

***Arbeitszeitmodelle im Schweizer  
Gesundheitswesen –  
qualitative Untersuchung in der  
Maximalversorgung***

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Wirtschaftswissenschaften (Dr. oec.)**

**Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften**

**Universität Hohenheim**

Institut für Health Care and Public Management

Lehrstuhl Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen

vorgelegt von

*Michael Linggi*

aus *Schwyz, Schweiz*

2023

**Datum mündliche Prüfung**

18. Dezember 2023

**Dekan:**

Prof. Dr. Jörg Schiller

**Berichterstatter:**

Prof. Dr. Christian Ernst

Prof. Dr. Alfonso Sousa-Poza

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>Summary</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>10</b>
1.1 Ausgangssituation und Problemstellung .....	10
1.2 Forschungsfrage und Ziel der Arbeit.....	12
1.3 Aufbau der Arbeit .....	13
<b>2 Grundlagen der Untersuchung</b> .....	<b>15</b>
2.1 Definition und Erscheinungsform von Spitälern .....	16
2.2 Stellung und Entwicklung der Spitäler.....	18
2.3 Das Arbeitsgesetz im Gesundheitswesen.....	19
2.3.1 Regelungen und Begriffsdefinitionen .....	20
2.3.2 Entwicklung der Arbeitszeit in Spitälern.....	21
2.4 Historische Entwicklung von Arbeitszeitmodellen in Spitälern und Analyse der Forschungsbeiträge .....	22
<b>3 Abgrenzung</b> .....	<b>25</b>
<b>4 Bestandsaufnahme und theoretische Grundlagen</b> .....	<b>27</b>
4.1 Vorgehensweise Literaturrecherche .....	27
4.2 Forschungsbeiträge zu Arbeitszeitmodellen und deren Auswirkungen auf ärztliches Personal .....	28
4.2.1 Genereller Überblick von Forschungsbeiträgen zum Thema Arbeitszeitmodelle .....	29
4.2.2 Risiken für Frauen in verschiedenen Arbeitszeitmodellen .....	31
4.2.3 Arbeitsdauer in verschiedenen Schichtsystemen .....	32
4.2.4 Stress und Empathie .....	33
4.2.5 Mitarbeiterzufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten .....	35
4.3 Arbeitswissenschaft .....	37
4.4 Theoretische Ansätze des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals .....	40
4.4.1 Humankapital.....	41
4.4.2 Sozialkapital .....	42
4.4.3 Psychologisches Kapital .....	43
4.5 Arten von Arbeitszeitmodellen .....	47
4.5.1 Teilzeit .....	47
4.5.2 Protected Time .....	49
4.5.3 Jobsharing .....	49
4.5.4 Homeoffice, Telearbeit .....	51
4.5.5 Gleitzeit .....	53
4.5.6 Arbeitszeitkonto, Ampelkonto .....	54

4.5.7	Jahresarbeitszeit .....	54
4.5.8	Vertrauensarbeitszeit.....	54
4.5.9	Schichtarbeit.....	56
4.5.10	Unbezahlter Urlaub, Sabbatical.....	57
4.5.11	Fazit zu Arbeitszeitmodellen .....	57
4.6	Einflussfaktoren der Arbeitszeitmodelle .....	58
4.6.1	Fachkräftemangel.....	58
4.6.2	Frauenanteil.....	59
4.6.3	Kinderbetreuung .....	59
4.6.4	Ausbildungsmöglichkeiten .....	59
4.6.5	Führungsstil .....	60
4.6.6	Forschung und Lehre .....	61
4.6.7	Monetärer Aspekt .....	61
4.6.8	Gesetzgebung und Politik.....	62
4.6.9	Berufsgruppen .....	62
4.7	Zukunftsperspektiven im Bereich der Chirurgie .....	63
4.8	Zusammenfassung .....	66
<b>5</b>	<b>Herleitung der empirischen Untersuchung .....</b>	<b>69</b>
5.1	Konzeption der empirischen Untersuchung .....	69
5.2	Erhebungsdesign .....	71
5.2.1	Auswahl der Erhebungsmethode.....	71
5.2.2	Auswahl der Probandenstruktur und Ablauf der Befragung.....	73
5.2.3	Qualitative Inhaltsanalyse und Codierung .....	78
5.2.4	Qualitätssicherung.....	79
5.2.5	Wissenschaftliche Bewertung.....	80
<b>6</b>	<b>Empirische Untersuchung .....</b>	<b>81</b>
6.1	Vorstellung der Interviewergebnisse .....	81
6.1.1	Drei Hauptebenen der empirischen Untersuchung.....	81
6.1.2	Schwerpunkte der empirischen Untersuchung .....	84
6.1.3	Schwerpunkt Arbeitsalltag .....	85
6.1.4	Schwerpunkt Work-Life-Balance .....	94
6.1.5	Schwerpunkt Forschung.....	100
6.1.6	Schwerpunkt Aus- und Weiterbildung.....	106
6.1.7	Schwerpunkt Karriere .....	116
6.1.8	Schwerpunkt Arbeitsinhalt .....	128
6.1.9	Schwerpunkt Digitalisierung .....	135
6.1.10	Weitere Schwerpunkte .....	138
6.2	Arbeitszeitmodelle im Rahmen der empirischen Untersuchung.....	145
6.2.1	Arbeitsgesetz.....	147
6.2.2	Teilzeit .....	151
6.2.3	Protected Time .....	153
6.2.4	Jobsharing .....	154
6.2.5	Homeoffice .....	154

6.2.6 Erkenntnisse.....	155
6.2.7 Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle .....	160
<b>7 Abschlussbetrachtung und Ausblick .....</b>	<b>163</b>
7.1 Zusammenfassung der relevantesten Forschungsergebnisse.....	163
7.1.1 Ebene Gesellschaft .....	165
7.1.2 Ebene Institution.....	166
7.1.3 Ebene Individuum.....	169
7.1.4 Erkenntnisse für die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen .....	170
7.2 Ausblick .....	171
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>173</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>209</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Typologie der Schweizer Spitäler mit den stationären Fallzahlen.....	17
<b>Abbildung 2:</b> Integraler öffentlicher Auftrag universitärer Spitäler Schweiz ....	18
<b>Abbildung 3:</b> Grafische Darstellung der Sicht von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden im hektischen Arbeitsalltag einer Ärztin oder eines Arztes .....	35
<b>Abbildung 4:</b> Leistungskurve und Arbeitsbelastung in Abhängigkeit von der täglichen Arbeitszeit .....	38
<b>Abbildung 5:</b> Überproportionale Risiken von Informationsverlusten bei steigender Anzahl von Übergaben und Schnittstellen; Leistungskurve und Arbeitsbelastung in Abhängigkeit von der täglichen Arbeitszeit .....	39
<b>Abbildung 6:</b> Zusammenfassung Humankapital .....	42
<b>Abbildung 7:</b> Zusammenfassung Sozialkapital .....	43
<b>Abbildung 8:</b> Zusammenfassung psychologisches Kapital .....	46
<b>Abbildung 9:</b> Anteil der Teilzeiterwerbstätigen in der Schweiz .....	48
<b>Abbildung 10:</b> Übersicht Arbeitszeitmodelle .....	58
<b>Abbildung 11:</b> Skizzierung der empirischen Erhebung .....	71
<b>Abbildung 12:</b> Konzeption Erhebungsdesign.....	73
<b>Abbildung 13:</b> Übersicht Interviews .....	76
<b>Abbildung 14:</b> Aufteilung interviewte Personen nach Funktion.....	77
<b>Abbildung 15:</b> Altersverteilung der interviewten Personen .....	78
<b>Abbildung 16:</b> Die drei Ebenen der Ergebnisse.....	84
<b>Abbildung 17:</b> Übersicht Schwerpunkte der empirischen Untersuchung mit Einfluss auf die Arbeitszeitmodelle .....	84
<b>Abbildung 18:</b> Übersicht Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle .....	160
<b>Abbildung 19:</b> Übersicht empirische Ergebnisse .....	164
<b>Abbildung 20:</b> Übersicht Handlungsempfehlungen Ebene Gesellschaft.....	166
<b>Abbildung 21:</b> Übersicht Handlungsempfehlungen Ebene Institution .....	168
<b>Abbildung 22:</b> Übersicht Handlungsempfehlungen Ebene Individuum .....	170

## Abkürzungsverzeichnis

AA	Assistenzarzt, Assistenzärztin
ANP	Advanced Nurse Practitioner
ArG	Arbeitsgesetz
ArGV	Arbeitsgenehmigungsverordnung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
EWCS	Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen
KD	Klinikdirektor/-in
KM	Klinikmanager/-in
LA	Leitender Arzt, leitende Ärztin
OA	Oberarzt, Oberärztin
OA i.v.	Oberarzt, Oberärztin in Vertretung
PsyCap	Psychologisches Kapital
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WFH	Work from Home

## Zusammenfassung

Die Erforschung der Arbeitszeitmodelle von Ärztinnen und Ärzten ist von grosser Bedeutung, um die Gesundheit und Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des medizinischen Personals zu verbessern, die Effizienz der Arbeitsprozesse zu steigern und dem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken. Die Dissertation diskutiert die verschiedenen Arbeitszeitmodelle im Schweizer Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Maximalversorgung. Sie zeigt die in der Praxis angewandten Arbeitszeitmodelle sowie die Herausforderungen, die sich aus deren Umsetzung ergeben. Sie konzentriert sich auf den Bereich der Chirurgie (schneidenden Disziplin), beschränkt sich aber nicht auf bestimmte chirurgische Fachgebiete, sondern verfolgt einen generalistischen Ansatz. Ziel der Forschungsarbeit ist es, aufzuzeigen, welche Arbeitszeitmodelle im komplexen Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte im Schweizer Modell der Maximalversorgung funktionieren und inwieweit sie auf andere Versorgungsstufen und Länder übertragbar sind. Aufgrund der Komplexität des Themengebiets wurde die Forschungsfrage mit Hilfe von qualitativen Interviews beantwortet. Es wurden sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Verwaltungspersonal befragt. Mittels qualitativer Inhaltsanalyse sind die verschiedenen Kategorien gebildet worden, um die transkribierten Textstellen einordnen zu können.

Die Dissertation basiert auf den Ergebnissen der aktuellen Forschung. Es hat sich gezeigt, dass die Arbeitszeitgestaltung einen erheblichen Einfluss auf die Zufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeitenden hat. Insbesondere der 24-Stunden-Betrieb und die damit verbundenen Schichtmodelle spielen eine wichtige Rolle. Theoretische Ansätze zum Human-, Sozial- und psychologischen Kapital verdeutlichen zudem, warum die Mitarbeitenden eine der wichtigsten Ressourcen eines Unternehmens sind. Dies bildet die Grundlage für die Darstellung verschiedener Arbeitszeitmodelle und die Identifizierung von Einflussfaktoren. Auch zukunftsorientierte Aspekte werden berücksichtigt, wie z.B. die Möglichkeit des Einsatzes von Robotern in der Chirurgie zur Durchführung verschiedener Eingriffe, was zusätzliche Optionen für die Gestaltung neuer Arbeitszeitmodelle eröffnet.

Die Erkenntnisse der Dissertation lassen sich wie folgt zusammenfassen: Es ist wichtig, Arbeitszeitmodelle in einem globalen Kontext zu betrachten, da das Thema sehr komplex und multifaktoriell ist. Grundsätzlich lassen sich drei Ebenen identifizieren,



die bei der Entwicklung innovativer Arbeitszeitmodelle berücksichtigt werden müssen: Gesellschaft, Institution und Individuum. Um neue Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen, braucht es strukturelle, gesellschaftliche Voraussetzungen wie das Arbeitszeitgesetz und familienfreundliche Rahmenbedingungen. Darüber hinaus muss die Institution, also das Krankenhaus, den Mut haben, neue Wege zu gehen und den Beschäftigten die Möglichkeit geben, in neuen Arbeitszeitmodellen zu arbeiten. Schliesslich liegt es auch an den Ärztinnen und Ärzten, Eigenverantwortung zu übernehmen und den Arbeitgeber nicht auszunutzen. Neben diesem Gesamtansatz mit den drei Ebenen liessen sich folgende Schwerpunkte ableiten: Arbeitsalltag, Work-Life-Balance, Forschung, Aus- und Weiterbildung, Karriere, Arbeitsinhalt, Digitalisierung und weitere Schwerpunkte. Diese Schwerpunkte zeigen, welche Themen bei der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle berücksichtigt werden müssen. Abschliessend wurden vier Arbeitszeitmodelle als die gängigsten identifiziert: Teilzeit, *Protected Time*, Jobsharing und Homeoffice. Darüber hinaus muss die Arbeitsgesetzgebung die Rahmenbedingungen schaffen, um diese Modelle sinnvoll nutzen zu können. Die Ergebnisse sind übertragbar auf Kliniken und Krankenhäuser in anderen Ländern mit einem wettbewerbsfähigen Krankenversicherungssystem, wie z.B. Deutschland oder Österreich. Dies bedeutet, dass die Erkenntnisse und Empfehlungen zur Verbesserung von Arbeitszeitmodellen auch in ähnlichen rechtlichen und organisatorischen Kontexten anwendbar sein sollten.

Die vorliegende Dissertation zur Untersuchung von Arbeitszeitmodellen bei Ärztinnen und Ärzten in der Maximalversorgung liefert eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung solcher Modelle. Die ganzheitliche Betrachtung des Themas und die Identifikation von Herausforderungen und Schwerpunkten tragen zur Verbesserung zukünftiger Arbeitszeitmodelle bei. Das Krankenhaus- und Klinikmanagement sollte diese Ergebnisse bei der Planung und Umsetzung von Arbeitszeitmodellen berücksichtigen. Für die zukünftige Forschung könnten ähnliche Studien in anderen Ländern durchgeführt werden.

## Summary

Research into the working time models of physicians is of great importance to ensure the health and safety of patients, to improve the well-being and satisfaction of medical staff, to increase the efficiency of work processes and to counteract the shortage of labor. The dissertation discusses the different working time models in the Swiss health care system, especially in the field of maximum care. It shows the working time models applied in practice as well as the challenges arising from their implementation. It concentrates on the field of surgery (cutting discipline), but is not limited to specific surgical specialties, but follows a generalist approach. The aim of the research is to show which working time models function in the complex daily work of physicians in the Swiss model of maximum care and to what extent they can be transferred to other levels of care and countries. Due to the complexity of the topic, the research question was answered with the help of qualitative interviews. Both physicians and administrative staff were interviewed. By means of qualitative content analysis, the various categories were then formed in order to be able to classify the transcribed text passages.

The dissertation is based on the results of current research, for which primarily the contributions of generalist research were used. It has been shown that the organization of working time has a considerable influence on the satisfaction and health of employees. In particular, 24-hour operations and the associated shift patterns play an important role. Theoretical approaches to human, social and psychological capital also illustrate why employees are one of a company's most important resources. This forms the basis for the presentation of different working time models and the identification of influencing factors. Future-oriented aspects are also taken into account, such as the possibility of using robots in surgery to perform various procedures, which opens up additional options for designing new working time models.

The findings of the dissertation can be summarized as follows: It is important to consider working time models in a global context, as the topic is very complex and multifactorial. Basically, three levels can be identified that have to be considered when developing innovative working time models: Society, institution and individual. In order to make new working time models possible, structural, societal prerequisites such as the Working Time Act and family-friendly framework conditions are needed. In addition, the institution, i.e. the hospital, must have the courage to break new ground and give employees the opportunity to work in new working time models. Finally, it is also

up to the physicians to take personal responsibility and not take advantage of the employer. In addition to this overall approach with the three levels, the following focal points could be derived: Everyday work, work-life balance, research, education and training, career, work content, digitalization and other focal points. These focal points show which topics must be taken into account when developing new working time models. Finally, four working time models were identified as the most common: Part-time, Protected Time, Job Sharing and Home Office. In addition, labor legislation must create the framework conditions to enable these models to be used in a meaningful way. The findings are transferable to clinics and hospitals in other countries with a competitive health insurance system, such as Germany or Austria. This means that the findings and recommendations for improving working time models should also be applicable in similar legal and organizational contexts.

This dissertation on the study of working time models among physicians at the highest level of care provides an important basis for the further development of such models. The holistic view of the topic and the identification of challenges and focal points contribute to the improvement of future working time models. Hospital and clinic management should take these results into account when planning and implementing working time models. For future research, similar studies could be conducted in other countries.

# 1 Einleitung

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wird die Arbeitszeithematik inklusive verschiedener Arbeitszeitmodelle im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Maximalversorgung dargestellt. Es wird aufgezeigt, welche Arbeitszeitmodelle in der Praxis angewendet werden und welche Herausforderungen bei der Umsetzung auftreten. Der Fokus liegt auf der schneidenden (chirurgischen) Disziplin. Es erfolgt jedoch keine engere Einschränkung auf spezifische Fachgebiete der Chirurgie, sondern es wird ein generalistischer Ansatz gewählt. Mit dieser Dissertation soll ein Überblick über die aktuelle Situation und die Befindlichkeiten zu den Themen Arbeitszeit und Arbeitsmodelle gewährt werden.

## 1.1 Ausgangssituation und Problemstellung

In den letzten fünf Jahren wächst das Interesse an Arbeitszeitmodellen im Gesundheitswesen. Den Ausgangspunkt bildete das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH, Urteil vom 21.02.2018 -C -518/15), das vorsieht, den Bereitschaftsdienst von Ärztinnen und Ärzten nicht mehr als Ruhezeit, sondern als Arbeitszeit zu werten. Diese Entscheidung führte in vielen europäischen Ländern, beispielsweise in der Schweiz und in Deutschland, zu einer Änderung des Arbeitgesetzes (ArG), die das Personalmanagement in Spitälern grundlegend verändert hat (Lott & Ahlers, 2021). Zum einen sind hier finanzielle Aspekte ausschlaggebend. Damit das Dienstmodell arbeitsrechtlich konform ist, müssen unter Umständen weitere Anstellungen stattfinden. Zum anderen sind Dienstpläne anzupassen. In der Schweiz bietet beispielsweise der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) eine kostenfreie Unterstützung dahingehend an, Dienstpläne entsprechend dem ArG umzuschreiben.

Es existieren weitere makroökonomische Trends, die Spitäler berücksichtigen müssen, um zukünftig weiterhin das gewünschte Personal zur Verfügung zu haben. In der Schweiz besteht ein Fachkräftemangel (Universität Zürich, 2022). Auch in Deutschland ist dieses Phänomen zu betrachten (Bundesagentur für Arbeit, o. D.). Die Gründe dafür sind vielseitig. Erstens wollen immer weniger Menschen in Vollzeit arbeiten resp. Teilzeioptionen nehmen an Bedeutung zu (Ganzfried Couderc & Mäder, 2022). Dies ist ein Problem für die bestehenden Strukturen, wie die Interviews gezeigt haben. Reduzieren beispielsweise zehn Personen ihr Arbeitspensum um 10 %, ergibt dies

100 %, das heisst, eine ganze Stelle entfällt. Zweitens kehrten viele ausländische Arbeitnehmer/-innen während der Pandemie in ihr Heimatland zurück. Sie fehlen nun in den Arbeitssystemen des jeweiligen Landes. Drittens scheiden die zwischen 1946 und 1964 geborenen Babyboomer – die Generation, die derzeit noch einen Grossteil der bedeutenden Funktionen innehat – zunehmend aus dem Erwerbsleben aus, was demografisch relevant ist. Sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland ist die Nachwuchsgewinnung und -förderung einer der Hauptaspekte für eine zukunftsorientierte Chirurgie (Lang, 2022).

Weiter nimmt die Digitalisierung im Gesundheitssektor zunehmend eine bedeutendere Rolle ein (Rasche & Raab, 2023). Besonders im Fachbereich der Chirurgie scheint das Potenzial gross zu sein. Operationen können damit ortsunabhängig durchgeführt werden, was direkten Einfluss auf die Arbeitsweise eines chirurgischen Arztes oder einer chirurgischen Ärztin hat. Zudem ist spürbar, dass es viele Mitarbeitende geschätzt haben, im Homeoffice arbeiten zu können, und diese Option weiter nutzen wollen (Aksoy et al., 2022). Nebst dem Fachkräftemangel und der Digitalisierung ist eine Feminisierung des Arztberufs zu sehen, was zu mehr gewünschten Teilzeitpenssen führt (Klingenheben, Perings & Perings, 2019). Zudem steigen die Behandlungen aufgrund der stark älter werdenden Bevölkerung stetig an und es braucht daher innovative Arbeitsmodelle, um die Arbeitsbelastung effizient zu verteilen und die Prozesse zu optimieren (Schweda, Hummers & Kleinert, 2023).

Die Sichtung der vorhandenen Literatur hat ergeben, dass in der Schweiz und in Deutschland zwar Einzelaspekte betrachtet wurden, jedoch kein gesamtheitlicher Ansatz zu ärztlichen Arbeitszeitmodellen untersucht wurde. Um einen zusätzlichen Überblick über die Literatur bezüglich des Zeitmanagements zu erhalten, wurde die Übersicht von Claessens, van Eerde, Rutte und Roe (2007) herangezogen. Aus dieser ist ersichtlich, dass die Stellen- und Organisationsfaktoren unzureichend beachtet wurden. Entsprechende Faktoren sind insbesondere im komplexen Umfeld der Maximalversorgung bedeutend und werden daher in die vorliegende Arbeit einfließen. Als Maximalversorgung werden Spitäler verstanden, die das gesamte medizinische Angebot abdecken. Dies umfasst vorwiegend die hochspezialisierte Medizin. Zudem haben solche Spitäler, die meist universitären Charakter besitzen, einen Leistungsauftrag in der Forschung und Ausbildung, der zusätzlich abzudecken ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Dieser wird vom Bund oder Kanton finanziell entschädigt

und hat Auswirkungen auf die Dienstpläne, da die Ärztinnen und Ärzte neben dem beruflichen Alltag auch forschende Aktivitäten durchführen müssen.

All dies deutet darauf hin, dass sich die Arbeitsweise im Gesundheitswesen zukünftig ändern wird. Dies führt dazu, dass sich die Spitäler und Kliniken darauf einstellen müssen. Es scheint so, als könnten bisher Spitäler weitgehend von einer hohen Bereitschaft des klinischen Personals ausgehen, sich an die üblichen bestehenden organisatorischen Bedingungen anzupassen: Schichtarbeit, Kita-unfreundliche Arbeitszeiten, wenig Flexibilität, hierarchische Führungsformen und starke Kontrolle. Wurde dies zuvor bereitwilliger akzeptiert, scheint dies nun nicht mehr der Fall.

## **1.2 Forschungsfrage und Ziel der Arbeit**

Die Dissertation widmet sich der Beantwortung folgender Forschungsfrage:

*Welche Arbeitszeitmodelle funktionieren im komplexen Arbeitsalltag von Ärztinnen und Ärzten im Modell der Schweizer Maximalversorgung und inwiefern lassen sie sich auf andere Versorgungsstufen übertragen?*

Aufgrund der Komplexität der Abhandlung wird die Forschungsfrage mittels qualitativ durchgeführter Interviews beantwortet und es werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, die für die Praxis sowie für weitere Forschungsthemen genutzt werden können. Die vorliegende Arbeit baut auf aktuellen Forschungsergebnissen auf. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Abhandlung waren allerdings keine umfassenden Studien zum Thema Arbeitszeitmodelle vorzufinden, in denen das Thema generalistisch adressiert wird. Die vorhandenen Studien sind meist auf einzelne Themen oder Fachgebiete bezogen. Deshalb wurde eine ganzheitliche Betrachtung des Themas gewählt, um Grundlagen für weitere Forschung zu bieten.

Die Maximalversorgung wurde gewählt, da davon ausgegangen wird, dass die Erkenntnisse auch auf Spitäler übertragen werden können, die nicht das volle Leistungsangebot aufweisen. Zudem liegt der Fokus auf dem Schweizer Gesundheitswesen, da die Interviewpartner/-innen ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte sind, welche in Schweizer Kliniken arbeiten. Die Ergebnisse lassen sich jedoch auf alle vom Arbeitsrecht betroffenen Kliniken und Krankenhäuser oder auf Kliniken und Krankenhäuser in anderen Ländern mit einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem übertragen, zum Beispiel Deutschland oder Österreich. Ziel ist es, eine gesamtheitliche

Darstellung des Forschungsthemas darlegen zu können und konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit ist in sieben Kapitel unterteilt. In der Einleitung werden die Ausgangssituation und die Problemstellung, die Zielsetzung, die Vorgehensweise sowie der Aufbau der Thesis veranschaulicht.

In Kapitel 2 folgen die Grundlagen der Untersuchung. Zunächst werden die Typologien von Spitälern erläutert. Anschliessend erfolgt ein Überblick über die Stellung und Entwicklung der Spitäler. Des Weiteren wird auf das ArG eingegangen. Es werden die Regelungen und Definitionen von Begriffen betrachtet und die Entwicklung der Arbeitszeit im Spital wird erläutert. Die historische Entwicklung von Arbeitszeitmodellen und die entsprechenden Forschungsbeiträge werden ebenfalls diskutiert.

In Kapitel 3 wird das Thema abgegrenzt. Dieses Kapitel soll einen Überblick geben, welche Fragen in der Forschungsarbeit behandelt werden und welche nicht. Die Abgrenzung ist wichtig, um sicherzustellen, dass die Forschungsarbeit ausreichend spezifisch ist und dass der Forschungsprozess effektiv und effizient gestaltet werden kann.

In Kapitel 4 erfolgt eine Bestandsaufnahme der Forschungsbeiträge zur Thematik. Zunächst wird das Vorgehen bei der Literaturrecherche beschrieben. Daraufhin folgen Forschungsbeiträge zu Arbeitszeitmodellen und deren Auswirkungen auf ärztliches Personal. Weiter werden Forschungsbeiträge zur Arbeitswissenschaft dargelegt. Anschliessend werden die theoretischen Ansätze des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals beschrieben. In Kapitel 4.5 werden die verschiedenen Arten der Arbeitszeitmodellen dargestellt. bevor zusätzlich die Einflussfaktoren auf die Arbeitszeitmodelle erklärt werden. Kapitel 4 wird mit Beiträgen zum Thema *Zukunftsperspektiven im Bereich der Chirurgie* und einer Zusammenfassung abgeschlossen.

In Kapitel 5 findet die Herleitung der empirischen Untersuchung statt. Zunächst werden die Grundlagen und das Vorgehen erläutert. Dann folgt die Konzeption der Studie, bevor das Erhebungsdesign betrachtet wird.

Kapitel 6 befasst sich mit der empirischen Untersuchung. Zunächst werden die Interviewergebnisse beschrieben und zusammengefasst. Anschliessend werden die verschiedenen Arbeitszeitmodelle im Rahmen der empirischen Untersuchung erläutert.

Kapitel 7 schliesst mit einer Abschlussbetrachtung ab, welche die Forschungsergebnisse nochmals zusammenfasst. Zudem wird ein kurzer Ausblick gegeben mit Ideen für weitere Forschung zum Thema Arbeitszeiten im Gesundheitswesen.



## 2 Grundlagen der Untersuchung

Wie in Unterkapitel 1.1 beschrieben, besteht reges Interesse an Arbeitszeiten, Arbeitszeitmodellen, Dienstplänen und deren Umsetzung im Gesundheitswesen. Insbesondere die jüngeren Generationen streben nach einer ausgewogenen Work-Life-Balance (Rachmadini & Riyanto, 2020).

Das europäische Gerichtsurteil (EuGH, Urteil vom 21.02.2018 -C -518/15) hat die Ruhebereitschaft als Arbeitszeit deklariert, woraus entsprechende Massnahmen resultierten. Eine adäquate Übersicht, in der die relevantesten Aspekte in einem Merkblatt veranschaulicht werden, stammt vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO, o. D.). Das ArG in der Schweiz erfüllt ein öffentliches Interesse – den Arbeitnehmerschutz. Die Spitäler nehmen eine spezielle Rolle ein. Sie müssen kontinuierlich betrieben werden, das heisst, sowohl Tages- als auch Nachtdienst (einschliesslich Sonn- und Feiertagen) müssen abgedeckt werden. Zudem müssen die Sicherheit und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden können. In Art. 15 Arbeitsgenehmigungsverordnung (ArGV) 2 werden diese Bedingungen beschrieben.

Das Gesundheitswesen ist mit einer zunehmenden Ökonomisierung konfrontiert, was sowohl Möglichkeiten als auch Herausforderungen mit sich bringt (Zünd, 2020). Themen wie integrierte Versorgung, Ambulantisierung oder ein wertbasiertes Gesundheitswesen werden immer mehr in die strategischen Ausrichtungen inkludiert (vgl. dazu die Themen im 9. DRG Forum Schweiz – Deutschland mit dem Titel *Sind die fetten Jahre vorbei?*). Die Diskussionen zielen auf eine transparente sowie erhöhte Qualität im Gesundheitswesen mit Berücksichtigung der ökonomischen Aspekte ab. Dementsprechend stammen die Impulse zum Gesundheitswesen und -system in den vergangenen Jahren von Ökonominen und Ökonomen und nicht aus den medizinischen Wissenschaften oder der Gesundheitspolitik (Zünd, 2020).

Porter und Teisberg (2006) beschreiben in ihrem Buch *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results* den Fokus auf Qualität anstatt auf Kosten. Der Patientennutzen steht im Vordergrund der Überlegungen und dieser soll an Qualität und nicht an Quantität gemessen und verglichen werden. Die Qualität im Dienstleistungssektor Gesundheitswesen wird insbesondere durch die Mitarbeitenden beeinflusst, da sie die Dienstleistung erbringen und im direkten Kontakt mit den Patien-

tinnen und Patienten stehen (Helmig & Dietrich, 2001). Die sich im Frühling 2020 ausbreitende COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass motivierte und gut ausgebildete Mitarbeitende von zentraler Bedeutung sind und für ein Spital eine entscheidende Ressource verkörpern (Wunsch, Buchmann, Wedel & Weg, 2014).

## **2.1 Definition und Erscheinungsform von Spitälern**

Rasche und Braun von Reinersdorff (2016) beschreiben ein Spital respektive Krankenhaus als eine Expertenorganisation. Expertenorganisationen sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht ein neues Phänomen (Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016). Sie stehen den angelsächsischen Professional Services Firms nahe. Dabei handelt es sich um wissens- und kompetenzintensive Dienstleistungsorganisationen, deren Wertschöpfungsleistung in erster Linie auf der Einstellung, Verwertung und Nutzung hochspezialisierten Humankapitals beruht (Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016). Dieses Thema wird im Kapitel 4 vertieft. Im Gegensatz zu Amateurrinnen und Amateuren haben Fachleute in der Regel eine lange Ausbildung absolviert, die ihnen als Anwältin bzw. Anwalt, Wirtschaftsprüfer/-in, Architekt/-in oder Chefärztin bzw. Chefarzt den Status einer Expertin oder eines Experten verleiht. Krankenhäuser können als Expertenorganisationen im weiteren Sinne interpretiert werden. Während sie einerseits einem strengen Regulierungsrahmen unterliegen, folgen sie andererseits im Gegensatz zu Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren nicht der Logik einer partnerschaftlichen Unternehmensführung. Vielmehr agieren unter der Ägide einer häufig nicht ärztlichen Leitung Chefärztinnen und -ärzte, die keinen fachlichen Weisungen unterliegen und in erster Linie ihrem Heilversprechen verpflichtet sind (Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016).

Wirtschaftliche Zwänge gehen oft mit Interessenkonflikten zwischen „Ethik und Monetik“ einher (Zünd, 2020). Es stellen sich beispielsweise die Fragen, ob die begrenzten Ressourcen der Krankenhäuser unter Rendite- oder Versorgungsgesichtspunkten optimal eingesetzt werden und wie der Interessenkonflikt zwischen Patienten- und Renditeauftrag gelöst werden kann.

In diesem Artikel von Zünd (2020) wird der Produktivitätssteigerung vor Rationalisierung und Priorisierung besondere Bedeutung beigemessen, da dies im besten Fall dazu führt, dass der Patientennutzen nicht reduziert wird. Dennoch erweist sich die Realisierung der notwendigen Produktivitäts- und Wertsteigerungsreserven in den

Krankenhäusern als schwierig, wenn die Expertinnen und Experten ihre Rolle als unabhängige Kompetenzträger/-innen gefährdet sehen. Werden sie zu einem Wertschöpfungsparameter in einer industrialisierten Dienstleistungswertschöpfungskette degradiert, ist mit Widerständen seitens des Berufsstands zu rechnen. Eine nachhaltige Steuerung von Wertschöpfung und Produktivität erfordert daher geeignete Management- und Steuerungsprinzipien.

In der Schweiz obliegt die Patientenversorgung den Kantonen. Mittels Spitalisten wird die Grundversorgung der Bevölkerung gewährleistet. Aufgrund des föderalistischen Systems existieren in der Schweiz zahlreiche Erscheinungsformen von Spitälern. Die Spitäler haben ferner unterschiedliche Rechtsformen. Eine Auflistung (siehe Abbildung 1) stellt das Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2020) zur Verfügung.

**Abbildung 1:** Typologie der Schweizer Spitäler mit den stationären Fallzahlen

Quelle: BAG, 2020, eigene Darstellung

Typologie		AG / GmbH	Verein / Stiftung	Einzelirma / Gesellschaft	Öffentliches Unternehmen	Total
Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 1, Universitätsspital)	Betriebe	1	–	–	4	5
	Stationäre Fälle	47'982	–	–	184'554	232'536
Allgemeinspital, Zentrumsversorgung (Niveau 2)	Betriebe	18	6	–	15	39
	Stationäre Fälle	306'108	82'153	–	329'719	717'980
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 3)	Betriebe	7	2	–	6	15
	Stationäre Fälle	52'686	14'609	–	42'597	109'892
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 4)	Betriebe	17	6	–	4	27
	Stationäre Fälle	77'389	27'104	–	16'288	120'781
Allgemeinspital, Grundversorgung (Niveau 5)	Betriebe	6	7	–	3	16
	Stationäre Fälle	10'057	5'856	–	1'143	17'056
Psychiatrische Klinik (Niveau 1)	Betriebe	9	–	–	12	21
	Stationäre Fälle	22'294	–	–	28'047	50'341
Psychiatrische Klinik (Niveau 2)	Betriebe	14	13	–	2	29
	Stationäre Fälle	7'159	3'519	–	846	11'524
Rehabilitationsklinik	Betriebe	39	11	–	4	54
	Stationäre Fälle	37'427	16'233	–	4'496	58'156
Spezialklinik: Chirurgie	Betriebe	32	3	–	–	35
	Stationäre Fälle	54'257	20'949	–	–	75'206
Spezialklinik: Gynäkologie / Neonatologie	Betriebe	12	3	1	–	16
	Stationäre Fälle	5'464	824	56	–	6'344
Spezialklinik: Pädiatrie	Betriebe	–	2	–	1	3
	Stationäre Fälle	–	12'744	–	6'002	18'746
Spezialklinik: Geriatrie	Betriebe	1	1	–	1	3
	Stationäre Fälle	1'444	1'921	–	4'791	8'156
Spezialklinik: Diverse	Betriebe	11	6	1	–	18
	Stationäre Fälle	8'135	2'138	175	–	10'448
<b>Total</b>	<b>Betriebe</b>	<b>167</b>	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>52</b>	<b>281</b>
	<b>Stationäre Fälle</b>	<b>630'402</b>	<b>188'050</b>	<b>231</b>	<b>618'483</b>	<b>1'437'166</b>

Die universitäre Medizin (Universitätsspitäler) ist in jedem Land im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung. Neben den Grundaufträgen, die eine Gesundheitsinstitution wahrnehmen muss, haben die Universitätsspitäler und die medizinischen Fakultäten insbesondere drei charakteristische Elemente:

- Patientenversorgung

- Forschung und Innovation
- Ausbildung

In Abbildung 2 wird der integrale öffentliche Auftrag graphisch dargelegt. Nebst den drei charakteristischen Elementen gehören zwölf weitere Aspekte in diesen Auftrag. Koordiniert werden diese durch den Verband Universitäre Medizin Schweiz (<https://www.unimedsuisse.ch/de/universitaere-medizin.>). In der Schweiz gibt es fünf Universitätsspitäler. In Deutschland existieren im Vergleich 32 Unikliniken.

**Abbildung 2: Integraler öffentlicher Auftrag universitärer Spitäler Schweiz**

Quelle: Universitäre Medizin Schweiz, o. D., eigene Darstellung



**2.2 Stellung und Entwicklung der Spitäler**

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020) stellt jedes Jahr die Kennzahlen der Schweizer Spitäler zur Verfügung. In der Schweiz finden sich 281 Spitalbetriebe. Etwa ein Drittel gehört zur allgemeinen Pflege und circa zwei Drittel sind Spezialkliniken sowie Geburtshäuser. Die Zahl der Spitäler ist aufgrund von Zusammenschlüssen abnehmend. Rund ein Drittel der Spitäler sind mehreren Standorten zugeordnet. In Deutschland zeigt sich ein ähnliches Bild (Statistisches Bundesamt, zitiert nach

de.statista.com, 2023). In Österreich hat es keinen Anstieg und ebenfalls einen leichten Rückgang der Zahl der Krankenanstalten gegeben (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, o. D.).

### **2.3 Das Arbeitsgesetz im Gesundheitswesen**

Ausgewogene Arbeits- und Ruhezeiten sind Teil des Gesundheitsschutzes, da sie sowohl Ermüdung als auch damit verbundenen Unfällen vorbeugen. Sie garantieren den Arbeitnehmern ein soziales Leben, indem sie zum Beispiel den Sonntag als Ruhetag festlegen (SECO, o. D.). Das ArG regelt die Mindestruhezeiten der Arbeitnehmenden und die Organisation der Arbeitszeiten. Krankenhäuser und Kliniken müssen rund um die Uhr arbeiten und die Sicherheit und Gesundheit der Patientinnen und Patienten sowohl tagsüber als auch nachts (auch am Sonntag) gewährleisten. Das ArG trägt dieser Tatsache Rechnung und enthält in der ArGV 2 spezielle Bestimmungen für Spitäler und Kliniken (Art. 15 ArGV 2).

Das ArG für Krankenanstalten und Kliniken teilt sich in nachstehende Unterpunkte auf, die über die Website des Staatssekretariates für Wirtschaft (SECP, o. D.) abrufbar sind.

- Tages- und Abendarbeit
- Wöchentliche Höchstarbeitszeit
- Voraussetzungen und Dauer der Überzeitarbeit
- Ruhezeiten
- Schichtarbeit
- Nachtarbeit
- Sonntagsarbeit
- Ununterbrochener Betrieb
- Pikettdienst
- Jugendliche Arbeitnehmende, schwangere Frauen und stillende Mütter
- Arbeitnehmende mit Familienpflichten
- Verzeichnisse und andere Unterlagen, Bekanntgabe des Stundenplans und der Arbeitszeitbewilligungen, Mitwirkung der Arbeitnehmenden

Trotz der hohen regulatorischen Vorgaben sieht die Praxis anders aus. Häufige Übermüdung und die Nichteinhaltung der Regeln aufgrund der hohen Arbeitslast und teilweise ineffizienter Abläufe sind in Kliniken häufig. Dies gilt, obwohl die Konsequenzen von Übermüdung und Dauerdiensten dokumentiert sind (Caruso et al., 2022).

### **2.3.1 Regelungen und Begriffsdefinitionen**

Laut Springer (2013) bezieht sich der Begriff *Arbeit* auf bestimmte Aufgaben, die Arbeitnehmer in einem bestimmten Zeitraum und in der Regel gegen Entgelt ausführen. Diese Aufgaben können körperliche und mentale Belastungen mit sich bringen, weshalb Unternehmen bestrebt sein sollten, die Arbeitsbelastung durch eine angemessene Arbeitsgestaltung zu verringern. Die Organisation der Arbeitszeit, sowohl hinsichtlich der Dauer als auch der Lage, ist ein wichtiger Faktor für die Arbeitszufriedenheit und die Leistung der Mitarbeiter (Springer, 2013).

Das Arbeitszeitmanagement hat die Aufgabe, die tägliche Arbeitszeit und deren Dauer in einem Bezugsrahmen festzulegen. Dabei gibt es grundsätzlich zwei Arten der Gestaltung. Marr (2001) differenziert zwischen der Dauer (Chronometrie) und der Lage (Chronologie) der Arbeitszeit innerhalb des Bezugsrahmens. Eine der klassischen Formen von chronometrischen Gestaltungsmöglichkeiten ist das Modell der Teilzeitarbeit (Wanger, 2006). Flexible Arbeitszeitmodelle beinhalten Veränderungen in der Dauer, Lage, Verteilung oder Organisation der Arbeit gegenüber der Norm. Bei der Arbeitszeitgestaltung müssen die Einflussfaktoren und organisatorischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, wobei die Ziele des Unternehmens eine wichtige Rolle spielen. Es muss klar sein, ob sich das Unternehmen neben rein wirtschaftlichen Zielen auch als attraktiver Arbeitgeber positionieren und den Wünschen der Beschäftigten weitestgehend entsprechen will. Durch den Wandel der Familienzeiten müssen Unternehmen immer mehr soziale Verantwortung übernehmen. Darüber hinaus können neue Technologien dazu führen, dass die Grenzen zwischen Privat- und Berufsleben verschwimmen und die Arbeitsbelastung für die Beschäftigten steigt (Hellert, 2014).

Gerade im Gesundheitssektor und angesichts des Fachkräftemangels sind die Bedürfnisse der Beschäftigten eine wichtige Ressource, die es zu berücksichtigen gilt (Frodl, 2011). Im Dienstleistungssektor ist die hohe Abhängigkeit von Service, Termintreue und Qualität bei der Arbeitszeitgestaltung zu berücksichtigen. Das Spital oder

Krankenhaus ist durch das Uno-actio-Prinzip gekennzeichnet. Die Dienstleistung ist nicht konservierbar und muss unmittelbar stattfinden (Schreyögg & Gericke, 2006). Dies ist ein wichtiger Aspekt bei der Ausarbeitung von innovativen Arbeitszeitmodellen im Gesundheitssektor. Darüber hinaus sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen zu berücksichtigen. Zusätzlich entwickeln sich immer wieder neue Trends und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gestaltung von Arbeitszeitmodellen, die der Arbeitgeber konsultieren und möglicherweise umsetzen sollte (Bornewasser & Zülch, 2013).

### **2.3.2 Entwicklung der Arbeitszeit in Spitälern**

Oesch (2001) gibt einen Überblick über die Entwicklung des ArG in der Schweiz. Für Aussenstehende ist die Arbeitsrealität in Krankenhäusern nur schwer verständlich. In Bezug auf die Arbeitszeiten stellt das Krankenhaus eine Expertenorganisation dar, welche sich stark von anderen Arbeitsplätzen unterscheidet (Rasche & Braun von Reinersdorff, 2016). Die Persönlichkeitsstruktur vieler Ärztinnen und Ärzte, ihre Arbeitszeiten und die Arbeitsethik stehen in Wechselwirkung miteinander. Die Institution Krankenhaus erzwingt Traditionen, die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben und die ein aufopferndes Selbstbild in Verbindung mit dauerhafter Professionalität erfordern (Nickel, Füllekrug & Trojan, 2008). Obwohl es zahlreiche Optionen für Massnahmen im Bereich der Arbeitszeitgestaltung gibt, verstehen die Betroffenen die Arbeitszeitgestaltung oft nicht und ihre Umsetzung vor Ort erweist sich als nahezu unmöglich; in vielen Fällen scheitern Projekte und neue Ansätze am komplexen Arbeitsalltag (Egli & Geiger, 2022).

Dennoch lässt sich feststellen, dass es bei der Festlegung und Planung der Arbeitszeit relevant ist, das Leistungsangebot verbindlich zu definieren und die Arbeitsbelastung unter Berücksichtigung der beteiligten Organisationseinheiten sinnvoll über den Tag zu verteilen (Länderausschuss für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 2012). Die Kenntnis des Personalbedarfs sollte der Ausgangspunkt für die Gestaltung des Dienstplans sein. Die Zeit, die im Krankenhaus für die einzelnen Patientinnen und Patienten aufgewendet wird, und die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeitenden sind nicht immer im Einklang. Nach Naegler (2014) sollte der Beschäftigungsbedarf strikt von den spezifischen Personen losgelöst sein und ohne überzogene Anwesenheitserwartungen definiert werden. Bei der Gestaltung der Arbeitszeit im Spital sind

weitere Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, zum Beispiel Schichtarbeit oder Pikettdienst.

Das ArG in der Schweiz sieht eine maximale Wochenarbeitszeit von 45 oder 50 Stunden vor (BAG, 2022). Für Spitäler und Kliniken bestehen Sonderbestimmungen, wobei zum Beispiel Nacht- und Sonntagsarbeit sowie die Höchstarbeitszeit anders bewertet werden (Art. 27 ArG), da diese Einrichtungen ihren Dienst ständig gewährleisten müssen. Aus diesem Grund wurde die Schichtarbeit eingeführt. Um einen reibungslosen Betriebsablauf zu gewährleisten, überschneiden sich die Schichten in der Regel (Staatssekretariat für Wirtschaft, 2020). Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten über den ganzen Tag hinweg, die Kontinuität der Pflege und Behandlung sowie die Übertragung von Aufgaben und die Dokumentation schränken den Handlungsspielraum für flexibles Arbeiten und die Häufigkeit von Schichtwechseln ein (Hölterhoff, Kramer, Feuerstein, Edel & Schumacher, 2013). Die Arbeitszeiten des ärztlichen Dienstes auf den Stationen sind in der Regel von Montag bis Freitag regelmässig organisiert und werden durch einen Bereitschaftsdienst in der Nacht und am Wochenende ergänzt. Ausnahmen von dieser Regel bilden die Intensiv- und Notfallstationen.

Der Bereitschaftsdienst bezeichnet einen Zeitraum, in dem sich die Ärztin oder der Arzt in Bereitschaft halten muss, aber nicht vor Ort im Krankenhaus sein muss. Dieser Dienst ermöglicht die Sicherstellung von Tätigkeiten bei aussergewöhnlichen Behinderungen des Normalbetriebs. Der Bereitschaftsdienst ist vom Pikettdienst zu unterscheiden. Während dieser Zeit stehen die Ärzte dem Spital vor allem zur Bewältigung normaler Arbeitsauslastungsschwankungen zur Verfügung. Der VSAO veröffentlicht regelmässig Studien über die Arbeitsbedingungen von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten.

## **2.4 Historische Entwicklung von Arbeitszeitmodellen in Spitälern und Analyse der Forschungsbeiträge**

Studien über die Arbeitszeiten und deren Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit sowie die Qualität der Arbeiten werden regelmässig und systematisch durchgeführt. Einen Überblick bietet die World Health Organization (Siegrist, Roskam & Leka, 2016). Unter anderem beschreibt sie die Auswirkungen von Stress



und Überbelastungen im Arbeitsalltag Eine weitere Zusammenfassung geben Poissonnet and Véron (2000), die zusammen mit den Ausführungen von Von Trotha (2009) die Grundlage des folgenden Unterkapitels bildet.

In den USA befassen sich bereits seit 1980 Forschende mit Arbeitszeitmodellen in Spitälern. Das Interesse entstand durch den Fall Libby Zion, bei dem ein junges Mädchen in einem New Yorker Spital aufgrund des Versagens des Systems verstarb (Asch & Parker, 1988). Die Todesursache lag nicht in Fehlern der Ärzteschaft oder des Spitals, sondern vor allem in der Überforderung und Überbelastung. Das Mädchen wurde mit leichten Symptomen in die Notaufnahme eingeliefert. Die Ärztinnen und Ärzte hatten noch viele andere Patientinnen und Patienten, die sie betreuten, und konnten daher nicht rechtzeitig Massnahmen einleiten, als es Libby Zion schlechter ging. Sie verstarb an einem Herzstillstand. Aus diesem Grund wurde nach Verbesserungsmöglichkeiten geforscht, sodass mehrere Studien hinsichtlich verschiedener Arbeitszeitmodelle folgten (Philibert, Friedmann & Williams, 2002). Einen Überblick liefern unter anderem Baldwin, Daugherty, Tsai und Scotti (2003) sowie Steinbrook (2002).

Neben amerikanischen Studien haben sich auch in Europa Forschende aus verschiedenen Ländern mit den Arbeitszeitmodellen in Spitälern auseinandergesetzt. In Italien wurde eine multizentrische Studie durchgeführt (Kheiraoui, Gualano, Mannocci, Boccia & La Torre, 2012). Beschäftigte im Gesundheitswesen haben – je nach beruflicher Rolle – unterschiedliche Einschätzungen ihrer Lebensqualität. Insbesondere Pflegende haben eine geringere Lebensqualität. Auch wurden bereits Langzeitfolgen von erhöhtem Stresslevel in einem Spital aufgezeigt. Es ging den Personen gesundheitlich schlechter, wenn dauernd ein hoher Stresslevel über eine längere Zeit ohne Pausen vorhanden ist (Bourbonnais, Brisson & Vézina, 2011). Nebst der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte wurde insbesondere beim Pflegepersonal umfassend in Bezug auf die Arbeitszeit und deren Auswirkungen geforscht. Bei den Pflegenden kommt vor allem Burnout im Rahmen der physischen und psychischen Belastung zum Tragen (Schmidt, 2015).

In den vergangenen Jahren haben sich in den Industrieländern eine Diversifizierung der Arbeitssysteme und eine grössere Flexibilität der Arbeitspläne ergeben wie bspw. Green und Mostafa (2020) aufzeigen. Dies hat zur Entstehung neuer Arbeitsmuster geführt, zum Beispiel komprimierter Arbeitswochen, Teilzeitstellen, Arbeitsjahreseinteilung und Frauen in Führungspositionen. Die Europäische Stiftung zur Verbesserung

der Lebens- und Arbeitsbedingungen publiziert hinsichtlich der Schlüsseldimensionen der Qualität von Arbeit und Beschäftigung regelmässig neue Erkenntnisse der verschiedenen Dimensionen Diese Dimensionen sind Karriere- und Beschäftigungssicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden, Kompetenzentwicklung sowie Vereinbarung von Arbeits- und Nichtarbeitsleben (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2002). Es wird beispielsweise aufgezeigt, dass in der Europäischen Union unregelmässige Stunden ausserhalb des regulären Acht-Stunden-Tages geleistet werden und viele Arbeitnehmende in Schichten beschäftigt sind. Die nachteiligen Auswirkungen von Schichtarbeit auf die körperliche und geistige Gesundheit, den Schlaf, die Arbeitsleistung und das psychosoziale Wohlbefinden sind umfassend dokumentiert (Caplan, 1994; Harrington, 1994a; Waterhouse, Folkard & Minors, 1992). Häufig sind solche Studien in der Industrie durchgeführt worden. Im Allgemeinen ist das Pflegepersonal neben hoher Arbeits- und psychischer Belastung langen Arbeitszeiten, verlängerten Tagen und Schichtarbeitsplänen ausgesetzt. Anders als in anderen Gewerben stehen die Beschäftigten im Gesundheitswesen in ständigem Kontakt mit menschlichem Leid und Tod, sodass Parallelen zwischen ärztlichen Tätigkeiten und industrieller Arbeit nicht zwingend gezogen werden können. Bei industrieller Arbeit haben Fehler unter Umständen weniger gravierende Auswirkungen, da diese vor allem ökonomischer Art sind. Bei ärztlichen Tätigkeiten können Fehler schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die Patientinnen und Patienten haben (Pape-Köhler, Luttmann, Müller & Feistle, 2021). Aufgrund der teilweise nicht gegebenen Vergleichbarkeit sollten weitere spezifische Studien zum Thema durchgeführt werden.

### 3 Abgrenzung

Nachstehend wird das Untersuchungsfeld der vorliegenden Arbeit eingegrenzt. Durch die qualitative Vorgehensweise erfolgt in dieser Abhandlung der Versuch, ein ganzheitliches Bild des Themas *Arbeitszeitmodelle im Bereich des Gesundheitswesens in der Maximalversorgung* darzustellen. Der Verfasser fokussiert sich auf die Arbeitszeiten, Gesetze und Vorgaben in diesem Bereich. Je nach Schwerpunkt lassen sich Erkenntnisse auf kleinere Spitäler übertragen. Mit dieser Studie sollen indes keine allgemeingültigen Aussagen zum Thema Arbeitszeiten, zum ArG oder zu generellen Arbeitsmodellen getätigt werden. Die vorgestellten Ergebnisse lassen sich nicht auf andere Branchen oder Industrien übertragen, da die Arbeitszeiten im Gesundheitswesen bei Ärztinnen und Ärzten separat geregelt sind.

Die Thematik der Arbeitszeitmodelle in Spitälern ist komplex und multifaktoriell. Die Interviews haben verdeutlicht, wie relevant das Thema bei den Ärztinnen und Ärzten sowie beim Arbeitgeber ist. Sie werden zeigen, wie unterschiedlich die Sichtweisen je nach beruflichen oder privaten Zielen sind.

Der Verfasser wertet die aktuell angewendeten Arbeitszeitmodelle und die Antworten der interviewten Personen nicht, sondern versucht, die Erkenntnisse zu verstehen, zu interpretieren und Handlungsempfehlungen abzuleiten. Die Ergebnisse sollen mit eigenen Interpretationen ergänzt und die aktuellen Chancen und Risiken der verschiedenen Arbeitszeitmodelle, die zum Zeitraum der Interviews vorherrschen, sollen veranschaulicht werden.

Die aktuelle Gesetzgebung wird ebenfalls nicht untersucht. Obwohl die aktuelle Anwendung der Arbeitsmodelle eng an die Vorgaben des ArG geknüpft ist, wird das Thema der Arbeit nicht juristisch bewertet. Im Rahmen der Abhandlung wird das ArG lediglich betrachtet, um eine ganzheitliche Darstellung des Themas zu gewährleisten.

Zudem scheint ein Unterschied der Arbeitszeitmodelle in Hinblick auf die medizinische Ausrichtung zu existieren. Eine Tätigkeit in Teilzeit scheint in schneidenden Disziplinen schwieriger umsetzbar zu sein als in nicht-schneidenden Disziplinen. In den Niederlanden wurde diesbezüglich eine Studie durchgeführt, aus der hervorgeht, dass lediglich 6 % der Chirurginnen und Chirurgen in Teilzeit arbeiten, 54 % dies jedoch gern tun würden (Molema et al., 2007). Satiani, Williams und Ellison (2011) sehen an dieser Stelle eine Möglichkeit, den Fachkräftemangel in den chirurgischen Disziplinen

zu verringern, indem insbesondere für Frauen in der beruflichen Laufbahn sowie für pensionierte Chirurginnen und Chirurgen Teilzeitarbeitszeitmodelle angeboten werden. Diese Modelle sollten sich auf flexible Arbeitszeitpläne, Anpassungen bei Fehlverhalten, akademische Beförderungen, Aufrechterhaltung der Zertifizierung und Lizenzierung sowie auf (zusätzliche) Leistungen für Arbeitnehmer/-innen beziehen. Damit könnten vermehrt auch Frauen sowie Seniorinnen und Senioren im Arbeitsmarkt gehalten werden. Ein spezielles Augenmerk gilt dem Anstieg des Ärztinnenanteils in Leitungsfunktionen in Schweizer Spitälern – die Tendenz ist hierbei steigend (Hostettler & Kraft, 2018).

Gemäss Adelheid Schneider-Gilg, Präsidentin des Ärztinnenverbands Medical Women, stellt insbesondere die Arbeitszeit ein zentrales Problem dar. Ein Tätigkeitsumfang von mehr als 80 % sei von vielen Frauen nicht gewünscht – dieser gilt allerdings in Leitungsfunktionen nach wie vor als Standard (Weingartner, 2018). Obwohl keine gravierenden Qualitätsunterschiede zwischen Voll- und Teilzeitangestellten nachgewiesen wurden, ist vor allem in chirurgischen Kliniken die hohe Präsenzzeit für die Ausbildung essenziell (Aebi, Kühni, Suri & Schellinger, 2018; De Jong, Heiligers, Groenewegen & Hingstman, 2006).

Der Schwerpunkt wurde auf die sogenannten schneidenden (chirurgischen) Bereiche gelegt. Die gewonnenen Erkenntnisse sind in nicht schneidenden Disziplinen möglicherweise einfacher umsetzbar. Aus der Literatur ist hervorgegangen, dass die Schwierigkeit der Umsetzung innovativer und moderner Arbeitsmodelle in schneidenden Disziplinen aufgrund der notwendigen Exposition und Erfahrung für die Durchführung operationeller Eingriffe grösser ist (Gehring & Schwappach, 2011). Zudem scheint es im teilweisen kompetitiven chirurgischen Umfeld schwierig zu sein, eine Work-Life-Balance anzustreben (Braun et al., 2018). Auch in den Interviews wurde explizit erwähnt, dass besprochene innovative Arbeitszeitmodelle in nicht schneidenden Fächern möglicherweise einfacher umsetzbar sind.

## **4 Bestandsaufnahme und theoretische Grundlagen**

In diesem Kapitel wird eine Bestandsaufnahme vorgenommen und die theoretischen Grundlagen werden erläutert. Kapitel 4 ist in acht Unterkapitel gegliedert. Zuerst wird kurz das Vorgehen bei der Literaturrecherche beschrieben. In Unterkapitel 4.2 folgen Forschungsbeiträge zu Arbeitsmodellen und deren Auswirkungen auf ärztliches Personal und Pflegende. Daraufhin wird die Disziplin Arbeitswissenschaft kurz vorgestellt – mit dem Ziel, die arbeitswissenschaftlichen Grundlagen zu betrachten und in das Thema einzuführen. Anschliessend werden die theoretischen Ansätze des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals erörtert, um aufzuzeigen, wie zentral und relevant die Mitarbeitenden in einem Unternehmen sind. Darüber hinaus werden in Unterkapitel 4.5 die in der Praxis relevantesten Arbeitszeitmodelle erläutert. Dies dient als Überblick über die Modelle, die aktuell angewendet werden. Nachfolgend werden die Einflussfaktoren der Arbeitszeitmodelle beschrieben, welche sich in der empirischen Untersuchung wiederfinden werden. In Unterkapitel 4.7 werden Literaturerkenntnisse dahingehend vorgestellt, wie der Arbeitsinhalt und die Ausbildung chirurgischer Ärztinnen und Ärzte zukünftig gestaltet werden könnte. Das Thema ist die Simulation und Verwendung von Robotern. Abgeschlossen wird das Kapitel 4 mit einer kurzen Zusammenfassung.

### **4.1 Vorgehensweise Literaturrecherche**

Die Literaturrecherche ist die systematische Suche nach wissenschaftlicher Literatur zu dem in der Arbeit zu behandelndem Thema. In der Wissenschaft wird auf vorhandenes Wissen Bezug genommen. Deshalb steht am Anfang jeder wissenschaftlichen Arbeit eine Literaturrecherche.

Grundlegend existieren die systematische und die unsystematische Literaturrecherche (Klewer, 2022). Die Forschungsfrage respektive der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie ist, wie in Kapitel 2 erläutert, breit gewählt und wurde daher mittels qualitativer Forschungsmethoden untersucht. Für die Literaturrecherche wurde deshalb zunächst die Methodik der unsystematischen Literaturrecherche angewendet. Ziel war es, sich einen besseren Überblick über das Thema zu verschaffen. Es wurden Literaturverzeichnisse von anderen Arbeiten gescannt. Als Ausgangsquelle

diente die Arbeit von Von Trotha (2009). Die Literaturangaben des zugehörigen Literaturverzeichnisses wurden nach weiteren Quellen untersucht. Durch dieses Vorgehen konnte ein Überblick über das Thema erarbeitet werden.

Mithilfe dieser Grundlage und der Analyse von Primärliteratur wurde in einem zweiten Schritt die systematische Literaturrecherche angewendet. Dabei wurde folgendes Vorgehen gewählt: Zuerst wurden die Suchbegriffe bestimmt. Diese waren: Gesundheitswesen, Spital, Arbeitszeitmodelle, Mitarbeiterzufriedenheit, Chirurgie, Generation Z, Dienstplan, Schichtarbeit, Ausbildung, Forschung und Digitalisierung. Gleichzeitig wurden Synonyme und englische Begriffe in die Suche inkludiert.

Nachdem die Liste der Suchbegriffe definiert worden war, wurde eine Literatursuche durchgeführt. Es wurden Google Scholar, JSTOR und PubMed als Datenbanken herangezogen. Die Suchergebnisse wurden überflogen und es wurde jeweils Abstract, Gliederung, Einleitung und Fazit gelesen. Hat sich eine Literaturquelle als passend zum Forschungsinteresse herausgestellt, wurde diese detailliert gelesen und für die vorliegende Abhandlung genutzt. Ein Ausschlusskriterium war es, wenn die Literatur keinen Zusammenhang zur aktuellen Arbeit hatte. Zusätzlich wurden Studien aus dem Gesundheitswesen gegenüber jenen aus der Industrie bevorzugt. Dieses Vorgehen wurde während des gesamten Schreibprozesses dieser Arbeit verwendet. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass sich die vorliegende Thesis auf bereits vorhandenes Wissen bezieht. Im nächsten Unterkapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche präsentiert.

## **4.2 Forschungsbeiträge zu Arbeitszeitmodellen und deren Auswirkungen auf ärztliches Personal**

Nun folgt ein Überblick über die Situation betreffend Gesundheit und Wohlbefinden der Arbeitnehmer/-innen. Einerseits wird ein genereller Überblick anhand der Ausführungen aus der Europäischen Erhebung über die Arbeitszeitbedingungen (EWCS) dargestellt und andererseits wird spezifisch auf Einzelaspekte eingegangen, die insbesondere im Rahmen der empirischen Untersuchung dieser Arbeit bedeutsam sind.

#### **4.2.1 Genereller Überblick von Forschungsbeiträgen zum Thema Arbeitszeitmodelle**

Die nachfolgenden Ausführungen stammen aus der EWCS und geben einen generellen Überblick über die Situation in der Europäischen Union (Kubicek et al., 2019). Insgesamt berichten die Arbeitnehmer/-innen in der Europäischen Union von guter Gesundheit und Wohlbefinden. Chronische Gesundheitsprobleme wurden von 17 % der Arbeitnehmer/-innen genannt. Männer berichteten im Durchschnitt über eine bessere Gesundheit, ein höheres Wohlbefinden, weniger Gesundheitsprobleme und eine bessere Schlafqualität als Frauen.

Länderspezifische Unterschiede bei Gesundheit und Wohlbefinden sind vorhanden, aber weniger signifikant als geschlechtsspezifische Unterschiede (Kroll, Lampert & Müters, 2018). Die individuelle Gesundheit wird durch mehrere Faktoren bestimmt, darunter die Genetik und der Lebensstil. Für Erwerbstätige sind auch die Arbeitsbedingungen von Bedeutung. Die Beziehung zwischen den Arbeitsbedingungen und der Gesundheit sowie dem Wohlbefinden der Arbeitnehmer/-innen kann in einem Modell dargestellt werden, das auf den EWCS-Daten basiert (Kubicek et al., 2019). Daraus geht hervor, dass die Gesundheitsergebnisse das Resultat von zwei Prozessen sind: gesundheitsschädigenden Prozessen (Erschöpfung) und motivierenden Prozessen (Engagement). Gesundheitsschädigende Prozesse stehen im Zusammenhang mit der Belastung durch negative Arbeitsanforderungen; motivierende Prozesse mit dem Zugang zu Arbeitsressourcen, die das Engagement fördern. Arbeitsanforderungen erhöhen tendenziell die Erschöpfung (die mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht), während Arbeitsressourcen ein grösseres Arbeitsengagement und Wohlbefinden zur Folge haben.

Physische Risiken und soziale Anforderungen wirken sich direkt auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer/-innen aus; bei anderen Arbeitsbedingungen sind die Auswirkungen indirekt. Die EWCS-Daten zeigen, dass sich die Arbeitsanforderungen und -ressourcen in den letzten 15 Jahren nicht dramatisch verändert haben (Aleksynska et al., 2020). Während die Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kolleginnen und Kollegen gleichgeblieben ist, gibt es Anzeichen dafür, dass die Arbeitsintensität und die Arbeitsplatzkontrolle seit 2010 leicht zugenommen haben. Darüber hinaus haben sich die emotionalen Anforderungen verstärkt, was die wachsende Bedeutung psychosozialer Risiken unterstreicht. Ein positiver, wenn auch langsamer

Trend ist bei der Entlohnung zu beobachten: Mehr Arbeitsplätze scheinen sicher zu sein, bieten bessere Karriereperspektiven und eine angemessene Entlohnung (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 2020).

Physische Risiken und Arbeitsintensität bleiben für die Gesundheit der Arbeitnehmer/-innen relevant und zeigen keine Anzeichen einer Abnahme. Emotionale Anforderungen und psychosoziale Risiken gewinnen an Bedeutung: Beschäftigte im Gesundheits- und Bildungswesen (meist Frauen) sind hohen emotionalen Anforderungen ausgesetzt. Diese Ansprüche stehen in signifikantem Zusammenhang mit Erschöpfung und damit mit einer Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden (Lee, Kim, Cho & Kim, 2019). Mit dem zunehmenden Bedarf an Langzeitpflege in alternden Gesellschaften werden diese Anforderungen wahrscheinlich weiter steigen und bedürfen daher besonderer Aufmerksamkeit. Vor allem Beschäftigte im Gesundheitssektor sind mit hohen emotionalen und sozialen Anforderungen konfrontiert, zum Beispiel im Umgang mit verärgerten Kundinnen und Kunden oder Patientinnen und Patienten sowie in emotional aufwühlenden Situationen wie Schneider, Streifeneder und Kolland (2021) aufzeigen.

Kuoppala, Lamminpää und Liira (2008) haben weitere Aspekte in ihrer Studie untersucht. So können Motivationsaspekte für Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit entscheidend sein: Arbeitsplatzkontrolle, soziale Ressourcen und lohnende Arbeitserfahrungen haben positive Auswirkungen. Die Arbeitgeber/-innen sollten ermutigt werden, Arbeitsplatzinitiativen einzuführen, die sich auf motivierende Aspekte der Arbeit konzentrieren. Gemäss Kuoppala et al. (2008) sollten solche Investitionen jedoch nicht die Neugestaltung der Arbeit zur Begrenzung der Arbeitsanforderungen ersetzen. Die Arbeitnehmer/-innen und ihre betrieblichen Vertreter/-innen sollten ermutigt werden, sich an der Suche nach Lösungen zu beteiligen. Zusätzlich sollten gemäss Van Scheppingen, de Vroome, Ten Have, Bosma und Schalk (2020) politische Initiativen über den Schutz der Arbeitnehmer/-innen vor übermässigen Arbeitsanforderungen hinausgehen und ergänzende strategische Investitionen fördern, die den Beschäftigten die notwendigen Ressourcen zur Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens bieten. Diese kurze Zusammenfassung zeigt auf, dass es innovative Ideen auf Ebene Gesellschaft (Politik), Institution (Arbeitgeber) und Individuum (Arbeitnehmer) braucht, um die zukünftigen Herausforderungen im Arbeitsmarkt



meistern zu können. In Abschnitt 6.1.1. werden diese drei Ebenen wieder aufgenommen (siehe Abbildung 16).

#### **4.2.2 Risiken für Frauen in verschiedenen Arbeitszeitmodellen**

In vielen Krankenhäusern sind etwa 75 % des Personals Frauen. Darüber hinaus gibt es eine starke Feminisierung des medizinischen Personals auf der Ebene der Assistenz- und Oberärzte (HPlus, o. D.). Dies bedeutet, dass die Zahl der Ärztinnen deutlich zugenommen hat (Hostettler & Kraft, 2019). Auch die Zahl der Medizinstudentinnen hat in den letzten Jahren zugenommen (Merçay, Burla & Widmer, 2016). Aus diesem Grund wird in diesem Abschnitt speziell auf die Literatur eingegangen, die sich mit Stressoren und Arbeitszeitmustern und deren Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen befasst. Frauen sind in der Arbeitswelt zahlreichen Risiken ausgesetzt, insbesondere im Zusammenhang mit unterschiedlichen Arbeitszeitmustern. Insbesondere die Folgen von Nachtarbeit, Schichtarbeit und längeren Arbeitszeiten werden immer wieder genannt (Parent-Thirion et al., 2019). Dieser Text soll die potenziellen Risiken für Frauen bei unterschiedlichen Arbeitszeitmustern aufzeigen.

Eine Studie von Parent-Thirion et al. (2019) im Auftrag der Europäischen Union zeigt, dass Frauen in der EU im Durchschnitt mehr als 8 Stunden pro Tag arbeiten und fast ein Drittel der Frauen mindestens 45 Stunden pro Woche arbeitet. Darüber hinaus arbeiten Frauen häufiger in Teilzeit oder mit befristeten Verträgen als Männer, was zu geringerer Arbeitsplatzsicherheit und niedrigerem Verdienst führen kann. Diese Faktoren können dazu führen, dass Frauen einem höheren Stressniveau und einem grösseren Risiko für gesundheitliche Probleme ausgesetzt sind (Parent-Thirion et al., 2019). Ein weiterer Aspekt, den Parent-Thirion et al. (2019) untersucht haben, ist die Nachtarbeit. Nachtarbeit wird mit verschiedenen Risiken in Verbindung gebracht. Eine systematische Übersichtsarbeit von Parent-Thirion et al. (2019) ergab, dass Frauen, die regelmässig nachts arbeiten, ein höheres Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht haben als Frauen, die ausschliesslich tagsüber arbeiten. Auch das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, ist bei Frauen, die nachts arbeiten, höher als bei Frauen, die ausschliesslich tagsüber arbeiten. Darüber hinaus haben Frauen, die regelmässig nachts arbeiten, häufig Probleme mit Schlafstörungen und Müdigkeit.

Ein weiteres Modell, das Parent-Thirion et al. (2019) analysierten, ist die Schichtarbeit. Schichtarbeit ist eine weitere Form der Arbeit, die für Frauen risikoreich sein kann. Parent-Thirion et al. (2019) fanden heraus, dass Frauen, die im Schichtdienst arbeiten, ein höheres Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburten und niedriges Geburtsgewicht haben als Frauen, die ausschliesslich tagsüber arbeiten. Ausserdem besteht bei Frauen, die im Schichtdienst arbeiten, ein erhöhtes Risiko für unregelmässige Menstruationszyklen, Unfruchtbarkeit und Brustkrebs. Auch längere Arbeitszeiten können für Frauen mit Risiken verbunden sein. Eine Studie von Bannai et al. (2015) ergab, dass Frauen, die regelmässig Überstunden machen, ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben als Frauen, die keine Überstunden machen.

#### **4.2.3 Arbeitsdauer in verschiedenen Schichtsystemen**

Die Dauer der Arbeit in verschiedenen Schichtsystemen kann sich auf die Gesundheit der Arbeitnehmer auswirken. Insbesondere die Dauer der Schichtarbeit, die oft länger ist als die traditionelle 9-5-Arbeit, gibt zunehmend Anlass zur Sorge. Eine systematische Übersichtsarbeit von Burch et al. (2019) hat gezeigt, dass lange Arbeitszeiten in Schichtsystemen mit höheren Raten von Arbeitsunfällen, Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Depressionen bei Arbeitnehmern verbunden sind. In diesem Beitrag werden die Risiken langer Arbeitszeiten in verschiedenen Schichtsystemen und mögliche Massnahmen zur Verringerung der Risiken erörtert. Eine Studie von Härmä et al. (2015) hat gezeigt, dass die Gesundheitsrisiken der Schichtarbeit mit der Dauer der Arbeit zunehmen. Vor allem Frauen, die lange Schichten arbeiten, haben ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dies wurde in Kapitel 4.2.2 bereits diskutiert.

Darüber hinaus können längere Arbeitszeiten zu Stress, Erschöpfung und Schlafstörungen führen, was sich negativ auf die körperliche und geistige Gesundheit auswirken kann (Smith, Kalliath & Ho, 2021). Es gibt jedoch Ansätze, um die Risiken für Arbeitnehmer in Schichtsystemen zu minimieren. Eine systematische Übersichtsarbeit von Nabe-Nielsen et al. (2018) ergab, dass Massnahmen zur Verbesserung der Schlafhygiene, zur Stärkung der sozialen Unterstützung und zur Förderung körperlicher Aktivität dazu beitragen können, das Risiko für Schichtarbeiter zu verringern. Ein weiterer Ansatz ist die Einführung von Gleitzeitregelungen, die es den Arbeitnehmern

ermöglichen, ihre Arbeitszeit an ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen. Eine Studie von ten Kate et al. (2016) hat gezeigt, dass Gleitzeit das Risiko von Schlafstörungen bei Arbeitnehmern in Schichtsystemen verringern kann. Zusammenfassend zeigt die Forschung, dass längere Arbeitszeiten in Schichtsystemen mit einer höheren Rate an Gesundheitsproblemen bei Arbeitnehmern verbunden sind. Es ist jedoch möglich, das Risiko für Arbeitnehmer in Schichtsystemen durch Massnahmen wie die Verbesserung der Schlafhygiene, die Verstärkung der sozialen Unterstützung, die Förderung körperlicher Bewegung und die Einführung flexibler Arbeitsregelungen zu verringern. Die Arbeitgeber sollten daher in der Lage sein, Massnahmen zur Risikominderung zu ergreifen, um die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Schichtarbeiter zu fördern.

Im Gesundheitswesen untersuchten Whelehan, Alexander, Connelly, McEvoy und Ridgway (2021) Schlafentzug bei Chirurgen. Ihre Studie ergab, dass einige Chirurgen unter objektivem Schlafentzug leiden. Dieser Schlafentzug nahm nach Bereitschaftsdiensten deutlich zu. Bei kognitiv anspruchsvolleren Aufgaben wurde eine stärkere Leistungsverschlechterung festgestellt als bei weniger kognitiv anspruchsvollen Aufgaben (Whelehan et al., 2021). Die derzeitigen chirurgischen Bereitschaftsdienstmodelle sind nicht darauf ausgelegt, den Schlaf der Chirurgen zu optimieren. Eine Priorisierung der Arbeitsbelastung im Bereitschaftsdienst, die sich darauf konzentriert, die individuellen kognitiven Ressourcen zu schonen und die weniger kognitiv anspruchsvollen Aspekte der Arbeit zu nutzen, wird sich wahrscheinlich positiv auf die Leistungsergebnisse auswirken (Jones, Parshuram & Goldstein, 2020). Auch der Umgang mit älteren Führungskräften und Beschäftigten sollte bei der Entwicklung von innovativen Arbeitszeitmodellen entsprechend berücksichtigt werden (Stock-Homburg & Gross, 2019). Die genannten Umstände können oft auch ein Stressauslöser sein. Daher wird im folgenden Abschnitt das Thema Stress und Empathie erläutert.

#### **4.2.4 Stress und Empathie**

Im Gesundheitswesen sind Ärzte einem hohen Mass an Stress ausgesetzt, insbesondere aufgrund ihrer Arbeitsbelastung und ihrer Verantwortung für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Patienten (Shanafelt et al., 2020). Stress wird unterschiedlich wahrgenommen. Glättli, Giezendanner und Zeller (2021) haben dies in ihrer Studie untersucht, in der sie 2037 Schweizer Hausärztinnen und -ärzte befragt haben. Sie analysierten, welche Voraussetzungen bei der Arbeit eine hohe Arbeitszufriedenheit

und ein geringes Stressniveau ermöglichen. Die Forschenden fanden heraus, dass administrative Aufgaben das Stressniveau tendenziell erhöhen. Dies kann zu Gefühlen von Burnout führen und die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigen. Ein erhöhtes Stressniveau kann die Empathiefähigkeit einschränken (Cheng & Ho, 2021). Cheng und Ho (2021) haben die Auswirkungen von Stress auf die Empathiefähigkeit untersucht. Durch eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse mehrerer Studien kommen die Autoren zu dem Schluss, dass ein erhöhtes Stressniveau die Empathiefähigkeit beeinträchtigen kann. Die Studie legt nahe, dass Stress dazu führen kann, dass Menschen mit weniger Empathie reagieren und Schwierigkeiten haben, sich in die Gefühle und Perspektiven anderer Menschen einzufühlen.

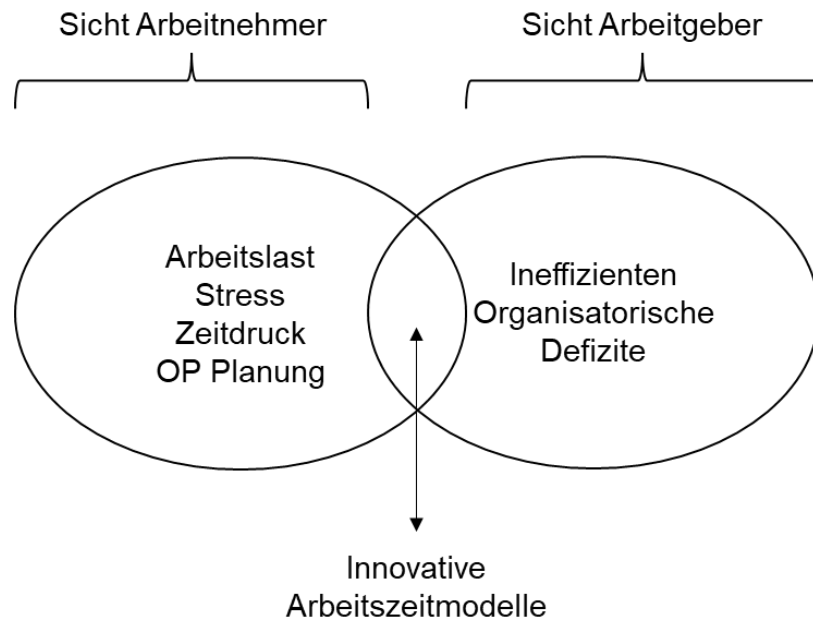
Empathie ist ein wichtiger Aspekt einer erfolgreichen Patientenversorgung. Es hat sich gezeigt, dass empathischere Ärzte eine höhere Patientenzufriedenheit und bessere Behandlungsergebnisse erzielen (Derksen et al., 2017). Stress und Empathie sind jedoch miteinander verknüpft und können sich gegenseitig beeinflussen. Wenn Ärzte unter grossem Stress stehen, kann es schwieriger sein, einfühlsam zu sein und sich in die Patienten einzufühlen. Gleichzeitig kann ein Mangel an Empathie zu einem Gefühl der Entfremdung der Arbeit und dem Patienten führen. Eine Studie von Hojat et al. (2013) ergab, dass Empathie positiv mit der Arbeitszufriedenheit und einem geringeren Burnout-Risiko bei Ärzten verbunden war. Eine weitere Studie von Krasner et al. (2009) zeigte, dass Massnahmen zur Förderung der Empathie, wie etwa spezielle Schulungen, die Arbeitszufriedenheit von Ärzten erhöhen können. Um die Arbeitszufriedenheit von Ärzten zu erhöhen, ist es wichtig, den Stress, dem sie ausgesetzt sind, zu verringern und gleichzeitig Empathie zu fördern. Dies kann durch verschiedene Massnahmen erreicht werden, wie z. B. ein flexibles Arbeitszeitmodell, Ruhepausen während des Arbeitstages, Empathietraining und psychologische Unterstützung.

Hillert und Albrecht (2020) haben das in ihrem Buch ausführlich behandelt. Gemäss ihren Ausführungen lässt sich Stress in akuten und chronischen Stress unterscheiden. Akute Stressoren sind beispielsweise akustische Alarmer, Verantwortung für das Leben von Patientinnen und Patienten oder Zeitdruck. Chronische Stressoren sind hingegen chronischer Schlafmangel, ständiger Produktionsdruck (Operation muss pünktlich beginnen) oder zu lange Arbeitszeiten. Es besteht eine Diskrepanz zwischen den ständigen Stresssituationen der Ärztinnen und Ärzte und den aus ökonomischer Sicht ineffizienten Abläufen und Prozessen innerhalb der Organisation. Eine Lösung des

Problems können innovative Arbeitszeitmodelle sein, welche im Rahmen der vorliegenden Dissertation untersucht werden. In Anlehnung an Hillert und Albrecht (2020) wurde in Abbildung 3 beispielhaft dargestellt, wie innovative Arbeitszeitmodelle helfen können, Problemfelder aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebersicht zu lösen.

**Abbildung 3:** Grafische Darstellung der Sicht von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden im hektischen Arbeitsalltag einer Ärztin oder eines Arztes

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hillert und Albrecht, 2020



Kurzum scheint es wichtig zu sein, dass Ärzte ihr Einfühlungsvermögen aufrechterhalten, um eine grössere Arbeitszufriedenheit zu erreichen und gleichzeitig eine hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Arbeitgeber können dazu beitragen, das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit von Ärzten zu verbessern, indem sie Massnahmen zur Stressreduzierung und zur Förderung des Einfühlungsvermögens einführen.

#### 4.2.5 Mitarbeiterzufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten

Weiter ist die Mitarbeiterzufriedenheit in Unternehmen für die vorliegende Arbeit von Bedeutung. Unter Arbeitszufriedenheit oder Mitarbeiterzufriedenheit wird im Allgemeinen eine positive subjektive Einschätzung eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin bezüglich der eigenen Arbeitssituation verstanden. Im Gegensatz dazu bezeichnet Arbeitsunzufriedenheit eine von der beschäftigten Person als negativ empfundene Arbeitssituation (Springer, 2013).

Bei den widersprüchlichen Anforderungen der Klinikorganisation, der europäischen Arbeitszeitrichtlinie sowie der Patientensicherheit und dem zunehmenden Fachkräftemangel sowie der nötigen Wettbewerbsfähigkeit ist die Entwicklung idealer Arbeitsstundenmodelle von entscheidender Bedeutung, um eine maximale Qualität der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Anforderungen sicherzustellen. Dazu ist es hilfreich, die Auswirkungen von Dienststundenmodellen auf die Mitarbeiterzufriedenheit zu bewerten (Langelotz et al., 2017).

Eine Möglichkeit, dies zu tun, ist das Definieren von Motivations- und Hygienefaktoren gemäss der Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg, Mausner und Snyderman (1959). Herzberg et al. (1959) untersuchten, welche Faktoren die Mitarbeiterzufriedenheit respektive die Motivation fördern und welche diese zerstören (Becker & Becker, 2019). In Anlehnung an Alshmemri, Shahwan-Akl und Maude (2017) werden die Hygiene- und Motivationsfaktoren beispielhaft zusammengefasst.

Hygienefaktoren sind Faktoren am Arbeitsplatz, die keine direkte Motivation oder Zufriedenheit bringen, aber deren Fehlen zu Unzufriedenheit führen kann. Sie sind eine Art Grundbedürfnisse der Mitarbeiter/-innen und müssen erfüllt sein, um eine produktive Arbeitsumgebung zu schaffen (Becker & Becker, 2019).

Hygienefaktoren umfassen zum Beispiel:

1. Arbeitsbedingungen wie die Ausstattung des Arbeitsplatzes, die Beleuchtung und die Temperatur
2. Beziehungen am Arbeitsplatz, einschliesslich der zu Vorgesetzten und der Kollegenschaft
3. Vergütung und Lohn
4. Arbeitsplatzsicherheit und Gesundheitsschutz
5. Arbeitszeit und Flexibilität

Hygienefaktoren sind von Bedeutung, um die Grundbedürfnisse der Mitarbeiter/-innen zu erfüllen und eine produktive Arbeitsumgebung zu schaffen (Becker & Becker, 2019).

Motivationsfaktoren hingegen sind Faktoren am Arbeitsplatz, die direkt zur Motivation der Mitarbeitenden beitragen. Sie schaffen ein positives Arbeitsumfeld und erhöhen das Engagement sowie die Leistungsbereitschaft der Beschäftigten. Im Gegensatz zu

Hygienefaktoren tragen Motivationsfaktoren dazu bei, dass Mitarbeiter/-innen sich nicht nur zufrieden fühlen, sondern auch eine tiefere Verbindung zu ihrer Arbeit haben (Becker & Becker, 2019).

Motivationsfaktoren umfassen zum Beispiel:

1. Anerkennung und Lob für gute Leistungen
2. Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten
3. Die Möglichkeit, an interessanten und anspruchsvollen Projekten zu arbeiten
4. Verantwortung und Entscheidungsbefugnisse
5. Die Möglichkeit, eigene Ideen einzubringen und zu verwirklichen
6. Interessante und abwechslungsreiche Aufgaben
7. Wertschätzung und Respekt durch Vorgesetzte und die Kollegenschaft

Diese Faktoren motivieren Mitarbeitende und helfen ihnen dabei, eine positive Einstellung zur Arbeit zu entwickeln. Sie tragen dazu bei, dass sich Mitarbeiter/-innen engagiert und zufrieden fühlen, und fördern somit eine höhere Produktivität und Leistungsbereitschaft. Ferner wurden bereits in früheren Studien die Einflussfaktoren der Mitarbeiterzufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten untersucht. Aus einigen Studien geht hervor, dass sich ein hoher Zeitdruck, eine hohe Arbeitsbelastung und Überstunden negativ auf die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte auswirken (Bertram, Hershey, Opila & Quirin, 1990; Cruse, 2004; Linn, Yager, Cope & Leake, 1986; Williams et al., 1999). Die Autonomie der Klinik und der eigenen Arbeitsgestaltung hat hingegen positive Effekte (Bates, Harris, Tierney & Wolinsky, 1998; Schulz & Schulz, 1988). Zusätzlich haben die Patienteninteraktion und die Versorgungsqualität Einfluss auf die Ärztezufriedenheit (Kravitz, Linn & Shapiro, 1990; Shore & Franks, 1986). Aus diesen Gründen sollten bei der Ausarbeitung innovativer Arbeitszeitmodelle auch Hygiene- und Motivationsfaktoren berücksichtigt werden

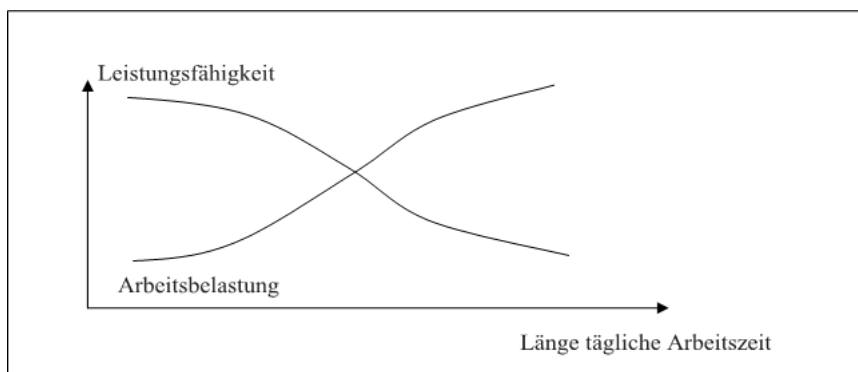
### **4.3 Arbeitswissenschaft**

In diesem Unterkapitel wird auf die Theorien der Arbeitswissenschaft eingegangen. Die Arbeitswissenschaft ist eine interdisziplinäre Wissenschaft: Unter anderem werden Erkenntnisse aus der Arbeitsmedizin, der Pädagogik (Personalgewinnung, -entwicklung und -förderung), den Wirtschaftswissenschaften (Betriebswissenschaft), den

Sozialwissenschaften (Betriebs- und Organisationssoziologie) und den Rechtswissenschaften (Arbeitsrecht) einbezogen (Kapoor & Kaur, 2018). Die Wissenschaft von der Arbeit im Gesundheitswesen ist die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, damit die Arbeit der Ärzte und Pflegenden so effektiv und effizient wie möglich durchgeführt werden kann. Dazu gehören zum Beispiel die Arbeitsplatzgestaltung, die Arbeitsorganisation sowie die Arbeitszeit- und Personalplanung (Batenburg et al., 2019). Für Krankenhäuser und Spitäler ist es wichtig, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen. Die nachfolgenden Ausführungen verdeutlichen dies. Mache et al. (2012) zeigen auf, dass die Tätigkeitsbelastung mit zunehmender Arbeitszeit steigt. Bei Überschreitung der Arbeitszeit von acht Stunden kann es zu überproportionalen Fehlerraten kommen (Rosa, 1991; Rosa, Colligan & Lewis, 1989). In Abbildung 4 wird dieser Umstand graphisch dargestellt (von Trotha, 2009). Pausen sind daher umso wichtiger. Eine Möglichkeit Pausen einzubinden respektive die Tätigkeitsbelastung zu reduzieren ist die Entwicklung von innovativen Arbeitszeitmodellen.

**Abbildung 4:** Leistungskurve und Arbeitsbelastung in Abhängigkeit von der täglichen Arbeitszeit

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Backes-Gellner, 1999 und von Trotha, 2009

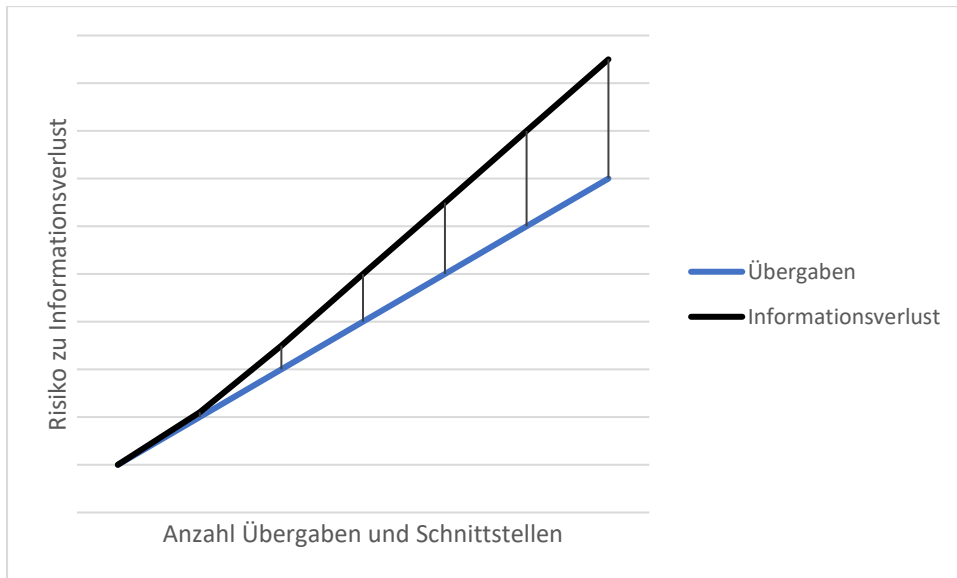


Neuartige Arbeitszeitmodelle wie Jobsharing und Co-Leitung haben neben den Vorteilen wie flexible Arbeitszeitgestaltung oder das Teilen der Verantwortung auch negative Aspekte zu Folge wie zusätzliche Schnittstellen bei der Patientenübergabe (Backes-Gellner, 1999; Haupt & Holters, 1991). Dies ist in Abbildung 5 graphisch dargestellt. Mit zunehmenden Übergaben steigt das Risiko von Informationsverlusten und damit von Qualitätseinbußen.



**Abbildung 5:** Überproportionale Risiken von Informationsverlusten bei steigender Anzahl von Übergaben und Schnittstellen; Leistungskurve und Arbeitsbelastung in Abhängigkeit von der täglichen Arbeitszeit

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Backes-Gellner, 1999; Lendemans, 2012



Obwohl der lückenlose Informationsfluss für die Qualität der Patientenversorgung von besonderer Bedeutung ist, wird diese Gefahr häufig vernachlässigt (Lendemans, 2012). Auch Auswirkungen auf die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten/-in und Ärztin oder Arzt können sich ergeben, wie Steiner (1997) darlegt. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass lange Arbeitszeiten negative Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung und die Leistungsfähigkeit haben, sich aber positiv auf Schnittstellen und Übergaben auswirken.

Von Trotha (2009) hat die Auswirkungen von langen Arbeitszeiten untersucht und kam zu folgenden Schlussfolgerungen (von Trotha, 2009, S. 79):

- Eine lange Arbeitszeit hat negative Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung.
- Eine lange Arbeitszeit hat negative Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit.
- Eine lange Arbeitszeit hat positive Auswirkungen auf die Informationsweitergabe.

Nach den kurzen Ausführungen zur Arbeitswissenschaft folgen nun die theoretischen Ansätze des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals.

#### **4.4 Theoretische Ansätze des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals**

Wie in den Unterkapitel 4.2 und 4.3 erläutert, hängt die Mitarbeiterzufriedenheit von verschiedenen Faktoren ab. Für die Beantwortung der Forschungsfrage ist es relevant zu wissen, welche zusätzlichen Faktoren bei der Mitarbeiterzufriedenheit und beim Arbeitszeitenmodell zu berücksichtigen sind. Da Ärztinnen und Ärzte oftmals stress-behafteten Situationen im Arbeitsalltag ausgesetzt sind, ist Hintergrundwissen aus den theoretischen Ansätzen des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals vonnöten. Die nachfolgenden Ausführungen vertiefen die Ansätze, welche in Kapitel 4.2 bereits erläutert worden sind. Diese Informationen helfen bei der Analyse und Auswertung der Interviews.

„*Our most important asset walks out the door every night*“ – mit diesem Zitat hat Bill Gates (zitiert nach Luthans & Youssef, 2004) beschrieben, welche Bedeutung den Mitarbeitenden in den heutigen Unternehmen zugesprochen wird. Die alten Konzepte zur Steigerung der Produktivität der menschlichen Arbeit, wie sie im Taylorismus propagiert wurden, gelten heute als überholt (Taylor, 2004). Die Generationen X, Y, Z und Millennials möchten sich in ihrer Arbeit selbst verwirklichen und sehnen sich zunehmend nach einer sinnvollen Tätigkeit, die ihnen persönliche Erfüllung bringt (Hirschi, 2018).

Starre Arbeitszeitmodelle werden den Anforderungen nicht mehr gerecht. Im Anforderungskatalog neuer Arbeitnehmer/-innen werden Hygienefaktoren (siehe Abschnitt 4.2.5) längst als selbstverständlich vorausgesetzt, während die Motive bei der Wahl des zukünftigen Arbeitgebers ausschlaggebend sind. Um die besten Talente rekrutieren zu können, ist ein strategisches Personalmanagement mit modernen Führungsstrukturen und angepassten Arbeitszeitmodellen für jedes erfolgreiche Unternehmen von entscheidender Bedeutung (Meyer, Stanley & Parfyonova, 2020). Krankenhäuser bilden hier keine Ausnahme. Aus dieser auf den Menschen ausgerichteten Perspektive ist Personalmanagement und -führung unverzichtbar. Es liegt daher nahe, die Ideen eines positiven Personalmanagements auf diesen Sektor anzuwenden, in dem die Mitarbeiter/-innen für die Schaffung von Wettbewerbsvorteilen von entscheidender Bedeutung sind (Meyer et al., 2020). Es geht darum, neue Potenzialquellen für die intrinsische Motivation und die Entwicklung der Mitarbeitenden zu finden und zu erschliessen.

Aus diesem Grund werden folgend drei Konzepte in Bezug auf ein positives Personalmanagement vorgestellt, da sie bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen hilfreich sind. Zudem wird hier auf Ausbildungsaspekte eingegangen, die insbesondere ökonomische Auswirkungen und Anreize haben. Werden Investitionen in Arbeitsmodelle getätigt, handelt es sich ebenfalls um Investitionen in das Humankapital des Spitals, mit denen Trends wie Fachkräftemangel, Frauenanteil oder ausländischem Gesundheitspersonal begegnet wird.

#### **4.4.1 Humankapital**

Die Anfänge der Humankapitaltheorie sind auf Schultz (1961) und auf Becker, Murphy und Tamura (1990) zurückzuführen. Sie haben erstmals die Zusammenhänge zwischen den Mitarbeitenden respektive dem Individuum im Arbeitsprozess und der Wachstumstheorie untersucht. Das Arbeitsvermögen bzw. das Leistungspotenzial der Mitarbeitenden ist aufgeteilt in natürliches und angeeignetes Leistungsvermögen. Das Humankapital bildet sich aus den Kosten der Ausbildung dieser Fähigkeiten und den damit geschaffenen Erträgen. Idealerweise ist das Humankapital positiv, indem die geschaffenen Erträge die finanziellen Investitionen in Form von Lernen und Trainings übersteigen.

Dazu gehört auch das neoklassische Wachstumsmodell von Solow (1956). Er postuliert, dass langfristig der technische Fortschritt die einzig relevante Einflussgrösse ist, die zu einem Wachstum in der Volkswirtschaft führt. Dies drückt sich in einer höheren Arbeitsproduktivität aus, die wiederum durch ein besseres Humankapital erreicht wird. Einen Überblick über den Forschungsstand gibt beispielsweise Blaug (1976). Das Humankapital ist ein immaterieller Vermögenswert, der nicht auf der Bilanz eines Unternehmens erscheint, da er sich aus der Erfahrung und den Fähigkeiten der Arbeitskraft zusammenstellt. Es umfasst Vermögenswerte wie Bildung, Ausbildung, Intelligenz, Fähigkeiten (Skills), Gesundheit und Aspekte, die Unternehmen und Arbeitgeber/-innen schätzen, zum Beispiel Loyalität und Pünktlichkeit.

Mit dem Konzept des Humankapitals wird berücksichtigt, dass nicht alle Arbeitskräfte gleich sind. Allerdings können Unternehmen die Qualität des Humankapitals, das heisst ihrer Arbeitskräfte, verbessern, indem sie in diese investieren: Bildung, Erfahrung und Fähigkeiten der Arbeitnehmer/-innen haben einen wirtschaftlichen Wert für die Arbeitgebenden und für die Wirtschaft insgesamt. Humankapital ist entscheidend,

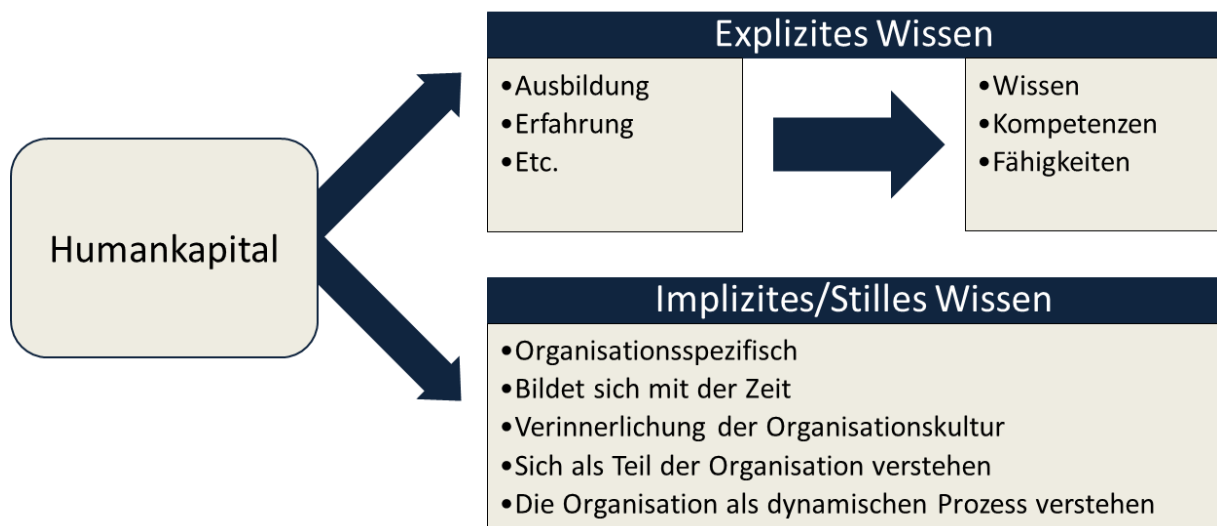
weil es die Produktivität und damit die Rentabilität steigern soll. Je mehr ein Unternehmen in seine Mitarbeiter/-innen investiert, desto produktiver und rentabler kann es sein (Becker, 1962).

Freeman (1977) erklärt zudem, dass Humankapital aus Talent und Können besteht. Damit ein Unternehmen weitreichend produktiv werden kann, muss es seine Mitarbeiter/-innen schulen und motivieren sowie Investitionen in materielles Kapital tätigen. Demzufolge besteht das Humankapital aus explizitem und implizitem Wissen.

Im Gesundheitswesen und insbesondere bei Chirurgeninnen und Chirurgen ist vor allem explizites Humankapital vorhanden. Die Ausbildung und die Erfahrung spielen eine bedeutende Rolle und Letztere wird über Jahre aufgebaut. Das implizite Wissen wird demnach vernachlässigt und die Gefahr von Unterinvestitionen in dieses Humankapital besteht (Klingensmith & Lewis, 2013). Innovative Arbeitszeitmodelle beruhen vorwiegend auf implizitem Wissen, da für die Einführung und Umsetzung neuer Modelle die Organisation innerhalb der Klinik verstanden werden muss. Abbildung 6 stellt die Zusammenfassung von Humankapital graphisch dar.

**Abbildung 6:** Zusammenfassung Humankapital

Quelle: Eigene Darstellung



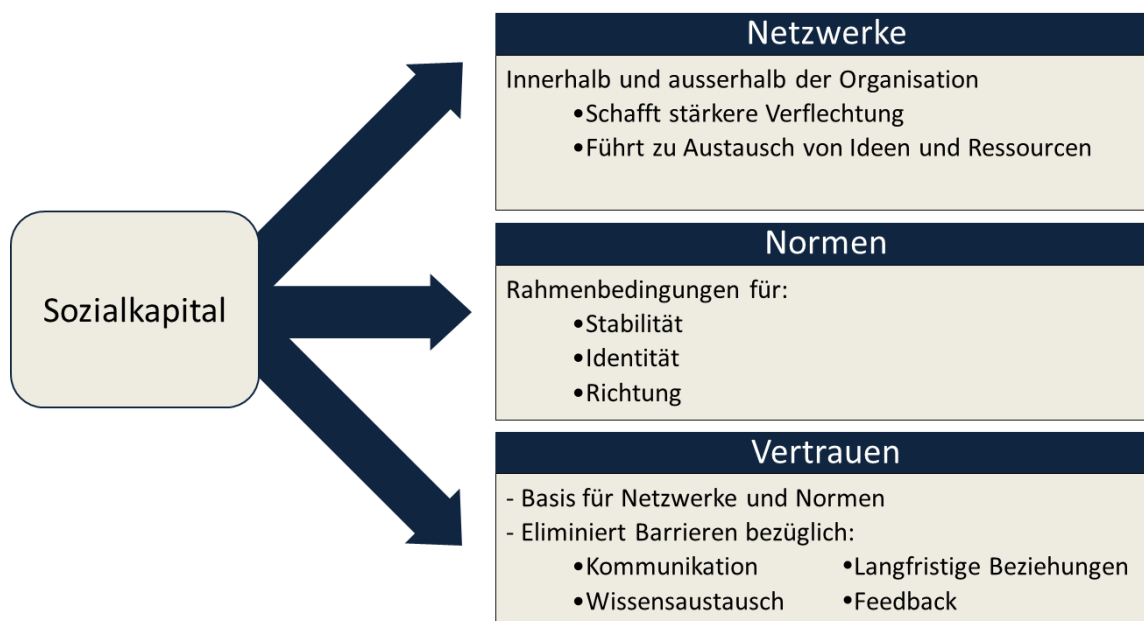
#### 4.4.2 Sozialkapital

Sozialkapital ist das effektive Funktionieren sozialer Gruppen durch zwischenmenschliche Beziehungen sowie Gemeinsamkeiten hinsichtlich Identitätsgefühl, Verständnis, Normen, Werten, Vertrauen, Zusammenarbeit und Gegenseitigkeit. Es ist ein Mass für den Wert von Ressourcen, die sowohl materiell (zum Beispiel öffentlicher Raum,

Privateigentum) als auch immateriell (zum Beispiel Akteurinnen und Akteure, Humankapital, Menschen) sind. Das Sozialkapital wird allgemein als eine Form des Kapitals angesehen, das öffentliche Güter für einen gemeinsamen Zweck produziert (Coleman, 1988). Es wurde verwendet, um die verbesserte Leistung verschiedener Gruppen, das Wachstum von Unternehmen, die überlegene Managementleistung, optimierte Lieferkettenbeziehungen, den Wert strategischer Allianzen sowie die Entwicklung von Gemeinschaften zu erklären (Coleman, 1988). Sozialkapital muss im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit berücksichtigt werden, da es Normen und Vertrauen schafft. In Abbildung 7 ist das Sozialkapital graphisch zusammengefasst. Damit Arbeitsmodelle funktionieren, muss ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitnehmer/-in und Arbeitgeber/-in vorhanden sein.

**Abbildung 7:** Zusammenfassung Sozialkapital

Quelle: Eigene Darstellung



#### 4.4.3 Psychologisches Kapital

Beim psychologischen Kapital handelt es sich um ein von Luthans und Youssef (2004) entwickeltes Führungskonzept, das auf dem Ansatz des positiv organisationalen Verhaltens basiert. Dabei wird die psychologische Kapazität eines Individuums gemessen, entwickelt und schliesslich so eingesetzt, dass eine Steigerung der Arbeitsleistung erreicht wird. Es wird vorausgesetzt, dass die einzelnen Komponenten – Selbstwirksamkeit, Hoffnung, Optimismus und Resilienz – einzigartig, messbar sowie entwicklungsfähig sind und einen Einfluss auf die Leistung haben. Demnach beschreiben

sie keine festgelegten Charakterzüge, die zeitlich stabil sind (State-like vs. Trait-like; Luthans & Youssef, 2004). Mit gezielten Interventionen und proaktivem Management lassen sich die beeinflussbaren Variablen in eine wünschenswerte Richtung lenken. Im Folgenden wird ein Überblick über die einzelnen Komponenten und deren Entwicklungsmöglichkeiten gegeben. Luthans und Youssef (2004) beziehen sich hinsichtlich der Entwicklungsmöglichkeiten der Selbstwirksamkeit auf Banduras Konzept der Self-Efficacy (Bandura, 1997). Selbstwirksamkeit beschreibt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten dahingehend, eine Aufgabe erfolgreich zu bewältigen. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit neigen vermehrt dazu, herausfordernde Aufgaben anzunehmen, und besitzen zudem die Fähigkeit, Widerstände zu überwinden, um die angestrebten Ziele zu erreichen (Bandura, 1997). Eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit lässt sich vorrangig durch positive Erlebnisse in Form von Erfolgen erreichen. Ferner können stellvertretende Erfahrungen zur Förderung der Selbstwirksamkeit führen, die durch Beobachtungen von Modellen gemacht werden, beispielsweise bei Vorgesetzten. Verbale Überzeugung sowie eine Kontrolle der physiologischen und psychologischen Erregung sind weitere Massnahmen, die eine höhere Selbstwirksamkeit bedingen und mittels positiven Feedbacks an den/die Empfänger/-in verstärkt werden können (Bandura, 1997). Hoffnung beschreibt die Willenskraft und Entschlossenheit eines Menschen, seine angestrebten Ziele trotz Widerständen zu erreichen. Eine Verbesserung dieser Komponente wird durch realistisch definierte, klar kommunizierbare und messbare Zielsetzungen erreicht. Weiter können durch das Aufbrechen langfristiger, komplexer Ziele in kurzfristige und kontrollierbare Ergebnisse die Entwicklung und der Erfolg fassbarer gemacht werden. Entscheidend ist, dass nicht erreichbare Ziele frühzeitig erkannt werden, um anschliessend auf der Basis der Erkenntnis der Nichterreichung neue Perspektiven definieren zu können. Andernfalls kommt es zu einer falschen Hoffnung (Luthans & Youssef, 2004).

Im organisationalen Kontext sind die Übertragung von Verantwortung an die Angestellten und das damit verbundene Vertrauen sowie deren Bereitschaft, dieses Vertrauen anzunehmen, wesentliche Faktoren, um die Hoffnung zu stärken. Notfallplannungen durch Szenario-Analysen, die die Erarbeitung alternativer Handlungsmassnahmen und die bewusste Auseinandersetzung mit möglichen Widerständen zum Zweck haben, bilden weitere Möglichkeiten zur Hoffnungsentwicklung (Luthans & Youssef, 2004).

Optimismus ist eine durchgehend positive Grundhaltung, die massgeblich dafür verantwortlich ist, dass zukünftige Ereignisse positiv ausfallen. Um den eigenen Optimismus zu stärken, müssen in einem ersten Schritt vergangene Misserfolge und Fehler akzeptiert und erfolgreich verarbeitet werden. Daraufhin sollte damit begonnen werden, die positiven Aspekte im Leben zu schätzen. Schliesslich sollte die ungewisse Zukunft als Chance für Wachstum und Fortschritt gesehen werden. Idealerweise sollte der gewonnene Optimismus realistisch und flexibel sein, das heisst, eine Person sollte bestenfalls die Fähigkeit besitzen, sich der gegebenen Situation stets anzupassen (Luthans & Youssef, 2004).

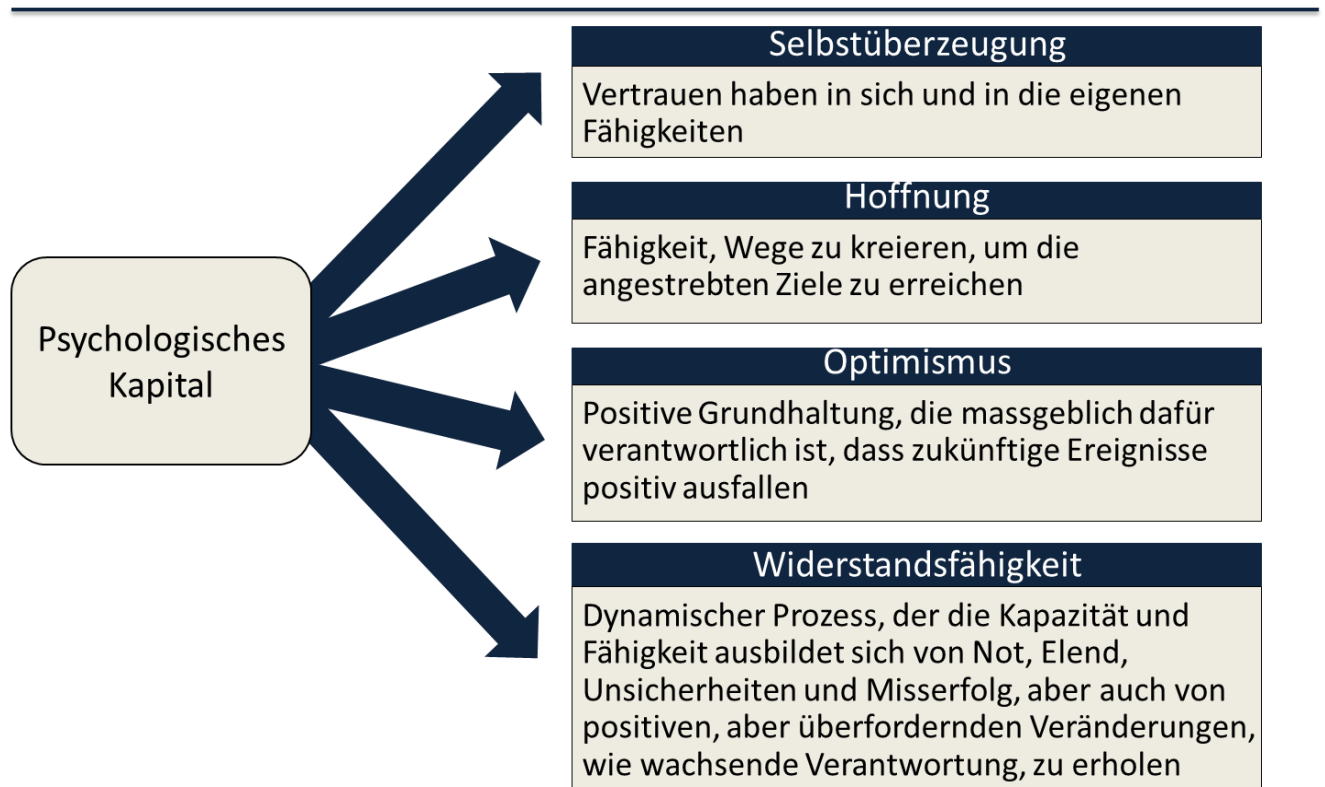
Das letzte Element des Konzepts des positiven psychologischen Kapitals bildet die Resilienz – die Fähigkeit oder Kapazität eines Menschen, über negative Ereignisse wie Misserfolge oder negative Erfahrungen hinwegzukommen, aber sich auch von positiven, indes scheinbar überfordernden Veränderungen, zum Beispiel grösserer Verantwortung, zu erholen (Luthans & Youssef, 2004). Hierbei handelt es sich um einen lebenslangen Prozess. Diese Widerstandsfähigkeit kann durch die Förderung der Human-, Sozial- und psychologischen Ressourcen erreicht werden (Asset-focused Strategy), die einen positiven Einfluss auf das Ergebnis ausüben. Dadurch kann eine Person besser mit Rückschlägen umgehen. Darüber hinaus muss die Eintrittswahrscheinlichkeit von Risiken auf ein Minimum gesenkt werden, um unerwünschte Ergebnisse zu vermeiden (Risk-focused Strategy). Beispielsweise können Work-Life-Balance-Programme ein Burnout bei Mitarbeitenden verhindern (Luthans, Youssef & Avolio, 2007).

Avey, Luthans, Smith und Palmer (2010) führten eine Metastudie durch, in der sie die bestehende Literatur zu den Auswirkungen von psychologischem Kapital (PsyCap) auf Unternehmen untersuchten. Sie konnten feststellen, dass das Konstrukt von PsyCap zwei grundlegende Effekte hat: Einerseits fördert es erwünschte und andererseits mindert es unerwünschte Aspekte von Humanressourcen. Das Niveau an PsyCap hat einen signifikanten positiven Effekt auf die Arbeitsplatzzufriedenheit, das Commitment zum Unternehmen und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden (Luthans & Jensen, 2005; Luthans et al., 2007). Zusätzlich fördert es das erwünschte Verhalten des Organizational Citizenship – das loyale Verhalten gegenüber einem Unternehmen und das Engagement im Interesse der gesamten Organisation. Von zentraler Bedeu-

tung ist zudem der positive Effekt von PsyCap auf die Performance der Mitarbeitenden, was sich wiederum positiv auf die Unternehmungsleistung auswirkt. Gleichzeitig werden durch den Aufbau von PsyCap ein vom Unternehmen abweichendes Verhalten im Allgemeinen sowie spezifisch unerwünschte Verhaltensweisen und Gefühle wie Zynismus, Kündigungspläne, Arbeitsstress und Angst gemindert. Entscheidend ist gleichsam der Befund, dass das gesamte Konstrukt stärkere Auswirkungen auf die erwähnten Aspekte hat als die einzelnen Komponenten separat (Luthans et al., 2007). In Abbildung 8 sind diese Aspekte zusammenfassend grafisch dargestellt.

**Abbildung 8:** Zusammenfassung psychologisches Kapital

Quelle: Eigene Darstellung



9

Die theoretischen Ansätze des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals haben aufgezeigt, dass diese Aspekte massgeblich für die Mitarbeiterzufriedenheit und für die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle zu berücksichtigen sind. An diesen Aspekten kann das Spital als Institution ansetzen. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der empirischen Untersuchung die Ebene der Institution als übergeordnete Kategorie abgeleitet. Die Gesundheitssysteme müssen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenschwestern und -pflegern mit evidenzbasierten



Interventionen fördern, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Qualität und Sicherheit der erbrachten Leistungen zu erhöhen (Melnyk et al., 2020). Nachdem nun die theoretischen Forschungsbeiträge zum Thema Arbeitszeitmodelle vorgestellt wurden, werden im nächsten Unterkapitel die Arten der Arbeitszeitmodelle dargelegt.

#### **4.5 Arten von Arbeitszeitmodellen**

Durch die Digitalisierung und die neuen Bedürfnisse der Arbeitnehmer/-innen gewinnt das Thema Arbeitszeitmodelle weitreichend an Bedeutung. Einen Überblick über Modelle geben Hellert (2018) sowie Kutscher, Weidinger und Hoff (1996). Auch die steigende Relevanz des Themas Work-Life-Balance wird im Rahmen der vorliegenden Dissertation berücksichtigt (Fauth-Herkner, 2004). Nachfolgend wird ein Überblick über die massgeblichen Arbeitszeitmodelle gegeben. Die Definitionen stammen von der Beratungsgesellschaft für Arbeitszeit und Personaleinsatzplanung (SSZ-Beratung, o. D.). Nicht alle Arbeitszeitmodelle kommen im Gesundheitswesen zum Einsatz. Dennoch werden der Vollständigkeit halber die verschiedenen Modelle kurz vorgestellt. Im Rahmen der Arbeit und nach der empirischen Untersuchung haben sich vor allem vier Modelle hervorgetan. Diese werden in den Abschnitten 4.5.1 bis 4.5.4 vorgestellt. Anschliessend folgen die weiteren Arbeitszeitmodelle, um einen ganzheitlichen Überblick über diese Modelle geben zu können.

##### **4.5.1 Teilzeit**

Jede Arbeitszeit, deren wöchentliche Dauer geringer ist als die einer Vollzeitbeschäftigung, gilt als Teilzeitbeschäftigung. Teilzeitarbeit kann verschiedene Formen annehmen, zum Beispiel verkürzte Arbeitswochen (vier statt fünf Tage) oder verkürzte Arbeitstage (sechs statt acht Stunden pro Tag). Eine Person gilt als teilzeitbeschäftigt, wenn ihr Beschäftigungsgrad weniger als 90 % beträgt (Bundesamt für Statistik [BFS], o. D.-d).

Durch eine Teilzeitarbeit kann einerseits mehr Zeit für andere Arbeiten wie die Hausarbeit oder die Kinderbetreuung gewonnen werden. Andererseits kann sie zu ungesicherten Arbeitsverhältnissen sowie zu einer schlechteren sozialen Absicherung führen, beispielsweise bei der Pensionskasse. Des Weiteren wird befürchtet, dass durch Teilzeitarbeit die Weiterbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen sinken.

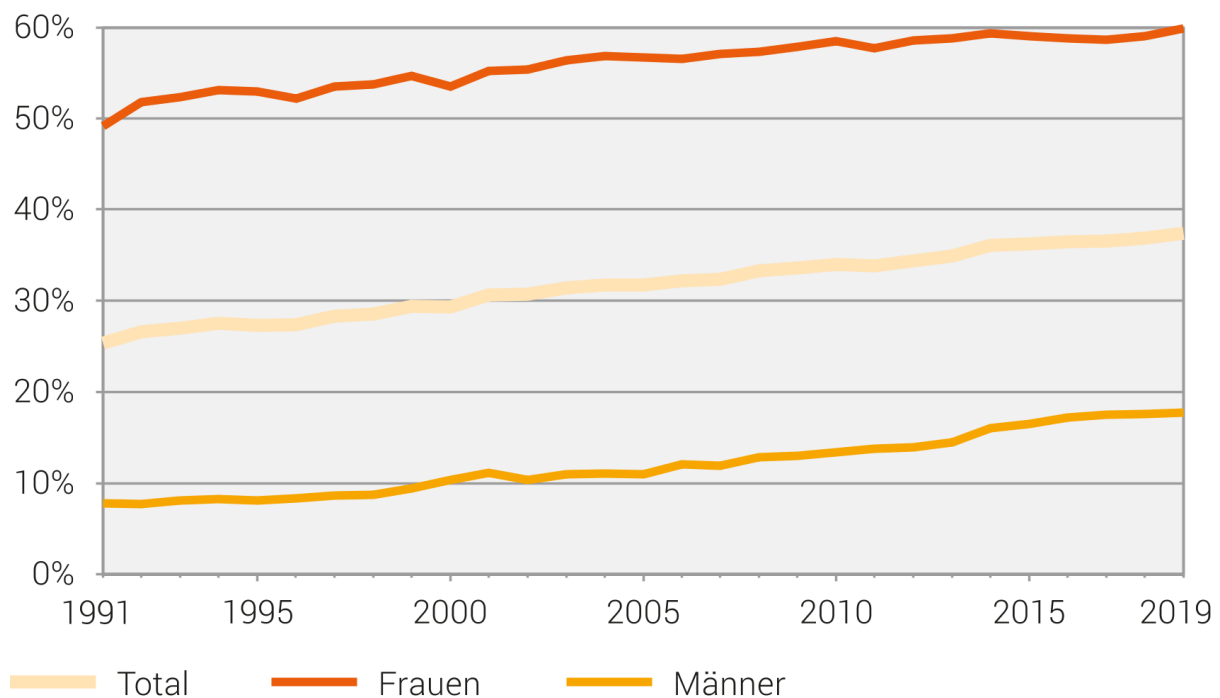
In der Schweiz sind 60 % der Frauen und nur 18 % der Männer teilzeiterwerbstätig. Dies veranschaulicht, dass die Teilzeitarbeit in besonderem Masse vom Geschlecht und der Familiensituation abhängt (BFS, o. D.-a; o. D.-c). Mütter gehen häufiger einer Teilzeitarbeit nach und mit zunehmender Kinderzahl erhöht sich die Teilzeitquote.

Im Dienstleistungssektor, zu dem auch das Gesundheits- und Sozialwesen gehört, ist die Teilzeitquote höher als in anderen Branchen. In der beruflichen Stellung kann das Beschäftigungspensum ebenfalls variieren: Angestellte sind häufiger teilzeiterwerbstätig als Führungskräfte oder Personen in leitenden Positionen. Teilzeitarbeit hat sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf allen Ebenen zugenommen (siehe Abbildung 9).

**Abbildung 9:** Anteil der Teilzeiterwerbstätigen in der Schweiz

Quelle: BFS, o. D.-e

### Beschäftigungsgrad bis 89%



Der Anstieg teilzeiterwerbstätiger Personen ist in medizinischen Berufen ebenfalls bemerkbar. Im Klinikum Landshut sind beispielsweise 30 % der Ärztinnen und Ärzte teilzeitbeschäftigt. Das reduzierte Pensum wirkt sich positiv auf die Freizeitgestaltung aus und führt zu einer geringeren Arbeitsbelastung. Diese Faktoren sind massgeblich für eine funktionierende und nachhaltige Work-Life-Balance. Gleichwohl wird durch die geringere Präsenz das Erreichen höherer Qualifikationsstufen erschwert, weshalb

stets nach intelligenten Lösungen für Teilzeitbeschäftigte gesucht wird (Glöser, 2020). In der Spitalwelt ist das Arbeitszeitmodell der Teilzeitbeschäftigung besonders ausgeprägt (Küng, 2020; Weingartner, 2018).

#### **4.5.2 Protected Time**

Im Rahmen einiger Ausbildungsprogramme für Allgemeinchirurginnen und -chirurgen werden Forschungsaktivitäten angeboten. Um diese wahrnehmen zu können, muss Arbeitszeit zu Verfügung stehen. Insbesondere an universitären Einrichtungen ist es üblich, ausreichend Zeit für Forschung einzuplanen. Dies wird als *Protected Time*, also als geschützte Arbeitszeit, bezeichnet. Dieses Arbeitszeitmodell ist beliebt und kommt bereits zum Einsatz. Insbesondere an Universitäten wird das Modell genutzt, um den auszubildenden Personen genügend Zeit für die Forschung und Ausbildung zur Verfügung zu stellen (Barlow, 2021).

Williams, Agel und Van Heest (2017) haben herausgefunden, dass die Forschungsproduktivität in diesem Modell steigt. Zudem empfehlen sie, das Modell für weitere Anwendungen zu prüfen. Bhattacharya, Williams, De La Fuente, Kuo und Seigler (2011) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Das Verständnis für die Bedeutung von Forschungserfahrungen von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie die Hervorhebung kritischer Faktoren während der prägenden Ausbildungszeit können dazu beitragen, ein anhaltendes akademisches Interesse und die Produktivität künftiger Assistenzärztinnen und -ärzte zu gewährleisten. In den Interviews hat sich gezeigt, dass dieses Modell beliebt ist und funktionieren kann. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist es essenziell, dass die Abmachung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber hinsichtlich der geschützten Zeit eingehalten wird. Das Modell funktioniert nur, wenn die Arbeitnehmende Person während dieser Zeit nicht im klinischen Alltag integriert ist.

#### **4.5.3 Jobsharing**

Beim Jobsharing teilen sich zwei Mitarbeitende einen Vollzeitarbeitsplatz. Ähnlich ist auch die Co-Leitung strukturiert, bei der sich zwei Personen eine Führungsposition teilen. Jobsharing zwischen Ärzten bedeutet, dass sich zwei oder mehr Ärzte eine Stelle teilen und sich dementsprechend die Arbeitszeiten und die Verantwortung teilen. Zum Beispiel können Ärzte abwechselnd oder parallel arbeiten und sich gegenseitig vertreten. Jobsharing kann eine Möglichkeit sein, Beruf und Familie besser zu

vereinbaren und eine bessere Work-Life-Balance zu erreichen. Aber auch für Arbeitgeber kann es Vorteile bieten, da sie flexibler auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter eingehen können und so möglicherweise qualifizierte Fachkräfte halten oder gewinnen können (Jones & Magnus, 2018). Diese Arbeitsform wird immer beliebter, insbesondere mit der zunehmenden Feminisierung des Arztberufs (BFS, o. D.-b). Einige Spitäler in der Schweiz haben bereits Co-Leitungen implementiert – mit dem Ziel, die Arbeitslast aufzuteilen. Zudem gibt es in der Schweiz die Webseite <https://www.doppeldoc.ch>, welche ausschliesslich Stellen ausschreibt, die im Jobsharing angeboten werden. Wie bei allen Arbeitsmodellen bestehen Vor- und Nachteile, die es abzuwägen gilt.

Die Euro Akademie oder die Karrierebibel (<https://karrierebibel.de/jobsharing/>) haben beispielhaft die Vor- und Nachteile ausgearbeitet, welche zusammengefasst vorgestellt werden (Höfling, 2019; Warkentin, 2020).

Die Vorteile für die Arbeitnehmer/-innen sind beispielsweise:

- Möglichkeit der Teilzeitarbeit
- Unterstützung durch Jobsharing-Partner/-in
- Ständiger Austausch und viel Kommunikation
- Stärkere Bindung an das Unternehmen (Wertschätzung)
- Mehr Spass und Zufriedenheit im Beruf

Die Vorteile für Arbeitgeber/-innen sind beispielsweise:

- Höhere Zufriedenheit der Mitarbeitenden
- Mehr Motivation, die zu besseren Leistungen führt
- Im Krankheitsfall problemloser Ausgleich möglich
- Verbessertes Arbeitgeberimage
- Doppeltes Fachwissen in einer Position

Die Nachteile für die Arbeitnehmer/-innen sind beispielsweise:

- Weniger Verdienst und möglicherweise weniger Rente im Alter
- Zeitaufwand für Absprachen
- Grosser Planungs- und Organisationsaufwand
- Bei Nichtfunktionieren des Modells möglicherweise Stellenverlust

Die Nachteile für Arbeitgeber/-innen sind beispielsweise:

- Fehlendes Zuständigkeitsgefühl für eine Aufgabe bei beiden Mitarbeitenden – dadurch möglicherweise unerledigt bleibende Aufgaben
- Führungsaufwand bei zwei Personen höher als bei einer Person
- Spannungen bei fehlender Sympathie zwischen den Mitarbeitenden, die den Arbeitsergebnissen schaden
- Geschäftspartner/-innen kommunizieren zu unterschiedlichen Tageszeiten mit verschiedenen Mitarbeitenden

Bolli, Kapp und Favre (2018) haben sich ebenfalls dem Thema gewidmet. Die Autoren befragten Jobsharing-Partner und deren Vorgesetzte, um die Vorteile, Nachteile und Herausforderungen des Jobsharings zu erkunden. Die Ergebnisse zeigen, dass Jobsharing Vorteile wie Flexibilität, Work-Life-Balance und eine bessere Patientenversorgung bieten kann. Es wurden jedoch auch die Herausforderungen hervorgehoben, die sich aus dem Jobsharing und der Übertragung von Verantwortlichkeiten ergeben. Möglicherweise muss sich deshalb eine optimale Nutzung dieses Modells in der Arbeitswelt erst noch etablieren.

#### **4.5.4 Homeoffice, Telearbeit**

Homeoffice oder Telearbeit sind im engeren Sinne keine eigenständigen Arbeitszeitmodelle. Bei diesen Arbeitsformen handelt sich um die Option, die Arbeit nicht in den Räumlichkeiten der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers zu erledigen, sondern an einem frei wählbaren Ort. Oftmals spielt für Arbeitgeber/-innen die effektive Zeiteinteilung keine grosse Rolle (analog zur Vertrauensarbeitszeit, siehe Abschnitt 4.5.8).

Dieses Arbeitszeitmodell hat vor allem durch die Coronapandemie an Einfluss gewonnen, weil relativ schnell von zu Hause ausgearbeitet werden musste (Demmelhuber et al., 2020). Dadurch wurde der Begriff *Homeoffice* gebräuchlich. Aus diesem Grund gibt es bereits viele Studien und Leitfäden zu dem Thema (Bertram et al., 2021). Die mögliche Flexibilität durch das ortsunabhängige Arbeiten wurde in den Interviews als positiv bewertet.

Ipsen, Van Veldhoven, Kirchner und Hansen (2021) führten eine Studie mit dem Ziel durch, die Erfahrungen der Menschen mit Work from Home (WFH) während der Pandemie zu untersuchen und die Vor- und Nachteile von WFH zu ermitteln. Es wurden Daten aus europäischen Ländern über die Erfahrungen von Mitarbeitenden mit WFH in der Anfangsphase des Lockdowns (11. März bis 8. Mai 2020) gesammelt. Eine Faktorenanalyse hat die Gesamtverteilung der Erfahrungen der Menschen aufgezeigt und nahegelegt, dass die Vor- und Nachteile von WFH in den ersten Wochen der Pandemie in Schlüsselfaktoren gruppiert werden können. Die Ergebnisse haben verdeutlicht, dass die meisten Menschen eher positive als negative Erfahrungen mit WFH während der Abriegelung gemacht haben. Drei Faktoren stellen die Hauptvorteile von WFH dar: Work-Life-Balance, verbesserte Arbeitseffizienz und grössere Arbeitskontrolle. Die Hauptnachteile waren: Zwänge im Homeoffice, Unsicherheiten bei der Arbeit und unzureichende Arbeitsmittel.

Auch mögliche körperliche und geistige Auswirkungen von WHF müssen berücksichtigt werden. Eine umfassende Studie dazu haben beispielsweise Xiao, Becerik-Gerber, Lucas und Roll (2021) durchgeführt. Aufgrund der Coronapandemie wurden viele Arbeitnehmer/-innen plötzlich aufgefordert, zu Hause zu bleiben, um die Anforderungen der sozialen Distanz zu erfüllen. Diese Arbeitnehmenden berichteten über eine Verschlechterung des allgemeinen körperlichen und geistigen Gesundheitszustands und über eine erhöhte Anzahl neuer körperlicher und geistiger Gesundheitsprobleme. Signifikante Prädiktoren für die Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustands waren unter anderem geringere körperliche Aktivität, erhöhter Verzehr von Junkfood, mangelnde Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen sowie ein Kleinkind zu Hause. Darüber hinaus war eine grössere Anzahl von Ablenkungen ein signifikanter Prädiktor für ein geringeres psychisches Wohlbefinden. Etwa zwei Drittel der Befragten gaben an, ein oder mehrere neue körperliche Gesundheitsprobleme zu haben, und fast drei Viertel der Befragten hatten mindestens ein neues psychisches Gesundheitsproblem.

Diese Studien zeigen auf, dass nebst den Vorteilen auch die Nachteile von ortsunabhängigen Arbeiten berücksichtigt werden müssen. Weiter ist zu beachten, dass WFH nicht zwingend die oben genannten Nachteile mit sich bringen muss. Falls beispielsweise Forschungs- oder Projektarbeiten an einzelnen Tagen im Homeoffice erledigt

werden, kann dies einen positiven Effekt haben. Zudem können Ausbildungspotenziale wie Simulationen im Rahmen der chirurgischen Ausbildung genutzt werden. Diese Ausbildungsstunden können ortsunabhängig geleistet werden (Ruggiero et al., 2021).

Nachdem die relevantesten Modelle im Rahmen der empirischen Untersuchung beschrieben worden sind, folgen nun weitere Arbeitszeitmodelle, welche bereits im Einsatz sind oder zukünftig in Spitälern oder Krankenhäusern eingesetzt werden könnten. Begonnen wird mit dem Modell der Gleitzeit.

#### **4.5.5 Gleitzeit**

Die Gleitzeit ist definiert durch eine Rahmenarbeitszeit (Zeitraum, in dem die mitarbeitende Person arbeiten kann), eine Kernarbeitszeit (Zeitraum, in dem Anwesenheitspflicht besteht) und eine Normalarbeitszeit (normaler Beginn und normales Ende des Arbeitszeitraums). Die Mitarbeitenden können selbstständig entscheiden, wann sie ihre Arbeit im Rahmen der Gleitzeit beginnen oder beenden (vom Beginn der Rahmenarbeitszeit bis zum Beginn der Kernarbeitszeit oder vom Ende der Kernarbeitszeit bis zum Ende der Rahmenarbeitszeit). Wenn die Arbeitszeit von der täglichen Sollzeit abweicht, wird die Differenz auf einem Gleitzeitkonto verwaltet. Immer häufiger wird bei Gleitzeitsystemen auf eine starre Kernarbeitszeit verzichtet und stattdessen zum Beispiel auf Abteilungsebene eine Dienstzeit festgelegt, das heisst ein Zeitraum, in dem die Abteilung verfügbar und arbeitsfähig sein muss, ohne dass in dieser Zeit alle Mitarbeitenden anwesend sein müssen. Eine Methode der Umsetzung ist die elektronische Erfassung der Arbeitszeit. Bei flexiblen Arbeitszeitmodellen ist in der Regel eine Zeiterfassung erforderlich, damit überprüft werden kann, ob die Anwesenheit der vereinbarten Arbeitszeit entspricht. Der Vorteil für Arbeitgeber/-innen liegt in der Flexibilität (Merz & Knauth, 2018). Die Beschäftigten arbeiten, wenn sie Aufgaben zu erledigen haben, oder gehen nach Hause, wenn die Arbeitsbelastung gering ist. Sie sind in der Lage, Staus zu vermeiden oder zu privaten Terminen zu fahren. Um zu verhindern, dass Gleitzeitbeschäftigte feste oder relevante Arbeitstermine verpassen, gibt es eine Kernarbeitszeit, das heisst einen Zeitraum, in dem Anwesenheit erforderlich ist. Diese Zeit liegt etwa in der Mitte des Tages und Vereinbarungen finden während dieser Zeit statt. Vor und nach der Kernarbeitszeit liegen die Gleitphasen, in denen die Mitarbeitenden nach Belieben kommen und gehen. Eine Kernarbeitszeit ist auch

bei Teilzeitarbeit möglich. In diesem Fall ist die Periode in der Regel kürzer und an die Anwesenheitszeit wird angepasst.

#### **4.5.6 Arbeitszeitkonto, Ampelkonto**

Wenn die tatsächliche Arbeitszeit von der geplanten Arbeitszeit abweicht, kann die Differenz auf ein Zeitkonto gebucht werden. Dies ermöglicht der Institution eine flexiblere Planung und gibt den Mitarbeitenden zusätzliche Möglichkeiten, da die Überstunden an anderen Tagen oder Wochen genutzt werden können. Die Ampel hilft, den Überblick zu behalten, falls sich zu viel Arbeitszeit auf dem Zeitkonto ansammelt. Im Gesundheitswesen kann das Arbeitszeitkonto bei Mitarbeitenden zum Einsatz kommen, um Soll- und Ist-Arbeitszeit über einen gewissen Zeitraum zu kontrollieren. Im Deutschen Ärzteblatt wurde dieses Arbeitszeitmodell von Daniel (2023) als ein mögliches Instrument für die Unternehmen erläutert.

#### **4.5.7 Jahresarbeitszeit**

Eine Jahresarbeitszeit ist dann geeignet, wenn die Arbeitszeit im Laufe eines Jahres unterschiedlich organisiert werden soll. Beispielsweise kann die Arbeitszeit in Zeiten mit hohem Arbeitsaufkommen über der durchschnittlichen Sollzeit liegen, in Zeiten mit geringem Arbeitsaufkommen darunter. Im Laufe des Jahres müssen sich diese Unterschiede ausgleichen, was sich in Einträgen oder Austrägen auf einem Jahresarbeitszeitkonto niederschlägt. Diese Form von Arbeitszeit ist im Gesundheitswesen teilweise verbreitet. Mit dieser Art von Zeiterfassung können vor allem saisonale Schwankungen und kurzfristige Umdisponierungen wie Ausfälle, Ferienzeit, etc. ausgeglichen werden (Riegler & Strohmeyer, 2017). Im Laufe des Jahres können kurzfristig aufgebaute Überstunden kompensiert werden. Da in den Arztberufen nebst der Soll-Arbeitszeit vor allem die Ruhezeit und die Kompensation eingehalten werden müssen, ist die Jahresarbeitszeit nur bedingt umsetzbar, denn die regulatorischen Gegebenheiten sind strikt.

#### **4.5.8 Vertrauensarbeitszeit**

Der Hauptaspekt der Vertrauensarbeitszeit liegt darin, dass die Mitarbeiter/-innen ihre Arbeitszeit entsprechend ihrer Arbeitsbelastung selbst organisieren. Der/Die Arbeitgeber/-in führt keine systematische Kontrolle oder Dokumentation der Arbeitszeit durch. Die Mitarbeiter/-innen können weitgehend selbstständig die Dauer und den Zeitpunkt



ihrer eigenen Arbeit dokumentieren (Makris, Niessen, & van Zoonen, 2021). Im Gegenzug müssen sich die Beschäftigten darauf verlassen, dass der/die Arbeitgeber/-in die Arbeitsbelastung so einteilt, dass sie im Umfang der vereinbarten Arbeitszeit bewältigt werden kann. Für die Mitarbeiter/-innen birgt dieses System das Risiko, dass Vertrauensarbeitszeitsysteme eingeführt werden, um Überstunden nicht bezahlen zu müssen.

Bei der Implementierung von Vertrauensarbeitszeit ist es daher zentral, das Instrument des Überlastungsgesprächs anzubieten, das die Mitarbeitenden verlangen können, wenn sie der Meinung sind, dass die geforderte Arbeitsleistung nicht im Rahmen der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erbracht werden kann (Makris et al., 2021). Die Vertrauensarbeitszeit eignet sich vorrangig für Tätigkeiten, bei denen die Mitarbeitenden auch weitgehend selbstständig an der Festlegung der Arbeitsinhalte und -abläufe beteiligt sind (Makris et al., 2021). Bei der Vertrauensarbeitszeit wird häufig davon ausgegangen, dass die Arbeitszeit nicht erfasst werden muss. Jedoch unterliegt auch diese dem ArbZG. Es muss beispielsweise jede Überschreitung von acht Arbeitsstunden pro Tag dokumentiert werden. Die Differenz zu anderen Modellen liegt darin, dass die Zeiterfassung nicht in einer Organisationssoftware durchgeführt wird, sondern eigenständig durch die Arbeitnehmer/-innen erledigt werden muss.

Die Autonomie der Arbeitnehmer wird als wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der Vertrauensarbeitszeit angesehen, da sie ihnen ein Gefühl der Kontrolle und Selbstbestimmung vermittelt. Um Missverständnisse und Konflikte zu vermeiden, ist es jedoch notwendig, klare Rahmenbedingungen und Kommunikation zwischen Arbeitnehmern und Management zu schaffen. Ein relevanter Punkt ist beispielsweise, dass die Autonomie respektive Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung zunimmt (Amlinger-Chatterjee, 2016). Die Autonomie der Mitarbeitenden, aber auch der Führungspersonen muss vorhanden sein. Dabei können verschiedene Instrumente und technische Möglichkeiten genutzt werden. Ein Beispiel dafür sind sogenannte Check-ins (Buckingham & Goodall, 2019). Dabei setzen sich die Führungskraft und der/die jeweiligen Mitarbeiter/-in einmal pro Woche zusammen und die Führungskraft stellt im Wesentlichen zwei Fragen: 1) Was sind Ihre Prioritäten in dieser Woche? und 2) Wie kann ich Sie unterstützen? Damit wird das klassische Verständnis von Führung umgekehrt. Führung ist nicht mehr dazu da, Mitarbeiter/-innen zu belehren und zu kontrollieren. Das klassische Mitarbeitergespräch dient in der Regel dazu, Vorgesetzte zu informieren, und

weniger dazu, Mitarbeiter/-innen zu unterstützen. Vertrauensarbeitszeit kann ein vielversprechender Weg zur Flexibilisierung der Arbeitszeit im Gesundheitssektor sein, der jedoch sorgfältig umgesetzt werden muss, um die Vorteile zu maximieren und die potenziellen Risiken zu minimieren (Makris et al., 2021).

#### **4.5.9 Schichtarbeit**

Schichtarbeit wird noch immer hauptsächlich durch Wechselschichtzyklen abgebildet, bei denen Früh-, Spät- und eventuell auch Nachtschichten in bestimmten Abständen aufeinanderfolgen. Dieser Rhythmus ist vergleichsweise starr und wird bei hohem Flexibilitätsbedarf durch variable Schichtsysteme in Verbindung mit einer bedarfsgerechten Personaleinsatzplanung ersetzt. Da Spitäler häufig 24-Stunden-Betriebe sind, muss mit Schichten gearbeitet werden. Ansonsten ist die Dienstabdeckung nicht immer gewährleistet. Dieses Arbeitszeitmodell ist nach wie vor im Gesundheitswesen verbreitet. In den Interviews wurde dieses Arbeitsmodell im Rahmen von Verbesserungsmöglichkeiten wenig angesprochen. Durch den 24-Stunden-Betrieb sind es die Mitarbeitenden gewohnt, in Schichten zu arbeiten und Dienst zu übernehmen. Dennoch gibt es in diesem Arbeitsmodell Optimierungsmöglichkeiten und die gesundheitlichen Probleme sollten nicht unterschätzt werden (Andlauer & Safarov, 2021).

Eine nicht abschliessende Aufzählung von Handlungsempfehlungen hat beispielsweise die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, o. D.) für eine gesunde Organisation der Schichtenplanung herausgearbeitet. Die Empfehlungen werden nachfolgend aufgelistet:

- Die Anzahl der aufeinanderfolgenden Nachtschichten sollte möglichst gering sein.
- Nach einer Nachtschichtphase sollte eine möglichst lange Ruhephase folgen. Sie sollte auf keinen Fall weniger als 24 Stunden betragen.
- Geblockte Wochenendfreizeiten sind besser als einzelne freie Tage am Wochenende.
- Schichtarbeitende sollten möglichst mehr freie Tage im Jahr haben als Tagarbeiter/-innen.
- Ungünstige Schichtfolgen sollten vermieden werden, das heisst immer vorwärts rotieren.

- Die Frühschicht sollte nicht zu früh beginnen.
- Die Nachtschicht sollte möglichst früh enden.
- Zugunsten individueller Vorlieben sollte auf starre Anfangszeiten verzichtet werden.
- Die Massierung von Arbeitstagen oder Arbeitszeiten auf einen Tag sollte begrenzt werden.
- Schichtpläne sollen vorhersagbar und überschaubar sein.

#### **4.5.10 Unbezahlter Urlaub, Sabbatical**

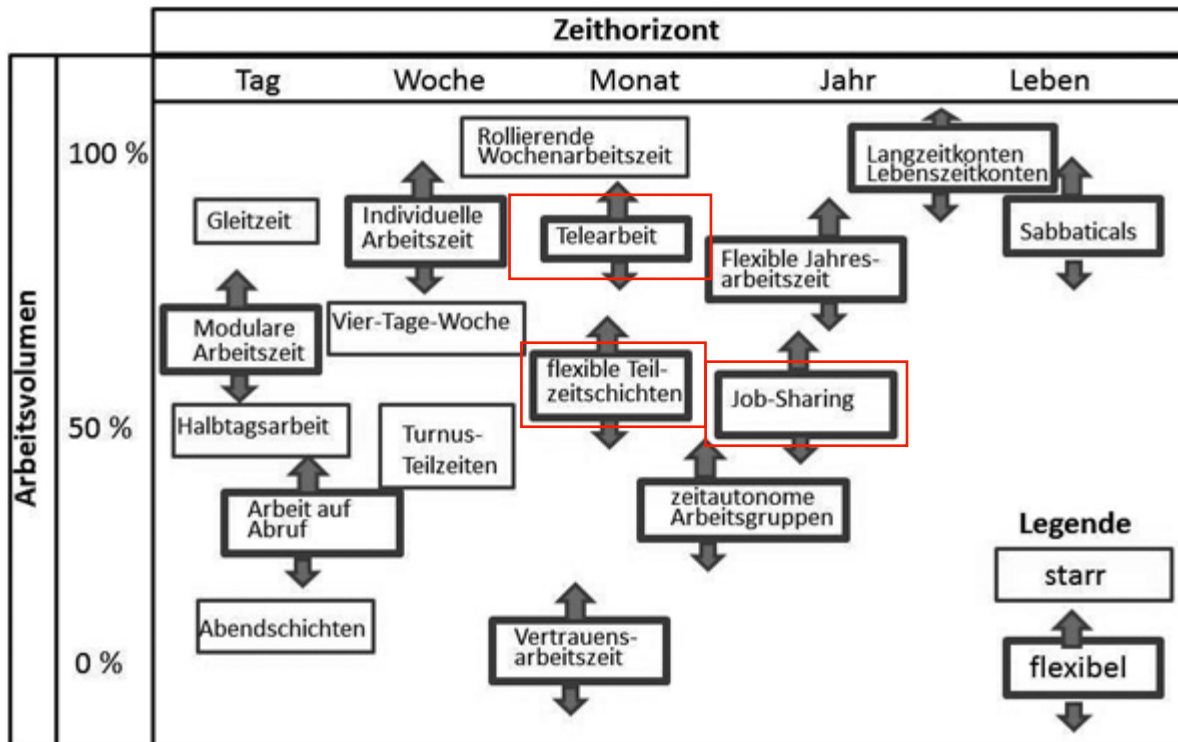
Unbezahlter Urlaub, auch *Sabbatical* genannt, erlaubt es den Arbeitnehmenden, sich für eine gewisse Zeit – in der Regel einige Monate bis hin zu maximal einem Jahr – von allen Tätigkeiten freizunehmen. Der Vorteil dieser Variante ist, dass der/die Arbeitgeber/-in bei Bedarf die freiwerdenden Lohnressourcen einsetzen kann. Nachdem die Zeit des unbezahlten Urlaubs beendet ist, wird die vorherige Tätigkeit im Betrieb seitens der Arbeitnehmenden wieder aufgenommen. Bei dieser Variante ist es bedeutsam zu klären, ob eine Wiedereinstellungsgarantie gewährleistet ist. Oft wird in Kooperation mit einer anderen Klinik oder einem anderen Spital der Dienst für diese Zeit abgedeckt, bis die zuständige Ärztin bzw. der zuständige Arzt aus dem Sabbatical zurück ist.

#### **4.5.11 Fazit zu Arbeitszeitmodellen**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Varianten und Möglichkeiten von Arbeitszeitmodellen umfangreich sind. Eine allgemeine Übersicht (siehe Abbildung 10) hat Fauth-Herkner (2004) zusammengestellt. Die rot umrahmten Modelle sind jene, welche sich im Rahmen der Interviews als die relevantesten herausgestellt haben. Das Modell der Protected Time fehlt in der Abbildung. Fauth-Herkner (2004) verweist in der Legende auf starre und flexible Arbeitszeitmodelle. Im Rahmen der Interviews hat sich klar ein Trend zu den flexiblen Modellen gezeigt. Nebst der Protected Time sind die Arbeitszeitmodelle Teilzeit, Jobsharing und Homeoffice (unter anderem Telearbeit) als die relevantesten Modelle bezeichnet worden. Jede Variante hat ihre eigenen Vor- und Nachteile, die genutzt werden können.

## Abbildung 10: Übersicht Arbeitszeitmodelle

Quelle: Fauth-Herkner, 2004 (Springer Order License ID1361795-1)



### 4.6 Einflussfaktoren der Arbeitszeitmodelle

Verschiedene Einflussfaktoren wirken sich auf das Arbeitszeitmodell aus. Zudem müssen Aspekte des Klinikalltags beachtet werden. Es ergeben sich Spannungsfelder zwischen Klinikorganisation, ArG, Patientensicherheit, Qualitätsstandards, Fachkräftemangel und Wettbewerbsfähigkeit (Langelotz et al., 2017). Ebenfalls gilt die maximale Versorgungsqualität im Fokus zu behalten.

