniger als 50% oder zwischen 50% und 75% oder darüber) sind sehr gering ausgeprägt und stellen eher „Sondervereinbarungen“ dar.

Verteilung der weiblichen Bediensteten nach Arbeitszeitformen und Bezirk



Grafik 6: weibliche Bedienstete nach Bezirk und Arbeitszeiten

Beschäftigtendaten nach Altersklassen und Geschlecht

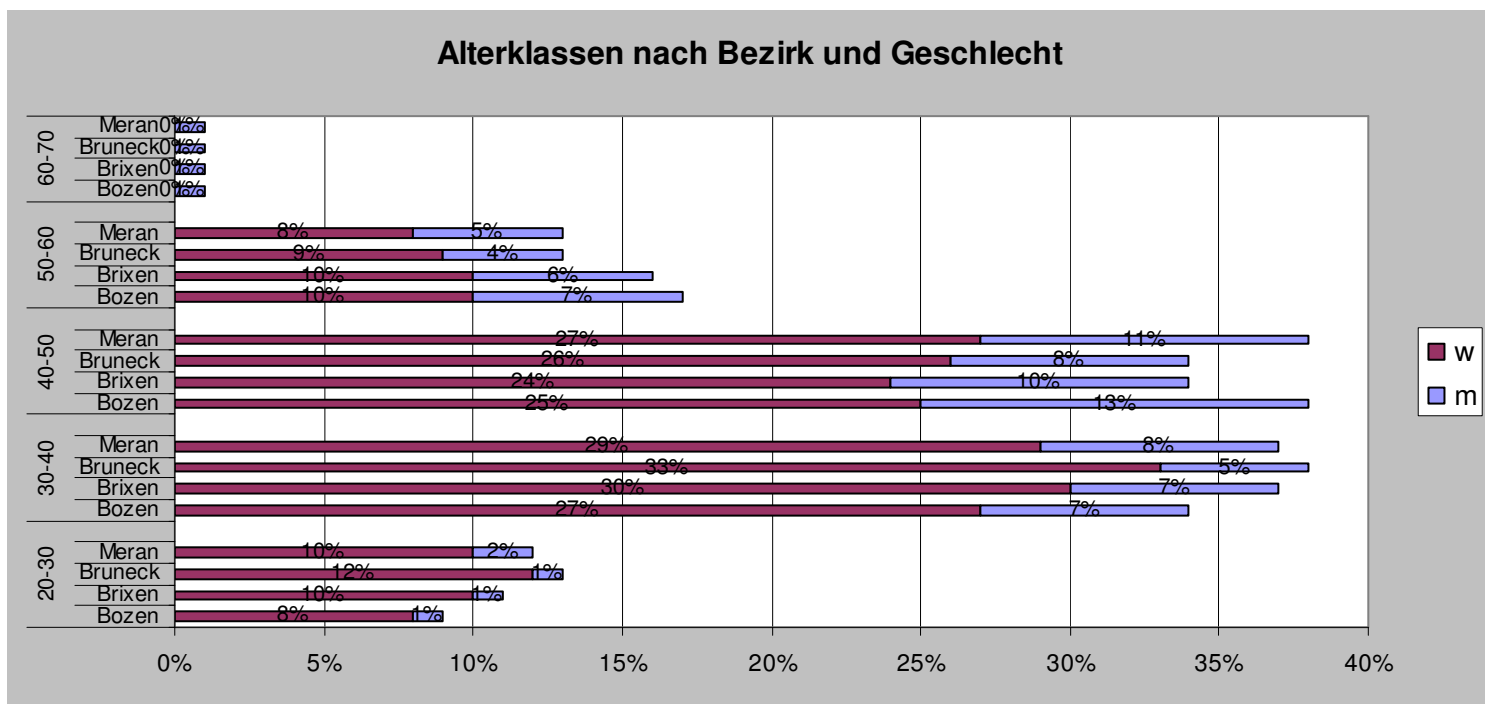


Grafik 7: Bedienstete nach Altersklassen und Geschlecht

Tabelle: Beschäftigtendaten gesamt nach Altersklassen und Geschlecht (in %)

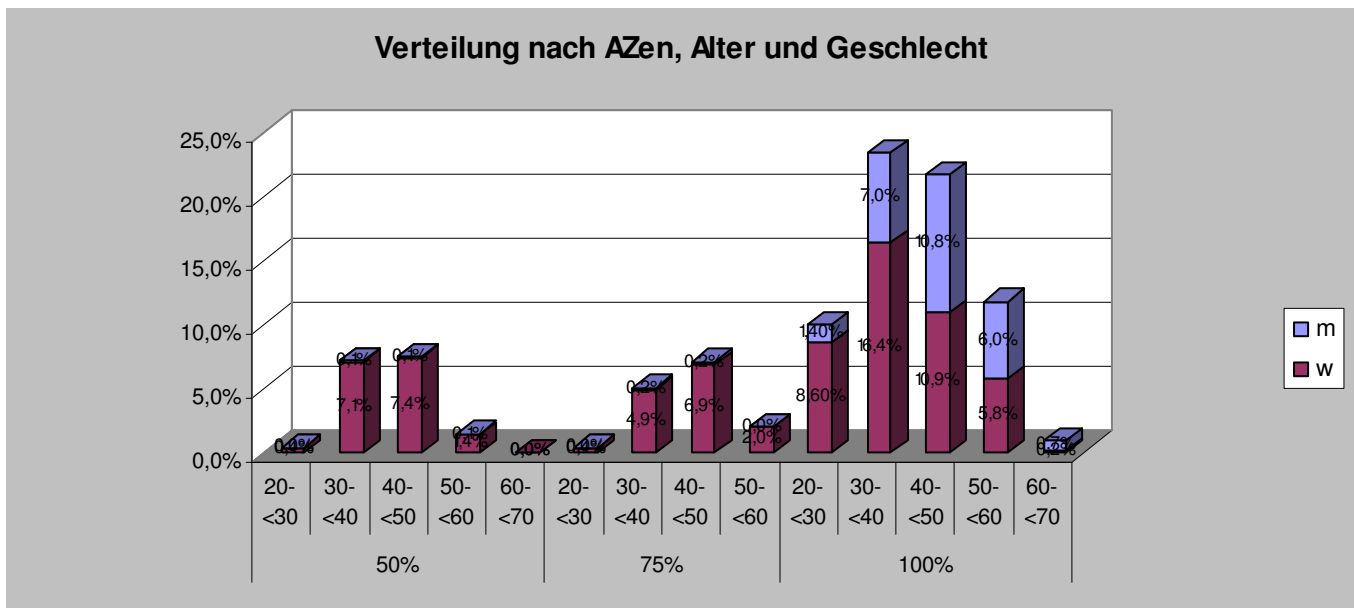
| Alter -età | W | M | Summe |
|------------|-----|-----|-------|
| <20 | 0% | 0% | 0% |
| 20-<30 | 9% | 1% | 11% |
| 30-<40 | 29% | 7% | 36% |
| 40-<50 | 26% | 11% | 37% |
| 50-<60 | 9% | 6% | 15% |
| 60-<70 | 0% | 1% | 1% |
| | 73% | 27% | 100% |

Bedienstete nach Geschlecht, Altersklassen und Bezirk



Grifik 8: Bedienstete nach Altersklassen, Geschlecht und Bezirk

Beschäftigendaten nach Altersklassen, Arbeitszeiten und Geschlecht



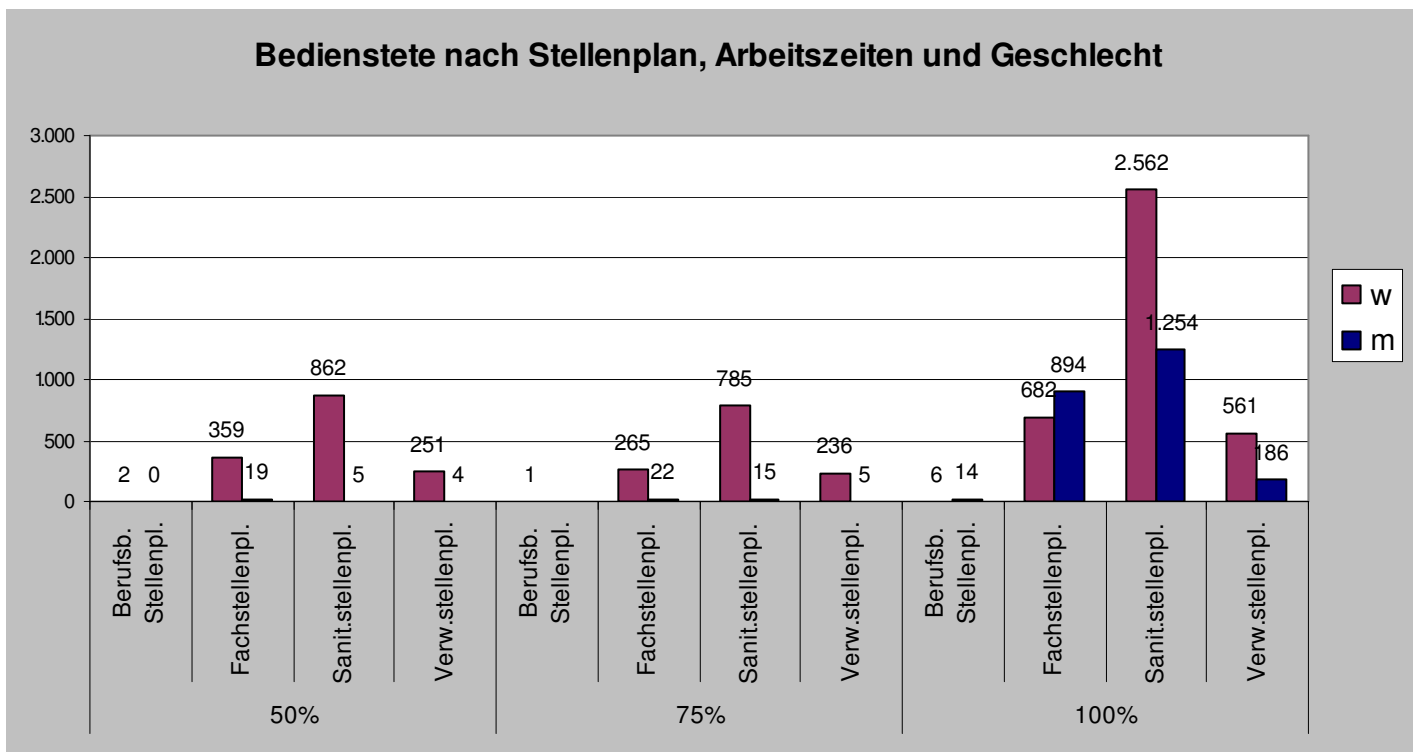
Grafik 9: Bedienstete nach Altersklassen, Geschlecht und Arbeitszeit-Formen

Obige Verteilung (Grafik 9) weist die **Gesamtbediensteten nach Arbeitszeit-Kategorien (50%, 75% und 100%), Geschlecht und Altersgruppen aus.**

Der Anteil der dazwischen liegenden AZ-Regelungen fällt statistisch gesehen äußerst gering aus (unter 1%).

