



DAMIT DER BERUF ZUM LEBEN PASST:

LEBENSPHASENORIENTIERTE LAUFBAHNGESTALTUNG FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Ein Handbuch mit aktuellen Erkenntnissen und Massnahmen aus der Praxis
für mehr Chancengleichheit in Schweizer Spitälern

Dr. Janna Küllenberg & Julia Frey

DATUM: Olten, 02. April 2025

HERAUSGEBERIN: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Angewandte Psychologie
Institut für Kooperationsforschung und -entwicklung
Dr. Janna Küllenberg und Julia Frey, M.Sc.
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten

PROJEKTHOME PAGE: <https://www.fhnw.ch/aerztliche-laufbahngestaltung>

KORRESPONDENZ: Dr. Janna Küllenberg
T +41 62 957 29 32
Mail: janna.kuellenberg@fhnw.ch

Julia Frey, M.Sc.
T+ 41 62 957 29 75
Mail: julia.frey@fhnw.ch

GESTALTUNG: Ginny Pennesi
Mail: pennesi.freelance@gmail.com

MANAGEMENT SUMMARY

Wie kann die medizinische Laufbahn von Spitalärztinnen und -ärzten besser an die Anforderungen und Bedürfnisse verschiedener Lebensphasen angepasst werden – in Bezug auf familiäre Verantwortung, ehrenamtliches Engagement oder persönliche Interessen?

Gemeinsam mit sieben Schweizer Spitälern hat eine Forschungsgruppe der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW diese Frage untersucht. Basierend auf einer Befragung mit 557 Spitalärzten und -ärztinnen und vertiefenden Interviews wurden Herausforderungen und erste Lösungsansätze identifiziert. In spitalübergreifenden Workshops wurden die Lösungsansätze von Medizinerinnen und Medizinerinnen gemeinsam mit HR-Fachpersonen weiterentwickelt und konkrete Massnahmen erprobt.

Die Befragungsergebnisse zeigen: Der Handlungsbedarf ist gross. So ist für rund 90% der Ärzte und Ärztinnen die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben äusserst wichtig oder sogar ein unverzichtbares Kriterium, um sich eine langfristige Laufbahn im Spital vorstellen zu können. Gleichzeitig erachtet mehr als die Hälfte der Befragten die Vereinbarkeit von Laufbahnen im Spital mit dem Privatleben nicht oder nur teilweise gegeben. Entsprechend denkt auch beinahe ein Drittel aller befragten Ärztinnen und Ärzte oft darüber nach, das Spital aufgrund mangelnder Vereinbarkeit verlassen zu wollen. In Zeiten des Fachkräftemangels verdeutlichen diese Zahlen die Dringlichkeit des Projekts.

anliegens. Für eine nachhaltige Veränderung ist neben strukturellen Anpassungen auch die Förderung einer Arbeitskultur entscheidend, die die Vereinbarkeit der medizinischen Laufbahn mit verschiedenen Lebensphasen ermöglicht.

Aus dem Projekt entstand dieses Handbuch, das erstmals die Ist-Situation der ärztlichen Laufbahngestaltung und deren Vereinbarkeit mit verschiedenen Lebensphasen in Schweizer Spitälern aufzeigt und Wege zu neuen Strukturen, Prozessen und Arbeitskulturen schildert. Dabei stellt das Handbuch mögliche Massnahmen in drei zentralen Handlungsfeldern vor: Arbeitsorganisation, Führung und Kooperation (siehe untenstehende Abb.).

Veranschaulicht werden die Massnahmen durch Good Practices einzelner Spitäler und Portraits ausgewählter Ärztinnen, Ärzte und HR-Fachpersonen, die ihre Erkenntnisse zum Thema «Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung» mit Ihnen, geschätzte Leserschaft, teilen.

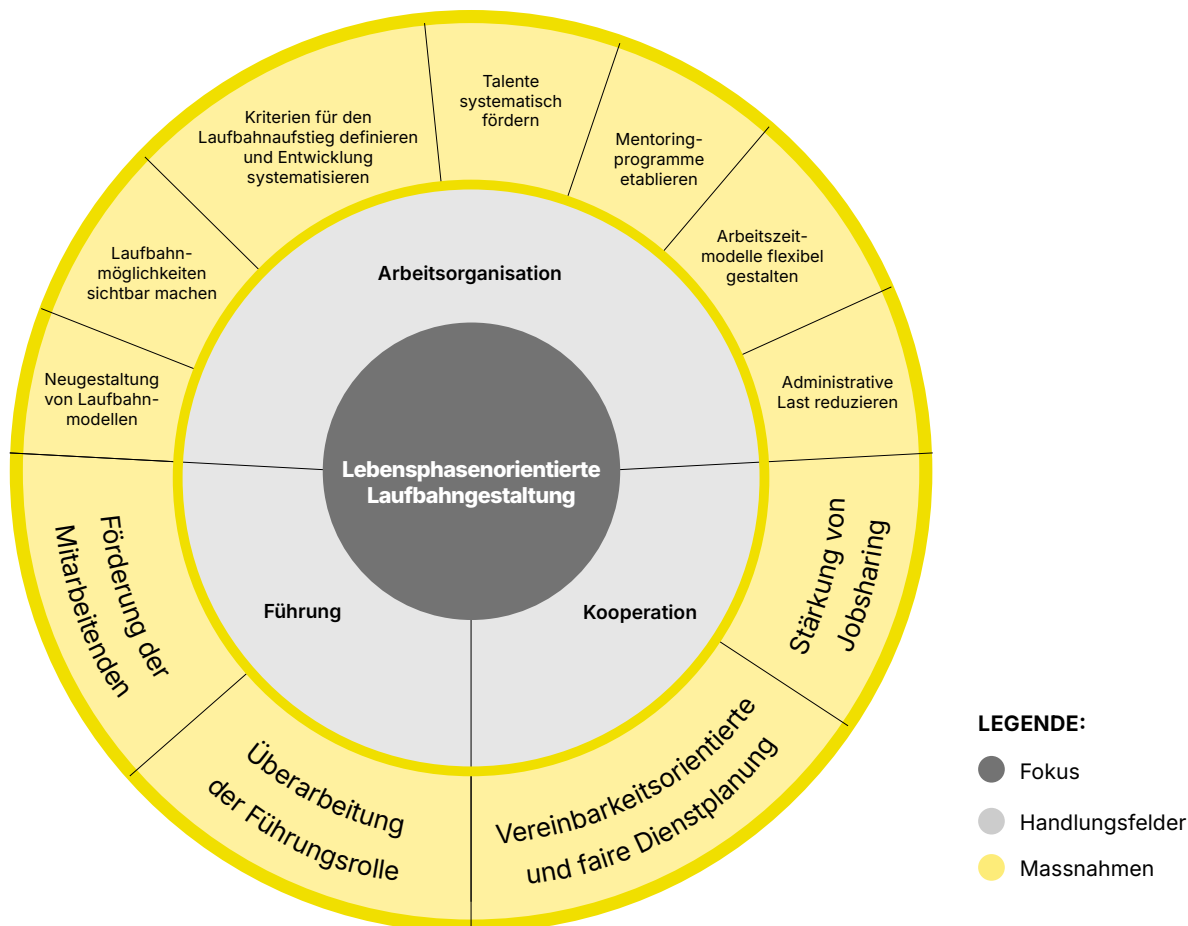
Wir wünschen viel Freude beim Lesen!

Julia Frey

Julia Frey

Jenna Küllenberg

Jenna Küllenberg



DANKSAGUNG

Dieses Handbuch geht aus einer Zusammenarbeit der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW mit sieben Spitälern der Schweiz hervor (hier durch die Logos repräsentiert). Die Gesundheitsorganisationen haben sich im Jahr 2023 dazu entschieden, die lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung von Spitalärztinnen und -ärzten mittels einer Projektteilnahme ins Zentrum zu stellen. Das Projekt konnte mit freundlicher finanzieller Unterstützung des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) durchgeführt werden und wurde vom Verband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten (vsao), dem Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) sowie von Prof. Dr. Brigitte Liebig als wissenschaftliche Beirätin beraten.

Wir danken allen Beteiligten für ihre ausgesprochen wertvolle Arbeit.



Vorwort des Vereins der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS)

Der VLSS dankt dem Eidgenössischen Büro für Gleichstellung (EBG) für die finanzielle Unterstützung des Projekts; der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW für die Erarbeitung des Konzepts sowie den am Pilot teilnehmenden Spitälern für die Teilnahme am Umsetzungsprozess. Dabei konnten wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, wie die Förderung der lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung von Spitalärztinnen und -ärzten im Alltag konkret umgesetzt werden kann. Der VLSS unterstützt die Spitäler und seine dort tätigen Mitglieder bei der Implementierung entsprechender Change Management Prozesse. Das Handbuch zeigt die Erfolgsfaktoren auf, die gegeben sein müssen, damit der notwendige Kulturwandel effektiv stattfinden kann. Die generationenübergreifende Einbindung der gesamten Spitalärzteschaft inkl. Kaderärztinnen und Kaderärzte ist eine zwingende Voraussetzung für das Erreichen einer besseren Vereinbarkeit der Berufsausübung mit Familie und Freizeit. Die mögliche Gestaltung und Weiterentwicklung der beruflichen Laufbahn, unabhängig von Geschlecht und Lebensphase, ist notwendig, damit die jungen Ärztinnen und Ärzte auch in Zukunft im Spitalarztberuf bleiben.

Dr. iur. Thomas Eichenberger, Geschäftsleiter VLSS



Vorwort des Verbands der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte der Schweiz (vsao)

Der demografische Wandel und die wachsende Nachfrage nach qualifizierten Ärztinnen und Ärzten stellen das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen. Besonders junge Ärztinnen und Ärzte sehen sich zunehmend dem Druck ausgesetzt, die beruflichen Verpflichtungen und Erwartungen mit den Anforderungen ihres privaten Alltags in Einklang zu bringen.

Das vorliegende Handbuch bietet praxisorientierte Lösungsansätze, um die medizinische Laufbahn besser an die individuellen Bedürfnisse anzupassen und langfristig die Gesundheit sowie berufliche Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte zu fördern. Der vsao hat dieses Projekt aktiv begleitet und freut sich, nun ein Handbuch zur Verfügung zu haben, das in der Praxis Anwendung finden kann. Es verfolgt das Ziel, durch flexiblere Arbeitsmodelle und die Berücksichtigung und Anerkennung unterschiedlicher Lebensphasen und deren Herausforderungen eine ausgewogene Balance zwischen Berufs- und Privatleben zu ermöglichen. Wir hoffen, dass dieses Handbuch dazu beiträgt, dass Ärztinnen und Ärzte langfristig Freude an ihrem Beruf haben und somit ihre Karriere nachhaltig fortführen können.

Dr. med. Gerlinde Heil, vsao-Delegierte im SIWF-Vorstand



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Projekt- und Forschungsvorgehen	10
2.1	Grundprinzipien der lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung im Spital	10
2.2	Datenerhebung und Analysemethoden der Befragung	10
2.3	Soziodemografie	12
2.4	Workshopdesign - Massnahmenentwicklung als iterativer Prozess	13
3	Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung: Status Quo	15
3.1	Aktuelle Herausforderungen der Vereinbarkeit einer medizinischen Laufbahn mit dem Privatleben	15
3.2	Einordnung der Ergebnisse auf struktureller Ebene	16
3.3	Einordnung der Ergebnisse auf kultureller Ebene	18
4	Handlungsfelder, Massnahmen und Good Practice Beispiele	21
4.1	Handlungsfeld Arbeitsorganisation	22
4.1.1	Neugestaltung von Laufbahnmodellen	22
4.1.2	Laufbahnmöglichkeiten sichtbar machen	24
4.1.3	Kriterien für den Laufbahnaufstieg definieren und Entwicklung systematisieren	26
	<i>[Good Practice: CanMEDs basiertes Entwicklungsmanagement]</i>	27
	<i>[Portrait: Die Zukunft der ärztlichen Laufbahngestaltung]</i>	32
4.1.4	Talente systematisch fördern	34
	<i>[Portrait: Talent Management im Gesundheitswesen]</i>	35
4.1.5	Mentoringprogramme etablieren	37
	<i>[Good Practice: Checkliste Mentoring]</i>	38
	<i>[Interview mit Dr. med. Christina Venzin]</i>	39
4.1.6	Arbeitszeitmodelle flexibel gestalten	42
	<i>[Portrait: Arbeit in Teilzeit als Assistenzarzt]</i>	45
	<i>[Good Practice: 90+10 Arbeitszeitmodell]</i>	47
4.1.7	Die administrative Last reduzieren	50
4.2	Handlungsfeld Führung	51
4.2.1	Förderung der Mitarbeitenden	51
	<i>[Good Practice: HR und Ärzteschaft im Dialog]</i>	53
4.2.2	Überarbeitung der Führungsrolle	56
	<i>[Good Practice: Governancetabelle als Führungswerkzeug]</i>	57
4.3	Handlungsfeld Kooperation	60
4.3.1	Vereinbarkeitsorientierte und (dennoch) faire Dienstplanung	62
4.3.2	Stärkung von Jobsharing	63
	<i>[Good Practice: Jobsharing in der inneren Medizin]</i>	64
5	Organisationsentwicklung im spitalärztlichen Kontext - eine arbeitspsychologische Perspektive	67
5.1	Herausforderungen im Organisationsentwicklungsprozess	67
5.2	Erfolgsfaktoren: Ansätze für eine nachhaltige Massnahmenumsetzung	67
6	Ausblick	70
6.1	Sternstundenregister	70
6.2	Weiterführende Projekte	70
6.3	Kontaktangaben des Projektteams	70
	Literaturverzeichnis	71

KAPITEL 1

EINLEITUNG

1. Einleitung

Der aktuelle demografische Wandel hat zu einem erheblichen Anstieg der Nachfrage nach qualifizierten Ärzten und Ärztinnen geführt (Scheffler & Arnold, 2019). Dieser Mangel an Fachärztinnen und -ärzten stellt eine ernsthafte Bedrohung für die Effektivität und Langlebigkeit der Gesundheitssysteme dar (Aluttis et al., 2014). Entsprechend gross ist der Bedarf, mehr Menschen für eine Laufbahn in der Medizin zu gewinnen und diese zu halten.

Für Ärzte und Ärztinnen sind die häufigsten Gründe, den Beruf frühzeitig zu verlassen, eine hohe Arbeitsbelastung, unflexible Arbeitszeiten und damit einhergehend Konflikte an der Schnittstelle zwischen Arbeits- und Privatleben (Bolliger et al, 2016; Hofmeister et al., 2010; Peter et al., 2021). Diese Konflikte, auch als «Life Domain Imbalance» bezeichnet, manifestieren sich in verschiedenen Dilemmasituationen: zeitliche Konflikte («Ich habe keine Zeit, alle Anforderungen zu erfüllen.»), belastungsbasierte Konflikte («Ich habe keine Energie, allen Anforderungen nachzukommen.») und interne Konflikte («Ich bin gedanklich noch mit einem anderen Lebensbereich beschäftigt.») (Carlson et al., 2000; Carlson & Forne, 2003). Verstärkt wird die Life Domain Imbalance durch die im Ärzteberuf dominierende Arbeitskultur, geprägt durch hohe Leistungsorientierung, lange Arbeitszeiten und stetige Erreichbarkeit (Aebi et al., 2018; Kellogg, 2003).

Vor diesem Hintergrund wurde der schweizerischen Ärztekammer im Mai 2022 die «Charta für Ärztegesundheit» FMH (2022) vorgestellt: Sie besteht aus 14 Punkten, die sich der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Einhaltung des Arbeitsrechtes, der Anerkennung der Belastungen der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und einer wertschätzenden Kultur innerhalb der Ärzteschaft widmen. Eine Kernbotschaft lautet: «Ein ausgeglichenes Privat- und Berufsleben muss gefordert, gefördert und respektiert werden. Dies gilt sowohl in der Aus- und Weiterbildung als auch im Berufsalltag und bei Karrierechancen.» (Punkt 7)

Insbesondere unterschiedliche Lebensphasen können es mit sich bringen, dass eine phasenweise oder langfristige Anpassung der beruflichen Verfügbarkeit im Arbeitsfeld durch ein reduziertes Pensum oder eine Berufsunterbrechung umgesetzt werden will oder muss. Stand heute stellt die Inanspruchnahme von vereinbarkeitsorientierten Arbeitsweisen jedoch ein weitreichendes Hindernis für den Verbleib oder das Voranschreiten innerhalb einer Laufbahn dar und wird von Ärztinnen und Ärzten häufig als informelles Karriereaus beschrieben (Frey et al., 2023). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Vereinbarkeit des Berufs mit dem Privatleben für Ärztinnen und Ärzten an Bedeutung gewinnt (Heuss & Datta, 2020). Mit einem deutlich höheren vorzeitigen Ausstieg von Ärztinnen und Ärzten aus dem Beruf muss also gerechnet werden, sollten Spitäler künftig keine angemessenen Antworten finden, z.B. in Form von moderneren Lauf-

bahnmodellen. Abgeleitet aus dieser Ausgangssituation wurde im Rahmen des Projektes folgende Frage ins Zentrum gestellt: **Wie lassen sich medizinische Laufbahnen von Spitalärztinnen und -ärzten in Abstimmung mit den Bedürfnissen und Anforderungen unterschiedlicher Lebensphasen (wie z.B. Verantwortung für Kinder, Eltern, Ehrenämter, Freizeit) besser gestalten?**

Antworten auf diese Frage wurden in einem zweijährigen Projekt der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW gemeinsam mit Schweizer Spitälern erarbeitet. Die Ergebnisse aus der Forschung, einer durchgeführten Befragung sowie die von Ärztinnen, Ärzten und HR-Fachpersonen diskutierten und erprobten Massnahmen sind in diesem Dokument zusammengefasst. Das Handbuch liefert praxisnahe Ansätze zur Förderung der beruflichen Entwicklung, Arbeitszufriedenheit und langfristigen Gesundheit von Fachkräften im Gesundheitswesen – abgestimmt auf verschiedene Lebensphasen. Es richtet sich an alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, die sich mit der Gestaltung von Laufbahnen und der Verbesserung von Arbeitsbedingungen beschäftigen:

- ✓ **Ärztinnen und Ärzte**, die ihre eigene berufliche Laufbahn aktiv planen, gestalten und mit dem Privatleben abstimmen möchten.
- ✓ **Führungskräfte im ärztlichen Bereich**, die ihre Mitarbeitenden dabei unterstützen möchten, individuelle berufliche Ziele mit den Anforderungen des Berufsalltags in Einklang zu bringen.
- ✓ **Spitalleitungen, HR-Fachpersonen, BGM-Spezialisten und -Spezialistinnen, Gleichstellungsbeauftragte und weitere Interessierte**, die sich für die Entwicklung chancengleicher Arbeitsbedingungen und die Förderung der Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten einsetzen.

LEGENDE DER VERWENDETEN SYMBOLE



Handlungsempfehlungen



Forschungsergebnisse

KAPITEL 2

PROJEKT- UND FORSCHUNGS- VORGEHEN

2. Projekt- und Forschungsvorgehen

Dieses Handbuch ist ein dokumentiertes Ergebnis des Projektes «**Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung für Ärzte und Ärztinnen: Massnahmen für mehr Chancengleichheit in Spitälern und Kliniken der Schweiz**» (Projekt LeLa), durchgeführt in den Jahren 2023-2025 mit finanzieller Unterstützung des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG). Eine zentrale Grundlage des Projektvorhabens stellen Erkenntnisse und Erfahrungen aus einem bereits vergangenen Projekt zur «**Vereinbarkeitsfreundlichen Arbeitskultur für Ärztinnen und Ärzte: Konzepte + Massnahmen für Spitäler**» (2021-2022) dar. Das aktuelle Projekt führten Arbeitspsychologinnen der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW gemeinsam mit den Praxispartnern Insel Gruppe, Kantonsspital Baselland, Kantonsspital Winterthur, Luzerner Kantonsspital, Spital Männedorf, Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken (fmi) AG und Spitalzentrum Biel durch. Begleitet wurde das Projekt durch eine Steuergruppe bestehend aus Vertretenden des Verbands der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte der Schweiz (vsao) und des Vereins der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) sowie des wissenschaftlichen Beirats (Frau Prof. Dr. Brigitte Liebig).

Die Arbeits- und Kompetenzschwerpunkte des Projektteams des Instituts für Kooperationsforschung und -entwicklung (IfK) der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW liegen in der psychologischen Analyse und Gestaltung von Arbeitsorganisationen im Gesundheitswesen (**Medizinische Organisationspsychologie**). Für dieses Projekt wurde der Status Quo der Ärzte und Ärztinnen zur lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung in Schweizer Spitälern sowie dazugehörige Bedürfnisse erhoben. Darauf basierend entstanden in spitalübergreifenden Workshops Massnahmen, die im Spitalalltag erprobt bzw. reflektiert wurden. Die Massnahmen orientierten sich stets an dem Ziel, medizinische Laufbahnen von Ärztinnen und Ärzten so zu gestalten, dass sie besser mit den Bedürfnissen und Anforderungen unterschiedlicher Lebensphasen in Einklang stehen (siehe auch Kapitel 2.1 Grundprinzipien der lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung).

Dieses Handbuch fasst für Sie, geschätzte Leserinnen und Leser, Erkenntnisse aus verschiedenen Quellen zusammen und setzt sie zueinander in Bezug:

1. **Befragungsergebnisse** aus diesem Projekt, basierend auf Umfragen und Interviews mit Ärztinnen und Ärzten.
2. **Erkenntnisse aus der Forschung**, die relevante wissenschaftliche Einblicke liefern.
3. **Erfahrungswissen aus interdisziplinären und spitalübergreifenden Workshops** mit HR-Fachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten,

mit dem Ziel, wirkungsvolle Massnahmen für Spitäler zu entwickeln.

4. **Portraits, Interviews und Good Practices** aus dem Gesundheitswesen als Inspirationsquelle.

Schwerpunkte zur Forschungsmethodik finden Sie in diesem Kapitel 2, während Befragungsergebnisse, Massnahmen, Portraits und Good Practices in den Kapiteln 3 und 4 zu finden sind. Erkenntnisse aus arbeitspsychologischer Sicht sind in Kapitel 5 zusammengefasst; den Abschluss bildet ein Ausblick in die Zukunft.

2.1 Grundprinzipien der lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung im Spital

Für ein gemeinsames Verständnis einer lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung erhalten Sie nachfolgend eine Spezifikation der Grundprinzipien, die das gesamte Projekt anleiten:

Die gesundheitspolitische Strategie des Schweizer Bundesrates «**Gesundheit 2030**» gibt mit dem Ziel Gesundheit in der Arbeitswelt zu fördern, zwei klare Stossrichtungen vor: Das «Verhindern der negativen Gesundheitseffekte neuer Arbeitsformen» und die «Förderung eines gesunden Arbeitsumfeldes» (BAG, 2019). Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist eine wesentliche Voraussetzung für die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten und damit ein Baustein für langfristige Laufbahnen und die Sicherstellung der ärztlichen Fachkraft. Dieses Projekt fokussiert auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die eine lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung ermöglichen (Verhältnisprävention). Dazu werden die Strukturen, Prozesse und Kultur eines Spitals/ einer Klinik aus arbeitspsychologischer Perspektive betrachtet. Ins Zentrum rückt der gesamte HR-Zyklus eines ärztlichen Mitarbeiters/ einer ärztlichen Mitarbeiterin im Spital: von Rekrutierung und Onboarding über Entwicklung, Bindung und Übergangsphasen bis hin zu Unterbrechung, Wiedereinstieg und Austritt. Dabei werden folgende Grundprinzipien berücksichtigt:

Flexibilität einer medizinischen Laufbahn: Eine medizinische Laufbahn¹ bezeichnet den beruflichen Pfad, den Ärzte und Ärztinnen im Spital gehen (können). Dies inkludiert im klassischen Sinne die Bewegung im Spital entlang vorgegebener (z.B. linearer) Abfolgen ärztlicher Positionen, Rollen und Aufgaben, deren Anpassungen und Erweiterungen sowie die spitalinterne Nachfolgeplanung. Medizinische Laufbahnen können dann als flexibel bezeichnet werden, wenn eine Vielfalt an Laufbahnformen es ermöglicht, Positionen, Rollen und Aufgaben im Laufe der Zeit anzupassen und zu erweitern.

Berücksichtigung von Lebensphasen (Lebensphasenorientierung): Die «Lebensphasenorientierung» stellt den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin als Individuum mit seinen/ihren persönlichen und lebensabschnittsspezifischen Bedürfnissen in den Vordergrund.

¹Im vorliegenden Handbuch werden die Begriffe «Laufbahn» und «Karriere» synonym verwendet. Die Literatur bleibt hinsichtlich möglicher Bedeutungsunterschiede uneinheitlich (mehr dazu siehe Latzke et al., 2019). Für das Projekt wurde -wo möglich und sinnvoll- der Begriff «ärztliche Laufbahn» gewählt, da «Karriere» im Alltagsgebrauch vor allem mit vertikalem Aufstieg und Erfolg assoziiert wird. Das Projekt hingegen betrachtet gezielt die berufliche Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft -einschliesslich vielfältiger Entwicklungswege, die über klassische Aufstiegszenarien hinausgehen.

Diese Bedürfnisse entwickeln sich aus Zielen, Ereignissen und Veränderungen in diversen Lebensbereichen unterschiedlichen Alters und beeinflussen die berufliche Laufbahn und umgekehrt. Entsprechend verlaufen Laufbahnen nicht statisch: Sie können unterbrochen werden und sich laufend ändern, was zu verschiedenen Laufbahnmustern führt (Brousseau et al., 1996). Bei der lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung werden individuelle Lebensphasen berücksichtigt und darauf aufbauend Laufbahnmöglichkeiten in Abstimmung mit dem organisationalen Laufbahnmanagement bestmöglich ausgearbeitet.

2.2 Datenerhebung und Analysemethoden der Befragung

Nachfolgend erhalten Sie Informationen zum Entstehungsprozess und der Analyse der Ergebnisse dieser Studie.

Die Ergebnisse in diesem Handbuch basieren auf Erkenntnissen einer Online-Befragung von 557 Ärztinnen und Ärzten, auf 19 vertiefenden Interviews sowie auf Angaben zu bereits bestehenden Laufbahnangeboten der Praxispartner. Die Datenerhebung fand von August bis November 2023 in sieben Spitälern bzw. Spitalgruppierungen der Schweiz statt. Zuvor wurden drei Experteninterviews sowie eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Zusammen mit den Erkenntnissen aus dem Vorgängerprojekt **«Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben von Spitalärztinnen und -ärzten»** bildeten sie die Grundlage für die nachfolgend beschriebenen Erhebungsinstrumente. Mit Hilfe der Steuergruppe des Projektes – bestehend aus Vertretenden des Verbands der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte der Schweiz (vsao) und des Vereins der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzten der Schweiz (VLSS) sowie des wissenschaftlichen Beirats (Frau Prof. Dr. Brigitte Liebig) – wurden die verwendeten Erhebungsinstrumente revidiert und auf Praxisrelevanz sowie auf Wissenschaftlichkeit überprüft. Für das Vorhaben wurde ein positives Ethikvotum mit der Referenznummer EAaFE230623 erteilt. Die Analyse beleuchtet das Thema «ärztliche Laufbahngestaltung» anhand dreier Perspektiven (siehe Abb. 1):

Das Ziel der **Onlinebefragung** war es, grundlegende Daten zum Thema lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung in Schweizer Spitälern zu erheben. Die ausgewählten Fragen beziehen sich auf die laufbahnbezogenen Bedürfnisse und die reell wahrgenommenen Laufbahnsituationen und -chancen mit Blick auf Führung, Arbeitsorganisation und Kooperation.

Die **Interviews** konzentrierten sich auf Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Hierarchiestufen, die ihre Perspektiven zu den Herausforderungen einer medizinischen Laufbahn in verschiedenen Lebensphasen sowie zum daraus resultierenden Handlungspotenzial in den Bereichen Arbeitsorganisation, Führung und Zusammenarbeit teilten. Als Ergänzung zur quantitativen Befragung boten die Interviews die Möglichkeit, organisatorische und kulturelle Bedingungen in den Spitälern auf eine detailliertere Weise zu erfassen. Zitate aus den Interviews sind im vorliegenden Handbuch mit «Interview ID X Projekt LeLa» gekennzeichnet.

Mithilfe von **Selbstchecks** wurde das Thema der Laufbahnbedingungen und -chancen mit den Kernbereichen

- * Laufbahngestaltung,
- * Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben,
- * Berufsunterbrechungen und Mutterschutz
- * sowie mobil-flexibler Arbeit

in den einzelnen Spitälern erfasst. Neben den Angaben im Selbstcheck wurden durch HR-Fachpersonen der Spitäler Angaben zu bestehenden Angeboten, Massnahmen, (Führungs-)Leitlinien und Regelungen der Spitäler und Kliniken gemacht. Die Ergebnisse aus den Selbstchecks dienten den Praxispartnern für ihre Weiterarbeit an den verschiedenen Themenbereichen. Sie werden im vorliegenden Handbuch jedoch nicht weiter thematisiert. So viel kann hier aber festgehalten werden:



Für Veränderungsprozesse ist es entscheidend, zunächst die bestehenden Möglichkeiten im Unternehmen zu analysieren und anschliessend zu prüfen, ob die angesprochenen Mitarbeitendengruppen darüber informiert und damit ausreichend vertraut sind.



Abbildung 1. Verfahren zur Erhebung der ärztlichen Laufbahnbedingungen

2.3 Soziodemografie



Onlinebefragung. Der Fragebogen wurde an 1981 Personen gesendet. Insgesamt umfasst die Stichprobe der am Fragebogen teilgenommenen Ärzte und Ärztinnen $N = 557$ (davon $n = 304$ Ärztinnen und $n = 253$ Ärzte), was einen Rücklauf von 28.1% darstellt. Rücklaufquoten bei Onlinebefragungen von Ärztinnen und Ärzten fallen in den meisten Fällen niedrig aus (Cho et al., 2013), weshalb dieser Rücklauf als zufriedenstellend eingeschätzt wird. Die nachfolgende Tabelle enthält die soziodemografischen Daten der an der Befragung teilgenommenen Ärzte und Ärztinnen (siehe Tab. 1). Diese weist ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis ($w = 55\%$, $m = 45\%$) auf und zeigt, dass rund die Hälfte der befragten Personen (48%) aktuell Sorgepflichten wahrnehmen.



Interview. Das Projektteam führte Interviews mit 19 Ärztinnen und Ärzten aus unterschiedlichen Schweizer Spitälern. Interviewt wurden 11 Ärztinnen (58%) und 8 Ärzte (42%). Diese Stichprobe setzte sich zusammen aus Assistenzärztinnen und -ärzten ($n = 5$), Oberärztinnen und -ärzten ($n = 4$), Fachärztinnen und -ärzten ($n = 2$), Leitenden Ärztinnen und Ärzten ($n = 5$) sowie Chefärztinnen und -ärzten ($n = 3$).

Tabelle 1. Soziodemografie der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen der Onlinebefragung

Merkmal	Ausprägung	Anzahl	Anteil
Geschlecht ($N = 557$)	Weiblich	304	55%
	Männlich	253	45%
	Divers	0	0%
Alter ($N = 557$)	≤29 Jahre	70	13%
	30–39 Jahre	229	41%
	40–49 Jahre	141	25%
	50–59 Jahre	89	16%
	≥60 Jahre	28	5%
Pensum ($N = 557$)	90%–100%	354	63%
	80%–89%	107	19%
	50%–79%	82	15%
	<50%	14	3%
Position ($n = 556$)*	Assistenzarzt*in	179	32%
	Oberarzt*in	192	35%
	Spitalfacharzt*in	14	3%
	Leitende*r Arzt*in	108	19%
	Chefarzt*in	63	11%
Führungsposition ($N = 557$)	Ja (inklusive Rekrutierungsaufgaben)	157	28%
	Ja (ohne Rekrutierungsaufgaben)	131	24%
	Nein	269	48%
Kinder ($N = 557$)	Ja	285	51%
	Nein	272	49%
Sorgepflichten ($N = 557$)	Ja, allein	17	3%
	Ja, geteilt	250	45%
	Nein	290	52%

* Eine befragte Person liess sich nicht in diese Positionskategorien einordnen. Aus Datenschutzgründen wurde sie daher hier nicht erfasst.

2.4 Workshopdesign - Massnahmenentwicklung als iterativer Prozess

Ein Kernelement des Projektes war die Durchführung halbtägiger Workshops. Dafür wurden auf Basis der Befragungsergebnisse erste Massnahmenvorschläge entwickelt. Der weitere Prozess wurde partizipativ und iterativ gestaltet, sodass die Praxispartner von Anfang an aktiv eingebunden wurden: Die Workshops wurden in kurzen zeitlichen Abständen mit Projektteams aus den Spitälern durchgeführt, bestehend aus Ärzten und Ärztinnen sowie HR-Fachpersonen. Geleitet wurden die Workshops von zwei Arbeitspsychologinnen der Hochschule – den Autorinnen dieses Handbuchs. Zur Vorbereitung erhielten die Spitäler jeweils einen ausführlichen Ergebnisbericht. Für die Workshops wurden Massnahmenvorschläge, die in den Interviews und im offenen Fragebogenteil benannt wurden, aufbereitet und auf Plakaten zur Verfügung gestellt. In einer interaktiven Ausstellung konnten die Teilnehmenden diese begutachten, verfeinern und konkretisieren.

Inhaltlich orientierten sich die Workshops an den drei Handlungsfeldern

1. **Arbeitsorganisation**
2. **Führung** und
3. **Kooperation.**

Nach Abschluss jeder Workshopserie wurden die Themen der einzelnen Workshops durch das Forschungsteam der FHNW gesammelt, reflektiert und gebündelt. Diese gebündelten Ergebnisse wurden zu Beginn des nächsten Workshops den jeweiligen Gruppen vorgestellt, um Synergieeffekte zu fördern und einen effektiven Wissenstransfer sicherzustellen (siehe Abb. 2). In diesem Handbuch werden diskutierte Massnahmen inkl. konkreter Anwendungsbeispiele vorgestellt, ganz im Sinne von «Inspirationen aus der Praxis für die Praxis».