#### 4.6.1 Fachkräftemangel

Das SECO hat im Jahr 2014 eine umfassende Studie zum Fachkräftemangel in der Schweiz durchgeführt. Das Berufsfeld umfasst 25 Berufe und hatte zum Zeitpunkt der Studie 301 000 Beschäftigte. Zehn der 25 Berufsfelder weisen den Verdacht auf Fachkräftemangel auf. Diesem Zustand können Teilzeitmodelle entgegenwirken, wie Untersuchungen von Köhler, Napp und Kaiser (2004) nahelegen, da so insbesondere auch Frauen im System gehalten werden können.

#### **4.6.2 Frauenanteil**

Die folgenden Aussagen wurden aus der Schweizerischen Ärztestatistik 2019 zusammengefasst (Hostettler & Kraft, 2020). Der Frauenanteil hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen: Im Jahr 2009 lag er in der Schweiz bei etwas mehr als 30 %, 2019 waren es bereits rund 43 %. Wird lediglich der Spitalsektor betrachtet, liegt er sogar bei rund 47 %. Im Spital generell sind drei von vier Positionen von weiblichem Personal besetzt (HPlus, o. D.).

In Deutschland offenbart sich ein ähnliches Bild (Bundesärztekammer Deutschland, 2023). Sowohl die Gesamtanzahl der Ärztinnen und Ärzte als auch der prozentuale Anteil von Ärztinnen hat sich erhöht. Letzterer lag 2019 bei rund 47 %.

Nach wie vor arbeiten kaum Ärztinnen in Kaderpositionen. Um diesem Umstand entgegenzuwirken, wurden Initiativen von Spitälern auf den Weg gebracht. Eine der Massnahmen sind flexible Arbeitszeitmodelle, die es erlauben, Beruf und Familie miteinander zu vereinbaren (Benaiah, 2020). In Deutschland gibt es seit 2015 ebenfalls mehr Medizinstudentinnen als -studenten. Im Jahr 2019 betrug der Anteil der Frauen rund 65 % (Beerheide, 2017).

#### **4.6.3 Kinderbetreuung**

Die Kinderbetreuung nimmt eine relevante Funktion bei erwerbstätigen Eltern ein. Im Gesundheitswesen kann dies bei medizinischem Personal helfen, da die Arbeitsstunden teilweise lang und schwierig zu planen sind. Wenn Spitäler Unterstützung in der Kinderbetreuung anbieten, kann sich dies als grosser Vorteil erweisen. Einen Überblick über die Situation zum Thema Kinderbetreuung in der Schweiz hat der Verband Kinderbetreuung Schweiz zusammengestellt (Kibesuisse, 2015). Zudem kann die Kinderbetreuung eine bedeutende Rolle beim Thema Gleichstellung einnehmen (Schwab Cammarano & Stern, 2020).

#### **4.6.4 Ausbildungsmöglichkeiten**

Das Medizinalberufegesetz definiert, wie die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten gestaltet sein müssen. Bei Ärztinnen und Ärzten, die sich im Fachgebiet der Chirurgie ausbilden lassen möchten, dauert die Aus- und Weiterbildung oftmals mehrere Jahre. Falls Familienplanung ansteht oder in Teilzeitmodellen gearbeitet wird, kann sich die

Ausbildung um ein Vielfaches verlängern. Eine Übersicht über die Aus- und Weiterbildungsprogramme ist auf der Homepage des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung zu finden. Um in der Stellenbesetzung die Abhängigkeit vom Ausland zu reduzieren, müssen attraktive und innovative Ausbildungssysteme vorhanden sein (Hostettler & Kraft, 2020).

#### **4.6.5 Führungsstil**

Für die Umsetzung der Arbeitszeitmodelle ist die Unterstützung der Vorgesetzten massgeblich (Köhler et al., 2004). Nur mit deren Hilfe lassen sich neue Arbeitszeitmodelle implementieren und umsetzen. Es ist möglich, dass Prozesse angepasst werden müssen und die Führungskräfte neue Führungsinstrumente einführen und benötigen. Der Führungsstil ist mithin ein ausschlaggebender Faktor. Psychologisches Kapital, das in Abschnitt 4.4.3 definiert und erklärt wird, spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle. Walumbwa, Peterson, Avolio und Hartnell (2010) konnten den positiven Zusammenhang zwischen PsyCap von Führungspersonen und der Leistung der Mitarbeitenden belegen. Dies unterstreicht den Einfluss der Vorbildfunktion von Führungskräften sowie der Unternehmenskultur. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Autonomie, welche bereits in Abschnitt 4.5.8 diskutiert worden ist. Es wird vermutet, dass die Unwilligkeit vor allem dort besteht, wo ein geringer Grad an Autonomie bei der Arbeit wahrgenommen wird. *Autonomie*, verstanden als eine der drei elementaren Motivationsdimensionen, bedeutet, Wahlmöglichkeiten und Einfluss darauf zu haben, wie die Arbeit verrichtet wird (Deci, Olafsen & Ryan, 2017). Es geht hier nicht darum, dass die Menschen nur das tun wollen, was ihnen Freude bereitet, sondern darum, dass sie die Wahl haben und Einfluss nehmen möchten. Das wahrgenommene Autonomieniveau variiert je nach Funktionsstufe: Je höher in der Hierarchie eine Person steht, desto mehr Autonomie wird wahrgenommen. Chefärztinnen und -ärzte erleben mehr Autonomie als Oberärztinnen und -ärzte und diese wiederum mehr als Assistenzärztinnen und -ärzte.

Diejenigen mit weniger Autonomie haben ein grösseres Interesse daran, die viel diskutierte und gewünschte Work-Life-Balance zu verbessern. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Organisationen ein starkes Interesse daran haben sollten, den Autonomiegrad ihrer Mitarbeiter/-innen zu erhöhen und nicht zwingend in Form von Mikromanagement zu führen (Fisher, Amabile & Pillemer, 2021).

Solche Führungsstile stehen im Widerspruch zu anderen Orientierungen in heutigen Organisationen. Kontrolle wird auch weiterhin relevant sein, Qualität und Leistung müssen weiterhin sichergestellt werden. In der chirurgischen Maximalversorgung und auch generell für Spitäler wird es relevant sein, ihre Führungskräfte nicht allein zu lassen, sondern sie bei dieser Neuorientierung zu unterstützen. Dies bedeutet, dass Personal- und Controlling-Praktiken, zum Beispiel Mitarbeitergespräche und Leistungsmanagement, angepasst werden müssen, denn es wird nicht möglich sein, den Führungskräften im Umgang mit den neuen Anforderungen der Mitarbeiter/-innen alles abzuverlangen, ohne die Praktiken und Rituale der Organisation zu überarbeiten. Eine mögliche Lösung ist bspw. Check-ins, welche in Kapitel 4.5.8 kurz erläutert worden sind.

#### **4.6.6 Forschung und Lehre**

Wie bereits in Unterkapitel 2.1 kurz vorgestellt, sind Forschung und Lehre ein öffentlicher Auftrag, den die Spitäler umsetzen müssen. Forschung und Lehre werden folglich durch öffentliche Gelder vergütet, müssen aber gleichzeitig durch die Institutionen wahrgenommen werden. Die Arbeitszeitmodelle müssen so aufgebaut sein, dass auch Forschung und Lehre angemessen Platz finden respektive in der Arbeitszeit inbegriffen sind. Alle Spitäler und medizinischen Fachrichtungen haben dazu Weiterbildungskonzepte nach den Vorgaben ihrer Fachgesellschaften etablieren müssen.

#### **4.6.7 Monetärer Aspekt**

Der monetäre Aspekt spielt ebenfalls eine relevante Rolle bei den Arbeitszeitmodellen. Es geht darum, die Arbeitszeit in ökonomischer Hinsicht so effizient wie möglich zu nutzen. Problematisch ist es, wenn es um die Dienstabdeckung geht. Häufig betreiben Kliniken einen Rund-um-die-Uhr-Betrieb, was die Personalkosten erhöht, obwohl keine Umsätze generiert werden können. Es handelt sich hier um sogenannte Vorhalteleistungen. Wie bedeutsam und emotional die Debatte rund um die Dienstabdeckung ist, veranschaulicht ein Kommentar von Schweri (2018). Sie findet insbesondere, dass die Pikettzeit besser abgebildet und abgegolten sein sollte.

#### **4.6.8 Gesetzgebung und Politik**

Die Rahmenbedingungen für die Etablierung von Arbeitszeitmodellen liefern der Staat und die Politik. In der Schweiz ist dies das BAG, in Deutschland das Bundesministerium für Gesundheit. Im Kapitel 2.3 wurde das ArG im Gesundheitswesen bereits detailliert beschrieben. Deshalb wird an dieser Stelle nicht nochmals darauf eingegangen. Für die Umsetzung der Arbeitszeitmodelle müssen die gesetzlichen Regelungen berücksichtigt und eingehalten werden.

#### **4.6.9 Berufsgruppen**

Ein Spital ist eine komplexe Organisation mit verschiedenen Berufsfeldern. Damit Arbeitszeitmodelle umgesetzt werden können, existieren unterschiedliche Berufsgruppen, die Ärztinnen und Ärzte bei der Patientenversorgung unterstützen. Dazu gehört beispielsweise die Pflege. Das Pflegepersonal und die Ärzteschaft arbeiten zum Wohl der Patientinnen und Patienten eng zusammen. In den vergangenen Jahren hat sich innerhalb der Spitäler ein Kulturwandel zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal offenbart (Barrett & Goh, 2019). Die beiden Berufsgruppen arbeiten enger zusammen, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und die Qualität in der Patientenbetreuung und -versorgung zu erhöhen. Dieser Wandel wirkt sich direkt oder indirekt auf die Arbeiten und damit auf die Arbeitszeitmodelle der Ärzteschaft aus (Mahmoudi et al., 2021).

In diesem Zusammenhang soll auch das Konzept der Physician Assistant (Arztassistentenz) kurz erläutert werden. Die Pflegeausbildung wird komplexer und es werden spezifischere Ausbildungen angeboten. Die Physician Assistants unterstützen die Ärzteschaft im Arbeitsalltag, zum Beispiel in der Ausbildung (Moote, Krsek, Kleinpell & Todd, 2011). Mit diesen neuen Berufsgruppen und Pflegeexpertinnen sowie -experten kann die Ärzteschaft ihre Tätigkeiten konsolidieren. Ausserdem eröffnen sich so auch Möglichkeiten für die Implementierung verschiedener Arbeitsmodelle.

Eine weitere Gruppe bildet die Administration. In der Regel sind dies vor allem Sekretariatsmitarbeitende, die den Ärztinnen und Ärzten die administrativen Arbeiten abnehmen, beispielsweise das Berichtswesen oder die Terminkoordination. Die Rolle der Administration bei der Unterstützung von Ärzten kann vielfältig sein und verschiedene Aspekte umfassen, wie die Bereitstellung von Ressourcen, organisatorische Unterstützung und effiziente Arbeitsabläufe. West, Dyrbye, Erwin und Shanafelt (2016) analysierten mehrere Studien und kamen zu dem Schluss, dass die aktive Beteiligung



der Administration an Massnahmen zur Verbesserung des Arbeitsumfelds, zum Abbau von Bürokratie und zur Förderung einer Kultur des Wohlbefindens entscheidend ist.

In diesem Unterkapitel wurden die Einflussfaktoren auf die Arbeitszeitmodelle aufgezeigt. Bedeutsam erscheint hier, dass auch das Individuum Einfluss auf die Arbeitszeitmodelle nehmen kann und sie aktiv mitgestalten kann. Im Rahmen der empirischen Untersuchung wurde aus diesem Grund die Ebene des Individuums als dritte übergeordnete Kategorie definiert (Vergleich dazu Abschnitt 6.1.1, Abbildung 16). Im nächsten Unterkapitel folgen Ausführungen über die Zukunftsperspektiven im Bereich der Chirurgie.

#### **4.7 Zukunftsperspektiven im Bereich der Chirurgie**

Die Verkürzung der Zeit für die Ausbildung am Arbeitsplatz stellt eine Herausforderung für das traditionelle Ausbildungsmodell im Bereich der Chirurgie dar. Das Interesse an der Roboterchirurgie nimmt daher stetig zu (Azadi et al., 2020). Simulationen bieten die Möglichkeit zu wiederholtem Üben in einer sicheren und kontrollierten Umgebung, die auf die Auszubildenden ausgerichtet und auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. Die jüngsten technologischen Fortschritte haben zur Entwicklung mehrerer Simulatoren geführt, die bereits in der chirurgischen Ausbildung eingesetzt werden. Die Komplexität und die Genauigkeit der verfügbaren Simulatoren variieren, sodass je nach Möglichkeiten der geeignete Simulator für die Aufgabe oder Fertigkeit ausgewählt werden sollte. Aus der Pädagogik ist bekannt, wie bedeutend der Kontext für das berufliche Lernen ist. Die Simulation sollte daher das klinische Umfeld und dessen Komplexität nachbilden (Dimitriou & Levy, 2021).

Zeitgenössische Simulationsansätze haben neue Ideen für die Vermittlung von Teamarbeit, Kommunikationsfähigkeiten und professionellem Verhalten hervorgebracht. Damit eine simulationsbasierte Ausbildung erfolgreich ist, müssen Simulatoren angemessen validiert und in ein Ausbildungsprogramm integriert werden (Azadi et al., 2020). Innerhalb eines chirurgischen Curriculums sollte den Auszubildenden unter angemessener Aufsicht Zeit für simulationsgestütztes Training zur Verfügung stehen. Die simulationsgestützte chirurgische Ausbildung sollte ein angemessenes Üben der

technischen Fertigkeiten ermöglichen, ohne den klinischen Kontext zu vernachlässigen, und muss ein adäquates Gleichgewicht zwischen der Simulationsumgebung und den Simulatoren bieten (Evgeniou & Loizou, 2013).

Chirurgische Fertigkeiten zu erlernen, erfordert ständige Übung, und es gibt Hinweise darauf, dass viele dieser technischen Fertigkeiten auch ausserhalb des Operationsaals erworben werden können (Ahmed, Jawaid, Shakoor, & Ahmed, 2021). Ziel ist es, die heutige Bedeutung der chirurgischen Simulation und ihrer Arten zu erörtern sowie die Wirksamkeit der Simulation im klinischen Umfeld und ihre Herausforderungen für die Zukunft zu untersuchen. Die chirurgische Simulation bietet Auszubildenden die Möglichkeit, ihre chirurgischen Fähigkeiten zu üben, bevor sie den Operationssaal betreten, und ermöglicht ein detailliertes Feedback sowie eine objektive Bewertung ihrer Leistung. Dies erhöht die Patientensicherheit und verbessert die Standards (Higgins, Madan & Patel, 2021).

Eine Studie von Gallagher et al. (2019) deutet darauf hin, dass sich die durch das Training an Simulatoren erworbenen Fähigkeiten positiv auf das klinische Umfeld übertragen und die chirurgischen Ergebnisse verbessern. Die grösste Herausforderung für die Zukunft besteht darin, den Wert dieser neuen Technologie zu verstehen und einen Lehrplan zu entwickeln, in den chirurgische Simulatoren integriert werden können. Dies wurde bereits 2011 durch Tan und Sarker aufgezeigt.

Chirurgische Simulatoren bieten grosse zukünftige Möglichkeiten, da die chirurgische Ausbildung möglicherweise ohne Patientinnen und Patienten erfolgen kann. Das heisst, die Ausbildung kann zeitlich flexibler vorgenommen werden und ist somit losgelöst vom normalen Tages- oder Wochenablauf. Auch die ausbildende Person ist möglicherweise weniger gefragt, da Operationen selbstständig an Simulatoren geübt werden können. Noch zu klären ist die Kosteneffizienz solcher Systeme (Petersen, Hees & Ohde, 2021).

Die Auszubildenden möchten alle Ausbildungsmöglichkeiten im klinischen Umfeld maximieren und die vorentwickelten Grundfertigkeiten, die an einem Simulator erworben werden, können dies erleichtern. Es wird immer deutlicher, dass ein selbst gesteuertes Simulationstraining abseits von Patientinnen und Patienten eine Alternative sein kann, um die geringere Zeit unter direkter Aufsicht zu kompensieren (Petersen et al., 2021).

Diese neuen Möglichkeiten beeinflussen die Erarbeitung von zukünftigen Arbeitszeitmodellen und müssen in den Überlegungen mitberücksichtigt werden.

Die Simulation in der chirurgischen Ausbildung hat starkes Interesse hervorgerufen. Die Vereinigung der Chirurgen in Ausbildung (Association of surgeons in training) hat sich intensiv mit den aktuellen Möglichkeiten auseinandergesetzt und das Potenzial für die Integration der Simulation in die Bereiche der chirurgischen Praxis sowie ihre Rolle sowohl im Rekrutierungsprozess als auch in der chirurgischen Grund- und Spezialausbildung erörtert (Milburn, Khera, Hornby, Malone & Fitzgerald, 2012). Ferner wird aufgezeigt, dass qualitativ hochwertige Simulationsprogramme Teil der künftigen chirurgischen Ausbildung sein müssen (Fitzgerald, Giddings, Khera & Marron, 2012).

Auszubildende stehen den Vorteilen der Simulation positiv gegenüber und schätzen nachweislich den Erwerb von Fähigkeiten durch Simulationstraining. Die Auszubildenden betonen, dass die Simulation lediglich eine Ergänzung und kein Ersatz für die klinisch-operative Ausbildung ist (Schijven, Jakimowicz, Broeders & Tseng, 2005). Die Europäische Arbeitszeitverordnung hat die Dienstzeiten und die anschließende klinische Exposition von Auszubildenden in der Chirurgie erheblich reduziert (Parsons, Blencowe, Hollowood & Grant, 2011).

Die Umsetzung von flexiblen Arbeitszeitmodellen ist in der Chirurgie als erfahrungsabhängiges Fachgebiet möglicherweise schwieriger als in anderen Bereichen der Medizin aufgrund der notwendigen Ausbildungszeit (Shaw et al., 2022). Damit Auszubildende, die für ein sicheres und unabhängiges Operieren erforderlichen Kompetenzen erwerben, müssen sie ein breites Spektrum an Verfahren kennenlernen. Reduzierte Arbeitszeiten wirken sich erheblich auf die Zeit aus, die eine Chirurgin oder ein Chirurg in der Ausbildung bis zum Abschluss im Operationssaal verbringen kann (Shaw et al., 2022). Die Notwendigkeit, bestimmte operative Kompetenzen innerhalb einer begrenzten und verkürzten Ausbildungszeit zu erlangen, zwingt die Auszubildenden dazu, nach innovativen Methoden zu suchen, um die Angemessenheit ihrer Ausbildung zu gewährleisten (Shaw et al., 2022)

Das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten rangiert bei allen klinischen Begegnungen an erster Stelle – sowohl für Auszubildende als auch für Auszubildende. Letztere möchten nicht in eine Situation geraten, in der sie das Gefühl haben, dass ihre Ausbildung für eine bestimmte Aufgabe nicht ausreichend war und in der die Patientinnen

und Patienten leiden könnten. Daher kann die Vorbereitung auf klinische Szenarien durch Simulationen dem Selbstvertrauen der Auszubildenden, ihrem Wohlbefinden und der Sicherheit der Patientinnen und Patienten zugutekommen (Issenberg, McGaghie, Petrusa, Lee Gordon & Scalese, 2018).

Die Nützlichkeit der Simulation in der chirurgischen ist gut belegt (Petersen et al., 2021). Durch eine Verkürzung der technischen Lernkurve kann die Simulation Chirurgen und Chirurgen auf die Praxis vorbereiten und besitzt damit das Potenzial, die Patientensicherheit sowie die Dienstleistungseffizienz zu verbessern und für zukünftige Arbeitszeitmodelle eingesetzt zu werden. Im weiteren Sinne kann die multidisziplinäre Simulation der Operationsumgebung die Entwicklung nichttechnischer Fähigkeiten fördern und dazu beitragen, Operationsteams auf selten auftretende Szenarien wie chirurgische Notfälle vorzubereiten. Die Rolle der Simulation ist in der formalen Ausbildung ist zurzeit weniger gut etabliert und die Verfügbarkeit von Einrichtungen dafür ist je nach Region, Dienstgrad und Fachgebiet unterschiedlich (Petersen et al., 2021).

#### **4.8 Zusammenfassung**

In Kapitel 4 hat die literarische Bestandsaufnahme stattgefunden und die theoretischen Grundlagen wurden gelegt. Als Erstes wurde die Vorgehensweise der Literaturrecherche erklärt. Da noch keine Studien durchgeführt worden sind, in denen Arbeitszeitmodelle und deren Umsetzung übergeordnet betrachtet wurden, mussten verschiedene Studien miteinander verknüpft werden. In Unterkapitel 4.2 wurde ein Überblick über die generelle Situation rund um die Gesundheit und das Wohlbefinden auf der Arbeit in der Europäischen Union vorgestellt. In den folgenden Unterkapiteln wurde die Situation im Gesundheitswesen erläutert. Damit konnte aufgezeigt werden, mit welchen Problemen Gesundheitspersonal konfrontiert ist und welche Auswirkungen diese auf die Mitarbeitenden selbst, aber auch auf die Behandlungsqualität haben können. Innovative Arbeitszeitmodelle und die damit verbundene Planung und Organisation können hier behilflich sein. Im nächsten Schritt wurden die theoretischen Grundlagen der Arbeitswissenschaften erläutert. Es wurde vor allem der Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Leistungsfähigkeit beschrieben. Durch den hektischen

Klinikalltag ist die Belastung hoch. Dennoch darf die Leistungsfähigkeit auch in strengen Phasen mit hoher Arbeitslast nicht nachlassen, da Fehler im Operationssaal schwer aufwiegen können.

Anschliessend wurden die theoretischen Ansätze des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals erklärt. Diese dienen einer ersten Einordnung der folgenden empirischen Untersuchung. In der Maximalversorgung müssen die Ärztinnen und Ärzte einerseits spezifisches Fachwissen vorweisen, welches in chirurgischen Fächern über Jahre aufgebaut werden muss, andererseits muss organisatorisches Wissen vorhanden sein, damit die Abläufe und Prozesse in der jeweiligen Klinik verstanden werden.

Weiter wurden die verschiedenen Arten von Arbeitszeitmodellen erklärt. Dies hilft zu verstehen, welche Modelle in der heutigen Situation angewendet werden und welche Vor- und Nachteile bestehen. Einige Modelle, welche in anderen Branchen üblich sind, können im 24-Stunden-Betrieb eines Spitals oder einer Klinik nicht umgesetzt werden. Diese Aspekte wurden in Kapitel 4.5 herausgearbeitet. Die Modelle Teilzeit, Protected Time, Jobsharing und Homeoffice scheinen erfolgreich und werden bereits umgesetzt. Gleitzeit, das Arbeitszeitkonto, Jahresarbeitszeit und Vertrauensarbeitszeit kommen weniger zur Anwendung und wurden deshalb nur kurz erläutert. Aufgrund von Notfällen und des relativ strikten ArG scheinen diese Modelle im Klinikbereich nicht zweckmässig zu sein.

Schichtarbeit wird bereits angewendet. Dieses Modell wird vor allem in der Dienst- und Operationsplanung genutzt. Innovative Modelle scheinen sich nicht ableiten zu lassen, da die Schichten mit entsprechenden Personalressourcen besetzt werden müssen. Das Modell unbezahlter Urlaub ist ebenfalls weniger relevant, da es sich hierbei um eine Auszeit handelt und es daher eher im Rahmen der Mitarbeiterzufriedenheit Anwendung findet.

Weiter wurden die Einflussfaktoren auf die Arbeitszeitmodelle erläutert. Ziel dieses Kapitels war es, aufzuzeigen, welche Aspekte bei der Umsetzung und Einführung neuer Arbeitszeitmodelle berücksichtigt werden müssen. Als letzter Aspekt wurden kurz die Zukunftsperspektiven in der Chirurgie in Form von Simulationen erläutert. Die neuen technischen Möglichkeiten durch Simulatoren können in der Erarbeitung von neuen Arbeitszeitmodellen berücksichtigt werden. Der Einbezug dieser Möglichkeiten erlaubt es den angehenden Chirurginnen und Chirurgen, zeitunabhängiger und damit

flexibler zu trainieren und sich weiterzubilden. Für die Vorgesetzten ergeben sich ebenfalls neue Aspekte der Lehre, da die Ausbildung nicht zwingend im hektischen Arbeitsalltag untergebracht werden muss. Im nächsten Kapitel 5 wird die Herleitung der empirischen Untersuchung beschrieben.

## **5 Herleitung der empirischen Untersuchung**

In diesem Kapitel werden die empirische Untersuchung und die Entwicklung der Forschungshypothesen veranschaulicht. Dafür werden die Vorgehensweise, das Erhebungsdesign, die Konzeption der Fragebögen und der Ablauf der Interviews erörtert.

### **5.1 Konzeption der empirischen Untersuchung**

In einem ersten Schritt wurden der Forschungsgegenstand und die Forschungsfrage ermittelt. Der Autor dieser Dissertation besitzt langjährige Führungserfahrung im Gesundheitswesen und hat registriert, dass die Themen Arbeitszeit und Arbeitszeitmodelle eine immer relevantere Rolle bei Ärztinnen und Ärzten einnehmen. Diese Themen sind omnipräsent und häufig ein Konfliktpunkt. Um die Beobachtung zu verifizieren, wurden zusätzlich Gespräche mit Mitarbeitenden im Gesundheitswesen geführt. Es hat sich herausgestellt, dass die Arbeitsbedingungen und die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben von grosser Bedeutung sind, da diese die Mitarbeitenden interessieren und im Arbeitsalltag ausschlaggebend sind. Sie beschäftigen die Mitarbeitenden in der dynamischen und schnelllebigen Gesundheitsbranche. Die Trends und die Gründe hierfür wurden bereits in Kapitel 1 beschrieben.

Nach dieser Vorarbeit erfolgten zunächst mithilfe einer umfangreichen Literaturrecherche eine Bestandsaufnahme und eine Analyse zum Thema (siehe Kapitel 2 und 4). Daraus ging hervor, dass es noch keine hinreichenden Ergebnisse zu konkreten Arbeitszeitmodellen gibt, welche die Maximalversorgung umfassen. Die Resultate der Forschungsarbeiten zeigen aber oftmals, dass die Arbeitsbedingungen anhand neuer Modelle verbessert werden könnten – sowohl in gesundheitlicher als auch in ökonomischer Hinsicht.

Diese Vorarbeiten erlaubten es, einen ersten theoretischen Untersuchungsrahmen zu definieren, der mit weiteren Expertengesprächen aus verschiedenen Berufsgruppen und medizinischen Bereichen (Klinikdirektorinnen und -direktoren, Geschäftsführenden, Personalleitungen, Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen Ausbildungsstufen) verfeinert werden konnte. Die Erkenntnisse wurden herangezogen, um die Forschungsfrage zu finalisieren.

Nach Ausarbeitung des Forschungsgegenstands und der Forschungsfrage wurde die theoretische Vorgehensweise definiert. Zunächst musste entschieden werden, ob ein quantitativer oder ein qualitativer Ansatz verfolgt wird respektive als Grundlage zur

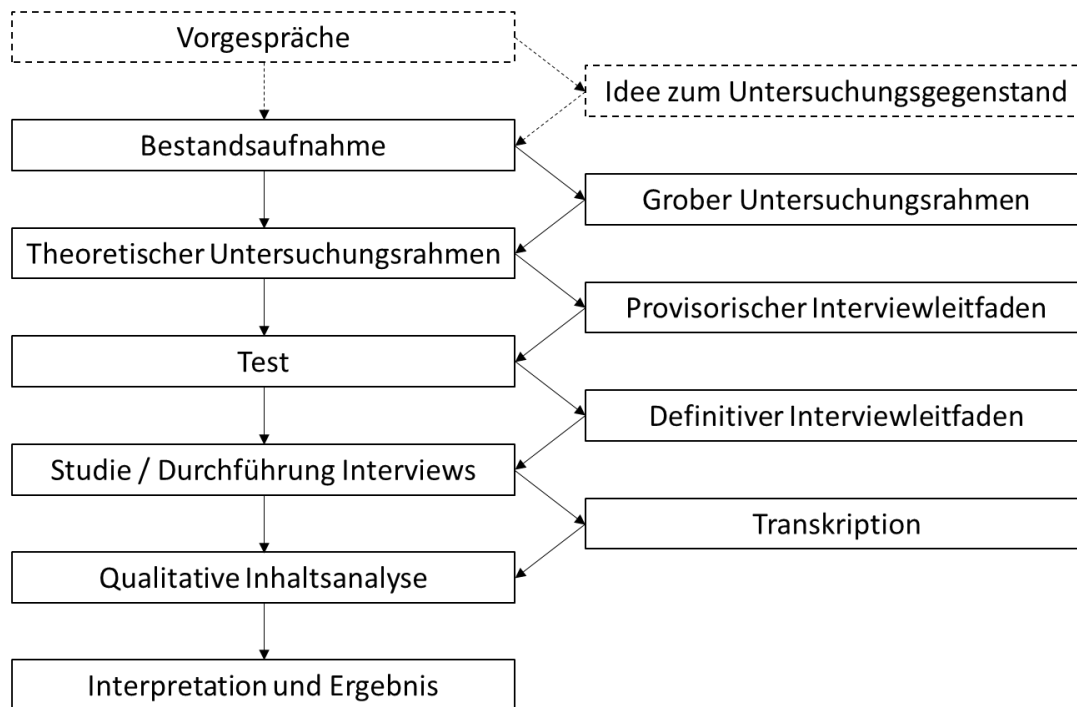
Beantwortung der Forschungsfrage korrekt ist. Durch eine sorgfältige und systematische Literaturrecherche sowie das Beiziehen weiterer Expertengespräche (Professoren und Mentorenteam) fiel die Wahl auf einen qualitativen Ansatz. Dies ist vor allem dadurch begründet, dass die Materie komplex ist und noch keine grundlegenden Theorien sowie Forschungsergebnisse zu diesem Thema vorliegen. Zudem haben die Vorgespräche mit den Mitarbeitenden des Gesundheitswesens gezeigt, dass das Thema Arbeitszeitmodelle mit seinen Zusammenhängen und Abhängigkeiten facettenreich und multidimensional ist.

Basierend auf den gesammelten Informationen wurde der vorläufige Interviewleitfaden konzipiert. Der Interviewleitfaden ist im Anhang 1 zu finden und wurde im Rahmen von Pretests auf Anwendbarkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit überprüft. Auf Grundlage der Rückmeldungen und Ergebnisse wurde der definitive Interviewleitfaden fertiggestellt. Mithilfe dieses Leitfadens wurden anschliessend die Interviews geführt, die dann transkribiert und für die qualitative Inhaltsanalyse genutzt wurden. Letztere bildete die Grundlage für die Interpretation der Inhalte, die in den Ergebnissen mündete. Zur besseren Übersicht ist die Vorgehensweise der empirischen Untersuchung in Abbildung 11 zusammengefasst.



## Abbildung 11: Skizzierung der empirischen Erhebung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Helmig, 2005



## 5.2 Erhebungsdesign

Nachfolgend werden die Auswahl der Erhebungsmethode, die Wahl der Stichprobe und die Konzeption des Interviewleitfadens beschrieben. Weiter wird die qualitative Inhaltsanalyse erläutert, bevor kurz auf die Qualitätssicherung und die wissenschaftliche Bewertung eingegangen werden.

### 5.2.1 Auswahl der Erhebungsmethode

Einen Überblick über die Methoden zur Erhebung empirischen Datenmaterials geben beispielsweise Berekoven, Eckert und Ellenrieder (2009). Zur Erhebung empirischer Daten bestehen verschiedene Ansätze und Methoden. Es existieren zwei übergeordnete Ansätze – der qualitative und der quantitative Ansatz. Letzterer wird oftmals für die Beschreibung respektive Messung von Sachverhalten bzw. für das Auffinden allgemeingültiger Gesetzmässigkeiten verwendet. Der qualitative Ansatz wird hingegen häufig herangezogen, um ein grundlegendes Verständnis für ein bestimmtes Forschungsfeld zu gewinnen.

Für die vorliegende Untersuchung wurde der qualitative Ansatz gewählt, da er nach Überprüfung der Literatur die vorteilhaftere Variante für das zu behandelnde Thema darstellt (Flick, von Kardorff & Steinke, 2005; Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010; Steinke, 1999). Die vorliegende Forschungsarbeit basiert auf den theoretischen Überlegungen aus der Grounded Theory und es werden die darin beschriebenen Techniken der Datenerfassung, -generierung und -analyse verwendet. Bei der Grounded Theory besteht das Bestreben, mittels Analyse von empirischen Daten, beispielsweise aus Interviews und Beobachtungen, eine neue Theorie oder einen neuen Ansatz zu formulieren. Datensammlung und -auswertung wechseln sich ab, bis neue Untersuchungen keine neuen Kenntnisse mehr generieren (Strauss & Corbin, 1994).

Zunächst wird der Bereich ermittelt, der von Interesse ist. Theoretische Vorurteile sollten vermieden werden. Anschliessend werden Analyseverfahren und Stichprobenstrategien angewandt. Die Studie ist abgeschlossen, wenn die theoretische Stichprobe erreicht ist (Dey, 1999). Die erhobenen Daten können qualitativ oder quantitativ oder eine Kombination aus beidem sein. Zu den Methoden der Datenerhebung gehören häufig ausführliche Interviews mit offenen Fragen. Die Fragen können angepasst werden, wenn sich die Theorie herausstellt. Es können gleichsam Beobachtungsmethoden und Fokusgruppen eingesetzt werden.

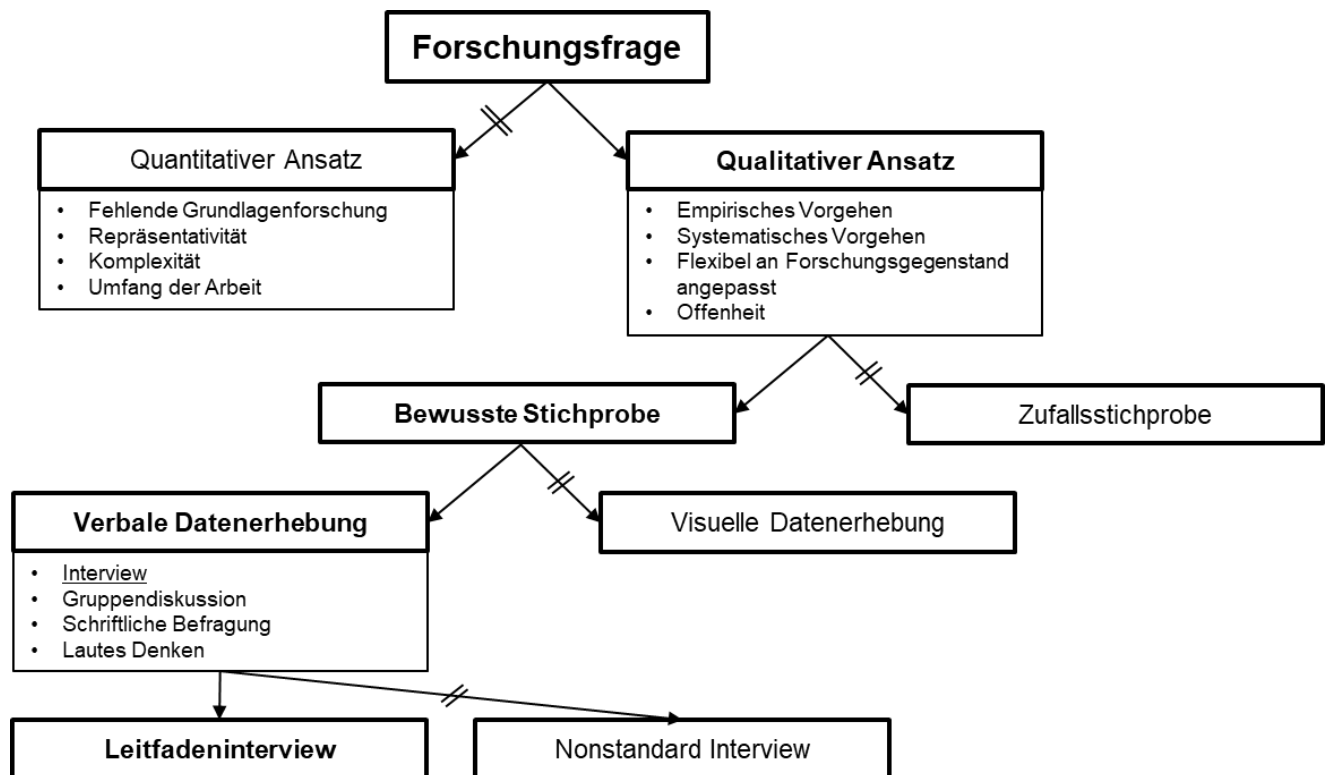
Aufgrund der Komplexität der Thematik wurde die Datenerhebung mithilfe von Interviews gewählt, was der Verwendung einer begrenzten Anzahl von Techniken entspricht (Birks & Mills, 2015). Nach den Expertengesprächen und der ersten Sichtung der Literatur wurde die Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews gewählt. Bei der Stichprobenwahl wurde die bewusste Stichprobe herangezogen. Eine bewusste Stichprobe ist eine spezielle Art von Stichprobe in der Forschung, bei der die Teilnehmer gezielt ausgewählt werden, weil sie bestimmte Merkmale aufweisen, die für die Forschungsfrage relevant sind (Palinkas et al., 2015). Ferner wurde die verbale Datenerhebung genutzt, da die Forschungsfrage so besser adressiert werden konnte. Spitäler sind komplexe Organisationen und es herrschen starke organisatorische Differenzen zwischen den medizinischen Bereichen. Es wurden Unterschiede in den Antworten der Interviewpartner/-innen erwartet, wobei eine verbale Datenerhebung die Möglichkeit offenlässt, das Gespräch aktiv zu steuern und direkt auf die Unterschiede einzugehen. Dessen ungeachtet scheint das Leitfadeninterview die geeignetere Variante

bei der Datenerhebung zu sein, um die Gespräche zu führen und den Antwortenden die Möglichkeit zu geben, frei zu sprechen (Merton, 1987).

Bis anhin existieren keine umfassenden Studien, in denen die Thematik im Umfang dieser Arbeit untersucht wurde (Helfferich, 2022). Verifiziert wurde dies zusätzlich durch Vorgespräche mit Gesundheitsexpertinnen und -experten sowie Spitalmitarbeitenden. In Abbildung 12 ist die Vorgehensweise zusammengefasst dargestellt.

**Abbildung 12:** Konzeption Erhebungsdesign

Quelle: Eigene Darstellung



### 5.2.2 Auswahl der Probandenstruktur und Ablauf der Befragung

In der Literatur finden sich noch keine vergleichbaren Forschungsgegenstände. Oftmals wurden lediglich Teilbereiche von Arbeitszeitmodellen untersucht. Aus diesem Grund wurde die Probandenstruktur vorgängig mit Expertinnen und Experten besprochen. Als Erstes musste definiert werden, welche Art von Spitälern untersucht werden soll. Spitäler sind organisatorisch ähnlich aufgebaut; jedoch existieren verschiedene Spitaltypologien (vgl. dazu auch Kapitel 1). In der Schweiz bildet das Versorgungs-niveau 5 die höchste Stufe und repräsentiert zugleich die Maximalversorgung. Der Fokus der Arbeit liegt auf dieser Typologie. Die gewonnenen Erkenntnisse können aber auch für niedrigere Niveaus genutzt werden.

Weiter hat sich herausgestellt, dass in Spitälern zwischen schneidenden (chirurgischen) und nichtschneidenden (internistischen) Disziplinen differenziert wird. Die Expertinnen und Experten haben empfohlen, diese Unterscheidung bei der Auswahl der Probandenstruktur zu berücksichtigen. Der Autor hat sich in Absprache mit den Mentorinnen und Mentoren dazu entschieden, primär die schneidenden Disziplinen zu untersuchen. Die Umsetzung und Implementierung von innovativen Arbeitszeitmodellen ist in diesen Disziplinen schwierig. Anders als bei nichtschneidenden Disziplinen muss nebst den Sprechstunden und administrativen Tätigkeiten auch das gesamte Operationsmanagement inklusive Ausbildung neuer Chirurginnen und Chirurgen berücksichtigt werden. Nebst der generell anspruchsvollen Planung sind deshalb strukturierte Arbeitstage schwierig zu implementieren, da beispielsweise mit einem unvorhergesehenen Operationsverlauf zu rechnen ist oder möglicherweise Notfalloperationen geleistet werden müssen (Meneveau, 2020). Deshalb ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass Arbeitszeitmodelle, welche in schneidenden Disziplinen funktionieren, dies auch in nichtschneidenden tun.

Gemäss den Vorgaben der Grounded Theory wurden dann schrittweise Interviewpartner/-innen gesucht, die Interviews wurden durchgeführt und mittels Notizen sowie Zusammenfassung grob ausgewertet. Befragt wurden Personen, die im Spital arbeiten und direkt oder indirekt mit den Arbeitszeitmodellen zu tun haben. Vorwiegend wurden Ärztinnen und Ärzte, aber auch administratives Personal und hohe Kadermitarbeitende interviewt. Zudem wurden Expertinnen und Experten befragt, die in der Thematik arbeiten. Dieser Vorgang wurde so oft wiederholt, bis sich keine neuen Erkenntnisse mehr aus den Interviews ergeben haben. Total wurden 26 Personen befragt. Es wurden 25 Interviews transkribiert. In einem Interview gab es technische Probleme während der Aufzeichnung. Deshalb stehen hier lediglich die gemachten Notizen zur Verfügung. Die Interviewdauer variierte zwischen 30 und 90 Minuten.

Abbildung 13 zeigt die Merkmale der Interviews. Es ist ersichtlich, dass rund 65 % der interviewten Personen weiblich sind und 35 % männlich. Rund ein Viertel der Personen arbeiteten zum Zeitpunkt des Interviews in Teilzeitmodellen und drei Viertel waren in Vollzeit tätig. Rund ein Drittel der Befragten hatte keine Familie und keine Kinder. Zwei Drittel hingegen hatten Familie und Kinder. Es waren 73 % der interviewten Personen Chirurginnen und Chirurgen, 15 % waren internistisch und 12 % im Management tätig. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Personen ist neben der klinischen

Arbeit auch in der Forschung tätig. Für das bessere Verständnis sind zudem die einzelnen Funktionen der interviewten Personen abgebildet. Die Abkürzungen stehen für:

KD = Klinikdirektor/-in

LA = Leitender Arzt, leitende Ärztin

OA = Oberarzt, Oberärztin

OA i.v. = Oberarzt, Oberärztin in Vertretung

AA = Assistenzarzt, Assistenzärztin

KM = Klinikmanager/-in

### Abbildung 13: Übersicht Interviews

Quelle: Eigene Darstellung

Nr.	m/w	Alter	Klinik	Funktion	Familie	Kinder	BG	Forschung
1	w	30-40	Internistisch	OA	Ja	Ja	100%	Ja
2	w	30-40	Internistisch	OA	Ja	Ja	80%	Nein
3	w	20-30	Management	KM	Nein	Nein	70%	Nein
4	m	30-40	Chirurgisch	OA	Nein	Nein	100%	Ja
5	w	30-40	Chirurgisch	OA	Nein	Nein	100%	Ja
6	w	20-30	Management	KM	Nein	Nein	100%	Nein
7	w	30-40	Chirurgisch	OA	Ja	Ja	100%	Ja
8	w	60-70	Chirurgisch	KD	Ja	Ja	100%	Ja
9	m	50-60	Chirurgisch	LA	Ja	Ja	100%	Ja
10	m	20-30	Chirurgisch	AA	Nein	Nein	100%	Ja
11	m	50-60	Chirurgisch	LA	Ja	Ja	100%	Ja
12	m	50-60	Chirurgisch	LA	Ja	Ja	100%	Ja
13	m	50-60	Chirurgisch	LA	Ja	Ja	100%	Nein
14	w	30-40	Chirurgisch	AA	Ja	Nein	100%	Ja
15	m	40-50	Chirurgisch	LA	Ja	Ja	100%	Ja
16	w	40-50	Chirurgisch	OA	Ja	Ja	70%	Nein
17	w	20-30	Management	KM	Ja	Nein	100%	Nein
18	w	30-40	Chirurgisch	OA i.v.	Ja	Ja	50%	Nein
19	w	40-50	Management	Expertin	Ja	Ja	100%	Ja
20	w	40-50	Chirurgisch	KD	Ja	Ja	100%	Ja
21	w	30-40	Chirurgisch	AA	Nein	Nein	100%	Ja
22	w	30-40	Chirurgisch	OA	Ja	Ja	50%	Nein
23	w	30-40	Chirurgisch	OA	Ja	Ja	80%	Nein
24	m	40-50	Internistisch	LA	Ja	Ja	100%	Nein
25	m	50-60	Chirurgisch	KD	Ja	Ja	100%	Ja
26	w	40-50	Chirurgisch	OA	Ja	Ja	60%	Nein

Abbildung 13 zeigt die Aufteilung der interviewten Personen nach Funktion. Über alle Funktionen hinweg wurden Interviews geführt. Der grösste Anteil mit 36 % fiel auf Stufe Oberärztin/Oberarzt, gefolgt von der Stufe leitende Ärztin/leitender Arzt. Mit je 12 % vertreten waren die Stufen Assistenzärztin/-arzt, Klinikmanager/-in und Klinikdirektor/-in. Zudem wurde eine Person in der Funktion als Expertin interviewt.

In der Stichprobe haben rund 48 % der Befragten Vertrauensarbeitszeit (Stufen leitender Arzt/leitende Ärztin und Klinikdirektor/-in) und rund 48 % müssen ihre Arbeitszeit dokumentieren (Stufen Assistenzarzt/-ärztin und Oberarzt/-ärztin). Die Management-Funktionen (4 %) dokumentieren ihre Arbeitszeit. Innerhalb der Stichprobe wurden deshalb sowohl vorgesetzte Personen befragt, welche neue Arbeitszeitmodelle umsetzen und mittragen müssen, als auch Personen, die in den jeweiligen Modellen arbeiten. Ziel der Arbeit ist es, Handlungsempfehlungen und Erkenntnisse zu liefern, damit zukünftig innovative Arbeitszeitmodelle besser im hektischen Klinikalltag implementiert werden können. Deshalb ist die Gruppe der Assistenzärztinnen und -ärzte in der Stichprobe eher unterrepräsentiert.

**Abbildung 14:** Aufteilung interviewte Personen nach Funktion

Quelle: Eigene Darstellung

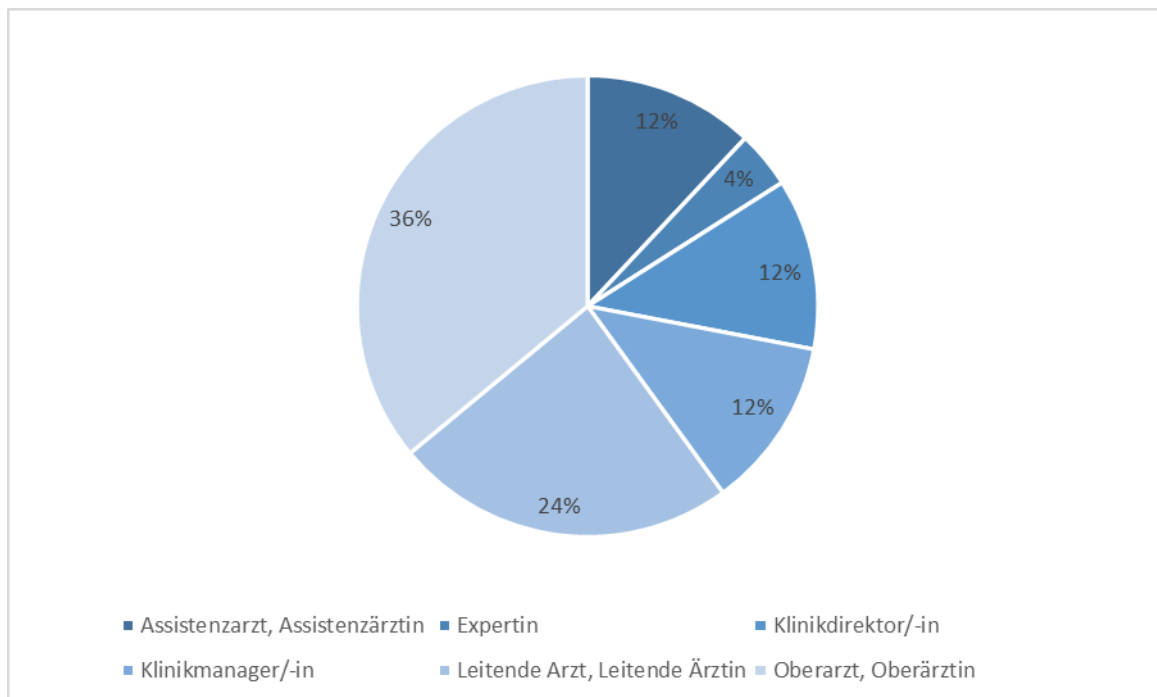


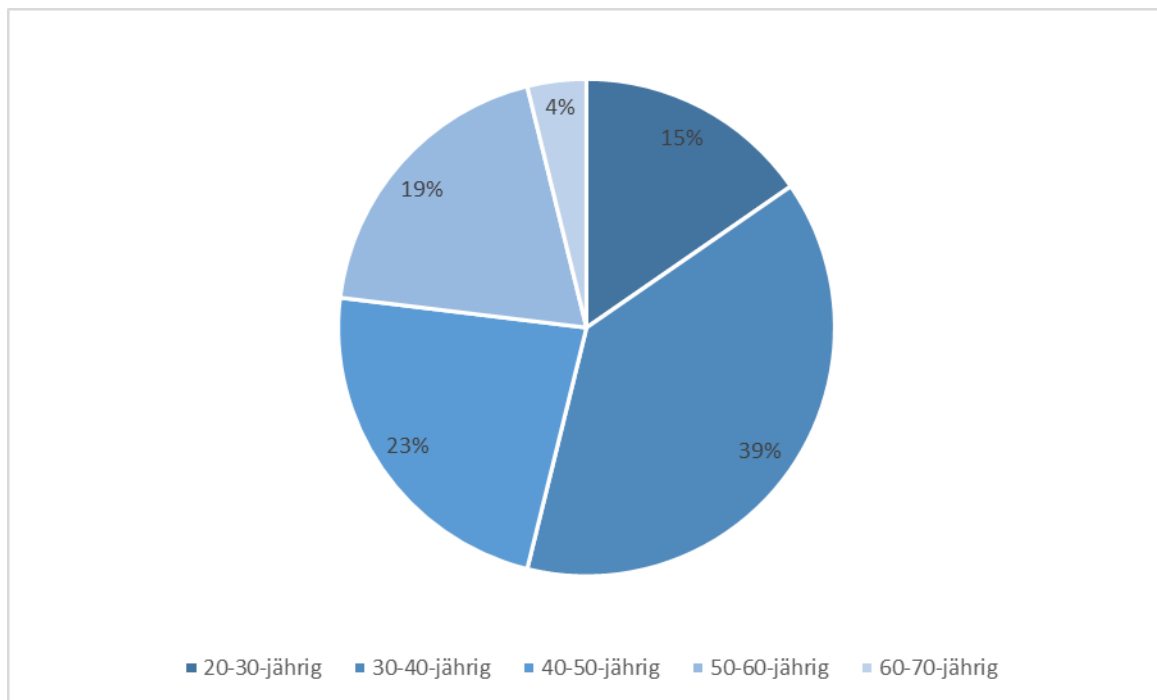
Abbildung 14 veranschaulicht die Altersverteilung der interviewten Personen. Es waren 19 % der interviewten Personen zwischen 20 und 30 Jahre, 39 % zwischen 30 und 40 Jahre, 23 % zwischen 40 und 50 Jahre und 23 % der Befragten waren älter als 50 Jahre.

Die Antworten der Interviewpartner/-innen sind möglicherweise aufgrund der Alters- und Geschlechterzusammensetzung voreingenommen. Nur etwa ein Viertel der Befragten ist über 50 Jahre alt, wie Abbildung 15 zeigt. Zudem sind rund zwei Drittel der

Befragten weiblich. Diese Verteilung und die daraus erfolgte Auswertung der Interviews haben möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse (Mühlfeld, Windolf, Lampert & Krüger, 1981). Beispielsweise tendieren Frauen möglicherweise eher zu Teilzeitmodellen als ihre männlichen Kollegen oder die älteren Generationen haben ein anderes Verständnis von Arbeit, da früher noch keine so klaren Regeln betreffend ArG vorhanden waren.

**Abbildung 15:** Altersverteilung der interviewten Personen

Quelle: Eigene Darstellung



Die Interviews konnten ohne Mühe organisiert werden. Alle Personen haben sich offen gezeigt. Die Interviewdauer von teilweise mehr als 60 Minuten ist ein Indiz dafür, dass das Thema aktuell relevant ist. Nachdem die Auswahl der Interviews vorgestellt wurde, werden im nächsten Abschnitt die qualitative Inhaltsanalyse sowie die Codierung erläutert.

**5.2.3 Qualitative Inhaltsanalyse und Codierung**

Nach der Datenerhebung wurden die Interviews streng methodisch ausgewertet. Dazu wurden die Audioaufnahmen transkribiert und anschliessend codiert. In diesem Schritt wurde die theoretische Technik der qualitativen Inhaltsanalyse angewendet. Diese besteht aus einem Bündel von Techniken zur systematischen Textanalyse (Ma-



ying, 1994). Sie definiert sich als ein Ansatz der empirischen, methodisch kontrollierten Analyse von Texten in ihrem Kommunikationskontext, der inhaltsanalytischen Regeln und Schritt-für-Schritt-Modellen folgt, ohne dass vorschnell quantifiziert wird.

Für die Codierung wurde in Anlehnung an Mayring (2010) mit der Methode der induktiven Kategorienbildung gearbeitet, da aktuell keine Codierungsleitfäden zum Thema vorhanden sind und auch keine Kategorien aufgrund bestehender Literatur gebildet werden konnten. Es wurde die Codierungs-Software F4 genutzt, da sie unkompliziert zu handhaben ist und für die Datenmenge die adäquaten Instrumente zur Verfügung stellt. Der Umgang mit der Software wurde anhand eines Selbststudiums und einer halbtägigen Einführungsveranstaltung erlernt. Das Programm ist intuitiv. Die Überprüfung der Kategorien wurde nach Codierung von ca. 30 % der Interviews vorgenommen. Es wurden einzelne Kategorien zusammengefasst und es wurde überprüft, inwiefern die bisherigen Antworten der Beantwortung der Forschungsfrage dienen und inwieweit die Interviews mit dem Ziel der Forschungsfrage übereinstimmen.

#### **5.2.4 Qualitätssicherung**

Obwohl die qualitative Forschung während des Forschungsprozesses flexibler und anpassungsfähiger sein kann als die quantitative Forschung, muss die Qualität des Prozesses und der Ergebnisse gesichert werden. Wie bei quantitativen Forschungsansätzen müssen daher auch hier Qualitätskriterien festgelegt und erfüllt werden. Anders als bei quantitativen Forschungsansätzen, bei denen die Qualitätskriterien klar definiert sind, ist die Literatur über Qualitätskriterien für qualitative Forschung jedoch heterogen (Steinke, 2007). Mayring und Fenzl (2019) beschreiben eine Reihe von Qualitätskriterien.

Für diese Arbeit wurden die Gütekriterien nach Mayring (2019) herangezogen. Diese sind Transparenz, Intersubjektivität und Reichweite. Das Gütekriterium Transparenz wurde eingehalten, da der gesamte Prozess der qualitativen Forschung auf transparente Weise dokumentiert ist. Das Vorgehen wird erklärt, damit es für Aussenstehende nachvollziehbar ist. Das Gütekriterium Intersubjektivität stellt sicher, dass die subjektiv gewonnenen Ergebnisse auch für Aussenstehende plausibel sind. Die hier erlangten Erkenntnisse sind nicht absolut wahr, sondern bilden Interpretationen ab. Es soll gewährleistet werden, dass die Erkenntnisse angemessen reflektiert worden sind.

Das Gütekriterium Reichweite zeigt auf, dass in einer qualitativen Studie teilweise weniger Teilnehmende befragt werden können als bei einer quantitativen Studie. Es ist deshalb relevant, zu veranschaulichen, welche Verallgemeinerungen aus den Ergebnissen gezogen werden, und zu verdeutlichen, dass es sich um Meinungen sowie Interpretationen handelt. In Abschnitt 5.2.2. ist deshalb die Probandenstruktur erläutert worden.

### **5.2.5 Wissenschaftliche Bewertung**

Aufgrund der qualitativen Untersuchung sind die Ergebnisse subjektiv und nicht repräsentativ für Spitäler und chirurgische Kliniken im Allgemeinen (Flick, 2022). Die vorliegende Thesis ist eine der wenigen Arbeiten in der aktuellen Literatur, welche ein so grosses Themengebiet abdeckt. Es findet sich kaum Literatur, in der das Themengebiet *Arbeitszeitmodelle in der chirurgischen Maximalversorgung* derart umfassend behandelt wurde. Die grösste Schwierigkeit der vorliegenden Studie bestand darin, zwischen den komplexen Zusammenhängen zu differenzieren und diese darzustellen.

Der Verfasser der vorliegenden Abhandlung widmete sich vorwiegend dem schweizerischen und deutschen Gesundheitswesen sowie den aktuellen Gesetzgebungen. Die Erkenntnisse der Arbeit können jedoch auf andere Länder übertragen werden. Gleichwohl spielt der aktuelle Entwicklungsstand des jeweiligen Landes eine Rolle. Das Gesundheitswesen wird von Land zu Land anders finanziert und die Gesetzgebungen sowie die damit verbundenen Verantwortlichkeiten werden unterschiedlich gehandhabt. Auch die Gesundheitsplanung kann je nach Land unterschiedlich sein.

## **6 Empirische Untersuchung**

In diesem Kapitel werden die gesammelten Interviewdaten ausgewertet und beschrieben. Die Texte, die Codes und die Codierungen der Interviews sind in den Anhängen 2 und 3 der Arbeit zu finden. Die ausgewerteten Daten werden mit dem Theorieteil aus Kapitel 4 verknüpft. Ziel ist es, die in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigten theoretischen Aspekte mit den getätigten Aussagen der Interviewteilnehmer/-innen zu verknüpfen und zu erläutern. Die theoretischen Aspekte und Grundlagen aus Kapitel 2 und 4 werden in die jeweiligen Schwerpunkte aus dem empirischen Teil eingebettet.

### **6.1 Vorstellung der Interviewergebnisse**

Die Ergebnisse der Analyse lassen sich in drei Hauptebenen einteilen, die aus den Interviews abgeleitet sind: Gesellschaft, Institution und Individuum. Diese drei Ebenen sind in Kapitel 4 bereits erläutert worden. Die Vorstellung der Interviewergebnisse wird mit der Erklärung der drei Ebenen begonnen, um in den Ergebnisteil einzuführen und einen ersten Überblick über die Resultate zu geben. Neben den drei Ebenen, die als übergeordnete Kategorien angesehen werden, werden die Resultate in Schwerpunkte unterteilt und es wird detailliert auf die Interviewergebnisse eingegangen. Diese Schwerpunkte sind: Arbeitsalltag, Work-Life-Balance, Forschung, Aus- und Weiterbildung, Karriere, Arbeitsinhalt, Digitalisierung und Weitere. In diesen Abschnitten werden die Rahmenbedingungen für Kapitel 6.2 geschaffen, in welchem die Überleitung zu den Implikationen zu den Arbeitszeitmodellen vorgenommen wird.

In den nachfolgenden Ausführungen werden zum besseren Verständnis häufig Interviewzitate eingefügt. Die Interviewtexte sind als Anhang 2 der Arbeit beigelegt.

#### **6.1.1 Drei Hauptebenen der empirischen Untersuchung**

Im Rahmen der Interviews liessen sich drei Ebenen identifizieren, die übergeordnet in allen Interviews über alle Schwerpunkte hinweg erwähnt wurden. Diese Ebenen sind ebenfalls in Kapitel 4 bereits vorgestellt worden. Um ein besseres Verständnis der Resultate zu erlangen, werden zuerst die drei Ebenen erklärt, bevor die Schwerpunkte veranschaulicht werden.

Auf der Ebene der Gesellschaft geht es darum, welche gesellschaftlichen Aufgaben in den Interviews häufig angesprochen wurden. Die interviewten Personen sprachen

oftmals über die staatliche Unterstützung beim Thema Care-Arbeit<sup>1</sup>. Es wurde zwischen bezahlter und unbezahlter Care-Arbeit unterschieden. Bezahlte Care-Arbeit meint die finanzielle Unterstützung durch öffentliche oder private Institutionen. Unbezahlte Care-Arbeit bedeutet, dass keine finanzielle Unterstützung gewährleistet wird und die entsprechenden Haushalte die Pflege ohne finanzielle Vergütung leisten. In den Interviews wurde häufig diskutiert, dass mehr finanzielle oder organisatorische Unterstützung gewünscht ist, wie folgendes Zitat beispielhaft zeigt: „Und der Staat macht zu wenig, um das zu unterstützen. Das ist/ vielleicht wird es mit dem, dass es mehr Politikerinnen gibt/ wird das ein bisschen hoch gehen auf der Prioritätenliste. Vielleicht. Aber das ist ein riesiges Problem.“ (07 Interview, Absatz 191)

Weiter wurde diesbezüglich diskutiert, welche Aufgabe eine Kinderbetreuung erfüllen muss. Folgendes Interviewzitat zeigt etwa, dass die Öffnungszeiten von Kindertageschulen problematisch sind:

„Ich meine, mit den Kita-Öffnungszeiten haben Sie keine Chance im Spital. Also ich meine, wenn die Kita um sechs Uhr schliesst. Ja, das ist ja keine Zeit für uns im Spital. Und entweder man deckt es familiär ab oder man muss sich halt mit Nanny und Babysitter und sonstigen Lösungen muss man sich arrangieren.“ (14 Interview, Absatz 53)

Die Ergebnisse der Interviews veranschaulichen, inwiefern Unterstützung beim Thema Care-Arbeit erwünscht und notwendig ist. Nebst Care-Arbeit gibt es weitere Unterstützungsformen die erwünscht sind, welche in den Ausführungen der Schwerpunkte wieder auftauchen.

Auf der Ebene der Institution wurden Aussagen getätigt, welche den/die Arbeitgeber/-in respektive das Spital betreffen. Hier geht es um Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge betreffend Arbeitsmodelle, die aufseiten der Arbeitgeber/-innen existieren. Es wurden Aussagen zu folgenden Themen getätigt: Weiterbildungsmöglichkeiten, Forschung, Work-Life-Balance, Arbeitsmodelle und Karriere. Diese Ebene wird in den nächsten Abschnitten mit den Schwerpunkten vertieft. Deshalb wird in diesem Teil der Abhandlung nicht näher darauf eingegangen.

---

<sup>1</sup> Care-Arbeit ist die unbezahlte und bezahlte Betreuungs-, Pflege- und Hausarbeit für Kinder und Erwachsene.

Auf der letzten der drei Ebenen befindet sich das Individuum. In diesem Zusammenhang spiegeln die Interviews wider, inwiefern die Befragten selbst dafür zuständig sind, dass zukünftige und innovative Arbeitsmodelle funktionieren und umgesetzt werden. Mann (2022) zeigt, dass es weiterhin viele strukturelle Karrierehürden gibt, die insbesondere für Frauen schwierig zu überwinden sind.

Oftmals wurde das Thema Planung und Organisation in diesem Zusammenhang genannt. Als Beispiel kann die Familienplanung herangezogen werden, wie folgendes Interviewzitat veranschaulicht:

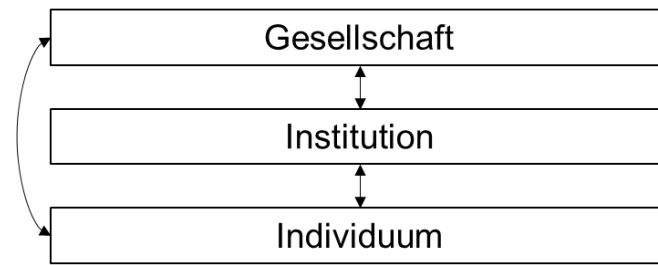
„Und wir haben beide auch eher die Kinder jetzt eher spät bekommen. Also ich bin 36. Meine Kollegin hat das erste Kind gehabt mit ich glaube 34 und das zweite mit jetzt 38. Und darum haben wir halt einfach zu dem Zeitpunkt, als wir Kinder bekommen haben, haben wir halt unsere Spezialisierungen mehr oder weniger schon gehabt.“  
(20 Interview, Absatz 31)

Aus den Interviews ist herauszulesen, dass im komplexen Umfeld des Gesundheitswesens als Ärztin oder Arzt eine frühzeitige Planung unabdingbar ist. Generell wurde die Arbeitstagplanung als zentral erachtet. Auf dem kurzfristigen Zeithorizont wurden die effiziente Planung und das Zeitmanagement als wesentlich angesehen. Nur wem es gelingt, sich und das eigene Umfeld effizient zu organisieren, schafft es, Beruf und Privatleben in Einklang zu bringen.

Dieser Abschnitt soll einen ersten Überblick über die Ergebnisse der Interviews geben. In Abbildung 16 sind die drei Ergebnisebenen visualisiert. Die Resultate der Interviews waren nicht immer eindeutig einer Ebene zuzuordnen. Deshalb besteht eine Wechselwirkung, die in der Grafik mit Pfeilen signalisiert ist. Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse weiter vertieft und es wird auf spezifische Schwerpunktthemen eingegangen.

## Abbildung 16: Die drei Ebenen der Ergebnisse

Quelle: Eigene Darstellung

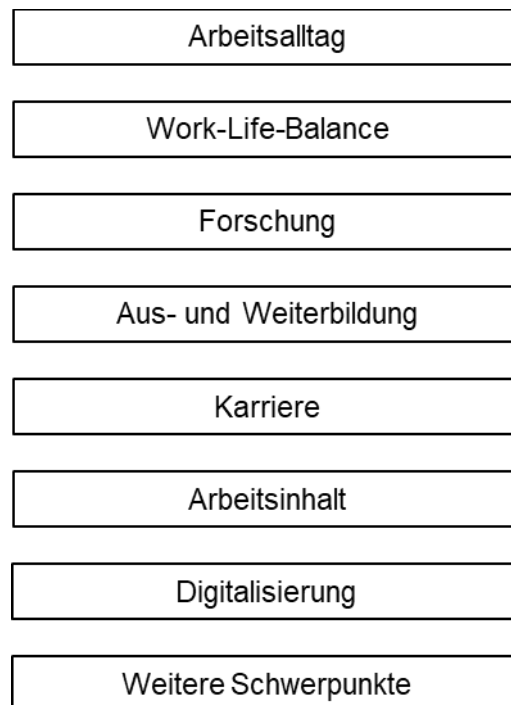


### 6.1.2 Schwerpunkte der empirischen Untersuchung

Nachdem im vorherigen Abschnitt die drei Ebenen der empirischen Untersuchung dargestellt wurden, werden nachfolgend die Schwerpunkte präsentiert. Diese wurden im Rahmen der empirischen Untersuchung ausgearbeitet und sollten für die Entwicklung und Umsetzung von neuen, innovativen Arbeitszeitmodellen berücksichtigt werden. Abbildung 17 zeigt die Schwerpunktt Themen im Überblick.

## Abbildung 17: Übersicht Schwerpunkte der empirischen Untersuchung mit Einfluss auf die Arbeitszeitmodelle

Quelle: Eigene Darstellung



In den nachfolgenden Abschnitten werden die Schwerpunkte erläutert. Die Schwerpunktt Themen sind in weitere Unterkategorien aufgeteilt, welche im Rahmen der empi-

rischen Interviews ausgearbeitet wurden. Gleichzeitig wird jeweils beschrieben, inwiefern das Schwerpunktthema im Zusammenhang mit innovativen Arbeitszeitmodellen steht und was es zu beachten gibt. Am Ende des jeweiligen Schwerpunktthemas findet die Interpretation statt und es werden Handlungsempfehlungen abgegeben. In Anhang 3 ist das Codesystem beigelegt.

### **6.1.3 Schwerpunkt Arbeitsalltag**

Der Schwerpunkt Arbeitsalltag weist eine grosse Anzahl an codierten Textstellen auf (Total: 315 Textstellen). Dieses Ergebnis veranschaulicht, wie relevant das Thema in der Ausgestaltung neuer Modelle in der Maximalversorgung in der Chirurgie ist.

Im Rahmen der Interviewcodierung trat zutage, dass die Organisation und in diesem Zusammenhang das Zeitmanagement als grösste Herausforderung wahrgenommen werden, wie aus folgendem Zitat hervorgeht: „Also meine Challenge ist die Uhr. Genau. Das ist wirklich so. Würde ich jetzt sagen. Die Kinder kommen nach Hause, die OP hat Verzögerung. So immer das/.“ (25 Interview, Absatz 65) In diesem Kontext wurde oftmals das Wort *Planung* genannt. Mit einer adäquaten Planung scheint der Arbeitsalltag besser gestaltbar zu sein. Dadurch können moderne Arbeitsmodelle auch im hektischen chirurgischen Arbeitsalltag in der Maximalversorgung möglich sein.

In den Interviews wurden Lösungsansätze und deren Herausforderungen für die Umsetzung moderner Arbeitszeitmodelle in der chirurgischen Maximalversorgung besprochen, die in diesem Abschnitt erläutert werden. Zunächst werden die Arbeitstagplanung und die damit einhergehenden Herausforderungen präsentiert. Anschliessend werden die Rolle anderer Berufsgruppen und deren Funktion besprochen, bevor das Thema Dienst- und Operationsplanung adressiert wird.

#### **6.1.3.1 Arbeitstagplanung und damit einhergehende Herausforderungen**

Die Arbeitstagplanung wurde in den Interviews häufig erwähnt. Laut Interviewaussagen ist die Arbeit tagesabhängig und damit zu einem gewissen Grad schwierig zu planen. Die interviewten Personen sprachen von zwei Arten von Tagen im chirurgischen Alltag: Operationstagen und Sprechsturentagen. Sprechsturentage sind gemäss Aussagen planbarer und es ist wahrscheinlicher, dass die gesamte Arbeit erledigt werden kann. Operationstage sind weniger planbar, da nicht genau vorhersagbar

ist, wie lange eine Operation dauert. Die Vor- und Nachbearbeitung wie Berichteschreiben nimmt allerdings ebenso viel Zeit in Anspruch wie das Halten einer Sprechstunde. Folgendes Zitat zeigt dies beispielhaft: „Und dort musst du natürlich auch noch deine Interventionsberichte schreiben. Das heisst, wenn du im Sprechstundenbetrieb eingeplant bist, kannst du schon eher drauf gehen, dass du zeitig rauskommst und mit allem durchkommst.“ (02 Interview, Absatz 11)

Die Herausforderungen im Alltag und bei den verschiedenen Arbeitsmodellen sind vielfältig. Aus den Interviews ist hervorgegangen, dass die Anzahl verschiedener Arbeitstätigkeiten bei Ärztinnen und Ärzten hoch ist. Häufig sind es kurze Aufgaben, dennoch sind hierfür die Meinung, das Wissen respektive die Entscheidungskompetenz einer Ärztin oder eines Arztes vonnöten – sei es in Meetings, bei Patientenfragen oder Forschungsaktivitäten. Oftmals ist dies aus rechtlicher Hinsicht notwendig, da die Ärztin oder der Arzt die Verantwortung trägt. Nachfolgende drei Interviewaussagen veranschaulichen die Herausforderungen beispielhaft.

„Die Herausforderung ist ein bisschen, dass es halt jeden Tag ein bisschen etwas anderes ist. Dass man am Morgen noch nicht recht weiss, was einen erwartet, dass es halt manchmal plötzlich auf der Abteilung irgendein Problem gibt, wo man nicht erwartet hat und wo dann plötzlich das ganze Programm vom Tag umstellt.“ (12 Interview, Absatz 5)

„Ja, eine der Herausforderungen ist es, dass wir halt häufig flexibel bleiben müssen, dass sich die Arbeit kurzfristig ändert, die Prioritäten ändern, dass man unterbrochen werden kann mit Fragen, die dann rasch eine Antwort brauchen.“ (11 Interview, Absatz 4)

„Die Herausforderung, den Tag einigermaßen strukturiert zu machen, und ich sage jetzt einmal, Struktur bedeutet Effizienz und auch Einhalten von den Arbeitszeiten.“ (06 Interview, Absatz 5)

Diesen Aussagen ist zu entnehmen, dass der Arbeitsalltag abwechslungsreich ist. Ungeplante Arbeiten erfordern Flexibilität und eine ständig neue Priorisierung der Aufgaben. Dieser Aspekt der Unberechenbarkeit muss bei der Einführung neuer Arbeitsmodelle berücksichtigt werden. Herausforderungen dabei sind die abwechslungsreiche und interessante Arbeit, welche schwierig in Arbeitszeitmodellen umzusetzen ist, und die Möglichkeit, in Teilzeitmodellen problemlos Routinearbeiten zu übernehmen (zum



Beispiel administrative Aufgaben und Sprechstunden). Nachdem im Unterabschnitt 6.1.3.1 der Arbeitsalltag und die Herausforderungen kurz erläutert wurden, folgt nun das Thema Dienst- und Operationsplanung.

### **6.1.3.2 Dienst- und Operationsplanung**

Operationen sind die bedeutendsten Tätigkeiten in der Chirurgie. Deshalb wird oftmals um diese herum geplant, wie die Interviewaussagen gezeigt haben. Eine effektive und effiziente Operationsplanung scheint deshalb ausschlaggebend für die Arbeitstagplanung und damit auch für die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen zu sein. Eine Person muss sich am Spital befinden, damit sie die Operation durchführen kann. Spitäler und Kliniken wenden viele Ressourcen – personell und finanziell – auf, damit die Operationsplanung effizient und effektiv vonstattengeht (Kressner, 2019).

Für die Umsetzung neuer Arbeitsmodelle spielt dies eine bedeutende Rolle, wie folgende Interviewaussage beispielhaft belegt:

„Und weil man ist ja nicht so, dass man OP-Tag hat/ und das wäre zum Beispiel deutlich einfacher, wenn ich wüsste: Montag, Mittwoch, Freitag zum Beispiel wären meine OP-Tage und Dienstag, Donnerstag nicht – das wäre super zu planen. Aber oft hat man ja jeden Tag was und dann so zerstückelt.“ (03 Interview, Absatz 29)

Die Fragmentierung des Arbeitstags respektive der Arbeitswoche scheint es für Teilzeitmitarbeitende zu erschweren, ihre Operationen zu planen und durchzuführen. Neben der Operationsplanung nimmt die Dienstplanung eine relevante Rolle beim Thema Arbeitsmodell ein. Die Dienstplanung bestimmt, welche Person zu welcher Zeit Dienst hat und deshalb arbeiten muss. Die Herausforderungen sind ähnlich wie im Modell der Schichtarbeit, welches in Abschnitt 4.5.9 erklärt wird.

Aus den Interviewaussagen wurde ersichtlich, dass in der Praxis in allen Spitälern Dienstplaner/-innen vorhanden sind, die diese Aufgabe übernehmen. Eine adäquate Dienstplanung kann die Organisation erheblich verbessern, eine unzureichende hingegen kann massgebliche Störungen bewirken. Folgende Interviewaussage veranschaulicht dies beispielhaft: „Also sicher, ich würde schätzen, 70 % könnte man mit Organisation definitiv verbessern. 30 sind immer noch Notfall, da kann auch niemand was dafür.“ (25 Interview, Absatz 69)

Wie die Interviewaussagen belegen, werden die Dienste häufig besprochen und es wird versucht, sinnvolle Modelle zu entwickeln, die der Klinikorganisation dienen. Arbeitet eine Person in Teilzeit, kann es schwierig sein, ihren Einsatz zu planen, was wiederum die Entwicklung innovativer Arbeitszeitmodelle verhindert. Folgende Aussage zeigt dies beispielhaft auf: „Aus meiner Perspektive sind Leute, die höherprozentig ärztlich tätig sind, einfacher zu planen.“ (02 Interview, Absatz 169)

Als weitere Herausforderung bei der Umsetzung innovativer Arbeitszeitmodelle wurde die Einhaltung des ArG betrachtet. Laut Interviewaussagen sind insbesondere die Kompensationsregelungen zu berücksichtigen. Folgendes Zitat unterstreicht diese Annahme: „Zum anderen werden zum Beispiel Kompensationstage auch von den Dienstplanern natürlich vorgeplant, dass man hier auf jeden Fall das Arbeitsgesetz einhält.“ (04 Interview, Absatz 25) Es scheint so, als wären die Einhaltung des ArG und das Erfüllen der Wünsche der Ärztinnen und Ärzte komplex und schwierig umzusetzen:

„Ja, eben, also ein richtiges Beispiel ist gewesen, dass die einen gefunden haben, sie wollen nicht so viel Nachtdienst am Stück und nur einmal pro Monat Nacht. Und das geht einfach nicht, oder? Wenn du halt nur drei Nächte am Stück hast, dann müssen die Leute mehrmals in die Nacht kommen, und dann brauchst du auch mehr Kompensationstage im Verhältnis.“ (13 Interview, Absatz 26)

Die Berücksichtigung aller Aspekte in der Dienst- und Operationsplanung scheint komplex zu sein, was im Rahmen der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle beachtet werden sollte. Gleichwohl offenbarten die vorgestellten Interviewergebnisse, dass es schwierig, aber nicht unmöglich ist, innovative Arbeitszeitmodelle in der chirurgischen Maximalversorgung einzuführen. Nachstehend werden die Berufsgruppen und deren Funktionen im Rahmen der Arbeitszeitmodelle betrachtet.

### **6.1.3.3 Berufsgruppen und deren Funktionen**

Wie die Interviewergebnisse gezeigt haben, ist ein Trend dahingehend zu erkennen, dass gewisse administrative und pflegereiche Leistungen an andere Berufsgruppen delegiert werden. In Abschnitt 4.6.9 ist die bereits erläutert worden. In der Administration kommt vor allem dem Sekretariat eine bedeutende Rolle zu, wie etwa aus folgendem Zitat hervorgeht: „Also man merkt jetzt auch beim Sekretariat beispielsweise, dass man wirklich Patientenfragen so gut wie möglich abfängt. Und auch versucht,

mit dem Wissen, was die Sekretärinnen mitbringen, den Patienten primär schon mal aufzuklären.“ (04 Interview, Absatz 31)

In der Pflege finden sich verschiedene bereits existierende Berufe, die gewisse Aufgaben übernehmen. Eine davon ist der Physician Assistant<sup>2</sup>. Folgendes Interviewzitat veranschaulicht, wie eine Person dieses Berufs eingesetzt werden kann: „Für das [Übernahme von unterstützenden Arbeiten für die angehenden Chirurginnen und Chirurgen] ist Physician Assistant sicher etwas Gutes, weil die schliessen jetzt eigentlich diese Lücken ein bisschen. Übernehmen das, was eigentlich nicht unbedingt ärztliche Tätigkeiten sind. Und helfen dort dabei.“ (10 Interview, Absatz 65) Ein weiteres Berufsbild, das genannt wurde, ist Clinical Nurse (zu Deutsch: Klinische/r Fachspezialist/-in). In der Funktion als Clinical Nurse übernehmen erfahrene Gesundheitsfachpersonen im ärztlichen Auftrag medizinische Aufgaben.

Die Interviews demonstrierten die Relevanz anderer Berufsgruppen in der Administration und Pflege im Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte. Die Unterstützung dieser neuen Berufsgruppen im Organisationsmanagement sowie der Nutzen innerhalb der Spitäler und Kliniken sind gegeben und müssen in den Überlegungen bei der Entwicklung von innovativen Arbeitszeitmodellen berücksichtigt werden (Moote et al., 2011). Zusammengefasst ist zu konstatieren, dass der Einsatz und Miteinbezug von nicht-ärztlichen Personen von zentraler Bedeutung für die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle ist. Es folgt nun die Interpretation des Schwerpunktes und die Ableitung von Handlungsempfehlungen.

#### **6.1.3.4 Interpretation und Handlungsempfehlungen**

Im *Schwerpunkt Arbeitsalltag* wird erklärt, inwiefern die Organisation und die Struktur eines Arbeitsalltags eine bedeutende Rolle in Bezug auf die Arbeitszeitmodelle und deren Anwendung im Spital haben. Für die Umsetzung moderner Arbeitszeitmodelle ist die Arbeitstagplanung relevant, wie die Interviews gezeigt haben. Es scheint so, als sei der chirurgische Alltag in der Maximalversorgung teilweise fragmentiert, was eine Planung schwierig gestaltet. In den Interviews wurden zwei Aspekte respektive Lösungsvorschläge diskutiert.

---

<sup>2</sup> Medizinische Assistentinnen und Assistenten sind meistens dem medizinischen Dienst zugeordnet. Sie übernehmen selbstständig delegierte klinisch-medizinische Aufgaben und assistieren bei Operationen. Sie arbeiten in den chirurgischen Abteilungen von Universitäten und anderen grossen Spitälern (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023).

Ein Aspekt ist die Dienst- und Operationsplanung. Der Dienstplan ist ein Planungsinstrument der Personalwirtschaft. Er dient dazu, Arbeitskräfte zeitlich und räumlich zuzuordnen, um den quantitativen und qualitativen Personalbedarf zu decken und damit die Erreichung des Unternehmenszwecks zu gewährleisten. In der chirurgischen Maximalversorgung wird damit sichergestellt, dass der vergebene Leistungsauftrag erfüllt werden kann und der 24-Stunden-Betrieb abgedeckt ist. Im Rahmen der Arbeitszeitmodelle ist dabei insbesondere das ArG zu beachten. Laut den Interviews wird die Dienstplanung auf Wochensicht erstellt. Arbeitet eine Person in Teilzeit, muss organisiert werden, wann diese Person im Haus ist und welche Aufgaben erledigt werden können. Die Arbeit in der chirurgischen Maximalversorgung ist teilweise unberechenbar, weshalb sich eine sinnvolle Ressourcenplanung in beispielsweise Teilzeitmodellen schwieriger gestaltet. Hinzu kommt die parallel laufende Operationsplanung. Mit dieser wird geregelt, welche Operation an welchem Tag von welcher Person durchgeführt wird.

Gemäss Interviewaussagen spielt die Operationsplanung für die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen eine zentrale Rolle und ist bei der Umsetzung solcher Modelle zu berücksichtigen. Da Operationen das Kerngeschäft in der Chirurgie sind, wird meistens um diese herum geplant. Weil diese Tätigkeit laut den Interviewaussagen gern ausgeübt wird, sind die Mitarbeitenden flexibel und deshalb planbarer einzusetzen.

Wie aus den Interviews hervorging, werden Dienste teilweise als mühsam, unplanbar und stressbehaftet empfunden. Es existieren als Lösung verschiedene Ansätze, beispielsweise mehr Dienste mit kürzeren Einzeldiensten oder weniger Dienste mit längeren Einzeldiensten. Die Belastung wurde generell als hoch eingestuft, wie folgendes Zitat beispielhaft zeigt: „Insgesamt habe ich schon das Gefühl, wir machen vielleicht mehr Dienste/ diese Pickett-Dienste, weil alle meinen: Man ist ja daheim, es ist ja nicht so schlimm. Aber indirekt belastet es einen schon.“ (01 Interview, Absatz 475)

Auch die indirekte Belastung wurde von den interviewten Personen angesprochen. Ein Beispiel bildet der Hintergrunddienst. Beispielsweise ist der zuständige Pickett zu Hause, weiss aber, dass theoretisch jederzeit ein Anruf eingehen könnte. Diese mentale Belastung wirkt sich negativ auf die Mitarbeiterzufriedenheit aus (vgl. Abschnitte 4.2.4 und 4.2.5). Im Rahmen von Teilzeitmodellen kann dies möglicherweise noch schwieriger oder verstärkt werden, weil die Arbeit nicht angepasst wird und trotz eines

freien Tages ein Dienst oder eine Arbeit übernommen werden muss. Wie die Interviewergebnisse veranschaulicht haben, ist für die Umsetzung moderner Arbeitszeitmodelle allgemein vor allem Flexibilität von allen Seiten nötig. Dies geht aus folgendem Zitat hervor: „Ich glaube, es bräuchte ein bisschen eine Flexibilität vom Dienstplaner. Und vielleicht auch ein bisschen mehr eine Flexibilität vonseiten Assistenten, was Freiwünsche angeht. Aber ich glaube, das würde problemlos gehen.“ (09 Interview, Absatz 69) Daraus lässt sich eine Handlungsempfehlung ableiten.

### **Handlungsempfehlung 1:**

*Flexibilität und Verständnis in der Dienstplanung. Um neue Arbeitszeitmodelle erfolgreich umsetzen zu können, sind Flexibilität und Verständnis von allen betroffenen Personen erforderlich, damit im hektischen und teilweise schwierig zu planenden chirurgischen Arbeitsalltag nicht in den alten, bewährten Strukturen und Planungssystemen verharrt wird.*

Neben der Dienstplanung wurden die Rollen weiterer Berufsgruppen diskutiert. Der Rolle der Administration kommt im Arbeitsalltag eine massgebliche Bedeutung zu. Die Anzahl der administrativen Tätigkeiten ist hoch und nimmt zu. Dem ärztlichen Personal wurde bereits viel Administrationsarbeit abgenommen, dennoch bleibt eine Bandbreite an Aufgaben übrig, was von der Ärzteschaft als mühsam wahrgenommen wird, weil es Tätigkeiten sind, die nicht gern ausgeführt werden. Folgendes Zitat bringt dies beispielhaft zum Ausdruck:

„Also ich habe ja/ dadurch, dass ich seit 2011 hier bin mit Unterbrechung, habe ich ja eigentlich schon recht viel Wandel mitbekommen. Und viele Sachen, die die Administration machen, haben wir früher noch selber machen müssen – man vergisst es halt nur irgendwann. Und irgendwann hat man das Gefühl, es bleibt immer noch zu viel Administration für den Arzt übrig.“ (03 Interview, Absatz 67)

In Abschnitt 4.2.4 wurde diese Thematik beschrieben und es wurde erläutert, dass sich weniger Administration und mehr Patientenkontakt positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Eine bedeutende Rolle nimmt zudem die Berufsgruppe der Pflege ein. Hier sind neue Berufsgruppen relevant, etwa klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten (Physician Assistant). Diese Berufsgruppen können die Ärztinnen und Ärzte in ihren Tätigkeiten unterstützen und so die Abläufe und Prozesse im Klinikalltag

verbessern, was indirekt einen Einfluss auf das Arbeitsmodell hat: Arbeitet eine Person in Teilzeit, kann die Patienten- oder Angehörigenbetreuung durch die Assistants übernommen werden. Auch in Sprechstundentätigkeiten können diese Berufsgruppen Funktionen übernehmen. Folgendes Zitat veranschaulicht beispielhaft, wie eine solche Zusammenarbeit aussehen könnte:

„Also wir machen häufig zusammen Sprechstunde, aber wenn sie Begleitung brauchen – die Eltern, also komplexe Dinge oder Anleitungen –, dann übernimmt das die Advanced Nurse Practitioner<sup>3</sup>. Also wenn dann die Eltern Fragen haben oder Zeug, dass es dann primär über die ANP läuft und sie dann bei uns nachfragen, wenn sie nicht weiterkommen. Also sie nehmen dann viel von diesen Dingen ab.“ (25 Interview, Absatz 49)

In der Schweiz werden ANP bereits eingesetzt. Die Herausforderung beim Einsatz dieser Berufsgruppen besteht darin, dass der Ausbildungsaspekt der Assistenzärztinnen und -ärzte nicht vernachlässigt werden darf, was passieren kann, da diese spezialisierten Pflegekräfte ärztliche Tätigkeiten auf der Station übernehmen, die zur Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte gehören. Folgende Zitate von Oberärztinnen belegen dies beispielhaft:

„Weil halt die Stationsarbeit, die jetzt die Clinical Nurses machen, das gehört eigentlich auch zu der Ausbildung eines Assistenzarztes.“ (23 Interview, Absatz 92)

„Ja, wir haben ja das System mit den Clinical Nurses. Das ist eine Riesenentlastung für eine chirurgische Abteilung, habe ich das Gefühl. Wir sind in Teams aufgeteilt und dort ist es etwas davon abhängig, in welchem Team man ist, ob man eine Clinical Nurse hat oder nicht und wie viel diese völlig selbstständig macht, aber das kann eine Riesenentlastung sein. Weil wir sind ja oft/. Wir kommen morgens früh, Rapport, dann OP und kommen dann um vier oder halb fünf raus, und dann ist aber häufig die Stationsarbeit erledigt. Wir müssen nichts mehr machen.“ (22 Interview, Absatz 30)

Hier scheint folgende Herausforderung zu bestehen: Einerseits entlastet eine Clinical Nurse die Assistenzärztinnen und -ärzte bei der Stationsarbeit. Andererseits gehören solche Stationsarbeiten zur Grundausbildung. Hier gilt es, eine angemessene Balance

---

<sup>3</sup> *Advanced Nurse Practitioner* (ANP) ist eine Pflegekraft oder Krankenschwester mit fortgeschrittener akademischer Ausbildung, die fortgeschrittene klinische Kompetenzen und Fähigkeiten erworben hat, um eine erweiterte Rolle in der klinischen Praxis zu übernehmen (SpitexPlus Projekt, 2009).

zu finden, damit die Ausbildung weiterhin gewährleistet ist und gleichzeitig der administrative Aufwand für die Assistenzärztinnen und -ärzte geringgehalten werden kann (vgl. Abschnitt 4.6.9).

Die Ergebnisse der Interviews haben gezeigt, dass die Bereiche Administration und Pflege bedeutende Rollen in neuen Arbeitszeitmodellen einnehmen können und unterstützend wirken. Unter Umständen können diese Berufsgruppen in Teile der Assistenzarztausbildung integriert werden. Auch praktisch finden solche Modelle immer mehr Akzeptanz, wie aus der Publikation der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie (2015) hervorgeht. Für die Umsetzung kann zusätzlich der Bereich der Hochschulmedizin einbezogen werden, um die Qualität der Assistenzarztausbildung zu gewährleisten. Daraus resultiert folgende Handlungsempfehlung.

### **Handlungsempfehlung 2:**

*Einbezug bereichsübergreifender Arbeitsgruppen. Namentlich sind dies die Bereiche der Pflege und der Administration. Der Einbezug der bereichsübergreifenden Arbeitsgruppen beim Testen neuer Arbeitszeitmodelle muss gewährleistet sein, um Synergien nutzen zu können. Durch den zusätzlichen Einbezug der Hochschulmedizin wird die Qualität der Assistenzarztausbildung gewährleistet.*

Die Qualitätsmessung bei mehreren Übergaben, wie diese in Teilzeitmodellen oder beim Schichtwechsel der Fall sein kann, ist ein weiteres bedeutendes Thema. Hier muss durch Kommunikation und Qualitätssicherungsoptionen sichergestellt werden, dass möglichst kein Wissensverlust aufgrund der Übergabe erfolgt. Zusätzlich müssen Schlüsselkennzahlen entwickelt und implementiert werden (Fealy et al., 2019). Weitere Themen sind die Erholung und Kompensation nach dem Schichtdienst:

„Also Schichtmodelle sind notwendig, weil man auch Zeit braucht für die Erholung. Das ist keine Frage. Das Problem ist dort ein bisschen, je häufiger, dass man wechselt, je häufiger gibt es Übergaben und die sind in der Regel immer ein Knackpunkt oder ein Schwachpunkt. Weil dort können immer Sachen vergessen werden oder vergessen gehen und das ist auch mit ein Grund, wieso dass die, die keine Arbeitszeitbeschränkung haben, eigentlich dann schlussendlich die Einzigen sind, die noch einen Überblick über alles haben.“ (10 Interview, Absatz 19)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Herausforderungen im Arbeitsalltag, inklusive entsprechender Planung der Dienste und Operationen im Bereich der chirurgischen Maximalversorgung bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle berücksichtigt werden müssen. Nachfolgend wird die Work-Life-Balance besprochen.

#### **6.1.4 Schwerpunkt Work-Life-Balance**

Im Folgenden wird erörtert, wie sich die Arbeitszeiten sowie die Art der Arbeit auf die Work-Life-Balance auswirken und was die interviewten Personen hierbei als bedeutende Aspekte angesehen haben. Die theoretischen Grundlagen zur Work-Life-Balance wurden unter anderem in Kapitel 2 und Abschnitt 4.6.5 erläutert.

Den Interviews war zu entnehmen, dass jüngere Personen ein anderes Verständnis von Arbeiten haben und dass für sie die Work-Life-Balance relevanter wird, wie folgendes Zitat eines Assistenzarztes beispielhaft zeigt: „Möglichst viel arbeiten und du bist ein guter Chef? Das kann nicht sein. Die neue Generation definiert Qualität nicht in der Führungsposition/ [...] in der Führungsposition nicht über die Anzahl Stunden, die sie arbeitet.“ (24 Interview, Absatz 98) Dies erweckt den Anschein, als habe sich das Arbeitsverständnis in den vergangenen Jahren verändert – gemäss Interviewausagen einerseits durch den technologischen Wandel und andererseits durch die neuen Regelungen im ArG. Die Voraussetzungen und Anforderungen jüngerer Generationen an Arbeitgeber/-innen und an die Führungspersonen haben sich gewandelt.

##### **6.1.4.1 Arbeitsbelastung und Wertschätzung**

Die Arbeitsbelastung wurde bei der interviewten Personengruppe als sehr hoch wahrgenommen. Neben der verantwortungsvollen Aufgabe als Arzt oder Ärztin wurde auch die Arbeitszeit als belastend empfunden, wie folgendes Zitat beispielhaft veranschaulicht: „Das merkt man manchmal schon, dass die Wochenenden sehr kurz sind, vor allem, weil wir häufig am Samstag oder Sonntag auch arbeiten. Dann hat man nur einen Tag frei – und das merkst du einfach. Du bist einfach müde.“ (22 Interview, Absatz 10)

Auch der Faktor Arbeitsinhalt scheint dahingehend relevant zu sein, ob ein gutes oder schlechtes Gefühl am Ende des Tages vorhanden ist. Folgende Aussage einer chirurgisch tätigen Ärztin zeigt dies beispielhaft:



„An denen Tag, an denen wir extrem viel zu tun sind, wo wir zum Teil acht Stunden im OP sind, komme ich völlig fertig, nur müde und sehr hungrig nach Hause, aber ich bin glücklich. Und dann finde ich unter dem Strich, dass es eine hohe Arbeitsbelastung ist, aber eine gute. Und dann gibt es Tage, an denen alles nur mühsam ist und ich bin nicht im OP und ich bin um vier Uhr schon fertig und kann nach Hause, aber ich habe das als viel schlimmere Belastung empfunden, weil es einfach kein guter Tag war. Und das ist ganz/ ich glaube, ich bin überhaupt nicht neutral und darum finde ich es meistens völlig in Ordnung, aber es sind lange Tage, unbestritten. Die Arbeitsbelastung an sich ist sehr gross, aber es ist eine coole Arbeit.“ (22 Interview, Absatz 58)

Je nach Situation fühlen sich Menschen unterschiedlich belastet (Zirfas, 2022). Das passende Arbeitszeitmodell kann helfen, die subjektive Wahrnehmung der Arbeitslast zu lindern, was wiederum die Mitarbeiterzufriedenheit fördern kann. In den Abschnitten 4.2.4 und 4.2.5 wurde dieses Thema erläutert.

Weitere bedeutende Aspekte, die im Zusammenhang mit dem Thema Work-Life-Balance häufig genannt wurden, sind Wertschätzung und der Umgang im Team. Der folgende Interviewausschnitt stammt von einem leitenden Arzt einer Notfallstation, der darlegt, wie dort die Thematik bearbeitet wird.

„Also schon, weil sie wissen, wie wir mit ihnen umgehen, machen sie mit. Oder zum Beispiel bei uns bekommen Leute, wenn sie einspringen, dann gibt es halt einen Kinogutschein, wenn jemand einspringt. Einfach aus Prinzip. Es ist nicht selbstverständlich, dass jemand einfach einspringt. Und diese Wertschätzung in einem Team, die spüren die Leute. Und darum ist das keine Diskussion. [...] Jeder, wo kann, der macht's. Weil das umgekehrt auch gemacht wird. Das steht und fällt mit einem Chef. Ein Chef muss wollen, mit Vernunft und mit Wertschätzung in einem Team umgehen. Dann hat er am Schluss die Mitarbeiter, wo das machen, wo das mittragen. Also man sucht sich ja die Mitarbeiter auch aus. Und es steht und fällt mit den Charakteren, wo ein Chef an hat.“ (21 Interview, Absatz 50).

Aus diesem Zitat geht hervor, wie relevant der wertschätzende Umgang mit den Mitarbeitenden ist. Insbesondere scheint die Mitarbeiterzufriedenheit zu steigen, wenn der Umgang mit Mitarbeitenden wertschätzend ist.

#### 6.1.4.2 Abgrenzung

Ausschlaggebend scheint ferner die Abgrenzung zwischen Arbeits- und Privatleben zu sein. Mit den heutigen Technologien und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten gestaltet sich dies als schwierig. Zudem spielt es eine Rolle, was karrieretechnisch erreicht werden soll. Bei Ambitionen muss ein gewisser Zusatzaufwand geleistet werden, wie folgender Interviewausschnitt zeigt:

„Und heutzutage hat man vielleicht manchmal das Gefühl, es gibt zwar schon immer wieder Assistenten, die sagen: ‚Also wenn eine Transplantation ist, ich möchte da unbedingt dabei sein, rufst du mich an, egal, ob es am Wochenende oder in der Nacht ist.‘ Und es gibt aber auch wirklich solche, die sagen: ‚Ich komme schon, aber es muss hell sein draussen‘, und es gibt solche, die sagen: ‚Es interessiert mich jetzt nicht.‘ Das gibt es. Und die sagen aber trotzdem, sie wollen irgendwie Chirurg werden, was für mich dann persönlich auch nicht so ganz zusammenpasst.“ (08 Interview, Absatz 31)

In diesem Zusammenhang spielt oft das Alter eine Rolle. Es ist ein Generationskonflikt vorhanden. Das strengere ArG im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren entwickelt. Deshalb empfinden es ältere Ärztinnen und Ärzte teilweise als störend, wenn angehende Ärztinnen und Ärzte zwar Ambitionen haben, aber nicht bereit sind, den gleichen Aufwand zu betreiben, wie das zu ihrer Zeit der Fall war.

Dies veranschaulicht, wie Arbeitsmodelle entwickelt werden sollten. Es sollte weniger die Präsenzzeit als Indikator für erfolgreiches Arbeiten und stattdessen beispielsweise die effektive Operationsqualität herangezogen werden. Aus obigem Zitat geht allerdings beispielhaft hervor, dass das Verständnis von Führungspersonen und auszubildenden Personen teilweise divergiert. Die zitierte Führungspersönlichkeit sieht eine Diskrepanz zwischen der Erwartungshaltung der Assistenzärztinnen und -ärzte und dem, was realistisch möglich ist. Diese Abgrenzung wird im folgenden Interviewzitat beispielhaft nochmals erläutert:

„Und ich glaube, was eine von den grossen Entwicklungen sein wird, die jüngere Generation grenzt sich extrem ab und sagt, so und so will ich arbeiten und so und so nicht. Also die stellen dem Arbeitgeber Zeit zur Verfügung und mit dem kann er etwas machen, und dann war's das. Ich glaube, das ist eine Entwicklung, wo effektiv läuft.“ (21 Interview, Absatz 2)

Aus diesem Grund werden nachfolgend die Unterschiede zwischen den Generationen beschrieben.

#### **6.1.4.3 Generationenfrage**

Die Unterschiede zwischen den Generationen und die verschiedenen Ansprüche sowie Auffassungen wurden anhand der Interviews ersichtlich. Wie in anderen Branchen wurde auch hier thematisiert, wie die Generationen miteinander kommunizieren und interagieren. Einerseits haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Vergleich zu früher geändert (siehe Unterkapitel 2.3). Andererseits sind die Bedürfnisse und Erwartungen der jüngeren Arbeitnehmer/-innen möglicherweise anders als früher (siehe Unterkapitel 4.4). Diese Entwicklung scheint die Spitäler und Arbeitgeber/-innen vor Herausforderungen zu stellen. Strukturen, die in den vergangenen Jahren gut funktioniert haben, scheinen angepasst werden zu müssen. Die jüngeren Personen grenzen sich ab und möchten in Teilzeit arbeiten. Die Ziele und Wünsche sind die gleichen, jedoch sind der Weg dorthin und die Opferbereitschaft anders.

Mit einem weiteren Zitat lässt sich nachweisen, dass die Arbeitsmodelle angepasst werden müssen, damit die verschiedenen Erwartungshaltungen miteinander verknüpft werden können. Die jüngeren Personen haben die gleichen Ziele und sind auch motiviert, allerdings streben sie auch eine hohe Lebensqualität an.

„Ja, ich glaube, dass die Ausbildung länger gehen wird. Ich meine, man kann nicht die gleiche Anzahl Operationen in weniger Zeit packen. Es wird länger gehen, aber ich glaube, wenn man heutzutage alle Assistenten interviewen würde beim Einstellungsgespräch: ‚Was ist Ihnen lieber, ein bisschen mehr Freizeit und dafür geht es ein bisschen länger, oder so?‘, bin ich fast sicher, dass mehr als die Hälfte sagen würde: ‚Ein bisschen mehr Freizeit und nicht jeden Tag 14 Stunden im Spital hängen.‘“ (19 Interview, Absatz 57)

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die Wichtigkeit einer Work-Life-Balance für jüngere Generationen hoch zu sein scheint. Dies ist auch bereits von anderen Forschenden untersucht worden (Adnan Bataineh, 2019). Die Gesetzgebung mit ihren klaren Vorgaben sowie die Haltung jüngerer Generationen zur Arbeit zwingen die Arbeitgeber/-innen dazu, sich Gedanken über zukünftige Arbeitszeitmodelle zu machen. Im nächsten Unterabschnitt werden Lösungsvorschläge und Handlungsempfehlungen zum Thema Work-Life-Balance präsentiert.

#### **6.1.4.4 Interpretation und Handlungsempfehlungen**

Der Schwerpunkt Work-Life-Balance wurde in drei Unterschwerpunkte aufgeteilt. Nachstehend werden Letztere interpretiert und Handlungsempfehlungen werden abgeleitet.

Den ersten Besprechungspunkt bilden die Arbeitsbelastung und die Wertschätzung. Den Interviews war zu entnehmen, dass die Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen, insbesondere in der Maximalversorgung, als sehr hoch empfunden wird. Dies hat mehrere Gründe, beispielsweise die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten, den medizinischen Fortschritt und den zunehmenden Kostendruck. Die Interviews haben gezeigt, dass die subjektive Wahrnehmung der Arbeitsbelastung tendenziell sehr hoch ist. Es finden sich indes Unterschiede. Die Interviewaussagen haben Folgendes veranschaulicht: Wird eine Arbeit gern verrichtet, wird am Abend zwar Müdigkeit, aber auch grosses Glück empfunden. (Beispiel: Ärztinnen und Ärzte arbeiten gern an den Patientinnen und Patienten. Diese Tätigkeiten werden als weniger belastend empfunden als beispielsweise administrative Arbeiten.) Dies ist auch in Abschnitt 4.2.4 zu entnehmen, in dem die Themen Stress und Empathie erläutert wurden.

Ferner wurde hier die Wertschätzung diskutiert. Hinsichtlich der Wertschätzung haben die Interviews ergeben, dass ein höfliches und respektvolles Miteinander als positiv wahrgenommen wird. Hierbei handelt es sich weniger um strukturelle Problemlösungen als vielmehr um Soft-Faktoren und Unternehmenskultur. Beispiele für Hygiene- und Motivationsfaktoren wurden in Kapitel 4.2.5 vorgestellt. Im Rahmen der Work-Life-Balance ist beispielsweise die flexible Arbeitszeit ein Hygienefaktor. Motivationsfaktoren sind etwa das Wahrnehmen von Verantwortung und Entscheidungsbefugnisse. Dies widerspiegelt die Erkenntnisse aus den theoretischen Ansätzen des Human-, Sozial- und psychologischen Kapitals, welche diesen Effekt beschreiben (Isaacs, Raymond, Jacob & Hawkings, 2020).

Die Interviewaussagen scheinen eindeutig zu sein. Vor der Änderung des ArG existierten keine konkreten Restriktionen in Bezug auf die Arbeitszeiten. Laut den Interviewaussagen aktueller Klinikdirektorinnen und -direktoren wurde früher gefühlt durchgehend gearbeitet. Gerade deshalb müssen diese Strukturen aufgebrochen und die Work-Life-Balance jüngerer Generationen muss in den Arbeitsmodellen berücksichtigt werden. Die Interviews haben beispielhaft veranschaulicht, dass jüngere Personen

immer noch gern arbeiten. Es wird nicht die Ansicht vertreten, dass die jetzigen Generationen weniger motiviert sind oder weniger grosse Ziele verfolgen würden, als dies früher der Fall war. Für die Generationen Y und Z, die jetzt nachkommen und in leitende Funktionen aufsteigen sollen, ist es von Bedeutung, neben der Arbeit auch noch ein ausgeglichenes privates Leben zu führen, wie Häusler, Schmid Mast, Backes-Gellner und Schaubroeck (2020) beschreiben. Dafür sind adäquate Arbeitsbedingungen unerlässlich.

Weitere Aspekte sind die ständige Erreichbarkeit und die damit verbundene fehlende Abgrenzung von Arbeit und Freizeit. Durch die digitalen Möglichkeiten ist es auf der einen Seite schwieriger geworden, sich abzugrenzen. Privates und Berufliches verschmelzen zunehmend miteinander, was ein Stressfaktor sein kann (Dettmers et al., 2012). Eine Lösungsmöglichkeit wäre es hier, mit dem Arbeitszeitmodell Protected Time (in Abschnitt 4.5.2 vorgestellt) oder mit ähnlichen Modellen zu arbeiten. Wenn der/die Arbeitnehmer/-in frei hat und nicht erreichbar ist (Familienzeit, Sport etc.), kann dies in der Zeiterfassungssoftware speziell als *nicht erreichbar* markiert werden. Auf der anderen Seite helfen die digitalen Möglichkeiten bei der Einführung neuer Arbeitsmodelle, beispielsweise durch die Option, von zu Hause aus zu arbeiten. Im Gesundheitswesen respektive in den Spitälern sollten diese Möglichkeiten genutzt werden – insbesondere in der Maximalversorgung mit einem Rund-um-die-Uhr-Betrieb.

Die Interviewaussagen von Assistenzärztinnen und -ärzten haben beispielhaft dargelegt, dass insbesondere für Personen in Teilzeit grosses Potenzial für eine bessere Work-Life-Balance vorherrscht. Sie können sich beispielsweise, nachdem sie ihr Kind von der Kita abgeholt haben, zunächst um die Familie kümmern und später am Abend noch einmal arbeiten. Dies führt zu nachstehender Handlungsempfehlung.

### **Handlungsempfehlung 3:**

*Die Work-Life-Balance bei jüngeren Generationen wird immer relevanter. Es ist eine gesunde Unternehmenskultur mit Wertschätzung und einem respektvollen Umgang miteinander erforderlich. Mit neuen und innovativen Arbeitszeitmodellen kann dazu beigetragen werden.*

Darüber hinaus wurde die Generationenfrage diskutiert. Hier scheint nicht klar zu sein, wie mit jüngeren Personen umgegangen werden soll und wie sie zu führen sind. Die

aktuellen Arbeitsmodelle und vorherrschenden Strukturen scheinen nicht mehr geeignet zu sein und überfordern die Führungspersonen teilweise.

In den Interviews wurde die Problematik wie folgt dargestellt: Die aktuellen Führungskräfte haben Mühe bei der Einstellung jüngerer Personen, da diese weniger arbeiten, aber gleichzeitig mehr Lohn erhalten möchten. Die jüngeren Personen wiederum haben Mühe mit den Werten der älteren Generationen und fühlen sich missverstanden. Daraus können Probleme resultieren. Insbesondere in der chirurgischen Maximalversorgung scheint die Problematik gross zu sein, wie folgendes Interviewzitat beispielhaft zeigt:

„Und es ist einfach noch so, dass viel eine andere Generation an Chefs vornedran noch ist und das Gefühl haben, dass man, gerade wenn man universitär arbeitet, ja/ also dass die zum Teil einfach auch nicht verstehen, warum jetzt der Mann reduzieren will. Es reicht ja, wenn die Frau reduziert etc. Das sind halt zum Teil schon auch noch sehr patriarchalische Vorstellungen.“ (20 Interview, Absatz 65)

Mithin müssen diese patriarchalischen Vorstellungen aufgebrochen werden, um eine Weiterentwicklung zu ermöglichen. Dies geschieht durch ständigen Dialog und ein Bewusstsein hinsichtlich der Bedürfnisse und Erwartungshaltung gegenüber Vorgesetzten und Mitarbeitenden. Daraus lässt sich untenstehende Handlungsempfehlung ableiten.

#### **Handlungsempfehlung 4:**

*Aufbrechen patriarchalischer Strukturen und Einführung innovativer Arbeitszeitmodelle. Dialoge führen zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden, um die vorherrschenden Missverständnisse zu klären.*

Nachdem das Thema Work-Life-Balance eingeordnet worden ist, folgt nun der nächste Schwerpunkt *Forschung*. Forschungsaufgaben können sich ebenfalls auf die Work-Life-Balance auswirken, da insbesondere in der chirurgischen Maximalversorgung nebst der klinischen Tätigkeit erwartet wird, dass sich die Ärztinnen und Ärzte zusätzlich in der Forschung engagieren.

#### **6.1.5 Schwerpunkt Forschung**

Forschung ist in der Maximalversorgung, insbesondere in den universitären Spitälern, integraler Bestandteil des öffentlichen Auftrags (Vergleich Unterkapitel 2.1). In

Schweizer Kantonsspitalern, welche ebenfalls teilweise Maximalversorger sind, ist es jedoch nicht zwingend, als Kaderärztin oder -arzt Forschung zu betreiben. Nachstehend werden die Problematik bei Arbeitszeitmodellen und mögliche Lösungsvorschläge erläutert.

#### **6.1.5.1 Empire-Building**

Begonnen wird mit dem Thema Empire-Building<sup>4</sup>. Das Thema wurde in den Interviews angesprochen, insbesondere von einer Universitätsprofessorin. Die Problematik hierbei ist die Abhängigkeit von den Vorgesetzten. Wer wissenschaftliche Arbeit verfassen möchte, benötigt die Unterstützung der Professorin oder des Professors, um abschliessen zu können.

Vor allem im universitären Setting unterhalten die Vorgesetzten Machtverhältnisse und es ist schwierig, diese aktuellen Strukturen aufzubrechen, um insbesondere alternative Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die sowohl klinische als auch forschende Tätigkeiten abdecken. Das folgende Zitat der Professorin veranschaulicht diese Problematik beispielhaft:

„Wollen dann sozusagen 20 Leute haben oder 30 im Team, damit sie eben mächtig sind, weil sie sagen, das ist die neue Art von Forschung. Aber dass da eben genau zum Beispiel solche Modelle nicht mehr möglich sind, wovon wir sprechen, oder eben auch sozusagen Qualität verloren geht. Also ein hochkomplexes System.“ (16 Interview, Absatz 9)

Dies bedeutet, dass es aktuell schwierig ist, im Rahmen der vorhandenen Strukturen und Arbeitszeitmodelle Forschung zu betreiben. Die Interviews haben gezeigt, dass die Zeit, die für Forschungsaktivitäten vorgesehen ist, für klinische Arbeiten eingesetzt werden muss, wenn Fachkräftemangel herrscht oder generell die Ressourcen für den Klinikalltag knapp sind. Forschung ist insbesondere in der Maximalversorgung von Bedeutung. Es wird verlangt, Forschung zu betreiben, um Aufstiegschancen zu haben. In der Chirurgie im Speziellen besteht die Problematik, dass gewisse Operationen durchgeführt werden müssen. Da der Facharzttitel in chirurgischen Fächern nur erzielt werden kann, wenn der dafür notwendige Operationskatalog erfüllt ist, besteht auch hier eine Abhängigkeit von der vorgesetzten Person. In der Regel entscheidet

---

<sup>4</sup> Empire-Building meint in diesem Kontext die Praxis, innerhalb einer Organisation mehr Macht, Verantwortung oder Personal zum Zwecke der Selbstverherrlichung zu erlangen.

diese, wer welche Operation durchführen darf. Für Teilzeitmitarbeitende ist es deshalb umso schwieriger, zusätzlich Forschung unterzubringen, weil je nach personeller Auslastung klinische Tätigkeiten Vorrang haben. Es scheint deshalb notwendig, dass die zuständigen Fachgesellschaften regelmässig die Anforderungen und den zu erfüllenden Operationskatalog überprüfen (Rudert & Reppenhausen, 2021).

Den Interviews war zu entnehmen, dass häufig Freizeit für Forschungsaktivitäten geopfert werden muss. Bei Personen mit Kindern und Familie muss entschieden werden, ob die Karriere oder die Familie relevanter ist, was die Gefahr birgt, dass kompetente Personen aus dem System fallen.

#### **6.1.5.2 Arbeitszeitmodell Protected Time und damit verbundene Eigenverantwortung**

Laut den Interviews wird meistens das Arbeitszeitmodell Protected Time verwendet. Für die jeweilige Assistenzärztin oder den Assistenzarzt werden spezielle Zeitfenster definiert (optimalerweise ein vollständiger Tag), die für die forschende Tätigkeit zur Verfügung stehen. Die jeweiligen Mitarbeitenden werden nicht im Dienstplan berücksichtigt. In Abschnitt 4.5.2 wird das Modell erläutert.

Eng verknüpft mit diesem Modell ist die Eigenverantwortung der Person, die es anwendet. Trotz offensichtlicher struktureller Defizite muss die Person den Willen demonstrieren, Forschung zu betreiben. Mithin muss die entsprechende Motivation vorhanden sein. Im Teilzeitmodell erweisen sich Ausbildungs- und Forschungsaktivitäten noch mal als schwieriger. Beispielhaft veranschaulicht dies folgendes Zitat: „Wann er das tut in der Woche, bleibt ihm überlassen. Ich gebe mal ein Beispiel einer Oberärztin. Sie ist 40 % für die Forschung, 60 % für die klinische Tätigkeit angestellt, dann erwartet man, dass das auch etwa eingehalten wird.“ (4 Interview, Absatz 65). Das heisst, die Person zeichnet selbst dafür verantwortlich, sich nicht ablenken zu lassen. Hier hat sich vor allem im Ergebnisteil in den Interviews gezeigt, dass auch die Umsetzung schwierig ist, weshalb Strukturen geschaffen werden sollten, die Verbindlichkeiten für die Dienstplaner/-innen vorgeben.

Alternativ müssten sich – dies wurde vor allem von Kadermitarbeitenden immer wieder in den Interviews betont – die Auszubildenden bewusst sein, dass in der Maximalversorgung an einer universitären Klinik erwartet wird, Forschung zu betreiben. Andernfalls sei es besser, nicht in der Maximalversorgung tätig zu sein.



### **6.1.5.3 Personelle und finanzielle Ressourcen**

Ferner sind die personellen und finanziellen Ressourcen zu betrachten. Die Finanzierung der Forschung wird durch die öffentliche Hand abgegolten. Spitäler in der Schweiz erhalten Gelder, um Forschung betreiben zu können. Die Interviews haben ergeben, dass klare Regeln bei den Arbeitszeitmodellen vonnöten sind, damit Forschung betrieben werden kann. In der chirurgischen Maximalversorgung kommt es häufig auch zu Notfalloperationen. Dann ist die Gefahr gross, dass bei der Operation mitgeholfen wird, anstatt an der Forschung zu arbeiten. Insbesondere Führungskräfte haben in den Interviews mitgeteilt, dass dies ein Problem darstellen kann und Flexibilität vorhanden sein muss. Laut den Interviewaussagen ist die Unzufriedenheit darüber hoch, dass noch keine neuen Arbeitszeitmodelle entwickelt worden sind und eingesetzt werden. Gleichsam ging aus den Interviews hervor, dass Möglichkeiten vorhanden wären, beispielsweise Jobsharing (siehe Abschnitt 4.5.3), was Forschung ebenfalls erlaubt.

### **6.1.5.4 Interpretation und Handlungsempfehlung**

Das Thema Forschung ist ebenfalls ein viel diskutiertes Thema im Rahmen von Arbeitszeiten und Arbeitszeitmodellen. Folgendes Zitat bringt das Dilemma beispielhaft auf den Punkt:

„Also Forschung ist ja eigentlich auch ein bisschen wie ein persönliches Interesse und auch nur für wenige. [...] Also es gibt bei uns ja Mitarbeiter, die Forschung betreiben, und welche, die keine betreiben. Und für die, die das wollen, ist für die Jüngeren das ja auch wahrscheinlich mit einem gewissen Hintergrund. [...] Jemand, der klare akademische Ziele hat, habe ich ehrlicherweise die Einstellung, dass so etwas auch in der Freizeit stattfindet. Weil das ist in einem chirurgischen Fach nicht möglich, bin ich nach wie vor überzeugt, das in der Arbeitszeit seriös zu machen.“ (19 Interview, Absatz 67)

Obwohl Forschung als klarer Auftrag der Institution gefordert wird (siehe Unterkapitel 2.1), ist die Balance zwischen Forschung und klinischen Tätigkeiten oftmals schwierig. Forschung per se generiert keinen Umsatz. Da Kliniken aber anhand ihrer Rentabilität gemessen werden und teilweise auch variable Lohnanteile daran gebunden sind, ist der Anreiz vorhanden, die der Klinikleitung zur Verfügung stehenden Ressourcen vor

allem im klinischen Alltag einzusetzen. Daher stammt auch der zitierte Satz, dass Forschung in die Freizeit gehören sollte. Hintergrund ist, dass Forschungsaufgaben ab einer gewissen Kaderstufe zum Aufgabenprofil eines Arztes oder einer Ärztin dazugehören. Deshalb wirft sich die Frage auf, wie Zeit für Forschung sichergestellt werden kann.

Wie nachfolgender Aussage zu entnehmen ist, finden sich Kliniken, die Personalbudget für Forschungsaufgaben aufwenden: „Bei uns gibt es schon bewusst Anstellungen in der Forschung und Klinik. Also so, wie die Personalkosten budgetiert sind, so wird eigentlich auch erwartet, dass der Arzt seine klinische Tätigkeit und forschende Tätigkeit aufteilt.“ (04 Interview, Absatz 65) Hier wird spezifisch aufgeteilt, wer Forschung in welchem Umfang betreibt, gestützt durch finanzielle Ressourcen. Es wurde auch geantwortet, dass Forschung in der Freizeit erfolgen sollte:

„Aber im Moment ist das eher aufs Wochenende oder meine Freitage, weil ich mag dann nicht mehr am Abend nochmals zwei, drei Stunden.“ (01 Interview, Absatz 19)

„Forschungsaktivitäten sind dann Freizeit.“ (01 Interview, Absatz 30)

Bei den Assistenzärztinnen und -ärzten ist die Arbeitszeit auf 50 Stunden pro Woche limitiert. Diese sind aufgeteilt in 42 Stunden klinische Tätigkeit und 8 Stunden Aus- und Weiterbildung respektive Forschungstätigkeiten.

Um Forschungsaufgaben neben klinischen Tätigkeiten wahrnehmen zu können, sind konkrete Modelle und Abmachungen erforderlich. Ein Modell bildet die fixe Einteilung eines Forschungstags, beispielsweise vier Tage klinische Arbeit und ein Tag Forschung. Davon abgesehen gibt es spezielle Forschungsstellen, in deren Rahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin Ideen ausgearbeitet und umgesetzt werden. Hier stellt sich jedoch die Frage der Finanzierung. Zusätzlich ist zu definieren, was in der Freizeit und was in der Arbeitszeit zu erledigen ist. Folgendes Zitat zeigt dies beispielhaft:

„Es gibt aber noch etwas Weiteres. Forschung, wo jemand so ein bisschen für sich selber dazu noch betreibt. Also wie jemand möchte noch selber Superkarriere machen, weiss nicht was. [...] Das ist ein extrem heikler und ein grauer Bereich. Weil ehrlicherweise, wenn einer sonst irgendwo angestellt ist und dann weiss niemand, was der zu Hause macht und ob er noch Sachen macht oder nicht. Ich glaube, das

Schwierige ist, sobald jemand eingebunden ist in eine Spitalstruktur, wo er dem Gesetz unterworfen ist. Also wenn ich an einem Forschungsprogramm mitmache, wo das Spital faktisch als Arbeitsangebot hat, dann unterstehe ich halt dem ganz regulär. Wenn jemand etwas in seiner Freizeit zusätzlich irgendwo macht, das ist eine schwierige Frage [...]. Das ist aus meiner Sicht ein sehr schwieriger Bereich oder Punkte, wo ich einfach glaube, dass man das nie ganz sauber lösen kann. Da muss man vernünftig umgehen. Also im Idealfall drückt man den Leuten einen Forschungstag irgendwo hinein.“ (21 Interview, Absatz 20).

Dies demonstriert die Komplexität des Themas, da es hier erneut um die Karriere geht. Helfen würde dabei häufig ein fixer Tag oder eine sogenannte Protected Time, die es erlauben, explizit Forschung zu betreiben. Die interviewten Personen waren sich einig dahingehend, dass nur in Ruhe gearbeitet werden kann, wenn dafür auch ausreichend Zeit vorhanden ist: „Sind sie frei vom Klinischen/ sind sie wirklich raus. Also wirklich im klinischen Dienstplan tauchen sie dann gar nicht auf, aber kriegen den Tag bezahlt, weil sie dort Forschung betreiben oder was auch immer.“ (17 Interview, Absatz 52). Aus den oben genannten Aspekten lässt sich deshalb folgende Handlungsempfehlung ableiten.

#### **Handlungsempfehlung 5:**

*Es sind klare Regeln dahingehend notwendig, was in der Freizeit und was während der Arbeitszeit an Forschungsaufgaben erledigt werden muss. Aktuell gibt es zu viele Unklarheiten. Für Personen, die in Teilzeit arbeiten, scheint es weniger Optionen zu geben, neben der klinischen Tätigkeit auch Forschung betreiben zu können. Eine Möglichkeit ist das Einführen von strukturierten Forschungsprogrammen mit klaren zeitlichen Zielvorgaben.*

Das Thema der Finanzierung spielt in der Forschung eine bedeutende Rolle, wie folgendes Zitat zeigt: „Eigentlich in einer universitären Klinik gehört das dazu. Und man muss sich das leisten können. Handkehrum muss man ehrlicherweise auch sagen, dass irgendwoher muss ja dann das Geld auch kommen. Und das ist in der Regel der Knackpunkt.“ (10 Interview, Absatz 41) Forschung ist im Rahmen von Return on Investment schwierig messbar. Deshalb ist die Versuchung gross, Forschende im klinischen Alltag einzuplanen, obwohl klar ist, dass dies langfristig nicht umsetzbar ist, weil die Personen dann bis zu einer 80-Stunden-Woche haben können.

Sobald die Arbeit im klinischen Alltag zunimmt, werden mehr Aufgaben verteilt und die Mitarbeitenden müssen eigenständig ermitteln, wie die Anforderungen erfüllt werden. Folgendes Zitat veranschaulicht, wie dies im Alltag funktionieren würde:

„Weil nach wie vor, so es kommt auch ein wenig darauf an, auf welcher Stufe, aber ich meine, jetzt zum Beispiel auf unserer Stufe, wo man keine Arbeitszeitbegrenzung hat. Dann ist es einfach, gewisse Aufgaben mehr denen zuzuordnen. Weil es kostet nicht mehr, oder? Es kostet immer genau gleich viel. Und wenn du jetzt auch schon ganz einfach eine Sekretärin mehr anstellst, dann kostet es einfach etwas. Oder?“ (10 Interview, Absatz 57)

Daraus wurde nachstehende Handlungsempfehlung abgeleitet.

### **Handlungsempfehlung 6:**

*Sowohl personelle als auch finanzielle Ressourcen müssen eindeutig Forschungsaktivitäten zugeordnet werden. Aktuell gibt es eine Vermischung von Forschungsgeldern für klinische Aktivitäten.*

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass durch das neue ArG die Rolle der Forschung bei Arbeitszeitmodellen neu überdacht werden muss. Es sind klare Regeln und Strukturen vonnöten, um Forschungsaktivitäten ausführen zu können. In der Maximalversorgung ist das Problem besonders ausgeprägt, da von den Ärztinnen und Ärzten erwartet wird, Forschung zu betreiben. Aufgrund der Arbeitsbelastung geschieht dies häufig in der Freizeit und nicht in den eigentlich vorgesehenen 8 Stunden der 50-Stunden-Woche. Eng verknüpft mit der Forschung ist die Aus- und Weiterbildung. Dieses Thema wird im nächsten Abschnitt erläutert.

#### **6.1.6 Schwerpunkt Aus- und Weiterbildung**

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zum Thema Aus- und Weiterbildung im Kontext der Arbeitszeitmodelle dargestellt. Die Aus- und Weiterbildung ist ein zentraler Aspekt, der in der Entwicklung von Arbeitszeitmodellen berücksichtigt werden muss. Die Ergebnisse der Interviews offenbaren die Probleme und mögliche Lösungsansätze.

Die Aus- und Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten ist im Gesundheitswesen streng geregelt. Die Weiterbildungskonzepte sind in der Regel auf der Homepage aufgeschaltet und öffentlich einsehbar. Jede Klinik und jedes Spital der Schweiz

hat entsprechende Weiterbildungskonzepte. Für die Aus- und Weiterbildung erfolgt eine finanzielle Entschädigung durch die Kantone respektive die öffentliche Hand.

Laut den Interviewaussagen ist das Thema omnipräsent und ebenfalls problematisch in Bezug auf die Einführung neuer Arbeitszeitmodelle, beispielsweise Teilzeit oder Jobsharing. Die Problematik scheint mit der Situation bei der Integration von Forschungsaufgaben vergleichbar, da auch die Aus- und Weiterbildung in der regulären Arbeitszeit geleistet werden sollte. Die Herausforderungen sind zusätzlich in Abschnitt 2.3.2 kurz erläutert worden. Die Interviews haben gezeigt, dass die jetzige Situation bei den interviewten Personen zu Unzufriedenheit führt. Folgendes Zitat eines Sprechers des VSAO veranschaulicht dies exemplarisch:

„Aber die Differenz von 42 auf 50 Stunden ist ja eigentlich 8 Stunden Weiterbildung. Und auch dort stelle ich also schon infrage, ob das jede Woche 8 Stunden tatsächlich sind, wo gerade am Kader an Weiterbildung geniesst. Assistenten wahrscheinlich schon mit dem Teaching und allem, aber Kader nicht.“ (13 Interview, Absatz 88) Die Frustration darüber, dass nicht die erforderliche Ausbildungszeit zur Verfügung steht, ist laut den Interviewaussagen gross. „Und das ist ja nicht nur bei uns so. Aber bei uns ist es halt/ ist halt dann das der Grund, dass eben in diesen 50 Stunden, die man arbeitet, nicht das gemacht wird, was man eigentlich braucht für die Ausbildung. Sondern alles andere, was Spital und die Administration braucht.“ (10 Interview, Absatz 61)

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse zum Thema Aus- und Weiterbildung detaillierter beschrieben. Daran schliessen sich die Interpretation und die Handlungsempfehlungen an.

#### **6.1.6.1 Weiterbildungsstruktur und Kooperationen zwischen Spitälern**

Aus den Interviews ist hervorgegangen, dass die Konzepte per se geeignet sind, aber teilweise nicht korrekt angewendet werden können oder an die neuen Modalitäten rund um das ArG angepasst werden müssen. Folgendes Interviewzitat eines Kaderarztes zeigt die Problematik beispielhaft auf:

„Ich glaube, die Weiterbildungskonzepte der Gesellschaften sind gar nicht so schlecht. Es braucht/ die Gesellschaften müssen festlegen, was man operiert haben muss, damit man ein gewisses Know-how und Erfahrung hat. Das ist an und für sich gut. Das

Problem ist, dass viel/ [...] viel Competition in dem Sinne ist, dass zu viele Leute das Gleiche wollen.“ (24 Interview, Absatz 68).

Um einen Facharztstatus in einer chirurgischen Disziplin zu erlangen, muss in der Schweiz ein Weiterbildungskatalog erfüllt werden. Sobald die notwendige Anzahl an Operationen erreicht wurde, darf die Facharztprüfung abgelegt werden. In Deutschland wird ein ähnliches Modell eingesetzt. Dort werden Personen an akademischen Lehrkrankenhäusern einer Universitätsklinik abgestellt (Deutscher Bundestag, 2016). Das heisst, die Person geht im Rahmen der Ausbildung an ein Lehrkrankenhaus. Lehrkrankenhäuser können in unterschiedlichen Versorgungsstufen tätig sein und helfen mit, die angehenden Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Das Lehrkrankenhaus hat einen Vertrag mit einer medizinischen Fakultät und übernimmt einen Teil der Ausbildung. Das Problem ist in Deutschland und in der Schweiz dennoch ähnlich. Die Aussage des vorherigen Zitats veranschaulicht, dass teilweise die Anzahl an Operationen nicht erreicht werden kann, da es einerseits zu wenige Operationen gibt und andererseits eine grosse Anzahl an Personen, die Operationen durchführen wollen.

Um die Anzahl an Operationen pro auszubildende Person zu gewährleisten, sind klare und strukturierte Weiterbildungen sowie Regeln erforderlich, sodass der Gefahr begegnet werden kann, im Arbeitsalltag aufgrund administrativer Tätigkeiten keine Zeit für Operationen zu haben. Folgendes Interviewzitat einer Oberärztin zeigt dies beispielhaft auf:

„Und man müsste/ also ein Teil von der Arbeit ist ja immer noch einfach sehr viel Administration und gar nicht wirklich fachspezifische Weiterbildung. Und solange natürlich viele Stunden am Tag auf eben Sachen fallen, die man, ja, besser organisieren könnte, ist es natürlich so, dass dann die Anwesenheit, wenn man weniger dort ist und dann ein Teil davon ist, gar nicht wirklich fachspezifisch relevant, sondern einfach Administration etc., dann funktioniert es natürlich/ am Schluss geht es nicht auf.“ (20 Interview, Absatz 51)

#### **6.1.6.2 Spezialisierung und Lernfähigkeit**

Nachstehend wird das Thema der Spezialisierung und Lernfähigkeit erläutert. Grundsätzlich lassen sich die Aussagen der Interviewten diesbezüglich wie folgt zusammenfassen: Es existiert kein Patentrezept dafür, wie schnell jemand etwas lernt. Daher

sollten die Arbeitsmodelle respektive die Weiterbildung je nach Person und Fachrichtung angepasst werden. Zusätzlich bietet die Spezialisierung Optionen, sich auf ein Gebiet zu fokussieren und Karriere zu machen: „Also ich habe meine Fellowship 2017 gemacht und habe darum natürlich eine Nische und eine Spezialisierung jetzt schon zum Zeitpunkt, wo ich das Kind habe.“ (20 Interview, Absatz 31) Es wurde als realistisch angesehen, dass bei einer Spezialisierung ein Facharzttitel absolviert werden kann und dies im Teilzeitpensum möglich ist: „Aber wenn jemand sagt, ich will nur 50 % arbeiten, ich will nur dieses kleine Teilgebiet, dann ist das wiederum ganz realistisch.“ (12 Interview, Absatz 32). Die zunehmende Spezialisierung scheint insbesondere in grösseren Spitälern vorhanden zu sein (Künzi, Jäggi & Dubach, 2016).

Zusätzlich hat sich ergeben, dass sich eine frühe, langfristige Planung lohnt. Insbesondere in der Chirurgie mit dem Operationskatalog erweist es sich als hilfreich, wenn bestimmte Operationen frühzeitig durchgeführt werden können. Dies nimmt den Druck für die zukünftige Entscheidung und hilft bei der Familienplanung. Das Thema wird in Unterabschnitt 6.1.7.1 erläutert.

Nachfolgend werden die Themen Lernkurve und Dauer der Ausbildung im Rahmen der chirurgischen Maximalversorgung sowie mögliche Arbeitszeitmodelle betrachtet. Die Interviews haben aufgezeigt, dass die Ausbildungsdauer von der verfügbaren Zeit abhängig ist. Arbeitet eine Person in Teilzeit, benötigt sie längere Zeit für die Ausbildung und somit auch für den Facharzttitel. Diese Erkenntnis sollte beim entsprechenden Arbeitszeitmodell berücksichtigt werden.

Neben dem Arbeitszeitmodell scheint zusätzlich die Wahl des Fachgebiets entscheidend zu sein. Eine erfahrungsintensive Disziplin muss detaillierter geplant werden als möglicherweise eine ambulante Massnahme ohne schneidende Tätigkeit. Der Gestaltungsspielraum bei diesen Fachrichtungen scheint niedriger zu sein. Die Erwartungshaltung ist höher und es wird mehr verlangt. Deshalb erscheint es schwieriger, hier alternative Arbeitszeitmodelle umzusetzen. Das Thema Lernkurve wurde in den Interviews im Rahmen von Karrierechancen ebenfalls häufig erwähnt. Die Lernkurve meint die Fähigkeit einer Ärztin oder eines Arztes, Gelerntes umzusetzen. Als Beispiel wurde hier eine Operation genannt. Eine Ärztin oder ein Arzt wird langsam an eine Operation herangeführt. Diese Ausbildung erfolgt nach strengen Regeln. Aus den Interviews ist hervorgegangen, dass die Lernkurve flacher verläuft, je niedriger das Pensum ist. Zudem scheint es so, dass bei niedrigen Pensen die Ausbildungsdauer überproportional

länger ist. Es entstehen negative Skaleneffekte. Folgendes Interviewzitat unterstreicht diese Aussage beispielhaft: „Ich glaube, 80 % ist natürlich noch etwas anderes, als wenn man 50 % arbeitet. Also, 50 %, habe ich das Gefühl/ als Assistenzarzt, wenn man etwas erlernen will, dann ist das zu wenig.“ (01 Interview, Absatz 175)

Darüber hinaus offenbarte sich in den Interviews Einigkeit dahingehend, dass in gewissen Stadien der Ausbildung eine Reduktion nicht sinnvoll ist. Ausnahmen bestehen dann, wenn eine Nische ausgewählt wurde und eine Spezialisierung erfolgt, wie nachstehende Aussage beispielhaft veranschaulicht:

„Und wenn natürlich/ wenn man das extrapoliert und sagt, jemand arbeitet 50 % und man beginnt mit 25, dann hat man ja noch eine 40-Jährige in der Ausbildung und wäre mit 65 auf dem Peak. Das ist ja schon/ das ist illusorisch zum Schluss. Und darum gehen diese Leute häufig in Nischen rein.“ (18 Interview, Absatz 65)

Eine mögliche Lösung hier ist beispielsweise bei Frauen, die einen Facharztstitel erreichen möchten und aufgrund der Familiensituation in Teilzeit arbeiten, mit dem entsprechenden Operationskatalog einen Ausbildungsvertrag zu machen. Das heisst, sobald die Familiensituation entspannter ist, muss versprochen werden, den Facharzttitel abzuschliessen und für eine gewisse Zeit in der Klinik zu arbeiten. Gleichwohl finden sich auch hier entscheidende Aspekte, die zu beachten sind, beispielsweise die Regelmässigkeit des Operierens und die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen, wie aus den Interviews hervorging.

### **6.1.6.3 Konkurrenzkampf**

Ein weiterer Aspekt ist die Konkurrenzsituation, die in Kliniken vorherrscht und die Auswirkungen auf das Arbeitsklima und die Arbeitsmodelle hat, wie folgendes Interviewzitat exemplarisch belegt: „Ich glaube, die Competition macht es speziell im operativen Bereich. Aber ich weiss es nicht, ob das wirklich die Arbeitszeit oder/ ja auf das Arbeitsklima hat es sicher einen Einfluss, aber ja.“ (23 Interview, Absatz 156) Dieser Aspekt muss übergeordnet gelöst und damit muss ein Umfeld geschaffen werden, das es erlaubt, auch in anderen Arbeitsmodellen tätig zu sein. Dennoch waren sich die Interviewten einig, dass zusätzlicher Aufwand nötig ist, um gefördert zu werden:

„Ich denke, bis zu einem gewissen Grad ist das auch/ darf man das auch so fördern/ fordern, also/. Ich glaube, wenn man mal eine gewisse Stellung hat, dann kann man



eigentlich auch erwarten, dass man mehr macht als 8 to 5, oder?“ (23 Interview, Absatz 192)

Dieses Zitat veranschaulicht exemplarisch, dass der Wille der auszubildenden Person notwendig ist, gleichzeitig aber auch strukturell die Möglichkeit gegeben werden muss, sich aus- und weiterzubilden. Zudem scheint der War for Talents zuzunehmen. Dieser beschreibt den wachsenden Kampf der Unternehmen um die besten Talente. Der Begriff entstand Ende der 1990er-Jahre und beschreibt die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden. Überall dort, wo Arbeitskräfte knapp werden, müssen sich Unternehmen entsprechend positionieren, um die besten Bewerber/-innen anzuziehen und einzustellen. Eine Führungskraft im Interview hat dies wie folgt formuliert: „[W]ill ich eben wieder die Besten. Ich möchte auslesen können! Und ich möchte aus den Schweizern auslesen können.“ (24 Interview, Absatz 120)

Im Umkehrschluss heisst das, dass die Ziele der Mitarbeiter/-innen besser abgefragt werden müssen. Nicht alle möchten Chefarzt oder -ärztin oder Klinikdirektor/-in werden. Sind die Ziele klar, kann das Arbeitszeitmodell an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepasst werden (zum Beispiel mehr Operationen, weniger Management, aber dafür auch eine geringere Chance auf eine Kaderposition).

Ist das Arbeitsmodell zufriedenstellend, ergibt sich eine intrinsische Motivation für die Arbeitnehmer/-innen, was sich positiv auf die Leistung im Unternehmen und in der Klinik niederschlägt. Damit die besten Personen im System bleiben und Führungsfunktionen übernehmen können, müssen im Arztberuf Strukturen geschaffen werden, die die erläuterten Arbeitszeitmodelle zulassen. Im Rahmen der Interviews wurde ersichtlich, dass es schwierig ist, diese Strukturen aufzubrechen, wie folgendes Zitat eines Klinikdirektors beispielhaft aufzeigt: „Aber ich weiss, wie schwer es ist, das aufzubrechen. Auch bei uns. Wir sind überhaupt nicht optimal. Es gibt noch so viel zu tun!“ (24 Interview, Absatz 124)

#### **6.1.6.4 Konflikte zwischen Ausbildungsdauer und Privatleben**

Wie aus den Interviews entnommen werden konnte, hat das gewählte Arbeitszeitmodell einen entscheidenden Einfluss auf die Dauer der Weiterbildung. Die aktuellen

Weiterbildungskonzepte sind auf eine 50-Stunden-Woche ausgelegt. Wird ein alternatives Arbeitszeitmodell gewählt, verändert sich die Ausbildungsdauer. Deshalb werden alternative Arbeitszeitmodelle meist erst nach der Ausbildung gewählt:

„Also erstens, gerade ich denke, das ist einfacher für die Leute, die die Ausbildung abgeschlossen haben. Ich bin ja noch in der Ausbildung im Prinzip, dadurch ist es bei mir wichtiger, dass ich von allem noch ein bisschen was mitbekomme, das sehe ich schon so ein.“ (03 Interview, Absatz 35)

Ein weiterer Aspekt ist die Länge der Ausbildung. Um eine Facharztausbildung zu absolvieren, sind in der Regel bereits frühzeitig klare Vorstellungen erforderlich:

„Aber der Facharzt ist ja auch unberechenbar. Also in meinem Jahrgang hat man mit, gut, ich habe ein Zwischenjahr gemacht, mit 6 Jahren mit 27 Staatsexamen gemacht. Und ein Facharzt dauert im Schnitt 6 Jahre, in der Chirurgie bei vielen eher länger. Und dann kannst du dir ja ausrechnen, irgendwann pressiert es dann für die Frau. Oder so jetzt biologisch gesehen.“ (06 Interview, Absatz 137)

Oftmals wissen die Ärztinnen und Ärzte aber zu diesem frühen Zeitpunkt noch nicht, welche Ausbildung genau sie einschlagen möchten. Dies birgt die Gefahr, dass kompetente Fachkräfte verloren gehen.

#### **6.1.6.5 Abhängigkeit von Vorgesetzten bei der Ausbildung**

Ein weiterer Aspekt sind die Abhängigkeiten von den Vorgesetzten respektive die Machtverhältnisse. Die Interviewten waren sich dahingehend einig, dass es diese Abhängigkeit gibt und – obwohl dies nicht erlaubt ist – sie eventuell einen Einfluss hat:

„Die Chefs/ in der Chirurgie braucht man jemanden, der einen fördert, und wenn sich jemand dazu entschliesst, jemanden zu fördern, dann will man, dass dieser das auch annimmt und dass man dann da ist, und wenn [sich] jetzt jemand entschliesst, mich zu fördern, und ich dann finde, dass ich dann übrigens in einem Jahr ein Kind haben werde und dann zuerst einmal ein Jahr nicht arbeiten möchte. Dann ist es einfach eine sehr ungünstige Kombination, und ich glaube, wenn es dann jemanden gibt, der genau das Gleiche macht wie ich, aber ein Mann ist, dann nimmt man lieber diesen. Das ist einfach so. Es ist bequemer und sicherer irgendwo.“ (22 Interview, Absatz 87)

In diesem Unterabschnitt wird nicht weiter auf die Thematik eingegangen, da dies bereits im Unterabschnitt 6.1.5.1 besprochen wurde und die Herausforderungen ähnlich sind.

#### **6.1.6.6 Interpretation und Handlungsempfehlung**

Wie die Ergebnisse aus den Interviews zeigen, sollten Modelle und Prozesse eingeführt werden, die eine adäquate Ausbildung gewährleisten. Die Arbeitsorganisation muss teilweise neu ausgerichtet werden. Aber auch hier haben die Interviews ergeben, dass das Problem allen bekannt ist und dennoch keine ideale Lösung entwickelt werden konnte. Es sind massgebliche Anstrengungen vonseiten der auszubildenden Person erforderlich und in der jetzigen Ausbildungskonzeption ist es in Teilzeit oder bei Jobsharing kaum möglich, eine Ausbildung in sinnvoller Zeit abzuschliessen. In der Chirurgie mit Operationen und zusätzlich in der Maximalversorgung scheint dies schwierig zu sein, wie folgendes Zitat eines Kaderarztes beispielhaft zeigt: „Wenn du invasiv tätig werden möchtest, musst du schon fast 100 % vorhanden sein. Weil da musst du halt wirklich lernen, lernen, lernen.“ (02 Interview, Absatz 153) Wie viel Ausbildung angeboten werden kann, ist laut den Interviewaussagen massgeblich von der Personalsituation abhängig. Je nach Personalbestand existieren Ausbildungsmöglichkeiten unterschiedlicher Qualität. Folgendes Interviewzitat zeigt dies beispielhaft auf:

„Das ist bei uns wirklich eine Frage. Wen wir ausbilden können, hängt [davon] ab, wie viel Personal wir haben. Je besser wir aufgestellt sind, desto mehr können wir die Rotationen ermöglichen. Das Gleiche auch bei den Assistenten. Die sind megamotiviert, um im Katheterlabor mitlaufen zu können und dort reinzuschauen bei diesen speziellen Krampfadereingriffen, aber das können wir wirklich auch nur einführen, wenn wir genug Leute haben.“ (02 Interview, Absatz 165)

Auch hier war den Interviewergebnissen zu entnehmen, dass vor allem strukturelle Themen angegangen werden müssen. Die Auszubildenden sind motiviert und wollen lernen, jedoch bestehen je nach Personalsituation unterschiedlich grosse Schwierigkeiten beim Angebot der Ausbildung. Folgende Handlungsempfehlung lässt sich deshalb ableiten.

#### **Handlungsempfehlung 7:**

*Es muss eine klare Zuteilung von personellen und finanziellen Ressourcen vonseiten der Klinikleitung oder Organisation inklusive Kontrolle stattfinden, damit die Ressourcen effektiv für die Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden.*

Ein weiterer Lösungsansatz besteht in der Kooperation zwischen den Spitälern und Gesundheitsorganisationen, die gefördert werden sollte, um weitere Möglichkeiten zu generieren. Folgendes Interviewzitat eines leitenden Arztes veranschaulicht dies: „Und das ist das, wo ich glaube, das wären Konzepte, die eine Attraktivität und eine Nachhaltigkeit haben können und auch gute Leute ins System reinziehen könnten. Aber da müssen sie wieder über die Disziplinen hinweg zusammenarbeiten, über die Spitäler hinweg.“ (24 Interview, Absatz 84). Die Kooperation zwischen Spitälern und Gesundheitsorganisationen würde zusätzliche Optionen bieten. In Deutschland stehen den angehenden Chirurginnen und Chirurgen für die Füllung des Operationskatalogs beispielsweise akademische Lehrkrankenhäuser zu Verfügung. Dieses Konzept wurde in Kapitel 6.1.6.1 vorgestellt. Aus diesem Grund wird folgende Handlungsempfehlung beschrieben.

#### **Handlungsempfehlung 8:**

*Die Fachgesellschaften und Kantone sollten Anreize für Spitäler schaffen, damit mehr Kooperationen entstehen und in der Ausbildung noch gezielter zusammengearbeitet werden kann, wie das beispielsweise in Deutschland mit dem akademischen Lehrkrankenhaus gemacht wird. Überkantonale Weiterbildungskonzepte, auch innerhalb von Fachgesellschaften, müssen entwickelt werden.*

Nachdem zuvor die finanziellen und personellen Ressourcen sowie Kooperationen angesprochen wurden, gibt es bei der Aus- und Weiterbildung weitere Aspekte, die in den Fachgesellschaften und Kliniken angesiedelt sind. Zum einen ist dies die Spezialisierung. Die interviewten Kaderärztinnen und -ärzte haben klar formuliert, dass die Spezialisierung weiter vorangetrieben wird. Die Gründe hierfür sind multifaktoriell. Einerseits ist dies dem medizinischen Fortschritt geschuldet, der laufend neue Behandlungsmethoden hervorbringt. Es entstehen insbesondere in der Chirurgie verstärkt Innovationen. Es bestehen Möglichkeiten der Nutzung von künstlicher Intelligenz oder der Roboter-Chirurgie, beispielsweise in der Operationsplanung oder für die Entscheidungsfindung bei der Behandlung (Keutel, 2022). Diese Möglichkeiten müssen genutzt werden – auch in der Aus- und Weiterbildung (vgl. hierzu Unterkapitel 4.7).

Die Spezialisierung hat den Vorteil, dass allenfalls in weniger Zeit ein Facharzttitel erreicht werden kann. Dies bedeutet, dass in der chirurgischen Maximalversorgung möglicherweise weniger Operationen durchgeführt werden müssen, um einen solchen Titel zu erzielen. Wird keine Chefarztstätigkeit angestrebt, sondern eine leitende Funktion in einem Spezialgebiet, finden sich im Rahmen der Spezialisierung probate Möglichkeiten, dies in Jobsharing oder Teilzeitmodellen zu erreichen. Daraus ergibt sich Handlungsempfehlung 9.