Nach Bezirken aufgeschlüsselt ergibt sich ein ähnliches Bild (aus diesem Grund wurde auf eine Detailauswertung (nach Bezirk) verzichtet).

Beschäftigendaten nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht



Grafik 10: Bedienstete nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht

Zusatzauswertung zu obiger Verteilung:

Verteilung nach Geschlecht auf die Berufsgruppen/Stellenpläne im gesamten Gesundheitsbezirk (in %):

| Stellenpläne | Weiblich | Männlich | Summe |
|------------------------------------|----------|----------|-------|
| Berufsbezog. Stellenpl. | 42,3% | 57,7% | 100% |
| Fachstellenplan (techn.Dienste) | 58,5% | 41,5% | 100% |
| Sanitätsstellenplan | 77% | 23% | 100% |
| Verwaltungsstellenplan | 84,6% | 15,4% | 100% |

Verteilung der weiblichen Bediensteten nach Arbeitszeiten auf die Berufsgruppen/ Stellenpläne im gesamten Gesundheitsbezirk (in %):

| Stellenpläne | Verteilung Frauen nach PT/FT | | | |
|------------------------------------|------------------------------|--------|---------|--------------|
| | 50%-PT | 75%-PT | 100%-FT | Summe w in % |
| Berufsbezog. Stellenpl. | 18% | 27% | 55% | 100% |
| Fachstellenplan (techn.Dienste) | 27% | 21% | 53% | 100% |
| Sanitätsstellenplan | 20% | 18,5% | 60,5% | 100% |
| Verwaltungsstellenplan | 24% | 22,5% | 53,5% | 100% |

Beschäftigtendaten nach Führungsfunktionen: Führungskräfteauswertung

Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Geschlecht und Gesundheitsbezirken (total und in %)

| GESUNDHEITSBEZIRK | FUNKTION | F/W | M | Total |
|-----------------------|------------------|------------|------------|--------------|
| Bolzano/Bozen | Führungskraft- | 130 | 172 | 302 |
| | Stellvertretende | | | |
| | Führungskraft- | 87 | 60 | 147 |
| | Summe | 217 | 232 | 449 |
| Bressanone/Brixen | Führungskraft- | 43 | 76 | 119 |
| | Stellvertretende | | | |
| | Führungskraft- | 33 | 29 | 62 |
| | Summe | 76 | 105 | 181 |
| Brunico/Bruneck | Führungskraft- | 50 | 71 | 121 |
| | Stellvertretende | | | |
| | Führungskraft- | 24 | 27 | 51 |
| | Summe | 74 | 98 | 172 |
| Merano/Meran | Führungskraft- | 65 | 112 | 177 |
| | Stellvertretende | | | |
| | Führungskraft- | 51 | 52 | 103 |
| | Summe | 116 | 164 | 280 |
| Betrieb gesamt | | 483 | 599 | 1.082 |

Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Berufsstellen und Geschlecht (in Zahlen und in %) gesamt (alle Gesundheitsbezirke zusammen)

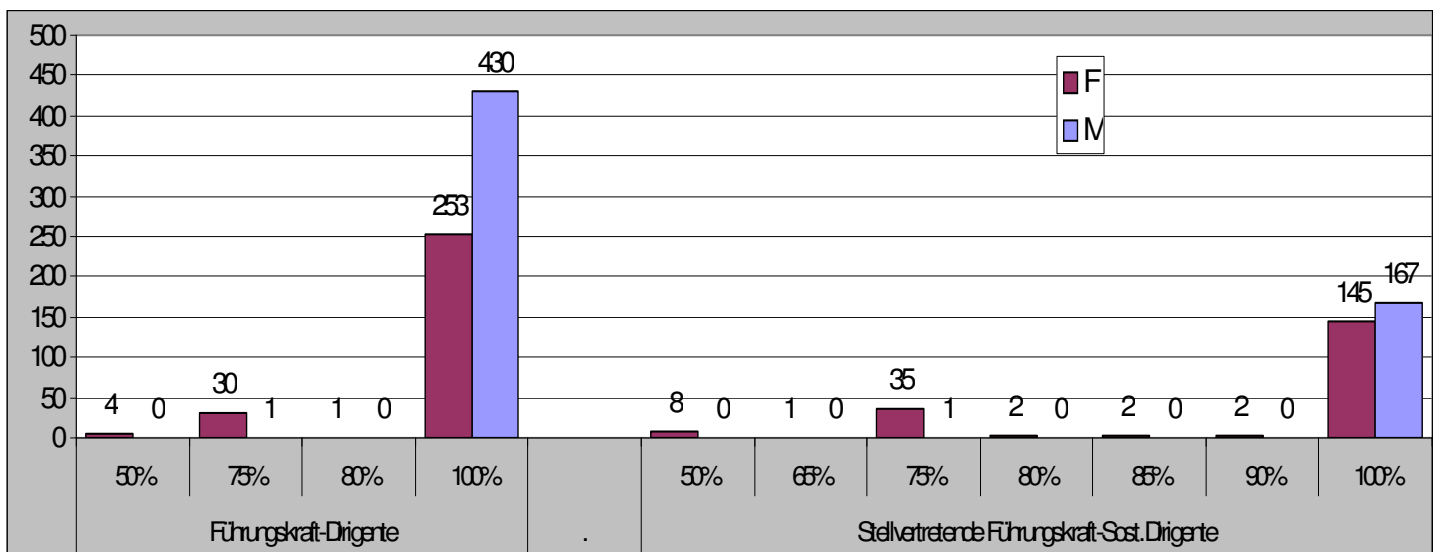
| Führungskräfte nach Berufsstellen | | F | M | Total | F | M |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------|------------|-------------|------------|------------|
| Verwaltungsstellenpl. | Führungskraft | 46 | 51 | 97 | 47% | 53% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 21 | 11 | 32 | 66% | 34% |
| | Total | 67 | 62 | 129 | 52% | 48% |
| Berufsbezog. Stellenpl. | Führungskraft | 3 | 8 | 11 | 27% | 73% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 1 | 1 | 2 | 50% | 50% |
| | Total | 4 | 9 | 13 | 31% | 69% |
| Sanitätsstellenplan | Führungskraft | 229 | 300 | 529 | 43% | 57% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 164 | 110 | 274 | 60% | 40% |
| | Total | 393 | 410 | 803 | 49% | 51% |
| Fachstellenplan | Führungskraft | 10 | 72 | 82 | 12% | 88% |
| | Stellvertretende Führungskraft | 9 | 46 | 55 | 16% | 84% |
| | Total | 19 | 118 | 137 | 14% | 86% |
| Summe | | 483 | 599 | 1082 | 45% | 55% |

Im Vergleich: Beschäftigte nach Geschlecht und Berufsstellen (in Zahlen und %) allgemein:

Nachfolgende Tabelle weist den Frauen- und Männeranteil an den Gesamtbediensteten bezogen auf die einzelnen Stellenpläne aus.

| Beschäftigte nach Berufsstellen | F | F in % | M | M in % | Total |
|---------------------------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|
| Verwaltungsstellenplan | 1071 | 84,6 | 195 | 15,4 | 1266 |
| Berufsbezog. Stellenplan | 11 | 42,3 | 15 | 57,7 | 26 |
| Sanitätsstellenpl. | 4253 | 77 | 1276 | 23 | 5529 |
| Fachstellenpl. | 1317 | 58,5 | 936 | 41,5 | 2253 |
| Total | 6652 | | 2422 | | 9074 |

Führungskräfte nach Arbeitszeiten und Geschlecht



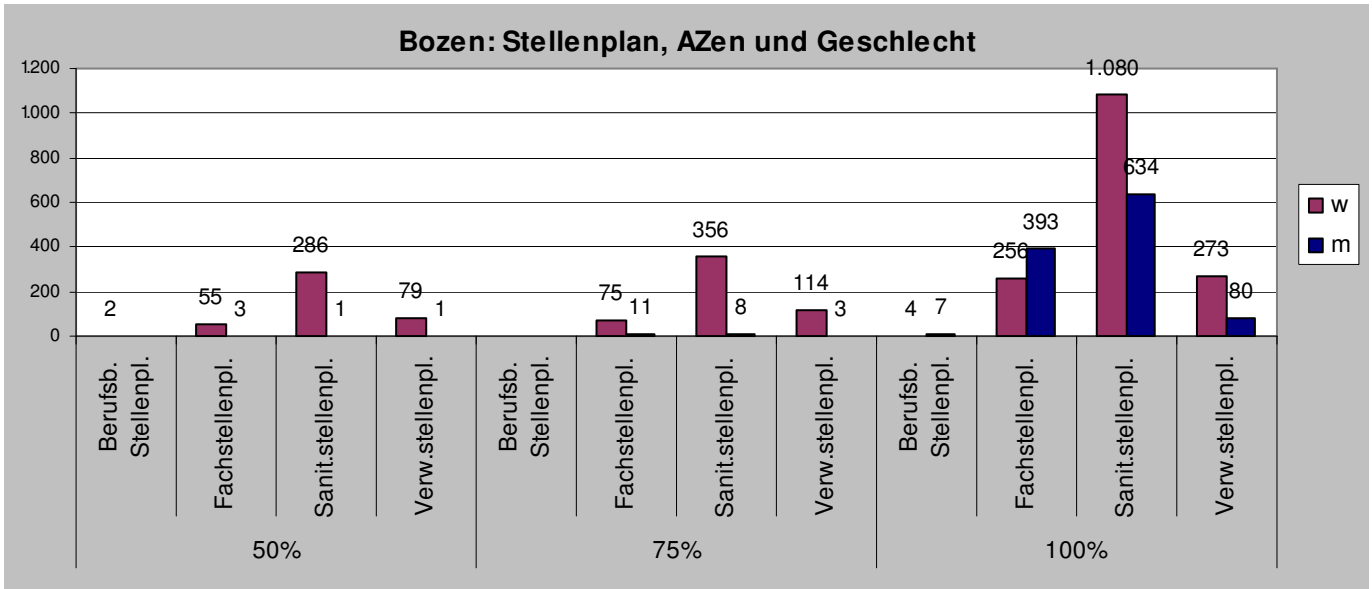
Grafik 13: Führungsfunktionen nach Arbeitszeiten und Geschlecht