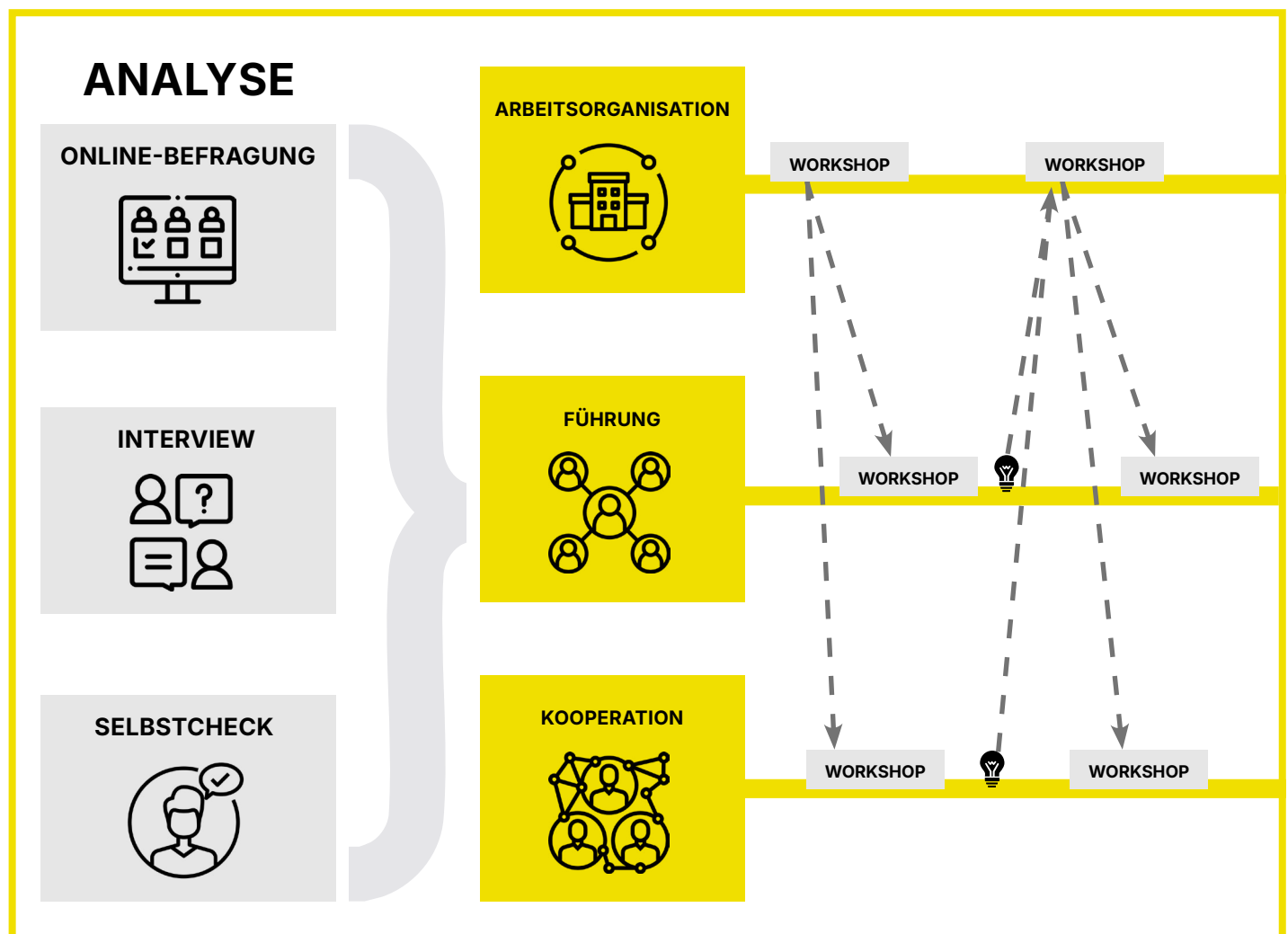


Abbildung 2. Darstellung des Projektvorgehens und des Wissenstransfers zwischen den Workshopserien

KAPITEL 3

LEBENSPHASEN- ORIENTIERTE LAUF- BAHNGESTALTUNG: STATUS QUO

3. Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung: Status Quo

Im folgenden Kapitel finden Sie die zentralen Erkenntnisse der Befragung zu den laufbahnbezogenen Bedürfnissen, den wahrgenommenen Laufbahnsituationen und -chancen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und im Anschluss eine Einordnung auf struktureller und kultureller Ebene (siehe Kapitel 3.2 bzw. 3.3). Diese Erkenntnisse dienen als Grundlage für die Entwicklung von Massnahmen, um die klinische Arbeitsrealität mit ihren Herausforderungen besser zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Befragungsergebnisse, die die Handlungsfelder Arbeitsorganisation, Führung und Kooperation vertiefend beleuchten, finden sich in Kapitel 4.

3.1 Aktuelle Herausforderungen der Vereinbarkeit einer medizinischen Laufbahn mit dem Privatleben

Hohe Relevanz der Vereinbarkeit einer Laufbahn mit dem Privatleben: Wie die Analysedaten zeigen, ist für 88% der Ärzte und Ärztinnen die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben äusserst wichtig oder sogar ein unverzichtbares Kriterium, um sich eine langfristige Laufbahn im Spital vorstellen zu können (siehe Abb. 3). Dennoch erachten mehr als die Hälfte der Befragten die Vereinbarkeit von Laufbahnen im Spital mit dem Privatleben nicht oder nur teilweise gegeben (siehe Abb. 4).



Abbildung 3. Gewichtung von Vereinbarkeit für langfristige Spitallaufbahn

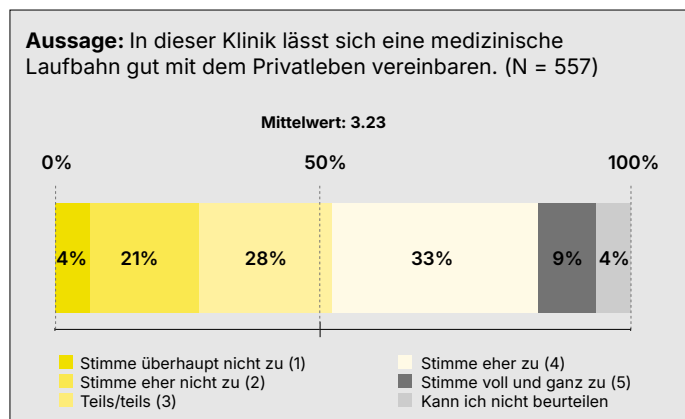


Abbildung 4. Vereinbarkeit der medizinischen Laufbahn mit dem Privatleben

Die Kündigungsabsicht aufgrund mangelnder Vereinbarkeit ist hoch (siehe Abb. 5): Insbesondere Mitarbeitende in unteren Positionsstufen, vornehmlich Assistenzärztinnen und -ärzte, gefolgt von Oberärztinnen und -ärzten, stimmen der Aussage zu, darüber nachzudenken, das Spital aufgrund mangelnder Vereinbarkeit zwischen Arbeit und Privatleben verlassen zu wollen. Je höher die Positionsstufe, desto tiefer ist die Zustimmung zu dieser Aussage (rsp = -.22, $p < 0.001$) (siehe Tab. 2).

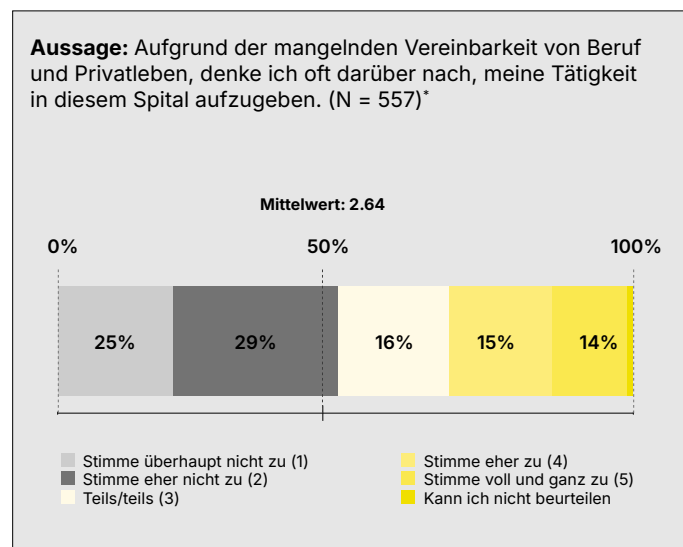


Abbildung 5. Aufgeben der Tätigkeit aufgrund mangelnder Vereinbarkeit

Tabelle 2. Einschätzung zu mangelnder Vereinbarkeit, unterschieden nach Position (n = 556)

Position	Mittelwert	SD
Assistenzärzt*in (n = 179)	3.01	1.38
Oberärzt*in (n = 192)	2.74	1.39
Spitalfachärzt*in (n = 14)	2.29	1.27
Leitende*r Ärzt*in (n = 108)	2.33	1.24
Chefärzt*in (n = 63)	1.89	1.02

1 = «Stimme überhaupt nicht zu», 5 = «Stimme voll und ganz zu»

Überstunden und private Einbussen als Bestandteil erfolgreicher Laufbahnen: Die Laufbahnsituation wird von Ärzten und Ärztinnen wie folgt beschrieben: 41% der Befragten geben an, dass von den Mitarbeitenden regelmässige Überstunden bzw. Überzeit erwartet werden, um die eigene Laufbahn voranzutreiben (siehe Abb. 6). 39% der Befragten sind der Meinung, dass das (vorübergehende) Reduzieren der Arbeitszeit aus privaten Gründen dazu führt, weniger Chancen beim beruflichen Vorankommen im Spital zu haben (siehe Abb. 7).

*Zur besseren Lesbarkeit wurde die Farbcodierung dieser Abbildung im Vergleich zu den anderen Abbildungen umgekehrt.

Aussage: Um die eigene Laufbahn in diesem Spital voranzutreiben, wird von Mitarbeitenden erwartet, dass sie regelmässig Überstunden beziehungsweise Überzeit leisten. (N = 557)

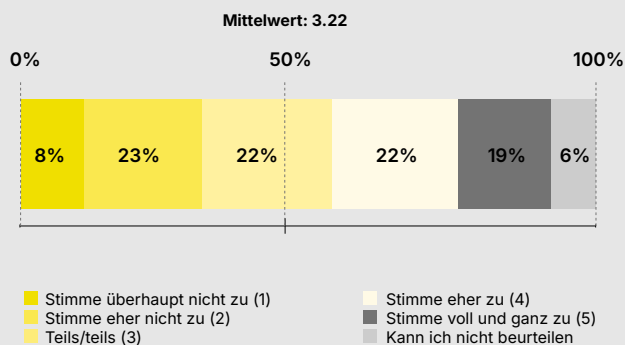


Abbildung 6. Erwartungshaltung an die Mitarbeitenden bezüglich regelmässiger Überstunden

Aussage: Mitarbeitende, die ihre Arbeitszeit aus privaten Gründen (vorübergehend) reduzieren, haben weniger Chancen, in diesem Spital beruflich voranzukommen. (N = 557)

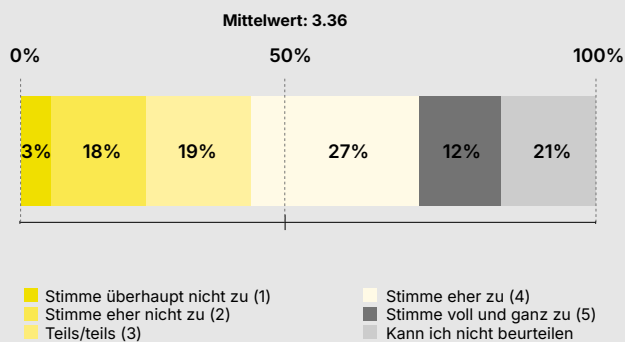


Abbildung 7. Verminderung der Chancen beim beruflichen Vorankommen durch Reduktion der Arbeitszeit

3.2 Einordnung der Ergebnisse auf struktureller Ebene

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung zur lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung für Spitalärztinnen und -ärzte mit Erkenntnissen zu bestehenden Rahmenbedingungen (z.B. langen Arbeitszeiten, Schichtarbeit) und institutionellen Strukturen (Laufbahngestaltung) sowie damit einhergehenden Erkenntnissen aus der Forschung verknüpft.

Die Unvereinbarkeit von klassischen Laufbahnmodellen mit individuelle Lebensentwürfen:

Die derzeit vorherrschenden klassischen Laufbahnmodelle (eine vorgegebene lineare Abfolge von Positionen innerhalb von begrenzten Zeitfenstern) bieten kaum Möglichkeiten, eine berufliche Karriere mit einem erfüllten Privatleben in Einklang zu bringen. Insbesondere Laufbahnmodelle, die linear verlaufen, bilden Karrieren von Frauen, die häufig durch Familienphasen unterbrochen werden, nicht adäquat ab und stehen entsprechend seit längerem in der Kritik (Biemann et al., 2012). Eine Längsschnittstudie unterstützt diese These: Je kürzer die Berufstätigkeit innerhalb der ärztlichen Laufbahn unterbrochen wird, umso erfolgreicher sind Ärztinnen und Ärzte (gemessen am Gehalt). Die teilnehmenden Medizinerinnen hatten ihre Berufstätigkeit sehr viel länger unterbrochen als Mediziner und waren zum späteren Messzeitpunkt insgesamt deutlich weniger erfolgreich (Evers and Sieverding, 2014).

Familiengründung als Herausforderung: Insbesondere Schwangerschaft als Lebensereignis stellt eine besondere Herausforderung für das Management in Spitälern dar. Ärztinnen mit Kindern beschreiben die Schwangerschaft in Schweizer Spitälern nach wie vor als karrierehemmendes Ereignis und erlebten diesbezüglich feindliche Äusserungen (Greiser-Evain et al., 2021). Eine aktuelle Studie im Kontext der Chirurgie zeigt zudem, dass Schweizer Chirurginnen häufiger in Teilzeit arbeiten, die Kinderplanung aufgrund der Ausbildung verschieben, länger benötigen, um schwanger zu werden und eine höhere Anzahl an assistierten Reproduktionsbehandlungen benötigten (Faes et al., 2024). Neben der Schwangerschaft und damit einhergehenden Sorgeverpflichtungen für Frauen betrifft dies auch Väter, die aus Sorge um das informelle Ende ihrer Laufbahn weniger vereinbarkeitsorientierte Massnahmen im Spital wahrnehmen.

Auch in der hier vorliegenden Studie bestätigte sich, dass berufliche Unterbrechungen, wie die Mutterschaft und eine anschliessende Arbeit in flexibleren Arbeitszeitmodellen als Karriereknick wahrgenommen werden, wie folgende Zitate deutlich machen:

«Und wenn du auf 80%, oder sagen wir auf 60% reduzierst - wie das in gewissen Berufen völlig normal ist - ist das in diesem Beruf nicht normal. Du wirst abgestellt auf das 'kalte Gleis' - nicht überall - aber die Chance, dass das passiert, ist sehr sehr gross.»

[Interview ID P, Projekt LeLa]

«Familiengründung für Frauen ist im ärztlichen Beruf extrem schwierig. Wenn man die Kinder früh hat, macht man entweder einen Unterbruch mit der Ausbildung und macht nachher die Ausbildung zum Facharzt oder Fachärztin. Oder man probiert alles unter einen Hut zu kriegen und dementsprechend geht es viel länger.»

[Interview ID K, Projekt LeLa]

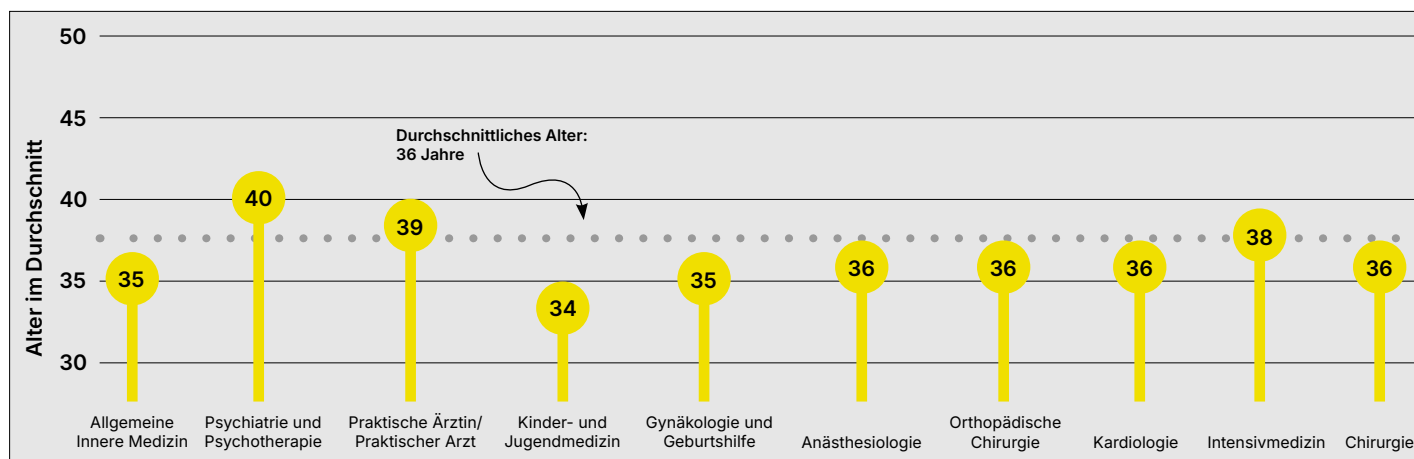


Abbildung 8. Durchschnittsalter bei Erteilung des eidg. Weiterbildungstitels nach Fachrichtung; Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2024)

 Betrachtet man das Durchschnittsalter bei Erteilung des eidgenössischen Weiterbildungstitels nach medizinischer Fachrichtung (siehe Abb. 8) so wird deutlich, dass die Erlangung des Titels mit einer potenziellen (altersbegrenzten) Phase der Familiengründung bei Ärztinnen und Ärzten konkurriert. —

Die Interviews zeigen deutlich, dass die Familiengründung als Wettlauf gegen die Zeit beschrieben und diese Phase als besonders herausfordernd erlebt wird. Die Realisierung heutiger Konzepte einer ärztlichen Laufbahn innerhalb der vorgesehenen Zeiträume wird als Widerspruch zum biologischen Zeitfenster der Familiengründung wahrgenommen, wie in den folgenden Zitaten deutlich zum Ausdruck kommt:

«Und es ist ja meistens genau in der Zeit, wenn man in der Familienplanung ist. Ich sehe, dass das für viele schwierig ist, weil sie eigentlich in dem Alter sind 'wo die Eier springen'. Es möchte aber eigentlich keiner reduzieren, weil es eine Einschränkung für die Karriereplanung und für die Facharztausbildung ist. Das ist sicher ein Dilemma.»
[Interview ID A, Projekt LeLa]

Auch nach einer beruflichen Unterbrechung aufgrund einer Schwangerschaft, erschwert die Betreuung von Kindern die Vereinbarkeitssituation:

«Ich denke die schwierigste Zeit ist vor allem der Moment der Geburt von Kindern. Das zu verbinden: Zuhause zu sein für die Kinder, die Familie und gleichzeitig im Spital sein, wo gleichzeitig mehr erwartet werden würde oder notwendig wäre, um Karriere machen zu können.»
[Interview ID M, Projekt LeLa]

 Dabei sind Sorgepflichten als Grund für Laufbahnunterbrechungen oder Arbeitszeitreduktion aus psychologischer Sicht besonders herausfordernd. Dies, weil die persönlichen Preise meist hoch sind, die bei der Entscheidung für die Priorisierung einer Option (z.B. Annahme einer ärztlichen Führungsposition) und die Abwahl bzw. Nieder-Priorisierung der Alternative (z.B. Übernahme einer aktiven Elternrolle) zu bezahlen sind. Wenn Personen ihren Sorgepflichten weniger

nachkommen, um im Gegenzug dafür mehr Arbeitsressourcen zu investieren, mündet dies nicht selten in anhaltenden Bemühungen, irgendwie doch alles gleichzeitig möglich zu machen («Phase des Strampelns im Dilemma»). Dieser Rollen- und/oder Wertekonflikt kann in Mehrarbeit, Vernachlässigung der eigenen Gesundheit oder der Herabstufung der eigenen Ansprüche resultieren. Diese so genannten Dilemmasituationen gelten als ein besonderer Risikofaktor für psychische Gesundheit in Krankenhäusern (Born et al., 2022). Engpässe bei Personen mit Sorgepflichten machen stellvertretend für die gesamte Ärzteschaft deutlich, wo Potenzial zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben besteht. —

Betroffen sind nicht nur die ärztlichen Fachkräfte selbst, sondern auch ihre Partner und Partnerinnen:

Indirekte Effekte auf Partnerinnen und Partner

Durch die Orientierung der medizinischen Laufbahnen an klassischen Laufbahnmodellen müssen die Partner und Partnerinnen der Stelleninhaber und Stelleninhaberinnen ihr (berufliches) Leben unter Umständen entsprechend flexibel an die ärztlichen Arbeitszeiten anpassen oder z.B. bei konkurrierenden Sorgepflichten gar von eigenen Karriereambitionen absehen. Passend dazu beschreibt ein leitender Arzt dies wie folgt:

«Genau um die Zeit der Geburt der Kinder habe ich entscheidende Karrieresprünge gemacht, welche die wirtschaftliche Kraft meiner Partnerin innerhalb der Ehegemeinschaft gegenüber meiner signifikant reduziert hat. Die wirtschaftlich sinnvolle Wiederaufnahme der Berufstätigkeit wurde dadurch für meine Partnerin sozusagen verunmöglicht.»
[Freifeld Fragebogen, Projekt LeLa]

 Dies deckt sich mit Untersuchungen von Rusconi und Solga (2011), die im Kontext von akademischen Doppelkarrieren die Familiengründung als eine organisatorische wie emotionale Abstimmungsleistung von Paaren bezeichnen: Institutionalisierte Geschlechterrollen und «individualistische» professionelle Karrieremuster werden im Rahmen dieser Aushandlungsprozesse salient und kreuzen sich in der Partnerschaft «konfligierend» (Rusconi & Solga, 2011,

S. 48). Der Ausgang jener Aushandlungen kann Doppelkarrieren entsprechend fördern oder behindern. Partner und Partnerinnen sind somit handlungsleitend für den Verbleib bzw. die Wiederaufnahme einer erfolgreichen Laufbahn. Insbesondere dominierende und persistierende «traditionelle Rollenverständnisse» (Prentice & Carranza, 2022) sowie mangelnde innerfamiliäre Aushandlungen über die Möglichkeiten zur Ausgestaltung zweier Laufbahnen können die Entfaltung vereinbarkeitsorientierter Angebote und die Verwirklichung von Doppelkarrieren verhindern (Rusconi & Solga, 2011).

Die beschriebenen Studien zeigen, dass ärztliche Laufbahnen nicht ausreichend an unterschiedliche Lebensmodelle angepasst sind.

Welche Lebensdomänen ausserhalb der Erwerbsarbeit letztlich Priorität haben, ist für Arbeitgeber zweitrangig, da eine gelungene Life Domain Balance individuell ist und im persönlichen Ermessen der Mitarbeitenden liegt. Zu diesen Domänen zählen neben Familie und Care-Arbeit, z.B. auch soziale Kontakte, Freizeit, Hobbys, Sport und Gesundheit, Erholungszeiten (z. B. Schlaf), Hausarbeit oder ehrenamtliches Engagement.

3.3 Einordnung der Ergebnisse auf kultureller Ebene

Die von den befragten Ärztinnen und Ärzten angegebenen Herausforderungen weisen auf einen grossen Handlungsbedarf hin (siehe Kapitel 3.1). Die Intention, den Beruf aufgrund mangelnder Vereinbarkeit mit dem Privatleben verlassen zu wollen, ist höher als in Berufsgruppen ausserhalb des Gesundheitswesens (Grothe & Staffelbach 2020). Dieser Unterschied zu anderen Berufsgruppen lässt sich teilweise durch strukturelle Rahmenbedingungen (siehe Kap. 3.2) und weitere Faktoren wie Schichtarbeit und lange Arbeitszeiten erklären; zusätzlich sollte die im Arztberuf vorherrschende Arbeitskultur berücksichtigt werden.

 **(Ärztliche) Arbeitskultur.** Arbeitskultur beschreibt die Art und Weise, wie man das Arbeitsumfeld erlebt und sich im Unternehmen verhält und sich im Unternehmen verhält: «Culture is the way we do things around here.» (Deal & Kennedy, 1982, S.49). Die Verinnerlichung kultureller Wertvorstellungen bzw. konformes Verhalten ist eine wesentliche Komponente, um im Unternehmen akzeptiert zu werden und dazugehören. Resultierende kulturelle Grundannahmen sind weitestgehend unbewusst und werden entsprechend nicht hinterfragt bzw. diskutiert (Schein, 2010).

Die im Wesentlichen vorherrschende ärztliche Arbeitskultur kann mit Hilfe von Leistungsskripten von Ärztinnen und Ärzte besser verstanden werden, welche prägend für berufsspezifische Besonderheiten sind. Zwack et al. (2012, S. 183) haben in einer qualitativen Interviewstudie mit besonders beanspruchten Ärztinnen und Ärzten vier innere Leitsätze formuliert, die zum Einstellungs- und Verhaltensmuster von Ärztinnen und Ärzte beitragen können:

1. **«Erst die Arbeit»** – Pflichterfüllung als oberste Priorität im Leben
2. **«Gut ist nicht gut genug»** – generalisierte Perfektionsansprüche im Berufs- wie im Privatleben
3. **«Durchhalten um jeden Preis»** – Aufgabe und Abbruch als ausgeschlossene bzw. tabuisierte Handlungsoptionen
4. **«Die anderen gehen vor»** – altruistische Selbstaufopferung für Patienten und Patientinnen unter Vernachlässigung eigener Bedürfnisse

Dass Leitsätze wie diese den Weg in den Arbeitsalltag finden, zeigen Auswertungen der Interviews der vorliegenden Studie: Zusammengefasst unter dem Begriff der «Idealen Ärztinnen- und Ärztenorm» zeigen sich zwei wesentliche Faktoren, die das Denken und Handeln der Ärztinnen und Ärzte auszeichnet: Eine hohe Leistungsbereitschaft auf der einen und eine grosse Opferbereitschaft auf der anderen Seite (Germann et al., in review). Die Leistungsbereitschaft wird gemäss

der Interviewten in erster Linie an die physische Anwesenheit gekoppelt, die von langen Arbeitstagen (Präsenz) eines Arztes/einer Ärztin im klinischen Alltag geprägt ist:

«Häufig sehe ich, dass gute Arbeit sich über lange Arbeitszeit definiert [...] Jeder muss 10 Stunden da sein, eine Stunde Mittagspause wird dir abgezogen, ob du sie machst oder nicht.»
[Interview ID E, Projekt LeLa]

Die Opferbereitschaft zeigt sich darin, dem Beruf im eigenen Leben einen sehr hohen Stellenwert einzuräumen und dafür Verzicht im Privatleben auf sich zu nehmen:

«Wenn man gerne Karriere machen möchte, vorankommen möchte, muss man viel von seiner Freizeit opfern.»
[Interview ID M, Projekt LeLa]

Die Opfer- und Leistungsbereitschaft führen in der ärztlichen Arbeitskultur nicht selten dazu, dass es als illegitim empfunden wird, ein Bedürfnis nach einem Leben neben der Arbeit zu äussern.

 **Entscheidende Faktoren einer Vereinbarkeitskultur.** Gemäss Dikkers et al. (2007) gibt es sowohl Faktoren, die das Erleben einer vereinbarkeitsorientierten Kultur unterstützen, als auch solche, die hinderlich dafür sind. Unterstützung wird erfahren, wenn die Organisation, die Vorgesetzten und die Kolleginnen und Kollegen kooperativ auf Vereinbarkeitsherausforderungen reagieren. Hinderliche Faktoren umfassen wahrgenommene negative Konsequenzen für die eigene Laufbahn sowie organisatorische Zeitanforderungen, die die Nutzung von Vereinbarkeitsmassnahmen erschweren.

In dieser Studie zeigte sich, dass insbesondere negative Konsequenzen für die Laufbahn von Ärztinnen und Ärzte befürchtet werden: Rund 40% der befragten Personen stimmen der Aussage (eher) zu, dass eine Reduktion der Arbeitszeit berufliches Vorankommen erschwert, während nur rund 20% davon ausgehen, dass dem nicht so ist (siehe Abb. 7). In einem solchen Umfeld kann es herausfordernd sein, den Dialog zu suchen und Lösungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf bzw. Laufbahn und Privatleben zu besprechen. Die Notwendigkeit dieses Dialogs zeigt sich jedoch nicht nur in den zahlreichen Kündigungsabsichten aufgrund fehlender Vereinbarkeit.

 Hinzu kommt ein erkennbarer Wertewandel jüngerer Generationen: Ärztinnen und Ärzte der Generation Y entscheiden sich bei einer erzwungenen Wahl zwischen Familie und Beruf deutlich häufiger für die Familie als frühere Generationen (Heuss & Datta, 2020).

 Sollten Spitäler künftig keine angemessenen Antworten in Form von moderneren Laufbahnmodellen finden, ist mit einem deutlich höheren vorzeitigen Ausstieg von Ärztinnen und Ärzten zu rechnen. Neben strukturellen Anpassungen braucht es die aktive Kultivierung eines Arbeitsumfelds, in dem das Thema «Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung» offen diskutiert und individuelle Lösungen erarbeitet werden können. Dabei sind allen voran die Klinikleitungen gefragt, die für die erlebte Vereinbarkeitskultur prägend sind (Frey et al., 2023). Wie mittels Kooperation von HR und Ärzteschaft eine offene Diskussionskultur geschaffen werden kann, zeigt sich beispielhaft anhand des Good Practice der Spitäler fmi AG auf S. 53.

KAPITEL 4

HANDLUNGSFELDER, MASSNAHMEN UND GOOD PRACTICE BEISPIELE

4. Handlungsfelder, Massnahmen und Good Practice Beispiele

In den folgenden Kapiteln werden die drei zentralen Handlungsfelder **Arbeitsorganisation, Führung und Kooperation** genauer beleuchtet und mit vertiefenden Befragungsergebnissen und weiterführender Literatur untermauert. Den Ursprung haben diese Handlungsfelder in den Experteninterviews und der Literaturrecherche, welche zu Projektbeginn durchgeführt wurden. Die Handlungsfelder werden um Lösungsideen angereichert (siehe auch Abb. 9), beruhend auf interdisziplinären Diskursen zwischen Experten und Expertinnen aus Medizin und HRM. Portraits und Good Practices aus Spitälern, von Ärztinnen, Ärzten und HR-Fachpersonen geben Einblick in Konzepte, Erfahrungswerte und konkrete Massnahmen. Die gesammelten Massnahmen sind inhaltlich als nicht abschliessend zu betrachten; können jedoch wertvolle konkrete Erkenntnisse liefern.

Der Bezug der Handlungsfelder zur lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung ergibt sich wie folgt: Lebensphasenorientierte Laufbahnen im Spital sind

1. untrennbar mit der allgemeinen **Arbeitsorganisation** verbunden, da sie sowohl individuelle als auch strukturelle Faktoren berücksichtigen müssen (Handlungsfeld Arbeitsorganisation).

2. **Führungskräfte** spielen eine Schlüsselrolle, indem sie gezielte Entwicklungsmassnahmen fördern und eine unterstützende Arbeitsumgebung schaffen (Handlungsfeld Führung).
3. Im Hinblick auf die Lebensphasenorientierung sind eine faire Aufgabenverteilung, Anerkennung und Entwicklungsmöglichkeiten essenziell, um Chancengleichheit zu gewährleisten. Damit kommt der **Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen** eine zentrale Bedeutung zu (Handlungsfeld Kooperation).

🔧 Lassen Sie sich von den vorgestellten Ansätzen und Umsetzungsmöglichkeiten inspirieren. So können Sie, geschätzte Leserinnen und Leser von vorhandenen Erfahrungen profitieren, anstatt das Rad von Grund auf neu erfinden zu müssen. Nutzen Sie idealerweise eigene Daten, etwa Mitarbeitendenbefragungen oder Protokolle von Austrittsgesprächen, um eigene Ansatzpunkte zu identifizieren. Setzen Sie gemeinsam mit den relevanten Akteuren und Akteurinnen Prioritäten für die Umsetzung. – z.B mit der Ärzteschaft/HR/Geschäftsleitung u.a.

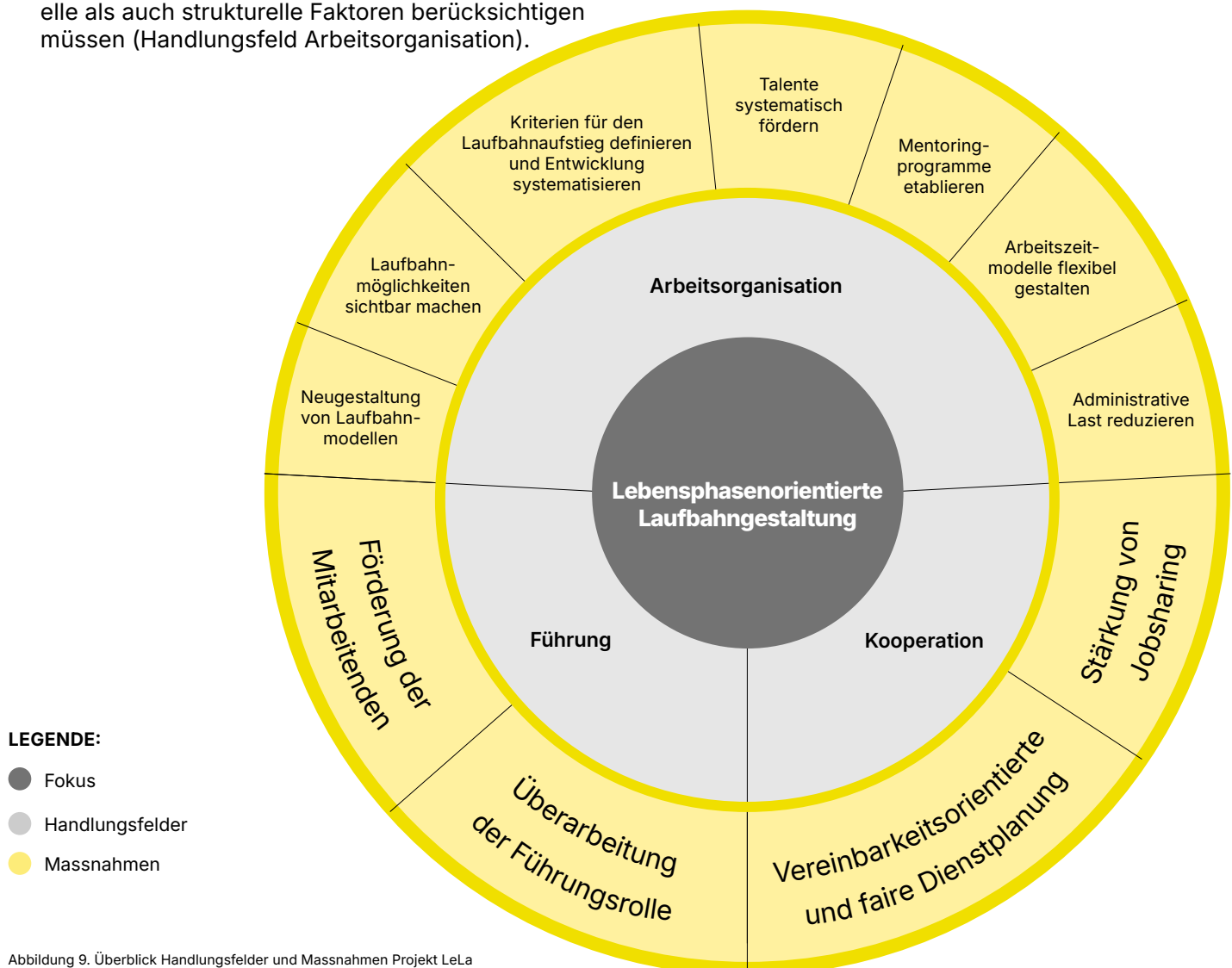


Abbildung 9. Überblick Handlungsfelder und Massnahmen Projekt LeLa



4.1 Handlungsfeld Arbeitsorganisation

Das Handlungsfeld Arbeitsorganisation stellt die Frage ins Zentrum, wie verantwortliche Personen des Spitals die Laufbahnmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten anpassen und die Arbeit organisieren müssen, damit diese besser mit unterschiedlichen Lebensphasen kompatibel werden.