### **Handlungsempfehlung 9:**

*Arbeitszeitmodelle müssen der Ausbildung angepasst werden. Möchte sich eine Person spezialisieren, sollten die Anforderung angepasst werden und es sollten nicht für alle die gleichen Aus- und Weiterbildungsziele angewendet werden.*

Als nächster Aspekt ist der Konkurrenzkampf zu nennen. Obwohl häufig von Fachkräftemangel die Rede ist, haben die Interviewaussagen belegt, dass der Konkurrenzkampf insbesondere in Universitätsspitalern gross ist. Die Dichte von verschiedenen Aufgaben ist hoch und viele Tätigkeiten und Anforderungen sind auszuführen. Es scheint so, als ob viel von angehenden Chirurginnen und Chirurgen erwartet wird. Folgendes Interviewzitat eines Kaderarztes zeigt dies beispielhaft:

„Zum Beispiel Thoraxchirurgen oder Leberchirurgen. Also wirklich Leberchirurgen, das ist eines der/ oder Herzchirurgen, da muss man auch sehr, sehr lange sehr viel kämpfen, dass man an eine Position kommt, dass man wirklich chirurgisch ausgebildet wird. Und in der Thoraxchirurgie ist es sicher auch so. Die kleinen Basiseingriffe lernt man schnell. Also aber sobald man dann wirklich weiter sich vertiefen möchte in dem Gebiet und sagt okay, ich will wirklich Thoraxchirurg werden auf einem gewissen Level, in vielleicht, auch für längere Zeit in einem Unispital, dann muss man dafür ganz schön kämpfen. Das ist aber in den meisten chirurgischen Fächern so.“ (17 Interview, Absatz 72)

Der hohe Konkurrenzkampf bewirkt, dass teilweise kompetente Fachkräfte aus dem System fallen. Dies kann langfristig problematisch werden, da die Ausbildung durch Steuern finanziert wird, aber dann kein Return erfolgt. Ferner ist aus den Interviews hervorgegangen, dass die aktuellen Arbeitsmodelle nicht ausreichend ausgestaltet sind, um Familie oder Teilzeitarbeit mit chirurgischen Tätigkeiten zu verbinden. Dies

gilt insbesondere für Frauen. Das Thema wird detailliert im nächsten Schwerpunkt erläutert. Dennoch lässt sich bereits hier eine Handlungsempfehlung ableiten.

### **Handlungsempfehlung 10:**

*Es sind alternative Arbeitsmodelle vonnöten, sodass Personen, die in Teilzeit arbeiten, ebenfalls Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung erhalten. Die Entscheidungskriterien für die Bereitstellung eines Aus- und Weiterbildungsplatzes sollten nicht ausschliesslich von der zur Verfügung stehenden Zeit abhängen.*

Ein weiterer häufig genannter Aspekt ist die Abhängigkeit von den Vorgesetzten in der Ausbildung. Im Arztberuf ist eine Ärztin oder ein Arzt nach wie vor stark von den Vorgesetzten dahingehend abhängig, ob eine Beförderung erfolgt. Bei Sympathie der vorgesetzten Person bietet selbige Möglichkeiten, bildet aus und unterstützt die entsprechende Person. Ist dies nicht der Fall, können daraus Probleme resultieren, etwa die ausbleibende Möglichkeit, gewisse Operationen in der Chirurgie durchzuführen, was die Motivation nachteilig beeinflussen kann. Insbesondere im Teilzeitmodell oder im Jobsharing, also in alternativen Arbeitszeitmodellen, scheint diese Problematik gross zu sein. Aus den Interviews ist hervorgegangen, dass noch Rollen oder Vorbilder fehlen, dass es also noch zu wenige Führungspersönlichkeiten gibt, die in Teilzeit arbeiten. Im Gesundheitswesen sind die alten Strukturen nach wie vor stark ausgeprägt, weshalb die Möglichkeiten, in Teilzeit Weiterbildungen und Ausbildungen zu absolvieren, gering sind. Dies betrifft vor allem die Assistenz- und Oberärztinnen sowie -ärzte. Nachdem die Aus- und Weiterbildung besprochen wurde, wird nun auf die Karriere eingegangen. Zunächst werden erneut die Interviewergebnisse präsentiert, bevor die Interpretationen und Handlungsempfehlungen folgen.

### **6.1.7 Schwerpunkt Karriere**

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den Interviews präsentiert, die im Zusammenhang mit Arbeitsmodellen und deren Auswirkungen auf die Karriere in der chirurgischen Maximalversorgung stehen. Es geht primär um die Frage, wie sich Familie und Beruf miteinander vereinbaren lassen und welche Herausforderungen dies mit sich bringt.

Als Einführung in das Kapitel dient nachfolgendes Zitat eines leitenden Arztes in der chirurgischen Maximalversorgung, um die Problematik beispielhaft zu veranschaulichen:

„Ich glaube, sie [die Frauen, Anm. des Verf.] haben nicht die gleichen Chancen. Und zwar wird ja jemand daran gemessen, wie viel – in der Chirurgie – wie viel er leistet pro Zeit, pro Jahr, in dem er arbeitet, und an seinem Alter. Also wenn jemand 100 Publikationen hat und ein guter Operateur ist mit 35, dann ist er top, oder? Und wenn jemand halt weniger Publikationen hat mit 35 und noch nicht operieren kann, was eher der reelle Durchschnitt ist, dann ist er mittelmässig, oder? Und wenn jemand halt 35 ist und zwei Kinder hat, dann gibt das halt einfach keine Punkte am Schluss. Es ist ein wenig/ es ist bitter, das System, oder? Es ist halt eigentlich/ einer der Berufe, wo die Ausbildungsphase enorm lang ist. Man ist mit/ zwischen 40 und 45 hat man eigentlich seine Ausbildung dann/ den Peak erreicht als Chirurg.“ (18 Interview, Absatz 61)

In der Medizin und insbesondere in schneidenden Fachgebieten ist eine lange Ausbildungszeit notwendig. Je nach investierter Zeit wird das Ziel unterschiedlich schnell erreicht. Im Sinne der Gerechtigkeit sollte sich am Schluss jene Person durchsetzen, die fachlich am besten geeignet ist. Somit wirft sich die Frage auf, welche Positionen mit welchen Mitteln erreicht werden können. Es existiert nur eine bestimmte Anzahl an Chefarztpositionen. Zudem muss dahingehend unterschieden werden, welche Anforderungen das Spital hat, etwa ob es sich um Maximalversorgung inklusive Forschungsarbeit oder um eine Regionalversorgung handelt. In der Maximalversorgung werden konkrete Forschungsarbeiten erwartet. In der Regionalversorgung ist dies nicht der Fall. Es scheint, dass sich eine Person relativ frühzeitig entscheiden muss, in welche Richtung sie sich entwickeln möchte, wie folgendes Zitat beispielhaft zeigt:

„[W]enn man sagt, wenn man als Junger sagt, ich will Chefarzt werden in irgendeinem Spital, und gleichzeitig sagt, ich will nur 50 % arbeiten. Dann ist es glaube ich sehr unrealistisch, dass man das schafft. Also das, glaube ich, hängt schon zusammen. Aber wenn man jetzt wiederum sagt, ich will als Oberarzt und sicher nur Teilzeit arbeiten, dann ist das sehr realistisch, dann wird man das problemlos erreichen, oder.“ (12 Interview, Absatz 34)

Dieses Zitat veranschaulicht die immer noch veraltete Struktur, dass grundsätzlich entschieden werden muss, welche Richtung eine Person einschlagen möchte. Nachstehend werden die Interviewergebnisse zum Schwerpunkt Karriere detaillierter erläutert, bevor daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

#### **6.1.7.1 Familienplanung**

Begonnen wird mit den Ausführungen zur Familienplanung. Für die Karriere ist eine frühzeitige und konkrete Familienplanung zentral. Die Interviewaussagen sowohl von Ärzten als auch von Ärztinnen haben dies gezeigt. Der einheitliche Tenor lautete, dass die Facharztausbildung abgeschlossen sein sollte, bevor eine Familie gegründet wird. Es scheint in der Assistenzzeit und in der damit verbundenen Ausbildungszeit schwierig zu sein, neben dem Beruf eine Familie zu gründen. Folgendes Interviewzitat einer ehemaligen Klinikdirektorin veranschaulicht dies beispielhaft:

„Und wir haben beide auch eher die Kinder jetzt eher spät bekommen. Also ich bin 36. Meine Kollegin hat das erste Kind gehabt mit, ich glaube, 34 und das zweite mit jetzt 38. Und darum haben wir halt einfach zu dem Zeitpunkt, als wir Kinder bekommen haben, haben wir halt unsere Spezialisierungen mehr oder weniger schon gehabt.“ (20 Interview, Absatz 31).

Die Problematik scheint hier insbesondere im Verlust des Humankapitals zu liegen, welches in Abschnitt 4.4.1 dargestellt wurde. Im schnelllebigen Gesundheitsgeschäft verliert eine Person schnell den Anschluss und das entsprechende Wissen. Deshalb sollten Lösungen dahingehend gefunden werden, dass Mitarbeitende rasch wieder in der Klinik eingesetzt werden können, sofern sie das wollen.

Weitere relevante Aspekte scheinen die Rückkehr aus dem Mutterschaftsurlaub und die damit verbundene Wiedereingliederung in den Klinikalltag zu sein. Gemäss Interviewaussagen erweist es sich als schwierig, an der Stelle in der Karriere fortzufahren, an der die Person vor der Schwangerschaft aufgehört hat. Die männlichen Kollegen haben sich weiterentwickelt und sind möglicherweise in der Karriere weiter vorangeschritten. Kommt die Frau dann zusätzlich noch in Teilzeit zurück, wird der Anschluss noch schwieriger. Dies ist insbesondere psychologisch eine grosse Belastung gemäss den Aussagen der weiblichen Interviewten. Ausserdem muss demonstriert werden, dass nicht *ein bisschen*, sondern wieder richtig gearbeitet wird und Ziele erreicht werden sollen, wie folgende Aussage beispielhaft zeigt:



„Das ist zum Teil auch, dass sie denken, ja, die kümmert sich jetzt um die Kinder und so. Aber man muss wieder neu zeigen, dass man wirklich will. Das ist das, was es zum Teil wirklich schwierig macht, auch in dieser Doppelbelastung. Wenn man aus dem Mutterschaftsurlaub zurückkommt, fängt man nicht mehr dort an, wo man vorher gewesen ist. Zum einen hat man vielleicht auf Teilzeit reduziert und zum anderen muss man auch mental und psychologisch zeigen, dass man nicht einfach dankbar ist, dass man jetzt noch ein bisschen arbeitet.“ (14 Interview, Absatz 51)

Auch die Arbeitsverteilung ist von Bedeutung. Aus den Interviews ist hervorgegangen, dass eine gut organisierte Kinderbetreuung als hilfreich angesehen wird. In Abschnitt 4.6.3 ist dieses Thema bereits erläutert worden. Folgende Kritikpunkte haben sich aus den Interviews herausgestellt:

1. Die aktuellen Krippen sind nicht an die Arbeitszeiten einer Ärztin oder eines Arztes angepasst, da sie in der Regel von 08:00 bis 18:00 Uhr geöffnet haben. In Anbetracht der 50-Stunden-Woche, die aktuell bis zur Stufe Oberärztin oder Oberarzt gilt, ist dies zu knapp und kaum einzuhalten. Deshalb wurde in den Interviews geäußert, dass angepasste Öffnungszeiten helfen würden. Dies scheint vorwiegend ein Problem in der Schweiz zu sein. In anderen europäischen Ländern ist dies nicht der Fall.

2. Kinderbetreuung ist kostspielig. Es wird allerdings nicht als Aufgabe des Unternehmens, sondern gleichsam als Aufgabe der Gesellschaft betrachtet, die Kinderbetreuung so zu organisieren, dass sie hilft und für alle zugänglich ist. Es erscheint unerlässlich, die Kinderbetreuung zu institutionalisieren. Einige Spitäler bieten bereits eigene Kinderbetreuungsprogramme für Mitarbeitende an (VSAO, 2014). Jedoch scheint dies gemäss den Interviews weiterhin ausbaufähig zu sein.

Die Arbeitsverteilung spielt in jedem Betrieb und Unternehmen eine zentrale Rolle. Hier geht es darum, dass die geeigneten Personen zur richtigen Zeit die passenden Arbeiten erledigen. Dieses Thema kommt in anderen Codes ebenfalls vor. In diesem Code wurde hingegen konkret das Thema Arbeitsinhalt mit dem Fachkräftemangel assoziiert: „[U]nterstütze auch nicht einfach den Aspekt: Wir haben zu wenig Doktoren, wir haben zu wenig Doktoren, wir haben zu wenig Doktoren. Ich glaube, in unserem Gesundheitswesen ist die Arbeit noch immer nicht optimal verteilt.“ (24 Interview, Absatz 112) Diese Aussage wurde im Interview im Zusammenhang mit Arbeitszeitmodellen und dem ArG getätigt. Es gibt viele junge motivierte Ärztinnen und Ärzte, die

Führungsfunktionen und Verantwortung übernehmen möchten. Sie sind indessen nicht mehr bereit, 80 Stunden pro Woche dafür zu arbeiten. Deshalb müssen Modelle geschaffen werden, die es erlauben, solch motivierte Mitarbeitende zu fordern und zu fördern. Von Interesse ist ebenfalls, dass dies in anderen Berufsgruppen möglich ist, aber noch nicht im Gesundheitswesen im Ärztebereich. Es müssen moderne Strukturen etabliert werden, da andernfalls junge Mediziner/-innen dieses Gebiet verlassen (Wahrendorf & Donner-Banzhoff, 2019).

Einen weiteren Aspekt bildet eine funktionierende Partnerschaft. Wie zuvor beschrieben, ist der klinische Arbeitsalltag in der chirurgischen Maximalversorgung anspruchsvoll und teilweise belastend. Sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Interviewten sind Unterstützung und Verständnis vom jeweiligen Partner bzw. von der jeweiligen Partnerin erforderlich, um die gemeinsamen Ziele zu erreichen. Ein relevanter Faktor für das Gelingen scheint eine klare Kommunikation zu sein, wie folgendes Interviewzitat beispielhaft belegt:

„Weil wenn die das nicht unterstützen würde, wäre das ja ein konstanter psychologischer Stressfaktor. Klar kriege ich mal eine blöde Bemerkung, wenn ich gestern Abend um halb zehn nach der Fakultätssitzung erst nach Hause komme, ist keiner begeistert. Aber ich glaube, ein grosser Teil ist einfach auch immer eine gute Kommunikation, dass alle sich nicht Hoffnung machen oder ich mache nie falsche Versprechungen zu Hause, oder? Ich sage nie: ‚Ich bin heute 100 % für deine Hausaufgaben da‘, sondern ich sage: ‚Ich versuche das‘ und ich verspreche es aber nicht. Und wenn ich das schaffe, freuen sie sich, und wenn ich es nicht schaffe, habe ich es nicht versprochen. Also ich mache nie Versprechungen meinen Kindern, die ich nicht einhalten kann.“ (19 Interview, Absatz 77)

Diesem Interviewzitat einer Klinikdirektorin ist zu entnehmen, wie mit Kindern adäquat kommuniziert werden kann. Es werden keine Versprechungen gemacht, die nicht eingehalten werden können, und es wird klar kommuniziert, damit keine falsche Erwartungshaltung entsteht.

Als letzter Aspekt ist generell von weiblichen Interviewten eine frühe Planung als zentral mitgeteilt worden. Folgende Aussagen veranschaulichen dies exemplarisch:

„Darum gibt es auch einige Frauen, die sagen: ‚Du, hör mal, ich boxe diesen Facharzt durch und dann werde ich schwanger.‘“ (06 Interview, Absatz 127)

„Den habe ich, kurz nachdem das erste Kind auf die Welt gekommen ist, gemacht. Darauf habe ich eigentlich geschaut, dass ich diesen in der Tasche habe, bevor ich Teilzeit arbeite.“ (23 Interview, Absatz 50)

„Das sind Fachärzte. Die können und haben ein gewisses Level von/ oder fast Fachärzte. Sie haben ein gewisses Level, welches sie gelernt haben, weil sie die Kinder auch recht spät bekommen haben, oder?“ (18 Interview, Absatz 35)

Es scheint so, als ob viele Frauen die Kinderplanung an die Facharztausbildung angepasst haben. Hier stellt sich die Frage, inwiefern bestimmte Arbeitsmodelle dabei Unterstützung bieten können. Mögliche Lösungsvorschläge werden dazu nachfolgend vorgestellt und diskutiert.

### **6.1.7.2 Frauen in Führungspositionen**

Aufgrund der Männerdominanz in Führungspositionen ist es schwierig, die teilweise konservativen Ansichten und Systeme zu durchbrechen, wie die Interviewaussagen gezeigt haben. Schwangerschaft respektive Familienplanung scheint immer noch ein Karrierehindernis zu sein bzw. wird zumindest teilweise so aufgefasst, wie folgendes Interviewzitat eines Kaderarztes belegt: „Also gerade jetzt die Arbeitgeber haben halt schon immer noch lieber, wenn sie können, Männer, weil die fallen einfach nie aus für die Familienplanung.“ (20 Interview, Absatz 41) Aktuell scheint es zudem so, dass Frauen, die es in Führungspositionen geschafft haben, einen mühsamen Weg bis dorthin beschreiten mussten. Folgende Interviewaussage fasst dies beispielhaft zusammen:

„[I]ch bin schon überzeugt davon, dass es in den nächsten 10 bis 15 Jahren sich ändern wird. Aber wenn man sich so Lebensläufe anschaut von Frauen, die jetzt wirklich in leitenden Positionen oder in Chefarztpositionen sind, die haben einen sehr harten Weg hinter sich. Zudem viel, viel, viel gearbeitet und sicher auch viel geopfert auf dem Weg. Das ist schon so.“ (17 Interview, Absatz 90) Darüber hinaus ist es immer noch die Ausnahme, als Frau Karriere gemacht und gleichzeitig eine Familie zu haben. „Ich habe auch zwei Kinder und inzwischen zwei Enkelkinder. Aber viel mehr Frauen in Führungspositionen sind kinderlos.“ (07 Interview, Absatz 147)

Ferner wurde in den Interviews erwähnt, dass es sich meist um extraordinäre Frauen handelt, die nicht der traditionellen Norm entsprechen, die es in Führungspositionen schaffen: „Aber ich habe noch wenige Frauen gesehen, die das erreichen mit auch

noch Kindern. Und das ist halt die Frage, ob man dann sagen kann, das ist eine fehlende Gleichberechtigung etc. oder ob man sagt: Die Frauen sind ja selber schuld, sie wollen ja dann gar nicht mehr. Aber es ist sicher sehr hart, wenn man in der Karriere ganz weit hochkommen will und auch noch Familie haben. Das ist sicher eine ausserordentliche Leistung.“ (20 Interview, Absatz 75)

Zusammengefasst ist es gemäss den Interviewaussagen immer noch die Ausnahme, dass eine Frau mit Familie eine Führungsposition in der chirurgischen Maximalversorgung erreichen kann. Der Tenor aus den Interviews ist relativ eindeutig dahingehend, dass viel Opferbereitschaft vonnöten ist, um sich in eine solche Position begeben zu können.

### **6.1.7.3 Opferbereitschaft und Eigeninitiative**

Nachfolgend wird das Thema Opferbereitschaft und Wille vertieft und damit wird an die vorherigen Ausführungen angeknüpft. Folgendes Interviewzitat eines Kaderarztes fasst die Problematik zusammen: „Wenn man das schon erlernen kann, die Interventionen, muss man auch etwas aufbringen. Dann muss man auch seinen Einsatz bringen.“ (01 Interview, Absatz 389) Diese Aussage veranschaulicht exemplarisch, was die Interviews gesamthaft offenbart haben: Alle Interviewten waren sich dahingehend einig, dass ein hoher Einsatz erforderlich ist, um in der Karriere voranzukommen. Dies gilt im Besonderen, wenn medizinisch gesehen etwas Spezielles gemacht werden soll, dass viel Arbeit und Erfahrung benötigt, wie dies in der chirurgischen Maximalversorgung der Fall ist. Möchte eine Person in ihrer Karriere weiterkommen, sind Opferbereitschaft und Eigeninitiative unabdingbar.

Die Interviews haben zudem gezeigt, dass Personen in Teilzeitmodellen teilweise nicht positiv wahrgenommen werden, wie aus folgendem Interviewzitat exemplarisch hervorgeht: „[...] weil für die anderen invasiven Ärzte war einfach so: Ja, der pickt jetzt Rosinen, kann hier cool seine Eingriffe machen an zwei Tagen und mehr muss er wie hier nicht leisten. Die Ärzte gehen gerne ins Katheterlabor. Die bekommen das ja wie als Ausbildung.“ (02 Interview, Absatz 111) Obwohl sich Teilzeitmodelle langsam zu etablieren scheinen, scheint es in diesem Modell schwieriger zu sein Karriere zu machen (Büchter, Sauerland, & Hölzer, 2020). Dies hat weniger mit der jeweiligen Person zu tun als vielmehr damit, dass die Strukturen noch nicht bereit scheinen und immer noch viel über die effektiv verfügbare Zeit gemessen wird. Viel Arbeiten heisst

nicht zwingend viele Stunden respektive viel Präsenzzeit, sondern es geht darum, wie die Zeit effizient genutzt wird.

Darüber hinaus muss das gegenseitige Verständnis vorhanden sein. Arbeitet eine Person tieferprozentig, müssen die gleichen Regeln gelten wie für eine höherprozentig arbeitende Person. In beiden Fällen werden Vor- und Nachteile in Kauf genommen. Folgendes Interviewzitat eines leitenden Kaderarztes veranschaulicht die Problematik beispielhaft:

„Das Wort *Verzicht* existiert für sie nicht, weil sie das Gefühl haben, ja, in diesen 60 %, wo ich arbeite, möchte ich dieselben Bedingungen haben wie die, welche 100 % arbeiten. Was ich grundsätzlich okay finde, aber für sie müssen dann auch dieselben Bedingungen gelten – und das ist dann jeweils ein wenig schwierig.“ (05 Interview, Absatz 121)

Dieser Satz beschreibt die Problematik, dass der Klinikalltag durchgängig stattfindet. Die Arbeit ist vorhanden und wenn eine Person in Teilzeit arbeitet, muss beispielsweise der Dienstplan angepasst werden oder eine andere Person springt ein. Dies scheint teilweise problematisch in der Umsetzung zu sein.

Dessen ungeachtet wurde das Thema Eigeninitiative in den Interviews häufig erwähnt. Aus Arbeitgebersicht respektive aus Sicht der Klinikleitung bedeuten innovative Arbeitszeitmodelle stets Arbeit, wie den vorherigen Abschnitten zu entnehmen ist. Es muss sich deshalb lohnen, die Klinikstruktur sowie den Alltag anzupassen, um solche Arbeitszeitmodelle zur Verfügung zu stellen. In diesem Zusammenhang wurde oftmals die Eigeninitiative genannt: „Also ich muss sagen, dass ich persönlich das machen kann, was ich will, und also da habe ich wieder grosses Glück, das muss ich sagen. Da wird man gut unterstützt, eigentlich. Es braucht natürlich wie immer Eigeninitiative.“ (25 Interview, Absatz 53) Neben einem verständnisvollen und guten Team ist folglich Eigeninitiative relevant. Die jeweilige Person muss demonstrieren, dass sie keine Bürde für den Betrieb ist, sondern aktiv im Klinikalltag mithilft – auch im Rahmen eines neuartigen Arbeitszeitmodells.

#### **6.1.7.4 Interpretation und Handlungsempfehlung**

Im Schwerpunkt Karriere sind drei Themengebiete vertieft dargestellt worden: Familienplanung, Frauen in Führungspositionen und Opferbereitschaft sowie Eigeninitiative.

Die Interviewergebnisse haben ergeben, dass teilweise strukturelle Probleme vorhanden sind, die es nicht erlauben, Karriere in der chirurgischen Maximalversorgung zu machen, wenn nicht in einem hohen Beschäftigungsgrad gearbeitet wird. Dies erweist sich als problematisch, da hierdurch insbesondere zahlreiche Frauen aus dem System fallen, wenn gleichzeitig auch noch eine Familiengründung gewünscht wird.

Mithin müssen Modelle angepasst werden. Hinsichtlich der Familienplanung hat sich herausgestellt, dass einerseits eine frühzeitige Planung nötig ist, aber andererseits auch Strukturen in der Organisation verbessert werden müssen. Hier wurde erwähnt, dass sich Chirurginnen und Chirurgen in einer Nische bewegen, das heisst, dass man sich spezialisiert. Der Trend ist derzeit im Kommen. Durch die Spezialisierung sind die Chancen höher. Zum einen ist der Konkurrenzkampf vermutlich geringer, weil nicht alle dasselbe wollen. Zum anderen ist es im Weiterbildungskatalog unkomplizierter möglich, die gewünschten Fallzahlen zu erreichen, da Personen vermutlich nicht den vollständigen Katalog erfüllen müssen und dadurch über eine zeitliche Flexibilität verfügen.

Ansonsten ist es, wie dies auch bereits in Bezug auf die Aus- und Weiterbildung beschrieben wurde, schwierig, den Facharztstitel zu erreichen, was in der Regel das Ziel einer Assistenzärztin oder eines Assistenzarztes ist. Dementsprechend ist eine frühzeitige Planung von Bedeutung und allenfalls sollte auch schon die oder der Vorgesetzte eingebunden werden, da – wie sich gezeigt hat – ohne deren bzw. dessen Unterstützung das Problem nicht gelöst werden kann. Daraus resultiert nachstehende Handlungsempfehlung.

### **Handlungsempfehlung 11**

*Eine frühzeitige Planung muss durch den/die Arbeitnehmer/-in erstellt werden. Gleichzeitig sind Unterstützung und Arbeitsmodelle vonseiten der Klinik und/oder des Spitals erforderlich, damit Langfristplanungen und damit verbundene Sicherheiten möglich sind. Nötig sind ferner Wiedereingliederungsprogramme für Frauen nach einem Schwangerschaftsurlaub.*

Den zweiten Aspekt bilden Opferbereitschaft und Eigeninitiative. Die Interviews haben gezeigt, dass Opferbereitschaft respektive Eigeninitiative vorhanden sein muss, wenn eine Karriere angestrebt wird. Hier ist zu berücksichtigen, dass sich die arbeitneh-

mende Person, also eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt, der eigenen Wünsche bewusst sein muss und wissen muss, was hierfür zu opfern ist. Es ist nicht möglich, einer Arbeit ausschliesslich mit regulären Zeiten nachzugehen und gleichzeitig eine grosse Karriere zu machen. Gleichwohl müssen diesbezüglich Modelle entwickelt werden, die die Eigeninitiative in einem gesunden Mass fördern. Personen dürfen nicht unnötig unter Druck gesetzt werden, sonst können Burnout oder Überforderung entstehen. Ferner sind Strukturen und vor allem Messinstrumente zu etablieren, die sich nicht nur auf den reinen Zeitaspekt, sondern auch auf eine bessere Planung sowie eine klare Verteilung oder Rolle im Team fokussieren. Dennoch braucht es für die Etablierung eines neuen Arbeitszeitmodells die Eigeninitiative aus Arbeitnehmersicht. Deshalb leitet sich Handlungsempfehlung 12 aus diesen Überlegungen ab.

### **Handlungsempfehlung 12**

*Eigeninitiative der Arbeitnehmer/-innen ist unabdingbar. Es muss der Wille vorhanden sein, sich aktiv am Prozess der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle zu beteiligen.*

Den dritten Aspekt bildete die Karriere von Frauen oder Frauen in Führungspositionen. Hier konnte festgestellt werden, dass Frauen derzeit benachteiligt werden. Dies ist unter anderem dem zeitlichen Aspekt geschuldet: Vor allem in der chirurgischen Maximalversorgung ist Erfahrung notwendig, die im Rahmen von Operationen gesammelt wird. Eine regelmässige Exposition ist unerlässlich, um weiterhin über ausreichende Kompetenzen zu verfügen. Wird eine bestimmte Operation beispielsweise nur zweimal pro Jahr durchgeführt, hat die durchführende Person weniger Erfahrung, als wenn sie diese Operation einmal in der Woche praktiziert. Die Lösung dieser strukturellen Probleme ist von hoher Bedeutung.

Aktuell scheinen sich kaum Frauen in Vorbildfunktionen zu befinden. Besetzen Frauen leitende Positionen, verfügen sie über ausserordentliche Möglichkeiten, beispielsweise Talente oder auch Umweltfaktoren oder familiäre Unterstützung. Mithin erweist es sich als sinnvoll, wenn eine Entwicklung dahingehend erfolgt, dass eine generelle Möglichkeit für Personen – insbesondere Frauen – besteht, Führungspositionen zu erreichen, um sich etablieren und so auch die Strukturen weiter aufbrechen zu können. Aus diesem Grund folgen auch hier mögliche Lösungsansätze, die in den Interviews erläutert wurden.

Zum einen geht es hier um den Vaterschaftsurlaub, der für die Familie in gewissen Phasen eine grosse Entlastung sein kann. Dennoch ist familienintern zu klären, welcher der beiden Personen in einer Partnerschaft Karriere macht oder ob beide in Teilzeit arbeiten. Diesbezüglich ist eine adäquate Kommunikation untereinander vonnöten. Gleichzeitig wurde als Lösungsvorschlag die externe Kinderbetreuung besprochen. Diese ist zumindest in der Schweiz noch zu wenig umfassend und damit nicht zufriedenstellend. Vor allem für Ärztinnen und Ärzte müssen entsprechende Angebote geschaffen werden, sodass auch eine Kinderbetreuung nach 18 Uhr stattfindet. Dies wirft den finanziellen Aspekt auf: Derzeit sind Kitas oder andere Kinderbetreuungen kostspielig. Im Kanton Zürich beispielsweise kann ein Betreuungstag bis zu CHF 180 kosten (Universität Zürich, o. D.). Je nach Kanton und Anstellung erhalten die Arbeitnehmer/-innen Subventionen. Dennoch reichen diese oftmals nicht aus und es handelt sich um ein Verlustgeschäft.

Ein weiterer Aspekt ist die Zeit während der Schwangerschaft. Als Chirurgin besteht die Möglichkeit, dass je nach Gesundheitszustand keine Operationen mehr durchgeführt werden dürfen. Schumacher und Dressel (2022) haben einen Leitfaden für schwangere Ärztinnen und deren Arbeitgebende erstellt. Auch das SECO (2021) hat eine Broschüre als Hilfestellung für schwangere Ärztinnen und für die Arbeitgebenden verfasst.

Schwangere Ärztinnen in der Schweiz dürfen grundsätzlich operieren, solange es keine medizinischen Bedenken gibt und die Tätigkeit nicht als Risiko für die eigene Gesundheit oder die des ungeborenen Kindes angesehen wird. Es bestehen jedoch Risiken bei der Durchführung von Operationen während der Schwangerschaft, insbesondere bei längeren Eingriffen und bei der Exposition gegenüber Narkosemitteln und ionisierender Strahlung, die bei der Verwendung von Röntgen- oder CT-Scans auftreten kann. Aus diesem Grund ist es üblich, dass schwangere Ärztinnen bestimmte Einschränkungen hinsichtlich der Art und Dauer der durchzuführenden Operationen und bezüglich der Art der verwendeten Anästhesie haben. In Abschnitt 4.2.2. ist dieses Thema resp. die Risiken für Frauen diskutiert worden.

In der Regel berücksichtigen die Arbeitgeber/-innen der Ärztinnen diese Einschränkungen und ergreifen Massnahmen, um die Sicherheit der werdenden Mutter und die des ungeborenen Kindes zu gewährleisten. Es ist jedoch zu beachten, dass die Entscheidung darüber, ob eine schwangere Ärztin operieren darf, von vielen Faktoren



abhängt und von Fall zu Fall unterschiedlich sein kann. Weniger anstrengende Aufgaben wie administrative Tätigkeiten oder Forschungsaufgaben können je nach Situation weiterhin durchgeführt werden. Diese Möglichkeiten sollten genutzt werden und das Arbeitszeitmodell sollte für diese Zeit entsprechend angepasst werden.

Folglich ist es relevant, sich der eigenen Ziele bewusst zu sein und der Klinikleitung zu verstehen geben, dass eine Schwangerschaft kein Karrierehindernis ist. Dies sollte in zukünftigen Modellen berücksichtigt werden. Ferner ist es von Bedeutung, dass die/der Vorgesetzte dabei involviert ist, gemeinsam Modelle zu erarbeiten. Folgende Handlungsempfehlung lässt sich daraus ableiten.

### **Handlungsempfehlung 13**

*Familienfreundliche Strukturbarrieren müssen gelöst werden. Eine Schwangerschaft darf kein Karrierehindernis mehr sein. Es müssen Strukturen und Arbeitszeitmodelle erarbeitet werden, die familienfreundlich sind und es insbesondere Frauen erlauben, sich karrieretechnisch weiterzuentwickeln. Autonomie ist von Bedeutung.*

Neben Lösungen für Frauen müssen auch solche für Väter gefunden werden, beispielsweise der Vaterschaftsurlaub. Hier kann die Schweiz die Vorarbeiten aus der Europäischen Union nutzen, bei denen teilweise schon Gesetze ausgearbeitet wurden (Lütz, 2021). Der positive Effekt von Vaterschaftsurlaub auf die Familienzufriedenheit ist bereits untersucht worden und bewiesen (Fischer & Grendelmeier, 2019)

Zumindest in einer gewissen Phase bietet Vaterschaftsurlaub eine Entlastung im Familienleben und würde gleichsam die Arbeitsaufteilung zwischen Mann und Frau vereinfachen. Andernfalls wird gesellschaftlich erwartet, dass es die Frau ist, die ihre Karriere hintanstellt, wie folgendes Interviewzitat beispielhaft zeigt: „Und es ist immer dann/ also es kann nicht genau so gut sein, dass mal ein Mann drei Monate ausfällt wegen einem Kinderwunsch. Sondern es ist immer bei drei Monaten die Frau. Völlig klar. Keine Frage.“ (22 Interview, Absatz 97)

Dass dies jedoch weiterhin viel Arbeit bedeutet und nicht immer einfach umsetzbar ist, hat der Fall von Natalie Urwyler gezeigt, die eine Schadensersatzklage gegen das Inselspital Bern eingereicht hat. Die Klägerin war der Meinung, dass sie aufgrund ihres Geschlechts in der Beförderung benachteiligt war, weshalb ihr 5 Mio. CHF entgangen seien (Freuler & Kučera, 2020). Nachdem nun bereits einige Schwerpunkte diskutiert worden sind, folgt nun der Schwerpunkt Arbeitsinhalt.

### **6.1.8 Schwerpunkt Arbeitsinhalt**

Der Schwerpunkt Arbeitsinhalt fasst die gemachten Aussagen der Interviews zusammen, die sich auf die effektiv geleisteten Tätigkeiten innerhalb der Arbeitszeit beziehen. Vor allem die zunehmende Bürokratie und der immer grösser werdende administrative Aufwand wurden als frustrierend empfunden (siehe auch Abschnitt 4.2.4). In den Interviews wurde oftmals erklärt, dass sich das Gesundheitspersonal nicht mehr um die Patientinnen und Patienten kümmern kann, sondern verstärkt Eingaben in den PC vornehmen muss. Die zunehmende Administration wurde in fast allen Interviews genannt. Diese avanciert immer mehr zu einem Frustrationsfaktor, wie aus folgenden Interviewziten beispielhaft hervorgeht:

„Wenn man in ein Stationsbüro gekommen ist, damals war niemand im Stationsbüro. Weil die Pflege war immer in den Zimmern und hat Patienten betreut, und das Gleiche war bei den Assistenzärzten. Sie waren immer entweder im Operationssaal oder in einem Zimmer. Nie im Büro. Heutzutage ist das zu 100 % anders.“ (10 Interview, Absatz 61)

„Dieser enorme Papier- oder Administrationsaufwand, der gestiegen ist. Und ich weiss noch, im Studium haben mir das oft Ärzte gesagt, wenn wir im Praktikum waren: Überlegt euch das gut, ob ihr das machen wollt.“ (03 Interview, Absatz 79)

Nachstehend wird auf spezifische Unterpunkte eingegangen. Begonnen wird mit der steigenden Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten sowie der sinkenden Wertschätzung gegenüber der Ärzteschaft.

#### **6.1.8.1 Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten**

In Abschnitt 6.1.8 *Arbeitsinhalt* stellten sich vier Unterkategorien heraus. Eine davon besteht aus der Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten sowie der gleichzeitig niedrigeren Wertschätzung gegenüber Ärztinnen und Ärzten. Hier wurden vor allem die Ansprüche der Patientinnen und Patienten an die Ärztinnen und Ärzte, aber auch die Ansprüche der Ärzteschaft an sich selbst thematisiert. Die Interviews haben veranschaulicht, dass die Patientinnen und Patienten mit der Behandlung häufig zufrieden sind, die ärztliche Betreuung aber das Gefühl hat, nicht gut genug für die Patientin oder den Patienten gesorgt zu haben. Ebenfalls ist aus den Interviews hervorgegangen, dass die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten generell zuge-

nommen hat. Folgendes Interviewzitat eines erfahrenen Arztes zeigt dies exemplarisch auf: „Also ich glaube, dass die Erwartungshaltung der Patienten absolut anspruchsvoller und ein bisschen auch respektloser geworden sind.“ (03 Interview, Absatz 165)

Im Rahmen der chirurgischen Maximalversorgung mit der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle muss dieser Aspekt berücksichtigt werden. Arbeitet eine Person in Teilzeit, ist die Herausforderung vermeintlich noch höher, die Erwartungshaltung erfüllen zu können, da noch weniger Zeit für alle Aufgaben zur Verfügung steht. Obwohl den Interviews zu entnehmen ist, dass Verständnis dafür vorhanden ist, dass die Patientinnen und Patienten Wut empfinden, kann nicht viel dagegen unternommen werden. Folgendes Interviewzitat einer Oberärztin veranschaulicht dies beispielhaft:

„[I]ch weiss, so war es nicht gemeint, aber ich sitze jetzt hier schon seit zwei Stunden. Sage ich: Ja, das verstehe ich, ich wäre auch wütend, weil es ist furchtbar, so lange irgendwo zu hocken. Und hinzu muss man ja noch sagen, die kommen nicht wegen einem Schnupfen. Die kommen wegen Krebs oder weil sie wissen wollen, ob man in dem neuen Bild wieder Krebs gesehen hat oder nicht. Das spielt schon auch bei unserem Patientengut noch mal eine enorme Rolle.“ (03 Interview, Absatz 175) Deshalb sind auch hier die Aspekte Prozesse und Interprofessionalität, also die fachgebietsübergreifende Zusammenarbeit, von essenzieller Bedeutung.

#### **6.1.8.2 Rolle von Schnittstellenpersonen**

Der nächste zentrale Aspekt ist der Einbezug von Schnittstellen respektive anderer Berufsgruppen. Die Thematik wurde ebenfalls im Schwerpunkt Arbeitsalltag in Unterabschnitt 6.1.3.3 beschrieben. Nachfolgend geht es darum, darzulegen, inwiefern solche Schnittstellenpersonen beim Thema Arbeitsinhalt Unterstützung bieten können. Die Funktion solcher Personen besteht darin, die Ärztinnen und Ärzte zu unterstützen, beispielsweise bei administrativen und organisatorischen Fragen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, die nicht zwingend ein Arzt oder eine Ärztin beantworten muss. Gleichwohl ist es für die Betreuung der Patientinnen und Patienten essenziell, dass auch diese Fragen beantwortet werden. Diese teilweise administrativen Tätigkeiten können durch andere Berufsgruppen übernommen werden. Oftmals wurde das Beispiel einer klinischen Fachspezialistin/eines klinischen Fachspezialisten (Physician-Assistent, Clinical Assistant) genannt (siehe auch Abschnitt 4.6.9): „[...]

Physician-Assistant diese, sage ich jetzt, administrativen Tätigkeiten, aber auch Stationsführung oder, ich sage jetzt, Routinearbeiten übernehmen“ (03 Interview, Absatz 80). Dies würde insbesondere die Stationsarbeit erleichtern wie folgendes Interviewzitat beispielhaft zeigt:

„Da ist es wertvoll, jemanden zu haben, der so ein bisschen die Abläufe kennt. Weiss, wann man auf die Visite geht. Weiss/ die Pflege gut kennt. Oder so ein bisschen als Anlaufstelle ist für die Pflege, vielleicht als erste Anlaufstelle für kleine Fragen. Und einen unterstützen kann bei der ganzen administrativen Arbeit, die kann eben das Konzil anmelden. Die kann mal anfangen, die Berichte zu schreiben. Ja, das macht ganz viel aus. Immer im Wissen, dass man die Verantwortung selber hat.“ (09 Interview, Absatz 57)

Die Interviews haben ergeben, dass die Rolle von Schnittstellenpersonen oder unterstützenden Personen im administrativen Bereich unerlässlich ist und sich diesbezüglich vieles in der Entwicklung befindet. Die Vorteile überwiegen, falls die Personen adäquat eingesetzt werden und wissen, was von ihnen erwartet wird. Dennoch gab es auch andere Sichtweisen darauf. Beispielsweise wurde kritisiert, dass die Ausbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte vernachlässigt wird, weil es immer jemanden gibt, der die Abläufe und Prozesse kennt. Die Problematik liegt darin, dass diese zentrale Erfahrung auf Station nicht gemacht oder als selbstverständlich angesehen wird. Folgendes Interviewzitat zeigt die Problematik beispielhaft auf:

„Und wenn du diese jetzt in der Administration unterstützt, dann ist das sinnvoll. Also wenn du sagen kannst, also hör mal, jetzt waren wir auf Visite, ich wäre froh, wenn du da ein Konzil mit dieser und dieser Fragestellung anmeldest, dann ist es eine Unterstützung und nicht ein Ersatz. Also, ich habe meinem Chef immer gesagt, ich finde es sinnvoll, solange es eine Unterstützung und nicht ein Ersatz ist, aber er versucht ganz klar, einen Ersatz anzubringen, und das finde ich persönlich nicht richtig, aber du siehst, es gibt hier unterschiedliche Meinungen hierzu.“ (11 Interview, Absatz 163)

Die Rolle von Schnittstellenpersonen scheint an Bedeutung zu gewinnen und sollte in zukünftige Diskussionen rund um Arbeitszeitmodelle einbezogen werden.

### **6.1.8.3 Kommunikation und Kontinuität bei Übergaben**

Ein weiterer Aspekt, der häufiger Erwähnung fand, ist die Kontinuität und Übergabe von Patientinnen und Patienten bei Schicht- oder Dienstwechseln. Grafisch ist dieser

in Unterkapitel 4.3 in Abbildung 5 ersichtlich. Die Übergabe kann zu Problemen führen. Insbesondere die Behandlungsqualität kann sich möglicherweise verschlechtern, weil es Brüche respektive Lücken in der Übergabe geben kann. Folgendes Interviewzitat veranschaulicht dies exemplarisch:

„Das Gleiche erleben wir auch für die Betreuung vom Stationsassistentenarzt. Der hat ja immer noch einen Stationsoberarzt im Hintergrund. Und wenn der jeden Tag einen neuen Oberarzt als Ansprechperson hat, wo er immer wieder neu sagen muss, was jetzt der Stand bei Patient A und Patient B ist, gibt das einfach Brüche.“ (02 Interview, Absatz 173)

Daher scheint eine transparente Kommunikation essenziell. Diese scheint ebenfalls notwendig zu sein, wenn mit alternativen Arbeitsmodellen gearbeitet wird, beispielsweise in einer Co-Leitung oder im Jobsharing. Folgendes Interviewzitat einer leitenden Ärztin, die bereits im Jobsharing arbeitet, unterstreicht dies:

„Und ich habe bis jetzt noch nicht negative Rückmeldungen eigentlich bekommen. Aber es ist so, dass wir quasi immer am Dienstag- oder am Mittwochabend, je nachdem, wann der Wechsel ist, telefonieren oder eine schriftliche Übergabe machen. Und eigentlich wäre das Ziel schon, dass die am nächsten Tag nicht merken, dass der vorher nicht da war.“ (15 Interview, Absatz 31)

Dessen ungeachtet spielt die Kommunikation eine bedeutende Rolle bei Teilzeitarbeitenden, wie folgendes Zitat illustriert:

„Und für den Stationsassistentenarzt wäre es jetzt zum Beispiel viel angenehmer, wenn der eine Woche immer mit dem gleichen Arzt durcharbeiten kann, weil sonst muss er immer wieder die neuen Patienten erklären. Das habe ich schon ein bisschen gelernt von der Planung her. Die Dienstplanung der Ärzte ist schon einfacher, wenn du eine gewisse Kontinuität drin hast. Ich habe das Gefühl: 80 zu 100 % ist nicht ein grosser Unterschied. Aber 60 % wird dann schon ein bisschen schwieriger in der ärztlichen Planung.“ (02 Interview, Absatz 175).

Deshalb müssen mögliche Arbeitszeitmodelle fundiert besprochen und erprobt werden. Ein Arbeitspensum von 80 % entspricht nicht zwingend vier anstatt fünf Tagen pro Woche, sondern kann auch bedeuten, dass der/die Arbeitnehmer/-in alle fünf Wochen eine Woche Urlaub hat.

Weiter scheint eine klare Kommunikation hinsichtlich der Erwartungshaltung innerhalb des Teams relevant zu sein, wie folgende Aussage beispielhaft zeigt: „Ich habe relativ klar gesagt, dass ich einfach am Mittwoch nicht da bin. Und darüber wurde gar nie diskutiert.“ (01 Interview, Absatz 167) Die Person, die im Teilzeitmodell arbeitet, hat innerhalb des Teams klar kommuniziert, dass sie am Mittwoch nicht verfügbar ist. Deshalb war von Anfang an klar, dass dann keine Aufgaben übernommen werden müssen und der Dienstplan dementsprechend angepasst wird. Die Kommunikation wurde auch im folgenden Interviewzitat als bedeutsam beschrieben: „Die Struktur muss gegeben sein und das Ganze muss auf einer nachvollziehbaren und fairen Ebene stattfinden, und fair ist halt leider (unv.) und Punkt 2 ist einfach die Kommunikation, und die Kommunikation ist das A und O.“ (05 Interview, Absatz 185)

Der Kommunikationsfaktor scheint demzufolge auf allen Ebenen gleich bedeutsam zu sein, egal, ob auf Stufe Kaderärztin und Kaderarzt oder Assistenzärztin und Assistenzarzt. Eine adäquate Kommunikation scheint im Team generell für Ruhe zu sorgen: „Aber ich glaube wie bei allem, also das ist eine Frage der Kommunikation im ganzen Team. Wenn natürlich ganz viele Assistenzärzte um das gleiche Ziel buhlen und man nie kommuniziert, wie das jetzt genau abläuft, dann besteht die Konkurrenz und dann kommt es halt darauf an, wer ist halt beliebter, der wird dann bevorzugt. Und das kann natürlich auch mal jemanden treffen, der vielleicht als Teilzeit arbeitet.“ (20 Interview, Absatz 57)

#### **6.1.8.4 Delegation von Aufgaben**

Nachfolgend werden die Themen Delegation, Berichtswesen und Zufriedenheit erläutert. Der zunehmende administrative Aufwand und die damit verbundene erhöhte Frustration wurden bereits zuvor besprochen. Oftmals geht auch die Zeit an der Patientin/am Patienten verloren: „Wenn du für einen Patienten je nachdem länger brauchst, kommst du je nachdem nicht zum Schreiben des Berichts, es gibt Verzögerungen und dann musst du halt am Abend je nachdem noch deine Berichte schreiben oder sonst irgendwo noch reinquetschen.“ (02 Interview, Absatz 9) Eine weitere Aussage veranschaulicht, dass es schwierig ist, manche Arbeiten zu delegieren:

„Aber alles, was mit dem Patienten zu tun hat/ da ist es halt einfacher, wenn das eine Person macht. Wenn man da alles abgibt, wenn wir jetzt da den Ultraschall nicht mehr

machen und nur noch das Gespräch, dann verliert man auch sehr viel Information.“  
(01 Interview, Absatz 319)

Es finden sich auch Aufgaben, die abgegeben werden könnten, etwa die Abrechnung oder das Berichtswesen. Auch hier müssen wieder alle involvierten Personen ausreichend interagieren, damit die Zufriedenheit gross ist und das Arbeitsmodell als positiv empfunden wird.

#### **6.1.8.5 Interpretation und Handlungsempfehlung**

Im Schwerpunkt Arbeitsinhalt wurden Themen adressiert, die bei der Frage relevant sind, wie Arbeitszeitmodelle in der chirurgischen Maximalversorgung gestaltet sein müssen. Bereits zuvor wurde erwähnt, dass Ärztinnen und Ärzte sich darüber beklagen, dass sie weniger Zeit an der Patientin sowie am Patienten haben und mehr administrative und organisatorische Aufgaben wahrnehmen müssen. Daraus resultiert, dass sich auch bei den Arbeitsmodellen die Frage stellt, was genau zu den Aufgaben der Ärzteschaft gehört und wie dies besser definiert werden kann. Reduziert sich in einem Teilzeit- oder einem Jobsharing-Modell die vorhandene Zeit, muss diese bestmöglich für das genutzt werden können, für das die Ärztin oder der Arzt ausgebildet wurde. Müssen in der Zeit, in der die Ärztin oder der Arzt im Haus ist, viele administrative und organisatorische Tätigkeiten übernommen werden, ist dies insbesondere in der chirurgischen Maximalversorgung problematisch, da hierdurch wertvolle Zeit verloren geht, die dann in der Ausbildung, in der Forschung oder auch für mögliche Karriereschritte fehlt.

Beim Thema Arbeitsinhalt waren mehrere Aspekte relevant, etwa die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten. Hier trat zutage, dass deren Erwartungshaltung gestiegen ist. Dies hat einerseits einen Effekt auf die Wertschätzung, die die Ärztin oder der Arzt erhält, das heisst, wie sie oder er sich am Ende des Tages fühlt. Andererseits kann dies auch ein Grund dafür sein, dass es zunehmend schwieriger wird, diese Erwartungen zu erfüllen und somit noch mehr geleistet werden muss, um dies zufriedenstellend zu erreichen. Es geht der Ärzteschaft stets darum, dass die Behandlung mit höchster Qualität abgeschlossen werden kann und die Patientinnen und Patienten geheilt oder zumindest mit einem besseren Wohlbefinden das Spital verlassen können. Folgende Handlungsempfehlung wird daraus abgeleitet.

#### **Handlungsempfehlung 14**

*Schulung der Ärztinnen und Ärzte zum Thema Erwartungshaltung und Bereitstellung von Coachinnen und Coaches, um die Reaktion in schwierigen Situationen einzuüben.*

Als zweiter relevanter Aspekt wurde die Rolle von Schnittstellenpersonen bezeichnet. Es ist von Bedeutung, diese einzubeziehen. Administrative Tätigkeiten müssen abgegeben werden können, was auch mit der Delegation zusammenhängt. Im Arbeitsinhalt ist zu berücksichtigen, dass die Tätigkeiten der Ärzteschaft umfänglich erfüllt werden können. Innerhalb dieser Schnittstellen können Probleme auftreten. Das wird beim nächsten Aspekt *Delegation* resp. der Kommunikation und Kontinuität der Behandlung, erläutert. Bei Personen, die in einem Jobsharing- oder Teilzeitmodell arbeiten, hat sich offenbart, dass eine klare Kommunikation essenziell ist. Darüber hinaus ist eine Vertrauenshaltung vonnöten – vor allem bei der Übergabe der Patientinnen und Patienten. Daraus resultiert folgende Handlungsempfehlung.

### **Handlungsempfehlung 15**

*Mut zur Übergabe von Patientinnen und Patienten, Mut, der Person zu vertrauen, weil Teilzeit- oder Jobsharing-Modelle nur eingeführt werden können, wenn das Vertrauen vorhanden ist, dass die Patientin oder der Patient nach der Übergabe adäquat behandelt wird.*

Den letzten Aspekt bildet die Delegation von Aufgaben. Das Berichtswesen oder allgemeine Aufgaben müssen delegiert werden können, andernfalls ist ein Teilzeitmodell nicht möglich. Diesbezüglich sind klare Instruktionen und eine ausreichende Informationsmitteilung erforderlich. Folgende Handlungsempfehlung wird hieraus abgeleitet.

### **Handlungsempfehlung 16**

*Arbeiten müssen delegiert werden. Moderne Arbeitsformen müssen implementiert werden. Die Arbeitsverteilung muss effizient und sinnvoll gestaltet werden. Dazu sind ein häufiger Austausch sowie das Hinterfragen der aktuellen Tätigkeitsverteilungen essenziell.*

Digitalisierung kann eine Möglichkeit sein, die Kommunikation und die Delegation zu vereinfachen. Deshalb wird im nächsten Schwerpunkt dieses Thema erläutert.



### **6.1.9 Schwerpunkt Digitalisierung**

Hinsichtlich der Digitalisierung wurden die Personen gefragt, inwiefern technische Hilfsmittel helfen würden, den Arbeitsalltag besser zu organisieren. Es hat sich gezeigt, dass es eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten gibt – beispielsweise im Patientenmonitoring oder dem Einsatz von künstlicher Intelligenz in der Bildgebung. Vor allem in Israel werden diese Möglichkeiten stark vorangetrieben (Kurz, 2023).

Die konkrete Umsetzung, die effektive Anwendung im Arbeitsalltag und die damit verbundene Erleichterung bei der Arbeit sind indes häufig enttäuschend und führen zu Frustration. Für Arbeitszeitmodelle ist der mögliche Einsatz technischer Hilfsmittel jedoch von zentraler Bedeutung. Dabei müssen diese aber auch ausreichend funktionieren und akzeptiert werden. „Also digital ist schön und gut, aber der Faktor Mensch ist dann halt immer noch im Weg.“ (06 Interview, Absatz 9)

#### **6.1.9.1 Automatisierung bei Berichten**

Ein beachtlicher Arbeitsaufwand ist mit der Dokumentation und der Berichterfassung verbunden. Der ärztliche Bericht hat eine grosse und vielfältige Bedeutung im gesamten System. Er ist für viele Anspruchsgruppen zentral. Die Erfassung eines qualitativ hochwertigen Berichts erfordert viel Erfahrung und wird im Gesundheitswesen in Workflows durchgeführt. Die Aufgabe wird teilweise als mühsam empfunden, wie folgendes Interviewzitat beispielhaft zeigt „Und das ist eine [lachend] absolut frustrierende Aufgabe. Muss ich ganz ehrlich sagen und wenn man da dann man pro Tag irgendwie so 50 Seiten einspannt für 15 Patienten und sich denkt: ‚Hm, all right‘, ja, aber klar.“ (17 Interview, Absatz 112)

Obwohl es teilweise technische Möglichkeiten gibt, werden diese nur unzureichend und unbefriedigend genutzt. Einige genannte Beispiele sind Textbausteine oder die Spracherkennung (Eggert & Kreuzer, 2022). Der administrative Aufwand auf ärztlicher Seite ist hoch und es stellt sich immer wieder die Frage, ob die ärztliche Zeit effektiv eingesetzt wird. Trotz den technischen Möglichkeiten werden diese wenig genutzt. Die Umsetzung und die effektive Nutzung sind in der Wahrnehmung gering.

#### **6.1.9.2 Erwartungshaltung und ständige Erreichbarkeit**

Die Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten sowie anderen Anspruchsgruppen an die Ärzteschaft ist hoch. Es wird durchgehende Verfügbarkeit erwartet sowie die Möglichkeit, dass alle Arten von Fragen jederzeit beantwortet werden. Zumindest

wird das durch die interviewten Ärztinnen und Ärzte teilweise so wahrgenommen. Je nach Zustand der Patientin oder des Patienten ist dies notwendig. Im Kontext von Arbeitszeitmodellen spielt die ständige Erreichbarkeit eine Rolle, da Arbeit und Freizeit häufig vermischt werden und die Arbeit mit nach Hause genommen wird. Gleichwohl muss oftmals doch zum Spital gefahren werden, da eine Ferndiagnose schwierig ist, insbesondere bei wenig erfahrenen Ärztinnen und Ärzten. Es wurde erklärt, dass die ständige Erreichbarkeit auch Nachteile birgt:

„Auch/ wir haben jetzt alle iPhones/ soll man es nach Hause nehmen? Soll man [...] die Mails gerade einfach dort anschauen? Nimmt man ein Telefon ab, wenn man eigentlich frei hat? Also, ich denke, wenn man frei hat, könnte man es auch einfach ausschalten.“ (01 Interview, Absatz 461)

### **6.1.9.3 Prozessablauf**

Eng verbunden mit digitalen Themen ist der Prozessablauf. Zufriedenstellende Arbeitsmodelle funktionieren nur, wenn auch die Prozesse und Abläufe aufeinander abgestimmt sind. Durch innovative Digitalisierungsprojekte können möglicherweise die Arbeitsabläufe und -prozesse rekonstruiert und verbessert werden (Gadatsch, 2020). Die zunehmende Interprofessionalität und klinikübergreifende Zusammenarbeit zwingt die Organisationen zu neuen Zusammenarbeitsformen. Das kann so weit gehen, dass Arbeitszeitmodelle angepasst werden und auf die neuen Arbeitsabläufe abgestimmt werden müssen. Zudem können digitale Plattformen für den Informationsfluss genutzt werden. Das heisst, Übergaben können verbessert oder die intersektorale Vernetzung kann gefördert werden (Behne & Teuteberg, 2022).

Technische Hilfsmittel können deshalb lediglich bedingt unterstützen, weil die Arbeitsabläufe interdisziplinär und kompliziert werden. Das subjektive Gefühl von Ärztinnen und Ärzten ist deshalb oft, nicht effizient arbeiten zu können, weil die Tätigkeit häufig unterbrochen wird. Daraus resultiert teilweise Frustration:

„Mein Fazit oder meine Wahrnehmung ist: Als Arzt musst du schon extrem viel leisten in der Zeit, die dir eigentlich zur Verfügung gestellt wird. Also, es wird auch megaviel von dir erwartet. Und du bist halt schon extrem nicht flexibel. Also, weil du halt einfach völlig eingeplant bist. Und ich denke das noch häufig, wenn es darum geht, einen Arzttermin, einen Physiotermin oder etwas wahrzunehmen: Das ist immer ein Mega-Aufwand. Du musst irgendwie die Spur im (unv. 00:53:05,600) sperren, du musst das

mit der Dienstplanerin absprechen, je nachdem mit Teamkollegen absprechen. Und ich finde schon: Das Modell/ das Arbeitsmodell, als Arzt zu arbeiten, ist, finde ich, schon sehr eingeschränkt und nicht flexibel.“ (02 Interview, Absatz 335)

Es ist deshalb unerlässlich, dass technische Hilfsmittel eingesetzt werden und den Arbeitsalltag vereinfachen. Ein effizienter Ablauf ist von Bedeutung, damit keine Frustration entsteht und nicht viel Zeit im Prozess verloren geht, wie folgendes Zitat beispielhaft zeigt: „[I]ch springe die ganze Zeit von A nach B, ich habe keine Zeit, mal zwei Stunden am Schreibtisch zu hocken.“ (03 Interview, Absatz 61)

#### **6.1.9.4 Interpretation und Handlungsempfehlung**

Der Schwerpunkt Digitalisierung hat vor allem Probleme aufgezeigt, die die generellen Prozesse in einem Spital oder einer Klinik betreffen. Eine Problemzone scheinen ineffiziente Arbeitsabläufe zu sein, was frustrierend wirkt und ein modernes Arbeiten verhindert. Es scheint so, als gäbe es ausreichend Ideen, die Arbeitsabläufe effizienter zu gestalten. Ein Beispiel ist die Automatisierung der Berichte, die teilweise schon umgesetzt wird, aber nach Ansicht der Interviewpartner/-innen immer noch zu wenig. Das volle Einsparungspotenzial werde noch nicht genutzt.

Zusätzlich scheinen die Erwartungshaltung und die ständige Erreichbarkeit Themen zu sein. Sie wurden bereits im Schwerpunkt Arbeitsinhalt besprochen, wobei dort vor allem auf die Patientenansprüche eingegangen wurde. In diesem Schwerpunkt ist das Thema vor allem die ständige Erreichbarkeit, die durch digitale Möglichkeiten zugenommen hat. Sie kann belastend wirken, wie die Interviews gezeigt haben. Neben Automatisierungen von Aufgaben wurden auch der Prozessablauf allgemein sowie das damit verbundene Problem beschrieben, während der Arbeitszeit oft unterbrochen zu werden. Dies wurde als ineffizient und frustrierend wahrgenommen. Es ist zudem bedeutsam, zu definieren, was genau mit Digitalisierung im Gesundheitswesen gemeint ist und welche Möglichkeiten genutzt werden sollen (Voigt, 2022). Gleichzeitig ist aus den Interviews hervorgegangen, dass digitale Hilfsmittel eingesetzt werden müssen. Folgende Handlungsempfehlung wird hieraus abgeleitet.

#### **Handlungsempfehlung 17**

*Nutzung aller technisch möglichen Varianten, um die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte optimal zu gestalten.*

In Unterkapitel 4.7 wurden zudem Zukunftsperspektiven im Bereich der roboterassistierten Chirurgie im Rahmen von Simulationstrainings vorgestellt, woraus nachstehende Handlungsempfehlung resultiert.

### **Handlungsempfehlung 18**

*Nutzung von Fernausbildung und Telemedizin im Rahmen von Simulationstrainings in der chirurgischen Ausbildung.*

Diesbezüglich existieren zahlreiche Möglichkeiten, wie bereits in Unterkapitel 4.7 erläutert wurde. Die Nutzung und vor allem die Umsetzung müssen in den Kliniken und Spitälern gefordert und gefördert werden. Auch die entsprechenden finanziellen Mittel müssen zur Verfügung gestellt werden. Andernfalls erweist sich die Implementierung solcher Methoden als schwierig. Im nächsten Abschnitt folgende weitere Ausführungen zum Thema.

#### **6.1.10 Weitere Schwerpunkte**

In diesem Abschnitt werden weitere Schwerpunkte vorgestellt und beschrieben, die in den Interviews erwähnt wurden. Diese Themen konnten keinen der vorherigen Schwerpunkte zugeordnet werden. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu überschreiten, erfolgen die Ausführungen zu diesen Aspekten deshalb in verkürzter Form.

##### **6.1.10.1 Ländervergleich**

Im Code *Ländervergleich* sind alle Textstellen codiert, bei denen die interviewten Personen über Arbeitsbedingungen und -regelungen anderer Länder gesprochen haben. Deutschland, Österreich und skandinavische Länder wurden erwähnt.

In Bezug auf Deutschland haben die Interviews gezeigt, dass grundsätzlich keine Überstunden absolviert werden dürfen. Wurden doch welche geleistet, hätten diese notiert werden müssen. Der grösste Unterschied habe allerdings in der offenen Kommunikation in der Klinik bestanden. Das Thema Arbeitszeit sei offen angesprochen und diskutiert worden, was sich als hilfreich erwiesen habe.

Am Beispiel der skandinavischen Länder wurde die strikte Einhaltung der Arbeitszeiten betrachtet. Dort würden teilweise strenge Schichtbetriebe eingesetzt. Dies reiche so weit, dass Operationen unterbrochen würden und die Operateurin oder der Operateur gewechselt würden. Ob ein solches System lösungsorientiert sein kann, liess die interviewte Person aber offen: „Die sagen gerne, dass es wunderbar ist, aber wenn

man dort schauen geht, ist zum Teil nicht alles wunderbar.“ (18 Interview, Absatz 14). Von Interesse ist die Aussage, dass „wirklich alle um drei Uhr nach Hause [gehen] und ihre Kinder [holen]“ (16 Interview, Absatz 41). In der Schweiz hingegen ist es üblich, Kinder erst spät am Abend abzuholen. Mithin hat sich in den Interviews die Frage ergeben, ob die Arbeitszeiten in der Schweiz zu lang sind:

„Das heisst, also man müsste quasi umgedreht denken und sind die Arbeitszeiten in der Schweiz nicht zu lang? Mit 42-Stunden-Woche oder 50-Stunden-Woche, da müsste man einmal vergleichen. Ich glaube, da gibt es kein anderes Land, wo so lange Arbeitszeiten hat und das damit sozusagen natürlich auch ein Rattenschwanz dann an Problemen mit Kinderbetreuung nach sich zieht.“ (16 Interview, Absatz 43)

In der Schweiz gibt es verschiedene Arbeitsmodelle, die von Paaren gewählt werden können. Einen Überblick gibt die Studie des Bundesamtes für Statistik (2019). Das am häufigsten gewählte Modell ist jedoch das sogenannte "klassische Modell", bei dem der Mann Vollzeit arbeitet und die Frau Teilzeit oder gar nicht arbeitet, um sich um den Haushalt und die Familie zu kümmern. Allerdings hat sich diese traditionelle Aufteilung in den letzten Jahren zunehmend geändert, und es gibt heute mehr Paare, die alternative Modelle wählen, wie beispielsweise das "Doppelverdiener-Modell", bei dem beide Partner Vollzeit arbeiten und die Aufgaben im Haushalt und bei der Kinderbetreuung teilen. Auch das "Teilzeit-Modell" wird immer beliebter, bei dem beide Partner in Teilzeit arbeiten und sich die Aufgaben im Haushalt und bei der Kinderbetreuung ebenfalls teilen.

#### **6.1.10.2 Abhängigkeiten und Druckmechanismen**

Das Thema Abhängigkeiten und Druckmechanismen im Kontext der politischen respektive strukturellen Ebene wird nachstehend erörtert. Das Gesundheitswesen steht finanziell unter Druck, da die Kosten stetig steigen. Hierzu müssen zwei Aspekte betrachtet werden: Zum einen geht es um die Umsetzung von Innovationen und neuen Modellen. Dies gestaltet sich schwierig, da durch den Stress und den Druck im klinischen Alltag zu wenige Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Probleme bewältigen zu können:

„Das hängt von der Institution und von der Klinik selbstverständlich ab. Die Institution will das in der Regel meistens schon. Ist aber relativ zurückhaltend in der Finanzierung. Das heisst, die Klinik muss es dann tragen und die müssen halt schauen, wie viel, dass man sich das überhaupt kann leisten.“ (10 Interview, Absatz 41)

Aus diesem Grund stellt sich die Frage, ob übergeordnet noch stärkere Regulierungen nötig sind, damit Bewegung in das System kommt und Grundlagen für wirkliche Veränderungen geschaffen werden.

Zum anderen ist die Abhängigkeit von einzelnen Personen zu betrachten. Diese Abhängigkeiten sind laut den Interviewaussagen erheblich. Folgendes Zitat verdeutlicht dies exemplarisch:

„In der Spitalleitung und Direktion, da ist jeder irgendwo von jedem abhängig. Oder nehmen wir irgendwie einen kardiologischen Chefarzt, wo Geld generiert, dann will man den nicht verlieren an ein Hirsländen, weiss ich was, also sagt man nichts wegen finanziellen Gründen.“ (21. Interview, Absatz 40)

Die bestehenden Abhängigkeiten sind oftmals finanzieller Natur. Sie können für eine Organisation gefährlich sein und sind nicht förderlich für innovative Arbeitszeitmodelle.

### **6.1.10.3 Vorhalteleistungen**

Ein weiterer Aspekt sind Vorhalteleistungen. Sie bedeuten das Bereitstellen von Fachpersonal und Infrastruktur für aussergewöhnliche Situationen, meistens Krisensituationen. Im Gesundheitswesen wird dies oftmals mit der Notfallstation verbunden. Hier sind Ressourcen vorhanden, obwohl sie möglicherweise nicht optimal ausgelastet werden und demnach aus finanzieller Sicht nicht kostendeckend sind.

Im Rahmen dieser Abhandlung ist es unerlässlich, dieses Thema zu berücksichtigen, da Vorhalteleistungen Kosten verursachen, die teilweise nicht gedeckt sind:

„Ich meine, wir bieten der Bevölkerung eine unglaubliche Vorhalteleistung – unsere Klinik. Wir haben noch einen Oberarzt in der Nacht/ ist eigentlich/ ist auf Abruf dar. Ein Assistent ist immer auf der Station da. Es ist jemand auf Abruf für Operationen da, ein Assistent. Dann haben wir einen leitenden Arzt im Hintergrund, immer auf Abruf.“ (18 Interview, Absatz 18)

Diese Aussage verdeutlicht, wie ressourcenintensiv Vorhalteleistungen sind. Hier wird auch personelle Flexibilität verlangt, die nicht immer erreicht werden kann und moderne Arbeitsmodelle erschwert – vor allem aufgrund der Einhaltung des ArG und der entsprechenden Kompensationen. Für die Umsetzung wäre weitere finanzielle Unterstützung durch öffentliche Gelder vonnöten.

#### **6.1.10.4 Erhalt des Status quo**

In diesem Unterabschnitt wird der Status quo in der Organisation betrachtet:

„Genau, ich habe es schwer gehabt, ich habe darauf verzichtet, das hört man ganz oft. Oder dann implizit oder explizit. Ich habe darauf verzichtet, warum soll es ein anderer besser haben. Das ist so und dann schon auch so ein bisschen, die Leute sozusagen haben ja zum Teil sonst auch nichts weiter zu tun. Also wir haben ganz viele, die arbeiten nur. Die arbeiten, arbeiten und arbeiten und dann sehen sie quasi den Wald vor lauter Bäumen nicht oder denken sozusagen, das ist der Standard und so müssen es andere Leute auch machen, und verlangen quasi damit, ich sage einmal implizit, von anderen Leuten quasi die gleiche Zeit ist Verfügbarkeit.“ (16 Interview, Absatz 11)

Der Textausschnitt veranschaulicht exemplarisch, was Personen diesbezüglich angesprochen haben. In den Gesprächen wurde ersichtlich, dass sich viele – vor allem jüngere – Mitarbeitende missverstanden fühlen. Die Work-Life-Balance ist teilweise nicht gegeben und die Erwartungshaltung ist hoch. Diese Einstellung aktueller Führungspersonen wirkt sich oftmals negativ auf die Motivation der Mitarbeitenden aus, da sie das Gefühl haben, den Ansprüchen nicht zu genügen. Die ständige Verfügbarkeit spielt hier ebenfalls eine Rolle. Es wird erwartet, dass alles der Arbeit untergeordnet wird. Ein Umdenken in neuen Strukturen und Arbeitsmodellen wäre ein Ansatz, um sich weiterzuentwickeln: „Und ich glaube, da müsste man nicht nur in der Medizin, die Chefärzte und alle müssen umdenken.“ (17 Interview, Absatz 102)

Personen, die andere Interessen neben der Karriere verfolgen, werden aus dem System ausgeschlossen und können keine Chefposten übernehmen. Letztere werden auf wenige Personen verteilt, die die gleichen Werte und Vorstellungen haben, und so bleibt der Status quo erhalten.

Oftmals wurde ferner diskutiert, dass im Gesundheitswesen in alten Systemen und Strukturen verharrt werde. Als Beispiel dient der folgende Ausschnitt aus einem Interview:

„[D]ie sagen, wie es am Spital läuft, inklusive der kulturellen Aspekte und der Strukturen, das ist die ältere Generation. Ü55-Männer. Das ist das Gros. Die sind sozialisiert vor 20, 30 Jahren. Und die haben die Werte von damals. Und das Gros der Leute in unserem Spital, in ihrer Klinik, das sind vor allem Frauen. Und es sind jüngere Leute.“ (24 Interview, Absatz 116)

Hier offenbart sich ein mögliches Problem: Die Entscheidungsträger/-innen und die betroffenen Mitarbeiter/-innen haben unterschiedliche soziale Hintergründe und verschiedene Meinungen darüber, wie die Zusammenarbeit und die Erwartungshaltung im beruflichen Leben gestaltet sein sollten. Kliniken und Spitäler sind nach wie vor hierarchisch aufgebaut. Wie damit beispielhaft umgegangen wird, zeigt folgende Aussage: „Darum habe ich auch/ darum glaube ich auch, haben wir auch die Du-Kultur eingeführt.“ (24 Interview, Absatz 114) Eine Du-Kultur wird im Gesundheitswesen immer noch als speziell betrachtet, während sie in anderen Bereichen längst Standard ist.

In der Untercodierung *Life-Richtlinien* wurden Regeln besprochen, die für alle gültig sind und klare Abgrenzungen zur Arbeit schaffen. Beispiele sind: Ab 18:00 Uhr werden keine E-Mails mehr geschrieben, ab 17:00 Uhr dürfen keine Sitzungen mehr stattfinden. Dazu zählt auch die klare Regelung von Präsenzzeiten: „Aber ich glaube, da braucht es halt wirklich ganz klare Leitlinien oder Richtlinien.“ (16 Interview, Absatz 47) Solche Richtlinien sollen dabei helfen, Strukturen zu schaffen, damit eine Abgrenzung zwischen Arbeits- und Nichtarbeitszeit erfolgen kann. Andernfalls haben die Mitarbeiter/-innen ein schlechtes Gewissen oder es entsteht indirekter Druck, da sich jene Personen hervortun, die mehr leisten, als es die Richtlinien verlangen.

#### **6.1.10.5 Unternehmenskultur**

Die Unternehmenskultur wurde von den interviewten Personen als zentraler Aspekt in der Diskussion von Arbeitsmodellen betrachtet. Zuerst soll das Thema aus einer übergeordneten Perspektive erläutert werden. Anschliessend werden zwei weitere Aspekte vertieft betrachtet, die in den Untercodes *Life-Richtlinien* und *in alten Systemen verharren* beschrieben wurden.



Die Unternehmens- respektive Klinikkultur wurde als entscheidend angesehen, wenn es um attraktive Arbeitsbedingungen geht: „Wenn ich das Gesundheitswesen anschau, glaube ich, dass ich einen Marktvorteil machen kann durch die Kultur. Das glaube ich wirklich. Und das finde ich eine faire Art in einem Konkurrenzkampf.“ (24 Interview, Absatz 148) Beim Thema Kultur wurde mehrfach erwähnt, wie relevant das effektive Vorleben ist. Herrscht in der Führungsebene das Denken vor, dass eine Entscheidung zwischen Familie und Karriere getroffen werden muss, spiegelt sich dies auch auf der unteren Ebene wider. Es wird dann schwieriger für Mitarbeiter/-innen mit Familien, die gleichen Chancen auf Karriere zu haben wie jene ohne Familie. Ein weiterer Aspekt ist die offene Kommunikation, die gepflegt werden muss, damit an diesem Thema lösungsorientiert gearbeitet werden kann: „Es herrscht ein unglaublich offenes, harmonisches Klima, man kann eigentlich alles ansprechen, man kann immer miteinander reden – und das liegt unter anderem sicher auch an den jungen engagierten Chefärzten, sage ich mal.“ (17 Interview, Absatz 44)

Gleichwohl wurde häufig erwähnt, wie schwierig dieser Kulturwandel ist und mit welchen erheblichen Bemühungen er verbunden ist:

„Ich glaube, das ist einfach, die Medizin an sich ist ein megakonservatives Konstrukt. In keiner Firma auf dem freien Markt würden unserer Hierarchien noch so bestehen. Jede Firma, Riesenkonzerne, bauen die Hierarchien ab, duzen sich alle, haben Casual Fridays, was auch immer. Aber die Medizin ist so ganz ein starres, konservatives Prinzip.“ (17 Interview, Absatz 78)

Auch folgendes Zitat unterstreicht dies: „Aber dazu sind natürlich dann immer wieder bei den Kulturproblemen die Leute nicht bereit, weil wir natürlich gerade im universitären Setting auch sehr starke Empire-Building-Syndrome haben.“ (16 Interview, Absatz 9) Häufig sind innovative Arbeitsmodelle nicht umgesetzt worden, da nicht hinreichend Druck vorhanden war, um etwas zu ändern. Bei den interviewten Personen, die sich in solchen Projekten engagiert haben, war eine Frustration zu registrieren.

Darüber hinaus wurde diskutiert, für welche Mitarbeiter/-innen solche Modelle entwickelt werden, da sich nicht die Elite darin finden sollte, sondern der Durchschnitt. Oftmals besteht auch das Problem, dass Scheinvorbilder in Führungspositionen kommen. Damit sind Personen gemeint, die überdurchschnittliche Performer/-innen sind

und eine grössere Leistungsfähigkeit besitzen und deshalb Familie und Karriere miteinander vereinbaren können. Es sollten indes Modelle sein, die für alle verfügbar sind (Ragins, Singh & Cornwell, 2007).

#### **6.1.10.6 Rollenverteilung im System**

Der Code *Rollenverteilung (System)* veranschaulicht die Diskussion der Rollen von Mann und Frau. Hier wurden Aspekte codiert, in denen die interviewten Personen beschrieben, wie sie die Rollenverteilung empfinden. Es wurde ersichtlich, dass nach wie vor Stigmata in der Gesellschaft verankert sind. Beispielsweise ist die Frau nach wie vor eher für die Hausarbeit und für den Nachwuchs zuständig: „Auch dort sozusagen macht die Professorin noch 80 % der Hausarbeit. Und bei uns ist es genauso in der Familie. Ja, also ich sage einmal, wer sich um das Kind kümmert und das alles macht, bin ich.“ (16 Interview, Absatz 39)

Obwohl sich immer häufiger Männer finden, die Arbeiten zu Hause übernehmen, sind aktuell nach wie vor häufig die Frauen hauptverantwortlich. Das klassische Modell mit dem Mann als Versorger und der Frau als Zuständige für die Hausarbeit ist weiterhin verbreitet. Aus den Aussagen ist hervorgegangen, dass es auch Männer gibt, die gern in Teilzeit arbeiten würden, wenn es die Möglichkeit hierzu gäbe. Im Gesundheitswesen und besonders in der Chirurgie wird oft verlangt, sich zwischen Familie und Karriere zu entscheiden. Deshalb gehen viele talentierte Mitarbeiter/-innen verloren, da in anderen Bereichen bessere Modelle und Arbeitsmöglichkeiten existieren. Frauen, die es – insbesondere als Chirurgin – in eine leitende Funktion schaffen, sind nach wie vor die Ausnahme.

#### **6.1.10.7 Solidarität und das dahinterstehende Gesellschaftsbild**

Nachstehend wird die Solidarität untereinander respektive in den Teams und das Gesellschaftsbild dahinter erläutert. Folgendes Interviewzitat zeigt die Thematik beispielhaft auf:

„Ja, in der Gesellschaft. Wenn ich gesagt hätte: Ich bin schwanger und komme erst nach zwei Jahren wieder, dann würden die denken, ich sei vom Mond gefallen.“ (07 Interview, Absatz 169)

Vorangehendes Zitat veranschaulicht, mit welchem gesellschaftlichen Gedankengut die Mitarbeiter/-innen und insbesondere Frauen konfrontiert werden. Im weiteren Verlauf der Analyse wird spezifischer auf das Thema eingegangen. Gleichwohl soll hier

die übergeordnete Sicht in Bezug auf Arbeitsmodelle dargestellt werden. Die Interviewten haben vor allem Aspekte angesprochen, die ihrer Meinung nach nicht auf der Ebene der Institution, der Klinik oder der Abteilung angegangen werden müssen, sondern übergeordnete Massnahmen auf Ebene Gesellschaft erfordern. Neben generellen Massnahmen wie Öffnungszeiten von Kitas und der Unterstützung durch die Vorgesetzten wurde insbesondere angeführt, dass es gesellschaftlich weniger akzeptiert sei, wenn die Frau mehr arbeitet als der Mann. In diesem Kontext sehen sich Frauen oftmals mit Schuldgefühlen konfrontiert. Bei Männern wurde dies weniger oder überhaupt nicht thematisiert. Gesellschaftlich wird nach wie vor eher erwartet, dass sich die Frau – nicht der Mann – um den Nachwuchs kümmert. Zusätzlich wurde angesprochen, dass Männer es teilweise nicht wagen, in Teilzeit oder anderen flexiblen Arbeitszeitmodellen zu arbeiten, weil es gesellschaftlich nicht angesehen ist. Bader, Hanbury, Neubert und Moser (2020) zeigen, dass Frauen nach wie vor häufiger in Teilzeit arbeiten als Männer.

Eine wesentliche Erkenntnis der empirischen Untersuchung ist, dass die Arbeitszeitmodelle aufgrund der Komplexität des ärztlichen Aufgabengebiets in einem Spital, insbesondere in der Maximalversorgung, nicht isoliert beurteilbar sind. Sie müssen in die oben genannten Kontexte respektive Schwerpunkte eingebettet werden, um beurteilbar zu sein. Im folgenden Kapitel 6.2. wird nun im letzten Schritt versucht, durch die gewonnenen Erkenntnisse den Bezug zu den Arbeitszeitmodellen herzustellen.

## **6.2 Arbeitszeitmodelle im Rahmen der empirischen Untersuchung**

Die Ergebnisse zum Teil Arbeitsmodelle sind vielfältig. Die Interviews haben gezeigt, dass sich alle interviewten Personen intensiv mit dem Thema auseinandersetzen. Es ist erkennbar, dass sich Arbeitszeitmodelle nicht isoliert, sondern nur im Kontext der Gesamtorganisation beurteilen lassen. Nachstehend werden die Ergebnisse zu den verschiedenen Arbeitsmodellen betrachtet und in den Kontext zum vorherigen Unterkapitel gestellt, in welchem die Rahmenbedingungen erläutert wurden.

Generell wurde in den Interviews viel über das Arbeitspensum respektive den Beschäftigungsgrad gesprochen. Deshalb wird das Ergebnis aus den Interviews zu diesem Punkt kurz vorgestellt. Zum Thema Arbeitspensum wurde zu ermitteln versucht, welche Pensen in der Klinikorganisation möglich sind und zum Zeitpunkt der Interviews vorwiegend Anwendung gefunden haben. Die Mehrheit der befragten Personen

arbeitete in einem 100%-Pensum. Ein Pensum von 80 % wurde ebenfalls oftmals angestrebt und als die untere Grenze angegeben, um angemessen in den Klinikalltag integriert zu sein. Ein 60%-Pensum wurde weniger ausgeübt. Dieses ist nur möglich, wenn spezifische Aufgaben definiert wurden. Zudem scheint ein reduziertes Arbeitspensum besser zu funktionieren, wenn Sprechstundentätigkeiten anstatt chirurgischer Arbeiten ausgeführt werden.

Laut den Interviewaussagen wurde angenommen, dass ein Teilzeitpensum besser möglich ist, je weiter die Karriere fortgeschritten ist. Vor allem in chirurgischen Disziplinen ist dies der Fall. Durch die Ausbildung im Operationssaal würde sich die Ausbildungszeit überproportional verlängern, wenn nicht in Vollzeit gearbeitet wird. Ferner wurde empfohlen, als Assistenzärztin oder -arzt in Vollzeit zu arbeiten, um möglichst viel zu lernen.

Der Beschäftigungsgrad spielt im Rahmen alternativer Arbeitsmodelle eine bedeutende Rolle. Gemäss den Interviewaussagen haben nordische Länder bereits alternative Arbeitsmodelle eingeführt, wie folgendes Interviewzitat beispielhaft zeigt:

„Es gibt Länder, die uns das auch so ein wenig/ die nordischen Länder sind da viel weiter. Ich meine, in Dänemark, Norwegen und Schweden ist so Jobsharing für Frauen, egal in welchem Gebiet, überhaupt kein Problem. Die machen dann zwar sehr, sehr viel/ also, sie arbeiten dann vielleicht 50 % Anwesenheit in der Klinik und 30 % noch zu Hause im Homeoffice. Weil meine Forschung, meine Berichte, mein alles kann ich auch zu Hause machen, um ehrlich zu sein, und währenddessen auf meine Kinder schauen oder was auch immer, und das sind sicher alles Konzepte, wo wir uns eigentlich alle was anschauen können.“ (17 Interview, Absatz 80).

Die Literatur unterstreicht diese Aussage (Wölfl, 2022). Diese Möglichkeiten könnten auf das Schweizer Gesundheitswesen übertragen werden. Aus folgendem Beispiel geht indes hervor, dass es in der aktuellen Situation in der Schweiz in der Chirurgie schwierig ist, mit niedrigen Prozentsätzen zu arbeiten:

„Nein, ich glaube nicht, dass das das Problem ist. Ich glaube, das Umfeld ist eigentlich gut. Aber in der Medizin habe ich das Gefühl/ es gibt ja Berufe, in welchen man 10 % oder 5 % arbeitet und man schafft es trotzdem irgendwohin. Und die Medizin gehört da nicht dazu. Ich arbeite 50 %, und ich denke, das ist wirklich das Minimum, um irgendwie drinzu bleiben, aber die Lernkurve flacht natürlich einfach ab damit. Und vor

allem in der Chirurgie, das kann man ja nicht aufholen, indem man zu Hause Bücher liest. Sondern man braucht da halt wirklich die Exposition, und die ist halt, wenn man 50 % arbeitet, wahrscheinlich unter 50 % von jenen, die vermutlich 100 % arbeiten.“ (23 Interview, Absatz 32)

Es erscheint in der chirurgischen Maximalversorgung schwierig, im Teilzeitpensum zu arbeiten. Es fanden sich jedoch Beispiele aus den Interviews, die gezeigt haben, dass dies möglich ist. Zudem können die in Unterkapitel 4.7 vorgestellten Ergebnisse zum Thema Simulation in der Chirurgie helfen, die Zeit effizienter zu nutzen, und Teilzeitmodelle deshalb ermöglichen. Weitere Modelle wurden in den Interviews diskutiert und werden in den nächsten Unterabschnitten vorgestellt. Zunächst werden allerdings das ArG und die Ergebnisse der Interviews zum Thema erläutert. Das ArG bildet die Grundlage für Arbeitszeitmodelle jeglicher Art und muss durch die Spitäler eingehalten werden. Wie bei jedem Gesetz gibt es dabei Vor- und Nachteile, welche nachfolgend erläutert werden.

### **6.2.1 Arbeitsgesetz**

Das ArG wurde in den Interviews häufig erwähnt und diskutiert. In Unterkapitel 2.3 wurden die gesetzlichen Grundlagen beschrieben und erläutert. Deshalb wird in diesem Abschnitt nicht nochmals detailliert darauf eingegangen. Wie aus den Interviewaussagen hervorgeht, scheint das Arbeitsgesetz einerseits positive Aspekte für die Entwicklung von Arbeitszeitmodellen zu haben. Andererseits scheint es auch eine einschränkende Wirkung zu haben, die es schwieriger macht, gesetzeskonform zu arbeiten. Folgende Aussage veranschaulicht dies exemplarisch: „Ja, wäre sinnvoll, ist nicht machbar. Also entweder man schafft das, was man schaffen muss, oder man hat Arbeitszeitbeschränkung. Aber beides geht nicht.“ (10 Interview, Absatz 9)

Es erweist sich als problematisch, dass beides zusammen nicht realistisch ist, also konform zum Arbeitsrecht zu arbeiten, aber auch die notwendige Arbeit zu erledigen. Oftmals wurde auch die Aussage getätigt, dass es „halt nicht mehr wie früher“ sei. Durch das neue und strengere ArG werden die Arbeitszeiten besser geregelt, aber gleichzeitig ist die Erwartungshaltung an die Arbeitnehmenden so gross wie früher. Dies widerspricht sich und erschwert die Entscheidung, wie viel Arbeitszeit effektiv erfasst wird. Werden die Stunden korrekt erfasst, fallen zu viele Überstunden an. Als Konsequenz gibt es je nach Stufe eine Verwarnung oder Busse an die jeweilige Klinik,

weil das ArG nicht eingehalten wurde. Wird hingegen nicht das erfasst, was effektiv geleistet wird, erweckt dies den Eindruck, als sei die Klinik effizient sowie produktiv und als könnten mit weniger Ressourcen gleiche Resultate erzielt werden wie beispielsweise in anderen Kliniken.

Deshalb ist das Thema Arbeitszeiterfassung von zentraler Bedeutung. In den Interviews stellte sich heraus, dass oftmals nicht alle Stunden erfasst werden. Obwohl nicht so kommuniziert, wird teilweise implizit angenommen, als nicht effizient zu gelten, wenn viel Zeit notiert wird. Dies veranschaulichen folgende Beispiele:

„Ja, also, das war nicht von oben, also das waren meine mir gleichgestellten Kollegen, und dann habe ich das ein halbes Jahr gemacht und dann gedacht, ich bin ja nicht blöd, also sicher nicht, und habe das dann angefangen zu stempeln und das war überhaupt kein Problem. Es wurde ja nie von oben so kommuniziert, ich weiss auch nicht, was die denken, weil natürlich, wenn du jetzt irgendwie jede Woche 90 Stunden stempelst, dann würde jemand auf ihn zukommen und sagen: ‚Hey was ist los?‘, weil das ist viel. Aber halt die Stunden, die dann halt manchmal, die eine Stunde, die man halt länger bleibt oder zwei – das ist halt einfach so.“ (17 Interview, Absatz 130)

„Also meistens/ also ich und glaube ich die allermeisten meiner Kollegen, so wie ich das jetzt mitgekriegt habe, schreiben die Überzeit, die sie machen, wenn es um die Station geht oder um die Sprechstunde oder um das Berichtswesen, schreiben sie mehr oder weniger auf, und die Forschungszeit, die man investiert, wird eigentlich fast nie irgendwie festgehalten.“ (17 Interview, Absatz 24)

Auch hier offenbart sich erneut das Problem in Bezug auf die Forschung, die in der regulären Arbeitszeit keinen Platz hat, obwohl dies gesetzlich vorgesehen ist. Ein Lösungsansatz bei der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben kann Teilzeit sein. Hier ist der Spielraum grösser, wie folgende Aussagen zeigen:

„Und bei mir persönlich ist es in dem Sinn einfacher, durch dass ich Teilzeit bin, und dann habe ich natürlich viel mehr spatzig und Marge. Aber wenn ich ein Wochenende arbeiten muss, muss ich quasi die Zeit schon auch kompensieren, aber ich muss sie nicht wegen dem Arbeitsgesetz. Ich komme nicht mit den Tagen ins Gehege. Wenn ich vom Mittwoch bis am Sonntag arbeite, habe ich diese fünf Tage und nachher habe ich wieder zwei Tage frei. Und ich kann diese Zeit auch ein anderes Mal, wenn es

besser passt, kompensieren. Aber ich habe nicht so das Problem mit der Zeit, mit den aufeinanderfolgenden Tagen.“ (14 Interview, Absatz 25)

„Und dass man auch merkt, also es hat auch Vorteile. Also ich bin auch von Vorteil mit meiner Flexibilität, eben arbeitszeittechnisch. Ich mache weniger Probleme mit dem Arbeitsgesetz. Ich bin auch flexibel, einmal einzuspringen, oder ich kann auch einmal zusätzlich etwas machen, und das ist natürlich bei 80-Prozentlern auch so.“ (14 Interview, Absatz 73)

Durch das Teilzeitpensum ergeben sich neue Optionen, um den Arbeitsalltag flexibler zu gestalten und das ArG regelkonform anzuwenden. Die Interviews haben veranschaulicht, wie schwierig es ist, den Arbeitsinhalt, die Dienstabdeckung und das ArG zu koordinieren:

„Ja, ich finde es megaschwierig. Ich als Dienstplaner sollte eigentlich schauen, dass sie nur 50 Stunden in der Woche arbeiten, aber es ist einfach fast nicht machbar. Weil wenn ich es dann so plane, dass sie 5 Tage à 10 Stunden arbeiten, arbeiten sie meistens länger und dann habe ich es ja wieder nicht eingehalten. Und wenn ich jetzt nur 4 Tage planen würde, dann ist wie, 10 Stunden machen sie dann auch nicht Überzeit in 4 Tagen. Das geht dann wie auch nicht auf. Also für mich als Dienstplaner, ich finde es eher ein Hindernis, dass man dann schauen muss, 50 Stunden, wo irgendwie nicht verhebt. Aber natürlich, für den Arbeitnehmer sollte es ja auch ein Schutz sein.“ (13 Interview, Absatz 50)

Eine mögliche Lösung des Problems kann das Arbeitszeitkonto sein. Überzeit soll laufend und konsequent kompensiert werden. Dabei kann beispielsweise das Arbeitszeitkonto aus Abschnitt 4.5.6 angewendet werden (Daniel, 2023). Bei der Kompensation handelt es sich um geplante Freizeit, welche zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten abgemacht wird.

Ein weiterer Aspekt, welcher unter das ArG fällt, ist die 50-Stunden-Woche. Das Thema wurde im Rahmen der Interviews häufig angesprochen und wird deshalb erläutert. Grundsätzlich muss unterschieden werden zwischen Kaderärztinnen und -ärzten, welche keine Zeiterfassung mehr haben, und Assistenz- sowie Oberärztinnen und -ärzten, die eine Zeiterfassung inklusive arbeitsgesetzlichen Regelungen haben. Kaderärztinnen und -ärzte erhalten zudem eine zusätzliche Woche Urlaub. Je nach Ver-

trag kann dies variieren. Bei den Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten ist gesetzlich eine 50-Stunden-Woche vorgegeben. In Abschnitt 2.3.2 wurden die Rahmenbedingungen erläutert, weshalb an dieser Stelle nicht nochmals detailliert darauf eingegangen wird.

Die 50-Stunden-Woche wurde in den Interviews kontrovers diskutiert. Einerseits haben die Interviewaussagen gezeigt, dass eine zeitliche Begrenzung zum Schutz der Ärztinnen und Ärzte positiv ist, andererseits bringt sie jedoch auch starke Einschränkungen in der Flexibilität der Dienstplanung mit sich. Insbesondere die Kompensationsregelung scheint in Anbetracht der aktuellen gesetzlichen Vorgaben schwierig zu sein. Exemplarisch veranschaulicht dies folgendes Zitat einer Dienstplanerin:

„Ich glaube, das ist sehr sinnvoll. Was nicht sinnvoll ist, ist, dass wir nicht kompensieren können, also ich glaube, es müsste viel flexibler sein. Man müsste sagen können, dass es nicht eine 50-Stunden-Woche ist, sondern ein 200-Stunden-Monat.“ (22 Interview, Absatz 12)

Weiter ist aus den Interviews hervorgegangen, dass die Arbeitszeitbegrenzung auf 50 Stunden teilweise schwierig oder nicht umsetzbar ist. Gemäss Definition sind von den 50 Stunden jeweils 42 Stunden für klinische Tätigkeiten gedacht und 8 Stunden für die Ausbildung. Diese Unterscheidung erweist sich im stressbehafteten Arbeitsalltag als schwierig. Speziell die Ausbildung kann darunter leiden, da der steigende administrative Aufwand und die weiteren Ansprüche seitens der Arbeitgebenden zunehmen. Folgendes Interviewzitat zeigt dies beispielhaft auf: „Es ist ein ‚Riesenchabis‘ für die chirurgische Ausbildung. Es will es niemand wahrhaben.“ (18 Interview, Absatz 101)

Wie die Interviewaussagen belegt haben, waren sich die Personen nicht darüber einig, ob die Vorgabe positiv oder negativ ist. Einerseits generiert die einheitliche Regelung Vorteile und schützt die Arbeitnehmer/-innen vor zu vielen unbezahlten Arbeitsstunden. Andererseits wurde die mangelnde Flexibilität kritisiert. Dieses Spannungsfeld gilt es zu lösen, indem kreative Arbeitsmodelle entwickelt werden, die attraktiv sind und bei denen das ArG eingehalten wird.

Obwohl auch regulatorische Hindernisse vorhanden zu sein scheinen, bestehen Möglichkeiten, flexible Dienstpläne und Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, welche ArG-konform sind. Es gibt bereits konkrete Beispiele (Rahm, 2021). Aus diesem Grund werden



in den folgenden Abschnitten detailliert weitere Arbeitszeitmodelle betrachtet und im Kontext der Rahmenbedingungen aus Kapitel 6.1 erläutert.

### **6.2.2 Teilzeit**

Teilzeitarbeit scheint das am meisten gewünschte Arbeitszeitmodell zu sein. Im Rahmen der Interviews und auch in der Ausarbeitung der Schwerpunkte wurde von den befragten Personen die Möglichkeit und Umsetzung von Teilzeit immer wieder betont. Deshalb wird dieses Arbeitszeitmodell nun erläutert und Umsetzungsempfehlungen werden abgegeben.

In ihrer Studie, in der Teilzeitarbeit auf mittlerer Kaderstufe in Schweizer Spitälern analysiert wurde, leiten Aebi et al. (2018) neun Handlungsfelder zur Förderung von Teilzeitarbeit auf Oberarztstufe ab. Diese Handlungsfelder konnten für die vorliegende Dissertation genutzt und einbezogen werden. Relevant ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Aussage, dass das Potenzial von Teilzeitarbeitsmodellen für Oberärztinnen und Oberärzte nicht ausgeschöpft wird. Zudem wurden in der Untersuchung zahlreiche bedeutende Elemente wie die Work-Life-Balance, Fachkräftemangel oder die zunehmende Feminisierung in Leitungsfunktionen berücksichtigt. Da aber lediglich eine spezifische Berufsgruppe (Gruppe Oberärztin/Oberarzt) untersucht wurde, können keine allgemeingültigen Aussagen zu Arbeitszeitmodellen in Spitälern oder Kliniken getroffen werden. Hendrickson, Ibrahim, Eccles und Fitzgerald (2022) haben ebenfalls untersucht, ob es möglich ist, in Teilzeit zu arbeiten. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Möglichkeit zu mehr Zufriedenheit führt und machen Vorschläge für die Umsetzung.

Das Arbeitsmodell Teilzeit wurde in den Interviews am meisten diskutiert. Die erste Erkenntnis aus den Interviews lautet, dass Teilzeitmodelle in der Chirurgie und in der Maximalversorgung möglich sind. Beispielhaft geht dies aus folgendem Zitat hervor:

„Beispiel, wenn du jetzt das Ziel Facharzt Allgemein Chirurg hast und Oberarzt Allgemein Chirurg in einem Kantonsspital. Dann ist es so aus meiner Sicht, so wie ich es einschätze, überhaupt nicht zwingend, dass man Forschung macht. Und wahrscheinlich auch überhaupt nicht zwingend, dass man 100 % arbeitet. Ich weiss von Winterthur, dass sie auch für Oberärzte 80-Prozent-Stellen in der Chirurgie anbieten. Und dass dort nichts dagegenspricht.“ (09 Interview, Absatz 99)

Es gibt bereits Bereiche oder Abteilungen, in denen in Teilzeit gearbeitet werden kann. Dies ist eine bedeutende Erkenntnis im Rahmen der Forschung und der Aus- und Weiterbildung (siehe Abschnitte 6.1.5 und 6.1.6). Die Interviews haben weiter gezeigt, dass vor allem Ärztinnen in Teilzeitmodellen arbeiten möchten. Dies scheint vor allem der Fall zu sein, wenn sie erst kürzlich eine Familie gegründet haben. Folgendes Zitat zeigt dies: „Wir haben jetzt gerade bei Müttern, die frisch Mütter geworden sind, vermehrt Teilzeitarbeit.“ (04 Interview, Absatz 37).

Ein weiterer Aspekt, der in den Interviews diskutiert wurde, ist das Teilzeitpensum auf Kaderstufe. Obwohl sich die Interviewpartner/-innen einig waren, dass Teilzeit auf Kaderstufe möglich sein sollte, ist dies noch kaum verbreitet. Folgende Zitate veranschaulichen dies exemplarisch:

„Wir haben sonst keine gesunden Systeme. Wir müssen erlauben, auch Führungspersonen/ [...] 80 % zu arbeiten.“ (24 Interview, Absatz 52)

„Das ist doch super! Also, Teilzeit? Ich bin total für Teilzeit. Ich finde sogar: Führungspersonen/ auch die Führungspersonen, inklusive mir, sollten 80 %/ also, sie sollten einen Freitag unter der Woche haben.“ (24 Interview, Absatz 36)

Mögliche Gründe für das Fehlen von Teilzeitpensum auf Kaderstufe sind die notwendige, ständige Übung und Qualitätssicherung. In der Chirurgie wird oftmals von der täglichen Exposition gesprochen, die vonnöten ist, um weiterhin qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können. In der Maximalversorgung, in der teilweise hochkomplexe Operationen durchgeführt werden müssen, beispielsweise Transplantationen, ist es gemäss Interviewaussagen relevant, ständig Exposition zu haben. Die Interviews haben veranschaulicht, dass das im Teilzeitmodell problematisch sein kann. Eine entsprechende Operation kann anstehen und die Ärztin oder der Arzt ist nicht im Haus. Ist diese Exposition nicht in regelmässigen Abständen vorhanden, können Fehler unterlaufen, die für die Behandlungsqualität negative Folgen haben. Beispielhaft zeigt dies folgendes Interviewzitat:

„Ich glaube, sonst geht anderes/also das/also, das, was man erlernt hat, geht dann irgendwie vergessen, auch das Manuelle. Also man hat ja auch dort ein Gedächtnis, wie ein manuelles Gedächtnis, und ich glaube, das geht sonst verloren. Und um irgendwie dabei zu bleiben, um auch ein wenig [...] im Aktuellen zu bleiben, muss man 50 % arbeiten oder mehr.“ (23 Interview, Absatz 38)

Demzufolge scheint es von Bedeutung, diesen Aspekt bei der Einführung von Teilzeitmodellen im Rahmen der chirurgischen Maximalversorgung zu berücksichtigen. Bei Routine-Eingriffen ist das möglicherweise nicht so stark notwendig und deshalb sollte in diesen Gebieten die Möglichkeit bestehen, unkomplizierter innovative Arbeitszeitmodelle umzusetzen (Brandenberg, 2018). Diese Überlegungen sollten in der Einführung von neuen Arbeitszeitmodellen berücksichtigt werden.

Ein weiterer Aspekt ist die Unternehmenskultur. Eine Umsetzung von Teilzeitmodellen funktioniert mit einer Unternehmenskultur, die auf Ergebnisse ausgerichtet ist und nicht auf die Präsenzzeit. Zudem müssen Arbeitgeber/-innen verstehen, dass die Mitarbeitenden noch andere Verpflichtungen ausserhalb der Arbeit wahrnehmen (Jung, Luppá & Riedel-Heller, 2023). Ausserdem muss beachtet werden, dass Ärztinnen und Ärzte je nach Dienstplan möglicherweise unter Schlafmangel leiden, was das Risiko für Fehler erhöht (Whelehan et al., 2021). Deshalb sind ebenfalls die Schwerpunkte Arbeitsalltag (Abschnitt 6.1.3) und Arbeitsinhalt (Abschnitt 6.1.8) von Bedeutung. Die Risiken von Schlafmangel sind zudem in Abschnitt 4.2.4 erläutert worden.

### **6.2.3 Protected Time**

Das Modell Protected Time wurde im Rahmen der Interviews vor allem im Zusammenhang mit Forschungsaufgaben erwähnt. Hierbei wird der auszubildenden Person geschützte Arbeitszeit angeboten, in der eine spezifische Arbeit erledigt werden kann, zum Beispiel Forschungsarbeit. Die Person ist dann nicht im Arbeitsalltag eingeplant. Es ist sichergestellt, dass die Zeit für die angedachte Tätigkeit genutzt werden kann. Folgende Interviewaussage bestätigt dies beispielhaft:

„Und soll eigentlich auch angeboten werden. Nachmittags, tageweise. Gut, das haben wir ja auch schon besprochen. Einfach, wo man nicht am klinischen Alltag teilnimmt. Keine Aufgaben hat, kein schlechtes Gewissen haben muss, sondern wirklich das kann machen. Das ist sicher sinnvoll.“ (06 Interview, Absatz 65)

In Kapitel 6.1.5 wurde der Schwerpunkt Forschung vertieft. Auch Protected Time scheint ein gut funktionierendes Arbeitsmodell zu sein, wenn die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dieses Modell scheint insbesondere in der Maximalversorgung Anwendung zu finden, da in Spitälern mit Maximalversorgung der öffentliche Auftrag besteht, Forschung zu betreiben.

#### **6.2.4 Jobsharing**

Ebenfalls ein in den Interviews häufig erwähntes Modell ist Jobsharing. Dabei wird eine Position zwischen zwei Personen aufgeteilt. Die Interviews haben ergeben, dass dieses Modell bereits bei zwei jungen Frauen eingesetzt wird, wie folgendes Zitat aufzeigt: „Und dann ist quasi sein Vorschlag gewesen, dass er zum Chef geht, um zu fragen, ob das mal ein Versuch wäre als Jobsharing. Und die Bedingung war einfach: Wir decken zusammen eine Stelle ab.“ (15 Interview, Absatz 19)

Gemäss Interviewaussagen ist für die Umsetzung dieses Modells Selbstverantwortung der ausführenden Personen erforderlich. Sie müssen sich persönlich verstehen und viel kommunizieren. Die anderen Personen in der Klinik sollten nicht wahrnehmen, dass die Position als Jobsharing ausgeführt wird. Jobsharing ist eng verbunden mit dem Modell der Teilzeit. Der Unterschied liegt darin, dass im Jobsharing eine gemeinsame Aufgabe von zwei Personen übernommen wird. Dieses Modell könnte beispielsweise von Führungspersonen übernommen werden.

Der Vorteil dieses Modells liegt darin, dass Führungs- und Kaderpositionen, welche eine 100%-Anstellung benötigen, von zwei Mitarbeitenden in Teilzeit ausgeführt werden können. Cooman, Krzywdzinski und Christen (2019) zeigen beispielsweise den positiven Effekt auf.

In diesem Modell gilt es, analog zu den vorherigen Arbeitszeitmodellen, gewisse Aspekte für eine erfolgreiche Einführung in der Klinik zu berücksichtigen (Schlosser, 2019). Es ist zu prüfen, welche Auswirkungen das Jobsharing auf den weiteren Karriereverlauf hat oder wie die Zusammenarbeit der beiden Personen im Jobsharing funktioniert. Zudem gilt es, den genauen Arbeitsinhalt mit der zuständigen Verantwortung und den Kompetenzen zu definieren. Dennoch hat das Arbeitsmodell an Relevanz zugenommen und kommt häufiger zum Einsatz (Scholer, 2019).

#### **6.2.5 Homeoffice**

Darüber hinaus wurde das Thema Homeoffice in den Interviews oftmals erwähnt. Durch die technischen und digitalen Optionen ist es möglich, örtlich unabhängig Aufgaben – vorwiegend administrativer Art – zu erledigen. Folgende Interviewaussage veranschaulicht dies beispielhaft:

„Also das ist jetzt/ alles, was die Administration angeht, ist das sehr gut möglich. Ja, das ist durchaus so, das könnte man so machen. Ich weiss nicht, ob es wirklich einfacher ist von daheim aus, weil man in der Regel nicht immer ganz alle Unterlagen doch zur Verfügung hat. Aber das ist sicher ein wenig eine Frage der Organisation.“ (10 Interview, Absatz 31).

Die Interviews haben gezeigt, dass Homeoffice eine Option ist, angewendet werden kann und für zukünftige sowie innovative Arbeitsmodelle eine weitere Möglichkeit darstellt. Die Coronakrise hat gleichzeitig verdeutlicht, dass weiterhin Strukturprobleme im Gesundheitswesen bestehen, welche angegangen werden müssen (Schreyögg, 2020). Eines davon ist die mangelnde Digitalisierung, die eng mit der Möglichkeit verbunden ist, Homeoffice zu nutzen. Erst wenn die Voraussetzungen vorhanden sind, kann das Modell weiterentwickelt und genutzt werden. Ausser für Homeoffice gilt das auch für Telemedizin und weitere digitale Anwendungen (Tischler, 2020). Dennoch kann das Homeoffice eine valable Möglichkeit darstellen, wie es die Schwerpunkte 6.1.4 Work-Life-Balance und 6.1.9 Digitalisierung gezeigt haben.

### **6.2.6 Erkenntnisse**

Feminisierung, Teilzeitarbeit und mehr Zeit für private Bedürfnisse sind Trends, die sich auf die Medizin auswirken (Sottas, 2020). Gut die Hälfte der Absolvierenden eines Medizinstudiums sind Frauen, und rund ein Drittel der Assistenzärztinnen und -ärzte wünscht sich eine Teilzeitstelle. Die Interviews haben gezeigt, dass dieser Trend besteht. Deshalb sollten die Institutionen neue und innovative Modelle testen und anwenden, um die ausgebildete Ärzteschaft im Beruf halten zu können. Es finden sich Beispiele in den Interviews, die veranschaulichen, dass dies möglich ist. Auch Ärztinnen mit Familie oder Familienwunsch haben dies geäussert. Strukturelle Hürden sollten minimiert werden. Es scheint so, dass entsprechende Angebote insbesondere in der Facharztausbildung selten sind. In kleineren Spitälern ohne Maximalversorgung sind bereits solche Modelle entwickelt worden, wie folgendes Zitat belegt:

„Ich war, soweit ich weiss, eine von den ersten Teilzeiterinnen da. Also das war noch in einem kleineren Spital, und ja, der Chef ist auch auf mich zugekommen, ich bin auf ihn zugegangen – und das ist eigentlich vom Modell her problemlos gegangen.“ (23 Interview, Absatz 16)

Zudem entstand der Eindruck, dass ein adäquater Mix aus Teilzeit- und Vollzeitangestellten sinnvoll ist, wie folgendes Zitat beispielhaft darlegt:

„Also ich glaube, dass die Patientenkontinuität nicht wirklich schlechter ist durch Teilzeitarbeitende. Was man vielleicht sagen muss, ist, dass es einen gesunden Mix braucht. Diesen Eindruck haben wir. Ich glaube, wenn du allzu viele Teilzeitarbeitende hast und weniger, die 100 % da sind, welche einfach mal überbrücken können, dann geht es vielleicht nicht mehr auf.“ (11 Interview, Absatz 69).

Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich folgende Erkenntnis.

### **Erkenntnis 1:**

*Teilzeitmodelle sind beliebt und kommen bereits zum Einsatz. Damit diese in der chirurgischen Klinik in der Maximalversorgung funktionieren, braucht es klare Strukturen und Regelungen. Es sind ergebnisorientierte Kennzahlen nötig, die nicht auf Präsenzzeit beruhen. Zudem muss der/die Arbeitgeber/-in die Verpflichtungen ausserhalb der Arbeit berücksichtigen.*

Weiter wurde das Arbeitszeitmodell Protected Time besprochen. Dieses Modell scheint interessant zu sein, wenn die zu erledigende Aufgabe klar ist. Ziel ist es, den Arbeitnehmenden geschützte Zeit zur Verfügung zu stellen, indem sie aus dem Klinikalltag ausgeschlossen sind und so Zeit haben, die spezifische Aufgabe zu erledigen. Folgende Erkenntnis liess sich daraus ableiten.

### **Erkenntnis 2:**

*Das Arbeitszeitmodell Protected Time bietet die Möglichkeit, spezifische Ziele innerhalb einer vorgegebenen Zeit zu erreichen. Dieses Modell kann beim Erreichen eines Facharztstitels angewendet werden, indem geschützte Zeit gewährt wird, in der der/die Arbeitnehmer/-in vom hektischen Arbeitsalltag ausgenommen ist und Zeit hat, für ein Projekt, für Forschung oder für den Facharztstitel zu üben. Es besteht eine strikte Trennung zwischen dem Arbeitsalltag und der geschützten Zeit.*

Es gilt zu berücksichtigen, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte Forschung betreiben möchten und müssen. Nur wer an einer Uniklinik arbeiten möchte, muss zu einem gewissen Anteil forschen – dies aufgrund des öffentlichen Auftrags, welcher For-

schungsaktivitäten in Unikliniken vorsieht. Für Ärztinnen und Ärzte, welche keine Forschungsarbeiten erledigen, kann dieses Arbeitsmodell für Projektarbeiten genutzt werden.

Das Thema Jobsharing wurde ebenfalls angesprochen und es ist diesbezüglich ein Bedürfnis vonseiten der Ärztinnen und Ärzte vorhanden, wie aus den Interviews hervorgegangen ist. Entsprechende Angebote sind allerdings noch selten. Eine Assistenzärztin hatte eine Idee für die Verbesserung und hat eine Plattform erstellt, über die sich Gleichgesinnte vernetzen und gemeinsam auf eine Stelle bewerben können (Scholer, 2019). Deshalb lässt sich Erkenntnis 3 ableiten.

### **Erkenntnis 3:**

*Das Arbeitsmodell Jobsharing ist gut geeignet für Führungs- und Kaderpersonen, um die Karriere und die Familienplanung miteinander zu vereinbaren. Die Klinik profitiert davon, dass sie eine möglicherweise gut ausgebildete Führungsperson weiterhin für den Klinikbetrieb zu Verfügung steht.*

Das Homeoffice hat aufgrund der Coronapandemie generell mehr Anwendung gefunden, da in vielen Ländern bundesrechtlich entschieden wurde, dass Personen von zu Hause aus arbeiten müssen. Obwohl in der Maximalversorgung ein Notfallbetrieb und eine Rund-um-die-Uhr-Dienstabdeckung gewährleistet werden müssen, konnte Homeoffice eingeführt werden respektive wurde die technische Infrastruktur dafür bereitgestellt (Sehringer Bucher, 2021). Aufgrund dieser Tatsache ergibt sich folgende Erkenntnis.

### **Erkenntnis 4:**

*Um die Möglichkeiten des Arbeitsmodells Homeoffice für die Klinik nutzen zu können, müssen zuerst Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden. Das heisst, es müssen die gesetzlichen Grundlagen geklärt sein und den Arbeitnehmenden muss bekannt sein, welche Aufgaben in welcher Zeit im Homeoffice erledigt werden müssen. Zudem muss die Infrastruktur zu Verfügung stehen, beispielsweise in Form digitaler Zugänge über VPN.*

Nachfolgend wird erläutert, welche Aspekte zusätzlich bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle zu berücksichtigen sind. Laut den Ergebnissen der Interviews ist es essenziell, dass das beschlossene Modell eingefordert wird. Folgendes Zitat veranschaulicht dies beispielhaft:

„Teilweise habe ich auch schon die Rückmeldung bekommen, dass ich zwar den Kompensationstag eintragen soll, aber sie wird dann trotzdem von zu Hause aus arbeiten, weil es nicht anders geht. Also so etwas hört man dann teilweise schon auch. Wo ich dann aber auch aktiv sage, bitte auch einhalten, weil wir hier dahinterstehen müssen und sonst auch gesetzlich Probleme bekommen, wenn es nicht eingehalten wird.“ (04 Interview, Absatz 27)

Die Selbstverantwortung durch die Mitarbeiter/-innen sollte wahrgenommen und bei der Führungskraft eingefordert werden. War ein freier Tag geplant und wird dennoch gearbeitet, führt dies längerfristig zu einer Erwartungshaltung. Folgendes Zitat unterstreicht dies: „Und ich müsste also deutlich aktiver sagen: ‚Also, da bin ich dann einfach nicht da.‘“ (11 Interview, Absatz 48)

Neben der Selbstverantwortung spielen auch die Vorgesetzten eine bedeutende Rolle. Dies wurde in den Interviews ersichtlich und bezieht sich einerseits auf die Unterstützung für die Umsetzung und andererseits auf die psychische Unterstützung. Folgendes Zitat erklärt die Problematik zu diesem Aspekt:

„Ja, wie es beim Chef ankommt, ist sehr subjektiv, wie eine Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter, wo Teilzeit arbeitet, wie flexibel der wirklich ist. Wenn jetzt der eben sagt, ich kann immer aber am Donnerstag zum Beispiel nie, dann ist es schon schwierig. Dann heisst es schon wieder, ah, die ist kompliziert.“ (13 Interview, Absatz 70)

Damit keine Vorwürfe entstehen, müssen die Vorgesetzten als Vorbilder fungieren. Andernfalls funktioniert das neue Arbeitsmodell nicht, wie aus folgender Aussage beispielhaft hervorgeht: „Also ich merke es jetzt bei unserem Chef, wenn er spätabends noch jemanden sieht, der in der Klinik noch seit 13 Stunden ist oder so, dann schickt er die auch aktiv heim.“ (04 Interview, Absatz 25)

Neben der Führungsperson und der Selbstverantwortung ist ein weiterer Aspekt bedeutend: die Akzeptanz im Team. Nur wenn alle mithelfen und das System mittragen, sind alternative Arbeitsmodelle möglich. Aufgrund der unterschiedlichen Anwesenheiten und Unregelmässigkeiten muss das Team die Modelle tragen und akzeptieren. Es darf kein Neid vorhanden sein und es muss eine gegenseitige Unterstützung aller Personen vorherrschen. Eine klare Kommunikation ist hier ein relevanter Aspekt, wie folgendes Zitat zeigt:



„Mir ist nichts bekannt, dass hier ein Neid oder irgendeine Abneigung vorliegt. Ich denke, das ist von vornherein immer kommuniziert. Also wenn jemand eingestellt wird und dann nur 80 % arbeitet, dann plant man damit und dann ist das okay. Ich denke, wenn jetzt jemand vom Mutterschaftsurlaub zurückkommt und deswegen nur 80 % arbeiten möchte, da liegt eigentlich volles Verständnis vor.“ (04 Interview, Absatz 53)

Auch folgende Aussage unterstreicht dies:

„Aber sonst vom Team her ist es eigentlich auch, solange dann die eingeteilten Dienste auch eingehalten werden können und nicht irgendwie, weil das Kind krank ist, ständig jemand anders einspringen muss, dann geht das. Und ja, wenn es dann eben megaviel krank sind oder wegen dem Kind daheimbleiben, aber das ist mehr bei Kindern, also bei Älteren und nicht bei Teilzeitlern. Es ist mehr das mühsam, wenn man dann sich nicht auf die Planung verlassen kann, Teilzeit zu arbeiten.“ (13 Interview, Absatz 70)

Es scheint, als würden oftmals Bedingungen ausgehandelt, um die flexible Planung zu gewährleisten. Dies ist arbeitsgesetzlich nicht klar geregelt, sondern wird persönlich abgesprochen, wie folgendem Beispiel zu entnehmen ist:

„Das ist, auch jegliche Überzeit, wo ich mache, die wird Ende Jahr einfach gestrichen wieder auf null. Das ist / ich habe / wir haben so untereinander so ein bisschen ein Agreement, dass wir dafür sechs oder sieben Wochen Ferien machen.“ (12 Interview, Absatz 11)

Dies veranschaulicht, dass Möglichkeiten existieren, flexible Arbeitszeitmodelle anzuwenden – trotz arbeitsrechtlicher Vorgaben. Deshalb lässt sich folgende Erkenntnis ableiten.

#### **Erkenntnis 5:**

*Flexibilität in der Anwendung. Die Mitarbeiter/-innen müssen flexibel sein, ihre Selbstverantwortung wahrnehmen und zeigen, dass neue Modelle funktionieren. Gleichzeitig müssen die Vorgesetzten als Vorbilder fungieren, das neue Modell unterstützen und neue Strukturen zulassen.*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bereits einige der vorgestellten Arbeitszeitmodelle im Einsatz sind. Dennoch sind weiterhin viele Hürden zu überwinden. Die relevanteste Erkenntnis ist, dass die Komplexität in einer chirurgischen Klinik in der

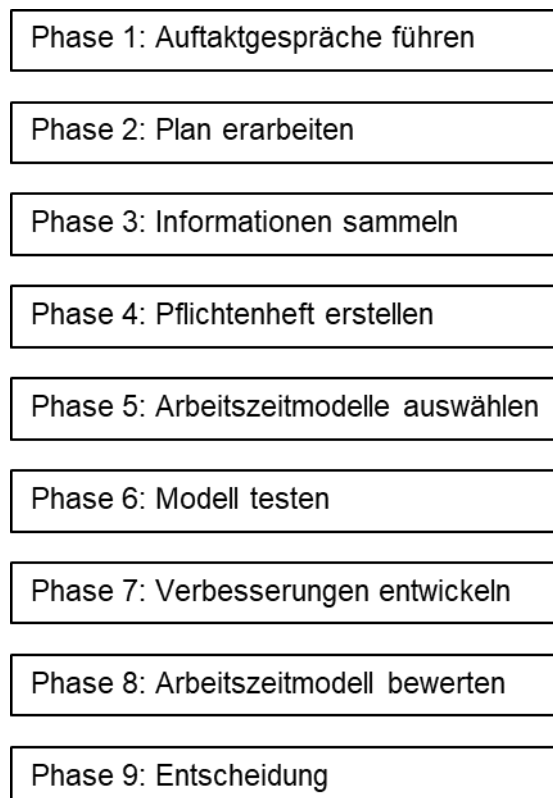
Maximalversorgung hoch ist. Deshalb muss die Thematik von innovativen Arbeitszeitmodellen ganzheitlich im Kontext aller vorgestellten Schwerpunkte beurteilt werden. In der aktuellen Forschung wird häufig nur ein Teilbereich betrachtet. In anderen Branchen werden viele weitere Arbeitsmodelle genutzt. Dass nicht alle Modelle in den Interviews diskutiert wurden, ist ein Hinweis darauf, dass das Thema Arbeitszeitmodelle im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen weiterhin Potenzial hat. Es existieren kaum Studien zu dem Thema. In anderen Branchen ist dies nicht der Fall (Lindecke, 2000).

### 6.2.7 Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle

In diesem Abschnitt wird nun zusätzlich kurz eine mögliche Einführung von neuen Arbeitszeitmodellen in Anlehnung an Frindte und Thalmann (2019) dargelegt. Sie unterteilen die Umsetzung in neun Phasen. Abbildung 18 zeigt dies auf.

#### **Abbildung 18:** Übersicht Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle

Quelle: In Anlehnung an Frindte und Thalmann, 2019, eigene Darstellung



In Phase 1 werden die Auftaktgespräche geführt. Bei diesen sind die Führungspersonen und die Mitarbeitenden anwesend, welche das neue Modell wünschen. Diskutiert wird das Ziel des neuen Arbeitszeitmodells. Je nach Ziel muss entschieden werden, ob ein bestehendes Arbeitszeitmodell genutzt werden kann oder ob ein neues Modell entwickelt werden muss. In Phase 2 wird eine Planungsgruppe zusammengestellt. Diese ist dafür verantwortlich, dass alle inhaltlichen und organisatorischen Fragen geklärt sind – sowohl innerbetrieblich als auch hinsichtlich der Gesetzgebungen und Regelungen, denen die Organisation unterstellt ist. Am Ende dieser Phase steht der Zeitrahmen für die effektive Umsetzungsphase fest. Als Nächstes folgt in Phase 3 die Sammlung von Informationen. In diesem Schritt können je nach Umfang des Modells Expertinnen und Experten einbezogen werden. Arbeitswissenschaftliche Empfehlungen können gelesen werden, rechtliche Rahmen können geklärt werden und es kann in anderen Organisationen geschaut werden, ob das Modell schon implementiert ist. Anschliessend wird in Phase 4 ein Pflichtenheft erstellt. Darin werden die gesundheitlichen, sozialen und betriebswirtschaftlichen Anforderungen an das Arbeitszeitmodell festgelegt und definiert. In Phase 5 wird das Arbeitszeitmodell ausgewählt. Die konkrete Modellentwicklung findet in diesem Stadium statt. Zusammen mit der Belegschaft wird diskutiert, wie das neue Arbeitszeitmodell konkret im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann. Auch Modellalternativen können diskutiert werden. Nachdem das Modell ausgewählt worden ist, folgt in Phase 6 dessen Testung. Es wird eine zeitliche Probephase definiert, in welcher das Modell auf die Praxistauglichkeit geprüft wird. Hier ist es bedeutsam, Probleme und Rückmeldungen aufzunehmen und zu dokumentieren, was problemlos funktioniert und wo Optimierungsbedarf besteht. In Phase 7 werden die in Phase 6 dokumentierten Ergebnisse analysiert und nach Möglichkeit verbessert. Nachdem das Modell je nach Praxistauglichkeit angepasst wurde, wird es in Phase 8 bewertet. Dies kann mittels Fragebögen oder Workshops erfolgen. In der letzten Phase 9 wird die Entscheidung für oder gegen die definitive Einführung des Arbeitszeitmodells gefällt. Es ist möglich, dass in dieser Phase nochmals punktuell nachgebessert wird – je nach Rückmeldung aus Phase 8.

In der chirurgischen Maximalversorgung kann dieses Vorgehen angewendet werden. Je nach verfügbaren Ressourcen können einzelne Phasen auch ausgelassen oder zusammengefasst werden. Die Erstellung des Pflichtenhefts und die Testphase sind die relevantesten Prozesse für eine erfolgreiche Umsetzung. Bedeutsam scheint vor

allem die Entwicklung solcher Modelle. Durch den komplexen chirurgischen Arbeitsalltag braucht es die Kommunikation und den Mut, neue Modelle zu entwickeln. Teilzeit-, Protected-Time-, Jobsharing- und Homeoffice-Modelle sind flexibel einsetzbar und können durch eine gute Planung anhand der neun Phasen eingeführt werden.

## **7 Abschlussbetrachtung und Ausblick**

Die vorliegende Arbeit hat sich mit Arbeitszeitmodellen in der chirurgischen Maximalversorgung auseinandergesetzt. Die Forschungsfrage zielt darauf ab, herauszufinden, welche Arbeitszeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte im komplexen Arbeitsalltag der Schweizer Spitzenversorgung am besten funktionieren und inwieweit diese Modelle auf andere Versorgungsebenen übertragbar sind. Die Forschung konzentriert sich auf die Herausforderungen, die mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Arbeitsbelastung und Patientenversorgung auf der höchsten Versorgungsebene verbunden sind. Durch die Untersuchung verschiedener Arbeitszeitmodelle, wie Teilzeit, Jobsharing oder flexible Arbeitszeiten, sollen Empfehlungen für Ärzte und Arbeitgeber auf anderen Versorgungsebenen entwickelt werden. Ziel ist es, Arbeitszeitmodelle zu finden, die sowohl den Bedürfnissen der Ärzte als auch der Patientenversorgung gerecht werden und so zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie beitragen können. Die Untersuchung hat gezeigt, dass Arbeitszeitmodelle im Gesundheitswesen sehr komplex sind. Sie erfordern eine sorgfältige Planung und Berücksichtigung mehrerer Aspekte, um die Versorgung von Patienten zu gewährleisten und die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern.

### **7.1 Zusammenfassung der relevantesten Forschungsergebnisse**

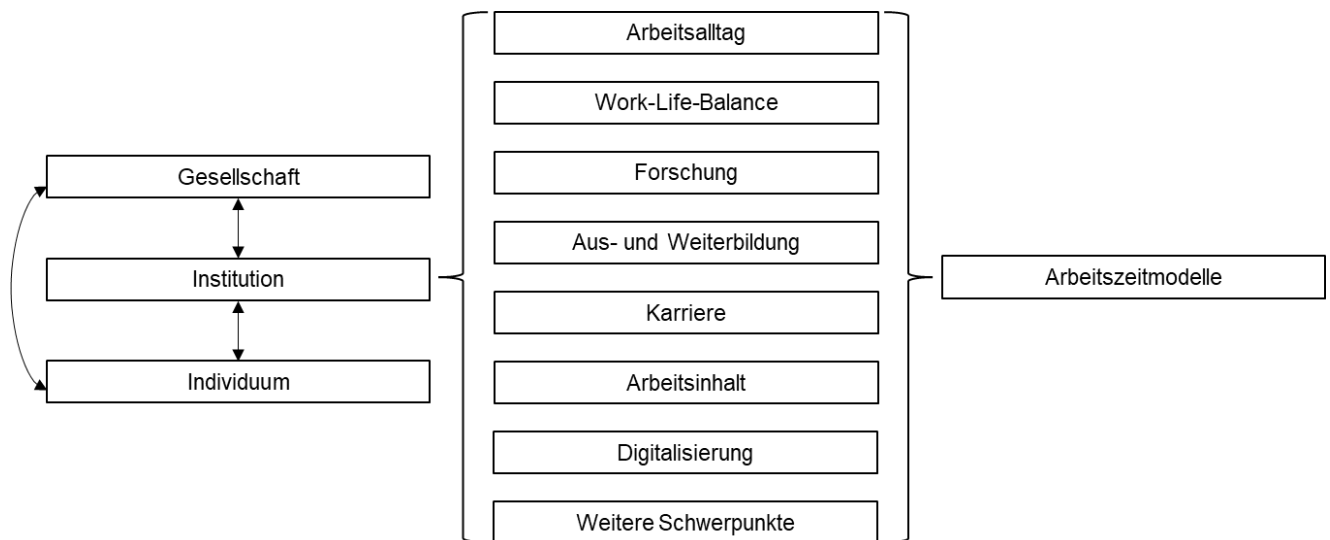
Mit der vorliegenden Dissertation wurde ein weiterer Schritt zur Erforschung von Arbeitszeiten und Arbeitszeitmodellen im Gesundheitswesen in der chirurgischen Maximalversorgung unternommen. Die Interviews und die daraus folgenden Ergebnisse haben gezeigt, wie relevant das Thema ist. Die Interviews konnten ohne Probleme vereinbart werden, obwohl die Zeit der Ärztinnen und Ärzte knapp bemessen ist und auch hohe Kaderpersonen angefragt wurden. Dies demonstriert bereits die Relevanz des Themas sowie das Bedürfnis, Lösungen zu finden. Ansonsten wäre es vermutlich schwieriger gewesen, die Personen für die Interviews zu finden.

Aus den Befragungen ist hervorgegangen, dass das Thema Arbeitsmodelle im Gesundheitswesen multifaktoriell und komplex ist. Die Interviews waren inhaltlich relevant, was die Schwerpunkte bezeugen. Um einen besseren Überblick zu schaffen, wurde das Thema grob in drei Ebenen differenziert: Gesellschaft, Institution und Individuum. Damit sollte veranschaulicht werden, in welchem Bereich welche Massnah-

men vorangetrieben werden müssen, um die Situation rund um flexible Arbeitszeitmodelle zu verbessern. Neben den drei Ebenen wurden Schwerpunkte ausgearbeitet, da die vorliegende Arbeit aufgrund der Gesamtübersicht des Themas Arbeitszeitmodell in einer Klinik ein breites Gebiet abdeckt. Diese haben sich im Rahmen der Codierung und aus den Interviewaussagen abgeleitet. Abbildung 19 zeigt dies graphisch auf.

**Abbildung 19:** Übersicht empirische Ergebnisse

Quelle: Eigene Darstellung



Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den Ebenen. Diese konnte im Rahmen der vorliegenden Abhandlung nicht vollständig geklärt werden. Gleichwohl wurde dargelegt, dass diese Wechselbeziehung vorhanden ist und für weitere Forschungsarbeiten berücksichtigt werden sollte. Ebenfalls sind die Umsetzungsmassnahmen pro Ebene unterschiedlich zu interpretieren. Für die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle in der chirurgischen Maximalversorgung sind deshalb Massnahmen auf allen Ebenen erforderlich, damit die Innovation voranschreitet. Vor allem die strukturellen Hindernisse, die weiterhin vorherrschen, sollten überwunden werden.

Neben den übergeordneten Ebenen wurden anschliessend die Schwerpunkte abgeleitet und diskutiert. Es haben sich folgende Schwerpunkte ergeben: Arbeitsalltag, Work-Life-Balance, Forschung, Aus- und Weiterbildung, Karriere, Arbeitsinhalt, Digitalisierung und weitere Schwerpunkte. Diese wurden mit der gängigen Literatur verknüpft und in Beziehung gesetzt. Aus allen Schwerpunkten liessen sich Rückschlüsse auf die vorherigen Ebenen ziehen. Nachdem die Schwerpunkte jeweils besprochen worden sind, wurden daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet, die konkret für die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle verwendet werden können. Im nächsten Schritt

werden die Ebenen mit den dazugehörigen Schwerpunkten zusammengefasst erläutert.

### **7.1.1 Ebene Gesellschaft**

Zunächst sind Verständnis und Lösungen auf politischer und gesellschaftlicher Ebene (etwa Staat, Kanton oder Gemeinde) erforderlich. Zum einen ist das traditionelle Familienbild mit dem Mann als Arbeiter und der Frau als Hausfrau immer noch verbreitet (Parsons, 2010). In zeitintensiven Berufen wie dem Arztberuf mit Schichtdiensten, Notfällen und notwendiger Arbeitserfahrung erweist es sich als schwierig, im traditionellen Modell zufriedenstellende Lösungen zu finden.

Zudem ist die Unterstützung der Care-Arbeit durch den Staat respektive die öffentliche Hand in der Schweiz weiterhin ausbaufähig (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, o. D.) – unabhängig von der Frage, ob dies ein Public Service sein und durch die Steuerzahler/-innen entlohnt werden sollte. Da übergeordnet keine Regelung vorhanden ist, sind die Organisationshürden für Paare im Arztberuf hoch. Zusätzlich sind Mutterschafts- und vor allem auch Vaterschaftsurlaub starr. Die Gesellschaft hat indes das Bedürfnis, auch Frauen im Arztberuf halten zu können. Die Ausbildung ist aufwendig und kostspielig. Zudem hat der Anteil an Frauen im Arztberuf in den vergangenen Jahren stark zugenommen – mit steigender Tendenz. Mit dem ArG wurde in diesem Kontext versucht, Regelungen zu implementieren – teilweise mit mässigem Erfolg, wie die Interviews gezeigt haben. Hier sind innovative Ansätze und Möglichkeiten unabdingbar.

Aus diesem Grund wurden Handlungsempfehlungen auf Ebene der Gesellschaft ausgearbeitet, die in Abbildung 20 dargestellt sind. Die Handlungsempfehlungen auf Gesellschaftsebene verteilen sich auf vier Schwerpunktbereiche. Sie sind allgemein formuliert, da die strukturellen Hindernisse bei der Einführung innovativer Arbeitsmodelle in der chirurgischen Maximalversorgung nach wie vor kaum überwunden wurden und diesbezüglich immer noch hohes Potenzial vorhanden ist. Im Rahmen der Interviews hat sich herausgestellt, dass die befragten Personen die Ansicht vertreten, dass in der Schweiz die Gesetze und Strukturen teilweise nicht ausreichend unterstützend ausgearbeitet sind.

Da gesellschaftliche Änderungen in den Gesetzen und nationalen Organisationen indes nur bedingt widergespiegelt werden können, lag der Fokus dieser Abhandlung vor

allem auf den Möglichkeiten auf der Ebene der Institution. Dies veranschaulicht auch die Anzahl der Handlungsempfehlungen pro Ebene. Zur Ebene der Gesellschaft wurden fünf Handlungsempfehlungen formuliert, zur Ebene Institution neun und zur Ebene des Individuums vier.

**Abbildung 20:** Übersicht Handlungsempfehlungen Ebene Gesellschaft

Quelle: Eigene Darstellung

Nr.	Ebene	Schwerpunkt	Handlungsempfehlung
4	Gesellschaft	Work-Life-Balance	Aufbrechen patriarchalischer Strukturen und Einführung innovativer Arbeitszeitmodelle. Dialoge führen zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden, um die vorherrschenden Missverständnisse zu klären.
6	Gesellschaft	Forschung	Sowohl personelle wie finanzielle Ressourcen müssen eindeutig Forschungsaktivitäten zugeordnet werden. Aktuell gibt es eine Vermischung von Forschungsgeldern für klinische Aktivitäten.
8	Gesellschaft	Aus- und Weiterbildung	Die Fachgesellschaften und Kantone sollten Anreize für Spitäler schaffen, damit mehr Kooperationen entstehen und in der Ausbildung noch gezielter zusammengearbeitet werden kann, wie das beispielsweise in Deutschland mit dem akademischen Lehrkrankenhaus gemacht wird. Überkantonale Weiterbildungskonzepte auch innerhalb von Fachgesellschaften müssen entwickelt werden.
10	Gesellschaft	Aus- und Weiterbildung	Es sind alternative Arbeitsmodelle vonnöten, sodass Personen, die in Teilzeit arbeiten, ebenfalls Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung erhalten. Die Entscheidungskriterien für die Bereitstellung eines Aus- und Weiterbildungsplatzes sollten nicht ausschliesslich von der zur Verfügung stehenden Zeit abhängen.
13	Gesellschaft	Karriere	Familienfreundliche Strukturbarrieren müssen gelöst werden. Eine Schwangerschaft darf kein Karrierehindernis mehr sein. Es müssen Strukturen und Arbeitszeitmodelle erarbeitet werden, die familienfreundlich sind und es insbesondere Frauen erlauben, sich karrieretechnisch weiterzuentwickeln können. Autonomie ist von Bedeutung.

**7.1.2 Ebene Institution**

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist hoch. Es ist schwierig, geeignetes Personal zu finden und zu halten. Die Interviews haben dies gezeigt. Es müssen alternative Arbeitsbedingungen geschaffen werden, damit der Beruf weiterhin attraktiv bleibt. Die jüngere Generation ist ferner nicht mehr bereit, ihr Leben ausschliesslich auf den Beruf zu fokussieren. Für sie ist eine Work-Life-Balance von hoher Bedeutung. Geld spielt zwar auch hier eine Rolle, ist aber im Vergleich zu älteren Jahrgängen weniger bedeutsam. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit wird als ebenso relevant erachtet. Dessen ungeachtet ist die Erwartungshaltung der jüngeren Mitarbeitenden anders als noch vor einigen Jahren. Der Arbeitsinhalt ist ausschlaggebend. Hier wurde oftmals moniert, dass die administrative Arbeit überproportional zunehme. Obwohl teilweise verstanden wird, weshalb dies der Fall ist, müssen die Spitäler Wert darauflegen, den administrativen Aufwand so gering wie möglich zu halten.



Dies kann einerseits durch effiziente Arbeit und andererseits durch den Einsatz technologischer Hilfsmittel geschehen. Diese Innovationen sind notwendig, damit die Personalbestände nicht unnötig aufgestockt werden müssen und die Mitarbeitenden frustriert sind, weil sie nicht an und mit den Patientinnen und Patienten arbeiten können. Weiter muss die interprofessionelle Arbeit zwischen den Bereichen gefördert werden. Möglicherweise sind neue Berufsgruppen wie klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten auszubilden. Darüber hinaus müssen Arbeitsmodelle entwickelt werden, die die Weiterbildung sicherstellen, die Forschungsarbeit zumindest unterstützen und gleichzeitig ArG-konform sind.

Im schnelllebigen Gesundheitswesen ist die Einhaltung aller Faktoren bei gleichzeitig höchster Qualität und während des laufenden Klinikbetriebs anspruchsvoll. Deshalb sind hier weiterhin innovative Ideen und alternative Arbeitsmodelle wie Jobsharing und Co-Leitungen vonnöten, um Entwicklungsmöglichkeiten bieten zu können. Nicht jede Person muss und kann eine hohe Kaderposition erreichen, aber im Interesse der Institution müssen sich die fachlich und menschlich geeignetsten Personen entwickeln können. Sie dürfen aufgrund der vorherrschenden Strukturen nicht aus dem System fallen.

Abbildung 21 ist eine Übersicht der Handlungsempfehlungen auf Ebene der Institution zu entnehmen. Es ist ersichtlich, dass für diese Ebene am meisten Handlungsempfehlungen aus den Interviewaussagen und der Literatur abgeleitet wurden. Dies ist nicht überraschend, da aus den Interviews deutlich hervorging, dass auf der Ebene der Institution die meisten Möglichkeiten existieren, etwas gegen die vorherrschende Problematik zu unternehmen. Im Folgenden werden zwei Beispiele erläutert, die aus den Erfahrungen des Autors stammen.

Beispiel 1 in Anlehnung an untenstehende Abbildung 21: Die Schulung der Ärztinnen und Ärzte zum Thema ist essenziell. Die Zusammenhänge mit Vorgaben aus dem ArG, persönlichen Interessen und betriebswirtschaftlicher Effizienz sind komplex und werden oftmals von Assistenzärztinnen und -ärzten unterschätzt. Es hat sich als hilfreich herausgestellt, wenn die Zusammenhänge in Besprechungen und Teamsitzungen diskutiert werden. Dies hilft, im Team innovative Modelle umsetzen zu können respektive Verständnis aufzubringen, wenn eine Person in Teilzeit arbeitet oder eine komplizierte familiäre Situation hat. Das Verständnis zum Aushelfen und Unterstützen

ist vorhanden und kann für die Wochenplanung und Dienstabdeckung genutzt werden.

Das zweite Beispiel hängt mit der Nutzung von technischen Hilfsmitteln zusammen. Es ist essenziell, alle technischen Hilfsmittel optimal zu nutzen. Die zeitliche und ortsunabhängige Erledigung von Aufgaben erleichtert sich hierdurch deutlich. Dadurch werden die Mitarbeitenden effizienter im Erledigen der Arbeiten und fühlen sich gleichzeitig weniger gestresst. Durch die ergebnisorientierte Bewertung der Arbeit ist auch ein Arbeitscontrolling möglich. Überzeiten werden ebenfalls reduziert, was sich wiederum positiv auf das finanzielle Ergebnis der Klinik oder des Spitals auswirkt.

### Abbildung 21: Übersicht Handlungsempfehlungen Ebene Institution

Quelle: Eigene Darstellung

Nr.	Ebene	Schwerpunkt	Handlungsempfehlung
1	Institution	Arbeitsalltag	Flexibilität und Verständnis in der Dienstplanung. Um neue Arbeitszeitmodelle erfolgreich umsetzen zu können, sind Flexibilität und Verständnis von allen betroffenen Personen erforderlich, damit im hektischen und teilweise schwierig zu planenden chirurgischen Arbeitsalltag nicht in den alten, bewährten Strukturen und Planungssystemen verhartet wird.
2	Institution	Arbeitsalltag	Einbezug bereichsübergreifender Arbeitsgruppen. Namentlich sind dies die Bereiche der Pflege und der Administration. Der Einbezug der bereichsübergreifenden Arbeitsgruppen beim Testen neuer Arbeitszeitmodelle muss gewährleistet sein, um Synergien nutzen zu können. Durch den zusätzlichen Einbezug der Hochschulmedizin wird die Qualität der Assistenzarztausbildung gewährleistet.
3	Institution	Work-Life-Balance	Die Work-Life-Balance bei jüngeren Generationen wird immer relevanter. Es ist eine gesunde Unternehmenskultur mit Wertschätzung und einem respektvollen Umgang miteinander erforderlich. Mit neuen und innovativen Arbeitszeitmodellen kann dazu beigetragen werden.
5	Institution	Forschung	Es sind klare Regeln dahin gehend notwendig, was in der Freizeit und was während der Arbeitszeit an Forschungsaufgaben erledigt werden muss. Aktuell gibt es zu viele Unklarheiten. Für Personen, die in Teilzeit arbeiten, scheint es weniger Optionen zu geben, neben der klinischen Tätigkeit auch Forschung betreiben zu können. Eine Möglichkeit wäre das Einführen von strukturierten Forschungsprogrammen mit klaren zeitlichen Zielvorgaben.
7	Institution	Aus- und Weiterbildung	Es muss eine klare Zuteilung von personellen und finanziellen Ressourcen vonseiten der Klinikleitung oder Organisation inklusive Kontrolle stattfinden, damit die Ressourcen effektiv für die Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden.
9	Institution	Aus- und Weiterbildung	Arbeitszeitmodelle müssen der Ausbildung angepasst werden. Möchte sich eine Person spezialisieren, sollten die Anforderung angepasst werden nicht für alle die gleichen Aus- und Weiterbildungsziele angewendet werden.
14	Institution	Arbeitsinhalt	Schulung der Ärztinnen und Ärzte zum Thema Erwartungshaltung und Bereitstellung von Coaches, um die Reaktion in schwierigen Situationen einzuüben.
17	Institution	Digitalisierung	Nutzung aller technisch möglichen Varianten, um die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte optimal zu gestalten.
18	Institution	Digitalisierung	Nutzung von Fernausbildung und Telemedizin im Rahmen von Simulationstrainings in der chirurgischen Ausbildung.

### 7.1.3 Ebene Individuum

Auf der letzten Ebene wird das Individuum betrachtet. In Abbildung 22 sind die abgeleiteten Handlungsempfehlungen dargelegt. Wie die Inhalte der Interviews gezeigt haben, hängt vieles von der eigenen Person und den anvisierten Zielen ab. Jeder Arzt und jede Ärztin müssen wissen, welche Ziele privat und beruflich erreicht werden sollen. Dafür sind Disziplin, Durchhaltewille und eine frühzeitige Planung erforderlich. In einem komplexen Umfeld wie dem Gesundheitswesen ist eine frühe Planung unabdingbar. Nur so kann sichergestellt werden, dass die entsprechenden Erfahrungen und Anforderungen für zukünftige Kaderpositionen erfüllt werden.

Weiter ist die Konkurrenzsituation hoch und es ist ein unbedingter Wille vonnöten, um hohe Positionen erreichen zu können. In der Maximalversorgung wie an universitären Spitälern wird zusätzlich ein Forschungsbeitrag erwartet, der teilweise in der Freizeit stattfindet. Es bestehen Diskussionen darüber, ob dies sinnvoll und richtig ist. Dessen ungeachtet muss das Individuum demonstrieren, dass neuartige Arbeitszeitmodelle funktionieren. Die Interviews haben veranschaulicht, dass bereits einige Modelle erfolgreich im Einsatz sind. Diesen Trend gilt es fortzusetzen, damit zukünftig weitere innovative und zufriedenstellende Modelle entwickelt und angewendet werden.

Zuletzt ist die Arbeitstagggestaltung zu erwähnen. Routine und Organisationsdisziplin im Alltag sind unabdingbar. Zusätzlich müssen alle verfügbaren Ressourcen zur Unterstützung und Entlastung, wie Kitas, Familie, Ehepartner/-in und digitale Lösungen, genutzt werden.

## Abbildung 22: Übersicht Handlungsempfehlungen Ebene Individuum

Quelle: Eigene Darstellung

Nr.	Ebene	Schwerpunkt	Handlungsempfehlung
11	Individuum	Karriere	Eine frühzeitige Planung muss einerseits durch den/die Arbeitnehmer/-in erstellt werden. Gleichzeitig sind Unterstützung und Arbeitsmodelle vonseiten der Klinik und/oder des Spitals erforderlich, damit Langfristplanungen und damit verbundene Sicherheiten möglich. Nötig sind ferner Wiedereingliederungsprogramme für Frauen nach einem Schwangerschaftsurlaub.
12	Individuum	Karriere	Eigeninitiative vonseiten der Arbeitnehmer/-innen sind unabdingbar. Der Wille muss vorhanden sein, um sich aktiv am Prozess der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle zu beteiligen.
15	Individuum	Arbeitsinhalt	Mut zur Übergabe von Patientinnen und Patienten, Mut, der Person zu vertrauen, weil Teilzeit- oder Jobsharing-Modelle nur eingeführt werden können, wenn das Vertrauen vorhanden ist, dass die Patientin/der Patient nach der Übergabe adäquat behandelt wird.
16	Individuum	Arbeitsinhalt	Arbeiten müssen delegiert werden. Moderne Arbeitsformen müssen implementiert werden. Die Arbeitsverteilung muss effizient und sinnvoll gestaltet werden. Dazu sind ein häufiger Austausch und sowie das Hinterfragen der aktuellen Tätigkeitsverteilungen essenziell.

### 7.1.4 Erkenntnisse für die Umsetzung von Arbeitszeitmodellen

Nachdem die Schwerpunkte vorgestellt und in die drei Ebenen eingebettet wurden, sind unten nochmals die Erkenntnisse für die Umsetzung von möglichen Arbeitszeitmodellen in der chirurgischen Maximalversorgung dargestellt.

#### Erkenntnis 1:

*Teilzeitmodelle sind beliebt und kommen bereits zum Einsatz. Damit diese in der chirurgischen Klinik in der Maximalversorgung funktionieren, braucht es klare Strukturen und Regelungen. Es sind ergebnisorientierte Kennzahlen nötig, die nicht auf Präsenzzeit beruhen. Zudem muss der/die Arbeitgeber/-in die Verpflichtungen ausserhalb der Arbeit berücksichtigen.*

#### Erkenntnis 2:

*Das Arbeitszeitmodell Protected Time bietet die Möglichkeit, spezifische Ziele innerhalb einer vorgegebenen Zeit zu erreichen. Dieses Modell kann beim Erreichen eines Facharztstitels angewendet werden, indem geschützte Zeit gewährt wird, in der der/die Arbeitnehmer/-in vom hektischen Arbeitsalltag ausgenommen ist und Zeit hat, für ein Projekt, für Forschung oder für den Facharzttitel zu üben. Es besteht eine strikte Trennung zwischen dem Arbeitsalltag und der geschützten Zeit.*

### **Erkenntnis 3:**

*Das Arbeitsmodell Jobsharing ist für Führungs- und Kaderpersonen gut geeignet, um die Karriere und die Familienplanung miteinander zu vereinbaren. Die Klinik profitiert davon, dass eine möglicherweise gut ausgebildete Führungsperson weiterhin für den Klinikbetrieb zu Verfügung steht.*

### **Erkenntnis 4:**

*Um die Möglichkeiten des Arbeitsmodells Homeoffice für die Klinik nutzen zu können, müssen zuerst Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden. Das heisst, die gesetzlichen Grundlagen müssen geklärt sein und der arbeitnehmenden Person muss bekannt sein, welche Aufgaben in welcher Zeit im Homeoffice erledigt werden müssen.*

### **Erkenntnis 5:**

*Flexibilität in der Anwendung. Die Mitarbeiter/-innen müssen flexibel sein, ihre Selbstverantwortung wahrnehmen und zeigen, dass neue Modelle funktionieren. Gleichzeitig müssen die Vorgesetzten als Vorbilder fungieren, das neue Modell unterstützen und neue Strukturen zulassen.*

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Schweizer Gesundheitswesen eine hohe Komplexität vorhanden ist, in der ein Zusammenspiel zahlreicher Akteurinnen und Akteure stattfindet. Die Interviewaussagen haben dies gezeigt. In der vorliegenden Arbeit wurde zu veranschaulichen versucht, welche Arbeitszeitmodelle in der chirurgischen Maximalversorgung aktuell vorherrschen, welche Modelle weiter an Wichtigkeit zunehmen können und dass die Modelle auf tieferen Versorgungsstufen ebenfalls umsetzbar sind.