Zuordnung verschiedener Berufsgruppen zu den Stellenplänen:

| Stellenpläne: zugeordnete Berufsgruppen (beispielhafte Auswahl) Piano dei ruoli: esempi di figure professionali | | |
|--|---|--|
| Sanitätsstellenplan Ruolo Sanitario | Sanitäre/r Leiter/in - Arzt/Ärztin Sanitäre/r Leiter/in - Zahnarzt/ärztin Sanitäre/r Leiter/in - Apotheker/in Sanitäre/r Leiter/in - Tierarzt/ärztin Sanitäre/r Leiter/in - Biologe/in Sanitäre/r Leiter/in - Psychologe/in Geburtshelfer/in Kinderkrankenpfleger/in Krankenpfleger/in Logopäde/in Physiotherapeut/in Orthoptiker/in-Ophthalmologie-Assistent/in Erzieher/in Ergotherapeut/in Medizinisch-röntgentechnische/r Assistent/in Sanitätsassistent/in Masseur/in | Dirigente sanitario/a – Medico/Medica Dirigente sanitario/a - Odontoiatra Dirigente sanitario/a - Farmacista Dirigente sanitario/a - Veterinario/a Dirigente sanitario/a - Biologo/a Dirigente sanitario/a - Psicologo/a Ostetrico/a Infermiere/a pediatrico/a Infermiere/a Logopedista Fisioterapista Ortottista-assistente di oftalmologia Educatore/rice professionale Terapista occupazionale Tecnico/a sanitario/a di radiologia medica Assistente sanitario/a Massofisioterapista e massaggiatore/rice |
| Berufsbez. Stellenplan Ruolo professionale | Ingenieur/in Rechtsanwalt/anwältin Geologe/in Architekt/in Seelsorger/in | Ingegnere/a Avvocato/a Geologo/a Architetto/a Assistente religioso/a |
| Fachstellenplan Ruolo tecnico | Statistikinspektor/in Statistiker/in Sozialassistent/in Reinigungskraft Fachkraft Werkstatt Schneider/in Portier/in-Telefonvermittler/in Fachkraft des Magazines Hydrauliker/in Gärtner/in Tischler/in Elektriker/in Koch/Köchin Maschinenschlosser/in Dampfkesselwärter/in Altenpfleger/in und Familienhelfer/in Fachkraft Wachdienst Bademeister/in Pflegehelfer/in OSS Pflegehelfer/in OTA spezialisierte Hilfskraft | Ispettore/rice statistico/a Statistico/a Assistente sociale Addetto/a alle pulizie Operatore/rice tecnico/a officina Sarto/a Portiere-centralinista Operat. tecnico/a del magazzino Impiantista idraulico Giardiniere/a Falegname/a Impiantista elettricista Cuoco/a Congegnatore/rice meccanico/a Conduttore/rice di caldaie a vapore Assistente geriatrico e familiare Operat. tecnico/a addetto/a alla sorveglianza Bagnino/a Operatore/rice socio-sanitario/a OSS Operatore/rice tec. addetto/a all'assistenza OTA Ausiliario/a specializzato/a |
| Verwaltungsstellenplan Ruolo amministrativo | Verwaltungsinspektor/in Technische/r Inspektor/in Verwaltungssachbearbeiter/in Sekretariatsassistent/in qualifizierte/r Sekretariatsassistent/in Amtswart/in | Ispettore/rice amministrativo/a Ispettore/rice tecnico/a Collaboratore/rice amministrativo/a Assistente di segreteria Assistente di segreteria qualificato/a Commesso/a |

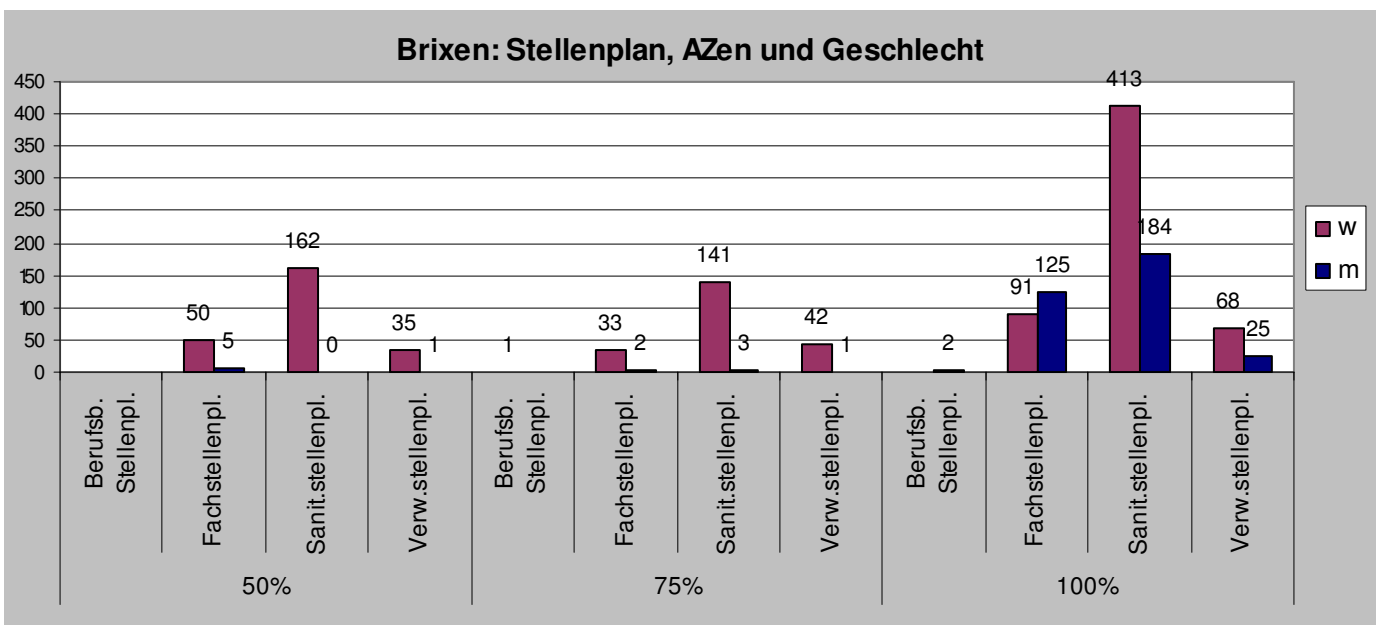
**Anhang 2: Detailauswertungen nach Gesundheitsbezirken (Verteilung nach Stellenplänen, Arbeitszeiten und Geschlecht total) und
Detailauswertung: Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Geschlecht und Berufsstellen**

Gesundheitsbezirk Bozen: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht



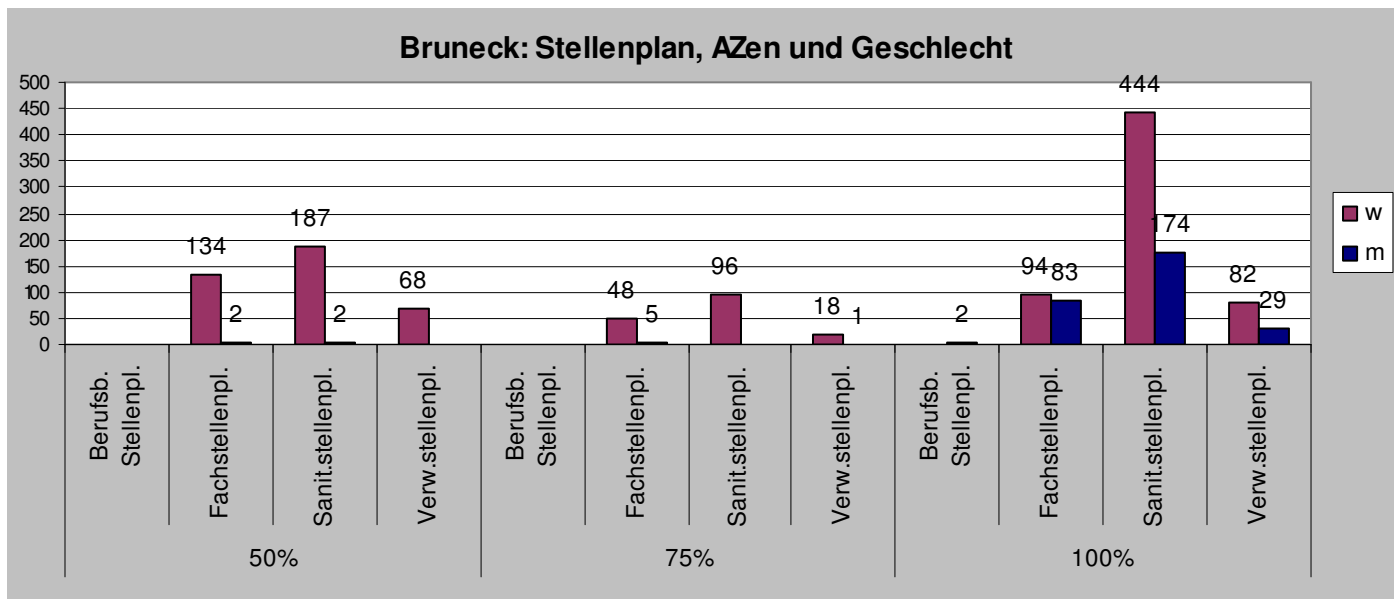
Grafik 14: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht

Gesundheitsbezirk Brixen: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht



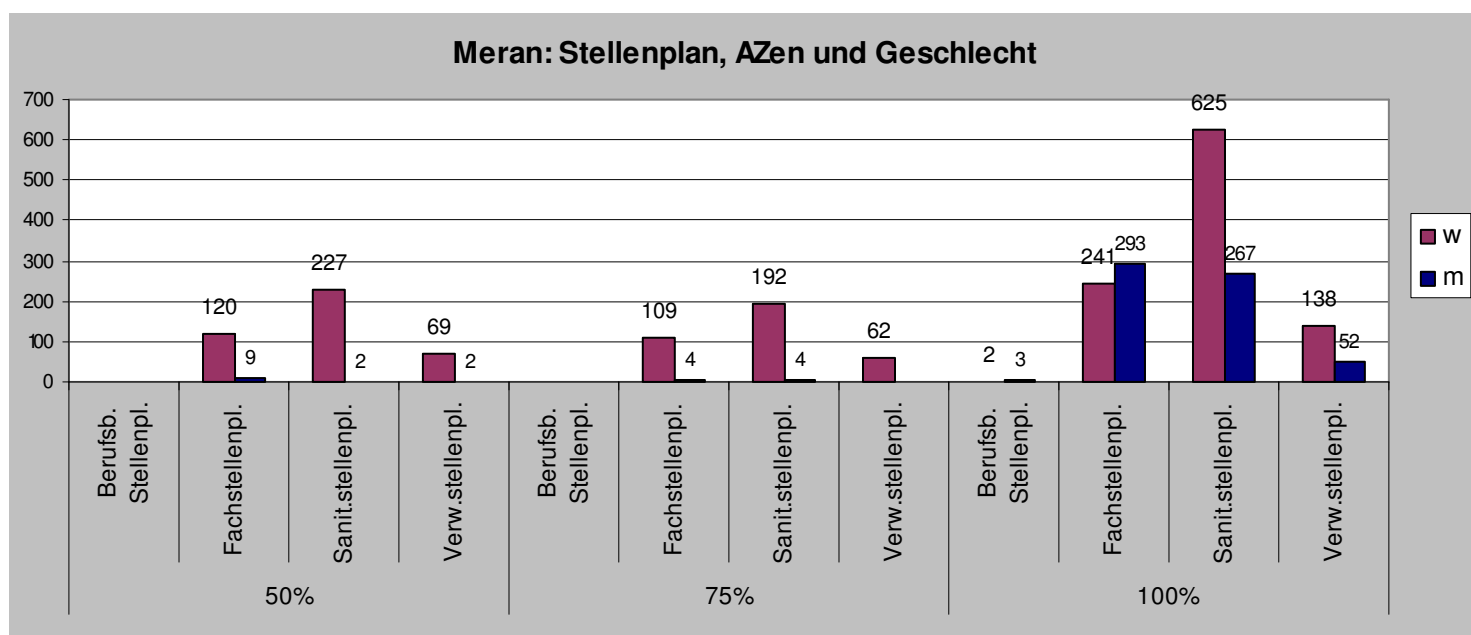
Grafik 15: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht

Gesundheitsbezirk Bruneck: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht



Grafik 16: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht

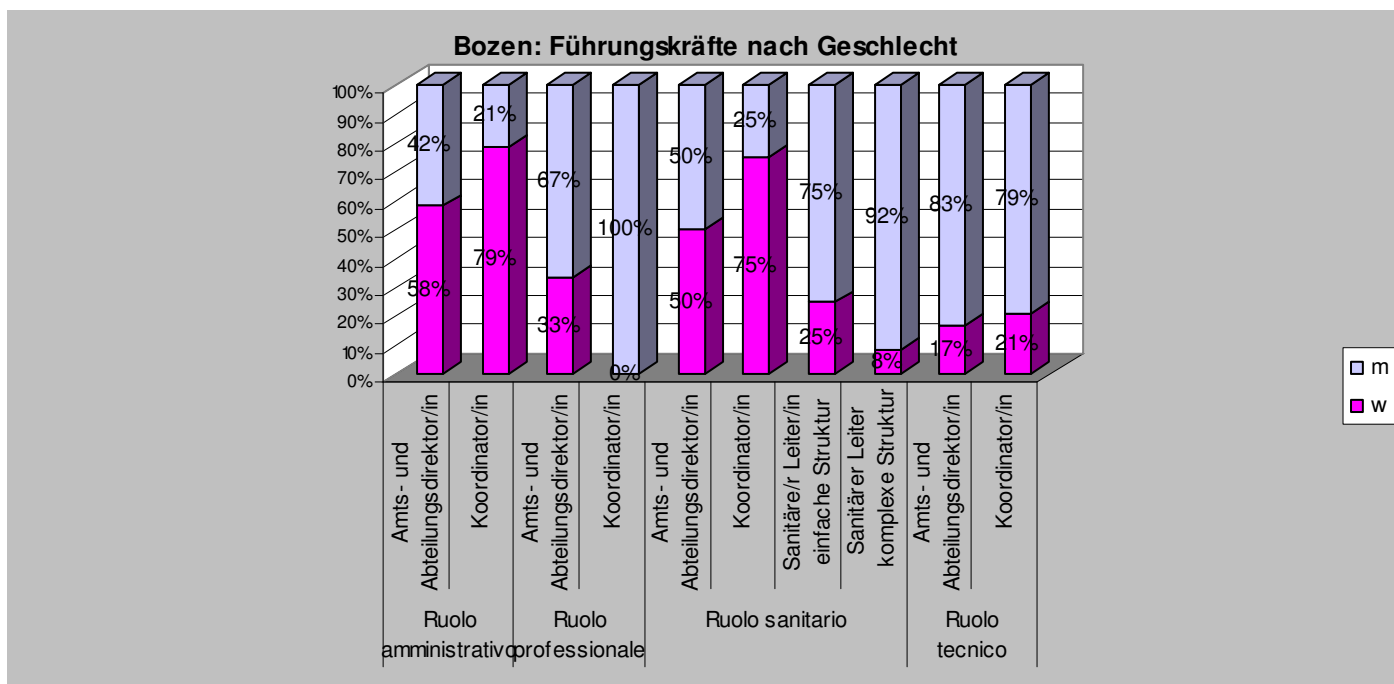
Gesundheitsbezirk Meran: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht



Grafik 17: Verteilung nach Stellenplan, Arbeitszeiten und Geschlecht

Detailauswertungen nach Gesundheitsbezirken: Führungskräfte (und StellvertreterInnen) nach Geschlecht und Berufsstellen

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht im Gesundheitsbezirk Bozen (in %)

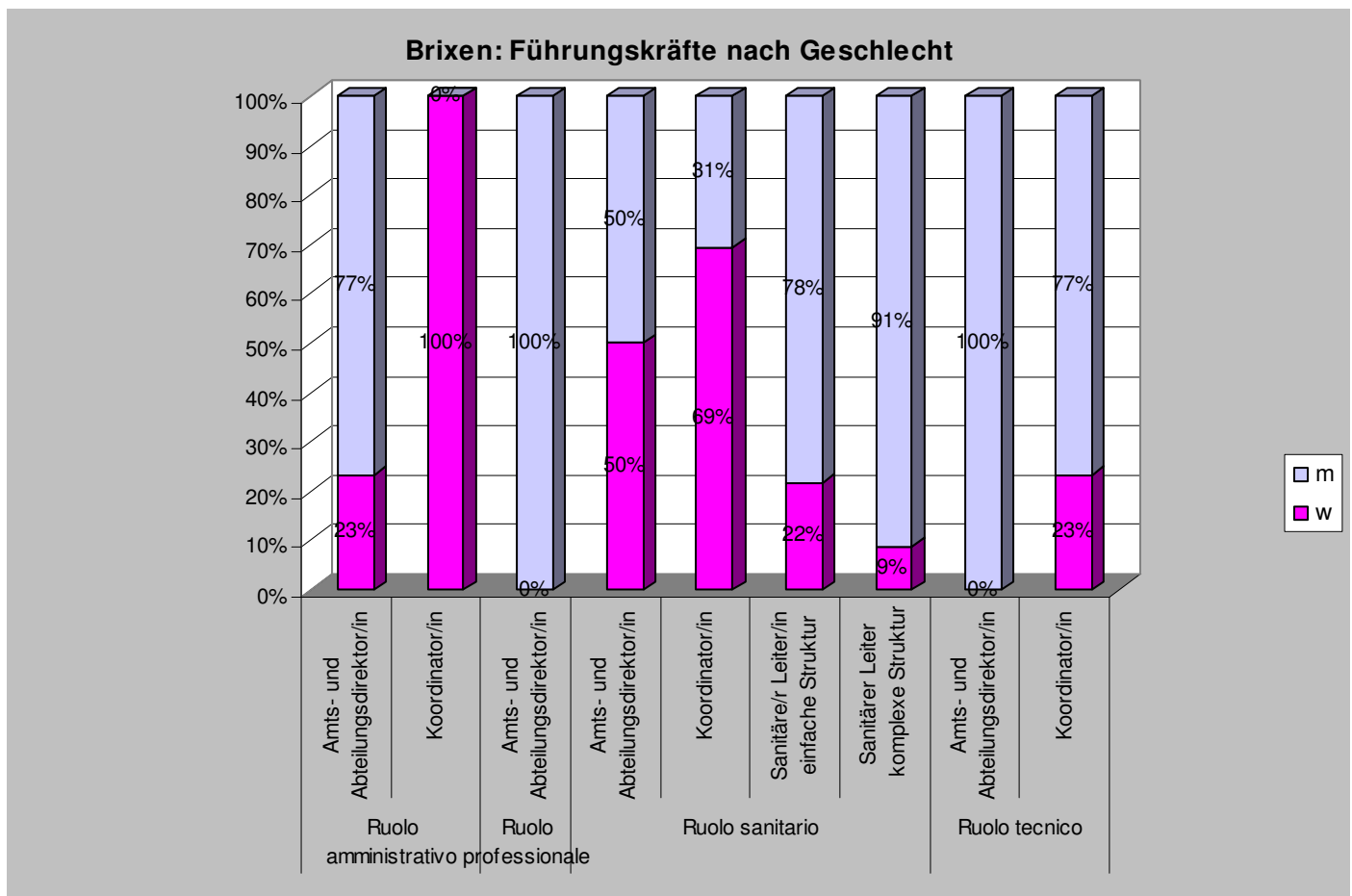


Grafik 18: Führungskräfte nach Stellenplan, und Geschlecht

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht in Bozen (in Zahlen)

| Berufsstellen | AUFTRAG | F/W | M | Total | F/W | M |
|-----------------------------------|--|------------|------------|------------|------------|------------|
| Verwaltungsstellenpl. | Amts- und Abteilungsdirektor/in | 18 | 13 | 31 | 58% | 42% |
| | Koordinator/in | 11 | 3 | 14 | 79% | 21% |
| Berufsbezog. Stellenpl. | Amts- und Abteilungsdirektor/in | 2 | 4 | 6 | 33% | 67% |
| | Koordinator/in | | 1 | 1 | 0% | 100% |
| Sanitätsstellenplan | Abteilungsdirektor/in | 4 | 4 | 8 | 50% | 50% |
| | Koordinator/in | 67 | 22 | 89 | 75% | 25% |
| | Sanitäre/r Leiter/in einfache Struktur | 18 | 55 | 73 | 25% | 75% |
| | Sanitärer Leiter komplexe Struktur | 4 | 46 | 50 | 8% | 92% |
| Fachstellenplan | Abteilungsdirektor/in | 1 | 5 | 6 | 17% | 83% |
| | Koordinator/in | 5 | 19 | 24 | 21% | 79% |
| Summe Führungskräfte Bozen | | 130 | 172 | 302 | 43% | 57% |

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht im Gesundheitsbezirk Brixen (in %)