Basierend auf den erhobenen Daten und den Diskussionen mit Ärztinnen und Ärzten sowie HR-Fachspezialistinnen und -spezialisten wurden in den Workshops folgende Arbeits- und Massnahmenswerpunkte priorisiert:



- * **Neugestaltung von Laufbahnmodellen** (siehe Kapitel 4.1.1)
- * **Laufbahnmöglichkeiten sichtbar machen** (siehe Kapitel 4.1.2)
- * **Kriterien für den Laufbahnaufstieg definieren** (siehe Kapitel 4.1.3)
- * **Talente systematisch fördern** (siehe Kapitel 4.1.4)
- * **Mentoringprogramme etablieren** (siehe Kapitel 4.1.5)
- * **Arbeitszeitmodelle flexibel gestalten** (siehe Kapitel 4.1.6)
- * **Die administrative Last reduzieren** (siehe Kapitel 4.1.7)

Die Relevanz, Laufbahnmodelle zu überarbeiten, begründet sich unter anderem darin, dass die Weiterentwicklung der Laufbahn für Ärztinnen und Ärzte einen hohen Stellenwert hat (siehe Abb. 10).

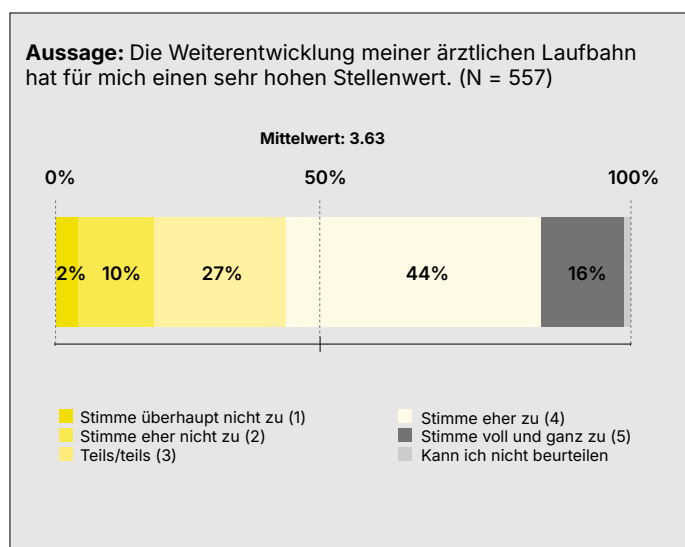


Abbildung 10. Stellenwert der Weiterentwicklung der eigenen Laufbahn

4.1.1 Neugestaltung von Laufbahnmodellen

«Also ich persönlich fände [die Trennung von Fach- und Führungslaufbahnen] super. Das ist zum Beispiel bei mir auch ein Grund, warum ich nicht unbedingt einen Chefposten will – ich will die Führungsverantwortung gar nicht. Ich werde nachher sehr gerne die Fach-Führung übernehmen, als Expertin in meinem Bereich das Wissen weitergeben, aber nicht die gesamte Führungsverantwortung vom Personal her.»
[Interview ID T, Projekt LeLa]

In den meisten Spitälern folgen ärztliche Laufbahnen derzeit einem klar definierten, linearen Laufbahnpfad. Üblicherweise durchlaufen Ärztinnen und Ärzte eine festgelegte Abfolge von Positionen, beginnend als Assistenzarzt/-ärztin (AÄ), gefolgt von der Tätigkeit als Oberarzt/-ärztin (OÄ), anschliessend Leitender Arzt/Leitende Ärztin (LÄ) bis hin zur Position als Chefarzt/-ärztin (CÄ). Diese traditionellen Modelle sind durch eine klare Hierarchie gekennzeichnet und basieren auf dem Prinzip des kontinuierlichen Aufstiegs innerhalb einer Organisationsstruktur. Erfolg bemisst sich dabei z.B. anhand von Beförderungen, Gehalt und Status (Baruch, 2004).

In anderen Branchen haben multidirektionale Laufbahnmodelle bereits Einzug in den Arbeitsalltag gehalten; entsprechend sind Erkenntnisse aus Theorie und Praxis vorhanden:



Konkret eröffnen multidirektionale Laufbahnmodelle neue Wege jenseits des rein vertikalen Karriereverlaufs: Gemäss Hirschi (2017) ermöglichen es so genannte **horizontale Modelle** Mitarbeitenden, sich innerhalb ihres Fachgebiets zu spezialisieren oder verschiedene Tätigkeitsbereiche miteinander zu kombinieren. Beispiele hierfür sind spiralförmige Karrieren, bei denen Fachkräfte zwischen klinischer Arbeit, Managementaufgaben und wissenschaftlicher Forschung rotieren. Ebenso denkbar sind Experten- bzw. Fachkarrieren, die eine tiefgehende Spezialisierung ermöglichen, ohne zusätzliche Führungsverantwortung übernehmen zu müssen. Eine relevante Unterscheidung zwischen Fach- und Systemführung nimmt Rüegg-Stürm (2008) für das Gesundheitswesen vor: Während **Fachführung** (im Folgenden als Fachlaufbahn bezeichnet) die Verantwortung für die Qualität der medizinischen Arbeit im direkten Patientenkontakt umfasst, konzentriert sich die Systemführung (im Folgenden als Führungslaufbahn bezeichnet) auf das Management im *Gesamtsystemkontext*, das sich an den *Standards professioneller Strategie- und Organisationsarbeit* orientiert (Rüegg-Stürm, 2008, S. 1026); (siehe auch Kapitel 4.2 Handlungsfeld Führung).

In der *Fachlaufbahn* liegt der Schwerpunkt auf der Vertiefung klinischer Expertise und der Exzellenz in der Patientenversorgung. Fachkräfte können sich auf medizinische Spezialisierungen konzentrieren, Forschung betreiben und die Qualität der Behandlung weiterentwickeln. Vorteile sind eine klare Fokussierung, hohe berufliche Erfüllung durch patientennahe Arbeit und die Möglichkeit, zum Experten / zur Expertin auf einem spezifischen Gebiet zu werden, ohne Ablenkung durch administrative Aufgaben (Drescher et al., 2023).

Die *Führungslaufbahn* hingegen richtet sich an diejenigen, die Interesse an strategischem Management, Prozessoptimierung und organisatorischer Verantwortung haben. Hier liegt der Fokus auf der Leitung von Teams und dem Zuwachs an inhaltlicher, budgetärer und finanzieller Verantwortung (Latzke et al., 2019). Dies ermöglicht eine direkte Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen der klinischen Arbeit und fördert die Entwicklung von Führungskompetenzen.

Auch *transitorische Karrieren*, bei denen Ärztinnen und Ärzte für eine begrenzte Zeit Leitungsaufgaben oder Projektverantwortung übernehmen und anschliessend wieder in die direkte Patientenversorgung zurückkehren, bieten attraktive Perspektiven. Konkret eröffnen alternative Laufbahnmodelle neue Wege jenseits des rein vertikalen Karriereverlaufs: Diese alternativen Modelle bringen eine Vielzahl von Vorteilen mit sich. Sie fördern die Flexibilität und ermöglichen eine individuelle Anpassung der beruflichen Laufbahn an verschiedene Lebensphasen. Gleichzeitig betonen sie die Sinnhaftigkeit der Arbeit und tragen dazu bei, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu erreichen. Sie schaffen Raum für die kontinuierliche Weiterentwicklung fachlicher Kompetenzen, ohne dass ein hierarchischer Aufstieg zwingend erforderlich ist.

77% aller befragten Ärzte und Ärztinnen geben an, dass sie unterschiedliche Laufbahnpfade (z.B. Fachkarriere getrennt von Führungskarriere) begrüßen würden. Innerhalb der Laufbahn sind ihnen insbesondere der Ausbau der fachlichen Expertise, die Patientenbetreuung und die Vereinbarkeit mit dem Privatleben wichtig (siehe Abb. 11).

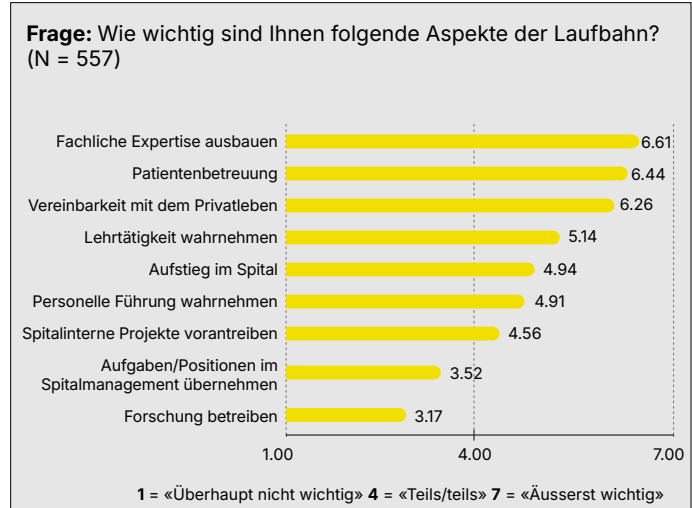


Abbildung 11. Relevanz verschiedener Aspekte der Laufbahn

⚙️ Eine Neugestaltung der Laufbahnmodelle in Spitälern kann dem Bedürfnis nach mehr Vereinbarkeit Rechnung tragen, indem alternative Konzepte geschaffen werden, die mehr Wahlmöglichkeiten bieten. Dabei geht es darum, nicht nur den klassischen Aufstieg nach Positionen und Gehalt in den Fokus zu rücken, sondern Aspekte wie Sinnhaftigkeit der Tätigkeit, Life Domain-Balance und kontinuierliche Kompetenzentwicklung stärker zu berücksichtigen (Hirschi, 2017).

Medizinerinnen und Medizinern ist der Ausbau ihrer Expertise und die Patientenbetreuung besonders wichtig (siehe Abb. 11). Somit lohnt es sich, insbesondere die Trennung von Fach- und Führungslaufbahn genauer ins Auge zu fassen. Die Herausforderung besteht darin, Laufbahnschritte so zu gestalten, dass die Übernahme von Führungsaufgaben nicht den vollständigen Verzicht auf die Patientenversorgung erfordert. Folgende Hybridmodelle können vorgesehen und in der Praxis erprobt werden:

- * **Zeitsplitting:** Ein festgelegter Teil der Arbeitszeit wird für Leitungs- und Managementaufgaben reserviert, während der Fokus weiterhin auf der klinischen Tätigkeit liegt.
- * **Rotationsmodelle** bieten Potenzial, indem Ärztinnen und Ärzte abwechselnd zwischen klinischer Arbeit und organisatorischen Aufgaben wechseln.
- * **Interdisziplinarität:** Durch die Schaffung interdisziplinär ausgerichteter Rollen können medizinische Fachkräfte Managementaufgaben übernehmen, die eng mit ihrer Expertise verknüpft sind – etwa die Leitung eines spezialisierten Zentrums oder die Koordination von Forschungsprojekten.

- * **Verschränkung von wissenschaftlicher und praktischer Tätigkeit:** Eine weitere Gestaltungsoption ergibt sich aus den erhobenen Daten: Sie weisen darauf hin, dass die Einbindung von Forschung in die Arbeitszeit entscheidend dazu beitragen kann, wissenschaftliche Tätigkeiten attraktiver zu gestalten: 44% der Befragten würden (mehr) forschen, wenn dies besser mit ihrem Privatleben vereinbar wäre.

Die Einführung solcher Modelle erfordert ein Umdenken im Laufbahnmanagement. Eine enge Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten für Personal- und Laufbahnentwicklung (HR) und medizinischen Fachbereichen ist empfehlenswert, um ein für die eigene Klinik passendes flexibles Laufbahnsystem zu schaffen, das horizontale Entwicklungen auf allen Hierarchiestufen ermöglicht. Ärztinnen und Ärzte müssen dabei frühzeitig über die verschiedenen Optionen informiert (siehe auch Kapitel 4.1.2 Laufbahnmöglichkeiten sichtbar machen) und in die Entwicklung individueller Laufbahnpläne einbezogen werden. Auf diese Weise sind neue Modelle optimal auf den jeweiligen Kontext abgestimmt und erfahren eine höhere Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft.

4.1.2 Laufbahnmöglichkeiten sichtbar machen

«Transparenz ist das Allerwichtigste: Klar zu formulieren, was man für eine bestimmte Position braucht, was gerade gefragt ist. Auch warum bestimmte Sachen nicht gehen: Warum ist es nicht möglich jetzt auf 60% zu reduzieren oder was muss ich noch tun, um dahin zu kommen. Das Ganze frühzeitig. Es braucht schon zu Beginn, spätestens ab oberärztlicher Ebene klare mittelfristig gestaltete Laufbahn-Perspektiven, so dass man Phasen intensiveren Arbeitens planen kann und den Benefit auch sieht.»
[Freifeld Fragebogen, Projekt LeLa]

Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich ungenügend über vorhandene Entwicklungsmöglichkeiten informiert: Die eigenen Laufbahnmöglichkeiten betreffend, geben 37% der befragten Ärzte und Ärztinnen an, sich ungenügend informiert zu fühlen. Besonders ausgeprägt ist diese Einschätzung in der Gruppe der Oberärzte und -ärztinnen zu (siehe Abb. 12).

Frage: Wie gut fühlen Sie sich über vorhandene Möglichkeiten zur Entwicklung Ihrer Laufbahn in Ihrem Spital informiert? (N = 557)

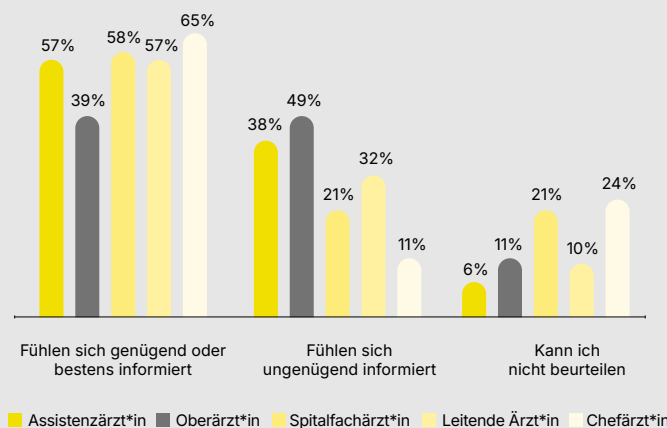


Abbildung 12. Informationsstand bezüglich Entwicklung der eigenen Laufbahn, unterschieden nach Position

Eine transparente Laufbahngestaltung beginnt mit der frühzeitigen Bereitstellung relevanter Informationen zu verschiedenen Laufbahnmöglichkeiten im Spital:

«Primär ist es wichtig für Informationen zu sorgen. Ich hatte keine Ahnung, was es an Möglichkeiten gäbe. Es gibt nicht diese eine Laufbahn; es gibt 100 verschiedene. Das fängt schon früher im Studium an. Mir wurde nie gesagt, was meine Möglichkeiten wären. Weder im Studium noch als Assistent. Man muss viel früher anfangen den Leuten zu sagen: das sind die Möglichkeiten, das sind die Chancen und die Risiken, je nach Weg. Das braucht Rollen und Modelle, die man darstellen kann. Vorbilder, bei denen es funktioniert hat oder vielleicht auch Vorbilder, bei denen es nicht funktioniert hat. Damit man für sich abschätzen kann, welchen Weg man einschlagen möchte.»
[Interview ID S, Projekt LeLa]



Die Transparenz der Laufbahnmöglichkeiten im Spital ist ein zentraler Baustein für die individuelle Förderung der Mitarbeitenden und die strategische Personalentwicklung. Sie bietet Orientierung und erleichtert die Laufbahnplanung, indem sie eine Grundlage schafft, auf der Mitarbeitende ihre persönliche Lebensplanung abstimmen können. Um bestehende Strukturen sichtbar zu machen, sollten gemäss den Diskussionen der interdisziplinären Projektgruppen zunächst folgende Aspekte geklärt sein, bevor sie transparent kommuniziert werden.

A) Ausarbeitung von Laufbahninformationen

Granularität auf allen Laufbahnstufen:

Eine ganzheitliche Definition von Anforderungen und Kompetenzen für jede Laufbahnstufe schafft Orientierung und Struktur, indem ein hoher Detaillierungsgrad der Betrachtung – die Granularität – berücksichtigt wird. Dies betrifft die operative Ebene, bei der der Fokus z.B. auf einzelnen Aufgaben und Arbeitsschritten liegt, ebenso wie die mittlere Führungsebene zur Steuerung und effizienten Gestaltung von Abläufen, und die strategische Ebene mit übergeordneten Zielen und langfristigen Entwicklungen.

Perspektiven aufzeigen:

Bereits im Rekrutierungsgespräch sollten Möglichkeiten, Chancen und Risiken der Laufbahngestaltung thematisiert werden. Ein transparenter Überblick stärkt die Motivation und bietet eine langfristige Orientierung.

B) Klärung von Zuständigkeiten

Eine strukturierte Laufbahngestaltung erfordert klar definierte Verantwortlichkeiten:

Zentrale Ansprechperson:

Eine spezialisierte Fachkraft, z. B. aus dem HR-Bereich, unterstützt die Mitarbeitenden dabei, ihre beruflichen Ziele zu klären und informiert über passende Optionen. Diese Person sollte mit den spezifischen Laufbahnmodellen und Weiterbildungsangeboten im Gesundheitswesen vertraut sein.

Team-interne Expertise:

Innerhalb der Teams sollten Verantwortlichkeiten für spezifische Themen wie «Beruf und Privatleben», «Forschung» oder «Spezialisierung» zugewiesen werden. Diese Ansprechpersonen können vertieftes Wissen vermitteln und bei Fragen individuell unterstützen.

Transparenz und Struktur in den Prozessen:

Transparente Kriterien und nachvollziehbare Auswahlverfahren für Beförderungen stärken das Vertrauen in die Organisation und gewährleisten eine faire Behandlung aller Mitarbeitenden.

C) Gefässe und Zugänglichkeit

Um die Bereitstellung von Informationen sicherzustellen, müssen verschiedene Kanäle und Formate genutzt werden:

1. Niederschwellige (digitale) Lösungen:

- * Plattformen wie das Intranet stellen zentrale Informationen zu Laufbahnen und Karrieremöglichkeiten übersichtlich und leicht zugänglich bereit.
- * Ergänzend dazu können interne Informationsveranstaltungen organisiert werden, bei denen Mitarbeitende gezielt Fragen stellen und sich über die verschiedenen Laufbahnmöglichkeiten informieren können.

2. Individuelle und persönliche Gespräche:

- * **Mitarbeitendengespräche (MAG):**
Diese werden aktiv zur Besprechung von Karriereoptionen, zur Initiierung von Fördermassnahmen und zur Klärung individueller Bedürfnisse genutzt.
- * **Zielvereinbarungen:** Bereits zu Beginn der Anstellung werden die beruflichen Ziele gemeinsam mit den Mitarbeitenden definiert. Regelmässige Überprüfungen dieser Ziele sichern die Orientierung: «Was ist dein Ziel? Welche Schritte führen dorthin?»
- * **Massgeschneiderte Förderung:**
Ein flexibles Weiterbildungskonzept stellt sicher, dass die Massnahmen auf unterschiedliche Karriereziele abgestimmt sind. Beispielsweise benötigt ein Assistenzarzt mit dem Ziel «Hausarzt» andere Erfahrungen als jemand, der eine fachliche Spezialisierung anstrebt.

3. Safe Spaces für offene Gespräche:

- * Geschützte Räume für den Austausch über berufliche Herausforderungen und persönliche Ziele fördern Offenheit und Vertrauen.
- * Ergänzend dazu können Laufbahnberatungsdienste innerhalb des Spitals die Mitarbeitenden bei der Definition ihrer Ziele und der Entwicklung passender Laufbahnpfade unterstützen.

4. Rollenmodelle und Mentoring-Programme:

- * Ein Mix aus Erfahrungsberichten und Vorbildern mit unterschiedlichen Laufbahnorientierungen kann inspirierend wirken. Die Einbindung von Mentorinnen oder Tutoren («Mentoringprogramm») bietet Orientierung und Motivation (siehe auch Kapitel 4.1.5 Mentoring).

Erfahrungen zeigen: Während einige Kliniken und Spitäler ihre Laufbahnkonzepte bereits detailliert ausgearbeitet, Verantwortlichkeiten definiert haben und sich daher auf eine transparente Kommunikation konzentrieren können, müssen andere zunächst die Grundlagen erarbeiten.

4.1.3 Kriterien für den Laufbahnaufstieg definieren und Entwicklung systematisieren

«Es ist die Ansicht vieler, dass wenn man eine Habilitation oder eine Professur hat, man automatisch der bessere Arzt ist. Und ganz viele Laien in der Bevölkerung sehen das leider so, oh der hat einen Professortitel. Was die Leute nicht sehen, ist, dass der Professortitel die Forschung bezweckt. Aber die Zeit, die nachher andere Personen in der Klinik verbracht haben, hat sie zu besseren Klinikern gemacht und nicht zu besseren Forschern.»
[Interview ID P, Projekt LeLa]

Für interne Beförderungen, die individuelle Entwicklungsplanung ebenso wie bei Stellenneubesetzungen spielt die Leistungsbeurteilung von Ärzten und Ärztinnen eine entscheidende Rolle. Bislang wird die Forschungstätigkeit inkl. einer erfolgreichen Habilitation als die notwendige Voraussetzung betrachtet, um im Spital «Karriere zu machen».

Die Interviews zeigen, dass medizinische Leistung häufig an die physische Anwesenheit (Präsenz) eines Arztes/einer Ärztin im klinischen Alltag gekoppelt wird. Daraus wird implizit die Annahme abgeleitet: Wer mehr Zeit im Spital verbringt, ist der bessere Arzt/die bessere Ärztin.

Um sicherzustellen, dass alle relevanten Kriterien ausgewogen in Bewertungsprozesse einfließen, kann der Einsatz sogenannter Opt-Out-Verfahren sinnvoll sein.

Opt-in- versus Opt-out-Verfahren: Eine alternative Rekrutierungsstrategie zur Gestaltung fairer Auswahlverfahren

Im sogenannten «Opt-in-Verfahren» müssen sich Mitarbeitende aktiv dazu entscheiden, sich selbst für eine Beförderung zu nominieren. Dies erfordert eine bewusste Entscheidung und Eigeninitiative. Im Gegensatz dazu bezieht ein «Opt-Out-Verfahren» automatisch alle Mitarbeitenden in einen Prozess ein, es sei denn, sie entscheiden sich aktiv gegen eine Teilnahme. Studien haben gezeigt, dass der Opt-out-Ansatz die Teilnahmequoten von Frauen erhöht und sie an die Teilnahmequoten von Männern in traditionellen Opt-in-Verfahren angleicht (He et al., 2021).

Im Spitalkontext könnte die Implementierung eines Opt-Out-Systems bedeuten, dass alle qualifizierten Ärzte und Ärztinnen automatisch für Weiterbildungsprogramme, Beförderungen oder spezielle Projekte in Betracht gezogen werden, es sei denn, sie lehnen dies ausdrücklich ab. Dies könnte dazu beitragen, eine kompetenzorientierte und inklusive Arbeitsumgebung zu schaffen, indem unbewusste Vorurteile und Barrieren reduziert werden, die Frauen und andere unterrepräsentierte Gruppen daran hindern könnten, sich aktiv bzw. erneut zu bewerben.

Weitere Ansätze zur Förderung der Diversität im medizinischen Führungskräftenachwuchs bietet das **Projekt DivMed**. Aktuelle Themen werden in der **LinkedIn-Gruppe** des Projekts geteilt.



Für ein ganzheitliches Entwicklungsmanagement lohnt es sich, Objektivität bei den Kriterien für den Aufstieg zu berücksichtigen und transparent zu machen, um so Vielfalt zu begünstigen: Die befragten Ärztinnen und Ärzte erachten Fachwissen, Engagement sowie überfachliche Kompetenzen als zentral. Zudem wünschen sie sich, dass der Aufstieg nicht nur auf kurzfristige Leistung fokussiert, sondern die individuellen Lebensphasen berücksichtigt. In verschiedenen Lebensphasen können unterschiedliche Prioritäten und Herausforderungen auftreten. Anstatt enge Zeitfenster festzulegen, in denen bestimmte berufliche Schritte erreicht werden müssen, sollte eine zeitliche Erweiterung in Betracht gezogen werden, die eine Karriereentwicklung über längere berufliche Lebensspannen hinweg ermöglicht. Dazu gehört auch die regelmässige Überprüfung der Motivation und des beruflichen Engagements, um sicherzustellen, dass die berufliche Entwicklung mit den persönlichen Lebensumständen in Einklang bleibt. Bei der Überarbeitung der Leistungsbeurteilung ist der Einbezug von arbeitskulturellen Einflussfaktoren zentral. Folgend sind exemplarische Fragen diesbezüglich aufgelistet:

Denkanstösse zuhanden der Organisationsführung: Kriterien für die Leistungsbeurteilung

1. Durch Leistungsbeurteilung steuern wir Verhaltensweisen:

Frage: Welche Verhaltensweisen wollen wir in Zukunft von unseren Ärzten und Ärztinnen durch die Anreize, die wir jetzt setzen, (mehr) sehen?

2. Durch gelebtes Verhalten etablieren wir Unternehmenskultur:

Frage: Wie tragen wir (jetzt) mit der Festlegung von Leistungskriterien zu einer gewünschten zukünftigen Unternehmenskultur bei?
Sind diese in Einklang mit unserem Leitbild?

3. Bei Unsicherheit wird häufig auf Bekanntes zurückgegriffen:

Frage: Wo wollen wir bewusst den Pfad verlassen und Neues wagen?

Wie die Neugestaltung eines Entwicklungsmanagements für Ärztinnen und Ärzte konkret aussehen kann, wird im folgenden Good Practice auf S. 27 vorgestellt, das durch die Projektgruppe des Kantonsspitals Winterthur verfasst wurde.

Anschliessend lassen uns auf S. 32 zwei am Projekt mitwirkende Ärztinnen an ihren Gedanken zur Zukunft der ärztlichen Laufbahngestaltung teilhaben.



CanMEDs basiertes Entwicklungsmanagement – Potenziale erkennen und Perspektiven schaffen

*Simona Egli, Sophia Hoff, Nora Nussbaumer, KD Dr. med. Michael Streit, Dr. med. Sarah Wettstein
Kantonsspital Winterthur*

In einer Zeit, in welcher der Mangel an ärztlichem Fachpersonal für Spitäler eine zentrale Herausforderung darstellt, gewinnt die Förderung der individuellen beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten zunehmend an Bedeutung. Als interdisziplinäres Projektteam – bestehend aus Mitarbeitenden des Personalwesens (HR) sowie ärztlichen Vertretungen unterschiedlicher Hierarchiestufen der Klinik für Innere Medizin (KfIM) am Kantonsspital Winterthur (KSW) – haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, strukturierte Karrierepfade für die Weiter- und Fortbildungszeit der Ärzteschaft zu entwickeln. Unsere Vision ist es, den Ärztinnen und Ärzten an der KfIM mögliche Laufbahnen aufzuzeigen, die es ihnen erlauben, ihre beruflichen Ambitionen mit ihren privaten Lebenszielen im Kontext des anspruchsvollen Klinikalltags und den Bedürfnissen der Klinik in Einklang zu bringen. Dabei steht die Entfaltung der jeweiligen Potenziale im Vordergrund. Wir möchten eine Kultur etablieren, welche die Voraussetzungen für eine individuelle Förderung und Entwicklungsplanung der Klinikmitarbeitenden als festen Bestandteil des Arbeitsalltags ermöglicht. Gleichzeitig soll diese Kultur die Mitarbeitenden dazu befähigen und ermutigen, ihre eigene berufliche Laufbahn bewusst zu reflektieren und aktiv mitzugestalten.

Die KfIM umfasst 50–60 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (AÄ), ca. 25 Oberärztinnen und Oberärzte (OÄ) sowie knapp 10 Leitende Ärztinnen/Leitende Ärzte (LÄ) und Chefärztinnen/Chefärzte (CÄ). Die Klinik bewegt sich in einem fachlich anspruchsvollen und sich stetig weiterentwickelnden Umfeld; gleichzeitig und gerade deswegen sind die individuelle Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden zentral und sollten systematisch, strukturiert und begleitet erfolgen.

Um den individuellen Zielen und Talenten sowie den Bedürfnissen der Klinik gerecht zu werden, wollen wir zukünftig Fortbildungsangebote entlang verschiedener Laufbahnpfade bereitstellen. Diese Angebote werden darauf ausgerichtet sein, Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen in individueller Abstimmung auf den jeweiligen Pfad zu fördern. Im Rahmen unseres Projekts richten wir den Fokus zunächst auf die Oberärztinnen und Oberärzte der KfIM. In dieser Position werden häufig die Weichen für die weitere berufliche Zukunft gestellt. Oberärztinnen und Oberärzte entscheiden sich in diesem Stadium (nicht selten definitiv) für eine Spitalkarriere oder den Wechsel in eine Praxistätigkeit. Ein

zentraler Aspekt zur Umsetzung dieser Vision ist die realistische Einschätzung des individuellen Potenzials der Oberärztinnen und Oberärzte. Diese wird in Zukunft mittels Selbst- sowie Fremdeinschätzung durch erfahrene ärztliche Führungspersonen als auch die Assistenzärzteschaft erfolgen. Die Fremdeinschätzung muss für die Betroffenen nachvollziehbar und transparent gestaltet sein. Der Abgleich zwischen individuellem Potenzial und beruflichen Ambitionen ermöglicht eine fundierte Reflexion der eigenen Ziele und die Planung konkreter Entwicklungsschritte. Dies wiederum unterstützt die Klinik in der strategischen Nachfolgeplanung: Potenzielle Kandidatinnen und Kandidaten werden frühzeitig für spezifische Funktionen identifiziert und gezielt auf die neuen Anforderungen vorbereitet.

Obwohl unser derzeitiger Schwerpunkt auf den Oberärztinnen und Oberärzten liegt, verfolgen wir langfristig die Vision, dieses Konzept auf die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte auszuweiten. Damit möchten wir eine ganzheitliche Entwicklungsplanung für die beiden Hierarchiestufen schaffen und eine Kultur etablieren, welche individuelle Förderung, Reflexion und Mitgestaltung aktiv vorantreibt.

Grundlagen einer strukturierten Entwicklungsplanung

Wir starteten mit dem Ziel, Karrierepfade ab Stufe OÄ zu schaffen. Allerdings stellten wir rasch fest, dass hierfür grundlegende Voraussetzungen wie zum Beispiel ein klar und transparent organisierter Evaluations- und Feedbackprozess aktuell an der KfIM nicht gegeben sind. In einem ersten Schritt soll deshalb ein entsprechender Prozess zur strukturierten Entwicklungsplanung etabliert werden. Wichtige Elemente eines solchen Prozesses sind nach unserem Verständnis a) ein kontinuierlicher Austausch zwischen Mitarbeitenden und ihren Führungspersonen mit b) regelmässigem Feedback zur Reflexion von Stärken und Entwicklungsfeldern und c) Definition beruflicher Ziele als Basis für d) die Planung der nächsten Entwicklungsschritte. Findet kein regelmässiger und strukturierter Austausch statt, können individuelle Potenziale nicht systematisch erkannt und entsprechend eine gezielte Förderung mit konkreten Entwicklungsschritten nicht umgesetzt werden. Folglich

besteht unser erstes grosses Etappenziel in der Etablierung eines systematischen Feedbackprozesses auf allen ärztlichen Stufen.

Systematische Feedbackprozesse sind im Rahmen von Leistungsbeurteilungszyklen in der Privatwirtschaft seit Jahrzehnten etabliert. Doch im Gesundheitswesen – insbesondere in einer grossen Klinik mit Aus-, Weiter- und Fortbildungsauftrag – stossen wir auf system-gegebene Hürden. AÄ arbeiten beispielsweise mit häufig wechselnden Kaderärztinnen und Kaderärzten zusammen; werden also zwangsläufig von verschiedenen Personen betreut. Hinzu kommen strukturelle Aspekte durch Ausbildungsrotationen (was einen Wechsel des gesamten Teams aus Sicht der AÄ bedeutet) sowie der stetig steigende Effizienzdruck, weswegen enge zeitliche Grenzen für Beurteilungsprozesse bestehen.

Etablierung eines Entwicklungsmanagements

Das geplante umfassende Entwicklungsmanagement für alle ärztlichen Hierarchiestufen basiert auf einem klar strukturierten, der Funktionsstufe angepassten Jahreszyklus. Der Fokus liegt auf der Identifikation von Entwicklungspotenzialen, welche mit den individuellen Entwicklungszielen sowie den tatsächlich vorhandenen beruflichen Perspektiven abgeglichen werden, um die persönliche Weiterentwicklung und Laufbahnplanung konkret angehen zu können.

Mögliche Entwicklungsschritte sind beispielsweise die Rotation auf eine andere Abteilung, das Absolvieren spezifischer Kurse (Kommunikation, Führung, etc.) oder thematisch passender externer Fortbildungen. Bei der Laufbahnplanung wird im Idealfall über die Grenzen des eigenen Betriebs hinausgedacht z. B. unter Einbezug von Netzwerkspitälern, an denen die Laufbahn fortgesetzt werden kann. Dies kann temporär umgesetzt werden, mit dem Ziel der späteren Rückkehr an das Ursprungs-Spital oder aber einen dauerhaften Wechsel darstellen, was dann zur Stärkung der regionalen Spitallandschaft und deren Attraktivität beiträgt.

Der Jahreszyklus des Entwicklungsmanagements (siehe Abb. 13) umfasst folgende Elemente (beispielhafte Darstellung anhand einer von extern kommender Oberärztin):

- * **Strukturiertes Onboarding:** Neue Ärztinnen und Ärzte der KfIM durchlaufen jetzt bereits ein fachübergreifendes Einarbeitungsprogramm. Neu soll die Einarbeitung innerhalb der Klinik insgesamt noch strukturierter, vor allem aber auf allen Hierarchiestufen systematischer und begleitet erfolgen. Ein integraler Bestandteil ist hier ein Peer-System, das neuen Mitarbeitenden als niedrigschwellige Anlaufstelle für Fragen und Unterstützung dient. Der Fortschritt in der Einarbeitung wird in einem Kennenlerngespräch thematisiert.
- * **CanMEDs Multisource Feedback (MSF):** Rund 2.5 Monate nach Eintritt erhalten neue Mitarbeitende eine Einladung zu einer verkürzten Version des neu entwickelten CanMEDs Multisource Feedback (CanMEDs-basierter Fragebogen), das zur Beurteilung der Probezeit dient. Nach weiteren 9 Monaten folgt eine ausführlichere Version des MSF, welches als umfassende Basis zur Entwicklungsplanung dient und in das jährliche Mitarbeitergespräch einfließt. Danach wird das ausführliche MSF inklusive Gespräch jährlich durchgeführt.
- * **Entwicklungskonferenzen:** Zweimal im Jahr werden jeweils die Hälfte der OÄ im kaderärztlichen Plenum (LÄ / CÄ) besprochen. Ziel ist es, Stärken, Entwicklungsfelder und Zukunftspläne zu besprechen, um adäquate Fördermassnahmen abzuleiten. Solche Konferenzen schaffen Transparenz sowie ein gemeinsames Verständnis auf Führungsebene betreffend Fördermassnahmen und unterstützen eine nachhaltige, strukturierte Entwicklungsplanung sowie strategische Nachfolgeplanung innerhalb der Klinik.
- * **Jahresgespräche:** Basierend auf dem MSF werden individuelle Stärken und Lernfelder thematisiert und Entwicklungsmassnahmen zur Erreichung der individuellen Ziele definiert. Dies erfolgt im jährlich durchgeführten Mitarbeitergespräch zwischen OÄ und zuständiger Tutorin / zuständigem Tutor (LÄ / CÄ).