## **7.2 Ausblick**

Arbeitszeiten und Arbeitszeitmodelle sind in der heutigen Welt von grosser Bedeutung und Gegenstand der Forschung. Es ist jedoch schwierig, die komplexen Strukturen zu entschlüsseln und innovative Lösungen zu entwickeln. Diese Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Untersuchung von Arbeitszeitmodellen in der chirurgischen Maximalversorgung und soll helfen, die notwendigen Verbesserungen umzusetzen. Der Autor betont, dass das Problem seit langem bekannt ist, aber nur sehr wenig getan wurde, um die Situation zu verbessern. Im aktuellen Kontext des Fachkräftemangels sind die

Krankenhäuser gezwungen, Arbeitszeitmodelle zu überdenken, um langfristig attraktiv zu bleiben.

Während der Arbeit an der vorliegenden Dissertation hat der Autor festgestellt, dass das Thema immer wichtiger zu werden scheint. Viele Menschen sind an den Ergebnissen interessiert und es gibt viele Möglichkeiten für weitere Forschung. Eine Möglichkeit wäre, weitere empirische Untersuchungen auf verschiedenen Ebenen durchzuführen, um festzustellen, warum einige Länder bei bestimmten Arbeitsmustern weiter sind als die Schweiz und Deutschland. Darüber hinaus könnten verschiedene Themen von Interesse untersucht werden, wie etwa der Aspekt der Digitalisierung und die damit verbundenen Möglichkeiten des ortsunabhängigen Arbeitens.

Generell ist es wichtig, die Frage nach innovativen Arbeitszeitmodellen auf allen Ebenen weiter voranzutreiben. Krankenhäuser, Spitäler und Kliniken müssen sich auf die Veränderungen einstellen und bereit sein, innovative Lösungen zu entwickeln, um langfristig erfolgreich zu sein. Die vorliegende Dissertation bietet eine Grundlage für künftige Forschungen und kann als Leitfaden für zukünftige Arbeiten dienen.

## Literaturverzeichnis

- Adnan Bataineh, K. (2019). Impact of work-life balance, happiness at work, on employee performance. *International Business Research*, 12(2), 99-112. <https://doi.org/10.5539/ibr.v12n2p99>
- Aebi, C., Kühni, R., Suri, P. & Schellinger, J. (2018). Teilzeitarbeit auf mittlerer Kaderstufe: Eine spezielle Herausforderung im Krankenhaus. In K. O. Tokarski, J. Schellinger & P. Berchtold (Hrsg.), *Strategische Organisation: Aktuelle Grundfragen der Organisationsgestaltung* (S. 225-258). Wiesbaden, Deutschland: Springer.
- Ahmed, K., Jawaid, M., Shakoor, S. & Ahmed, S. (2021). Efficacy of surgical simulators in developing laparoscopic skills among surgical residents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Surgical Education*, 78(5), 1678-1692. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.03.003>
- Aksoy, C. G., Barrero, J. M., Bloom, N., Davis, S. J., Dolls, M. & Zarate, P. (2022). *Working from home around the world* (NBER Working Paper Nr. w30446). Abgerufen von <https://doi.org/10.3386/w30446>
- Aleksynska, M., Berg, J., Foden, D., Johnston, H., Parent-Thirion, A. & Vanderleyden, J. (2020). *Working conditions in a global perspective*. Abgerufen von [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef18066en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef18066en.pdf)
- Alshmemri, M., Shahwan-Akl, L. & Maude, P. (2017). Herzberg's two-factor theory. *Life Science Journal*, 14(5), 12-16. <https://doi.org/10.7537/marslsj140517.03>
- Amlinger-Chatterjee, M. (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt-Atypische Arbeitszeiten*. Abgerufen von

[https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2353-3a.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2353-3a.pdf?__blob=publicationFile)

- Andlauer, O. & Safarov, R. (2021). Effekte von Schicht- und Nachtarbeit auf Gesundheit und Wohlbefinden: Eine Metaanalyse. *Journal of Occupational Health Psychology, 33*(1), 49-62. <https://doi.org/10.1007/s40643-020-00316-7>
- Asch, D. A. & Parker, R. M. (1988). The Libby Zion case. *New England Journal of Medicine, 318*(12), 771-775. <https://doi.org/10.1056/NEJM198803243181209>
- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M. & Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(1), 17-28. <https://doi.org/10.1037/a0016998>
- Azadi, S., Green, I. C., Arnold, A., Truong, M., Potts, J. & Martino, M. A. (2020). Robotic surgery: The impact of simulation and other innovative platforms on performance and training. *Journal of Minimally Invasive Gynecology, 28*(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2020.12.001>
- Backes-Gellner, U. (1999). Arbeitszeitmodelle in der Industrie: Eine Alternative auch für Krankenhäuser? *Krankenhaus Umschau, 10*, 17–25. Abgerufen von <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/205512/>
- Bader, C., Hanbury, H. A., Neubert, S. F. & Moser, S. (2020). *Weniger ist Mehr–Der dreifache Gewinn einer Reduktion der Erwerbsarbeitszeit. Weniger Arbeiten als Transformationsstrategie für eine ökologischere, gerechtere und zufriedenerere Gesellschaft–Implikationen für die Schweiz* (CDE Working Paper 6). Abgerufen von <https://boris.unibe.ch/144160/>
- Baldwin, D. C., Daugherty, S. R., Tsai, R. & Scotti, M. J. (2003). A national survey of residents' self-reported work hours: Thinking beyond specialty. *Academic*



*Medicine*, 78(11), 1154-1163. <https://doi.org/10.1097/00001888-200311000-00018>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

Bannai, A., Tamakoshi, A. & The Japan Collaborative Cohort Study Group. (2015).

Long working hours and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational Health*, 57(4), 259-276.

<https://doi.org/10.1539/joh.14-0240-RA>

Barlow, E. (2021, 28. Juni). Protected time for research. Abgerufen von

<https://hms.harvard.edu/news/protected-time-research>

Barrett, A. K., & Goh, Y. S. (2019). The effects of interprofessional education on teamwork and communication among healthcare professionals in intensive care units. *Journal of interprofessional care*, 33(1), 1-8.

Batenburg, R., Spreeuwenberg, P., de Boer, A. & Verbeek, J. H. (2019). The importance of occupational health and safety in healthcare: A review.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4939.

Bates, A. S., Harris, L. E., Tierney, W. M. & Wolinsky, F. D. (1998). Dimensions and correlates of physician work satisfaction in a midwestern city. *Medical Care*, 36(4), 610-617. <https://doi.org/10.1097/00005650-199804000-00016>

Becker, F. & Becker, F. (2019). Herzbergs Zwei-Faktoren-Theorie der Motivation. In

F. Becker (Hrsg.), *Mitarbeiter wirksam motivieren: Mitarbeitermotivation mit der Macht der Psychologie* (S. 57–65). Berlin: Springer.

Becker, G. S. (1962). Investment in human capital: A theoretical analysis. *Journal of Political Economy*, 70(5 Part 2), 9-49. Abgerufen von

<https://www.nber.org/system/files/chapters/c13571/c13571.pdf>

- Becker, G. S., Murphy, K. M. & Tamura, R. (1990). Human capital, fertility, and economic growth. *Journal of Political Economy*, 98(5 Part 2), 12-37.  
Abgerufen von <https://www.jstor.org/stable/2937630>
- Beerheide, R. (2017). Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(10), A-452/B-394/C-384.  
Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186752/Aerztinnenstatistik-Aerztinnen-gelangen-selten-in-Spitzenpositionen>
- Behne, A. & Teuteberg, F. (2022). Intersektorale Vernetzung im Gesundheitswesen: Prozessverbesserung durch den Einsatz von Plattformen am Fallbeispiel der Palliativversorgung. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 59(2), 694-709.  
<https://doi.org/10.1365/s40702-021-00744-w>
- Benaiah, M. (2020). Teilzeit und Karriere – Die Ärzteschaft fordert die Spitäler. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101(3334), 969-970.  
<https://doi.org/10.4414/saez.2020.19132>
- Berekoven, L., Eckert, W. & Ellenrieder, P. (2009). *Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung*. Wiesbaden: Gabler.
- Bertram, A., Walk, F., Falder, R., Kleemann, A. & Reyer, K. (2021). *Arbeiten im Home Office in Zeiten von Corona: Ein Leitfaden zu Home Office und mobilem Arbeiten*. München: CH Beck.
- Bertram, D. A., Hershey, C. O., Opila, D. A. & Quirin, O. (1990). A measure of physician mental workload in internal medicine ambulatory care clinics. *Medical Care*, 28(5), 458-467. <https://doi.org/10.1097/00005650-199005000-00005>

- Bhattacharya, S. D., Williams, J. B., De La Fuente, S. G., Kuo, P. C. & Seigler, H. F. (2011). Does protected research time during general surgery training contribute to graduates' career choice? *The American Surgeon*, 77(7), 907-910.  
<https://doi.org/10.1177/000313481107700729>
- Birks, M. & Mills, J. (2015). *Grounded theory: A practical guide* (2. Aufl.). Los Angeles, CA: Sage.
- Blaug, M. (1976). The empirical status of human capital theory: A slightly jaundiced survey. *Journal of Economic Literature*, 14(3), 827-855. Abgerufen von <https://www.jstor.org/stable/2722630>
- Bolli, M., Kapp, P., & Favre, D. (2018). Job-Sharing in Swiss hospitals: An exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 33-40.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12496>
- Bornewasser, M. & Zülch, G. (2013). *Arbeitszeit, Zeitarbeit: Flexibilisierung der Arbeit als Antwort auf die Globalisierung*. Berlin: Gabler.
- Bourbonnais, R., Brisson, C. & Vézina, M. J. O. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(7), 479-486.  
<https://doi.org/10.1136/oem.2010.055202>
- Brandenberg, J. E. (2018). Mindestfallzahlen–Qualität oder Surrogat. *Schweiz Ärztezeitung*, 99(47), 1647-1648. Abgerufen von [https://fmch.ch/wp-content/uploads/2020/05/saez\\_20181121\\_de.pdf](https://fmch.ch/wp-content/uploads/2020/05/saez_20181121_de.pdf)
- Braun, B. J., Fritz, T., Lutz, B., Röth, A., Anetsberger, S., Kokemohr, P. & Luketina, R. (2018). Work-Life-Balance. *Der Chirurg*, 89(12), 1009-1012.  
<https://doi.org/10.1007/s00104-018-0698-y>

Büchter, A. V., Sauerland, D. & Hölzer, H. (2020). Teilzeitbeschäftigung unter deutschen Ärztinnen und Ärzten: eine Analyse auf Basis des AMBOSS-Ärztepanels. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(7), 807-814. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03172-2>

Buckingham, M. & Goodall, A. (2019). The feedback fallacy. *Harvard Business Review*, 3-4, 92-101. Abgerufen von <https://dms-discourse-static.s3.dualstack.us-east-1.amazonaws.com/original/3X/9/0/90b1135f198c9ae17d07b58d7edeacd7be0bfc3a.pdf>

Bundesagentur für Arbeit. (o. D.). *Fachkräfteengpassanalyse – Engpassberufe*. Abgerufen von [https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche\\_Formular.html;jsessionid=8E428903EADD5E66D9DF1018D17B78DD?nn=20626&topic\\_f=fachkraefte-engpassanalyse](https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html;jsessionid=8E428903EADD5E66D9DF1018D17B78DD?nn=20626&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse)

Bundesamt für Gesundheit. (2023, 8. März). *Kennzahlen der Schweizer Spitäler*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

Bundesamt für Statistik. (o. D.-a). Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien/erwerbs-haus-familienarbeit.html>

Bundesamt für Statistik. (o. D.-b). Job Sharing 2021 nach verschiedenen Merkmalen. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/22686234>

Bundesamt für Statistik. (o. D.-c). Teilzeitarbeit. Abgerufen von

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-fraumann/erwerbstaetigkeit/teilzeitarbeit.html>

Bundesamt für Statistik. (o. D.-d). Vollzeit und Teilzeit. Abgerufen von

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/merkmale-arbeitskraefte/vollzeit-teilzeit.html>

Bundesamt für Statistik. (o. D.-e). Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern in der Schweiz. Abgerufen von

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-frau-mann/vereinbarkeit-beruf-familie/erwerbsbeteiligung-muettern-vaetern.html>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (o. D.). Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit. Abgerufen von

<https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Arbeitszeit/Nacht-und-Schichtarbeit.html>

Bundesärztekammer Deutschland. (2023). Anzahl der berufstätigen Ärztinnen in Deutschland nach Arztgruppe bis 2017 bis 2021. Zitiert nach de.statista.com.

Abgerufen von

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158852/umfrage/anzahl-der-aerztinnen-nach-taetigkeitsbereichen/#professional>

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023). *Physician*

*Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen*. Abgerufen von

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician\\_Assistant.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf)

Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Ratgeber Krankenhaus: Ihr Aufenthalt im Krankenhaus – Was Sie wissen sollten*. Abgerufen von [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/148x210\\_BMG\\_Ratgeber-Krankenhaus\\_2301\\_RZ\\_BF.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/148x210_BMG_Ratgeber-Krankenhaus_2301_RZ_BF.pdf)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (o. D.). Krankenanstalten. Abgerufen von <http://www.kaz.bmgf.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme/krankenanstalten.html>

Burch, J. B., Tom, J. C., Zhai, Y., Criswell, L., Leo, E. & Ogolla, S. (2019). Shift work and the risk of cardiovascular disease. A systematic review and meta-analysis including dose-response relationship. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(3), 229-238. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3809>

Caplan, R. P. (1994). Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medical Journal*, 309(6964), 1261-1263. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6964.1261>

Caruso, C. C., Arbour, M. W., Berger, A. M., Hittle, B. M., Tucker, S., Patrician, P. A., . . . Chasens, E. R. (2022). Research priorities to reduce risks from work hours and fatigue in the healthcare and social assistance sector. *American Journal of Industrial Medicine*, 65(11), 867-877. <https://doi.org/10.1002/ajim.23363>

Cheng, Y., & Ho, H. (2021). The effects of stress on empathy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 357-368. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.003>

- Claessens, B. J. C., van Eerde, W., Rutte, C. G. & Roe, R. A. (2007). A review of the time management literature. *Personnel Review*, 36(2), 255-276.  
<https://doi.org/10.1108/00483480710726136>
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120. Abgerufen von [https://bebr.ufl.edu/sites/default/files/Coleman%20J.%20\(1988\)%20Social%20Capital%20in%20the%20Cration%20of%20Human%20Capital.pdf](https://bebr.ufl.edu/sites/default/files/Coleman%20J.%20(1988)%20Social%20Capital%20in%20the%20Cration%20of%20Human%20Capital.pdf)
- Cooiman, F., Krzywdzinski, M. & Christen, S. (2019). *"Ich arbeite ganz anders und besser als früher": Praxis und Potentiale von Jobsharing in Unternehmen*. Abgerufen von <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2019/iii19-301.pdf>
- Cruse, N. (2004). Ärzte überlastet und unzufrieden. *Krankenhaus-Umschau*, 12, 1048-1051.
- Daniel, S. (2023). Fachkräftemagen - Zeitwertkonten: Modell mit Zukunft. *Deutsches Ärzteblatt*, 120(2), 2. Abgerufen von <https://aerztstellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/fachkraeftemangel-zeitwertkonten-modell-mit-zukunft>
- De Jong, J. D., Heiligers, P., Groenewegen, P. P. & Hingstman, L. (2006). Part-time and full-time medical specialists, are there differences in allocation of time? *BMC Health Services Research*, 6(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-26>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H. & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Demmelhuber, K., Englmaier, F., Leiss, F., Möhrle, S., Peichl, A. & Schröter, T.

- (2020). Homeoffice vor und nach Corona: Auswirkungen und Geschlechterbetroffenheit. *ifo Schnelldienst digital*, 1(14). Abgerufen von <https://www.ifo.de/publikationen/2020/aufsatz-zeitschrift/homeoffice-vor-und-nach-corona-auswirkungen-und>
- Derksen, F., Bensing, J. & Lagro-Janssen, A. (2017). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *The British Journal of General Practice*, 67(655), e609-e616.
- Dettmers, J., Vahle-Hinz, T., Friedrich, N., Keller, M., Schulz, A. & Bamberg, E. (2012). Entgrenzung der täglichen Arbeitszeit–Beeinträchtigungen durch ständige Erreichbarkeit bei Rufbereitschaft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen–Risiken minimieren* (S. 53–60). Wiesbaden: Springer.
- Deutscher Bundestag. (2016). *Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland*. Abgerufen von <https://www.bundestag.de/resource/blob/417706/6e9eb8e17dbe2a1905d3fc8d9a4acf51/wd-9-007-16-pdf-data.pdf>
- Dey, I. (1999). *Grounding grounded theory: Guidelines for qualitative inquiry*. San Diego, CA: Academic Press.
- Dimitriou, C. & Levy, J. (2021). The role of simulation in surgical education: Current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, 12, 1031-1044.
- Eggert, M. & Kreuzer, V. (2022). Sprachsteuerung im Gesundheitswesen–Anforderungen und Auswahl geeigneter Anbieter. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 59, 1640-1652. <https://doi.org/10.1365/s40702-022-00919-z>



- Egli, D. & Geiger, M. (2022). Flexible Arbeitsmodelle zur steigenden Mitarbeitendenbindung. In J. Schellinger, K. O. Tokarski & I. Kissling-Näf (Hrsg.), *Resilienz durch Organisationsentwicklung: Forschung und Praxis* (S. 293-314). Wiesbaden: Springer.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann. (o. D.). Care – die Sorge um Menschen. Abgerufen von [https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/themen/arbeit/care-\\_die-sorge-um-menschen.html](https://www.ebg.admin.ch/ebg/de/home/themen/arbeit/care-_die-sorge-um-menschen.html)
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2002). *Quality of work and employment in Europe: Issues and challenges*. Abgerufen von [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef0212en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0212en.pdf)
- Evgeniou, E. & Loizou, P. (2013). Simulation-based surgical education. *ANZ Journal of Surgery*, 83(9), 619-623. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2012.06315.x>
- Fauth-Herkner, A. (2004). Flexible Arbeitszeitmodelle zur Verbesserung der „Work-Life-Balance“. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2003* (S. 91-106). Berlin: Springer.
- Fealy, G. M., Donnelly, S. C., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M. J., Mylotte, E., Zaki, M. (2019). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 80-88. <https://doi.org/10.1111/jocn.14643>
- Fischer, J. & Grendelmeier, M. (2019). *Vaterschaftsurlaub-eine Chance für die ganze Familie? Eine Sekundäranalyse zum Thema Väter im Wochenbett*. Abgerufen von [https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/18419/1/Fischer\\_Janina\\_Grendelmeier\\_Michelle\\_HB16\\_BA19.pdf](https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/18419/1/Fischer_Janina_Grendelmeier_Michelle_HB16_BA19.pdf)

- Fisher, C. M., Amabile, T. M. & Pillemer, J. (2021). How to help (without micromanaging). *Harvard Business Review*. Abgerufen von <https://hbr.org/2021/01/how-to-help-without-micromanaging>
- Fitzgerald, J. E. F., Giddings, C. E. B., Khera, G. & Marron, C. D. (2012). Improving the future of surgical training and education: Consensus recommendations from the Association of Surgeons in Training. *International Journal of Surgery*, 10(8), 389-392. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2012.03.012>
- Flick, U. (2022). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 533-547). Wiesbaden: Springer VS.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2005). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (13. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Freeman, R. (1977). Investment in human capital and knowledge. In E. Shapiro & W. White (Hrsg.), *Capital for productivity and jobs* (S. 96–123). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Freuler, R. & Kučera, A. (2020, 13. Juni). Eine Ärztin verklagt das Inselfspital auf 5 Millionen Franken – wegen Diskriminierung und Zerstörung ihrer Karriere. *NZZ Magazin*. Abgerufen von <https://magazin.nzz.ch/hintergrund/aerztin-natalie-urwyler-verklagt-inselspital-wegen-diskriminierung-ld.1561165?reduced=true>
- Frindte, T. & Thalmann, A. (2019). *Flexible Arbeitszeitmodelle: Überblick und Umsetzung* (2. Aufl.). Abgerufen von [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A49.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A49.pdf?__blob=publicationFile)

- Frodl, A. (2011). *Personalmanagement im Gesundheitsbetrieb: Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen*. Berlin: Gabler.
- Gadatsch, A. (2020). Innovation durch Digitalisierung—Eine Chance für die Restrukturierung von Prozessen im Gesundheitswesen. In M. A. Pfannenstiel, K. Kassel & C. Rasche (Hrsg.), *Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen: Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen* (S. 25-37). Wiesbaden: Gabler.
- Gallagher, A. G., Leonard, G., Traynor, O. J., Power, S. & McHugh, S. M. (2019). Intensive surgical skills training based on simulators improves surgical skills among third-year medical students. *Journal of Surgical Education*, 76(6), 1639-1649. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.05.011>
- Ganzfried Couderc, M. & Mäder, G. (2022). *Teilzeitarbeit in der Schweiz: steigende Bedeutung, Herausforderungen und Chancen: Eine Spurensuche in der Literatur und bei ausgewählten Unternehmen*. Abgerufen von <https://company.sbb.ch/content/dam/internet/corporate/de/jobs-karriere/UZH-unibern-Teilzeitstudie.pdf>
- Gehring, K. & Schwappach, D. L. (2011). Die Arbeitsbedingungen von Ärzten in der Chirurgie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(8), 553-558.
- Glättli, K., Giezendanner, S. & Zeller, A. (2021). Arbeitszufriedenheit und Stresserleben der jungen Hausärztinnen und Hausärzte – Subanalyse aus der Workforce-Studie Schweizer Hausärzteschaft 2020. *Praxis*, 110(13), 725-732. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003740>

- Glöser, S. (2020, 15. Januar). Teilzeitarbeit birgt zahlreiche Chancen, aber auch Risiken. Abgerufen von <https://aerztstellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/work-life-balance/teilzeitarbeit-birgt-zahlreiche-chancen-aber-auch-risiken>
- Green, F. & Mostafa, T. (2020). Remote working, flexible working hours, and earnings: A new model of wage determination. *Research in Labor Economics*, 47, 193-229.
- Härmä, M., Karhula, K., Puttonen, S., Ropponen, A., Koskinen, A., Ojajärvi, A. & Sallinen, M. (2015). Shift work with and without night work as a risk factor for fatigue and changes in sleep length: A cohort study with linkage to records on daily working hours. *Journal of Sleep Research*, 24(3), 277-285.  
<https://doi.org/10.1111/jsr.12273>
- Harrington, J. M. (1994a). Shift work and health: A critical review of the literature on working hours. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(5), 699-705.
- Haupt, R. & Holters, U. (1991). Job-Sharing in der Bundesrepublik Deutschland und in Grossbritannien. *Wirtschaftswissenschaftliches Studium*, 20(9), 446-450.  
<https://doi.org/10.15358/0340-1650-1991-9-446>
- Häusler, N., Schmid Mast, M., Backes-Gellner, U. & Schaubroeck, J. (2020). The importance of work-life balance for career motivation and career outcomes. *Journal of Business and Psychology*, 35(4), 449-464.  
<https://doi.org/10.1007/s10869-019-09636-7>
- Helferich, C. (2022). Leitfaden-und experteninterviews. N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 875–892). Wiesbaden: Springer.

- Hellert, U. (2014). *Arbeitszeitmodelle der Zukunft: Arbeitszeiten flexibel und attraktiv gestalten*. Freiburg: Haufe.
- Hellert, U. (2018). *Arbeitszeitmodelle der Zukunft: Arbeitszeiten flexibel und attraktiv gestalten* (2. Aufl.). Freiburg: Haufe.
- Helmig, B. (2005). *Ökonomischer Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern*. Berlin: BWV.
- Helmig, B. & Dietrich, M. (2001). Qualität von Krankenhausleistungen und Kundenbeziehungen. *Die Betriebswirtschaft*, 61(3), 319–334. Abgerufen von <https://d-nb.info/1204364818/34>
- Hendrickson, S. A., Ibrahim, I., Eccles, S. & Fitzgerald, A. (2022). Less than full time training in plastic surgery: A qualitative survey-based study and practical suggestions for improvement. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 75(9), 2875-2881. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.06.042>
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman B. (1959). *The motivation to work* (2. Aufl.). New York, NY: Wiley.
- Higgins, M., Madan, C. & Patel, R. (2021). Development and decay of procedural skills in surgery: A systematic review of the effectiveness of simulation-based medical education interventions. *The Surgeon*, 19(4), e67-e77. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.07.013>
- Hillert, A. & Albrecht, A. (2020). *Burn-out–Stress–Depression: Interdisziplinäre Strategien für Ärzte, Therapeuten und Coachs*. München: Elsevier.
- Hirschi, A. (2018). Work values of the next generation: A person–environment fit perspective. *Journal of Business and Psychology*, 33(4), 495-513. <https://doi.org/10.1007/s10869-017-9494-4>

- Höfling, T. (2019, 19. September). Jobsharing – die unterschätzte Arbeitsform.  
Abgerufen von <https://www.euroakademie.de/magazin/jobsharing-vorteile-und-nachteile-der-modernen-arbeitsform/>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C. & Gonnella, J. S. (2013). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 88(9), 1243-1249.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31829a8832>
- Hölderhoff, M., Kramer, K., Feuerstein, S., Edel, F. & Schumacher, C. (2013). *Familienfreundliche Massnahmen in Spitälern: Betriebswirtschaftliche Effekte einer familienbewussten Personalpolitik für den ärztlichen Bereich*. Abgerufen von [https://vsao.ch/wp-content/uploads/2019/11/Familienfreundliche-Massnahmen-in-Spit%C3%A4lern\\_DE.pdf](https://vsao.ch/wp-content/uploads/2019/11/Familienfreundliche-Massnahmen-in-Spit%C3%A4lern_DE.pdf)
- Hostettler, S. & Kraft, E. (2018). FMH-Ärzttestatistik 2017: Aktuelle Zahlen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(13-14), 408-413. Abgerufen von <https://www.fmh.ch/files/pdf20/SAEZ-06573.pdf>
- Hostettler, S. & Kraft, E. (2019). FMH-Ärzttestatistik 2018: Wenig Frauen in Kaderpositionen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 100(12), 411-416. Abgerufen von [https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/footer/news/2019/dokumente/12/08\\_fmh\\_saez\\_aerzttestatistik\\_2018.pdf](https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/footer/news/2019/dokumente/12/08_fmh_saez_aerzttestatistik_2018.pdf)
- Hostettler, S. & Kraft, E. (2020). FMH-Ärzttestatistik 2019: Hohe Abhängigkeit vom Ausland. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101(13), 450-455. Abgerufen von <https://report2019.fmh.ch/files/pdf7/fmh-aerzttestatistik-2019.pdf>
- HPlus. (o. D.). Drei von vier Beschäftigten in Spitälern und Kliniken sind Frauen. Abgerufen von <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik->

monitor/gesamtbranche/personal/beschaefigtenstruktur/spitalpersonal-  
geschlecht

- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin: Springer.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. (2020). Reallohnentwicklung in Deutschland seit 2014 leicht positiv. Abgerufen von <https://www.iab-forum.de/reallohnentwicklung-in-deutschland-seit-2014-leicht-positiv/>
- Ipsen, C., Van Veldhoven, M., Kirchner, K. & Hansen, J. P. (2021). Six key advantages and disadvantages of working from home in Europe during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1826. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041826>
- Isaacs, A., Raymond, A., Jacob, A. & Hawkings, P. (2020). *Job satisfaction of medical interns: A qualitative study using Herzberg's hygiene motivation theory*. Abgerufen von <https://assets.researchsquare.com/files/rs-14761/v1/8ea232c8-8249-4869-8133-4ea8a722cf4e.pdf?c=1631830961>
- Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2018). The impact of simulation-based training on patient safety: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Quality & Safety*, 27(10), 871-880. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007146>
- Jones, E. & Magnus, M. (2018). Job sharing in medicine: An underutilized option for retaining and recruiting female physicians. *The American Journal of Medicine*, 131(2), 144-146. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.09.008>
- Jones, S. M., Parshuram, C. S. & Goldstein, S. D. (2020). The impact of surgical on-call duty on sleep and performance: A systematic review. *Annals of Surgery*, 272(6), 903-913. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003796>

- Jung, F. U., Luppä, M., & Riedel-Heller, S. G. (2023). Arbeitszeit bei Ärzt: innen und Auswirkungen auf Gesundheit, Zufriedenheit und Gesundheitsversorgung. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 1-7.
- Kapoor, K. & Kaur, P. (2018). Interdisciplinary approach of ergonomics and work physiology to improve working environment in manufacturing industry. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 7(6), 7-14.
- Keutel, S. (2022). Künstliche Intelligenz für die präoperative Planung. Abgerufen von <https://healthcare-in-europe.com/de/news/kuenstliche-intelligenz-praeoperative-planung.html>
- Kheiraoui, F., Gualano, M. R., Mannocci, A., Boccia, A. & La Torre, G. J. P. H. (2012). Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health*, 126(7), 624-629.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.03.006>
- Kibesuisse. (2015). *Kinderbetreuung in der Schweiz*. Abgerufen von [https://www.kibesuisse.ch/fileadmin/Dateiablage/kibesuisse\\_Publikationen\\_Deutsch/1505011\\_Factsheet\\_Kinderbetreuung\\_CH.pdf](https://www.kibesuisse.ch/fileadmin/Dateiablage/kibesuisse_Publikationen_Deutsch/1505011_Factsheet_Kinderbetreuung_CH.pdf)
- Klewer, J. (2022). *Projekt-, Bachelor-und Masterarbeiten: Von der Themenfindung bis zur Fertigstellung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Klingenheben, T., Perings, S. & Perings, C. (2019). Nachwuchsproblematiken für Praxen und Kliniken: Herausforderung der Generationen. *Aktuelle Kardiologie*, 8(1), 58-63. <https://doi.org/10.1055/a-0826-2645>
- Klingensmith, M. E. & Lewis, F. R. (2013). General surgery residency training issues. *Advances in Surgery*, 47(1), 251-270.  
<https://doi.org/10.1016/j.yasu.2013.05.001>



- Köhler, S., Napp, L. & Kaiser, R. (2004). „Teilzeitärztinnen“-Problem oder Chance für die Krankenhäuser? *Hessisches Ärzteblatt*, 5, 291-292. Abgerufen von [https://www.laekh.de/fileadmin/user\\_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2004/2004\\_05\\_10.pdf](https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2004/2004_05_10.pdf)
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., . . . & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
- Kravitz, R. L., Linn, L. S. & Shapiro, M. F. (1990). Physician satisfaction under the Ontario health insurance plan. *Medical Care*, 28(6), 502-512. <https://doi.org/10.1097/00005650-199006000-00003>
- Kressner, A. (2019). *Modelle und Lösungsverfahren für die Hauptoperationsplanung bei unsicheren Operationsdauern*. Berlin: Gabler.
- Kroll, L. E., Lampert, T. & Müters, S. (2018). Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 3(S1), 61-79. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-029>
- Kubicek, B., Paškvan, M., Prem, R., Schöllbauer, J., Till, M., Cabrita, J., . . . Wilkens, M. (2019). *Working conditions and workers' health*. Abgerufen von [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef18041en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef18041en.pdf)
- Küng, M. (2020, 15. August). Als junger Vater gern Teilzeit gearbeitet: Markus Dieth und Aargauer HR-Chefin brigitte Lüthi im Interview. *Aargauer Zeitung*. Abgerufen von [https://amp-aargauerzeitung-ch.cdn.ampproject.org/c/s/amp.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/als-](https://amp-aargauerzeitung.ch.cdn.ampproject.org/c/s/amp.aargauerzeitung.ch/aargau/kanton-aargau/als-)

junger-vater-gern-teilzeit-gearbeitet-markus-dieth-und-aargauer-hr-chefin-brigitte-luethi-im-interview-138760400

- Künzi, K., Jäggi, J. & Dubach, P. (2016). *Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation*. Abgerufen von [https://www.bu-erobass.ch/fileadmin/Files/2017/BAG\\_2017\\_SpezialisierungHumanmedizin\\_Bericht\\_d.pdf](https://www.bu-erobass.ch/fileadmin/Files/2017/BAG_2017_SpezialisierungHumanmedizin_Bericht_d.pdf)
- Kuoppala, J., Lamminpää, A. & Liira, J. (2008). VAPAA: An intervention programme to improve well-being at work. *Occupational Medicine*, 58(2), 109-114.
- Kurz, C. (2023). Gesundheitswesen in Israel: Blick in die digitale Zukunft. *Deutsches Ärzteblatt*, 120(1-2): A-20 / B-18. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/229096/Gesundheitswesen-in-Israel-Blick-in-die-digitale-Zukunft>
- Kutscher, J., Weidinger, M. & Hoff, A. (1996). *Flexible Arbeitszeitgestaltung: Praxis-Handbuch zur Einführung innovativer Arbeitszeitmodelle*. Wiesbaden: Gabler.
- Länderausschuss für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. (2012). *Handlungshilfe zur betrieblichen Umsetzung von flexiblen Arbeitszeiten und -orten*. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Lang, H. (2022). Zukunftsperspektiven der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2022. *Die Chirurgie*, 94, 57–60. <https://doi.org/10.1007/s00104-022-01794-6>
- Langelotz, C., Koplin, G., Pascher, A., Lohmann, R., Köhler, A., Pratschke, J. & Haase, O. (2017). Mitarbeiterzufriedenheit im Arbeitszeitmodell: Längsschnittstudie zu Praxistauglichkeit und Gesetzeskonformität in einer chirurgischen Klinik der Maximalversorgung. *Zentralblatt für Chirurgie-Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax-und Gefässchirurgie*, 142(6), 583-589. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112024>

- Lee, J. Y., Kim, J. H., Cho, J. Y., & Kim, J. K. (2019). Relationships between emotional labor, job stress, and burnout among clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 706-713.
- Lendemans, S. (2012). Schnittstellen in der Notfallmedizin. *Notfall + Rettungsmedizin*, 15(4), 300-304. <https://doi.org/10.1007/s10049-011-1556-3>
- Lindecke, C. (2000). *Flexible Arbeitszeitorganisation in der Praxis: eine Untersuchung in sechs Unternehmen*. München: Hampp.
- Linn, L. S., Yager, J., Cope, D. W. & Leake, B. (1986). Factors associated with life satisfaction among practicing internists. *Medical Care*, 24(9), 830–837. <https://doi.org/10.1097/00005650-198609000-00004>
- Lott, Y., & Ahlers, E. (2021). *Flexibilisierung der Arbeitszeit: Warum das bestehende Arbeitszeitgesetz und eine gesetzliche Arbeitszeiterfassung wichtig sind* (WSI Report Nr. 68). Abgerufen von [https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008176/p\\_wsi\\_report\\_68\\_2021.pdf](https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008176/p_wsi_report_68_2021.pdf)
- Luthans, F. & Youssef, C. M. (2004). Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(2), 143-160. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2004.01.003>
- Luthans, F., Youssef, C. M. & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford: Oxford University Press.
- Luthans, K. W. & Jensen, S. M. (2005). The linkage between psychological capital and commitment to organizational mission: A study of nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 35(6), 304-310. <https://doi.org/10.1097/00005110-200506000-00007>

- Lütz, F. (2021). Die Väterbeteiligung in Europa und der Schweiz—Die Rolle der Väter für mehr Gleichberechtigung. *sui generis*. Abgerufen von <https://sui-generis.ch/article/view/sg.178/1836>
- Mache, S., Vitzthum, K., Klapp, B. F. & Danzer, G. (2012). Surgeons' work hours, behavior and wellbeing: A systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-7-27>
- Mahmoudi, M., Ricciardiello, L., Molfetta, L., Miri, A., Rocco, G. & Saiani, M. (2021). Collaborative practice and role perceptions among healthcare professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1681. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041681>
- Makris, N., Niessen, C. & van Zoonen, W. (2021). Flexibilisation of work in healthcare through trust-based working time: The influence of information and communication technology and employee autonomy. *Information Technology & People*, 34(3), 832-854. <https://doi.org/10.1108/ITP-10-2019-0607>
- Mann, M. (2022). Der weite Weg zur Meritokratie: Strukturelle Hürden für junge Wissenschaftler\*innen. Debatte. *Beiträge zur Erwachsenenbildung*, 4(1), 13–14. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5613278>
- Marr, R. (2001). *Arbeitszeitmanagement: Grundlagen und Perspektiven der Gestaltung flexibler Arbeitszeitsysteme* (3. Aufl.). Berlin: Erich Schmidt.
- Mayring, P. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. In A. Böhm, A. Mengel & T. Muhr (Hrsg.), *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge* (S. 159-176). Konstanz: Universitätsverlag.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601-613). Wiesbaden: Springer VS.

- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 633-648). Wiesbaden: Springer VS.
- Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929-941.  
<https://doi.org/10.1177/0890117120920451>
- Meneveau, M. O. (2020). Challenges to Structured Workdays in the Operating Room. *The American Surgeon*, 86(4), e208–e209.  
<https://doi.org/10.1177/0003134820920441>
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030*. Abgerufen von [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-01/Obsan\\_71\\_BERICHT\\_korr.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-01/Obsan_71_BERICHT_korr.pdf)
- Merton, R. K. (1987). The focussed interview and focus groups: Continuities and discontinuities. *Public Opinion Quarterly*, 51(4), 550-566.  
<https://doi.org/10.1086/269057>
- Merz, C. & Knauth, P. (2018). Auswirkungen von flexiblen Arbeitszeitmodellen auf Arbeitnehmerzufriedenheit, Gesundheit und Arbeitgeberattraktivität. *Zeitschrift Für Arbeitswissenschaft*, 72(2), 105-118. <https://doi.org/10.1007/s41449-018-0073-7>
- Meyer, J. P., Stanley, D. J. & Parfyonova, N. M. (2020). Employee commitment in context: The nature and implications of occupational attachment across

occupations. *Journal of Applied Psychology*, 105(12), 1401-1425.

<https://doi.org/10.1037/apl0000533>

Milburn, J. A., Khera, G., Hornby, S. T., Malone, P. S. C. & Fitzgerald, J. E. F.

(2012). Introduction, availability and role of simulation in surgical education and training: Review of current evidence and recommendations from the

Association of Surgeons in Training. *International Journal of Surgery*, 10(8),

393-398. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2012.05.005>

Molema, J. J. W., Groothuis, S., Baars, I. J., Kleinschiphorst, M., Leers, E. G. E.,

Hasman, A. & Van Merode, G. G. (2007). Healthcare system design and

parttime working doctors. *Health Care Management Science*, 10(4), 365-371.

<https://doi.org/10.1007/s10729-007-9032-9>

Moote, M., Krsek, C., Kleinpell, R. & Todd, B. (2011). Physician assistant and nurse

practitioner utilization in academic medical centers. *American Journal of Medical Quality*, 26(6), 452-460. <https://doi.org/10.1177/1062860611402984>

Mühlfeld, C., Windolf, P., Lampert, N. & Krüger, H. (1981). Auswertungsprobleme offener Interviews. *Soziale Welt*, 32(3), 325–352.

<https://doi.org/10.1007/BF03005887>

Nabe-Nielsen, K., Garde, A. H., & Aust, B. (2018). The impact of night shift work on

the risk and severity of accidents and injuries: A systematic literature review.

*Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(3), 241-253.

<https://doi.org/10.5271/sjweh.3701>

Naegler, H. (2014). *Personalmanagement im Krankenhaus* (3. Aufl.). Berlin:

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Nickel, S., Füllekrug, B. & Trojan, A. (2008). *Arbeitszeitgestaltung im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst des Krankenhauses: Herausforderungen, Modelle, Erfahrungen*. Augsburg: Hampp.
- Oesch, D. (2001). *Arbeitszeiten in der Schweiz: Eine Untersuchung der Entwicklung in 14 Branchen*. Abgerufen von [https://people.unil.ch/danieloesch/files/2014/05/Dossier2001\\_08\\_Arbeitszeit\\_DOesch.pdf](https://people.unil.ch/danieloesch/files/2014/05/Dossier2001_08_Arbeitszeit_DOesch.pdf)
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533-544.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Pape-Köhler, C., Luttmann, S., Müller, C. & Feistle, M. (2021). Medical errors and patient safety in shift work: a systematic review of the literature. *Journal of Public Health*, 29(3), 299-309. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01470-w>.
- Parent-Thirion, A. Biletta, I., Cabrita, J., Vargas Llave, O., Vermeylen, G., Wilczynska, A. & Wilkens, M. (2019). *Sixth European working conditions survey – Overview report*. Abgerufen von [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1634en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf)
- Parsons, B. A., Blencowe, N. S., Hollowood, A. D. & Grant, J. R. (2011). Surgical training: The impact of changes in curriculum and experience. *Journal of Surgical Education*, 68(1), 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2010.08.004>
- Parsons, T. (2010). *Social structure & person*. New York, NY: The Free Press.

- Petersen, W., Hees, T. & Ohde, J. (2021). Aktueller Stand virtueller Simulatoren für die chirurgische Ausbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie. *Arthroskopie*, 34(2), 94-102. <https://doi.org/10.1007/s00142-020-00429-4>
- Philibert, I., Friedmann, P. & Williams, W. T. (2002). New requirements for resident duty hours. *JAMA*, 288(9), 1112-1114. <https://doi.org/10.1001/jama.288.9.1112>
- Poissonnet, C. M. & Véron, M. (2000). Health effects of work schedules in healthcare professions. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 13-23. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00321.x>
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Rachmadini, F. & Riyanto, S. (2020). The impact of work-life balance on employee engagement in generation Z. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 25(5), 62-66.
- Ragins, B. R., Singh, R. & Cornwell, J. M. (2007). Making the invisible visible: Fear and disclosure of sexual orientation at work. *Journal of Vocational Behavior*, 70(3), 458-472. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2006.10.006>
- Rahm, P. (2021). Dienstplanung–vom korrekten Umgang mit der Überzeit. *Bulletin des Médecins Suisses*, 102(23), 765-767. <https://doi.org/10.4414/bms.2021.19851>
- Rasche, C. & Braun von Reinersdorff, A. (2016). Krankenhäuser als Expertenorganisationen. In M. A. Pfannstiel, C. Rasche & H. Mehlich (Hrsg.), *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus: Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz* (S. 1-23). Wiesbaden: Springer.



- Rasche, C. & Raab, E. (2023). Digitale Gesundheitsplattformen. Strategien–Geschäftsmodelle–Entwicklungslinien. In C. Stummeyer, A. Raab & M. Erasmus Behm (Hrsg.), *Plattformökonomie im Gesundheitswesen: Health-as-a-Service–Digitale Geschäftsmodelle für bessere Behandlungsqualität und Patient Experience* (S. 73-97). Wiesbaden: Springer.
- Riegler, M. & Strohmmer, J. (2017). Jahresarbeitszeit als Alternative zur klassischen Arbeitszeit? Ergebnisse einer österreichischen Befragung von ArbeitnehmerInnen. *Wirtschaft und Gesellschaft*, 43(2), 253-284.  
<https://doi.org/10.3790/wgsp.2017.43.2.253>
- Rosa, R. R. (1991). Performance, alertness, and sleep after 3.5 years of 12 h shifts: A follow-up study. *Work & Stress*, 5(2), 107-116.  
<https://doi.org/10.1080/02678379108257008>
- Rosa, R. R., Colligan, M. J. & Lewis, P. (1989). Extended workdays: Effects of 8-hour and 12-hour rotating shift schedules on performance, subjective alertness, sleep patterns, and psychosocial variables. *Work & Stress*, 3(1), 21-32. <https://doi.org/10.1080/02678378908256877>
- Rudert, M. & Reppenhagen, S. (2021). Fort-und Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland: ein Rück-und Ausblick. *Der Orthopäde*, 50(10), 843-846. <https://doi.org/10.1007/s00132-021-04153-1>
- Ruggiero, M., Buccoliero, L., Cantisani, C., Ceci, F., de Angelis, C., de Waure, C., . . . & Ricciardi, W. (2021). Remote learning in medical education during COVID-19 pandemic: advantages, disadvantages, satisfaction and perceptions among students. *La Clinica Terapeutica*, 172(3), e196-e203.  
<https://doi.org/10.7417/CT.2021.2338>

- Satiani, B., Williams, T. E. & Ellison, E. C. (2011). The impact of employment of part-time surgeons on the expected surgeon shortage. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(3), 345-351.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.05.011>
- Schijven, M. P., Jakimowicz, J. J., Broeders, I. A.M. J. & Tseng, L. N. L. (2005). The Eindhoven laparoscopic cholecystectomy training course--improving operating room performance using virtual reality training: Results from the first E.A.E.S. accredited virtual reality trainings curriculum. *Surgical Endoscopy*, 19(9), 1220-1226. <https://doi.org/10.1007/s00464-004-2240-1>
- Schlosser, T. (2019). *Jobsharing als ein zukunftsweisendes Modell der modernen Arbeitswelt–Analyse der Bedeutung und Ableitung wesentlicher Erfolgsfaktoren und Einflussgrößen* [Masterarbeit, SRH Fernhochschule Riedlingen]. Abgerufen von [https://www.go-for-jobsharing.ch/js/kcfinder/upload/files/Tanja%20Schlosser\\_21.09.2019\\_MatrikeInr.%205947\\_Versand%281%29.pdf](https://www.go-for-jobsharing.ch/js/kcfinder/upload/files/Tanja%20Schlosser_21.09.2019_MatrikeInr.%205947_Versand%281%29.pdf)
- Schmidt, B. (2015). *Burnout in der Pflege: Risikofaktoren – Hintergründe – Selbsteinschätzung* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, E., Streifeneder, T. & Kolland, F. (2021). The role of emotional demands in explaining burnout among healthcare workers: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10729-5>
- Scholer, M. (2019). Aus eins mach zwei. *Schweizerische Ärztezeitung*, 100(35), 1168-1170. <https://doi.org/10.4414/bms.2019.17978>
- Schreyögg, J. (2020). Corona-Krise trifft auf Strukturprobleme im Gesundheitswesen. *Wirtschaftsdienst*, 100(4), 226-227.  
<https://doi.org/10.1007/s10273-020-2617-3>

- Schreyögg, J. & Gericke, C. (2006). Kundenmanagement im Gesundheitswesen—  
Einführung und methodische Grundlagen. In R. Busse, J. Schreyögg & C.  
Gericke (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen* (S. 152-155). Berlin:  
Springer.
- Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *The American Economic  
Review*, 51(1), 1-17. Abgerufen von [https://www.ssc.wisc.edu/~walker/wp/wp-  
content/uploads/2012/04/schultz61.pdf](https://www.ssc.wisc.edu/~walker/wp/wp-content/uploads/2012/04/schultz61.pdf)
- Schulz, R. & Schulz, C. (1988). Management practices, physician autonomy, and  
satisfaction: Evidence from mental health institutions in the Federal Republic  
of Germany. *Medical Care*, 26(8), 750-763. Abgerufen von  
<https://www.jstor.org/stable/3765460>
- Schumacher, C. & Dressel, H. (2022). Im Dschungel des Mutterschutzes – ein Leit-  
faden für schwangere Ärztinnen und deren Arbeitgebende. *Praxis*, 111(11),  
618-622. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003887>
- Schwab Cammarano, S. & Stern, S. (2020). *Kitas als ein Schlüsselfaktor für die  
Gleichstellung: Literaturreview zu den Wirkungen von Kitabetreuung auf die  
Entwicklung und das Wohlbefinden von Kindern*. Abgerufen von  
[https://www.equality.ch/pdf\\_d/Literaturreview\\_Kitabetreuung\\_final.pdf](https://www.equality.ch/pdf_d/Literaturreview_Kitabetreuung_final.pdf)
- Schweda, M., Hummers, E. & Kleinert, E. (2023). Zwischen Bagatellisierung und  
Pathologisierung: Gesundheitsversorgung im Alter und die Zeitstruktur guten  
Lebens. *Ethik in der Medizin*, 35, 1-15. [https://doi.org/10.1007/s00481-022-  
00742-6](https://doi.org/10.1007/s00481-022-00742-6)
- Schweri, T. (2018). Einkommensdiskussion in Relation zur Arbeitszeit, Dienststätig-  
keit und Ausbildungsdauer. *Schweizer Ärztezeitung*, 99(49), 1740-1740.  
<https://doi.org/10.4414/saez.2018.17393>

- Seco. (o. D.). Krankenanstalten und Kliniken. Abgerufen am 28. Mai 2022, von <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/Arbeits-und-Ruhezeiten/Krankenanstalten-und-Kliniken.html#1628200628>
- Sehringer Bucher, N. (2021). *Home-Office im klinischen Alltag von öffentlichen Krankenhäusern – wie zukunftsfähig ist dieses Arbeitsmodell?* [Masterarbeit, KMU Akademie & Management AG]. Abgerufen von [https://competence.ch/wp-content/uploads/2021/11/MBA-HomeOffice\\_Sehringer\\_0321-1.pdf](https://competence.ch/wp-content/uploads/2021/11/MBA-HomeOffice_Sehringer_0321-1.pdf)
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., . . . & West, C. P. (2020). Burnout and satisfaction with work–life integration among physicians in an academic health system. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(9), 1892-1903. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.03.024>
- Shaw, R. D., Eid, M. A., Bleicher, J., Broecker, J., Caesar, B., Chin, R., . . . & Ivatury, S. J. (2022). Current barriers in robotic surgery training for general surgery residents. *Journal of Surgical Education*, 79(3), 606-613. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.11.005>
- Shore, B. E. & Franks, P. (1986). Physician satisfaction with patient encounters: Reliability and validity of an encounter-specific questionnaire. *Medical Care*, 24(7), 580-589. <https://doi.org/10.1097/00005650-198607000-00002>
- Siegrist, J., Rosskam, E. & Leka, S. (2016). *Work and worklessness: Final report of the task group on employment and working conditions, including occupation, unemployment and migrant workers*. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350444/WHO-EURO-2016-4445-44208-62431-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Smith, A. B., Kalliath, T. & Ho, C. (2021). Long work hours, job strain, and mental health in the nursing profession. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(1), 84-96. <https://doi.org/10.1037/ocp0000214>
- Solow, R. M. (1956). A contribution to the theory of economic growth. *The Quarterly Journal of Economics*, 70(1), 65-94. <https://doi.org/10.2307/1884513>
- Sottas, B. (2020). Funktion statt Kompetenz–Das Ende der Gesundheitsberufe im industrialisierten Gesundheitswesen. In H. Höppner, P. Kühnast & C. Winkelmann (Hrsg.), *Potentiale der Physiotherapie erkennen und nutzen–Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung* (S. 71-78). Heidelberg: medhochzwei.
- SpitexPlus Projekt. (2009). *Advanced Nursing Practice – ANP Pflegespezialistinnen und Spezialisten*. Abgerufen von <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/projekte/spitexplus/publikationen/2-anp-f%C3%BCr-homepage-2009-03-04.pdf>
- Springer. (2013). *Kompakt-Lexikon HR: 650 Begriffe nachschlagen, verstehen, anwenden*. Wiesbaden: Springer.
- SSZ-Beratung. (o. D.). *Welche Arbeitsmodelle gibt es*. Abgerufen am 2. Juni 2023, von <https://www.ssz-beratung.de/welche-arbeitszeitmodelle-gibt-es/>
- Staatssekretariat für Wirtschaft. (2014). *Fachkräftemangel in der Schweiz: Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern*. Abgerufen von [https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen\\_Dienstleistungen/Publikationen\\_und\\_Formulare/Arbeit/Arbeitsmarkt/Informationen\\_Arbeitsmarktfor](https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsmarkt/Informationen_Arbeitsmarktfor)

schung/fachkraeftemangel-in-der-schweiz---ein-indikatorensystem-zur-beu.html

Staatssekretariat für Wirtschaft. (2020). *Merkblatt zum Pikettdienst*. Abgerufen von [https://www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Publikationen\\_Dienstleistungen/Publikationen\\_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/merkblaetter\\_checklisten/Merkblatt%20zum%20Pikettdienst.pdf.download.pdf/Merkblatt%20zum%20Pikettdienst.pdf](https://www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/merkblaetter_checklisten/Merkblatt%20zum%20Pikettdienst.pdf.download.pdf/Merkblatt%20zum%20Pikettdienst.pdf)

Staatssekretariat für Wirtschaft. (2021). *Mutterschutz: Information für Schwangere, Stillende und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis*. Abgerufen von [https://www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Publikationen\\_Dienstleistungen/Publikationen\\_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschueren/broschuere\\_mutterschutz.pdf.download.pdf/broschuere\\_mutterschutz\\_2021.pdf](https://www.seco.admin.ch/dam/seco/de/dokumente/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschueren/broschuere_mutterschutz.pdf.download.pdf/broschuere_mutterschutz_2021.pdf)

Staatssekretariat für Wirtschaft. (2023a, 28. Januar). *Arbeitsgesetz und Verordnungen*. Abgerufen von <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz-und-Verordnungen.html>

Staatssekretariat für Wirtschaft. (2023b). *Merkblatt für die Anwendung des Arbeitsgesetzes in Krankenanstalten und Kliniken*. Abgerufen von [https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen\\_Dienstleistungen/Publikationen\\_und\\_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Merkblätter\\_und\\_Checklisten/merkblatt-fuer-die-anwendung-des-arbeitsgesetzes-in-krankenanstalten.html](https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Merkblätter_und_Checklisten/merkblatt-fuer-die-anwendung-des-arbeitsgesetzes-in-krankenanstalten.html)

Statistisches Bundesamt. (2023). *Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2021*. Zitiert nach [de.statista.com](https://www.de.statista.com). Abgerufen von

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>

- Steinbrook, R. (2002). The debate over residents' work hours. *New England Journal of Medicine*, 347(16), 1296-1302. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr022383>
- Steiner, P. (1997). *Messung und Bewertung öffentlicher Leistungen: Der Krankenhausoutput*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Steinke, I. (2007). Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In U. Kuckartz, H. Grunenberg & T. Dresing (Hrsg.), *Qualitative Datenanalyse: computergestützt: Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis* (2. Aufl., S. 176–187). Wiesbaden: Springer VS.
- Stock-Homburg, R. & Gross, M. (2019). Umgang mit älteren Führungskräften und Mitarbeitern. In R. Stock-Homburg & M. Gross (Hrsg.), *Personalmanagement: Theorien–Konzepte–Instrumente* (4. Aufl., S. 739-778). Wiesbaden: Gabler.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Hrsg.), *Handbook of qualitative research* (S. 273-285). Los Angeles, CA: Sage.
- Tan, S. S. & Sarker, S. K. (2011). Simulation in surgery: A review. *Scottish Medical Journal*, 56(2), 104-109. <https://doi.org/10.1258/smj.2011.011098>
- Taylor, F. W. (2004). *Scientific management*. London: Routledge.
- Ten Kate, C. A., Calis, M. D., & Vrijotte, T. G. (2016). Flexibility in shift schedules increases wellbeing and sleep quality amongst offshore day and shift workers. *Applied Ergonomics*, 56, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.02.004>

Tischler, M. (2020). COVID-19-Durchbruch für Telemedizin, Homeoffice und digitale Anwendungen?. *Der Deutsche Dermatologe*, 68(6), 420-421.

<https://doi.org/10.1007/s15011-020-3189-7>

Universität Zürich. (2022, 28. November). Fachkräftemangel-Index Schweiz.

Abgerufen von

<https://www.stellenmarktmonitor.uzh.ch/de/indices/fachkraeftemangel.html>

Universität Zürich. (o. D.). Kosten. Abgerufen am 2. Juni 2023, von

<https://www.kihz.uzh.ch/de/kitas/kosten.html>

Van Scheppingen, A. R., de Vroome, E. M. M., Ten Have, K. C. J. M., Bosma, H., & Schalk, M. J. D. (2020). The effect of government policies on the work-related determinants of health: A systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1-23.

Voigt, D. (2022). Digitalisierung und Handlungsfelder im Sozial- und

Gesundheitswesen. In D. Voigt (Hrsg.), *Digitalisierung im Sozial- und*

*Gesundheitswesen: Zukunftsnavigator für Sozial- und Gesundheitswesen* (S.

1-9). Wiesbaden: Springer VS.

Von Trotha, K. (2009). *Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst: Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Hospital Performance Outcomes*. Wiesbaden: Gabler.

VSAO. (2014). *Familienfreundliche Massnahmen in Spitälern*. Abgerufen von

[https://vsao.ch/wp-content/uploads/2019/11/Broschure-Familienfreundliche-Massnahmen\\_DE.pdf](https://vsao.ch/wp-content/uploads/2019/11/Broschure-Familienfreundliche-Massnahmen_DE.pdf)

Wahrendorf, F. & Donner-Banzhoff, N. (2019). Arbeitszeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung - Eine empirische Analyse. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 145, 44-50.

<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.08.003>



- Walumbwa, F. O., Peterson, S. J., Avolio, B. J. & Hartnell, C. A. (2010). An investigation of the relationships among leader and follower psychological capital, service climate, and job performance. *Personnel Psychology*, 63(4), 937-963. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2010.01193.x>
- Wanger, S. (2006). *Flexible Arbeitszeitmodelle*. Hamburg: Dashöfer.
- Warkentin, N. (2020, 4. November). Jobsharing: Vor- und Nachteile geteilter Arbeit. Abgerufen von <https://karrierebibel.de/jobsharing/>
- Waterhouse, J., Folkard, S. & Minors, D. (1992). *Shiftwork, health and safety: An overview of the scientific literature 1978–90*. London: HMSO.
- Weingartner, B. (2018, 8. November). Ärztinnenanteil im Kader: Das sind die vorbildlichsten grossen Spitäler. Abgerufen von <https://www.medinside.ch/de/post/aerztinnenanteil-im-kader-das-sind-die-vorbildlichsten-grossen-spitaeler>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J. & Shanafelt, T. D. (2016). The role of hospital administration in supporting physician well-being: A systematic review. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(7), 978-996. doi:10.1016/j.mayocp.2016.05.007.
- Whelehan, D. F., Alexander, M., Connelly, T. M., McEvoy, C. & Ridgway, P. F. (2021). Sleepy surgeons: A multi-method assessment of sleep deprivation and performance in surgery. *Journal of Surgical Research*, 268, 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.06.047>
- Williams, B. R., Agel, J. A. & Van Heest, A. E. (2017). Protected time for research during orthopaedic residency correlates with an increased number of resident publications. *JBJS*, 99(13), e73. <https://doi.org/10.2106/JBJS.16.00983>
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Linzer, M., McMurray, J. E., Pathman, D. E., Gerrity, M. S., . . . Douglas, J. A. (1999). Refining the measurement of physician job

satisfaction. *Medical Care*, 37(11), 1140-1154.

<https://doi.org/10.1097/00005650-199911000-00006>

Wölfli, M. (2022). Best Practice: Blick über den Tellerrand auf andere Länder. In M. Wölfli (Hrsg.), *Kind und Karriere—es geht beides!: Impulse für Frauen in Führung* (S. 43-55). Berlin: Springer.

Wunsch, C., Buchmann, M., Wedel, S. & Weg, P. M. (2014). *Arbeits-und Fachkräftebedarf der Schweiz bis 2060*. Abgerufen von [https://wwz.unibas.ch/fileadmin/user\\_upload/wwz/00\\_Professuren/Wunsch\\_Arbeitsmarktoekonomie/Forschung/7.\\_Abschlussbericht\\_Arbeits-\\_und\\_Fachkraeftebedarf\\_der\\_Schweiz\\_bis\\_2060.pdf](https://wwz.unibas.ch/fileadmin/user_upload/wwz/00_Professuren/Wunsch_Arbeitsmarktoekonomie/Forschung/7._Abschlussbericht_Arbeits-_und_Fachkraeftebedarf_der_Schweiz_bis_2060.pdf)

Xiao, Y., Becerik-Gerber, B., Lucas, G. & Roll, S. C. (2021). Impacts of working from home during COVID-19 pandemic on physical and mental well-being of office workstation users. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(3), 181-190. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002097>

Zirfas, J. (2022). Belastung. In M. Dederich & J. Zirfas (Hrsg.), *Glossar der Vulnerabilität* (S. 71-80). Wiesbaden: Springer.

Zünd, G. (2020). Ökonomisierung als Chance für das Gesundheitswesen. *Praxis*, 109(3), 161-162. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003411>

## Anhang

## **Anhang 1: Interviewleitfaden**

## Interviewleitfaden

Kurze Einführung: Doktorarbeit am Lehrstuhl Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen innerhalb des Instituts für Health Care and Public Management an der Universität Hohenheim. Der Inhalt dieses Interviews wird nur für diese Forschungsarbeit gebraucht und für die darin publizierten Artikel oder Konferenzbeiträge. Ihre Antworten werden anonymisiert. Das Interview wird mit Aufnahmegerät aufgenommen.

Thema	Hauptfragen	Unterfragen	Aufrechterhaltungsfragen
Arbeitsalltag	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie sieht ein typischer Arbeitstag bei Ihnen aus?</li> <li>2. Wie stehen Sie zum aktuellen Arbeitszeitgesetz?</li> <li>3. Wie helfen Pflege und Administration im klinischen Alltag?</li> <li>4. Inwiefern verändert die Digitalisierung Ihren Arbeitsalltag/die Arbeitsabläufe in der Klinik?</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wo sehen Sie die Herausforderungen in ihrem Alltag?</li> <li>- Können Sie etwas über das Thema Arbeitszeiten (in der Klinik) erzählen?</li> <li>- Wie sieht es bei Ihnen mit Überstunden aus?</li> <li>- Sind andere Berufsgruppen eine Entlastung? Wo ist die Unterstützung am notwendigsten? Z.B. Physician Assistant</li> </ul>	Was fällt Ihnen sonst noch ein?
Arbeitszeitmodelle	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Welche Arrangements haben Sie damit Sie flexibel im Arbeitsalltag sind?</li> <li>6. Inwiefern sind Sie mit diesem Arrangement zufrieden? (Vollzeit, Teilzeit (wie viel %), Job Sharing, Jahresarbeitszeit, Gleitzeit, Co Leitung)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wieso funktioniert dieses Arrangement? Bzw. wieso nicht?</li> <li>- Welche Rolle spielt der/die Vorgesetzte? Das Spital? Die Gesetzgebung? Für die Umsetzung? Z.B. Home Office</li> </ul>	
Work Life Balance	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Wie zufrieden sind sie mit ihrer Work Life Balance?</li> <li>8. Bereit auf Einkommen zu verzichten im Gegenzug zu Flexibilität?</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie schätzen Sie ihre Arbeitsbelastung ein?</li> <li>- Finden Sie Zeit für Erholung? Physische und psychische Erholung z.B. im Dienst?</li> </ul>	

Forschung	<p>9. Inwiefern erlaubt es der klinische Alltag ihren Forschungstätigkeiten nachzugehen?</p> <p>10. Was würde Ihnen helfen mehr Forschungszeit zu haben?</p>	-	
Karriere	<p>11. Was ist ihr Karriereziel?</p> <p>12. Warum verfolgen Sie genau dieses Karriereziel?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Herausforderungen begegnen oder begegneten Sie um an Ihr Karriereziel zu gelangen?</li> <li>- Gibt es Unterschiede Mann/Frau? Weitere?</li> <li>- Mussten Sie/Du auf etwas verzichten? (Z.B. Freizeit, Freunde, Familie)</li> <li>- Was sind Auswirkung auf die Familienplanung?</li> </ul>	
Zusätzliche, abschließende Fragen	<p>13. Möchten Sie noch etwas anfügen, über das wir bis jetzt noch nicht gesprochen haben?</p>		

## **Anhang 2: Transkribierte Interviewtexte**

## Interview 01

I: Okay! Also, vielen Dank, Martina! (...) Ich würde die Runde starten mit der Frage, so ein bisschen wie ein typischer Arbeitsalltag bei dir aussieht, wenn es das gibt. #00:00:16-1#

T: Also, das fängt schon am Morgen an= #00:00:21-9#

I: Einfach ein typischer Tag, wenn es das gibt. #00:00:25-1#

T: Doch, bei mir ist es eigentlich sehr geregelt, ich glaube, darum geht es auch gut. Ich habe einen kleinen Sohn, 15 Monate alt. Und wir stehen so um viertel nach sechs auf, richten das Morgenessen, duschen und um viertel nach sieben/ entweder bringt ihn mein Mann oder ich in die Kita. #00:00:44-1#

I: Mhm (bejahend). #00:00:44-5#

T: Allerspätestens muss ich um halb acht von daheim mit dem Velo losfahren, damit ich spätestens um 20 vor, viertel vor acht hier am Uni Spital bin und mich noch ein bisschen einlesen oder vorbereiten kann in den Tag. Häufig mache ich die Arbeit schon am Abend vorher oder mal schnell von daheim, damit ich weiss, was mich erwartet. Ich bin so um viertel vor acht da, um fünf vor acht haben wir Rapport, was je nach dem bis acht oder auch mal viertel oder zehn nach acht geht. Und die Sprechstunden fangen normalerweise um acht an. Ich habe vor allem Sprechstunden von acht bis zwölf und dann offiziell eine Stunde Mittag, von eins bis fünf wieder Sprechstunden. Und ich bin, glaube ich, eher eine effiziente/ (...) das heisst, ich versuche, andauernd auch meine Berichte zu schreiben und a jour zu sein. (...) Ja, ich/ dann habe ich eben den ganzen Tag eigentlich Sprechstunden. Wenn ich merke, dass ich im Verzug bin, arbeite ich auch mal über Mittag und arbeite einen Bericht auf. #00:01:52-8#

I: Mhm (bejahend). #00:01:53-3#

T: Und ich wechsele mich mit meinem Mann ab. Wenn ich einen Tag noch Dienst habe/ das heisst, wir haben dann das Telefon den ganzen Tag, bis um sechs haben wir Dienst und da weiss man nie so recht. Wenn um fünf vor sechs noch etwas kommt, geht's halt länger. #00:02:06-3#

I: Mhm (bejahend). #00:02:06-6#



T: An diesen Tagen geht mein Mann unseren Sohn abholen. Und sicher ein bis zwei Mal pro Woche weiss ich, dass ich einfach allerspätestens um viertel nach sechs aus dem Haus muss, weil um halb sieben die Kita schliesst. (lacht) #00:02:22-5#

I: Okay, genau. (lacht) #00:02:23-7#

T: Aber das klappt eigentlich recht gut, wenn ich es weiss, weil ich könnte auch mal noch von daheim aus abrechnen oder Berichte schreiben. (lacht) #00:02:28-0#

I: Mhm (bejahend). #00:02:28-4#

T: Das heisst: Ich probiere eigentlich wirklich, dass ich so nach dem Rapport zwischen sechs und viertel nach sechs an diesen Tagen nach Hause kann, wo ich weiss: Ich muss meinen Sohn holen. Und die anderen Tage kann ich viel lockerer nehmen, wenn ich weiss: Mein Mann geht. Dann kann ich noch Berichte fertig machen und dann wird es halt sieben, halb acht. Aber auch das ist sehr human für mich. #00:02:50-8#

I: Mhm (bejahend). #00:02:51-0#

T: Ich kenne es von anderen Stellen. Oder als ich halt noch keine Kinder hatte, war es mir weniger wichtig, dass ich pünktlich daheim bin. #00:02:59-1#

I: Okay. Und das heisst aber auch, dass dann der Arbeitstag aufhört? Oder hast du noch/ ich sage jetzt zum Beispiel Forschungsaktivitäten? Oder ist das bei dir jetzt/ #00:03:10-3#

T: Ja, ich war vorher in Basel und bin dort noch eine Arbeit am Machen. Aber im Moment ist das eher aufs Wochenende oder meine Freitage, weil ich mag dann nicht mehr am Abend nochmals zwei, drei Stunden. Und für so Forschungssachen muss man einfach länger hinsitzen. #00:03:26-0#

I: Mhm (bejahend). #00:03:26-3#

T: Meine Erfahrung. Und wenn, dann tue ich eher/ ich arbeite 80 Prozent. #00:03:32-2#

I: Mhm (bejahend). #00:03:32-5#

T: Ich habe den Mittwoch frei. Und Mittwoch ist eigentlich mein Kindertag. Das heisst, dann mache ich auch keinen Haushalt. Und das heisst, ich mache dann eigentlich am Abend noch den Haushalt. Und wir kochen immer richtig. #00:03:43-6#

I: Mhm (bejahend). #00:03:44-0#

T: Dann sind die Abende relativ schnell. Und noch ein bisschen sozial, mal noch abmachen und so/ (...) die sind relativ schnell weg! (lacht) #00:03:52-4#

I: Ja, das glaube ich! Okay. Aber das heisst eigentlich/ ist es bei dir in dem Fall ein bisschen getrennt, so/ ich sage mal: Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag, wo du den Ablauf hast? #00:04:02-9#

T: Mhm (bejahend). #00:04:03-7#

I: Am Mittwoch ist so dein freier Tag, wo du für die Familie kannst/ oder für den Sohn oder Tochter/ #00:04:10-2#

T: Sohn. #00:04:10-9#

I: Sohn, ja genau/ kannst du aufwenden und so/ ich sage so: Forschungsaktivitäten sind dann Freizeit? #00:04:18-1#

T: Also, wenn, dann mache ich es am Mittwoch. Und ich muss nach Basel gehen. #00:04:21-1#

I: Aha, du hast nur dort/ #00:04:23-1#

T: Und ich habe dort meine Grossmutter. Und dann organisiere ich, dass ich den Sohn zur Grossmutter bringen kann. Und dann gehe ich zwei, drei Stunden in den Spital. Ich kann aber schon auch von daheim aus arbeiten. #00:04:34-4#

I: Mhm (bejahend). #00:04:34-7#

T: Aber dann muss ich explizit jemanden organisieren, der nach meinem Sohn schaut. Weil ich kann nicht/ ja, wenn er schläft/ (...) aber Forschung finde ich extrem schwierig. Ich habe im letzten Herbst noch auf die Facharztprüfung gelernt. #00:04:47-7#

I: Mhm (bejahend). #00:04:48-0#

T: Da habe ich schon mal eine Stunde, zwei können, als er geschlafen hat.  
#00:04:51-0#

I: Mhm (bejahend). #00:04:51-3#

T: Das geht dann schon. Aber für eine Forschung? Da brauchst du einfach mehr Zeit.  
#00:04:56-9#

I: Okay. #00:04:57-6#

T: Und das ist nicht mein Hauptteil. Also, ich arbeite gerne klinisch. #00:05:02-4#

I: Mhm (bejahend). #00:05:02-7#

T: Und ja/ #00:05:03-5#

I: Also, das heisst aber auch jetzt, dass Forschung/ jetzt einfach, dass du das noch fertig machst, aber eigentlich die Idee ist, dass du nur klinisch/ also, in Führungs- und Schlusszeichen klinisch einfach arbeitest? #00:05:15-3#

T: Ja. #00:05:16-2#

I: Okay. #00:05:16-9#

T: Ja, wenn ich so ein kleines Projekt habe, macht es mir extrem Freude und dann mache ich es auch gerne. #00:05:23-5#

I: Mhm (bejahend). #00:05:23-8#

T: Aber ich könnte jetzt nicht parallel noch Forschung/ noch mehrere Sachen parallel haben. #00:05:26-9#

I: Mhm (bejahend). #00:05:27-3#

T: Ich schliesse dann gerne etwas ab und je nach dem, wenn wieder etwas interessiert, kann ich auch wieder etwas anfangen. Ganz abgeneigt bin ich nicht. #00:05:37-7#

I: Ja. (...) Und/ (...) ich sage jetzt/ so für die Karriere oder für den Plan/ (...) also, ich sage jetzt: An einem Uni Spital ist ja die Forschung ein wichtiger Teil oder man sollte das. Spielt das eine Rolle, oder wie/ #00:05:53-8#

T: Jetzt in meiner Situation finde ich nicht. Da ist mir jetzt nie Druck gemacht worden. #00:05:59-0#

I: Mhm (bejahend). #00:05:59-4#

T: Ich habe auch, glaube ich, relativ früh schon dem Chef gesagt, dass ich eher in Richtung Praxis will, also Spezialfach in der Praxis/ (...) das ist dem Chef bewusst. #00:06:12-4#

I: Mhm (bejahend). #00:06:12-7#

T: Und ich interessiere mich eher noch auch ein bisschen/ Praxis Management und habe mich jetzt da auch schon ein bisschen parallel weitergebildet. #00:06:23-7#

I: Also betriebswirtschaftlich? Ja, okay. #00:06:27-2#

T: Aber das mache ich dann auch alles in der Freizeit. #00:06:31-8#

I: Und das heisst aber, das hier jetzt ist in dem Fall eine Übergangsphase, dass man quasi nicht im Uni Spital Karriere anstrebt, sondern du dir eher ein bisschen das Wissen aneignest, das du dann mitnimmst und zum Beispiel eine eigene Praxis eröffnet? #00:06:48-7#

T: Mhm (bejahend). #00:06:49-3#

I: Also, ich weiss nicht, was es für Möglichkeiten gibt. #00:06:53-1#

T: Genau, eigentlich schon. Also, ich habe meinen inneren Facharzt fertig und bin jetzt noch für ein Spezialfach da. Ich habe schon ein Jahr in Basel gemacht und muss jetzt einfach die Zeit noch abschliessen. Man braucht drei Jahre für den Facharzt zusätzlich. #00:07:08-1#

I: Also, (unv. #00:07:08-5#)? #00:07:10-3#

T: Ja. #00:07:11-1#

I: Ja. #00:07:11-5#

T: Und habe jetzt einfach die Möglichkeit, da beim Chef/ (...) das zu machen. Für mich ist es natürlich auch wichtig, dass es nahe vom Wohnort ist, weil sonst könnte man nicht so effizient arbeiten. Weil Mann arbeitet 100 Prozent, hat gerade ein eigenes Geschäft eröffnet. Der arbeitet mehr als 100 Prozent. Da muss man schon recht organisiert sein. #00:07:30-6#

I: Ja, okay. Und das heisst/ also, dann ist es ab Region Zürich? #00:07:35-5#

T: Ja. #00:07:34-9#

I: Okay. #00:07:35-6#

T: Also, wir wohnen in Zürich, arbeiten beide in Zürich. #00:07:39-3#

I: Und du musst einfach ab und zu das in Basel noch fertig machen? #00:07:43-4#

T: Ja. #00:07:43-8#

I: Aber es ist nicht/ #00:07:45-2#

T: Nein, nein. Und ich kann auch von zuhause aus arbeiten. Aber wenn ich mit dem Betreuer etwas mache, was man manchmal halt muss, dann gehe ich nach Basel. #00:07:53-1#

I: Okay. (...) Inwiefern sind denn so ein bisschen jetzt die Arbeitszeiten oder die Modelle ein Thema in der Klinik? Also, bist du eine Ausnahme oder ist das ein bisschen bei allen so? #00:08:05-1#

T: Bei den Assistenzärzten/ bis auf einer arbeiten eigentlich alle 100 Prozent. #00:08:10-5#

I: Mhm (bejahend). #00:08:11-7#

T: Und entweder haben die noch keine Kinder. Oder eine hat Kinder aber schon ältere. #00:08:17-2#

I: Mhm (bejahend). #00:08:17-6#

T: Und durch das, dass wir ein grosses Ambi haben, also Sprechstunden, kann man das Teilzeit eigentlich sehr gut organisieren. Ich habe jetzt nicht das Gefühl, dass ich benachteiligt bin, weil ich nicht 100 Prozent arbeite. #00:08:32-2#

I: Okay. #00:08:32-9#

T: Und es ist einfach klar, dass ich am Mittwoch nicht da bin. Und das hat bisher noch nie jemand hinterfragt. #00:08:39-2#

I: Mhm (bejahend). #00:08:39-5#

T: Der einzige Nachteil: Wir haben nicht so viel Weiterbildung. Und eine kleine Weiterbildung ist genau am Mittwoch. Die verpasse ich. Und wenn es ein spannendes Thema ist, komme ich extra und organisiere mir das. #00:08:53-1#

I: Also, eine gewisse Flexibilität. #00:08:56-8#

T: Wenn man es will. Aber wenn man es will, dann geht auch vieles. #00:09:01-6#

I: Okay. Aber wenn du jetzt sagst: Andere haben auch noch/ also, ab Stufe Oberarzt, nehme ich an? Weil die Assistent/ #00:09:10-7#

T: Ja, genau, da ist noch eine Frau auch 80 und reduziert jetzt auf 60. #00:09:16-7#

I: Ja. #00:09:17-2#

T: Und noch jemand ist 90. Sonst/ #00:09:19-7#

I: Aber Oberarzt? Leitende habt ihr, glaube ich, keine. Oder? #00:09:22-2#

T: Nein. #00:09:22-9#

I: Okay. #00:09:23-5#

T: Und bei den Männern arbeiten alle 100 Prozent. #00:09:27-5#

I: Ah, okay, das ist noch spannend. Ja. Also, alle Männer? #00:09:32-0#

T: Alle Männer. #00:09:33-1#

I: Okay. #00:09:33-9#

T: Sowohl bei den Assistenzärzten als auch bei den Oberärzten. #00:09:38-1#

I: Okay. (...) Ja, das ist noch spannend. Okay. Hast du eine Idee, warum das so sein könnte? #00:09:48-5#

T: Also, die Männer, die Kinder haben, haben entweder/ sind sie/ jemand ist einfach auch sehr gut organisiert und hat auch ein bisschen Karriere anstreben wollen. #00:09:58-0#

I: Mhm (bejahend). #00:09:58-3#

T: Und die anderen? Dort sind im Moment die Frauen daheim. #00:10:01-8#

I: Dass das so/ (...) so sein sollte? #00:10:04-9#

T: Nein, das sollte nicht sein! (lacht) Aber ist halt. #00:10:08-1#

I: Also, die wollen das auch so? Also, man kann ja wählen. #00:10:12-6#

T: Ja. #00:10:13-4#

I: Okay. (...) Und/ (...) eben, ihr müsst es dann eigentlich trotzdem in der Klinik auch aufteilen, wenn/ also, ich weiss jetzt nicht, wie viele Frauen/ wie viel 80 Prozent/ (...) aber ich nehme an, wenn du am Mittwoch nimmst, kann nicht noch jemand anders am Mittwoch nehmen. Oder hast du wie dein eigenes Gebiet? Oder müsst ihr euch schon absprechen? #00:10:39-9#

T: Das ist, glaube ich, wie fix. Bei mir ist das der Mittwoch und da schauen sie schon, dass dann andere an anderen Tagen freihaben. Aber dadurch, dass wir Sprechstunden haben, kann man es auch ein bisschen organisieren. Aber es wäre natürlich schon nicht gut, wenn alle am Mittwoch frei hätten. Aber so flexibel muss halt jeder

sein, sowohl die, die einen Tag frei nehmen, wie auch die Klinik, die halt Lösungen sucht. #00:11:04-8#

I: Also, das heisst, du hast es vorher nicht absprechen müssen mit anderen im Team in dem Sinn, sondern/ #00:11:12-0#

T: Es ist bei mir/ ich habe zuerst etwas anderes geplant gehabt und bin dann relativ schnell doch hierhin gekommen und habe aber meine Kinderbetreuung für den Mittwoch schon organisiert gehabt. Und das war die Bedingung: Ich brauche einfach den Mittwoch frei. #00:11:28-0#

I: Okay. #00:11:29-1#

T: Und das war nie ein Problem. #00:11:31-5#

I: Okay. #00:11:32-2#

T: Aber weil unser Team/ ich würde sagen, 70, 80 Prozent arbeiten 100-prozentig. Also, es ist einfach/ #00:11:41-4#

I: Also, die Mehrheit/ #00:11:43-0#

T: Die Mehrheit arbeitet 100-prozentig. Da ist das in unserem Team jetzt nicht so ein Thema. #00:11:49-3#

I: Also ist das wie eine Ausnahmeregelung? #00:11:51-6#

T: Eine Assistentin arbeitet noch 60, eine Oberärztin 60 und jemand 90. Und der Rest? Da arbeiten alle 100. #00:11:59-7#

I: Ja, das sind nicht wenige. Okay. #00:12:01-9#

T: Ja. #00:12:02-5#

I: Wie ist das? Ist das auch akzeptiert? #00:12:06-5#

T: Ja. #00:12:07-4#



I: Oder merkst du da, dass/ also, ich nehme an, du hast dann wie mehr Erholung in Anführungs- und Schlusszeichen, weil der Klinikalltag ja wirklich hektisch sein kann. Oder wegen Diensten und so? Das klappt alles? Es ist einfach wie klar: Martina ist am Mittwoch einfach nicht da. #00:12:22-9#

T: Mhm (bejahend). #00:12:21-6#

I: Und sonst bist du da, gibst Vollgas/ (...) eben so eine gewisse Flexibilität, die du halt auch mit reinbringst, wenn es jetzt halt unbedingt etwas braucht. #00:12:32-9#

T: Dann kann man es irgendwie organisieren. Und bei den Diensten ging ich nie nachzählen: Habe ich weniger Wochenende und/ (...) und unter der Woche Dienst als jemand, der 100-prozentig arbeitet. #00:12:45-6#

I: Du meinst, rein theoretisch müsstest du weniger bekommen, weil so/ #00:12:48-4#

T: Eigentlich. Aber ich glaube, das gleicht sich aus. Das ist im Moment/ #00:12:52-7#

I: Okay. #00:12:53-4#

T: Ja. (...) Wir haben etwa einmal im Monat Pickett, noch am Abend. Das heisst, nach der Arbeit eigentlich die ganze Nacht. Montag auf Dienstag und Dienstag auf Mittwoch, immer zwei nach einander. #00:13:11-5#

I: Mhm (bejahend). #00:13:11-8#

T: Das ist einmal pro Monat. Und/ (...) und etwa einmal pro Monat einen Samstag oder einen Sonntag. Und dann hat man halt auch von Freitagabend bis Sonntagmorgen oder von Sonntagmorgen bis Montagmorgen. Und dann hat man aber immer, wenn man den Sonntagsdienst hat, am Montag frei. Und wenn man am Samstag arbeitet, hat man den Donnerstag vorher frei. #00:13:36-0#

I: Mhm (bejahend). #00:13:36-3#

T: Und das geht recht gut. Das schätze ich auch, mal noch frei zu haben, wenn jetzt mein Sohn in die Kita geht/ (...) dann kann ich ein bisschen aushalten. #00:13:44-0#

I: Ein bisschen dein Zeug machen, in den Sport gehen. #00:13:46-0#

T: Mein Zeug machen, ein bisschen Sport machen! (lacht) #00:13:49-7#

I: Ja, okay. Aber das ist wie auch der Dienst/ also, wenn der Dienst/ #00:13:54-2#

T: Verschoben wird oder so. Das kann man fast sagen. #00:13:57-3#

I: Ja, okay. #00:13:58-1#

T: Und das geht jetzt recht gut, weil mein Mann flexibel ist, an diesen Tagen dann zu arbeiten oder daheim zu sein. #00:14:05-1#

I: Mhm (bejahend). #00:14:05-9#

T: Ja. #00:14:06-4#

I: Aber das heisst, das geht auch, weil eben dein Mann auch flexibel ist? #00:14:11-0#

T: Also, wenn er jetzt auch noch Dienst hat, muss man halt schauen: Wie geht das? Und ja, wenn er halt am Wochenende arbeiten müsste/ er muss viel am Wochenende arbeiten, aber er kann sich das einteilen. #00:14:20-4#

I: Okay. Also, das heisst einfach/ also, ist das auch eine Arztpraxis? #00:14:27-3#

T: Nein. Architekt. #00:14:28-7#

I: Ah, okay. #00:14:27-7#

T: Er kann sich das völlig selber/ #00:14:28-0#

I: Das heisst, er hat einfach ein Geschäft und kann sich selber/ #00:14:31-6#

T: Ja. #00:14:31-4#

I: Und das braucht es jetzt aber auch, damit du deine Sachen machen kannst? Oder würde es/ #00:14:36-7#

T: Also, dass ich so konzentriert meine 80 Prozent plus noch Wochenende arbeiten kann/ ist es auf jeden Fall einen Vorteil. #00:14:45-1#

I: Mhm (bejahend). #00:14:45-5#

T: Weil ich könnte auch relativ kurzfristig anrufen: Ich schaffe es jetzt nicht auf halb sieben um den Sohn zu holen. Kannst du gehen? Wenn ich weiss, er hat eine Sitzung, dann muss ich es mir einrichten und dann geht's. Aber in anderen Fällen kann ich ihm eine Stunde vorher schnell ein SMS schreiben: Kannst du gehen? #00:15:02-8#

I: Okay. Ja, super. #00:15:04-6#

T: Und er kann von acht bis zwölf am Abend nochmals hinsitzen. #00:15:08-2#

I: Mhm (bejahend). #00:15:08-4#

T: Das macht er dann auch. #00:15:09-8#

I: Aber das heisst: Das sind in dem Fall wie so ein bisschen/ also, drei Sachen. Das eine ist, sage ich, die Disziplin, wo du selber sagst: Du machst halt keine Pause und schreibst Berichte oder schaust, dass du deine Sachen am Tag alles unterbringen kannst. #00:15:23-7#

T: Alles abarbeiten. #00:15:25-3#

I: Genau. (...) Gleichzeitig/ ich sage jetzt von daheim aus die Unterstützung, die Flexibilität, die er noch mitbringt. Und das Dritte ist auch von der Klinik die Unterstützung. #00:15:34-9#

T: Ja. (...) Und dann muss man noch selber ein bisschen organisiert sein. #00:15:39-1#

I: Ja. Also, so als Naturell in dem Sinn? #00:15:43-3#

T: Das Naturell. Und gerade, wenn man mal noch Sport machen will, muss man das am Morgen früh machen oder am Abend spät. #00:15:51-0#

I: Ja, okay. Und wie schätzt du so die Unterstützung ein von der Klinik oder/ oder/ also, hängt das vor allem vom Chef ab? Oder ist es/ hast du ein bisschen organisieren müssen? Also, wie zu sagen: Ich bin Mittwoch und das und so. Oder kommt das/ #00:16:07-0#

T: Ich habe relativ klar gesagt, dass ich einfach am Mittwoch nicht da bin. Und darüber wurde gar nie diskutiert. #00:16:13-7#

I: Okay. #00:16:14-3#

T: Das wurde so akzeptiert, nie hinterfragt. Das ist einfach wie klar gewesen. #00:16:19-8#

I: Mhm (bejahend). #00:16:20-3#

T: Und da habe ich/ muss ich auch kein schlechtes Gewissen haben. Da wird jetzt nicht: Ah, wieso ist sie jetzt am Mittwoch nicht da? Das habe ich noch nie gehört, dass darüber geredet wird. #00:16:34-7#

I: Das heisst, dass du aber auch für deine Ziele nicht Nachteile erfährst oder das Gefühl hast, du kriegst das nicht hin? Dass andere, die mehr hier sind schneller Fortschritte machen? #00:16:46-3#

T: Nein, ich habe das Gefühl, das ist persönlich. #00:16:49-4#

I: Okay. #00:16:50-0#

T: Ich glaube, 80 ist natürlich noch etwas anderes als wenn man 50 Prozent arbeitet. Also, 50 Prozent, habe ich das Gefühl/ als Assistenzarzt, wenn man etwas erlernen will, dann ist das zu wenig. #00:17:01-5#

I: Mhm (bejahend). #00:17:01-8#

T: Man verpasst auch viel Weiter- und Fortbildungen und man ist einfach zu wenig drin. Aber ob jetzt 80 oder 100 Prozent? Ich glaube, das ist eine so kleine Differenz. Und ich habe jetzt doch schon eine gewisse Vorerfahrung. #00:17:16-0#

I: Mhm (bejahend). #00:17:16-3#

T: Und Selbständigkeit, dass ich bezüglich Lerneffekt den Mittwoch nicht vermisse. #00:17:23-7#

I: Mhm (bejahend). #00:17:24-0#

T: Aber das kommt auch aufs Stadium drauf an. Also, wenn man jetzt neu im Fachgebiet anfängt, dann ist es sicher schwieriger mit 80 Prozent. #00:17:33-4#

I: Also/ braucht man ein gewisses Level? #00:17:37-3#

T: Ich glaube schon. #00:17:38-4#

I: Mhm (bejahend). #00:17:38-6#

T: Ja. Also, es ist der Vorteil, wenn man halt auch in einer gewissen Zeit dann den Facharzt machen will. Wenn man die Ambitionen nicht hat und alles ein bisschen langsamer machen will, dann ist das seine eigene Entscheidung. #00:17:52-0#

I: Mhm (bejahend). #00:17:52-3#

T: Aber man hat sicher deutlich länger. Und zwar nicht einfach um die Hälfte länger. Man hat nochmals länger. Nicht einfach um die Prozent/ #00:18:00-6#

I: Aha, okay. (...) Überproportional länger als die Zeit, die fehlt. #00:18:06-5#

T: Ja. Weil man hat die Kontinuität nicht. Und gerade bei uns, Angiologie, ist die/ (...) die manuelle mit dem Ultraschall, das ist Learning by Doing. Also, das muss man machen. Und wenn man das nur zwei Mal pro Woche macht/ also, zwei Tage pro Woche macht? Dann ist man nachher immer wieder draussen, bevor man wieder anfängt. #00:18:27-2#

I: Mhm (bejahend). #00:18:27-4#

T: Habe ich jetzt das Gefühl. #00:18:30-0#

I: Ja, es kann gut/ ich glaube, das ist schon ein Lerneffekt. Also/ eben, ich sage: Wie du jetzt gesagt hast/ mit der Forschung oder mit allem, wenn du am Stück mal ein bisschen dran sein kannst, kannst du das viel besser verarbeiten, als wenn/ eben, du machst es einmal eine Stunde und dann wieder zwei Wochen nicht mehr? Dann

weisst du gar nicht mehr: Was habe ich jetzt dort gemacht gehabt? Oder? #00:18:50-1#

T: Genau. (...) Und ich glaube, das ist schon ein Vorteil bei den Assistenzärzten, wenn es irgendwie geht am Anfang von dieser Assistenzzeit einmal 100 Prozent zu arbeiten und nachher langsam zu reduzieren. Das ist sicher ein Vorteil, wie wenn man gleich von Anfang an reduziert. #00:19:08-2#

I: Mhm (bejahend). #00:19:10-3#

T: In die Weiterbildung geht/ #00:19:12-9#

I: Und/ (...) eben, vielleicht doch nochmals so/ jetzt die ganzen Gesetzgebungen, die da sind. Das interessiert oder tangiert dich nicht? Oder merkt man von dem etwas? #00:19:25-9#

T: Die 50-Stunden-Woche? #00:19:29-3#

I: Ja. #00:19:30-4#

T: Man merkt das natürlich schon. Mit 80 Prozent arbeite ich sicher 40 Stunden pro Woche. #00:19:35-7#

I: Mhm (bejahend). #00:19:36-1#

T: Und man muss organisiert sein. #00:19:38-4#

I: Mhm (bejahend). #00:19:38-7#

T: Also, in meiner Umgebung sagen alle: Wie geht das? Wie schaffst du das mit einer 80-40-Stunden-Woche und dein Mann 100 Prozent und arbeitet wahrscheinlich 150 Prozent? #00:19:49-5#

I: Mhm (bejahend). #00:19:49-8#

T: Also/ (...) aber wenn man organisiert ist, dann geht das schon. #00:19:53-8#

I: Mhm (bejahend). #00:19:54-3#

T: Aber das Kind muss auch noch mitmachen. Die müssen gerne in die Kita gehen.  
#00:19:55-1#

I: Ah, so Sachen! #00:19:57-5#

T: Also, wenn du jetzt ein schwieriges Kind hast, das immer weint, dann arbeitest du vielleicht auch nicht so gern. #00:20:05-0#

I: Ja, okay. Aber vielleicht so/ also, das heisst, du bringst es jetzt gut durch. Kannst es einigermassen aufschreiben und/ und es passt? Oder machst du Abstriche? Oder/  
#00:20:16-9#

T: Nein. Also, ich habe/ (...) es ist mir/ also, wenn man den Beruf wählt/ also, man wählt ja selber seinen Beruf. #00:20:25-4#

I: Mhm (bejahend). #00:20:25-7#

T: Und das ist mir immer bewusst gewesen, dass ich mehr arbeiten werde als jemand anders, der jetzt eine Lehre macht oder sonst irgendwie einen/ einen Nine-to-Five-Job hat. Das war mir bewusst und das habe ich auch/ das gefällt mir auch, die Herausforderung. Und ich gehe jetzt nicht meine Stunden zählen, sondern es ist mir bewusst: Ich arbeite mehr und/ und ich arbeite aber auch gerne. Ich muss nicht auf die Uhr schauen. Also, das Schlimmste fände ich, wenn ich auf die Uhr schauen müsste: Wann ist jetzt fünf? Da habe ich lieber, dass ich effizient arbeite und um sechs: Oh, es ist schon sechs, ich muss gehen! #00:21:02-7#

I: Ja. #00:21:03-7#

T: Das ist für mich befriedigender, zehn Stunden so arbeiten zu können als acht Stunden: Wann ist das jetzt fertig? #00:21:10-7#

I: Ja, okay. #00:21:10-8#

T: Und darum: Ob das jetzt acht oder zehn Stunden sind? Bei mir geht das jetzt gut. (...) Ja, man muss es einfach auch wollen! #00:21:19-2#

I: Ja, okay. #00:21:21-0#

T: Und es ist uns ja bewusst. Also, die, die immer sagen: Es kann nicht sein, dass die Ärzte die 50-Stunden-Woche haben? Da muss ich sagen: Du bist selber Schuld. Du hast es gewusst. #00:21:32-5#

I: Aha, du meinst/ ich habe eher so den umgekehrten Fall, dass du eigentlich sogar 70 Stunden arbeitest? #00:21:39-8#

T: Das habe ich früher natürlich schon auch, als ich auf der Inneren war, noch keine Kinder hatte und mein Mann sowieso auch viel arbeitete. #00:21:45-8#

I: Mhm (bejahend). #00:21:46-1#

T: Da hatte ich den Druck nicht, dass ich um sieben, acht daheim bin. Und dann ist man automatisch ineffizienter und arbeitet deutlich mehr. #00:21:54-9#

I: Mhm (bejahend). #00:21:55-1#

T: Und das hat man dann schon mit der Zeit gemerkt/ also, wenn man/ (...) Woche an Woche, diese 70-Stunden-Wochen/ man wird schneller müde als wenn man die ge-regelte 50-Stunden-Woche hat. Aber das ist auch selber: Viel organisieren. Und ich meine/ (...) die, die jetzt/ ein Operationskatalog, wenn man den machen will? Ich denke, eine gewisse Regelung braucht es. Und es ist nicht schlecht, haben wir jetzt auch die 50-Stunden-Woche. Und irgendwie muss man doch auch mal ein bisschen flexibel sein. Aber generell finde ich es nicht schlecht, dass wir jetzt die 50-Stunden-Woche haben und es nicht mehr so ist wie früher. Aber das ist ja eigentlich wirklich schon alt, die 70, 80-Stunden-Woche. Weil ich habe das Gefühl: Von der Leistung her bringen wir das Gleiche hin. Wir sind effizient. #00:22:47-9#

I: Mhm (bejahend). #00:22:48-2#

T: Und es sollte eigentlich gehen und/ #00:22:51-1#

I: Mhm (bejahend). #00:22:52-2#

T: Die, die das Gefühl haben, man schaffe das nicht, nur mit/ (...) die Karriere mit 50 Stunden pro Woche? Das, glaube ich, ist heute nicht mehr/ #00:23:03-4#

I: Also, jetzt gerade wirklich/ eben, Effizienz, Eigenorganisation/ (...) dass es/ also, das heisst mit anderen Worten: Es tangiert dich jetzt nicht in dem Sinn? Man weiss, es ist da und es hilft ein bisschen. Aber ich sage jetzt: Wenn es das nicht gibt, müsste ja/ ich sage ja, würde sich dein Arbeitsablauf wahrscheinlich nicht ändern?



Ich meine, du musst so oder so um viertel nach sechs zum Beispiel gehen.  
#00:23:24-3#

T: Also, ich jetzt? #00:23:26-2#

I: Ja. #00:23:27-3#

T: Es ist natürlich/ wenn dann alle anderen 70 Stunden pro Woche arbeiten und ich meine 50 Stunden und es gäbe kein Gesetz, dann hat man mit der Zeit schon ein schlechtes Gewissen. #00:23:38-9#

I: Okay, ja. #00:23:39-8#

T: Also, von dem her finde ich es nicht schlecht, gibt's irgendwo eine Regel. Und das ist einfach so. Und es ist natürlich schon/ es ist ein Schutz für uns. #00:23:48-6#

I: Okay. #00:23:49-4#

T: Finde ich. Und die, die dann Karriere machen wollen und da mehr arbeiten und auch müssen mehr arbeiten, damit sie zu den Katalogen kommen? Da muss man entweder/ also, ich weiss ja nicht, was die richtige Linie ist, aber ein bisschen muss man vielleicht dann schon/ ein bisschen mehr aufopfern. Aber dann kann man nicht auch noch (...) einen Mann haben, der so viel arbeitet, und eine Familie. Dann muss man sich vielleicht doch irgendwo ein bisschen entscheiden. #00:24:21-2#

I: Mhm (bejahend). #00:24:21-4#

T: Ich denke halt: In der Medizin ist irgendwo, gerade je nach Fachgebiet/ Operationen oder Eingriffe/ (...) ist/ kann es schon sein. Da bin ich halt zu wenig drin, ob da die Lernkurve mit 50-Stunden-Woche reicht/ (...) das kann ich nicht beurteilen.  
#00:24:42-8#

I: Gut, ja/ ich glaube, das muss man dann schauen. #00:24:46-1#

T: Bei denen. #00:24:48-2#

I: Das ist sicher auch ein Thema, das ja viel auch aufkommt, wo man sagt: Ja/ ich sehe es. Wenn die Operationen sind, sind die da, wenn sie da sind. (...) Also, man plant es natürlich schon. Aber dann gibt's ein Notfall, dann muss man einfach sagen/ am Mittwoch ist jetzt einfach die OP. Und wenn du halt irgendwie fünf im Jahr

brauchst, musst du einfach genau dann da sein, wann die genau gemacht wird. Und wenn du dann halt nicht kannst/ #00:25:07-0#

T: Bist du selber Schuld. #00:25:08-7#

I: Musst du halt vielleicht wieder zwei, drei Wochen, wo dann halt/ genau. #00:25:13-0#

T: Und dann geht's halt länger. #00:25:15-1#

I: Okay. Also, ist es vielleicht auch ein bisschen Fachgebiet-abhängig? #00:25:19-4#

T: Ich glaube schon. #00:25:20-7#

I: Dass es in den internistischen Disziplinen einfacher ist, ein/ Teilzeit oder so? #00:25:26-1#

T: Gerade so Sprechstunden/ Endokrenologie, all diese Fächer, wo du die geregelten Sprechstunden hast, ist es deutlich einfacher als die Fachgebiete/ operative Fachgebiete sind sicher schwieriger, wo du mehr Notfälle hast. #00:25:48-0#

I: Okay, ja. Und so ein bisschen/ also, eben, so Unterschied jetzt/ du hast gesagt, du hast nicht das Gefühl, dass du eben weniger machen kannst/ vielleicht noch, du hast vorher angetönt: So verzichten/ Sachen jetzt/ musst du auf viele Sachen verzichten? #00:26:08-3#

T: Beruflich? #00:26:09-3#

I: Ja, grundsätzlich. Es geht ein bisschen ins Thema Work-Life-Balance. Ich meine, du machst einen sehr fitten Eindruck, obwohl du so ein Pensum hast? #00:26:20-0#

T: Nein, ich habe eine deutlich bessere Life Balance, seit ich 80 Prozent arbeite und ein Kind habe. #00:26:27-3#

I: Mhm (bejahend). #00:26:27-7#

T: Ich habe den Mittwoch frei, der für mich ist, den ich mit meinem Kind verbringen kann, den ich genieße, wo ich aber auch mal zum Coiffeur kann oder/ (...) oder Leute besuchen kann, was ich vorher mit 100 Prozent viel weniger konnte. Und als

ich 100 Prozent arbeitete, arbeitete ich wohl mehr als 100 Prozent, weil ich auch etwas erreichen wollte, einen Ehrgeiz hatte, das gut zu machen und richtig/ #00:26:56-3#

I: Mhm (bejahend). #00:26:56-7#

T: Und ich mache noch sehr gerne Sport nebenan. Und was mir das jetzt/ ich muss mir das gleich organisieren, ob ich jetzt 100 oder 80/ (...) und mit dem Kind? Gewisse Sachen kann ich jetzt verbinden und mit meinem Kind joggen gehen, was es natürlich deutlich einfacher macht, dass ich einmal an einem Mittag frei habe und tagsüber kann. Und vorher ging ich halt am Morgen früh joggen oder am Abend spät. Aber das kann ich ja immer noch machen, oder am Wochenende. Wenn ich frei habe, nütze ich es auch aus. Dann habe ich richtig frei. Und das schätze ich am Angestelltenverhältnis. Das ist anders, als wenn man dann selbständig wäre. Denke ich. (...) Jetzt kann ich abschalten, wenn ich nach Hause gehe. #00:27:41-8#

I: Aber das heisst/ ich sage jetzt/ in dieser vorherigen Zeit hat es das gebraucht/ die Erfahrungen zu sammeln? #00:27:50-6#

T: Für mich jetzt schon. Aber mich persönlich. Ich mache es einfach/ ich habe auch etwas erreichen wollen in meinem Job und/ #00:27:58-9#

I: Mhm (bejahend). #00:27:59-2#

T: Dann/ (...) ich habe es gern gemacht. #00:28:01-8#

I: Mhm (bejahend). #00:28:03-4#

T: Aber das ist jedem das seine. Also/ #00:28:06-1#

I: Mhm (bejahend). #00:28:08-6#

T: Und ich kann auch/ aber das ist auch eine Persönlichkeitsfrage. Schon vorher bin ich eher gut organisiert gewesen. Die Leute haben immer gesagt: Wie bringst du das alles hin? So viel Soziales und Sport machen plus so viel arbeiten? Aber das ist/ wenn man es gerne macht und kann organisieren. #00:28:30-9#

I: Ja, okay. Aber das heisst: In dem Sinn Verzicht/ du hast nicht das Gefühl, dass du das musstest? #00:28:37-7#

T: Seit ich eine Familie habe? #00:28:39-5#

I: Also, immer. #00:28:41-4#

T: Mhm (verneinend). #00:28:44-2#

I: Ich sage mal: Du musstest dich entscheiden, erst jetzt eine Familie zu gründen, weil du vorher noch die Ziele bei der Arbeit? Und/ #00:28:52-3#

T: Doch, das ist schon ein bisschen. Doch. #00:28:55-3#

I: Also, hast du denn das Gefühl/ stört dich das jetzt und hast du das Gefühl: Man hätte das anders organisieren können? Oder/ ich sage auch: Vor fünf Jahren, als du Assistentin warst und/ und jemand sagte: Ja, du kannst jetzt schon 80 Prozent arbeiten/ (...) dass du das dann schon gewählt hast/ hättest? Oder dass du gesagt hättest: Nein, ich muss das noch lernen, muss das noch machen? Und jetzt hast du eben das Level erreicht und bist so im Pfad drin, sage ich mal? #00:29:25-7#

T: Ja, das ist alles schwierig zu sagen, weil es muss ja dann auch von der privaten Seite alles stimmen. Und wenn das stimmt, ist es viel einfacher, das so zu machen. #00:29:34-4#

I: Mhm (bejahend). #00:29:34-7#

T: Und für mich hat es gestimmt, am Anfang 100 Prozent und Vollgas zu geben. Das wollte ich. Und ich habe gerne die Familie ein bisschen herausgezögert. #00:29:43-7#

I: Mhm (bejahend). #00:29:43-9#

T: Aber (...) ich habe/ ich wusste schon: Ich habe meinen richtigen Partner und kann das herauszögern. Aber je nach dem hat man das nicht und macht sich einen anderen Druck/ #00:29:56-7#

I: Mhm (bejahend). #00:29:57-1#

T: Und/ (...) und dann funktioniert es nicht. Also, das sind alles schwierige Fragen, weil/ da kommt die Natur natürlich noch dazu. #00:30:05-3#

I: Mhm (bejahend). #00:30:05-9#

T: Und ja/ (...) aber für mich? Ich hätte jetzt nie noch keine Familie gehabt und gesagt: Ich arbeite 80 Prozent. Das wäre jetzt für mich nicht in Frage gekommen, weil man muss schon sagen: Also, ich habe jetzt gefunden: Wenn ich keine Familie habe, dann will ich 100 Prozent, ich will so weit kommen wie möglich. Und ich hätte gerne/ für mich ist früh klar gewesen, dass ich eine Familie möchte. Und ich habe es schon ein bisschen heraus gezögert. Vielleicht hätte ich es auch gerne schon ein bisschen früher gehabt, aber jetzt im Nachhinein finde ich: Das ist gut. #00:30:42-0#

I: Mhm (bejahend). #00:30:42-5#

T: Aber da muss natürlich auch die Natur mitspielen und dein/ (...) dein Umfeld. #00:30:47-7#

I: Ja. #00:30:49-4#

T: Und das kann man ja nicht immer so steuern. #00:30:52-0#

I: Ja, klar. (...) Auch Familie/ ich meine, nur weil man es will, heisst ja nicht, dass es auch klappt. Und auf die Zeit. #00:30:59-6#

T: Genau. #00:31:00-4#

I: Okay. #00:31:01-2#

T: Und dann kommt es auch ein bisschen drauf an: Wir sind vorher in Basel gewesen und jetzt wieder zurück nach Zürich gekommen. Wir sind von Zürich. Und hier haben wir schon noch unsere Eltern, die uns auch mal unterstützen. Die arbeiten zwar alle noch sehr viel und sind auch ein bisschen eingeschränkt, aber irgendwie geht's schon. Und dann haben wir noch Geschwister, die auch (...) noch keine Kinder haben und einspringen. Also/ (...) wir haben ein sehr gutes Umfeld. #00:31:23-8#

I: Das heisst aber/ (...) wenn du jetzt/ also, es tönt für mich so wie: Es ist wichtig/ das Private ist auch sehr wichtig, dass/ dass es alles zulässt. Und ich sage jetzt von Arbeitgeberseite oder vom USZ reicht es eigentlich, wenn man einfach sagt: Okay, du kommst am Mittwoch/ bekommst dann frei? Oder muss da auch das Mind-Set da sein? Oder/ #00:31:49-1#

T: Also, es muss auch die Akzeptanz da sein, dass ich ein, zwei Mal pro Woche halt wirklich allerspätestens am viertel nach sechs gehe. Und ich bin dort auch schon (...) aus einem Rapport heraus gelaufen, wo mir natürlich in dem Moment unangenehm war. #00:32:05-6#

I: Mhm (bejahend). #00:32:05-9#

T: Also, das mache ich nicht gern. #00:32:07-9#

I: Mhm (bejahend). #00:32:08-2#

T: Aber wenn das so ist, dann mache ich das halt einfach. Das hätte ich früher nicht gemacht. #00:32:13-4#

I: Mhm (bejahend). #00:32:13-6#

T: Und da muss schon eine Akzeptanz vom Chef auch da sein. #00:32:19-0#

I: Mhm (bejahend). #00:32:19-6#

T: Weil ich habe das Gefühl: Sonst mache ich eine gute Arbeit und ich leiste meine Zeit. Wenn du dann dumm angeschaut wirst? Das wäre natürlich wirklich schade. #00:32:31-2#

I: Und dann ist es jetzt aber wichtiger, dass der Chef/ oder die Klinikorganisation oder die Klinikmitarbeitenden/ #00:32:40-0#

T: Ja, die Mitarbeitenden (...) realisieren/ in dem Moment, während dem Rapport, realisiert das der Chef und die anderen Kollegen. #00:32:49-5#

I: Genau, da sind ja alle da. #00:32:51-9#

T: Die realisieren das. Die Manager/ die realisieren das ja eigentlich nicht in dem Moment. (lacht) Die interessiert es auch nicht. Da muss es einfach am Schluss auf dem Papier stimmen. #00:33:03-6#

I: Ja, genau. #00:33:03-3#

T: Aber dumm angeschaut wirst du vom Chef. Darum muss da eine Akzeptanz da sein vom Chef. #00:33:10-6#

I: Aber das heisst, auch hier ist der Einfluss vom Chef höher als die Akzeptanz/ also, wenn der Chef sagt: Ich finde das gut und das machen wir jetzt so/ (...) dann wird das auch im Team akzeptiert. #00:33:22-7#

T: Auf jeden Fall. #00:33:23-9#

I: Und es wird nicht/ zum Beispiel der Chef findet das gut und das Team findet das schlecht und sagt zum Beispiel: Ich finde es unfair, weil sie geht jetzt und ich muss etwas übernehmen. Ich weiss auch nicht, ob das so ist. #00:33:35-7#

T: Nein. Da ist unser Team auch sehr loyal und da hilft man sich auch aus. #00:33:40-1#

I: Okay. #00:33:40-7#

T: Das ist gar kein Problem. Das Wichtigste ist schon, dass der Chef dahinter steht. Und wenn der Chef dahinter steht, ist es eigentlich auch häufig, dass das Team dahinter ist. #00:33:48-4#

I: Mhm (bejahend). #00:33:48-6#

T: Also, das ist ja/ (...) aus einem Grund ist ja der Chef/ #00:33:52-7#

I: Ja, klar. #00:33:53-9#

T: Und ein bisschen ein Vorbild. #00:33:56-6#

I: Okay. (...) Genau. Was ich noch/ oder was mich noch interessieren würde, wäre auch so: Es kommt ja jetzt immer mehr/ also, man sagt/ also, erstens mal die Digitalisierung, das ganze Thema. Und zum anderen gibt's auch wie neue Funktionen oder Schnittstellen, die das Traditionelle/ Arzt, Pflege, Admin ein bisschen aufbrechen. Es gibt ja quasi von den Physician Assistants/ ich weiss nicht, ob du das gehört hast. Oder Pflegeexperte, die gewisse Zusatzausbildungen haben. Spielt das auch eine Rolle? Also, dass sie Arbeiten abnehmen können oder unterstützen, damit du quasi/ ich sage ein bisschen böse gesagt, du die richtigen Arztthemen bearbeiten kannst und nicht im Admin/ erfassen und/ #00:34:54-5#

T: Ja. Also, gewisse Sachen auf jeden Fall. Eben zum Beispiel das Abrechnen oder/ das könnte man noch besser vereinfachen. #00:35:04-0#

I: Ja. #00:35:04-5#

T: Gerade da am Uni Spital, dass das auch jemand anders macht. Ich finde, das ist eigentlich nicht unsere Aufgabe. Aber alles, was mit dem Patienten zu tun hat/ da ist es halt einfacher, wenn das eine Person macht. Wenn man da alles abgibt, wenn wir jetzt da den Ultraschall nicht mehr machen und nur noch das Gespräch, dann verliert man auch sehr viel Information. #00:35:23-8#

I: Mhm (bejahend). #00:35:26-0#

T: Weil mit der Untersuchung und mit dem Gespräch zusammen/ das gehört wie zusammen. Alles abzugeben ist nicht richtig. #00:35:34-2#

I: Mhm (bejahend). #00:35:34-7#

T: Und/ (...) aber das Administrative? Das sollte so viel abgenommen werden wie möglich. #00:35:40-8#

I: Mhm (bejahend). #00:35:41-3#

T: Zum Beispiel da müssen wir selber abrechnen. #00:35:44-2#

I: Mhm (bejahend). #00:35:44-5#

T: Im Uni Spital in Basel hat das wer für dich gemacht. #00:35:48-5#

I: Mhm (bejahend). #00:35:48-9#

T: Das, finde ich, ist jetzt/ ja, eine Erleichterung gewesen. #00:35:52-6#

I: Mhm (bejahend). #00:35:52-9#

T: Und/ wo der Patient/ dem ist das egal. #00:35:57-7#

I: Mhm (bejahend). #00:35:58-1#

T: Rechnet jetzt der Arzt ab oder jemand anders? #00:36:01-0#



I: Mhm (bejahend). #00:36:01-7#

T: Aber die Untersuchung? Das will der Patient auch von einer Person. #00:36:06-4#

I: Mhm (bejahend). #00:36:06-7#

T: Das Vertrauen ist viel, viel grösser. #00:36:09-2#

I: Aber würde das auch jetzt/ ich sage/ (...) die/ (...) deinen Tag vereinfachen dann? Also, musst du/ du hast jetzt gesagt, du schreibst die Berichte so dazwischen oder die Abrechnungen. Könnte das auch eine Erleichterung/ (...) oder die Organisation vereinfachen, wenn du/ wenn so Aufgaben/ wenn das Aufgabengebiet wie kleiner wird? Im Sinne von: Wenn du die kleinen Aufgaben dann nicht machen musst, dafür/ #00:36:39-7#

T: Untersuchungen? #00:36:41-6#

I: Oder hast mehr Patientenkontakt oder mehr/ (...) oder spielt das jetzt nicht so eine Rolle? #00:36:46-7#

T: Es ist ja auch das, was mir Spass macht, der Patientenkontakt. #00:36:51-1#

I: Ja. #00:36:51-5#

T: Aber einen Bericht zu schreiben gehört halt schon zur Aufgabe von uns, weil das können wir nicht abgeben. Da ist wahrscheinlich der Aufwand grösser. Aber die müssen natürlich so gut optimiert sein mit Vorlagen/ und dass das alles möglichst einfach ist. Da kann man schon je nach dem gewisse Sachen vereinfachen. Aber das Abrechnen, wenn man das jetzt nicht machen müsste? Das würde es schon einfacher machen und man hätte natürlich wieder mehr Zeit für andere Sachen. #00:37:19-8#

I: Mhm (bejahend). #00:37:20-0#

T: Und man muss auch nicht überlegen: Habe ich am Abend für alle meine Patienten abgerechnet? Und/ #00:37:26-4#

I: Aber/ würde das auch/ jetzt die Zeit/ also, musst du jetzt länger bleiben, weil du das noch machen musst? #00:37:34-0#

T: Nein, ich glaube nicht. #00:37:35-5#

I: Oder Home Office? Machst du das auch dort manchmal? #00:37:39-2#

T: Genau. Wenn der Tag so streng ist und ich nicht zu dem komme, kann ich das von daheim aus machen. Und dann mache ich das einfach von daheim aus. Ich meine, das Abrechnen ist auch nicht so/ das sind ein paar Minuten. Es ist mehr auch daran zu denken und so ein bisschen, dass man bei jedem Patienten einen Bericht anlegt, schreibt, diktiert und auch noch abrechnet. Und eine Anmeldung müssen wir jeweils machen, wenn die wieder kommen müssen. #00:38:08-9#

I: Mhm (bejahend). #00:38:09-1#

T: Dass man halt die Sachen auch nicht vergisst. #00:38:12-1#

I: Mhm (bejahend). #00:38:12-5#

T: Das ist ja/ also, ja, man muss schon da sein, weil/ (...) weil sonst macht man die Sache einfach nur halbpatzig. #00:38:22-0#

I: Okay. Aber das heisst, so, wie ich das verstehe, würde es einfach erleichtern, aber es spielt keine Rolle? #00:38:28-9#

T: Ich denke es. Vielleicht ist das Abrechnen und eine Anmeldung zu machen/ das braucht mir zwei Minuten. Und vielleicht ist es aufwändiger, wenn ich jemandem das sagen muss. #00:38:40-2#

I: Mhm (bejahend). #00:38:40-5#

T: Es ist halt schwierig. Wie wird es sonst gemacht und ist der Aufwand grösser, wenn ich das einer anderen Person noch weitergeben muss? Ist es schneller, wenn man das selber macht? Das ist immer schwierig zu sagen. #00:38:54-6#

I: Eben, ich glaube, da spiele ich wieder ein bisschen drauf an/ oder? Bei den chirurgischen Kliniken ist es mehr, weil man eben sagt: Ja, es gibt einfache Operationen, die man halt (...) könnte an andere Leute abgeben, wo du doch/ du musst desinfizieren, vorbereiten, und so weiter. Und dann kannst du dich halt auf die schwierigen Operationen konzentrieren. #00:39:17-8#

T: Konzentrieren. #00:39:19-4#

I: Ja, okay. (...) Ja, vielleicht noch so grundsätzlich: In der Klinik ist die Arbeitszeit oder das Verständnis oder die Zufriedenheit gut. Ist das vom Chef so ein bisschen vorgelebt oder ist das auch ein bisschen angespannt? Oder/ #00:39:36-6#

T: Also, ich glaube, die, die Sprechstunden machen? Dort können wir nicht reklamieren. Das ist relativ geregelt/ #00:39:44-2#

I: Mhm (bejahend). #00:39:44-7#

T: Und alles im/ (...) eigentlich, je nach dem, wie man arbeitet, kann man auch nicht reklamieren. Aber es gibt schon Leute, die reklamieren. #00:39:54-5#

I: Mhm (bejahend). #00:39:54-9#

T: Aber das ist halt auch immer wieder: Wie effizient arbeitet man, wenn man da ist? #00:40:00-0#

I: Mhm (bejahend). #00:40:00-5#

T: Die, die die Interventionen machen, arbeiten zum Teil sehr lang. Das wird auch erwartet vom Chef, damit man überhaupt da rein kommt. #00:40:10-0#

I: Mhm (bejahend). #00:40:10-4#

T: Und ob das noch immer so konform ist, weiss ich nicht. #00:40:14-4#

I: Also, Interventionen sind auch chirurgisch? #00:40:17-7#

T: Nein, das sind/ #00:40:17-3#

I: (unv. #00:40:18-0#) #00:40:18-8#

T: (unv. #00:40:20-1#), PTAs/ #00:40:22-3#

I: Okay. #00:40:23-1#

T: Also, wie/ wie wenn man einen Herzinfarkt hat, das Ballönchen (?). #00:40:27-4#

I: Okay, aber es ist schon ein bisschen operativ? #00:40:30-3#

T: Leicht. Ja, man muss auch (unv. #00:40:29-5#). #00:40:30-2#

I: So minimalinvasiv? #00:40:32-2#

T: Minimalinvasiv. Aber man ist steril. Die Eingriffe gehen zum Teil zwischen einer Stunde bis drei, vier Stunden. Und auch komplexe/ und wenn man halt von morgen um acht bis abends um elf am Tisch ist, ist das auch anstrengend. Und am nächsten Tag wieder da steht. #00:40:51-0#

I: Aber das heisst/ also, müsste man es wie ein bisschen aufteilen? Es kommt auch aufs Aufgabengebiet drauf an, dass man sagt: Sprechstunde? Eben, das ist vielleicht so wie eine Praxis, es ist geplant, die Patienten kommen, du musst mit ihnen reden, sie gehen, es kommt der Nächste. Ein bisschen so. Wo das andere halt eher unabhängig/ oder eben, du hast Notfälle/ ich weiss es nicht. #00:41:13-2#

T: Ja. #00:41:13-7#

I: Ist es dann auch schwieriger, so etwas/ #00:41:16-7#

T: Das ist sicher schwieriger. Weil eben, es kommen Notfälle. Man weiss nicht: Wie lange gehen die Eingriffe vorher? Das ist einfach in der Medizin. Und ich glaube, von dort kommen auch die Überstunden oder einfach die Arbeitszeiten. #00:41:29-7#

I: Mhm (bejahend). #00:41:30-1#

T: Weil man es einfach nicht immer planen kann. Man kann nicht voraussagen: Ja, die Intervention geht jetzt zwei Stunden, das geht nur eine halbe Stunde. #00:41:39-6#

I: Mhm (bejahend). #00:41:39-9#

T: Da gibt's spontane Komplikationen. Oder plötzlich komplexer/ das ist wie bei jeder Operation. #00:41:47-9#

I: Aber, was ich noch spannend fand: Du sagtest, das wird vom Chef auch erwartet. Warum wird das von denen erwartet? Ist die Lernkurve eben höher, damit die Qualität besser wird? Oder/ #00:42:02-4#

T: Ja, jetzt im Haus oder allgemein ist halt: Wenn man das schon erlernen kann, die Interventionen, muss man auch etwas aufbringen. Dann muss man auch seinen Einsatz bringen. Und das ist wahrscheinlich auch ähnlich bei den Operationen. Wenn man da weiter kommen will und schon die Möglichkeit hat, dann muss man auch etwas/ (...) von sich geben. #00:42:21-2#

I: Mhm (bejahend). #00:42:22-0#

T: Also, dann/ dann kann man nicht das Gefühl haben, man kann jetzt von acht bis sechs arbeiten. #00:42:28-1#

I: Mhm (bejahend). #00:42:28-9#

T: Weil eben: Es gibt dann Notfällen und irgendwer muss die auch noch machen. Und die sind nun mal halt am Abend und in der Nacht. #00:42:36-9#

I: Aber ist das eher ein Mind-Set? Also, eher so quasi/ man will das machen, also/ (...) also/ eben, ich sage: Also, die Sprechstundenleute/ ich sage jetzt einfach, die machen das, die haben ihre Arbeitszeiten. Und jene haben dann halt wirklich/ #00:42:52-4#

T: Wahrscheinlich. Ob das korrekt ist, ist ja auch schwierig zu sagen. #00:42:54-5#

I: Ja. #00:42:54-9#

T: Also, ich denke, da könnte man/ könnte auch von oben, vom Chef, jetzt schon ein bisschen (...) so ein bisschen/ (...) mehr/ Gelassenheit ist wahrscheinlich das falsche Wort, aber dass man hier auch nochmals mit anderen Diensten sich austauscht und auch andere die Möglichkeit haben, vielleicht mal eine Notfallsituation da/ hier assistieren zu können. Aber das wird natürlich auch nicht gewünscht, weil genau in den Notfallsituationen will er die haben, die Erfahrung haben. #00:43:26-7#

I: Ja, klar. #00:43:27-7#

T: Es ist ein Teufelskreis. #00:43:31-1#

I: Okay, ja. #00:43:32-2#

T: Und das ist genau so bei den operativen Fächern. #00:43:36-1#

I: Mhm (bejahend). #00:43:37-1#

T: Die wollen auch nicht in der Nacht die Unerfahrenen. #00:43:40-5#

I: Ja, am Schluss ist ja auch die Qualität/ also, wenn etwas passiert, das geht gar nicht. #00:43:46-2#

T: Das geht gar nicht. #00:43:47-5#

I: Ja, okay. Das heisst, dann muss man sich auch ein bisschen entscheiden, vielleicht? Als Arzt? #00:43:53-7#

T: Ja, irgendwo da schon. Ja. #00:43:55-6#

I: Dass man sagt: Man ist zufrieden mit dem. Oder was einem halt Spass macht. Und wenn einer sagt: Doch, ich will das erlernen/ dass man dann halt mehr geben muss, vielleicht halt auch in/ (...) also, dass man halt eben mehr aufgeben muss, weil man halt/ #00:44:11-9#

T: Ja, das ist eine Grundsatzfrage. Das war bei mir auch so. #00:44:16-2#

I: Okay? #00:44:17-0#

T: Ich hätte gerne auch ein chirurgisches Fach gemacht, das hätte mich auch interessiert. Aber das war schon ein Grund, warum ich das nicht machte. Aber das fängt eigentlich wieder an: Was will ich beruflich machen? #00:44:30-2#

I: Mhm (bejahend). #00:44:30-8#

T: Das ist/ mache ich ein Medizinstudium? Will ich Arzt werden und muss ich ein bisschen mehr arbeiten? Oder will ich jetzt eher ein bisschen einen schöneren Job haben, wo ich schneller auch gut verdiene und schöne Arbeitszeiten habe? Und das ist/ #00:44:48-1#

I: Also, könnte man sogar/ wenn man das ganz (unv. #00:44:50-0#) sagen will: Es ist ein Trade-Off, wo man sagt: Ich will ein bisschen weniger Lohn und vielleicht/ also, ich sage jetzt einfach: Monetär zum einen, aber vielleicht auch vom Wissen oder vom/ dass man auch bereit ist, weniger zu machen, damit man etwas anderes mehr hat. So? #00:45:06-5#

T: Wahrscheinlich kann man das schon ein bisschen so sagen, aber das heißt ja nicht, dass man jetzt das Operative/ dass es immer viel besser und spannender ist als eine spannende Sprechstunde. Ich glaube nicht, man kann das in eine Schublade schieben: Das ist monoton und langweilig und das ist spannend. Da muss ich aber auch etwas aufopfern. Es ist ja doch immer noch eine Typenfrage: Was will ich überhaupt und was mache ich gerne? #00:45:33-4#

I: Mhm (bejahend). #00:45:33-8#

T: Aber das eine ist schon: Wenn etwas Operatives, Interventionelles/ wenn ich das erreichen will, glaube ich/ (...) dann musst du ein bisschen flexibler sein, weil dort sind halt die Notfälle. Es geht um die Notfälle. #00:45:47-5#

I: Das dachte ich schon. #00:45:48-9#

T: Und das ist einfach in der Medizin. Von dem kommt man gar nicht weg. #00:45:54-7#

I: Es ist nicht planbar. Du musst vielleicht das Kind abholen von der Kita und es kommt einfach genau dann einer rein und wenn der nicht jetzt operiert wird, dann stirbt er. #00:46:00-9#

T: Das geht nicht. #00:46:02-3#

I: Dann musst du sagen: Ich müsste gehen, aber eben/ so/ es ist/ #00:46:07-1#

T: Ja, aber es ist genau so. Das ist halt in der Medizin so. #00:46:11-6#

I: Okay. (...) Eben, ich habe es vorher kurz angetönt mit so Digitalisierung. (...) Jetzt wird es auch immer mehr/ es kommen neue Ideen. Wie ist dort so das Empfinden? Unterstützt das eher? #00:46:29-6#

T: (lacht) Ja, wenn es einfacher ist, ist es gut, und wenn es komplizierter wird, was es manchmal auch ist in der Digitalisierung, dann ist es schlecht. Aber insgesamt kann

man sagen: Wir haben am Uni Spital mit (unv. #00:46:40-6#) einen riesigen Vorteil.  
#00:46:41-8#

I: Ja. #00:46:42-4#

T: Das ist ein sehr gutes Kliniksystem. Auch dort gibt's gewisse Sachen, die nicht so gut sind. Aber der grösste Teil ist gut. Und wenn man das mit anderen Kliniksystemen vergleicht, ist das zu Oberst. Ich habe andere gesehen. #00:46:56-8#

I: Mhm (bejahend). #00:46:57-1#

T: Und da müsste/ das ist meine Meinung/ (...) die Schweiz, der Bund müsste sagen: Es gibt nur noch das (unv. #00:47:02-4#). Das wäre so viel einfacher, die Einarbeitung wäre einfacher unter einander. #00:47:07-2#

I: Mhm (bejahend). #00:47:07-5#

T: Das würde so, so viele Kosten sparen. #00:47:09-8#

I: Mhm (bejahend). #00:47:10-1#

T: Weil das ist wirklich ein gutes System. Und alle anderen Kliniken haben das Gefühl, sie müssen ein noch besseres machen und machen irgendetwas eigenes, das (...) miserabel ist. #00:47:18-4#

I: Ja. #00:47:18-9#

T: Und da sind wir/ ja, da haben wir ein Privileg. Weil mit der Kurve klappt es. Die Rezepte kommen gleich. Man sieht, was die anderen gemacht haben. Ich glaube, da ist die Digitalisierung mit dem (unv. #00:47:33-7#) weit oben/ relativ effizient, übersichtlich und auch für den Patienten schützend. #00:47:41-0#

I: Mhm (bejahend). #00:47:41-3#

T: Ich habe Uni Spitäler gesehen, wo wir von der Angiologie nicht gesehen haben, was die Endokrinologen machen. Wir wussten nicht: Was nimmt der Patient jetzt für Medikamenten? Wenn mir der Patient das nicht sagen konnte, musste ich anrufen, ein Stockwerk nach oben: Könnt ihr mir etwas runter mailen? #00:47:56-9#

I: Okay? #00:47:57-9#



T: Das geht einfach nicht. Da kann man nicht arbeiten. #00:48:01-0#

I: Es passieren auch Fehler. #00:48:03-1#

T: Es passieren Fehler und alles. Und da muss man sagen: Dann ist die Digitalisierung/ auch wenn man immer etwas Neues optimieren will/ #00:48:09-1#

I: Mhm (bejahend). #00:48:09-9#

T: Dann ist sie schlecht! Aber da sind wir am Uni Spital wirklich gut. #00:48:14-2#

I: Okay, super. #00:48:15-7#

T: Gut dran. #00:48:16-5#

I: Aber hilft das auch jetzt dir? #00:48:19-0#

T: Ja. #00:48:19-8#

I: Also, sagen wir: Man sagt ja auch, dass zum Beispiel die Menge zunimmt. Ich sage mal auf WhatsApp erreichbar sein, die Patienten rufen immer an, 24/7 (...) ist das ein Thema? Oder/ #00:48:31-5#

T: Ja, gerade im Dienst merkt man es schon. Also/ wenn am Sonntag ein Patient anruft, um einen Termin zu verschieben? Da muss man wirklich denken. Aber das ist eine Gesellschaftsfrage. #00:48:43-1#

I: Okay. #00:48:43-7#

T: Das hat jetzt nichts mit der Organisation zu tun. Also, wenn sich jemand traut, an einem Sonntag auf eine Notfallnummer wegen der Verschiebung eines Termins/ (...) dann ist das nicht von der Organisation das Problem. #00:48:58-5#

I: Mhm (bejahend). #00:48:58-8#

T: Sondern eine Frage des Patienten. #00:49:01-3#

I: Ja. (...) Aber dann stresst das dich auch nicht? Also, weil man sagt/ in der ganzen Frage ist wie immer ein bisschen: Die Erreichbarkeit ist wie auch Arbeitszeit. Auch wenn du frei hast aber Dienst hast und/ ich sage mal, du daheim bist aber mit dem Sohn. Und es ruft einfach die ganze Zeit jemand an, dann kannst du dich ja nicht gleich erholen. #00:49:17-3#

T: Ja, das ist so. #00:49:19-2#

I: Wie wenn es weg ist. Und/ also, das Gefühl hast du aber nicht? #00:49:23-1#

T: Doch, doch. #00:49:24-1#

I: Die einen sagen auch: Mit der Digitalisierung, das ist ja gut, es wird auch mehr erwartet, du musst immer erreichbar sein, du musst/ (...) oder? Ich sage, früher, ich sage jetzt, wo das noch nicht so war, konnte man sagen: Ich bin daheim. Ich kann jetzt nicht aufs (unv. #00:49:38-4#) einloggen. Ich bin jetzt einfach daheim. Und mit dem ist man flexibler, weil man eben sagen kann: Komm, ich gehe jetzt um sechs nach Hause, setze mich dafür um sieben nochmals hin und arbeite nochmals zwei Stunden. Auf der anderen Seite ist das auch ein bisschen die Gefahr. Spürst du das ein bisschen? Oder ist das/ #00:49:55-2#

T: Doch, es ist/ es sind genau die zwei Sachen. Es hat viele Vorteile. #00:49:59-4#

I: Mhm (bejahend). #00:49:59-7#

T: Aber es hat auch Nachteile. Auch/ wir haben jetzt alle iPhones/ soll man es nach Hause nehmen? Soll man (...) die Mails gerade einfach dort anschauen? Nimmt man ein Telefon ab, wenn man eigentlich frei hat? Also, ich denke, wenn man frei hat, könnte man es auch einfach ausschalten. Dann ist so/ (...) das darf man eigentlich. #00:50:20-1#

I: Mhm (bejahend). #00:50:20-3#

T: Aber wenn man Dienst hat, dann ist es natürlich schon so. Wir bekommen halt sehr viele Telefone, die nicht nötig wären, und wo du die sieben würdest. Und unsere Dienstler sind schon auch streng, die Pickett-Dienstler, man arbeitet am Tag normal und hat in der Nacht Pickett. Und das versteht niemand, der das nicht hat. #00:50:39-8#

I: Mhm (bejahend). #00:50:40-1#

T: Immer das Telefon daneben haben und wissen: Ah, es kann jederzeit gerade ein Telefon kommen und dann (unv. #00:50:44-4#). Aber es kann auch nichts sein, irgendwie/ #00:50:50-5#

I: Mhm (bejahend). #00:50:51-1#

T: Eine Reserve von einem Patient auf Station, was jetzt ein nicht so wichtiges Telefon ist. Dann ist man froh, wenn es nur das war. Aber doch: Bis man wieder eingeschlafen ist und/ (...) ja. Das ist schon belastend. #00:51:05-5#

I: Ja. #00:51:06-1#

T: Aber ob das jetzt/ ja? Wenn man jetzt da schlafen müsste? (...) Ob das einfacher wäre, weiss ich auch nicht. #00:51:14-9#

I: Okay, ja. Aber dann/ also, man sagt eben, dass die Menge dann zunimmt, die Qualität je nach dem nicht bei der Betreuung/ (...) eben so Themen, das ist jetzt weniger? Oder/ #00:51:28-9#

T: Ich finde es schwierig zu sagen. #00:51:31-0#

I: Ja. #00:51:31-6#

T: Es sind halt wirklich Vor- und Nachteile. Die Mengen nimmt sicher zu. Ob die Qualität abnimmt? Indirekt vielleicht schon, weil man hat das Gefühl, man könne alles von daheim aus machen. Und früher ist man dann halt einfach gezwungen gewesen, im Spital/ und ist halt dann schnell schauen gegangen. Vielleicht ist das schon besser. #00:51:50-9#

I: Aber das können wir wie/ (...) ist vielleicht auch persönlich abhängig. #00:51:55-5#

T: Das ist persönlich abhängig und extrem schwierig. Insgesamt habe ich schon das Gefühl, wir machen vielleicht mehr Dienste/ diese Pickett-Dienste, weil alle meinen: Man ist ja daheim, es ist ja nicht so schlimm. Aber indirekt belastet es einem schon. #00:52:14-2#

I: Aber/ (...) also, auch da höre ich eigentlich wieder heraus, dass es auch wieder ein bisschen personenabhängig ist? Ich meine, wenn einer immer die Mails anschaut, ist er ein bisschen selber Schuld, weil man sagt: Du musst halt einfach um sechs gehen und das nicht mehr anschauen. Und wenn der Chef findet, du musst doch, dann muss man halt reden und sagen: Nein, ich finde das nicht. Und sonst/ #00:52:33-7#

T: Also, das auf jeden Fall. #00:52:35-5#

I: So auch/ (...) ja. #00:52:36-6#

T: Aber wenn man halt Dienst hat? Auch das ist Persönlichkeit/ (...) gewisse Leute sind viel nervöser während sie Dienst haben und machen gar nichts und warten fast vor dem Telefon. #00:52:50-3#

I: Mhm (bejahend). #00:52:50-6#

T: Und andere versuchen einen normalen Abend zu haben und haben halt einfach ihr Telefon neben sich. #00:52:58-3#

I: Mhm (bejahend). #00:52:58-6#

T: Und können das relativ gelassen nehmen. Also, das ist sehr unterschiedlich. #00:53:04-5#

I: Aber dann kann man das schon sagen, dass/ (...) die Belastung im Dienst oder auf Abruf/ oder/ schon höher ist wie ein normaler, planbarer Tag? #00:53:15-1#

T: Ja, auf jeden Fall. #00:53:16-6#

I: Ja. #00:53:17-1#

T: Vor allem arbeitet man ja normal am Tag. #00:53:19-6#

I: Mhm (bejahend). #00:53:19-9#

T: Und in der Nacht hast du Pickett und weißt halt nicht, was rein kommt. Das ist schon/ (...) ja. #00:53:27-5#

I: Okay. Aber sonst so die Arbeitsbelastung bei dir ist gut, noch? Also, okay/ natürlich/ #00:53:34-4#

T: Ja, aber ich bin organisiert und es ist gut. #00:53:37-2#

I: Mhm (bejahend). #00:53:37-5#

T: Und ich mache es gerne und finde jetzt auch mit diesen 80 Prozent bin ich nicht überlastet. Also, das geht gut. #00:53:48-3#

I: Ja, okay. Super! Okay! (...) Ja, es/ das wäre es eigentlich schon gewesen. Ich weiss nicht, ob du noch abschliessend oder etwas, das wir jetzt nicht besprochen haben, das vielleicht noch wichtig wäre? Oder sonst ein Abschluss/ eine Aussage, oder/ #00:54:05-2#

T: Am Schluss ist halt die Individualität und die Organisation von einem selber und die Einstellung das wichtigste. #00:54:13-7#

I: Okay. #00:54:14-3#

T: Und das ist eben, glaube ich, auch der Grund, den du am Anfang gesagt hast, dass du das nicht schematisch machen kannst und mit Fragebogen. #00:54:20-8#

I: Mhm (bejahend). #00:54:21-1#

T: Weil wir alles Menschen sind und keine Roboter und keine Computer. #00:54:25-0#

I: Mhm (bejahend). #00:54:25-3#

T: Wo es so oder so ist, sondern/ (...) jemand kann/ hat/ kann besser umgehen mit dieser Doppelbelastung und jemand anders weniger. #00:54:34-4#

I: Mhm (bejahend). #00:54:35-0#

T: Und jemand ist schneller angeschlagen und dann halt auch krank. #00:54:38-4#

I: Mhm (bejahend). #00:54:38-7#

T: Und jemand anders kann das besser aufnehmen und ist nicht gerade krank. Also/ (...) und das macht das ganze System auch viel komplexer und/ #00:54:50-7#

I: Okay. #00:54:51-4#

T: Und wahrscheinlich auch deine Arbeit! (lacht) #00:54:54-2#

I: Nein, ich habe schon auch das Gefühl/ es ist ja eigentlich mega spannend gewesen jetzt, weil es doch ein paar Sachen hat, die ich so nicht gedacht habe. Insbesondere eben vom Chef/ also, das ist, glaube ich, auch beim letzten Gespräch eine recht zentrale Aussage gewesen. So: Wenn der Chef findet ja, dann geht's. Und wenn der Chef nein findet, dann geht's nicht. #00:55:15-9#

T: Ja, das ist so. #00:55:17-8#

I: Und ich finde, die Idee müsste eigentlich sein, dass man es irgendwie hinkriegt, dass es so oder so geht. Oder? Natürlich: Der Chef/ (...) aber es müsste ein System geben, wo man sagt: Es ist grundsätzlich möglich, weil/ wenn jetzt einer einfach findet/ also, ich habe/ also/ meine Theorie ist schon auch, dass man muss effizienter arbeiten. Viele Leute sind einfach da und arbeiten vielleicht weniger effizient. Und das ist jetzt auch beim letzten Gespräch so gewesen, dass man eben sagen musste: Also, die haben zum Beispiel gesagt/ (...) ja, Pause. Oder du hast auch gesagt: Pause. (...) Man sollte die Pause halt auch nützen. Oder irgendwie schauen und sich organisieren. Und viele, die eben 100 Prozent arbeiten/ da kann es eben sein, dass sie zwar da sind. Aber man muss den Output besser messen oder die Qualität. Oder? Das ist/ die Frage, die ich kurz gehabt habe: Ja, vielleicht muss man ein System dorthin entwickeln, wo der Chef auch sieht: Hey, alle arbeiten gleich. Und die ist einfach 80/ (...) ja, die macht trotzdem im Verhältnis gleich viel. Natürlich arbeitest du vielleicht nicht genau gleich/ ich sage, gleich viele Patienten zu sehen/ (...) aber/ (...) sie bringt den Input in die Klinik oder ich sage/ vielleicht jetzt auch finanziell kann man sagen: Es ist nicht nach unten gegangen aus dem und dem Grund. Oder dass man sagt: Gut, wir haben/ eben, dass wir die Eigenverantwortung vom Mitarbeiter halt fördern, dass er mitdenkt und sagt: Ich möchte gerne 80, weil/ jetzt du sagst: Am Mittwoch habe ich meinen freien Tag, ich bin erholt. Und vielleicht bist du Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag so viel effizienter, weil du einfach weisst, dass du das bekommst. #00:56:49-7#

T: Ja, das ist so. #00:56:50-7#

I: Und wenn jemand einfach 100 Prozent arbeitet, hat er vielleicht auch kein Anreiz und sagt/ ich bin eh da/ #00:56:55-3#

T: Ja, das ist so. #00:56:56-4#

I: Und dann bleibe ich halt noch ein bisschen länger. So ein bisschen das. #00:57:00-9#

T: Also, das ist sicher ein Punkt. #00:57:03-6#

I: Ja. #00:57:04-0#

T: Aber das ist halt doch/ der Chef ist auch/ hat auch eine Persönlichkeit am Schluss. (...) Ob man da so ein anonymes System findet, dass es einfach immer möglich ist, bin ich nicht so sicher. #00:57:19-0#

I: Nein, wie du gesagt hast, es sind viele/ Familie, selber/ (...) eben, die Organisation muss es auch verstehen. Es kommt auch drauf an: Wie läuft es? Jetzt in der Infektiologie mit dem Corona? Ich meine: Unmöglich. Oder? Da müssen jetzt einfach alle 24/7. #00:57:32-2#

T: Nein, da muss man sich halt/ #00:57:33-8#

I: Und müssen/ wenn jetzt irgendwie der Chef schon lange da ist, es ist etabliert und irgendwie/ es ist klar, dann ist es vielleicht auch einfacher als wenn es jetzt irgendwie nicht so gut läuft, etwas passiert ist/ oder ja. #00:57:45-1#

T: Ich glaube, da müssen wir auch in unserem Gebiet halt eine gewisse Flexibilität bringen. #00:57:50-4#

I: Ja. #00:57:51-1#

T: Also, jetzt kann ein Infektiologe/ die müssen jetzt anders anpacken. #00:57:57-6#

I: Mhm (bejahend). #00:57:57-9#

T: Aber das ist ja auch/ das ist jetzt einfach eine Situation im Moment. #00:58:02-5#

I: Mhm (bejahend). #00:58:02-8#

T: Wo man weiss: Das ist vorübergehend. Und dann muss man ein bisschen anders. Und das müssen halt auch alle verstehen. Aber das müssen auch die Mitarbeiter ein bisschen verstehen. #00:58:10-7#

I: Mhm (bejahend). #00:58:11-3#

T: Aber der Chef muss dann auch ein bisschen grosszügig sein: Hey, wir kompensieren das dann. #00:58:17-7#

I: Mhm (bejahend). #00:58:18-1#

T: Und auch einmal eine Wertschätzung. Das ist manchmal schon so: Die Wertschätzungen fehlen manchmal. #00:58:24-3#

I: Mhm (bejahend). #00:58:24-6#

T: Und das ist extrem wichtig für/ (...) für die Arbeitsqualität und/ (...) Qualität und auch die Effizienz. #00:58:37-4#

I: Mhm (bejahend). #00:58:37-6#

T: Wenn man etwas zurück bekommt von oben, dann ist man motiviert und macht es gerne. #00:58:42-8#

I: Ja, okay. (...) Ja! Ist das gut, oder hast du noch etwas zu ergänzen? #00:58:57-4#

T: Nein. #00:58:58-0#

I: Okay. #00:58:58-8#

T: Hat das etwas gebracht? #00:59:00-8#

I: Sehr, ja! Danke vielmals! #00:59:01-1#



## Interview 02

I: Also, vielen Dank, Daniela, dass du dir Zeit nimmst für das Interview. #00:00:09-2#

T: Gerne. #00:00:10-0#

I: Genau! Ich würde anfangen (...) mit der ersten Frage, wie so ein typischer Arbeitsalltag bei den Ärzten bei euch in der Klinik aussieht. #00:00:23-1#

T: Also, es sind eigentlich wie zwei Bereiche zu unterscheiden. Einerseits, wenn du im Ambi eingeteilt bist. Das heisst, als Assistenzarzt oder halt Kaderarzt, der aber nicht invasiv tätig ist. Und dann hast du eigentlich den ganzen Tag Sprechstunde. Und die sind entweder im Halbstunden- oder Studententakt geplant. Das heisst, du kommst wirklich am Morgen, hast Klinik Rapport für die Übergaben und um ein bisschen das Tagesgeschäft anzuschauen. Und dann geht's mit den Sprechstunden los. Du hast Mittagspause und dann geht's weiter, durchgeplant bis fünf. Und dann ist noch der Abendrapport. Und wenn du invasiv tätig bist, bist du im Katheter Labor eingeteilt. Dort fängt das Programm auch am Morgen um (...) acht, ungefähr, an. Und dort hast du einfach deine Eingriffe, je nach dem sind das vier bis fünf, sechs Eingriffe und natürlich noch Notfälle zwischendurch oder am Abend. Höchst selten in der Nacht. Und dann haben wir auch noch den Pickett Dienst aufgeteilt, genau auf die gleichen zwei Modelle: Ein nicht-invasiver Pickett Dienst für alle Fragen jeglicher Art. Und dann der invasive Pickett Dienst für die Eingriffe, wo du wirklich im Katheter Labor PTAs machen gehen musst. Mal so ganz (lacht) Basic, einfach gesagt. #00:01:56-8#

I: Okay. #00:01:57-5#

T: Ich weiss nicht, ob ich noch etwas vertiefen soll? #00:02:00-5#

I: Ja, also, es/ unterscheiden sich die zwei Richtungen in der Arbeitsweise? Oder in der Flexibilität? Oder/ #00:02:11-9#

T: Ja? (atmet tief durch) Wenn du natürlich im Sprechstundenbetrieb eingebunden bist, hast du eigentlich wirklich deine eight to five Patienten, die halt grundsätzlich/ das kann auch sehr streng sein, weil du wirklich Patient an Patient durchgetaktet bist, die Berichte noch schreiben musst. Wenn du für einen Patienten je nach dem länger brauchst, kommst du je nach dem nicht zum Schreiben des Berichts, es gibt Verzögerungen und dann musst du halt am Abend je nach dem noch deine Berichte schreiben oder sonst irgendwo noch reinquetschen. #00:02:47-0#

I: Mhm (bejahend). #00:02:47-3#

T: Und wenn du in der PTA/ also, im invasiven Dienst eingeplant bist, hast du deine vier, fünf Eingriffe. Und dort ist es zeitlich ein bisschen schlechter planbar, je nach dem, wie lange die Eingriffe gehen. Und je nach dem geht's dann halt länger bis am Abend/ weiss nicht was. Und dort musst du natürlich auch noch deine Interventionsberichte schreiben. Das heisst, wenn du im Sprechstundenbetrieb eingeplant bist, kannst du schon eher drauf gehen, dass du zeitig raus kommst und mit allem durchkommst. #00:03:21-6#

I: Mhm (bejahend). #00:03:21-9#

T: Als wenn du interventionell/ im invasiven Dienst eingeteilt bist. #00:03:29-4#

I: Gibt's Ärzte, die beides machen. Oder ist das wirklich aufgeteilt? #00:03:32-7#

T: Nein, es gibt eigentlich Ärzte, die beides/ es machen eigentlich alle alles. Warte, das ist falsch ausgedrückt. Die, die invasiv tätig sind, machen auch Sprechstundenbetrieb. Aber es gibt natürlich Assistenzärzte, die nur Sprechstunden machen. Es gibt auch Kaderärzte, die nur Sprechstunden machen. Das heisst: Ungefähr vielleicht ein Viertel oder ein Drittel, Maximum, von unseren Ärzten sind invasiv tätig. Das sind eigentlich die wenigsten. Die meisten machen wirklich Sprechstunden und sind so eingeplant. #00:04:09-6#

I: Okay. Und wenn man so den Link macht zu der Forschung? Spielt das eine Rolle? Oder spielt das auch nicht so eine Rolle/ dass sie Forschungszeit haben? #00:04:21-2#

T: Wir haben bis vor wenigen Monaten/ haben wir nicht explizit Forschungstage verteilt. #00:04:27-2#