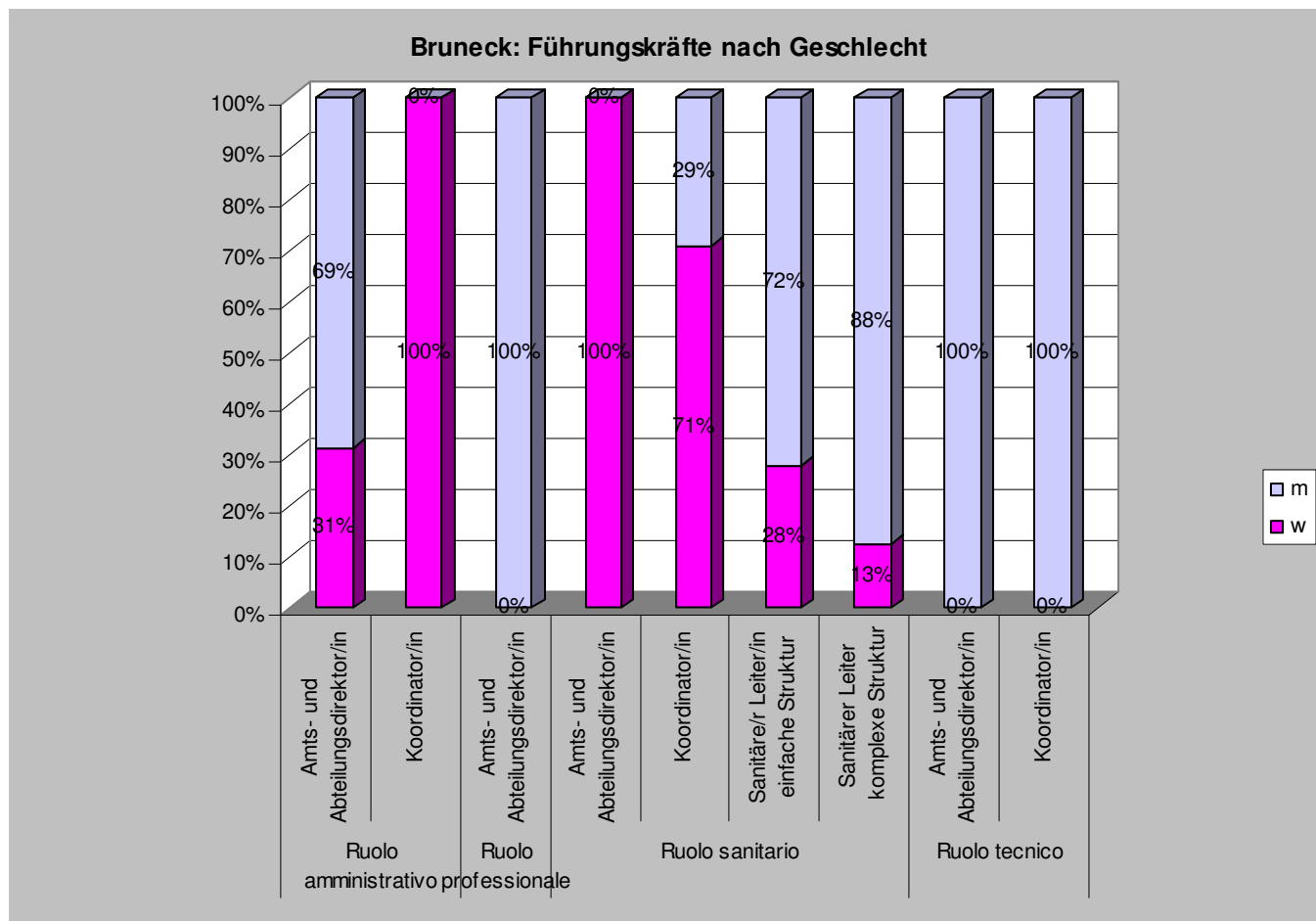


Grafik 19: Führungskräfte nach Stellenplan, und Geschlecht

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht in Brixen (in Zahlen)

| Berufsstellen | AUFTRAG | F/W | M | Total | F/W | M |
|------------------------|--|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| Verwaltungsstellenpl. | Amts- und Abteilungsdirektor/in | 3 | 10 | 13 | 23% | 77% |
| | Koordinator/in | 2 | | 2 | 100% | 0% |
| Berufsbez. Stellenplan | Amts- und Abteilungsdirektor/in | | 1 | 1 | 0% | 100% |
| | Amts- und Abteilungsdirektor/in | 1 | 1 | 2 | 50% | 50% |
| Sanitätsstellenplan | Koordinator/in | 27 | 12 | 39 | 69% | 31% |
| | Sanitäre/r Leiter/in einfache Struktur | 5 | 18 | 23 | 22% | 78% |
| | Sanitärer Leiter komplexe Struktur | 2 | 21 | 23 | 9% | 91% |
| | Amts- und Abteilungsdirektor/in | | 3 | 3 | 0% | 100% |
| Fachstellenplan | Amts- und Abteilungsdirektor/in | | 3 | 3 | 0% | 100% |
| | Koordinator/in | 3 | 10 | 13 | 23% | 77% |
| Summe FK Brixen | | 43 | 76 | 119 | 36% | 64% |

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht im Gesundheitsbezirk Bruneck (in %)

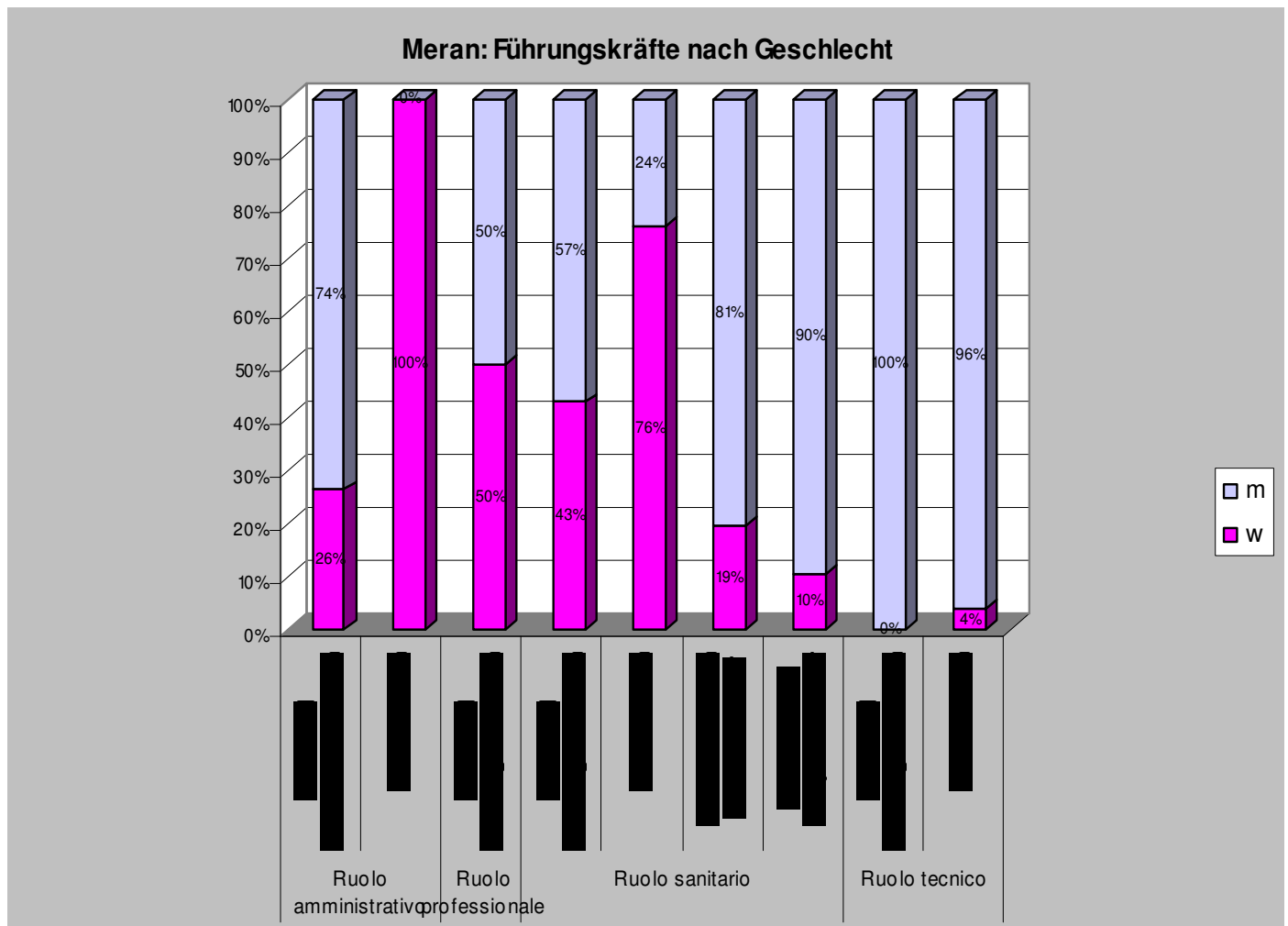


Grafik 20: Führungskräfte nach Stellenplan, und Geschlecht

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht in Bruneck (in Zahlen)

| Berufsstellen | AUFTRAG | F/W | M | Total | F/W | M |
|--------------------------|--|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| Verwaltungsstellenplan | Amts- und Abteilungsdirektor/in | 5 | 11 | 16 | 31% | 69% |
| | Koordinator/in | 1 | | 1 | 100% | 0% |
| Berufsbezog. Stellenplan | Amts- und Abteilungsdirektor/in | | 1 | 1 | 0% | 100% |
| Sanitätsstellenplan | Abteilungsdirektor/in | 2 | | 2 | 100% | 0% |
| | Koordinator/in | 34 | 14 | 48 | 71% | 29% |
| | Sanitäre/r Leiter/in einfache Struktur | 5 | 13 | 18 | 28% | 72% |
| | Sanitärer Leiter komplexe Struktur | 3 | 21 | 24 | 13% | 88% |
| Fachstellenplan | Abteilungsdirektor/in | | 2 | 2 | 0% | 100% |
| | Koordinator/in | | 9 | 9 | 0% | 100% |
| Summe-FK Bruneck | | 50 | 71 | 121 | 41% | 59% |

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht im Gesundheitsbezirk Meran (in %)



Grafik 21: Führungskräfte nach Stellenplan, und Geschlecht

Führungskräfte nach Berufsstellen und Geschlecht in Meran (in Zahlen)

| Berufsstellen | AUFTRAG | F/W | M | Total | F/W | M |
|--------------------------|--|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Verwaltungsstellenplan | Amts- und Abteilungsdirektor/in | 5 | 14 | 19 | 26% | 74% |
| | Koordinator/in | 1 | | 1 | 100% | 0% |
| Berufsbezog. Stellenplan | Amts- und Abteilungsdirektor/in | 1 | 1 | 2 | 50% | 50% |
| Sanitätsstellenplan | Abteilungsdirektor/in | 3 | 4 | 7 | 43% | 57% |
| | Koordinator/in | 44 | 14 | 58 | 76% | 24% |
| | Sanitäre/r Leiter/in einfache Struktur | 7 | 29 | 36 | 19% | 81% |
| | Sanitärer Leiter komplexe Struktur | 3 | 26 | 29 | 10% | 90% |
| Fachstellenplan | Abteilungsdirektor/in | | 1 | 1 | 0% | 100% |
| | Koordinator/in | 1 | 23 | 24 | 4% | 96% |
| Summe-FK Meran | | 65 | 112 | 177 | 37% | 63% |

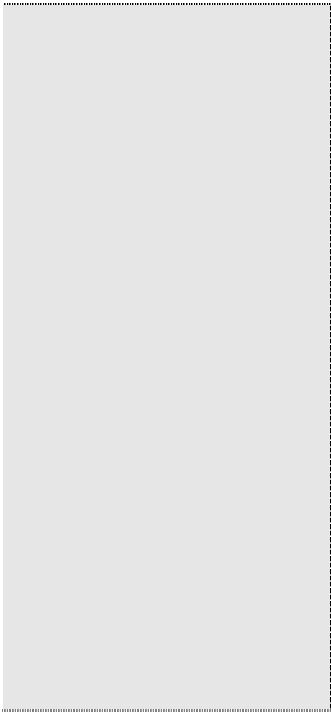
Anhang 3: Arbeitsergebnisse aus den Bezirken: Maßnahmenkatalog für Chancengleichheit