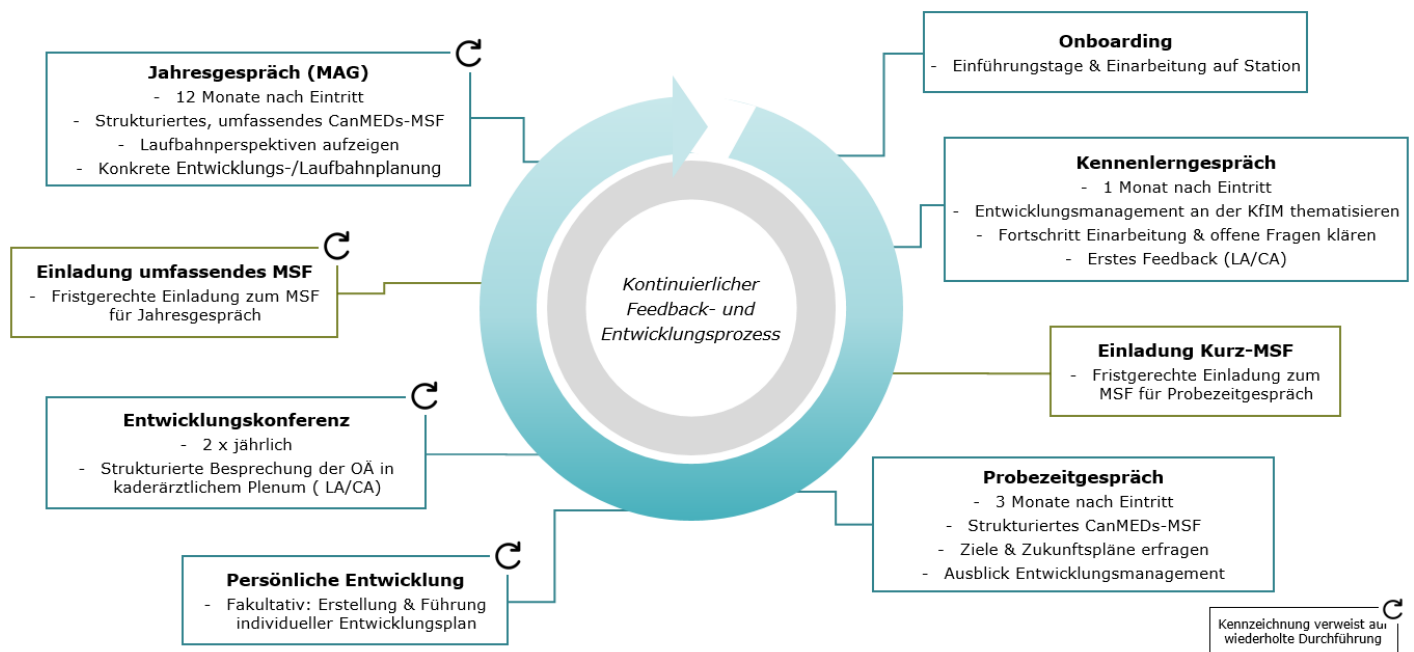


Abbildung 13. Jahreszyklus Entwicklungsmanagement am Beispiel von extern kommenden Oberärztinnen und Oberärzten

CanMEDS MSF als Herzstück

Nebst der individuellen Karriereplanung und Potenzialentwicklung der Mitarbeitenden sowie einer transparenten Nachfolgeplanung für die Klinik, verfolgen wir mit diesem Projekt auch das Ziel, die Feedbackqualität an unserer Klinik für alle Mitarbeitenden zu verbessern und die Tutorinnen und Tutoren bei der Begleitung ihrer Tutees zu stärken. Das Herzstück des Entwicklungsmanagements bildet deswegen unser neu entwickeltes CanMEDs basiertes Feedbacksystem, das den Feedbacknehmenden, den Tutorinnen und Tutoren sowie der Klinikleitung ein möglichst objektives und breit abgestütztes Bild des Entwicklungsstandes einer Ärztin/eines Arztes vermittelt. Dieses System basiert auf dem bereits erwähnten Konzept des MSF, welches durch Rückmeldungen aus allen ärztlichen Perspektiven gekennzeichnet ist. Konkret erfragt das MSF eine Einschätzung durch Personen, mit welchen die Feedbacknehmenden im Alltag regelmässig zusammenarbeiten: Vorgesetzte, Peers, unterstellte Mitarbeitende und, für die Zukunft angedacht, Fachpersonen aus Pflege und Therapie.

Die Einbindung verschiedener Feedbackgebenden bietet den Vorteil, dass Kompetenzen aus verschiedenen Blickwinkeln eingeschätzt werden und sich persönliche Fehlerquellen (Biases) ausnivellieren. Dadurch ergibt sich ein umfassendes Gesamtbild und eine vertiefte Selbstreflexion durch die Gegenüberstellung von Fremd- und Selbsteinschätzung wird gefördert.

CanMEDs Kompetenzmodell als Basis für das MSF

Um ein Feedback-System wie das MSF zielgerichtet und strukturiert umzusetzen, bedarf es eines fundierten Kompetenzmodells. Im medizinischen Bereich bietet sich hier das international anerkannte CanMEDS-Framework an, das bereits in vielen Ländern – darunter auch in der Schweiz – Anwendung findet. Dieses Modell definiert sieben zentrale Rollen, die Ärztinnen und Ärzte in ihrer beruflichen Praxis einnehmen: Die Rolle des Medical Experts, des Communicators, des Collaborators, des Leaders, des Health Advocates, des Scholars und des Professionals. Im Zentrum steht dabei die Rolle des Medical Experts, welche die anderen Kompetenzen integriert und die Grundlage für eine patientenzentrierte Versorgung bildet.

Das CanMEDS-Modell stellt nicht nur eine theoretische Basis dar, sondern hat sich auch als praxisorientiertes Werkzeug erwiesen, um Kompetenzen zu beschreiben, zu beobachten und zu bewerten. Eine konkrete Umsetzung dieses Modells erfolgt zum Beispiel über die Entrustable Professional Activities (EPAs). Diese definieren beobachtbare ärztliche Tätigkeiten, die aus Wissen, Fertigkeiten und Haltungen bestehen und direkt den CanMEDS-Kompetenzen zugeordnet werden können. EPAs ermöglichen es, die Entwicklung einer Ärztin/eines Arztes praxisnah und nachvollziehbar zu bewerten, indem der Fortschritt anhand von Supervisionslevels gemessen wird. Sobald eine Ärztin/ein Arzt die notwendige Kompetenz für eine bestimmte Tätigkeit nachgewiesen hat, kann diese eigenverantwortlich durchgeführt werden. In der Schweiz begegnen die Medizinstudierenden den CanMEDs-

Kompetenzen bereits an der Universität. In Zukunft wird ihre Weiterbildung im Spital anhand der vorhin beschriebenen EPAs, die sich am jeweiligen Lernzielkatalog (PROFILES) orientieren, erfolgen. Eine Umsetzung ist durch das SIWF per 2032 verbindlich angedacht. Im Gegensatz zu den bisher vorherrschenden zeit- und zahlenbasierten Weiterbildungsmodellen bietet das CanMEDs-Framework in Kombination mit den EPAs eine Grundlage, um Kompetenzen nicht nur theoretisch zu vermitteln, sondern deren Anwendung im klinischen Alltag zu fördern und zu bewerten. Unser selbst entwickeltes und auf den CanMEDs Kompetenzen basierendes Feedbackinstrument fügt sich somit inhaltlich nahtlos ins Kontinuum der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung ein.

Die durch uns neu und spezifisch für die KfIM entwickelten Fragebögen beinhalten jeweils 30–40 Items und decken sechs der sieben Rollen des CanMEDs-Kompetenzmodells ab. Der Health Advocate, welcher sich mit der gesamtgesellschaftlichen (zum Beispiel politischen) Perspektive des ärztlichen Handelns beschäftigt, wurde als für unsere Zwecke weniger relevant beurteilt und entsprechend nicht in unsere Fragebögen aufgenommen. Die restlichen CanMEDs Rollen (zum Beispiel der «Scholar») wurden durch Teilkompetenzen (zum Beispiel «Teaching») weiter konkretisiert und durch einen Katalog von beobachtbaren Verhaltensweisen ausgeführt («Ergreift Gelegenheiten zum Teaching im klinischen Alltag»), wovon die jeweils Relevantesten in unsere Fragebögen aufgenommen wurden.

Im Arbeitsalltag nehmen die ärztlichen Funktionsgruppen (AÄ, OÄ, LÄ, CÄ) unterschiedliche Aufgaben wahr (zum Beispiel Mitarbeiterführung) und benötigen entsprechend unterschiedliche Kompetenzen. Auch erleben die Funktionsgruppen den Feedback nehmenden in unterschiedlichen Situationen und beobachten demnach andere Verhaltensweisen. Entsprechend wurden spezifische Fragebögen für jede Kombination aus Feedbackgeber und -nehmergruppe entwickelt. Das bedeutet, dass beispielsweise AÄ, welche OÄ beurteilen, andere Items (Verhaltensweisen) beurteilen, als OÄ, welchen einen Peer bewerten. Die übergeordneten bewerteten Teilkompetenzen (zum Beispiel «Kommunikation») sind dabei für alle Funktionsgruppen identisch. Die Items hingegen (konkrete Verhaltensweisen) sind an die Perspektive und die Beobachtungsmöglichkeiten der jeweiligen Feedbackgebergruppe angepasst. Ein Beispiel: Ein Assistenzarzt kann schwer einschätzen, ob eine Oberärztin sich mit gewinnbringender Eigeninitiative an klinikinternen Prozessen beteiligt, da diese Kompetenz oft in Situationen zum Tragen kommt, die der Assistenzarzt nicht direkt miterlebt. Ein Leitender Arzt oder eine Chefärztin hingegen kann dies bewerten.

Dieser funktionsspezifische Ansatz auf Geber- und Nehmerseite gewährleistet, dass die Beurteilungen die spezifischen Verantwortungsbereiche und Beobach-

tungen der jeweiligen Funktionsgruppen präzise widerspiegeln und somit eine umfassende, differenzierte Sichtweise auf die Kompetenzen der Feedbacknehmenden ermöglichen. Bisher gibt es gemäss unserem Wissen einen einzigen validierten, auf den CanMEDs-Kompetenzen basierten MSF-Fragebogen in deutscher Sprache (Hennel et al., 2020). Im Unterschied zu diesem Fragebogen haben wir funktionsgruppenspezifische Items entwickelt, sodass Ärztinnen und Ärzte auf allen Stufen als Feedbacknehmende und Feedbackgebende agieren können.

Transparenz als Schlüssel

Transparenz ist, neben dem strukturierten und breit abgestützten Feedback, der zentrale Pfeiler des Entwicklungsmanagements. Sie gewährleistet, dass Mitarbeitende stets wissen, was von ihnen erwartet wird, wie und wann sie beurteilt werden, welche Methoden dabei genutzt werden und von welchen ärztlichen Funktionsgruppen sie Feedback erhalten. Gleichzeitig bedeutet Transparenz auch, klare und ehrliche Rückmeldungen zu geben – etwa, wenn sich bestimmte Karriereziele am aktuellen Standort nicht umsetzen lassen oder grundsätzlich als unrealistisch eingeschätzt werden. Solche Rückmeldungen helfen den Mitarbeitenden, alternative Perspektiven und Wege für ihre berufliche Entwicklung zu erkennen.

Bei der Einführung neuer Formate wie Entwicklungskonferenzen erlaubt Transparenz die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses auf Führungsebene – beispielsweise darüber, welche Fördermassnahmen in welchem Fall sinnvoll sind und wie Synergien innerhalb oder ausserhalb der Klinik gezielt genutzt werden können. Dieser Prozess führt über die Zeit zu einer einheitlicheren Handhabung der Mitarbeiterentwicklung und stärkt gleichzeitig die strategische Entwicklung der Klinik.

Förderung von Führungs- und Kommunikationskompetenz

Ein erfolgreiches Entwicklungsmanagement erfordert qualifizierte Führungskräfte, die in ihrer Rolle als Tutorinnen und Tutoren den Prozess und den damit verbundenen Kulturwandel aktiv mitgestalten. Besonders OÄ, die neu in ihrer Funktion sind, stehen vor der Herausforderung, sich neben ihrer anspruchsvollen klinischen Tätigkeit schnell in ihre neue Rolle als Tutorinnen und Tutoren für AÄ einzufinden zu müssen. Hier sehen wir den Bedarf, ihre Kommunikations- und Führungskompetenzen gezielt zu stärken. Angesichts der anhaltend hohen Arbeitsbelastung und des bestehenden Fachkräftemangels ist es herausfordernd, Ärztinnen und Ärzte für mehrtägige Schulungen zu gewinnen. Daher haben wir ein modulares Schulungs-



Kantonsspital Winterthur

programm, das sogenannte «OA-Basecamp», entwickelt, das speziell auf die oberärztlichen Bedürfnisse und auf die bereits bestehenden Teach the teachers Schulungen vom SIWF abgestimmt ist. Dieses Programm vermittelt in kurzen, über das Jahr verteilten Modulen die wesentlichen Kompetenzen in Führung und Kommunikation. Der Transfer des Gelernten in die Praxis soll durch regelmässige, geführte kollegiale Beratungen unterstützt werden, welche die Gelegenheit bieten, konkrete Führungssituationen aus dem Arbeitsalltag einzubringen und gemeinsam zu reflektieren.

Ein Schritt in die Zukunft

Die Implementierung eines Entwicklungsmanagements ist reich an Herausforderungen und bedeutet auch einen Kulturwandel. Begrenzte personelle und finanzielle Ressourcen verlangen ein hohes Mass an Engagement. Eine erfolgreiche Umsetzung kann nur unter Einbezug aller relevanten Stakeholder gelingen. Transparenz, eine klare Kommunikation des Mehrwerts und die gezielte Nutzung von Synergien sind dabei zentrale Erfolgsfaktoren. Eine umfassende Evaluation ist zudem unabdingbar, um den wahrgenommenen Nutzen seitens Ärzteschaft (bspw. Zufriedenheit mit Entwicklungsmanagement) und jenen auf Klinikenebene (bspw. zeitliche Ressourcen; Prozesskonformität) zu

eruiieren und darzulegen. Mit der Einführung des Entwicklungsmanagements setzen wir einen entscheidenden Meilenstein für eine nachhaltige und motivierende Personalentwicklung der Ärzteschaft an der KfIM am KSW. Unsere Vision bleibt dabei klar: Wir möchten individuelle Laufbahnperspektiven schaffen, die nicht nur den Bedürfnissen und Ambitionen der Ärztinnen und Ärzte gerecht werden, sondern auch eine Integration in deren persönliche Lebenskonzepte ermöglichen. Mit der erfolgreichen Umsetzung des Entwicklungsmanagements legen wir die Basis, um zukünftig darauf aufbauend möglichst zugeschnittene und bestenfalls über die Grenzen des KSW hinausgehende Laufbahnpfade anbieten zu können. Dadurch kann unter anderem auch das regionale medizinische Netzwerk gestärkt werden. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Karriereweg so zu begleiten, dass berufliche Entwicklung und persönliche Verpflichtungen, wie etwa familiäre Aufgaben, besser miteinander harmonisieren. Diese Anpassung an die Lebensrealität soll nicht nur die langfristige Zufriedenheit im Beruf steigern, sondern auch aktiv dazu beitragen, den Fachkräftemangel zu bekämpfen.

Korrespondenzautorin:

*Simona Egli,
Kantonsspital Winterthur: simona.egli@ksw.ch*

Quelle:

Hennel, E. K., Subotic, U., Berendonk, C., Stricker, D., Harendza, S., & Huwendiek, S. (2020). A german-language competency-based multisource feedback instrument for residents: development and validity evidence. *BMC medical education*, 20, 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02259-2>



Portrait

Die Zukunft der ärztlichen Laufbahngestaltung

«Vielen Kaderärztinnen und -ärzten ist gar nicht bewusst, welche Vorbildfunktion sie bei dem Thema haben»: Die Zukunft der ärztlichen Laufbahngestaltung aus Sicht zweier Ärztinnen des Kantonsspitals Winterthur

Dr. med. Sarah Wettstein und Sophia Hoff arbeiten an der Klinik für Innere Medizin am Kantonsspital Winterthur (KSW). Die beiden Ärztinnen sind Teil eines Projektteams, bestehend aus HR-Fachpersonen, Ärztinnen und Ärzten, welche die strukturierte Entwicklungsplanung der Klinik für Medizinerinnen und Mediziner überarbeiten. Sarah Wettstein ist Oberärztin und arbeitet in einem 60% Pensum, während Sophia Hoff als Assistenzärztin in einem Vollzeitpensum tätig ist. In einem Gespräch zur lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung teilen sie ihre Sicht auf beruflichen Erfolg und berichten von ihren Erfahrungen bei der Umsetzung des Projekts.



Dr. med. Sarah Wettstein

Eine erfolgreiche ärztliche Laufbahn

Auf die Frage, was beruflichen Erfolg als Ärztin für sie ausmacht, antwortet Sarah Wettstein: «Erfolg bedeutet für mich eine hohe Übereinstimmung der eigenen Interessen, Kompetenzen und Talente mit den Anforderungen der Tätigkeit.» Sie betont, dass eine erfolgreiche Laufbahn nicht zwingend gradlinig verlaufen

muss. «Viel wichtiger ist es, regelmässig zu reflektieren, ob die wichtigen Eckpunkte der aktuellen Tätigkeit noch stimmen und offen für neue Möglichkeiten zu bleiben.» Für die Oberärztin sind daher vor allem jene Menschen erfolgreich, die flexibel bleiben, immer wieder neue Wege einschlagen und bei denen Beruf und private Lebensumstände zusammenpassen. Sophia Hoff ergänzt diese Perspektive um die Bedeutung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Fach- und Sozialkompetenz. Für sie ist der Umgang mit Patientinnen/Patienten und Kolleginnen/Kollegen ebenso essenziell wie das fachliche Wissen. Besonders beeindruckt ist sie von langjährig tätigen Kolleginnen und Kollegen, die ihre Freude am Fachgebiet bewahren und eine gute, also für die jeweilige Person stimmige, Balance zwischen dem Arbeits- und Privatleben gefunden haben.

Wünsche für die zukünftige Laufbahn

Für ihre eigene berufliche Zukunft wünschen sich beide Ärztinnen weiterhin unterstützende Führungskräfte und ein Betriebsklima, in dem offen über Karrierepläne gesprochen werden kann. Sophia Hoff betont die Bedeu-

tung von Vorbildern im Hinblick auf verschiedene Lebensmodelle, z.B. Kaderärztinnen und -ärzte, die in Teilzeit arbeiten oder sichtbar aufgrund privater Verpflichtungen pünktlich die Klinik verlassen: «Das kommt bei Assistenzärztinnen und -ärzten positiv an und ich glaube, vielen Kaderärztinnen und -ärzten ist gar nicht bewusst, welche Vorbildfunktion sie bei dem Thema haben.»

Neben strukturellen Rahmenbedingungen hebt Sarah Wettstein die kulturelle Komponente hervor: «Für eine erfolgreiche Laufbahn braucht es eine Kultur, in der die Führungsebene Themen wie Mitarbeiterförderung, Karriereplanung und Laufbahnmodelle aktiv bearbeitet und transparente, zeitgemässe Lösungen gestaltet. Das ist heutzutage auch eine wesentliche Komponente der Arbeitgeberattraktivität.»

Beide Ärztinnen sind sich einig: Um mehr Ärztinnen und Ärzte im Beruf zu halten und ihnen eine langfristige Zukunft im Spital zu ermöglichen, müssen Teilzeitstellen und flexible Arbeitsmodelle auf allen Stufen zur Selbstverständlichkeit werden. Teilzeitmitarbeitende sollen nicht nur geduldet, sondern gleichwertig gefördert und in Projekte eingebunden werden.

Unerlässlich seien zudem eine verlässliche Dienstplanung, der Abbau unnötiger Bürokratie und eine Kultur, in der auch Herausforderungen angesprochen werden dürfen: «Die frühe Erkennung von Schwierigkeiten im Arbeitsalltag ist essentiell, um zu verhindern, dass junge Ärztinnen und Ärzte den Beruf frühzeitig verlassen. Strukturelle Probleme und individuelle Lernfelder müssen früh erkannt und gezielt angegangen werden, damit eine ärztliche Laufbahn nicht aus prinzipiell behebbaren, systembedingten Ursachen verfrüht beendet wird. Schliesslich ist es mit dem

aktuellen Fachkräftemangel im Sinne Aller, dass man keine Ärztinnen und Ärzte auf diese Weise verliert.», so Sophia Hoff.



Sophia Hoff

Entwicklungsmanagement: Die Projektdurchführung am KSW

Die Projektgruppe am KSW hat sich zum Ziel gesetzt, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine aktive Laufbahnplanung ermöglichen. Unter dem Titel einer strukturierten Entwicklungsplanung sollen Gefässe, Funktionen und Tools geschaffen werden, mit deren Hilfe individuelle

Stärken, Entwicklungsfelder, Wünsche und Pläne abgebildet und Perspektiven für die berufliche Zukunft aufgezeigt werden können – in Abstimmung mit dem Privatleben (Details zum Projekteinhalt, siehe Good Practice-Beispiel, S. 27.).

Beide Ärztinnen berichten von den Vorteilen, die ihnen die Projektmitwirkung gebracht hat: «Die Projektarbeit ist spannend, anspruchsvoll, vielseitig, herausfordernd und erweitert meinen Horizont. Ich lerne nicht nur inhaltlich (zum Beispiel zur Feedbacktheorie) sondern auch strukturell dazu, zum Beispiel wie Beförderungsprozesse im Spital ablaufen. Unschätzbar wertvoll ist zudem die Vernetzung über die Klinik hinaus mit dem HR und anderen Stakeholdern im Spital. Ich habe einen Mentor und Vorgesetzten, der mich unterstützt und lenkt, aber mir gleichzeitig vertraut und Freiraum gibt. [...] Ich möchte darum an dieser Stelle auch die Wichtigkeit von unterstützenden Chefinnen und Chefs betonen. Dass dieses Projekt überhaupt möglich wurde, verdanken wir zu einem ganz grossen Teil der Aufgeschlossenheit unseres Chefs dem Thema Laufbahnplanung gegenüber», so Sarah Wettstein.

Sophia Hoff ergänzt: «Durch die Mitarbeit am Projekt habe ich einen Einblick hinter die Kulissen des Spitals bekommen: Einerseits war die Zusammenarbeit mit dem HR neu für mich. Ich habe viel über den Aufgabenbereich der HR-Fachpersonen gelernt, aber auch ihr Engagement und ihr Ausbildungshintergrund der Psychologie kommen unserem Projekt zugute, sodass ich viel Neues dazulernen konnte. Andererseits habe ich auch das organisatorische Gerüst des Spitals kennengelernt, z.B. die strukturellen Abläufe, Genehmigungen einholen und verschiedene Stakeholder abholen und von unserer Arbeit überzeugen, was viel Zeit in Anspruch nimmt. Gerade dort waren wir um die Unterstützung des HR sehr dankbar. Am beeindruckendsten war für mich aber das Engagement und die Zusammenarbeit des gesamten interdisziplinären Teams und zu sehen, dass das Entwicklungsmanagement – was ja vor allem für junge Ärztinnen und Ärzte essentiell ist – ein Thema ist, wofür sich viele Berufsgruppen gerne einsetzen. »

Als Rat an angehende Ärztinnen und Ärzte empfiehlt Sarah Wettstein sodann auch Chancen zu nutzen: «Say yes as often as you can», wenn jemand eine Aufgabe, einen Einblick, oder die Mitarbeit an einem Projekt anbietet, aber auch die eigenen Grenzen kennenzulernen und «Nein» zu sagen, wenn die Belastung zu hoch wird.

Beide Ärztinnen sind von den Vorteilen überzeugt, die das neue Entwicklungsmanagement mit sich bringt: Durch gezielte Förderung und transparente, lebensphasenorientierte Laufbahnplanung können Talente besser erkannt und eingesetzt sowie die Arbeitszufriedenheit erhöht werden. Sarah und Sophia sind sich sicher, dass eine systematische Förderung der Mitarbeitenden und eine engagierte Arbeitskultur langfristig zu einem attraktiveren Arbeitsplatz führen, was zweifellos der Qualität der medizinischen Versorgung zugute kommt.

Wir danken beiden Ärztinnen für den Einblick!

4.1.4 Talente systematisch fördern

In den Workshops mit HR-Fachpersonen und Ärztinnen und Ärzten wurde Talent Management als zentrales Instrument der Laufbahngestaltung thematisiert.

 Talent Management verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der die strategischen Bedürfnisse des Unternehmens mit den individuellen Karrierezielen der Mitarbeitenden in Einklang bringt (Nurmala & Hermina, 2024) (siehe Abb. 14).

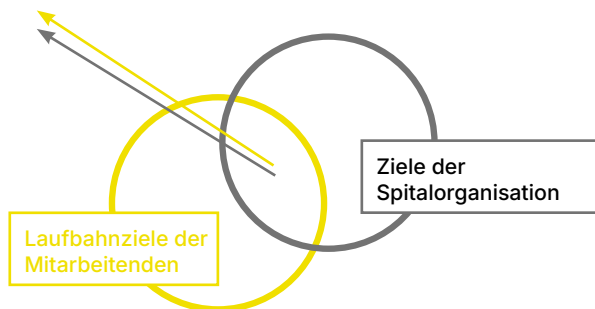


Abbildung 14. Übereinstimmung zwischen Laufbahnzielen der Mitarbeitenden und den Unternehmenszielen in Anlehnung an Hirschi, 2017, S. 544.

Durch die systematische Bewertung von Leistung und Potenzial in Verbindung mit einer klaren Nachfolgeplanung und der Besetzung von Schlüsselpositionen, (d.h. strategisch wichtigen und oder einflussreichen Personen im Spital), wird nicht nur der langfristige Unternehmenserfolg gesichert, sondern auch die Motivation und Bindung der Talente an das Unternehmen wird gefördert.



Talent Management mit einem lebensphasenorientierten Ansatz kann eine entscheidende Rolle spielen, indem es **individuelle Potenziale** und **Unternehmensbedarfe** nicht nur in Bezug auf Fähigkeiten, sondern auch im Kontext der Lebensphase der Mitarbeitenden betrachtet.

Eine lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung berücksichtigt die Tatsache, dass Mitarbeitende je nach Lebensphase unterschiedliche Bedürfnisse haben, wie z. B. die Möglichkeit, sich in der frühen Phase intensiv zu qualifizieren oder in der mittleren Phase eine bessere Life-Domain Balance zu finden. Talent Management kann diese Lebensphasen proaktiv unterstützen, indem es Mitarbeitenden in verschiedenen Phasen gezielte **Entwicklungs- und Karriereangebote** macht, die sich mit den **Nachwuchs- und Schlüsselpositionen-Bedarfen des Unternehmens** in Einklang bringen lassen.

Das **Leistungs- und Potenzialmanagement** im Talent Management muss flexibel genug sein, um zu berücksichtigen, dass Mitarbeitende in unterschiedlichen Lebensphasen verschiedene Prioritäten setzen und Leistung unterschiedlich erbringen können. So ist es möglich, dass ein Mitarbeitender mit hohem Leistungspotenzial und entsprechenden Fähigkeiten (so genannter «High Potential») in einer Familienphase temporär weniger Engagement zeigt, während in späteren Phasen die Karriereambitionen wieder steigen. Ein flexibles Talent Management bewertet Mitarbeitende also nicht nur starr nach aktuellen Leistungskriterien, sondern nimmt die **Potenzialentwicklung** langfristig in den Blick und berücksichtigt individuelle Lebenssituationen.

Im Rahmen einer lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung kann das **Talent Management** zudem frühzeitig Nachfolgepotenziale für Schlüsselpositionen identifizieren und Mitarbeitende auf diese Positionen vorbereiten, während es die Lebensphasen der Mitarbeitenden berücksichtigt. Ein Mitarbeitender in einer frühen Laufbahnphase könnte durch gezielte Förderprogramme auf zukünftige Schlüsselpositionen vorbereitet werden, während Mitarbeitende in einer späteren Phase durch die Übernahme von Mentoring- oder Führungsaufgaben ihr Wissen weitergeben.

Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung setzt also auf **flexible Entwicklungspläne**, die mit den individuellen Bedürfnissen der Mitarbeitenden in den verschiedenen Phasen des Berufslebens korrespondieren.

Mehr über Talent Management im Gesundheitswesen berichtet Angélique Hulliger, Leiterin Human Resources der Spitäler fmi im folgenden Portrait auf S. 35.



Portrait

Talent Management im Gesundheitswesen – Lebensphasen bewusst berücksichtigen

Talent Management in einem Spital? Der Ansatz, der die grösstmögliche Übereinstimmung zwischen den Laufbahnzielen der Mitarbeitenden und den Unternehmenszielen anstrebt, ist in vielen Grossunternehmen seit Jahren weit verbreitet. Im Gesundheitswesen hingegen wird er bislang nur vereinzelt und wenig systematisch eingesetzt. Das soll sich bald schon ändern. Angélique Hulliger ist Mitglied der Geschäftsleitung in den Spitälern fmi, leitet die HR-Abteilung und ist geübt im Aufbau von Talent Management. In einem Gespräch teilt sie ihre Praxiserfahrung im Bereich der Talentförderung und betont, die Notwendigkeit für Spitäler, Veränderungen von Lebensumständen der Mitarbeitenden von Anfang an zu berücksichtigen.



Angélique Hulliger, Leiterin Human Resources und Mitglied der Geschäftsleitung

Seit rund 14 Jahren ist Angélique Hulliger im Gesundheitswesen tätig, davon seit 2 Jahren bei der Spitäler fmi AG. Seither hat sie gemeinsam mit ihrem Team schon einiges erreicht und noch viel mehr vor. Eines ihrer zentralen Anliegen ist die Entwicklung von Führungskräften im medizinischen Kontext. Sie ist überzeugt, dass reine Fachkompetenz in einer ärztlichen Kaderfunktion nicht mehr ausreicht. Insbesondere die Entwicklung der eigenen Mitarbeitenden sollte vorrangig durch die direkt vorgesetzte Person übernommen werden, ganz nach dem Motto: Die Vorgesetzte ist die erste Personalentwicklerin. Damit kann dieses zentrale Anliegen der Mitarbeitendenentwicklung an keine Fachstelle delegiert werden, so Angélique Hulliger. Zusätzlich beobachtet sie im Spitalalltag, dass jüngere Mitarbeitende in Bezug auf eine transparente Kommunikation und die individuelle Förderung ihrer beruflichen Entwicklung deutlich höhere Erwartungen an ihre Vorgesetzten stellen, als dies früher vielleicht noch der Fall war. Dennoch sollten Führungskräfte die-

se Herausforderungen nicht allein schultern müssen: So steht das HR beispielsweise bei anspruchsvollen Gesprächen als Sparringpartner zur Verfügung. An dieser Stelle zeigt sich noch ungenutztes Potenzial: Es ist ein fortlaufender Prozess, bei dem sich HR-Fachpersonen und Ärztinnen und Ärzte mit ihren jeweiligen Kompetenzen besser kennenlernen und so den Nutzen einer gemeinsamen Zusammenarbeit weiter stärken.

Eine systematisierte Talentförderung auch im Spital

Es klingt, als gäbe es auf Ebene Führung und HR noch einiges zu tun. Wieso nun auch noch Talent Management? Talent Management ist ein Kulturprozess, erklärt die HR-Leiterin. Er ist eng mit der Unternehmensstrategie verknüpft und prägt die Führungskultur massgeblich, insbesondere durch seinen Fokus auf die Weiterentwicklung der Mitarbeitenden. Durch die systematische Abstimmung der Potenzialeinschätzung der einzelnen Mitarbeitenden und die Sicherstellung des Nachwuchses für zentrale Funktionen – sogenannte Schlüsselfunktionen – gewinnt das Spital einen entscheidenden Vorteil, um den künftigen Unternehmenserfolg strategisch zu verfolgen und zu sichern, so Angélique Hulliger (Mehr zu den theoretischen Grundlagen des Talent Managements: siehe S. 34).

Angeht des Fachkräftemangels ist es unerlässlich, systematisch sicherzustellen, dass künftig die richtigen Personen zur richtigen Zeit in den passenden Positionen eingesetzt werden und dies nicht dem Zufall überlassen wird. Nur so kann die Grundlage für eine strategische Förderung und Personalentwicklung geschaffen werden, die proaktives Agieren statt Reagieren ermöglicht. Dadurch können die peripher gelegenen Spitäler der Spitäler fmi AG einen Wettbewerbsvorteil

erlangen. Die Mitarbeitenden erhalten Klarheit über ihre Perspektiven, was ihnen ermöglicht, ihre Laufbahn aktiv zu planen und in einen zukunftsorientierten Dialog mit ihren Führungskräften zu treten.

Kein Veränderungsprozess ohne Hürden

Bei der Einführung eines Talent Managements gilt es gemäss Angélique Hulliger einiges zu beachten: Vor allem das Erwartungsmanagement der Mitarbeitenden ist entscheidend. Dies stellt besondere Anforderungen an die Führungskraft. Sie muss die Laufbahnentwicklung aktiv mit ihren Mitarbeitenden thematisieren und auch offen kommunizieren, wenn im Unternehmen (aktuell) keine entsprechenden Perspektiven bestehen. Gerade diese Art von Gesprächen sind häufig unangenehm, aber notwendig. Auch diese Gespräche gehören zum Führungsalltag, betont die erfahrene Führungskraft Hulliger. Denn Mitarbeitende setzen sich ohnehin mit ihrer beruflichen Zukunft auseinander. Die entscheidende Frage ist, ob man in einen offenen Dialog tritt und frühzeitig erkennt, wenn die jeweiligen Erwartungen voneinander abweichen.

Die Berücksichtigung von Lebensphasen als Stellschraube

Der gemeinsame Dialog ist unerlässlich, um auf verändernde Rahmenbedingungen angemessen einzugehen. So ist die Einschätzung, ob ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin über das Potenzial verfügt, in näherer Zukunft eine höhere Position einzunehmen, etwas, das sich über die Zeit verändern kann. Dabei basiert diese Potenzialeinschätzung im Rahmen von Talent Management auf drei Komponenten:

1. Die Fähigkeit, sich **neue Kompetenzen anzueignen**,
2. das Engagement bzw. die **Bindung ans Unternehmen** und
3. die **Aspiration** im Sinne von «Möchte ich mehr erreichen?».

Dabei ist die letzte Komponente diejenige mit der höchsten Volatilität. Beispielsweise kann es sein, dass eine Person, die gerade eine Familie gründet, in dieser Phase keinen Funktionswechsel anstrebt, diese Aspiration sich aber nach einer gewissen Zeitspanne wieder ändert. Aktuell wird gerade im ärztlichen Kontext die künftige Laufbahnerwartung häufig als einmaliger ja/nein Entscheid gehandelt: Man ist voll und ganz dabei oder man wird bei Karriereentscheidungen nicht mehr mitgedacht.