I: Mhm (bejahend). #00:04:27-7#

T: Wir haben es vielleicht/ so drei, vier, fünf designierte Ärzte, die in der Forschung tätig sind, also nicht jetzt so viel/ #00:04:37-0#

I: Mhm (bejahend). #00:04:37-5#

T: Die akademische Ziele anstreben. Das sind eigentlich die wenigsten bei uns. Man muss natürlich auch sagen: Vor/ ein Professor (unv. #00:04:47-6#) da hat man eigentlich praktisch keine Forschungsabteilung gehabt, es wurde nicht viel gemacht. Und seit er hier ist, ist er das am Aufbauen und auch die Forschungsabteilung am Aufbauen. Und darum forschen die Ärzte auch mehr. Wir haben jetzt aber neu einen

Oberarzt angestellt, der explizit Forschungsgruppenleiter wird. Der ist klinisch tätig, bekommt aber auch spezifische Forschungstage. Das Gleiche für einen Assistenzarzt, der zu 50 Prozent forschen soll. Das heisst, der bekommt wirklich zweieinhalb Forschungstage im PEP eingetragen. Was dort aber die Herausforderung ist, und da muss man so auch ein bisschen aufpassen, wie man damit umgeht: Dass, wenn man dann natürlich Krankheitsausfälle hat oder sonstige Notfälle, dass jemand einspringen muss. Das ist eigentlich immer der, der den Forschungstag eingeplant hat. Der muss dann einfach einspringen. #00:05:46-1#

I: Mhm (bejahend). #00:05:46-4#

T: Und das hat es ein paar Mal gegeben, bis dann der Klinikdirektor gesagt hat: Das kann's nicht sein. Es kann nicht sein, dass immer der, der Forschung hat, dann den Kopf hinhalten muss, sondern dass man dann halt irgendwie anders Lösungen suchen musst. #00:06:02-2#

I: Aber in dem Fall heisst das, dass/ (...) eigentlich nur/ also, jetzt neu zwei Personen auch eine Anstellung haben als Forschungs/ #00:06:09-5#

T: Ja. #00:06:10-4#

I: Und alle anderen müssen es sonst irgendwie machen oder machen gar keine Forschung. #00:06:17-4#

T: Ja, genau. Also, auch die, die jetzt auf der Forschung tätig sind, sind eigentlich als normale Kliniker angestellt. #00:06:23-1#

I: Mhm (bejahend). #00:06:23-4#

T: Aber bekommen halt spezifische Tage zum Forschen eingeplant. #00:06:27-7#

I: Also, protected time? #00:06:29-5#

T: Ja. Wirklich/ wir haben so eine Ikone im PEP, wo du wirklich deine zehn Stunden Forschung eingeplant bekommst. #00:06:38-6#

I: Mhm (bejahend). #00:06:39-1#

T: Und bisher ist es halt dann doch irgendwie immer so gewesen: Ja, wie so ein bisschen zwischendurch, vielleicht mal bei einem Oberarzt ein Bürotag/ #00:06:48-8#

I: Mhm (bejahend). #00:06:49-2#

T: Aber schon nicht explizit freigeschaufelt. #00:06:52-1#

I: Okay. Und da seid ihr jetzt seit/ (...) seit kürzlich? #00:06:57-0#

T: Vielleicht ein paar Monate. #00:07:00-5#

I: Funktioniert das gut? #00:07:01-9#

T: Ja, das geht gut, weil beim einen Assistenzarzt, der das macht, auch wirklich klar ist, dass der 50 Prozent forscht. #00:07:08-8#

I: Mhm (bejahend). #00:07:09-1#

T: Und andere halt nicht. Also, dort/ so, wie ich es dort wahrgenommen habe, hat das nie zu irgendwelchen Problemen zwischen den Assistenzärzten geführt von wegen: Wieso bekommt der jetzt explizit Forschungstage? Weil ganz klar ist, dass der Assistenzarzt auch dort mega Ambitionen hat, der investiert in die Forschung, der hat, glaube ich, auch viel ausserhalb von seiner Arbeitszeit für die Forschung investiert. Und der ist dann halt irgendwann so gestiegen in dem Bereich, dass er sich wie qualifiziert hat: Okay, der macht jetzt 50 Prozent wirklich nur Forschung. #00:07:44-7#

I: Mhm (bejahend). #00:07:45-4#

T: Und den Oberarzt haben wir extra eingestellt, damit der forscht. #00:07:53-1#

I: Und musstet ihr irgendwie da Arrangements machen, spezielle? Oder die Personen/ damit ihr wisst, wenn die/ man muss das dann ja auch auf die Dienste abstimmen oder Pickett oder/ wie kann man das regeln? #00:08:06-5#

T: Es ist quasi vom Dienstplan her/ da wird halt wie so der reguläre oder die reguläre Woche geplant und dort, wo es noch gut Lücken hat, wird dann einfach der Forschungstag eingeplant. Und bis jetzt ist es eigentlich immer plus, minus gut gegangen. #00:08:23-5#

I: Und wird das zentral geplant oder planen die Leute das selber? #00:08:27-7#

T: Das wird zentral geplant über die Direktionsassistentin, die den ganzen ärztlichen Dienstplan macht. #00:08:34-9#

I: Okay. Und sie entscheidet dann auch, wenn der/ also, in dem Sinn/ es kann sein, dass der einmal am Montag ist und die nächste Woche danach am Mittwoch?  
#00:08:45-5#

T: Ja, genau. Das ist flexibel. (...) Ja. #00:08:48-3#

I: Ja. (...) Okay. Und das heisst aber auch, dass der Klinikalltag das zulässt.  
#00:08:57-4#

T: Ja. #00:08:57-8#

I: Dass man so flexibel ist. #00:08:59-6#

T: Ja. #00:09:00-2#

I: Mhm (bejahend). #00:09:00-5#

T: Ja, da ist man/ wir führen auch/ wir haben so eine Personalplanung. #00:09:05-2#

I: Mhm (bejahend). #00:09:05-5#

T: Wo man quasi/ (...) pro Woche kann man eingeben, wie viele Tage von welchem Dienst du anbieten möchtest. #00:09:12-0#

I: Mhm (bejahend). #00:09:12-5#

T: Und dort haben wir dann auch explizit Forschungstage drin und das schlägt sich dann auf unsere Stellenkalkulation nieder. Und dann sehen wir: Okay, wenn wir jetzt fünf Tage Forschung machen, brauchen wir so viel Stellen mehr. Wenn wir jetzt nur zweieinhalb Tage Forschung pro Woche machen, brauchen wir so viel Stellenprozent. Also, das ist wirklich einkalkuliert. #00:09:36-3#

I: Und wie könnt ihr denn Notfälle abfedern? #00:09:40-1#

T: Indem wirklich (lacht) der den Kopf hinhalten muss, der nicht eingeplant ist für den Patientenbetrieb. Bei den Forschungstagen ist so ein bisschen das Problem, dass

die schnell mal abgezwickelt werden. Und sonst muss halt jemand aus dem Kompensationsfrei/ das hat es auch schon gegeben/ dass der da herausgeholt werden musste. Ja, irgendwie gibt's immer eine Lösung. Im schlimmsten Fall müssen wir dann jeweils die Patienten abbestellen. #00:10:08-1#

I: Okay. #00:10:09-0#

T: Ja. #00:10:09-4#

I: Aber das heisst, dass das einfach sicher so geplant ist und nicht unbedingt so auch ausgeführt wird? #00:10:17-1#

T: Ja. #00:10:17-5#

I: Und ist das ein/ also, ist das ein/ schätzen Sie das als hoher Anteil ein oder ist das wirklich (...) die Ausnahme? #00:10:26-5#

T: Schon eher die Ausnahme. #00:10:28-1#

I: Mhm (bejahend). #00:10:28-3#

T: Aber ich glaube, das musste sich auch ein bisschen einpendeln. #00:10:32-0#

I: Mhm (bejahend). #00:10:32-3#

T: Dass das am Anfang vielleicht häufiger vorgekommen ist, bis man dann mal gesagt hat: So, das geht jetzt nicht mehr. Sondern das muss dann wirklich von oben herab klargestellt werden, dass die Forschungstage nicht immer missbraucht werden dürfen, damit jemand einspringt. #00:10:49-0#

I: Und die Tage/ da sind die Personen im Haus? #00:10:53-9#

T: Ja. #00:10:54-4#

I: Und haben dann ihr Büro und arbeiten dort drin? Oder? #00:10:58-2#

T: Ja, genau. Die sind immer am Arbeitsplatz, die sind da. #00:11:01-6#

I: Okay. Und die/ die Rückmeldung ist, dass die gut so arbeiten können? #00:11:06-1#

T: Ja, ja. #00:11:07-9#

I: Okay. #00:11:08-6#

T: Und ich glaube, die Ärzte haben das schon noch gern. Ich kann das nur von dem einen Assistenzarzt sagen, aber du bist halt schon flexibler, wenn du so einen Forschungstag hast, als wenn du natürlich im Sprechstundenbetrieb eingeplant bist. #00:11:26-7#

I: Okay, ja. Aber das heisst jetzt: Die ganze Forschung ist jetzt einfach am Aufkommen. (...) Sonst so ein bisschen Arrangements oder eben/ ich sage jetzt: Verschiedene Arbeitsmodelle. Ich sage jetzt: Teilzeit oder Job-Sharing? Ist das auch ein Thema in der Klinik? Oder ist das noch nichts? #00:11:51-6#

T: Also, was wir haben, das sind Teilzeitler. #00:11:56-4#

I: Mhm (bejahend). #00:11:56-9#

T: Hauptsächlich, wenn ich schnell überlege/ ausschliesslich Frauen. #00:12:02-2#

I: Okay. #00:12:02-9#

T: Die 60 oder 80 oder 90 Prozent arbeiten. #00:12:06-4#

I: Mhm (bejahend). #00:12:06-9#

T: Und das sind dann halt auch an fixen Tagen, wo man weiss: Die sind abwesend. #00:12:11-6#

I: Mhm (bejahend). #00:12:11-9#

T: Die so eingeplant werden. Oder zum Beispiel bei 90 Prozent, dass man alle zwei Wochen einen freien Tag hat. #00:12:20-5#

I: Mhm (bejahend). #00:12:21-0#

T: Das ist das eine Thema. Das andere Thema ist Home Office. #00:12:25-7#

I: Mhm (bejahend). #00:12:26-2#

T: Aber das ist nur bei einer leitenden Ärztin das Thema, wenn sie quasi ihre Bürotage im Home Office beziehen kann. Und sonst? Job-Sharing? Haben wir eigentlich nicht (...) bei uns in der Klinik. Ein grosses Thema sind noch Einsätze in den Kooperationsspitalern. Wir schicken pro Woche fast jeden Tag einen Arzt in ein Kooperationsspital, damit die dort die Sprechstunden machen, weil die jetzt vielleicht gerade keinen Angedungen haben, den sie abbestellt haben. Und das ist dann auch immer in der Planung zu berücksichtigen, weil das ist halt für den Arzt schon nochmals anders, wenn er plötzlich an jedem Mittwoch in einem Kooperationsspital eingesetzt wird. Und das musst du auch immer ein bisschen in der Planung balancieren, weil du kannst auch nicht immer einen Arzt drei Tage in der Woche raus schicken.  
#00:13:25-0#

I: Mhm (bejahend). #00:13:25-6#

T: Das ist wie irgendwie nochmals zu berücksichtigen in der Planung. #00:13:29-5#

I: Und die Teilzeitmitarbeiten sind sowohl invasiv als nicht-invasiv? Oder ist das verteilt? #00:13:45-6#

T: Das sind eigentlich nur nicht-invasiv/ (...) also, die, die quasi in den Sprechstunden eingeplant sind. #00:13:53-2#

I: Mhm (bejahend). #00:13:53-5#

T: Wir werden aber zukünftig ab Mai einen invasiven Arzt auf 50 Prozent Teilzeit reduzieren. (...) Der ist dann quasi/ die Regelung ist mit dem so getroffen, dass er zwei Tage lang vor Ort im Katheter Labor eingeteilt ist. #00:14:13-3#

I: Mhm (bejahend). #00:14:13-8#

T: Und noch Pickett Dienst übernimmt und somit auf sein 50 Prozent Pensum kommt. #00:14:19-3#

I: Mhm (bejahend). #00:14:19-6#



T: Aber dazu kann ich halt noch nichts sagen, weil das kommt erst im Mai.  
#00:14:24-7#

I: Und warum bietet man das plötzlich an? #00:14:27-5#

T: Der wäre so gegangen. Und so arbeitet er, glaube ich, noch 50 Prozent in Österreich, wo seine Freundin arbeiten wird. Die geht irgendwie zurück nach Österreich und er wollte wie nicht ganz vom USZ weg und dann hat man sich auf den Deal geeinigt. #00:14:47-3#

I: Okay. Und so Sachen werden gut angenommen von den Mitarbeitenden im Team? Oder kann das/ #00:14:53-3#

T: Nein! (lacht) #00:14:54-5#

I: Nicht gut angenommen? #00:14:56-2#

T: Nein. Also, das ist jetzt wirklich vertraulich. Ich weiss, das wird/ #00:15:00-4#

I: Ist anonymisiert. #00:15:02-0#

T: Nein. Der Deal von den 50 Prozenten hat zu einem riesigen Eklat geführt, weil für die anderen invasiven Ärzte war einfach so: Ja, der pickt jetzt Rosinen, kann hier cool seine Eingriffe machen an zwei Tagen und mehr muss er wie hier nicht leisten. Die Ärzte gehen gerne ins Katheter Labor. Die bekommen das ja wie als Ausbildung. #00:15:25-6#

I: Mhm (bejahend). #00:15:25-9#

T: Die lernen das ja bei Professor Kucher neu, grösstenteils. Wir haben bisher keinen, den wir angestellt haben, der das schon konnte. Sondern die bilden wir quasi aus. Und was wir nicht wollen, ist dass wir die irgendwie zwei Jahre ausbilden und dann gehen sie. #00:15:42-3#

I: Mhm (bejahend). #00:15:42-6#

T: Und setzen ihr Know-how irgendwo anders ein. Und bei ihm war das wie irgendwie wirklich so. Der ist jetzt, glaube ich, anderthalb Jahre in Ausbildung. #00:15:51-6#

I: Mhm (bejahend). #00:15:51-9#

T: Und anstatt, dass er dann ganz weg ist, hat man gesagt: Also, bleib halt noch 50 Prozent. #00:15:58-0#

I: Mhm (bejahend). #00:15:58-3#

T: Aber für die anderen, gleichgestellten Ärzte ist das ganz schlecht angekommen. #00:16:03-3#

I: Aber ich nehme an, der verdient ja dann auch nur die Hälfte. #00:16:07-5#

T: Ja. #00:16:08-1#

I: Dienst macht er doch. Warum hat das trotzdem Wellen geschlagen? #00:16:12-8#

T: Weil es für die anderen Ärzte halt so Rosinenpickerei war, dass der Klinikdirektor doch auf den Deal eingegangen ist und nicht einfach fand: Also, dann kündest du halt und jemand anders kommt 100 Prozent. Man verliert jetzt ja 50 Prozent. Das müssen wieder die anderen stemmen. Und dort hat der nachher noch seine Ausbildung, wo er hier ein bisschen PTA machen kann. #00:16:35-9#

I: Mhm (bejahend). #00:16:36-3#

T: Aber er muss nicht Sprechstunden machen, er muss nicht in ein Kooperationspital, sondern er kann halt wirklich zwei Tage cool/ Katheter Labor. #00:16:45-8#

I: Mhm (bejahend). #00:16:46-1#

T: Und der ganze Rest, den halt alle anderen Ärzte auch machen müssen, muss er nicht machen. Und darum wurde ihm ein bisschen die Rosinenpickerei vorgeworfen. #00:16:56-1#

I: Aber das heisst auch, dass man eigentlich/ die Interpretation ist so, dass die, die invasiv tätig sind/ das ist ja eine Art chirurgische Tätigkeit. #00:17:08-9#

T: Ja, genau. #00:17:10-0#

I: Auch sonst zusätzliche Lasten haben. Und Rosinenpickerei im Sinn von/ eben, in ein anderes Kooperationsspital aber (...) gleichzeitig auch, ich sage jetzt, Notfälle weniger abdecken muss. #00:17:26-0#

T: Ja. #00:17:26-5#

I: Weil er halt nicht da ist physisch. #00:17:28-7#

T: Ja, genau. #00:17:29-5#

I: Und dass er einfach nur zwei Tage dem Klinikalltag ausgesetzt ist. #00:17:34-9#

T: Ja, genau. Und eben, die anderen Dienste sind schon/ die hat man schon weniger lieb als den Ops Dienst, wenn man im Katheter Labor steht. #00:17:46-2#

I: Und die muss er nicht machen? #00:17:48-2#

T: Nein. Der Deal war wirklich, dass er zwei Tage ins Katheter Labor kommen kann. Ausser, man hat jetzt natürlich mega Personalmangel, Krankheitsfälle/ dann muss er auch Sprechstunden machen oder mal in ein Kooperationsspital. Aber das ist halt der Deal gewesen: Zwei Tage Katheter Labor. Und das war dann für die anderen ein rotes Tuch. #00:18:08-8#

I: Okay. Du hast vorher noch gesagt, dass es vor allem jetzt nur Frauen machen. Ist das/ was/ (...) was können da die Gründe sein? #00:18:17-9#

T: Ich glaube Familie. Bei all diesen Fällen ist das Thema Familie, dass sie halt noch auf die Kinder schauen. Also, wir haben zwei Ärztinnen, die Teilzeit 60 und 80 Prozent arbeiten wegen den Kindern. (...) Dann eine, die einfach vom Pensum her nicht möchte 100 Prozent arbeiten. Die hat, glaube ich, ein Pferd, damit sie das regelmässig ausreiten kann. Ich weiss aber, wir haben auch Ärztinnen mit Kindern, die 100 Prozent arbeiten. Es ist ein bisschen alles vorhanden, eigentlich. #00:18:51-3#

I: Aber grundsätzlich haben sowohl Mann als auch Frau die gleiche Chance/ #00:18:57-2#

T: Ja. #00:18:57-6#

I: Oder hat man das Gefühl, dass das/ #00:19:01-0#

T: Doch, hat man. Und es ist, glaube ich, auch möglich zu reduzieren. #00:19:05-3#

I: Mhm (bejahend). #00:19:06-3#

T: Ich denke, es kommt sicher auch drauf an, was du für Qualifikationen hast. Also, ein Oberarzt, der mega gut ist und halt zum Beispiel jetzt gerade invasiv tätig ist, ist sicher schwieriger, den zu reduzieren. Obwohl, es ging jetzt ja auch mit dem einen. (...) Aber bei uns in der Angio sehe ich das schon als realistisch an, dass du eine Pensumsreduktion bekommst. #00:19:30-6#

I: Mhm (bejahend). #00:19:30-9#

T: Ausser wir sind mega knapp am Mann. #00:19:34-6#

I: Und das heisst aber auch, dass man halt einfach mit Einbussen rechnen muss? Oder spielt das keine Rolle? #00:19:43-6#

T: Für was Einbussen? #00:19:45-0#

I: Also zum Beispiel: Man wird weniger angesehen, wenn man jetzt Teilzeit arbeitet? Oder dass man vielleicht in der Karriere halt weniger weit kommt? Oder geht das/ also, dass man sagt: Man arbeitet nur 80, hat aber die gleiche Anerkennung/ ich sage jetzt lohnmässig ist mal aussen vor/ (...) sondern mehr, dass man sich müsste irgendwann entscheiden im Lebensweg: Will ich das eine oder das andere? Oder spielt das keine Rolle? #00:20:17-8#

T: (atmet tief durch) Ich habe das Gefühl, bei uns in der Angio/ wenn du im normalen Sprechstundenbetrieb eingebunden bist, spielt es weniger eine Rolle, ob du jetzt 100 oder 80 Prozent arbeitest. Aber wenn du dich spezifisch möchtest im Katheter Labor ausbilden/ #00:20:39-3#

I: Also im invasiven Teil. #00:20:41-3#

T: Ja. Wenn du invasiv tätig werden möchtest, musst du schon fast 100 Prozent vorhanden sein. Weil da musst du halt wirklich lernen, lernen, lernen. Obwohl es dort sicher auch möglich ist. Es geht halt/ überall, wo du dich irgendwo anlernen willst, braucht es halt viel länger. Und das macht es schwieriger. Wir haben jetzt zum Beispiel eine Ärztin, die arbeitet 60 Prozent. Und die möchte im Bereich der oberflächlichen Venen ausgebildet werden, also Krampfaderbehandlung. Das ist quasi nicht invasiv, aber es ist auch nicht so eine normale Sprechstunde. Es ist so ein bisschen Sprechstunde Plus, kann man so sagen. Die bilden wir jetzt auch aus. Aber weil die

nur 60 Prozent arbeitet, wird das mega lange gehen, bis die dann mal selbständig die kleinen Eingriffe machen kann. #00:21:31-5#

I: Aber das ist ja per se nicht etwas Schlechtes. #00:21:36-6#

T: Nein, es ist nicht etwas Schlechtes, aber du bist dann halt doch nicht gerade die Prio eins, wenn es darum geht, jemanden ausbilden zu wollen. #00:21:45-3#

I: Okay. Aber das heisst ja, man müsste ja dann einen Ausbildungsvertrag machen? Oder ist das mehr so/ #00:21:50-5#

T: Das ist mehr so ein Handschlag, quasi. Hey, du darfst da/ #00:21:54-0#

I: Dass die das machen kann. (...) Aber wir müssen halt schauen. #00:21:55-8#

T: Ja, genau. Und auch, um die Leute ein bisschen halten zu können. Oder? Jemand, der jetzt schon zwei Jahre da war und noch nie so ein bisschen ein Goodie bekommen hat? Und das sind halt wirklich die Goodies, die wir unseren Ärzten bieten können: So ein bisschen Spezialrichtungen. #00:22:12-7#

I: Was müsste passieren, dass es keine Rolle mehr spielt? #00:22:21-5#

T: Das ist eine gute Frage. Wahrscheinlich müsstest du halt wie an der Personaldecke schrauben. Also, ich meine, so lange du mega gut besetzt ist, kannst du die ja einfach im Doppel mitlaufen lassen. Und dann kannst du einfach/ die drei Tage/ zum Beispiel wenn die 60 Prozent ist, tut die wirklich drei Tage nur sich auf die Ausbildung fokussieren, wird dann halt immer doppelt geplant, weil sie dann so nicht ins Gewicht fällt, weil die eigentlich nicht an einem anderen Ort in einer Sprechstunde eingeplant werden muss. Und dann kann sie sich auch wirklich schnell ausbilden und Routine erlangen. Und schnell ins Thema rein kommen. #00:23:01-0#

I: Mhm (bejahend). #00:23:01-3#

T: Und wenn du natürlich eher eine dünnere Personaldecke hast, kannst du vielleicht sagen: Nein, ich kann sie nur einmal in der Woche/ (...) wir nennen das Rotationen/ in die Rotation schicken, damit sie das anlernen kann, weil wir sie an den anderen zwei Tagen in ein Kooperationshospital oder in eine Duplex-Dienst, Sprechstundendienst einplanen müssen. #00:23:21-2#

I: Mhm (bejahend). #00:23:21-5#

T: Das ist bei uns wirklich eine Frage. Wen wir ausbilden können, hängt ab, wie viel Personal wir haben. Je besser wir aufgestellt sind, desto mehr können wir die Rotationen ermöglichen. Das Gleich auch bei den Assistenten. Die sind mega motiviert, um im Katheder Labor mitlaufen zu können und dort reinzuschauen bei diesen speziellen Krampfader-Eingriffen, aber das können wir wirklich auch nur einführen, wenn wir genug Leute haben. #00:23:49-9#

I: Das heisst aber: Man braucht mehr Leute, damit man den Normalbetrieb laufen lassen kann und die Ausbildung auch abdecken kann? #00:23:56-7#

T: Korrekt, ja. Weil die Leute, wenn die anfangen, kannst du die nicht voll zählen. Die müssen einfach mitlaufen. Irgendwann sind die dann schon entlastend, aber das geht je nach dem ein Jahr, anderthalb Jahre, zwei Jahre, bis sie einfach eigenständig auch den Dienst übernehmen können. #00:24:11-7#

I: Und wenn man jetzt aber sagt: Also, theoretisch/ (...) man tut mehrere Teilzeitler nehmen/ (...) dann ist ja das Personalbudget nicht überschritten. Würde das denn auch helfen? Oder geht das nicht, weil/ also, ich sage jetzt: Theoretisch, wenn man jetzt pro Woche einen hätte und fünf 80 Prozent anstellt, dass man dann wie einfach/ ein Tag ist einer nicht da, zum Beispiel. Und jeder hat immer einen Tag fix geplant. Also, dass man so Modelle hätte. Ist das praktikabel, dass man wirklich/ #00:24:55-9#

T: (lacht) (...) Aus meiner Perspektive sind Leute, die höherprozentig ärztlich tätig sind einfacher zu planen. #00:25:05-3#

I: Mhm (bejahend). #00:25:05-7#

T: Weil du kannst Dienste/ mehrere Dienste aneinander dem Gleichen geben. Es gibt weniger Brüche, weil die halt/ die sind halt immer da. Gerade bei den Oberärzten. Wenn die für die Assistenten halt Berichte wie/ visieren müssen, durchlesen, korrigieren, für Fragen da stehen. Und dann sind die mal da, am nächsten Tag sind die nicht da, dann sind die wieder da. Es gibt einfach immer so Brüche. Aber das ist eigentlich mehr so ein bisschen im administrativen Ablauf drum herum. #00:25:38-9#

I: Mhm (bejahend). #00:25:39-3#

T: Das Gleiche erleben wir auch für die Betreuung vom Stationsassistentenarzt. Der hat ja immer noch einen Stationsoberarzt im Hintergrund. Und wenn der jeden Tag einen neuen Oberarzt als Anspruchsperson hat, wo er immer wieder neu sagen muss, was jetzt der Stand bei Patient A und Patient B ist, gibt das einfach Brüche. #00:26:00-4#

I: Mhm (bejahend). #00:26:00-7#

T: Und für den Stationsassistenten wäre es jetzt zum Beispiel viel angenehmer, wenn der eine Woche immer mit dem gleichen Arzt durcharbeiten kann, weil sonst muss er immer wieder die neuen Patienten erklären. Das habe ich schon ein bisschen gelernt von der Planung her. Die Dienstplanung der Ärzte ist schon einfacher, wenn du eine gewisse Kontinuität drin hast. Ich habe das Gefühl: 80 zu 100 Prozent ist nicht ein grosser Unterschied. Aber 60 Prozent wird dann schon ein bisschen schwieriger in der ärztlichen Planung. #00:26:37-1#

I: Okay. Sonst so Arrangements, die ihr vielleicht habt beim Modell? #00:26:46-7#

T: Nein, ich glaube jetzt nicht. Wir haben wirklich/ Teilzeit, Home Office, die Rotationen/ (...) Pickett ist natürlich ein grosses Thema. #00:26:55-8#

I: Mhm (bejahend). #00:26:56-1#

T: Ich weiss nicht, ob ich da noch dazu etwas/ #00:26:58-9#

I: Gerne, ja. #00:27:00-1#

T: Ausführen soll. Eben, wir haben einen invasiven und einen nicht-invasiven Pickett, 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche. Das heisst, wir haben nicht mehr das Übergangssystem, dass wir das irgendwie dem KIM Arzt übergeben oder dem HGT (unv. #00:27:18-0#) Arzt oder keine Ahnung, was es da noch alles gibt. #00:27:21-9#

I: Mhm (bejahend). #00:27:22-2#

T: Und zwar übernimmt einfach immer jemand am Abend den Pickett und übergibt den dann am Morgen wieder. Und sie müssen einfach innerhalb einer halben Stunde vor Ort sein. #00:27:33-3#

I: Mhm (bejahend). #00:27:33-6#

T: Und sie bekommen auch genug Kompens. Das heisst, wenn du in der Nacht im Pickett eingeteilt bist, hast du am nächsten Vormittag frei, damit sicher die Ruhezeiten von/ elf Stunden, sind das glaube ich, eingehalten werden, falls du jetzt halt wirklich mega viel Telefone bekommst und nicht schlafen kannst. #00:27:51-3#

I: Mhm (bejahend). #00:27:51-5#

T: Am Wochenende haben wir es so, dass eigentlich jemand für den Samstag und jemand für den Sonntag zuständig ist und du dort die Übergabe hast. Wir hatten zuerst das Pickett-Modell, dass du quasi Freitagabend bis Montagmorgen Pickett hast, aber da haben wir dann eine Umfrage bei unseren Ärzten gemacht, ob sie das so haben möchten oder das aufteilen möchten, jemand am Samstag und jemand am Sonntag/ #00:28:17-5#

I: Mhm (bejahend). #00:28:17-9#

T: Die Mehrheit hat gesagt: Auf zwei Ärzte das Wochenende aufgeteilt. #00:28:22-9#

I: Also einer am Samstag, einer am Sonntag. #00:28:25-7#

T: Genau. #00:28:26-4#

I: Nicht einmal das Ganze, sondern lieber/ #00:28:29-7#

T: Ja. #00:28:30-2#

I: Okay. #00:28:30-8#

T: Das heisst, sie haben sich eigentlich dafür ausgesprochen: Ich habe lieber häufiger Pickett, dafür nur ein Tag, anstatt weniger Pickett, zwei Tage. #00:28:39-3#

I: Okay. #00:28:39-9#

T: Das haben wir quasi mit Mehrheitsentscheid bei allen abgeholt. #00:28:43-9#

I: Und dort sind alle/ also, Assistenten und Leitende? #00:28:48-0#

T: Genau. #00:28:48-5#

I: Die haben lieber häufiger/ #00:28:50-9#

T: Pickett, dafür weniger lang. Genau. #00:28:53-8#



I: Ja. #00:28:54-2#

T: Also, oder? Es ist ihr Entscheid gewesen. Wenn du den Pickett Dienst auf zehn Ärzte, ein Wochenende aufteilst/ (...) hast du halt jedes zehnte Wochenende zwei Tage. Und wenn du sagst: Du machst entweder Samstag oder Sonntag, dann hast du halt jedes fünfte Wochenende einen Tag. #00:29:12-3#

I: Mhm (bejahend). #00:29:13-0#

T: Und für das hat sich eigentlich die Mehrheit dann entschieden. #00:29:18-8#

I: Okay. #00:29:19-4#

T: Genau. Und ja, wir schauen halt wirklich drauf, dass wir die Kompensations-Frei dann auch geben, wenn die den Pickett hatten. #00:29:27-6#

I: Aber das sind, ich sage jetzt, weniger/ (...) ein Arbeitszeitmodell für den Einzelnen, sondern eher ein Dienstmodell. #00:29:35-2#

T: Ja. #00:29:36-2#

I: In der Klinik. #00:29:37-4#

T: Ja. #00:29:39-0#

I: Okay. #00:29:39-7#

T: Aber sonst sind alle gleich gestellt beim Pickett Dienst. Aber sonst haben wir eigentlich keine spezielle Arrangements. #00:29:47-1#

I: Und das wird auch nicht gewünscht von den Ärzten? #00:29:50-7#

T: Nein. #00:29:51-3#

I: Okay. Und das heisst aber auch, dass man eigentlich individuell das anpasst? #00:29:56-8#

T: (räuspert sich) #00:29:57-7#

I: Also, dass irgendwer kommt und sagt: Ich würde jetzt gerne irgendein Modell haben. #00:30:03-3#

T: Mhm (bejahend). #00:30:03-6#

I: Und dann passt man das spezifisch an. #00:30:06-5#

T: Ja, ja. #00:30:07-2#

I: Ausschreibungen? Sind die immer/ also, auch 80 bis 100 oder könnte man sich auch vorstellen, dass man sagt: Man sucht zwei Personen 50, die ein Job Sharing machen? Oder wird eine Stelle immer/ #00:30:19-2#

T: Wird eigentlich immer 80 bis 100/ #00:30:22-2#

I: Okay. #00:30:22-0#

T: Ausgeschrieben. #00:30:23-2#

I: Ja. #00:30:25-7#

T: Und bei den Assistenten ist es halt so: Dort haben wir ja eigentlich am meisten Durchlauf. #00:30:31-4#

I: Ja. #00:30:31-9#

T: Halt in der ärztlichen Weiterbildung. #00:30:35-4#

I: Mhm (bejahend). #00:30:35-7#

T: Und dort sind die halt immer hochprozentig und dann brauchen wir halt auch wieder genau das gleiche Pensum, um das abzudecken. #00:30:44-1#

I: Okay. (...) Wird/ Assistenten und Oberärzte, wird das abgestimmt? Oder sind das wie zwei verschiedene Modelle? #00:30:56-2#

T: (atmet tief durch) (...) Das ist noch eine schwierige Frage! (...) Schon/ also, es kommt auf das/ ich glaube, es kommt auf die fachliche/ es kommt aufs fachliche Niveau des Assistenten drauf an. Solche, wo du merkst: Okay, die brauchen noch viel mehr fachliche Unterstützung? Dort kann es auch sein, dass du wirklich mit dem Oberarzt eingeplant wirst. Und sonst werden eigentlich Assistenzärzte und Kaderärzte in die gleichen Dienste eingeplant. #00:31:28-7#

I: Okay. #00:31:29-3#

T: Was je nach dem von Seiten Oberärzten als nicht so cool/ #00:31:33-2#

I: Mhm (bejahend). #00:31:33-6#

T: Eingestuft wird, dass die dann halt wirklich die ganzen Aufnahmen machen müssen von den Notfällen oder die Eintritte der stationären Patienten oder was weiss ich. #00:31:44-5#

I: Mhm (bejahend). #00:31:45-0#

T: Und darum versucht man auch so ein bisschen, mittels Rotationen ihnen so ein bisschen ein Goodie zu geben, damit sie nicht nur die gleichen Aufgaben machen wie ein Assistent. #00:31:55-7#

I: Also auch Flexibilität und Abwechslung? So? #00:32:02-3#

T: Ja. #00:32:02-8#

I: Okay. Wie nimmst du so ein bisschen die Work-Life-Balance der Ärzte wahr? Ist die grundsätzlich gut? Weniger? Gibt's Unterschiede zwischen Teilzeit oder Home Office Personen gegenüber den 100 Prozent/ klinischen? #00:32:22-4#

T: Ich glaube, die Arbeitsbelastung ist grundsätzlich hoch. Du bist halt wirklich durchgeplant. Und dann musst du noch deine Berichte irgendwo rein quetschen, wenn du nicht fertig wirst. Nichts desto trotz, denke ich, haben wir mit unserem Pickett Dienst auch eher eine favorable Situation für unsere Ärzte kreiert. Also, gerade jetzt, wenn man am Wochenende nur einen Tag Pickett hast, hast du nicht so eine hohe Belastung. Und wir sind momentan von der Personaldecke auch so unterwegs, dass man gut mal Bürotage/ den Ärzten frei räumen könnte, damit die dann ihre Berichte abarbeiten können. (...) Und der Unterschied, ob du jetzt im hohen Pensum oder tiefen Pensum bist? (...) Ich habe das Gefühl, es ist vergleichbar. Und die, die/ weil die, die im/ zum Beispiel 60 oder 80 Prozent arbeiten, die machen dann nicht noch mehr fürs Spital oder den Arbeitgeber. Und die müssen dann einfach das auch in ihren drei

oder vier Tagen rein quetschen, was die anderen an fünf Tagen in fünf Tagen einbringen. Aber ich sehe es auch bei Ärzten, die wirklich wollen, die sich ein bisschen profilieren wollen. Die kommen auch am Wochenende rein, ohne dass die das aufschreiben. Die arbeiten für irgendwelche Papers in ihrer Freizeit. Und ich weiss, dass das angesehen wird von der vorgesetzten Person. Ich habe schon häufig gehört, dass wenn man so wirklich viel leistet, auch auf eigene Zeit, auf Freizeit/ das ist sehr angesehen. #00:34:12-4#

I: Aber nützt das auch etwas? Oder ist das einfach mehr Wertschätzung, die man bekommt? Und wenn jemand die Wertschätzung braucht/ (...) oder ist das mehr auf/ eben, man kann dann mehr operieren, zum Beispiel, oder man kommt/ man bekommt mehr Geld über Honorar? Oder wie/ also, Ansehen ist ja das eine. #00:34:34-2#

T: Ja. #00:34:34-6#

I: Und das kann auch ein grosser Motivator sein. Aber (...) vielleicht hat es auch andere Gründe? #00:34:40-8#

T: Ja, also, beim einen ist sicher halt der akademische Weg, der möchte seine Papers machen, der forschen möchte. #00:34:48-4#

I: Mhm (bejahend). #00:34:48-7#

T: Und das dann halt/ je nach dem hat das nicht im Alltag Platz, obwohl man eben mit diesen Forschungstage dem Abhilfe geschaffen hat. Und was natürlich auch ist? Das ist immer so ein bisschen ein grosser Kampf. Wer bekommt irgendwie die nächste Ausbildung? Weil man kann ja immer nur einen Arzt ausbilden. #00:35:09-2#

I: Mhm (bejahend). #00:35:09-5#

T: Und wenn du natürlich dich mega gut positionierst, indem du einfach am Abend länger bleibst oder mal am Wochenende bei etwas reinkommst, kann das schon auch dazu führen, dass du dann bevorzugt wirst, wenn es darum geht, dass du die Ausbildung machen darfst. #00:35:26-1#

I: Mhm (bejahend). #00:35:26-3#

T: Und so gibt's einen Anreiz. #00:35:28-2#

I: Aber das heisst ja eigentlich jetzt auch: Wenn jemand Teilzeit arbeitet oder Familie hat und gehen muss, dass er einen Nachteil hat. #00:35:39-1#

T: Ja. #00:35:39-9#

I: Gegenüber dem? #00:35:41-0#

T: Ja. #00:35:41-7#

I: Das ist dann so? #00:35:43-0#

T: Ja. (...) Obwohl, das hat einer gemacht, der hat Familie. Der hat das irgendwie doch hingekriegt. Von dem weiss ich einfach, dass der wirklich mega Gas gegeben hat. Und dann hat der die Ausbildung bekommen. #00:35:55-3#

I: Das heisst: Es ist in dem Sinne nicht ein Nachteil? Also/ oder anders herum gesagt: Man muss es sich halt einfach so einrichten, dass man die Extra-Aufgaben macht. #00:36:07-6#

T: Ja. #00:36:08-1#

I: Trotz dem, was man hat. #00:36:10-0#

T: Mhm (bejahend). #00:36:10-3#

I: Und das sichtbar machen kann gegenüber dem Chef. #00:36:13-6#

T: Ja. Was eigentlich (...) nicht so eine schöne Ausgangslage ist. Weil du musst dann halt wirklich over the top gehen. #00:36:25-1#

I: Aber das heisst auch im Umkehrschluss, wenn man irgendwie ein Qualitätstool hätte, wo man das messen könnte, dass es dann nicht drauf ankommt, was subjektiv empfunden wird? #00:36:38-3#

T: Eigentlich schon. Ja. Aber die Frage ist: Wie willst du das messen? #00:36:47-8#

I: Mhm (bejahend). #00:36:48-6#

T: Es ist so ein bisschen die Frage: Wie willst du die Ärzte untereinander vergleichen? Die Anzahl der gearbeiteten Stunden bringt nichts, weil der eine ist vielleicht mega gut und mega effizient. Der andere ist einfach noch nicht so erfahren und braucht viel länger. Die Anzahl der Patienten, die du durchschleust? Das ist wie auch nicht/ (...) es ist noch schwierig, wie du Ärzte miteinander vergleichst. Und das eine Kriterium ist halt schon noch, wie viel du wirklich an Stunden investierst und leistest. Und wenn du jemand bist, der halt von acht bis sechs arbeitet, dann bist du halt in der Sparte: Du arbeitest von acht bis sechs und nicht mehr. #00:37:28-1#

I: Aber das heisst ja nicht, dass die Person weniger macht. #00:37:31-5#

T: Nein. Aber aus meiner Perspektive wird schon noch gewichtet, wie viel du wirklich investiert, auch wenn du vielleicht mega einen super Job machst, mega effizient bist: Es wird, glaube ich, schon noch viel Wert drauf gelegt, wie viel bereit du bist, sonst noch zu investieren. #00:37:46-1#

I: Aber es heisst/ also, vom System her? Oder jetzt vom Vorgesetzten her? #00:37:52-6#

T: Vom Vorgesetzten her. #00:37:54-2#

I: Ja. #00:37:54-7#

T: Okay. #00:37:56-2#

I: Das heisst aber auch, so jetzt/ ich sage jetzt, dass so Sachen akzeptiert sind/ ist das immer noch recht hierarchisch oder ist das ein bisschen so die Gruppendynamik im Sinne von: Eben, wenn jetzt ein Klinikdirektor das entscheidet, dann wird das einfach akzeptiert, vielleicht auch mit der Faust im Sack? #00:38:17-5#

T: Ja! (lacht) #00:38:19-7#

I: Oder würden die Leute das auch unter einander akzeptieren? Oder ist das wirklich noch so der top-down Ansatz? #00:38:29-1#

T: Schon noch recht der top-down Ansatz bei uns. #00:38:32-8#

I: Mhm (bejahend). #00:38:33-0#

T: Und ich glaube, die Leute machen dann schon eher die Faust im Sack. So ein bisschen in den sauren Apfel beißen. #00:38:40-5#

I: Okay. Aber das Klima? Da heisst es aber auch eigentlich, dass der Klinikdirektor das machen kann, wenn er will. Und es wird dann auch akzeptiert. #00:38:50-4#

T: Ja. #00:38:50-8#

I: Und auch, wenn es/ ich sage vom HR oder von irgendwo her gewisse Modelle gäbe und er die einfach nicht gut findet, heisst es einfach nein und ist es einfach so? #00:39:04-6#

T: Ja, genau. Überspitzt gesagt: Das HR kann sagen, was es will. Schlussendlich zählt eigentlich die Vorgabe vom Klinikdirektor. #00:39:13-9#

I: Aber er hört drauf, wenn man mit Vorschlägen kommt? #00:39:17-8#

T: Ja. #00:39:18-2#

I: Man muss ihn einfach überzeugen? #00:39:20-5#

T: Ja, genau. #00:39:21-4#

I: Gut, also jetzt so Work-Life-Balance: Grundsätzlich gut. Mit den Diensten/ (...) haben wir auch gehabt. Vielleicht noch zwei Sachen. Die eine ist so ein bisschen die ganze Digitalisierung, die jetzt kommt. Spielt das eine Rolle in den Modellen? Wäre das zukünftig etwas, das auch schon ein bisschen angedacht ist? Oder ist das noch ein bisschen/ ich sage jetzt: Stichwort Telemedizin. Oder Berichte von daheim schreiben/ gleich um sechs nach Hause, holt das Kind ab, setzt sich nochmals um neun hin, wenn es im Bett ist, bis elf. Sind das Themen, die diskutiert werden? Oder ist das gar kein Thema? #00:40:00-0#

T: Bis jetzt ist es eigentlich noch nicht ein Thema. Also, eher wenig. Bei uns haben auch noch die wenigsten Ärzte wirklich irgendwie die Systemlandschaft so gut aufgebaut, dass sie mega einfach aufs Netz zugreifen können (lacht) und quasi noch simpel Berichte abarbeiten können. (...) Aber es gibt sicher Potential. Also, gerade jetzt zum Beispiel, wenn es zum Beispiel drum geht: Daheim die Kinder abholen, etwas erledigen und dort noch hinsitzen und das machen. Aber das ist ja dann quasi halt auch wieder ausserhalb von diesen Arbeitszeiten, weil als Arzt wirst du bei uns zehn Stunden am Tag eingeplant, hast deine 50-Stunden-Woche. Und wenn du halt um sechs raus läufst und dich daheim noch an die Berichte setzt, machst du ja doch eigentlich wieder Überstunden. #00:40:52-1#

I: Mhm (bejahend). #00:40:52-4#

T: Aber es gibt sicher auch Flexibilität. #00:40:55-2#

I: Mhm (bejahend). #00:40:55-5#

T: Das auf jeden Fall. #00:40:57-4#

I: Okay. Du hast es gerade angesprochen: Die Zehn-Stunden-Woche. Ist das etwas Sinnvolles oder hindert das die Leute eher? (...) Also nur, wenn man das beantworten kann. #00:41:19-1#

T: Das Schwierige ist halt: Wenn du zehn Stunden planst an fünf Tagen die Woche, dann darfst du wirklich ja keine Minute länger arbeiten, weil sonst ist es ja eigentlich gegen das Arbeitsgesetz mit der Maximalstundenwoche von 50 Stunden. Natürlich ist das alltäglich, dass jeder Arzt länger arbeitet. Vielleicht mal ein bisschen weniger, aber die Tendenz ist schon länger als die zehn Stunden. Und es wird dann einfach nicht gerne gesehen, dass du das aufschreibst. Es wird dann eher angekreidet: Du bist zu wenig effizient, dass du das nicht in zehn Stunden pro Tag schaffst. Weil länger werden die Patienten ja nicht geplant als bis um fünf. #00:42:02-6#

I: Mhm (bejahend). #00:42:02-8#

T: Und dann hättest du theoretisch noch die Stunde für die Berichte und für den Rapport. #00:42:09-5#

I: Okay. Das heisst/ also, man kann es nicht/ also, es geht hier mehr auch um die Frage/ also, wenn man ja jemandem sagt, dass er nur zehn Stunden arbeiten soll/ wenn der dann elf Stunden arbeitet, sagt er: Hey, eigentlich müsste ich nur zehn, ich mache mehr! #00:42:32-7#

T: Ja, das ist/ #00:42:32-9#

I: Andererseits: Wenn man nichts sagen würde, würde es ihn gar nicht stören, weil er es ja gerne macht. Und dann denkt er: Jetzt habe ich nochmals eine Stunde zu viel gemacht. Aber weil eben das Gesetz vorhanden ist, hat man das Gefühl/ ich sage jetzt: Psychologische Aspekte. Spielt das eine Rolle? #00:42:49-1#

T: Ja. #00:42:49-5#



I: Wenn jetzt auch (unv. #00:42:49-8#) ist, oder ist das/ #00:42:51-4#

T: Doch, es spielt schon eine Rolle, dass/ die zehn Stunden sind schon sehr verankert und auch Überstunden werden, glaube ich, schon genauer verfolgt. #00:43:01-1#

I: Mhm (bejahend). #00:43:01-4#

T: Also, es ist nicht einfach: Man arbeitet mal und dann arbeitet man halt ein bisschen mehr oder weniger. Sondern das ist schon ein Thema. #00:43:09-1#

I: Und ist das etwas Positives, das man/ ich sage jetzt durch alle Stufen in der Klinik/ wahrnimmt? Dass man eigentlich froh ist, dass es so etwas gibt als Schutz? Dass man sagt: Hey, man macht nur zehn Stunden. Oder ist es besser, wenn man es offen lassen würde? Und vielleicht mit Gleit- oder Jahresarbeitszeit abdecken? #00:43:37-9#

T: Also, ich glaube, für Assistenten ist das schon noch eher ein Schutz, wenn du dich ein bisschen auf das stützen kannst. Weil sonst arbeitest du und arbeitest du und arbeitest du und es merkt vielleicht gar niemand, dass du wirklich so viel arbeitest. Und indem du es doch noch aufschreiben kannst, wenn du halt länger arbeitest, gibt dir das noch eine Art von Schutz. (...) Von Vorgesetzenseite ist natürlich/ hast du quasi/ wie soll ich das sagen? Du hast einen Vorteil davon, wenn das wie nicht geregelt wäre oder auf Jahresarbeitszeit, weil du dann einfach wie freieren Spielraum hättest. Dann musst du nicht immer kontrollieren: Wer hat wie viel Überstunden? Und wieso macht jetzt der so viele Überstunden? Und das kann es doch nicht sein. Sondern du wärst wirklich halt flexibler. Aber als Arbeitnehmerschutz finde ich das eigentlich gut, dass man die/ die Vorgaben hat. Jahresarbeitszeit? (...) Sehe ich weniger praktikabel. Und zwar aus dem Grund, dass dann der Arzt/ zum Beispiel ein Assistenzarzt mega viel arbeitet und sich plötzlich das Recht einräumen möchte, um jetzt noch viel frei zu nehmen, weil er dann merkt: Okay, ich habe so viel gearbeitet, jetzt muss ich nicht mehr so viel. Aber das geht nicht, weil du musst ja doch die Dienste besetzen. Das heisst: Da kannst du es dann wie auch weniger planen. Und weil es dann halt recht strikt ist, kannst du das wirklich mit den vielen, verschiedenen Diensten planen. Und sonst ist wirklich der Arzt: Ja, keine Ahnung/ dann arbeitet der halt viel weniger. #00:45:17-6#

I: Mhm (bejahend). #00:45:17-9#

T: Und sonst kannst du es besser planen, wenn du halt wirklich mit dieser Sollarbeitszeit der Woche arbeitest. #00:45:25-9#

I: Das heisst so ein bisschen zusammengefasst, dass es eher einen positiven Effekt hat als einen negativen? #00:45:33-9#

T: Ja. #00:45:34-4#

I: Okay. #00:45:35-1#

T: Arbeitnehmerseitig. (...) Darf ich das schnell nehmen? #00:45:37-4#

I: Mhm (bejahend). #00:45:37-8#

T: Angiologie Nosetti? (...) Hallo Eliane, kann ich dich nachher zurückrufen? Ich bin gerade in einer Besprechung. Ist gut? (...) Ah, super! Okay, das ist super! Danke für die Info! Ist gut. Danke! Ciao Eliane! #00:46:09-6#

I: Okay. Ja, vielleicht noch eben/ das Arbeitsgesetz, wie fest ist das ein Thema? Ist das ein Thema bei allen? Ist das ein Thema in der Klinikleitung? Und auch die Umsetzung. Ist das praktikabel? Macht das Schwierigkeiten? Vielleicht noch ein bisschen zu dem Thema. #00:46:29-6#

T: Ja, also, wir setzen das Arbeitsgesetz wirklich/ wie soll ich sagen? Sehr gut um. Ich weiss, da am USZ wird das auch recht streng vom HR kontrolliert, beziehungsweise: Du erhältst die Info, wenn du irgendwelche Sachen nicht gut einhältst. Vorher (...) also, vor noch vielleicht anderthalb Jahren war es noch nicht so gut eingehalten. Aber je besser du das Arbeitsgesetz umsetzt, desto mehr Personal brauchst du. Es ist immer ein Trade Off zwischen: Wie viel Kompensation kannst du den Ärzten wirklich geben? Je mehr Kompensation du gibst, desto besser setzt du die ganzen Regelungen um. Und dann brauchst du aber auch mehr Personal, um dann die normalen Dienste stemmen zu können. Das mussten wir natürlich auch in der Personalplanung, der Stellenkalkulation berücksichtigen. Das heisst, wenn wir wirklich nach dem Picketdienst so viel kompensieren lassen, brauchen wir einfach mehr Leute. Und du kannst natürlich schon irgendwie dich durchschlängeln. Aber ja/ wenn du es halt wirklich Safe umsetzen möchtest, brauchst du dann mehr Personal. Und ich glaube, hier hat jetzt da schon ein bisschen ein Umdenken stattgefunden bei uns in den letzten Monaten, dass man halt wirklich das sauber plant, auch auf Beratung vom HR, die uns wirklich gesagt haben: Diese Stunden müsst ihr so und so einhalten. Und wir wissen, dass das zum Beispiel andere Kliniken nicht so konsequent umsetzen. Aber wir sind auch schon mehr Ärzte als auch schon. Das ist wieder einmal der Personaldecke Trade Off. #00:48:12-2#

I: Also, wird denn das Budget eingehalten oder einfach überzogen? #00:48:17-1#

T: Das wird dann einfach überzogen. #00:48:19-7#

I: Okay. #00:48:22-0#

T: (lacht) #00:48:22-3#

I: Genau. Sonst/ es/ gibt's gerade noch Punkte zum Arbeitsgesetz, spontan?  
#00:48:34-6#

T: Ja. Ich habe irgendwie das Gefühl, bei der vielleicht älteren Garde an Ärzten höre ich noch häufig, dass heutzutage alles viel/ die Ärzte haben einen viel einfacheren Job als früher. Also im Sinn, was Zeiten anbelangt. Früher hat man viel mehr Stunden gearbeitet und heutzutage ist: Ja, da ist ja alles so geregelt mit der Kompensation und der Einhaltung der Zeiten! Ich höre häufig das Stichwort geschützte Werkstatt, von wegen früher sei alles viel härter gewesen und man solle sich jetzt nicht so schnell beklagen. Aber ja, das Gesetz zwingt uns halt jetzt so, dass wir die Ruhezeiten einhalten, dass wir die Wochen/ das Wochensoll einhalten. #00:49:22-1#

I: Mhm (bejahend). #00:49:22-4#

T: Und man will natürlich auch nicht irgendwie, dass plötzlich mit dem Finger auf uns gezeigt wird. #00:49:29-9#

I: Mhm (bejahend). #00:49:30-1#

T: Und es heisst, wir halten das nicht ein. Oder dass sich plötzlich irgendwelche Ärzte beschweren, dass sie nicht zu ihren Ruhezeiten kommen. Klar gibt's immer mal Ausnahmen, dass das nicht funktioniert. #00:49:45-7#

I: Das heisst aber, dass das Arbeitsgesetz eigentlich den Klinikalltag aber auch nicht verschlechtert? #00:50:00-8#

T: Nein, nein! Ich würde sagen, das Arbeitsgesetz verschlechtert den Klinikalltag nicht, sofern du das einfach mit dem Personal stemmst. Es ist wirklich: Du musst genug Personal haben, damit du sagen kannst: Okay, wir halten die elf Stunden Ruhezeiten ein. Weil je mehr Ruhezeiten du hast, desto mehr Personal brauchst du halt, um die Lücken füllen zu können. #00:50:28-2#

I: Okay. Vielleicht noch das Zweitletzte: (...) Du hast vorher mal gesagt/ eben, dass vor allem auch so ein bisschen der administrative Aufwand vielleicht erhöht worden ist, respektive, dass man das auszulagern probiert oder in einem geschützten Bereich macht. Sind da auch schon andere Formen oder Unterstützungen vorhanden

für die Ärzte, damit sie eigentlich ihr Kernbusiness machen können? Oder ist da noch nichts angedacht? #00:51:05-2#

T: Schon wenig. Ich habe schon ein bisschen den Eindruck, die Ärzte müssen sich um noch mega viel Administratives kümmern. Was wir jetzt gemacht haben, ist, dass wir ihnen die Zeiterfassung abgenommen haben, dass sie halt wirklich nicht mehr so genau tappen müssen, sondern sich einfach schnell mit einem E-Mail bei der Direktionsassistentin melden, wenn sie irgendwie hier mal eine Stunde länger gearbeitet haben. Und die trägt das dann für sie ein. Aber sonst finde ich, musst du als Arzt schon immer mehr dokumentieren. Gerade auch so/ da kommen wir so ein bisschen ins Thema rein: Nachweise für die ganzen Krankenversicherung, was die langsam alles wissen möchten. Und da, habe ich das Gefühl, gibt's schon noch nicht so viel administrative Unterstützung. Jetzt gerade ein bisschen im Thema Digitalisierung. Da hinkt man wohl schon noch ein bisschen hinterher. #00:52:02-5#

I: Okay. Ja, das wäre es eigentlich schon so ein bisschen gewesen. Jetzt, wenn du abschliessend noch zu dem ganzen Thema Sachen hast, eben, dass/ dass verschiedene Modelle/ (...) Gleichberechtigung, Entlöhnung, wie auch immer/ wenn du noch etwas hättest als Abschluss, das wir jetzt vielleicht nicht besprochen haben? #00:52:28-9#

T: Mein Fazit oder meine Wahrnehmung ist: Als Arzt musst du schon extrem viel leisten in der Zeit, die dir eigentlich zur Verfügung gestellt wird. Also, es wird auch mega viel von dir erwartet. Und du bist halt schon extrem nicht flexibel. Also, weil du halt einfach völlig eingeplant bist. Und ich denke das noch häufig, wenn es darum geht, einen Arzttermin, einen Physio Termin oder etwas wahrzunehmen: Das ist immer ein mega Aufwand. Du musst irgendwie die Spur im (unv. #00:53:05-6#) sperren, du musst das mit der Dienstplanerin absprechen, je nach dem mit Teamkollegen absprechen. Und ich finde schon: Das Modell/ das Arbeitsmodell als Arzt zu arbeiten, ist, finde ich, schon sehr eingeschränkt und nicht flexibel. #00:53:24-8#

I: Mhm (bejahend). #00:53:25-3#

T: Und ich sehe auch noch nicht viele Möglichkeiten für/ (...) dass sich das in naher Zukunft irgendwie verändert. Ich weiss nicht, ob dann vielleicht irgendwann ein Umdenken stattfinden wird. Aber ja, es ist halt schon noch ein sehr leistungsgetriebener Beruf. Auch gerade, wenn du irgendwie vorwärts kommen willst, wenn du Karriere machen willst, wenn du Forschen willst. Viel wird dann doch von dir in der Freizeit verlangt. #00:53:58-0#

I: Okay, ja, okay. Sonst noch ergänzend oder/ #00:54:06-3#

T: Nein! #00:54:07-3#

I: Ist das gut! #00:54:08-9#

T: Ja, voll! (lacht) #00:54:10-1#

I: Also, danke vielmals! #00:54:10-9#

T: Einfach/

### Interview 03

I: Okay. Also vielen Dank, Olivia, dass du dir Zeit nimmst, mit mir das Interview zu machen. Ich würde eigentlich mit der Frage anfangen, wie ein typischer Arbeitsalltag bei dir aussieht? #00:00:14-2#

B: Okay. #00:00:16-0#

I: Falls es das gibt. #00:00:19-7#

B: (lacht) Naja, plus-minus schon. Meistens bin ich auf sieben, Viertel nach sieben hier. Seitdem ich ein Kind habe, kann das auch mal ein bisschen später sein. Ich versuche es aber, weil erstens die Zeit vor dem Rapport um Viertel vor acht die effektivste fast vom ganzen Tag. Und das nächste ist, dass gewisse Patienten, die für eine OP eintreten, in Same-Day-Surgery zum Beispiel kommen, eben auch Viertel vor sieben, sieben eintreten und die muss man dann noch sehen, bevor die Operation anfängt. Das ist einer der Gründe. Und wenn man Dienst hat, kommt man so früh, dass man gewisse Patienten vorm Rapport schon gesehen hat. Ja. Viertel nach acht/ Viertel vor acht, Tschuldigung, ist dann Rapport. Der geht meistens eine Viertelstunde, weil um acht sind wir ja dann auf der IMC zur Visite und im Anschluss auf der IMC zur Visite - alles in allem dauert dann meistens bis, je nach dem wie viele Patienten wir haben und ob es Komplikationen gerade bei den Fällen gibt/ soll ich überhaupt so detailliert das erzählen? #00:01:16-3#

I: Ja, gerne. Ja. #00:01:16-8#

B: Dauert das zwischen/ ja, bis halb neun, Viertel vor neun, in den Maximalfällen bis neun. Wenn man nicht in der ersten OP ist, dann ist man schon ab/ zehn vor acht sollte man im OP sein, dass man um halb neun die Schnittzeit einhält. Genau, dann kommt es eben ganz drauf an, ob man in Operationen an dem Tag eingeteilt ist oder nicht. Ob man dann eben am Vormittag entweder im OP-Saal ist oder Zeit hat, am Schreibtisch Berichtswesen meistens zu machen, wenn man nicht zum Beispiel auch Sprechstunde hat. Ich habe jedoch Mittwochnachmittag Sprechstunde, nicht mehr vormittags. Ja, dann der Klinikalltag ist sehr von den Wochentagen abhängig, weil je nach dem hat man noch verschiedene Verpflichtungen wie Tumor-Bord, was einem locker zwei Stunden Zeit an einem Montag zum Beispiel noch nimmt. Oder man hat das Pneumo-Kränzli donnerstags von einer Stunde. Mittwochnachmittags eben Sprechstunde, davor haben wir aber um halb zwölf immer noch Lab-Meeting für Minimum eine Stunde. Jeden Nachmittag ist eben noch mal von drei bis meistens vier Nachmittagsrapport, wo die Sachen für den nächsten Tag oder gewisse Konzile vom Tag, die angefallen sind/ besprechen kann. Je nach dem ob man selber Dienst hat oder eventuell den Dienst von einem Kollegen stundenweise übernimmt, weil er in OP ist oder so, ist man auch auf Station, bespricht noch Patienten mit den Assistenten oder nimmt eben gewisse Konzilanfragen oder so entgegen, damit, genau, das

nicht der Dienstarzt nach seinem OP alles machen muss. Und gewisse Sachen haben ja auch eine Dringlichkeit. Ja, nach dem Rapport geht man meistens zu den Patienten/ oder sagen wir es mal so, vor dem Rapport gehe ich meistens noch zu den Patienten, die ich an dem Tag operiert habe, wenn ich schon aus dem OPS draußen bin, damit ich für den Nachmittagsrapport weiß, wie es dem Patient geht. Dann nach dem Nachmittagsrapport gehe ich meistens auf Station und gehe zu den Patienten, die ich für den nächsten Tag operiere oder wo ich zumindest dabei bin. Das ist meistens gar nicht so einfach, weil meistens sind sie noch bei irgendwelchen Untersuchungen, dass sich dieser Prozess oft bis fünf, halb sechs (lachend) hinziehen kann, bevor ich dann eigentlich wieder in meinen Büro sitze. Und am Abend mache ich dann entweder noch Berichtswesen oder mache was für die Forschung. Aber seitdem ich das Kind habe/ also vor Kind bin ich eigentlich nie vor sieben, halb acht rausgekommen, weil ich dann erst die Möglichkeit hatte, eben am Nachmittag oder am frühen Abend mich um Berichtswesen oder Forschungssachen zu kümmern. Und ich bin ja noch nicht mal im Labor, sondern mache wenn, dann nur klinische Sachen. Dazu kommen noch andere Ämter, die man mittlerweile innehat bei der Europäischen Gesellschaft. Da gibt es immer wieder viele Aufgaben, die administrative Sachen erfordern, die ich dann immer eben am Abend gemacht habe, die ich jetzt, weil ich oft die Kleine abhole auf sechs, dann zu Hause abends mache. Meistens so eins, zwei Stunden noch mal. Ja. #00:04:31-7#

I: Aber das heißt dass jetzt am Abend die Zeit sich nicht aufgelöst hat, sondern das ist einfach #00:04:37-7#

B: Verschoben. #00:04:39-3#

I: Verschoben? #00:04:40-6#

B: Genau. Dadurch gehe ich pünktlich. Mein Arbeitsende ist mittlerweile pünktlich wegen (lachend) der Kleinen. Bedeutet aber nicht, dass ich alles abgearbeitet habe. Wobei ich schon zugeben muss, dass ich deutlich effektiver geworden (lachend) bin. Das muss ich wirklich zugeben. Ich war nie der Typ, der groß Mittagessen gegangen ist und noch Kaffeetrinken war - ab und zu mal - aber war jetzt nie so der eben also wirklich eine Stunde Mittagspause oder so gemacht hat. Trotzdem bin ich noch mal effektiver geworden. Man schweift doch etwas weniger ab im Tag irgendwie mal am Telefon oder wenn ein Kollege vorbeikommt und was bespricht oder so. #00:05:20-5#

I: Und denkst du, das ist jetzt einfach, weil du weißt, dass du um sechs Uhr die Kleine abholen musst? #00:05:25-6#

B: Genau. Weil ich das will. Mein Partner holt die ja auch ab und erst recht, wenn ich es nicht schaffe. Wenn ich Dienst habe und so, weiß ich: Da bin ich raus, da kann ich nicht planen. Aber wenn ich weiß, ich habe die Möglichkeit, dass ich es schaffen könnte, ist das mein oberstes Ziel. #00:05:43-1#

I: Okay, und das heißt dass du dann auch deine Aufgaben effizienter oder schneller machst, weil du weißt, dass du dann pünktlich gehen musst? #00:05:49-5#

B: Ja, genau. #00:05:50-9#

I: Und vorher hattest du das nicht, darum hat es sich vielleicht/ #00:05:55-0#

B: Vorher schon. Hatte man es auch. Aber irgendwie, ich kann das nicht erklären, hat es jetzt noch mal mehr Gewichtung, glaube ich, bekommen. #00:06:09-4#

I: Also das heißt auch, dass jetzt deine Arbeitszeiten oder die Überstunden weniger geworden sind? #00:06:14-5#

B: Ich gehe davon aus. Ich habe es gar nicht nachgesehen. Ich gehe davon aus. Wo- bei ich die Zeit abends zu Hause natürlich nicht aufschreibe. Das muss ich zugeben. #00:06:25-2#

I: Und das ist dann Homeoffice in diesem Sinne? #00:06:28-1#

B: Ja. Ja, genau. #00:06:26-4#

I: Und das sind aber jetzt vor allem klinische Tätigkeiten oder wirklich Forschung oder diese außerklinischen Ämter, die du noch hast? #00:06:38-2#

B: Also ich würde sagen, das ist Berichtswesen und außerklinische Ämter. Weil die Forschung mache ich dann mal am Wochenende oder so, muss ich, ehrlich gesagt/ das schaffe ich abends nicht, da bin ich zu müde. Muss ich ganz ehrlich zugeben. Das ist vor allen Dingen klinisch Berichtswesen, sei es Sprechstunde- oder Austritts- berichte, erst recht wenn man gerade Dienst hatte. Und ansonsten sind es noch diese außerklinischen Ämter. Ja. #00:07:06-3#

I: Und das heißt aber Forschung geht nicht, weil es einfach zu anstrengend/ oder man muss sich konzentrier/ so du musst frisch sein? #00:07:10-5#

B: Ja, also ich muss/ genau, erstens muss ich frisch sein. Und bei der Forschung ist es so, wenn ich weiß, ich habe jetzt eine Stunde, bringt es mir nichts. Weil ich brau- che, um reinzukommen, bis ich gewisse Paper gelesen habe, bis ich gewisse Sa- chen anwenden kann, ich brauche/ aber das liegt vielleicht auch ein bisschen an mir, das können andere wahrscheinlich besser auf Abruf, ich brauche Minimum zwei, drei



Stunden, dass ich sage, es lohnt sich für mich, für die Forschung ranzusetzen.  
#00:07:43-7#

I: Ja. Also erlaubt es der klinische Alltag überhaupt, Forschung zu betreiben?  
#00:07:52-9#

B: In der Chirurgie, würde ich behaupten, schwierig. Wenn ich mal nicht im OP eingeteilt bin, merke ich das sofort, weil ich deutlich mehr Zeit habe und dann kann ich genau solche Sachen mal tagsüber erledigen. Also ich würde jetzt behaupten, wahrscheinlich hast du in anderen Fächern dann andere Sachen, aber in der Chirurgie ist es eben die Operation am Tag, die dir eigentlich keine Schreibtischarbeit erlauben.  
#00:08:21-8#

I: Also alle OP-Tage. Ist es vor allem, ich sage jetzt, der mentale Aspekt, dass man müde ist, weil man eine OP hat oder einfach zeitlich? #00:08:31-0#

B: Zeitlich. Und weil man ist ja nicht so, dass man OP-Tag hat/ und das wäre zum Beispiel deutlich einfacher, wenn ich wüsste: Montag, Mittwoch, Freitag zum Beispiel wären meine OP-Tage und Dienstag, Donnerstag nicht - das wäre super zu planen. Aber oft hat man ja jeden Tag was und dann so zerstückelt. Dann habe ich morgens eine, dann habe ich zwei Stunden Leerlauf und dann habe ich noch mal eine. Oder ich habe am Mittag eine, die dann bis abends geht. Und das sind so Sachen, die einfach kein gutes Zeitmanagement mich für meinen Klinikalltag gibt. Weil oft ist der Tag so zerstückelt, dann kommen ja noch hinzu: Dann muss ich zum Pneumo-Kränzli, dann muss ich zum Tumor-Bord, dann muss ich eventuell in der Sprechstunde einen Patienten sehen, wo ich vielleicht einspringen muss - und so hüpfte ich eigentlich die ganze Zeit von A nach B und habe zwischendrin immer nur so halbe Stunde, Stunde, vielleicht mal anderthalb. Und dadurch kann ich nicht planen. #00:09:40-7#

I: Und wie könnte man/ also könnte man das überhaupt anders organisieren? Oder ist es nicht möglich? #00:09:47-5#

B: Also wenn man es ganz radikalisiert, denke ich, wenn nicht jeder Kaderarzt zu jedem Meeting ist, dass es ganz klar definiert ist, wer wohin geht, dass nicht immer alle in dem gleichen Meeting hocken, dass man eventuell fixe OP-Tage hat, so wie dass man fixe Sprechstunden hat, aber dass man eben auch wirklich fixe Sprechstunden beibehält und nicht dann immer wieder mal woanders einspringt - natürlich kann man das mal machen, aber das ist ja mehr die Regel als die Ausnahme. Das wären schon Sachen, denke ich, die eine Strukturierung deutlich vereinfachen würde. #00:10:25-5#

I: Und warum passiert denn das nicht? #00:10:27-3#

B: (lachend) Keine Ahnung. #00:10:30-2#

I: Ist es ein Thema? #00:10:33-2#

B: Also erstens gerade ich denke, das ist einfacher für die Leute, die die Ausbildung abgeschlossen haben. Ich bin ja noch in der Ausbildung im Prinzip, dadurch ist es bei mir wichtiger, dass ich von allem noch ein bisschen was mitbekomme, das sehe ich schon so ein. Diese Meetings sind ja nicht nur da, um gewisse Sachen zu besprechen, sondern die haben ja auch einen gewissen Lerneffekt für jemanden wie mich, der noch in der Ausbildung ist. Nicht immer, aber ab und zu schon. Aber dann würde zum Beispiel reichen, dass man sagt, okay, bei jedem zweiten Meeting bist du dabei - zum Beispiel. Aber das ist ein Grund. Das gleiche bei den OPs: Ich brauche einfach noch Operationen und wenn ich meine fixen OP-Tage hätte und dann aber meine Operationen, die ich brauche, an meinen Nicht-OP-Tagen geplant werden? Ja, super. Dann habe ich nichts davon. Das könnte man natürlich auch anders planen. Man könnte natürlich Disponierung direkt gucken, dass man das so disponiert, dass es für denjenigen, der es braucht, gut ist. Aber das alles, denke ich, wäre vielleicht gar nicht so schwer, aber würde enorm Disziplin erfordern. Und Disziplin im Sinne von, dass man sich strikt an die Sachen hält und dann muss man eben auch mal ein bisschen umrangieren. Ich glaube, das ist eher/ man will so ein bisschen die Flexibilität und den Freiraum beibehalten. Ich glaube, das ist/ ja. Und warum zum Beispiel jeder in jedes Meeting dackeln muss, das kann ich dir nicht sagen. Das ist, glaube ich, ein bisschen eine veraltete Mentalität. #00:12:07-3#

I: Du hast gesagt eben, dass man die Flexibilisierung braucht - was heißt man? #00:12:09-7#

B: Ja, Personen. #00:12:13-1#

I: Aber heißt das so Vorgesetzte? Oder heißt das System? #00:12:13-7#

B: Fürs Team. Das ganze Team. #00:12:15-8#

I: Oder Team? #00:12:17-4#

B: Das Team, denke ich. Und/ #00:12:19-9#

I: Dass das Team lieber/ ja? #00:12:23-6#

B: Ich glaube, das Team. #00:12:26-6#

I: Also Kader-Team jetzt hier? #00:12:26-3#

B: Ja, ja, schon die obere Riege. Ganz klar. #00:12:32-4#

I: Also dass das quasi/ #00:12:32-6#

B: Die Assistenten haben nichts davon. (lacht) #00:12:36-2#

I: Aber das heißt dass eigentlich das Kader-Team durchgeplant werden müsste  
#00:12:40-6#

B: Ja. #00:12:41-4#

I: und sich alle daran halten - und das ist im Moment nicht so, weil jeder/ ich sage jetzt einfach zum Beispiel: Der eine möchte um neun bis zehn schnell irgendwas, einen Kaffee trinken zum Beispiel und der andere macht so und wenn sich aber alle an alle Regeln halten würden, wäre so etwas möglich? #00:13:01-4#

B: Ja, ich glaube eher vom Sinne, dass die Mentalität herrscht eben, jeder muss überall anwesend sein, damit jeder irgendwo ein bisschen informiert ist, was in meinen Augen aber zu größeren Lücken führt, weil man immer denkt, der andere war ja dabei, der weiß es eventuell. Es muss VIEL klarere, eindeutige Zuordnungen von Aufgabenbereichen geben. Und dadurch trägt derjenige natürlich eine enorme Verantwortung. Und ich glaube, einer der Hauptprobleme, warum es bei uns recht schwierig ist ist, weil wir auf Kader-Ebene, wenn wir die Oberärzte mit reinziehen, wir einen einzigen haben, der einen Facharzt hat - also allgemein-chirurgisch, aber es geht ja um den fachspezifischen. Und ich glaube, wenn wir Oberärzte alle bereits einen Facharzt hätten oder zumindest von vier Oberärzten nur noch einer in Ausbildung ist, ich glaube, dann wäre es VIEL einfacher, weil so müsste das Kader auf LA-Ebene eigentlich alles tragen. Weil ich dürfte nicht alleine ans Tumor-Bord und entscheiden. Gabi auch nicht, Katharina auch nicht. Das heißt diese Meetings, die würde auf ganz obere Kader-Ebene hängenbleiben und das ist denen dann natürlich zu viel, was ich verstehen kann! Aber deswegen müsste man von unten einfach das Feld aufräumen und sagen, es gibt einen in Weiterbildung und das war es. Dann könnten die Oberärzte auch deutlich selbstständiger arbeiten, was man jetzt ja gar nicht will! Oder zumindest/ was heißt nicht will, aber nicht zulassen kann, weil wir die Qualifikation dafür nicht haben. #00:14:39-7#

I: Aber das heißt es ist einfach ein Ausbildungs- und Organisationsproblem?  
#00:14:47-4#

B: Hm (bejahend) #00:14:48-1#

I: Dass einfach jetzt die Entscheidungsträger knapp sind, weil die Leute in Ausbildung noch nicht soweit sind, das zu tragen. #00:14:54-9#

B: Genau. Ja. #00:14:56-4#

I: Und weil es dann zu viel wird, werden, ich sage jetzt einfach, mittleres Kader miteinbezogen, damit die auch wissen und vielleicht den leitenden Arzt auch erinnern können? #00:15:06-8#

B: Ja. #00:15:06-3#

I: Okay. Was sind denn so die Herausforderungen jetzt in einem klinischen Alltag für dich? #00:15:20-6#

B: Zeitmanagement. #00:15:24-0#

I: Okay, kannst du das ein bisschen ausführen? #00:15:29-6#

B: (lacht) Ja, eben dass ich meine Sachen zufriedenstellend in der angegebenen Arbeitszeit erledigen kann, ohne dass ich eben Überstunden mache oder Sache nicht durchführe, weil, wie gesagt, wie vorhin schon gesagt, ich springe die ganze Zeit von A nach B, ich habe keine Zeit, mal zwei Stunden am Schreibtisch zu hocken. Selbst wenn ich im OP bin, worauf ich mich dann immer freue, denke ich, habe ich manchmal im Kopf: Ah, du musst aber gleich, wenn du rauskommst, noch das, das, das und das machen. Also man hat immer so das Gefühl, man kommt seinen Aufgaben nicht hinterher. Was wahrscheinlich relativ normal ist in jedem Job. Aber eben die Zeit oder, ja, das Zeitmanagement am Tag, dass ich eben manchmal nicht von A nach B nur am Hüpfen bin, sondern dass ich auch manchmal dann wirklich die Sachen zu Ende erledigen kann. Weil kaum bin ich oft bei einer Sache dran, kriegst du einen Anruf, dann musst du wieder dahin rennen. Und mein Hauptproblem, und das ist auch (lachend) schlimmer geworden, seitdem ich die Kleine habe, ist, dass ich Sachen in der Tat vergesse. Das ist mir früher nicht passiert. Aber ich habe das Gefühl, ich habe so viel im Kopf, dass Sachen mittlerweile rausfallen! (lacht) Und das ist es so ein bisschen, ja, dass ich die Sachen, die eigentlich an dem Tag zu erledigen sind, auch erledigen kann. #00:17:03-6#

I: Und hängt das zusammen mit, dass es einfach unorganisiert ist oder die Planung? Oder sind es Notfälle? #00:17:10-6#

B: (seufzt) Nein, so viel Notfälle haben wir gar nicht. Ich würde nicht sagen, dass die Notfälle einen Strich durch die Rechnung machen. Es ist meistens die Unorganisiertheit und dass jeder überall dabei sein muss. Und dass man dem einzelnen ein bisschen mehr Freiheit gibt. #00:17:33-2#

I: Das ist nicht der Fall im Moment? #00:17:36-9#

B: Nein, weil es ist schon sehr, sehr, sehr verschult. Ich meine, es braucht es auch ein bisschen in so einem System. Aber ich sage auch immer zu Freunden, also ich komme mir immer vor, als wäre ich noch in dem Sinne! Ich habe morgens und nachmittags Anwesenheitspflicht in einem Rapport. Irgendwo braucht es das auch, sonst würden gewisse Sachen einreißen. Es braucht gewisse Regeln. Aber wenn ich zum Beispiel sehe zum Beispiel, ich bin morgen gar nicht im OP eingeteilt, dann müsste ich strenggenommen nicht zwangsläufig an den Rapport gehen nachmittags. Die Stunde könnte ich hervorragend nutzen für gewisse Sachen! Oder eben Tumor-Bord, es wird ja direkt die Nase gerümpft, wenn gesehen wird, dass man nicht da war, aber wenn ich eben VIEL zu erledigen habe, dann müsste ich die Freiheit haben, persönlich als erwachsene Frau entscheiden zu können: Ich bleibe jetzt am Schreibtisch und mache meine Sachen und gehe nicht ans Tumor-Bord. Und da sind wir eben wieder: Es müsste viel klarer aufgeteilt werden, wer wo ist, damit nicht jeder bei ALLEM dabei sein muss. Aber das ist so ein bisschen die Politik, ich weiß nicht, ob es hier in der Abteilung ist oder vielleicht so ein bisschen kulturelles Ding ist, ich habe es noch nicht rausgefunden. Aber eben dieses: Jeder muss auch über alles Bescheid wissen und jede Kleinigkeit. Hier herrscht so manchmal so ein Mikromanagement und Sachen können nicht abgegeben werden. Sachen können nicht abgegeben werden! (haut auf den Tisch) Jeder muss überall dabei sein, die Finger drin haben! Und ob man will oder nicht, wenn man es selber zum Beispiel gar nicht will, muss man trotzdem dabei sind. Das ist ganz/ ja, ich würde behaupten, dieses Mikromanagement - überall werden kleine Aufgaben verteilt, jeder muss überall dabei sein - das funktioniert eigentlich nicht. #00:19:25-2#

I: Okay. Inwiefern entlasten auch, ich sage jetzt, Administration oder Pflege die ärztlichen Arbeiten? Spielt das auch eine Rolle im Zeitmanagement? #00:19:46-9#

B: Also ich würde sagen, Pflege enorm, das kann ich vor allem natürlich sagen, weil in Deutschland das ja ganz anders ist. Ich habe zwar in Deutschland nicht gearbeitet, aber ich war lange genug im PJ dort und in der Klinik bist du ja auch immer wieder in deinen Praktika auf Station und die Pflege hier ist selbstständiger und hat deutlich mehr verantwortungsvolle Aufgaben. Das heißt die Pflege hier nimmt ja zum Beispiel Blut ab. Das ist als Pjler in Deutschland dein Hauptaufgabe. Ich war JEDEN Morgen ein bis zwei Stunden beschäftigt auf der ganzen Station Blut abzunehmen. Und das müsste sonst der Arzt machen, ist eigentlich eine ärztliche Tätigkeit. Und das ist ein enormer Zeitgewinn! Die Administration/ oder eben, Entschuldigung, dass hier die Pflege auch Blutprodukte und alles anhängen darf, das muss in Deutschland ein Arzt machen. Also vieles muss in Deutschland ein Arzt machen, wo ich enorm den Vorteil hier sehe, nicht nur fürs Zeitmanagement für den Arzt, sondern auch für die Wertschätzung der Pflege. Die Pflege fühlt sich hier, glaube ich, mehr wertgeschätzt, und deswegen kommen auch viele in die Schweiz nicht nur auf ärztlicher Seite, weil sie hier mehr machen darf. Das war früher in Deutschland auch mal so, hat sich geändert gehabt. Ist vielleicht auch nicht jedermanns Sache, es gibt bestimmt auch Pflege, die diese Verantwortung nicht haben wollen! Und Administration, glaube ich, dass die enorm viel hier abnimmt. Also ich habe ja/ dadurch dass ich seit 2011 hier

bin mit Unterbrechung, habe ich ja eigentlich schon recht viel Wandel mitbekommen. Und viele Sachen, die die Administration machen, haben wir früher noch selber machen müssen - man vergisst es halt nur irgendwann. Und irgendwann hat man das Gefühl, es bleibt immer noch zu viel Administration für den Arzt übrig. Aber ich glaube schon, dass sie enorm viel abnimmt. Wenn ich nämlich manchmal dann so mich hinsetze und sage: Okay, was habe ich früher? Das und das habe ich alles noch selber machen müssen, nein, das ist jetzt schon eine Erleichterung. Aber ja. #00:21:42-7#

I: Und du siehst aber noch mehr Potenzial? #00:21:46-2#

B: Bei der Administration? #00:21:46-4#

I: Ja. #00:21:47-1#

B: Absolut, weil ich glaube, dass auch da die/ genau das gleiche Problem: Bei der Administration jeder macht so von etwas. Dann gibt es wieder eine neue Aufgabe, die eine sagt: Nein, das ist aber jetzt zu viel für mich - also wird die Aufgabe, die aber eigentlich ABSOLUT in den Aufgabenbereich der Person fällt, die gesagt hat, mir wird es jetzt zu viel, auf eine andere Person übertragen, bis die sich irgendwann wehrt. Und so geht es immer weiter. Das heißt die Aufgaben sind VÖLLIG FALSCH bezogen auf deren Können - also nicht im negativen Sinne - verteilt und eben viel zu weit gespread, also #00:22:22-9#

I: verteilt. #00:22:24-6#

B: Ja. Also und nicht fokussiert und gebündelt. Ich meine, ich habe jetzt immer wieder Sachen machen müssen von gewissen anderen im weiteren Sinne Admin-Bereich, weil (lachend) ich mich nicht gewehrt habe, und, ja, wo ich aber dann eigentlich die ganze Zeit gedacht habe: Das gibt es doch nicht! Dafür wurde die doch angestellt! Jetzt soll ich den kleinen Unterteil auch wieder übernehmen? Das geht nicht! Ich glaube, da müsste man - in meinen Augen! (lacht) - Tabula Rasa machen. Komplett auf Null, nullen und von Anfang an Aufgaben verteilen und wenn die mit einer Achtzigprozentstelle nicht zu bewältigen sind, dann wird es auch keine Achtzigprozentstelle, dann ist es eine Hundertprozentstelle, Punkt. Es bringt aber nichts, damit man irgendwie jemanden hat, was auf 80 Prozent und dann die anderen 20 Prozent von der anfallenden Arbeit wieder auf andere zu verteilen - vollkommener Schwachsinn in meinen Augen. #00:23:22-8#

I: Aber das ist jetzt mehr wie die Administration in der Klinik aufgebaut ist und weniger wie es deinen persönlichen Alltag entlasten würde. #00:23:34-8#

B: Naja, dadurch dass natürlich diese Aufgabenumverteilung in der Klinik vorhanden ist, wird es automatisch meine Aufgabe, weil wenn/ #00:23:43-0#

I: Ja, weil es zum Schluss trotzdem gemacht werden muss. #00:23:47-9#

B: Genau! Und dann kommt der Arzt irgendwann wieder zum Einsatz und die Aufgabe fällt wieder auf den Arzt zurück. #00:23:57-7#

I: Es ist jetzt auch so, das ist neu so, ich sage jetzt, Physician Assistant oder so Schnittstellenberufsgruppen aufkommen - was ist deine Meinung zu diesen Personen? #00:24:09-2#

B: Ich glaube, per se ist das (seufzt) eine gute Entwicklung im Zuge dessen, dass sich eben der Arztberuf eigentlich recht traurig entwickelt hat, weil man als Arzt eigentlich nicht mehr Arzt ist oder zumindest als Arzt ist man nur noch zu vielleicht maximal 20 Prozent Arzt - in einem chirurgischen Fach vielleicht ein bisschen mehr als auf anderen - und der Rest ist man ein Büroarbeiter geworden. Dieser ENORME Papier- oder Administrationsaufwand, der gestiegen ist. Und ich weiß noch, im Studium haben mir das oft Ärzte gesagt, wenn wir im Praktikum waren: Überlegt euch das gut, ob ihr das machen wollt. Und ich fand das immer fast schon übergreiflich und habe gesagt: Ja, was soll ich denn jetzt machen? Ich bin im achten Semester Medizinstudium, denkst du, ich mache jetzt noch irgendwas anderes? Und natürlich macht man Medizin so, wie man sich einen Medizinberuf vorstellt, aus dem Grund studiert man das. Und es ist leider sehr, sehr, sehr traurig, dass es überhaupt nicht mehr so ist erstens, wie man es sich vorstellt oder wie man es eben von früher aus Erzählungen und so kennt. Und deswegen ist es sehr notwendig, diese Physician Assistant, weil die eigentlich genau diesen Schnittbereich in meinen Augen abfangen müssen, sollen. Dass der Arzt eventuell wieder ein bisschen mehr Arzt sein kann, aber ich glaube, dass es so, wie ich es hier kennengelernt habe, in meinen Augen noch zu keiner Zeit so funktioniert hat, wie eine Physician Assistant funktionieren soll. In meinen Augen wurde die Physician Assistant hauptsächlich auch als administrative Arbeitskraft gesehen. Und die sollte in meinen Augen schon natürlich die Administration abgreifen, wie gerade gesagt, aber eben auf Station zum Beispiel auch die Station führen können mit einer Supervision - und da würde ein Oberarzt reichen. Und so funktioniert es ja in den Skandinavischen Ländern, wo es ja vor allen Dingen auch vor, glaube ich, schon zehn, 15 Jahren etabliert wurde und dort funktioniert es ja hervorragend. Und ich würde behaupten, dass Physician Assistant hier noch nicht so angewendet wird, wie es angewendet werden sollte. #00:26:36-7#

I: Und heißt das aber, man müsste, also damit es eine Umverteilung gibt, sage ich jetzt, zum Beispiel weniger Ärzte anstellen, dafür mehr Physician Assistant, damit diese Ärzte, die wirklich da sind, auch, sage ich jetzt, ärztliche Tätigkeit ausführen können, wie es früher war, und Physician Assistant diese, sage ich jetzt, administrativen Tätigkeiten aber auch Stationsführung oder, ich sage jetzt, Routinearbeiten übernehmen, damit der Arzt sich auf die Behandlungs- oder Prozedere-Definition spezialisieren kann? #00:27:12-7#

B: Genau. Ja. Ja. Ja, würde ich sagen. #00:27:23-9#

I: Okay. Hast du spezielle also so Arrangements, wie du deine Arbeitszeit planen kannst jetzt auch mit dem Kind? #00:27:37-0#

B: Nein. #00:27:40-8#

I: Gar nichts? #00:27:40-8#

B: Nein. Ich habe auch nicht nach gefragt. #00:27:40-9#

I: Wieso? #00:27:42-6#

B: Weil ich es bis jetzt versucht habe, vielleicht auch aus persönlichem Ehrgeiz, es so weiterzuführen, wie es vor dem Kind war - was sehr viel Anstrengung erfordert, aber da bin ich nicht die einzige arbeitende Mutter. #00:27:58-4#

I: Ist das ein Thema? Also sage ich jetzt auch: Work-Life-Balance, physische, psychische Belastung? Oder ist das kein Problem? #00:28:06-0#

B: (seufzt) Doch, ich muss schon zugeben, dass/ (seufzt) wie soll ich das sagen? Also die Zeit, die mir jetzt fehlt durch das Kind, was auf der anderen Seite eine gewonnene Zeit ist, weil es super schön ist, die kürze ich aber bei mir persönlich und in der Partnerschaft. Das muss man einfach ganz ehrlich sagen, weil man kann halt auch nicht alles haben. Also ich kann nicht 100 Prozent arbeiten und denken, alles geht weiter wie normal. Das muss man sich auch bewusst sein! Also ich meine/ und ich würde NIE auf 80 Prozent reduzieren, weil ich würde weiterhin 100 arbeiten und weniger Geld kriegen. #00:28:56-0#

I: Okay. Wenn es jetzt theoretisch möglich wäre, weniger Geld zu kriegen und weniger zu arbeiten? #00:29:02-4#

B: Funktioniert nicht. Es wird irgendwie erwartet, dass man immer/ es wird trotzdem erwartet, dass man Emails anguckt. Das ist leider so! Ich glaube, da kann gesagt werden, was man will, und vielleicht ist man auch selber ein bisschen der Typus, ich glaube, ich würde auch meine Emails gucken! Das kommt auch noch hinzu. Und wenn ich dann was sehe oder da steht/ und dann kommt wahrscheinlich eine Email so: Ich weiß, du hast eigentlich frei und ist auch in Ordnung, aber könntest du mir bitte kurz, ja? Das heißt ich glaube, ich würde mir ins eigene Bein schießen. (lacht) Ich glaube, wenn muss man drastisch reduzieren und dann kann man aber auch nicht mehr den Job haben, den man gerne ausüben möchte. #00:29:41-9#

I: Ist das jetzt einfach in der Chirurgie so? #00:29:47-9#



B: Ja, ich glaube schon, dass das nicht nur in der Chirurgie so ist, dass das mit 80 Prozent/ auch in meinem ganzen Bekanntenkreis, die sagen alle das gleiche.  
#00:29:56-4#

I: Also was? #00:29:58-7#

B: Man arbeitet 100 und kriegt weniger. Weil man arbeitet ja bei 100 Prozent 130 Prozent oder 120. Also irgendwie dieses Mehr bleibt immer. Und ich glaube, wenn muss man drastisch reduzieren und das ist eine gute Frage, da weiß ich selber noch nicht genau, ob das möglich ist. Auf der einen Seite denke ich mir, es wäre gut möglich gerade im chirurgischen Bereich. Warum nicht? An den Tagen, wo du nicht da bist, wirst du nicht in OPs eingeteilt und wenn du da bist, wirst du eingeteilt. Da ist aber, glaube ich, das zwischenmenschliche Denken noch nicht weit genug. Das ist nicht auf die Abteilung bezogen, ich glaube, das ist generell in der Gesellschaft so. Weil dann denken sich die Leute: Ja, toll, die kommt ja sowieso nur 60 Prozent und soll jetzt in die tolle OP rein dürfen? Nein, die darf nur den Kleinscheiß jetzt machen. Und dann macht einem der Job automatisch keinen Spaß mehr! Und wenn die Leute aber sagen würden: Naja, ist doch super, dann kann ich Montag, Dienstag in die coolen OPs, weil da ist die Person ja gar nicht da, und die kann dafür Donnerstag - dann wäre das ja alles überhaupt kein Problem! Aber ich glaube, so viel Solidarität kann man vielleicht nicht erwarten. #00:31:17-2#

I: Aber ist das die Solidarität im Team? Oder ich sage jetzt von der Führung?  
#00:31:21-7#

B: Ich glaube zwischenmenschlich. #00:31:25-9#

I: Aber ich sage jetzt, du hättest das Gefühl, dass es nicht akzeptiert wird von der Führung oder der Klinikleitung oder wäre das auch im Team selber? Also dass zum Beispiel, ich sage jetzt, ein Oberarzt, der in der gleichen Ausbildungsstufe ist wie du und 100 Prozent arbeitet und du arbeitest nur 60 und ihr müsstet euch die guten OPs aufteilen, dass der das auch nicht akzeptieren würde. #00:31:52-3#

B: Das glaube ich sofort. #00:31:52-6#

I: Oder ist es eher so, dass einfach die Führung findet, jemand ist da und gibt Gas und man sieht das und darum hat er das verdient? Oder ist es auch im Team? Oder ist es beides? #00:32:05-0#

B: Ich glaube, das ist alles, das ist multifaktoriell. Und ich glaube das nicht nur auf hier bezogen, ich glaube, das ist auch grundsätzlich ein (lachend) Gesellschaftsproblem ist. Ist vielleicht auch zu viel verlangt. Und auf der anderen Seite also ich muss

das ja selber sagen, also bevor ich Mutter wurde, habe ich erstens oft bei Kollegen gedacht, die schwanger waren, naja, die ist schwanger und nicht krank! Als ich selber schwanger war, habe ich gemerkt, natürlich bist du nicht krank, aber du bist EXTREMST eingeschränkt. Ich glaube, es gibt kaum was Belastenderes für den Körper als eine Schwangerschaft. Also und gewisse Sachen, glaube ich, kann man nicht erwarten, dass das Leute nachvollziehen können, schon gar nicht Männer, Tschuldigung, gerade wenn es um Schwangerschaft und Kind geht, weil sie es nicht durchlebt haben! Wie auch?! Selbst ich als Frau, bevor ich schwanger war, habe erst vieles nachträglich reflektiert, als ich selber schwanger war. (klatscht) Man kann es vielleicht auch nicht erwarten. #00:33:02-8#

I: Aber was wäre jetzt zum Beispiel, wenn man, ich sage jetzt, verschiedene Modelle hätte. Modell A ist 100 Prozent alles, Modell B ist Teilzeit, weniger Lohn, also würde das helfen? Oder wäre das dann, wie du schon gesagt hast, einfach nicht akzeptiert? Es ist natürlich jetzt ein bisschen hypothetisch. #00:33:29-1#

B: Ja, ja, eben, also es ist schwierig zu sagen. Ich glaube, das ist absolut machbar. MACHBAR ist das absolut! Ich glaube, das wäre ein Prozess von Jahren, bis das etabliert ist, so wie Physician Assistant es seit über zehn Jahren gibt und wir haben jetzt vor eins, zwei Jahren damit angefangen. Da sieht man das mal. Ist genau das gleiche! Und am Anfang haben alle gesagt: So ein Quatsch, so ein Scheiß, den brauchen wir nicht und so weiter. Und nach und nach springt jedes Spital, jede Abteilung immer mehr drauf und sagt: Eigentlich doch gar nicht so schlecht. Machbar ist so was alles! Aber das ist ein langer Prozess. #00:34:09-7#

I: Und wovon hängt das ab? Also ist das, sage ich jetzt, die veraltete Führungsstruktur? Ist es das System? #00:34:15-2#

B: Das glaube ich schon, dass es das System ist, das veraltete System. Ich sehe das ja, wenn ich mit meinem Vater rede! Weil zu Hause hatten wir ein ganz klassisches Modell und meine Eltern extremst modern, aber immer wenn ich dann zu Hause irgendwie mal mich ein bisschen beschwere und sage: Oh, es ist irgendwie gerade viel mit Kind und Arbeit. Und mein Vater sagt immer: Ja, das hatte ich auch. Und dann denke ich mir so: WAS?! Du hattest eine Mama, die zu Hause auf uns aufgepasst hat! Also mein Papa hat brutalst hart gearbeitet! Gar keine Frage! Dreifach so viel wie ich. Aber ich finde es immer so witzig, dass er mich mit sich vergleicht. Was heißt vergleicht? Nicht im negativen Sinne, er will mir Mut zusprechen, und dann denke ich mir immer so: Ja, Papi, ich habe im Prinzip den Job von dir ein bisschen abgeschwächt und den von der Mama abgeschwächt. Ich kann da gar nicht diskutieren zu Hause! Aber das ist ja auch irgendwo meine WAHL! Natürlich könnte ich sagen, ich mache weniger oder so. Ich bin ja selber wahrscheinlich noch nicht so weit. (lacht) #00:35:17-4#

I: Das zu akzeptieren vielleicht? #00:35:18-0#

B: Genau. Genau. #00:35:20-9#

I: Aber so die Work-Life-Balance stimmt jetzt immer noch oder ist das/ #00:35:25-7#

B: Nein, überhaupt nicht. #00:35:28-4#

I: Nicht? #00:35:30-2#

B: Nein. #00:35:31-1#

I: Warum? #00:35:32-6#

B: Weil also der Arbeit werde ich nie gerecht und der Freizeit, in Anführungsstrichen, auch nie. Also sowohl meinem Kind nicht - das geht auch nicht, wenn man 100 Prozent arbeitet. Wobei ich schon drastischer geworden bin am Wochenende, da ist das Kind, da mache ich einfach nichts mehr für die Klinik - außer abends vielleicht, aber tagsüber kommt es für mich ÜBERHAUPT nicht in Frage. Weil das möchte ich nicht auch noch meinem Kind an Zeit abziehen. In der Hinsicht könnte man sagen, ich habe vielleicht ein bisschen Work-Life-Balance gewonnen. Aber einfach weil ICH es knallhart durchziehe, aber die Arbeit bleibt ja trotzdem da. Also dadurch habe ich eigentlich psychisch eine höhere Belastung, weil ich es die ganze Zeit mit mir rumtrage und weiß: Mist, ich habe es noch nicht erledigt, ich habe es einfach nur zugunsten meines Kindes aufgeschoben. #00:36:34-1#

I: Was müsste passieren, damit das wieder/ also kann das überhaupt auch die Klinik machen oder ist das ein persönliches/ #00:36:39-9#

B: Nein. Ich glaube, wenn man 100 Prozent auf einem hohen akademischen Niveau arbeiten möchte, ist es nicht möglich. AUSSER/ #00:36:46-9#

I: Und auch mit Arrangements oder Modelle, sage ich jetzt, Job-Sharing, Co-Leitung #00:36:49-4#

B: Ja, natürlich/ sagen wir es mal so, natürlich könnte ich mit/ #00:36:55-7#

I: Oder ist es persönlich selber/ #00:36:54-9#

B: Job-Sharing, ja, schwierig zu sagen, das kann ich gar nicht groß beurteilen. Vielleicht ist es zu einem gewissen Grad schon möglich. Also eben, jetzt gerade wo du Job-Sharing angesprochen hast, vielleicht ist es möglich, wobei da wahrscheinlich Leute, die Vollzeit arbeiten, trotzdem behaupten würden, ernsthafte Forschung kann dann nicht mit/ ja, vielleicht schon, ich glaube, wahrscheinlich könnte man, wenn man

das perfekt sich mit einer zweiten Person teilt - man kann halt kein Single-Player mehr sein, das geht nicht - wenn man sich das perfekt mit einer anderen zuverlässigen Person teilt, wäre es vielleicht schon möglich. Doch. Wahrscheinlich schon. Was ich halt nicht will, aber das ist eine persönliche Sache, natürlich könnte man auch sagen/ gut, ich hätte jetzt auch nicht die finanziellen Möglichkeiten, aber natürlich könnte man sagen, ich könnte mir noch eine Nanny und alles holen - aber da ist für mich nicht der Sinn zum Zweck. Weil genau das will ich ja nicht, ich will ja nicht einfach mein Kind noch weiter verteilen. Also dann kann ich es ja gerade lassen. Aber das ist einfach eine persönliche Einstellung. #00:38:08-9#

I: Und ist es jetzt auch so, weil du noch in Ausbildung bist? Also denkst du, wenn jetzt später Ausbildung, ich sage jetzt, abgeschlossen ist, dass es dann eher möglich auch im Sinne eines Jobs/ also ich sage jetzt einfach zum Beispiel/ #00:38:19-5#

B: Also das glaube ich schon. Ja. #00:38:21-6#

I: 80 oder zweimal/ also jemand/ dass du dann wie zum Beispiel, ich sage jetzt einfach, am Mittwoch deinen Forschungstag ist und dein Job-Sharing-Partner übernimmt dann alle Aufgaben vom Mittwoch im klinischen Alltag zum Beispiel oder Dienste oder/ ich weiß, also man muss ja das definieren. #00:38:45-0#

B: Ja, also die Sache ist die, gewisse Sachen wären wahrscheinlich machbar, aber zum Beispiel auch Forschung kommt drauf an, was man macht. Labor oder auch selbst klinische Studien und so/ wenn ich rein nur statistische Forschung mache, ein bisschen Daten auswerten, das kann ich auf einen Tag begrenzen, aber klinische Studien, Laborforschung, die kann ich nicht auf einen Tag begrenzen! Ich kann nicht sagen, ich mache jetzt an einem Tag meine Zellen - das ist ja oft ein Prozess von Tagen. Oder nein, der Studienpatient, wenn der mittwochs kommt, dann ist der trotzdem wahrscheinlich einige Tage da, da kann ich nicht sagen, ich mache das nicht. Also hm (überlegt) ich glaube, es ist nicht alles machbar. Aber es wäre machbar, wenn ich zum Beispiel sagen würde: Forschung mache ich einfach nicht mehr. Das ist eine persönliche Sache. Wenn ich zum Beispiel sage, ich mache Forschung nicht mehr, ich muss nicht an einem akademischen Uni-Klinikum sein, sondern gehe an ein anderes, kleineres Spital, da, glaube ich, ist es GANZ einfach umsetzbar. Und dann gebe ich meine paar Ämter ab, die ich noch habe außerhalb der Klinik - also es sind ja schon medizinische Ämter - und dann wäre das, glaube ich, SUPER einfach umsetzbar. Ich glaube, das, was mir hier die Zeit killt, sind die Ämter und die Forschung. Den Klinikalltag? Selbst wenn ich da mal ein paar Berichte hätte, aber eben das könnte man einfach organisieren. Dann würde ich halt zum Beispiel auch sagen am Morgen: Bitte, morgen früh möchte ich nicht in die OP, in die erste eingeteilt werden, ich möchte zwei Stunden am Schreibtisch zur Verfügung haben für die Berichte. Zack, wäre das Thema gegessen. #00:40:13-7#

I: Aber das heißt auch, dass es viel auch selber anhängig ist? #00:40:21-1#

B: Ja, also von dem Anspruch. #00:40:23-3#

I: Also ich sage jetzt die Karriereziele, also hast du gesagt. #00:40:23-9#

B: Genau. Genau. #00:40:26-0#

I: Dass man halt sagt, eben du hast jetzt eben ein paar, ich sage jetzt, Herausforderungen gesagt, die Karriere, die du machen willst - also wo auch immer das endet. #00:40:37-9#

B: Genau, genau, ja! #00:40:40-3#

I: wäre das aber trotzdem so, dass, ich sage jetzt, auch die Klinik Modelle entwickeln sollte, damit eben trotzdem alles möglich/ also für mich klingt es jetzt so, dass du wie sagst so: Man muss sich entscheiden. Also man muss sich entscheiden, will man Karriere machen oder eine gute Work-Life-Balance, Freunde und so weiter. Oder geht auch beides? #00:41:06-4#

B: Ich glaube, beides geht nur bedingt. Vielleicht geht es bis zu einem gewissen Grad, aber nicht vollends. Und deswegen finde ich auch/ ich meine, die Diskussion gibt es ja überall, auch in Deutschland, warum es auf der Führungsriege zu wenig Frauen gibt? Ja! In meinen Augen ist es auch nicht machbar! Natürlich kann eine von der Leyen acht Kinder in die Welt setzen, wahrscheinlich hat die zu Hause Unterstützung, aber glaubt doch nicht, dass sie MASSGEBLICH an dem Aufwachen, an der Erziehung zu Hause beteiligt war! Kannst mir sagen, was du willst: Mit dem Job unmöglich. Und deswegen finde ich solche Beispiele auch total lächerlich! Also ich sehe das an meinem Vater, mein Vater wäre NICHT in der Lage gewesen, für uns VOLL und ganz da zu sein bei dem Job, den er gemacht hat. Nicht möglich! Selbst wenn ihm vieles abgenommen werden würde, es geht einfach nicht! Und deswegen natürlich kann man gewisse Sachen optimieren und man kann trotzdem noch Karriere machen, aber NICHT, wenn wir auf GANZ oberste Ebene gucken, in meinen Augen NICHT machbar. #00:42:06-3#

I: Also gibt es Abstriche? #00:42:08-1#

B: Ja! #00:42:10-1#

I: Also entweder Freizeit oder Familie oder/ #00:42:11-9#

B: Aber das ist doch mit vielem so, das ist ja nicht nur im Job so! Also ich meine, man kriegt es ja als Kind schon von den Eltern gesagt, du kannst nicht auf jeder Hochzeit gleichzeitig tanzen. Ja, genauso ist es! #00:42:21-5#

I: Aber bist du trotzdem zufrieden mit deinem Karriereverlauf oder Karriereziel?  
#00:42:27-7#

B: Ah, nein, überhaupt nicht. Das hätte alles ein bisschen anders laufen lassen, also für mich (lachend) persönlich, ich habe mir das anders vorgestellt. Aber an sich ich bin den Weg ja/ ich habe ihn eingeschlagen und ich werde den jetzt zu Ende machen, bis ich die Sachen erreicht habe, die ich mir vorgenommen habe, und dann muss man gucken. #00:42:50-8#

I: Und denkst du aber auch, dass Mann und Frau gleiche Chancen haben?  
#00:42:57-8#

B: Man kann die gleichen Chancen haben, ich meine, ich könnte ja jetzt auch sagen: Timo, du bleibst zu Hause, also wir drehen den Spieß um - dann hat man absolut die gleichen Chancen, bin ich mir sicher! Aber, ja, also das schon! Das glaube ich auf jeden Fall. Wenn man will, hat man die gleichen Chancen. #00:43:17-3#

I: Also du denkst nicht, dass du jetzt nicht gefördert/ also das ist abhängig, weil du eine Frau bist oder nicht, sondern es ist zum Schluss/ natürlich wenn man schwanger ist oder so, dann (unv. #00:43:27-4# ) solche Dinge, aber nicht per se nicht gefördert wirst, weil du eine Frau bist? #00:43:35-2#

B: Glaube ich nicht. Ich glaube trotzdem, dass in einer Männerdomäne gewisse, wie soll man das sagen? Doch, ich glaube schon, dass gerade im Bereich, wo mehr Männer als Frauen arbeiten, es Männern einfach ein bisschen einfacher haben. Nicht weil man die Frauen nicht möchte, sondern was so ein bisschen im Naturell liegt. Natürlich scherzt ein Mann mit einem Mann eher mal und man ist sich schneller sympathisch, als dass man mit der Kollegin, wo man am Ende vielleicht noch sexual Harassment vorgeworfen kriegt - weißt du, was ich meine? Also und deswegen man sagt ja auch immer, die Frauen in der Chirurgie vermännlichen, und das stimmt wahrscheinlich auch ein Stück weit. Weil um der coole Kumpel zu sein, muss ich jegliche Frauenallüren ablegen! Damit auch nicht der Mann irgendwie/ ja, weiß ich nicht. Man muss ja auch ehrlich sagen, bei gewissen Frauen, die vielleicht das Frauenbild nicht so erfüllen, hat man ja viel gerade so/ okay, das ist vielleicht auch ein bisschen Stigmata, weil in der (lachend) Traumatologie war das so, es gibt ja noch mal mehr Handwerker unter den Chirurgen als die (unv. Thorax? #00:44:57-1# ), ja, da wird ja nie einer sexual Harassment vorwerfen bei einem gewissen Frauentyp. Weißt du? Und ich glaube, da spielen viele Sachen mit rein. Und natürlich scherzt ein Mann oder macht eher mal unter der Gürtellinie/ oder keine Ahnung, irgendwelche Witze mit seinem Arbeitskollegen als mit seiner Arbeitskollegin! Und DAS führt zu einer gewissen Dynamik, die es vielleicht, gewisse Bevorzugung, dann dem männlichen Kollegen gegenüber zugute kommt als der Frau, aber nicht weil man per se was gegen die Frau hat. #00:45:27-9#

I: Also auch, ich sage jetzt, im System, weil im Moment einfach noch die Chirurgie eine Männerdomäne IST, und wenn es aber jetzt/ also es gibt jetzt auch mehr Klinikdirektorinnen, dass es dann vielleicht einen Wechsel gibt, dass es dann nicht mehr so sein würde? #00:45:46-0#

B: Weiß ich nicht. #00:45:48-0#

I: Vielleicht? #00:45:52-0#

B: Vielleicht. #00:45:52-7#

I: Okay. Du hast vorher kurz angesprochen so Familienplanung, ist wahrscheinlich sehr herausfordernd, musst du auf vieles jetzt verzichten also mit dem Kind? Oder ist das einfach eine Umorganisation gewesen? #00:46:10-6#

B: Was verzichten? #00:46:13-8#

I: Ja, Sport, Freizeit/ #00:46:13-3#

B: Ach, ja, ja, klar, klar. Absolut. Absolut, das kürzt man alles. #00:46:17-4#

I: Okay, also das heißt bei dir ist es jetzt so, dass du die Arbeit eigentlich gleich hoch hältst, weil aber jetzt noch ein Kind da ist, ist einfach der Kuchen auf der Freizeitseite kleiner geworden und man muss sich einfach arrangieren. Ja. #00:46:33-5#

B: Genau. Genau. Ich könnte natürlich weiterhin Sport machen, wenn ich nicht jeden Tag arbeiten gehen würde, aber natürlich möchte ich dann abends die Zeit, die ich mit dem Kind habe, nicht noch beim Sport verbringen. Weil das, was ich für mich tue, rein nur aus dem Kind (unv. sich #00:46:46-6# ) gegenüber, ist die Arbeit sowieso schon. Da wäre es mehr als egoistisch, wenn ich noch die anderen Sachen verfolge, weil das Kind bleibt auf der Strecke - was es sowieso schon tut. Das wäre nicht fair. Kann man machen, ist aber auch eine persönliche Entscheidung und das würde ich nicht wollen. #00:47:01-8#

I: Und bekommst du jetzt aber trotzdem noch genug Erholung? #00:47:07-6#

B: Nein, das glaube ich nicht. #00:47:10-0#

I: Oder ist die Zeit mit dem Kind Erholung? #00:47:10-5#

B: Nein. Es ist zwar wunderschön, (lachend) aber es ist keine Erholung. Es ist wunderschön, aber ich bin nach dem Wochenende gleich erledigt wie nach fünf Tage arbeiten. #00:47:22-8#

I: Vielleicht noch etwas: So die ganze Digitalisierung, die jetzt kommt, hilft das? #00:47:29-2#

B: Also ich meine, dass ich mal Berichte/ mich von auswärts einloggen kann und die machen kann und so, klar, das hilft total, dass man vieles am Computer macht. Das merkt man aber schon gar nicht so. Wie gesagt, vor 2011, als ich hier angefangen habe, haben wir die Berichte noch/ wurden die noch mit Hand korrigiert, die wurden in ein Fach gelegt und so ging es 20 Mal hin und her und jedes Mal wurde ein neues Ding ausgedruckt - das vergisst man total, weil das so eine Selbstverständlichkeit ist, dieser Wechsel. Das ist ja nicht irgendwie: Gestern hatte ich noch keinen Computer und heute habe ich einen. Das sind ja so schleichende Prozesse, deswegen fällt mir das gar nicht mehr so auf. Aber die hat BESTIMMT gut zur beigetragen, zur Prozessoptimierung oder zur Erleichterung von gewissen Sachen. #00:48:12-2#

I: Hat es aber dadurch jetzt mehr zugenommen, also ich sage jetzt auch, der Arbeits/ also die Gesamtarbeit als Ganzes? Also dass man jetzt mehr machen muss grundsä/ also ich sage jetzt, früher musste man fünf Berichte schreiben pro Tag, jetzt sind es zehn, oder einfach dass der ganze Arbeits/ #00:48:34-4#

B: Hm (überlegt), ich glaube nicht, dass die Berichte per se vielleicht mehr/ #00:48:37-1#

I: Also nicht nur Berichte, einfach grundsätzlich so? #00:48:37-6#

B: Nein, ich glaube, sie sind komplizierter geworden. Früher/ wenn ich jetzt zum Beispiel gerade im Zuge von irgendwelchen Datenanalysen in Akten von Patienten von vor 15 Jahren reingehe, da war ein Austrittsbericht maximal eine Seite, da war der OP-Bericht ein Dreizeiler und so weiter. Das ist einfach ALLES SO kompliziert geworden! Ich meine, unsere Berichte, die sind SECHS SEITEN LANG! Und das liegt auch daran/ also in gewisserweise, also es liegt an der Qualität, die ist schon dadurch besser. Zum einen ist sie besser geworden gerade zum Beispiel bei einem OP-Bericht, ist schon gut, dass ich das detaillierter heutzutage beschreibe, als das der Fall vor 20 Jahren war. Aber beim Austrittsbericht, in meinen Augen, leidet die Qualität drunter, weil du vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr siehst. Aber es ist einfach, glaube ich, nicht die Masse. Wobei wahrscheinlich einer, der seit 25 Jahren auf dem Gebiet arbeitet, schon sagt, dass die Masse auch zugenommen hat oder die Patienten. Das kann gut sein, bin ich, glaube ich, zu jung für, um das einzuschätzen. Aber das, was ich sehe, ist, glaube ich, dass es vor allen Dingen komplizierter geworden ist und viel mehr eben detaillierter - nicht unbedingt im positiven Sinne. #00:50:00-8#



I: Dass die Qualität nicht unbedingt besser geworden ist? #00:50:03-1#

B: Nein, nicht bei allem. Also wahrscheinlich teils, teils. #00:50:09-5#

I: Okay. Ist dann auch die Patientenerwartung gestiegen? #00:50:22-5#

B: Ja, hundertpro! Hundertpro! Ich meine, früher war der Arzt ein Gott - muss er nicht sein, sehe ich ein, (lachend) ist völlig vermessen. Aber also die Patienten haben eine ANSPRUCHS- und Erwartungshaltung, das macht mich manchmal schon innerlich sauer. Weil ich bin ja umgekehrt auch mal Patient! Weil ich eben die andere Seite kenne, ich weiß, wenn ich zum Arzt gehe, nehme ich mir ein Buch mit, weil ich worst Case zwei Stunden da hocke. Ob ich das gut finde ich oder nicht, ist dahin gesagt, natürlich finde ich es nicht gut, aber das System lässt es einfach nicht anders zu! Aber ich gehe da nicht hin und gehe mich alle fünf Minuten beschweren und wenn ich dann reinkomme, schnauze ich den Arzt erst mal an - auf die Idee würde ich nicht kommen! Da fängt es ja schon an. Also ich glaube, dass die absolut anspruchsvoller und ein bisschen auch respektloser geworden sind. Das empfinde ich schon so.  
#00:51:18-7#

I: Also die Qualitätserhaltung höher und dass das auch nochmals einen zusätzlichen Stress verursacht oder den Arbeitsalltag verkompliziert? #00:51:29-7#

B: Klar, klar. Ist ja auch irgendwo, dass alles/ jede Aktionen entstehen ja aus einer misslichen Lage heraus. Und eben früher war es, glaube ich, umgekehrt der Fall. Dadurch ist auch viel Schindluder betrieben worden, dadurch wurden auch Patienten, auf Gutdeutsch, vielleicht mal verarscht! Deswegen jede Entwicklung ist ja nicht einfach spontan entstanden, sondern schon aus Gründen heraus! Und deswegen kann ich auch gewisse Sachen nachvollziehen. Aber im Moment, habe ich das Gefühl, schlägt es die Richtung ein, die auch nicht mehr gut ist. Wir haben es verpasst, uns auf dem Mittelweg einzukalibrieren, sondern sind von schwarz auf weiß gewechselt und haben den Graubereich eigentlich übersprungen oder eben zu schnell durchlaufen. Das glaube ich ein bisschen. #00:52:15-5#

I: Ist vielleicht auch damit zusammenhängend, dass die Transparenz halt fehlt, eben das Misstrauen. So früher hatte man das Gefühl, man wird verarscht, und jetzt erwartet man viel, und wenn aber da jemand sieht, okay, der Arzt ist jetzt wirklich vom OP direkt raus und kommt jetzt und der Patient ist wütend, weil er jetzt 30 Minuten warten muss, wenn er aber wüsste, dass der Arzt zuerst im OP war, oder ich sage jetzt einfach etwas, wäre das Verständnis vielleicht auch anders. #00:52:43-6#

B: Jein, weil das sagen wir ja schon. #00:52:50-7#

I: Also ich sage jetzt einfach, zum Beispiel wenn man/ #00:52:51-9#

B: Also wir müssten wahrscheinlich noch blutverschmiert in Grün rauskommen so ungefähr (lacht). #00:52:56-2#

I: Ja, eine Art/ oder ich sage jetzt, wenn man eine App hat wie bei der Post, wo man sieht: Ah, jetzt ist es dort, jetzt ist es dort, jetzt ist es dort, und dann weiß: Aha, es ist wirklich, weil es nicht geht. Also ich bin ja da ähnlich, ich weiß ja auch, dass ich weiß manchmal/ ist der Arzt auch noch im Café - natürlich nicht alle - aber er ist im Café und kommt dann einfach, wenn er Lust hat und der Patient wartet dann. Was ich auch verstehe. Auf der anderen Seite/ #00:53:20-5#

B: Braucht der auch mal seine fünf Minuten, weil er vielleicht aus einer Fünfstunden-OP kommt. #00:53:22-1#

I: Genau. #00:53:23-2#

B: Ja, ja, ich weiß. Ja, ich glaube, die Transparenz, weiß ich nicht, ob die jetzt so helfen würde, das wäre ja fast schon wie so ein Überwachungsstaat. Das würde in meinen Augen zu weit gehen. Weil umgekehrt frage ich den Patient ja auch nicht, wenn er mal zu spät kommt: Tschuldigung, ich habe aber gesehen, du hast auf dem Parkplatz noch irgendwie zehn Minuten deine Hose gerichtet oder so - weißt du, was ich meine? Also übertrieben gesagt, das weiß ich schon, dass das übertrieben ist. Aber, ja, schwierig zu sagen. Also ich entgegne den Patienten dann schon manchmal und sage: Wissen Sie, ich kann Ihren Unmut verstehen, aber ich glaube nicht, dass Sie mich jetzt gerade mit den Füßen hoch irgendwo Kaffee-trinkend gesehen haben, dass ich in einer Ecke rumsaß. Und DANN renken sie schon oft ein: Nein, nein, ich weiß, so war es nicht gemeint, aber ich sitze jetzt hier schon seit zwei Stunden. Sage ich: Ja, das verstehe ich, ich wäre auch wütend, weil es ist furchtbar, solange irgendwo zu hocken. Und hinzu muss man ja noch sagen, die kommen nicht wegen einem Schnupfen. Die kommen wegen Krebs oder weil sie wissen wollen, ob man in dem neuen Bild wieder Krebs gesehen hat oder nicht. Das spielt schon auch bei unseren Patienten gut noch mal eine enorme Rolle. #00:54:28-5#

I: Ja, das wäre es eigentlich soweit, hast du noch etwas, das noch gesagt werden soll? Oder etwas, was jetzt kein Thema war, was auch wichtig ist im Sinne der Arbeitszeitmodelle für dich? #00:54:51-6#

B: Nein, ich denke, da wurde eigentlich alles angesprochen oder zumindest die größten Eckpfeiler. Fällt mir jetzt auch nichts ein. #00:55:02-8#

I: Okay, gut, vielen Dank. #00:55:00-8#

B: Gerne. #00:55:02-7#



## Interview 04

I: Also, vielen Dank Tabea, dass du dir die Zeit nimmst am Interview teilzunehmen. Ich würde beginnen mit der Frage, wie ein typischer Arbeitstag eines pneumologischen Arztes aussieht. #00:00:20-0#

B: Bei uns in der Klinik ist der große Anteil Sprechstundenbetrieb. Das heißt, der Arzt kommt am Morgen, zieht sich seinen Sprechstundenkittel über und beginnt tatsächlich oft Punkt acht Uhr, oder acht Uhr fünfzehn, mit der Sprechstunde. Und hat dann tatsächlich ein Patient nach dem anderen in seiner pneumologischen Sprechstunde. Die Patienten sind vorgängig in der Lungenfunktion und dann im Anschluss beim Arzt. Und nach jeder Sprechstunde versucht der Arzt dann den pneumologischen Bericht zu verfassen. #00:01:05-0#

I: Okay. Und das heißt, vom Gesamtarbeitstag ist es von acht Uhr bis fünf Uhr oder bis sechs Uhr oder ist es individuell anders abgestimmt? #00:01:21-0#

B: Also bei uns in der Klinik ist generell die Arbeitszeit fix. Also von acht bis achtzehn Uhr, also ein zehn Stunden Arbeitstag. Genau. Und es sind wirklich auch alle Ärzte pünktlich da, damit die Sprechstunde wirklich so nach diesen Zeiten geplant werden kann. Genau. #00:01:46-0#

I: Okay. Und gibt es auch Schichtbetriebe oder ist es nicht notwendig? #00:01:52-0#

B: Bei uns in der Pneumologie sind Schichtbetriebe generell nicht notwendig, da wir hauptsächlich das Ambulatorium betreiben. Hier kommen die Patienten tagsüber. Es müssen aber natürlich die Dienste abgedeckt sein. Das heißt (Biegedienste?) primär durch die Assistenzärzte im Vordergrund und dann im Hintergrund wird der Dienst durch einen Oberarzt abgedeckt, der im Notfall dem Assistenzarzt behilflich sein kann. Wenn es dringende Fragen gibt, die der Assistenzarzt nicht beantworten kann. #00:02:32-0#

I: Das heißt also, es gibt die zwei Arten von Arbeitstag, der normale Sprechstundenbetrieb oder wenn man Dienst hat. #00:02:44-0#

B: Genau. Da muss man noch hinzufügen, dass am Wochenende natürlich der Wochenenddienst abgedeckt ist durch primär Assistenzärzte. An Wochenenddiensten sind sie tatsächlich vor Ort im USZ. Hingegen sind sie unter der Woche im Ticketeinsatz, das heißt auf Abruf am USZ. Und am Wochenende ist der Oberarzt ebenfalls im Hintergrund tätig, aber bei Visite im Vordergrund. Also für zwei, drei Stunden auf der Visite im stationären Bereich, um die Patienten, also die privat zusatzversicherten Patienten, zu betreuen. #00:03:27-0#

I: Aber das heißt, dass es auch stationäre Patienten gibt. #00:03:33-0#

B: Genau. Richtig. Ja. #00:03:34-0#

I: Also sind das einfach die Transplantierten oder andere? #00:03:42-#

B: Bei uns in der Pneumologie, klar, Transplantierte sind eine Patientengruppe. Häufig sind es Patienten die vor einer Lungentransplantation stehen und im Rahmen der zweiwöchigen stationären Abklärung zur Pneumologie kommen. Dort werden sämtliche Untersuchungen gemacht was den Patienten zu einer Transplantation berechtigt oder ob er im allgemeinen guten körperlichen Zustand ist, um so eine Transplantation durchführen lassen zu können. Ansonsten sind es jegliche Patienten die irgendwelche pneumologischen Erkrankungen haben und auch akute Atemprobleme beispielsweise haben und aufgrund dessen stationär aufgenommen werden müssen. Also da gibt es wirklich jegliche Krankheitsbilder die im stationären Bereich dann auch abgeklärt werden. #00:04:46-0#

I: Okay. Wo sind denn so die Herausforderungen im Arbeitsalltag der pneumologischen Ärzte? Wo siehst du diese? Falls es überhaupt solche gibt. #00:05:02-0#

B: Ich glaube ein großer Punkt in der Pneumologie ist, dass die Lunge, also ist natürlich ein internistisches Fachgebiet, die Pneumologie, und dass die Pneumologen viel mit anderen Kliniken in Kontakt stehen müssen. Gerade zum Beispiel die pulmonale Hypertonie ist ja ein Fachbereich der Pneumologie, wo sehr eng mit der Kardiologie zusammengearbeitet werden muss. Ansonsten können zum Beispiel Schlafpatienten auch neurologische Probleme haben. Und daher muss ein Pneumologe sehr viel Fachwissen auch aus anderen Bereichen mitbringen. Wir verlangen bei den pneumologischen Assistenzärzten auch einen Facharzt in der inneren Medizin, weil wir darauf beruhen müssen, dass sie internistisch schon gute Vorkenntnisse haben. Ansonsten sehe ich die Schwierigkeit darin, dass, lass mich kurz überlegen. #00:06:18-0#

I: Vielleicht wenn ich da einhake, vor allem wegen den Arbeitszeiten. Mit Überstunden, ob es Schwierigkeiten gibt von der Organisation her, Herausforderungen im Arbeitsalltag, ja. #00:06:38-0#

B: Also wir sehen bei unseren Ärzten schon auch, dass viele Überstunden gemacht werden. Ich denke die Herausforderungen organisatorisch liegen darin, dass man für die Patienten nur eine Stunde einplant und gerade in der allgemeinen Pneumologie beispielsweise hat man eigentlich immer mehr Bedarf an Abklärungen, da man wirklich gar nicht weiß was der Grund ist, wieso die Patienten überhaupt kommen. Und dadurch bleibt den Ärzten wenig Zeit um Berichte zu schreiben, innerhalb dieser einen Stunde. Und es werden dann natürlich am Ende vom Tag diese Bericht geschrieben, die während der Sprechstundenabläufe nicht geschrieben werden können, oder diktiert, besser gesagt. Und so bleibt natürlich schon die Tendenz da, dass

man viele Überstunden macht. Ich habe jetzt von einigen schon gehört die sagen, es ist klar, dass man nicht alle Überzeit notieren kann. Aber im Umkehrschluss werden natürlich auch Überzeiten gemacht, die wir nicht überprüfen können oder die gemacht werden, aber die wir nicht sehen. Das ist, denke ich mal, ein organisatorischer Punkt, der recht knifflig ist. #00:08:06-0#

I: Aber das heißt eigentlich, man weiß das ja, dass diese eine Stunde die man einplant nicht ausreicht, wieso wird das dann trotzdem so gemacht? Also warum sagt man dann nicht beispielsweise man plant eineinhalb Stunden ein? #00:08:27-0#

B: Ich denke ein Punkt ist, dass man natürlich eine gewisse Menge an Patienten unterbringen muss und auch die Ärzte lernen müssen in einer gewissen Zeit die Abklärung zu machen. Es gibt natürlich schon Unterschiede. Man sieht, dass Ärzte schnell zum Punkt kommen und schnell die Diagnose finden, andere benötigen halt länger. Und ich glaube, dass die Ärzte sich teilweise auch selbst schon wie so ein Regelwerk zusammenstellen was nach und nach abgeklärt werden muss, um schnellstmöglich ans Ziel zu kommen. Und ich denke das soll auch ein Ansporn sein für die Ärzte, dass man auch lernt innerhalb einer kurzen Zeit die bestmögliche Abklärung zu machen. Weil wir haben eben viele Patienten, die wir mittlerweile zurück an niedergelassene Pneumologen zurückweisen müssen, da wir sie nicht mehr aufnehmen können. Man soll natürlich in kürzest möglicher Zeit so viele Patienten wie möglich gut abklären können. Ich denke, dass das ein Grund ist. #00:09:45-0#

I: Aber das heißt mit anderen Worten, wenn man jetzt Abläufe definieren würde wo sich alle daran halten können, dass das eine Reduktion der Arbeitszeit respektive eine Effizienzsteigerung mit sich bringen würde. #00:10:01-0#

B: Ja genau. Also man merkt es auch beim Berichte diktieren, dass manche Ärzte sich endlos wiederholen ständig und andere schaffen einen Bericht in sechs Minuten zu diktieren, wo alles Relevante drinsteht. Also das hört man oft von den Sekretärinnen, dass es auch ein bisschen ein Lernprozess halt ist, ja. #00:10:25-0#

I: Aber wird das auch aktiv gefördert? Also gibt es diese Rückmeldung? Also dass man den Ärzten das mitteilt, hey, der ist schneller oder dass man wie so Best Practice untereinander austauscht? #00:10:42-0#

B: Bei uns ist ein Oberarzt im Lead der die Assistenzärzte betreut und wir beobachten natürlich auch die Überzeiten und gehen dann auf die Ärzte zu. Aber ich muss ehrlich sagen, das ist mehr so eine Aufgabe die eben der Oberarzt übernimmt. Da habe ich fast zu wenig Einblick, was da genau vorgenommen wird. Also es gibt natürlich schon auch die SOPs, die helfen sollen möglichst schnell effizient zu behandeln. Aber wie stark die gelebt werden, da müsste ich nochmal Rücksprache halten. #00:11:24-0#

I: Okay. Ja, aber das ist doch schon gut. Vielleicht so grundsätzlich, ist das Arbeitsgesetz ein Thema in der Klinik oder auch vor allem unter den Ärzten? #00:11:45-0#

B: Ja, also ich mache zum einen die PEP-Planung der Ärzte und achte da natürlich auf ob Ruhezeiten eingehalten werden, ob zu viel Überzeit gemacht wird. Auch diese Regelung, dass innerhalb von einem Jahr nicht mehr als 140 Stunden, sind es, glaube ich, überschritten werden dürfen, an Überzeit. Solche Sachen beobachte ich zum einen. Zum anderen werden zum Beispiel Kompensationstage auch von den Dienstplanern natürlich vorgeplant, dass man hier auf jeden Fall das Arbeitsgesetz einhält. Also das beobachten wir schon. Also ich merke es jetzt bei unserem Chef, wenn er spät abends noch jemanden sieht der in der Klinik noch seit dreizehn Stunden ist oder so, dann schickt er die auch aktiv heim. Also das wird schon auch geprüft. #00:12:56-0#

I: Und wie kommt das an bei den Ärzten? Wird das wohlwollend begrüßt oder fühlen sie sich eingeengt oder? #00:13:10-0#

B: Habe ich bisher wenig Erfahrung. Was ich jetzt so mitbekommen habe, wenn ich sage, hier fehlt aber ein Ruhetag, dann wird das eigentlich eher angenommen als Fürsorge. Teilweise habe ich auch schon die Rückmeldung bekommen, dass ich zwar den Kompensationstag eintragen soll, aber sie wird dann trotzdem von zu Hause aus arbeiten, weil es nicht anders geht. Also so etwas hört man dann teilweise schon auch. Wo ich dann aber auch aktiv sage, bitte auch einhalten, weil wir hier dahinter stehen müssen und sonst auch gesetzlich Probleme bekommen wenn es nicht eingehalten wird. Genau. Also wird zur Kenntnis genommen und schon eigentlich gut aufgenommen. #00:14:02-0#

I: Und ist es bei allen Stufen, also von Assistenzarzt bis, ich sage jetzt, hoch zum Klinikdirektor durchs Band? #00:14:13-0#

B: Bei uns ist ab leitender Arzt beziehungsweise ab OAMEV Vertrauensarbeitszeit. Da haben wir sowieso keinen Einblick in Arbeitszeiten und Ruhezeiten. Aber ich sage jetzt mal bis Oberarztstufe wird es gut aufgenommen. Ja. #00:14:36-0#

I: Okay. Hast du das Gefühl, dass die Administration und Pflege, ich sage jetzt, auch gewisse Schnittstellenfunktionen helfen, die Arbeitszeiten der Ärzte zu reduzieren? #00:15:01-0#

B: Ja, also wir haben jetzt teilweise im Sekretariat auch schon oft besprochen, was wir noch machen können, um die Ärzte zu entlasten, welche Aufgaben wir primär übernehmen können. Also man merkt jetzt auch beim Sekretariat beispielsweise, dass man wirklich Patientenfragen so gut wie möglich abfängt. Und auch versucht, mit dem Wissen, was die Sekretärinnen mitbringen, den Patienten primär schon mal aufzuklären. Jetzt gerade in der Coronavirussituation da gibt es massenhaft Anfragen, wo jeder Patient gerne möchte mit dem Pneumologe verbunden werden, was

natürlich nicht möglich ist. In solchen Situationen versucht das Sekretariat bestmöglich alle Fragen abzufangen und auch die Ärzte zu entlasten. Eigentlich so in der Art. Jetzt von pflegerischer Seite, das kann ich zu wenig beurteilen. Hier werden natürlich Leistungen teilweise an die Pflege delegiert. Also beispielsweise können Lungenfunktionstests in der Regel auch von Ärzten übernommen werden. Solche Dinge werden dann immer mehr auch von der Pflege abgenommen, die nicht primär von einem Arzt durchgeführt werden müssen. Genau. #00:16:29-0#

I: Wie sieht es denn jetzt grundsätzlich mit Überstunden aus in der Klinik? #00:16:40-0#

B: Soll ich hier eine bestimmte Summe sagen an Überstunden oder einfach so generell? #00:16:47-0#

I: So generell. #00:16:49-0#

B: Man sieht, gerade bei den Assistenzärzten, noch große Unterschiede. Also es gibt Assistenzärzte, die wirklich wenig Überzeit haben, andere haben eher viel, bei welchen wir auch im Detail schauen, was ist Problem. Also zu viele Patienten, vielleicht nicht ganz so effizient wie andere Ärzte. Aber grundsätzlich haben wir wenige Ausreißer. Durchs Band, denke ich, bekommen es die Ärzte recht gut hin mit den Überzeiten. Also man merkt auch, dass sie selbst wirklich wissen, dass wir das überprüfen und dass sie auch selbst schauen, dass sie nicht zu viele Überzeiten machen. Was wir natürlich nicht wissen, wie korrekt die Zeiten notiert werden. Also wie viel jemand zu Hause noch arbeitet, ohne dass er es notiert. Ich sage aber immer wieder, bitte notiert die Arbeitszeit die ihr benötigt, weil nur dann können wir sehen, ob tatsächlich zu viel Arbeit vorliegt für diese Anzahl an Ärzten die wir haben. Genau. #00:18:02-0#

I: Okay. Wir haben schon die Arrangement ein bisschen besprochen gehabt. Wie wird das in der Klinik gehandhabt? Gibt es solche Arrangements? Also ich sage jetzt mal Teilzeit oder Job Sharing oder Jahresarbeitszeit, man hat gesehen dass ab Stufe leitender Arzt Vertrauensarbeitszeit gilt. Habt ihr da bestimmte weitere, ich sage mal, Arrangement wie die Flexibilität der Arbeitsmodelle der Ärzte aussieht? #00:18:51-0#

B: Wir haben jetzt gerade bei Mütter, die frisch Mütter geworden sind, vermehrt Teilzeitarbeit. Als ich hier als Klinikmanagerin in der Pneumologie angefangen habe, war mir nur von einer Ärztin bekannt, die sechzig Prozent tatsächlich nur arbeitet. Sie ist im Prinzip die rechte Hand unseres Klinikdirektors, schaut Patienten vorgängig an und bespricht diese dann mit unserem Klinikdirektor, nachgängig, also in Form eines Herbeizugs. So wird der Klinikdirektor entlastet. Und für sie ist natürlich der Vorteil, dass sie dann wirklich nur in Führungszeichen da sein muss, wenn unser Klinikdirektor Sprechstunde hat. Und so konnte sie das eigentlich gut vereinbaren, dass sie dann tatsächlich nur sechzig Prozent arbeitet. Dann haben wir jetzt gerade relativ viele Ärztinnen die aufgrund eben von einer frischen Mutterschaft in Teilzeit möchten. Hier haben wir jetzt dann zwei Ärztinnen die achtzig Prozent arbeiten und das sind Oberärztinnen, die dann natürlich an anderen Tagen ihren freien Tag haben. Aber



unser Klinikdirektor ist hier recht offen demgegenüber oder sagt auch, wenn jemand in Mutterschaft war, ihm ist es bewusst, dass vier Monate zu kurz sind oder halt nachdem der Geburtstermin war und dass viele dann auch lieber ein Jahr oder so doch zu Hause bleiben sollen, denn dann können wir gut einen Ersatz für diese Ärztinnen finden. Für diese Zeit. Das ist das eine. Also Teilzeitarbeit ist recht gut möglich. Entschuldigung, ich habe noch eine vergessen. Wir haben nochmal eine Oberärztin, die Teilzeit arbeitet, also es sind mittlerweile vier Ärztinnen. Und die Arbeit ist trotzdem eigentlich recht gut machbar, wenn man einfach sagt okay, einen Tag fällt die Sprechstunde halt weg bei diesen Ärztinnen. #00:21:18-0#

I: Aber das heißt, es ist aber immer noch achtzig Prozent. #00:21:22-0#

B: Genau. Also bei diesen drei Oberärztinnen ist achtzig Prozent und die eine Assistenzärztin ist sechzig Prozent hier. Aber ich denke, die sechzig Prozent sind wirklich das Minimum, was eine Ärztin müsste hier sein. #00:21:42-0#

I: Aber das heißt, wenn ich das richtig verstehe, es gibt eine Assistenzärztin mit sechzig Prozent Pensum, die wie die rechte Hand vom Klinikdirektor ist, und dann noch drei Oberärztinnen die frische Mütter sind und einfach im achtzig Prozent Pensum arbeiten. #00:22:01-0#

B: Genau, richtig. Ja. #00:22:02-0#

I: Aber der Schichtbetrieb und Dienst müssen sie genau gleich übernehmen? #00:22:08-0#

B: Genau. Das müssen sie genau gleich übernehmen, ja. #00:22:11-0#

I: Das sind ja jetzt Frauen, alles Ärztinnen, gibt es auch bei Ärzten dieses Modell? #00:22:21-0#

B: Stimmt. Das habe ich vergessen. Wir haben einen leitenden Arzt, wo sogar bloß achtzig Prozent arbeitet. Ich denke mal, dass der Grund ist, dass er einen bisschen weiteren Anfahrtsweg auch hat und daher ihm dann diese achtzig Prozent zu Gute kommen. Ja, genau. Das ist ein Arzt, wo noch achtzig Prozent arbeitet. Ansonsten sind alle anderen bei hundert Prozent, Ärzte. #00:22:52-0#

I: Ist es auch mit Home Office dann ein Thema, bei diesen Personen, oder ist Home Office kein Thema? #00:23:09-0#

B: Bei uns ist Home Office bedingt ein Thema. Eher an Tagen, wo beispielsweise sowieso nur ein halber Tag Präsenzzeit ist, also mal um die Weihnachtsfeiertage rum

haben viele Home Office gemacht. Ärzte haben zu Hause schon auch Arbeit, Berichte zu schreiben und so weiter. Sonst, generell, ist Home Office weniger ein Thema bei Ärzten. Außer jetzt gerade bei den schwangeren Ärztinnen, ist einfach gesundheitsbedingt teilweise der Fall, dass sie aufgrund Infektionsgefahr nicht mehr ans USZ können oder auch nicht so lange stehen können. Dann gibt es doch durchaus Ärztinnen die im Home Office arbeiten. So gut es geht. #00:24:01-0#

I: Aber ist es jetzt aufgrund der aktuellen Coronavirussituation oder war das schon vorher so? #00:24:08-0#

B: Jetzt vermehrt aufgrund der aktuellen Coronavirussituation. Ansonsten eher wenn es eine Schwangerschaft gibt, bei der es Komplikationen gibt, wo die Ärztin nicht mehr so lange auf den Beinen stehen kann, dann beispielsweise. Oder wenn zum Beispiel wenige Patienten an einem Tag eingeplant sind und die Ärztin beispielsweise in der kommenden Woche in die Ferien geht und noch viele Berichte schreiben muss, dann kann, in Rücksprache mit dem leitenden Arzt, durchaus mal ein Tag Home Office gemacht werden. #00:24:49-0#

I: Also ist man da relativ flexibel? #00:24:52-0#

B: Ja. Genau. #00:24:54-0#

I: Wie wird das im Team akzeptiert? Also das heißt, wenn jetzt gewisse Oberärztinnen einfach achtzig Prozent arbeiten, wird das gut aufgenommen oder merkt man da schon, dass gewisse Abneigung da ist oder wie ist so der Grundtenor bei solchen Anfragen? #00:25:22-0#

B: Mir ist nichts bekannt, dass hier ein Neid oder irgendeine Abneigung vorliegt. Ich denke, das ist von vornherein immer kommuniziert. Also wenn jemand eingestellt wird und dann nur achtzig Prozent arbeitet, dann plant man damit und dann ist das okay. Ich denke, wenn jetzt jemand vom Mutterschaftsurlaub zurückkommt und deswegen nur achtzig Prozent arbeiten möchte, da liegt eigentlich volles Verständnis vor. Also da gibt es keine Reibereien. Also sind zumindest mir nicht bekannt. #00:26:01-0#

I: Und ist das auch, weil es vom Klinikdirektor so akzeptiert ist oder spielt das keine Rolle? #00:26:09-0#

B: Ich denke, dass das auch ein Grund ist, weil es vom Klinikdirektor akzeptiert wird. Gerade weil der Klinikdirektor selbst Familienvater ist, hat der jetzt umso mehr Verständnis für diese Situation. Das ist mit Sicherheit ein Grund. #00:26:27-0#

I: Also würdest du auch sagen, dass er jetzt mehr Verständnis hat, weil er selber eine Familie hat? Also war das vorher nicht so der Fall? #00:26:37-0#

B: Ich persönlich habe es nicht von ihm so gehört, aber ich habe es von anderen Mitarbeitern mitbekommen, dass er schon dadurch auch mehr Verständnis für die Teilzeitkräfte hat und für Mütter. Jetzt die letzte Zeit hatten wir sehr, sehr viele schwangere Ärztinnen, dann wird es natürlich mit der Planung immer schwieriger. Aber er versucht es trotzdem natürlich mit Verständnis hinzunehmen und die bestmögliche Lösung zu finden. #00:27:09-0#

I: Okay. Wie sieht es so mit Work Life Balance in der Klinik aus? Ist da eine Aussage möglich? #00:27:24-0#

B: In welchem Hinblick ist das nochmal gemeint, Work Life Balance? #00:27:29-0#

I: Ja, einfach, bekommst du jetzt viel mit, dass die Ärzte grundsätzlich zufrieden sind, wie die Work Life Balance ist oder kommen viele mit der Rückmeldung dass es zu viel ist oder zu wenig oder sie brauchen mehr Flexibilität oder hast du das Gefühl, dass es grundsätzlich passt? #00:27:51-0#

B: Da habe ich wenig Erfahrung damit. Also ich denke, grundsätzlich bekommt man viel oft mit, das höre ich jetzt eigentlich weniger von den Ärzten, eher von den anderen Mitarbeitern, dass sie sehr zufrieden sind in der Klinik, auch mit dem Arbeitsumfang und so. Bei den Ärzten habe ich ehrlich gesagt zu wenig Rückmeldungen, wie da die Work Life Balance aussieht. #00:28:25-0#

I: Aber das heißt so grundsätzlich, die Arbeitsbelastung wird als okay empfunden. #00:28:33-0#

B: Ja. Also das glaube ich soweit schon. Jeder weiß, dass es in dem Beruf stressig ist, also gerade aufgrund der Dienste. Was ich jetzt von Assistenzärzten schon mitbekommen habe, dass wenn jemand wirklich im Dienst ans USZ musste, also im Biedendienst, und dann am nächsten Tag gleich wieder normalen Tagdienst hat, dann ist das natürlich schon eine sehr hohe Arbeitsbelastung. Also bei uns werden die Kompensationstage meistens am Freitag oder Donnerstagmittag gegeben, also Nachmittag. Und nicht direkt nach dem Wochenenddienst beispielsweise. Dann merkt man, dass die hohe Arbeitsbelastung da ist. Aber ich denke, wenn jetzt eine normale Woche mit den Präsenzzeiten vorliegt, dann passt das. #00:29:35-0#

I: Und es ist ja auch so, dass die Pneumologen Forschung betreiben müssen. Gibt es da gewisse Arrangements die man gemacht hat? Wie protected time, oder ein Arzt hundert Prozent angestellt ist aber einen Tag einen Forschungstag hat oder ist das eher so geregelt, dass jeder, der Interesse hat sich akademisch weiterzuentwickeln, das einfach selber irgendwie im Arbeitsalltag unterbringen muss? #00:30:17-0#

B: Bei uns gibt es schon bewusst Anstellungen in der Forschung und Klinik. Also so wie die Personalkosten budgetiert sind, so wird eigentlich auch erwartet dass der Arzt seine klinische Tätigkeit und forschende Tätigkeit aufteilt. Wann er das tut in der Woche bleibt ihm überlassen. Ich gebe mal ein Beispiel, eine Oberärztin ist vierzig Prozent für die Forschung, sechzig Prozent für die klinische Tätigkeit eingestellt, dann erwartet man, dass das auch etwa eingehalten wird. Viele Ärzte sagen allerdings, dass für Forschung zu wenig Zeit bleibt und sie eigentlich die Forschung fast in der Freizeit durchführen. Andererseits gibt es für die Stufen ab Oberarzt mit erweiterter Verantwortung zusätzlich zu den Ferientagen zehn Tage für Forschung. Diese werden von Seiten der Klinik gewährt und die Oberärzte mit erweiterter Verantwortung oder die leitenden Oberärzte können diese zehn Tage dann für Forschung aufwenden. Beispielsweise können sie zehn Tage in die USA fliegen oder sonst wohin und dort dann wirklich an Forschungsprojekten arbeiten. Zudem können Forschungstage noch individuell mit dem Klinikdirektor abgesprochen werden und in Rücksprache mit ihm, können dann weitere Forschungstage verwendet werden, wenn man jetzt wirklich sagt, man muss zwei Wochen mal wirklich für die Forschung Zeit haben. #00:32:08-0#

I: Also das heißt, es gibt quasi das Arrangement, dass man zehn Tage zusätzlich einfach so bekommt, die man selber auswählen kann plus individuell nach Rücksprache mit dem Klinikdirektor weitere Tage bekommt. #00:32:31-0#

B: Genau. Das gilt ab Oberarzt, MEV und Stufe leitender Arzt, genau. #00:32:37-0#

I: Und darunter? #00:32:40-0#

B: Und darunter ist es so, dass die Ärzte prinzipiell eher für die klinische Tätigkeit angestellt sind. Es gibt natürlich Oberärzte die schon in der Forschung aktiv mitarbeiten. Dort ist es dann eher eine Regelung nach prozentualer Aufteilung von den Lohnkosten her. Also wenn ich jemanden beispielsweise zehn Prozent über die Forschung und Lehre bezahlt und neunzig Prozent über die Klinik beziehungsweise ja, für die klinische Tätigkeit angestellt, in dem Fall kann der Oberarzt dann zehn Prozent seiner Arbeitszeit für Forschung aufwenden. Aber das sind dann eher minimale Anteile bei Oberärzten. Bei Assistenzärzten ist es eigentlich noch kein großes Thema, die Forschung. #00:33:35-0#

I: Und du hast jetzt vorher erwähnt, dass die Arbeitszeiten zum Beispiel eben zu vierzig Prozent Forschung, sechzig Prozent Klinik, ist das aufgeteilt in fixe Tage? Meine Frage ist, du hast gesagt, dass jeder sich selber organisieren muss und ich stelle mir das dann einfach schwierig vor, weil der klinische Alltag muss ja weitergehen und wenn jemand da ist, dann wird er einfach gebraucht und dann kann man ja nicht sagen, ja heute habe ich Forschung. #00:34:14-0#

B: Es ist so, bei manchen Ärzten habe ich schon gesehen, dass teilweise wirklich in diesen Zeiten blockiert sind für die Forschung und dann auch die Disposition sieht, zu dieser Zeit darf ich keine Patienten eintragen. Also es ist wirklich eher von Seiten des Arztes eine gewisse Zeitspanne die dann blockiert ist für die Forschung. Genau. Teilweise ist es schwieriger, wenn jetzt gerade Krankheitsausfälle sind oder Vertretungen. Dann ist wahrscheinlich die Forschung eher als Überzeit angehängt, also am Ende vom Arbeitstag. #00:35:01-0#

I: Also dann kann man ja schon sagen, dass es grundsätzlich eine Aufteilung gibt, aber jeder das individuell selber durchsetzen muss. Und aber dass ab Stufe OAMEV zehn Tage fix gewährt werden plus in Absprache mit dem Klinikdirektor. #00:35:26-0#

B: Ja. Genau. Richtig. #00:35:28-0#

I: Okay. So zum Punkt Karriere, Karriereziele, hast du das Gefühl, dass es da gewisse Herausforderungen gibt in der Arbeitszeitorganisation für gewisse Ärzte, dass sie ihre Ziele erreichen können oder nicht oder auch von was das abhängig ist? #00:35:56-0#