Arbeitsergebnisse aus den Bezirken: Maßnahmenkatalog für Chancengleichheit

| Gesundheitsbezirk | Bozen | Brixen | Bruneck | Meran |
|------------------------|---|--|--|--|
| TeilnehmerInnen | Dott.ssa Flavia Basili Dott.ssa Sabrina Balduzzi Dott. Paolo Conci Paola Galetti Francesco Munini Dott.ssa Barbara Hippel Luana Casanova Stua | Dr. in Clara Astner Armin Burger Dr.in Anna Holzknecht Dr. Markus Lercher Arthur Morandell Emanuela Pattis Margit Taschler Dr. in Christina Troi Marina Cattoi | Birgit Gisser Monika Wolfsgruber Dr.in Angelika Angerer Maria Elisabeth Rieder Monika Rieder Maria Pescolderung Dr.in Dorothea Wachtler | Dr.in Fiorella Baggio Dr.in Stefanie Stollreither Toni Tschenett, Ingrid Oberparleiter Ulrike Lösch Renate Klotz Dr. Peter Spechtenhauser |
| Leitung | Dott.ssa Flavia Basili – Projektleiterin Luana Casanova Stua - Moderatorin | Dr.in Clara Astner – Projektleiterin Marina Cattoi - Moderatorin | Gisser Birgit/Wolfsgruber Monika - Projektleiterinnen Dr.in Wachtler Dorothea - Moderatorin | Ulrike Lösch – Projektleiterin Ingrid Oberparleiter -Moderatorin |
| Termine | 16.02.09 16.03.09 28.04.09 | 16.02.09 16.03.09 23.04.09 | 17.02.2009 11.03.2009 15.04.2009 | 03.02.09 10.03.09 26.03.09 |
| Ergebnisse | Zusammenfassende Diskussionsergebnisse und Analysen aus den Bezirken | Zusammenfassende Diskussionsergebnisse und Analysen aus den Bezirken | Zusammenfassende Diskussionsergebnisse und Analysen aus den Bezirken | Zusammenfassende Diskussionsergebnisse und Analysen aus den Bezirken |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorisierung des Themas: „Frauen in Führungspositionen“ und Aufwertung der weiblichen Führungskräfte: Frauen sind in den Gremien und in Führungspositionen nicht repräsentativ vertreten (von 46 Führungskräften in Bozen/komplexe Struktur sind 4 Frauen = 9%) ▪ Kontroverسيelle Diskussion um die „Rosa Quote“ ▪ Schwierigkeiten für das | <p>Diskussion der Daten und Fragen dazu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die meisten MitarbeiterInnen befinden sich im Alter von 30 – 50, je jünger, desto mehr Frauen. Welche Folgen? Welche Folgen in 10 Jahren? ▪ Viele Teilzeit (TZ) -Beschäftigte im Alter zw. 40 -50. Was ist der Grund? ▪ Was hindert unsere Führungskräfte in Teilzeit zu gehen? ▪ Was hindert Männer in Teilzeit zu gehen? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Bezirk Bruneck hat von allen Bezirken die höchste Anzahl an Frauen in Teilzeit und davon die meisten in 50%Teilzeit, wenige zu 75%; andere Formen gibt es nicht. Eine große Anzahl von Frauen, die 50%Teilzeit aus Familiengründen arbeiten, kehren nicht mehr in Vollzeit (VZ) oder 75% Teilzeit zurück. ▪ Je jünger die MitarbeiterInnen, desto | <p>Vereinbarkeit von Familie und Beruf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Veränderung der Situation und des Bedarfes an betrieblicher Kinderbetreuung (Sommerbetreuung!) ▪ Zunahme von Part-Time-Anfragen bei Ärztinnen: bedeutet |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | <p>weibliche ärztliche Personal, Beruf und Familie zu verbinden (keine Teilzeit- Möglichkeit, wird nicht einbezogen in strategische Tätigkeiten der Abteilung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinierungskräfte sind nur mit Vollzeit-Anstellung möglich (aufgrund der Turnusse): ▪ Frage: Wie kann man den Turnusdienst flexibler gestalten (organisatorisch und in der Personalkultur)? ▪ Mitarbeiterinnen (als „Mütter“) mit Betreuungspflichten werden in professioneller Hinsicht als „unzuverlässig“ gesehen ▪ Es existiert ein großer Bedarf nach einer ganzjährigen Struktur für die dauerhafte Betreuung von Kindern und einer Sommerbetreuung (dzt. gibt es nur 28 Plätze in der betrieblichen Kinderbetreuung – dem stehen 60 Anfragen jährlich gegenüber) ▪ Die Ansuchen der Teilzeitbeschäftigten um Arbeitszeiterhöhung steigen stetig; werden jedoch nicht positiv und zufrieden stellend behandelt ▪ Wenig Väter nehmen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es gibt MitarbeiterInnen die mehr arbeiten möchten und können nicht! (Stellenplan voll!). Wenn Stellen frei sind: werden vom Betrieb eher neue Mitarbeiter angestellt statt MA von TZ auf VZ? ▪ Welche Aufgaben bekommen Ärztinnen in Teilzeit? Wie wirkt sich TZ bei ÄrztInnen finanziell aus? Welche Rolle spielt TZ in Bezug auf Aufgaben, Turnusse u.s.w.? Gibt es Unterschiede in den verschiedenen Stellenplänen? ▪ TZ verlieren gewisse Zulagen: Änderung der Grundvoraussetzungen!! ▪ Aus welchem Grund bewerben sich so wenige Frauen für Führungspositionen? Wie viele Männer bewerben sich für Führungspositionen? ▪ Welcher Einfluss hat das Auswahlverfahren für Führungskräfte (Primare) auf Anzahl der weiblichen Bewerbungen (Ist der Kuchen schon verteilt? Werden Frauen davon abgeschreckt?) ▪ Karriere und Familie ist nicht vereinbar? Ein UMDENKEN ist notwendig! ▪ Frauen in Führungspositionen: wie bringt man Familie und Beruf ins Gleichgewicht? Die Frauen in Führungspositionen (Brixen-Bruneck) haben keine Kinder! ▪ Wie stehen die verschiedenen Berufsgruppen im Verhältnis (Zahl) | <p>größer ist der Frauenanteil; bei den älteren Frauen sinkt er stufenweise.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trotz des hohen Frauenanteiles an den MitarbeiterInnen sind die Führungspositionen vor allem mit Männern besetzt. <p>Diskussion zu den Ursachen:</p> <p>Ad1) Warum verharren die Frauen im Teilzeit?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angst nie mehr eine Partimestelle zu bekommen, wenn sie sie einmal aufgeben ▪ Fehlende Information bzgl. der Rentensituation (geringere Rente) ▪ Frust der Frauen, weil der Wiedereinstieg in den Beruf nach der Elternzeit, vor allem nach mehrjähriger Abwesenheit schwierig ist;(bei 50% Teilzeit lässt dieser sich leichter ertragen, allerdings verschlimmert dies die Situation noch zunehmend) ▪ Viel müssen bei Rückkehr aus der Elternzeit an einen anderen Arbeitsplatz ▪ Die Arbeitszeitmodelle sind zu starr <p>Ad2) Warum sind die Frauen jünger?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viele kehren aus der Elternzeit nicht zurück ▪ Frauen gehen früher in Rente (vor allem früher- | <p>gleichzeitig eine Abnahme der Karrieremöglichkeiten (durch die Anspruchnahme von Teilzeitarbeit)</p> <p>Anforderungen an die Führungskräfte (und Führungsaufgaben) steigen: vermehrter Bedarf an sozialer Kompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ durch demografische Entwicklungen (Veränderung der Altersgruppenstruktur - mit erhöhtem Lebensalter ergeben sich bei Turnussarbeit vermehrt Schwierigkeiten) und ▪ Part-Time-Flexibilität (erhöhte Management- und Anforderungen an die Organisation) |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | <p>Väterkarenz in Anspruch (Anfragen stoßen auf Schwierigkeiten von Seiten der Organisation)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Telearbeit: es existieren nur wenige Beispiele für Telearbeit (derzeit nur für wenige Bereiche); es besteht keine Regelung auf Bezirksebene | <p>zueinander? Hat diese historische Entwicklung auf die Genderperspektive einen Einfluss?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Rückkehr von Mutterschaft/Elternurlaub ist schwierig! (für Mütter sowie für deren Vertretungen) | <p>Babypension)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beim ärztlichen Personal ist der Frauenanteil bei den Jungärzten immer höher <p>Ad3) Warum sind vor allem Männer in Führungspositionen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ viele Frauen sind nicht bereit Zeit und Energie in Führungsposition zu investieren ▪ für die Direktion sind Männer bessere Führungskräfte (s. Fall von Diskriminierung) | |
| Offene Fragen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wieso bewerben sich weniger Frauen für Führungspositionen? ▪ Anregung einer (anonymen) Befragung des weiblichen Personals zur Ermittlung der Gründe ▪ Wichtigkeit der Auswertung der statistischen Daten bezüglich des nicht-angestellten Personals (Werkverträge, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warum verharren Frauen in Teilzeit? (Recherche wäre wichtig) ▪ Welche Fragen/Probleme haben junge Ärztinnen zur Vereinbarkeit von Familie und Karriere? ▪ Warum bewerben Frauen sich nicht für Führungspositionen? (Hypothese: Führungsarbeit ist unattraktiv) ▪ Führungskräfte (v.a. Koordinatorinnen) haben wenig Unterstützung in der Organisation („Akt der Klugheit, sich nicht zu bewerben“) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind die Stellen für KrankenpflegerInnen auf den Abteilungen fix? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Haben die MitarbeiterInnen genügend Informationen bezüglich Part-Time und Pensionsansprüche? ▪ Wie kann die Umsetzung von Maßnahmen effizient kontrolliert werden? |
| Datenergänzungen <i>Welche Daten, Informationen wurden zusätzlich erhoben, recherchiert?</i> | <p>Folgende Daten fehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zweisprachige Bezeichnung der Berufsgruppen ▪ Unterteilung nach Funktion und nach Gliederung der Arbeitszeiten-Gliederung ▪ Die Daten des Personal mit Werkvertrag und Konventionsverträgen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung einer Befragung der MitarbeiterInnen im SB Brixen (TZ-Ärztinnen, VZ-Ärztinnen, Interesse der Frauen an Führungspositionen, Rückkehr von TZ-Kräften auf Vollzeitstellen) <p>Ergebnisse der Befragung unter Teilzeit-Ärztinnen im SB Brixen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von den 54 Ärztinnen arbeiten 5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wieviele ÄrztInnen (w/m) sind beschäftigt? ▪ Wieviele Sanitäre LeiterInnen (w/m) sind beschäftigt? ▪ Wieviele Frauen mit Direktionsauftrag? | <p>Anregung für eine Bedarfserhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was brauchen Part-Time-MitarbeiterInnen und Wiedereinsteigerinnen (Wartestand) an Rahmenbedingu |



(Arbeitsabkommen)

- 75%-parttime und 7 50%.
- Die Befragten schätzen ihre Chancen auf Karriere als gering bis unmöglich ein bei Teilzeit (Führungsauftrag bei TZ unmöglich)
- Problem liegt v.a. in der mangelnden Akzeptanz von männlichen Kollegen und Primarii (wenig Unterstützung, teils Entwertung, weil fachlich nicht so am Laufenden), aber auch bei fachl. Kompetenz („Du bist eh nie da“)
- Weniger Chancen auf Weiterbildung – Übergabeprobleme je nach AZ
- Oftmals wenig Selbstvertrauen und Angst, Verantwortung zu übernehmen
- Generelle Aussage: Vereinbarkeit nicht möglich bei Führungsarbeit und Vollzeit

ngen,
Informationen,
Maßnahmen, etc
(bzgl.
Gleichstellung)?