« Wie kann ein Wandel dahingehend angestossen werden, dass aus einer momentanen Zufriedenheit mit der aktuellen Position kein finaler Stopp in der Laufbahn einhergeht? »

Die HR-Leiterin erklärt: Durch die Systematisierung des Talent Managements können mehrere Personen in den Talentförderungsprozess eingebunden werden – etwa Führungskräfte verschiedener Abteilungen und Funktionsstufen, die in sogenannten Talentkonferenzen zusammenkommen. In diesen Konferenzen tauschen sich Führungskräfte und HR-Verantwortliche gezielt über die Potenziale der einzelnen Mitarbeitenden aus. Eine systematische Förderung und die entsprechende strategische Vorbereitung auf zukünftige Schlüsselrollen werden so möglich. In diesem Kontext werden auch Annahmen von Einzelpersonen kritisch hinterfragt. Des Weiteren benötigt es insbesondere regelmässige Gespräche zwischen den vorgesetzten Personen und den Mitarbeitenden, so Hulliger. Potenzialgespräche sollten mindestens einmal pro Jahr geführt werden. Auch in der Medizin muss hinsichtlich Funktionsstufenwechsel bei sich verändernden Lebensphasen klar werden: Ein Nein für jetzt ist kein Nein für immer. Sonst wird eine grosse Gruppe an erfolgsversprechenden Talenten aufgrund eines Denkfehlers verlorengehen.

Vielen Dank für das Gespräch!

4.1.5 Mentoringprogramme etablieren

«Ich würde mir jemanden wünschen, der für mich ein Mentor ist, der mich begleitet, mir Möglichkeiten aufzeigt. Eine Person, die mir sagt, wie man familienadaptiert für eine gewisse Zeit anders arbeiten kann; der mir hilft einen Plan zu entwerfen; mir sagt, wie ich diesen umsetzen kann. Eigentlich haben wir beides nicht, weder den Plan noch die Instrumente, um dies in die Tat umzusetzen.»

[Interview ID O, Projekt LeLa]

Obiges Zitat war eines von vielen, das in Interviews mit Ärztinnen und Ärzten das Bedürfnis nach Mentoringprogrammen in den Vordergrund stellte.

Ein gut strukturiertes Mentoringprogramm mit klar definierten Auswahlkriterien, passgenauen Beziehungen zwischen Mentor/ Mentorin und Mentee sowie vielfältigen Umsetzungsformaten kann ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Laufbahngestaltung im Spital sein:

«Eine erfolgreiche ärztliche Laufbahn habe ich meistens dann gesehen, wenn man einen Mentor hatte, der einem für die Karriereplanung ein wenig Hilfestellung geboten hat, weil man das am Anfang überhaupt nicht überblicken kann.»

[Interview ID A, Projekt LeLa]

Die Kombination aus interner Expertise, externen Perspektiven und individueller Förderung sorgt dafür, dass Mitarbeitende ihre beruflichen Ziele erreichen und gleichzeitig die Herausforderungen des Klinikalltags meistern können. Vielerorts ermöglicht Mentoring nicht zuletzt auch die Möglichkeit, sich zu vernetzen und Mut zu fassen, sich in unterschiedlichen Lebensphasen die eigene Laufbahn voranzutreiben, wie Dr. med. Christina Venzin im Interview auf S. 39 berichtet.

 Entscheidend bei der Implementierung eines Mentoring Angebotes ist, dass vorab über die Art und das Format des Mentorings entschieden wird. In der Praxis wie in der aktuellen Forschungsliteratur findet sich eine uneinheitliche Verwendung des Begriffs. Eine mögliche Orientierung besteht in folgender Definition:

«Unter Mentoring versteht man eine wechselseitige Beziehung und eine Art der menschlichen Entwicklung, bei der eine Person persönliches Wissen, Energie und Zeit investiert, um einer anderen Person bei Wachstum und Entwicklung zu helfen und ihr zu ermöglichen, das Beste und Erfolgreichste zu werden, das sie sein kann (Henry-Noel et al. 2019, S. 629).»

Dabei steht die Laufbahnentwicklung im Zentrum. Welcher Formalisierungsgrad und welcher tatsächliche Inhalt Teil von Mentoringprogrammen ist, muss je nach Ausgangslage und Zielsetzung bei einer möglichen Umsetzung individuell definiert werden. ———



Praktische Hinweise für die Umsetzung

Die nachfolgende Mentoring Checkliste gibt einen Überblick zu den konkreten Schritten und Überlegungen, die bei der Implementierung eines Mentoringprogramms anzustreben sind (siehe S. 38).

Ausserhalb des Spitals finden auch Coachinggespräche Anklang, die sich beispielsweise direkt mit der Frage nach medizinischen Laufbahnen auseinandersetzen. Welche Fragen sich für Medizinerinnen in diesem Kontext stellen, erzählt Christina Venzin im Interview auf S. 39.

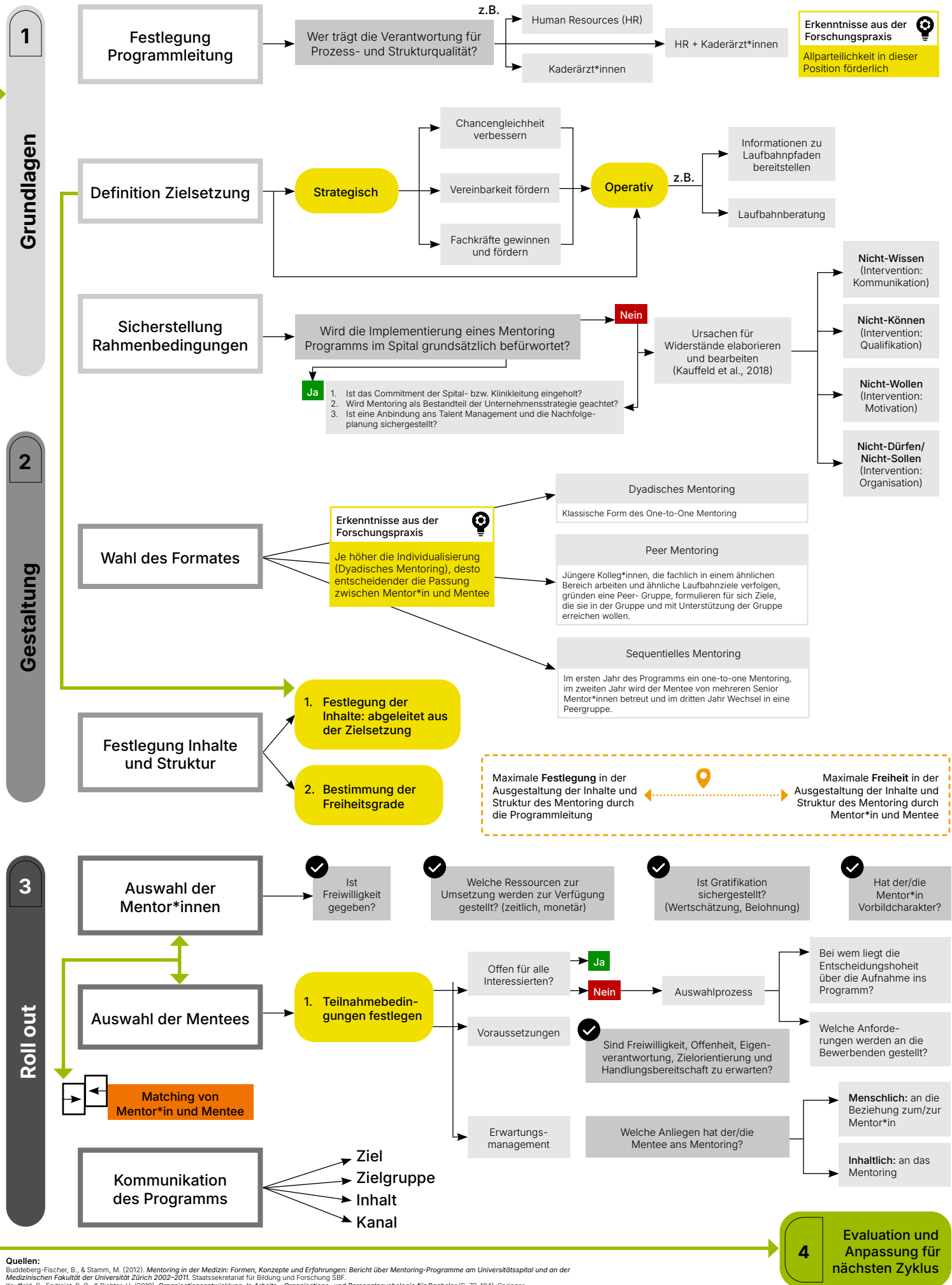
Weiterführende Links

Mentoring in der Medizin-Formen, Konzepte und Erfahrungen-Bericht über Mentoring-Programme am Universitätsspital und an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich 2002 – 2011 (unibas.ch)

Der Effekt von Mentoring-Programmen für Ärzte und Ärztinnen - Die Rollenmatrix als mögliches Instrument zur Selbstevaluierung aus der Urologischen Klinik und Poliklinik am Campus Grosshadern Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Mentoring

Checkliste aus dem Projekt Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung für Ärztinnen und Ärzte



Interview

«Future Women Physicians»



Ein Gespräch mit Dr. med. Christina Venzin, Ärztin und Dozentin des Workshops «Future Women Physicians».



Dr. med. Christina Venzin, Ärztin und Dozentin des Workshops

Dr. med. Christina Venzin ist Leiterin der Nephrologie & Dialyse am Spital Davos, Studiengangsleitung des MAS «Leading Learning Healthcare Organisations» der Universität Bern und Geschäftsleitungsmitglied von College M. In dieser Funktion leitet sie regelmässig den vsao-Workshop «Future Women Physicians» und führt Coachings u.a. für Frauen in der Medizin durch. Sie hat Humanmedizin und Philosophie in den USA und Deutschland studiert.

Frau Dr. Venzin, Sie leiten seit einiger Zeit den Workshop «Future Women Physicians: Laufbahnworkshop für Assistenz- und Oberärztinnen»: Welche zentralen Aspekte sollten bei der Planung der eigenen Laufbahn berücksichtigt werden? Wie kann eine junge Ärztin ihre Karriere aktiv gestalten?

Zunächst ist es wichtig, sich bewusst zu machen, welche Prioritäten und Ziele man verfolgt. Oftmals fehlt es an einer klaren Vorstellung, wie die eigene Karriere

aussehen soll. Dabei lohnt es sich, folgende Fragen zu reflektieren: «Was bedeutet Karriere für mich? Was möchte ich erreichen?» Diese Überlegungen beziehen sich nicht nur auf den beruflichen Kontext, sondern auch auf die Ausgestaltung des Privatlebens bzw. wie der persönliche Lebensentwurf insgesamt aussieht. Auf Grundlage dieser klaren Vorstellungen können Ärztinnen analysieren, welche Kenntnisse und Fähigkeiten sie mitbringen, um ihre Ziele zu erreichen. Gleichzeitig gilt es, mögliche innere und äussere Hindernisse zu identifizieren, die den Weg zum Ziel erschweren können. Studien zeigen, dass Menschen ihre Ziele wesentlich häufiger erreichen, wenn sie sich diese im Sinne einer Visualisierung konkret vor Augen führen und auch mögliche Hindernisse antizipieren (siehe Infobox Mentales Kontrastieren). Im Workshop «Future Women Physicians» thematisiere ich mögliche innere Faktoren. Dazu gehört unter anderem die Reflexion darüber, woher das eigene Frauen- und Karrierebild stammt und inwieweit es mit den eigenen Vorstellungen übereinstimmt.



Mentales Kontrastieren

Das mentale Kontrastieren ist eine Selbstregulationsmethode, die dabei hilft, Ziele effektiv zu erreichen. Sie umfasst vier Schritte: Wunsch, Ergebnis, Hindernis und Plan. Zuerst visualisiert man den Wunsch und das positive Ergebnis, dann werden Hindernisse identifiziert, die einem im Weg stehen könnten. Abschliessend wird ein konkreter Plan entwickelt, um diese Hindernisse zu überwinden. In der Anwendung fördert diese Methode (WOOP) die Motivation und steigert die Erfolgchancen, da es hilft, sowohl die Ziele klar zu definieren als auch realistische Hindernisse zu erkennen und anzugehen (Krott et al., 2019).

In unserer Gesellschaft werden Frauen häufig durch unbewusste Glaubenssätze geprägt, die dazu beitragen können, dass sie ihr eigenes Potenzial unterschätzen. Bereits das Erkennen solcher Prägungen, die womöglich im Widerspruch zu den eigenen innersten Wünschen stehen, kann neue Potenziale aufdecken.

Welche Stolpersteine begegnen Ärztinnen in ihrer Laufbahn Ihrer Erfahrung nach besonders häufig?

Ein erstes Hindernis sehe ich häufig darin, dass sich Ärztinnen selbst zu wenig zutrauen. So zögern sie beispielsweise, sich auf eine Position zu bewerben, wenn sie sich noch nicht zu 100% dafür qualifiziert fühlen. Dahinter können die Angst vor sozialen Sanktionen oder Erwartungshaltungen stehen: Kompetitives Verhalten wird oft als unvereinbar mit dem traditionellen Rollenbild einer «guten Frau» angesehen. Diese Diskrepanz kann dazu führen, dass Frauen ihr Verhalten an gesellschaftliche Erwartungen anpassen, was ihre beruflichen Ambitionen hemmen kann. Aus diesem Grund ist es mir ein besonderes Anliegen, diesen Aspekt im Workshop ausführlich zu beleuchten und eine differenzierte Auseinandersetzung damit anzuregen.

Zweitens hält bereits der Gedanke an eine mögliche Familiengründung viele Frauen davon ab, sich intensiver mit ihrer Karriereplanung auseinanderzusetzen. Ärztinnen zögern oft, sich auf Stellen zu bewerben, aus Angst davor, wie es wirkt, wenn sie kurz nach Stellenantritt schwanger werden. In diesem Zusammenhang stellt die so genannte «Maternal Wall» ein bedeutendes Hindernis dar.

Ein drittes Hindernis sind zu vage Vorstellungen davon, wie der Wunsch-Job aussieht. In dieser Situation sind Networking, Mentoring und der Mut sich aktiv nach Laufbahnoptionen zu erkundigen, hilfreich. Der Austausch mit anderen Ärztinnen zeigt zudem, dass viele Frauen ähnliche Ängste und Zweifel teilen, auch wenn sie nach aussen erfolgreich sind. Dieses gegenseitige Verständnis kann nach meiner Erfahrung eine grosse Entlastung und Stärkung bewirken.

Sie haben bislang vor allem über innere Herausforderungen gesprochen. Sehen Sie auch strukturelle oder gesellschaftliche Barrieren, die Frauen in ihrer Karriereentwicklung behindern?

Ja, folgende zwei Barrieren sind prägend:

Unserer Organisationen sind nach wie vor stark hierarchisch geprägt. Insbesondere Universitätsspitäler folgen paternalistischen Strukturen. Diese alten Muster sind häufig schwer aufzulösen. So, wie unser Gesellschaftssystem Karrierewege definiert, wird die biologische Realität von Frauen derzeit nicht ausreichend berücksichtigt. Nach 3 Kindern ist man häufig zu alt, um eine ernsthafte wissenschaftliche Karriere an der Universität zu machen. Dieses Problem ist struktureller

Natur und verdeutlicht, wie wenig unsere gesellschaftlichen Strukturen auf die biologischen Gegebenheiten von Frauen abgestimmt sind.

Welche Empfehlungen würden Sie Ärztinnen mit an die Hand geben, die sich mit inneren oder auch strukturellen Hindernissen konfrontiert sehen?

In Coachings erstaunt mich immer wieder, wie wenig Frauen sich ihrer eigenen Fähigkeiten, Erfolge und Stärken bewusst sind. Eine Auseinandersetzung mit diesen Themen bietet eine gute Grundlage für die folgenden Empfehlungen. Weiss eine Ärztin, was sie erreichen möchte, ist es entscheidend, diese Ziele klar gegenüber der vorgesetzten Person zu kommunizieren und aktiv nach Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten zu fragen. Idealerweise geschieht dies so konkret wie möglich: Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen, um die gewünschte Position zu erreichen?

Ebenso wichtig ist es, Unterstützung im Umfeld einzuholen: «Ich habe folgende Ziele, kannst du mir bei deren Erreichung helfen?» Netzwerken spielt dabei eine zentrale Rolle, insbesondere der Austausch mit Personen, die bereits dort sind, wo man hinmöchte. Auch Gespräche mit dem Chefarzt/der Chefärztin, der Besuch eines Coachings oder ein Gespräch mit der Familie kann Erstaunliches bewirken. Zudem ist es wertvoll, Ängste und Bedenken, die einen zurückhalten, offen anzusprechen, besonders in Bezug auf die Familienplanung – hier ist der Dialog mit dem Partner oder der Partnerin entscheidend.

Gemeinsam mit verschiedenen Spitälern entwickeln wir derzeit Massnahmen, um die Laufbahnen von Ärztinnen und Ärzten besser mit unterschiedlichen Lebensphasen in Einklang zu bringen. Welche Schritte sollten Spitäler aus Ihrer Sicht vorrangig angehen?

1. Spitäler sollten **Teilzeitstellen als Standard** für Männer und Frauen vorsehen, da dies auch den Erwartungen der jungen Generation entspricht.
2. Es ist wichtig, Strukturen zu schaffen, die die **Vernetzung** von Frauen **fördern**. Ein aktives Mentoring-Programm, sowohl innerhalb des Instituts als auch fachübergreifend, bietet hier eine gute Möglichkeit. Zielgruppen sollen Frauen und Männer sein. Durch die Formalisierung des Angebots können Frauen in Netzwerke integriert werden, die oft informell unter Männern entstehen.
3. Aus Führungsperspektive gilt es mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern regelmässig **aktive Karrieregespräche** zu führen: «Wo siehst du dich? Welche nächsten Schritte kannst du dir vorstellen?» Führungskräfte sollten dabei als unterstützende Coaches agieren.
4. Es kann bei der **Pensenplanung** hilfreich sein, Stellen zu einem gewissen Prozentsatz zu überbuchen,

da sowohl Männer als auch Frauen durch kurzfristige oder längere Abwesenheiten ausfallen können. Ein Beispiel hierfür ist die Chefärztin aus der inneren Medizin am Waidspital, die diese Praxis erfolgreich anwendet. So lässt sich der Arbeitsalltag mit den Stellenprozentsätzen gut organisieren, und das Thema des schlechten Gewissens für Mitarbeitende, die ausfallen, entfällt.

5. Darüber hinaus sollte der Arbeitgeber anerkennen, dass die Gründung einer Familie für beide Elternteile eine Veränderung bedeutet. Es ist wichtig, nicht nur Frauen zu fragen, ob sie nach dem Mutterschutz weniger arbeiten möchten, sondern **auch mit werdenden Vätern Gespräche zu führen** und sie zu fragen, wie sich die familiäre Veränderung auf ihren Arbeitsalltag auswirkt.
6. Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht, **Bewerbungsgespräche in geschlechtergemischten Teams** zu führen. Ein Chefarzt kann beispielsweise eine Oberärztin im Gespräch dazunehmen.
7. Für die **Personalauswahl auf Kaderstufe** empfehle ich das Konzept der Focal Random Selection (siehe Infobox FRS).
8. Abschliessend wünsche ich mir, dass die Schwangerschaft einer Ärztin als freudiges, normales Ereignis anerkannt wird, wie dies auch sonst in der Gesellschaft der Fall ist. In der Regel werden Frauen zu der Schwangerschaft beglückwünscht. Im Spital ist dies leider nicht oft oder nur vordergründig der Fall. Auch Männer, die Väter werden, sollten für dieses Abenteuer die besten Wünsche erhalten. Ist eine Ärztin schwanger, ist ein frühzeitiges Gespräch über den **Wiedereintritt** wichtig. In diesem Gespräch sollte erörtert werden, wie sie sich den Wiedereinstieg vorstellt und wie dieser erfolgreich gelingen kann. Fragen wie «Welche langfristigen Ziele verfolgst du und wie können wir dich dabei unterstützen?» sind dabei entscheidend. Es ist wichtig, dass die Frau nicht aufs Wartegleis gestellt wird und abgewartet wird, bis sie das zweite oder dritte Kind bekommen hat. Die Familiengründung sollte nicht als Unterbrechung, sondern als Teil der Karriere gesehen werden. Eltern kehren häufig mit wertvollen Erfahrungen zurück, die insbesondere im Bereich der Führung von grosser Bedeutung sind (Ergebnisse dazu liefert die Studie «**Führungskompetenz. Learning by Family**» der Autoren Joachim Lask und Dr. Nina Junker).



Focal Random Selection (FRS)

Die Focal Random Selection (FRS), wie sie von Berger et al. (2020) beschrieben wird, kombiniert leistungs- und zufallsbasierte Verfahren zur Besetzung von Kaderpositionen. In diesem Modell wird die Auswahl von Kandidatinnen und Kandidaten nicht ausschliesslich auf Basis von Leistungskriterien getroffen, sondern es fliesst auch ein zufälliges Element ein. Dieser Ansatz zielt darauf ab, den Geschlechterunterschied in der Wettbewerbsfähigkeit zu verringern, indem er die Entscheidung von unbewussten Vorurteilen befreit. Besonders in Bezug auf die Geschlechtergerechtigkeit fördert FRS eine faire und ausgewogene Auswahl, indem es Chancengleichheit sicherstellt und gleichzeitig die Leistungsfähigkeit berücksichtigt.

Vielen Dank für diese wertvollen Einblicke. Gibt es noch etwas, das Sie Future Women Physicians sagen möchten?

Seid mutig, macht Männer zu Alliierten und sprecht unterschwellige Themen direkt an. Eine gute Methode, wie Ungerechtigkeiten thematisiert werden können, ist, sie als Fragen in den Raum zu stellen.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

Quellen:

Berger, J., Osterloh, M., & Rost, K. (2020). *Focal random selection closes the gender gap in competitiveness*. Science advances, 6(47), eabb2142.

Krott, N.R., Marheinecke, R., Oettingen, G. (2019). *Mentale Kontrastierung und WOOP fördern Einsicht und Veränderung*. In: Rietmann, S., Deing, P. (eds) Psychologie der Selbststeuerung. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24211-4_9

4.1.6 Arbeitszeitmodelle flexibel gestalten

«Gut, ich arbeite jetzt seit 6 Jahren 80% - vorher natürlich nicht. Aber ich glaube es gibt mehrere Sachen [die für die Arbeit in Teilzeit hilfreich sind.]

- A: bin ich wahrscheinlich relativ effizient und das ist schon mal etwas

- B: arbeite ich natürlich formal nicht 80%.

Das muss man sagen, wenn man den Abend und mal das Wochenende oder morgens früh dazurechnet. Das stört mich jetzt nicht, weil mir die 80% Flexibilität geben. Und dann, dass ich in den Leuten, die mich mentoriert haben, sehr offene Leute gehabt habe, die nie Leistung an Präsenz, sondern eben an Leistung gemessen haben. Das würde ich sagen, hat für mich den Unterschied gemacht.»

[Interview ID R, Projekt LeLa]

Insbesondere mit Blick auf die verbesserte Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben werden flexible(re) Arbeitsmodelle als ein Teil der Lösung zur Förderung der beruflichen Laufbahn von Ärzten und Ärztinnen betrachtet.

Unterschiedliche Faktoren gehören zu bzw. begünstigen flexible Arbeitsmodelle, die im Folgenden genauer dargestellt werden:

- * Reduziertes Arbeitspensum (Teilzeit)
- * Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen
- * Ausbau von Homeoffice-Möglichkeiten
- * Berufsunterbrechungen und Wiedereinstieg

Jobsharing als Arbeits(zeit)modell birgt einen hohen kooperativen Charakter, entsprechend finden sich Erläuterungen dazu im Handlungsfeld Kooperation (siehe Kapitel 4.3).

Reduziertes Arbeitspensum (Teilzeit): Die Möglichkeit das Pensum zu reduzieren, wird von vielen Ärzten und Ärztinnen als effektives Mittel zur besseren Vereinbarkeit zwischen Arbeit und Privatleben betrachtet. In der Schweiz gilt eine erwerbstätige Person als teilzeitangestellt, wenn sie in einem Pensum von weniger als 90 % arbeitet. Die Befragungsdaten zeigen, dass Ärzte und Ärztinnen, die Teilzeit arbeiten, eher angeben, trotz ihrer Arbeit im Spital ausreichend Zeit für ihr Privatleben zu haben. Hinsichtlich des tatsächlichen und erwünschten Pensums zeigen sich folgende Zahlen: Im Mittel liegt das Pensum aller befragten Ärzte und Ärztinnen (N = 557) bei 89.5%. Als Wunschpensum gaben die Befragten im Mittel 80% an. Insbesondere Ärzte und Ärztinnen, die derzeit 90–100% arbeiten, wünschen sich eine Reduktion ihres Pensums (siehe Abb. 15). Der Wunsch nach Pensumreduktion ist dabei unabhängig vom Alter und der Position der befragten Personen. Der vielerorts thematisierte «generation gap» wird in dieser Befragung also nicht ersichtlich.

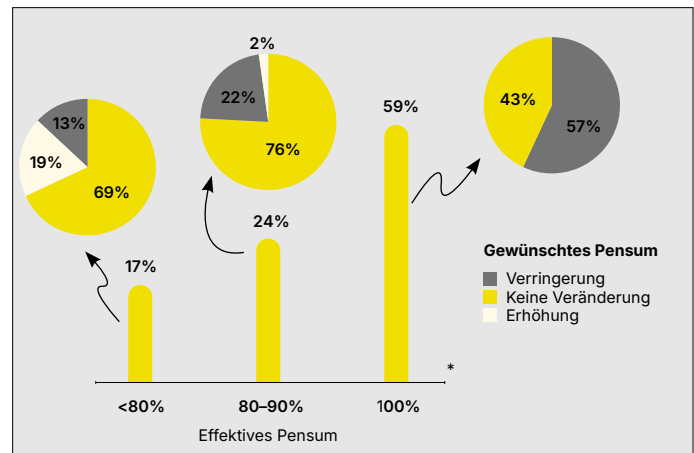


Abbildung 15. Effektives Pensum versus gewünschtes Pensum (N = 557)

Hinsichtlich der Auswirkungen vermehrter Teilzeitarbeit sind die meisten Ärzte und Ärztinnen (74%) der Meinung, dass dies die medizinische Qualität nicht beeinträchtigen würde, 17% gehen jedoch von einer Verringerung der Behandlungsqualität aus.

Die Forschungslage hinsichtlich der Auswirkungen von Teilzeitarbeit von Ärztinnen und Ärzten auf Patientensicherheit ist Stand heute noch nicht gesichert. Erste Ergebnisse sind gemischt und lassen sich nicht abschliessend interpretieren (Fairchild et al., 2001; Kato et al., 2021).

Eine bedeutende Anzahl der befragten Führungskräfte (n = 157) gibt an, dass sie bereit sind, vermehrt Teilzeitmitarbeitende anzustellen (45%) bzw., dass bereits viele ihrer Mitarbeitenden in einem Teilzeitpensum tätig sind (43%).

Im Zusammenhang mit Teilzeit und Laufbahnerfolg ist, wie in Kapitel 3.1 zu den aktuellen Herausforderungen erläutert, Folgendes zu berücksichtigen: Teilzeitarbeit gilt zwar vielerorts als möglich, wird jedoch häufig als Hemmnis für den Karriereerfolg wahrgenommen.

«Und ich kämpfe mit mir, weil ich gerne reduzieren würde, weil ich mich gerne noch mit anderen Sachen beschäftigen würde oder mich mehr auf mein Privatleben konzentrieren möchte. Aber meine Überzeugung ist, dass ich dann auf unbestimmte Zeit warten müsste, um diese Rotation angehen zu dürfen. Ich habe das [am Beispiel anderer Kollegen] beobachtet: Männer und Frauen - mit Kind - in Teilzeit, die warten und warten. Sie wissen häufig auch nicht wieso und fragen auch nach, sind aber danach auch nicht schlauer.»

[Interview ID B, Projekt LeLa]

* Unter Berücksichtigung des effektiven Pensums erweisen sich weder die Position noch das Alter als relevante Faktoren für Unterschiede zwischen dem aktuellen und dem gewünschten Arbeitspensum.

In der Akzeptanz von Teilzeitarbeit zeigen sich zudem wahrgenommene Geschlechterunterschiede: Mehr als 40% der Befragten bestätigen, dass es im klinischen Umfeld nach wie vor eher akzeptiert wird, wenn Frauen ihre Arbeitszeit (vorübergehend) reduzieren (siehe Abb. 16).

Männer erfahren in dieser Hinsicht oftmals weniger Verständnis oder Unterstützung:

«Zudem scheint es vor allem für männliche Kollegen häufiger ein Tabu zu sein, über familiäre Aspekte und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu sprechen. Ich bin zuversichtlich, dass das in der jüngeren Generation stattfinden kann.»

[Freifeld Fragebogen, Projekt LeLa]

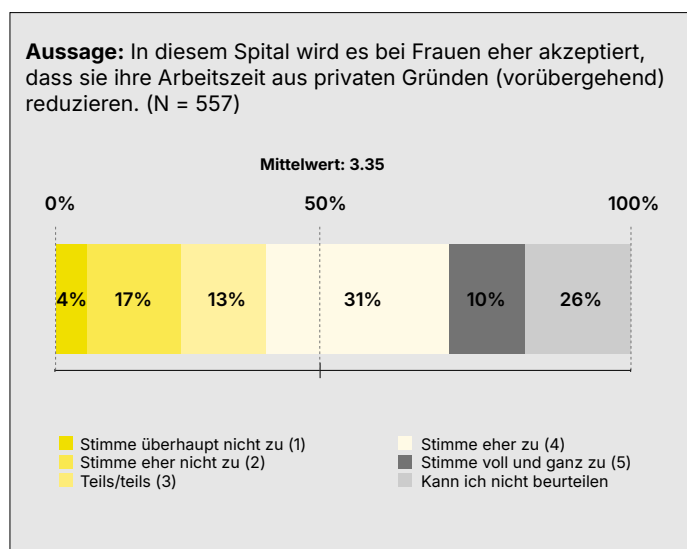


Abbildung 16. Verstärkte Akzeptanz der Reduzierung der Arbeitszeit bei Frauen im Vergleich zu Männern

Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen: In Phasen wie der Familiengründung, nachfolgender Sicherstellung von Kinderbetreuung oder weiteren ausserberuflichen Notwendigkeiten sollten neben der reinen Reduktion des Pensums weitere individuelle und flexible Regelungen für die Realisierung einer ärztlichen Tätigkeit, ebenso wie Weiterentwicklungsmöglichkeiten (Forschung, Lehre) sichergestellt werden. Konkret wurden von den Teilnehmenden folgende Möglichkeiten angesprochen: eine phasenweise Befreiung vom Schichtdienst, die Ermöglichung flexiblerer Planung von freien Tagen (z.B. fixer freier Tag bei 80% oder 1 Woche alle 5 Wochen), Teilzeitmodelle ohne Notfalldienste oder mit geringeren Rotationen. Zudem die Möglichkeit, sich in gewissen Lebensphasen von bestimmten Tätigkeiten befreien zu lassen, indem man z. B. vorrangig für Sprechstunden oder die Forschung eingesetzt wird.

Ausbau von Homeoffice-Möglichkeiten: Homeoffice ist ein Weg, um Dokumentationsaufgaben, administrative Tätigkeiten oder Projektarbeit mobil flexibel zu gestalten und um die Einführung von Bürotagen bei einer beschränkten Anzahl an Büroarbeitsplätzen zu ermöglichen

Neben den positiven Aspekten von Homeoffice sollten auch die Herausforderungen differenziert betrachtet werden. Arbeit «mit nach Hause» zu nehmen, kann auch zu einer zunehmenden Entgrenzung von Berufs- und Privatleben führen. Arbeit im Homeoffice ist häufig weniger sichtbar (Schattenarbeit). Dies kann dazu führen, dass noch mehr gearbeitet wird, um nicht den Eindruck zu erwecken, man wäre zuhause weniger produktiv. Es bedarf eines bewussten Umgangs mit den Herausforderungen des Homeoffice, um die positiven Aspekte zu maximieren (Wu & Chen, 2020).

Von den interviewten Ärzten und Ärztinnen, die mit Homeoffice bereits Erfahrung gesammelt haben, wird diese Möglichkeit grösstenteils als sehr positiv beschrieben und eine weitere Ausarbeitung mobil-flexibler Arbeitsmöglichkeiten wird angeregt:

«Auf der Intensivstation hat man z.B. gewisse Bürotage eingeführt, an denen man Bürokräm aufarbeiten kann. Und das ist etwas sehr Wertvolles; da kann man auch seine Administrationsarbeiten endlich mal vorwärtstreiben. Das wäre sicher etwas: im Homeoffice Admin-Arbeiten erledigen zu können, aber für die Klinik ist das halt nicht einfach.»

[Interview ID P, Projekt LeLa]

«Wir haben die Möglichkeit auf Homeoffice und das finde ich persönlich sehr positiv. Das würde ich auf jeden Fall weiter unterstützen. Das gibt einem viele Möglichkeiten: Ich muss jetzt nicht 2 Stunden länger im Spital bleiben, nur um Berichte zu schreiben, sondern kann das auf einen anderen Zeitpunkt legen, denn es pressiert einfach nicht und ich habe die Möglichkeit das zu Hause zu machen oder entsprechend unterwegs. Also das finde ich einen wichtigen Punkt, und da wäre ich sehr dafür, dass man das standardmässig auch für Assistenzärzte einführt.»

[Interview ID D, Projekt LeLa]

Wie Homeoffice über Dokumentationsaufgaben hinaus sogar für die Patientenbetreuung genutzt werden kann, wird im Good Practice auf S. 45 beschrieben.

Berufsunterbrechungen und Wiedereinstieg: Von den befragten Ärzten und Ärztinnen hat rund ein Viertel seine berufliche Tätigkeit in den letzten fünf Jahren für mehr als drei Monate unterbrochen. Die Tätigkeit wurde im Rahmen von Elternzeit, aufgrund eines Sabbaticals, einer wissenschaftlichen Tätigkeit oder aus anderen Gründen unterbrochen (siehe Abb. 17).

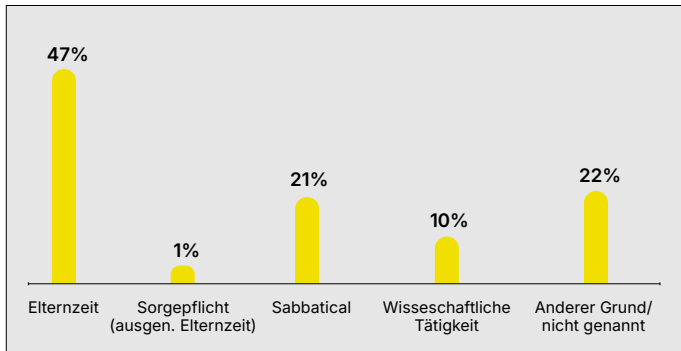


Abbildung 17. Gründe für berufliche Auszeit (n = 134)

Die meisten Personen (56%) geben an, ihre berufliche Tätigkeit zwischen 3,5 und 6 Monaten unterbrochen zu haben. Nach Rückkehr der Unterbrechung berichten 58% der Befragten, sie seien bei ihrem Wiedereinstieg ausreichend begleitet worden, 37% stimmen dem nur zum Teil oder gar nicht zu.