B: Ich habe von internen Gesprächen schon mitbekommen, dass die Karriere als Oberarzt in der Klinik irgendwann recht schnell aufhört, da man ja eine Habilitation benötigt, um auf Stufe leitender Arzt zu kommen. Und dass die Dienstzeit am USZ in der Stufe Oberarzt daher häufig nur zwei Jahre beträgt, da Oberärzte keine Chance mehr sehen eine Stufe höher zu kommen. Und vor allem, wenn ein aktueller Posten durch einen leitenden Arzt besetzt ist, bestehen wenig Chancen, dass dieser in der nahen Zeit dann abgelöst werden kann. Ansonsten ist unser Klinikdirektor sehr offen für Beförderungen. Also er fordert und fördert gerne. Und man sieht auch, dass er Pläne hat wen er fördern möchte und befördern möchte. Also wenn jetzt jemand in Rente geht, dann hat er schon den Nächsten in Aussicht und kommuniziert das dem auch offen. Genau. #00:37:18-0#

I: Und denkst du, dass es da einen Unterschied zwischen Mann und Frau gibt in der Karriereentwicklung? #00:37:27-0#

B: Nein. Also das kann ich nicht so sagen. Klar, wir haben vier leitende Ärzte und nur eine leitende Ärztin. Ich denke aber weniger, dass das ein Grund der Auswahl der Geschlechter ist, sondern eher dass wirklich Ärztinnen weniger in Richtung leitender Arzt gehen möchten, zumal nicht in einem Alter Ende zwanzig und Mitte dreißig, da häufig dann noch die Familienplanung im Vordergrund steht. Wir hatten auch einen Fall, wo wirklich offen kommuniziert wurde, du wirst die Möglichkeit erhalten den Posten der leitenden Ärztin zu übernehmen, aber die Ärztin hat dann eben bewusst abgelehnt, da sie andere Pläne einfach für ihre eigene Zukunft hat. Ich denke, das ist teilweise sehr altersabhängig, aber dann doch einfach dem geschuldet, dass Frauen in Richtung Familienplanung noch möchten gehen. #00:38:37-0#

I: Aber ist es denn nicht auch möglich beides zu verbinden? Die Karriere als leitende Ärztin, sage ich mal, und gleichzeitig eine Familie zu haben? #00:38:50-0#

B: Ich denke bei uns war jetzt das aktuelle Problem, dass wir viele Oberärztinnen in noch einem jungen Alter haben, also wo wirklich die Familienplanung jetzt gerade noch aktuell ist. Ich glaube, jetzt gerade bei unserer leitenden Ärztin, Frau Professor Ulrich, ist so dass sie schon ältere Kinder hat beziehungsweise natürlich schon selbstständige, dann lässt sich das sicher gut vereinbaren. Ich denke nur, wenn man noch kleine Kinder hat, ist vermutlich schon eine schwierigere Entscheidung und eine sehr zeitintensive Entscheidung. Aber wie man sieht, jetzt bei dem leitenden Arzt der auch bloß achtzig Prozent arbeitet, da wäre es wahrscheinlich schon irgendwie machbar das miteinander zu kombinieren, wenn die Kinder wirklich ein bisschen älter sind, denke ich. #00:39:46-0#

I: Aber das heißt, dann ist der Zeitpunkt eigentlich wichtig, wobei jetzt bei der leitenden Ärztin wie du gesagt hast, die hat ja dann früh Kinder bekommen in Führungszeichen und hat das ja dann auch alles unter einen Hut gebracht. #00:40:06-0#

B: Ja, genau. Also ich denke, das ist eine Typsache. Wenn man sich dazu entscheidet den Posten zu übernehmen und dafür wirklich Zeit aufwendet, dann ist das sicher möglich. Also es ist immer die Frage, wie viel Zeit möchte man für die Arbeit aufwenden und wie viel Zeit fürs private Leben. Aber ich denke, machbar ist es mit Sicherheit und unser Klinikdirektor wäre hier sicher auch offen irgendwie ein flexibles Arbeitszeitmodell einzurichten, damit es vereinbar wäre. Zwischen Job und Familie die Verbindung zu schaffen. #00:40:53-0#

I: Okay. Ja, das wäre es eigentlich schon gewesen, vielleicht noch als Abschluss zwei Punkte. Das eine ist die Digitalisierung. Spielt das eine Rolle in der Arbeitsgestaltung? Vereinfacht das gewisse Dinge, erschwert das gewisse Dinge? Wie siehst du das, also diese Entwicklung? #00:41:28-0#

B: Ich denke, gerade im Hinblick auf die Arbeitszeiten vereinfacht das sicher vieles. Also zum einen ist man flexibler, wo man arbeiten kann. Gerade jetzt im Hinblick auf Home Office et cetera. Zum anderen hilft die Digitalisierung Ärzte zu entlasten in ihrer Arbeit. Also beispielsweise ist das Speaking ja eine sehr hilfreiche Softwarelösung, bei dem die Ärzte ihre Berichte nur diktieren müssen und dann die restliche Arbeit über Sekretärinnen übernommen wird oder von Sekretärinnen übernommen wird. Ich denke es hilft schon auch, ja, im Hinblick auf die Arbeitsentlastung. Ich glaube jetzt weniger, dass die Digitalisierung dem im Wege steht. Das glaube ich jetzt weniger. #00:42:28-0#

I: Okay. Dann wären wir auch soweit am Ende. Meine Abschlussfrage ist eigentlich, ob du noch etwas hinzufügen möchtest, wo wir jetzt in unserem Gespräch nicht besprochen haben, wo auch wichtig ist für, ich sage jetzt, die Arbeitszeiten oder die Arbeitsmodelle in einer Klinik? #00:42:57-0#

B: Was ich noch wichtig finde oder beziehungsweise sehr lobenswert finde, ist, dass das USZ eine eigene Kita hat. Ich glaube das hilft vielen Müttern flexibler zu sein. Und was ich auch denke, dass eben die Teilzeit vielleicht auch zwischen Männern und Frauen aufgeteilt werden können. Also jetzt gerade jungen Eltern beispielsweise. Was ich jetzt beispielsweise mitbekommen habe von einer Oberärztin, wo dann sie achtzig Prozent arbeitet und der Mann achtzig Prozent und man so dann nur drei Tage die Woche das Kind irgendwo zur Betreuung hingeben muss. Ich denke, solche flexiblen Aufteilungen sind schon wichtig. Beziehungsweise dass man so viel Flexibilität wie möglich einräumen kann, damit auch eine Oberärztin Interesse hat baldmöglichst wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Und das ist bei uns in der Pneumologie eigentlich schon sehr der Fall, also dass sie nicht länger als ein Jahr möchten in Mutterschaftsurlaub gehen. Genau. #00:44:21-0#

I: Also eigentlich die Unterstützung aus dem familiären Umfeld auch da ist. Dass die Klinik das irgendwie ermöglichen muss, aber das auch nur möglich ist solange beispielsweise ein Partner das auch mitzieht. #00:44:39-0#

B: Ja, ich glaube das ist auch ein wichtiger Punkt. #00:44:42-0#

I: Ja okay. Hast du sonst noch etwas zum Ergänzen? #00:44:49-0#

B: Nein. Sonst haben wir, glaube ich, alles besprochen. Ja. #00:44:53-0#

I: Okay. #00:44:55-0#

## Interview 05

I: Also, Gabriela, vielen Dank, dass ich mit dir das Gespräch heute machen darf. Ich würde eigentlich mit der Frage starten, wie so ein typischer Arbeitstag bei dir aussieht. #00:00:12-1#

I: Also, wenn wir keine Sitzung haben um viertel nach sieben oder sonst irgendetwas, dann fangen wir um viertel vor acht mit dem Rapport an. Gehen nach dem Rapport auf die IPS, dann auf die IMC oder gerade während oder noch vor dem Rapport sogar direkt in den OPS, wenn man an erster Stelle eingeteilt ist und dann je nach dem, ist man halt im OPS. Entweder der ganze Tag oder einzeln oder immer wieder. Wenn man nicht im OPS, dann hat man halt immer wieder irgendwelche Unterbrechungen von dem, was man gerade macht, durch irgendwelche Boards. Am Montag zum Beispiel ist ganz schlimm. Dann kommst du arbeiten, bist an dem Rapport, dann bist du entweder kurz im OPS oder machst etwas. Dann musst du um viertel vor zwölf, musst du an das Emphysem-Board gehen. Dann, wenn es ist, irgendwie um eins, ist es glaube ich, an das (unv. #00:01:00-5#) Board und dann um halb zwei an das Tumor-Board, wo manchmal so lange dauert, dass du gerade noch eine viertel Stunde Zeit hast, zwischen dem Rapport und Tumor-Board, wo du, wie auch nichts machen kannst und dann bist du an dem Rapport, wo unter Umständen, je nach Redewilligkeit der Kader, Ärzte, bis um vier dauern kann. Wenn du Dienst hast, gehst du dann an den OPS-Rapport und dann ist es halb fünf. Zum Beispiel an einem Montag ist es nicht so, dass du dann extrem viel anders nebenbei noch machst. Sonst an den Tagen, das ist halt immer schwierig, ja, bei dem Chirurg. Denn, wir wissen nie, sind wir im OPS oder sind wir nicht im OPS und das ist jetzt halt ein bisschen, finde ich, ein bisschen der Nachteil der Thorax-Chirurgie im USZ. Wir sind halt jeden Tag entweder im OPS oder nicht, aber das ist so wie nicht absehbar. Nicht einmal, wenn du Sprechstunde hast, kannst du sicher sein, dass du nicht in den OPS musst. Also im schlimmsten Fall gehst du in den OPS und musst dich dann irgendwie organisieren oder hinaus rennen, dass du nachher in die Sprechstunde musst und das ist zum Beispiel jetzt etwas, das war in Chur sicher besser. Denn, dann hatten wir einfach drei OPS-Tage. Montag und Donnerstag nicht und dann wusstest du, dann muss ich nicht irgendwie damit rechnen, dass ich in den OPS muss. Vorausgesetzt, du hattest keinen Dienst aber eigentlich ist es ein Tagesablauf, bis auf die Rapporte am Morgen und am Nachmittag, ist es jeden Tag ein bisschen anders und überhaupt nicht planbar, was du machen willst und du kannst sicher sein, wenn du dir irgendetwas vorgenommen hast, was du machen willst, kommt irgendetwas dazwischen, dass du das nicht machen kann und dann machst du das dann halt am Abend. #00:02:24-9#

I: Und also dann verstand ich das richtig, dass so ein bisschen die Herausforderungen zum einen sind, dass man verschiedene Boards hat und zum anderen / #00:02:37-6#

B: Ja, wo man erwartet, dass man auch anwesend ist, unabhängig davon, ob man jetzt etwas beiträgt oder nicht. Ja. #00:02:43-6#



I: Ja, und der zweite Punkt oder die zweite Herausforderung ist, dass man nicht weiss, ob man in den OPS muss oder nicht? #00:02:52-1#

B: Ja, also auch, wenn man nicht in dem OPS geplant ist, trifft es einem trotzdem viel, dass man in den OPS muss. Entweder, weil es schlecht geplant ist und sie merken, dass eine Person fehlt oder, weil es irgend so einer unzuverlässigen Person in den Sinn kommt, dass er ja doch nicht die ganze Zeit im OPS sein kann. #00:03:06-4#

I: Und wovon ist das abhängig? #00:03:09-5#

B: Das ist ein bisschen multifaktoriell. Also einerseits muss man sicher sagen, es gibt unter uns solche, welche die OPS-Planung seriös machen und andere, welche sie einfach, quasi, sie wurde ja schon gemacht und dann sagt man, oben ist alles gut und schaut gar nicht. Das ist das eine. Also sprich, quasi, wenn ein privat versicherter Patient operiert wird und der, welcher das (unv. #00:03:31-6#) vorher gemacht hat, aber noch zwei Kader-Ärzte darauf hat, muss ja irgendeiner, irgendwann einspringen, damit man diese drei Posten abrechnen kann zum Beispiel oder er merkt zum Beispiel halt, (unv. Ilan?) plötzlich, oh, er hätte noch eine Sitzung oder Isabelle oder weiss der Kuckuck was und dann musst du diese Leute auslösen. #00:03:51-9#4

I: Aber das heisst, es sind in diesem Sinne vermeidbare Sachen in Anführungs- und Schlusszeichen. Also nicht, weil jemand krank ist oder ausfällt, sondern, rein nur / #00:04:04-0#

B: Nein, es ist wirklich, weil, wir extrem chaotisch sind. Weisst du, du darfst mich nicht falsch verstehen, wenn einmal jemand krank wird oder jemand akut auf den Notfall muss oder in den Schockraum oder wenn man eine TPL machen muss, das sind alles Sachen, welche das ja spannend machen. Aber ich möchte von diesen Sachen, welche man einfach schon planen könnte zum vorneherein. #00:04:22-0#

I: Aber das heisst auch, also die Zusatzversicherte oder auch sonst allgemein? #00:04:27-8#

B: Nein, es ist eigentlich vor allem Zusatzversicherte. #00:04:30-6#

I: Weil, man nicht genau geschaut hat, ob diese Zusatzversicherte / #00:04:34-9#

B: Ja, genau. Bei den nicht Zusatzversicherten ist es dann mehr so, dass man quasi einen Assistent einteilt, wo sie dann merken, «hoppla, wir haben gar keinen OP-Assistent.», und teilte einfach einen ein oder was auch ein bisschen eine schlechte Angewohnheit ist hier in Zürich, dass man immer zu hundert an diesem Scheiss Tisch

stehen muss. Aber wenn du das Interview mit Claudio schon gemacht hast, weißt du das und wenn nicht, wird er dir das auch sagen. Also weißt du, da gibt es viele Eingriffe. Du stehst irgendwie zu dritt oder zu viert an dem Tisch und in dieser Zeit könntest du wirklich anderes machen. Denn, du nützt nichts. #00:05:05-9#

I: Aber kommt das nicht darauf an für die Ausbildung? #00:05:11-7#

B: Nein. #00:05:13-8#

I: Aber kommt es nicht darauf an, weil, ihr schon in einem fortgeschrittenem Stadium der Ausbildung sind, oder grundsätzlich bei einem Oberarzt? #00:05:21-3#

B: Also ich muss so sagen, wenn jetzt Claudio etwas operiert und Sven führt die Kamera, dann muss ich nicht auch noch dort stehen. Denn, ich lerne ja dann, man lernt schon etwas bei dem Zuschauen und bei dem Assistieren aber nicht immer. Also weißt du, irgendwann ist auch gut und wenn du halt bei dem Assistieren in der zweiten Reihe stehst, lernst du auch nicht viel. Denn, zum Beispiel vor allem offen operierst, siehst du ja auch nichts. Also, ich meine, du warst ja schon bei der TPL dabei und dann hältst du je nach dem, wenn überhaupt, hinter Didi einen Hacken und über Didi siehst du jetzt nicht drüber. Bei Ilhan ist es nicht so schlimm, denn, da siehst du wenigstens drüber, aber dann stehst du unter Umständen einfach zwei Stunden dort und hältst einen Hacken und in dieser Zeit könntest wirklich Besseres machen. #00:06:02-4#

I: Aber das heisst, dass eigentlich vor allem auch diese Planung ein Problem ist? #00:06:10-0#

B: Also die Ressourcen eigentlich besser einsetzen. #00:06:11-4#

I: Also Ressourcenplanung? #00:06:14-7#

B: Ja. Also, weißt du, man kann ja dann auch einmal // (unv.) #00:06:16-6#

I: Effizientere Ressourcenplanung. // #00:06:18-0#

B: Ja, genau. Denn, wenn jetzt zum Beispiel Ilhan etwas operiert und es ist schwierig und er will, dass Didi helfen kommt, finde ich, sollte man dem Oberarzt freistellen, ob er in der dritten Reihe stehen will und nichts sehen oder ob er in dieser Zeit halt in das Büro etwas machen geht und dann halt später wieder kommt oder halt gar nicht mehr kommt und vor allem dasselbe mit den Assistenten. Denn, sie stehe jeweils so lange einfach nur dort und haben jetzt gerade gar nichts von dieser Operation. Dort sollte man es sich vielleicht auch noch überlegen. Aber es ist ja, es ist einfach eine

bessere Planung der Ressourcen oder besseren Einsatz der Ressourcen oder wie sagt man dem, von den personellen Ressourcen vor allem. #00:06:59-4#

I: Ja, also der Planung. Ja, genau. #00:07:02-4#

B: Ja, also, weisst du, wenn jetzt zum Beispiel Sven mit mir etwas assistiert haben, muss Claudio nicht auch noch dort stehen. Denn, sie reden sich eh nur gegenseitig rein und sie können es ja und sie lernen ja dann auch nicht. #00:07:12-7#

I: Also das heisst so ein bisschen, eben die Herausforderung ist vor allem die Planung, welche von oben nicht gut ist, in diesem Sinne? #00:07:24-9#

B: Ja, also ich weiss jetzt nicht ob / ich muss dir ehrlich gesagt sagen, ich weiss einfach, wenn jetzt zum Beispiel, Katharina, Olivia oder ich diese Planung machen, das macht immer der, welcher Dienst hat, jetzt für den OPS, nehmen wir das halt extrem ernst. Wo zum Beispiel ein Ilhan das irgendwie / es ist nicht, dass er es extra nicht gut macht, aber es ist so ein bisschen wie, ich glaube, es interessiert ihn so ein bisschen nichts oder er sieht auch die Problematik, welche entstehen, wenn er es nicht sauber, macht irgendwie nicht. Weisst du, wie ich es meine? #00:07:58-2#

I: Das Verständnis fehlt. #00:07:59-9#

B: Oder Sven, ja, er geht dann schon dort rauf aber er diskutiert wahrscheinlich eine Menge Anderes, nur nicht den OPS-Plan. #00:08:07-1#

I: Inwiefern erlaubt es denn so der klinische Alltag, an den Forschungsaktivitäten zu machen? #00:08:22-9#

B: Das finde ich auch ganz schwierig. Für mich zum Beispiel. Jetzt einfach für mich persönlich, ist es praktisch nicht möglich. Also du meinst jetzt gerade, nicht nur in der Forschung im Labor, sondern, auch jetzt zum Beispiel um die Projekte, welche wir haben und so, oder? #00:08:36-4#

I: Ja, grundsätzlich, genau. #00:08:38-5#

B: Ja, also für mich zum Beispiel, ist es nicht möglich, weil, ich so ein Gefühl habe oder es ist einfach subjektiv, ich sehr viel eingesprungen bin für Olivia und auch vor allem jetzt für Katarina in der letzten Zeit, dass sie ihr Zeug machen konnte. Dass quasi ich geschaut habe, dass der klinische Alltag läuft, damit Katarina ihre Sachen machen kann. Weisst du, wenn es eben darum ging, einen Board zu assistieren oder irgendwo einen Hacken halten oder so. Was ich auch gerne mache, aber es ist natürlich schon so, ich habe dann meine Sachen nicht gemacht, ja, und die machst du

dann halt wieder am Abend und das sollte man ja nicht, wegen dem Arbeitsgesetz. Also es ist schon ein bisschen schwierig. Aber, ich glaube im Fall für Olivia, welche auch zwar immer motzt, aber sie hat, oder Claudio, die sitzt viel mehr im Büro als ich. Habe ich das Gefühl. Ich weiss natürlich nicht, ob es stimmt. #00:09:30-2#

I: Aber ist das einfach auch, weil, sie sich das selbst so einteilen oder an was könnte das liegen? #00:09:36-3#

B: Also, jein. Olivia muss zum Beispiel nie bei den Privaten assistieren, weil, sie nicht Honorar berechtigt ist. Also alle diese Operationen, wo du einfach da stehst, damit sie dich noch abrechnen können, ist sie zum Beispiel nie dabei und Claudio hat so, weiss ich nicht, hat so ein bisschen wie eine Extrawurst, scheint mir, weil, er Claudio ist. Aber, ja, also er nimmt sich das einfach heraus und das finde ich auch gut, aber ich bin halt nicht in der Position, weil, ich natürlich in einem Abhängungsverhältnis bin. Abhängigkeitsverhältnis und Claudio nicht mehr, denn, er hat den Facharzt schon. Aber und weil er halt doch, auch wenn immer alle meinen, wir seien gleich, total anders sind. #00:10:17-4#

I: Aber das heisst, es ist zum einen, es gibt eben so die verschiedenen Stufen oder wie sagt man jetzt dem, Stellung im Betrieb, zum einen, aber gleichzeitig auch, eben, er nimmt sich das einfach heraus oder theoretisch gesehen, könntest du ja das auch, einfach herausnehmen. Es würde aber vielleicht nicht gut ankommen, aber theoretisch / #00:10:44-8#

B: Ja, wahrscheinlich. #00:10:47-2#

I: Was würde helfen, um mehr Zeit zu haben für so Aktivitäten? #00:10:56-0#

B: Ich glaube, super wäre, man hätte, wie das, was jetzt Isabelle einführen möchte. Man kann es ja nennen, wie es will. Diese Forschungstage. Weisst du, dass man einfach sagt, ich weiss jetzt auch nicht, Gabriela muss am Mittwoch zum Beispiel nicht an dem klinischen Alltag teilnehmen. Aber das ist auch so etwas. Ich meine, du musst überlegen, am Mittwoch haben vier Kaderärzte die Sprechstunde. Ich meine, das ist total behindert. Das macht überhaupt keinen Sinn. Denn, es sind vier Kaderärzte, welche du nicht brauchen kannst. Also, wenn dich darum kümmerst, wer jetzt genau Sprechstunde hat, kannst du die vier Kaderärzte, sage ich, nicht brauchen an dem Tag, ja. Das ist die Hälfte. Macht keinen Sinn. #00:11:41-4#

I: Gut, das ist ja insofern auch ein bisschen abhängig, was für Ressourcen das Spital zur Verfügung stellt und wann. #00:11:51-6#

B: Ja, aber das konnten wir ja wählen. #00:11:54-2#

I: Aber mit anderen Worten, was würde helfen, also, wenn ich es jetzt verstand, wenn man es einfach strikt, wenn du strikt aus dem klinischen Alltag weg bist, um Forschungsprojekt, was auch immer, aber sobald du quasi in der Mühle, des Alltages bist oder des klinischen Alltages, dass es dann nicht geht. #00:12:15-7#

B: Ja, genau. #00:12:16-9#

I: Dass du wirklich los gelöst sein musst, oder? #00:12:18-3#

B: Ja, unbedingt. Weil, eben Leute, welche sich dann nicht distanzieren können und so ein wenig das Helfersyndrom haben oder wie jetzt zum Beispiel halt ich, die kommen dann ein wenig drunter und andere, wie das Büro Caviezel auch, wo halt gut Nein sagen können und das finde ich persönlich auch super. Das muss ich auch noch lernen. Die schaffen es dann schon, ja, und du weißt ja wie es ist, wenn jemand immer ja sagt, also, du musst ja dich selbst auch einmal an der Nase nehmen, denn, man fragt immer wieder den, welcher ja sagt. Und das ist dann so ein wenig eine Spirale, aber ich glaube, mit so einem Tag, wo es einfach heisst, «Hör zu, der ist jetzt heute nicht. Der ist jetzt heute im / und das darf natürlich auch nicht so spontan sein, wie es jetzt im Moment ist, ja. Das ist okay, wegen der Corona-Krise und so. Das ist dann alles okay, aber wenn man das macht, muss es ein wenig fix sein und nicht so spontan und man darf auch den Leuten diese Tage nicht streichen, weil, sonst schiebst dann alles auf diesen Tag. Weisst du, wo du irgendwie kannst. #00:13:12-9#

I: Wie meinst du jetzt? #00:13:13-2#

B: Weisst du, wie ich es meine? Also, zum Beispiel Katarina hatte es ein paar Mal, sie hatte auch einmal bei Didi gefragt, ob sie frei haben kann, um ein Projekt zu machen, welches dringend fertig werden musste. Zwar für (unv.) aber das ist ja egal. Dann sagte er, «ja, ist kein Problem.», und am Abend vorher sagte er, «du, hör zu, es geht nicht.», und sie hatte alles auf diesen Tag geschoben. Also, sprich, es wird ja dann immer mehr. #00:13:31-4#

I: Dass, wenn man dann es nicht konsequent umsetzt, weil man sich darauf verlässt, dass man jetzt am Donnerstag das machen kann und wenn es dann kurzfristig wieder nicht geht, dann bist du normal am Arbeiten und die Arbeit ist trotzdem nicht gemacht und dann musst du sie irgendwann wieder machen. #00:13:46-7#

B: Ja, also es muss einfach ein geregelter, also ich sage jetzt, ein geregelter / einmal pro Woche oder alle zwei Wochen. Das ist ja gleich. Es muss einfach geregelt sein und es muss auch wirklich, wenn irgendwie möglich, so durchgezogen werden. Ich meine, wenn dann einmal einer krank ist oder eine Lungentransplantation ist, so what. Aber das ist dann nicht jeden Tag, wo du dann hast, sondern, das muss dann wirklich einfach / und es muss auch akzeptiert sein von den anderen. #00:14:08-4#

I: Und, also, wie meinst du, akzeptiert? #00:14:11-9#

B: Ja, weisst du, es gibt ja dann, wenn du sagst, «nein, ich kann jetzt heute nicht.». Wenn ich jetzt mir aktiv zum Beispiel sage, ich muss morgen arbeiten, das weiss ich ja noch nicht und ich habe jetzt sozusagen keine Operation und ich nehme mir jetzt vor, ich mache jetzt das und das morgen, ja. Und ich sage es dir zum Beispiel und dann sagen einem alle, «ja, das ist gut.», und dann frage ich dich zum Beispiel, «du, könntest du mir nicht helfen.», und du sagst, «nein, ich will jetzt das machen.», dann es dann quasi heisst, «ah, typisch, ja, das ist jetzt wieder klar. Faule Sau.», und so. Das dürfte dann natürlich nicht passieren. #00:14:41-0#

I: Und wie hast du das Gefühl, die Akzeptanz. Ist das wichtiger, dass das aus dem Team heraus kommt oder ist das in der Führung oder wie kommt man zu dieser Akzeptanz? #00:14:55-7#

B: Ja, nein, das ganze Team. Denn, die anderen haben ja dann diese Tage auch. Dann darf ich das dann auch so erwarten. #00:15:02-7#

I: Vielleicht so ein wenig die Schwenkung zu zwei Themen. Das eine ist, du sagtest, eben, so ein wenig wegen diesen ganzen Überstunden. Hast du das Gefühl, dass es ein Thema ist, welches A, in der Klinik ein Thema ist und B, auch bei dir persönlich? #00:15:27-2#

B: Also wie meinst du das? #00:15:27-4#

I: Also eben, ich sage, es gibt ja ein Arbeitszeitgesetz, welches bis zu der Stufe Oberarzt auch noch eine fünfzig Stunden Woche implementiert, mit 140 Stunden Überstunden Zähler, ist das ein Thema, eben in der Klinik als Ganzes? Nimmst du das wahr, dass man das macht und B für dich persönlich und findest du das gut oder schlecht? #00:15:57-3#

B: Also, wegen der Überzeit, das ist noch schwierig. Ich glaube, es ist eigentlich kein Thema. Ich weiss aber nicht, ob es aus Ignoranz ist. Ich meine, wir haben ja beide viel zu viele Überstunden, wo ich weiss und Katarina glaube ich auch. Aber ich weiss nicht, ob sie einfach davon ausgehen, dass wir einfach keine Überzeit machen oder uns selbst darum kümmern, was grundsätzlich, finde ich, es ist in der Verantwortung des Oberarztes aber auf der anderen Seite, wenn du einmal frei haben möchtest, zum Beispiel an einem Freitag, weil, du irgendwie an ein OpenAir gehst oder so, dann ist das immer ein grosses Staatsdrama mit Didi. Also es ist irgendwie so ein wenig, wir werden nicht so gezwungen, diese aktiv abzubauen, so wie es in anderen Spitälern ist, aber wenn du das aktiv selbst dich darum kümmern möchtest, ist die Akzeptanz irgendwie wie nicht da, ja. Also ich kann dir nur sagen, in Chur war es so, wir hatten einfach überhaupt zwei Wochen mehr Ferien gehabt. Wer dann immer

noch sehr viele Überzeit hatte, musste es dann irgendwann natürlich begründen, wenn es viel mehr war als die anderen. Aber das ist ja Gott sei Dank meistens nicht der Fall. Wir haben ja alle ungefähr gleich viel und dann wurde dir ein Teil abgezogen, wegen den Honoraren, welche wir bekamen und ein Teil wurde dir einfach ausbezahlt, wenn du das wolltest. Aber jährlich, also weisst du, wir kumulieren es jetzt ja noch von dem letzten Jahr auch noch drauf. Also meine sind ja seit ich in Zürich arbeite eigentlich und das ist irgendwie so ein bisschen, ja, also ich weiss nur, ich glaube es ist so, es interessiert niemand. #00:17:40-6#

I: Also interessiert es niemand im Sinne von, der Führung interessiert es nicht und dich selbst interessiert es auch nicht? #00:17:50-2#

B: Nein, mir ist es auch gleich. #00:17:51-7#

I: Aber warum schiebt man es dann zum Beispiel trotzdem auf und also hat dann viel Überzeit? #00:17:56-0#

B: Ja, gut, diese Überzeit machst du ja eben aus dem Grund, dass eben der klinische Alltag, welcher je nach dem echt streng ist. Je nach dem, wie du es halt machst, ja, Ich meine, wir Oberärzte kümmern uns halt mehr um die Assistenten als zum Beispiel ein Ilhan oder ein Sven. Weil, wir A, sind wir noch in dem drinnen. Ich kenne es nicht anders, als der Oberarzt für die Assistenten zuständig ist und je nach dem, wie gut, dass es du hast. Ich meine, ich glaube, achtzig Prozent der Assistenten rufen mir viermal in der Woche an, weil sie etwas besprechen wollen und das kostet jeweils auch enorm Zeit und das ist ja kein offizieller Auftrag, aber ich finde es wichtig für die Stimmung des Teams. #00:18:37-4#

I: Aber das heisst jetzt ja trotzdem, also / #00:18:40-8#

B: Ja, aber dann gibt es halt Überstunden, welche zum Beispiel dann halt, Didi versteht ja sowieso nicht, dass man Überstunden macht, also wieso, dass man Überstunden hat. Aber ich glaube, sie sind einfach zu weit weg von dem Oberarzt hier als Team. #00:18:51-5#

I: Aber was wäre jetzt, wenn es jetzt einfach heissen würde, «du musst die Zeit nicht mehr erfassen.»? #00:18:58-6#

B: Ja, das würde ich auch Kacke finden. #00:19:01-0#

I: Warum? #00:19:02-5#

B: Weil, ja, wie soll ich jetzt dir das sagen, ohne, dass das so ein wenig / #00:19:10-2#

I: Also das ist alles vertraulich, ja. #00:19:11-9#

B: Also ich muss dir sagen, ich für mich habe das Gefühl, ich bekomme zu wenig zurück als den Austausch von Chur, dass ich bereit bin, gratis zu arbeiten und ich finde, das muss man auch nicht und eben, ich meine, gerade mit all diesen Jobs, wenn man diesen Tag einführen würde, glaube ich im Fall echt, man würde die Überzeit runter bringen und man könnte noch einen Haufen Anderes optimieren. Weil, man muss es ganz ehrlich sagen, unser Dienstsysteem, wenn du Dienst hättest, bist du echt für alles zuständig und du läufst manchmal echt am Limit, weil, du schläfst ja dann auch nicht. Weil, es ist ja schon so, ja, ich meine, ein Assistent getraut sich am Morgen um drei easy mir anzurufen aber nicht, sich beim Didi zu melden. Ausser, es geht um Leben und Tod und da nimmt dich dann schon noch mit. Dann hast du als Oberarzt auch mehr Stress als ein Kader, also als ein Leitender. Weil, einfach auch noch nicht alles allein managen kannst und eben, dann bist du zuständig für die Konsile, für die Visiten, für die Austrittsberichte, welche dich nach deinem Dienst, auch noch einmal zehn Tage beschäftigt. Das kann ich dir sagen, ich bin jetzt froh, habe ich heute die letzten fertig gemacht, denn, das macht dich fertig. Ich meine, die sind schon so Kacke und ja, das ist einfach ein enormer Zeitaufwand, wo du echt Gescheiteres machen könntest. Ja, aber um dein Frage, eben, ob du einfach keine Überzeit aufschreiben solltest, ich glaube, das geht // (unv.) #00:20:52-3#

I: Also nein, nicht die Überzeit //, ja, sondern, einfach keine Zeit. #00:20:55-4#

B: Ja, aber eben, dann schreibst du ja auch keine Überzeit auf. #00:20:59-8#

I: Ja, weil, ich glaube, also ich finde das eben spannend, ja. Es gibt ein Arbeitszeitgesetz. #00:21:08-7#

B: Ja, aber das kann ich dir erklären, wieso, dass das jetzt für die Ärzte gibt und das ist aus gutem Grund und ich muss dir ehrlich sagen, das finde ich auch voll okay. Weil, früher gab es das nicht und die Ärzte arbeiteten dann siebzig, achtzig, neunzig Stunden pro Woche und wenn du das nicht wolltest, dann fielst du immer durch die Masche und die Ärzte waren auch viel müder, ja. Aber zu einer Zeit wo diese, zum Beispiel der Weder, als er das machen musste, war wahrscheinlich neunzig Prozent der Zeit an dem Patient und zehn administrativ, ja, und jetzt ist es achtzig administrativ und zwanzig Prozent an dem Patient. Das ist etwas ganz anderes und das schaffst du einfach nicht, neunzig Stunden in der Woche. Das macht dich fertig und dann kannst du dich auch nicht mehr konzentrieren und dann passieren Fehler und das Arbeitszeitgesetz macht schon Sinn, denn, es gibt Leute, die machen das, können das, ist überhaupt kein Problem. Es gibt andere, die können das nicht. Es wird wie von ihnen aber trotzdem erwartet und mit dem Arbeitszeitgesetz geht das einfach nicht mehr. Du kannst nicht, einfach so quasi, «ah, es ist sechs Uhr. Sie wollen jetzt gehen. Tja, schade für Sie.», und dann bist du weg, ja. Obwohl du effizienter bist



oder viel besser bist als die anderen, aber ein Arbeitszeitgesetz braucht es schon. Oder, ich meine fünfzig Stunden sind ja echt auch genug. #00:22:23-6#

I: Ja, nein, ich sage, oder, das ist genau ein wenig das Thema, welches ist, ja, wo man natürlich die einen auch, wie soll ich jetzt dem sagen, finden, dass es ein Thema sein kann, ja, denn, ich finde, es gibt ein Gesetz und ich finde das auch gut, ja, aber wie immer, gibt es Schlupflöcher, respektive, man kann es ausnützen oder Gewisse können jede Minute aufschreiben. Gewisse schreiben nicht jede Minute auf und ich sage, wenn es aus Schutz ist, ja, und so, sollte es ja auch verstanden werden, ist das sicher gut, aber es sollte einfach auch nicht hindern, ja. Und manchmal, man hat das Gefühl, dass die Leute wie gehindert werden. Ich sage jetzt einfach, zum Beispiel bei den Chirurgen, dass du, ich weiss doch nicht, irgendwie ein Arbeitszeitgesetz sagt, ja, du musst jetzt Pause machen, aus welchem Grund auch immer oder du darfst nicht arbeiten gehen und genau dann wäre eine Operation oder irgendetwas, was sehr gut wäre und dann geht es einfach nicht. Also so Sachen. #00:23:25-2#

B: Das ist genauso. Also das ist ja jetzt ein wenig das Problem, weil, der VSAO das so drastisch durchsetzt, dass man die Assistenten und eigentlich auch die Oberärzte, quasi Punkt sechs aus dem OPS hinaus werfen muss, Scheiss egal, ob sie bleiben wollen oder nicht und stimmt, das ist kontraproduktiv. Auf der anderen Seite ist es halt das Gesetz und Leute, welche nicht bleiben wollen, wenn man jetzt bleiben dürfte, ja, dann wird das ja, wie, wenn das alle machen, ausser einer nicht, weil, er halt ein Kind zu Hause hat zum Beispiel, ja. Dann heisst es, «ja, alle bleiben immer, nur der geht immer nach Hause.». Weisst du, wie ich es mein? Es hat eben Dafür und Dawider. Also ich finde es ein ganz, ganz schwieriges Thema. #00:24:04-2#

I: Ja, aber es ist ja gut, dass es ein Thema ist und ich glaube, das ist auch das, wo man sich auseinandersetzen muss, ja. Wo ich vielleicht auch finde, dass der VSAO das zwar sehr gut macht, aber, dass man es halt ein wenig differenzierter anschauen muss oder irgendwie, vielleicht auch je nach Ausbildungsstand. Weil, es kann einfach nicht sein, also es muss ein Schutz da sein und ich glaube, das ist auch wichtig, vor allem, ich sage, noch bei den ganz alten Generationen, dass die halt, ich sage jetzt, die Anwesenheit dort einfach zählt. Also wenn du irgendwie um sieben am Abend noch irgendetwas gemacht hast, dann warst du ein guter Mitarbeiter, unabhängig, ob du den ganzen Tag im Kaffee gesessen bist und wenn du gut gearbeitet hast, aber um fünf Uhr gegangen bist, dann hiess es, «hey, nein, also, der ist / #00:24:59-0#

B: Ja, Claudio ist ja zum Beispiel so einer. Er ist so massiv effizient. Einerseits, weil er wirklich sehr effizient ist und andererseits, weil, er halt Sachen, welche er sinnlos findet, auch klar und lautstark kommuniziert. Ich meine, er geht ja häufig um fünf, sechs Uhr nach Hause, aber es kann niemand sagen, seine Arbeit ist nicht gemacht. Also weisst du, wie er das schafft, muss ich dir auch ganz ehrlich sagen, das weiss ich auch nicht, weil, das müsste ich unbedingt von ihm noch ein wenig abschauen. #00:25:26-6#

I: Aber da kann man es ja vielleicht auch so zusammenfassen, dass die Qualität oder der Output besser gemessen werden sollte. #00:25:37-4#

B: Ja, aber das kannst du ja wie nicht. #00:25:39-7#

I: Ja, man müsste es halt probieren, ja. Weil, jetzt tut man ja die Zeit und die Zeit ist vielleicht nicht der richtige Parameter. #00:25:47-1#

B: Ja, nein, die Zeit ist sicher nicht der richtige Parameter. Das ist schon so, aber gell, es gibt natürlich auch Leute, die sind einfach schneller. #00:25:56-3#

I: Ja, eben, aber ich sage, es sollte ja sein, also ich meine, der Lohn bekommt man ja nicht, also schon auch für die Zeit, welche man da ist, dass man einfach Sachen machen, aber grundsätzlich sollte man ja den Lohn bekommen für den Output, welchen man generiert und wenn halt jemand effizient und gut ist und alles schneller schafft, dann sollte er ja theoretisch gesehen nach Hause gehen können, ausser, eben, du hast Dienst oder sonst etwas. Aber wenn jemand, ich weiss nicht, an seinem freien Tag alles in einem halben Tag durchboxen vermag und der andere hat einfach ein wenig länger, dann ist es ja einfach so. #00:26:31-3#

B: Ja, aber das ist natürlich sehr schwierig. Also ich meine jetzt nur, ich sage jetzt nur wegen diesen Austrittsberichte, zum Beispiel, ja. Dann hast du mich, wo vielleicht übertreibt mit Perfektheit und so und dann hast du halt einen anderen, wie, sorry, halt wieder Sven, wo es einfach, ein wenig überfliegt und dann visiert, bist du natürlich viel schneller. Das Problem ist, irgendwann kommt es zurück, ja, und dann ist der, den es dann erwischt, muss dann der ganze Scheiss über Monate nachholen wieder. Also weisst du, wie ich es meine? Du kannst das wie nicht messen und die Frage ist dann auch, wo ist die Grenze? Ich meine, Isabelle schrieb mir netterweise zurück, meine Berichte seien super. Sie hätte fast nichts zu tun und auf der anderen Seite ist dann die Frage, «ja, müssen sie denn wirklich so perfekt sein?», weisst du, wie ich es meine? #00:27:24-6#

I: Ja, aber ich glaube, das ist dann halt wieder eine Frage der Führung, ja. Von den Aufgaben, wie klar tut man es definieren? Eben, was heisst ein guter Bericht, ja? Also das ist jetzt vielleicht ein wenig weit her geholt, ja, aber im Endeffekt geht es nur um zu sagen, wie wird ein guter Bericht definiert, ja? Denn, ich sage jetzt, eben, es ist ja ein Kompliment, dass du sehr gute Berichte machst. Dann ist die Frage, müssen sie so gut sein und darum ist ja auch eben genau das Problem. Weil, du bekommst zwar das Lob, dass es heisst, «hey, es ist ein sehr guter Bericht.», auf der anderen Seite hast du aber dann, ich sage, vielleicht doppelt so lange, wie irgendjemand anders und machst eine Stunde Überzeit und der andere sagt, «komm, / ich sage, es ist ein wenig übertrieben, ja, aber ich mache die Berichte dann nicht genau und, ja. #00:28:13-1#

B: Ja, oder einfach der Thorax Chirurg ist (unv.) und der Rest ist mir egal, ja. Aber das ist natürlich, ich meine da geht so viel vergessen. Also ich kann dir nur einen Fall sagen, wo wir jetzt halt, also nicht, eben genau, einfach nicht schaute, «ja, ja, das

stimmt ungefähr.»), und dann hat man übersehen, dass der Patient, obwohl er nicht deswegen operiert worden ist, aber er hatte nachher einen Lungenkrebs und solche Sachen. Das darf einfach nicht passieren, ja, aber, ja, es ist enorm schwierig und ich kann sicher an meiner Effizienz arbeiten. Aber, gell, man muss auch sagen, für mich ist es manchmal auch extrem schwierig, dann bist du im Flow und dann läuft zum Beispiel, ist egal, Claudio ab und zu oder Sven rein, welche ein Kaffee trinken wollen und ein Nein wird dann nicht akzeptiert und das macht es jeweils auch ein wenig schwierig. #00:28:58-1#

I: Das glaube ich. Ja. #00:28:59-6#

B: Also es ist jetzt nicht jeder Tag ganz schlimm und mega der Psychodruck, aber du weisst, was ich meine? #00:29:04-1#

I: Ja, es geht um die Abgrenzung, oder? #00:29:06-4#

B: Ja und da bin ich natürlich auch nicht der Held. #00:29:10-6#

I: Vielleicht noch so ein wenig, wir haben es nur kurz, also, ich weiss das ja, aber ich muss das halt trotzdem fragen, du bist ja normal hundert Prozent angestellt.  
#00:29:21-0#

B: Wer? Ich? #00:29:22-9#

I: Du. Ja. #00:29:23-4#

B: Ja. #00:29:24-1#

I: Hast du sonst Arrangements, je nach dem, dass du irgendwie gewisse Flexibilität im Arbeitsalltag hast oder würdest du dir das auch wünschen? Im Sinne von, ich sage jetzt, // Vollzeit, Teilzeit? #00:29:44-6#

B: Also zu dem ersten Punkt, Nein. // #00:29:44-7#

I: Du hast keine? #00:29:46-5#

B: Nein, zu dem ersten Punkt, also, haben tu nicht. Nein, aber, eben, wie du sagst, das weiss du ja. Ob ich mir das wünschen würde? Ich habe das im Fall, ehrlich gesagt, eigentlich noch nie überlegt und ich muss dir auch sagen, ich glaube, das Homeoffice, welches Wir jetzt machen, ist für mich extrem schwierig, weil, ich mich

so extrem ablenken lasse und ich weiss nicht, ob ich hundert Prozent arbeiten könnte und nur achtzig Prozent im Spital sein und ein Tag zu Hause. Auf der anderen Seite muss man sagen, ich meine, ich hatte das noch nie. Wahrscheinlich ginge das schon und dann wahrscheinlich gar nicht so schlecht. Aber ich bin nicht sicher, ob jetzt das deine Frage war. #00:30:29-4#

I: Doch, es geht in diese Richtung. Also, oder, ich sage jetzt so Arrangements, könnte sein, es gibt ja auch, zum Beispiel eine Jahresarbeitszeit, Gleitzeit, wenn man irgend in einer Leitungsfunktion ist. So Co-Leitung, Jobsharing, eben, grundsätzlich Teilzeit, ja, wenn man einfach sagt, «gut, ich möchte einfach per se nur achtzig Prozent arbeiten.». Es geht so ein wenig um das Thema, oder, eben, Homeoffice, wie du sagst, könnte man. Müsste man schauen, ob das Bedürfnis überhaupt vorhanden ist. #00:30:59-6#

B: Also ich muss sagen, hättest du mich vor einem Jahr gefragt, hätte ich dir gesagt, das ist nicht möglich in unserem Job. Aber, wahrscheinlich, wenn man das wollen würde und vor allem, wenn das von oben käme, weisst du, wenn man wirklich die Struktur ändern würde, ginge das. Mit der Gleitzeit ist halt schwierig, weil, du an die Operationszeiten gebunden bist. Ausser, eben, das Operationsprogramm ist so stabil, dass du weisst, ich bin um zehn Uhr im Operationssaal, ich komme jetzt erst um neun Uhr, weil, alles schon gemacht und dafür bleibe ich am Abend ein wenig länger, weil, ich habe dann dort, und dort noch eine Ethikszung oder what ever. Ich glaube, es würde gehen. Wir sind einfach, parat vielleicht schon, aber einfach, diese Frage stellte sich bei uns wie nie. Aber ich glaube, das wird schon kommen, wenn man ehrlich ist. Denn, ich sprach letztens mit Raphi und sie werden eben genau, so Forschungstage haben. #00:31:50-1#

I: Ja, also, das ist jetzt die Assistenz? #00:31:51-8#

B: Ja, und dass auch die junge Generation, ich glaube, die Jungen möchten das haben und die alten finden es das Allerletzte und wir dazwischen sind so, «ah, ehrlich, gäbe es das? Ah, das wäre vielleicht noch eine Möglichkeit.». Ich kann es mir zwar nicht vorstellen, aber wir sind nicht grundsätzlich dagegen, haben uns das aber nie überlegt. Weisst du, was ich meine? Es gibt diese, welche sagen, «nein, die Alten.». Vorurteil, die sagen, «nein, wir haben auch nicht.», oder Didi, «ich musste das auch machen, also, wieso sollten die das nicht machen?». Dann gibt es die Jungen, welche sagen, «wir wollen das so und so haben.», und diese so dazwischen, welche sich das einfach nie überlegten und denken, «ah, geil, geht wahrscheinlich nicht.», und je länger, dass du überlegst, sagst du, «das wäre vielleicht gar nicht so schlecht.». #00:32:30-3#

I: Ja. Es ist halt einfach, also, eben, du sagtest vorher, so die Rolle, ich sage jetzt, der Vorgesetzte spielt in diesem Sinne fast die grösste Rolle. #00:32:41-5#

B: Ja, nur. Ja. Ich meine, wenn er es nicht ermöglichen kann, ist es unmöglich. Also, wenn er es nicht unterstützt, meine ich. #00:32:47-1#

I: Ja, weil, das Ermöglichen, das ist das, wo ich das Gefühl habe, oder das würde mich jetzt interessieren, was du dazu meinst, oder ich sage die Eigenverantwortung, einfach natürlich extrem steigt. Wie du sagst, ja. Ich meine, die Arbeit muss trotzdem gemacht sein. Das heisst, wenn du Homeoffice hast zum Beispiel, dann ist ja das nicht, ich habe frei und so, sondern, heisst, okay, ich habe Homeoffice, ich kann einfach wählen zwischen, zum Beispiel, ich sage, ich fange um sieben Uhr am Morgen schon an und arbeite bis neun Uhr und gehe dann aber eine Stunde zum Coiffeur, aber arbeite dann nachher noch von halb zehn Uhr bis um eins. Mache keine Mittagspause, ja, das man diese Flexibilität hat, aber die Arbeitszeit und auch der Inhalt ist ja nicht weniger. #00:33:35-8#

B: Nein, das ist richtig. #00:33:37-8#

I: Oder, und das heisst, auch bei Assistenten, zum Beispiel, ja, dass das ja schön ist, dass sie das möchten, und ich glaube, das muss man ermöglichen, aber sie müssen ja dann trotzdem schauen, dass zum Beispiel, die Ausbildung nicht darunter leidet und es ist einfach, ich sage, ist ja auch einfache Mathematik, dass man sagt, wenn einfach einer, ich sage jetzt übertrieben, wie das andere Beispiel, weil, früher einfach 24-7 da ist, jede Operation machen kann, immer in dem Alltag drin ist, dann lernt er das einfach schneller, wie ein anderer, welcher dann einfach zwei Jahre länger hat, ja, und das muss man ja dann halt einfach akzeptieren. #00:34:13-0#

B: Ja, das ist so, aber das muss man auch sagen, eben, das ist das, wo man wieder zu diesem achtzig-zwanzig, ja. Es ist eben leider nicht mehr wie früher. Es ist nicht so, dass du ununterbrochen operieren darfst. Im Gegenteil und von der Thorax-Chirurgie da im USZ ist es ja extrem schlimm. Ich meine, du darfst ja nichts machen im Operationssaal. Also weisst du, da werden sich die Assistenten sagen, «ja, ist mir ja eh gleich, denn, ich darf ja eh nichts machen.», und wenn sie dann halt in der Operationswoche sind, gibt es halt einfach keinen Forschungstag. Punkt, und die IPS macht das eben schon mit dem Forschungstag für die Assistenten und das funktioniert sehr gut und da kommen auch richtig gute Projekte heraus und da muss ich dir ganz ehrlich sagen, Michael, zuerst fand ich auch, «Raphi, spinnst du eigentlich.», aber dann muss ich auch sagen, wenn halt ich für mein Projekt, weil, ich halt ein wenig pingelig bin oder unorganisiert oder what ever und langsam, weil, ich halt den ganzen Tag habe, von morgen um sieben Uhr bis Abend um acht Uhr, dann ist es halt so und wenn Raphi halt für dieselbe Arbeit nach sechs Stunden fertig ist und dann noch vier Stunden Biken kann, ist es halt so, oder? Er hat ja deswegen nicht weniger gemacht oder weniger gelernt. Er machte es einfach effizienter. #00:35:25-9#

I: Aber das heisst, dass du eigentlich der Meinung bist, dass solche Arrangements gehen, wenn es von oben kommt, aber die Eigenverantwortung halt trotzdem da sein muss? #00:35:37-3#

B: Ja, das auf jeden Fall. Also ich kann dir sagen, mit Oliver Kuratli würde es nicht funktionieren und (unv.) das wird im Fall schwierig, gell, denn, du kannst keine Ausnahmen machen. #00:35:46-5#

I: Aber dann verstehe ich es auch richtig, dass das auch sehr darauf ankommt, auf welcher Stufe du bist. Das heisst, wenn du noch in der Ausbildung bist, dass es dann vielleicht auch schwieriger ist, respektive, schwieriger planbar, wie, wenn du auf ein höherer Stufe bist. Ich sage jetzt auch mit Teilzeit, ja, wo man sagen kann, gut, jemand ist nur achtzig Prozent anwesend? #00:36:11-1#

B: Ja, also, das mit der Teilzeit ist halt einfach schwierig und das muss ich sagen, das muss natürlich auch in den Köpfen überhaupt der Menschen ändern. Wenn ich weiss, Denise arbeitet immer nur die vierzig Prozent, ja, zum Beispiel und in dieser Zeit, wo sie hier ist, macht sie zwar einen super Job, also das ist jetzt einfach ein Beispiel, aber, wenn ich als Arzt jetzt etwas von Denise brauche am Mittwoch und sie ist nicht da, dann gehe ich zum Beispiel, ich sage jetzt, unabhängig von der Qualität dieser Leute, gehe ich halt zu Morger, ja, und dort bekomme ich es immer, sofort, wenn ich es haben will und dann, ist irgendwann Denise beleidigt, weil, ich immer zu Morger gehe, was ja nicht böse ist, aber das passiert halt automatisch, weil, du immer zu dem gehst, welcher immer anwesend ist, ja. Das ist, wie du immer zu dem gehst, wenn du etwas brauchst, wo du weisst, er macht es schnell und er macht es seriös und das wirft die Teilzeit arbeitenden leider heraus. Das ist so und wie man das ändern kann, weiss ich halt nicht. // Das ist ein Problem der Mütter bei mir, welche in Chur gearbeitet haben. #00:37:19-7#

I: Aber hast du das Gefühl, dass das bei den Ärzten auch ist? // Diese Ärzte?  
#00:37:20-3#

B: Ja, weil, dann hatten sie Dienst und du konntest sie nicht einteilen. Dann hatten sie Sprechstunde. Du konntest sie nicht einteilen und irgendwann fragtest du einfach auch nicht mehr und nicht mehr geschaut, ob du sie einteilen kannst. Denn, es war viel einfacher und leichter, sie nicht einzuteilen, als dich aktiv darum zu bemühen, dass diese auch mitmachen können an dem Alltag. Gut, ich muss auch sagen, diese zwei Weiber trugen jetzt auch nicht aktiv etwas bei, dass man an sie gedacht hätte. Weil, sie einfach dort sassen und sagten, «bringt.», aber nichts dazu beigetragen haben. #00:37:48-0#

I: Also das sind Ärzte? #00:37:48-6#

B: Ja, das sind Ärzte. #00:37:50-5#

I: Aber das heisst auch dort, okay. #00:37:55-0#

B: Aber ich glaube, das spielt keine Rolle, ob Arzt oder nicht. Wenn du Teilzeit arbeitest, hättest du dann einfach welche, welche halt immer hundert Prozent dort sind, bist du einfach gegenüber benachteiligt. Denn, du wirst einfach nicht gleich schnell besser, wie diese, welche hundert Prozent arbeiten. Das ist einfach so. #00:38:10-5#

I: Aber das heisst eigentlich auch im Gegenzug, dass man halt vielleicht auf etwas verzichten muss. #00:38:16-7#

B: Ja, exactly, und das ist eben genau der Punkt, aber das möchten ja viele dann eben nicht. Vor allem nicht Teilzeitmütter. Das Wort Verzicht existiert für sie nicht, weil, sie das Gefühl haben, ja, in diesen sechzig Prozent, wo ich arbeite, möchte ich dieselben Bedingungen haben, wie die, welche hundert Prozent arbeiten. Was ich grundsätzlich okay finde, aber für sie müssen dann auch dieselben Bedingungen gelten und das ist dann jeweils ein wenig schwierig. Aber es ist machbar. Vielleicht in der Chirurgie ist es halt auch ein wenig schwierig, aber ich glaube schon, dass es machbar ist. #00:38:52-7#

I: Auch in der Chirurgie? #00:38:53-1#

B: Es gibt wahrscheinliche medizinische Fächer, wo es einfacher ist und dann andere, wo es weniger einfacher ist, aber grundsätzlich, wenn das Team gut funktioniert und die Struktur klar definiert sind, glaube ich, geht es. Aber, es muss von oben herunter kommen und das muss so sein, weil, das war in Chur nicht so und das war das Drama an dem Ganzen. #00:39:12-0#

I: Wie schätzt du aktuell so ein wenig deine Work-Life-Balance ein? #00:39:19-9#

B: Scheisse, aber da könnt ihr nichts dafür. #00:39:23-3#

I: An was liegt das? #00:39:26-9#

B: Dass mein Leben in Chur ist und ich in Zürich arbeite. Ich muss dir ganz ehrlich sagen, es ist nicht, dass ich das erwarte. Überhaupt nicht, aber manchmal denke ich auch, oder ich empfinde es so, es ist, wie auch allen Scheiss egal. Ich meine, es wissen alle, dass mein Leben in Chur ist und ich finde, man muss ja nicht viel Rücksicht nehmen, aber man kann ja einmal daran denken und das heisst, wenn ich in Zürich bin, habe ich eigentlich, also das klingt jetzt sehr traurig, ich sage es jetzt extra, habe ich einfach nichts und mein Leben ist zu Hause, ja, und das ist natürlich, wenn ich Dienst habe, ist es schon ein wenig eine andere Belastung, weder, wenn alle anderen Dienst haben. Weil, die gehen dann natürlich nach Hause, ja. Sie sind zu Hause, haben ihr Leben und haben aber halt einfach Dienst und wenn ich Dienst habe, dann habe ich eigentlich drei Tage am Stück 24 Stunden lang Dienst. Denn, ich kann ja nicht nach Hause. Ich kann ja nicht nach Chur fahren. Das geht einfach nicht, aber das ist so wie nicht das Problem der Thorax-Chirurgie USZ, sondern, das ist so ein

wenig mehr Meins. Aber ich meine, das ging zum Beispiel gestern darum, ich fragte Isabelle vorgestern, ob sie denkt, dass ich am Mittwoch auch zu Hause bleiben dürfte, ja, und dann, anstatt einfach zu sagen, «ja, sicher, ist kein Problem.», weil, dann hätte ich am Dienstagmorgen schon nach Chur gekonnt, hat sie mir das gestern Abend um halb sechs gesagt, ja. Und ich meine, das ist dann halt einfach ein wenig ungünstig. Das macht nicht unbedingt glücklich und ich weiss, es ist nicht böse gemeint und es ist eben, wie gesagt, mein Problem, weil, ich wohne ja in Chur, aber das macht es dann halt einfach ein wenig, ja, es ist ein wenig ein Scheiss. Weil, ich bin, wie alle anderen auch, sehr gerne zu Hause bei meinem Mann, auch wenn er mir im Moment ein wenig auf den Sack geht, weil, er alles misten muss, aber, du weisst, wie ich es meine. #00:41:16-5#

I: Ja, aber das heisst so, Zeit für Erholung findest du im Moment eher weniger? Ich sage jetzt, vor allem psychisch. Ich denke physisch weniger. #00:41:28-7#

B: Ja, beides. #00:41:29-7#

I: Beides, aber ich sage jetzt, die Erholung fehlt halt, weil, ich sage jetzt / #00:41:34-5#

B: Also ich glaube, das, was den Unterschied macht, vorher zu Chur, weil, dort habe ich auch viel gearbeitet, ist, eben, wie du sagst, ist das Psychische, ja. Wo vieles abhängt, ja, und wenn du das natürlich auch nicht hast, gut, ich konnte jetzt natürlich noch umziehen. Das macht es auch noch ein wenig besser. Jetzt hocke ich einfach bei meinem Schwager. Das ist im Fall enorm viel Wert, weil, du einfach jemand hast, wo du am Abend schnell ein wenig plaudern kannst, wo nicht im Spital arbeitet. Aber, ja, es ist so, der ganze Stress und Anwesenheit im Spital, das Gegenstück, wo du brauchst, dass du das auch gerne machst, das fehlt ein wenig bei mir. Ja. #00:42:08-4#

I: Im Moment einfach? #00:42:09-2#

B: Ja. #00:42:10-9#

I: Ja, und wird das, zum Beispiel jetzt, wenn du, ich sage jetzt, Arrangements hättest im Alltag, ändern oder zum Beispiel achtzig Prozent oder ein protected Time haben, eben, ein Admin Tag, hast du das Gefühl, das würde helfen? #00:42:24-2#

B: Jetzt in meinem konkreten Fall, glaube ich nicht. Weil, ich könnte ja dann trotzdem, nicht jeden Tag nach Hause gehen. #00:42:33-0#



I: Also ist es eigentlich wirklich die Belastung, weil es einfach, ich sage jetzt, das Umfeld oder das private Umfeld fehlt, weil, das in Chur ist und immer hin und her pendeln und nicht in diesem Sinne, die Arbeit des Spitals? #00:42:48-0#

B: Ja, doch. Es ist natürlich, wenn da die Arbeit im Spital Scheisse ist oder irgendwie, also ich muss jetzt sagen, das geht jetzt vor allem um die Zeit, wo (unv. Weber?) mir gesagt hat, dass, wenn es nach ihm gegangen wäre, hätte ich schon lange wieder gehen müssen und, dass er mich nicht mehr wolle und so. Das ist natürlich sehr bitter und wenn du natürlich nicht noch nach Hause kannst, quasi dorthin, wo man sich freut, dass es dich gibt, ist es natürlich sehr schwierig, ja. Und ich meine, das ganze hin und her, mit bleiben, nicht bleiben, einen Monat länger bleiben, ja und nein, also länger als einen Monat, zwei, wollen wir dich nicht und so. Das ist natürlich extrem belastend, weil, man die ganze Zeit im Spital hockt und das Gefühl hat, sie schätzen die Arbeit nicht und das hat jetzt schon ein wenig geändert, aber, ja, ich meine, jetzt ist es auch nicht mehr so schlimm, aber zu den Ärzten war es so richtig, richtig bitter, aber ich glaube, da bin ich für deine Dings da, wahrscheinlich einfach nicht wirklich relevant, weil, mein Leben halt so weit auseinander ist von meinem persönlichen zu meinem Arbeitsleben. #00:43:51-7#

I: Ja, gut, aber, also, weisst du, das ist ja auch eine Aussage, ja. Ich meine, man muss ja, wie ein wenig, eben, darum mach ich es ja mit Interviews und nicht mit einer quantitativer Umfrage, ja. Weil, eben, es sind so viele verschiedene Sachen, und man kann einfach nicht ein Gesetz oder ein Arbeitsgesetz löst die Probleme, ja. Sondern, man muss wirklich auf der Organisationsebene anfangen und so Sachen auch, ich sage jetzt, in einer Rekrutierung oder so, berücksichtigen, finde ich. Respektive am Mitarbeiter das von Anfang an auch sagen, ja. Ich meine, ich schweife jetzt zwar ein wenig ab, aber jetzt kommt ja dann der Herr Porten, wo im (unv. #00:44:31-3#) und die Nachfolge der Stefanie Widmer macht und der pendelt, ja, und ich habe dem auch von Anfang an gesagt, «hey, überlege dir das. Mache dir jetzt Gedanken, ja, es wird streng hier du musst lange bleiben. Du kannst nicht einfach mit dem Zug nach Hause.». Ich weiss auch nicht. Es ist ein Unterschied, ob du fünf Minuten Arbeitsweg hast oder eineinhalb Stunden. Einfach so Sachen und wenn sich das jemand nicht bewusst ist, ja, und dann einfach kommt, weil /#00:44:59-3#

B: Ich glaube, der kommt im Fall extrem auf die Welt. #00:45:00-6#

I: Genau, ja, und das ist auch etwas, ja, das musste ich auch lernen, als ich in der Beratung gearbeitet habe, wo die jeweils auch am Morgen um halb acht Sitzungen und so wollten und wenn ich von Schwyz kam, hiess es, irgendwie um halb fünf aufzustehen und nicht, dass das, eben, als Ausrede galt, aber ich kam mir halt manchmal auch einfach verarscht vor, «Verdammt, ich bin schon seit halb fünf wach für diese Scheiss Sitzung, wo dann vielleicht nicht einmal etwas bringt.», aber es wurde halt erwartet und das habe ich dann halt dort gelernt, ja. Darum war für mich klar, zum Beispiel für die Stelle als Klinik Manager, ich muss in die Stadt wohnen kommen, wo ich innerhalb von zehn Minuten im Spital sein kann, damit ich das alles nicht habe, zum Beispiel. #00:45:43-1#

B: Aber siehst du, genau das ist der Punkt, das ist auch der Punkt, wieso ich mich immer so genervt habe ab dieser Kadersitzung. Weil, es mir halt nicht genügt, wenn man mir um halb acht Abend sagt, «ja, es ist eine.», denn, um halb acht, dann musst du ja nicht mehr nach Hause. Genau das ist der Punkt und im Fall, ich habe mir jetzt das gerade noch einmal überlegt, weil du sagtest, ich glaube, wenn ich jetzt zum Beispiel immer am Mittwoch frei hätte, theoretisch, einfach zum halt Homeoffice zu machen oder für was auch immer oder achtzig Prozent arbeiten, ich glaube, so jetzt im Nachhinein, das würde doch extrem viel bringen. #00:46:12-2#

I: Ja, und Teilzeit kommt nicht in Frage im Moment? #00:46:18-0#

B: Wie? #00:46:19-9#

I: Und so Teilzeit, das würde aber nicht oder Jobsharing, wie auch immer? #00:46:23-9#

B: Das brauche ich nicht. Nein, das brauche ich halt nicht. Nein, also A, brauche ich es nicht, weil, ich keine Kinder habe und B, ist meine Ausbildung noch nicht fertig, dass ich das auch nicht will. Ich mag nicht, noch länger zu warten, bis sie fertig ist aber, wenn ich dann einmal so weit bin, wie zum Beispiel Sven oder Ilhan, oder vielleicht sogar wie Claudio, muss ich dir ehrlich sagen, wäre das für mich, je nach dem schon eine Option. Weil, ich glaube, wenn du Zeit hast, um diese Sachen einmal unter der Woche zu erledigen, wie du sagst, Coiffeur, Zahnarzt, wo du nicht immer Betteln musst, vor allem, bist du auch motiviert, in dieser Zeit, wo du im Spital bist. Das glaube ich schon, oder was mir viel mehr gefallen würde wahrscheinlich, aber das müsste ich ausprobieren, ist das, was Claudio in Kopenhagen hatte. Weisst du, dass du deine Arbeitszeit, also deine Tage nicht so lange sind. #00:47:13-7#

I: Ja, vielleicht noch so ein wenig, das ist schon der letzte Punkt, so ein wenig die ganze Karriereplanung. Hast du da ein Ziel, ein Karriereziel? #00:47:28-5#

B: Also du meinst, was ich einmal werden will? #00:47:31-7#

I: Ja. #00:47:32-9#

B: Also in der Hierarchie des Spitals? #00:47:34-9#

I: Ja, oder einfach sonst. Einfach das Karriereziel, ja, und warum? #00:47:39-7#

B: Also, ein Karriereziel muss ich sagen, ich meine kurzfristig, ich war immer der, wo immer so ein Ziel und dann habe ich das erreicht und dann kommt das nächste. Ich

habe eigentlich keine langfristige Ziele. Mein Ziel war eigentlich der Facharzt für Thoraxchirurgie in Zürich zu machen und dann wieder zurückzugehen nach Chur. Grundsätzlich habe ich diese Zeit in Zürich abgesehen. Der Facharzt braucht wahrscheinlich noch ein wenig, wegen den Operationen und nach Chur zurück kann ich auch, mit Aussichten auf LA. Also das habe ich schon. Chefarzt will ich nicht werden, weil, ich habe jetzt schon das Gefühl, wir haben viel zu viele Sitzungen und administrativer Scheiss, und das will ich nicht. Ich bin mehr der Typ am Patient. Also, darum Chefarzt will ich gar nie werden. Ja. #00:48:25-9#

I: Und siehst du jetzt, also, es könnte jetzt recht straightforward. Gibt es aber trotzdem Herausforderungen, wo du, ich sage jetzt, auch im Rahmen von Work-Life-Balance Arbeitsmodelle oder / #00:48:42-7#

B: Also ich meine, einen Hauptpunkt ist, man hat ja immer Vorstellungen, was man will, ja, und dass es dann aber nicht erfüllt wird, ich meine, Zürich, also die Thoraxchirurgie Zürich ist ein klassisches Beispiel dafür, dass man nach Zürich geholt wird, weil, ich sage es jetzt ganz böse, Oberärzte knapp sind und einem verspricht, wenn du wüsstest Michael, was Weder mir alles versprochen hat, ja, und was alles eingehalten wurde, dann sind das vielleicht, wenn ich jetzt ganz, ganz pro USZ bin, zwanzig Prozent. Und es ist schon nicht so straightforward und alles easy, wie das jetzt tönt, weil, man muss echt viel Dreck fressen und es ist sehr schwierig. Der Thorax-Chirurg, angefangen hat es damit, dass irgendein alter Herr oder mehrere alte Herren, so im Weder Style das Gefühl hatten, sie müssen jetzt den Thorax-Chirurg plötzlich einen eigenen Facharzt machen. Also sprich, hat man den einfach geändert und alle die, also Katarina, auch ein wenig Olivia, muss man sagen, Claudio hatte noch Glück, weil, er es gerade noch fertig machen konnte, Maja und es gibt von denen einen Haufen andere. Sind so Inbetweeners, ja. Wir konnten es nicht mehr nach der alten Regel machen, weil, sie änderten das so extrem, dass die Bedingungen so krass anders wurden, dass du in zwei Jahren das gar nicht mehr fertigmachen konntest. Also, mir war es unmöglich, nach dem alten System noch fertig zu machen. Nicht einmal mehr, wenn ich der Facharzt für Chirurgie abgebrochen hätte. Denn, vorher musstest du den Facharzt für Chirurgie machen und dann den Schwerpunkt, wo ich nur noch zwei Jahre gebraucht hätte, wohlgemerkt, und das brachte natürlich die ganze Karriere extrem durcheinander. Also, das erzähle ich dir, ich meine, theoretisch hätte ich mit 36 oder spätestens 38 den Facharzt haben können und jetzt werde ich nächstes Jahr vierzig und ich weiss noch nicht, wenn ich ihn habe. Also das tönt zwar straightforward, weil, irgendwann werde ich ihn haben und ich darf wieder zurück nach Chur, aber der Plan war eigentlich ein anderer. Das heisst, zurück mit dem Facharzt nach Chur und als (unv. #00:50:46-9#) in Chur wieder anfangen und das geht jetzt natürlich nicht, aber ich habe trotzdem genug erreicht. Also ich kann wieder zurück nach Chur und ich habe sehr viel gelernt in Zürich, auch von dem Assistieren, so ist es ja nicht. Also weisst du, man lernt ja viel. Man sieht viel, aber einfach das, was man versprochen hat, hielt man nicht ein und das ist so ein wenig die bittere Pille. Wo aber die, welche jetzt noch dort arbeiten, nicht besonders viel beitragen. Also weisst du, wo nicht viel dafür können. #00:51:13-1#

I: Aber das heisst auch, ich sage jetzt in diesem spezifischen Fall oder in diesem Ding, ist es weniger, also schon auch, was das Spital, eben, ich sage jetzt, angeboten hat oder von diesem Modell, dass man sagt, ja, man muss irgendwie mehr Operationen können aber halt auch, weil, der Facharzt einfach extrem schwierig zu erreichen ist. Also quasi ein institutionelles Problem. Im Sinne von, das es nicht mehr zeitgemäss ist oder, dass es vielleicht ging, wo man, ich sage jetzt, 24-7 immer bei dem Patient sein durfte, wo man achtzig Prozent seiner Zeit auch bei dem Patient war und in der heutigen Zeit, mit, eben, ich sage jetzt, vielleicht noch zwanzig Prozent Patient, ist es einfach nicht mehr möglich, dieselben Anforderungen zu erfüllen in dieser Zeit. #00:52:00-4#

B: Ja, das ist ein Punkt und es ist natürlich auch noch die Strategie der einzelnen Klinik. Ich meine, die ist ja in der Thorax-Chirurgie sehr schlecht. #00:52:10-2#

I: Wie meinst du das? #00:52:12-5#

B: Also ich meine, alle Operationen, wo man einem jungen Oberarzt assistieren könnte oder sagen wir, einen grossen Teil dieser Operationen, machen sie mit dem Roboter und das macht Isabelle oder Didi. Ich meine, das sind mindestens fünfzig Prozent an Operationen, wo wir junge Oberärzte machen könnten, denn, man nimmt immer die einfachen Sachen für den Roboter, wo wir machen könnten. Einfach nur Thorax konventionell Thorakoskopisch, ja. Das ist Punkt eins. Punkt zwei ist dann, dass man dann irgendeinmal raushaut, «so, jetzt hat nur Olivia Vorrang.». Also diese wenigen Scheiss Operationen, welche noch sind, würde dann auch noch alle Olivia machen. Das ist ein USZ Thorax-Chirurgie strukturelles Problem, ja. Ich meine, man müsste einfach sagen, «hört zu, wir bilden einen oder zwei aus und die anderen dürfen gerne bei uns arbeiten aber wir bilden sie nicht aus. Bekommen vielleicht ab und zu eine Operation ab, aber sie dürfen nicht damit rechnen.», ja, aber das will Isabelle sowieso ändern. Sie hat das Zepter, dass das so, wie es jetzt ist nicht geht und man muss auch sagen, es gibt viel zu wenige Operationen für so viele Thorax-Chirurgen, wie wir in der Schweiz sind. #00:53:17-7#

I: Vielleicht noch, hast du das Gefühl jetzt, dass man noch ein wenig auf den Punkt kommen, so Mann und Frau, dass das einen Unterschied macht? Auch in der Ausbildung, in der Karriere? #00:53:32-7#

B: Ich für mich ganz persönlich musste das nie erleben. Nein. Wirklich nicht. Also ich muss sagen, ich hatte mehr Mühe, glaube ich, mit Frau, also demselben Geschlecht, welche einfach geil aussah und dem Chef schöne Augen machte, weder Typen, welche Scheisse waren, dafür bevorzugt worden sind. // (unv.) #00:53:55-4#

I: Aber jetzt auch grundsätzlich, ja / // #00:53:57-4#

B: Mehr gewesen, weil, man halt den besser mochte, aber das ist ja voll okay. #00:54:01-7#

I: Ja, aber nicht, dass jetzt irgendwie, ich sage jetzt von dem Arbeitsmodell oder Arbeitsgesetz oder wie auch immer, du das Gefühl hast, dass du auf etwas verzichten müsstest, um gleich arbeiten zu können, wie ein Mann oder umgekehrt? #00:54:15-2#

B: Nein. #00:54:18-0#

I: Ja, das ist ja auch schön. #00:54:19-5#

B: Aber ich habe keine Kinder, gell. #00:54:22-2#

I: Würdest du denn wollen? #00:54:22-9#

B: Kinder? #00:54:24-8#

I: Ja. #00:54:25-5#

B: Ist eine Frage, wo du nicht stellen darfst. #00:54:27-7#

I: Nein, ich meine im Sinne von / #00:54:29-7#

B: Nein. Ich glaube nicht. #00:54:31-0#

I: Also, oder es geht darum, dass viele junge Frauen, das Gefühl haben, dass beides nicht geht und also auf das möchte ich. Es tut mir leid. Ich wollte nicht, da persönlich / #00:54:42-4#

B: Nein, ist okay. Nein, da muss ich dir ganz ehrlich sagen, ich bin nicht jemand, der alles haben muss. Also ich sagte immer, wenn ich einmal Kinder habe, dann muss entweder der Mann schauen und ich mache meine Karriere genau so weiter und dann muss natürlich der Mann einverstanden sein oder, ich habe dann halt Kinder und dann liegt es aber an mir, meinen Einsatz so zu machen oder mich so unentbehrlich zu machen, dass man mich halt nicht vergisst, wenn ich nur noch sechzig Prozent arbeite. Also ich glaube, das ist echt Typen abhängig. Ich kann da nicht so mitreden. Ich meine, ich kenne drei, also ich arbeitete mit drei Frauen zusammen, welche Kinder hatten, welche sechzig Prozent arbeiteten. Zwei konntest du in die Tonne werfen, weil, sie immer nur wollten. Weisst du, es war immer nur die Erwartung, wir bringen, wir wollen und haben aber nichts geleistet. Weisst du, wie ich meine? Und eine war so taff, dass sie jetzt leitende Ärztin ist auf der Gefäßschirurgie, mit vier Kindern zu Hause und arbeitet auch nur sechzig Prozent, aber dort ist es wie

okay. Ich glaube, sie ist der Typ Frau, man hat es schwieriger, das ist so, wenn irgendetwas geiles ansteht und du bist nicht dort, dann macht es jemand anders und dann kommt wieder das, «ja, die ist ja nie da.», denn, man muss dreimal am Donnerstag etwas (unv. #00:55:59-4#), wo du nicht schaffst, aber das ist dann halt so und da ist es an dir, dann musst du halt ein wenig mehr geben halt oder dich einfach irgendwie so ein wenig in den Mittelpunkt rücken, dass man dich sieht, oder du sagst, ich will Kinder haben und darum verzichte ich darauf. Das mit dem, ich will beides haben, finde ich halt extrem schwierig. Das geht auch im normalen Leben nicht. Du kannst nicht alles haben und ich meine, alle Frauen mit Kindern, haben auch noch einen Mann und ich finde eben, dort fängt es an, aber das ist ganz ein heikles Thema.  
#00:56:28-3#

I: Ja, nein, aber ich glaube, das ist halt auch etwas, ja, wo ich finde, es muss grundsätzlich möglich sein. Ob dann jemand das selbst will oder eben, wie du sagst, beides möchte, das kannst du nicht, aber es muss grundsätzlich möglich sein, ja, und wichtig ist da, finde ich, das haben wir jetzt auch, also in diesen Gesprächen, wo ich hatte, jetzt auch mit verschiedensten. Das sahen eigentlich alle so, ja. Also erstens, die Familie muss mitziehen, ja, der Mann, wie auch immer und das zweite ist halt auch, dass wenn man zum Beispiel sagt, man möchte Kinder haben, dass man halt gewisse Einbussen hat, aber was nicht sein darf, ist, dass jetzt ein spezifisches Kriterium ist, eines Vorgesetzten zum Beispiel oder einer Institution, ja. Ich meine, das ist ja dasselbe, wie mit dem Militär. Wenn einer das will, das man sagt, gut, man muss das halt irgendwie so organisieren können, dass es trotzdem einigermassen geht. Natürlich muss diese Person, welche das hat, auch mit Einbussen rechnen auf eine Art, aber eben, ich sage, das ist ja auch wieder Typ abhängig. Wie du sagst, Gewisse bringen vielleicht alles unter einen Hut oder Gewisse nicht oder wie auch immer.  
#00:57:37-7#

B: Ja, es ist ein wenig die Einstellung. Also ich finde nicht, also ich muss ehrlich sagen, also ich kann es jetzt nicht anders formulieren, aber ich finde nicht, dass du den Anspruch hast, alles zu haben. Teilzeit zu arbeiten und gleich viel zu bekommen, wie ein hundert Prozent Arbeitender. Du bekommst einfach sechzig Prozent (unv.) hundert Prozent. Du arbeitest auch nur sechzig Prozent und ich glaube, ich bin ein wenig angepisst, weil, ich mit zwei so dumme Kühe zusammenarbeiten musste, welche es das so kaputt gemacht haben das alles, dass ich ein wenig negativ eingestellt bin. Zum Beispiel Olivia, die macht das jetzt zum Beispiel super, ja. Sie nimmt sich zwar immer heraus, dass sie um viertel vor sechs gehen muss, aber sie springt dafür sonst ein. Weisst du wie ich meine? #00:58:20-2#

I: Ja, es muss ein wenig aufgehen. Genau. #00:58:19-9#

B: Also man hat nicht das Gefühl, sie hat sehr viele Extrawürste wegen dem Kind. Ausser eben, dass sie um viertel vor sechs gehen muss, ja, und das hat mich jetzt eigentlich noch nie betroffen. Denn, dadurch, dass sie ja meistens, also es geht ja dann mehr darum, wer geht noch bei einer Operation helfen, ja. Aber sie sagt dann nicht, «ah, nein, ich kann nicht, weil, ich um viertel vor sechs mein Kind abholen muss.». Sie sagt dann, «ich kann gerne helfen, aber einfach erst ab acht Uhr.», zum

Beispiel und dann kommt sie aber auch. Also das ist ganz etwas Anderes.  
#00:58:54-2#

I: Ja, das ist ein Unterschied, ja, das ist meine Haltung und sagt, ich kann einfach in diesen zwei Stunden jetzt wirklich nicht, weil, ich zu dem Kind schauen muss, aber vor und nachher könnt ihr mich einsetzen, wann ihr wollt. Ja. #00:59:03-2#

B: Und das ist für mich okay. #00:59:04-9#

I: Ja, vielleicht noch, jetzt, also wir sind schon langsam am Ende. Hast du jetzt noch irgendetwas, wo wir noch vergessen haben oder zu dem Thema noch auf dem Weg geben möchtest oder ist das soweit alles gut? #00:59:19-9#

B: Ich glaube, es ist okay, ausser, das mit der Überzeit. Das ist aber eigentlich mehr etwas, so ein wenig an Didi und Isabelle und so. Wie sie diese loswerden wollen, da müssen sie sich echt etwas überlegen. Weil, ich glaube, die Zufriedenheit, wenn du weisst, okay, ich arbeite jetzt halt ein wenig mehr, aber ich bekomme dann dafür etwas zurück und etwas zurück ist leider nicht Geld, sondern, frei. Also jetzt in meinem persönlichen Fall. Ich glaube auch, die Motivation halt höher, Überzeit auch zu machen, wenn es einmal sein muss, aber eben, das ist so ein zweiseitiges Schwert. Es gibt die Langsamen. Es gibt die Schnellen. Wieso sollen die Langsamen das nicht bekommen und die Schnellen schon? Es ist schwierig, aber es ist ja meistens einfach einer oder zwei, welche aus dem Konzept heraus fallen. Jetzt in einem grossen Team. Bei uns ist es da ein wenig schwieriger, aber / #01:00:07-8#

I: Ja, aber ich glaube, das ist schon ein Thema. Also das ist ja auch ein wenig das Ziel jetzt von dieser Arbeit, ja, dass man jetzt, ich meine, du hast jetzt auch ganz viele Vorschläge gebracht, was man ändern könnte und eben, viele sagen die Planung, ja. Viele haben das jetzt gesagt, ja. Es ist für mich jetzt schon ein Indiz, wo man sagt, gut man muss einfach irgendwie halt die Planung anpassen, obwohl / #01:00:27-4#

B: // (unv.) Strukturen. So ist es halt. #01:00:29-0#

I: Aber ich weiss halt auch, jetzt aus der Funktion, welche ich habe, dass sie eben auch extern gesteuert sind, ja. Ich sage jetzt, zum Beispiel dann (unv.) plötzlich de Zünd an und dann muss man halt schnell unbedingt das machen und wenn dann halt schon eine halbe Stunde dahinter bist, dann verzögert sich alles und der OPS ist je nach dem, sagt man, also ich bin um halb zehn muss ich in den OPS rauf, dann war irgendetwas, dann musst du erst um viertel vor zehn rauf und dann kannst du das, wo / aber natürlich, ich glaube, trotzdem ist das Potential vorhanden und ich glaube, was man sicher machen kann, ist, dass man, ich sage jetzt, den Stress, wo das verursacht, halt sagt, okay, es gibt wie eine Kaskade und irgendwie zwei werden einfach nie geholt für irgendetwas, dass das schon auch, also schon helfen kann. #01:01:20-0#

B: Also eben, das ist das, was ich sage. Die Struktur muss gegeben sein und das Ganze muss auf einer nachvollziehbaren und fairer Ebene stattfinden und fair ist halt leider (unv.) und Punkt zwei ist einfach die Kommunikation und die Kommunikation ist das A und O. Also ich kann dir nur sagen, wo du mir diesen Zettel hingelegt hast, wegen diesen 33 Überstunden zum Unterschreiben. Ich meine, wahrscheinlich habt ihr da irgendetwas hintenrum, irgendwer, irgendetwas sich überlegt und diskutiert und ich habe eigentlich für irgendetwas unterschrieben, dass die dreissig Überstunden eliminiert werden, wo wir da schaffen, ohne wirklich ein Konzept zu bekommen, wie wir daran arbeiten, ja. Dann musst du einfach sagen, sind ihr eigentlich nicht ganz dicht? Aber mir ist es ja gleich, aber so Sachen, das ist nebensächlich, so Sachen. (#01:02:05-7#

I: Nein, aber das ist genau das Thema, ja, weil, das, darum habe ich das Thema auch jetzt in dieser Arbeit drin, mit diesen Überzeiten, mit dem Gesetz. Weil, ich habe das Gefühl, es wäre nicht so ein Thema, weil, aber zum Beispiel diese Liste, das, was du unterschrieben hast. Jetzt einfach so ein wenig ein (unv.) Kurs, hat es das HRM mir einfach geschickt und Isabelle im Sinne von, entweder macht ihr jetzt das und sonst gibt es einen Eintrag und dann denkst du, okay, wir verstehen nicht, warum. Wir hatten keine Vorinformation und dann gibst du das natürlich einfach so weiter und im Nachhinein merkst du dann, ah, das war eigentlich sehr blöd, man hätte das anders lösen müssen, ja, und das fängt dann dort auch an, ja, und darum sage ich, dass man sagt, das Arbeitsgesetz ist gut und ich finde es auch gut, dass zum Beispiel ein USZ sagt, gut, wir sagen jetzt, alle, welche mehr als das haben, müssen jetzt alle das unterschreiben aber auf der anderen Seite kann man ja auch sagen, lasst es doch einfach in der Klinik, man schaut und irgendwie, dass dann auch das Vertrauen da ist, dass man sagt, wir sprechen dann schon irgendwann mit Gabriela oder du kommst auf uns zu und sagst, wie du das machen willst, ja. #01:03:03-7#

B: Ja, aber eben, das habe ich auch einmal mit Olivia diskutiert. Weisst du, da kommt vor allem Didi hinzu, ja. Wir hätten unser Überzeit schon mehr oder weniger im Griff gehabt, aber wenn er natürlich immer, wenn man einmal einen Tag frei will, einfach sagt, Nein, du musst Ferien nehmen. Dann musst du sagen, ja, wie willst du dann flexibel und selbständig deine Überzeit abbauen? Ich meine, wenn du ganz ehrlich bist, ich habe jetzt ungefähr 150 Überstunden und hätte ich jedes Jahr eine Woche mehr Ferien machen können, zum Beispiel, als Beispiel, dann hätte ich zwanzig oder 25 Überstunden. Das würde keine Sau interessieren. Also die kumulativen Überstunden, würde dann schon jemand interessieren, aber jetzt sind es ja 150 über zweieinhalb Jahren, das wäre dann wahrscheinlich nicht so schlimm, oder man würde es halt auch einmal anders aufschreiben. Weisst du, dass man denkt, oh, da muss ich ein wenig aufpassen und so, dann schreibe ich das halt morgen drauf, aber ja, ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt, dass man die Überzeit, es ist jetzt halt ein Thema und es ist halt nicht mehr wie früher, dass man sich da frühzeitig überlegt, wie man die tief halten will. Also präventiv und nicht im Nachhinein, aber, ja. #01:04:11-3#

I: Doch, okay, hast du sonst noch etwas? #01:04:16-4#



B: Nein. Ich glaube, eine Stunde und siebzehn Minuten. #01:04:20-4#

## Interview 06

I: Also vielen Dank, Claudio, dass du dir heute Zeit nimmst. Ich würde das Interview eigentlich starten mit der Frage, wie so ein typischer Arbeitstag bei dir aussieht?  
#00:00:11-4#

B: Ein typisch, gibt es zwei verschiedene. Eher Tage mit, die Sprechstunden-lastig sind oder die Operationssaal-lastig sind. Der Operationssaal-lastige Tag, der beginnt um Viertel vor acht mit unserem Rapport, der geht bis um acht. Dann geht man auf IMC und auf die IPS Visite. Sagen wir nochmal eine Viertelstunde. Gefolgt von Operationssaal. Schnitt halb neun und dann ist es ganz davon abhängig, ob man/ Wie viele Operationen man hat und wie lange diese gehen. Die können von einer halben Stunde bis drei, vier Stunden gehen. Im Schnitt gehen sie wahrscheinlich etwa ein-einhalb Stunden. Am Nachmittag um drei als nächster Fixtermin haben wir nochmal Rapport. Der geht oft bis um vier. Und es kann gut sein, dass man nach diesem Rapport, wo man die Einteilung gemacht hat, wer was am nächsten Tag operiert. Zu den Patienten geht plus dann noch seine, die man an dem Tag operiert hat auf der Überwachungsstation besucht. Gefolgt von allenfalls Büro, das dann den Tag abschliesst um sechs. Kann gut sein, dass ein Tag anfängt um Viertel nach sieben mit irgendeiner Fortbildung oder an einer Sitzung. Kann sein, dass der Rapport länger geht am Dienstag und am Freitag aufgrund von noch interdisziplinärer Röntgenbildbesprechung. Ein Sprechstundentag ist so bei mir, dass immer am Dienstagvormittag habe ich fix Sprechstunde. Das bedeutet, dann nicht im Operationssaal. Kann aber sein, dass ich am Nachmittag im Operationssaal bin und dann geht es so weiter. Mittwochmorgen bin ich fix im interventionellen Lungenzentrum, das heisst bei den Bronchoskopien, wo es auch mal mehr, mal weniger gibt. Aber ja. Das wäre es so mal grob.  
#00:02:14-5 #

I: Das könnte jetzt eigentlich relativ strukturiert. Du hast aber am Anfang gesagt, dass es ja je nachdem schwierig sein kann. Was sind so die Herausforderungen, die du jetzt wahrnimmst? #00:02:29-9#

B: Herausforderung. Meint ja noch oft auch die Herausforderung an die eigenen Fähigkeiten. Das hat damit nichts zu tun. Die Herausforderung den Tag einigermaßen strukturiert zu machen und ich sage jetzt einmal Struktur bedeutet Effizienz und auch Einhalten von den Arbeitszeiten. Das, was das eben herausfordert ist die Unberechenbarkeit von so Mini-Aufgaben, die man kriegt von seinen Vorgesetzten. Könntest du nicht noch, auf Deutsch gesagt. Und oder einspringen bei etwas, was eigentlich nicht vorgesehen war, dass man das macht. Etwas, was ein anderer vorgesehen ist, dass er es macht, aber jetzt plötzlich nicht kann, weil er entweder merkt, dass er eine Sitzung hat, weil er entweder gar nicht da ist und aber am Tag vorher für die Operation geplant ist. Und, und, und. Und das passiert aus meiner Sicht, finde ich, relativ häufig, dass man von A nach B springt, obwohl man eigentlich den ganzen Tag für A vorgesehen ist und eine andere Person für B. Das ist das, was eben herausfordert.

Aber nicht, wie gesagt, an Fähigkeiten sondern mehr an Nerven und einfach Effizienz. #00:03:39-6#

I: Aber du hast vorhin gesagt, dass man eigentlich am Tag vorher den Tag/ also dass du zum Beispiel heute morgen planst und wie kann dann das trotzdem sein?  
#00:03:47-9#

B: Das kann sein, dass viele von uns vom Kader haben verschiedenste Sitzungen. Wollen aber gleichzeitig dann doch bei gewissen Operationen dabei sein. Meistens geht es um das. Das heisst, man fängt eine Operation an. Der, der an der Sitzung ist kommt dann auch noch. Und es stellt sich dann heraus, dass ja der/ der, der angefangen hat und weil die Operation sagen wir jetzt ein wenig länger geht eben auch nochmal eine Sitzung hat. Braucht es am Schluss noch eine dritte Person, die dann muss die Operation fertig machen. Und das wäre dann ich jetzt als Beispiel, der eigentlich damit gerechnet hat, dass ich in Ruhe kann eben/ Am Mittwochmorgen im ILZ sein beispielsweise so. Das ist jetzt ein bisschen ein einfaches Beispiel, aber es geht so ein bisschen darum. Oder man teilt jemanden für die Operation ein am Vortag. Ist sich aber nicht bewusst, dass der gar nicht da ist. Respektive der sagt dann erst am nächsten Tag, weil er vielleicht heute nicht da ist, aha ihr habt mich hier eingeteilt, aber ich habe ja heute diese Fortbildung, diese Sitzung, diese Schiess-mich-tot. Wäre auch zu verhindern, indem man irgendwie dann wenn man das Operationsprogramm macht für den nächsten Tag transparente irgendeine Plattform hat, wo man sieht, wirklich alle Abwesenheiten sieht und so weiter. Aber das sind so solche Sachen. Es ist so ein bisschen ein/ ja. #00:05:12-1#

I: Okay, aber das heisst, ist es, also, sind eigentlich zwei Aspekte, die mich jetzt interessieren würden. Das eine wäre, Plattform. Also ich sage jetzt Thema Digitalisierung. Dass es ein besseres Planungstool müsste geben. Das ist so A. Und das zweite wäre gleichzeitig aber auch Disziplin oder Planungssicherheit, die dann durch alle eingehalten werden. #00:05:38-0#

B: Ja, beides. Ich meine, die Plattform digital ist eine Sache. Einfach ein Kalender, wo man jetzt halt sieht, wer wann da ist. Und auch wirklich jede hinterletzte Sitzung eingetragen ist. Man müsste aber gleichzeitig natürlich sicher auch wissen und das müsste auch eingehalten werden, wer jetzt trotzdem noch will bei welcher Operation dabei sein. Es heisst dann jeweils noch schnell, uh kannst du mich nicht trotzdem dort reinton, weil ich habe den Patienten in der Sprechstunde und so weiter. Am nächsten Tag steht dann der drauf, merkt aber, dass er doch nicht kann, aus welchem Grund auch immer und dann eben wieder eine dritte Person muss einspringen aufgrund von der Erfahrung, die vielleicht eben nur die dritte Person hat und so weiter. Also digital ist schön und gut, aber der Faktor Mensch ist dann halt immer noch im Weg. Was man/ mir schon überlegt habe, ist, Operationen für eine ganze Woche voraus zu planen, wer was macht. Ist halt schwierig, weil viele Operationen kommen erst im Lauf der Woche spontan dazu. Aber das würde es so ein bisschen erleichtern, weil es gibt einfach Operationen, wo ganz klar ist, der also diese Person oder maximal sein Stellvertreter muss da sein. Dass es der/ das heisst diese Operation

kann man sowieso nur dann planen, wenn eben der andere in dieser digitalen, zentralen Terminplattform wirklich Zeit hat. Punkt. Das wäre etwa eine Möglichkeit, dass man dann schon die Woche voraus, die ganze Woche durchplant und sagt, jetzt ich zum Beispiel Caviezel operiert den. Weil das ist am Donnerstag. Am Donnerstag ist er hier. Am Donnerstag hat er keine Sitzung und können tut er es auch noch. So. Dann weiss ich schon, vom Freitag an, dass ich nächste Woche am Donnerstag den Herr Müller operiere. Fühle mich aber auch verantwortlich für den Herrn Müller. Das heisst, ich kann jetzt schon oder am Montag oder am Dienstag vorausschauend schauen, sind denn auch alle Abklärungen da? Weil oft fühlt sich dann niemand so richtig verantwortlich. Bis am Vorabend, weil man weiss, ui ich operiere den ja. Respektive am Rapport. Um drei am Vortag. Wo man merkt, „Jösses Gott“, diesem Patienten hätte man doch noch diese und diese Untersuchung machen müssen. Plötzlich geht es nicht mehr, weil es ist zu spät. Wenn ich am Freitag, Montag, Dienstag schon weiss, am Donnerstag operiere ich jemanden, dann schaue ich das mal an und sehe hä, der braucht doch noch, nochmal ein neues CT und kann das schon ein paar Tage früher in die Wege leiten. So ein Ding braucht aber halt relativ eine aufwändige, fast schon Umstrukturierung also ja. Es wäre nicht ein einfacher Schritt, den wir jetzt probeweise schnell, schnell machen könnten. Aber das wäre jetzt mir als erstes in den Sinn gekommen. #00:08:24-1#

I: Aber das heisst, also jetzt so ein bisschen zum Thema eben Arbeitszeit, Arbeitsmodell. Du hast das Gefühl, wenn das jetzt theoretisch möglich wäre. Dass es dann positive Effekte auf dies Sachen hätte? #00:08:36-9#

B: Also das, was ich jetzt gesagt habe oder was? #00:08:39-5#

I: Ja. #00:08:39-8#

B: Ja. #00:08:40-0#

I: Also ist das einfach, zum Beispiel deine Zufriedenheit steigt oder ist es mehr für den Patienten besser oder/ #00:08:40-0#

B: Beides. #00:08:47-7#

I: Arbeitszeiten werden eingehalten/ #00:08:48-8#

B: Alles. Wenn das möglich ist/ #00:08:51-5#

I: Und hast du das Gefühl, das ist realistisch? #00:08:52-7#

B: Das ist schon realistisch. Es braucht ein wenig ein Umdenken in gewissen Köpfen von wegen/ oder wo quasi, ich sage jetzt mal, in diesem Köpfen ist alles ein bisschen top down. Das heisst, der Laden muss rundum verfügbar sein für sie. #00:09:11-6#

I: Ja. #00:02:35-1#

B: Das wäre jetzt halt umgekehrt. Da wäre jetzt knallhart schon drin, dass man sagt, die Person eins hat eigentlich nur Zeit am Dienstag und am Donnerstag zum Operieren. Weil die anderen Tage ist jetzt halt einfach mit Sprechstunden und Sitzungen zu. Und gleichzeitig, ja. Und wenn dann halt eine Operation kommt, die man jetzt unbedingt muss, ich sage jetzt mal nächste Woche machen. Hat aber keinen Platz mehr am Dienstag oder Donnerstag, dann war es dann halt Pech. Dann schaut man halt am Mittwoch und sieht, da wäre auch jemand da, der das kann. Und dann kann die Person eins halt einfach dort nicht mitmachen. Und dann soll niemand für die Person eins spontan in die Sprechstunde, damit dann die Person eins trotzdem noch eine halbe Stunde in den OPS kann. Und dann, es wirft ja alles wieder über den Haufen. Das ist so ein bisschen das, aber das braucht halt auch ein Umdenken bei der Person eins und zwei und drei und vier und so weiter. #00:10:08-1#

I: Also der Teameffort, dass sich alle/ #00:10:10-2#

B: Ja. #00:10:10-6#

I: an das dann auch halten. #00:10:11-5#

B: Ja. Genau. #00:10:12-0#

I: Aber dann/ das habe ich jetzt nicht wirklich/ also so wie ich es herausgehört habe, sind so ein bisschen zwei Sachen. Eben das eine ist, die Planung ist im Moment zu wenig gut. Weil A ich sage jetzt, ich sage auch die Plattformen nicht vorhanden, also ich sage jetzt mit Outlook (bis im? 00:10:29-5) was weiss ich. Drei, vier (unv. 00:10:31-8) Sachen wo man zusammen schauen muss. #00:10:33-4#

B: Ja. #00:10:33-9#

I: Plus. Auch dass eben so das top down Gedanke so, ich schaue einfach irgendwie mal übertrieben gesagt um sieben am Abend, was ich morgen Lust habe. Wenn ich Lust habe trotzdem noch schnell in die OP, aber die Sitzung auch, beides. Dann ist einfach so, ich mach das und dann muss halt Arzt drei/ #00:10:52-4#

B: Ja. #00:10:53-3#

I: einspringen, weil er halt jetzt trotzdem Sprechstunde/ aber wir haben gesagt, dass wir den Patienten aufbieten und so/ #00:10:57-9#

B: Genau, ja. Und ja. #00:11:00-6#

I: Okay. #00:11:01-9#

B: Weil wir halt ein relativ grosses Team sind, verhältnismässig für die Patientenzahl. Lässt sich das alles meistens irgendwie eigentlich relativ gut abfangen mit könntest nicht du noch schnell. Es ist immer noch jemand da. Aber das ist ja eigentlich dann schade, dass man ja/ Aber ich meine, von wegen, nach mir als Beispiel, um trotzdem jetzt mal einen Namen zu nennen. Ich meine, seit ich hier arbeite, angefangen, das erste Mal habe ich irgendwie 2012 oder so. Hat Didi gesagt, am Mittwochmorgen habe ich Sprechstunde und am Mittwochnachmittag habe ich Büro. Punkt. Und das ist jetzt acht Jahre her. Ich nehme an das hat vorher schon angefangen. Und man plant zum Teil immer noch Zeug im OPS wo zwingend Didi dabei sein muss am Mittwoch. Aber, also von wegen das umändern ist schwierig/ So Zeugs, oder, weil ja. #00:11:51-3#

I: Aber ist das auch manchmal, dass halt die Eigendisziplin fehlt. Dass man sie/ dass man dann eben, ich sage jetzt zum Beispiel, wenn wir jetzt dieses Beispiel nehmen von Didi, dass er dann trotzdem eben sagt, ah ja okay ich komme jetzt trotzdem/ #00:12:03-5#

B: Ja, ja. #00:12:03-9#

I: In den OPS. Und wenn man halt/ #00:12:05-3#

B: Jaja (unv.) #00:12:05-9#

I: sagen würde, nein, es ist jetzt einfach so, dann wissen es ja die Leute auch. Aber also/ #00:12:10-1#

B: Das ist richtig, ja. #00:12:11-5#

I: Ich meine, solange es irgendwie geht/ #00:12:12-5#

B: Genau. #00:12:13-0#

I: dann geht es, oder? Und wenn es eben nicht mehr geht, dann müsste/ #00:12:15-5#

B: Absolute, da bin ich einverstanden. Zum Teil, ja, dann komme ich halt trotzdem kurz. Oder? Von Seiten Didi jetzt. Und dann aber übernächstes Mal, wenn er einfach nichts davon weiss, dann regt er sich dann wieder auf. Weil wir ja eigentlich nicht so planen, so, aber er zum Teil halt auch dann am Mittwoch gesagt hat, ja ich komme kurz schauen. Also es ist schon halt Eigending, wo man halt zwischendurch, das zulässt. #00:12:33-9#

I: Ja, okay. Inwiefern gibt es auch Unterstützung aus A ich sage jetzt Administration und Pflege. Und B, ich sage, anderen Schnittstellenfunktionen. Also ist das entlastend? Oder ist das eher hinderlich oder müsste man das auch ändern, damit die Arbeitszeiteinhaltung und auch, ich sage jetzt, das Arbeitsmodell nebst hundert Prozent arbeiten möglich wäre? #00:12:59-3#

B: Also was meinst du, ob jetzt/ #00:13:02-9#

I: Also inwiefern können Nicht-Ärzte unterstützen, damit du besser, ich sage jetzt, deine Arbeitszeit einhältst oder deine/ #00:13:14-2#

B: Ja oder einfach dass halt/ ja, das was wir vorhin gesagt haben/ #00:13:17-8#

I: Genau. #00:13:18-3#

B: Ja/ #00:13:19-4#

I: Also ist es überhaupt relevant? #00:13:23-1#

B: Ja, das ist schon relevant. Ich meine, je höher im Kader desto relevanter oder. Für die Terminplanung. Ich habe jetzt nicht so viele Termine. Und ich habe genügend Termine, die ich auch überblicken kann. Das heisst, wenn man mich fragt, möchtest du heute dein/ das Treffen, das wir haben und ich hätte jetzt gewusst, nein nein am Donnerstag sind den ganzen Tag Operationen, wo ich zwar nicht weiss ob ich dabei bin, aber eigentlich will dabei sein, dann hätte ich dir wahrscheinlich nicht den Donnerstag jetzt angeboten, um das zu machen. Aber das bin ich. Und je höher du gehst im Kader, desto voller sind diese Terminpläne. Und dort kann man schon unterstützen, vor allem in dem man einfach/ in dem man nur schon im Admin einen Filter einbaut und sagt, nein, es gibt jetzt am Dienstagmorgen einfach keine Sitzungen. Weil dann ist immer eine OPS. Problem natürlich dann Hierarchie. Wenn dann das höhere Kader der Admin sagt, doch doch diese Sitzung jetzt schon. Oder? Dann ist das ganze wieder zerstört. Ja und sonst bezüglich Arbeitszeiten und so sind wir im medizinischen Bereich, wo halt da diese, wie/ Clinical Assistants und so weiter, das/ vom

Arbeiten her, vom Berichtswesen jetzt nicht Sitzungen und so weiter sondern klinisches Berichtswesen. Das ist wahrscheinlich schon eine grosse Entlastung. Aber das ist dann vor allem auf Assistentenebene. #00:14:37-2#

I: Das heisst, das wäre dann eher auf tiefer Ebene und dir selbst würde das nicht helfen? #00:14:42-0#

B: Doch wenn/ #00:14:42-8#

I: Für Arbeitszeiteinhaltung/ #00:14:44-1#

B: Doch, wenn mich der Assistent entlastet und auch wenn man genügend Standards und strukturiertere Abläufe einführt, wo dann meine ich zum Teil besser können von so einem darauf erzogenen und motivierten Clinical Assistant dann eher eingehalten werden. Erleichtert es mir natürlich dann auch, weil dann kommt immer der gleiche Standard-Austrittsbericht beispielsweise, wo ich dem/ oder wo wir dem Clinical Assistant gesagt haben, hör zu, bei diesen Patienten nimmst du diese Vorlage und machst es so, das habe ich das Gefühl, wird schneller und effizienter umgesetzt von eben so einer designierten Person als von einem da sechs Monate bei uns vorbereitenden Assistenzarzt. Der, ja, kaum aus den Windeln ist, blöde gesagt und das erleichtert mir dann schon den Alltag. Weil die Korrekturen und so sind ja dann natürlich schneller und einfacher gemacht. #00:15:34-8#

I: Wenn man jetzt da noch ein bisschen den Einwurf macht in die ganze Forschungstätigkeit, ist das ein Thema bei dir? #00:15:44-4#

B: Mhm (zustimmend). #00:15:45-1#

I: Bist du zufrieden? #00:15:47-1#

B: Ja, Forschung. Das was ich mache, ist mehr am Computer. Also nicht im Labor, aber ich bin eigentlich zufrieden. Das ist halt das, was ich halt vom Interesse her jetzt einigermaßen auch gerne mache. Und konnte das immer nebst der Arbeit, während, viel davon während der Arbeitszeit machen. #00:16:13-7#

I: Und wie hast du das geschafft? #00:16:16-3#

B: Vielleicht bin ich etwas schneller als andere und oder auch wir sind wie gesagt ein grosses Team und es gibt zwischendurch halt Zeiten, wo man effektiv Zeit hat für das. Was auch, finde ich, an eine Universität gehört auch. Aber das ist vielleicht mehr Zufall, dass es jetzt bei uns und oder bei mir funktioniert. #00:16:37-5#



I: Weil ist ja die Diskussion auch ein bisschen, dass viele sagen, dass sie im klinischen Alltag kein Platz haben. #00:16:43-7#

B: Ja. #00:16:44-0#

I: Dass man, sage jetzt wegen der (unv. 00:16:45-8). Bist du auch dieser Meinung oder hast du das Gefühl, eben du selber (unv.)/ # 00:16:51-5#

B: (unv. gleichzeitig 00:16:50-8) mit dieser Meinung. Weil bei mir ist es aufgegangen und geht auf. Relativ gut/ ich meine, schon ab und zu mal an einem Samstag etwas gemacht, aber ich mache auch zum Teil einen Austrittsbericht, also klinische Berichtssachen von zu Hause aus, am Abend um sieben. Von sieben bis acht sage ich jetzt einmal. Wäre ja Überzeit, bin dafür aber schon um fünf nach Hause und also sagen wir es so, ich fühle mich in meiner Work-Life-Balance nicht so als dass ich viel Freizeit oder relevant Freizeit opfere für das. Sagen wir es so. Wie viel es am Schluss absolut ist, weiss ich nicht. Eben mal an einem Samstag etwas gemacht oder an einem Sonntag. Weil man halt Lust hatte und dieses Forschungszeug ist ja oft halt auch etwas, was man persönlich ein wenig vorantreiben will, oder? Und es dann halt vielleicht sogar in der Freizeit in Anführungs- und Schlusszeichen gerne macht. Ich brauche keine protected time. Im Gegenteil. Das ist oft bei mir, also habe ich es dann (unv. 00:17:52.0). Ich meine jetzt in dieser Corona Phase. Muss man das machen, ist dann schon ein bisschen/ ist nicht so meins. Andere brauchen wahrscheinlich protected time. Und soll eigentlich auch angeboten werden. Nachmittag, Tageweise. Gut, das haben wir ja auch schon besprochen. Einfach wo man nicht am klinischen Alltag teilnimmt. Keine Aufgaben hat, kein schlechtes Gewissen haben muss, sondern wirklich das kann machen. Das ist sicher sinnvoll. #00:18:18-9#

I: Also ich möchte trotzdem noch nachhaken, wie/ aber also das heisst, so wie ich es jetzt verstehe. Du schaffst es, das trotzdem unterzubringen, weil du, wenn du Zeit hast, effizient arbeitest. Oder ist das? #00:18:31-3#

B: Ich weiss es nicht, also ich habe einfach/ ich kann mich einfach nicht beklagen, so. # 00:18:36-2#

I: Ja. #00:18:36-8#

B: Aber was die/ wieso/ #00:18:38-1#

I: Das weisst du auch nicht, okay/ #00:18:39-6#

B: Nein. # 00:18:40.2 #

I: Okay. #00:18:41-1#

B: Zwei Finger versus Zehn Finger Tastatur, da gibt es wahrscheinlich tausend Faktoren. Weiss es nicht. Und gewisse Sachen habe ich vielleicht einfach ein bisschen schneller irgendeinen Text geschrieben, als andere. #00:18:51-3#

I: Ja. Genau, du hast vorhin das Stichwort schon gesagt, so Work Life Balance. Eben du bist zufrieden. Würdest du etwas ändern, wenn du könntest? Oder wenn du wünschen könntest oder/ #00:19:02-9#

B: Ja, diese Strukturierung innerhalb der Klinik würde glaube ich schon gut tun. Aber das hat wahrscheinlich nicht/ wird bei mir nicht gross Einfluss haben auf Work Life Balance bezüglich früher heimkommen und mehr Life und so weiter. Wäre einfach für das Wohlbefinden im Allgemeinen gut, so. (unv.) #00:19:27-9#

I: Aber das heisst, also jetzt, die Arbeitsbelastung schätzt du gut ein, schlecht. Hoch, zu tief? #00:19:35-9#

B: Gut. #00:19:36-9#

I: Sagen wir im Normalfall. Jetzt ist Corona eh speziell, aber/ #00:19:39-8#

B: Ja, im Normalfall so nach (unv. 00:19:44-2) habe ich mir ein bisschen/ es war schon ein bisschen eine Umstellung. Aber grundsätzlich als/ also wirklich angenehm. #00:19:54-9#

I: Ja und eben du hast ja vorhin gesagt, so du findest auch Zeit für deine Erholung. Sagen wir jetzt psychisch oder physisch. Auch während dem Dienst oder nicht oder einfach/ #00:20:06-5#

B: Ja. #00:20:07-0#

I: Ja. Hast du spezielle Tricks? #00:20:10-0#

B: Kiffen. Nein, tu ich nicht. #00:20:13-5#

I: (Kannst du das löschen?) #00:20:16-2#

B: Nein, ich weiss nicht. Also Sport und das übliche. Soziale Kontakte. Sport Ausschlafen. Fernsehen. Kochen. Joggen. #00:20:29-0#

I: Also einfach abschalten im Sinn von, du musst/ #00:20:32-0#

B: Andere/ #00:20:32-6#

I: War das schon immer so, dass du abschalten kannst? Also man sagt ja, viele nehmen die Arbeit nach Hause. Die dann, weiss nicht, gehen nach Hause und dann haben sie trotzdem noch das Gefühl und bei dir klingt es jetzt so als einfach/ Gehst du aus dem Büro und dann ist wie, Schalter um/ #00:20:46-9#

B: Nein, ich habe schon Sachen, wo ich zum Teil noch nachstudiere, aber nicht aufgrund von emotionaler Belastung, sondern mehr einfach, weil es mich halt noch beschäftigt, dass ich das jetzt noch will/ Dass ich das so schnell wie möglich eigentlich will fertig machen. Oder allenfalls nicht als Patient sondern/ Arzt also interprofessionelle Sachen, die einem vielleicht noch beschäftigen. Wo man denkt, ach darauf muss ich noch antworten. Also ist blöd gesagt ein Email, das einen nervt. Oder? Wo man findet, nein jetzt reiss ich mich zusammen. Da soll man darüber schlafen, bevor man zurückschreibt und so weiter. Oder? Solche Sachen. Und, aber das ist auch/ du, das belastet mich dann/ es ist auch mehr wahrscheinlich aus Interesse, dass man noch daran herumstudiert. Aber, ja/ #00:21:35-9#

I: Okay. Eben, also ich nehme an, du arbeitest hundert Prozent? #00:21:40-6#

B: Ja. #00:21:41-4#

I: Könntest du dir vorstellen, ein/ Oder ich muss anders fragen, hast du gewisse Arrangements auch im Arbeitsalltag drin, die du dir rausnimmst. Damit du, also ich sage jetzt Beispiel, du bist einfach mal von eins bis drei nicht da. Machst irgendwas. Solche Sachen oder die jetzt vielleicht nicht niedergeschrieben sind/ #00:22:08-7#

B: Aha. Ja, aber nicht regelmässig. Und wenn etwas/ wenn ich etwas möchte oder erledigen muss/ Also was meinst du jetzt? Eine Wohnung anschauen gehen, oder/ #00:22:18-6#

I: Nein, also zum Beispiel, ich sage jetzt, es gibt ja auch Personen, die zum Beispiel, ich sage jetzt am Mittwochmorgen immer von halb neun bis halb zehn einen Kaffee trinken gehen mit der Frau zum Beispiel. Oder so Sachen wie Sport/ Also zum Beispiel, kann von mir persönlich sprechen. Ich sage immer, mir nützt es, wenn ich über den Mittag Sport machen kann. Solche Dinge. #00:22:41-0#

B: Ja. Nein, das habe ich nicht. #00:22:42-3#

I: Nicht. Wäre das wünschenswert oder ist/ #00:22:45-7#

B: Also ich habe dort eher kein Problem halt einfach auch mal früher nach Hause zu gehen, weil ich gerade jetzt weder Dienst habe noch irgendwas erledigen muss. Dann gehe ich dann halt einfach und habe auch kein schlechtes Gewissen, wenn ich um halb fünf gehe oder um vier oder wann auch immer. Ja, aber etwas fix kommt mir jetzt nicht in den Sinn. #00:23:06-5#

I: Ja. Und das heisst aber auch, du bist zufrieden jetzt mit hundert Prozent Anstellung? #00:23:12-6#

B: Ja. Also ich plädiere schon lange für Homeoffice jeden Freitag. Das wäre noch etwas, weil es gibt viele Sachen, wo ich/ Ich bin/ Also es/ Ich verstehe, es gibt viele Leute, die sagen, sie seien im Homeoffice nicht so effizient. Ich bin sicher nicht weniger effizient daheim. Ob ich jetzt mehr bin, weiss ich nicht. Aber es würde einem sonst auch noch viele Freiheiten einräumen, wenn man am Freitag tagsüber böse gesagt kann machen, was man will. Und es ist halt noch schwierig. Man muss gerade bei Ärzten, also ja, klinisch tätigen Ärzten. Wie misst man dann das? Ob er jetzt das wirklich/ Ob er da etwas leistet, oder? Das ist noch schwierig. Kommt ein bisschen auf die Art der Aufgaben an, die man hat. Ich meine, momentan würde man es mit unserem Lean-Management und all dem Zeug, das wir haben. Könnte man noch eher/ Das musst du dann und dann abliefern. Oder? Aber so auf die Dauer ist es wahrscheinlich gar nicht so einfach. Auch bezüglich Forschung. Meine Publikationen, ja. Die kommen, wann sie kommen. Oder nur weil ich jetzt am Freitag immer frei habe, also frei, Homeoffice. Muss man dann zwei pro Jahr oder, also weisst du, das ist relativ schwierig. Oder man hat Vertrauen miteinander und sagt, es ist egal. Die haben genügend Büro zu tun. Sie dürfen einfach sonst keine, aus administrativen Gründen, keine Überstunden mache, zum Beispiel. Ärzte. Nach sechs wird da nicht mehr/ #00:24:37-6#

I: Auch wenn er es macht, darf es nicht aufschreiben, so? #00:24:40-0#

B: Ja. Dafür kann er dann am Freitag. Ist sein Bier, was er dann macht. So ein bisschen, aber das ist (unv. #00:24:46-4#). Dann gibt es halt trotzdem wieder Operationen, wo ich dann finde, da wäre ich jetzt wieder gerne dabei. Aber da müsste man vielleicht auch (unv. #00:24:53-1#). Nein, am Freitag. Das hat seinen Preis. Bist du jetzt halt nie da. Punkt. Ja. #00:24:58-1#

I: Würdest du auch auf so etwas/ also ich sage jetzt, es geht ja darum, dass man Flexibilität bekommt, aber auf andere Sachen muss verzichten/ also/ #00:25:06-5#

B: Ja. #00:25:07-1#

I: Du wärst bereit? #00:25:09-2#

B: Ja. #00:25:09-6#

I: Könnte das auch monetär sein? #00:25:12-6#

B: Monetär, ja/ Also es kommt darauf an. Ich meine, das würde ja darauf hinauslaufen, dass ich am Schluss genau gleichviel mache, wie jetzt. Oder? #00:25:25-3#

I: Mhm (zustimmend). #00:25:25-8#

B: Nur ist es offiziell deklariert als Freitag ist Homeoffice. Und es gäbe nicht im geringsten irgendetwas wo man mehr/ Also wenn man nicht wüsste, dass ich im Homeoffice wäre, würde es wahrscheinlich niemand merken. Ausser dass ich jetzt am Freitag nie im OPS bin. Aber da haben wir eigentlich nicht so viel. Das würde auch niemand merken. Und darum, Gegenfrage, wieso sollte ich dann monetäre Abstriche machen? #00:25:46-4#

I: Ja dass man zum Beispiel könnte sagen, vielleicht jetzt in einer Pilotphase oder Anfangsphase. Wir bezahlen dir nur neunzig Prozent. Dafür hast du ein, also zwanzig Prozent der Arbeitszeit flexibel im Homeoffice. #00:26:00-0#

B: Ja. Da wäre ich (schon?) bereit wahrscheinlich. #00:26:04-7#

I: Also es ist nur ein/ #00:26:06-0#

B: Jaja. #00:26:06-3#

I: ein Gedankenspiel (unv. #00:26:07-1#). Oder weil, ich sage, du sprichst etwas Wichtiges an, das jetzt im Homeoffice ist. Oder, dass der Mitarbeiter eine grosse Verantwortung bekommt. Und gewisse können damit umgehen und gewisse können das nicht. Und eben, sind, also sind dann zu Hause und also ich meine, jeder der Homeoffice gemacht hat, weiss was die Gefahren und die Vorteile sind, oder? Und aus Arbeitgebersicht hast du vieles/ Oder hast, organisatorisch ist das eine, aber eben welche Aufgaben gibst du und wenn du natürlich Mitarbeiter hast, die aktiv, ich sage jetzt auch mal anrufen, wenn sie im Homeoffice sind. Und sagen, hallo, ist alles/ kann ich noch etwas machen? Oder ich mache jetzt das. #00:26:44-6#

B: Jaja. #00:26:45-1#

I: Ich sage dem eine gewisse Bringschuld, oder? Dann sagt natürlich der Arbeitgeber vielleicht auch eher hey. Cooler Typ, der ist zwar zu Hause, aber ich kann ihn trotzdem erreiche oder es ist für mich nicht ein Aufwand. Dass man irgendwie das angeht und eben das Problem, was halt auch ist, ist dass halt viele nicht damit umgehen können. Und halt die drei, die nicht damit umgehen können, die anderen drei, die damit umgehen könnten, halt auch um das bringen, weil so eine Art für alle oder für niemanden, oder? #00:27:15-5#

B: Ja, ich glaube so, meine, ein ganzer Tag ist ja zwanzig Prozent und weißt du, man könnte auch/ ist natürlich bequemer jetzt für mich sowieso um jetzt zu sagen, komm, vergiss das. (Zahlt mir? #00:27:26-8#) den normalen Lohn und ja hocke/ hänge noch hier ein bisschen rum am Freitag. #00:27:31-0#

I: Genau. #00:27:31-5#

B: Oder? Das ist, weil am Freitag wird es nie so spät, wie an den anderen Tagen und es ist auch vom sozialen her witzig. Wir gehen zusammen Mittag essen am Freitag meistens länger als an anderen Tagen. Und mein Bürozeug, das ich zu Hause mache, kann ich hier auch machen. Punkt. Darum nein. Aber wenn man, wenn man die Vorteile möchte, dann kann man auch einen Kompromiss sagen. Gut du arbeitest zwar theoretisch Homeoffice. Aber du kriegst zehn Prozent weniger. Nicht zwanzig. So. Sag da könnte man mal schon als/ Ja, da wäre ich wahrscheinlich sogar dabei. #00:28:06-8#

I: Mhm (zustimmend). Aber es gibt ja noch so andere Modelle, wie Teilzeit oder Job Sharing. Jahreszeit und so weiter. Hast du das Gefühl, dass das auch möglich wäre, jetzt in einer chirurgischen Klinik? #00:28:20-7#

B: Jaja, absolut. #00:28:21-8#

I: Warum wird es nicht gemacht? #00:28:23-9#

B: Weil, das wird/ Da müssen wir ausholen. Also ausholen. Es ist einfach schon lange, das Problem in der Chirurgie ist. Die Schweizer, also es wird besser, aber es ist noch weit davon entfernt, ist nicht wie in gewissen anderen Ländern. Ist nicht wirklich so strukturiert. Das heisst, du fängst mal irgendwo an als Assistent und wenn du es gut hast mit dem Chef, darfst du ein wenig operieren. Und dann wechselst du die Klinik, also das Spital. Wenn du Glück hast, kommst du gleich zum richtigen Zeitpunkt und du kannst so ein bisschen an die Fähigkeiten, die du gewonnen hast anknüpfen. Bei vielen aber fängst du noch einmal ein bisschen von vorne an und bist dort vielleicht am Anstehen, weil es drei, vier Leute hat vor dir und so weiter. Und die Chirurgie ist halt ein Handwerk. Das heisst, du musst diesen Katalog erfüllen. Du musst dreissig Blinddärme herausgenommen haben. Und zwölf Knöchelfrakturen geflickt haben. Und so weiter. Und durch das ist das alles nicht so strukturiert. Und Teil-

zeit ist dann schwieriger, wenn es nicht strukturiert ist. Gleichzeitig hoher Konkurrenzdruck. Dass ein Chef sagt, ja also ich nehme doch den, der jetzt da 140 Prozent zur Verfügung steht, statt die zwei die sich da je 50 Prozent teilen. Und dann wirklich, ja und dann auch wenig Interesse hat, um ein gutes System aufzubauen und so weiter. Und ja. Glaube ab Stufe Oberarzt, also ab Stufe Facharzt ist es viel einfacher. Dass du, wenn du eben diesen/ mit diesem Operationskatalog Gugus und überhaupt Assistenten und Notfalldienst und so weiter. Das alles ein bisschen beruhigt, dass man/ Und dort gibt es ja auch Fächer, wo es schon eher gemacht wird auf dieser Stufe als auf Assistentenstufe. Darum ab Stufe Facharzt Schrägstrich Oberarzt eher.  
#00:30:23-6#

I: Tiefer hast du das Gefühl gar nicht, oder? #00:30:26-1#

B: Doch, doch. Das gibt es auch, aber es ist halt je chirurgischer das Fach ist, desto schwieriger. Weil es ist jetzt schon das Problem mit chirurgischen Fächern, dass die Leute überhaupt noch operieren. Und nicht einfach den ganzen Tag diesen „hueren“ Papierkram machen. Und wenn du dann auch noch Teilzeit machst, also dann/ Die Kliniken haben es nicht einmal im Griff, den Papierkram vorwärts/ also weisst du, die Quintessenz ist dann einfach, ja dann teilen sich halt diese zwei den Papierkram und operieren tut ein dritter, der einfach immer dort ist. Das ist ja/ #00:30:59-8#

I: Okay, aber das heisst, es ist so ein bisschen/ #00:31:01-7#

B: Es ginge schon und es gibt sicher auch (Orte? #00:31:03-4#). Plus du hast halt dann doppelt so lange, bis du deinen Facharzt hast. Theoretisch. Das schreckt auch viele ab, das überhaupt zu wollen. Darum gibt es auch einige Frauen, die sagen, du hör mal, ich boxe diesen Facharzt durch und dann werde ich schwanger. #00:31:18-1#

I: Das ist eigentlich gerade so ein bisschen die Überleitung eben, ist es in der Chirurgie oder vielleicht grundsätzlich für Frauen und Männer gleich gute Chancen,  
#00:31:31-3#

B: Nein. # 00:31:32-2#

I: Ich sage jetzt auch Familienplanung/ #00:31:33-7#

B: Nein. Noch nicht. Immer noch nicht. #00:31:36-0#

I: Nicht? #00:31:36-7#

B: Glaube nicht. Weil/ #00:31:38-3#

I: Also wenn ich schnell ein bisschen/ #00:31:40-8#

B: Ja, frag nur. #00:31:41-6#

I: Entweder. Also entweder mach ich einen Facharzt oder nicht. Als Frau. Im Sinne von eben ich bin wie ein Mann 24 sieben immer voll und dann schaffe ich es. Oder wenn ich, eben wie du es vorhin gesagt hast, ich sage jetzt, mit 25 schon Familie möchte. Dann ist eigentlich der Zug abgefahren oder ist doppelt so lange oder/ #00:31:59-0#

B: Nein. Es ist einfach schwieriger. So wie es halt schwieriger ist, weil du halt. Wenn du Teilzeit arbeiten willst, ist sehr schwierig eine Ausbildungsstelle zu finden, die eben Teilzeit ist in der Chirurgie. Auf Stufe Assistent. Dann, je eher du einen Mann hast, der sich in dieser Ich-bleibe-zu-Hause-Rolle/ das macht, desto einfacher. Und oder Nanny, was auch immer. Reichere Familienverhältnisse, das macht das vielleicht alles einfacher, aber jetzt die Standardfrau. Also Standardfrau, einfach ein Standard-Pärchen ist wahrscheinlich das deutlich schwieriger für eine Frau mit Familienplanung. Ausser sie schiebt dann die Familienplanung nach hinten. Aber der Facharzt ist ja auch unberechenbar. Also in meinem Jahrgang hat man mit, gut ich habe ein Zwischenjahr gemacht, mit sechs Jahren mit 27 Staatsexamen gemacht. Und ein Facharzt dauert im Schnitt sechs Jahre, in der Chirurgie bei vielen eher länger. Und dann kannst du dir ja ausrechnen, irgendwann pressiert es dann für die Frau. Oder so jetzt biologisch gesehen. Geht alles, aber ist einfach alles nicht. Es ist alles ein bisschen schwieriger. Hingegen sonst, unabhängig von Familienplanung ist es mittlerweile. Ja, es ist einfach Demografie. Es gibt jetzt einfach viel mehr Frauen und das hat man glaube ich mittlerweile auch auf der Chirurgie gecheckt. Dass sie nicht mehr so, ja wir lassen jetzt die fünf, obwohl gar nicht schlechteren Kandidatinnen mal durch. Warten bis ein guter Mann kommt, den wir dann einstellen, weil Männer sind besser. Glaub das ist jetzt endgültig einmal ausgemerzt oder meint man zumindest. Es gibt sicher noch ein paar alte Säcke, die das Gefühl haben, dass Frauen können das nicht. Aber grundsätzlich, glaube das ist vorbei. Aber noch die Familienplanung ein bisschen (unv.) #00:33:51-2#

I: Aber das heisst eigentlich eher, dass es ein Thema von eben einem gescheiterten Modell ist. Also Laufbahn oder wie auch immer, dass man halt vielleicht einer/ in einer Klinik vielleicht sagen kann, okay, wenn man sagt, es gibt eine Ausbildungsstelle, in Anführungszeichen es gibt eine Frauenausbildungsstelle, die halt eben zum Beispiel 80 Prozent und trotzdem irgendwie zu den Operationen kommt und/ #00:34:12-4#

B: Das ist eigentlich, ja/ #00:34:14-2#

I: Dafür ein Jahr länger hat und nebdran hat man aber auch vielleicht noch eine 100 Prozent Ausbildungsstelle, die einfach sagt/ die kann ein Mann oder eine Frau



nehmen, aber die wird halt so gefördert und die andere Person. Also dass man es halt/ #00:34:27-9#

B: Jaja. Das ist alles eine Frage des Willens und des Modells. Und ja. #00:34:34-1#

I: Und das schätzt du aber auch realistisch ein? #00:34:35-9#

B: Ja, also gell. Chirurgie ist nicht gleich Chirurgie. Da musst du auch aufpassen. Es ist je nach Fach gerade jetzt Thorax Chirurgie, je spezialisierter, je geringer die Fallzahl, je weniger Orte, wo du arbeiten kannst. Umso schwieriger. Wenn wir jetzt das machen ist das schön und gut. Aber wir haben ja nicht genügend Operationen um jemanden 100 Prozent auszubilden, der eben 100 Prozent da ist. Wie sollen wir dann ein schlaues Modell haben mit Teilzeit, also weisst du, das ist dann irgendwie/ #00:35:05-0#

I: Gut ich sage, das ist/ #00:35:06-5#

B: Ja/ #00:35:07-2#

I: Ja, sorry. #00:35:07-7#

B: Betreffend Operationen, das meine ich. Eben das ist halt dann, Thorax Chirurgie ist nicht gleich Chirurgie und Chirurgie ist nicht gleich Chirurgie. Es ist ein bisschen so. #00:35:15-7#

I: Hast du jetzt, ich sage, oder vielleicht, so was so dein Karriereziel/ im Generellen. Hast du da klare Vorstellungen oder/ #00:35:29-7#

B: Ja, entweder irgendwann mal leitender Arzt hier oder irgendwie Chefarzt in einem A-Spital. Also in einem Kantonsspital, so. #00:35:43-6#

I: Und ist das/ also musst du jetzt etwas, auf etwas verzichten, um das zu erreichen. Ich sage jetzt, Familienplanung oder Freizeit oder/ Familien, Freunde. Wie auch immer. #00:35:58-3#

B: Also ich meine, das ist no schwierig zu sagen. Nein, ich persönlich nicht. Grundsätzlich ja schon, je höher in einem chirurgischen Fach du bist von der Position. Desto eher bist du auf Abruf immer. Aber als Chef irgendwo, musst du ja immer irgendwo erreichbar sein. Und dann auch mal Feuer löschen. Aber, also nein. Dafür ist es jetzt gerade in einem Kantonsspital/ ist dann auch das Risiko kleiner, dass etwas passiert und da mache ich das ja auch. Jede zweite Woche (unv. #00:36:30-5#) den

Transplantationsdienst. Weisst du, dann musst du noch ständig irgendwie auf Pikett, wo aber dafür selten etwas ist. Ich glaube nicht, dass ich da auf etwas verzichten muss. #00:36:39-3#

I: Okay. Das heisst jetzt für dich ist es/ Also eben du hast genügend Freizeit. Du hast alles genug und kannst trotzdem ich sage jetzt, sind ja trotzdem auch ein relativ hoch gestecktes Ziel/ #00:36:51-5#

B: Ja. #00:36:51-9#

I: Gut erreichen. Und dann/ #00:36:54-6#

B: Ich glaube schon. Aber wird sich zeigen. Aber ich wüsste nicht, was sich noch sollte ändern. Ich weiss ja, wie es denen hier geht. Und auch wenn man als leitender hier mehr zu tun hat als als Oberarzt vielleicht würde ich trotzdem davon ausgehen, dass sie nicht so viel hätten, dass ich jetzt dir Sachen aufliste, wo ich darauf verzichten muss. Plus auch als Chef in einem Kantonsspital, am Anfang vielleicht schon. Und wenn man dann mehr arbeitet, das ist ja so, wenn man/ Aber im Endeffekt nein. Sonst würde ich diese Stellen gar nicht anstreben, wenn ich das Gefühl hätte, ich müsste auf essentielle Dinge verzichten. #00:37:33-6#

I: Aber hast du irgendwie das Gefühl, dass das du persönlich bist oder weil du sage jetzt/ #00:37:37-6#

B: Ja. #00:37:38-1#

I: effizient bist? Oder du das trennst, oder/ #00:37:40-8#

B: Wahrscheinlich. #00:37:42-3#

I: Okay. Und wie ist dann so/ Also hast du das Gefühl, es würde auch akzeptiert werden, wenn du früh/ also jetzt sagen wir einmal/ also oder jetzt auch jetzt ist es akzeptiert, wenn du früh gehst/ also früh, um vier, fünf gehst? Nicht und hängt das also ich sage jetzt eher vom Chef ab, dass das akzeptiert ist in einer Klinik oder hängt das mehr vom Team selbst ab? Dass sie zum Beispiel sagen, schau jetzt, Caviezel geht wieder um vier und ich bin hier bis fünf. Ist das ausgeglichen oder/ #00:38:15-0#

B: Ja, ich glaube also beides. Es hängt einerseits vom Chef ab. Andererseits auch vom Team, wo man sich ja gegenseitig mal hilft oder irgendwie einen Gefallen macht oder andere das eben auch machen. Oder machen können. Und meine hier, dieses Team besteht schon so lange und man kennt sich und man kennt auch ein bisschen den Output des anderen. Ich glaube, da würde das jetzt eher akzeptiert als in einem

grösseren, fremden Team, wo einfach jeder jetzt bis um sechs arbeitet. Punkt. Also noch schwierig einzuschätzen, jetzt von diesem Team her. Ich glaube schon, dass es akzeptiert ist. Sofern ich gewisse Sachen liefern, die ich halt auch liefere. Ja, aber ich/ vielleicht täusche ich mich auch einfach. Es denken alle dieser Mongo.  
#00:39:02-5#

I: Ja, nein, also/ #00:39:03-7#

B: Ja, ich weiss es nicht. Ich sage nur, es ist/ Ich denke/ #00:39:06-1#

I: Worauf ich hier natürlich ein wenig herauswill, hängt es auch von einem selber vor allem ab. Oder? Ich sage/ Oder ist es eine Kulturfrage oder wo/ #00:39:14-6#

B: Ich glaube, es ist eine Kulturfrage, dass man auch irgendwann einsieht. Wieso soll jetzt der noch oder wieso soll man noch rumsitzen, wenn es ja gerade nicht stimmt. Dann sind wir wieder bei den Gleitzeiten und dann/ #00:39:26-5#

I: Genau. #00:39:26-9#

B: Das ist im Spital schwierig mit OPS beginnt um halb neun und so weiter. Aber gerade wenn es dann Nachmittag, Abend wird ist ja das sehr, dann haben wir ja oft den blöden Rapport noch, den man eigentlich auch mal könnte angreifen. Von drei bis vier. Und ich mache nicht/ zum Beispiel wenn jetzt spezifisch du am Operieren bist und keinen Dienst hast, mach doch/ Ich bin auch schon oft nach Hause. Habe etwas zu Abend gegessen. Und dann noch eine halbe Stunde, Stunde irgendwie von zu Hause etwas gemacht. Einfach weil ich keinen Bock mehr hatte hier nach einem langen Tag noch irgendwie weiterzumachen. Dann bin ich halt um fünf Uhr nach Hause und habe um sieben nochmal eine Stunde etwas gemacht. #00:40:05-7#

I: Das ist so ein wenig das Thema Pause. #00:40:08-6#

B: Ja. #00:40:09-6#

I: Oder/ #00:40:10-2#

B: Ich glaube, das muss man, aber das ist eine Einstellung oder das muss man auch lernen. Dass das funktioniert glaube ich. #00:40:19-6#

I: Aber ich sage jetzt, das ist etwas, das wir auch könnten einführen in der Klinik.  
#00:40:23-4#

B: Ja. #00:40:24-1#

I: Also du hast gesagt alle, alle Ärzte, die nicht Dienst haben müssen um vier Uhr gehen. Ich sage jetzt einfach/ #00:40:28-8#

B: Ja. #00:40:29-3#

I: übertrieben gesagt. Einfach, oder, und dann darf man wieder/ also ich weiss es nicht, aber dass man das ein wenig fördern kann. Oder manchmal müssen gewisse auch zum Glück gezwungen werden. Jetzt von/ die können nicht abschalten und arbeiten durch. Kein Mittag, wie auch immer. Und ist ja auch bewiesen/ #00:40:44-7#

B: Du, man wird das auch müssen bald. Es geht nicht mehr so lange und dann kommt eine Initiative mit 42-Stundenwochen für Ärzte. Und, ja das sind acht Stunden weniger. #00:40:56-8#

I: Also vom (VSAO?) #00:40:58-4#

B: Ja. Das wird irgendwann kommen. Und also sie sind jetzt noch dran, das irgendwie/ Und ja und dann plötzlich, wie machst du das? Dann musst du die Leute einfach zwingen. Weil sonst, wenn wir nichts ändern, dann haben sie nachher doppelt so viele Überstunden. Darum wird das kommen und dann muss man halt vielleicht auch ein bisschen schneller sein und wäre doch genial, wenn man schon solche Modelle hätte, wo man sagt, du hast keinen Dienst. Du bist seit zwei aus dem OPS. Du hast um vier, musst jetzt einfach gehen. # 00:41:29-0#

I: Vielleicht daran/ Es ist ein spannendes Thema, ergänzend, oder? Wenn man dann ja weniger arbeitet, lohnmassig/ #00:41:38-3#

B: Ja. #00:41:39-2#

I: Sollte man dann gleichviel immer noch haben? Oder ich sage jetzt, damit man dann eben diese Dienste, die sind, trotzdem einhalten kann. Ist ja dann trotzdem, sage jetzt wenn fünf Leute, fünf arbeiten acht Stunden weniger. Fehlen dir ja vierzig, also/ #00:41:54-1#

B: Jaja. #00:41:54-6#

I: Dann fehlt dir eine Person in der Woche. Die, wie oder/ Stellt man jemand Neues ein? Oder/ # 00:42:01-6#

B: Ja, also weisst du, das ist halt/ Ich glaube vieles kannst du sowieso die Personenstunden sparen, indem du gewisse Strukturänderungen und Effizienzmodelle einführst. Punkt. #00:42:13-9#

I: Ein Effizienzmodell. Was heisst das? #00:42:15-3#

B: Einfach ja, also weisst du, wenn du jetzt sagst, eben als einfaches Beispiel. Der Austrittsbericht, Textbausteine. Statt jedes Mal irgendetwas neu erfinden. Und das ist nur ein kleines Beispiel oder? Und wenn solche Sachen einfach, gerade halt in der Medizin auch nach wie vor das Berichtswesen vereinfachst. Plus gewisse Zusammenkünfte streichst. Die für 90 Prozent der Teilnehmer trotzdem so ein bisschen verlorene Zeit ist und so weiter. Und dann ja/ #00:42:48-1#

I: Weil oder, was ich spannend finde, da die Erfahrung, die ich gemacht habe, es haben viele gesagt. Sobald sie müssen, also es sind jetzt vor allem auch Frauen, die wissen zum Beispiel, sie müssen um sechs Uhr in die Kita oder sie können erst um halb acht irgendetwas. Sie kriegen es plötzlich hin, weil sie effizient sind. Oder? Und das finde ich einen spannenden Gedanken, dass, wenn man muss geht es. Aber wenn, wenn du jetzt den Leuten sagst, macht keine Überzeit, dann geht es nicht. Weil dann/ #00:43:16-3#

B: Ja, es ist so. Es ist einfach/ Ich glaube auch, wenn du die Leute ein bisschen zwingst oder mehr Struktur aufzwingst. Und das ist auch mehr Struktur/ #00:43:24-7#

I: Aber müsste es nicht mehr intrinsisch sein? #00:43:26-4#

B: Ein bisschen braucht es doch extrinsisch. Schau mal all diese Menschen an/ #00:43:30-7#

I: Eben ich sage jetzt zum Beispiel bei dir, oder, du/ Vielleicht interpretiere ich das so, aber du findest es geil, wenn du um fünf nach Hause kannst. Weil du dann noch die Sonne geniessen kannst. Ein Bier saufen kannst und das ist dir so viel Wert. Dass du eben sagst und jetzt schaue ich, dass ich einfach meine Sache machen kann. Und von mir aus noch am Abend hinsitze. Und bringst es dann eben hin, bist effizient. Und jemand der halt das Gefühl hat, weiss doch nicht. Und keinen Sport oder irgendetwas. Ja, aber das ist vielleicht ein separates Thema, ja. #00:43:58-7#

B: Ja, aber ich glaube, es braucht in, aber auch extrinsisch. Beides. Punkt. Diese Leute zum Glück zwingen. #00:44:05-7#

I: Genau, und das heisst jetzt, vielleicht so ein bisschen am Abschluss langsam. Du hast vorhin eben das Arbeitszeitengesetz. Findest du das gut im Moment? Hindert

dich das oder hilft es dir eher? Ist es überhaupt relevant? Auch, ich sage jetzt, Überstunden. #00:44:21-4#

B: Also ich mache keine Überstunden. Tu aber auch die, Transplantation ist das in der Regel, Überstunden auch nicht aufschreiben. Dafür schreibe ich aber auch nicht auf, wenn ich am Abend um halb fünf heimgehe. Dann gehe ich halt trotzdem erst um sechs nach Hause. Das haben wir ja schon einmal besprochen. Das geht dann irgendwie auf. Und ich habe nicht. Ich habe weder das Gefühl, dass ich die Klinik betrüge noch habe ich das Gefühl, dass ich irgendetwas misse. Also weisst du, dass ich eigentlich noch viel Stunden/ Ich weiss es nicht. Wenn man es ausrechnen würde. Vielleicht ist es völlig falsch, aber ich habe das Gefühl, so geht es etwa auf. Und kann/ also und fühle mich auch gut so. Punkt. Ja. #00:45:00-8#

I: Also bräuchte es zum Beispiel das Arbeitszeitengesetz nicht? #00:45:03-4#

B: Für mich nicht, nein. Wobei ich weiss natürlich nicht, wenn es das nicht gäbe, wie die Struktur wäre. Also weisst du vielleicht meines funktioniert, meins so wie ich lebe oder arbeite funktioniert ja vielleicht so gut, aufgrund des Rahmens, der halt auch unter anderem so ist wegen dem Arbeitsgesetz. Wenn es das jetzt nie gegeben hätte oder nicht geben würde, dann wäre das vielleicht/ hätte ich vielleicht Zusatzaufgaben, wo man müsste jetzt/ Ja, wenn er das auch noch machen müsste, dann kommt der nie vor zehn nach Hause. Ohne Arbeitsgesetz who cares. Also mach das/ Also weisst du, von dem her, ich glaube das ist schon richtig. Und es ist auch richtig, dass man Richtung 42 Stunden geht. Geht aber eben nur in der Medizin, wenn man gleichzeitig die Ausbildung und die Struktur der Arbeit auch verändert. Das ist schwieriger als 42 Stunden einführen. #00:46:01-3#

I: Okay, ja wären wir eigentlich soweit am Ende. Ausser du hast noch etwas, wo du findest, haben wir nicht angesprochen oder etwas, was man noch müsste/ #00:46:14-3#

B: Nein. Es ist noch schwierig. Weiss nicht, es gibt vieles, was man noch besprechen kann, aber/ #00:46:19-2#

I: Hast du jetzt das Gefühl, das Interview war umfassend oder/ #00:46:22-8#

B: Ich glaube, gewisse, ja #00:46:23-9#

I: Alles etwa ein bisschen abgedeckt, was dazugehört oder fehlt etwas? #00:46:27-7#

B: Nein, es kommt mir jetzt gerade nichts in den Sinn. #00:46:30-1#

I: Okay, ja. Danke. #00:46:33-6#

B: Danke auch. #00:46:34-2#

## Interview 07

T: Und beides, aber/ also, ich/ zum Glück hat/ ich mich fast noch mehr für die Gleichstellung einsetzen im Moment, weil da noch nichts da war. #00:00:12-6#

I: Ja. #00:00:13-1#

T: Und das hat mich also auch überrascht, wie enorm das abhängig ist vom Kopf, also konkret bei uns am USZ vom Klinikdirektor oder von den wenigen Klinikdirektorinnen. Oder? Und das ist etwas, das am schwierigsten zu verhindern ist natürlich. #00:00:33-9#

I: Mhm (bejahend). #00:00:34-4#

T: Und darum probieren wir das auch auf dem Weg, aber was zum Beispiel die Gleichstellung der Geschlechter betrifft, habe ich so ein Gefühl/ von diesen 43 Leitungspersonen gibt's ein paar wenige, die man nicht überzeugen muss. Die sind dabei. Oder? #00:01:01-5#

I: Ja. #00:01:02-1#

T: Und relativ wenige, wo nichts hilft. Nichts. Das ist einfach verloren. #00:01:06-2#

I: Ja. #00:01:06-6#

T: Dann gibt's, glaube ich, die grosse Mehrheit, die das nicht als prioritär anschaut, weil es natürlich so viel/ sie so viel mehr zu tun haben. Und das ist irgendwie unter fernen (unv. #00:01:16-8#) und an diesen sollte man arbeiten. #00:01:19-4#

I: Ja, ja. #00:01:20-5#

T: Und ich glaube, das gilt für beide. Die Themen sind ja verknüpft. #00:01:25-6#

I: Genau. #00:01:26-6#

T: Und das gilt genau so für Flexibilität in der Weiterbildung und in der/ überhaupt im/ in der Art, wie man also in der Arbeitsorganisation/ oder? #00:01:35-4#



I: Ja, genau. #00:01:36-5#

T: Genau. Und das ist eben/ und jetzt kann ich Ihnen sagen: Ich weiss nicht, wie lange das jetzt noch gehen wird, aber im Moment ist das sowieso wahrscheinlich im Hintergrund wegen dieser Krise, aber/ ich glaube, durch/ durch die erzwungene Art, daheim zu/ also, Home Office vor allem, wird natürlich einiges klarer werden, dass/ was man alles machen kann. #00:02:01-3#

I: Mhm (bejahend). #00:02:02-2#

T: Ich glaube, es ist auch eine riesige Chance, um aus dem wirklich zu lernen. Ich weiss nicht, ob Ihre Diss (lacht) auf eine Art das mitberücksichtigen muss, was jetzt hier alles anläuft. Oder? #00:02:15-5#

I: Doch, das muss ich gezwungenermassen. Weil ich sehe es ähnlich wie Sie. Ich glaube, was sich die Leute bewusst werden müssen, und das merke ich jetzt auch im Arbeitsalltag bei meinen Mitarbeitenden/ dass die verstehen, was Home Office heisst. Dass das heisst: Ich bin daheim und arbeite. Und nicht: Ich bin daheim und habe frei. Sondern man steht auf, man hockt auch um acht hin, man schaut die Mails an. Und das Verständnis/ die Verantwortung, die man hat, das muss auch bei den Mitarbeitern sein, weil wenn man dem Chef zeigen kann, dass es eben geht/ #00:02:52-0#

T: Genau. #00:02:52-6#

I: Dann sagt er natürlich: Hey, es funktioniert super. Oder? Aber die Erfahrungen sind wahrscheinlich gewesen, dass wenn jemand im Home Office ist/ dass das einfach abflacht und die Person dann nicht erreichbar ist. Oder ja/ #00:03:04-1#

T: Ja, ja. Und dass weniger geleistet wird. Ja, ich glaube schon auch, dass es das gibt. #00:03:09-8#

I: Ja, genau. #00:03:10-6#

T: (lacht) Ja, gut. Okay. (lacht) #00:03:13-4#

I: Ja. #00:03:14-0#

T: Also, ich glaube, wir sehen das ähnlich. (...) Aber eben, es ist wirklich jetzt eine grosse Frage, was für Lehren daraus entstehen werden. #00:03:25-8#

I: Ja. #00:03:26-6#

T: Jetzt in der Krise, ja. #00:03:28-4#

I: Aber was mich jetzt eigentlich doch interessieren würde, eben bei diesen/ so die Projekte, die Sie gestartet haben, wo sind da so ein bisschen die Schwerpunkte oder auch die Schwierigkeiten? #00:03:41-3#

T: Also, sind Sie da/ Sie sind/ es gibt so eine diversity.usz.ch sozusagen Website/ #00:03:51-7#

I: Okay. #00:03:52-5#

T: Also, die ist vielleicht noch nicht ganz aufgebaut, aber ich kann Ihnen ein paar Sachen schicken. Wir haben jetzt eine erste Sitzung gehabt von der Kommission, die neu gebildet worden ist. Und das ist natürlich am Anfang. Aber das HR hat eben schon vorher angefangen. Also, die hat eine Umfrage gemacht. Das haben Sie wahrscheinlich mitbekommen und vielleicht sogar mitbeantwortet. #00:04:15-9#

I: Ja. #00:04:16-4#

T: Das ist so ein grosses Survey gewesen. Und sie sind jetzt am Ausarbeiten der Resultate. #00:04:22-6#

I: Ja. #00:04:23-2#

T: Und es zeigt sich einerseits/ also, ich kann Ihnen das nicht gut zusammenfassen, aber im Prinzip, dass schon einiges läuft. (...) Dass es eben ganz verschiedene wie Kulturen gibt. Wir haben das auch bei der Kommissionssitzung gemerkt: Da gibt's eine Assistenzärztin, die hat gesagt: Sie hat einfach den Chef irgendwie gefragt, ob sie irgendetwas einen Tag pro Woche, weil sie gerade Wissenschaft macht, das von daheim oder so. Und da ist einfach ein absolutes Nein gekommen. #00:04:57-5#

I: Ja. #00:04:58-1#

T: Und andere, wo das geht? Natürlich sind gewisse Fächer geeigneter als andere, das ist klar. #00:05:03-9#