Anhang 4: Konkretisierung von Maßnahmenvorschlägen (ausgearbeitete Maßnahmenpakete der Bezirksarbeitsgruppen)

„Konkretisierung von Maßnahmenvorschlägen (Projektideen)“

| Gesundheitsbezirk | Bozen | Brixen | Bruneck | Meran |
|--|--|--|---|---|
| Maßnahmenpaket 1 | 1) Valorizzazione della classe dirigente femminile: Riservare ugualmente una quota rosa nelle diverse commissioni e/o gruppi di lavoro di rilevanza aziendale/comprenditoriale | 1) Aktive Befragung: Was würden Sie brauchen, um die Vereinbarkeit Familie/Beruf bzw Karriereentwicklung zusammenzubringen? | 1) Informationsfluss während der Mutterschaft und Elternzeit | 1) Förderung von Frauen in Führungspositionen |
| Ziele: <i>Was soll konkret erreicht, verbessert werden?</i> | ⇒Garantire la presenza del genere femminile in queste commissioni in una percentuale maggiore di quella attuale. | ⇒Wertvolle MitarbeiterInnen sind nicht gezwungen zu kündigen; ⇒MitarbeiterInnen fühlen sich ernst genommen und aufgewertet. | ⇒Kontakt zwischen Betrieb und Bediensteten | ⇒Wertschätzung und Förderung der Frauen; ⇒Ausbau und Stärkung der Führungskompetenzen allgem.; ⇒Personen, die die Qualität einer Führungskompetenz besitzen mehr Möglichkeiten für Karriere einräumen; ⇒Gleiche Zugangskriterien für Frau/Mann schaffen (z.B. Berücksichtigungen der eff. Dienstjahre abschaffen) ⇒Verbesserung von Vereinbarkeit Familie/Beruf |
| Zielgruppe: <i>Wer soll einbezogen werden?</i> | ⇒Direzione aziendale e Direzioni comprenditoriali | ⇒Hochqualifiziertes Personal, wo Mangel besteht (FachärztInnen) | ⇒Vorgesetzte ⇒Direktionen und ⇒Bedienstete | ⇒Führungskräfte; ⇒Alle, die eine Führungsposition anstreben |
| Erwartetes Ergebnis, Nutzen: | Raggiungere il 50% di presenza femminile nelle | Bisherige Erfahrungen haben positives Echo erzeugt. | Durch die aktuellen Informationen wird der | Erweiterung seiner Kompetenzen; |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p><i>Was bringt die Maßnahme den Betroffenen, Zielgruppen?</i></p> <p><i>Was ist der Nutzen für die Organisation?</i></p> | <p>Commissioni</p> <p>Le donne avranno più rappresentatività all'interno di queste commissioni con potere decisorio sulla gestione e programmazione delle risorse</p> | <p>Fachkompetenz bleibt erhalten, Qualität steigt. Investierte Ressourcen bleiben erhalten.</p> | <p>Wiedereinstieg erleichtert</p> <p>informierte=motivierte MitarbeiterInnen früherer Wiedereinstieg nach Mutterschaft /Elternzeit</p> | <p>Qualitätssteigerung; Erlernen des „Handwerks“; Dienst wird besser geführt; Steigerung des Corporate Identity; Steigerung der Zufriedenheit; MitarbeiterInnen-Motivation Arbeitszufriedenheit; Qualitätssteigerung; Kosteneinsparung durch effizientere Leistung; Konstanz bei den MitarbeiterInnen</p> |
| <p><i>Hürden</i></p> <p><i>Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen?</i></p> | <p>Raccolta completa dei dati sulle composizioni di tutte le commissioni attuali</p> <p>Difficoltà culturali per la proposta di quota rosa</p> | <p>Es besteht die Gefahr, dass man Übererwartungen schafft.</p> <p>Es wurden letztlich mehrere Befragungen durchgeführt, Mitarbeiterinnen und Führung sind eher skeptisch.</p> | <p>keine</p> | <p>Desinteresse der Politik; Das herrschende System; Rechtliche Vorgaben (bestehende Vollzeitpflicht für Führungskräfte;) Unveränderlichkeit des Systems; Mentalität verändert sich nicht; Fehlende diszipläre Konsequenzen die helfen dies umzusetzen</p> |
| <p><i>Unterstützende Faktoren</i></p> <p><i>Wer muss einbezogen werden, damit die Maßnahmen erfolgreich sind?</i></p> <p><i>Was haben wir schon? Usw.</i></p> | <p>Comitato per le pari opportunità</p> <p>Direzione aziendale + Direzioni comprensoriali</p> | <p>Anonymität und Neutralität müssen gesichert sein; die Vertrauensbasis muss vorhanden sein; Ziel und Zweck der Befragung muss klar mitgeteilt werden;</p> | <p>Vorgesetzte</p> <p>alle Voraussetzungen</p> | <p>Marketing machen; Politik mit einbeziehen; Entscheidungsträger für den richtigen Weg überzeugen; Gewerkschaften einbeziehen;</p> <p>Leitbild; Komitee für Chancengleichheit; Externe ExpertInnen für Konflikte in Meran; Motivierte MitarbeiterInnen</p> |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Betroffene Abteilungen, Organisationseinheiten | | Alle | Alle | Alle MitarbeiterInnen; alle Abteilungen; alle Dienste; Verwaltung |
| Umsetzungsschritte <i>Was können die ersten Schritte sein?</i> | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe erfassen ▪ Definierte Fragen vorbereiten ▪ Bestimmen, wer es macht? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition dieser Aufgabe von Seiten der Direktion ▪ Weiterleiten an die Vorgesetzten ▪ Vorgesetzte besorgen sich Email-Adresse oder findet Alternative wenn keine Email-Adresse vorhanden ▪ Errichtung von Infopoints im Krankenhaus, wo alle Informationen abgefragt werden können | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gespräche mit der Politik führen um die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen ▪ Grundsatzpapier des Betriebes auf zentraler Ebene erarbeiten ▪ Bezirksübergreifende Projektgruppen ernennen ▪ Anfallende Kollektivverträge besprechen ▪ Coachings für Interessierte |
| Projektzeitraum, Beginn | Subito ed entro il 2009 | 3 Monate | sofort | Sofort |
| Ungefähres Projektvolumen | | 70 Stunden | 3 Monate | 2 Jahre |
| Offene Fragen | | | | Wird diese Maßnahme gewollt? Kontrolle durch ein internes Organ? Benötigt es weitere Umfragen? |
| Anregungen an das Komitee | Chiedere la composizioni di tutte le commissioni attualmente esistenti (divise per genere e ruolo professionale) | | | Maßnahme weiterverfolgen; Mehr Mut; Mehr Präsenz um aufzuzeigen; Gezielte Referate/Workshops zur Sensibilisierung der Wichtigkeit des Themas. |

| | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|--|
| <p>Maßnahmenpaket 2</p> | <p>2) Misure di conciliazione familiare e lavorativa:</p> <p>2a) Valorizzare il Part-Time del personale Imedico femminile: Organizzare corsi formativi rivolti a tutto il personale sui temi del gender mainstreaming e sulla valorizzazione del personale part-time. Estendere la certificazione Audit Famiglia & Lavoro in reparti da individuare secondo criteri condivisi.</p> <p>2b) Promuovere lo strumento del Telelavoro: Elaborazione di un regolamento comune a livello aziendale sul telelavoro con individuazione della sua applicabilità in sanità, condividerlo con le OOSS, informare il personale e la dirigenza sul telelavoro.</p> <p>2c) Promuovere l'accettazione culturale del periodo di assenza dei padri: Informazione mirata ai padri ed al personale con incarico direttivo e di coordinamento sull'esistenza di strumenti</p> | <p>2) Ausbau der Kinderbetreuung ganzjährig + zusätzliche Plätze für Sommerbetreuung in Brixen und Errichtung eines neuen Angebotes für Sterzing (evtl Konventionierung mit Gemeinde)</p> | <p>2) Flexible Arbeitszeiten: Turnusse und Arbeitsverhältnisse (%)</p> | <p>2) Verbesserung des Wiedereinstiegs von Personal nach längerer Abwesenheit</p> |
|--------------------------------|---|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | <p>di conciliazione previsti per i padri</p> <p>2d) Garantire la struttura di assistenza bambini/e (asilo+materna) Coinvolgimento diretto dell'Assessorato al fine di garantire al Comprensorio di Bolzano una struttura propria e permanente per l'assistenza della prole del personale.</p> | | | |
| <p>Ziele: <i>Was soll konkret erreicht, verbessert werden?</i></p> | <p>2a) Promuovere una cultura che accetti l'esigenza di svolgere il lavoro part-time per motivi familiari senza che ciò influisca sulla professionalità della medica e favorirne il riconoscimento.</p> <p>2b) Aumento della proposta da parte dell'ente del telelavoro come strumento di conciliazione lavoro/famiglia.</p> <p>2c) Elaborare ed utilizzare opuscoli informativi e trasmetterli per posta ai padri.</p> <p>2d) Realizzare una struttura propria con una scuola materna e la copertura di un numero superiore di posti.</p> | <p>⇒ Die zur Verfügung stehenden Plätze decken den Bedarf</p> <p>⇒ Es besteht keine Warteliste.</p> | <p>⇒ Die Arbeitszeiten sollen an die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen und PatientInnen angepasst werden</p> | <p>⇒ Erleichtern des Wiedereinstiegs;</p> <p>⇒ Verbesserung des Qualifizierungserhaltes bei längeren Abwesenheiten;</p> <p>⇒ Mehr flexiblere Abwesenheitsgestaltung;</p> <p>⇒ Vereinbarkeit Familie/Beruf;</p> <p>⇒ Bindung des Personals an die Abteilung;</p> <p>⇒ Involvierem in Teambesprechungen auch während der Abwesenheit;</p> <p>⇒ Einsparungen Personal/Kosten;</p> <p>⇒ Weniger Personalwechsel in den Abteilungen;</p> <p>⇒ Steigerung des Corporate Identity;</p> <p>⇒ Motivationssteigerung;</p> <p>⇒ Entwicklung eines einheitlichen Verfahrens</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | | | | bei Verabschiedung, Einbindung und Wiedereinstieg; ⇨ Persönliche Gesprächsführung; ⇨ Bedürfnisse der WiedereinsteigerInnen entgegen zu kommen; ⇨ Einlernzeit nach Rückkehr |
| Zielgruppe: <i>Wer soll einbezogen werden?</i> | 2a)-2b)- 2c) Direzione aziendale Ripartizione personale Direzione comprensoriale OOSS 2b)+ SISL, Ripartizione Approvvigionamenti 2c) + padri 2d) Assessorato Direzione comprensoriale | ⇨ Alle MitarbeiterInnen mit Kindern | ⇨ Gewerkschaften; ⇨ Direktion (Verwaltungs-, Pflege- und Ärztliche-) auf Betriebs- und Bezirksebene | ⇨ Alle Bediente, welche längere Zeit abwesend sind (z.B. durch Krankenstand; Mutterschaft; Wartestand usw.) |
| Erwartetes Ergebnis, Nutzen: <i>Was bringt die Maßnahme den Betroffenen, Zielgruppen?</i> <i>Was ist der Nutzen für die Organisation?</i> | 2b) Aumento delle richieste di telelavoro | Wesentliche Erleichterung der Vereinbarkeit. MitarbeiterInnen kehren aus den Elternurlaub früher zurück (kompetente Mitarbeiterinnen erhalten) Einsatz und Motivation der Mitarbeiterinnen steigt Mitarbeiterinnen sind bereit, flexiblere Arbeitszeiten | Motivation, Anpassung der Arbeitszeit an Lebensumstände, früherer Wiedereinstieg nach Elternzeit motivierte gesunde MitarbeiterInnen: weniger Krankenstände, bessere Betreuung der Patienten | Steigerung der Arbeitsmotivation; Steigerung der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen; Möglichkeiten der besseren Familienplanung; Möglichkeit eines frühzeitig planbaren Arbeitsplatzwechsels zur Vereinbarkeit Familie/Beruf; Kosteneinsparung; Motivierte MitarbeiterInnen; Verantwortungsbewußtere MitarbeiterInnen; |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | anzunehmen Mitarbeiterinnen sind eventuell bereit, 75% statt 50% zu arbeiten. Zeitaufwendige Auswahlverfahren erübrigen sich: sparen von Zeit und Ressourcen. | | |
| Hürden <i>Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen?</i> | 2a) Le mediche nel periodo di vita dedicata all'assistenza e alla cura familiare hanno difficoltà ad ottenere la riduzione dell'orario di lavoro. Vengono difficilmente coinvolte nelle attività strategiche del reparto. 2b) Difficoltà organizzative per l'implementazione del telelavoro per alcuni ambiti lavorativi e figure professionali 2d) Nel breve termine far costruire una nuova struttura per asilo nido e scuola materna | Fehlende Finanzierung könnte eine Hürde sein | organisatorische und verwaltungstechnische | Wollen dies die MitarbeiterInnen überhaupt? Schlechte Erfahrungen könnten Umsetzung erschweren MitarbeiterInnen können nicht immer auf die gewünschte Stelle zurückkommen; Unterbrochener Informationsfluß/ Verbindung (MitarbeiterIn/Betrieb) während der Abwesenheit |
| Unterstützende Faktoren <i>Wer muss einbezogen werden, damit die Maßnahmen erfolgreich sind? Was haben wir schon? Usw.</i> | | Die Maßnahme hat sich bewährt; Kinderhort ist so geplant, dass es erweitert werden kann. Projekt wird erfolgreich, wenn Betriebsführung es unterstützt In Sterzing gibt es schon eine Bedarfserhebung, es besteht dringender Bedarf; es | Komitee für Chancengleichheit und Aufwertung der Gender-Differenzen Teilzeitmodelle 50% und 75% Gleitzeitmodelle Usw. | Direktionen Führungskräfte (Führungsaufgabe) Team Evtl. Gewerkschaften einzelne Abteilungen setzen dies bereits zum Teil um. |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | | bestehen schon Verhandlungen, grundsätzliche Bereitschaft der Führung... | | |
| Betroffene Abteilungen, Organisationseinheiten | Tutti/tutte | Alle | Alle | Alle |
| Umsetzungsschritte <i>Was können die ersten Schritte sein?</i> | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedarf erfassen: z.T durch Maßnahme 1, Erfahrungswerte, Warteliste, Analyse der Zukunftsperspektiven usw. ▪ Verhandlung mit der Führung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Umfrage bzgl. des Bedarfes an Teilzeit zu anderen Prozentsätzen, Gleitzeit, Tauschbörse(100%Stelle tauscht zeitweise mit 50% o.ä.)... | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilotprojekt erarbeiten ▪ Führungskräfte informieren und ihre soziale Kompetenz stärken ▪ Verantwortliche überzeugen, dass das Ziel positiv für ihren Dienst ist ▪ Erstellen einer Informationsbroschüre für MitarbeiterInnen, welche beabsichtigen länger Abwesend zu sein ▪ Rechtliche Voraussetzungen schaffen um eine Fortbildung während des unbezahlten Wartestandes zu ermöglichen |
| Projektzeitraum, Beginn | 2a) subito ed entro il 2009 2b) entro 2 anni 2c) entro 1 anno 2d) subito | Beginn sofort; mehr Plätze ab 2010 | sofort | sofort |
| Ungefähres Projektvolumen | | | 1 Jahr | |
| Anregungen an das Komitee | | | | Wiederholtes Berichten von positiven Erfahrungen |

| | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|--|
| Maßnahmenpaket 3 | | 3) BeraterInnen-Team (Psychologe, Coaching) Unterstützende Beratung durch Betriebspsychologe und Personalentwicklung Betriebspsychologe Unterstützung für mittlere Führungskräfte Coach für Führungskräfte Regelmäßiges Coaching für TOP Management | 3) MitarbeiterInnen-förderung | 3) Altersteilzeit Form für entlohntes System = 1995 mehr als 18 Dienstjahre Form des Beitragssystem/gemischtes System = 1995 weniger wie 18 Dienstjahre Bei beiden Systemen: 50% Arbeit (entlohntes System 80% Gehalt + Pensionsbeiträge auf 80% - gemischtes System: 50 % Gehalt + Beiträge auf 100%) |
| Ziele: <i>Was soll konkret erreicht, verbessert werden?</i> | | ⇒ Bestehende Frauen in Führungspositionen werden unterstützt, ⇒ Frauen sind ermutigt Führungspositionen anzustreben und anzunehmen. | ⇒ mehr Frauen in Führungsposition | ⇒ Personal muss länger arbeiten, Frauen besonders getroffen da sie nun erst mit 65 Jahren in Pension können, ⇒ Betrieb hat Berufsbilder hat Nachtdienste oder andere belastende Dienste, ⇒ Erleichterung des Überganges ins Rentenalter |
| Zielgruppe: <i>Wer soll einbezogen werden?</i> | | ⇒ Weibliche Führungskräfte und solche die es werden wollen | ⇒ Vorgesetzte | ⇒ Personen ab den 55. Lebensjahr (bei belastender Arbeit zusätzliche Urlaub?) |
| Erwartetes Ergebnis, Nutzen: <i>Was bringt die Maßnahme den Betroffenen, Zielgruppen?</i> <i>Was ist der Nutzen für</i> | | Frauen in Führungspositionen haben Unterstützung bei Entscheidungen, fühlen sich sicherer. | Karrieremöglichkeit, Motivation | Erleichterung der Diensterfordernisse im Alltag/Alter, Kein Nachteil für Pension. Leichter Übergang für Rente Verminderung der Abwesenheiten durch Krankenstände Individuelle und flexible |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p><i>die Organisation?</i></p> | | <p>Positive Auswirkung auf Team (weniger Konflikte, mehr Motivation und Produktivität). Die besonders ausgeprägte Sozialkompetenz der Frau wirkt sich auf Organisation positiv aus. Geschlechtsgemischte Führungsteams arbeiten besser</p> | <p>Genderausgewogenheit ungenutzte Ressourcen können aktiviert werden</p> | <p>Vertragsgestaltung Konfrontation mit Nachteilen wie bei „normaler“ Teilzeitbeanspruchung Höhere Leistung durch Motivation</p> <p>Weniger Krankenstände (aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr voll belastbare MitarbeiterInnen bleiben im Arbeitsverhältnis) Sozialverträgliche Personalanpassung, qualitativer Personalaustausch: Möglichkeit die wertvollen Erfahrungen älterer ArbeitnehmerInnen mit der Neueinstellung von Auszubildenden zu kombinieren, Individuelle und flexible Vertragsgestaltung als Anreiz für MitarbeiterInnen</p> |
| <p>Hürden <i>Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen?</i></p> | | <p>Fehlende Finanzierung könnte eine Hürde sein Bereitschaft, Coaching anzunehmen. Erfahrung im sanitären Bereich noch sporadisch.</p> | | <p>Mehrkosten für das Land, Finden von Personal</p> |
| <p>Unterstützende Faktoren <i>Wer muss einbezogen werden, damit die Maßnahmen erfolgreich sind? Was haben wir schon?</i></p> | | <p>Erfahrungen aus Landesverwaltung: Coaching wird routinemäßig für neue FK angeboten. Wissenschaftliche Befunde belegen, dass durch Coaching die Produktivität steigt.</p> | <p>Direktion, Vorgesetzte</p> <p>Mitarbeiterfördergespräche Usw.</p> | <p>Gewerkschaften, Betrieb, Landesamt für Personal, Politik</p> <p>Vorgespräche mit dem Gesundheitsassessorat,</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| Usw. | | Es gibt schon einen genehmigten Stellenplan. Es besteht schon eine Bedarfserhebung und es gibt schon mehrere Konzeptvorschläge | | Gespräche mit den verschiedenen Personalämtern Usw. |
| Betroffene Abteilungen, Organisationseinheiten | | Alle | Alle | Gewerkschaften/Betrieb/Land/Politik |
| Umsetzungsschritte <i>Was können die ersten Schritte sein?</i> | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welches Konzept wird angewandt? ▪ Evtl neue Bedarfserhebung ▪ Konsens mit Führung finden über Konzept ▪ Evtl. Pilotprojekt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der/die Vorgesetzte gibt den Mitarbeiterinnen im Rahmen der Mitarbeiterfördergespräche gezielte Informationen über Nachteile der Teilzeitarbeit, Fort- und Ausbildungsmöglichkeiten, Kinderbetreuungsangebote | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschläge für bereichsübergreifende Kollektivvertragsänderungen von Gewerkschaften ausarbeiten ▪ Einsetzung einer Arbeitsgruppe mit ExpertInnen für Rentenfragen ▪ Sensibilisierung der zuständigen Landesämter/Politik |
| Projektzeitraum, Beginn | | | sofort | sofort |
| Ungefähres Projektvolumen | | | 1 Jahr | 2 Jahre |
| Anregungen an das Komitee | | | | Mitarbeit in der Arbeitsgruppe |