Nach einem Mutterschaftsurlaub oder nach längerer Krankheit ist es möglich, eine schrittweise Rückkehr zu planen. Damit ist gemeint, dass im ersten Monat die Stundenzahl reduziert wird und eine erfahrene Kollegin Unterstützung bei ersten Operationen oder anderen anspruchsvollen Tätigkeiten leistet. Diese Form des geregelten Wiedereinstieg (Reboarding) wurde entsprechend begrüsst:

«Unsere Assistenten und vor allem auch die Wiedereinsteiger haben bei uns ein Tutorats-System bei den Oberärztinnen. Sie bekommen eine Ansprechperson, mit der die nächsten Schritte angegangen werden können.»

[Interview ID G, Projekt LeLa]

Wie Dr. med. Christina Venzin im Interview auf S. 39 betont, ist zudem die bewusste Planung der anschließenden Laufbahnschritte bereits vor dem Eintritt in den Mutterschaftsurlaub zentral.



Welche weiteren Möglichkeiten bestehen, die Rahmenbedingungen für schwangere Mitarbeitende im Spital zu verbessern, hat eine Gruppe rund um Dr. Celina Cornelius (2024) der Uni Heidelberg veröffentlicht: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-024-01402-8>

Sie schlagen vor, strukturelle Voraussetzungen zu schaffen (z.B. durch die Benennung einer schwangerschaftsbeauftragten Person), um den Prozess zu verbessern und sicherzustellen, dass nach der Meldung der Schwangerschaft die Schutzmassnahmen umgesetzt werden. Eine Möglichkeit besteht darin, ein Ampelsystem zu erarbeiten, das die unterschiedlichen Arbeitsaufgaben nach Empfehlungsgraden hinsichtlich Sicherheitsempfinden klassifiziert, um den Schutz zu gewährleisten.



Die vorgeschlagenen Massnahmen lassen sich auf das Schweizer Gesetz und die individuellen Klinikaufgaben und -abläufe übertragen.



Portrait

Arbeit in Teilzeit als Assistenzarzt

«Wenn jemand wirklich für das Fach brennt, kann die Person auch in Teilzeit schnelle Fortschritte machen.»

Till Flury ist stellvertretender Oberarzt im Notfall des Spitalzentrums Biel. Er arbeitet in einem 60% Pensum und schliesst derzeit seinen Facharzt in der Inneren Medizin ab. Als Assistenzarzt hat er an unterschiedlichen Häusern gearbeitet und in dieser Zeit Arbeitspensen zwischen 70 und 100 Prozent erfüllt. Im folgenden Beitrag schildert er seine Erfahrungen mit diesem Arbeitszeitmodell und weshalb Arbeit in Teilzeit für seine aktuelle Lebensphase passend ist.



Till Flury, Stellvertretender Oberarzt Notfall

Nach zwei Jahren Vollzeittätigkeit hat sich Till Flury noch mitten in der Assistenzarztzeit dazu entschieden, in Teilzeit zu arbeiten und ist diesem Arbeitszeitmodell – in unterschiedlichen Abstufungen – treu geblieben. Welche Gründe haben ihn dazu bewogen, seinen Weg konstant in reduziertem Pensum zu gehen? Die Schichtarbeit in der Notfallmedizin ist belastend und ein Vollzeitpensum wird in diesem Bereich

häufig gar nicht mehr angestrebt, so Till Flury. Auch persönliche Gründe spielten eine Rolle: Er stellte fest, dass die reduzierten Arbeitsstunden seiner Gesundheit zugutekamen. Als er Vater wurde, änderten sich seine Prioritäten erneut: Da er zuhause genauso gebraucht wird, möchte er genügend Kapazität für seine Familie haben. Sind diese Grundvoraussetzungen gegeben, kann er sich im Spital zu 100% auf seine Patientinnen und Patienten konzentrieren und die Früchte seiner Arbeit ernten.

Lernen: Auch mit weniger als 50 Soll-Wochenstunden?

Nach wie vor gibt es kritische Stimmen zum Arbeiten in reduziertem Pensum während der Assistenzarztzeit. Dies bestätigt auch Till Flury: Je nach Fachrichtung ist es schwierig, eine Ausbildungsstelle in Teilzeit zu finden. Es bestünde die Befürchtung, dass man mit einem reduzierten Pensum zu wenig lernt, da man zu wenig Zeit in die Auseinandersetzung mit Arbeitsinhalten investiert. Er selbst machte andere Erfahrungen: Gerade, weil er zu Hause genügend Energie hatte, konnte er sich intensiv mit Lehrinhalten ausei-

nanter zu setzen. Auch der Blick ins Ausland stimmt den Oberarzt skeptisch: Ob Assistenzärztinnen und -ärzte im nahen Ausland mit reduzierten Wochenarbeitszeiten schlechtere Ärztinnen bzw. Ärzte sind, wagt er zu bezweifeln.

Die Erfahrungen in seiner neuen Rolle als stellvertretender Oberarzt bestärkten seine Einschätzung: Entscheidender für den Lernerfolg ist seiner Ansicht nach das Interesse und die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema als die wöchentliche Präsenzzeit. In Bezug auf berufliche Perspektiven sieht er die Nachteile der Teilzeitarbeit: Je nach Fachrichtung gestaltet sich die Suche nach Teilzeitstellen weiterhin schwierig, insbesondere Pensum mit weniger als 80% können zur Herausforderung werden. Es ist Till Flury ein Anliegen, dass anstellende Ärztinnen und Ärzte künftig mehr Wert auf das Interesse und Engagement legen und dies nicht mit den Anwesenheitsstunden gleichsetzen: Möchte jemand Fortschritte erzielen? Denn: «Wenn jemand wirklich für das Fach brennt, kann die Person auch in Teilzeit schnelle Fortschritte machen.»

Teilzeit: Ein persönlicher Entscheid

Assistenzärztinnen und -ärzte, die sich überlegen, in welchem Pensum sie arbeiten wollen, rät Till Flury eine bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen und der Abwägung der Prioritäten. Ärztinnen und Ärzte messen ihrem Beruf und der Laufbahn einen hohen Stellenwert bei, während andere Lebensaspekte oft weniger Beachtung finden.

Bei vielen Kolleginnen und Kollegen erlebte er, dass es ihnen aufgrund der hohen Arbeitslast gesundheitlich nicht mehr gut ging. Hilfreich kann es daher sein für sich zu ermitteln: «Was brauche ich, damit es mir gut geht? Was brauche ich, damit ich glücklich bin? Was ist mir in 20/30 Jahren wichtig?» – Dabei ist jede

Person anders. Till Flury hat für sich persönlich entschieden, dass er – gestützt durch ein fortlaufendes Selbststudium – Spitalarzt bleiben möchte und nahe an den Patientinnen und Patienten arbeiten will. Ein reduziertes Pensum war für ihn persönlich die richtige Entscheidung und hilft ihm, eine gesunde Balance zu halten und Grenzen zu setzen. Seither hat er weniger Konflikte in seinem Privatleben, sein Leben ist facettenreicher geworden und er geht mit grosser Freude zur Arbeit. Aber: Es brauche Mut zu sagen, dass man Arzt sein will – ein guter Arzt sein will – und trotzdem nicht bereit ist, alles dafür zu opfern.

Vielen Dank für das Gespräch!



Erfahrungen mit einem neuen Teilzeitmodell für Kaderärztinnen und -ärzte in der stationären Inneren Medizin: Mittwoch im Homeoffice

E. Potluková, L. Dratz, Kantonsspital Baselland

In diesem Artikel berichten wir über unsere Erfahrungen mit Teilzeitmodellen in der stationären Inneren Medizin am Universitären Zentrum Innere Medizin (UZIM) am Kantonsspital Baselland (KSBL). Am UZIM bieten wir verschiedene Teilzeitmodelle für Kaderärztinnen und -ärzte mit einem Beschäftigungsumfang von 50 % bis 90 % an:

1. **Wochenweise alternierende Tätigkeit**
2. **Aufgeteilte Wochen mit Übergabe in der Mitte der Woche**
3. **Reduziertes Wochenpensum mit einem halben Tag Homeoffice am Mittwoch**

Die ersten beiden Modelle sind bereits gut etabliert und in anderen Kliniken verbreitet. Das dritte Modell haben wir im Juni 2024 eingeführt und werden es nachfolgend detailliert vorstellen.

Unsere Überlegungen basierten auf der Frage, wie ein erfahrener Kaderarzt/eine erfahrene Kaderärztin mit stationärer Verantwortung einen Tag pro Woche zur Betreuung seiner/ihrer Kinder zu Hause bleiben kann. Ein solches Modell schien zunächst kaum umsetzbar. Nach sorgfältiger Analyse kamen wir jedoch zu dem Schluss, dass unter bestimmten Voraussetzungen eine praktikable Lösung möglich sein könnte.

Struktur des Modells

Der Kaderarzt/die Kaderärztin ist mit einem 90 %-Pensum tätig und betreut maximal 24 stationäre Patientinnen und Patienten, verteilt auf zwei Assistenzärztinnen und -ärzte.

- **Montag und Dienstag:** Vollständige klinische Visiten gemeinsam mit den Assistenzärztinnen und -ärzten.
- **Mittwoch (Homeoffice-Tag, halber Arbeitstag):**
 - * Die klinische Visite wird eigenständig durch die Assistenzärztinnen und -ärzte durchgeführt.

- * Eine strukturierte Patientenbesprechung zwischen Assistenzärztinnen bzw. -ärzten und dem Kaderarzt/der Kaderärztin erfolgt per Telefon- oder Videokonferenz via Fernzugang zum Klinikinformationssystem.
- * Klinische Notfälle oder neu aufgenommene Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden durch festgelegte Mitglieder des Kaders abgedeckt, die den Assistenzärztinnen und -ärzten bekannt sind.
- * Am Mittwochnachmittag besteht für den Kaderarzt/die Kaderärztin keine Dienstverpflichtung.

- **Donnerstag und Freitag:** Wiederaufnahme der vollständigen klinischen Visiten durch den Kaderarzt/die Kaderärztin.
- **Dienste:** Teilnahme an Rufbereitschaftsdiensten unter der Woche sowie Präsenzdiensten an Wochenenden und Feiertagen, wie bei den anderen Mitgliedern des Kaders.

Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung

Das Modell ist nur unter bestimmten Voraussetzungen durchführbar:

1. Die Station ist eine reguläre internistische Bettenstation ohne Intensivüberwachung.
2. Es handelt sich nicht um ein Spital der Maximalversorgung mit hochkomplexen Fällen.
3. Das Kaderteam unterstützt das Modell aktiv und ist bereit, mittwochs zusätzliche Verantwortung zu übernehmen.
4. Die Teammitglieder des Kaders verfügen über ausreichende klinische Erfahrung.



Kantonsspital Baselland

Bisherige Erfahrungen - Perspektive des Mitarbeiters

Mit Dr. med. Lucas Dratz, einem erfahrenen Internisten und Notfallmediziner, haben wir mit diesem Modell vor 8 Monaten auf der Abteilung Allgemeine Innere Medizin am Standort Liestal gestartet. Hier fasst er seine Erfahrungen als Oberarzt mit dem Arbeitsmodell zusammen:

«Die Betreuung stationärer Patientinnen bzw. Patienten an einem Tag pro Woche per Fernzugang und rein durch die Augen und Hände der Assistenzärztinnen und -ärzte – ohne diese selbst einfach anschauen gehen zu können – war zu Beginn eine ungewohnte Herausforderung. Um dies zu meistern, braucht es für mich eine akribische Vorbereitung mit Durchsicht der elektronischen Patienten-Kurven unter Einordnung neuer oder auffälliger Befunde und einen passenden Abgleich mit den Assistenzärztinnen und -ärzten bevor diese ihre klinische Visite allein durchführen. Somit ist die Gestaltung des Arbeitstages auch im Homeoffice an den klinischen Spitaltag und dessen Ablauf gebunden. Er beginnt in den frühen Morgenstunden, um vor dem offiziellen Visitenbeginn die notwendigen Kenntnisse und Tagesziele auf beiden Seiten sicherzustellen.

Das bedeutet, dass es auf familiärer Seite die Möglichkeit geben muss, den Spitaltag-Zeitplan mit dem Zeitplan des familiären Ablaufes im Homeoffice abzustimmen, was immer wieder ein Balance-Akt ist. Ohne ein ansprechbares und hilfsbereites kaderärztliches Team vor Ort, das bei klinischen Notfällen oder klinisch unklaren Situationen direkt zur Patientin/zum Patienten

hinzukommen kann, ist eine solche Betreuung von akut erkrankten Personen mit der Unwägbarkeit mancher klinischer Krankheitsbilder nicht verantwortungsbewusst möglich, wenngleich der Bedarf hierauf zurückzugreifen nur ca. alle 4–6 Wochen auftritt.

Das Teilzeitmodell in dieser Form ermöglicht, bei Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen, eine kaderärztliche Tätigkeit in der stationären Inneren Medizin unter weitgehender Wahrung der kaderärztlichen Kontinuität bei nur gering erhöhtem Aufwand für Übergaben und Einarbeitung. Gleichzeitig ermöglicht es eine Reduktion von An- und Abreisezeit zur Arbeitsstätte für mich als Arbeitnehmer und erhöht die Präsenzzeit für die Familie an einem Tag pro Woche. Dabei stellen die anderen sonst gewohnt langen Arbeitstage noch immer eine Herausforderung im Alltag mit kleinen Kindern dar, wobei die ärztliche Wochensollarbeitszeit von 41,4 h pro Woche bei einem 90% Stellenpensum (46h Wochensollarbeitszeit bei 100%) noch immer einer Vollzeitstelle in manchen anderen Berufsgruppen entspricht.»

Perspektive der Chefärztin

PD Eliška Potluková erläutert: «Aus Sicht der Führungsebene stellt Teilzeitarbeit im stationären Bereich eine Herausforderung dar, insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität der Patientenbetreuung. Dennoch ist sie essenziell für die Zukunftsfähigkeit unseres Berufsstandes.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist für Kaderärztinnen und Kaderärzte ein entscheidender Faktor.

Die stationäre Innere Medizin verliert häufig hochqualifizierte Fachkräfte an den ambulanten Bereich, da dort flexiblere Arbeitszeiten geboten werden. Um als Arbeitgeber attraktiv zu bleiben, müssen wir innovative Arbeitsmodelle entwickeln. Durch die Einführung dieses Teilzeitmodells konnten wir einen hochqualifizierten Kaderarzt gewinnen, der unser Team fachlich und organisatorisch bereichert. Dr. Lucas Dratz hat insbesondere durch seine Expertise in der Point-of-Care-Sonographie (POCUS) dazu beigetragen, die medizinische Qualität unserer Abteilung zu verbessern.

Bisher konnten alle Herausforderungen, die eine kaderärztliche Präsenz am Mittwoch erforderten, innerhalb des Teams gut bewältigt werden. Eine erfolgreiche Implementierung setzt jedoch voraus, dass das Kaderteam über genügend Erfahrung verfügt und die Patientenzahl sowie deren Komplexität in einem vertretbaren Rahmen bleiben.»

Fazit

Das Modell hat sich in unserem Setting bewährt und bietet eine vielversprechende Option für Kliniken, die ihren Mitarbeitenden flexiblere Arbeitszeiten ermöglichen möchten.

Sollten Sie Interesse an der Einführung eines ähnlichen Modells haben, stehen wir Ihnen gerne für einen gemeinsamen Austausch zur Verfügung.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. et phil. Eliška Potluková, MME
Universitäres Zentrum Innere Medizin
Kantonsspital Baselland
Rheinstrasse 26
CH-4410 Liestal
eliska.potlukova@ksbl.ch

4.1.7 Die administrative Last reduzieren

«Wichtig wäre eine Reduktion der Arbeitszeit auf 42 Stunden. Dies wäre möglich, wenn die Last der administrativen Arbeiten reduziert werden könnte (Kurzaustrittsberichte mit ausführlicher Diagnoseliste und Prozedere, Vermeidung von Doppelspurigkeit in der medizinischen Dokumentation). Die Bereitschaft länger zu arbeiten wäre eher vorhanden, wenn diese Zeit für die Patienten eingesetzt werden könnte oder für die Lehre anstatt für mühselige Berichte.»
[Freifeld Onlinebefragung]

Wird das Handlungsfeld «Arbeitsorganisation» ganzheitlich betrachtet, darf der vielerorts thematisierte hohe administrative Aufwand nicht ausser Acht gelassen werden. Mehrheitlich geht es hierbei um eine Optimierung alltäglicher Routineaufgaben. Eine Verringerung des administrativen Aufwands kann laut Angaben der interviewten Ärzte und Ärztinnen beispielsweise bereits durch folgende Massnahmen erreicht werden:

- * die Gewährleistung einer effizienteren Dokumentation durch Kurzaustrittsberichte mit detaillierter Diagnoseliste,
- * die Nutzung eines Diktiergeräts, sodass andere Personen die Informationen in die Patientenakte eintragen können oder
- * die Optimierung der IT-Infrastruktur in Form eines anwenderfreundlichen Klinikinformationssystems, das die medizinische Dokumentation schlank und effizient gestaltet.

Rund zwei Stunden täglich verbringen Ärztinnen und Ärzte mit Dokumentationsarbeiten im Zusammenhang mit dem Patientendossier, Tendenz steigend (FMH, 2024). Damit ist dies ein zentraler Faktor, wenn es um die Reduzierung der Arbeitszeit und -last geht. Entsprechend wird die Thematik in unterschiedlichen Vorhaben vertieft analysiert und angegangen (siehe z.B. **Bürokratie in den Spitälern - VSAO**)



Von reduzierten administrativen Aufgaben im Hinblick auf die Umsetzung von Massnahmen für eine lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung profitieren auch die Spitäler. Die geringere Arbeitslast schafft freiwerdende Ressourcen, die effizienter genutzt werden können, um attraktive Arbeitsumgebungen zu gestalten. Dies wiederum fördert die Mitarbeiterbindung und -gewinnung.



4.2 Handlungsfeld Führung

Im aktuellen linearen Laufbahnweg einer Spitalkarriere ist die Wahrnehmung einer Führungsfunktion aufgrund der fehlenden Trennung von Fach- und Führungslaufbahnen eine unumgängliche Konsequenz für eine ärztliche Laufbahn, die auf Aufstiegsmöglichkeiten ausgerichtet ist. Dabei kommt der Förderung der Mitarbeitenden und der Schaffung von Laufbahnmöglichkeiten eine grosse Bedeutung zu.

Basierend auf Erkenntnissen aus der Forschung und den erhobenen Daten wurden in den Workshops Massnahmen zur Förderung der Mitarbeitenden (siehe Kapitel 4.2.1) und zur Überarbeitung der Führungsrolle (siehe Kapitel 4.2.2) angedacht.

4.2.1 Förderung der Mitarbeitenden

«Gespräche zu haben, in denen Ziele und Perspektiven definiert werden [ist wichtig]. Mein aktueller (neuer) Vorgesetzter findet dies nicht wichtig. Mein letztes Entwicklungsgespräch war mit der ehemaligen Chefin vor 2 Jahren. [...] Fast niemand aus dem Team (weder OA noch AA) hatte je ein solches Gespräch in den letzten 1.5 Jahren, obwohl es hierfür vom HR-Vorgaben gäbe.»
[Freifeld Fragebogen, Projekt LeLa]

Das Mitarbeitendengespräch als zentrales Führungsinstrument: Ärztliche Führungskräfte spielen eine entscheidende Rolle bei der Ausgestaltung der Laufbahnen ihrer Mitarbeitenden, sei es innerhalb der Spitalorganisationen oder ausserhalb. Das Mitarbeitendengespräch gilt dabei als zentrales Instrument kooperativer Führung, das den Austausch zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden fördert und neben der Analyse vergangener Leistung vor allem auch zukünftige Entwicklungsziele gemeinsam gestaltet (Mel-dau, 2022).

Insgesamt geben rund ein Drittel der befragten Ärzte und Ärztinnen an, dass das Thema Laufbahngestaltung mit dem/der eigenen Vorgesetzten bislang zu wenig thematisiert wurde. Bei rund einem Viertel wurde das Thema noch nie angesprochen (siehe Abb. 18).

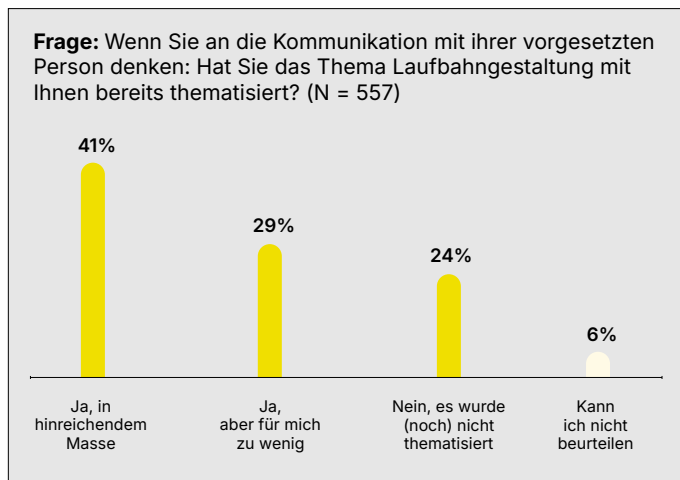


Abbildung 18. Thematisierung der Laufbahngestaltung mit der vorgesetzten Person

Zudem geben 35% der befragten Ärzte und Ärztinnen an, sich nicht genug oder nur teilweise durch die vorgesetzte Person gefördert zu fühlen (siehe Abb. 19).

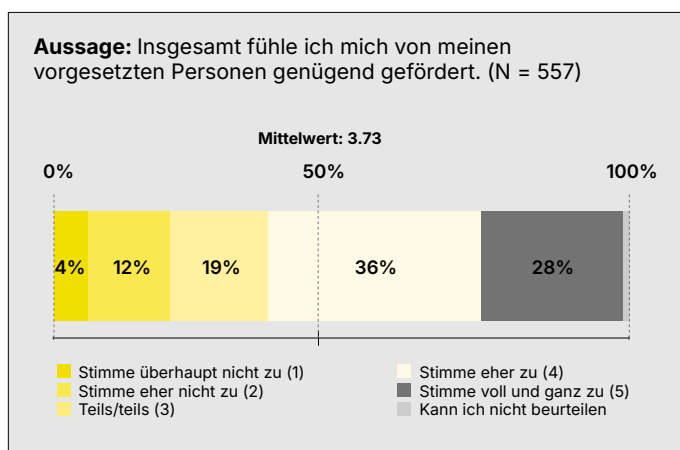


Abbildung 19. Förderung durch Vorgesetzte

«Ich denke, es ist wichtig, dass man das Interesse der Leute fördert. Und manchmal [...] wissen die Jungen gar nicht was Sie für Qualitäten haben. Und ich denke ein Vorgesetzter sollte das spüren und dort unterstützen. Das kann eine fachliche Qualität sein oder eine Führungsqualität. [...] Wenn man zum Beispiel sieht, jemand qualifiziert sich eher für einen Master, dann gibt man dort diese Möglichkeit. Und wenn man sieht, ja jemand hat die Qualität für das eine oder andere Fachgebiet, hilft man, dort zum Beispiel eine Anschlussstelle zu finden.»
[Interview ID G, Projekt LeLa]

Aus Sicht der Führungskräfte ist dabei folgende Überlegung relevant: Sie geben an, dass sie ihre Mitarbeitenden besser unterstützen und gezielter fördern können, wenn sie deren persönliche und berufliche Situation kennen und darauf Rücksicht nehmen können (siehe Abb. 20). Aus diesem Blickwinkel wäre es also von Bedeutung, dass die Mitarbeitenden ihren Teil zur gelingenden Kommunikation beitragen, indem sie ihre Lebenssituation transparent machen.

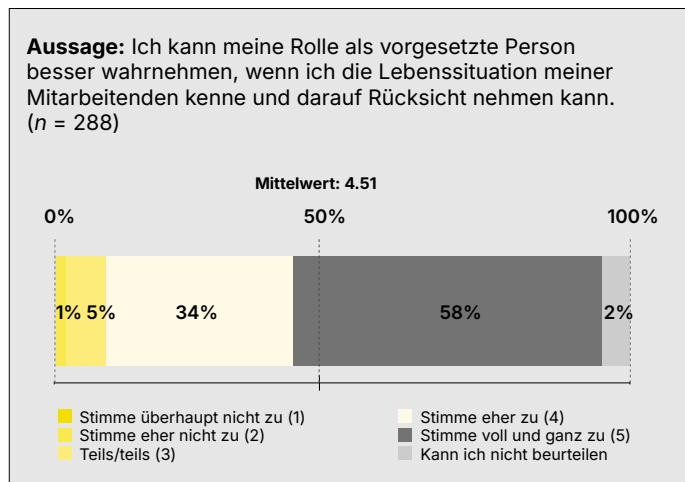


Abbildung 20. Kennen der Lebenssituation der Mitarbeitenden, um besser führen zu können.

 Damit im Rahmen des Mitarbeitendengesprächs Entwicklungsperspektiven gemeinsam ausgelotet werden können, braucht es Offenheit. Diese bedingt jedoch einen erheblichen Vertrauensvorschuss seitens der Mitarbeitenden. Wenn Mitarbeitende befürchten, dass die Offenlegung persönlicher Informationen nachteilig sein oder sensible Daten strategisch gegen sie verwendet werden könnten, sehen sie sich unter Umständen veranlasst, wesentliche Informationen und Emotionen zurückzuhalten. Dies kann wiederum zu weiterführenden Konflikten führen (siehe Peter et al., 2021).

In einem Umfeld, in dem Laufbahnwege noch nicht (genügend) an unterschiedliche Lebensphasen angepasst sind, kommt der Gewährleistung psychologischer Sicherheit eine bedeutsame Rolle zu. Psychologische Sicherheit bezeichnet «a shared belief that the team is safe for interpersonal risk-taking». (Edmondson, 1999, S. 350). Eine Unternehmenskultur, die keine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schafft, gefährdet die langfristige Motivation und Entwicklung der Mitarbeitenden. Die Anforderungen an ärztliche Führungskräfte, die Laufbahnen mitgestalten, sind in diesem Kontext entsprechend hoch. _____



Führungsausbildung und -unterstützung sowie Safe Spaces als Schlüssel für die Förderung der lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung: In einem herausfordernden Arbeitsumfeld sind eine fundierte Führungsausbildung und die Unterstützung durch die HR-Abteilung zentral. Wie HR und Ärzteschaft erfolgreich zusammenarbeiten können, um Mitarbeitendengespräche zielführend und effizient zu gestalten, ist im Good Practice der Spitäler fmi zu lesen (siehe S. 53). Während die Förderung der Mitarbeitenden Führungsaufgabe ist und bleibt, lässt sich die Unsicherheit im Zusammenhang mit dem Teilen der persönlichen Lebensplanung allenfalls durch die Schaffung von Vertrauensstellen, sogenannten Safe Spaces, reduzieren. Im Rahmen der durchgeführten Workshops wurde der Wunsch nach Safe Spaces deutlich. In diesem Rahmen sollen sensible Themen offen besprochen werden können. Spitäler, die eine vertrauensvolle und transparente Laufbahngestaltung ermöglichen möchten, sollten daher strukturelle Rahmenbedingungen schaffen, die psychologische Sicherheit aktiv fördern – sei es durch Schulungen für Führungskräfte, anonymisierte Beratungsangebote oder den gezielten Aufbau einer offenen Feedbackkultur (siehe auch Kapitel 3.3 Einordnung der Ergebnisse auf kultureller Ebene).



Gemeinsam in den Dialog treten: «Es besteht das Risiko, dass man über die lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung spricht.»

Was passiert, wenn sich Ärztinnen, Ärzte und HR-Fachpersonen gemeinsam Gedanken zur ärztlichen Laufbahngestaltung machen? Dr. med. Silvio Gujer, Chefarzt Chirurgie und Sarah Kübli, HR-Beraterin der Spitäler fmi haben es ausprobiert.

Im Projekt «Lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung» fanden spital- und funktionsübergreifende Workshops statt. Der Chirurg und die HR-Beraterin nahmen daran teil. Das Projekt bot die Gelegenheit, die Zusammenarbeit zwischen HR und Ärztinnen bzw. Ärzten zu vertiefen, ein besseres Verständnis für die jeweiligen Ausgangssituationen und Bedürfnisse zu entwickeln und die Dienstleistungen des HR für die Zielgruppe Ärzteschaft zu optimieren. Das gemeinsame Ziel: die lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung für Ärztinnen und Ärzte vorantreiben – und einen ehrlichen Dialog miteinanderführen.



Sarah Kübli, HR-Beraterin

Die Motivation war gross und die Liste möglicher Massnahmen wuchs rasch. Doch der Arbeitsalltag stellte andere Anforderungen. Im wiederholten Austausch kristallisierte sich heraus, dass der Fokus auf Massnahmen mit hoher Wirksamkeit bei zugleich realistischem Aufwand liegen sollte. Konkret zähle dazu die Überarbeitung von Prozessen und unterstützenden Dokumenten, um den Austausch zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden nachhaltig zu fördern.

Vom Missverständnis zum Good Practice

Der Chirurg berichtete der HR-Beraterin von einer selbst erstellten Checkliste, die er für die Einarbeitung von Assistenzärztinnen und -ärzte entwickelt hat. Ziel war es, die Dokumentation für die SIWF-Anerkennung strukturiert bereitzuhalten und Laufbahnthemen frühzeitig in der Zusammenarbeit zu thematisieren.

Sarah Kübli griff die Idee auf und erstellte einen Vorschlag für eine Checkliste aus HR-Perspektive: Was muss ich als vorgesetzte Person beachten, wenn eine neue Mitarbeiterin bei mir beginnt?



Dr. med. Silvio Gujer, Chefarzt Chirurgie

Der Chirurg staunte nicht schlecht: Bislang hatte er eine Checkliste für neue Mitarbeitende genutzt – nicht für sich selbst als Vorgesetzter. «Ich fand dieses Missverständnis grossartig» so der Chirurg. Denn ein kurzer Austausch machte schnell klar: Die Kombination der beiden Dokumente ergibt die ideale Lösung. Beim Eintritt neuer Mitarbeitender kann der Chefarzt nun auf eine umfassende Checkliste zugreifen, die ihn durch den gesamten Mitarbeitendenzyklus führt: Von der Kontaktaufnahme vor dem Eintritt, über Gespräche mit den Weiterbildungsverantwortlichen in der ersten Woche bis hin zu regelmässigen Laufbahngesprächen und Themen für das Austrittsgespräch. Alle wichtigen Aufgaben und Pflichten der Vorgesetztenrolle sind kompakt in einem Dokument zusammengefasst. Gleichzeitig bietet der Chefarzt seinen neuen Mitarbeitenden Orientierung, indem er ihnen, wie gewohnt,



Spital Interlaken

eine Checkliste mit ihren Aufgaben übergibt. Diese enthält unter anderem den Hinweis, dass in der ersten Woche ein Gespräch mit der weiterbildungsverantwortlichen Person stattfindet. Darüber hinaus werden die Mitarbeitenden dazu ermutigt, bei Änderungen ihres angestrebten Facharztziels proaktiv das Gespräch mit der vorgesetzten Person zu suchen und dabei Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Zudem wissen sie, was sie beim Austrittsgespräch erwartet, und können sich gezielt darauf vorbereiten.

Kombination von Weiterbildungsprozessen und HR-Instrumenten

Neben dem Dokument für den gesamten Anstellungszyklus rückte ein weiteres Thema in den Fokus:

Das Mitarbeitergesprächs-Formular (MAG): Silvio Gujer und Sarah Kübli setzten sich das Ziel das Formular so zu gestalten, dass es für die vorgesetzten Personen attraktiver ist und für die Mitarbeitenden weiterhin eine gute Basis für die eigene Weiterentwicklung darstellt. Durch die Analyse des MAG-Bogens (einem HR-Instrument) und des SIWF-eLogbuchs (ein Tool das Assistenzärztinnen und -ärzten zur Dokumentation ihrer Weiterbildung dient) konnten Parallelen identifiziert werden, die eine effiziente Nutzung beider Instrumente ermöglichen. So zeigte sich, dass die Gespräche im Rahmen der SIWF-Weiterbildung häufig den gleichen Zweck wie das MAG-Formular erfüllen.

Klug kombiniert, liess sich fast das gesamte MAG durch diese Gespräche ersetzen. Es kommt zu weniger Aufwand und Doppelungen. Der Appell an die Chefärztinnen und -ärzte lautet daher neu: Wenn die SIWF-Gespräche gut geführt werden, akzeptiert das HR diese als MAG. Neu ins Zentrum rückt zusätzlich die Perspektive der Mitarbeitenden zur Laufbahngestaltung – und zwar sowohl für Assistenz- als auch für Oberärztinnen und -ärzte: Welche Karriereziele sind definiert? Sind die Anstellungsprozente zufriedenstellend? Soll mehr Führungs-, Fach- oder Projektverantwortung übernommen werden?

Gespräche zur lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung werden enttabuisiert

«In diesen Gesprächen besteht das «Risiko», dass anspruchsvolle Themen wie die lebensphasenorientierte Laufbahngestaltung zur Sprache kommen», schmunzelt der Chefarzt der Chirurgie. Die chirurgische Disziplin sei noch nicht ideal aufgestellt, wenn es um die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben gehe. Doch solche Gespräche bieten die Möglichkeit, einen ersten Dialog zu führen und gemeinsam zu klären, was machbar ist und was nicht. Dabei müsse er manchmal auch als «Partykiller» fungieren und aufzeigen, was aus seiner Erfahrung heraus Laufbahnen erschwert. Fehlende Gespräche führten in der Vergangenheit auch dazu, dass zentrale Hindernisse zu spät erkannt wurden und Laufbahnen ins Stocken gerieten. Doch er habe auch positive Erfahrungen gemacht: In Gesprächen konnten förderliche Massnahmen besprochen werden, wie etwa die Möglichkeit einer Teilzeit-Assistenzarztzeit in der Chirurgie, die bei ihm schon lange praktiziert wird.

Sarah Kübli nickt: Genau diese Dialoge möchte das HR der Spitäler fmi fördern.

Gemeinsam einen Mehrwert schaffen

Die fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen HR und Ärzteschaft im Rahmen des FHNW-Projektes konnte – wie die Massnahmen zeigen – viele Unklarheiten beseitigen, den administrativen Aufwand senken und einen echten Mehrwert schaffen. Man gehe nun generell frühzeitiger aufeinander zu, so die HR-Beraterin. Und auch für die Zukunft hat man bereits festgelegt, sich regelmässiger zu treffen. So findet – unabhängig vom Tagesgeschäft – neu ein jährlicher Austausch zwischen dem HR mit den einzelnen Kliniken statt. Silvio Gujer ergänzt: Früher habe er das HR insbesondere dann kontaktiert, wenn dringende Anliegen auftraten. Jetzt wisse er, dass er mit dem HR eine Partnerin habe, mit der er proaktiv strategische Themen besprechen und voranbringen könne. Während Ärztinnen und Ärzte beispielsweise bei der Förderung der Mitarbeitenden die

fachlichen Komponenten sehen und darauf achten, wer die Patientinnen und Patienten behandeln kann, rückt das HR eher die Führungs- und Organisationskomponenten in den Fokus. Und matchentscheidend sei schlussendlich beides, meint der erfahrene Chirurg. Somit gilt es das eine zu tun und das andere nicht zu lassen. Die beiden sind sich einig, dass die Laufbahngestaltung in den meisten Fachgebieten noch besser an

die Lebensphasen angepasst werden kann. Hier müsse sich in den nächsten Jahren noch einiges tun. Ein erster wichtiger Schritt wurde getan: Der Weg zum nötigen Dialog ist geebnet, sodass die Vereinbarung von Berufs- und Privatleben zumindest in den Spitälern fmi kein Tabuthema mehr ist.