I: Ja. #00:05:04-5#

T: Aber die ganze Sache mit/ auch von daheim können/ was weiss ich? Berichte verfassen und digitalisieren und so. Das alles/ ich selber habe ja, als ich noch aktiv war als Klinikdirektorin/ (...) habe ich das enorm geschätzt, dass ich nach Hause gehen kann und dann, wenn ich am Abend oder Wochenende Zeit habe, das abarbeiten kann. #00:05:33-5#

I: Mhm (bejahend). #00:05:33-7#

T: Auch, dass man mir natürlich Fälle schicken kann und ich kann alles anschauen und beratend/ damit ich nicht ins Spital muss, um den Patienten oder die Patientin anzuschauen, sondern aufgrund/ also, es gibt auch einfach wieder unterschiedliche Kulturen, die sehr davon abhängen/ eben, das Vertrauen in die/ in die Mitarbeitenden. Das ist irgendwie das Schlüsselwort. #00:05:56-7#

I: Ja. #00:05:57-2#

T: Aber eben, es gibt Kliniken, die schon mehr machen. Und (räuspert sich) unsere/ also, das eine, was man hier erreichen will, ist, dass/ dass nicht jeder einfach das/ dass man nicht jedes Mal das Rad neu erfindet, sondern dass man von einander lernt. #00:06:17-7#

I: Mhm (bejahend). #00:06:18-5#

T: Also, dass man einandern zeigt/ und das muss natürlich eine Informationskampagne sein dann, wenn es so weit ist, damit die Leute merken: Doch, das bringt etwas. Oder? #00:06:29-1#

I: Mhm (bejahend). #00:06:29-8#

T: Die Leute haben zum Teil Angst, überhaupt zu fragen, ob sie dürfen/ Teilzeit ist auch ein riesiges Thema, also Teilzeit, Gleitarbeitszeit ist ein Thema, Home Office/ (...) Job Sharing ein bisschen weniger. Aber das wird auch unterschiedlich angeschaut. Also, all die Sachen hat das HR und da kann ich Ihnen die Person, die/ Buntschuh. #00:06:56-9#

I: Claudia Buntschuh, genau. #00:06:59-7#

T: Die ist dahinter, die weiss genau Bescheid. Die kann Ihnen besser Auskunft geben. #00:07:05-4#

I: Ja, okay. Aber eben, Sie haben es vorher kurz angetönt: Als Sie noch Klinikdirektorin waren, haben Sie damals schon die verschiedenen Modelle auch angewandt?  
#00:07:17-1#

T: Also, ich kann sagen: Wir haben einfach einige Leute gehabt in Teilzeit.  
#00:07:24-4#

I: Ja. #00:07:24-9#

T: Wobei ich dort/ also, auch Männer, die eine Familie gegründet haben und Kinder bekommen haben. Also, der eine ist Oberarzt gewesen bei uns, seine Frau war Oberärztin auf der Insel Infektiologie. Und sie haben einfach zwei kleine Kinder und dann hat er das enorm geschätzt, dass er 80 Prozent arbeiten kann. Und das haben dann die anderen auch gesehen. Da hat's einige gegeben, Frauen und Männer, die Teilzeit gearbeitet haben. Benni Hutter, den Sie sicher kennen/ #00:07:52-4#

I: Ja. #00:07:52-9#

T: Der hat ein bisschen gestöhnt zum Teil, weil es halt organisatorisch nicht immer einfach war. #00:07:59-1#

I: Mhm (bejahend). #00:07:59-4#

T: Ich rede jetzt über die Ärzteschaft. Oder? Die (unv. #00:08:03-3#) Einsatzpläne gemacht, das/ das hat er dann nicht mehr gemacht. Aber es ist nicht immer einfach, vor allem eben so Sachen, wenn die dann fehlen bei irgendwelchen wöchentlichen Veranstaltungen, was weiss ich. Wir haben zum Beispiel die Assistentenbeurteilung alle drei Monate/ die war immer an einem Montag und wenn halt jemand am Montag nicht gearbeitet hat, dann war er nicht dabei. Und dann haben die sich schriftlich äussern müssen im Voraus. Aber es ist nicht das Gleiche. Oder? #00:08:30-6#

I: Mhm (bejahend). #00:08:30-9#

T: Wie wenn eine Diskussion ist und man direkt reagieren kann. Aber so etwas kann man sicher auch per Skype machen, damit man/ wenn Corona vorbei ist, dass auch die Leute, die Teilzeit arbeiten, halt an so einem wichtigen Termin per Skype dazu geschaltet werden. Punkt. Dann und dann haben sie halt eine Stunde gearbeitet während einer Sitzung. Und die können das sonst irgendwann kompensieren.  
#00:08:56-9#

I: Ja. #00:08:57-3#

T: Aber wenn es für die Klinik wichtig ist, dass ihre Beteiligung dabei ist, dann lässt sich das technisch umsetzen. Da bin ich überzeugt. Dass/ #00:09:07-7#

I: Dass es eigentlich wirklich an der Technik nicht liegt. #00:09:17-1#

## **Interview 08 Teil 2**

T: Assistenten konnten nicht von daheim/ meines Wissens, vielleicht am Schluss schon so Berichte anschauen und so. #00:00:13-1#

I: Ja. #00:00:13-5#

T: Sozusagen ins (unv. #00:00:15-3#) reingehen. Das ist ja das, was es braucht. #00:00:18-4#

I: Genau. #00:00:19-2#

T: Dass man remote ins (unv. #00:00:21-1#) reingehen kann. Ich verstehe, dass wenn man das fürs ganze Spital einfach offen macht, die Sicherheitsprobleme grösser sind, als wenn das nur Führungspersonen haben. Aber ich glaube, da kommt man nicht drum herum. #00:00:35-8#

I: Aber das heisst, dass Sie auch das Gefühl haben, dass es schon bei Assistenten möglich ist, in einem reduzierten Pensum zu arbeiten. Und gleichzeitig/ #00:00:41-3#

T: Ja. #00:00:41-9#

I: Die Ausbildung nicht zu vernachlässigen. #00:00:45-1#

T: Das ist eine andere Frage. Oder? Jetzt habe ich zuerst gesagt: Sozusagen Teilzeit/ also, Teilzeit eignet sich vor allem für Oberarzt/ von Oberärzten aufwärts. Also, Leitende hatten wir nur einen, der ein bisschen, wenig reduziert/ 90. Aber sonst alle 100, die Leitenden. Und bei den Oberärzten hat es recht viele gehabt, die 80 oder 60 sogar, wenn jemand ganz/ wirklich ein Spezialwissen gehabt hat, hat es auch 40 gegeben/ (...) aber bei den Assistenten haben wir es eigentlich nicht gehabt. #00:01:21-4#

I: Ja. #00:01:21-9#

T: Und das vor allem/ also, weil sie es auch nicht/ sie wollen einfach ihre Weiterbildung rasch hinter sich bringen. Oder? #00:01:30-0#

I: Ja. #00:01:30-7#

T: Wir haben eine Weile lang hier 13.5 Stellen gegeben und dann hat es immer so eine halbe Stelle gehabt. Das ist auch gegangen. Aber eben, das/ also, wir haben eigentlich bei den Assistentinnen selten eine Schwangerschaft gehabt. Sie warten in der Regel, bis sie (lacht) weiter sind. Oder? #00:01:55-5#

I: Ja, ja. #00:01:56-3#

T: Ja. (...) Aber das gibt's natürlich auch. Und für das muss man auch gewappnet sein. Und dann würde ich sagen/ halt/ 50 oder mehr. Und ich habe die Frauen immer zu überzeugen versucht, dass es wichtig ist, dass sie weiter arbeiten und nicht zu fest reduzieren. Oder? #00:02:15-7#

I: Ja, ja. #00:02:16-5#

T: Einerseits um die Weiterbildung fertig zu bringen, andererseits um einfach hier nicht völlig chancenlos zu sein nachher, wenn es darum geht, wer/ (...) wer wird befördert? Wer nicht? Das ist ein riesiges Thema, ja. #00:02:31-6#

I: Okay. #00:02:32-3#

T: Also, die Weiterbildung ist möglich, dauert einfach extrem lange. Oder? #00:02:39-0#

I: Ja. Aber das heisst, dass das dann auch dann halt ein persönlicher Entscheid ist, den jemand fällt #00:02:47-2#

T: Ja, ja. Aber natürlich! Es gibt dann Kliniken, die das wie nicht erlauben. Oder? #00:02:53-5#

I: Ja. #00:02:54-0#

T: Das gibt's schon. #00:02:55-3#

I: Ja. #00:02:56-2#

T: Und ich glaube, das sollte man/ (...) das sollte man ändern. #00:03:00-2#

I: Ja. #00:03:00-6#

T: Und das wird man auch ändern, weil es in gewissen Fachgebieten vor allem einfach schon zu wenig Leute gibt, die das überhaupt/ die überhaupt sich melden. Oder? Wir haben ja eher einen Mangel. #00:03:12-2#

I: Ja, extrem. Ich merke das jetzt auch in der Rekrutierung, vor allem bei Assistenten. Das ist sehr schwierig! (lacht) Ja, also, Gute! #00:03:21-2#

T: Eben, Gute! Ja. Wissen Sie, das letzte Symposium, das ich hatte, war am 5. April 19. Und dort ist ein Chirurg gekommen aus Lübeck, der Chefchirurg von Lübeck, der ein ganzes Projekt angerissen hat über familiengerechte Weiterbildung in Chirurgie. Oder? #00:03:47-8#

I: Ja. #00:03:48-3#

T: Weil sie einfach keine Leute mehr bekommen haben. #00:03:51-3#

I: Ja. #00:03:51-7#

T: Und der hat gesehen, wenn er will/ und die haben noch mehr Frauen als Männer in Deutschland, offenbar/ also, ist es noch ein bisschen ausgeprägter. Und sie haben wirklich ein ganzes Projekt, das dann noch auf andere Kliniken ausser/ erweitert worden ist. Und sie haben mit dem gute/ gute Erfahrungen gemacht. Sein Vortrag/ den kann man sogar noch sehen als Podcast. Also, nicht als Podcast, als Video. #00:04:20-0#

I: Ah, super. #00:04:20-8#

T: Die Aufzeichnung mit allen seinen Dias und so/ (...) also, wenn Sie/ wenn Sie auf die Website gehen: [www.usz.ch/epa/](http://www.usz.ch/epa/) (...) also, EPA/ das steht für die Entrustable Professional Activities. Oder? EPA. #00:04:43-3#

I: Ja. #00:04:43-8#

T: Dann/ das ist die gleiche Website wie für das jetzige Symposium. Dann gibt's dort die Aufzeichnung vom letzten, vorletzten, und so weiter/ aber beim letzten, der Chirurg beschreibt das sehr eindrücklich, dass sie aus reiner Notwendigkeit sich etwas haben einfallen lassen müssen. #00:05:03-0#

I: Ja. #00:05:03-5#

T: Und damit gute Erfahrungen gemacht haben, nicht einfach/ nicht immer einfach und so, aber machbar und auf die Länge eigentlich/ (...) sich bewährt hat. Oder? #00:05:13-5#

I: Ja, spannend. Okay. Also, das würde schon gehen. #00:05:16-9#

T: Da ist wirklich Teilzeit für Müttern, Teilzeit für Chirurginnen in Ausbildung. Also, Chirurgen auch, wenn sie es wollen, natürlich. Das ist auch so ein Thema, dass die Männer sich einfach nicht trauen. Oder wenn sie sich trauen, sind sie wie abgeschrieben, wenn sie es wagen, Teilzeit arbeiten zu wollen wegen Familie. Oder? #00:05:39-5#

I: Ja. Ja, das habe ich jetzt gemerkt (lacht) in diesen Interviews. Viele haben gesagt: Das sind nur Frauen, die Teilzeit sind. Fast keine Männer. #00:05:49-0#

T: Ja, aber das ist an sich nicht das, was die wollen. #00:05:53-8#

I: Ja. #00:05:54-2#

T: Das ist das, was passiert. #00:05:55-9#

I: Genau. #00:05:57-2#

T: Der VSAO hat eine grosse Umfrage, glaube ich, gemacht zu dem Thema. Und da sind Männer fast so häufig/ fast so häufig dran interessiert. #00:06:06-2#

I: Ja, ja. Eben, das Interesse wäre da. #00:06:08-6#

T: Ja. #00:06:12-2#

I: Ja, okay. #00:06:13-1#



T: Ja/ #00:06:14-3#

I: Und das heisst jetzt aber auch so ein bisschen im/ im Work-Life-Balance/ jetzt, was Sie jetzt gehabt haben in der Klinik/ hat das geholfen? Sind dann die Leute vielleicht effizienter, effektiver gewesen oder ausgeglichener oder die Arbeitsbelastung/ #00:06:32-0#

T: Absolut ja. Da kann ich nur ja sagen. Die Leute, die also gerade/ der eine Oberarzt, das ist so klar gewesen, der wäre sonst gegangen. #00:06:40-7#

I: Wow. Ja. #00:06:41-7#

T: Wissen Sie, die haben einfach/ also, es ist nicht, dass der mir gedroht hat, aber ich/ ich kenne den einfach gut und der ist so froh gewesen, dass er einfach einen Tag pro Woche die Kinder hat und mit denen kann/ und wir sind ja so ein reiches Land, wenn da zwei arbeiten, dann/ #00:07:00-4#

I: Ja. #00:07:00-9#

T: Dann (unv. #00:07:02-4#) genug. Und wenn jemandem das Geld weniger wichtig ist als eben Work-Life-Balance, dann machen sie das und können sie das machen. Und der/ der ist schon fast in der Praxis gewesen irgendwo. Und in der Praxis können sie das natürlich besser, sind sie einfach ihre eigenen Chefs. Oder? #00:07:20-2#

I: Mhm (bejahend). #00:07:21-7#

T: Aber auf jeden Fall: Der hat/ der hat enorm gut gearbeitet und lange. Jetzt geht er in ein anderes Spital. #00:07:28-6#

I: Ja, ja. #00:07:29-5#

T: Und das ist/ (...) ja. Dann habe ich das, glaube ich/ und dann gibt's anscheinend auch so Zahlen, dass die Mitarbeiterfluktuation einfach weniger wird. Das wird Ihnen auch die Frage, wo ich/ das kann ich vielleicht besser sage/ #00:07:47-5#

I: Ja, ja. #00:07:48-5#

T: Da gibt's schon in der Fachliteratur von HR/ #00:07:51-6#

I: Ja. #00:07:52-1#

T: Gibt's schon klare Hinweise drauf, dass eben die Fluktuation kleiner ist. #00:07:58-5#

I: Ja. #00:07:59-4#

T: Die Mitarbeiterzufriedenheit grösser. Und das führt natürlich zu/ zu einem besseren wirtschaftlichen Abschneiden. Das ist auch klar. #00:08:09-2#

I: Ja, klar #00:08:10-4#

T: Weil eben/ anscheinend, wenn jemand, der ein bisschen eine verantwortungsvolle Position hat in einer Firma/ wenn die Person geht, dann geht es etwa ein Jahr, bis der Nachfolger, die Nachfolgerin irgendwie auf dem gleichen Niveau ist. Oder? Das ist einfach ein riesiger Verlust. #00:08:28-3#

I: Ja, ja. #00:08:29-2#

T: Fast immer. #00:08:32-1#

I: Ja, das glaube ich. Also, das/ also, ich sehe es jetzt, ich muss jetzt ja den Prozess selber machen. Bis man hier jemanden angestellt hat? Das geht ewig. Und während dieser Zeit muss man einen Zusatzeffort machen. Und dann meinen alle, wenn die Person anfängt, jetzt gehe es weiter wie vorher. Aber wie Sie sagen, dauert das nochmals mehrere Monate, bis die Person weiss, worum es geht. Oder? #00:08:57-0#

T: Ja. #00:08:57-5#

I: Ja, okay. #00:08:58-6#

T: Das sind klare Vorteile. Und es wird sogar/ ich weiss nicht, haben Sie das mitbekommen, dass so eine Professorin da war ein hier für ein halbes Jahr/ (...) die die Sender Medizin macht in der (unv. #00:09:13-5#). Professor Vera Regit irgendetwas (unv. #00:09:20-2#). #00:09:19-2#

I: Ja. #00:09:19-6#

T: Und die hat hier noch eine (unv. #00:09:20-8#) Prozent Stelle. Die kommt immer so alle vier Wochen für eine Woche und macht noch ein bisschen weiter, also vor allem an der Uni. Aber schon in der Medizin. Oder? #00:09:31-4#

I: Ja. #00:09:32-0#

T: Und mit ihr sind wir jetzt dran, auch mit der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät so irgendwie eine Masterarbeit zu machen über/ eben die/ (...) die finanziellen Auswirkungen von dem, dass zu viele Frauen einfach verschwinden aus der Medizin oder zu wenig arbeiten. Also, was das eigentlich kostet. Und dann/ da können wir eben die Sachen auch noch dazu nehmen: Was es bringen würde, wenn die Leute eben zufrieden sind, wenn sie Teilzeit arbeiten. #00:10:06-8#

I: Ja, ja. #00:10:08-0#

T: Zum Beispiel. Oder sonst erleichtert sowohl die Familie haben wie/ das Problem bei der ganzen Frauenförderung ist eben: Es gibt im Moment wirklich immer noch zu wenige Role Models. Vor allem solche, die eine Familie haben und Kinder haben und/ (...) und das/ das ist ein bisschen das Problem. Oder? Da ist Isabelle zum Beispiel/ das ist gut. #00:10:31-7#

I: Ja. #00:10:32-1#

T: (hustet) Ich habe auch zwei Kinder und inzwischen zwei Enkelkinder. Aber viel mehr Frauen in Führungspositionen sind kinderlos. #00:10:42-7#

I: Ja. #00:10:43-2#

T: Und das ist etwas, das für die jungen Ärztinnen oder Studentinnen halt schon ein bisschen ein/ fast ein bisschen ein abschreckendes Beispiel ist. Oder? #00:10:53-2#

I: Ja, klar. #00:10:54-1#

T: Weil das verstärkt einfach das Gefühl: Es ist entweder oder. #00:10:58-9#

I: Ja. Was aber nicht zwingend ist. Oder? #00:11:02-1#

T: Nein, eben, es dürfte eigentlich nicht sein. Und das müssen wir schauen: Dass das halt aus den Köpfen ist. Aber das kann man nicht einfach nur so mit Reden, da muss man zeigen, dass das geht, da muss man das erleichtern. Und ich kann Ihnen

sagen: Zu mir kommen ja die Frauen, wenn sie sich irgendwie diskriminiert fühlen oder wenn sie sonst irgendwie nicht wissen, wie weiter in der Berufslaufbahn. Und eines kann ich sagen: Also, eine Ankündigung von einer Schwangerschaft ist für/ an vielen Kliniken einfach ein (...) Karrierekiller. Das kann man gar nicht anders sagen. #00:11:43-7#

I: Okay? #00:11:44-7#

T: Da heisst es dann gerade: Ja, okay, also/ (...) die Spezialsprechstunde übernimmt jetzt der Kollege XY und das Projekt übernimmt der und/ und man wird einfach wie/ (lacht) wie gebrandmarkt! Also, ich meine, man kann denken. #00:12:02-9#

I: Ja, ja. #00:12:03-7#

T: Auch wenn man schwanger ist! Und nachher (...) wird einfach häufig wie angenommen, dass die Frau nicht mehr wirklich sich wird einsetzen. Also, als ob man irgendwie/ ja, weil man Kinder hat, man nicht mehr sich voll dem Beruf widmen kann, dabei/ dabei muss ich sagen: Also, Kinder zu haben und eine Familie zu haben/ (...) das ist auch eine Organisation, wo man einige Skills haben muss, um das zu machen. #00:12:34-2#

I: Ja. #00:12:34-6#

T: Das kommt einem überall zu Gute. Oder? #00:12:37-4#

I: Ja, klar. #00:12:38-2#

T: Aber eben, das sind so Sachen. Das ist das, was gewisse Leute nie verstehen würden. Aber die meisten/ denen muss man das einfach/ denen muss man das irgendwie vorführen, dass es geht. #00:12:50-5#

I: Ja. #00:12:51-1#

T: Mhm (bejahend). #00:12:52-2#

I: Aber was/ wie haben denn Sie jetzt das zum Beispiel geschafft? Also, ich sage/ #00:12:57-4#

T: Ja, (lacht) da kann ich Ihnen genau sagen wie: Ich bin Assistenzärztin gewesen, also zuerst in der Schweiz, aber da habe ich noch keine Kinder gehabt, etwa drei

Jahre. Und dann gingen wir nach Israel mit meinem Mann. Er ist aus Israel. Und ich habe dort meine Ophthalmologie Weiterbildung absolviert, fünf Jahre. #00:13:18-1#

I: Ja. #00:13:18-6#

T: Und dort habe ich meine beiden Kinder gehabt während der Assistentenzeit. Und habe natürlich nach vier Monaten Mutterschaftsurlaub voll wieder gearbeitet. Und es ist absolut normal gewesen. Ich bin absolut nicht irgendwie eine Ausnahme gewesen. Und Kinder sind sehr gut betreut worden. Das ist natürlich nicht so wahnsinnig teuer gewesen wie da, es ist/ es ist institutionalisiert gewesen. Es ist normal gewesen. Das war eigentlich der Hauptpunkt. #00:13:50-9#

I: In der Gesellschaft? So meinen Sie? #00:13:53-4#

T: Ja, in der Gesellschaft. Wenn ich gesagt hätte: Ich bin schwanger und komme erst nach zwei Jahren wieder, dann würden die denken, ich sei vom Mond gefallen. #00:14:03-6#

I: Ja. #00:14:04-0#

T: Das war einfach nicht möglich und es war vor allem nicht nötig. #00:14:07-6#

I: Ja. #00:14:08-1#

T: Und ich muss sagen, meine Kinder sind (lacht) Gottseidank gut gelungen, die sind nicht irgendwie psychisch (unv. #00:14:16-4#). #00:14:17-2#

I: Ja, ja. #00:14:18-3#

T: Aber ich glaube schon, dass es mein Glück war, dass ich das eben dort/ dass ich die Phase dort hatte, als sie ganz klein waren. #00:14:24-5#

I: Ja. #00:14:25-0#

T: Nachher für zwei Jahre/ sind wir in den USA gewesen. Dort hat es einfach viel Geld gekostet, aber es ist halt gegangen. #00:14:33-7#

I: Ja. #00:14:34-6#

T: Und da haben wir uns völlig verschuldet, aber das finde ich eben auch/ ich meine, wenn man nachher dafür 30 Jahre voll im Beruf sein kann, dann hat sich das finanziell X Mal gelohnt, dass man halt für die Krippe etwas bezahlt. Das ist auch etwas, das ich diesen Jungen sage, wenn sie mir mit dem Argument kommen, dass eine Krippe mehr kostet als was sie verdienen. Dann sage ich: Jetzt? Ja. Aber auf die Länge gesehen ist es einfach eine Idiotie, aufzuhören. #00:15:06-3#

I: Ja, ja. #00:15:07-2#

T: Oder total zu reduzieren. #00:15:09-1#

I: Ja. #00:15:09-5#

T: Also, das ist dann/ und dann kamen wir in die Schweiz und da waren die Kinder eigentlich schon im Kindergarten und der zweiten Klasse, glaube ich. #00:15:19-0#

I: Ja. #00:15:19-5#

T: Und dann haben die Probleme angefangen: Was machen wir mit den Kindern, wenn wir ja beide voll arbeiten wollen? #00:15:26-4#

I: Ja, ja. #00:15:27-1#

T: Es ging dann irgendwie mit städtischem Hort und so. Und inzwischen ist klar, sind sie selber schon Eltern. #00:15:35-6#

I: Aber das heisst quasi, dass in der Schweiz auch das fehlt: Dass halt Kinderbetreuung einfach nicht gut entwickelt ist? #00:15:42-6#

T: Also, es hat sich ja verbessert. Es ist vor allem teuer. #00:15:46-3#

I: Ja. #00:15:47-0#

T: Und der Staat macht zu wenig, um das zu unterstützen. Das ist/ vielleicht wird es mit dem, dass es mehr Politikerinnen gibt/ wird das ein bisschen hoch gehen auf der Prioritätenliste. Vielleicht. Aber das ist ein riesiges Problem. Ja. Wobei, das ist nicht wirklich die Ursache. Wissen Sie, man kann es nicht einfach nur auf die Kinderkrippen sozusagen ab/ (...) ja, es ist ein wichtiger Punkt. Ja. #00:16:14-3#

I: Ja. #00:16:14-9#

T: Und dann auch/ ich habe probiert am USZ auch einiges zu machen. Es ist aber auch/ wissen Sie, es sind wie drei Ebenen, finde ich. #00:16:23-9#

I: Ja. #00:16:24-5#

T: Die eine ist die gesamte Gesellschaft. Und die ist in der Schweiz noch wirklich wenig dafür aufgegleist, dass man Frauen und Männer gleich behandelt in der Möglichkeit, trotz Familie oder mit Familie Karriere zu machen. Oder? Oder eine Laufbahn zu machen. #00:16:46-9#

I: Ja. #00:16:47-3#

T: Das ist die gesellschaftliche Ebene. Dann gibt's die Institution selber. Da gibt's halt verschiedene. Das USZ versucht jetzt immerhin einiges. Die Uni Zürich ist um einiges weiter auf dem Gebiet. #00:17:00-2#

I: Ja. #00:17:01-0#

T: Aber gut. Und dann ist sozusagen die Ebene des Individuums, das halt/ wo jeder halt seine Vorstellungen hat. Und viele Frauen und Männer finden: Ja, man muss irgendwie um die Kinder herum sein und die sind/ (...) das ist schon wahr, aber/ aber man kann es auch sozusagen Qualität betonen und weniger/ ich glaube, so eine frustrierte Mutter, die eigentlich gerne als Ärztin arbeiten möchte, jetzt aber zwei Jahre daheim ist, dann kommt das zweite Kind, dann ist sie nochmals zwei Jahre/ (...) das ist keine gute Mutter um die Kinder herum. Die (lacht) ist nicht immer gut ge-launt, würde ich meinen! #00:17:43-2#

I: Ja, ja. #00:17:44-1#

T: Aber das ist meine Meinung. Wissen Sie, es gibt auch/ aber eben, das Individuum das hängt natürlich/ die drei Ebenen sind irgendwie miteinander verknüpft. #00:17:54-5#

I: Ja. #00:17:55-0#

T: Was wir jetzt versuchen, ist/ also, auf der Ebene der Institution Sachen zu verbessern. #00:18:00-7#

I: Ja. #00:18:02-5#

T: Eben/ und da gehört/ und darum habe ich da das Symposium mit dem Thema gewählt: Flexibilität in der (unv. #00:18:08-7#) Bildung. Oder? #00:18:10-6#

I: Ja, ja. #00:18:11-4#

T: Weil man muss einfach offener sein für/ für alles, was/ wo es/ (...) das es ermöglicht, dass Leute nicht aussteigen aus dem Beruf, wo wir ja so einen Mangel haben! #00:18:25-0#

I: Ja, ja. #00:18:25-8#

T: Und dass sie sich wohl fühlen und dass sie bei der Konkurrenz mit anderen Institutionen/ dass wir da gut abschneiden. #00:18:34-3#

I: Ja, ja. #00:18:35-0#

T: Weil die Jungen, die machen da ja/ das kennen Sie, die anonyme Weiterbildungsumfrage, die die ETH macht jedes Jahr? Das kennen Sie ja. #00:18:44-3#

I: Ja. #00:18:44-7#

T: Eben, und dort/ das wird natürlich ganz genau angeschaut von allen, die sich melden, die sich überlegen: Wo will ich meine Weiterbildung machen? #00:18:53-8#

I: Ja, klar. #00:18:54-6#

T: Und da sind uns zum Teil die kleineren Häuser durchaus/ (...) also, die sind besser aufgestellt. Oder? #00:19:02-9#

I: Mhm (bejahend). #00:19:03-4#

T: Weil sie vielleicht mehr machen können. Ich weiss es nicht. #00:19:06-7#

I: Ja. #00:19:07-1#

T: Aber das wird genau angeschaut. Und dort kommt es sehr drauf an, wie die Leute zufrieden sind/ (...) wie, ja/ #00:19:14-0#



I: Ja. #00:19:14-8#

T: Gut, jetzt habe ich einen langen Monolog gehalten! (lacht) #00:19:18-5#

I: Nein, das ist sehr spannend, auch mit den drei Ebenen. Weil viel kann ich reflektieren/ die Interviews, die gekommen sind, oder? Und ich glaube, das Wichtige/ die Gesamtgesellschaft ist sicher auch wichtig, aber ich habe schon auch das Gefühl, dass die Institution einfach die Möglichkeiten bieten muss und eben, dass das/ (...) ich sage jetzt: Die Negativität nicht da ist, aber im Endeffekt eigentlich jedes Individuum selber entscheiden muss, wie wichtig was jetzt ist/ halt mit allen Vor- und Nachteilen/ #00:19:49-8#

T: Ja, klar. #00:19:51-0#

I: Aber es darf nicht sein, dass es die Möglichkeit nicht gibt. Das Individuum muss die Wahl haben. Und im Moment ist es noch so/ ich merke es ja selber, dass da auf der Institutionsebene vieles nicht ermöglicht wird. Oder? Oder einfach mit/ mit vielen Herausforderungen oder/ oder/ #00:20:11-4#

T: Ja, ja. Es braucht eine riesige Motivation. #00:20:14-5#

I: Eigenmotivation. Genau. #00:20:16-3#

T: Und das müsste umgekehrt sein. Es müsste erleichtert werden und nicht/ #00:20:21-7#

I: Genau, ja. Vielleicht noch/ und so/ das ganze Forschungsthema? Ist das/ ist das bei Ihnen irgendwie auch/ hat man da protected time gegeben oder mal bei jemandem gesagt: Gut, in diesen 100 Prozent/ 20 Prozent darf man einfach forschen? Oder ist das auch/ #00:20:41-2#

T: Doch, doch. Also, das haben wir/ einerseits gibt's ja die offiziellen, das Filling the Gap Programm. #00:20:48-7#

I: Mhm (bejahend). #00:20:49-0#

T: Ich weiss nicht, ob jemand von Ihrer Klinik dort mitgemacht hat. Das ist auch nicht so für Frauen, das ist überhaupt nicht nur für Frauen, aber es melden sich mehr Frauen dafür. #00:20:58-7#

I: Ja. #00:20:59-2#

T: Und das ist inzwischen sehr bewährt. Da sind jetzt schon vier Perioden von je zwei Jahren/ die Vierte läuft jetzt. #00:21:06-5#

I: Ah, wow! #00:21:07-6#

T: Und von der Augenklinik haben sich dieses Jahr drei gemeldet und zwei haben es bekommen. Aber allgemein ist schon so die Akzeptanz etwa/ ich glaube, etwa so um die 50 Prozent oder ein bisschen mehr sogar/ die bekommen das. #00:21:22-1#

I: Ja. #00:21:22-6#

T: Und das ist für alle Stufen/ es ist nicht nur Assistenten, aber es muss einfach ein gutes Projekt sein. Und dann gibt's eine Jury. Und das wird/ und dann wird wirklich/ dann wird zum Beispiel rotiert von 100 Prozent auf/ was weiss ich? Weniger als 50. Also, man darf nicht mehr als 50 Prozent. Und es müssen Kliniker sein. Das dürfen nicht Leute sein, die sowieso schon nur forschen. Oder? #00:21:51-9#

I: Ja, ja. #00:21:52-8#

T: Die müssen wenigstens 50 Prozent Kliniker sein. Und dann/ die einen nehmen 30 Prozent, die anderen 20 sogar, nur einen Tag pro Woche, andere bis 50. #00:22:04-3#

I: Ja. #00:22:04-8#

T: Das Projekt muss gut sein. Und dann bezahlt die Uni für die Zeit. #00:22:08-5#

I: Okay. #00:22:09-1#

T: Es ist ein bisschen weniger, als was sie in der Klinik verdienen würden, aber das ist den meisten wirklich egal. #00:22:15-6#

I: Ja. #00:22:16-0#

T: Dafür dürfen sie wirklich nicht eingeteilt werden für klinische Arbeit in der Zeit. #00:22:23-9#

I: Ja. #00:22:24-5#

T: Und machen ihr Forschungsprojekt. Und das geht zwei Jahre. #00:22:27-9#

I: Ja. #00:22:28-5#

T: Und es gibt wie drei Säulen. Das eine ist eben die protected time. Das ist sicher das Wichtigste. Das Zweite ist Mentoring. Jede Frau oder Mann, der das bekommt, kann sich bei jemandem melden. Also, das wird gematcht, wer dann/ wer da so eine Art Mentor oder Mentorin ist. #00:22:49-0#

I: Ja. #00:22:49-5#

T: Und das Dritte ist: Unterstützung durch die Klinikdirektion. Also, das habe ich klar gesehen, ich bin da dabei gewesen, als man das erschaffen hat. Und der Klinikdirektor oder die Direktorin/ müssen das am Anfang klar unterschreiben, dass sie das unterstützen. Oder? Weil da hat man gesehen: Wenn das nur/ die können sich sonst nicht durchsetzen, sozusagen/ die Leute, die das bekommen. #00:23:14-3#

I: Ja, ja. #00:23:14-9#

T: Okay. Also, das läuft gut. Es ist nicht immer ganz einfach, um die Person dann halt/ die 30 Prozent zu ersetzen. Aber das geht. Und das verbessert natürlich den Output der/ der Kliniken, was Forschung betrifft. #00:23:29-7#

I: Ja. #00:23:30-1#

T: Also, das ist im/ auch im eigenen Interesse und es bezahlt das jemand anders. Und wir haben ausserdem/ haben wir jetzt, und das machen, glaube ich, auch andere/ irgendwelche sonstige/ also, klar/ SNF Projekte und so/ ist fantastisch, wenn das gelingt. Aber das ist eine enorm hohe Latte. Oder? #00:23:50-3#

I: Ja. #00:23:50-8#

T: Das ist dann eher für die schon sehr etablierten Leute. Aber die Jungen? Wir haben zum Beispiel eine Stiftung an der Augenklinik gehabt, die/ wo man hat einen Antrag machen können, zum Beispiel, für einen Assistenzarzt, eine Assistenzärztin, einen Tag pro Woche oder auch mehr, irgendein konkretes Projekt zu machen. Und das hat man dann aber gut kommunizieren müssen an die ganze Klinik: Die Person

wird jetzt zu 20 Prozent anders bezahlt und ist darum auch nicht einsetzbar. Wieder/ oder? #00:24:24-9#

I: Ja. #00:24:25-9#

T: (unv. #00:24:27-6#) ja. Oder auch/ haben wir auch schon/ was weiss ich? Eine Assistenzärztin, die inzwischen eine sehr erfolgreiche, habilitierte Oberärztin ist in Basel/ die hat dann gewechselt/ (...) die hat bei uns ein Jahr lang im Labor vom/ wir haben ein Labor in Schlieren, dort/ ich glaube, das heisst (unv. #00:24:50-7#)/ reine Grundlagenforschung. Die hat dort ein Jahr gearbeitet und ist dann aus dem klinischen Betrieb herausgenommen worden. Und das hat es damals halt/ das hat ein Grant bezahlt von ihm, also vom Forscher. #00:25:04-6#

I: Ja. #00:25:05-7#

T: Aber das hat sich auch sehr gelohnt, weil die hat natürlich in dieser Zeit einiges publiziert und gelernt und ihr ganzes CV sieht ganz anders aus. Und Motivation und alles. Also/ und eine/ ein Jahr Forschung wird anerkannt für Weiterbildung. #00:25:22-2#

I: Ja. #00:25:22-7#

T: Also/ man kann schon einiges machen, wenn man das will. Und es gibt Kliniken, wo viel so in die Richtung gemacht wird. Aber dort ist auch wieder das Problem zum Teil, dass man halt die Leute vorwärts bringt/ ja, ein bisschen plakativ gesagt/ (...) die Männer, wo man sich vorstellt: Das wird einmal ein Klinikdirektor. Oder? #00:25:44-1#

I: Ja, ja. #00:25:45-2#

T: Und nicht irgendwie eine Frau, die gerade geheiratet hat und vielleicht jeden Monat kommen könnte/ (...) dass sie schwanger ist. Oder? #00:25:51-0#

I: Ja, ja. #00:25:52-3#

T: Oder sogar schon ein Kind hat. Das ist schon sowieso schlecht. Oder? #00:25:56-5#

I: Ja, das ist verrückt. #00:25:58-1#

T: Also ironisch. #00:25:59-6#

I: Ja, okay. #00:26:00-7#

T: Also, Forschung ist ganz wichtig. Und wir sind eine Uni Klinik und ohne Forschung geht's einfach nicht. Und das müssen die Jungen einfach von Anfang an begreifen.  
#00:26:12-2#

I: Ja, ja. Okay. #00:26:14-1#

T: Ja. #00:26:14-7#

I: Und Sie haben vorher noch etwas Interessantes gesagt: Eben, dass die Uni das zahlt/ also, haben Sie auch das Gefühl, dass bei den/ bei den Mitarbeitenden/ die wären bereit, ich sage jetzt, auf Einkommen zu verzichten, wenn sie dafür Flexibilität bekommen? Zum Beispiel? #00:26:35-5#

T: Ja, ich glaube schon. Also, es darf nicht gleich die Hälfte werden! (lacht)  
#00:26:40-5#

I: Ja. #00:26:41-0#

T: Aber irgendwie 10 Prozent oder vielleicht sogar 20? Wahrscheinlich schon. Ist schwierig. Das ist auch/ individuell ist das anders. #00:26:49-3#

I: Ja. #00:26:49-8#

T: Aber ich glaube, wenn das klar dazu führt, dass man dann bessere Chancen/ schlussendlich will jeder/ die meisten wollen einfach erfolgreich sein. Und das ist/  
#00:27:02-7#

I: Mhm (bejahend). #00:27:03-0#

T: Das heisst mit anderen Worten: Sie möchten möglichst/ irgendwie gefördert werden, schon in der Assistentenzeit. #00:27:15-4#

I: Ja. #00:27:16-0#

T: Die möchten nachher in der Regel eine Oberarztfunktion haben, um zu können/ eben, was weiss ich, mehr operieren, einfach mehr Verantwortung übernehmen/ (...) ein besseres CV haben, einerseits auf dem Papier aber auch de facto. Oder?  
#00:27:31-9#

I: Ja. #00:27:32-4#

T: Mehr können. Weil sie dann, egal, was sie weiter machen, ob sie im Spital bleiben oder eine Praxis aufmachen oder in die Industrie gehen/ (...) sind sie einfach/ ihr Marktwert steigt ganz einfach. #00:27:45-3#

I: Ja, ja. #00:27:46-8#

T: Und Konkurrenz ist natürlich schon da. Und das/ das will eigentlich jeder. Die Jungen sind schon ehrgeizig. Sie sind einfach nicht mehr bereit, wie die vorherige Generation einfach/ (...) Tag und Nacht zu arbeiten. #00:28:02-6#

I: Ja, ja. #00:28:03-3#

T: Das nicht. JA. #00:28:04-4#

I: Ja. #00:28:04-9#

T: Die wollen viel mehr verbinden. #00:28:07-6#

I: Ja, genau. Okay. Ja, weil ich habe gedacht/ weil man kann sich auch überlegen, irgendwie Modelle zu entwickeln. Wie Sie gesagt haben, das sehe ich jetzt ja auch: Es ist möglich, in Teilzeit zu arbeiten oder im Home Office oder wie auch immer. Aber es ist einfach immer ein Organisationsaufwand, wo/ wie Sie sagen: Dann/ wenn es nur ein Telefon ist/ ich habe jetzt auch Mitarbeitende. Und dann rufen die an: Ja, jetzt heute ist wegen dem und so. Und dann muss ich wieder schauen: Okay, wie können wir das jetzt wieder verbinden, dass es irgendwie doch geht oder so?  
#00:28:40-9#

T: Ja. #00:28:41-3#

I: Und ich sage jetzt: Wenn man natürlich bereit ist, ich sage jetzt Einkommen, zehn Prozent oder 20 Prozent und man kann sich wie, ich sage jetzt, eine Sekretariatskraft einstellen, wo die Aufgabe ist, das immer ein bisschen zu organisieren. #00:28:56-1#

T: Ja, ja. #00:28:56-9#

I: Dann wäre es ja auf eine Art eine Win-Win-Situation. #00:29:00-4#

T: Ja. #00:29:00-8#

I: Die auch eine Klinikorganisation oder Arbeitsorganisation nicht zusätzlich noch belastet. Oder? Weil/ #00:29:08-4#

T: Ja, ja. #00:29:09-2#

I: Eben, ich denke, Sie als ehemalige Klinikdirektorin wissen das noch besser: Die ganze Organisation, das ist eine so grosse Aufgabe, dass man die richtigen Leute zur richtigen Zeit/ #00:29:20-6#

T: Ja. #00:29:21-0#

I: Am richtigen Ort hat. Und die Entscheidungen fällt, damit auch niemand das Gefühl hat: Man ist dann übergangen. #00:29:27-4#

T: Ja, ja. Ich weiss. (lacht) Das ist schon so. Wissen Sie, schlussendlich menschelt es einfach überall. #00:29:35-0#

I: Ja. #00:29:35-5#

T: Und es gibt tatsächlich/ das habe ich auch ein bisschen auf die schwierige Art lernen müssen: Es gibt Leute, die das Vertrauen missbrauchen, wenn es da ist. Und wenn das lang toleriert wird, dann ist das ganz schlecht. #00:29:51-1#

I: Ja. #00:29:52-0#

T: Dann/ also, so eine/ wissen Sie, wie man sagt? So ein fauler Apfel kann wirklich eine ganze Menge von Äpfeln kaputt machen, wenn die sagen: Was? Der kommt damit weg? Wieso schufte ich wie der letzte Idiot? Und die fangen an, sich zurückzuziehen. Oder? #00:30:14-2#

I: Ja, klar. #00:30:15-3#

T: Das ist ganz schlecht. #00:30:17-4#

I: Mhm (bejahend). #00:30:31-4#

T: Also, man muss schon eine hohe Sensibilität haben für das, wenn so Meldungen kommen, dass irgendwer/ oder wenn man selber merkt, dass jemand sich da (...) einfach/ Rosinen pickt. #00:30:33-2#

I: Ja, ja. #00:30:33-9#

T: Und wenn das wirklich ist/ das muss man einfach stoppen. Und da habe ich zum Beispiel selber gemerkt/ das habe ich einmal zu spät gemacht. Ich habe es dann schon gemacht, aber es wäre besser gewesen, hätte ich das ein Jahr vorher gemacht. Weil dann hätte ich ein paar gute Leute nicht verärgert oder sogar verloren. #00:30:52-0#

I: Ja, ja. #00:30:52-7#

T: Also/ #00:30:53-7#

I: Wie haben Sie das kontrolliert? #00:30:56-4#

T: Das Vertrauen muss man gut aufteilen. Oder? #00:31:00-8#

I: Ja. #00:31:01-8#

T: Ja. (...) Aber das hängt einfach mit Psychologie/ und hat mit Menschenkenntnis zu tun. Und das muss man manchmal auch erst entwickeln in einer Position. #00:31:13-0#

I: Ja, klar. Und wie haben Sie das herausgefunden oder vielleicht auch kontrolliert? #00:31:18-2#

T: Ja, eben, man muss auch kontrollieren. Das ist irgendein Typ, der einfach seine Berichte nicht gemacht hat, vor allem, der dann immer mehr/ so von der IV sind dann einfach extrem lange keine Berichte/ und trotz Mahnung und so. Und dann habe ich das halt ein bisschen genauer angeschaut, und dann kam auch heraus, dass er bei den Abrechnungen der persönlichen Sprechstunden einfach sehr/ all die Berichte verrechnet aber nie schreibt und so. #00:31:48-1#

I: Ja, okay. #00:31:49-0#



T: Das ist dann ganz schlimm gewesen. #00:31:51-3#

I: Ja. #00:31:51-9#

T: Weil ich habe wirklich/ ja, der hat dann/ der ist ziemlich mit allen Wassern gewaschen gewesen. Und schlussendlich hat der natürlich die Klinik verlassen müssen. Aber das ist lange gegangen. Und die anderen waren einfach wütend. Ich habe dann schon gezeigt, dass jetzt etwas läuft. Aber ich konnte ihn natürlich nicht von einem Tag auf den anderen heraus schmeissen. #00:32:17-2#

I: Klar, ja. #00:32:18-2#

T: Das ist bei uns nicht ganz einfach. Oder? (lacht) #00:32:21-2#

I: Ja, klar. #00:32:22-1#

T: Aber es ist dann/ also, mit Hilfe vom HR haben wir dann eine Lösung gefunden und der ist jetzt gar nicht mehr in der klinischen Medizin. Der ist Administrator geworden, der jetzt den anderen Leuten das Leben schwer macht. #00:32:36-5#

I: Ja. (lacht) Okay! #00:32:38-4#

T: Aber gut, das ist eine andere/ aber das ist/ also, man lernt schon noch einiges. #00:32:45-0#

I: Ja. #00:32:45-6#

T: Auch/ wie geht's noch mit der Isabelle als Chefin jetzt seit zweieinhalb Monaten? #00:32:51-3#

I: Sehr gut. Doch, ich habe es sehr gut mit ihr. #00:32:54-4#

T: Ja? #00:32:55-3#

I: Wir sind auf einer Wellenlänge. #00:32:57-7#

T: Ja, das ist gut. #00:32:59-5#

I: Ich habe sie auch schon vorher/ ich war ein bisschen involviert in dem ganzen Prozess. #00:33:04-7#

T: Gut. Ja, ja. #00:33:05-7#

I: Ich mag sie sehr und schätze sie auch. Und auf eine Weise bewundere ich sie ja auch, wie sie das alles unter einen Hut bringt. Oder? #00:33:14-2#

T: Ja. (...) Aber eben, es ist machbar. Wissen Sie: Es muss ja nicht jede junge Ärztin Chefärztin oder Direktorin werden von einer Uni Klinik. Das ist klar. #00:33:24-8#

I: Ja. #00:33:25-4#

T: Aber wenn sie das will und wenn sie das kann, dann muss sie das können werden. Oder? #00:33:31-5#

I: Genau. #00:33:33-4#

T: Das ist es. Es geht wirklich nur um das. Es sind nicht alle dafür geboren oder glücklich damit, aber es gibt offenbar Frauen, die das (lacht) gut und/ die das gut können. #00:33:46-4#

I: Genau. #00:33:47-1#

T: Denen muss man einfach die Chance lassen. #00:33:50-0#

I: Ja, genau. Genau. #00:33:51-5#

T: Gut, dann sind wir wieder bei den Frauen! (lacht) Aber/ #00:33:55-5#

I: Nein, nein, ich finde das auch ein wichtiges Thema. Ich möchte das, was Sie gesagt haben, auch ein bisschen in die Arbeit mit rein nehmen. Ich sehe das ja bei mir selber auch. Ich sage: Wenn ich vielleicht mal eine Familie habe, möchte ich auch zum Kind schauen können. #00:34:09-3#

T: Ja, natürlich. Und das ist Ihr gutes Recht! #00:34:13-2#

I: Genau. Und das ist bei vielen/ das hat man auch gesehen, die Interviews, die ich gehabt habe/ da haben alle gesagt, dass es ein Zusammenspiel von beiden Personen ist, dass man einander sicher unterstützen muss und so weiter. Und ich glaube, das ist halt manchmal noch zu wenig verankert oder eben auch auf einer gesellschaftlichen Ebene, wo man halt einfach das Gefühl hat. Und ich sehe es viel in den Kliniken/ halt eher auf der administrativen Seite, aber mal speziell/ ein Fall, wo die Dame auch gekommen ist und gesagt hat: Sie muss nochmals reduzieren, weil sie wird einfach der Erziehung nicht gerecht. #00:34:51-2#

T: Mhm (bejahend). #00:34:52-7#

I: Und dann habe ich im Gespräch auch gesagt: Was macht denn der Mann? Hilft der auch mit? Nein, nein, der geht einfach arbeiten und so. Dann sagte ich: Ja, wir können dir nicht noch mehr entgegen kommen und noch mehr, sondern jetzt muss halt er mal an einem Freitagnachmittag um zwei nach Hause kommen, damit du nochmals vier, fünf Stunden für uns arbeiten kannst, weil/ ein bisschen so. Oder? Und in dem Haushalt ist das jetzt nicht so gewesen und dann ist es am Schluss auch zur Trennung gekommen, wo ich sagen musste/ das ist ein 40 Prozent Pensum gewesen, wo 20 Prozent sogar noch im Home Office ist, wo ich einfach sagen musste: Ja, einmal in der Woche musst du einfach den ganzen Tag da sein. Sonst/ (...) sonst nützt du nichts, ein bisschen böse gesagt. #00:35:30-8#

T: Und wie ist es herausgekommen? #00:35:33-2#

I: Sie hat sich jetzt/ sie hat gesagt, sie bricht es ab und sucht sich vielleicht etwas Neues. #00:35:40-5#

T: Ja, das ist schade. Ja, aber das ist jetzt klar. #00:35:43-3#

I: Also, es ist ein Jahr gegangen. Oder? Es ist ein Prozess von einem Jahr gewesen, wo ich ihr einfach gesagt habe: Schau, noch mehr/ es geht/ wir haben das auch in der Klinikdirektion besprochen. Und dann mussten wir einfach sagen: Noch weniger/ es geht wirklich/ es ist für mich/ ich sage jetzt: Zwei Stunden in der Woche habe ich nur Aufwand gehabt, das zu organisieren, damit sie weiss, was sie zu tun hat und so weiter. Dann sagte ich: Noch mehr geht einfach nicht. Und das fand ich halt auch unfair gegenüber den anderen Mitarbeitenden, ich muss sagen: Ja/ (...) mein Mann/ also, wirklich? Was geht? Aber irgendwo sind dann halt auch Grenzen/ und halt eben, weil halt ihr Mann einfach null/ und jedes Mal, wenn ich telefoniert habe, hat sie gesagt: Ja, ich muss jetzt noch für die Kinder schauen und/ #00:36:30-5#

I: Ja. #00:36:31-0#

T: Mhm (bejahend). #00:36:34-8#

I: Es ist schade, aber ich glaube, das Verständnis muss auch vorhanden sein.  
#00:36:34-4#

T: Also, der richtige Partner oder die richtige Partnerin, das ist also absolut crucial.  
Das ist das Wichtigste. #00:36:41-8#

I: Ja. #00:36:42-3#

T: Weil wenn man das nicht hat, dann wird es also echt schwer. #00:36:45-7#

I: Ja, ja. #00:36:46-6#

T: Dann geht es einfach nicht mehr. #00:36:48-8#

I: Ja, genau. #00:36:49-6#

T: Und da müssen Sie schauen, dass Sie die Richtige finden! (lacht) #00:36:54-6#

I: Ich habe sie schon! (lacht) #00:36:56-4#

T: Dann ist gut! #00:36:54-4#

I: Genau. Ich habe vielleicht noch ein anderes Beispiel. Wir haben jetzt auch eine Oberärztin, die jetzt ein Kind bekommen hat. Und die ist wieder super integriert, das funktioniert, die hat jetzt auch mit ihrem Mann/ hat jetzt in dieser Corona-Situation/ hat er auch irgendwie gesagt, er würde jetzt gerne/ er übernimmt das Kind. Und es geht, es geht wirklich gut. Und die ist voll involviert. #00:37:20-6#

T: Schön. #00:37:21-5#

I: Die wird gefördert. Ja, es geht auch so. #00:37:24-3#

T: Wie heisst sie? #00:37:24-8#

I: Frau Lauk. Olivia Lauk. #00:37:28-3#

T: Aha, okay. #00:37:29-9#

I: Ja. #00:37:30-3#

T: Schön. Ja, ja. #00:37:32-3#

I: Ja. #00:37:32-8#

T: Also, ich glaube, wir sind uns hier recht einig. #00:37:37-2#

I: Genau. #00:37:38-4#

T: Was da die Sachen betrifft. Und eben/ also, ich helfe Ihnen gerne, wenn Sie sonst noch Hilfe brauchen, aber ich glaube/ ist das für Sie so gut? #00:37:49-0#

I: Es ist gut, das Einzige vielleicht/ wir haben viele Themen angesprochen. Haben Sie noch etwas/ ich habe jetzt auch meinen Fragebogen parallel neben mir gehabt. #00:37:59-1#

T: Mhm (bejahend). #00:37:59-7#

I: Und wir haben so/ da sind alle Themen, die ich mir jetzt notiert habe/ haben wir besprechen können. Die Frage ist einfach, ob Sie noch etwas weiteres haben, das/ ich sage jetzt Arbeitsgesetz, Überzeit oder irgendwie so etwas, das wir jetzt nicht besprochen haben, das noch in den Leitfaden rein müsste? #00:38:18-9#

T: Okay. Ich habe jetzt den Leitfaden nicht wieder angeschaut. (...) Warten Sie, lassen Sie mich mal schnell fünf Minuten. #00:38:30-9#

I: Ja. #00:38:31-4#

T: (unv. #00:38:32-2#) also, nur schnell zum Arbeitszeitgesetz. Da ist ja eben/ auch für das Symposium habe ich die Frau Rainer, glaube ich, eingeladen. Die ist mir empfohlen worden von (unv. #00:38:49-2#). #00:38:49-8#

I: Ja? #00:38:50-6#

T: Die arbeitet beim Amt für Wirtschaft und Arbeit im Kanton Zürich und die ist absolut on the top of it. Die weiss jeden Buchstaben von dieser Verordnung, vom Arbeitszeitgesetz. Und die sei sehr/ also, da gibt's natürlich einfach ein regulatorisches Rahmenwerk, das man im Moment befolgen muss. Ist ja klar. #00:39:20-1#

I: Ja, ja. #00:39:21-8#

T: Aber ich weiss, dass der/ die Panel Discussion, die ich dort plane/ dort würde der Herr Philipp (...) Rahm, glaube ich? Genau, Rahm. (unv. #00:39:35-7#) so ein Inputreferat halten. Das ist einer von/ ein Intensivmediziner, der jetzt fast mit voll/ mit anderem beschäftigt ist vom Kantonsspital Baden. #00:39:47-1#

I: Ja. #00:39:47-6#

T: Der tut auch bei (unv. #00:39:49-3#) ist er irgendwie für das Arbeitsmodell und so zuständig. Und der/ mit dem habe ich eben ausführlich geredet und er ist auch schon am USZ gut bekannt beim HR, weil er will durchsetzen/ das, was sie in Baden gemacht haben, nämlich, dass man nicht mit 50 Stunden plant sondern irgendwie mit 46. #00:40:10-4#

I: Ja, ja. #00:40:11-1#

T: Und zwar weil/ vier Stunden müssen sowieso strukturierte Weiterbildung sein. #00:40:17-4#

I: Ja. #00:40:17-9#

T: Und einfach, wenn man mit 46 Stunden plant, dann/ dann gibt's einfach ein bisschen so spatzig nach oben, wenn halt Not am Mann ist oder so, ohne, dass man durch das schon irgendwelche Reglemente verletzt. Und das hat sich offenbar in Baden eben bewährt. Und darum habe ich auch den Chefmediziner von Baden auch noch eingeladen für die Panel Discussion. #00:40:46-2#

I: Ja. #00:40:46-7#

T: Weil der ist offenbar ziemlich dagegen gewesen, als sie das dort haben wollen lancieren. Und dann hat er wie müssen. Und ist jetzt total dafür. Also, das ist/ #00:41:00-0#

I: Ah, super. #00:41:01-3#

T: (unv. #00:41:01-9#). Also, die wollte ich auftreten lassen, weil eben/ ich glaube, die Planung muss anders gemacht werden, damit/ und das wird vielleicht nicht einmal so wahnsinnig viel kosten. Also, der Rolf (unv. #00:41:18-4#) ist jetzt auch schon gut informiert, er will auch zu dem Meeting kommen, falls das stattfindet. Also, irgendwann wird es ja stattfinden! (lacht) #00:41:26-2#

I: Genau, ja. #00:41:27-2#

T: Wenn nicht am 12. Juni, dann halt später. Also, auf jeden Fall: Das sind auch noch alles ganz wichtige Elemente. Oder? Es muss ja/ man darf einfach nicht planen/ so planen, dass man das Gesetz verletzt. #00:41:42-0#

I: Ja, ja. #00:41:42-6#

T: Und dafür muss man so planen, dass/ dass es einfacher ist, das Gesetz nicht zu verletzen. Oder? #00:41:48-2#

I: Ja, ja. Okay. #00:41:51-8#

T: Jetzt lese ich noch schnell weiter, weil/ (liest murmelnd). (...) Ja. (liest murmelnd). Ja, das sind alles gute Fragen. (...) Was ist Ihr Karriereziel? Da werden Sie sehen: Bei den Männern wird es heissen Klinikdirektor, bei den Frauen wird es heissen: Vielleicht Oberärztin. (lacht) #00:42:27-6#

I: Okay? (lacht) #00:42:29-4#

T: Nein, das ist einfach nur so/ #00:42:32-9#

I: Ja. #00:42:34-0#

T: Ja, das ist/ das ist gut. (...) Also, im Moment kommt mir nichts in den Sinn. Also, es ist so der/ was heisst jetzt Arzt (unv. #00:42:54-7#). Im Titel heisst es: Interview Leitfaden Arzt Thorax Chirurgie. Aber das wollen Sie ja nicht nur in der Thorax Chirurgie machen? #00:43:02-4#

I: Nein, nein, das ist jetzt nur ein Beispiel. #00:43:06-2#

T: Alles klar. #00:43:07-1#

I: Genau, ja. #00:43:08-0#

T: Ja. #00:43:11-0#

I: Also, haben Sie vielleicht auch das Gefühl, dass/ dass eine Vermischung besser/ also, sinnvoller ist als nur auf eine Gruppe? #00:43:19-0#

T: Ja, ja. Auf jeden Fall. #00:43:21-0#

I: Ja. #00:43:21-5#

T: Mhm (bejahend). #00:43:28-4#

I: Also, sowohl Internisten wie auch Chirurgen? #00:43:25-2#

T: Ja, ja. Es gibt ja noch andere Leute in Pathologie, Radiologie, was weiss ich/ sozusagen/ das sind so Berufe, wo es noch mehr Flexibilität erlaubt, würde ich meinen. #00:43:44-7#

I: Ja. #00:43:45-9#

T: Und von denen gibt's mehr als man meint. Wenn man so voll in der Klinik ist, hat man das Gefühl: Es gibt nur uns. #00:43:55-4#

I: Ja, klar. #00:43:57-1#

T: Aber es gibt schon noch/ ja, ja, gut. Wissen Sie/ also, das Problem ist ein bisschen, dass so viele Umfragen immer wieder kommen. #00:44:05-1#

I: Genau. #00:44:05-7#

T: Die Leute sind ein bisschen müde. Ich habe jetzt zum Beispiel eine Umfrage von einer Masterarbeit von einer Medizinstudentin aus Bern/ habe ich jetzt einfach on hold. Ich habe ihr gesagt: Jetzt hat es überhaupt keinen Sinn, so etwas zu verschieben. Die ist schon lange dran, will das schweizweit machen und hat alles schon vorbereitet. Und jetzt sind Umfragen gewesen wegen den Arbeitszeitmodellen vom HR. Und vorher war/ (...) also, es ist immer wieder und die Leute sind ein bisschen/ die Beteiligung ist immer ein bisschen das Problem, wie gut die ist. Und ob es nicht die machen, die sowieso sozusagen/ (...) also, die an sich dafür sind. Oder? Also, dass es nicht ganz repräsentativ ist, auch die wenigen, die es machen. Aber eben, das ist so, das kann man nicht ändern. #00:44:57-5#



I: Ja, und darum habe ich das Gefühl, mit den Interviews kann ich das vielleicht ein bisschen besser abholen. Ich habe es jetzt gemerkt: Vieles ist ähnlich, was die Leute sagen. Und ich tue jetzt das ja eigentlich/ #00:45:11-1#

T: Ja. #00:45:12-9#

I: Ich sage, ich wähle die Leute dann zufällig aus. #00:45:17-2#

T: Ja. #00:45:17-9#

I: Und/ und eben, meine Frage ist halt eher so ein bisschen gewesen, was ich jetzt in der Literatur einfach so ein bisschen gefunden habe: Entweder gibt's ganz spezifische Auswertungen in dem Sinn, wo man sagt: Ich habe in der/ in einem Maximalversorgungsspital in dieser Klinik die Gruppe. #00:45:38-2#

T: Ja. #00:45:38-8#

I: Und/ oder dann gibt's so/ so ganz übergeordnete Umfragen, wo es heisst: Ja, wir haben/ ich sage jetzt einfach: 2000 Fragebögen an alle Spitäler in der Schweiz gesendet. Und so. Oder? #00:45:51-8#

T: Ja. #00:45:52-4#

I: Und mein Ziel wäre, dass ich so ein bisschen dazwischen bin, wo man/ wo man doch gewisse Tiefe hat, aber doch auch ein bisschen allgemeingültige Aussagen machen kann, wo eben jetzt auch/ auf der institutionellen Ebene nützt, wo man sagen kann: Doch, es nützt dem Spital, (lacht) wenn sie das jetzt umsetzt. Oder macht. Oder? Weil eben, vor allem/ das hilft immer, wenn man die wirtschaftlichen Folgen mit einbezieht, wenn man sagt: Die Fluktuation sinkt. Das heisst: 100'000 Franken pro Mitarbeiter spart man. Wie auch immer das aussieht. Oder? #00:46:27-0#

T: Nein, nein. Das ist gut. Also, jetzt/ ich verstehe jetzt: Sie wollen das ja nicht verschicken, das sind alles Interviews? #00:46:33-4#

I: Genau. #00:46:34-6#

T: Den Leuten/ und Qualitative, die Sie dann/ okay. #00:46:38-7#

I: Genau. Und das Einzige, mit dem ich mich noch ein bisschen schwierig tue, ist, wie ich die Interviews genau/ also, ich meine, dass ich nicht 200 machen kann ist auch klar. Aber darum habe ich jetzt gemerkt/ so, ich sage jetzt die kritische Grösse, wo jetzt auch in der Literatur immer so gemacht wird, sind eben so ungefähr 50.  
#00:46:59-5#

T: Okay. #00:47:00-3#

I: Und dann habe ich jetzt eben so überlegt, so von der Aufteilung, ob ich halt jetzt so ein bisschen eher bei den Chirurgen bleibe oder ob ich wirklich durchs Band alles ein bisschen/ #00:47:08-3#

T: Mhm (bejahend). #00:47:09-0#

I: Mache. Und insbesondere auch alle Berufs-/ also, Karrierestufen. Oder? Ich würde gerne von den Assistenten bis zu den Klinikdirektoren Personen haben, um auch ein bisschen ein Gespür zu bekommen: Wie/ wie es dort aussieht. Oder? #00:47:26-8#

T: Ja, ja. Aber in dem Fall muss ich schon sagen: Wenn Sie halt mehrere Karrierestufen haben/ bei 50/ da können Sie sich nicht zu fest ausweiten. #00:47:39-8#

I: Ja. #00:47:40-5#

T: Da würde ich vielleicht sogar mir überlegen, ob man nicht nur die Chirurgie nehmen soll. #00:47:45-8#

I: Ja. #00:47:46-3#

T: Weil dort ist es fast am schwierigsten. Oder? Da kommen immer die Argumente, die ich (...) gut verstehe, dass man halt in Teilzeit viel länger hat in einer Lernkurve bei Operationen und so. #00:47:59-6#

I: Ja. #00:48:00-4#

T: Und so weiter. Also/ (...) ja. Das wäre/ das ist vielleicht sogar aussagekräftiger, wenn Sie es würden nur aufs chirurgische Gebiet beschränken. #00:48:19-8#

I: Hätte ich eben auch gedacht. Aber ich habe gedacht/ eben, Sie sind hier ein bisschen der Profi. #00:48:26-0#

T: Nein, gar nicht. Ich habe es einfach gemacht! (lacht) Aber ich würde meinen, bei mehr als 50/ ist wirklich ein riesiger Aufwand. Und um die 50/ wenn Sie da/ was weiss ich? Schon Untergruppen haben von Assistenten, Oberärzten, Leitende, Klinikdirektoren/ das sind ja schon vier Unterstufen, sozusagen. #00:48:46-7#

I: Genau. #00:48:47-4#

T: Wo sie dann vielleicht doch etwas aussagen können. Dann würde ich mich eigentlich eher doch nur aufs Chirurgische beschränken. #00:48:56-1#

I: Ja. #00:48:57-1#

T: Ja. (...) Ja. #00:48:59-6#

I: Okay. #00:49:01-0#

T: Eben, da müssen Sie selber schauen. (lacht) #00:49:03-6#

I: Eben, ich muss da noch ein bisschen/ aber es hilft mir jetzt doch. Ich habe das Gefühl, ich habe zum Teil Internisten jetzt gehabt und Chirurgen und man merkt das schon. Es ist wirklich ein anders Denken. Ja, einfach/ (...) auch von der Planung her, dass halt gewisse, die jetzt eher Sprechstunden einfach haben/ dass das halt schon einfacher planbar ist als bei den Chirurgen, wobei es nicht unmöglich ist. Es geht auch. Und es muss halt aber auch dort wieder/ wir haben das auch schon dort gehabt, wir haben das halt/ die Vorgesetzten oder halt die Planung, dass man sagt: Okay, am Dienstag planen wir jetzt bei uns jetzt irgendwie die anatomischen Resektionen und dann schauen wir halt, dass die Person einfach dann da sein muss, damit man sie dann auch einsetzen kann. Und gleichzeitig aber die anderen auch nicht vernachlässigt, weil die verlieren ja dann auch die Motivation, wenn die einfach sagen: Nur, weil die Person jetzt/ ich sage jetzt eine Familie hat oder irgendetwas/ (...) wird die bevorzugt. #00:50:05-7#

T: Ja, ja. Das geht schnell. #00:50:07-8#

I: Das Gefühl darf dann auch nicht sein. #00:50:10-3#

T: Okay. #00:50:10-9#

I: Okay, super. #00:50:12-1#

T: Gut. #00:50:12-9#

I: Vielen Dank. #00:50:14-0#

T: Ist gern geschehen und viel Erfolg und ich bin im Prinzip da. #00:50:18-5#

I: Ja, sehr gern. Wenn ich eine Frage habe. Und eben, ich freue mich dann sehr auf das Symposium. #00:50:24-0#

T: Ja, ich hoffe, dass das noch wie geplant stattfinden kann. (lacht) #00:50:25-6#

## Interview 08

I: Also vielen Dank Sven, dass du dir die Zeit nimmst. Ich würde mit der Frage starten, wie so ein typischer Arbeitsalltag bei dir aussieht? #00:00:12-2#

B: Das kommt ein bisschen auf den Wochentag an, aber ich bin etwa um sieben, viertel nach sieben im Haus und schaue am Computer gewisse Röntgenbilder an, sehe das Postfach durch, schaue den (Triage?)-Ordner durch, weil ich für die Disposition zuständig bin. Je nachdem, was im Operationssaal geplant ist, geht man noch Patienten anschauen, die am gleichen Tag, wie die Operation stattfindet, eingetreten sind. Und dann ist der Rapport um viertel vor acht. Jetzt im Moment ist natürlich eine spezielle Situation. Aber man trifft sich dann im Rapport-Zimmer, geht dann anschließend auf die Intensivstation und auf die IMC. Und je nach Operationsprogramm und das ist eben auch vom Wochentag abhängig, geht es dann in den Operationssaal oder ins Café. (lacht) #00:01:16-1#

I: (lacht) #00:01:16-1#

B: Und dann, ja, wie gesagt, am Dienstag habe ich am Vormittag sonst Sprechstunde. Ansonsten ist eigentlich meistens irgendwas im Operationssaal. Und der nächste Fixpunkt ist im Prinzip dann der Rapport am Nachmittag um drei. Außer man hat ein Tumor-Board am Montag oder das Pneumo-Kränzchen am Donnerstag, wo man um eins schon sich mit den Kollegen trifft und Fälle bespricht. Und zwischendurch ist man einfach immer wieder im Büro und erledigt administrative Aufgaben. Alle zwei Wochen haben wir eine Laborsitzung, wo man verschiedene Sachen bespricht. Und zu Semesterzeiten sind Studentenkurse, die mich noch betreffen, manchmal am Dienstagnachmittag, wo man zwei Stunden Studentenunterricht am Patient macht oder mit ihnen in den Operationssaal geht. Ja, das sind eigentlich so die fixen Zeiten. Dann gibt es noch einmal in der Woche einen Journal (unv., undeutlich) am Mittwoch, um fünf. Und ja, der Arbeitstag hört dann in der Regel so gegen sechs auf. #00:02:50-0#

I: Okay, danke. Wie siehst du so ein bisschen die Herausforderung in dem Alltag? #00:02:59-9#

B: Die Herausforderung ist vor allem, dass wir zwar ein relativ konstantes Team haben von Kaderärzten, die sich seit vielen Jahren sehr gut verstehen, wo jeder weiß, was er vom anderen erwarten darf. Dass wir aber sehr viele junge Mitarbeiter immer wieder haben, also auf ärztlicher Seite, die man, ja, ausbilden darf, die aber auf sehr, sehr unterschiedlichem Niveau abgeholt werden müssen und das ist, finde ich, noch die größte Herausforderung, dass man da versucht jedem Assistent, weil jeder Assistent hat natürlich gewisse Erwartungen, wenn er zu uns kommt, in Bezug auf die Ausbildung, das sind Assistenten, die Chirurgie machen wollen, es sind Assistenten, die ein Fremdjahr machen. Es gibt ganz verschiedene Kategorien, auch solche, die schon ziemlich sicher sind, dass sie Thoraxchirurgie machen wollen. Und die haben

unterschiedliche Erwartungen, auch unterschiedliche Fähigkeiten. Und den allen ungefähr gleich gerecht zu werden, das finde ich eine der größten Herausforderungen. Und eine weitere Herausforderung ist, dass wir die doch recht umfangreichen administrativen Anforderungen zeitgerecht erledigen. Seien das jetzt die Austrittsberichte oder die Sprechstundenberichte, die genau gleich, mit sehr unterschiedlicher Qualität von den zuständigen Assistenten zurückkommen. Und ja, ich bin jetzt nicht so der Organisationshirsch und deswegen ist das für mich persönlich auch noch eine relativ große Herausforderung. Weil ich rede lieber mit den Patienten und gehe gerne operieren und die administrative Tätigkeiten sind jetzt nicht so mein Lieblingsfach im Alltagsgeschäft. #00:05:07-6#

I: Hat sich das jetzt in den letzten Jahren auch ein bisschen verändert? #00:05:13-9#

B: Also die Klinik/ Ich bin ja jetzt seit 97 eigentlich da mit der Thoraxchirurgie verbandelt, seit 99 gab es eine eigene Abteilung. Damals gab es einen Chef-, einen Oberarzt und vier Assistenten, da war ich einer davon. Und die Klinik ist halt immer mehr gewachsen. Man musste verschiedene Umzüge mitmachen, weil es einfach innerhalb vom USZ nicht immer einfach ist, einen festen Platz zu bekommen. Man hat sich teilweise Stationen geteilt, musste an verschiedene Orte gehen und auch die Intensivstation und die IMC, das hat sich alles im Laufe der Zeit sehr gewandelt. Und durch das konstante Team hat sich das aber alles recht gut bewältigen lassen und ja, es ist einfach, das Patientenvolumen ist immer größer geworden. Das ist im Prinzip ja auch gut. Und die Aufteilung der verschiedenen Aufgaben, die man in der Klinik abdecken muss, sind durch das Größenwachstum vom Team natürlich immer wieder so ein bisschen angepasst worden. Da hat sich schon einiges gewandelt. Also ich meine, wir haben das Glück gehabt, ich finde das positiv, dass wir ein konstantes Team haben über viele Jahre. Das ist in sehr vielen Kliniken nicht so, da ist sehr viel mehr Unruhe. Und das schätze ich eigentlich da bei uns, dass hat der Professor Weder eigentlich recht gut hinbekommen. Aber es sind natürlich immer wieder Leute gegangen. Es sind immer wieder Leute aus dem erfahreneren Kader gegangen, wo man dann gewisse Aufgaben weitergeben musste und das bezieht sich natürlich nicht nur auf die klinische Tätigkeit, sondern auch auf die Forschung und Lehre. Und da hat es auch für mich speziell jetzt, der am Anfang vor allem in der Forschung involviert gewesen ist, die ersten zwei Jahre, hat sich das sehr geändert. Da hat ein anderer Kollege die Forschungsabteilung geleitet, als ich da angefangen habe, respektive ich bin zwischendurch mal dreieinhalb Jahre weg gewesen, da hat das in der Zeit jemand geleitet und der ist dann nach einem Jahr, als ich wieder zurückgekommen bin, 2003 gegangen und ich habe das dann übernommen. Und dann hat es dort auch Umzüge gegeben, man hat die Räume gewechselt. Wir haben einen ganz kleinen Raum gehabt am Anfang und jetzt haben wir zwei recht große Räume eigentlich. Also das sich in den letzten zwanzig Jahren ziemlich zum Größeren entwickelt, muss ich sagen, auch von den Mitarbeitern. Also ich war 97 der einzige Research Fellow. Und jetzt gibt es zwanzig oder so, zwanzig Mitarbeiter in der Forschung, so grob über den Daumen gepeilt. Das weißt du besser. #00:08:24-0#

I: Genau. Ja, wahrscheinlich kommt das etwa hin. Also das heißt, dass jetzt die steigende Administration auf das Patientenvolumen zurückzuführen ist oder auf das wachsende Team? #00:08:38-4#

B: Erstens das. Also auf das Patientenvolumen natürlich, das eine kommt, denke ich, mit dem anderen. Und ich glaube, man ist im Rahmen vom Qualitätsmanagement auch immer mehr dazu verpflichtet, gewisse Sachen, die man früher einfach nicht so berücksichtigt hat, zu dokumentieren. Und ich glaube einen großen Sprung hat es natürlich auch gegeben durch die Zertifizierungsgeschichte vom Tumor-Zentrum vor einigen Jahren, wo wir da/ ich meine das Tumor-Board und die interdisziplinäre Besprechung von Tumorpatienten, die gab es schon immer. Es sind einfach damals drei Personen gewesen, der Thoraxchirurg, der Onkologe und der Pneumologe, die haben das untereinander ausgemacht. Und durch die Zertifizierung ist das jetzt seit - Wann ist das erste Mal gewesen? 2005. - 15 Jahre oder so wahrscheinlich. Nein, nicht ganz. Aber sicher zehn Jahre. Es sind immer mehr Disziplinen dazugekommen. Und dadurch hat natürlich jeder seinen Input gegeben. Das ist grundsätzlich eine gute Entwicklung, aber es erfordert einfach auch eine sorgfältigere Dokumentation, damit auch jeder seinen Standpunkt auch wirklich dokumentiert haben kann.  
#00:10:08-2#

I: Und inwiefern unterstützen da, ich sage jetzt die Pflegenden oder Admin oder sonstige Schnittstellenpersonen oder hängt das am Arzt? #00:10:23-7#

B: Ich glaube mit den administrativen Aufgaben ist es grundsätzlich so, dass eigentlich jeder weiß, dass es notwendig und wichtig ist, aber niemand drängelt sich jetzt in die erste Reihe. Und das geht den Pflegenden genauso. Die Pflegenden haben ihre Ausbildung eigentlich aus dem Grund gemacht, dass sie direkt am Patient etwas machen können und nicht irgendwie um die Hälfte der Arbeitszeit vor einem Computer zu sitzen und eine Kurve auszufüllen. Und ähnlich ist es bei den Ärzten auch, oder? Ich meine, wenn wir überlegen, wieviel Operationszeit du als Chirurg effektiv hast, auch durch die Tatsache, dass du ein Ausbildungsspital bist und gar nicht jetzt wie in einer Privatklinik quasi alles selber operierst von A bis Z, sondern der Chef jetzt zum Beispiel einfach seine Leitenden - oder Oberärzte hat, die bei einer dreistündigen Tumoroperation quasi vielleicht eine halbe Stunde dabei ist. Also das ist jetzt kein Durchschnittswert, aber das gibt es. Und dann kommen auch so Sachen zustande, dass ein Chef irgendwie drei Operationen, in Führungszeichen gleichzeitig machen kann, obwohl das rein rechnerisch gar nicht möglich ist, aber er natürlich nicht die ganzen drei Stunden von A bis Z am Patient oder am Operationstisch steht, sondern die entscheidenden Schritte macht. Und insofern entstehen natürlich auch Freiräume für andere Aufgaben, also vor allem jetzt für den Chef, wenn der natürlich andere Verpflichtungen hat, gibt ihm das die Möglichkeit, das auch wirklich parallel in einem zeitlichen Rahmen zu machen, der sonst nicht möglich wäre, wenn er Einzelkämpfer wäre, oder? Und mit der Ausbildung, das ist auch ein wichtiger Punkt, dass man dann natürlich für eine Operation, wenn man das jemandem assistiert, der in Ausbildung ist, mehr Zeit einrechnen muss dafür, als wenn man das selbst macht. Also da kann je nachdem ein Eingriff eine Stunde gehen und wenn du jemandem assistierst, der das zum ersten Mal macht, dann kann es zwei, drei Stunden gehen. Und das ist etwas, was halt auch mit einem größeren Team dann zwar einerseits neue Freiräume eröffnet, aber gleichzeitig auch Zeit bindet. #00:13:12-9#

I: Ja. Okay. Und vielleicht so grundsätzlich mit dem Arbeitsalltag oder mit dem Arbeitszeitmodell, das du jetzt hast, bist du zufrieden oder würdest du etwas ändern?  
#00:13:30-9#

B: (Durchatmen) Also ich muss sagen, ich habe im Prinzip durch die Vielfältigkeit der Aufgaben, sei es jetzt nicht nur mit der Klinik verwurzelt zu sein, sondern auch Forschung und Lehre machen zu dürfen, immer relativ viel Freiräume gehabt, das selbst gestalten zu können. Und das ist eigentlich schon etwas Schönes. Wahrscheinlich wäre es für mich/ ich bin auch mal gerne einen ganzen Tag von morgens bis abends acht Stunden oder auch zehn Stunden im OP. Aber das ist natürlich relativ stark belastend, sowohl mental als auch physisch und wäre wahrscheinlich nicht auf Dauer jeden Tag machbar. Also es ist für mich persönlich wichtig, ein bisschen verschiedene Aufgaben zu haben. Und auch die Möglichkeit zu haben, nach zwei Stunden oder einer Stunde Admin-Tätigkeit zu sagen: Ich mache jetzt etwas anderes. Man sagt da nicht umsonst, für einen Chirurg ist natürlich der Operationssaal ein gewisses Asyl, wo du dich wirklich zurückziehen kannst und quasi mal für eine gewisse Zeit, weil du dich einfach konzentrieren musst dann, in dem Moment. Es ist natürlich nicht möglich, du hast im Hinterkopf immer noch den Druck von Aufgaben, die du vielleicht noch machen musste, wo du Deadlines hast. Aber du kannst dich so auf eine Art zurückziehen und dich auf dein Kerngeschäft konzentrieren und dem ganzen administrativen Alltag ein bisschen entfliehen. Was jemand, der nur im Büro ist, nicht kann. Und das ist natürlich auch mit der Tätigkeit in der Forschung und in der Lehre, ist das auch noch etwas, was ich eigentlich immer extrem spannend gefunden habe, die Mischung der verschiedenen Tätigkeiten und dann aber gleichwohl die verschiedenen Tätigkeiten sowohl zeitlich als auch thematisch irgendwie unter einen Hut bringen zu können. Das ist noch spannend. Und darum bin ich auch gerne jetzt an der Uni, wo du erstens mal in einem größeren Team auch die Freiräume hast, wenn das irgendwie möglich ist und überhaupt die Möglichkeiten hast, dich da in verschiedene Richtungen zu entwickeln. #00:16:11-7#

I: Du kannst das jetzt machen, ich sage du hast die Erfahrung, du hast die Ausbildung. Wäre das früher auch möglich gewesen, so in dem Umfang oder hast du das Gefühl, dass das anders? #00:16:27-2#

B: Ich habe das von Anfang an gar nicht anders gekannt. Ich habe zwar mal in der Herzchirurgie gearbeitet, ein dreiviertel Jahr lang, wo Forschung und Lehre extrem zu kurz gekommen ist, obwohl es an der Uni gewesen ist, weil aber das Team relativ klein gewesen ist und man so eine große klinische Arbeitsbelastung gehabt hat, dass sich das andere gar nicht richtig entwickeln konnte. Und es ist natürlich extrem vom Chef und auch von der Struktur vom Spital abhängig. Ich meine, letztendlich wird natürlich von der Spitaldirektion oder vom Spitalrat auch, die Wegrichtung vorgegeben. Wenn die jetzt sagen: Klar haben sie einen gewissen Auftrag vom Kanton oder der Gesundheitsdirektion, um jetzt nicht nur klinische Tätigkeit zu verrichten, sondern eben auch Forschung und Lehre zu machen. Aber wenn das jetzt von oben diktiert wird und du die entsprechenden Freiräume nicht bekommst, dann kannst du es auch nicht machen. Und das ist sehr vom Klinikdirektor abhängig, wie gut er quasi den Rücken da für die Mitarbeiter freihalten kann. Und bei uns hat das immer sehr, sehr gut



funktioniert, weil da jeder auch großen Wert drauf gelegt hat, dass er jetzt Assistenten einstellt, die nicht nur Interesse haben, in den OP zu gehen, sondern auch wirklich mal Interesse haben, ein Forschungsprojekt anzufangen und zu betreuen. Und genauso mit den Oberärzten. Es ist natürlich immer so, dass es eine Mischung braucht, weil das Hauptgeschäft, also die Betreuung der Patienten, hat eigentlich oberste Priorität. Ohne das geht es nicht. Das bringt auch das Geld ein letztendlich, sowohl in der Klinik als auch im Spital. Aber das andere macht es eben zusätzlich attraktiv. Und mit der Vielfältigkeit kann man auch, das klingt jetzt blöd, wenn man das einem Ökonom sagt, aber dadurch ist die zunehmende Belastung von der Administration nicht so relevant oder kann kompensiert werden. Es ist natürlich auch immer die Frage, wie man damit umgeht. Das ist eine sehr, sehr persönliche Sache. Ob man jetzt sagt, das ist jetzt nur noch lästig, wenn man einen Brief immer wieder zurückbekommt vom Sekretariat. Da gibt es heutzutage eben leider auch noch sehr viele Barrieren oder Gräben zwischen den Ärzten, der Pflege, Administration, die im Alltagsgeschäft absolut relevant sind. Ich meine wir haben, das weißt du auch, immer wieder Assistenten, die sich zu fein sind, um einen Brief irgendwie dreimal vom Sekretariat zurückzubekommen und zu korrigieren und die dann einfach sagen: „Das ist doch nicht mein Job. Dafür habe ich nicht studiert.“ Und da muss man halt aufpassen, dass das auch nicht irgendwie, was weiß ich, zu einer Revolte führen kann, sondern dass man da immer wieder betont und das müssen wir halt von ärztlicher Seite auch machen, wie wichtig es ist. Dass neben der rein ärztlichen Tätigkeit eben die Administration auch ein wichtiges Bindeglied ist zwischen den Zuweisern und den Ärzten im Spital und auch aus rechtlichen Gründen, oder? Letztendlich kann man ja viel sagen, wie man einen Brief formuliert haben will, aber letztendlich, wenn man in einem Beruf arbeitet, wo Fehler tödlich sein können, dann ist das halt extrem wichtig, wie es dokumentiert ist. Sind wir von der Frage abgekommen? Ich weiß es nicht.  
#00:20:36-4#

I: Wie? #00:20:37-6#

B: Sind wir von der Frage abgekommen? #00:20:38-4#

I: Nein, das ist tipptopp, weil es geht auch ein bisschen darum. Das mit der Forschung möchte ich vielleicht noch ein bisschen mehr. Du hast gesagt, bei dir ist es eigentlich immer so gewesen. Aber ist das ein spezielles Modell gewesen oder hast du das eingefordert? #00:20:56-2#

B: Nein, also ich habe während dem Studium schon relativ früh eigentlich Spaß an der Laborarbeit gehabt und habe eine Doktorarbeit in der klinischen Chemie gemacht habe, wo ich wirklich monatelang im Labor gesessen bin und pipettiert habe. Ich habe über Fischöl, Fettsäure im Blut von Gesunden eine Doktorarbeit gemacht. Und da musste ich zwei Semesterferien lang und ein Semester eigentlich neben dem Studium her im Labor verbringen. Das ist also von dem her für eine medizinische Doktorarbeit eine sehr aufwändige gewesen und ich hatte die sogar vor dem Staatsexamen abgeschlossen gehabt. Und hatte darum immer das Gefühl, ich möchte das auch beruflich weitermachen, irgendeine Art von Forschung und Labortätigkeit. Und habe dann am Schluss des Studiums meine Frau kennengelernt, da in der Schweiz.

Und habe ich mich auch für das Ausland interessiert, weil mein Vater da sehr, sehr offen dafür gewesen ist, die haben mich zweimal in die Sprachschule geschickt. Habe während des Studiums dann bei einem Kollegen die Chance gehabt, nach Amerika zu gehen und bin dann dort irgendwie total angefressen gewesen von der Kultur oder Mentalität. Und interessanterweise habe ich mit dem Kollegen, mit dem ich zusammen in Amerika gewesen bin, die Doktorarbeit zusammen angefangen, aber er fand es dann irgendwie nicht so spannend und ist dann ausgestiegen. Und habe dann darum eine Stelle in der Schweiz gesucht und habe mich auf eine klinische Stelle beworben, wie man sagt, als Assistenzarzt, in zwanzig deutschsprachigen chirurgischen Kliniken, also quasi alle in der Deutschschweiz. Keine Chance gehabt als Deutscher - im Jahr 96. Dann hat der Herr Weder eine Forschungsstelle ausgeschrieben gehabt, im Ärzteblatt. Und dort habe ich mich darauf beworben, habe sie nicht bekommen. Das ist über Datenanalyse gewesen bei Emphysem-Patienten. Er hat dann noch so ein Hintertürchen offengelassen und hat gesagt, es sei jetzt gerade sein Oberarzt oder ein Oberarzt, ist ja noch nicht seiner gewesen, in den USA. Der sei jetzt gerade zurückgekommen und der habe einen Grant eingereicht, wo er einen sucht für Schweinelungentransplantation. Und dann fand ich irgendwie, das finde ich cool. Ich hatte dort in der Herzchirurgie, die wenigen Chancen, die es gab, einmal bei Tierexperimenten schon etwas mitgemacht. Und dann habe ich einfach jede Woche angerufen und genervt und gesagt, ich will unbedingt dahin kommen. Das ist mehr aus privaten Gründen gewesen, die Frau ist einfach kurzfristig nach Deutschland gekommen, hat ihr aber gar nicht gefallen. Und dann hat er irgendwann gesagt: Ja gut, jetzt ist das Geld da, jetzt kommen Sie halt. Und dann bin ich zwei Jahre nur in der Forschung als wissenschaftlicher Mitarbeiter gewesen. Habe dann gewusst: Okay, das ist jetzt ein Weg, überhaupt in die Schweiz zu kommen. Und habe dann aber schon relativ früh eigentlich auch Interesse daran gehabt, wieder klinisch zu arbeiten und habe dann gefragt, ob ich Pikettdienste machen könnte im Notfall. Und habe dann dort angefangen, als Pikettist bei den Operationen assistiert. Habe dadurch Leute kennengelernt, auch andere Oberärzte, die in der Forschung tätig gewesen sind, einen Viszeralchirurgen, der zwar einen eigenen Research-Fellow gehabt hat, aber der hat nicht nur Forschung gemacht, sondern der ist auch in der Klinik gewesen, als Assistenzarzt und hat dann für die Schweineexperimente nie Zeit gehabt. Und dann hat immer zwischendurch mich gefragt, also mich quasi ausgeliehen von der Thorax, zur klinischer Viszeralchirurg gewesen. Das war schön, weil es im Hirslanden ist. Und der ist dann ins Limmi gegangen und habe dann irgendwie am Abend bei einem Kaffee dann gesagt: „Ja, nimmst du mich dann mit, dann kann ich meine allgemeinchirurgische Ausbildung fertig machen.“ Und so ist es dann passiert. Und dann hat mich der Weder quasi zuerst dahin ausgeliehen, um Allgemeinchirurgie fertig zu operieren. Und dann bin ich von dort aus und das ist auch etwas gewesen, was als Modell eigentlich typisch gewesen ist für Zürich, dass jeder Oberarzt, der dann habilitieren wollte, Karriere machen an der Uni, mal in der Zeit in Amerika sein musste. Es sind alle mindestens eins, zwei Jahre in den USA gewesen. Und das hat mir, wie gesagt, schon imponiert, das Land. Bis in die Fünfzigerjahre sind die Amis eigentlich immer nach Europa gekommen, jetzt im medizinischen Bereich, um etwas zu lernen und seither ist es umgekehrt, weil die einfach wirklich ein bisschen fortschrittlichere Methoden haben. Und es ist natürlich auch privat ein cooles Erlebnis. Das ist definitiv so, es ist extrem horizonterweiternd. Und das ist die Idee dann eigentlich gewesen, dann nochmal dahin zurückzugehen, aber es ist dann direkt vom Limmi aus nochmal anderthalb Jahre gewesen. Also ich bin dann dreieinhalb Jahre weg gewesen. Habe die chirurgische Ausbildung zwar fertiggemacht, aber dann in der Thoraxchirurgie selber noch nicht so viel Erfahrung gehabt.

Dann heißt das, ich bin dort schon Oberarzt gewesen, dann nochmal anderthalb Jahre Research Fellow und bin dann als Assistent wieder zurückgekommen. Und bin dann zwei Jahre Assistent gewesen. Und dann hat es da noch so Zwischenstufen gegeben damals, Oberarzt-Oberassistent gab es noch, Oberarzt-IV und dann richtiger Oberarzt. Also ich habe dann eigentlich alle Etappen durchlaufen. Und was ich auch schon sehr früh gemacht habe ist und das ist eben dadurch, dass ich die/ es ist dann nicht nur Labortätigkeit gewesen im Sinne von Pipettieren, sondern es ist chirurgische Forschung gewesen. Also wir haben Schweinelungen transplantiert. Das ist vom Technischen her sehr anspruchsvoll. Und du lernst ein bisschen Hemmungen zu verlieren. Das klingt ein bisschen blöd, aber es ist natürlich so, wenn du ein Tier operierst, auch wenn du den vollen Respekt natürlich hast, aber es ist jetzt nicht so ein Drama, wie wenn dir ein Mensch auf dem Tisch verstirbt. Das klingt jetzt vielleicht ein bisschen komisch, aber das ist ja auch ein Prozess, den man durchläuft. Ich kann mich genau daran erinnern, als das erste Säulein auf dem Tisch gestorben ist, ist der Chirurg einfach rausgerannt, weil er gesagt hat: „Ja, jetzt ist es eh vorbei, kannst nichts mehr machen.“ Und ich habe dann noch versucht, das Tier zu reanimieren, obwohl es am Verbluten war. Aber er hat das einfach pragmatisch gesehen, er hat gesagt: „Für das Experiment ist es vorbei, oder?“ Die Transplantation ist gelaufen, das sind ja dann immer zwei Tiere gewesen, du brauchtest ein Spendersäulein und eins, das die Lunge bekommen hat. Dann haben zwei Tiere einfach quasi für nichts sterben müssen. Und das ist mir damals dann erst so bewusst geworden, weil er gesagt hat: „Ja, selbst wenn das Tier jetzt überlebt und du es irgendwie flicken kannst, du kannst es für den Versuch nicht mehr benutzen, weil es aus dem Standardprotokoll rausgefallen ist.“, oder? Das musste ich auch erst lernen, das war ein Prozess. Und dadurch habe ich natürlich auch technisch ein bisschen in der Forschungszeit für den beruflichen Alltag lernen können. Also von daher ist es ein bisschen überlappend gewesen, dass du nicht eine komplett andere Tätigkeit in der Forschung gemacht hast, sondern auch Operationstechnik gelernt hast. #00:29:14-5#

I: Und sind so Modelle jetzt heute noch möglich überhaupt? #00:29:20-1#

B: Man versucht es, ja. Das ist die sogenannte protected Time, die in der Viszeralchirurgie eigentlich glaube ich relativ gut umgesetzt wird. Das ist auch von der Größe vom Team abhängig. Die Viszeralchirurgie ist halt noch sehr viel größer. Die haben immer zwei, drei Assistenten, die nur in der Forschung sind und das für zwei, drei Jahre. #00:29:47-3#

I: Ja. Und wieso ist das abhängig von der Teamgröße? #00:29:51-8#

B: Ja, weil du einfach eine bestimmte Stellenanzahl hast und (...)/ Das ist eine gute Frage, ehrlich gesagt. Wir haben das früher irgendwie mit vier oder fünf Assistenten hingekriegt, dass einer immer für die Forschung freigestellt werden konnte. Es ist vom Patientenvolumen, vom Konsiliarvolumen abhängig, denke ich, weil früher hat man als Oberarzt-IV den Pikett-Sucher gehabt. Und der Weder hat dann immer gesagt: Ja, da ruft eh nie jemand an. Das ist die ersten paar Monate vielleicht auch so gewesen. Aber sobald die Leute dann wussten: Ah, da ist jemand erreichbar, der ein bisschen Ahnung hat, ist das einfach immer mehr geworden. Und jetzt, klar gibt es

immer wieder Tage oder Wochen, wo nicht viel los ist, aber unsere Assistenten würden sich bedanken, wenn sie irgendwie jetzt Tag und Nacht den Sucher hüten müssten. Ich glaube, es ist auch vom Arbeitszeitgesetz am Anfang noch ein bisschen anders gewesen. Das klingt jetzt ein bisschen abgedroschen. Das haben vor allem die alten Chirurgen früher immer gesagt: Wenn wir/ Wieviel hat man offiziell? 42 Stunden? #00:31:23-8#

I: Ah, es sind 50. #00:31:25-2#

B: Ah nein, 50, das ist ja Deutschland, da ist es noch schlimmer. 50 Stunden-Woche, wenn man da mit den derzeitigen Alltagsbelastungen irgendwie zurecht kommen muss, dann ist es vom Operationsvolumen nicht möglich, in sechs Jahren, was man eigentlich ursprünglich mal als Richtwert gehabt hat, den Facharzt Chirurgie zu machen, sondern du brauchst dann zehn Jahre. #00:31:53-4#

I: Ja. Aha, wenn du auf 50 runtergeht. #00:31:55-8#

B: Wenn man nur 50 Stunden arbeitet, oder? Früher hat man gesagt, um all die Operationen, die man für den Katalog haben muss, erfüllen kann, dann muss man mindestens 70 Stunden arbeiten pro Woche, sonst kann man es nicht in sechs Jahren schaffen. Ich weiß nicht, ob das einer mal konkret ausgerechnet hat? #00:32:21-0#

I: Nein, aber das wäre vielleicht etwas, ja. #00:32:22-2#

B: Und heute muss man ja die Assistenten vielfach einfach nach Hause schicken. Ich meine, für das Arbeitszeitgesetz ist ja Corona jetzt im Moment ein Segen, weil jetzt die ganzen Überstunden abgebaut werden können. Und früher hat das immer so ein bisschen einen Beigeschmack gehabt, der, der Chirurg werden will, muss so quasi auch in seiner Freizeit ein bisschen da sein und sich freiwillig melden für Operationen, die auch in der Nacht sind oder so. Und heutzutage hat man vielleicht manchmal das Gefühl, es gibt zwar schon immer wieder Assistenten, die sagen: „Also wenn eine Transplantation ist, ich möchte da unbedingt dabei sein, rufst du mich an, egal ob es am Wochenende oder in der Nacht ist.“ Und es gibt aber auch wirklich solche, die sagen: „Ich komme schon, aber es muss hell sein draußen.“, und es gibt solche, die sagen: „Es interessiert mich jetzt nicht.“ Das gibt es. Und die sagen aber trotzdem, sie wollen irgendwie Chirurg werden, was für mich dann persönlich auch nicht so ganz zusammen passt. Also du musst dich irgendwie ein bisschen anbieten und sagen, es ist ja in jedem Beruf so, wenn du irgendetwas Spezielles erreichen willst und ich denke nach wie vor, dass die Chirurgie ein spezielles Fach ist innerhalb der Medizin, dann musst du ein bisschen mehr Engagement zeigen als jemand, der um acht anfängt und um fünf heimgeht. #00:33:58-9#

I: Hast du aber das Gefühl, dass, ich sage jetzt von den Jungen, grundsätzlich gleichviele ein Interesse an der Chirurgie haben? #00:34:07-9#

B: Ich denke schon, ja. Es haben sich die Fächer natürlich auch viel mehr aufgesplittet. Früher gab es wirklich die Allgemeinchirurgie noch, wo du dich auch gar nicht so früh entscheiden musstest, in welche Richtung du gehen willst. Wieviel Uhr ist eigentlich? Um vier muss ich dann auf die Visite. Ah ja. Und das ist, (...) ja, durch die Spezialisierung, also gerade bei uns erleben wir sehr viele, die sagen, die möchten plastische Chirurgie machen. Auch vor allem weibliche Mitarbeiter, weil es dort eher die Möglichkeit gibt, innerhalb der Chirurgie, die ein Vollzeitfach ist, gibt es natürlich gewisse Sub-Spezialitäten, wo man sich eher eine Teilzeit vorstellen kann. Ob das in der Thoraxchirurgie machbar ist, man hat es einfach noch nie richtig zu Ende gedacht. Aber es ist in den großen, sage ich mal, ich will jetzt nicht sagen, dass plastische Chirurgie kein großes Fach ist, aber es ist ein chirurgisches Fach, wo man sich auch niederlassen kann, wo man in einer Praxis kleinere Operation machen kann. Das geht jetzt zum Beispiel in der Thoraxchirurgie nicht. Da gibt es zu viele, jetzt gerade Krebsoperationen, das sind einfach große Operationen, die sollte man nicht irgendwie in der Praxis machen. #00:35:32-9#

I: Okay. Aber du hast noch etwas Interessantes gesagt. Du hast das Gefühl, es würde gehen, aber es passiert noch/ also ich sage jetzt zum Beispiel im Teilzeit oder das ist auch noch so eine Frage, die ich noch so ein bisschen habe, Chancengleichheit, also ich sage jetzt Frauen und Männer, dass das und auch mit dem Thema quasi: Musst du auf Familie verzichten als guter Chirurg oder nicht? Also das sind so ein bisschen/ #00:36:04-2#

B: Das sind große Fragen. Ich meine, wir haben natürlich jetzt eine Chefin, die das lebt, die beweist, dass es geht, Karriere und Familie nebenher zu haben. Dass es rein von der Zeit her gar nicht anders möglich ist, dass die Kinder einen gewissen Abstrich oder Verzicht haben, gegenüber der Mutter, das ist so. Und das ist eine sehr, sehr persönliche Sache. Ich persönlich bin damals froh gewesen, dass meine Frau, die ja auch aus dem medizinischen Bereich kommt, aber nicht eine eigene Karriere verfolgen wollte, sondern sie hat gesagt: „Wenn Familie, dann bleibe ich zu Hause und schaue auf die Kinder.“ Bei meinen Eltern ist das noch ganz klassisch gewesen, die Rollenverteilung. Also mein Vater hat meiner Mutter damals gesagt: „Du musst nicht arbeiten.“ Und hat auch gemeint: Du sollst nicht arbeiten. Ich bin da im Prinzip völlig offen, aber ich muss sagen, ich bin froh, dass ich nicht den Spagat machen musste, den viele Familien heutzutage machen müssen, dass ich mich quasi jetzt wirklich auf das Berufliche konzentrieren konnte. Vielleicht auch einiges verpasst habe dadurch im Erziehungsbereich oder die Kinder nicht so im Detail habe aufwachsen sehen können. Das merkst du eben erst, wenn sie zwanzig sind, wie schnell das ging und wieviel du verpasst hast. Von dem her ist es heutzutage sicher eine coole Option, wenn man auch als Mann einen Teil übernehmen kann. Ich finde es schön, wenn das jedes Paar oder jede Beziehung oder jede Familie für sich selbst entscheiden kann. Ich selber finde es schade, wenn die Kinder mit jemand Fremdem aufwachsen müssen, wenn es jetzt nicht aus der eigenen Familie Großeltern oder Geschwister sind, sondern du dann eine Nanny brauchst, wo du dann auch wieder den vollen Lohn zahlen musst. Abgesehen davon ist es natürlich auch immer wieder so, dass du dann letztendlich nicht die volle Kontrolle über die Erziehung hast. Oder? Sondern die werden natürlich ein Stückweit von der Nanny erzogen. Sei das jetzt die Großmutter oder. Das kann auch ein Vorteil sein, natürlich. Aber das ist dann einfach

etwas anderes. Aber das muss jeder für sich selber entscheiden. Ich finde es eigentlich cool, wenn man das heutzutage individuell frei entscheiden kann. Und ich denke auch, dass es bei uns nicht nur möglich ist, als Frau jetzt wirklich in der Chirurgie voll Karriere zu machen, das ist immer noch, wie soll man sagen, es ist unterrepräsentiert, das Modell von der Isabelle, oder? #00:39:11-0#

I: Woran liegt das? #00:39:13-9#

B: (Seufzen) Ein grundsätzliches Rollenverhalten, das glaube ich immer noch in den Köpfen drin ist. #00:39:20-9#

I: Okay. Also nicht ein organisatorisches Problem? #00:39:25-1#

B: Nein. Ich glaube nicht. Also heutzutage wirst du ja nicht mehr ausgelacht, wenn du Hausmann bist. Also doch, es gibt schon noch Leute, die das belächeln, auf eine Art, aber das ist völlig unberechtigt. Weil es kann ein Vater genauso ein erfolgreicher Erzieher sein und genauso gut eine Mutter völlig versagen in der Erziehung. Also ich glaube, das ist nicht geschlechterabhängig. Klar können wir noch nicht schwanger werden, das wäre sicher auch noch etwas, was man ausprobieren könnte. Aber das ist jetzt halt mal von der Natur nicht so vorgesehen. Aber alles andere lässt sich einrichten und das in praktisch allen Berufsgruppen, würde ich sagen. Und es müssen auch einfach innerhalb der Familie alle auch mit dem Modell einverstanden sein. Und das erlebe ich eben jetzt auch in der eigenen Familie, dass da viele Männer Mühe damit haben, wenn zum Beispiel die Frau mehr verdient, als sie. Das ist einfach noch so ein altes Rollenverhalten, was sich irgendwann mal mit der Zeit auswachsen wird, dass man das geschlechtsneutral anschauen kann. Und ich denke mal, bis auf die Schwangerschaft und die Geburt und das Stillen kann man ab einem gewissen, sehr frühen Lebensalter, auch als Vater die Erziehung vollumfänglich übernehmen. Ich finde, es ist immer schön, wenn man das nicht allein machen muss, wenn man sich da austauschen kann. Und wenn es natürlich für beide ein Teilzeitmodell gibt, dann ist das vielleicht natürlich die perfekte Lösung. Weil dann haben die Kinder von beiden Elternteilen etwas und beide verdienen. Es kann natürlich auch, wie gesagt, für meine Mutter ist das immer schwierig gewesen, nicht selbst zu verdienen und immer abhängig zu sein vom Mann. Das ist ja für viele auch der Grund, dass sie jetzt nach dem Mutterschutz wieder arbeiten wollen. Nicht jetzt wegen der Arbeit selber oder so, dass es ihnen langweilig wäre mit den Kindern, sondern wirklich, dass sie unabhängig bleiben. Ich denke, das spielt eine große Rolle. #00:41:56-4#

I: Ja. Aber hast du jetzt das Gefühl, dass das jetzt schon auch in unserer Klinik möglich ist? #00:42:02-8#

B: Ja. #00:42:05-1#

I: Weil wir haben ja jetzt niemanden, der #00:42:06-4#

B: Also die Olivia. #00:42:07-6#

I: Teilzeit arbeitet. #00:42:08-4#

B: Teilzeit nicht, nein. #00:42:10-0#

I: Aber siehst du das als Möglichkeit, dass das ein Modell sein kann, dass man sagt: Okay, weil/ also ich sage jetzt das andere Beispiel. Ich sage jetzt, eine Isabelle hat es geschafft. Aber es kann ja nicht jede Frau so Fähigkeiten haben wie die Isabelle oder die vielleicht sagt: „Ich möchte das auch alles, aber ich kriege es vielleicht nicht hin.“ Also sie hat es jetzt irgendwie geschafft, aber es müsste ja irgendwie ein Modell geben, wo jetzt, ich sage eine „0815-Frau“ das auch schafft. #00:42:45-6#

B: Ja. Ich denke, das ist möglich. Es ist sicher schwierig im Rahmen der Ausbildung. Ich glaube, da muss man es schon Vollzeit machen, weil sonst verliert man sich dann. Und das ist halt auch genau das Problem, weil die, die in der Ausbildung sind, sind in der fruchtbarsten Zeit und bekommen dann natürlich die Familien oder die Kinder und das ist wahrscheinlich ein bisschen die Schwierigkeit. Aber möglich ist das sicher, dass man auch innerhalb der Ausbildung sagt, sagen wir jetzt, die Olivia kommt zwei Tage in der Woche arbeiten und ist zwei Tage oder drei Tage zu Hause und der Mann umgekehrt. Und das Problem ist dann einfach, dass es irgendwie sehr gerecht sein muss für alle anderen. Und das ist glaube ich die größte Schwierigkeit, weil du natürlich immer dann Präferenzen hast, dem einen oder anderen gegenüber und andere dadurch neidisch werden. Also jetzt gerade als Beispiel, die Olivia und Katharina. Die sind vom Ausbildungsstand her vielleicht etwa gleichweit, von dem, was sie noch machen müssen für den Facharzt, wahrscheinlich hinkt Katharina jetzt inzwischen sogar ein bisschen hinterher. Und Katharina ist fast doppelt so alt. Sie hat einen völlig anderen Weg hinter sich, hat schon Kinder, die erwachsen sind und ist von daher, ich sage mal „flexibler“, nach dem alten Rollenbild. Also gut, sie ist auch alleinerziehend gewesen. Und wenn jetzt die Olivia so ein Teilzeitmodell machen würde, wo sie dann zwei Tage da ist, dann will sie natürlich in den zwei Tagen natürlich möglichst viel für ihre Ausbildung machen und entsprechend viel operieren. Und das erzeugt zwangsläufig Neid bei den anderen. Viele andere Oberärzte, die das auch machen möchte, die dann sagen: „Ich bin jetzt hundert Prozent da, wieso darf ich nicht gleichviel operieren, wie die Olivia?“ Und ich glaube, das ist die größte Schwierigkeit, um solche Modelle umzusetzen. Und gleichzeitig, was ich auch extrem wichtig finde, das Level von Neid und eigener Motivation und Erfüllung von dem, was du von deinem Job erwartest, so zu balancieren, dass jeder einigermaßen zufrieden ist. Ich glaube, das ist die größte Schwierigkeit. Sei das jetzt, um eine Firma zu führen. Du kannst natürlich irgendein Ziel haben und so und so viel pro Jahr produzieren wollen. Und wie du das erreichst ist ja dann wahrscheinlich am besten, wenn du jeden seinen Fähigkeiten entsprechend am besten einsetzt. Aber wenn es darum geht, eine Ausbildung, wo jeder „gleichschnell“ vorankommen sollte, formell, das ist nie so. Weil also in der Medizin jetzt, in der Chirurgie ist das ganz schwierig, weil du kannst nicht fix sagen: „Du machst jetzt einen Monat lang das und nur das.“ Weil erstens ist

es nicht so regelmäßig, wie man es gerne planen würde und zweitens sind die Fähigkeiten von jedem Einzelnen auch unterschiedlich. #00:46:33-0#

I: Aber das heißt, was müsste denn passieren, dass das dann geht? Also eben, das heißt, wir müssten ein Modell haben, das gerecht ist. Gibt es aber auch eine Möglichkeit, dass man zum Beispiel sagt, ich sage jetzt mit Geld? Also dass man zum Beispiel sagt: „Gut, du kannst das Modell haben.“ Also ich sage jetzt zum Beispiel eben zwei Tage zu Hause und die zwei Tage, die du in der Klinik bist, kannst du dafür operieren, dafür verdienst weniger und gibst das zum Beispiel der anderen Person? #00:47:08-1#

B: Wäre eine Möglichkeit, ja. #00:47:10-5#

I: Sind solche Modelle realistisch oder siehst du eher, dass man andere Ansätze müsste? #00:47:16-2#

B: Jeder ist käuflich. #00:47:16-9#

I: Oder müsste man andere Ansätze wählen? So meine ich es. #00:47:23-9#

B: Also du kannst es natürlich einfach direktiv sagen und sagen, um jetzt beim Beispiel zu bleiben: „Die Olivia operiert jetzt einfach die und die Eingriffe allein, bis sie ihre Zahl zusammen hat.“ Das ist nicht sinnvoll, finde ich, weil da werden die anderen total frustriert sein. Sondern du musst irgendwie immer einen Ausgleich finden und ich glaube, wenn du eine chirurgische Ausbildung anstrebst, dann wird das Geld allein nicht reichen. Du musst wirklich dann andere Anreize schaffen, dass diejenigen zufrieden sind. Du kannst ja das jetzt bei uns zum Beispiel so machen, dass die eine der anderen etwas assistiert und beide können es sich dann anrechnen lassen als Operation. Das machen wir ja auch. Und da muss man halt hin- und herswitchen, dass jeder so quitt ist. Das ist meine persönliche Meinung. Ich bin einfach ein harmoniesüchtiger Mensch. Und das ist eben schwierig, das ist eben die Schwierigkeit. Es ist einfacher zu sagen: „Nur die Olivia operiert jetzt ein Jahr lang und fertig.“ Dann ist es klar. Dann ist es auch, je nachdem wie offen, also man muss es ja dann offen kommunizieren, dann ist es kommuniziert. Und wie du die anderen dann bei Laune hältst oder ob es dir egal ist, wenn die alle paar Monate gehen und neue kommen, das ist, finde ich, noch eine Schwierigkeit. #00:48:59-0#

I: Oder einfach auch andere Modelle, also ich sage jetzt zum Beispiel Jobsharing oder eben Teilzeit, so Modelle, wären das Möglichkeiten? Also du hast jetzt viel Erfahrung, ist das realistisch, dass man das in der Chirurgie (macht)? #00:49:18-9#

B: Ich glaube, das ist möglich, wenn du jetzt, sagen wir mal zwei Gleichgesinnte hast. Also wenn du zwei Olivias hättest, wo die eine irgendwie am Montag, Dienstag da ist, operiert und die andere Donnerstag, Freitag und den Rest der Woche sind sie zu



Hause bei den Kindern oder bei der Familie, dann ist jeder zufrieden. Also du hast deinen Teilzeitjob. Du kannst trotzdem an deiner Ausbildung weitermachen. Man darf dann halt nicht erwarten, dass man gleichschnell fertig ist mit der Ausbildung wie jemand, der hundert Prozent da ist. Aber ich denke machbar ist es schon. Es muss einfach, finde ich, eine Balance geben, dass irgendwie zwei Gleichgesinnte sich abwechseln. Die müssen sich dann vielleicht nicht mal gut verstehen, denn die können sich ja dann aus dem Weg gehen und sind vielleicht nur am Mittwoch zusammen da. Und können sich dann da austauschen oder auch nicht, wie es halt sein muss. Aber das wäre eine Möglichkeit, dass du wirklich dann zwei Gleichgesinnte hast. Oder du teilst halt wirklich jedem sein Spezialgebiet zu, wo er sich dann drin verwirklichen kann. Das hat man bei uns schon ansatzweise versucht. Aber es ist halt immer so gewesen, dass man gesagt hat, jeder muss im Prinzip so ein bisschen alles können, weil man sich gegenseitig vertreten müssen können. Also mindestens zwei Leute müssen dann zum Beispiel transplantieren können müssen. Weil du kannst nicht einen permanent irgendwie on Call haben. #00:51:01-2#

I: Ja, okay. Aber das heißt, also es wäre theoretisch gesehen möglich? #00:51:07-1#

B: Ich denke schon, ja. Also auch praktisch. Das könnte man schon machen. #00:51:12-2#

I: Da gibt es für dich organisatorisch/ dann ist einfach halt an einem Tag die eine da und die Aufgaben müssen sie dann halt selber untereinander, also mit einem (Bericht?). #00:51:22-6#

B: Ja. Projekte dann halt an einem zusätzlichen Tag oder an einem Mittwoch. Ich weiß auch nicht, wie man das dann machen könnte. #00:51:31-9#

I: Und das heißt aber auch, dass die sich eben untereinander, aber mit den Zusatzaufgaben oder ich sage, die Gesamtklinikorganisation, also damit würde es auch gehen? #00:51:50-2#

B: Ich denke schon, ja. Ich meine, es ist ja/ (...) (zieht Luft durch Zähne ein) Was immer schwierig ist, was ich jetzt auch in den letzten zwanzig Jahren da erlebt habe oder immer wieder erlebt habe, ist die Mischung der Persönlichkeitsstrukturen. Oder? Wenn du zwei, drei Alphas miteinander hast in einem relativ kleinen Unternehmen, wie es das ist, dann fetzt es einfach ab und zu. Das kann sehr stimulierend sein, ist aber auf Dauer auch recht zermürend. Und irgendwann geht dann der eine oder andere. Das heißt, du musst eine Mischung haben, es gibt ja da die verschiedenen Typen mit Farben, supportativ, direktiv. Was gibt es noch? Es war mal eine da, die uns alle analysiert hat. Und von dem her hatten wir da eine relativ gute Mischung, dass jeder so seine Aufgabe hat im Team, jetzt nicht formell, sondern einfach wie er gestrickt ist. Und wenn da zwei oder drei vom einen Charaktertyp da sind, dann ist es vielleicht zu viel. Und (...) was wollte ich jetzt sagen? #00:53:25-7#

I: Ja, es ging eben darum, dass es geht, wenn einfach die Ausgeglichenheit in dem Fall im Team noch bleibt. Dass es eben von allen ein bisschen alles ist. #00:53:35-4#

B: Also das jeder seinen Platz hat, jetzt nicht nur im Dienstplan, sondern auch innerhalb vom Team. Oder, es gibt solche, die das Team vorwärtstreiben, es gibt solche, die das Team unterstützen, es gibt solche, die das Team zusammenhalten und es braucht von jedem ein bisschen Charakter. #00:53:55-5#

I: Ja. Also dass es auch so ein Modell, also du kannst schon, ich sage jetzt, als Teilzeitler haben, aber es ist mehr, man kann dann den Dienst abdecken, man kann das abdecken, aber man sollte auch die Persönlichkeitsfrage mit berücksichtigen. Wenn wir alles, ich sage jetzt direkte Teilzeitler haben, die einfach wenn sie da sind ziehen und gehen, aber kein Teamleben mehr da ist, dass es dann eben auch nicht funktioniert. #00:54:20-0#

B: Ja genau, also die zwei, die dann Teilzeit arbeiten, müssten wahrscheinlich einfach etwa gleich ticken, dass es dann auch nahtlos einen Übergang gibt. Das ist eben jetzt, in der Admin merkst du die Schwierigkeit irgendwie, dass wenn du viele Teilzeitleute hast, dann fragen die blöden Ärzte einfach: „Wieso ist jetzt der schon wieder heute nicht da?“ Und es liegt aber auch daran, weil die Leute so unterschiedlich sind. Und deswegen ist es wahrscheinlich so, Teilzeitpärchen müsste man irgendwie haben, die etwa gleich ticken. Ich weiß, das ist schwierig zu finden. #00:55:05-9#

I: Nein, ich weiß schon. #00:55:06-2#

B: Und da gibt es sicher auch einen Fachbegriff dafür, aber du weißt, was ich meine. Jetzt jemand, der nicht in die gleiche Bresche schlägt, wie der andere Teilzeitler, das funktioniert dann irgendwie nicht. Das ist wie dann eine gespaltene Persönlichkeit in einer Hundertprozentstelle. #00:55:29-3#

I: (lacht) Ja, genau. Vielleicht auch dann langsam zum Abschluss so ein bisschen grundsätzlich, also die Sachen haben wir jetzt alles eigentlich gehabt mit Leuten, die in Ausbildung sind. Leute, die die Ausbildung abgeschlossen haben, dort ist das gut möglich, einfacher möglich, anders möglich mit Teilzeit, Jobsharing. Also so habe ich das jetzt verstanden, dass die Schwierigkeit eher wirklich bei denen besteht, die noch in Ausbildung sind, auch was Forschung angeht. Und sobald man das abgeschlossen hat, ist es einfacher? #00:56:05-7#

B: Ja. Ich glaube, man muss einfach für die Teilzeitstelle dann gewisse Nischen finden und definieren. Zum Beispiel du kannst nicht einen Teilzeitler - Ja, könntest du zwar auch. - komplett jetzt ins Dienstsysteem integrieren. Weil Teilzeitler verstehen ja die Meisten eigentlich darunter, nicht irgendwie zwei Wochen frei haben und zwei Wochen arbeiten, sondern zwei Tage frei haben und drei Tage arbeiten. Und wenn

du einen Dienstplan machen musst, dann ist das schwierig. Also es ist auch/  
#00:56:42-6#

I: Wäre es einfacher/ #00:56:42-6#

B: Ja, wir haben jetzt blöderweise eine Woche am Stück, oder? Es wäre auch möglich. Je nachdem, wie die Dienstbelastung ist. Der Didier hat schon oft gesagt, wenn er irgendwie zwei Nächte hintereinander kommen musste: „Ich mache das nie mehr. Wir splitten die Woche jetzt auf.“ Das wäre auch möglich, das geht alles. Ich glaube, es wäre alles möglich, oder? Und es ist eben, was wir auch immer wieder gesagt haben, es wäre schön, wenn wir jemanden auf der Station hätten, der fix zuständig ist, sei das jetzt von den Assistenten oder von den Oberärzten. Das ist für die Pflege dann auch einfacher, wenn sie immer den gleichen Ansprechpartner haben, über mindestens einen Zeitraum von drei, vier Monaten, so wie wir es bei den Assistenten jetzt haben. Bei den Oberärzten haben wir es jetzt einfach wochenweise. Das ist halt auch immer noch etwas, was von der Pflege zum Beispiel als Bindeglied zum Patient, nicht immer geschätzt wird. Die hätten am liebsten einfach immer einen konstanten Ansprechpartner. Und da ist man halt immer wieder am Herumprobieren. Und da gibt es wahrscheinlich gar keine perfekte Lösung. Da hatte ich auch ein bisschen drüber nachgedacht für das TPL-Zentrum, hat man ja auch eine designierte Transplant-Station, wo man gesagt hat, man möchte einen internistischen Oberarzt, der auch fix dort ist für die ganzen Medikamentenanpassungen. Das ist immer daran gescheitert, dass jede Klinik ihr eigenes Programm hat. Und da sind wir von der Lunge immer sehr präsent gewesen. Und von der Viszeralchirurgie hat es dann immer wieder Situationen gegeben, wo keiner irgendwie zuständig gewesen ist. Und das hat immer wieder zu Diskussionen geführt. Und dann hat man gesagt, man sucht einen Oberarzt, der für chirurgische Patienten zuständig sein soll, der aber nicht in den OP will. Also eigentlich ein Chirurg, der nicht operieren will. Und das gibt es eigentlich nicht. Das ist entweder einer, der total frustriert ist, der nicht operieren kann. Oder du findest einen Internisten, der Spaß hat an diesen Patienten, Transplantation, Immunologie, das Fach spannend findet und gleichzeitig mit diesen komischen Chirurgen auskommt, die viele Male am Tag einen Termin verschieben. Das ist extrem schwierig gewesen, so jemanden zu finden. Und das wäre wahrscheinlich halt auch etwas, was jemand, der Teilzeit macht vielleicht so eine Stations-Oberarzt-Position bekleiden könnte. #00:59:29-7#

I: Also auch noch eine Nische? #00:59:32-2#

B: Ja. #00:59:32-4#

I: Ja, okay. #00:59:34-0#

B: Wie gesagt, das mit dem Operieren, auch das ist möglich, wenn man sagt, man operiert nur zweimal in der Woche Patienten mit Hyperhidrose. Dann kommt einfach für die zwei Tage eine Olivia oder eine Gabi und macht das, hat dann an einem dritten Tag vielleicht noch die Sprechstunde für die Patienten und macht dann aber

nichts anderes. Und das macht den Meisten dann nach einer gewissen Zeit wahrscheinlich keinen Spaß mehr. #01:00:03-2#

I: Ja. Weil es langweilig wird? #01:00:04-8#

B: Ja. Wenn du schon innerhalb von deinem Fach noch auf gewisse Sachen geschränkt bist, das sind wir einfach nicht gewohnt. Vielleicht gibt es einzelne Leute, die das dann gerne machen, die zufrieden sind mit dieser kleinen Nische. Aber die meisten von uns, wie ich es jetzt kenne/ Ich glaube selbst der Ilhan würde jetzt nicht nur transplantieren wollen. Sondern der (unv., undeutlich) das einplanen kannst, das sind Notfalleingriffe, sondern der macht auch immer noch gerne große Chirurgie und das. (...) Auch der Didier. Ich meine ja. #01:00:43-2#

I: Die Abwechslung? #01:00:44-8#

B: Die Vielfalt macht eben den Beruf so spannend und das ist dann wahrscheinlich, finde ich, aus meiner Sicht irgendwie die Schwierigkeit für eine Teilzeitstelle. Aber vielleicht, das sind alte Denkstrukturen. #01:01:02-0#

I: Gut, aber eben, das könnte ja ein Modell sein, dass man sagt: „Okay, du kannst Teilzeit, aber nur die vier Sachen und das fünfte und sechste ist einfach bei dir nicht.“ Und dann kann man sagen: „Gut, vielleicht wenn das jemand will.“ Und vielleicht nützt es ja dann auch die Klinik vielleicht auch wirtschaftlich, weil man sagt, die nimmt dann jemanden wieder nach. So, vielleicht das. #01:01:25-2#

B: Haben wir denn Anfragen für Teilzeitstellen? #01:01:28-3#

I: Nein, es ist jetzt mehr im Rahmen der Arbeit. #01:01:32-5#

B: Jetzt von Kaderärzten. Gut, du schreibst ja eine Stelle aus. Und das ist ja bis jetzt noch nie eine 50-Prozent-Oberarztstelle gewesen. #01:01:39-2#

I: Genau, man hat es halt noch nie gemacht. Das ist halt jetzt auch etwas, was ich im Rahmen der Arbeit eben herausfinden will. Dass man sagt, ja, ist die Akzeptanz da? Was braucht es für Sachen? Was ist möglich? #01:01:53-4#

B: Ich glaube, es ist theoretisch und praktisch möglich, aber es braucht ein gutes Team, das das mitträgt. Und für meine Begriffe einfach auch eine Persönlichkeit, die so eine Teilzeitstelle ausfüllen kann, ohne dass den anderen daraus Neid entsteht. Ich glaube, das ist innerhalb der Chirurgie ein großes Risiko. Das erlebe ich einfach jeden Tag. Oder? Mit diesen (Weiber zusammen?). Jeden glücklich zu machen ist fast nicht möglich, oder? Auch heute jetzt, die Olivia hat gesagt, sie hat gestern mit

der Assistentin geredet und alle wollen einfach in den OP. Das heißt es ist heute für jeden Eingriff ein anderer Assistent dagewesen. (Geräusch Motor) Und dann musst du halt je nachdem, welche Assistenten kommen, musst du halt dann jedem neu sagen, wie er die Hände waschen muss. Und das ist auch eine große Herausforderung. Da hast du dann mehr gewonnen und es ist in der Regel auch für die Assistenten befriedigender, wenn du sagst, du hast mindestens mal eine Woche lang einen Assistenten fix im OP, dann weiß er am Freitag mindestens, wie er die Hände waschen muss. #01:03:10-4#

I: Ja, das sind so ein bisschen die Themen. #01:03:13-6#

B: Ja, auch in den Gesprächen, die wir mit den Assistenten führen, ist das das A und das O in der Chirurgie. Die wollen einfach in den OP, die wollen das Desinfektionsmittel riechen. Das kannst du jetzt natürlich überall. Aber das ist halt das, warum du dich auch für die Chirurgie entscheidest, du willst Blut sehen, oder? #01:03:31-1#

I: Okay. Vielleicht noch so als Abschluss. So grundsätzlich mit der Work-Life-Balance, die du jetzt hast, bist du zufrieden? #01:03:41-2#

B: Also ich bin einer von denen, die/ (...) oder ich gehöre nicht zu der Kategorie Ärzte oder Chirurgen, die sage würde: Ich könnte nicht länger als zwei Wochen in die Ferien gehen, mir würde langweilig werden. Das ist auch so ein altmodischer Spruch, wo alle immer gesagt haben: „Dir wird doch langweilig, wenn du so viel frei hast.“ Ich könnte mir gut vorstellen, ein Jahr einfach nichts zu machen und mir würde garantiert nicht langweilig werden. Das ist genauso, wenn die Leute behaupten: „Ich könnte nie im Leben jemanden umbringen.“ Das kann ich nicht bestätigen. Ich wäre dazu imstande. Wenn jemand meiner Familie etwas antut, ich wäre im Stande dazu, definitiv. Ich bin jemand glaube ich, der, wenn ich mich jetzt mit dem Ilhan zum Beispiel manchmal unterhalte, der relativ schnell abschalten kann, der jetzt schon auf dem Heimweg auch mal wirklich alles andere, was da hintendran liegt, vergessen kann. Warum das geht weiß ich nicht. Ich habe jetzt nie einen speziellen Yogakurs gemacht oder so. Ich denke auf der anderen Seite, ich habe nicht irgendwie zu wenig Empathie für die Patienten. (Geräusch Motor im Hintergrund) Also es gibt sicher viele Fälle, die mir recht nahe gehen, auch persönlich. Aber trotzdem versuche ich das Leben wirklich zu genießen. Was für mich glaube ich wichtig ist, ist dass ich eben nicht nur in der Freizeit Spaß habe, sondern auch beim Arbeiten. Ich glaube, das merkt man auch. Ich versuche eigentlich immer, die Leute zum Lachen zu bringen. Ich sehe das fast zwischendurch als meine Hauptaufgabe innerhalb vom Team. Und ich finde das wichtig. Weil wenn ich morgens da hinkomme und keine Lust habe zu arbeiten und nur darauf warte, dass es Abend wird, dann ist es das nicht. Und ich glaube, das ist wahrscheinlich noch das Wichtigere als das, was du in deiner Freizeit machst. Sondern dass du auch beim Arbeiten irgendwie/ wer hat das neulich mal gesagt irgendwie, ein alter Arzt, wo wir da jetzt am neuen Ort das Sommerfest gehabt haben, letztes Jahr. (Geräusch Motor) Der hat gesagt: „Wenn ein Lehrer, der sehr viel Ferienzeit hat, nach fünf Wochen Angst hat, um wieder anzufangen, dann ist es nicht das Richtige.“ Also du musst dich jeden Tag quasi vom letzten erholen können, damit sich das nicht anstaut. Ja, (Knall im Hintergrund) natürlich hast du nicht jeden

Tag gleichviel Lust arbeiten zu kommen. So grundsätzlich muss es einfach so sein, dass du den anderen Leuten ins Gesicht schauen kannst und dich nicht verstecken musste oder dich nicht vor den anderen verstecken musst. Ja, ich glaube das ist wichtig, bei der Work-Life-Balance, dass auch die Work nicht irgendwie aus der Balance kommt, sage ich mal. #01:07:13-2#

I: Ja, sicher. Okay. Aber so im Groben, ich sage jetzt auch mit dem Modell, das du jetzt hier hast oder so, das ist gut? Seien es Arbeitszeiten, Überstunden, all die Themen? #01:07:27-5#

B: Bin ich eigentlich auch nie anders gewohnt gewesen. Ich finde es eben auch immer spannend, was wir machen. Es ist sehr vielseitig. Und auch dass man einerseits halt ein konstantes Team hat, wo man immer wieder bekannte Gesichter sieht, aber auch immer wieder neue sieht. Seien das das jetzt neue Assistenten oder auch Studenten. Ich meine, das hält auch jung, irgendwo, wenn du immer da die Küken unterrichten musst, in Anführungszeichen. Ich glaube für mich ist es einfach die Mischung, die auch den alltäglichen Job attraktiv macht. Und klar nervt es mich manchmal, wenn ich jetzt den TPL-Dienstplan habe oder jetzt im Dezember, Januar allein gewesen bin für die Entnahme. Also das heißt, da hätten sie jederzeit anrufen können. Wo da (Ilka?) nicht mehr da gewesen ist und die Claudia noch nicht dagewesen ist. Aber mit der Zeit drängst du das so ein bisschen in den Hintergrund. Also ich kann nicht oder ich bin auch nicht der Typ, der jetzt von 1. Dezember bis 31. Januar zu Hause sitzt und neben dem Telefon wartet, bis es klingelt. Das ist halt auch das. Du musst dich ein bisschen distanzieren können und mental abschalten. Und ja, ich glaube, das kann ich relativ gut. #01:09:02-7#

I: Okay. Ja, aber dann erholt man sich ja dann auch. #01:09:05-4#

B: Ja. Und ich meine, es ist auch, wenn du so eine Transplantation machst, dann bist du zwar erschöpft, aber es ist auch eine gewisse Befriedigung drin. Es ist jetzt nicht so, dass du nur Steine schleppst und irgendwie der Berg nicht kleiner wird. Es ist zwar meistens etwas Destruktives, was wir machen, außer jetzt bei der Transplantation, schneiden wir ja meistens irgendetwas weg. Es ist nicht, wie wenn du ein Haus baust und dann anschauen kannst. Das wäre vielleicht auch noch etwas, was ich mir vorstellen könnte, Architekt zu sein oder so und wirklich etwas zu erschaffen. Aber das mache ich dann eben in der Freizeit. Eben die Fotografie oder ein paar Hobbies halt auch noch neben der Familie. Eigentlich zu viel für die Zeit, die man hat. #01:09:58-8#

I: Ja, das ist manchmal ein bisschen das Problem. Okay. Ja, hast du sonst noch etwas, was du jetzt gerne würdest/ was für die ganze Thematik wichtig ist, was wir jetzt vielleicht noch nicht besprochen haben? #01:10:11-1#

B: Geht es denn dir darum, auf der Admin-Seite speziell etwas zu bewegen oder generell in so einem Klinikbetrieb? #01:10:21-6#

I: Mehr generell. Also mir geht es wirklich, ich sage jetzt die Hauptfragen sind, das was wir jetzt viel gehabt haben, erstens eben so ein bisschen Stress, also Mitarbeiterzufriedenheit im weitesten Sinn, andererseits auch heraus zu spüren, was sind Treiber? Zum Beispiel eben das, was jetzt viele sagen, der Chef. Es ist immer noch so, ob das jetzt gut oder schlecht ist, der Chef in einer Klinik ist der, der entscheidet. Zum Beispiel. Und so Themen. #01:10:58-3#

B: Das ist übrigens lustig, dass du das so sagst. Treiber ist bei meiner Karriere viel mein Vater gewesen, wahrscheinlich. Er ist Maschinenbau-Ingenieur und sein Ziel für mich ist eigentlich immer gewesen: Zum Chef werden. Und er ist sehr stolz gewesen, als ich mich da zweimal beworben habe und einerseits enttäuscht gewesen, als es dann nicht geklappt hat, aber andererseits, mit mir zusammen wahrscheinlich auch, hat er verstanden, warum das nicht geklappt hat. Gut, es sind natürlich immer eben verschiedene Opportunities, aber letztendlich kann ja nicht jeder Chef werden, oder? Und vielleicht wäre es für mich auch nicht die richtige Rolle, einfach aufgrund vom Charakter und vom vielleicht zu geringen Arschlochfaktor, den es braucht, um nicht nur Chef, sondern auch ein erfolgreicher Chef zu sein. Es sagen mir zwar immer wieder Leute: „Wenn du Chef bist, dann komme ich wieder zurück.“, oder was weiß ich was. Also ich bin schon, das klingt jetzt vielleicht ein bisschen überheblich, aber schon eine Art ein Sympathieträger, aber hätte wahrscheinlich nicht in gewissen Situationen nicht die nötigen Eier, um dann eine Klinik auch wirklich vorwärts zu bringen. Weil nur mit Harmonie geht es halt nicht. Das hat der Weder mir auch immer so ein bisschen vorgeworfen, dahingehend, dass er ganz klar gesagt hat, ich habe eine wichtige Rolle in dem Team, aber ich müsste lernen, mich auch mal unbeliebt machen zu können. Und das ist immer für mich extrem schwierig. Das ist für mich überhaupt nicht erstrebenswert. Aber ich sehe, je länger je mehr, die Notwendigkeit, dass das sein muss. Aber für mich persönlich muss es nicht sein. #01:13:13-4#

I: Ja, aber das ist ja jedem das seine auch. #01:13:17-5#

B: Und er ist da sicher ein Treiber, weil ich meine, sie sind ja Nachkriegsgeneration. Sie haben mir das ermöglicht, den Weg zu gehen, haben mich da auch extrem unterstützt während dem Studium, wo ich nichts zahlen musste. Ich bin natürlich auch ein Einzelkind und nicht eines von vieren oder was weiß ich. Und ein gewisser Treiber ist natürlich auch neben dem rein medizinischen Interesse und dass du natürlich auch mit vielen neuen Leuten Kontakt bekommst, obwohl ich ja grundsätzlich total schüchtern bin, ist sie auch ein bisschen stolz zu machen, dahingehend, dass ich das wieder so ein bisschen zurückgeben kann. Jetzt also der Dokortitel und die Habilitation und ich hoffe irgendwann nochmal die Professur, so lange sie es noch erleben und auch jetzt halt da Teil von dem Team zu sein, also ich glaube, das macht sie auch stolz und das ist für mich persönlich auch extrem wichtig. Und ja, also eben klar, dass man mit der Forschung auch Gelegenheit hat, auf internationale Kongresse zu gehen, sich mit anderen Forschern und auch anderen Kulturen auszutauschen, das ist ein großer Treiber für mich auch immer gewesen. Das ist vielleicht auch eine gewisse Sehnsucht, die in der Kindheit unerfüllt geblieben ist, weil wir die Mutter meines Vaters zu Hause gehabt haben, mit Parkinson, die gepflegt worden ist und wir

sind die in die Ferien gegangen. Bis ich 20 gewesen bin, sind wir einmal in Österreich in den Ferien gewesen. Wenn ich dann denke, wo meine Kinder überall schon gewesen sind. #01:15:08-4#

I: Ja, das hat sich jetzt schon ein bisschen geändert. #01:15:10-0#

B: Das musste ich alles nachholen. Ja und was natürlich auch ein Treiber ist, das klingt abgedroschen, aber wenn natürlich Patienten ihre Dankbarkeit zeigen, das ist schon unbezahlbar. Das ist extrem wertvoll. Natürlich motzen sie auch immer wieder. #01:15:31-1#

I: Gut, aber das ist immer, oder? #01:15:33-4#

B: Aber einer, der dann irgendwie nach fünf Jahren schreibt oder wo du auch wirklich sagen kannst, klar hätte die Operation auch jemand anderes machen können. Aber (unv., undeutlich): „Das ist jetzt gut, dass wir für den (Herrn Müller?) gerade Zeit gehabt haben heute.“ Das ist schon, also die Dankbarkeit der Patienten, ich glaube das ist unbewusst vielleicht sogar das Befriedigendste am Ganzen, der größte Treiber. #01:16:02-4#

I: Ja, eigentlich macht man es ja auch ein bisschen für das, also ultimativ. #01:16:07-1#

B: Es geht halt manchmal unter im Alltag. Das ist (unv., Überschneidung) gewesen. #01:16:12-4#

I: Wenn du einem Menschen das Leben wieder lebenswert oder eben überhaupt verlängern. #01:16:17-4#

B: Das Leben verlängern und Lebensqualität wenn möglich erhalten oder verbessern. Jetzt bin ich wahrscheinlich viel zu spät für die Visite. Hoppla! #01:16:30-0#



## Interview 09

I: Genau, also vielen Dank Raphi, dass du dir die Zeit nimmst. #00:00:05-1#

B: Gerne, sehr gerne. #00:00:06-3#

I: Ich würde eigentlich gerne mit der Frage starten, wie der typische Arbeitsalltag von dir aussieht. #00:00:14-7#

B: Also jetzt einmal abgesehen von der Forschung im Klinikalltag? #00:00:18.4#

I: Ja, sagen wir einmal zuerst der Klinikalltag. #00:00:20-4#

B: Ja. Ein Klinikalltag fängt damit an, dass ich ins Spital komme am Morgen. Dass ich, wenn ich jetzt zum Beispiel Station habe, mich kurz einlese über die Patienten. Bin etwa um sieben im Spital. Habe dann eine Dreiviertelstunde Zeit, um mich einzulesen. Schau etwas durch, ob schon Labor/ gewisse Laborwerte da sind. Ob am späteren Abend noch Pathologie-Resultate gekommen sind. Und gehe dann am Morgen um Viertel vor Acht an den Rapport. Und dann haben wir etwa eine halbe Stunde lang oder knappe 20 Minuten lang einen Rapport. Wo wir besprechen, was in der Nacht stattgefunden hat. Da bin ich mehr oder weniger involviert. Wenn ich Dienst habe, bin ich relativ fest involviert. Wenn ich nur Sprechstunde habe, bin ich quasi nicht involviert. Weil ich dort/ Weil ich eigentlich nachher direkt in die Sprechstunde gehen würde. In der letzten Zeit war es jetzt auch so, dass ich direkt in die Sprechstunde gegangen bin und nicht mehr an den Rapport gehen musste am Morgen. Dann geht man auf die Visite. Also zuerst auf die IMC Visite, das ist unsere Überwachungsstation. Dann auf die IPS Visite. Oder umgekehrt. Je nachdem wie früh wir mit dem Rapport fertig waren. Und dann würde ich mich wirklich der klinischen Tätigkeit widmen. Der Sprechstunde. Gehe ich in die Sprechstunde runter. Und auf der Station. Gehe ich auf die Station und mache Visite. Jetzt vielleicht auch mal so ein bisschen der klassische Stationsalltag auf den ein bisschen einzugehen. Dort fängt es damit an dass ich mich noch einmal kurz einlese über die Patienten. Vielleicht nochmal einen letzten Bericht fertigstelle. Weil ich erst auf die zehn Uhr normalerweise Visite mache. Und ich versuche oder so auf halb zehn. Und versuche mich nochmals gut einzulesen. Und nochmal alles vorbereitet zu haben, was ich für Fragen stellen will. Bei den Patienten. Und nachdem mit der Pflege die Visite. Lasse noch die Patienten austreten, die austreten sollten bis um zehn. Und die Visite ist dann normalerweise kurz vor dem Mittag fertig. Dann habe ich etwa noch eine Stunde Zeit, um irgendein Sandwich zu essen. Und parallel noch die paar Verordnungen, die ich in der Visite besprochen habe. Und gehe dann an die weiteren Rapporte. Das sei zum Beispiel das Tumorboard am Montag oder sei es Pneumo-Lunch am Donnerstag, den wir haben. Und am Nachmittag auf die drei gibt es den Nachmittagsrapport. Und immer dort dazwischen habe ich nochmal kurz ein bisschen Zeit um Sachen zu erledigen. Manchmal kommt dann auch die Pflege hinein und bespricht

mit dir Sachen. Und am Nachmittagsrapport besprichst du nochmal was den Tag hindurch passiert ist. Was für Operationen du hattest. Und gerade wenn du auf der Station eingeteilt bist, ist das der Moment, wo du nochmal Fragen anbringen. Die eben vielleicht nicht nur gerade den Dienstoberarzt betreffen sondern auch gerade der Klinikdirektor oder die Klinikdirektorin besprechen sollte. Nach dem Nachmittagsrapport mache ich auf der Station noch (unv. #00:03:24-8#)-Visite. Gehe nochmals durch, was für Fragen da sind. Und mache mich dann daran Berichte zu schreiben. Und dann ist normalerweise/ Der Nachmittagsrapport geht etwa eine Stunde. Vielleicht noch mit Röntgen-Rapport eineinhalb Stunden. Und dann ist/ ist vier, halb fünf und etwa auf die fünf, halb sechs fange ich an mit dem Berichtschreiben. Und das geht dann nochmal an einem Tag wo meine Unterassistenten schon ein bisschen etwas vorschreiben konnten, geht das eine Stunde, eineinhalb. Und an einem Tag wo ich nicht so Unterstützung habe, geht es ein bisschen länger. Und dann ist eigentlich alles erledigt. Und dann gehe ich nach Hause. #00:04:03-2#

I: Okay. Wo siehst du so ein bisschen die Herausforderungen in deinem, ich sage jetzt in deinem typischen Arbeitsalltag? #00:04:12-7#

B: Ich glaube, in der medizinisch oder im Spitalalltag ist eine der grossen Herausforderungen ist so ein bisschen die Planung. Dass man sich den Alltag ein bisschen effizient plant. Und dass man nicht mit Kleinigkeiten Zeit verliert. Man kann sich extrem lange mit Gesprächen mit der Pflege oder Gesprächen mit den Physiotherapeuten und so weiter oder Gespräche mit anderen Kliniken aufhalten. Und verliert da halt relativ viel Zeit, die man dann eben braucht um einen guten Bericht zu schreiben oder um am Abend zu einem vernünftigen Zeitpunkt heimzukommen. Das ist ein bisschen ein Punkt, Organisation. Und was auch in die Organisation hineinkommt ist nichts zu vergessen. Weil es sind pro Patient dutzende Kleinigkeiten, wo man daran denken muss. Sei es/ Sind sie zum Beispiel schon an einem Röntgen-Rapport besprochen worden. Sind sie schon an einem Tumor-Board besprochen worden. Haben sie dieses und jenes Formular, das wir im KISIM erfassen müssen. Haben sie das alles schon. Und man muss sich ein wenig ein gutes Schema aufbauen, dass man solche Sachen nicht vergisst. Dass man eben zum Beispiel auch nicht vergisst, einen gewissen Laborwert, den man am Nachmittag bei dem und dem Patient noch einmal nachbestellt hat, nochmal zu kontrollieren. Weil das blödeste, was dir kann passieren, ist, an etwas daran zu denken, dann merken der Laborwert ist ein bisschen komisch, nochmal kontrollieren oder nochmal abnehmen lassen. Und dann vergessen noch einmal drauf zu schauen. Dann gehst du heim und wenn dann ein Problem ist, dann können ja alle sagen, du hast es ja gesehen aber du hast einfach vergessen darauf zu schauen. Das ist so ein bisschen eine Herausforderung. Sonst das medizinische ist ja etwas, das man eigentlich im Studium gelernt hat. Und klar, das ist am Anfang eine Herausforderung. Aber ich finde mit der Zeit hat man so ein bisschen die Routine und weiss wie man die klassischen Krankheitsbilder kann/ kann behandeln, die wir haben. Sei es ein Vorhofflimmern. Sei es Atemnot bei einem Patienten, der vielleicht noch ein Asthma hat. Aber ja ein wichtiger/ vielleicht noch ein letzter Punkt ist, was noch eine Herausforderung, ist so ein bisschen seine Grenzen zu kennen. Zu wissen, wo/ was sind Sachen, wo man sich selber wohl fühlt. Zum selbstständig machen und selber entscheiden und selber beurteilen und was sind Sachen, wo man muss rückfragen. Den Oberarzt rückfragen oder ins Konsil stellen. Beispielsweise. Und am Anfang ist sicher zu empfehlen, dass man eher niederschwellig rückfragt.