Wir danken für die Einblicke!



Spital Frutigen

4.2.2 Überarbeitung der Führungsrolle

«Eine Führungsperson ist im Moment eine eierlegende Wollmilchsau, die muss einfach alles können. Die muss fachlich ein Koryphäen-Killer sein, eine integre Person mit Führungsfunktionen, kollegial integrierender und weiss nicht was alles. Eine Person kann kaum all diese Sachen erfüllen. Ich denke wir werden in Zukunft die Leute schon mehr nach ihren Fähigkeiten einsetzen müssen. [...]»

[Interview ID K, Projekt LeLa]

Bestandsaufnahme einer ärztlichen Führungskraft

Wie das einleitende Zitat verdeutlicht, umfasst die ärztliche Führungsrolle heute eine Vielzahl an Aufgaben und Verantwortlichkeiten, die sowohl fachliche als auch persönliche Kompetenzen erfordern.

 Eine systematische Übersichtsarbeit von Berghout et al. (2017) beschreibt 34 Aspekte, die mit erfolgreicher medizinischer Führung in Verbindung stehen. Dazu gehören unter anderem folgende Eigenschaften und Fähigkeiten:

- * Kommunikations-, Team- und Konfliktlösungsfähigkeiten
- * Durchsetzungsvermögen und Integritätsbewusstsein in Verbindung mit Teamfähigkeit
- * Führungskompetenz
- * Fundiertes und aktuelles medizinisches Fachwissen und klinische Fertigkeiten
- * Kenntnisse im Spitalmanagement und Gesundheitssystem
- * Verknüpfung klinischer und managementbezogener Anforderungen
- * Qualitätsorientierung

Hilfreich ist zudem eine hohe Glaubwürdigkeit innerhalb der Ärzteschaft und ein Bewusstsein für interdisziplinäre Zusammenarbeit (Berghout et al., 2017).

Betrachtet man diesen Anforderungskatalog an ärztliche Führungskräfte, stellt sich die Frage, inwieweit eine medizinische Führungskraft all diese Faktoren tatsächlich beherrschen kann oder sollte (van de Riet et al., 2019). In der Praxis zeigt sich gemäss einer Studie aus der französischsprachigen Schweiz, dass sich junge medizinische Führungskräfte derzeit häufig unzureichend auf ihre Führungs- und Managementaufgaben vorbereitet fühlen – insbesondere in den Bereichen Führungsstil, Teammanagement und Konfliktmanagement (Lüchinger et al., 2023).



Mit Blick auf zukünftige ärztliche Führungskräfte stellten sich auch im Rahmen dieses Projektes folgende zentrale Fragen:

Welche und wie viele Aufgaben sind einer zukünftigen ärztlichen Führungskraft tatsächlich zumutbar – und dienen sie bei gleichbleibender oder sogar steigender Anzahl an Aufgaben sowohl den Patienten und Patientinnen, dem Spital als auch den Mitarbeitenden?

Bei der Neugestaltung von Laufbahnmodellen, die eine stärkere Trennung von Fach- und Führungslaufbahnen (siehe Kapitel 4.1.1) beinhalten kann, sollten diese Fragen künftig Eingang finden.

Ein essenzieller erster Schritt ist die Sichtbarmachung von Aufgaben und Befugnissen – aus zwei Perspektiven: Einerseits als Führungsinstrument zur besseren Steuerung, andererseits als zentrales Element für die Führungskräfte selbst, um ihre Rolle gezielter ausfüllen zu können. Wie dies konkret aussehen kann, zeigt nachfolgendes Good Practice auf S. 57.



«Alle Beteiligten sollten verstehen, wer für welche Aufgaben verantwortlich ist.»

Einführung einer Governance-Tabelle als Führungsinstrument in der Inneren Medizin

In der komplexen Arbeitswelt eines Spitals ist es entscheidend, klare Strukturen für Verantwortlichkeiten und Entscheidungswege zu etablieren. PD Dr. med. Eliška Potluková, Chefärztin für Innere Medizin und Leiterin des Universitären Zentrums Innere Medizin am Kantonsspital Baselland setzt ein zentrales Werkzeug ein, um Transparenz und organisatorische Effizienz zu gewährleisten: Eine Governance-Tabelle, die der erfahrenen Medizinerin einen umfassenden Überblick über Aufgaben und Befugnisse verschafft und so die Grundlage für eine faire Laufbahnentwicklung der Ärzte bietet – im Einklang mit den unterschiedlichen Lebensphasen der Mitarbeitenden.



PD Dr. med. et phil. Eliška Potluková, MME

«Der Begriff <Governance> ist vielen Medizinerinnen und Mediznern zunächst fremd, da er in der medizinischen Ausbildung nicht geläufig ist» – so die Chefärztin. Eine Governance-Tabelle ist ein strukturiertes Dokument, das die Aufgaben, Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnisse aller Mitarbeitenden in einer Organisation oder Abteilung übersichtlich darstellt. Sie definiert klar, wer welche Rolle einnimmt, wer Entscheidungen trifft, wer konsultiert werden muss und wer informiert wird. Durch diese Transparenz unterstützt die Governance-Tabelle effiziente Abläufe, vermeidet Missverständnisse und stärkt die Verantwortlichkeit im Team.

Das Wissen aus einem weiterführenden Studium (Master of Medical Education) und die Unterstützung eines Mentors halfen der Ärztin, dieses Konzept gezielt in ihrer Klinik einzusetzen. Gemeinsam mit ihrem Mentor entwickelte sie eine erste Version der Governance-Tabelle und führte sie im Rahmen eines Pilotprojektes in ihrer Klinik ein. Die Tabelle wurde mit dem Team diskutiert und weiter verfeinert. Nun dient sie der Verteilung und Sicherung von Aufgaben und Strukturen. Dabei ordnet die Tabelle nicht nur den operativen Klinikbetrieb, sondern auch die Weiterbildung und Forschung. Die Chefärztin lässt uns an ihren Erfahrungen und Erkenntnissen bei der Umsetzung teilhaben.

«Der Aufwand für die Erstellung war beträchtlich, doch durch die Tabelle sind im Team Ruhe und Klarheit entstanden.»

Vorteile

Die Governance-Tabelle gibt klare Einblicke in die Verantwortlichkeiten aller Teammitglieder und macht potenzielle Aufgaben und Laufbahnpfade sichtbar. Eine faire Aufgabenverteilung und Klarheit über Zuständigkeiten können Konflikte reduzieren und die Zusammenarbeit fördern. Die Tabelle zeigt auf, wer Verantwortung in welchen Bereichen trägt, und bietet so eine objektivere Grundlage für Beförderungen. Mitarbeitende erhalten die Gelegenheit neue, zu ihrer

Lebensphase passende Aufgabenfelder zu erkennen, die ihre berufliche Weiterentwicklung unterstützen. Gerade bei Mitarbeitenden, die ihr Pensum reduzieren, besteht erfahrungsgemäss die Gefahr, dass ihre berufliche Weiterentwicklung ins Stocken geraten kann. Die Tabelle bietet den Vorteil, dass diese Entwicklung transparent wird und ermöglicht es, Entscheidungskompetenzen zu übertragen, die die berufliche Laufbahn unterstützen. Beispielhaft erwähnt Frau Potlukova eine Oberärztin in Teilzeit, die derzeit die Hauptverantwortung für eine spezielle Patientinnen- bzw. Patientengruppe übernimmt und so trotz reduzierter Arbeitszeit zentrale Verantwortung trägt.

Herausforderungen und Lösungsansätze

Die Tabelle bietet eine Darstellung der Aufgabenverteilung unter den einzelnen Ärztinnen und Ärzten. In Fällen, in denen erkennbar wird, dass bestimmte Personen weniger Aufgaben übernehmen als andere, könnte die Offenlegung der Tabelle anfänglich Widerstand bei den betroffenen Personen hervorrufen, so die Ärztin. Dennoch begünstige sie insgesamt eine gerechte Aufgabenteilung, was zur Entlastung des Teams beiträgt, und die Arbeitszufriedenheit potenziell stärkt. Eine frühzeitige Einbindung des Teams und transparente Kommunikation über den Mehrwert der Tabelle fördern dabei die Akzeptanz und helfen dabei langfristig Vertrauen und Fairness zu begünstigen.

Neugierig geworden?

Mit folgenden (möglichen) Schritten entwickeln Sie Ihre eigene Governance-Tabelle (siehe Tab. 3).

1 Erstellungsprozess

Bevor die Governance-Tabelle in einer Klinik implementiert werden kann, ist es gemäss der Medizinerin ratsam, sich von einem Mentor/einer Mentorin oder einer erfahrenen

Person, die bereits mit der Anwendung von Governance-Tabellen vertraut ist, einführen zu lassen. Dies ermöglicht eine effiziente und fundierte Nutzung des Instruments.

Die erste Version der Tabelle sollte im Team vorgestellt werden, wobei jedes Mitglied die Möglichkeit erhält, im Vorfeld Feedback zu geben. Ein kollaborativer Workshop im Team oder Leitungskreis kann geeignet sein, um über Rollen und Zuständigkeiten zu beraten.

2 Aufbau der Tabelle

Um die Tabelle an die spezifischen Bedürfnisse der Klinik anzupassen, sollten die Aufgabenbereiche klar strukturiert und auf die wesentlichen klinischen Anforderungen abgestimmt werden. Bereiche, für die sich eine solche tabellarische Übersicht lohnt, könnten z.B. der klinische Betrieb (alle relevanten Aufgaben im Patientenmanagement und der klinischen Versorgung), die Lehre (Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden, Karriere-Coaching/Mentoring, einschliesslich regelmässiger Schulungen und Feedbackgespräche) und Forschung (wissenschaftliche und akademische Tätigkeiten, die für die Klinik von Bedeutung sind) sein.

Eine Gliederung stellt sicher, dass alle relevanten Verantwortungsfelder systematisch und übersichtlich organisiert werden und den unterschiedlichen Anforderungen des Klinikalltags gerecht wird. Der Aufbau der Governance-Tabelle soll so gestaltet sein, dass sie für alle Teammitglieder einfach nachvollziehbar ist.

Für die einzelnen Bereiche (z.B. klinischer Betrieb) wird die Tabelle dann horizontal in Namen und Rollen der Mitarbeitenden unterteilt, von der Klinikleitung über Assistenzärzte bis hin zum Sekretariat. Vertikal werden die Aufgabenbereiche (für jeden Bereich) wie Rekrutierungsprozess, Bewertungsgespräche, Patientenmanagement, IT-Programme oder andere relevante Themen übersichtlich dargestellt. Jede Aufgabe kann dann in eine der folgenden Kategorien

Tabelle 3. Darstellung einer Governance Tabelle

	Zentrumsleitung		Leitendes Kader		Mittleres Kader		
Aufgaben, Tätigkeiten, Prozess	Chefärztin/ Chefarzt	Zentrums- management	Stv. Chef- ärztin/-arzt	Leitende/r Ärztin/Arzt	Oberärztin/ Oberarzt	Oberärztin/ Oberarzt	Oberärztin/ Oberarzt
Mitarbeitende	n. n	n. n	n. n	n. n	n. n	n. n	n. n
Rekrutierungsprozess	E, A, D	P, I, A, D	K, P, I, A, D	K, I	K, I	K, I	K, I
Dienstplanung						E, K, P, I, A, D	E*, K, P, I, A, D
Koordination stationäre Patientinnen und Patienten	(E), K, I		E, P, I, A, D	K, I	K, I	K, I	K, I

Legende

E Entscheidungsbefugnis
(E) Recht «Veta» (override)
P Planung/Koordination

E* Entscheidungsbefugnis bei Abwesenheit von Person mit E
K Konsultationsrecht **K** Fakultatives Konsultieren/Beraten (bei Bedarf)
A Aufträge erteilen **D** Durchführung **I** Information



Kantonsspital Baselland

unterteilt werden: **Planen/Koordinieren (P)**, **Aufträge erteilen (A)**, **Durchführen (D)**. Zusätzlich gibt **Information (I)** an, wer über den jeweiligen Aufgabenbereich informiert werden muss; die Entscheidungsbefugnis klärt, wer die endgültige **Entscheidung trifft (E)**, das **Konsultationsrecht (K)** kennzeichnet, wer zur Beratung herangezogen werden sollte. Ein «E» sollte bei jedem Aufgabebereich nur einer Person zugeordnet sein. Z.B. bei der Dienstplanung ist Vertretung wichtig, somit kann ein **E* (in Vertretung)** ergänzt werden. Das Recht **«Veta» ((E))** liegt immer bei der Chefärztin/dem Chefarzt, sollte aber nur in absoluten Ausnahmen in speziellen Aufgabebereichen genutzt werden.

destens halbjährlich auf den neuesten Stand zu bringen, um sicherzustellen, dass sie weiterhin die strukturellen und personellen Veränderungen in der Klinik widerspiegelt. Darüber hinaus sollten bei personellen oder strukturellen Änderungen Anpassungen vorgenommen werden, um die Verantwortlichkeiten aktuell zu halten. Die regelmässige Pflege der Tabelle ist aufwändig, kann aber erheblich zur Verbesserung und Transparenz in der Führung beitragen. Es brauche zudem viel Geduld und Durchsetzungsvermögen, um ein solches Instrument einzuführen – aus Sicht der Chefärztin lohnt sich der Aufwand jedoch eindeutig.

Wir danken für den Einblick!

3 Regelmässige Aktualisierung und Pflege

Regelmässige Aktualisierung und Pflege: Eine Governance-Tabelle sollte gemäss Frau Potlukova regelmässig überprüft und aktualisiert werden, um sicherzustellen, dass sie stets den aktuellen Gegebenheiten entspricht. Es empfiehlt sich, die Tabelle min-



4.3 Handlungsfeld Kooperation

Das Handlungsfeld Kooperation beleuchtet, welche Aspekte der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Kolleginnen und Kollegen bei einer lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung zu beachten sind.

Zunächst werden die Ergebnisse der Befragung vorgestellt und durch Forschungserkenntnisse ergänzt. Anschließend widmet sich Kapitel 4.3.1 – auf Basis dieser Datenlage und der Workshopdiskussionen – der Frage, wie eine vereinbarkeitsorientierte und zugleich faire Dienstplanung gestaltet werden kann. Kapitel 4.3.2 thematisiert Jobsharing als besondere Form der Zusammenarbeit.

Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz ist entscheidend, um den Balanceakt zwischen Beruf und Privatleben zu meistern (Peter et al., 2021) und eine langfristige Laufbahn im Spital zu fördern.

Die Mehrheit der Menschen im Spital hat Verständnis für Sorgepflichten: In der hier vorliegenden Studie gibt über die Hälfte der befragten Personen an, dass die Menschen im eigenen Spital Verständnis gegenüber privaten Sorgepflichten haben (siehe Abb. 21).

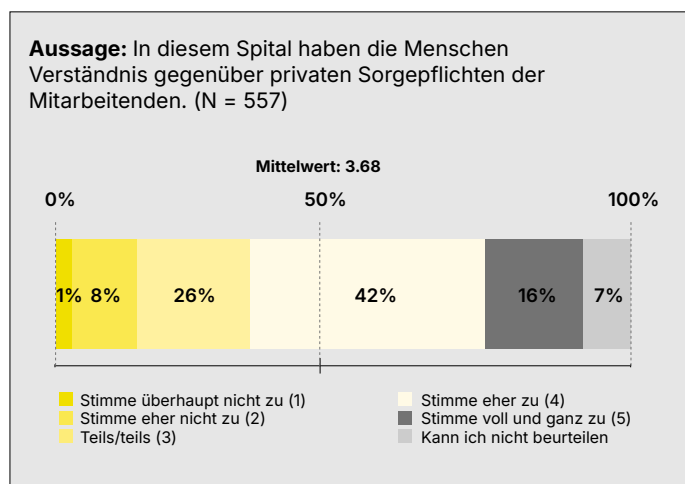


Abbildung 21. Verständnis gegenüber Sorgepflichten der Mitarbeitenden

Allerdings berichtet nur ein Viertel, dass Mitarbeitende im Spital unterstützt werden, wenn sie aus privaten Gründen arbeitsbezogene Belastungen (wie z.B. Nachtdienst) reduzieren wollen (siehe Abb. 22).

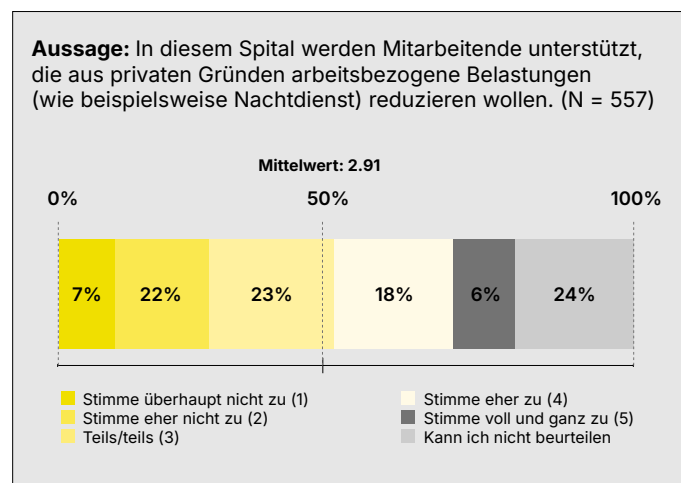


Abbildung 22. Unterstützung beim Wunsch nach arbeitsbezogenen Belastungen

Die aktive Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen ist vielerorts gegeben: Auf Teamebene wird die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen beim Reduzieren der Arbeitszeit aus privaten Gründen von zwei Drittel als gegeben wahrgenommen (siehe Abb. 23).

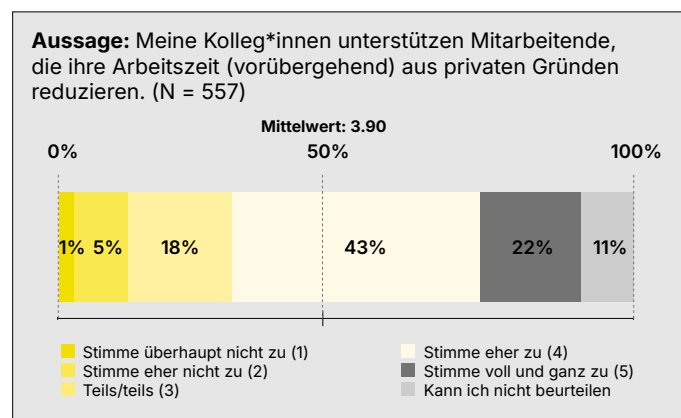


Abbildung 23. Unterstützung durch Kolleg*innen bei der Reduktion der Arbeitszeit

Dreiviertel aller Kolleginnen und Kollegen springen für Personen ein, die aufgrund privater Verpflichtungen die Arbeit verlassen müssen (siehe Abb. 24).

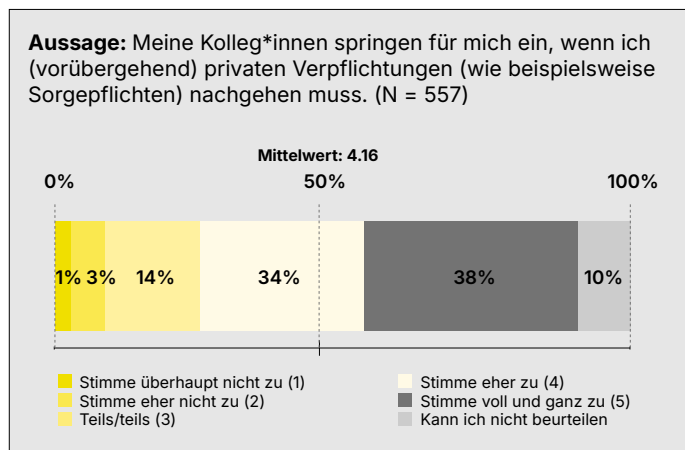


Abbildung 24. Einspringen der Kolleg*innen bei privaten Verpflichtungen

Der Mehraufwand durch flexible Arbeitszeitmodelle ist spürbar: Derzeit verursachen flexible Arbeitszeitmodelle spürbaren Mehraufwand für Kolleginnen und Kollegen, beispielsweise durch vermehrte Übergaben oder komplexere Dienstplanungen. Insbesondere Teilzeitarbeit und berufliche Unterbrechungen beeinflussen die Zusammenarbeit in medizinischen Teams: Mehr als die Hälfte der befragten Mitarbeitenden gibt an, dass die vereinbarkeitsorientierte Arbeitsweise von Teammitgliedern für sie mit einem gewissen Mehraufwand verbunden ist. Über 20 % sprechen sogar von viel Mehraufwand (siehe Abb. 25).

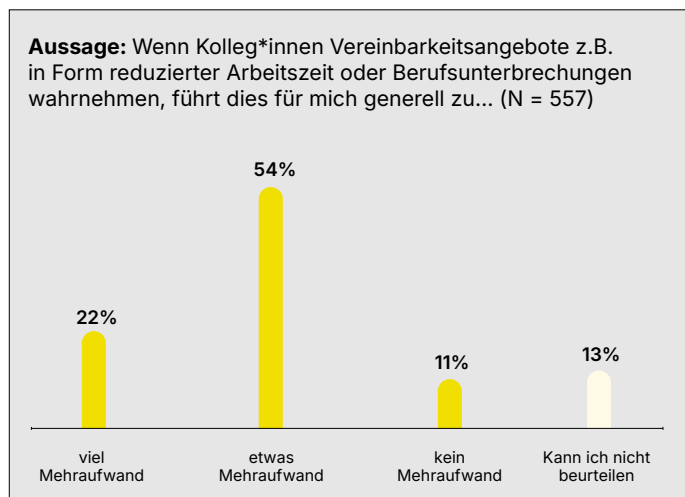


Abbildung 25. Mehraufwand aus Sicht der Mitarbeitenden bei Wahrnehmung von Vereinbarkeitsangeboten der Kolleg*innen

Die Daten zeigen, dass trotz des erlebten Mehraufwands viel Unterstützung vorhanden ist.

Ein Spannungsfeld entsteht jedoch, wenn ein subjektiv empfundenes Ungleichgewicht in der Verteilung der Arbeitsbelastung auftritt (Verteilungsgerechtigkeit), wie Abb. 22 verdeutlicht.

Daher sollte das Thema «Fairness» im Arbeitsalltag besonders berücksichtigt werden:

«Es braucht eine faire Aufteilung. Dass man zum Beispiel nicht diejenigen, die keine Kinder haben, benachteiligt. Weil es sonst immer die sind, die am Abend länger bleiben. Es sind die, die alle Dienste machen und so. Ich denke es ist wichtig, dass man das mit den Diensten ein bisschen flexibler handhaben kann. Ich glaube, da muss man schauen, dass man das fair löst. Ich weiss nicht, ob die finanzielle Entschädigung alles ist. Aber ich habe das Gefühl, dass es diese Personen, die 150 Stunden oder 350% arbeiten wollen, nicht mehr gibt. Unabhängig davon, ob Mann oder Frau; ob mit oder ohne Kinder. Das Sozialleben wird immer wichtiger und so ist heutzutage wahrscheinlich jeder froh, wenn er rechtzeitig gehen kann oder zumindest nicht zu spät.»

[Interview ID T, Projekt LeLa]

Forschungsseitig lässt sich Fairness unter dem Begriff der «Organisationalen Gerechtigkeit» verorten. Diese bezeichnet die individuelle Wahrnehmung, dass Ereignisse, Handlungen oder Entscheidungen innerhalb einer Organisation fairen Standards entsprechen (Colquitt & Zipay, 2015). Mitarbeitende bewerten ihren Arbeitsplatz dabei basierend auf vier zentralen Dimensionen:

1. **Verteilungsgerechtigkeit**, die sich auf die faire Zuteilung von Ressourcen wie Bezahlung oder Vergütung bezieht
2. **Verfahrensgerechtigkeit**, die die Fairness und Transparenz der Entscheidungsprozesse sicherstellt;
3. **zwischenmenschliche Gerechtigkeit**, die eine respektvolle und würdevolle Behandlung aller Mitarbeitenden betont; sowie
4. **informationelle Gerechtigkeit**, die die Angemessenheit, Ehrlichkeit und Klarheit der kommunizierten Informationen über Entscheidungen umfasst (Colquitt et al., 2001).

Insbesondere Verteilungs- und Verfahrensgerechtigkeit haben gemäss Zhao et al. (2024) Auswirkungen auf die Fluktuationsabsicht der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Das heisst, wenn Arbeitnehmende die Verteilung von Ressourcen und Chancen sowie die Prozesse, die zu diesen Ergebnissen führen, als fair empfinden, ist es weniger wahrscheinlich, dass sie ihren Arbeitsplatz verlassen wollen. Diese Gerechtigkeitsdimensionen stellen somit wichtige Einflussgrössen zum Erhalt von Fachkräften dar.

Die faire Verteilung von Ressourcen und Arbeitslasten wird gemäss den interviewten Ärzten und Ärztinnen nicht nur, aber zu einem erheblichen Mass im Rahmen der Verteilung von Diensten sichtbar, weshalb dies im nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet wird.

4.3.1 Vereinbarkeitsorientierte und faire Dienstplanung

«Eine strukturiertere Dienstplanung [...] finde ich ganz entscheidend, um sein persönliches Leben auch besser planen zu können.»
[Interview ID D, Projekt LeLa]

Die Dienstplanung hat einen wesentlichen Einfluss auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Insbesondere eine **frühzeitige Kommunikation** des Dienstplanes ist zentral:

«Eine Dienstplanung weit im Voraus (inkl. Hintergrunddienste) mit einer gewissen Flexibilität für das Abtauschen mit Kollegen [ist wichtig]. Bei uns ist es sehr gut, der Dienstplan kommt 2 Monate im Voraus. Hier können wir sogar angeben, wann wir arbeiten möchten. Und dann findet man trotzdem noch jemanden zum Tauschen, wenn man will.»
[Interview ID H, Projekt LeLa]

 Passend dazu wurden in einer Studie aus dem Schweizer Gesundheitswesen (Peter et al. 2021) mehrere Faktoren identifiziert, die den Konflikt zwischen Beruf und Privatleben bei Angehörigen der Gesundheitsberufe entschärfen können. Die Hauptbefunde zeigen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben von Gesundheitsfachkräften damit zusammenhängt,

- * wie stark sie die Schichtplanung beeinflussen können (Möglichkeit des Schichttausches),
- * inwieweit ihre individuellen Präferenzen berücksichtigt werden (z.B. nur in einer bestimmten Schicht arbeiten),
- * wie viele Arbeitsschichten pro Wochenende geleistet werden müssen
- * und den Arbeitsstunden pro Woche.

Weitere Hinweise für eine vereinbarkeitsorientierte Dienstplanung finden sich in einem Interview mit Dr. med. Susanne Eichenberger der Insel Gruppe in einer **Wegleitung** zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (Frey et al., 2023, S. 62).

Wie in Kapitel 4.3 erwähnt, spielt die Berücksichtigung der Schichtbelastung ebenfalls eine zentrale Rolle. **Entsprechend ist bei der Planung der Dienste eine ausgewogene Balance zwischen der fairen Verteilung der Arbeitslast zwischen den Ärzten und Ärztinnen und der Berücksichtigung von Vereinbarkeitsfragen zu schaffen.**

Aushandlungsprozesse über die Dienstverteilung können das Gefühl von Gleichbehandlung insbesondere dann stärken, wenn sie dem folgenden Prinzip folgen: *Personen mit familiären Verpflichtungen haben nicht*

(immer) Vorrang vor flexibel einsetzbaren, alleinstehenden Mitarbeitenden.

Dieser Grundsatz fördert die organisationale Gerechtigkeit, die ein wesentlicher Faktor für ein gesundes und produktives Arbeitsumfeld ist. Sie beeinflusst massgeblich das Wohlbefinden der Mitarbeitenden sowie deren Identifikation mit der Organisation (Virtanen & Elovainio, 2018). Ein ausgewogenes Zusammenspiel zwischen individueller Lebensgestaltung und organisationaler Gerechtigkeit trägt entscheidend zur Mitarbeitermotivation und Arbeitszufriedenheit bei (Colquitt et al., 2001; Cropanzano et al., 2007).

 Als Grundlage dazu kann es hilfreich sein, Schichten systematisch nach ihrem Belastungsgrad (z.B. Shift Load Index nach Schmidt et al., 2024) einzuordnen. Damit kann gezielter geplant und verhindert werden, dass Beschäftigte dauerhaft belastenden Arbeitszeiten ausgesetzt sind. Eine Studie zum Workload Management (Britt et al., 2024) beruft sich zusätzlich auf die Implementierung von Strategien zur gleichmässigeren Verwaltung und Verteilung der Arbeitslast. Gemeint ist damit insbesondere die Optimierung der Personalpläne, um eine angemessene Abdeckung in Spitzenzeiten sicherzustellen, und die Reduzierung der Anzahl der Patienten und Patientinnen pro Arzt bzw. pro Ärztin während der Schichten. Eng verknüpft mit der Frage der Verteilung der Arbeitslast ist auch die Frage der Vergütung bzw. Honorierung von Mitarbeitenden, die (u.U. je nach Lebensphase) besonders flexibel einsetzbar sind.

 Gemäss der Diskussionen der interdisziplinären Projektgruppen können unter Berücksichtigung obenstehender Erkenntnisse folgende Vorgehensweisen eine fortschrittliche Dienstplanung unterstützen:

- * **Nutzung von Humanity Shift Planning (KI-gestützt):** Dabei wird Künstliche Intelligenz genutzt, um Dienstpläne basierend auf vordefinierten Parametern wie Arbeitszeitpräferenzen, rechtlichen Vorgaben und Teamkontinuität zu erstellen. Mitarbeitende tragen ihre Wünsche ein, die KI erstellt daraus einen fairen und transparenten Plan. Ein **interdisziplinäres Forschungsteam der Berner Fachhochschule** entwickelt derzeit ein Planungstool, das mit künstlicher Intelligenz Dienste (aktuell noch in der Pflege) gerecht verteilen und individuelle Präferenzen berücksichtigen soll.
- * **Selbstplanende Teams** organisieren ihre Arbeit eigenständig, indem sie innerhalb klar definierter Rahmenbedingungen agieren. Dazu gehört, dass dem Team feste Planungszeiten zugewiesen werden, zum Beispiel 2-3 Stunden pro Woche oder pro Stellvertretung, die ausschliesslich für die Aufgabenkoordination und Planung genutzt werden. Ausserdem ist es entscheidend, dass jedes Teammitglied die festgelegten

Deadlines zuverlässig einhält. Verbindlichkeit und Pünktlichkeit bei der Erledigung von Aufgaben sind notwendig, damit das Team seine Ziele effizient erreichen kann. Diese Struktur ermöglicht es den Teammitgliedern, autonom zu arbeiten und gleichzeitig organisiert und zielgerichtet zu bleiben.

- * **Strukturierte Teamverantwortung:** Ein Team aus drei Personen (z. B. zwei leitende Ärztinnen und ein Assistent) übernimmt die Dienstplanung. Die Teamzusammensetzung kann flexibel gestaltet werden, basierend auf der Motivation und Erfahrung der Beteiligten. Dabei wird darauf geachtet, dass die Verantwortung gleichmässig verteilt wird, um Machtkonzentration zu vermeiden und eine faire Entscheidungsfindung zu fördern. Zu beachten ist, dass immer jemand erreichbar ist, um kurzfristige Änderungen vorzunehmen und so die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Teams zu gewährleisten.
- * Die Dienstplanung sollte neben der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben auch den Einfluss auf das Gehalt, wie etwa durch Nacht- und Wochenenddienste, einbeziehen. Besonders wichtig ist, dass **Flexibilität** angemessen vergütet und wertgeschätzt wird, da dies massgeblich zur Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeitenden beiträgt.

4.3.2 Stärkung von Jobsharing

«Ich bin im Jobsharing tätig. Wir haben neu insgesamt 115% Stellenprozente. Für das Spital rechnet es sich besser, als dass Überstunden ausgezahlt werden. Für Arbeitnehmer ist es besser, wenn man bezahlt wird. Für das Spital ist es viel attraktiver, da es sonst viel teurer kommen würde. Ich würde sagen, es ist eine Win-Win-Situation.»
[Interview ID H, Projekt LeLa]

Jobsharing als Arbeitsform vereint den kooperativen Charakter mit der Flexibilisierung von Arbeitszeit, in Form von Teilzeitarbeit. In enger Zusammenarbeit wird gemeinsam eine Stelle wahrgenommen. So können auch Arbeitsstellen mit einem komplexen Aufgabenset teilzeittauglich werden. Gemäss Aussagen der interviewten Ärzte und Ärztinnen ist Jobsharing als ein Modell des mobil-flexiblen Arbeitens bislang nur selten anzutreffen, wird aber von vielen Interviewten begrüsst. Die Umsetzung erfordert jedoch eine sorgfältige Planung:

«[Ich kenne] zwei Oberärztinnen, die jeweils 50% gearbeitet haben, um für ihre Kinder da sein zu können und sich einen 100% Job geteilt haben. Das ist von dem her schwierig, dass viel häufiger Übergaben stattfinden müssen, Informationen teilweise verlorengehen und die Betreuung von einem Patienten nicht in dem vollen Umfang gewährleistet ist. Gerade,

wenn man Chirurgin oder Chirurg ist und nicht 100% arbeitet, ist es teilweise schwierig dies mit der Operationsplanung zu vereinbaren. Weil ich finde, die postoperative Betreuung von einem Patienten sollte vor allem durch den Operateur erfolgen. Wenn der oder die allerdings nur 50% arbeitet, ist das nicht gewährleistet.»
[Interview ID C, Projekt LeLa]

Als zentraler Faktor wird gesehen, dass sich die Partner bzw. Partnerinnen einer Jobsharing-Stelle mit Blick auf ihre beruflichen Qualifikationen ergänzen:

«Bei Jobsharing-Stellen braucht es wirklich Leute, die sich ergänzen. Die müssen sich finden und dann muss man das vielleicht entsprechend ausschreiben: Wir suchen 50 / 50 mit einer Person, die vielleicht mehr klinisch interessiert ist, und eine Person, die mehr organisatorisch interessiert ist. Dass man das sauber aufgleisen kann.»
[Interview ID Q, Projekt LeLa]

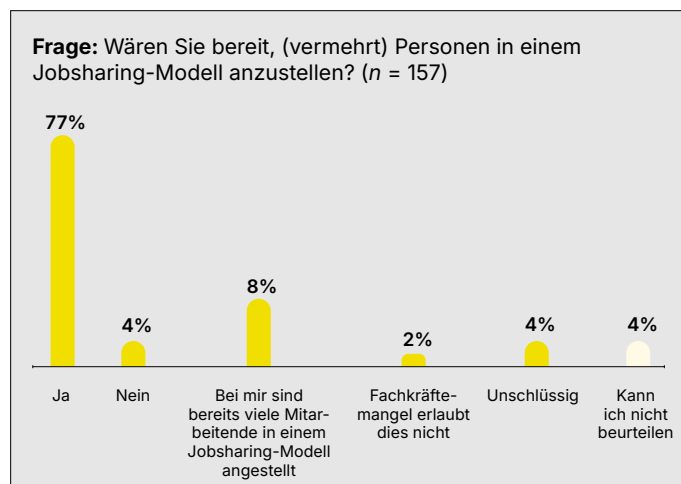


Abbildung 26. Einschätzung der Führungskräfte, Personen in einem Jobsharing-Modell einzustellen

Insgesamt wären die meisten befragten Führungskräfte (77%) bereit, mehr Personen in einem Jobsharing-Modell anzustellen (siehe Abb. 26). Um den Kooperationsaspekt der Übergaben miteinzurechnen, gilt es jedoch, die Stellenprozente hierfür einzurechnen.

Somit ist die Stärkung von Jobsharingmöglichkeiten eine Massnahme, die grosses Potenzial mit sich bringt.



Ein praktischer Leitfaden des Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) erklärt, was mit Jobsharing für Ärzte und Ärztinnen gemeint ist und bietet konkrete Tipps zur Umsetzung, Bewerbungsstrategien und Erfahrungsberichte. Sie finden den französischsprachigen Leitfaden unter folgendem Link: [chuv-guide-partage-emploi.pdf](https://www.chuv.ch/fr/ressources/emploi/partage-emploi)

Wie Jobsharing konkret umgesetzt werden kann, zeigt auch Dr. med. Noreen Hinrichs vom Kantonsspital Baselland, die auf S. 64 von ihren Erfahrungen in diesem Arbeitszeitmodell berichtet.



Portrait

Den Balanceakt meistern: Chancen und Herausforderungen von Jobsharing in der Inneren Medizin

Dr. med. Noreen Hinrichs ist Oberärztin für Innere Medizin am Kantonsspital Baselland (KSBL) und bringt neben ihrer internistischen Grundausbildung Notfall- und Intensivverfahren mit. Ihr Weg führte sie über Stationen in Australien, Italien, Indien, Deutschland und Österreich bis in die Schweiz. Sie beschreibt sich als Person, die «immer sehr gerne Vollgas gibt», sei es durch zusätzliche Forschung und Lehre oder im sportlichen Ehrenamt. Inmitten des Klinikalltags nimmt sich die Ärztin einen Moment Zeit für uns, um über ihr aktuelles Arbeitszeitmodell – Jobsharing – zu berichten.



Dr. med. Noreen Hinrichs, Oberärztin Innere Medizin

Die Entscheidung für das Jobsharing-Modell kam mit dem persönlichen Wendepunkt «Mama zu sein». Diese Anstellungsform erlaubt es ihr, Beruf und Familie in Einklang zu bringen, ohne auf die berufliche Verantwortung und den Kontakt zu Patientinnen und Patienten verzichten zu müssen.

Dr. Hinrichs arbeitet seit Januar 2024 gemeinsam mit ihrer Jobsharing-Partnerin zu 60 Prozent im Spital in Liestal. Montags und dienstags sowie jeden zweiten Mittwoch ist sie in der Klinik tätig. Zusätzliche Aufgaben

– wie das Erstellen von Berichten und die Vorbereitung auf die Woche – werden von zu Hause aus erledigt. Für diese Arbeiten sind 10% des Pensums vorgesehen: «Ich schätze diese Flexibilität. Man kann Briefe auch von zu Hause machen, man kann sich auch am Wochenende einlesen; so wie es mit dem Partner und mit der Kinderbetreuung passt.»

Im Klinik-Alltag teilen sich Dr. Hinrichs und ihre Jobsharing-Partnerin die Patientenbetreuung. Ein zentrales Element des Jobsharing-Modells ist die sorgfältige Übergabe der Patientenfälle. Um Kontinuität und Qualität in der Patientenversorgung zu gewährleisten, setzten die beiden Jobsharing-Partnerinnen auf detaillierte schriftliche Übergaben per E-Mail. «Anfangs war es wichtig, uns persönlich zu treffen, um Vertrauen und eine Basis für unsere Zusammenarbeit zu schaffen», erinnert sie sich. So entwickelten beide nach und nach eine abgestimmte Arbeitsweise und einen Übergaberhythmus, der den Wechsel zwischen den Arbeitstagen nahtlos gestaltet. Für komplexe Fälle greifen sie jedoch auch zum Telefon und klären offene Fragen in direktem Gespräch.

Die Ärztin spricht offen über die Vorteile, aber auch die Herausforderungen des Jobsharing-Modells. So profitiert sie einerseits von den Perspektiven und Diagnosen ihrer Partnerin, da jeder für sich eigene Stärken und etwaige Zusatzausbildungen mitbringt. Während die eine/der eine z.B. im Bereich der Anorexie oder Infektiologie fortgebildet ist, besitzt der/ die andere z.B. ein Zertifikat für Sonographie. Dieses «doppelte» Portfolio kann einerseits die Patientenbehandlung bereichern, andererseits kann aber auch der Assistenzarzt in seiner Weiterbildung profitieren. Gleichzeitig bringt das Modell auch Herausforderungen mit sich: Beide Ärztinnen müssen sich auf die Behandlungspläne der jeweils anderen einlassen und dabei flexibel bleiben. «Oft gibt es in der Medizin verschiedene Wege, die zum Ziel führen. Es wäre verwirrend für das Team und die Patientinnen und

Patienten, wenn jeder von uns in solchen Fällen völlig eigene Wege gehen würde», erklärt sie. In solchen Fällen ist für sie Anpassungsfähigkeit entscheidend. Dr. Hinrichs beschreibt auch den höheren Caseload, die höhere Anzahl an Fällen, die entsteht, wenn sie nur 2 bis 3 Tage pro Woche in der Klinik ist und die Woche bereits viele neue Patientinnen und Patienten warten: «Das ist eine der Herausforderungen, aber ich finde es auch eine unglaubliche Bereicherung, denn man sieht dadurch mehr.»

Auch ausserhalb des Spitals bleiben Herausforderungen bestehen: damit eine echte Vereinbarkeit von Familie und Beruf möglich ist, braucht es unterstützende Rahmenbedingungen in der Gesellschaft. Vor allem die beschränkten Betreuungszeiten in Schweizer Kindergärten sieht sie weiterhin als Herausforderung für medizinisches Fachpersonal.

Mit Dankbarkeit spricht sie über ihre Vorgesetzten im KSBL Liestal, die das Jobsharing-Modell aktiv fördern und auf die Bedürfnisse ihrer Angestellten eingehen.

Auch ihre Kolleginnen und Kollegen tragen ihr Arbeitszeitmodell mit. Das Jobsharing-Modell sei für sie in ihrer aktuellen Lebensphase eine ideale Lösung. Perspektivisch kann sie sich jedoch vorstellen, ihre Stunden zu einem späteren Zeitpunkt zu erhöhen.

Abschliessend resümiert sie, dass Jobsharing-Modelle insbesondere Frauen und Männern mit kleinen Kindern eine Chance bieten, zeitiger wieder ins Berufsleben einzusteigen. Und auch für Kliniken sei das Jobsharing eine hervorragende Gelegenheit, qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten. In ihrem Fall organisierte das KSBL nach ihrer Bewerbung eine passende Jobsharing-Partnerin.

Wichtig sei vor allem, mit Offenheit und Flexibilität an das Modell heranzugehen und sich auf die Zusammenarbeit zu freuen.

Wir danken für das Gespräch!

KAPITEL 5

ORGANISATIONS- ENTWICKLUNG IM SPITALÄRZT- LICHEN KONTEXT - EINE ARBEITS- PSYCHOLOGISCHE PERSPEKTIVE

5. Organisationsentwicklung im spitalärztlichen Kontext – eine arbeitspsychologische Perspektive

Seit über drei Jahren begleitet das Forschungsteam der Hochschule für Angewandte Psychologie verschiedene Spitäler bei der Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, der lebensphasenorientierten Laubahngestaltung und der Gesunderhaltung von Ärztinnen und Ärzten. Die Implementierung von Massnahmen geht meist mit einem Organisationsentwicklungsprozess einher. Also mittels einer «Strategie des geplanten und systematischen Wandels, der durch die Beeinflussung der Organisationsstruktur, Unternehmenskultur und individuellem Verhalten zustande kommt, und zwar unter grösstmöglicher Beteiligung der betroffenen Arbeitnehmenden» (Maier & Schewe, 2018).

Aus Rückmeldungen der beteiligten Akteurinnen und Akteure, Beobachtungen und Erkenntnissen aus der Implementierungsforschung lassen sich über verschiedene Projekte hinweg zentrale Herausforderungen und Erfolgsfaktoren ableiten. Die folgenden Einsichten und Ansätze spiegeln eine arbeitspsychologische Perspektive wider und sind im Sinne systemischer Grundhaltungen von Neugier, Wertschätzung und Allparteilichkeit geprägt. Im Mittelpunkt steht die Anerkennung der anspruchsvollen Arbeit der Ärztinnen und Ärzte und HR-Fachpersonen in Spitälern. Gleichzeitig wird eine kritische Reflexion vermeintlich unumstösslicher Annahmen angeregt.

5.1 Herausforderungen im Organisationsentwicklungsprozess

1. **Die Ärzteschaft steht unter Zeitdruck:** Eine hohe Arbeitsbelastung und Arbeitsintensität der ärztlichen Mitarbeitenden stellt ein bekanntes Hindernis bei der Umsetzung von Massnahmen im Gesundheitswesen dar (Tsarouha et al. 2021). Die Mitarbeit des ärztlichen Personals an Projekten zur Organisationsentwicklung ist in der Regel nicht vorgesehen, was die aktive Mitwirkung an Veränderungsprozessen erschwert.
2. Eine wichtige Rolle für die erfolgreiche Transformation von Gesundheitssystemen spielt die **Zusammenarbeit von HR-Fachkräften mit dem medizinischen Personal** (Tataw, 2012). Obwohl die Aufgaben des HRM entscheidend für die erfolgreiche Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen sind, werden die Kompetenzen und Ressourcen von HR-Fachpersonen im Spitalsektor häufig übersehen (Townsend et al., 2013). Infolgedessen sind selbst bestehende Massnahmen oft nicht ausreichend bekannt, und frühere Informationsversuche blieben wirkungslos. Eine Erklärung liegt in der Tatsache begründet, dass die Ärzteschaft zu wenig Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten und Kompetenzen des HR besitzt («Das HR zahlt nur meinen Lohn aus»; «Ich entscheide selbst am

allerbesten, wer in meinem Team als Arzt/Ärztin arbeitet.»). Verschärft werden kann dies durch die wahrgenommene soziale und räumliche Entfernung der HR-Abteilungen vom klinischen Alltag der Ärztinnen und Ärzte («Ich habe hier noch nie jemanden aus dem HR gesehen.»).

3. Kommt es zur konkreten Arbeit an arbeitspsychologischen Massnahmen, lassen sich folgende Reaktionsmuster beschreiben, die vor allem langfristige kulturwirksame Massnahmen betreffen:

Reaktion 1: Zu Beginn lässt sich in Spitälern häufig eine einheitliche Zustimmung feststellen, dass erheblicher Handlungsbedarf und Druck bestehen, Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeitssituation der Mitarbeitenden umzusetzen.

Reaktion 2: Der Handlungsdruck trifft auf mangelnde Zeit und monetäre Ressourcen. Zeitmangel selbst ist in einigen Spitälern Teil der Kultur.

Reaktion 3: Die beteiligten Akteure und Akteurinnen stehen unter Argumentationsdruck der Spitalleitung und/oder des ärztlichen Leitungsgremiums gegenüber. Dies betrifft insbesondere langfristig angelegte Projekte. Wie mehrfach beschrieben, ist ein grosser Teil der arbeitspsychologischen Projekte darauf angelegt, Impulse für einen Kulturwandel im Spital anzustossen. Kulturprozesse benötigen Zeit.

Reaktion 4: Eine Konsequenz besteht in der Versuchung sich auf so genannte «Quick Wins» oder «Low Hanging Fruits» zu fokussieren. Gemeint sind schnelle und kostengünstige Interventionen. Diese sind in der Argumentation der Geschäftsleitung gegenüber besser durchsetzbar. Insbesondere langwierige und kostenaufwändige Interventionen hingegen bedürfen einer hohen Argumentationslast der Beteiligten und die Befürwortung der Klinikleitung sowie eine strukturelle Verankerung, die personenunabhängig funktioniert. Eine zentrale Herausforderung bei der Implementierung nachhaltiger und kulturprägender Massnahmen liegt also in der geschilderten Gefahr einer ausschliesslichen Fokussierung auf diese kurzfristigen Erfolge («Quick Wins») oder in der Verlagerung des Schwerpunkts auf andere Themen – selbst bei hohem Handlungsdruck. Dies kann dazu führen, dass notwendige strukturelle Veränderungen vernachlässigt oder gänzlich umgangen werden.

5.2 Erfolgsfaktoren: Ansätze für eine nachhaltige Massnahmenumsetzung

Es lassen sich basierend auf den Projekterfahrungen unterschiedliche Erfolgsfaktoren für eine nachhaltig wirksame Massnahmenumsetzung darlegen. Dem voraus geht der Grundsatz der Angemessenheit der Reaktionen auf den Handlungsdruck: Für eine wirksame Umsetzung lohnt es sicherzustellen, dass Massnahmen dem tatsächlichen Bedarf entsprechen und die Anliegen der Ärztinnen und Ärzte aller Funktionsstufen ernstgenommen werden. Entscheidend ist dabei, dass die Massnahmen einen echten Änderungscharakter haben und die Wirkung im Arbeitsalltag spürbar wird. Es sollen kulturelle, strukturelle und prozessuale Verbesserungen angestrebt werden, wie dies in den dargelegten Good Practice Beispielen aufgezeigt werden konnte.

- ✓ **Ausbau der Beziehungen zum HR:** HR-Fachpersonen mit Expertise in Organisationsentwicklung sind unverzichtbar für nachhaltige Veränderungen. Der interdisziplinäre Dialog zwischen HR und Ärzteschaft kann entscheidende Impulse setzen. Good Practices, Interviews und Erfahrungsberichte in diesem Handbuch verdeutlichen die Bedeutung dieser Zusammenarbeit. Ein zentrales Learning aus der Workshopserie dieses Projektes: «Ich muss mehr mit HR reden.» In der Zusammenarbeit von HR und Ärzteschaft liegt Potenzial.
- ✓ **Pilotprojekte als strategischer Einstieg:** Ein erfolgversprechender Ansatz kann darin bestehen, Massnahmen zunächst gezielt in einzelnen Kliniken oder Abteilungen eines Spitals zu testen, aus den gewonnenen Erfahrungen zu lernen und erfolgreiche Konzepte anschliessend schrittweise auf weitere Bereiche auszurollen.
- ✓ **Einbindung der ärztlichen Führungsebene:** Die Unterstützung und aktive Mitwirkung von Chefärztinnen und Chefarzten ist von zentraler Bedeutung. Als Gatekeeper innerhalb der Ärzteschaft nehmen sie eine Schlüsselrolle bei der Akzeptanz und Umsetzung neuer Massnahmen ein. Ihre Überzeugung und ihr Engagement sind entscheidend für den Erfolg langfristiger Veränderungen.
- ✓ **Bereitstellung von Ressourcen:** Massnahmen aus dem Bereich der lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung sollten fester Bestandteil langfristiger strategischer Überlegungen eines Spitals sein. Dazu zählt auch die bewusste Allokation finanzieller und personeller Ressourcen, um eine erfolgreiche Umsetzung sicherzustellen.
- ✓ **Eine gezielte Freistellung von Ärztinnen und Ärzten aus dem klinischen Alltag als Erfordernis:** Damit ärztliches Personal trotz begrenzter zeitlicher Ressourcen sinnvoll in grössere Projekte

eingebunden werden können, ist eine gezielte Freistellung aus dem klinischen Alltag erforderlich. Diese Freistellung setzt eine hohe Sensibilisierung und ein ausgeprägtes Problembewusstsein seitens der Klinikleitungen voraus. Nur wenn sie den Mehrwert ärztlicher Beteiligung erkennen und strukturelle Anpassungen vornehmen, können Veränderungsprozesse nachhaltig und praxisnah gestaltet werden.

- ✓ **Abstimmung der Veränderungsmassnahmen auf den jeweiligen Klinikalltag:** Für eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung von Massnahmen ist ein aktiver Einbezug der Zielgruppe unerlässlich (Damschroder, 2009). Massnahmen, die ohne praktischen Bezug zur klinischen Realität oder ohne Einbindung der Ärzteschaft entwickelt werden, können die Akzeptanz und Wirksamkeit erheblich verringern. Entsprechend ist es zentral, dass Personal- und Organisationsentwicklungsmassnahmen auf die realen Anforderungen und den Arbeitsalltag im Klinikbetrieb abgestimmt sind.
- ✓ **Systematische Kategorisierung von Massnahmen:** Eine systematische Priorisierung stellt sicher, dass Massnahmenpakete nebst kurzfristigen, leicht umsetzbaren Lösungen auch langfristige Kulturentwicklungen beinhalten. Eine gestaffelte Herangehensweise kann dafür sinnvoll sein: Massnahmen werden in verschiedene Kategorien eingeteilt, wobei kurzfristige Erfolge z.B. als erste Schritte dienen. So bleibt der Fokus auf langfristigen Massnahmen erhalten und deren Umsetzung gesichert.
- ✓ **Tue Gutes und sprich darüber:** Veränderung geschieht nicht von allein – sie braucht Strukturen, engagierte Personen und Vorbilder, die den Wandel vorantreiben. Somit erfordert erfolgreiche Veränderung kollektives Handeln. Wird ein Wandel erreicht, kann und soll dieser nach aussen getragen werden. So kann voneinander gelernt werden, wie dies in unseren spitalübergreifenden Workshops vorgelebt wurde.

KAPITEL 6

AUSBLICK

6. Ausblick

Dieses Handbuch hat Ihnen, geschätzte Leserinnen und Leser, hoffentlich wertvolle Erkenntnisse und neue Impulse vermittelt. Wir Autorinnen durften seitens unserer Projektpartner und -partnerinnen ein hohes Mass an Engagement für dieses Thema erleben. Gleichzeitig ist klar: Es gibt weiterhin Handlungsbedarf. Daher bleiben wir dem Thema verbunden und möchten Ihnen an dieser Stelle einen ersten Ausblick auf zukünftige Vorhaben und Projekte geben.

6.1 Sternstundenregister

Um weitere Erfolgsgeschichten zur lebensphasenorientierten Laufbahngestaltung in Schweizer Spitälern zu sammeln und publik zu machen, erstellten wir das Sternstundenregister. Tragen auch Sie dazu bei, Beispielen aus dem Spitalalltag zu sammeln, die dabei helfen, die Vereinbarkeit des klinischen Alltags mit dem Privatleben und seinen Anforderungen zu verbessern und/oder helfen, die eigenen Laufbahnvorstellungen (besser) verwirklichen zu können.

QR-Code zum Register finden Sie hier:
Sternstundenregister



6.2 Weiterführende Projekte

In dem nachfolgenden Projekt «MedHR-Kompass: Umsetzung einer ausgewogenen Life-Domain-Balance und chancengleichen Laufbahngestaltung im Klinikalltag. Ein Navigationstool für Ärztinnen, Ärzte und HR-Fachpersonen» (Projektlaufzeit 2025–2027) sollen Kliniken und deren HR-Fachpersonen darin unterstützt werden, eine vereinbarkeitsorientierte Aufgaben- und Laufbahngestaltung für Spitalärztinnen und -ärzte effizient und eigenständig umzusetzen.

Dazu wird das Tool «MedHR-Kompass» entwickelt und mit verschiedenen Kliniken erprobt. Dieses besteht aus einem Kurzfragebogen zur Erfassung der Ist-Situation sowie einem Self-Guide, der den Umsetzungsprozess unterstützt und die Nutzenden gezielt zu vorhandenen Erkenntnissen aus bereits erfolgreich durchgeführten Projekten führt.

Für mehr Informationen zum Projekt und einer möglichen Teilnahme kontaktieren Sie uns.

6.3 Kontaktangaben des Projektteams

Für Fragen rund um arbeits- und organisationspsychologische Anliegen im Gesundheitswesen nehmen Sie gerne mit uns Kontakt auf:

Projektleitung und -durchführung:



Janna Küllenberg

Dr. phil., M. Sc. Psych.

Systemische Beraterin und Therapeutin (DGSF),
Projektleiterin

Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW,
janna.kuellenberg@fhnw.ch

+41 62 957 29 32



Julia Frey

Arbeitspsychologin M.Sc., Coach,

Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW,
julia.frey@fhnw.ch

+41 62 957 29 75

Erweitertes Projektteam:



Alain Soltermann

Psychologe M.Sc.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter,

Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW
alain.soltermann@fhnw.ch

T +41 62 957 29 34



Barbara Germann

Psychologin M.Sc.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW
barbara.germann@fhnw.ch

T +41 62 957 30 28

Literaturverzeichnis

- Aebi, C., Kühni, R., Suri, P., & Schellinger, J. (2018). Teilzeitarbeit auf mittlerer Kaderstufe – eine spezielle Herausforderung im Krankenhaus [Part-time work at middle management level - a special challenge in hospitals]. In K. Tokarski, J. Schellinger, & P. Berchtold (Hrsg.), *Strategische Organisation* (S. 225-258). Springer Gabler.
- Aluttis, C., Bishaw, T., & Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Global health action*, 7(1), 23611. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611>
- BAG [Bundesamt für Gesundheit]. (2019). *Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- BAG [Bundesamt für Gesundheit]. (2024, März). *Ärztinnen und Ärzte 2023*. Auszug aus dem Medizinalberuferegister. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI).
- Baruch, Y. (2004). Transforming careers: from linear to multidirectional career paths. *Career Development International*, 9(1), 58–73. <https://doi.org/10.1108/13620430410518147>
- Berger, J., Osterloh, M., & Rost, K. (2020). *Focal random selection closes the gender gap in competitiveness*. *Science advances*, 6(47), eabb2142.
- Berghout, M. A., Fabbriotti, I. N., Buljac-Samardžić, M., & Hilders, C. G. (2017). Medical leaders or masters?—A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLOS ONE*, 12(9), e0184522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184522>
- Biemann, T., Zacher, H., & Feldman, D. C. (2012). Career patterns: A twenty-year panel study. *Journal of Vocational Behavior*, 81(2), 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.06.003>
- Bolliger, C., Golder, L., & Jans, C. (2016, Mai). *Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit [The exit from curative medical practice]*. Schlussbericht. Verband der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) & Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). https://vsao.ch/wp-content/uploads/2019/11/Schlussbericht-Studie-Berufsausstieg-2016_DE.pdf
- Born, M., Küllenberg, J., Drews, A., Bossmann, U., Zwack, J., Gündel, H., & Schweitzer, J. (2022). The effects of a dilemma management training program on mental health: a prospective study with mid-level executives in hospitals. *Leadership in Health Services*, 35(4), 537–558. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2022-0024>
- Britt, T. W., Pirrallo, R. G., Rosopa, P. J., Hirsh, E., Moschella, P., Bessey, A. F., Klinefelter, Z., Barrows, C., Reddy, K., Faulkner, M., & Fowler, L. A. (2024). Perceived Work Demands and Emergency Department Crowding as Predictors of Objective Stress among Emergency Physicians: A Shift-Level Approach. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000003126>
- Buddeberg-Fischer, B., & Stamm, M. (2012). *Mentoring in der Medizin: Formen, Konzepte und Erfahrungen: Bericht über Mentoring-Programme am Universitätsspital und an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich 2002–2011*. Staatssekretariat für Bildung und Forschung SBF.
- Brousseau, K. R., Driver, M. J., Eneroth, K., & Larson, R. (1996). Career pandemonium: Realigning organizations and individuals. *Academy of Management Perspectives*, 10(4), 52–66.
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 249–276. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1999.1713>
- Carlson, D. S., & Frone, M. R. (2003). Relation of behavioral and psychological involvement to a new four-factor conceptualization of work–family interference. *Journal of Business and Psychology*, 17, 515–535. <https://doi.org/10.1023/A:1023404302295>
- Cho, Y. I., Johnson, T. P., & Van Geest, J. B. (2013). Enhancing Surveys of Health Care Professionals: A Meta-Analysis of Techniques to Improve Response. *Evaluation & the Health Professions*, 36(3), 382–407. <https://doi.org/10.1177/0163278713496425>

- Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J., Porter, C. O., & Ng, K. Y. (2001). Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 425–445. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.425>
- Colquitt, J. A., & Zipay, K. P. (2015). Justice, fairness, and employee reactions. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2(1), 75–99. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111457>
- Cornelius, C., Deffner, T., Hill, A., Rohlfes, C., Ellner, B., Klarmann, S., Riedel, S., Pelz, S., Kopp, S., Borgstedt, L., Freund, D., Schöpfel, A., Meybohm, P., Walcher, F., Brenner, T., & Klenke, S. (2024). Positionspapier zum Arbeiten in der Schwangerschaft auf der Intensivstation. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 119, 364–372. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01122-2>
- Cropanzano, R., Bowen, D. E., & Gilliland, S. W. (2007). The management of organizational justice. *Academy of Management Perspectives*, 21(4), 34–48. <https://doi.org/10.5465/amp.2007.27895338>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Deal, T., & Kennedy, A. (1982). *Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life*. Addison-Wesley.
- Dijkers, J. S. E., Geurts, S. A. E., Den Dulk, L., Peper, B., Taris, T. W., & Kompier, M. A. J. (2007). Dimensions of work-home culture and their relations with the use of work-home arrangements and work-home interaction. *Work & Stress*, 21(2), 155–172. <https://doi.org/10.1080/02678370701442190>
- Drescher, R., Freesmeyer, M., & Krausslach, H. (2013). Strukturierte Karrieremodelle für Fachärzte: Standortvorteil zur Personalbindung. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, A984–A987.
- Evers, A., & Sieverding, M. (2014). Why do Highly Qualified Women (Still) Earn Less? Gender Differences in Long-Term Predictors of Career Success. *Psychology of Women Quarterly*, 38(1), 93–106. <https://doi.org/10.1177/0361684313498071>
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Faes, S., Ferreirinha, J., & Weber, M. (2024). Compatibility of Family Planning and Surgical Training in Switzerland. *British Journal of Surgery*, 111(Supplement_3), znae118–019. <https://doi.org/10.1093/bjs/znae118.019>
- Fairchild, D. G., McLoughlin, K. S., Gharib, S., Horsky, J., Portnow, M., Richter, J., Gagliano, N., & Bates, D. W. (2001). Productivity, quality, and patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 16(7), 663–667. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.01111.x>
- Frey, J., Kwakye, D., & Liebig, B. (2023). *Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben von Spitalärztinnen und -ärzten: Eine Wegleitung [Work-life balance for hospital physicians: A guide]*. Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Institut für Kooperationsforschung und -entwicklung. <https://doi.org/10.26041/fhnw-4793>
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. (2022). *Charta Ärztegesundheit*. <https://www.fmh.ch/files/pdf27/charta-aerztegesundheit-charte-sur-la-sante-des-medecins.pdf>
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2024). *Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH | Cockpit gfs.bern AG*. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2024/>
- Germann, B., Frey, J., Soltermann, A., & Küllenberg, J. (in review). „A good physician works full-time?“ – A mixed-methods study on (mis)conceptions of part-time work in hospitals. Manuscript submitted for publication.
- Greiser-Evain, A., Plebani, M., Dumusc, A., & Devillers, S. (2021). Harcèlement, sexisme et inégalité de genre dans les hôpitaux romands. *Revue Medical Suisse*, 17(850–3). <https://doi.org/10.53738/REVMED.2021.17.736.0850>
- Grothe, G., & Staffelbach, B. (Hrsg.). (2020). Schweizer HR-Barometer 2020: *Digitalisierung und Generationen*. Universitäten Luzern, Zürich und ETH Zürich.

- He, J. C., Kang, S. K., & Lacetera, N. (2021). Opt-out choice framing attenuates gender differences in the decision to compete in the laboratory and in the field. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(42), e2108337118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2108337118>
- Hennel, E. K., Subotic, U., Berendonk, C., Stricker, D., Harendza, S., & Huwendiek, S. (2020). A german-language competency-based multisource feedback instrument for residents: development and validity evidence. *BMC medical education*, 20, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02259-2>
- Henry-Noel, N., Bishop, M., Gwede, C. K., Petkova, E., & Szumacher, E. (2019). Mentorship in Medicine and Other Health Professions. *Journal of Cancer Education*, 34(4), 629–637. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1360-6>
- Heuss, S., & Datta, S. (2020). *Studienerkenntnisse für eine verbesserte Kommunikation zwischen Generationen im Spital: Ein praxisnaher Spitalbericht*. Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. https://www.fhnw.ch/de/personen/sabina-heuss/spitalbericht_kommunikation_fhnw.pdf
- Hirschi, A. (2017). Karriere- und Talentmanagement in Unternehmen [Career and talent management in organizations]. In S. Kauffeld & D. Spurk (Hrsg.), *Handbuch Laufbahnmanagement und Karriereplanung* (S. 1–17). Springer.
- Hofmeister, D., Rothe, K., Alfermann, D., & Brähler, E. (2010). Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen* (S. 159–173). Report Versorgungsforschung, Band 2.
- Kato, H., Jena, A. B., Figueroa, J. F., & Tsugawa, Y. (2021). Association between physician part-time clinical work and patient outcomes. *JAMA Internal Medicine*, 181(11), 1461–1469. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.5247>
- Kauffeld, S., Brennecke, J., & Strack, M. (2009). Erfolge sichtbar machen: Das Massnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI) zur Bewertung von Trainings. In *Handbuch Kompetenzentwicklung* (S. 55–78). Schäffer-Poeschel.
- Kauffeld, S., Endrejat, P. C., & Richter, H. (2018). *Organisationsentwicklung. In Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor* (S. 73–104). Springer.
- Kellogg, K. C. (2003). *Challenging Operations. Medical Reform and Resistance in Surgery*. University of Chicago Press.
- Küllenberg, J., & Schweitzer, J. (Hrsg.). (2022). *Medizinische Organisationspsychologie für das Krankenhaus: Systemische Beratung in einem fordernden Umfeld*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Knecht, M., Bauer, G., & Hämmig, O. (2010). Work-life conflict and health among Swiss physicians – In comparison with other university graduates and with the general Swiss working population. *Swiss Medical Weekly*, 140(27–28), w13063. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13063>
- Kraimer, M. L., Seibert, S. E., Wayne, S. J., Liden, R. C., & Bravo, J. (2011). Antecedents and outcomes of organizational support for development: The critical role of career opportunities. *Journal of Applied Psychology*, 96(3), 485–500. <https://doi.org/10.1037/a0021452>
- Krott, N.R., Marheinecke, R., Oettingen, G. (2019). *Mentale Kontrastierung und WOOP fördern Einsicht und Veränderung*. In: Rietmann, S., Deing, P. (eds) *Psychologie der Selbststeuerung*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24211-4_9
- Latzke, M., Schneidhofer, T. M., Mayrhofer, W., & Pernkopf, K. (2019). Karriereforschung: Konzeptioneller Rahmen, zentrale Diskurse und neue Forschungsfelder. In S. Kauffeld & D. Spurk (Hrsg.), *Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement* (Springer Reference Psychologie). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48750-1_41
- Lüchinger, R., Audétat, M.-C., Bajwa, N. M., Bréchet-Bachmann, A.-C., Guessous, I., Richard-Lepouriel, H., Dominicé Dao, M., & Junod Perron, N. (2023). French-speaking Swiss physicians' perceptions and perspectives regarding their competencies and training needs in leadership and management: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 23, 1095. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10081-x>

- Maier, G. W., & Schewe, G. (2018). Organisationsentwicklung. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Gabler Verlag. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/organisationsentwicklung-43924/version-267246>
- Meldau, S. (2022). Mitarbeitergespräche führen. In S. Kaudela-Baum, S. Meldau, & M. Brasser (Hrsg.), *Leadership und People Management* (S. 20–34). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35521-0_20
- Nurmala, N., & Hermina, U. N. (2024). Talent management: Preparing future leaders. *International Journal of Business, Economics and Management*. <https://doi.org/10.21744/ijbem.v7n3.2314>
- Oostra, R. (2016). Physician leadership: A central strategy to transforming healthcare. *Frontiers of Health Services Management*, 32(3). PMID: 27125046
- Peter, K. A., Halfens, R. J. G., Hahn, S., & Schols, J. M. G. A. (2021). Factors associated with work-private life conflict and leadership qualities among line managers of health professionals in Swiss acute and rehabilitation hospitals - a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06092-1>
- Prentice, D. A., & Carranza, E. (2002). What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 269–281. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.t01-1-00066>
- Rusconi, A., & Solga, H. (2011). Gemeinsam Karriere machen: Die Verflechtung von Berufskarrieren und Familie in Akademikerpartnerschaften. In *Gemeinsam Karriere machen: Die Verflechtung von Berufskarrieren und Familie in Akademikerpartnerschaften*. Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/86649365>
- Rüegg-Stürm, J. (2008). Führung ist nicht gleich Führung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(23), 1025–1027.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Scheffler, R. M., & Arnold, D. R. (2019). Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 14(2), 274–290. <https://doi.org/10.1017/S174413311700055X>
- Schmidt, L. S., Perez, C., Valero, B., Schlatter, S., Fraticelli, L., Tazarourte, K., Mazza, S., & Douplat, M. (2024). The burden of shift schedules: development and theoretical cross-validation of the Shift Load Index for optimised recovery and emergency department planning. Preprint under Review at *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5314630/v1>
- Tataw, D. (2012). Toward human resource management in inter-professional health practice: Linking organizational culture, group identity, and individual autonomy. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(2), 130–149. <https://doi.org/10.1002/hpm.2102>
- Townsend, K. L., Lawrence, S. A., & Wilkinson, A. (2013). The role of hospitals' HRM in shaping clinical performance: A holistic approach. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3062–3085. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.775028>
- Tsarouha, E., Stuber, F., Seifried-Dübon, T., & Schablon, A. (2021). Reflection on leadership behavior: Potentials and limits in the implementation of stress-preventive leadership of middle management in hospitals – A qualitative evaluation of a participatory developed intervention. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00339-7>
- van de Riet, M. C. P., Berghout, M. A., Buljac-Samardžić, M., van Exel, J., & Hilders, C. G. J. M. (2019). What makes an ideal hospital-based medical leader? Three views of healthcare professionals and managers: A case study. *PLOS ONE*, 14(6), 1–18. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0218095>
- Virtanen, M., & Elovainio, M. (2018). Justice at the Workplace: A Review. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(2), 306–315. <https://doi.org/10.1017/S0963180117000639>
- vsao [Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte]. *Bürokratie in den Spitälern*. <https://vsao.ch/politik/buerokratie-in-den-spitaelern/#buerokratie>

Wu, H. & Chen, Y. (2020). The Impact of Work from Home (WFH) on Workload and Productivity in Terms of Different Tasks and Occupations. In: Stephanidis, C., et al. HCI International 2020 – Late Breaking Papers: Interaction, Knowledge and Social Media. HCII 2020. *Lecture Notes in Computer Science*, vol 12427. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-60152-2_52

Zhao, S., Ma, Z., Li, H., Wang, Z., Wang, Y., & Ma, H. (2024). The Impact of Organizational Justice on Turnover Intention Among Primary Healthcare Workers: The Mediating Role of Work Motivation. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 3017–3028. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s486535>

Zwack, J., Bodenstein, U., Mundle, G., & Schweitzer, J. (2012). Pathogenetische und salutogenetische Aspekte der Ärztegesundheit–eine qualitative Katamnese betroffener Ärzte. *Psychiatrische Praxis*, 39(04), 181-188. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1298975>