Logischerweise. Und mit der Zeit wird es glaube ich auch gern/ oder ein bisschen erwartet, dass man Sachen selbständig entscheidet. Und dort so ein bisschen das Limit, die Limite zu finden. Zwischen was ist jetzt etwas, wo/ eben hat zum Beispiel der Dienstoberarzt zufrieden ist, wenn man es selber entschieden hat. Oder ist es etwas, wo jetzt der Dienstoberarzt gefunden hat, das hätte man lieber mit ihm rücksprechen sollen. Das ist noch schwierig. Und variiert manchmal auch zwischen den verschiedenen Oberärzten, wo man zusammenarbeitet. Ja, genau. #00:07:17-9 #

I: Hast du für dich so ein bisschen Arrangements auch im Arbeitsalltag, die dir helfen ein wenig, sage jetzt, eben besser zu planen. Oder auch im Sinne von, dass du Erholung hast während so einem Tag? #00:07:40-2#

B: Was ich häufig mache ist, also Arrangements zum/ für meine Balance, meinst du? #00:07:49-2#

I: Genau. #00:07:49-8#

B: Was ich manchmal ein bisschen zu wenig darauf schaue, ist das Mittagessen. Das habe ich das Gefühl, tut einem gut, wenn man irgendwie mit den Kollegen kurz Mittagessen gehen kann. Wenn es nur eine halbe Stunde ist. Gerade wenn ich Station habe und viel los ist, dann kommt das meistens fast ein wenig zu kurz. Ich versuche dann aber spätestens nach dem Nachmittagsrapport, wo so ein bisschen die Spannung weg ist und man alles erledigen konnte, bis zum Rapport. Dass ich dann in die Cafeteria gehe und mal noch eine Viertelstunde hinsitze und etwas trinke und etwas esse. Das finde ich wertvoll. Und sonst finde ich es einfach schon nur wenn du es auf der Visite gut hast mit den Leuten und es mit der Pflege lustig hast, dann macht es extrem viel aus für deine Arbeitsmoral und für deine, halt, Stimmung. Ich habe ganz viele Tage, wo ich mich richtig freue, einfach normal Visite machen zu gehen. Was viele vielleicht ein bisschen langweilig finden. Einfach mit den Leuten ist es lässig. Das macht für mich viel aus. So ein bisschen diese Zusammenarbeit mit den Leuten. #00:08:51-7#

I: Ja und also jetzt hast du es gesagt, so diese Pausen. Ist das also hängt das so ein bisschen von dir ab oder ist das einfach durch den Tag. Oder/ #00:09:00-7#

B: Ich glaube, das hängt so ein bisschen von mir ab. Es hängt so ein bisschen vom Perfektionismus ab, den man hat, wenn man unbedingt jetzt etwas noch vor dem Rapport fertig haben oder dieses und jenes Konsil schon direkt zum Zeitpunkt wo man es sich eigentlich in den Kopf setzt das abzuschicken, dann auch gleich erledigt. Dann ist es manchmal schwierig, dass man sich Pausen nehmen kann. Und das ist etwas, wo ich jetzt sicher auch besser mache als am Anfang. Dass man irgendwann vielleicht sagt, okay wegen diesen 20 Minuten wird jetzt nichts bachab gehen. Das kann ich auch noch nachher nachholen. # 00:09:38-1#

I: Ja, okay. Dass dir einfach dann einziehst selber/ #00:09:41-8#

B: Ja, genau. #00:09:42-3#

I: Ja, okay. #00:09:43-2#

B: Man findet/ Man lernt immer mehr besser auch so ein bisschen einzuschätzen mit der Zeit. Was sind Sachen, die wirklich relevant sind, die dringend gemacht werden müssen. Und was sind Sachen, die eben. Wo es auch nichts macht, wenn ich das am nächsten Tag oder am Freitagabend noch mache. Es gibt noch oft solche Sachen, wo man das Gefühl hat am Anfang, wenn man neu anfängt, das ist jetzt Sachen, die dringend gemacht werden müssen. Aber am Schluss es gar niemandem auffällt, ob es jetzt oder ob es zehn oder fünf Tage später gemacht wird. #00:10:16-8#

I: Ja, okay. Und vielleicht so zum Thema Arbeitszeitengesetz. Ist das jedenfalls für dich persönlich etwas, das in der Klinik ein Thema ist. Und vielleicht jetzt auch bei dir selber und auch speziell bei den Assistenten? #00:10:34-4#

B: Das Arbeitszeitengesetz ist sicher ein Thema. Jetzt im Moment weiss ich nicht genau wie es ist von der Arbeitszeiterfassung bei den Assistenten. Ich versuche weil bei mir gerade mit der Forschung noch relativ viel Zeit zum Teil zusammenkommt, die ich nicht einfach als reine Arbeitszeit sehe, sondern auch ein bisschen als Interesse, das ich auch in der Freizeit aufbringe. Versuche ich die Arbeitszeit eigentlich ein bisschen so zu notieren, wie sie sein sollte. Abgesehen von denen Situationen, wo ich wirklich zum Beispiel an einem Wochenende für Notfälle muss länger bleiben. Das heisst, wenn ich jetzt an einem Montagabend noch ein bisschen länger Berichte schreibe und noch an einem Paper weiterschreibe, dann tue ich einfach die normale Zeit erfassen. Wie sie/ wie es empfohlen ist. Aber wenn ich an einem Wochenenddienst zwei Nächte nicht richtig schlafen kann, weil wir Notfälle haben und so weiter, dann erfasse ich sie normal so, wie ich sie wirklich hier geleistet habe. Ich weiss, es gibt andere Assistenten, die erfassen ganz genau. Tun jede halbe Stunde, die sie länger bleiben erfassen. Ich finde es dann manchmal auch immer ein bisschen schwierig, wenn ich dann für mich so ein bisschen den Druck hätte. Jetzt muss ich wirklich extrem vorwärts arbeiten zum/ mache keine verlängerten Pausen oder treffe nicht noch einen Kollegen, der in einer anderen Klinik arbeitet, zum heimgehen. Und das finde ich, gerade eben wenn du am Nachmittag noch ein bisschen Zeit hast und du weisst Berichte kannst du auch abends um halb acht schreiben. Finde ich es extrem entspannend, wenn du Kollegen die du zum Beispiel vom Studium kennst schnell in der Cafeteria unten triffst. Und das möchte ich dann ja nicht als Arbeitszeit angeben. Das ist eigentlich meine Freizeit und das ist etwas, das ich/ das nichts mit dem Klinikalltag zu tun hat. Und darum gibt mir so ein bisschen diese Art und Weise Arbeitszeit zu erfassen, einfach mehr die Freiheit, dass ich weiss, ich glaube ich bin nicht zu wenig lange da, aber ich habe/ darf trotzdem noch im Alltag machen, was ich gerade Lust darauf habe. #00:12:48-1#

I: Ja, okay. Und, eben du hast es vorhin gesagt, so bei anderen/ Also das Thema, es ist ja eben die 50 Stunden. Ist das ein guter Wert, ist das realistisch? Ist das/ Oder müsste das System ein bisschen anders sein? #00:13:03-3#

B: Ich glaube, 50 Stunden ist realistisch, wenn du ein bisschen ein erfahrener Assistenzarzt bist. Dann geht es gut. Dann eben weißt du, was hat Priorität. Was sind Sachen, die wirklich gemacht werden müssen. Was sind Sachen, wo du jetzt einfach am nächsten Tag nochmal eine Kontrolle machen kannst. Und weil du hast natürlich einfach die Routine, im Berichte schreiben, im Leistungen erfassen und so weiter. Wenn du neu anfängst ist es sicher nicht realistisch. Aber ich denke auch immer wieder, das ist ja nicht nur in der Medizin so, das ist in jedem/ meine in den meisten Jobs so, dass wenn du neu anfängst und gefordert wirst, dass du dann nicht am Abend am/ nachmittags um fünf rauskommst. #00:13:46-5#

I: Ja, okay. Und wie sieht es so/ eben ich sage jetzt bei dir persönlich mit Überstunden aus? Du hast vorher gesagt, eben in diesem Fall ist das im Rahmen und gut für dich/ also stimmt es so oder müsste es anders sein? #00:13:58-8#

B: Für mich ist es sehr gut so. Ich habe jetzt/ gerade letztthin hat mir Isabelle gesagt, dass ich glaube ich irgendwie relativ viele Überstunden hätte. Aber das müsse irgendeine Fehlerfassung sein. Es ist jetzt noch in der Forschung so, dass ich/ dadurch dass es eben dort nochmal viel variabler ist mit den Zeiten, die ich hier bin. Dass ich am Wochenende manchmal noch ins Labor komme. Aber am Montagmorgen auch zum Beispiel mal freinehme. Dass ich mal Denise gesagt habe, sie soll einfach die Soll-Arbeitszeit eingeben, dass ich nicht Unterstunden, aber auch nicht Überstunden mache. Und jetzt war es wahrscheinlich so, dass ich zusätzlich mal am Wochenende noch Dienst hatte. Und das dann wie doppelt verrechnet wurde. Aber sonst hatte ich eigentlich nie Probleme. Hatte nie massiv Überstunden oder Unterstunden. #00:14:40-3#

I: Ja und eben, das stimmt auch so für dich? #00:14:43-1#

B: Das passt perfekt für mich. #00:14:44-0#

I: Okay, eben dass wir vielleicht trotzdem schon übergehen so ein bisschen in die ganze Forschung. Du hast gesagt, du hast ein spezielles Modell eine Art dort. #00:14:52-1#

B: Mhm (zustimmend). #00:14:52-7#

I: Kannst du ein bisschen davon erzählen? #00:14:55-2#

B: Ich habe mich für so einen Master of Science Medical Biology beworben. Und bin dann an/ Der ist an der Uni Zürich und bin aufgenommen worden. Und da macht man eineinhalb Jahre lang Forschung in einem spezifischen Bereich im Labor. Es ist so ein bisschen der/ die erste Hälfte des Schrittes zu einem PhD in Medizin. Oder in Biomedizin. Und mache da jetzt bei Isabelle im Labor Forschung über Lungenkrebs und Biomarker im Lungenkrebs. Und habe die Möglichkeit jetzt für eineinhalb Jahre dank zwei Grants und natürlich auch dank der Flexibilität von unserer Klinik/ dass ich mich auf diese Forschung konzentrieren kann. Mache parallel noch Wochenenddienst. Nicht jedes Wochenende, aber einfach hin und wieder Wochenenddienst. Piktett-Dienst. Und werde jetzt sicher Ende Jahr wieder zum Beispiel Sprechstunden übernehmen können, wenn dann die Forschung etwas besser läuft und es absehbar, dass ich einem Ende zukomme. Und ist glaub/ ist für mich eine extrem wertvolle Erfahrung. Weil ich das Gefühl habe, es macht einen ein bisschen zu einem breiter aufgestellten Mediziner. Verstehe viel mehr, was in der Onkologie abläuft. Was in der Pathologie abläuft. Was generell in der Tumor oder Krebsforschung abläuft. Darum ist das wirklich eine wertvolle/ wertvolle Zeit. #00:16:24-9#

I: Aber das heisst, bei dir ist es jetzt wirklich losgelöst vom klinischen Alltag/ #00:16:30-3#

B: Es ist losgelöst. Es ist im ersten halben Jahr ist es/ war es nicht so gut losgelöst vom klinischen Alltag. Auch weil wir aus personeller Sicht etwas knapp dran waren. Und dann ist es zu viel. Dann macht man immer einen Spagat zwischen dem Labor und der Klinik. Und hat zum Beispiel Experimente im Labor, wo man weiss, jetzt muss ich in zwei Stunden dringend die Zellen anschauen, aber wenn man Patienten hat, die vielleicht auch ein Problem hat, dann kann man nicht einfach davonlaufen. Und dazu kommt natürlich, wir haben natürlich auch noch Uniprüfungen, Univorlesungen, die man hat. Und wenn man sowieso schon im klinischen Alltag drin spät am Abend heimkommt, dann vielleicht noch kurz ins Labor geht und dann noch Vorlesungen muss daran arbeiten, dann geht es/ geht es nicht. Aber jetzt wenn/ dadurch, dass es besser losgelöst ist von der Klinik, ist es eigentlich eine super (unv.) #00:17:22-5#

I: Aber dann, verstehe ich es richtig, so also in dem Umfang, in dem du jetzt auch Forschung machst, ist es nicht möglich, einen klinischen Alltag/ das zusammenbringen/ #00:17:32-8#

B: Nein. #00:17:32-3#

I: sondern ja/ Ist es abgeschwächt möglich? #00:17:37-3#

B: Ich glaube, es ist abgeschwächt möglich, so klinische Forschung. Das habe ich vorher auch schon gemacht gehabt mit Isabelle. Das geht gut. Zum Beispiel Datenbanken auswerten. Ein Paper schreiben. Zum Beispiel Operationsvideos zusammenfassen und zusammenschneiden. Das sind alles klinische Forschungsprojekte, die gut gehen. Weil man dort halt einfach sehr flexibel ist von der Zeit. Das kann man

auch mal an einem Samstagmorgen oder an einem Freitagabend noch machen. Jetzt diese Forschung, die ich im Labor mache, die ist sehr/ bestimmt sehr fest, was man für einen Alltag hat. Weil man Zellen hat, die zum Beispiel zu einem gewissen Zeitpunkt geteilt werden müssen und wieder müssen weiter/ in einen weiteren Schritt gebracht werden müssen. Und wenn man das verpasst, dann nehmen die Zellen Schaden, nimmt dein Experiment Schaden. Darum hat das eine sehr hohe Priorität, dass das eigentlich wirklich sequenziell gut abläuft. Und alles, was dir da dazwischenkommt/ ich merke es schon nur manchmal, wenn ich jetzt eine Vorlesung habe, muss ich zum Teil Vorlesungen absagen oder verschieben, weil ich weiss, mein Experiment fällt genau oder meine Anwesenheit im Labor fällt genau auf diese Vorlesungszeit. Und das ist das was manchmal/ was es manchmal ein bisschen schwierig macht. Aber eben klinische Forschung bin ich absolut der Meinung/ jetzt auch diese Datenbank, die ich aufgebaut habe mit dem (Red Cap? #00:19:04-2#), das sind Sachen, die man problemlos könnte parallel zum klinischen Alltag machen. #00:19:10-5#

I: Ja und was müsste dann aber jetzt auch in so einem Fall geben sein, dass es eben auch klappt? #00:19:19-5#

B: Also klinische Forschung? #00:19:21-2#

I: Ja, also/ genau, einfach damit diese Forschungsziele/ also ich sage jetzt/ kann man das auch, also gibt ja wie Mittelding, aber es gibt so, dass man fixe Tage, die einfach fix reserviert sind und dann ist nur das. Versus einfach maximale Flexibilität, im Sinne von, ja du kannst einfach daran arbeiten, wenn du willst. Es/ Ich sage jetzt, oder wie müsste das organisiert sein, damit das funktioniert. Damit man die/ also auch die klinische Forschung in einer normalen Woche zu einem Pensum kann erledigen? #00:19:53-5#

B: Also es wäre natürlich extrem schön, wenn man die Möglichkeit hätte, dass man jetzt zum Beispiel pro Woche einen Nachmittag oder einen Tag frei hat, um an einem klinischen Forschungsprojekt weiterarbeiten. In der Realität ist es meistens in der Medizin nicht so. Ich weiss, dass es, glaube ich, zum Beispiel in der Ophthalmologie so ist, dass Assistenten einen halben Tag oder einen Tag pro Woche Zeit haben zu forschen. #00:20:17-8#

I: Wo haben sie das? #00:20:19-1#

B: In der Ophthalmologie. #00:20:20-1#

I: Aha, okay. #00:20:21-1#

B: Habe ich jetzt nur von einer Kollegin gehört, dass sie eine Zeit hätten frei um an Forschungsprojekten zu arbeiten. Aber ich glaube, das sind auch Kliniken, wo ein

bisschen einen weniger turbulenten Alltag haben. Weniger Notfälle. Weniger unberechenbare Events. Und auch eben, auf Stationen gut einmal können eine Visite in einem halben Tag durchmachen und es nicht so/ eben so einen unberechenbaren Alltag haben wie wir. Und vielleicht zusätzlich auch noch mehr finanzielle Mittel haben. Die Ophthalmologie ist ja eine sehr gut finanzierte Klinik. Und darum können die Assistenten zur Zeit/ Zeit zur Verfügung stellen. Ich glaube, bei uns läuft es immer oder in der Chirurgie läuft es meistens darauf hinaus, dass man es in der Freizeit macht. Oder eben wenn man mal an einem Tag schnell fertig ist, dass man, wenn man zum Beispiel nur Operationen hatte und um zwölf fertig ist, dass man dann noch ein bisschen an einem Forschungsprojekt schreibt. Es braucht aber immer von dem Assistenten ein bisschen die Eigeninitiative, dass man daran arbeitet. Ja/ #00:21:35-3#

I: Und siehst du das jetzt eben du hast gesagt Eigeninitiative. Oder sollte das mehr vom Unternehmen oder von einer Klinik auch zur Verfügung gestellt werden/ also ist das, beeinflusst die Attraktivität das zum Beispiel? #00:21:48-1#

B: Die Attraktivität von einer Klinik? #00:21:52-4#

I: Genau. #00:21:53-5#

B: Ich glaube, es beeinflusst die Attraktivität für eben so eine gewisse sehr motivierte Gruppe von Assistenten. Die sich das wünschen, dass man kann Forschung machen. Und dass man Möglichkeiten hat und die Unterstützung bekommt. Jetzt eben nicht zeitliche Unterstützung, sondern mehr auch so ein bisschen die fachliche Unterstützung. Dass Leute da sind, wie bei uns, die viel Erfahrung darin haben. Die auch sagen, wenn du das anfangen willst, dann stehen wir hinter dir. Dass man/ steigert die Attraktivität sicher extrem finde ich, für solche Leute. Für Leute, die mehr sich auf das klinische wollen beschränken, steigert sonst die Attraktivität nicht so sehr. Ja, ich denke viele/ für viele ist eben/ macht man Forschung direkt nach dem Studium, um noch eine Dissertation fertig zu schreiben. Aber das Interesse ist nicht so gross, dass man jetzt noch über längere Zeit Forschung weiterführen möchte. Und eben Leute wie bei/ Unsere Oberärzte wie Claudio oder Olivia oder Katharina, die sind motiviert und die machen die Forschung auch weiter. Und für die ist das sicher sehr attraktiv, dass man da auch die ganze Unterstützung bekommt. #00:23:18-0#

I: Ja, okay. Also dann ist es mehr, also weniger die Zeit, die man möchte, sondern mehr die Unterstützung oder die Wertschätzung/ #00:23:25-6#

B: Ja, genau. #00:23:26-2#

I: dass man eher das, ich sage jetzt, dass Forschung so ein bisschen in diesem Kontext sehen muss wie im Arbeitszeitengesetz oder im Arbeitsmodell drin. #00:23:36.1#



B: Ja, genau. Eben es würde es natürlich für gewisse Leute auch die Attraktivität sehr steigern, wenn man sagen würde, du arbeitest zu 80 Prozent in der Klinik und hast 20 Prozent Forschungsstelle, wo du immer jeden Freitag dein Projekt weiterführst oder deine Paper schreibst. Das würde sicher auch die Attraktivität steigern. Weil es auch ein bisschen eine Flexibilität oder eine Abwechslung in den Alltag hineinbringt. Ja/ aber das würde schon etwas ausmachen. Unter den Assistenten bin ich nicht sicher, wie fest das es jetzt oder zumindest unter unseren Assistenten, die wir jetzt haben, wie fest das es gewünscht wäre, dass wir das könnten. Forschung machen könnten. #00:24:15-9#

I: Ist das aber jetzt auch so in der ganzen Karriereplanung/ muss man da von Anfang an schon, ich sage jetzt eben auf Stufe Assistenzarzt schon sich vielleicht ein bisschen entscheiden oder machen oder kann man das dann auch, wenn man Oberarzt wird oder ist, so ein bisschen sagen, okay jetzt fange ich noch an. Oder eben, ich meine zumindest, wenn du in einem Unispital bist oder dann musst du ja/ #00:24:35-1#

B: Mhm (zustimmend). Ich glaube, es ist nie zu spät anzufangen. Es braucht aber einfach immer einen grösseren Effort oder einen grösseren Aufwand um zu einem späteren Zeitpunkt anzufangen. Sei es schon nur zum Beispiel die Statistik. Bin ich wirklich froh, dass ich das während dem Studium ein wenig üben konnte und konnte/ war mal noch in England und habe dort das so ein bisschen geübt und immer wieder wiederholt. Weil der Einstieg ist wirklich zäh. Und neben einem klinischen Alltag diesen Einstieg noch einmal zu wagen mit vielleicht einem abgeschlossenen Facharzttitel. Ist glaube ich eine grosse Hürde. Darum denke ich das allerbeste ist, so früh wie möglich anfangen und dann fällt es einem auch viel leichter. Dann kann man auch mal an einem Nachmittag ein Abstract schreiben und die Statistik dazu machen und es einreichen. Und hat nicht, eben, die grosse Hürde ist sich schon nur in das Fach einzulesen oder in die Literatur einzulesen. Darum denke ich, ist es wenn man eben so ein spezialisiertes Fach machen möchte, wie Thorax-Chirurgie oder wie/ oder auch in die Forschung möchte, ist es am besten, wenn du es schon als Assistenzarzt so früh wie möglich machst. #00:25:53-4#

I: Und vielleicht so, eben in diesen ganzen Abläufen, inwiefern helfen dort auch Schnittstellenpersonen oder unterstützende Personen im Sinne von Pflege oder Administration? Oder eben es gibt ja jetzt auch Physician Assistant. Welche Rolle spielen diese Berufsgruppen im Arbeitsalltag? Jetzt Forschung und oder klinischer Alltag. #00:26:23-2#

B: Also im klinischen Alltag finde ich die Rolle der Physician Assistants extrem gut. Gerade ein Physician Assistant, der über eine längere Zeit in der Klinik ist. Vielleicht weniger Rotation/ oder vielleicht weniger Rotationen unterläuft als das es bei den Assistenten der Fall ist. Und so ein bisschen den Überblick hat. Wie das bei uns Nicole war, die immer gesehen hat, welcher Patient müsste noch ins Tumorboard. Welcher Patient ist in der Warteliste und bräuchte in den nächsten Wochen oder in den nächsten fünf Tagen eine Operation. Und auch so ein bisschen den ganzen Zeit-

ablauf im Überblick hat. Das ist extrem wertvoll. Und eben auch vielleicht die Sprechstundeplanung macht oder gewisse Anmeldungen übernimmt. Das kostet einen als Assistenzarzt viel Zeit und so ein bisschen dieser ganze Überblick über all diese Patienten zu haben, ist als Assistenzarzt sehr schwierig. Wenn du zum Beispiel eine Woche Sprechstunde hattest und das sind/ 20, 30 Patienten gesehen hast. Hast du nachher nicht mehr ganz so den Überblick, welches waren jetzt genau die Tumorpatienten und welcher sollte wann in die Operation kommen. Weil du ja nächste Woche sowieso schon wieder eine andere Rolle hast. Darum ist das extrem wertvoll. Auf der Station genau das gleiche. Da ist es wertvoll, jemanden zu haben, der so ein bisschen die Abläufe kennt. Weiss, wann man auf die Visite geht. Weiss/ die Pflege gut kennt. Oder so ein bisschen als Anlaufstelle ist für die Pflege, vielleicht als erste Anlaufstelle für kleine Fragen. Und einen unterstützen kann bei der ganzen administrativen Arbeit, die kann, eben das Konzil anmelden. Die kann mal anfangen die Berichte zu schreiben. Ja, das macht ganz viel aus. Immer im Wissen, dass man die Verantwortung selber hat. Ich glaube, das ist noch wichtig. Dass/ Ich finde das auch nicht so gescheit, dass man dann zum Beispiel Patienten aufteilt. Sondern ich finde, man sollte zusammen alle Patienten betreuen. Weil du als Assistenz ja trotzdem die Verantwortung hast für alle Patienten. Und auch nicht würdest wollen einfach die Hälfte der Patienten mal aus der Hand geben und darauf Vertrauen, dass es dann schon gut kommt. Aber sonst hat man/ hat mich das immer sehr wertvoll gedünkt. Auch im Vergleich zu den Anfangszeiten unter Professor Weder, wo wir noch keine Physician Assistants unten auf der Station hatten. Dort ist die Stationsarbeit einfach nochmal eine rechte Menge mehr gewesen. Dort war es häufig der Fall, dass wenn du Station hattest, dass du um elf oder zwölf aus dem Haus gekommen bist. #00:29:01-2#

I: Am Abend? #00:29:02-0#

B: Ja. Einfach weil du noch am Bericht schreiben warst. Und das nimmt dir schon viel Arbeit ab. #00:29:10-0#

I: Das heisst, dass die auch helfen die Arbeitsbelastung zu reduzieren? #00:29:15-0#

B: Ja. Das ganz sicher. Gerade wenn es eben jemand Erfahrenes ist und jemand ein bisschen Motiviertes ist. Sollte es aber auch/ Ich setze immer voraus, dass man als Assistenzarzt denen mit sehr viel Respekt gegenüber tritt. Und man wirklich als Team zusammenarbeitet, dass es nicht einfach jemand ist, der einem vielleicht eben die Drecksarbeit macht, sondern dass es jemand ist, der die/ genau gleich viel im klinischen Alltag beiträgt. #00:29:46-0#

I: Okay, ja. Spannend. #00:29:50-2#

B: Und vielleicht noch zur klinischen Forschung, dort ist es sehr wertvoll, dass man/ Also diese Study Nurses hat. Die, eben zum Beispiel auch Daten/ bei einer Datenbank den Überblick behalten. Dort so ein bisschen, kann mit dem Clinical Trial Center kommunizieren. Vor allem gerade wenn es Leute sind, die mal im/ ehemals im

Clinical Trial Center gearbeitet haben und schon ein bisschen diese Abläufe kennen. Das macht viel aus. #00:30:19-7#

I: Ja, okay. Und um vielleicht so ein bisschen den Übergang zu machen, ich weiss es gar nicht, so Teilzeit oder Job-Sharing oder so ich sage jetzt verschiedene Modelle. Ist das jetzt A so für dich wünschenswert? Und B eben, ich sage jetzt, bei den Assistenten etwas, was ein Thema ist? Oder ist das/ #00:30:42-5#

B: Es ist glaube ich nicht so fest ein Thema, weil man einfach sich in der Medizin schon wie so ein bisschen darauf eingelassen hat, das gibt es eh nicht. Es gibt eh nicht die Möglichkeit in der Chirurgie. Ich glaube aber, das ist etwas, das, ich habe es ein paar Mal erwähnt gehabt im/ unter den Assistenten und was dort extrem Anklang findet. Und das eine Stelle massiv aufwerten kann. Weil viele Leute vielleicht nicht ganz einen direkten Path suchen oder einen direkten Weg suchen zu einem Facharzttitel, sondern auch die Assistentenzeit nochmals ein bisschen als Möglichkeit nutzen, um sich umzuschauen. Um verschiedene Erfahrungen zu sammeln auf verschiedenen Kliniken. Und für die ist das natürlich sehr wertvoll. Und ich glaube auch für uns oder für uns, die so ein bisschen mehr, zum Beispiel Forschungsambitionen haben oder ein bisschen genauer wissen, wo wir hinwollen. Ist das zu einem gewissen Zeitpunkt etwas, was sehr interessant wird. Gerade im Beispiel, wenn du jetzt einmal Kinder bekommen würdest oder eine Familie gründest. Dass du dann einmal für einen Zeitrahmen von vielleicht zwei Jahren sagst, ich arbeite 80 Prozent. Und nehme mir ein wenig mehr Zeit im Alltag daheim. Bin aber trotzdem immer noch sehr präsent in der Klinik. Das würde sehr viel ausmachen. Ich habe immer noch so ein bisschen das Gefühl, dass man nicht/ dass man nicht extrem einen Verlust an Arbeits/ an erledigter Arbeit haben wird. Also ich habe das Gefühl, die Arbeit wird trotzdem gemacht. Man wird es einfach ein bisschen effizienter machen und gewisse Sachen, die eben vielleicht nicht so relevant sind, werden dann weggelassen. Aber ich habe nicht das Gefühl, dass es etwas auf die Qualität gross verändern würde, wenn man 80 Prozent arbeitet. Oder eben auch gerade dieses Modell, dass man zum Beispiel blockweise arbeitet. Vier Wochen 100% und nachher eine fünfte Woche frei hat. Weil bei uns arbeiten sowieso alle, ich glaube auch inklusive der Oberarzt immer anhand von Wochenblöcken. Da bist du eine Woche so und so eingeteilt und die nächste Woche sieht es wieder vielleicht ein bisschen anders aus. #00:32:56-3#

I: Und wie müsste man dann so etwas organisieren, dass es jetzt geht? Also vielleicht auch zukünftig? #00:33:02-4#

B: Dass es geht mit den Teilzeitstellen? #00:33:06-5#

I: Ja. #00:33:06-7#

B: Ich weiss/ also ich bin ziemlich sicher, dass das mit der Blockarbeit, dass du mal zum Beispiel vier Wochenblöcke oder acht Wochenblöcke hast. Dass das relativ gut gehen würde. Weil wenn jetzt die Person, die sagt, sie wolle vor allem/ sie wolle 80 Prozent arbeiten vor allem in der Station einteilt oder in der Sprechstunde einteilt.

Dort sind die Leute sowieso flexibel, oder? Dort arbeitet man sowieso nicht mehr als, auf der Station vier Wochen und auf der Sprechstunde ein, zwei Wochen am gleichen Ort. Ich glaube, es bräuchte ein bisschen eine Flexibilität vom Dienstplaner. Und vielleicht auch ein bisschen mehr eine Flexibilität von Seiten Assistenten, was Freiwünsche anbelangt. Aber ich glaube, das würde problemlos gehen. Und das andere ist, dass man jemanden 80 Prozent anstellt, der immer einen Tag in der Woche nicht da ist. Und ich glaube, das würde auch gehen. Das würde vielleicht bedingen, dass er zum Beispiel einen Tag in der Woche, wo nicht ganz so viel los ist auf der Station/ Sei es ein Mittwoch oder sei es ein Donnerstag. Dann zu Hause ist. Dann die Visite durch zum Beispiel die Physician Assistant, die sowieso die Erfahrung von der Station hat und die Patienten kennt, in Zusammenarbeit mit dem Oberarzt gemacht wird. Und am Freitag wieder für die Chefarzt Visite der Assistent da ist. Ich glaube, das würde gut gehen. #00:34:38-5#

I: Und würde es auch akzeptiert werden? #00:34:41-2#

B: Unter den Assistenten, oder/ #00:34:42-6#

I: Ja. #00:34:42-9#

B: Ja. Also/ #00:34:44-7#

I: Wenn jetzt jemand einfach, ich sage jetzt ein Privileg/ Also ein Privileg, einfach wenn jetzt das jemand hat. Wenn jetzt einfach jemand also darf oder kann 80 Prozent arbeiten. #00:34:54-9#

B: Ich glaube, das würde schon akzeptiert werden, ja. Ich glaube, es wäre sicher ein gewisses Interesse auch bei anderen Assistenten da, dass man könnte 80 Prozent arbeiten. Ich denke auch, dass vielleicht diese 80 Prozentstelle eher ein bisschen an Rollen gebunden sein wird, die administrative Arbeit bedeuten. Sei es eben Sprechstundenarbeit oder Stationsarbeit. Das sind Rollen, die nicht sehr attraktiv sind unter den Assistenten, weil man am liebsten natürlich im Operationssaal ist. #00:35:26-8#

I: Klar ja. #00:35:28-8#

B: Und ich glaube das würden die anderen Assistenten sehr gut verstehen. Wenn jemand sagt, er arbeite 80 Prozent. Macht dafür ein bisschen mehr Station und ein bisschen mehr Sprechstunde. Dann, ja, ist das gut so und ich glaube am Schluss ist es jedem selbst überlassen, wie er arbeiten möchte. Und wenn jetzt ein anderer Assistent findet, er möchte eigentlich auch lieber 80 Prozent arbeiten, dann muss man vielleicht/ also eben kann man ja besprechen, ob es/ ob man noch eine zweite solche Stelle ermöglichen möchte. Und wenn nicht, dann kann er sich umschauchen. Aber ich glaube auch, dass wenn man gerade operativ vorankommen möchte, dass man

dann nicht über längere Zeit kann an einer 80 Prozentstelle sein. In der Assistenzarztausbildung. #00:36:18-7#

I: Ja, okay. Aber das heisst, also es wäre möglich, es würde auch gehen. Diese Person müsste sich halt einfach bewusst sein, dass sie dann nicht gleich schnell vorwärtskommt mit dem OP-Katalog. #00:36:29-4#

B: Ja, genau. #00:36:30-5#

I: Wie jemand anderes. Und eben wir haben jetzt vor allem so ein bisschen Teilzeit/ Wie sieht es denn aus mit Job-Sharing oder Homeoffice oder anderen Sachen? Ist das auch ein Thema oder/ #00:36:44-1#

B: Job-Sharing. Das habe ich mir noch nicht so überlegt. Also wir haben noch nicht so besprochen. Homeoffice weiss ich, dass es sicher möglich wäre. Gerade in verschiedenen Rollen, die wir haben. Eben sei es zum Beispiel an sprechstundenfreien Tagen, dass man dann daheim bleibt. Von zu Hause Sprechstunden-Bericht schreibt. Ich glaube, das würde sehr zum/ auch zur Zufriedenheit der Assistenten beitragen. Weil es so ein bisschen die Flexibilität ermöglicht. Weil es auch ein bisschen eine Selbstbestimmung gibt. Man kann auch um zehn aufstehen und arbeitet dann am Abend halt ein bisschen länger. Oder macht am Mittag zwei Stunden länger Pause. Ich glaube, das würde sehr gut ankommen und ich glaube auch, die Zeiten, die dann aufgeschrieben werden, werden sicher deutlich tiefer sein. Weil es wahrscheinlich niemanden gibt, der daheim zehn Stunden im Homeoffice dransitzt. Man hat dort sicher eine weniger grosse Ablenkung, daheim, als bei uns im Büro. Weil bei uns im Büro ist ein grosses Kommen und Gehen. Und man ist trotzdem immer noch involviert in den Rapporten und so weiter. Ich glaube das wäre sicher ein grosser Vorteil, wenn man/ der zur Zufriedenheit von den Assistenten beitragen würde. Und ich denke, man könnte es auch für, so ein bisschen als Nutzen für die Klinik anschauen, dass man sagt, ein Assistenzarzt, der zum Beispiel nicht viele Patienten in der Sprechstunde gehabt hat. Und am Donnerstag Homeoffice hat, der soll einen Tag lang an einem Projekt dransitzen, das der Klinik etwas bringt. Sei es zum Beispiel unsere Textblöcke schreiben. So, oder sei es ein SOP oder Working Instruction schreiben für verbesserte Abläufe auf der Station oder ein gewisses Patientengut. #00:38:43-2#

I: Okay. Aber du hast es vorhin schon angetönt, wenn jetzt jemand das machen würde, wie müsste es dann organisiert sein? Weil einfach sagen, du hast vorhin gesagt, ja der steht dann um zehn auf. #00:38:56-2#

B: Ja. #00:38:56-6#

I: Und ich sage jetzt einfach, dann heisst das ja wie so, dass er auch nicht erreichbar ist, während dieser Zeit. #00:39:00-8#

B: Ja. #00:39:01-3#

I: Und das heisst, falls irgendetwas ist, muss ja trotzdem noch irgendjemand erreichbar sein. Das ist keine Gefahr? Oder ist, also ja/ #00:39:10-7#

B: Ich glaube im Alltag werden trotzdem genügend Assistenten da sein, dass man für fast alle Eventualitäten gewappnet ist. An einem Tag, wo keine Sprechstunde ist und auch wenn jetzt dort zum Beispiel noch eine Transplantation kommt. Oder ein Assistenzarzt ausfällt, könnte man das immer noch kompensieren. Was man auch könnte vereinbaren, ist dass es wie ein Pikettdienst ist. Dass man einfach das Spitaltelefon anhaben muss. Das ist wie wenn ich am Wochenende Transplantationspikett habe. Kann ich auch ausschlafen, aber habe einfach das Telefon auf laut. Wenn das Telefon läutet und man mich braucht im Spital, dann komme ich. Ich glaube, das wäre eine Option. Und dass man dann nicht an so einem Tag vielleicht ins Tessin fährt. Sondern dass man nachher/ Dass man in der Umgebung Zürich bleibt. Aber wenn man einen Tag frei hat, wird das für die meisten sowieso das bedeuten, dass man/ dass sie in der Umgebung Zürich bleiben. #00:40:07-0#

I: Okay. Und das heisst aber auch, dass rein von der Arbeitsbelastung oder von der Erholung, das trotzdem dann noch gegeben wäre. #00:40:15-1#

B: Von der/ wie von der/ #00:40:17-3#

I: Ja, wenn man jetzt müsste nur in Zürich bleiben. Wenn es heisst, du kannst nicht weiter weg, das/ #00:40:21-2#

B: Ja, absolut. Also wegen einem Tag denke ich wird es jetzt nicht so viele geben, die direkt eben wollen ins Tessin fahren. Sondern man muss vielleicht sagen, ja, ihr habt eine Stunde oder zwei Stunden Vorlaufzeit für Notfälle. Und dann kann man ja trotzdem noch, weiss nicht, am Zürichsee oder auf Stäfa oder auf die Flumserberge oder irgend so was und wäre in einer Stunde zurück. #00:40:43-6#

I: Okay, ja. Vielleicht eben noch, wir haben am Anfang schon so ein bisschen Work Life Balance/ Bist du grundsätzlich zufrieden. #00:40:51-8#

B: Mhm (zustimmend). Ich finde, ja? #00:40:54-6#

I: Ja. Oder müsste man etwas ändern? Oder gibt es Sachen, wo in diesem Zusammenhang wichtig sind? #00:40:59-8#

B: Ich finde im, jetzt rein für den klinischen Alltag ist es, wenn man ein bisschen Erfahrung hat, ist es sehr eine gute Work Life Balance. Am Anfang ist es zäh. Das erste Jahr als Assistenzarzt ist glaube ich überall einfach mühsam. Und das versuche ich dann den Assistenten, die neu kommen oder neu bei uns angefangen haben auch immer noch ein bisschen zu sagen. Es ist egal wo du anfängst, ob im Seespital Horgen oder in Bülach oder bei uns anfängst, ist das erste halbe Jahr zäh. Und nachher habe ich das Gefühl, hat man wenn man sich einfach nur auf den klinischen Alltag bezieht eine sehr gute Work Life Balance. Ein bisschen schwieriger wird es, wenn man noch die Forschung dazu hat. Eben auch klinische Projekte brauchen Zeit. Das ist dann immer ein gewisser Abzug von der Work Life Balance und ist glaube ich auch so ein wenig die eigene Entscheidung, die/ wie viel will man machen. Und wie fest ist man bereit auch seine Freizeit ein bisschen dafür aufzubringen. Dass man an Projekten weiterarbeitet. Für mich ist das, jetzt persönlich, eine super Work Life Balance, wenn ich unter der Woche vielleicht einmal am Abend noch kurz Sport machen gehen kann. Oder rauskomme, um mit Kollegen etwas Trinken zu gehen. Und dann das Wochenende frei habe. Das ist für mich eine super Balance. Und das ist sicher möglich. Auch mit Forschung und Klinik. Bedeutet aber vielleicht, dass man unter der Woche an zwei, drei Abenden noch ein bisschen länger dasitzt oder ein bisschen länger daheim noch am Computer etwas arbeitet. Aber das geht gut.

#00:42:40-1#

I: Und jetzt, ich sage so, Karriereziele oder so. Das sind auch/ in solchen Modellen würdest du nicht sagen, dass die beeinträchtigt sind? #00:42:51-3#

B: Dass man/ Meinst du jetzt in solchen Modellen wo du 80 Prozent arbeitest?

#00:42:55-7#

I: Ja, Teilzeit oder vielleicht auch jetzt grundsätzlich. So jetzt in diesem Modell, wo du bist/ Wo du das Gefühl hast, doch das bringst du alles unter einen/ also ich weiss nicht, was das Karriereziel ist, oder? Aber wenn man sagt, gut ich sage jetzt einmal Klinikdirektor irgendwo zum Beispiel. Dass du das so jetzt auch gut kannst erreichen. Trotz höherer Belastung, die ja auch ein wenig klar ist. Also wenn man solche Ziele hat, oder? #00:43:18-8#

B: Ich glaube, das Karriereziel/ Eben zum Beispiel ein Facharzt Thorax-Chirurgie mal zu machen. Da eine Ausbildungsstelle zu bekommen. Kann man so sicher gut erreichen, wenn man sich in der klinischen Forschung beteiligt. Eben vielleicht noch ein wenig Laborforschung macht. Gerade mit diesen Möglichkeiten, die einem die Klinik hier offeriert, kommt man sehr gut in diese Richtung. Es ist sicher nicht einfach oder schwer zu erreichen, wenn man jetzt 80 Prozent schafft und kein Interesse an Forschung hat. Dann ist es wahrscheinlich schwierig in einem so kleinen Gebiet wie der Thorax-Chirurgie oder zum Beispiel auch in der Herzchirurgie oder in der Kardiologie. Wo die Ausbildungsstellen halt einfach relativ rar sind. Dass man dann den Facharzt bekommt in einer vernünftigen Zeit. Ich glaube aber, auch dann ist es nicht unmöglich. Und ich denke auch eben, zum Beispiel wenn du jetzt das Ziel Facharzt Allgemein-Chirurg hast und Oberarzt Allgemein-Chirurg in einem Kantonsspital. Dann ist es so aus meiner Sicht, so wie ich es einschätze, überhaupt nicht zwingend, dass

man Forschung macht. Und wahrscheinlich auch überhaupt nicht zwingend, dass man 100 Prozent arbeitet. Ich weiss von Winterthur, dass sie auch sie auch für Oberärzte 80 Prozentstellen in der Chirurgie anbieten. Und dass dort nichts dagegen spricht. #00:44:45-4#

I: Okay. Und was siehst jetzt du so ein bisschen spezielle Herausforderungen jetzt auch, ich sage um dein Karriereziel zu erreichen? #00:44:53-5#

B: Ich glaube, die Herausforderung in der Thorax-Chirurgie ist sich/ ist an eine Oberarzt, so eine Oberarzt i.V. Stelle zu kommen. Weil als Assistenzarzt, dass man/ ist man operativ nicht so ausgebildet, dass es einem für den Katalog reicht. Der limitierende Faktor im Katalog sind meistens die Anzahl Lobektomien. Du brauchst 60 Lobektomien und dann noch so ein bisschen Zusatzeingriffe, wie irgendwie ein, weiss nicht, eine Thymom Resektion oder einen Clamshell Zugang und so weiter. Sind Sachen, die wir als Assistenzärzte gar nicht machen dürfen. Und man erst zum Zeitpunkt machen darf, wo man eine Oberarzt i.V. Stelle hat. Und das ist so ein wenig der wichtige Punkt. Und um so eine Oberarzt i.V. Stelle zu bekommen, muss man sich, glaube ich, ein wenig herausheben. Dass man/ dass die Leute merken, dass man motiviert ist und die Leute merken, eben, zum Beispiel auch Forschung machen möchte. Und es einen/ nicht nur das Operieren interessiert, weil das interessiert logischerweise alle. #00:46:03-8#

I: Genau. #00:46:04-5#

B: Sondern eben auch die Sachen interessieren, die dahinter stehen. Und ich glaube, gerade die Forschung tut einem sehr gut. Weil man sich viel mehr in die Tiefe einliest. Ich habe das Gefühl, das Publikationen schreiben hilft einem fast am allermeisten, weil man einfach liest. Und früher habe ich immer gesagt, Leute, die nicht publizieren, die lesen nicht. Weil es kommt selten vor, dass man einfach mal in der Freizeit hinsitzt und das Gefühl hat, jetzt blättere ich mal ein Thorax-Chirurgie Heftli durch. Sondern meistens liest du es, weil es dich/ weil du irgendeinen Text dazu schreiben musst. Und so habe ich das Gefühl, tun Leute, die forschen einfach ein besseres Grundlagenwissen und ein besseres so ein bisschen Hintergrundwissen aufbauen. Das dann vielleicht den Unterschied macht/ #00:46:59-2#

I: Um an eine solche Stelle heranzukommen/ #00:47:01-1#

B: um so eine solche Stelle zu bekommen. #00:47:02-1#

I: Hat denn jetzt auch so ein wenig das Ganze eine Auswirkung auf die Familienplanung? Falls das schon überhaupt ein Thema ist? #00:47:11-4#

B: Ist bei mir jetzt noch nicht so ein Thema/ #00:47:15-6#



I: (gleichzeitig) Oder ist das noch zu weit weg? #00:47:15-2#

B: Meine Freundin hat auch noch nicht so/ Jetzt die nächsten paar Jahre gleich Pläne, eine Familie zu gründen. Sie ist auch ein bisschen jünger als ich. Ich glaube, es wäre auch trotzdem mit Familie vereinbar. Sicher nicht, eben, in einer Zeit wie im letzten halben Jahr, wo man sowieso am Limit läuft. Aber zu einem Zeitpunkt, wo man eher eigentlich so ein bisschen subjektiv gute Work Life Balance hat, ist das sicher gut. Und eben, wie es Olivia macht, ist auch sehr eindrücklich. Ich glaube, es ist extrem streng. Ich glaube aber, eine Familie zu haben ist wahrscheinlich in jedem Job eine Herausforderung. Und bin auch sicher, dass es machbar ist. Auch wenn man, eben, nachher vielleicht als Oberarzt eine Ausbildungsstelle hat. Dass es dann machbar ist. #00:48:12-9#

I: Okay und das heisst jetzt auch so Mann und Frau hast jetzt du nicht das Gefühl, dass es/ dass man sich muss entscheiden vielleicht. Für das eine oder andere. Oder ist das immer noch nach wie vor ein Thema? #00:48:27-7#

B: Ich habe das Gefühl, für viele Frauen ist immer noch ein bisschen/ zum Teil ein bisschen das ein Grund zu sagen, sie wollen nicht in die Chirurgie. Weil sie sagen, sie wollen in einen medizinischen Bereich, der ein bisschen mehr Flexibilität ermöglicht. Wo eben Teilzeitstellen vielleicht mal einfacher möglich sind. Und darum jemand oder eine Frau, die Familienplanung machen möchte, die wird wahrscheinlich eher ein bisschen abgeschreckt sein von Chirurgie. Oder von einem spezialisierten chirurgischen Fach. Ja, es ist noch schwierig einzuschätzen, wie das dann wirklich in/ tatsächlich nachher auch wirklich ist. Ob es auch in einem spezialisierten Fach, das jetzt nicht chirurgisch ist, sei es zum Beispiel Dermatologie oder sei es Ophthalmologie. Ob es dort wirklich viel einfacher ist, alles unter einen Hut zu bringen. Und ob es in der Chirurgie wirklich so schwierig ist. Das kann ich von aussen schwer beurteilen. Ich glaube auch eben in Fächern wie zum Beispiel Dermatologie muss man sehr viel Eigeninitiative mitbringen und es geht darum, dass man ein bisschen Forschung macht. Und dass man ein bisschen mehr als einfach nur den Durchschnitt macht, der von einem erwartet wird. Aber die Chirurgie ist sicher einfach mal von der Flexibilität/ einfach die Natur von der Arbeit ein bisschen schwieriger mit Familie zu verbinden/ zu kombinieren. Aber eben, sicher nicht unmöglich. Wie es bei uns auch gut zu sehen ist. #00:50:13-1#

I: Und/ Genau, aber und an was liegt denn das? Also liegt das an einem selbst? Liegt das an der Klinik? Liegt das am Gesetz? Ich sage jetzt einmal oder/ #00:50:22-1#

B: Ich glaube, es liegt ein bisschen daran, dass man mehr Dienst hat. Dass man häufiger eben in den Diensten unerwartete Ereignisse antrifft. Und dass man häufig auch in einem Operationsaal, in diesem Sinn, feststeckt. In Anführungszeichen. Wo eine Operation ist, die man vielleicht nicht/ die auf Komplikationen getroffen ist, die nicht erwartet waren. Hingegen eben in der, nochmals als Beispiel, Dermatologie. Dort hast du wahrscheinlich meistens Sprechstunden oder hin und wieder mal eine kleine

Exzision, wo der Zeitrahmen genau vorhersehbar ist. Und du eigentlich relativ genau weisst, zu welchem Zeitpunkt du herausläufst. Du hast sicher immer noch genau gleich viel Arbeit und viel Administration, die dazu anfällt. Aber du kannst es dir ein bisschen besser einteilen. Aber bei uns in einem/ in einer Situation, wo du eben zum Beispiel Sprechstunde hast oder wo du Station hast, ist es glaube ich relativ gut/ wäre das auch gut mit Familie zu kombinieren. Weil du dort relativ genau weisst, wann du rauskommst. Oder ab welchem Zeitpunkt du nicht mehr zwingend im Haus sein musst. #00:51:34-8#

I: Okay. Und das heisst auch so, mit der ganzen Digitalisierung, die kommt. Dass das sicher auch fördernd/ #00:51:41-5#

B: Ja. #00:51:42-0#

I: ist zum flexibler sein. #00:51:43-5#

B: Ich denke jetzt auch gerade an die ganze Möglichkeiten zum Beispiel/ Schon nur an einem Rapport via Skype dabei zu sein. Wenn man am Nachmittag um zwei nichts mehr/ seine Pflichtsachen erledigt hat. Dann sollte es eigentlich in Zukunft auch möglich sein, dass man heimgeht. Daheim nochmal um drei in den Rapport sich einloggt. Und nachher vielleicht noch die restlichen Berichte daheim schreibt. Aber trotzdem daheim ist. #00:52:10-2#

I: Okay, ja. Dass das einfach auch wieder hilft die Work Life Balance/ #00:52:13-5#

B: Ja genau. #00:52:14-4#

I: Ein anderes Umfeld. #00:52:16-9#

B: Ein anderes Umfeld oder eben gerade, wenn du Familie hast und wenn es wie auch vielleicht wichtig ist, dass du da bist. Und dass du vielleicht irgendwo helfen kannst und lieber am Abend spät noch einen Bericht fertig schreibst. #00:52:32-4#

I: Ja, okay. Okay spannend, ja. Wir wären so langsam ein bisschen am Ende. Ich weiss nicht, hast du noch etwas, das du zu dem ganzen Thema/ das wir jetzt nicht besprochen haben. #00:52:44-8#

B: Ich glaube, was vielleicht noch so ein bisschen dazukommt ist, die verschiedenen Schichten. Im Schichtbetrieb arbeiten. Das haben wir auf der Thorax-Chirurgie fast nicht. Mal abgesehen von diesen einzelnen Dienstwochen, die du als Assistenzarzt hast. Aber das sind etwa alle vier, fünf, sechs Wochen, wo du mal eine Dienstwoche hast. Dort hast du Nachtdienst unter der Woche und einen Wochenenddienst, der

das Wochenende vorher, vor diesem Nachtdienst ist. Und das ist manchmal ein bisschen schwierig für den Rhythmus. Muss aber sagen, dass unser Nachtdienst mehr. #00:53:26-0#

I: Also weil wir keine Schichten haben. Es ist mühsam, weil wir keine Schichten haben wie andere? #00:53:30-1#

B: Nein, es ist mühsam, weil/ Es ist ein bisschen mühsam für den Rhythmus, wenn man Schichten hat. Aber unser Schichtdienst ist eigentlich noch sehr ein humaner Schichtdienst. Weil wir kommen am Nachmittag um zwei. Machen den Rapport. Und sind normalerweise spätestens um elf wieder zu Hause. #00:53:46-5#

I: Am Abend? #00:53:47-3#

B: Ja. Dann gibt es vielleicht noch Telefonate über die Nacht. Aber dass du in der Nacht wirklich mal noch reinkommen musst, passiert vielleicht einmal pro Woche. Und ja. Hingegen jetzt wie ich es auf der IPS erlebe, ist der Schichtdienst schon deutlich belastender einfach für den Rhythmus. Dass man zwei Tage lang Nachtdienst hat, dann einen Tag hat, um sich umzustellen. Und dann in den Frühdienst kommt. Und das ist einfach nochmal ein bisschen ein zusätzlicher Faktor (unv.). Ist bei uns aber eben etwas, das dafür etwas, das sehr angenehm ist. #00:54:21-2#

I: Aber also, so die Aussage ist, dass du/ dass das ein wichtiger Punkt ist, den man in dieser ganzen Diskussion muss mitberücksichtigen. Wie die ganzen Schichtsysteme sind. Und dass in der Regel etwas, das weniger belastend ist, natürlich besser ist, wie wenn man jetzt irgendwie vom Nachtdienst in den Frühdienst geht und einfach so. Sondern dass man ein wenig einen Rhythmus hat. #00:54:45-9#

B: Ja genau. Es geht mir auch mehr einfach darum, das ist etwas, das die Assistenten im Generellen/ Wenn man jetzt alle Assistenten anschaut, die in der Schweiz arbeiten. Das die Assistenten im Generellen sehr auch beeinträchtigt in der Arbeitsfähigkeit oder in der/ vielleicht auch in der Work Life Balance. Bei uns, jetzt in unserer Klinik, aber nicht so ein (unv. gleichzeitig) #00:55:15-7#

I: Okay, mhm (zustimmend). #00:55:19-1#

B: Wobei es ist auch immer, eben, man merkt es jetzt wieder auf der IPS. Es ist schwieriger Kollegen zu treffen, oder/ Im Moment ja sowieso nicht, aber es ist schwieriger schon nur Einkäufe zu tätigen, wenn du Nachtdienst hast. Und am Morgen um sieben zu Hause bist, wenn die Läden meistens noch zu sind. Und dann gehst du schlafen und am Nachmittag um drei immer noch so ein bisschen durcheinander bist. Dass du noch nicht um parat bist (um Sachen?) zu machen. #00:55:47-7#

I: Ah okay. Ja, hast du sonst noch etwas? #00:55:59-1#

B: Nein, sonst ist super. (unv.). #00:56:01-3#

I: War es etwa umfassend? Sind die Themen, die ein bisschen aktuell sind oder fehlt eben etwas noch oder? #00:56:06-3#

B: Mmh (verneint). Ich glaube, ich habe das Gefühl wir haben sehr gesamtheitlich alles abgedeckt, das/ Was jetzt so ein wenig unsere Work Life Balance und unsere Arbeitsbelastung zusammenfasst. #00:56:14-0#

I: Ja, okay. Gut, merci. #00:56:16-2#

B: Ja, danke dir vielmals. #00:56:17-3#

## Interview 10

I: Also vielen Dank, Didi. Ich würde dann den Fragebogen so starten, wie so ein typischer Arbeitstag bei dir aussieht? #00:00:09-0#

B: Also erstens gibt es einen typischen Arbeitstag/ gibt es nicht, weil alle Tage etwas anders sind. Aber der Ablauf vom Eintreten bis zum Austreten aus dem Spital ist eben sehr unterschiedlich. Aber mindestens fängt es zur gleichen Zeit an und hört etwa zur gleichen Zeit auf. Also der Ablauf ist so, dass ich hier ins Haus komme und mich orientiere, was bei diesen Patienten passiert ist, die ich operiert habe oder mitbetreut habe über die Nacht. Dann ist der Morgenrapport. Nach dem Morgenrapport gehen wir auf die Intensivstation. Schauen dort diese Fälle an und diskutieren, welche Fälle verlegt werden können und welche dass allenfalls bleiben müssen oder reoperiert werden müssen. Dann gehen wir anschliessend auf die Intermediate Care mit dem gleichen Ziel. Dass man schaut, wer verlegt werden kann oder wer allenfalls noch bleiben muss. Und im Anschluss daran, hängt es ein wenig davon ab, was für ein Tag es ist. Entweder gehe ich nachher direkt in den Operationssaal oder mache zuerst administrative Tätigkeiten. Oder habe Sprechstunde. Das sind so die drei Hauptblöcke, die ich habe. Intermittierend habe ich auch Studentenbetreuung, Vorlesungen oder (Schulung Careum? #00:01:22-9#), das ist eher selten. Aber das kann auch sein, das ist in der Regel meistens eher am Morgen. Die Studentenunterricht sind meistens dann eher am Nachmittag. Der/ Dann sieht es so aus, dass ich in der Regel bei mehr als einer Operation pro Tag dabei bin. Also dann kann es sein, dass ich den ganzen Tag im Operationssaal bin. Und erst am Abend rauskomme und nachher, wenn das der Fall ist, gehe ich bei den Patienten vorbei, die ich operiert habe. Plus die, die ich am nächsten Tag operiere. Und am Anschluss gehe ich ins Büro und mache die administrativen Sachen. Das sind vor allem Berichte korrigieren und die ganzen Emails abarbeiten. Und das ist der Tag, wenn ich viel im Operationssaal bin. Wenn ich in der Sprechstunde bin, habe manchmal zwischendurch Zeit, um ein paar Mails abzuarbeiten oder Berichte zu korrigieren. Und mache dann/ habe dann mehr Zeit um die ganzen administrativen Sachen zu erledigen. Schauen, dass ich in diesen Tage nicht im Operationssaal bin und mache dann auch die Gespräche mit den Mitarbeitern. Das ist in der Regel der Mittwoch. Und an denen Tagen, wo ich/ wo weder das eine noch das andere im Vordergrund steht, mache ich einfach hauptsächlich administrative Sachen und dort ist eigentlich immer das gleiche. Das ist, Hauptlast sind die Berichte. Und Emailanfragen und Second Opinion. Und der Rest ist dann je nachdem was gefragt ist. Ob ich irgendwo noch trotzdem helfen muss im Operationssaal oder ob irgendwelche anderen Sachen anstehen. Die wir intern machen müssen. Es gibt verschiedene, natürlich, Sitzungen, die immer wieder dazwischenfunken. Und es ist jeden Tag der Morgen der Morgenrapport mit IPS und IMC Visite, der fix ist. Und jeden Nachmittag der Operationsrapport, der um drei ist, der auch fix ist. Der dort manchmal noch zusammen mit einem Röntgenrapport fällt. Das ist so der Hauptteil, ja. #00:03:26-9#

I: Ja und was sind so die Herausforderungen? #00:03:29-8#

B: Die Herausforderungen sind, dass man alles in dieser Zeit, die einem zur Verfügung steht kann machen. Das heisst, je nachdem wie viel dass ich im Operationssaal bin, muss ich schauen, wie viel dass ich dann nach den Operationen noch an der Administration kann machen. Und wenn es möglich ist, probiere ich das an den Tagen zu machen, wo ich eben weniger im Operationssaal bin. Problematik ist da, dass eigentlich nie ganz sicher ist, ob ich dann nicht trotzdem noch in den Operationssaal muss. Also diese Tage vorausplanen sind relativ schwierig. Weil häufig Ad Hoc unentschieden wird oder anderes nötig ist. Und dann fällt der Plan ein wenig/ oder wird der Plan ein wenig auf den Kopf gestellt. Aus diesem Grund mache ich, wann immer irgendwie möglich alles, was ich wirklich unbedingt muss machen, mache ich an dem Tag, auch wenn es dann halt lange geht. #00:04:20-5#

I: Okay, aber das heisst eben, Arbeitszeit-technisch oder sieht es/ das betrifft dich ja nicht. #00:04:25-6#

B: Nein. #00:04:26-6#

I: Wäre das sinnvoll? Oder spielt das keine Rolle? #00:04:30-2#

B: Ja, wäre sinnvoll ist nicht machbar. Also entweder man schafft das, was man schaffen muss oder man hat Arbeitszeitbeschränkung. Aber beides geht nicht. #00:04:40-4#

I: Okay. Und ist das auch auf den unteren Stufen so? #00:04:43-7#

B: Das ist auf den unteren Stufen ein bisschen weniger so. Weil man dort weniger endentscheidend muss halt Sachen machen. Gerade bei den Berichten wäre es wenigstens so, dass häufig diese Berichte schon ja vorkorrigiert sind. Aber halt nicht in dem Sinn, wie man sie nachher rauslassen kann. Das heisst, man hat dann unter Umständen, weil man weiss, dass hintendran das auch noch jemand anschaut und korrigiert, ist man manchmal ein bisschen kulanter mit gewissen Formulierungen. Oder sagt sich, der schaut es ja nachher sowieso noch an, also brauche ich ein bisschen weniger Zeit oder auch einmal gar keine Zeit, weil ich keine Zeit habe. Und macht es dann auch entsprechend. #00:05:22-4#

I: Ja. Aber das heisst jetzt eben bei den, also schon ab Stufe Oberarzt gibt es diese 50 Stundenwoche. #00:05:27-8#

B: Ja. #00:05:28-2#

I: Ist das etwas Gutes? Oder ich sage jetzt, zur einen Seite aus Sicht vom Mitarbeiter, aber andererseits die Sicht des Unternehmens? #00:05:38-9#

B: Also vom Mitarbeiter her ist es sicher gut, dass man geregelte Arbeitszeit haben sollte. Dass man auch wirklich noch neben/ ein Leben neben dem Job hat. 50 Stunden sind ja eh schon deutlich mehr als die meisten in der Bevölkerung arbeiten. Also von daher müssten diese 50 Stunden eigentlich reichen. Das Problem ist die Organisation in der Schweiz allgemein. Und vielleicht in der Chirurgie noch ein wenig speziell. Dass es so ist, dass man nicht in diesen 50 Stunden all das erledigen kann oder machen kann, das man eigentlich bräuchte, um möglichst schnell einen Facharzttitel zu machen. Und das ist dann das, was sich ein bisschen schneidet. Also das heisst, bei all diesen Fachrichtungen, wo es Interventionen braucht zum Erreichen eines Facharzttitels ist das ein bisschen der Knackpunkt. Weil nämlich diese 50 Stundenwoche in so einem Fall dann einfach zu knapp ist, dass man zeitig fertig wird. Also das heisst mit anderen Worten, es wird halt entweder/ geht es deutlich länger bis man den Facharzttitel hat oder man muss halt über diese 50 Stunden arbeiten. Was man eigentlich nicht dürfte und was man dann halt irgendwie muss ein bisschen zusammenbescheissen. #00:06:46-9#

I: Also dass dann jeder selbst für sich verantwortlich ist, dass er halt Freizeit darangibt, damit er dafür/ #00:06:54-9#

B: Ja, wenn man schnell vorankommen will und wirklich Sachen sehen will. Und dabei sein will, dann ist es häufig in dieser 50 Stundenwoche nicht integrierbar. Und dann muss man halt daneben noch etwas leisten. Und das ist gut möglich, aber ist dann halt/ kann man nicht quasi ab oder kann man nicht spiegeln in der Arbeitszeit oder andersgesagt die Arbeitszeit/ In diesen 50 Stunden drin bringt man es in der Regel nicht, all das, wenn man schnell vorwärtskommen will. #00:07:29-9#

I: Ja, und so mit diesen Schichtenmodellen und so. Das funktioniert gut oder ist das dann auch/ Also man muss ja dann zum Beispiel auch Kompensationstag geben? Oder/ #00:07:42-0#

B: Also Schichtmodelle sind notwendig, weil man auch Zeit braucht für die Erholung. Das ist keine Frage. Das Problem ist dort ein bisschen, je häufiger dass man wechselt, je häufiger gibt es Übergaben und die sind in der Regel immer ein Knackpunkt oder ein Schwachpunkt. Weil dort können immer Sachen vergessen werden oder vergessen gehen und das ist auch mit ein Grund, wieso dass die, die keine Arbeitszeitbeschränkung haben eigentlich dann schlussendlich die einzigen sind, die noch einen Überblick über alles haben. Weil die nämlich immer da sind und immer wissen worum es geht. Und die anderen übergeben und können dann eher mal/ dort kann noch eher mal etwas untergehen. Und das ist nicht das Ziel natürlich, dass es dort untergeht. Aber das ist einfach die Realität. Und je häufiger dass man Übergaben macht, desto häufiger geht etwas unter. Und es braucht dazu auch noch relativ viel Zeit. Die dann nicht unbedingt wirklich produktiv ist. Weder für den, der erzählt noch für den, der es erzählt bekommt. #00:08:35-0#

I: Und wenn man jetzt so ein bisschen anschaut, so verschiedene Arbeitszeitmodelle, die es gibt. Ich sage jetzt Teilzeit, Homeoffice, Job-Sharing. Was ist so dort deine Meinung dazu? #00:08:48-1#

B: Das kommt sehr darauf an was für ein Fachgebiet, dass man gewählt hat. Es gibt Fachgebiete, gerade die kleineren chirurgischen Fächer können dort auch durchaus, dort kann es durchaus möglich sein. Also wenn man Sachen nimmt, die vor allem elektive Eingriffe sind, also alles was orthopädisch oder handchirurgisch oder auch plastisch-chirurgisch ist oder auch allenfalls dann ORL in der Praxis oder Augen in der Praxis. Dort kann man sicher solche Modelle machen. Überall wo es einen Notfalldienst braucht und wo es grössere Interventionen sind in der Regel, die man eben nur an grösseren Spitälern machen kann, ist es schwierig. Ist nicht nicht machbar, aber ist extrem schwierig. Es ist in der Regel dann machbar, dann/ in einem Job-Sharing wo man quasi sagt, man arbeitet/ zum Beispiel 80 Prozent arbeitet. Dann arbeitet man einfach zwölf, zehn Monate durch und dann zwei Monate frei oder so, weil 80 Prozent an einem Tag arbeiten oder in einer Woche arbeiten macht es immer schwieriger, weil dort einfach zu viele Lücken entstehen. Es ist möglich, aber es macht für den Betrieb/ macht/ gibt es eine grosse Unruhe. Und man müsste dort dann schauen, was für spezielle Aufgaben man kann dieser Person geben. Das gibt es sicher und das kann man sicher machen, aber wenn jetzt jemand will vollumfänglich das ganze Spektrum abbilden, dann wird es nicht gehen. #00:10:21-7#

I: In der Chirurgie jetzt? #00:10:23-0#

B: In der Chirurgie, ja. Also in den grösseren chirurgischen Fächern. #00:10:25-6#

I: Und ist das abhängig, also ist es jetzt für jemanden, der die Ausbildung schon abgeschlossen hat eher möglich? Oder nicht und auch bei, ich sage, wenn man noch in Ausbildung ist, spielt es dort auch eine Rolle? #00:10:41-5#

B: Also je mehr Erfahrung, dass man hat, desto eher ist es sicher möglich. Weil man dann nicht immer alle Details muss gehört haben, um etwas zu verstehen. Und man kann auch/ Und man hat auch die Routine operativ, dass man regelmässig oder quasi das jeden Tag ein paar Mal muss machen. Das macht es sicher einfacher, wenn man eine Ausbildung hat. Aber auch dort ist es so, dass in diesen grösseren Fächer ist es schwieriger. Ist nicht unmöglich, aber ist es schwieriger als in den kleineren Fächer und insbesondere bei allen interventionellen Fächern ist es schwieriger als bei den anderen Fächern. #00:11:17-8#

I: Ja, aber das heisst, es wäre grundsätzlich auch für jemanden in der Ausbildung möglich? #00:11:24-0#

B: In der Ausbildung ist es auch möglich. Aber das/ bringt natürlich mit sich, dass die Ausbildungsdauer sicher sich verlängern tut. Also das ist/ anders ist das nicht möglich. #00:11:35-3#



I: Aber ist es ein Nachteil für die Karriere oder ist es einfach persönlich, dass man dann halt einfach sagt, okay man hat jetzt einfach doppelt so lange bis man gleich weit ist und einer ist halt mit drei Jahren früher schon fertig. #00:11:46-7#

B: Es muss kein Nachteil für die Karriere sein, aber in der Regel ist es ein bisschen ein Nachteil für die Karriere, weil man halt einfach weniger schnell vorwärtskommt wie die anderen. Und nachher in der Regel ist man dann auch, wird man auch weniger motiviert, weil halt die anderen, die gleichzeitig angefangen haben schneller vorwärtskommen oder schneller weiter sind als man selbst. Das ist in der Regel so. #00:12:074#

I: Und, wenn man jetzt eben sagt so Homeoffice. Man/ Es ist ja viel jetzt auch gesagt worden von der Berichten her. Wäre das etwas, das man könnte vielleicht umsetzen, dass man sagt, dass jemand dann heim kann um vier und zum Beispiel am Abend diese Berichte noch machen. Wenn jetzt jemand Familie hat, die vielleicht sagt, ja die Kinder kommen um fünf aus der Schule. Und dann will ich zwei Stunden mit ihnen etwas machen und dafür arbeite ich um acht bis am Abend noch, wenn sie schlafen. #00:12:34-1#

B: Also das ist jetzt/ alles was die Administration angeht, ist das sehr gut möglich. Ja, das ist durchaus so, das könnte man so machen. Ich weiss nicht, ob es wirklich einfacher ist von daheim aus, weil man in der Regel nicht immer ganz alle Unterlagen doch zur Verfügung hat. Aber das ist sicher ein wenig eine Frage der Organisation. Vielleicht kann man das so machen. Ich persönlich arbeite/ komme lieber hierhin, weil ich mehr meine Ruhe habe, aber das ist sicher persönlich gefärbt. Aber es ist/ es wäre durchaus denkbar und machbar. Allerdings muss man sagen, es geht nur um die administrativen Sachen. Und es ist so, dass es für die Person, die im Homeoffice ist, gut machbar ist. Für die, die dann nicht im Homeoffice sind und da sind, macht es die Kommunikation schon deutlich komplizierter. Das muss man ganz klar sehen. Weil die sind dann nicht so erreichbar, wie man sie erreichbar hat, wenn sie da sind. Dass man schnell ein Telefon, wenn dann der jetzt in dieser Zeit gerade eben die Kinder betreut. Das weiss man ja dann nicht. Wenn er zum Beispiel sagt, ich mache dann am Abend das. Ich mache meine Stunden schon, das kann man dann schon glauben. Aber nichtsdestotrotz macht es die Erreichbarkeit und die Kommunikation untereinander macht es sicher komplexer. Nicht unmöglich, aber ist sicher für die, die das nicht machen ist es sicher ein Mehraufwand. #00:13:58-7#

I: Also die müssen das mittragen und sagen, ich nehme für mich mehr Aufwand/ #00:14:04-4#

B: Ja. #00:14:05-0#

I: in Kauf, damit die anderen das haben. Okay. Wie sieht es so/ jetzt in einem hat man ja auch viel Forschung. Wie hat so etwas im Arbeitstag Platz oder gibt es da spezielle Modelle oder/ #00:14:21-4#

B: Ja, es gibt verschiedene Modelle. Es gibt Modelle, wo man jemanden freistellt für Forschung. Das ist die optimale Situation. Dann nachher kann er forschen und hat keine klinische Aufgabe daneben. Das ist die Optimal-Situation. Dann kommt man auch vorwärts und ist auch nicht immer hin und hergerissen. Das ist in der Regel, gerade in den interventionellen Fächern, nicht so häufig so. Ist aber durchaus möglich. Und dann gibt es so quasi die Sharing Optionen. Dass man 50 Prozent 50 oder irgendwie so das macht. Das klingt auf dem Papier extrem gut und macht/ lässt sich auch sehr gut gegenüber andern. Ist aber für die, die das leben ein extremer Aufwand. Weil es nie 50 50, sondern es ist mindestens immer 60 60 oder 70 70 oder so. Also das muss man sich im Klaren sein. Also man ist eigentlich, man fährt deutlich schlechter, wenn man so etwas macht. Im Bezug auf die Arbeitsbelastung. Aber andererseits muss man sagen, man hat wenigstens/ Man hat die Möglichkeit Forschung gleichzeitig wie die Arbeit, wie die klinische Arbeit zu machen. Und das ist auch nicht immer so einfach gegeben. Und wenn man diese Chance hat, dann packt man sie in der Regel. Und das geht auch wieder ein bisschen ins Gleiche wie bei dem, der schneller vorwärtskommen will. Der macht dann halt mehr als die 50 Stunden und schreibt halt nicht alles auf, weil sonst würde es nicht klappen. Dann gibt es noch die, die/ wie das die meisten machen, dass man so ein bisschen Forschung neben der Klinik macht. Das ist aber dann wirklich reine Frondienstarbeit eigentlich. Also da hat man ausser selber hat niemand etwas davon am Schluss eigentlich. #00:16:03-5#

I: Also dass man es komplett Freizeit macht? #00:16:06-0#

B: Ja. #00:16:06-6#

I: Oder einfach aus Interesse/ #00:16:07-7#

B: Ja, also in der Regel, wenn man das macht, wenn man einen normalen Job hat, dann macht man es einfach dann, wenn man den Rest gemacht hat. Und das heisst, es ist zusätzlich, was nicht darf aufgeschrieben werden. Und wenn man es nicht so macht, dann hat man schnell einmal keine Kollegen mehr. Weil dann heisst es, dass man jedes Mal, wenn man eigentlich etwas sollte machen, das jemand anderem anhängt, damit man eben seine Forschung machen kann. Und das kommt halt nicht gut an. #00:16:31-6#

I: Ja und jetzt so bei diesen verschiedenen Modellen jetzt noch einmal zurückzukommen. Von was hängt das am meisten ab? Ist das so ein bisschen das Mindset auch von einem Vorgesetzten? Ist es die Organisation? Das Gesetz oder persönlich? #00:16:46-0#

B: Von allem hängt es ab. Also es hängt vom Gesetz ab. Was für Möglichkeiten, dass es hat. Dann hängt es von der Institution ab, wie viel Geld, das sie zur Verfügung hat für so etwas. Und wie viele Leute, die sie will für das einsetzen. Das hängt

von der Institution und von der Klinik selbstverständlich ab. Die Institution will das in der Regel meistens schon. Ist aber relativ zurückhaltend in der Finanzierung. Das heisst, die Klinik muss es dann tragen und die müssen halt schauen, wie viel, dass man sich das überhaupt kann leisten. Eigentlich in einer universitären Klinik gehört das dazu. Und man muss sich das leisten können. Handkehrum muss man ehrlicher-weise auch sagen, dass irgendwoher muss ja dann das Geld auch kommen. Und das ist in der Regel der Knackpunkt. #00:17:29-5#

I: Okay und hast du jetzt das Gefühl, dass der Unterschied Mann Frau jetzt auch in der chirurgischen Klinikrolle also immer noch vorhanden ist oder ist das/ haben beide die gleichen Chancen. Oder muss man da auf etwas verzichten? #00:17:46-9#

B: Also es haben/ a priori haben beide die gleichen Chancen. Da bin ich sicher. Man wird auch heute nicht/ Man wird sogar heute eher mehr gefördert, wenn man eine Frau ist, die Potenzial hat als ein Mann. Aber das Problem ist, sobald der Zeitpunkt kommt, wo man Familie hat, ist es nach wie vor so/ Das habe ich jetzt in meinem ganzen Umfeld gesehen, wenn es irgendein Problem gibt in der Familie, ist es in der Regel die Frau, die sich verantwortlich fühlt und die sich einschränkt und die sagt, ich muss jetzt nach Hause schauen gehen. Und nicht der Mann. Das ist aber natürlich eine Frage der Abmachung, wie man es in der Familie hält. Nur ist es/ Diese Beobachtung im Alltag zeigt einfach, dass es in der Regel nicht der Mann ist, der heimgeht. Sondern dass es die Frau ist, die heimgeht, weil der Mann sagt, es kommt schon gut. Und die Frau sagt, da muss ich/ dem muss ich nachgehen. #00:18:43-9#

I: Das heisst jetzt auch, wenn jemand zum Beispiel Facharzt Thorax-Chirurgie/ muss er sich wie zu Hause einfach organisieren, dass er mit der Zeit/ #00:18:55-1#

B: Also wenn man Familie hat, dann geht es gar nicht anders. Das ist so. Wenn man Familie hat, muss man es organisieren. Und sagen, wer ist für was zuständig daheim und dann nachher schauen, ob man das in diese Zeit reinbringt. Und wenn nicht, muss man sich überlegen, was man anders muss machen. Aber ja, anders geht es nicht. #00:19:12-7#

I: Aber würde man jetzt auch aus oder ist das überhaupt auch praktikabel, dass man sagt, okay diese Person eben muss zum Beispiel nur noch 80 Prozent kommen. Kann aber/ Hat aber trotzdem gewisse OPs oder? #00:19:24-3#

B: Das ist immer möglich. Das ist immer die Frage/ Es ist immer ein bisschen die Frage, wie sind die Umstände rund herum. Wenn das von der Klinikleitung oder auch von der Institution gefordert oder gefördert wird. Dann ist es sicher einfacher möglich. Auch dort ist es einfach im Alltag so, dass wenn man dann natürlich jemand ist, der quasi in Führungszeichen nur 80 Prozent da ist, aber das Gefühl hat, man darf gleich viel machen, wie jemand der 100 Prozent da ist. Dann klingt das zwar wie gesagt nach aussen gut. Aber mit/ Für das kollegiale Verhältnis ist das extrem negativ. Und das wird früher oder später/ geht es einfach/ ist das eigentlich der Hauptpunkt oder? Es gibt solche, denen geht das/ Die können das auch ausblenden. Und die

können trotzdem mit dem Leben, auch wenn es quasi immer die sind, wo man nachher sagt, ja aber der und sie und so, oder? Und andere, und das sind die meisten, können das nicht. Und früher oder später „lüpft“ es denen dann den Deckel. Und dann geht es halt nicht mehr. #00:20:28-1#

I: Ja, okay. Und hattest du jetzt irgendwie spezielle Herausforderungen um jetzt doch auch diese hohe Position zu bekommen? Jetzt auch, ich sage jetzt rein mit vielleicht so Work Life Balance. Sachen wo du verzichten musstest. Oder wo jetzt vielleicht als die jüngere Generation würdest anders machen? #00:20:48-7#

B: Ich glaube, also ich habe immer gesagt und ich glaube, das ist nach wie vor so. Wenn man etwas unbedingt machen will, das ist einmal die erste Voraussetzung, dann macht man es in der Regel gut und wahrscheinlich besser als jemand, der das nicht unbedingt will machen. Das ist einmal die Voraussetzung. Dass man etwas gerne macht und unbedingt machen will. Und wenn man das hat, dann fällt es einem auch ein bisschen einfacher um halt ein wenig mehr zu arbeiten. Aber ohne mehr arbeiten als die anderen, wird es nicht möglich sein, in so eine Position zu kommen. Und dann braucht es auch immer ein wenig Glück. Das muss man ehrlicherweise auch sagen. Ob sich gerade ein Fenster öffnet und dort eine Position frei wird. Oder eben nicht. Und dann spielt sicher auch die soziale Intelligenz eine Rolle, ob man merkt, wo man einen Platz hat und wo eher nicht. Dass man nicht zu viel Zeit und Energie an einem Ort verpufft, wo es eigentlich a priori schon klar ist, dass das zu nichts führt. Sondern dass man relativ früh klar auch für sich selber sagt, was will ich und wohin will ich. Und was bin ich bereit dafür zu leisten und was nicht. Und wenn es jetzt auf meine Familie bezogen ist, ist es so, dass ich eine Frau hatte, die daheim geblieben ist. Und das auch nichts ausgemacht hat, dass sie daheim bleiben musste. Aber es wäre nicht gegangen, wenn ich das nicht gehabt hätte. #00:22:12-0#

I: Dass es/ #00:22:13-4#

B: Dann hätte ich keine Familie. Also entweder hast du eine Familie in meiner Position und dann hast du jemand, der dafür schaut, dass es daheim auch läuft. Weil ich kann das nicht bieten. Oder dann hast du keine Familie. #00:22:25-4#

I: Und wäre das möglich/ Also könntest du dir vorstellen Job-Sharing zu Beispiel? #00:22:30-2#

B: Job-Sharing könnte ich mir vorstellen so vielleicht ja, so ab jetzt vielleicht langsam. Eben wo man dann/ wenn man viel Erfahrung hat und nicht mehr alles nochmal muss gesehen haben, damit man drin bleibt. Aber es ist nicht mein Ziel, muss ich ganz ehrlich sagen. Ich arbeite nach wie vor gerne. Und es ist natürlich/ Und das muss man auch, das muss man sich auch im Klaren sein, es ist auch Job-Sharing klingt auch gut. Aber das ist mit einer deutlichen Einbusse von den Finanzen verbunden. Und das muss man dann auch zuerst schauen ob das möglich/ machbar ist oder ob man das so will, oder? #00:23:05-1#

I: Ja, aber das heisst, rein organisatorisch würde es wahrscheinlich gehen. Man müsste schauen/ #00:23:10-9#

B: Rein organisatorisch würde es wahrscheinlich gehen, ja. #00:23:12-1#

I: Okay. Vielleicht noch so ein bisschen zum Abschluss zwei Sachen. Das eine ist, es kommt auch immer neu so ein bisschen Physician's Assistant. So Schnittstellen-Personen. Können die beitragen, dass vielleicht auch die Arbeitsbelastung von den Ärzten reduziert wird respektive verschiedene Modelle kommen oder sollte man das vielleicht auch getrennt anschauen? #00:23:38-8#

B: Also es gibt verschiedenste Ansätze, wie dass man könnte die Arbeitszeiten von den Ärzten reduzieren. Das hat man/ Das diskutiert man seit 20 Jahren. Nur interessiert es einfach niemanden. Weil nach wie vor, so es kommt auch ein wenig darauf an auf welcher Stufe, aber ich meine, jetzt zum Beispiel auf unserer Stufe, wo man keine Arbeitszeitbegrenzung hat. Dann ist es einfach, gewisse Aufgaben mehr denen zuzuordnen. Weil es kostet nicht mehr. Oder? Es kostet immer genau gleich viel. Und wenn du jetzt auch schon ganz einfach eine Sekretärin mehr anstellst, dann kostet es einfach etwas. Oder? Das ist immer eine Kostenfrage schlussendlich. Es ist ganz klar, dass man extrem viele Arbeiten, die im Alltag des Ärztedaseins integriert sind, wo man ganz klar/ die keine ärztlichen Tätigkeiten sind, einfach nicht. Aber die halt, weil auch relativ günstig, weil 50 Stundenwoche ist günstiger als 42 Stundenwoche. Und ja, das/ Ich meine, es ist auch ein System, das halt sich so ein bisschen eingespielt hat und es ist extrem schwierig, da halt einen Weg raus zu finden. Aber es gäbe einen ganzen Haufen Möglichkeiten, wie man das verändern könnte. Einen ganzen Haufen. #00:25:03-3#

I: Also das heisst, dass man/ Das Verhältnis wie viel Zeit man an einem Patienten ist gegenüber Administration/ #00:25:11-3#

B: Ja. #00:25:11-8#

I: überproportional zugenommen hat. #00:25:13-7#

B: Also es ist/ Das ist überhaupt kein Vergleich. Als ich Assistent war/ Meine, man sieht es/ Man kann es daran anschauen. Oder wir haben als Assistent/ Als ich Assistent war, das ist jetzt 30 Jahre her, hat man extrem viel gearbeitet. Weil man einfach keine Arbeitszeitbegrenzung hatte. Und wenn man wollte eine Operation machen, ist man halt am Abend geblieben. Auch wenn man keinen Dienst hatte. Und ist halt auch die Nacht durch mal geblieben. Das war halt einfach normal. Dafür hat man eigentlich fast nur mit Patienten zu tun gehabt und allenfalls Visite mit der Pflege gemacht und so. Und ist extrem selten vor einem Computer gesessen, weil es das damals noch gar nicht gegeben hat. Sondern eigentlich ist man wenn einmal vor einer

Schreibmaschine gehockt, wenn man etwas schreiben musste. Und weil man in der Regel so viel langsamer war als eine Sekretärin, hatte es Sekretärinnen, denen man diktiert hat und die haben alles geschrieben. Das heisst, man hat administrativ hat man eigentlich ausser OPs Bericht, die man diktieren musste und Austrittsberichte, die man diktieren musste, hat man eigentlich nichts gemacht. Alle anderen Sachen sind handschriftliche Einträge gewesen in einer KG, die keine Zeit gebraucht hat. Was man quasi auf der Visite gerade hat erledigen können. Und die Leute waren immer in den Zimmern. Das ist auch die Pflege. Wenn man in ein Stationsbüro gekommen ist damals war niemand im Stationsbüro. Weil die Pflege war immer in den Zimmern und hat Patienten betreut und das gleiche war bei den Assistenzärzten. Sie waren immer entweder im OPs oder in einem Zimmer. Nie im Büro. Heutzutage ist das zu 100 Prozent anders. Wenn du jemanden suchst, musst du immer zuerst ins Büro, weil die sind fast sicher im Büro oder im Stationszimmer, was die Pflege auch anbelangt. Und am allerseltensten sind sie bei den Patienten. Oder das ist einfach/ Da sieht man, wie es aktuell aussieht und das ist einfach völlig in die falsche Richtung gelaufen. Und das wieder zu wenden ist praktisch unmöglich, weil Hauptbegründung ist, dass man alles belegen muss und das was belegt wurde, muss kontrolliert werden. Und das wird auch nochmal kontrolliert. Weil niemand mehr irgendjemandem glaubt, dass er das, was er gesagt hat, dass er das gemacht hat, auch wirklich gemacht hat. Ohne dass er irgendwo einen Strich oder ein Kreuzchen macht. Obwohl man das natürlich auch kann machen ohne dass man den Patienten gesehen hat. Also das ist die heutige Situation. Und das ist diese Kontrollitis und halt wenn niemand mehr niemandem etwas eingesteht und zutraut. Und ohne Nachkontrolle und Kontrolle niemand mehr glaubt, dass er überhaupt irgendetwas macht. Das ist die Situation. Und das ist ja nicht nur bei uns so. Aber bei uns ist es halt/ Ist halt dann das der Grund, dass eben in diesen 50 Stunden, die man arbeitet nicht das gemacht wird, was man eigentlich braucht für die Ausbildung. Sondern alles andere, was Spital und die Administration braucht, aber nicht eigentlich das, was man für die Ausbildung braucht. #00:28:05-3#

I: Aber das heisst, wenn man das würde anpassen, eben mit, ich sage jetzt Sekretärin oder dass dann wieder die Möglichkeiten grösser wären für auch einen Assistenten halt das zu machen, was er wirklich machen muss. Und dann/ #00:28:19-0#

B: Ja, klar. #00:28:19-7#

I: Kann er vielleicht für das/ #00:28:21-1#

B: Für das ist Physician Assistant sicher etwas gutes, weil die schliessen jetzt eigentlich diese Lücken ein bisschen. Übernehmen das, was eigentlich nicht unbedingt ärztliche Tätigkeiten sind. Und helfen dort dabei. Nur hätte man das schon viel früher machen können, indem dass man einfach dem Sekretariat mehr Aufgaben zuge-schreiben hätte. Vor allem administrative Sachen, dass man denen ein bisschen mehr Verantwortung auch übergeben hätte. Aber dort ist man halt in eine andere Schiene gefahren. Sondern das ist irgendwie, denen hat man immer weniger zuge-traut und immer weniger Verantwortung gegeben. Als ich angefangen habe auf der Assistentenstelle hier im Unispital hat man in einem Austrittsbericht für einen Notfall

nur die Diagnoseliste diktieren müssen und ganz kurze Stichworte, wie es etwa gelaufen ist. Und die Sekretärin hat den Bericht selber geschrieben. Und zwar zig mal besser als wir es heutzutage wahrscheinlich machen. Weil die wusste genau, was muss rein, welche Formeln/ Formulierungen braucht es und so weiter und so fort. Und das ist alles. Das hat man denen alles weggenommen und durch das sind die wirklich guten Sekretariate sind alle untergegangen, weil die/ diesen Job wollten sie nicht mehr machen und haben dann halt etwas anderes gemacht. Das ist schon so. #00:29:37-7#

I: Okay, ja. Ich weiss nicht, ob du abschliessend noch etwas hast, was wir jetzt vielleicht nicht besprochen haben. #00:29:45-7#

B: Nein, ja/ #00:29:47-0#

I: Das du zu diesem Thema wichtig findest/ #00:29:48-5#

B: Höchstens noch einfach zu sagen, also wenn man das so jetzt hört, was ich gesagt habe, dann hat man ja das Gefühl uh, das ist alles total daneben und es ist alles viel schlechter als früher. Es hat auch Sachen, die gut sind und es hat/ Nach wie vor macht es mir Spass zu arbeiten. Und den meisten Leuten, die im Gesundheitswesen arbeiten auch tatsächlich immer noch. Aber es hat halt viele Sachen, die sich fehlentwickelt haben und die fast nicht mehr rückgängig machbar sind/ zum rückgängig machen. Das ist ein wenig das problematische daran. #00:30:22-8#

I: Jetzt kommt mir noch in den Sinn. So dieser Fachkräftemangel, den man immer sagt, spürst du den jetzt als auch jemand der Leute einstellt oder rekrutiert oder ist das/ #00:30:34-2#

B: Nein, es hat nicht zu wenig. Sondern es hat einfach zu wenige, die wirklich wissen, was sie wollen und die auch wirklich sich investieren wollen. Sondern heutzutage ist gerade aufgrund, weil eben der Arbeitsalltag nicht mehr so attraktiv ist, wie er früher war. Also wenn man als Chirurg früher eingestellt wurde, wusste man, in erster Linie bin ich jetzt da auf dieser Abteilung und lerne operieren und betreue ein paar Patienten. Und heutzutage, wenn man auf eine Chirurgie kommt, dann weiss man, dass man in erster Linie Schreiberling ist. Und zwischendurch mal einem Patienten darf eine Hautnaht machen oder irgendetwas wirklich völlig einfaches. Das man als Unterassistent früher schon gemacht hat, bevor man überhaupt Assistent wurde. Oder? Also das sind schon/ Und durch das ist natürlich die Motivation auch eine andere. Und das ist auch nachvollziehbar, oder? #00:31:26-0#

I: Aber dann würde es nützen, wenn man eben jetzt andere Modelle hätte, wo man eben sagen könnte, gut, ich sage jetzt, man hat mehr, zum Beispiel, Physician's Assistant, dafür nur weniger Assistenzärzte, die dann halt/ #00:31:36-0#

B: Das würde sicher nützen. Das würde sicher nützen. Sonst geht ja/ Es soll nicht gerade in dieses Extrem gehen, dass man quasi nur noch Mechaniker ist und dann nur noch in den OPs will und alles andere nicht versteht. Das ist falsch. Aber es wäre sicher gut, wenn man nur einzelne Sachen dort müsste machen und nicht so viel, wie man jetzt machen muss. Und viel Gewicht gelegt werden würde auf die Ausbildung und auch/ dann hätte man auch Zeit wieder einmal etwas nachzulesen. Ich meine diese Assistenten von heute, die lesen nie etwas nach. Weil wenn sie dann mal mit ihrer Arbeit fertig sind, dann haben sie die Nase so voll, dass sie sagen, ja oder jetzt gehe ich nach Hause. Oder? Früher durftest du nur in den OPs, wenn du genau wusstest wie der OPs geht. Du musstest also alles vorher lesen und dir vorher überlegen und so. Und du wurdest auch abgefragt am Anfang der Operation, was machst du jetzt wann und wie geht es und so. Das macht man alles nicht heute, weil einfach die Zeit gar nicht da ist, oder? Es ist ja alles in Blöcken und auch im OPs ist es so, dass es immer heisst, jetzt müsst ihr aber vorwärtsmachen, weil es muss heute nochmal einer operiert werden. Und es muss noch einer operiert werden und so weiter. Das macht es nicht einfacher. #00:32:46-2#

I: Aber das heisst, das Arbeitsvolumen ist höher? #00:32:49-0#

B: Das Arbeitsvolumen ist deutlich höher, ja. Aber es ist nicht mit sinnvollen Inhalten gefüllt. #00:32:54-3#

I: Aha okay. Aber auch OPs und so habt ihr früher mehr oder weniger, also/ #00:32:59-8#

B: Also als ich hier angefangen habe, haben wir viel weniger Operationen gemacht. Insgesamt. Aber pro einzelnen Mitarbeiter hat man mehr gemacht, weil man eben weniger anderen Mist machen musste. Und dann hatte man mehr Zeit für das. #00:33:12-1s#

I: Okay, ja. #00:33:15-1#

B: Ja. #00:33:15-6#

I: Sonst noch etwas? #00:33:17-0#

B: Nein, das ist alles. #00:33:17-8#

I: Ist gut? Danke. #00:33:19-0#

B: Danke auch. #00:33:20-0#



## Interview 11

B: Ja, bei uns ist es so, dass ich in der Regel um viertel vor sieben da bin und mich kurz informiere, ob es irgendetwas gegeben hat bei den Patienten, die ich betreue. Anhand den Einträgen der Pflege und im Elektronischen, im KIPS. Um sieben ist dann der Departementsrapport und dann gibt es im Prinzip Operationstage und Sprechstundentage. Also Montag, Mittwoch, Freitag sind Operationstage und Dienstag ist bei mir der Sprechstundentag. Am Donnerstag bin ich in der Regel bei euch dann. Und ja, also verschiedene (unv. #00:01:10-0). Arbeitsende ist häufig so zwischen sechs und sieben am Abend. #00:01:19-5#

I: Ja, und was sind so die Herausforderungen in deinem Arbeitsalltag? Also eben, es ist ein wenig aufgeteilt, aber vielleicht so generell auch? #00:01:34-7#

B: Ja, eine der Herausforderungen ist es, dass wir halt häufig flexibel bleiben müssen, dass sich die Arbeit kurzfristig ändert, die Prioritäten ändern, dass man unterbrochen werden kann mit Fragen, die dann rasch eine Antwort brauchen. #00:02:05-9#

I: Okay, also das heisst vor allem eben so ein wenig die Priorisierung. Hat das vor allem mit den Patienten zu tun oder auch mit internen organisatorischen Fragen zu tun? Oder kann man das überhaupt unterscheiden? #00:02:28-8#

B: Es geht ja ein wenig Hand in Hand. Also es hat natürlich primär bei mir meistens mit Patienten zu tun, aber das hat dann häufig auch einen organisatorischen Teil drin. Wenn man mal den Plan den man hat, ändern muss. #00:02:48-5#

I: Ja. #00:02:50-4#

B: Heute zum Beispiel habe ich Notfalldienst – Hintergrund. #00:02:56-3#

I: Ja. #00:02:56-7#

B: Und das könnte zum Beispiel sein, dass wir unterbrochen werden und ich müsste dann Auskunft geben (...) oder das Prozedere festlegen. #00:03:12-7#

I: Aber es gibt Dienst. Also kann man das auch ein wenig unterscheiden? Einen Nichtdienst-Arbeitstag und einen Dienst-Arbeitstag, dass es dann anders ist? #00:03:25-4#

B: Ja, bei mir ist es ein Hintergrunddienst. Das heisst im Vordergrund ist der Notfall. Ich habe vorher schnell geschaut, es war kein Patient dort, der mich gerade betreffen könnte. Dass wir da hoffentlich etwas Ruhe haben sollten. Und dann ist ein Oberarzt und wenn dieser nicht weiterkommt, wendet er sich an mich. Ja, also in diesem Sinn muss ich damit rechnen, dass ich an einem Dienstag häufiger unterbrochen werde und der Hintergrunddienst bei uns, der geht dann auch durch die Nacht noch weiter (unv. #00:04:07-1). Also auch in der Nacht kann man gestört werden oder muss allenfalls gehen. Und jetzt diese Woche ist es bei mir der Montag, Dienstag, wo ich Dienst habe und dann wieder der Freitag, Samstag. #00:04:21-7#

I: Okay, ja. Und in vielleicht in diesem Zusammenhang auch. Ist das Arbeitszeitgesetz bei dir oder bei eurem Departement ein Thema? #00:04:38-0#

B: Also jetzt für mich selber greift das Arbeitszeitgesetz nicht – da, Kader. Es ist bei uns ein Thema für die Oberärzte und für die Assistenzärzte. Ja, also das ist ein Thema #00:04:58-5#

I: Okay, und ist das positiv oder negativ behaftet oder ? #00:05:05-8#

B: Ja, also ganz grundsätzlich ist es sicher richtig, dass wir die Ärzte schützen mit einer Verordnung oder einem Gesetz. Das Arbeitsgesetz, welches in der Schweiz zur Anwendung kommt ist eigentlich ein Industriegesetz und es passt meiner Meinung nach nicht ganz auf das Gesundheitswesen. Also es trägt dem 7 mal 24 Stundenablauf (...). Es ist an und für sich auf sechs Tage ausgelegt, dass man am siebten Tag freihat. Dass die Fabriken freihaben und nicht arbeiten am Sonntag. Und das trägt Patientenkontinuität, also der Betreuung – das ist in der Industrie ja nicht wichtig am Fließband – eigentlich keine Rechnung. #00:06:11-8#

I: Also, das heisst a) es ist ein Thema, aber es ist zu wenig gut auf das Gesundheitswesen abgestimmt? Vielleicht so? #00:06:26-3#

B: Das ist meine Meinung. Es macht Kontinuität der Betreuung schwieriger. #00:06:41-6#

I: Ja, was wären denn Lösungsvorschläge oder was könnte man verbessern? #00:06:48-6#

B: Ich denke eben an diesem Punkt, dass man in sieben Tagen planen können sollte und nicht in sechs. Also, dass man/ es sollte ein wenig mehr Flexibilität geben, dass die Arbeitswoche ein bisschen weniger unterbrochen werden muss. #00:07:12-8#

I: Okay. #00:07:14-6#

B: Maximalzeit 50 Stunden finde ich ist vernünftig, sollte man anstreben einzuhalten. #00:07:27-8#

I: Ja, und das wär dann auch in einem siebentages Betrieb möglich? Also, diese 50 Stunden sind ja jetzt sehr auf diese sechs Tage ausgelegt und dann kommt ein Tag mehr und die Stunden sind ja nicht mehr? #00:07:43-1#

B: Ja, also einfach Kompensationsmöglichkeiten muss man anders gestalten, also dass sie nicht ganz so zeitnah sein müssen. #00:07:52-9#

I: Ja. #00:07:55-2#

B: Also, dass man eher Wochenweise kompensieren kann. #00:07:59-7#

I: Aha, ja also im Sinn von, dass man halt/ich sage jetzt zum Beispiel zwei drei Wochen 60 Stunden oder 70 Stunden gearbeitet hat und nachher dafür gerade eine Woche frei kriegt? #00:08:12-0#

B: Ja(...), zum Beispiel. Das ist jetzt auch nicht so durchdacht, aber eben, dass es einfacher möglich ist die Kontinuität der Patientenbetreuung weniger unterbrechen zu müssen. #00:08:36-6#

I: Mhm mhm. Weil, es ist ja eigentlich noch spannend. So wie es jetzt klingt, heisst es ja auch, dass durch die Unterbrechungen die Qualität der Behandlung schwieriger ist. Umgekehrt hat mir das eben auch eingeführt, dass man weniger übermüdetere Ärzte hat –oder erschöpfte Ärzte sage ich jetzt mal. Vor allem vielleicht jetzt auch in der unteren, also in der Ausbildungsstufe noch, damit dann eben weniger Fehler passieren. #00:09:14-5#

B: Ja, es ist ein Schinden vom Optimum zwischen Erfahrung sammeln. Und auch dort, wenn natürlich die Kontinuität ständig unterbrochen ist, ist es schwieriger Erfahrungen sammeln zu können. Es ist sicher nicht optimal für unser Verständnis, wie es in den Staaten war, oder? Dass die über 80 Stunden pro Wochen gearbeitet haben und auf dem Heimweg dann Unfälle bauen. Ich denke auch – den Schutz von 24 Stundendienst finde ich sinnvoll, oder? Dass man maximal 17 Stunden am Stück im Dienst leisten darf. Also, dass man nicht 24 Stunden macht. Diese Regelungen finde ich sinnvoll und es zwingt einem dazu Nachtragssysteme einzuführen. Das unterstützte ich alles, aber äh ja. Man wird vermutlich nicht von diesen 50 Stunden wieder raufgehen. Auch das fände ich nicht völlig daneben, wenn man sagt ein wenig mehr, aber das wird wahrscheinlich nicht funktionieren. Ich hatte immer die Hoffnung, dass der VSAO sieht, dass die Situation nicht sinnvoll ist. Aber ich glaube (unv. #00:10:41-7) von den Gewerkschaften, die das Sagen haben. #00:10:53-0#

I: Ja, mhm. Genau. Das heisst auch, das so ein wenig (...). Vielleicht den Überschwingung machen. Die verschiedene Modelle. Hast du für dich spezifisch irgendwelche Arrangements noch, offiziell oder inoffiziell, die du ein wenig nutzt, damit dein Arbeitsalltagsstress reduziert wird oder brauchst du so etwas auch gar nicht?

#00:11:30-2#

B: Ich verstehe jetzt nicht ganz was du mit Arrangements meinen könntest?

#00:11:36-9#

I: Also, es ist die Überleitung quasi das man sagt, Teilzeitmodelle. Weisst du, das ist im Moment noch nicht so verbreitet, vor allem auch in den chirurgischen Disziplinen mit – ich sage jetzt Teilzeit, Jobsharing, Co-Leitung. Das Thema. Und Arrangements meine ich mehr auch ein wenig zum Beispiel: du erlaubst es dir am Morgen von neun bis zehn einfach noch schnell einen Kaffee zu trinken draussen. Also so etwas was dir viel gibt, damit du dann wieder zehn oder zwölf Stunden oder wie lange es auch ist, produktiv sein kannst durch den ganzen Tag durch. #00:12:30-3#

B: Ja, ich selber habe diese Freiheit nicht so genutzt. Ich kann mir auch nicht vorstellen im Moment Teilzeit zu arbeiten. Ähm, ja, wieso nicht? Ja, also ich bin es mir einfach nicht gewohnt. #00:12:55-4#

I: Ja (...). Es wäre aber möglich theoretisch? #00:13:01-2#

B: Ja, ja. Also ich meine ich habe sicher Zeiten, in denen ich–. Ich habe ja auch/also seit man das iPhone hat, kann man auch aus dem Haus, aus dem Spital und du bist trotzdem erreichbar. Und das ist sicher in meinen Augen etwas, was einem Flexibilität gibt. #00:13:25-2#

I: Ja. Ist es denn auch bei eurem Departement ein Thema, dass man andere Modell als 100% arbeitet? #00:13:38-5#

B: Ja, also wir haben auf Kaderstufe auch schon gesagt, wir sollten eigentlich einen halben Tag frei machen. Wir haben das immer wieder versucht. Einer von uns vier macht das regelmässig. Der ist dann immer Montagmorgen weg, aber der Rest hat es wie noch nicht geschafft (...). Und es ist auch ja für uns nicht immer so angenehm, wenn er an diesem Montagmorgen fehlt. #00:14:09-3#

I: Ja. #00:14:10-1#

B: Weil gewisse Fragen werden dann nicht beantwortet. #00:14:15-0#

I: Ja. #00:14:16-9#

B: Aber ja, das ist akzeptiert. #00:14:19-7#

I: Und warum ist das jetzt akzeptiert? #00:14:23-8#

B: Ja, eben weil wir uns das mal vorgenommen haben und weil man sagt, ja ist eigentlich schon richtig. #00:14:30-7#

I: Ja. Aber eben du machst es ja beispielsweise nicht, einfach weil es nicht geht? #00:14:42-3#

B: Mein freier Nachmittag war dann, als ich noch zu euch bin, der Mittwochnachmittag gewesen. Mittlerweile hat sich das ja ergeben, aber jetzt hat sich dieser einfach mit Arbeit gefüllt. #00:14:55-4#

I: Aha, ja. #00:14:56-7#

B: Und ich müsste also deutlich aktiver sagen: „Also, da bin ich dann einfach nicht da“. Und der Felix Gried hat einfach zu viel Arbeit. Er schafft seine Arbeit nicht weg. Dasselbe gilt für Stefan Breitenstein. #00:15:15-0#

I: Ja, (...). Aber das heisst – verstehe ich das richtig, dass es ein Thema ist, dass es teilweise genutzt wird, zumindest einen halben Tag und grundsätzlich eigentlich bei allen angeboten wäre, aber halt die Umsetzung sich als schwierig herausstellt und vielleicht auch der unbedingte Wille das jetzt einzufordern vielleicht? #00:15:45-3#

B: Ja, genau. Also irgendwie Präsenz da scheint einem trotzdem wichtiger, oder die Arbeitslast, dass die Arbeit erledigt ist scheint einem wichtiger als diese Freizeit. #00:16:01-0#

I: Ja, und würdest du es dir aber wünschen oder spielt dir das keine Rolle? #00:16:10-1#

B: Äh, ja. Es ist für mich nicht so wichtig (...). Was ich schätze ist/ich habe zum Beispiel am Mittwoch nie Dienst. Dort bin ich nie so angebunden. Das schätze ich. #00:16:40-0#

I: Ja, okay (...). Also ist es indirekt also ein Arrangement, dass du dann sicher keinen Dienst hast? #00:16:48-7#

B: Genau. #00:16:49-6#

I: Also weniger Präsenz, aber mental entlastet bist, weil du einfach weisst, okay.  
#00:16:57-9#

B: Ja, als ist auch um irgendwelche Termine zu planen, welche jetzt auch außerhalb des Spitals sind. #00:17:04-1#

I: Mhm, ja genau (...). Du bist ein langjähriger Thoraxchirurg. Siehst du auch Möglichkeiten, dass es für Leute, welche in der Ausbildung sind, beispielsweise Assistenten oder Oberärzte, dass man dort auch so Teilzeitmodelle einführen kann?  
#00:17:36-3#

B: Also bei den Assistenten und Oberärzten haben wir eine ganze Anzahl, welche Teilzeit arbeitet. Es sind glaube ich fast ausnahmslos Frauen mit Kinder, welche bei uns Teilzeit arbeiten und das seit vielen Jahren. Seit etwa 10 Jahren würde ich sagen. #00:18:07-1#

I: Ah , okay (...). Das funktioniert gut? #00:18:12-0#

B: Ja, es funktioniert würde ich sagen. Sie kommen in der Ausbildung halt deutlich langsamer voran. #00:18:24-4#

I: Mhm. #00:18:25-6#

B: Aber auf mich machen sie einen zufriedenen Eindruck. Ich glaube es stimmt so für sie. #00:18:39-8#

I: Und für euch? Oder für dich? Stimmt das auch, wenn man sagt, dass diese einfach doppelt so lang haben oder man es ihnen häufiger erklären muss? Oder ist das anders? #00:18:52-2#

B: Sie sind eigentlich meistens gut informiert. Es ist ja in der Regel trotzdem etwas mehr als auf dem Prozentsatz steht, sage ich jetzt mal. Also es sind Leute, welche eigentlich immer gut motiviert sind. #00:19:17-0#

I: Ja, und wenn man wieder zurückkommt mit dem 24/7 Betrieb. Ist das auch organisatorisch kein Aufwand? #00:19:32-0#

B: Diese Leute sind sich bewusst, dass sie/sie lesen sich auch eher zuhause oder sonst mal ein. Sie organisieren etwas, machen gute Übergaben, organisieren diese Betreuung mindestens so gut, würde ich mal sagen, der Patienten, um eben dieses Manko zu überbrücken. #00:20:01-9#

I: Ja. #00:20:02-3#

B: Also ich glaube, dass die Patiententkontinuität nicht wirklich schlechter ist durch Teilzeitarbeitende. Was man vielleicht sagen muss ist, dass es einen gesunden Mix braucht. Diesen Eindruck haben wir. Ich glaube wenn du allzu viele Teilzeitarbeitende hast und weniger, die 100% da sind, welche einfach mal überbrücken können, dann geht es vielleicht nicht mehr auf. #00:20:47-6#

I: Ja. #00:20:48-1#

B: Also ich glaube, wenn du allzu viele hast, die Teilzeit arbeiten, wird es meiner Meinung nach schwieriger. #00:20:57-5#

I: Okay, und warum ist das denn? #00:21:00-1#

B: Äh, ich kann es nicht recht erklären. Es scheint mir aber irgendwie eine Erfahrung zu sein aus all diesen Zeiten. Es wird organisatorisch schwieriger die ganzen Dienste aufrechtzuerhalten. #00:21:22-2#

I: Und wovon hängt das am meisten ab, dass es funktioniert mit Teilzeit? Ist das einfach der Vorgesetzte, der das akzeptieren muss, ist das die Gesetzgebung oder persönlich oder ja? #00:21:55-4#

B: Also warum wir das machen meinst du? Teilzeit? #00:21:59-5#

I: Warum und auch – kommt da beispielsweise ein Mitarbeiterin und sagt: „Ich möchte gerne 80% arbeiten“. #00:22:10-2#

B: Ich meine die Ausbildung ist ja eine Investition. Und wenn du die Investitionen nicht verlieren möchtest, indem du nur 100% arbeiten lässt, dann musst du das auch anbieten, dass diese Leute im Beruf bleiben können. #00:22:34-5#

I: Mhm, mhm. #00:22:35-2#

B: Also es ist nicht irgendwie eine gesetzliche Vorgabe, dass man das muss, aber äh, ja. Und es gibt auch einzelne Männer, die das nutzen, jetzt nicht gerade bei uns in der Thoraxchirurgie, aber im Departement Chirurgie. Viele Traumatologen haben das genutzt und sonst hauptsächlich von Frauen mit Kindern. #00:23:08-7#

I: Ja, okay und warum ist das Bedürfnis in der Traumatologie vorhanden und bei euch jetzt nicht? #00:23:18-8#

B: Ja, ich (...) kann das nicht beantworten. Also es gibt sicher in der Betreuung von den Patienten in der Intensität gewisse fächerspezifische Unterschiede, aber ob das jetzt der Unterschied ist, kann ich dir nicht sagen. #00:23:41-2#

I: Ja, okay. (...). Wie zufrieden bist du mit deiner Work-Life Balance? #00:23:52-6#

B: Ja, ich bin im Moment zufrieden. Rückblickend habe ich viel investiert bis ich mal in die jetzige Position gehabt habe und dort ist sicher die Familie zu kurz gekommen. #00:24:12-4#

I: Okay. Also ich sage jetzt in der Ausbildungszeit? #00:24:18-7#

B: Ja, genau, ja. #00:24:24-4#

I: Und hängt das zusammen, weil sich die Strukturen verändert haben oder hast du das Gefühl, dass es für die heutigen Jungen oder die Auszubildenden bessere Möglichkeiten gibt? #00:24:42-0#

B: Ja, ich glaube es hängt hauptsächlich bei mir damit zusammen, dass jetzt unsere Kinder erwachsen sind. Und ja, das es nicht mehr so nötig ist. #00:24:59-2#

I: Okay (...). Also das heisst, du hast jetzt eigentlich nicht mehr Zeit, weil du in dieser Position bist, sondern einfach. #00:25:11-0#

B: Ich habe etwas mehr Zeit als früher, also ich komme eher etwas früher nach Hause und das ist auch angenehm. #00:25:18-7#

I: Okay, ja und das hängt jetzt aber damit zusammen, dass du deine Ausbildung quasi abgeschlossen hast? #00:25:25-9#

B: Ja, genau, ja. #00:25:27-2#



I Okay. #00:25:28-3#

B: Und auch in einer anderen Position bin, ja. #00:25:31-0#

I: Und was heisst das? Also bist du flexibler? #00:25:36-1#

B: Jäh, ich wäre das auch schon als Oberarzt gewesen, also flexibler aber ich habe sehr viel Kontinuität in der Patientenbetreuung gegeben und war dann auch häufig in der Freizeit da. #00:25:57-4#

I: Ja, und das ist einfach aus Eigenüberzeugung? #00:26:02-1#

B: Ja genau. #00:26:03-0#

I: Okay, und so die Arbeitsbelastung? Ist die auch okay? Zeit für Erholung ist vorhanden? #00:26:14-5#

B: Ja, ja. Das ist absolut okay im Moment. #00:26:17-8#

I: Und vielleicht jetzt auch im Vergleich zu früher? #00:26:23-6#

B: Es ist weniger Arbeitsbelastung und ja. #00:26:35-6#

I: Ja, und eben das hängt alles etwas damit zusammen dass du eben diese Position hast. Als Oberarzt halt mehr noch machen musst oder Erfahrungen auch sammeln musst? #00:26:51-1#

B: Ja, ja, gut man sammelt jeden Tag eine Erfahrung. Aber man ist an einem Punkt an welchem man schon viel Erfahrung gesammelt hat und ja wo das, was ich vorher gesagt habe, oder? Wenn du viel anwesend bist, dann kannst du auch rascher Erfahrung sammeln und das ist das was jetzt für jüngere etwas fehlt, oder vielleicht brauchen sie länger dann bis sie an einem solchen Punkt sind. #00:27:31-3#

I: Mhm, okay. #00:27:32-7#

B: Also was natürlich auch, was sich geändert hat ist so die Breite der Ausbildung, oder? Die Ausbildung vom Einzelnen ist schmaler geworden. #00:27:44-6#

I: Okay. #00:27:44-8#

B: Ja und ist dadurch leichter zu bewerkstelligen/zu erreichen, aber ja, schränkt einem ein bisschen in der Übersicht ein und das kann die Patientenbetreuung im Gesamthaften natürlich verschlechtern. #00:28:08-1#

I: Okay, einfach weil man halt (...). #00:28:12-0#

B: Und auch verkomplizieren, oder? Also, wenn du für alles, was jetzt nicht gerade dein Fachgebiet ganz direkt betrifft, keine Antwort hast, macht es das kompliziert. #00:28:27-6#

I: Aha, weil du einfach wieder jemanden anrufen musst, der dir dann etwas abklärt, oder? #00:28:33-9#

B: Ja, ja genau. Dann musst du diesem zuerst die Situation erklären und ja. #00:28:39-2#

I: Mhm, (...). Hat sich jetzt das so eben von der Arbeitsbelastung oder der Ausbildung auch etwas geändert im Sinn von, dass man weniger Zeit am Patient hat? Und dass das auch einen Einfluss auf die Ausbildung hat zum Beispiel? Oder findest du, dass das immer noch gleich ist? #00:29:10-1#

B: Ja, (...). Ich denke, dass das Verhältnis, also Dokumentationsarbeit und Arbeit am Patienten ähnlich geblieben ist. #00:29:35-8#

I: Ja (...). Also jetzt bei dir von früher zu jetzt? #00:29:44-0#

B: Ja, also ich finde, ich habe angefangen in einer Zeit, in der man mit der Schreibmaschine dokumentiert hat und es hat alles vor und Nachteile. Aber ich glaube die Möglichkeit von verschiedenen Orten Dokumentationen anschauen zu können hat wieder etwas Freiheiten gegeben, und man ist weniger hier angebunden. #00:30:25-3#

I: Ja, (...). Und so die ganze Patientenerwartungen? Sind diese gestiegen oder gleich geblieben oder gesunken, oder? #00:30:36-8#

B: Ja, ich glaube so ganz langsam über die Zeit sind sie etwas gestiegen. #00:30:43-2#

I: Okay, ja. Also, dass sie mehr Betreuung vom Arzt haben? #00:30:51-6#

B: Ja, ich glaube ältere Leute immer noch haben noch etwas mehr Dankbarkeit und die Anspruchshaltung bei den Jüngeren nimmt eher zu. #00:31:01-9#

I: Okay, ja das ist spannend. Ja (...). Jetzt, noch ein Punkt. So die ganze Forschung. Ihr betreibt ja auch Forschung. #00:31:15-8#

B: Ja, also es ist vor allem klinische Forschung und vom Zeitaufwand her sicher deutlich weniger in Anspruch nimmt, wie an einer Uni und Laborforschung machen wir keine. Auch an der Uni sind sie ja für das Labor ja weg vom klinischen Alltag. #00:31:41-6#

I: Ja. #00:31:43-6#

B: Und ja, was willst du sonst noch dazu wissen? #00:31:47-3#

I: Gebt ihr auch freie Tage? Stichwort „protected time“ oder ist das? #00:31:57-1#

B: Nein. Bei uns ist es eher so, dass das dann in der Freizeit passiert. #00:32:05-0#

I: Okay. #00:32:06-5#

B: Das ist ja, nirgends festgehalten, nicht so herumgesprochen aber das ist irgendwie non verbal klar, dass sich diese, die sich dort engagieren, dies in ihrer Freizeit machen. #00:32:22-9#

I: Und, also das heisst aber auch, dass das am Wochenende, oder am Kompensationstag gemacht wird? #00:32:33-0#

B: Ja, ja. #00:32:36-1#

I: Also, dass man nicht/. #00:32:39-9#

B: Für das hat man eigentlich keine Zeit jetzt da. Also es gibt kein Signet im Dienstplan für klinische Forschung. #00:32:49-5#

I: Okay, mhm (...). Und kommen dann diese Personen trotzdem zum Ziel? #00:32:57-4#

B: Ja, ich nehme es an. #00:33:05-3#

I: Ja, mhm okay (...). Ja, also wir haben ja vorher schon etwas darüber geredet. Jetzt im Sinn von von einem Karriereziel. Vor allem auch von jüngeren Personen. Du hast vorher gesagt, dass wenn jemand jetzt ein Teilzeitmodell hat, dann hat er einfach etwas länger, aber du würdest nicht sagen, dass er grundsätzlich schlechtere Chancen hat? #00:33:39-7#

B: Nein, ich glaube die Chancen sind gleich gut. Eben, es braucht mehr Zeit. Ich glaube das muss einem vor allem selber bewusst sein, wenn man Teilzeit arbeitet, aber die die ich jetzt da kenne. Diesen ist es allen klar #00:34:02-6#

I: Ja, und die sind dann aber auch im Klinikalltag oder wenn es Beförderungen geht, oder so Dingen, wird es immer in Relation gesetzt? #00:34:13-8#

B: Ja, ich denke ja #00:34:16-3#

I: Ja. Und wird das auch irgendwie speziell (lachend) gemessen auf eine Art? Also viele im Rahmen der Interviews, die ich schon geführt habe, haben gesagt, dass sie, dadurch dass sie jetzt Teilzeit arbeiten effizienter geworden sind (...). Hast du das Gefühl, dass es bei denen Personen, welche bei euch arbeiten auch der Fall ist? Oder könntest du da keinen Unterschied feststellen? #00:34:48-8#

B: Hm ja, du musst vielleicht diese Leute selber fragen. Also Andrea Goldmann arbeitet glaube ich 80 % und ich werde dich in einen Verteiler nehmen in einem Mail, welches ich dann weiterleite. (Unv. 00:35:15-2). Schläpfer arbeitet auch 80%. Sie ist Assistenzärztin und zwei Kinder. Du musst vielleicht diese Leute selber fragen. #00:35:24-7#

I: Ja, okay. #00:35:25-9#

B: Und Frau Müller arbeitet auch Teilzeit, ich glaube 70%. Also wie sie ihre Effizienz einschätzen. #00:35:39-5#

I: Ja. Und du hast gesagt (...). Also 70 ist das kleinste? Also wenn man Teilzeit macht, muss es dann aber schon auch eher hoch/ #00:35:52-4#

B: Ja, also ich glaube unter fünfzig Prozent haben wir niemanden. Ich meine die Judith Schäfli ist 50 oder 60%, also ja. #00:36:01-0#

I: Und das ist auch noch weiter runter (lachend) ist wahrscheinlich dann auch schwierig? #00:36:05-9#

B: Ja, ich glaube noch weiter runter mit dem Ziel ein chirurgisches Fach wird effektiv schwierig oder ja (...). #00:36:21-9#

I: Okay (...). Ja, das wäre eigentlich so weit ein wenig alles was ich fragen wollte. Vielleicht hast du noch etwas was wir noch nicht besprochen haben, was du noch wichtig findest in dieser ganzen Thematik. #00:36:39-5#

B: Ja, also ich habe es schon besprochen aber ich kann es einfach noch einmal betonen. Ich fände es nötig, dass wir ein Arbeitsgesetz für die ärztlichen Gesundheitsberufe noch etwas weiterentwickeln. Also, dass man gewisse Behinderungen wegnehmen sollte. #00:37:03-1#

I: Ja. Und heisst das auch/also Behinderungen wegnehmen im Sinn von/ müsste man da wieder mehr? #00:37:15-6#

B: Also mit dem Ziel die Patientenbetreuung in der Kontinuität zu verbessern, was auch die Ausbildung parallel etwas verbessert. #00:37:32-2#

I: Ja, mhm (...). #00:37:38-7#

B: Was du jetzt gar nicht angesprochen hast, aber was dich au interessiert ist die Rolle von der Physician Assistent. #00:37:48-7#

I: Ja, genau. #00:37:51-9#

B: Ja, ich/ es ist ja ein grosses Steckpferd vom Stefan Breitenstein und ich selber stehe dem etwas kritischer gegenüber. #00:38:06-9#

I: Ja. #00:38:08-4#

B: Also, ich habe die Erfahrung gemacht. Also es geht ja eigentlich auch weiter bei uns im KSW, als dass die Ausbildung dieser Leute gedacht ist. Also eigentlich sollten sie ja Unterstützung für administrative Tätigkeiten bieten und bei uns ist es ja so, dass sie effektiv auch ärztliche Tätigkeiten, Visiten zum Beispiel übernehmen. #00:38:33-0#

I: Ja. #00:38:33-8#

B: Und ich habe die Erfahrung gemacht, dass doch diese Leute eine Fluktuation haben, also dass sie nach zwei drei Jahren im Schnitt, würde ich sagen, wieder eine ein wenig andere Rolle übernehmen und ich fände es richtiger, dass man diese Ausbildung den Ärzten gibt und dass man halt diese Leute, eher so wie ich es im ambulanten Bereich mache, nutzt, um zu organisieren, um in Rücksprache mit mir Untersuchungen zu organisieren, anzumelden. Also dort finde ich es sehr hilfreich und im stationäre Bereich habe ich nach wie vor ein Fragezeichen. Ich selber finde es nicht so sinnvoll, Stefan (unv. #00:39:37-2#) geht eher noch in die andere Richtung, dass er auch im Operationssaal vermehrt TOAS anstelle von Assistenzärzten einsetzen will. #00:39:47-1#

i: Ja. #00:39:47-3#

B: Die Assistenzärzte selber/es ist ein Konkurrenzverhältnis dort und die finden das wenigstens im Moment nicht so optimal. #00:40:03-7#

I: Ja, (...). Das ist jetzt aber super sprichst du das noch an. Weil du sagst jetzt man sollte das eher den Assistenten geben. Einfach weil sie weiter sind? Oder (...) ? #00:40:20-5#

B: Nein, weil es gehört eigentlich zu ihrer Ausbildung. Also das ist das, was wir lernen müssen. Wir müssen lernen einen Patienten klinisch einzuschätzen und wenn du das nicht ständig machst, dann kannst du das auch nicht. Du musst es auch immer wieder überprüfen, ist das richtig gewesen, wie ich den eingeschätzt habe? Wenn du nicht auf Visite gehst, dann hast du einfach keine Exposition. Also das ist eine ärztliche Tätigkeit, die du das ganze Leben machen musst, wo es nicht sinnvoll ist, meiner Meinung nach, Leute aus der Pflege dies machen zu lassen. #00:41:03-2#

I: Ja. Was ist denn der Hintergrund warum das gemacht wird? #00:41:09-8#

B: Ja, also einer der Motivatoren ist: wir haben einen Ärztemangel eigentlich und es müssen andere diese Rolle übernehmen. Ich glaube das ist einer der Motivatoren gewesen. Jetzt für uns, also wir haben genügend Bewerbungen. Wir könnten auch einfach mit Assistenzärzten auskommen. Ein weiterer Motivator ist gewesen: Du hast viele Leute, die Chirurgie machen wollen und je weniger du hast, umso mehr ist die Exposition von denen, die du hast. Und wenn du diese jetzt in der Administration unterstützt, dann ist das sinnvoll. Also wenn du sagen kannst, also hör mal, jetzt waren wir auf Visite, ich wäre froh wenn du da ein (unv. #00:42:16-7#) mit dieser und dieser Fragestellung anmeldest, dann ist es eine Unterstützung und nicht ein Ersatz. Also ich habe Stefan immer gesagt, ich finde es sinnvoll solange es eine Unterstützung und nicht ein Ersatz ist, aber er versucht ganz klar einen Ersatz anzubringen und das finde ich persönlich nicht richtig, aber du siehst, es gibt hier unterschiedliche Meinungen hierzu. #00:42:40-9#

I: Ja. Aber wo man sich ja einig ist, dass es sicher sinnvoll ist Schnittstellenfunktionen oder Entlastungsfunktionen in irgendeiner Form zu entwickeln, dass es eben die Chirurgen vor allem mit den administrativen Tätigkeiten unterstützt. #00:43:12-8#

B: Genau, ja das schon, ja. #00:43:16-3#

I: Weil das ist auch etwas was ich mir überlegt habe im Rahmen der Arbeit. Also vielleicht muss man Arbeitszeitgesetzmässig halt solche Modelle entwickeln, oder? Wo man sagt, ja es gibt vielleicht so Funktionen. Man muss sie halt genau definieren, was das ist? #00:43:35-1#

B: Also, ich glaube auf der Thoraxchirurgie am USZ haben wir das eher so eingesetzt, wie es gedacht war. Wenn du dich daran erinnern kannst, sie hat diese Ausbildung gehabt für das Studium und sie hat viel Organisatorisches übernommen (unv. #00:43:51-7#) und jetzt in der letzter Zeit habe ich gesehen, hat es auch einzelne (unv. #00:43:58-2#), die in der Sprechstunde waren und Berichte gemacht haben. Dort habe ich persönlich schon ein Fragezeichen, ob das richtig ist. #00:44:07-3#

I: Ja. #00:44:08-1#

B: Also, diese Frage muss man irgendwann beantworten müssen und das Berufsbild der PA klarer schärfen. Also für mich ist es klar nicht. Ärztliche Pflichten sind ärztliche Pflichten, aber diese Personen können einen trotzdem unterstützen, in dem sie viel Organisatorisches abnehmen, aber immer unter der Obhut und unter der Direktive von einem Arzt arbeiten, also eben, wenn du das TTA meldest, die Fragestellung ist diese und diese, dann muss halt der Arzt formulieren. #00:44:51-5#

I: Genau, genau, mhm, mhm. Das denke ich sicher auch, aber ich glaube/  
#00:44:58-0#

I: Denen, die eben genau das (...) ja, jetzt besprechen oder ich meine, ich bin ja auch am USZ grundsätzlich im Austausch mit dem HRM oder so, die das jetzt genau sagen. Was dürfen die, was nicht? Ich weiss jetzt eben/am Inselspital Bern haben sie auch diese verschiedene Funktionen, und wie du sagst, die Diskussionen sind überall gleich. Es gibt verschiedene Meinungen und ich glaube man muss langsam auch einfach in das reingehen, gewisse Tests oder Erfahrungen sammeln, dass man auch ein wenig schauen kann, dass man sich findet. Im Moment ist es eben wie du sagst, jeder macht es eine wenig/. Es ist nur schon mit der Bezeichnung, es heisst physician Assistent, andere sagen klinische Assistenz oder ich glaube die ZHW hat klinischer Fachspezialist. Es ist einfach so viel Verschiedenes da. Und das macht es einfach schwierig und heikel, oder? #00:46:11-6#

B: Ja, ich glaube, dass Deutschland etwas weiter ist. Dort gibt es das Studium. Es gibt aber auch viele verschiedene Studiengänge. Ich war vor zwei Jahren in Berlin

und im deutschen Chirurgenkongress hat man eigentlich von chirurgischer Seite her die Meinung, dass man zu einem einheitlichen Berufsbild werden soll. Dass es ein Studiengang gibt, dass jeder weiss, was man erwarten kann, was man nicht erwarten kann, wie sie einzusetzen sind und dort ist auch, auch klar gewesen, nicht als Ersatz sondern als Unterstützung von den Ärzten. #00:46:50-5#

I: Ja, ja. Aber das richtig, dass das vor allem entstanden ist von der Knappheit, wie du gesagt hast? #00:46:58-0#

B: Ja, also das ist sicher da für uns oder für Stefan ein Motivator gewesen, sich zu überlegen, was man machen kann. Nicht weil wir zu wenig Leute hatten, sondern weil man einfach für kleinere Spitäler gesehen hat, dass sie Mühe habe Assistenzärzte zu bekommen und dass wir damit gerechnet haben, dass uns das auch treffen könnte. Und ja aus dem heraus und eben das andere ist das mit denen Assistenten, die man hat, möchte man eigentlich eine bessere Ausbildung geben, indem sie sich nicht auf den Füßen rumstehen, also diese beiden sind eigentlich die Motivationen in der Chirurgie. #00:47:47-8#

I: Ja, mhm. mhm (...). Gut, aber eben. Wenn man noch etwas weiter gehen ist die Frage, warum plötzlich einen Mangel gibt, oder? #00:48:03-7#

B: Das ist nicht so plötzlich. Das war lange absehbar und man hat dann Studienplätze versucht zu erweitern in unserem Land. Ich meine wir haben lange einen Zustrom von Deutschland gehabt tatsächlich. Also gegen bis zu 50 % der Arztstellen im Land sind von Ausländern belegt und das zeigt ja dass man an und für sich einen Mangel hat. Diese fehlen natürlich in ihren Ursprungsländern, oder? #00:48:45-3#

I: Ja, (...) aber das heisst also/ es liegt effektiv an den Plätzen und nicht an der Attraktivität? #00:48:54-7#

B: Was meinst du von den Plätzen? #00:48:59-6#

I: Also es hat zu wenig Ausbildungsplätzen für das Bedürfnis, das besteht und nicht an Attraktivität also, dass man sagt – also ein blödes Beispiel: Früher haben viele gesagt ich will Chirurg werden und heute sagen viele: „Ich möchte in der Bank arbeiten.“ #00:49:19-4#

B: Nein, also es würden ja mehr Medizin studieren. Man muss ja einen Eignungstest machen, wo schon mal gesiebt wird oder, also es gibt den Numerus Clausus und ich weiss es jetzt nicht so genau aber in vielen europäische Ländern würden mehr wollen Medizin studieren, wie dass es Ausbildungsplätze gibt. #00:49:46-9#

I: Aha, ja (...), okay (...), ja (...). #00:49:57-2#



B: Ja, dann bist du an einem Ende, oder? #00:50:03-4#

I: Ja, ich habe das jetzt noch einen guten Input gefunden, aber sonst habe ich jetzt also rein fragebogenmässig kein, ja (...). Ich meine wenn noch mal etwas in den Sinn kommt, kann ich ja noch mal fragen. Aber im Moment wären das so die Punkte gewesen. Wichtig ist mir halt, dass es etwas vollumfassend war. #00:50:29-0#

B: Ja, okay. #00:50:30-4#

## Interview 12

I: Super, also vielen Dank. Dann würde ich gleich beginnen und zwar wäre die erste Frage, wie so ein typischer Arbeitsalltag bei Ihnen aussieht. #00:00:13-0#

B: Ja, bei mir unterscheidet es sich ein bisschen, ich habe an drei Tagen Operationstag, Montag, Mittwoch, Freitag und Dienstag und Donnerstag habe ich Sprechstundentag. Das ist so mein normaler Wochenablauf. Und dann am Morgen fängt es meistens mit den Rapporten an. Etwa eine halbe, dreiviertel Stunden nur Rapporte, wo man so ein bisschen bespricht die Patienten von der Nacht, von den Problemen, von den Tagen und dann geht es eben entweder in den Operationssaal oder in die Sprechstunde. Und dann kommen noch so spezielle Sitzungen dazu dann natürlich, irgendwie Tumor Boards oder so Gastro-Menschen, Onko-Menschen und so. Das kommt dann an speziellen Tagen dazwischen. Aber so grob von der Struktur her ist eigentlich, ist einfach der Tag durch entweder Sprechstunde oder Operation plus natürlich noch Visite dann irgendwann. Das mache ich je nachdem halt dazwischen dann. Zwischen den Operationen oder zwischen den Sprechstunden oder nach den Sprechstunden oder nach den Operationen. Das ist so ein bisschen der allgemeine Ablauf, der häufigste Ablauf bei mir, bei meinem Alltag. #00:01:31-0#

I: Ja. Was sind so die Herausforderungen? #00:01:36-0#

B: Ähm, ja, die Herausforderung ist ein bisschen, dass es halt jeden Tag ein bisschen etwas anderes ist. Dass man am Morgen noch nicht recht weiß, was einem erwartet, dass es halt manchmal plötzlich auf der Abteilung irgendein Problem gibt, wo man nicht erwartet hat und wo dann plötzlich das ganze Programm vom Tag umstellt. Oder wenn man zusätzlich noch Notfalldienst hat, dann stellt es einem auch das ganze Programm um. Das ist natürlich die Herausforderung aber ich glaube, das macht es auch ein bisschen abwechslungsreich, den ganzen Job. Dass man nicht schon am Morgen weiß, wie alles abläuft den ganzen Tag. #00:02:23-0#

I: Hm (bejahend). Sie haben jetzt gerade den Dienst angesprochen. Ich nehme an, dann ist es sowieso anders. #00:02:31-0#

B: Nein, ich habe halt Hintergrunddienst als Chefarzt. Das bedeutet, wir sind einfach zuständig, wenn der Oberarzt nicht mehr weiterkommt sozusagen. Dann und auch für zusatzversicherte Patienten. Und das bedeutet, wir haben dann immer da ein Tag oder gerade zwei, drei Tage hintereinander immer den Hintergrunddienst, dann Tag und Nacht oder auch an Wochenenden Tag und Nacht, Hintergrunddienst. Das ist aber eigentlich nur ein Hintergrunddienst und es ist nicht so, dass ich an diesen Tagen wo ich Dienst habe einfach nichts einplane, sondern, so viel Reserven hat das System gar nicht. Ich habe eigentlich an diesen Tagen fast ein normales Programm eingeplant und dann kommt halt das, was im Dienst ist noch dazu sozusagen und das macht es dann / das ist dann die Herausforderung, dass man dort allen gerecht wird, oder. Dass man das normale Programm erledigen kann aber auch noch das

Notfallprogramm zusätzlich erledigen kann. Aber bei einem Oberarzt ginge das nicht. Der Oberarzt, der hat dann keine Sprechstunde an diesem Tag. Der ist sozusagen an der Front vorne und muss dann schauen, dass es läuft. Und ich bin dann mehr im Hintergrund und springe ein, wenn es nicht mehr geht oder halt am Abend. Am Abend habe ich ja dann keine Sprechstunde mehr. Dort kann ich jederzeit noch Sachen erledigen. Das sind dann einfach Tage, wo es sicher länger geht wie bis am Nachmittag, oder. An denen Tagen wo man Dienst hat, meistens. #00:04:13-0#

I: Und das heißt aber, dass eigentlich, wenn man jetzt nicht Dienst hat, der Arbeitstag ich sage jetzt in Anführungszeichen, dass der Arbeitstage pünktlich aufhört oder gibt es dort auch Situationen, ja, dass es dann länger geht? #00:04:30-0#

B: Ja, nein das ist halt wirklich als / ich glaube als Chirurg kann es halt einem / und vor allem je höher das man ist in der Hierarchie, desto unberechenbarer ist es. Ich glaube, als Assistenzarzt kann man problemlos heutzutage die fünfzig Stunden Woche einhalten und dort kann man am Abend etwas abmachen und dann weiß man, dass es klappt und das man heimgehen kann. Und je höher oben dass man in der Hierarchie ist, desto unsicherer wird das. Weil manchmal gibt es Patienten, wo halt irgendwie komplexe Tumor-Operationen gehabt hat. Und wenn die irgendein Problem machen und nochmal in den Operationssaal müssen für irgendeine Revision, dann muss ich da teilweise mitgehen, weil ich das operiert habe. Oder ich muss das revidieren und dann unabhängig davon, ob ich jetzt Dienst habe oder nicht Dienst habe, oder. Das ist / von dem her gesehen ist man eigentlich nie sicher, ob man wirklich, also ob man dann frei hat am Abend. Aber das ist glaube ich wirklich / das betrifft die komplexen Operationen, wo es dann halt / wo nicht mehr jeder machen kann, wo man nicht einfach am anderen Kollegen abgeben kann, kannst du das noch schnell machen. Das sind dann halt die komplexen Sachen, wo nur noch wenige Leute können. Aber das betrifft halt auch dann nur die Chefs. Ein Assistenzarzt oder Oberarzt, auch ein Oberarzt, die haben sehr geregelte Arbeitszeiten und ich bin überzeugt, die können problemlos ihre Arbeitszeit einhalten. Also dort wird es auch Tage geben, wo sie vielleicht einmal länger arbeiten. Aber dort, das ist natürlich kein Vergleich jetzt mit zu den Kaderärzten, wo es sehr unberechenbar ist. #00:06:22-0#

I: Hm (bejahend). Aber das heißt auch, das jetzt das Arbeitszeitgesetz eigentlich ein Thema ist in Ihrer Klinik. #00:06:32-0#

B: Ja. Ja, nein, wir müssen versuchen, das Arbeitsgesetz ganz regulär einzuhalten. Also eben, das Arbeitsgesetz gilt dann natürlich nicht für die Kaderärzte, für die Chefärzte. Also Leitende und Chefärzte, die haben eigentlich keine Arbeitszeitbeschränkung. Das ist, auch jegliche Überzeit, wo ich mache, die wird Ende Jahr einfach gestrichen wieder auf null. Das ist / ich habe / wir haben so untereinander so ein bisschen ein Agreement, dass wir dafür sechs oder sieben Wochen Ferien machen. Aber egal wie viel / teilweise habe ich siebenhundert oder tausend Überstunden und die gehen dann halt einfach / also Ende Jahr ist wieder null. Und wir schreiben das auf, damit einfach der Arbeitgeber weiß, wieviel dass wir arbeiten. Aber das hat für den Alltag keine Konsequenz, weil wir nicht dem Arbeitsgesetz eigentlich unterstehen,

sozusagen. Aber bei den Oberärzten und bei den Assistenzärzten ist das völlig anders. Die haben fünfzig Stunden Woche und bei denen, die kompensieren alles. Das ist / und ich glaube bei uns am KSW können wir das auch gut einhalten. Also das bin ich eigentlich überzeugt, dass das auch im Vergleich zum USZ glaube ich. Im USZ ist es halt noch häufig so, dass dort die Assistenzärzte noch Forschung betreiben in der Freizeit, parallel zum Arbeiten. Und dass es dann halt ein Graubereich ist was ist Forschung, welche Forschung macht man in der Freizeit. Das sind im USZ alles Leute, die Karriere machen wollen. Da, je kleiner das Spital desto weniger Leute hat man, wo voll auf die Karriere setzen und desto wichtiger ist, dass man das Arbeitsgesetz einhält. #00:08:27-0#

I: Ja. Okay. Ich habe Sie unterbrochen, Entschuldigung, ja. #00:08:32-0#

B: Aber ich glaube, heutzutage ist es so, dass man als Spital muss eigentlich das Arbeitsgesetz / man muss Dienstpläne aufstellen, wo Arbeitsgesetz konform sind, oder. Von dem her gesehen, da kommen auch Arbeitsinspektoren vorbei und schauen, ob das Arbeitszeitmodell, wo man aufgestellt hat, ob man überhaupt die Zeit einhalten kann mit diesem Modell, wenn man Notfalldienst hat etcetera. Und von dem her gesehen ist das eigentlich fix geregelt und die Modelle, wo heute existieren, da muss ein Assistenz. #00:09:10-0#

## **Interview 12 Teil 2**

I: Wie soll ich jetzt dem sagen, also ich sage konkret geht es ja darum, je weniger dass man anwesend ist oder arbeitet in dem Sinn, vor allem jetzt in den chirurgischen Disziplinen, desto weniger schnell ist man bereit. #00:00:17-0#

B: Ja, also man kommt dann natürlich weniger schnell vorwärts, man operiert weniger, man hat / die Lernkurve ist natürlich flacher, das ist so. Ähm, das ist / natürlich auch die Operationszahlen, die Erfahrung, die steigt viel langsamer an wie früher. Das ist natürlich so. Und darum ist es auch wichtig, dass man sich heutzutage viel früher spezialisiert, weil man einfach ein breiteres Spektrum gar nicht mehr lehren kann operativ, weil man gar nicht mehr so viel arbeitet. Und das bedeutet, man muss sich schon relativ früh auf ein Gebiet konzentrieren, damit man dann auf diesem Gebiet doch noch genügend Erfahrung hinbringt mit dieser Arbeitszeit, wo halt reguliert ist. #00:01:15-0#

I: Aber finden Sie es denn grundsätzlich gut, dass es reguliert ist oder nimmt man dann nicht ehrgeizigen Personen sowie den Wind aus den Segeln? #00:01:25-0#

B: Ja, es hat Vor- und Nachteile, das ist sicher so. Ich glaube, eine gewisse Regulierung ist sicher sinnvoll, oder. Es hat früher, als ich Assistenzarzt gewesen bin wirklich Wochen gegeben, wo ich zu viel gearbeitet habe. Wo es nicht sinnvoll gewesen ist, wo man wirklich am Anschlag gewesen ist. Und heutzutage ist halt das Pendel eher ein bisschen in die Gegenrichtung, dort bremst man die Leute aus, wo gerne mehr

arbeiten würden. Klar, die können dann in der Freizeit zusätzlich noch forschen etcetera und man kann sich schon, ich glaube es gibt auch heutzutage Möglichkeiten, dass man sich zeigen kann und vorwärts kommen. Aber es ist schon so, dass es eher schwieriger geworden ist, dass man schnell zu vielen Operationen kommt. Früher ist es automatisch gewesen, dass man Tag und Nacht operiert hat sozusagen. Und heutzutage muss man nach so und so vielen Stunden heim, auch wenn man noch gerne bleiben würde oder auch wenn man einen Patienten auf dem Not / heutzutage ist so, wenn man Notfalldienst hat und einen Patienten betreut, dann darf man mit dem in den Operationssaal das Operieren gehen, aber nur wenn es noch in der Arbeitszeit drin ist. Wenn jetzt diese Operation am Abend ist und man hat den Tag durch den gesehen, dann muss man das dem Kollegen übergeben, wo halt Spätdienst hat und dann operiert der den Patient, wo am Abend Dienst hat. Der hat ihn zwar den Tag durch nicht gesehen. Und das ist früher natürlich anders gewesen. Da hat man den Patienten auf dem Notfall gesehen und hat ihn dann auch am Abend gerade operieren können. Man hat dann so ein bisschen Kontinuität gehabt. Und das ist sicher das, was vor allem leidet an der Arbeitszeit-Beschränkung. Das ist Kontinuität, also das ist etwas, wo vor allem die Patienten merken, oder. Die haben dann jeden Tag verschiedene Ärzte und das ist der große Unterschied, dass man nicht einfach einen Arzt hat wo einem operiert und dann wieder nach der Operation vorbeikommt und schaut, wie es geht, sondern das wechselt sehr häufig. #00:03:54-0#

I: Ja. Hm (bejahend). Und vielleicht so, Sie haben es vorher kurz angedeutet gehabt, dass Sie eben schauen, weil Sie jetzt keine Überzeit, dass sie dann je nachdem sieben Wochen Ferien nehmen können. Gibt es auch noch andere Arrangements also jetzt in Ihrem, ich sage Arbeitsmodell oder dann auch für die Klinik. Also ich sage jetzt auch Teilzeit oder Jobsharing oder Co-Leitung oder so verschiedene Möglichkeiten. #00:04:25-0#

B: Ja, wir haben, also wir haben einige wo Teilzeit arbeiten, auch Frauen mit Kindern und so, wo Teilzeit arbeiten. Das ist gut, möglich, aber es ist natürlich so, je weniger Prozent, dass man arbeitet, desto eher muss man sich auf ein Gebiet fokussieren, wo kleiner ist, damit man noch den Wissensstand und die operativen Fertigkeiten aufrecht erhalten kann. Damit man nicht irgendwie da ins Hintertreffen kommt gegenüber den anderen, wo hundert Prozent arbeiten. Aber das ist gut möglich, da haben wir einige, wo Prozent arbeiten, ja. #00:05:09-0#

I: Und ist das eher in der unteren Hierarchiestufe oder ist es überall gleich oder ist das / #00:05:15-0#

B: Nein, also bei den Assistenzärzten haben wir sogar eher weniger. Wir haben eins, zwei, wo Teilzeit arbeiten aber dort ist es halt wirklich so, dass die natürlich möglichst rasch ihren Facharzt fertig haben wollen und wenn man dort fünfzig Prozent arbeitet, dann hat man statt sechs Jahre irgendwie zwölf Jahre am Facharzt und das geht dann sehr lange. Und von dem her gesehen, bei den Assistenzärzten ist es häufig so dass, die meisten arbeiten hundert Prozent. Dann bei den Oberärzten ist es sehr häufig Teilzeit. Das ist so die Stufe, das sind auch die, wo langsam Kinder haben und

wo nicht alle voll auf die Karriere setzen wollen. Das ist die Stufe, wo fast die meisten, wo Teilzeit. Und die wo Teilzeit arbeiten sind die meisten eigentlich Oberärzte bei uns am KSW: Und nachher gibt es noch unter den Chefärzten und leitenden Ärzten solche, wo einfach statt hundert Prozent, achtzig oder neunzig arbeiten. Das ist aber eher selten. Weil das sind eben wieder die, wo eigentlich keine Arbeitszeitregulierung haben. Und das ist dann natürlich auch immer / wenn man sowieso irgendwie siebzig Stunden arbeitet statt fünfzig. Und nachher ist das Problem ein bisschen, wenn man dann nur den Lohn bekommt für achtzig Prozent arbeiten, aber dann trotzdem noch über fünfzig Stunden arbeiten muss, dann fragt man sich natürlich, ja soll ich jetzt wirklich Teilzeit arbeiten? Weil man arbeitet ja dann trotzdem mehr wie die fünfzig Stunden und ich kann die Überstunden trotzdem nicht kompensieren. Und das ist dann gar nicht so einfach. Man muss sich / das funktioniert nur, wenn man dann einfach einen Tag fix frei nimmt oder so. Aber eben, das ist darum gar nicht so häufig bei den Chefärzten, diese Teilzeitarbeit. Weil die gar keine Arbeitszeitregelung haben und dann sozusagen / und sowieso Überzeit machen und diese nicht einziehen können und darum auch natürlich dann gar nicht so / und auch wenn sie nur achtzig oder neunzig Prozent arbeiten würden besteht dann die Gefahr, dass sie genau gleichviel arbeiten wie vorher. #00:07:33-0#

I: Ja, also man würde einfach weniger Lohn bekommen aber arbeiten tut man eigentlich gleich viel. #00:07:37-0#

B: Genau, das ist so ein bisschen die Gefahr, oder. Aber man muss wenn, dann muss man einfach einen Tag frei machen pro Woche und fix, gar nicht auftauchen, oder. Dann funktioniert es schon, oder. #00:07:48-0#

I: Also wird das auch gelebt oder wird das in dem Fall gemacht so oder ist das gar nicht praktikabel? #00:07:56-0#

B: Also das gibt es schon. Es ist einfach seltener auf diesem Level aber das gibt es schon. Und es ist nicht so, dass das völlig verpönt ist, wenn jemand das macht. Weniger wie achtzig oder neunzig Prozent glaube ich gibt es fast nicht auf diesen Kader-ebenen. Weil dort ist es natürlich auch wichtig, dass man präsent ist. Es geht nicht dass man, also aus meiner Sicht glaube ich geht es nicht, dass man nur fünfzig Prozent Chef von einer Klinik ist, weil dann ist man einfach zu fünfzig Prozent nicht anwesend und dann ist man zu wenig verbunden mit der Basis. Dann ist man dauernd weg und man merkt nicht, was unten läuft. Ich glaube, man muss schon / ich glaube ein Tag pro Woche ist okay, wenn man nicht arbeitet als Chefarzt aber mehr glaube ich, würde es ein Problem, glaube ich, für die Führung von der Klinik. #00:08:56-0#

I: Ja. Ist, also so vielleicht die allgemeine Arbeitsbelastung. Ist die für Sie okay, also ich sage jetzt auch Work-Life-Balance. #00:09:07-0#

B: Ja für mich ist gut, ja. #00:09:09-0#

I: Obwohl Sie müssen, ja. #00:09:11-0#

B: Also ich glaube eben, wenn ich das Gefühl hätte für mich stimmt, also klar, es gibt manchmal eine Woche wo ich auch sage, diese Woche habe ich zu viel gearbeitet jetzt muss ich schauen, dass das besser wird. Das gibt es immer einmal. Aber insgesamt glaube ich, für mich stimmt es. Auch wenn ich mehr arbeite wie andere oder mehr wie die fünfzig Stunden aber ich glaube, für mich stimmt die Work-Life-Balance. Sonst würde ich etwas daran ändern glaube ich. Sonst würde ich, ja, würde ich entweder Teilzeit arbeiten oder meinen Job wechseln oder so. Aber zurzeit stimmt es für mich. #00:09:48-0#

I: Ja. Und haben Sie auch das Gefühl, dass es jetzt im unteren Kader oder in den unteren Hierarchiestufen auch so ist, weil Sie halt eben auch auf das schauen oder ist das weniger ein Thema? #00:10:01-0#

B: Ja, ich glaube schon, dass es für die meisten stimmt, ja. Ich glaube heutzutage kann wirklich jeder ein bisschen auswählen wie, was er will. Ich glaube, da muss jeder seine eigenen Prioritäten setzen. Jemand, wo voll auf die Karriere machen will und gleichzeitig sagt, er wolle nur fünfzig Prozent arbeiten, das ist einfach nicht realistisch. Solche Sachen, das wird sehr schwierig. Aber wenn jemand sagt, ich will nur fünfzig Prozent arbeiten, ich will nur dieses kleine Teilgebiet, dann ist das wiederum ganz realistisch. Da muss man einfach, muss man auch ein bisschen realistisch sein, wen man will / je mehr dass man präsent ist natürlich, desto, ja, andere Jobs bekommt man sozusagen. Man muss das Job-Profil anpassen aber die Prozente, wo man natürlich arbeiten will. Aber ich glaube heutzutage ist es wirklich so, dass man zum Glück, auch ein bisschen selber entscheiden kann, wieviel das man arbeiten will und wie man das gestalten will, Work-Life-Balance. #00:11:13-0#

I: Ja, okay. Und eben, das heißt jetzt auch von der Karriere her haben Sie nicht das Gefühl, dass das relevant ist? #00:11:23-0#

B: Also ich glaube schon, wenn man sagt, wenn man als Junger sagt, ich will Chefarzt werden in irgendeinem Spital und gleichzeitig sagt, ich will nur fünfzig Prozent arbeiten. Dann ist es glaube ich sehr unrealistisch, dass man das schafft. Also das glaube ich hängt schon zusammen. Aber wenn man jetzt wiederum sagt, ich will als Oberarzt arbeiten und sicher nur Teilzeit arbeiten, dann ist das sehr realistisch, dann wird man das problemlos erreichen, oder. #00:12:00-0#

I: Ja. Was sind denn so jetzt bei Ihnen ein bisschen die Herausforderungen in der Karriere gewesen. Also eben ich meine, Chefarzt ist ja das Höchste in dem Sinn. #00:12:10-0#

B: Ja ich glaube einfach die Herausforderung ist / ich habe auch eine Familie, eine Frau und zwei Kinder. Ich glaube die Herausforderung ist natürlich, dass man immer allen gerecht wird. Also dass man der Familie gerecht, dass die Frau nicht davon

läuft, dass man die Kinder genug sieht, dass man sich da nicht irgendwie Vorwürfe macht wenn man älter ist, dass man zu wenig zu Hause gewesen ist. Ich glaube, das ist die große Herausforderung gewesen. Ich persönlich, ich habe das Gefühl, ich habe das nicht so schlecht geschafft. Ich habe natürlich auch auf Sachen verzichtet. Ich persönlich, ich habe jetzt sozusagen auf die Forschung verzichtet, ich habe keinen PD gemacht, keinen Professor gemacht. Ich bin nie im Ausland gewesen in einem großen Spital. Auch bei den Hobbies habe ich es recht zurückgefahren. Ich habe diese Zeit, die Freizeit wo ich gehabt habe neben dem Spital habe ich vor allem für die Familie gebraucht und von dem her gesehen habe ich schon bei den Hobbies und Kollegen natürlich extrem zurückgefahren, das ist so. Aber für alles hat es halt nicht gereicht, das ist so. Aber für mich hat es gestimmt. Und das ist, ich denke das ist so ein bisschen die Herausforderung, wo jeder für sich entscheiden muss, was ist ihm wichtig und dann das so machen, dass es am Schluss aufgeht und dass nicht die Frau und Kinder davonlaufen und man das im Nachhinein bereut, ja. #00:13:45-0#

I: Und das heißt jetzt aber auch so, Unterschied Mann-Frau ist ja auch immer wieder ein Thema. Wie stehen Sie zu dem? Also gibt es da Unterschiede oder hat es jemand schwieriger oder einfacher wie jemand anders oder ist das in der heutigen Zeit für beide gut möglich? #00:14:07-0#

B: Ja, es ist noch / ja bei uns gibt es Teilzeit Männer, Teilzeit Frauen. Das spielt / es ist beides möglich, dass man Teilzeit arbeitet. Das ist von dem her gesehen kein Unterschied. Es ist natürlich schon so, dass halt die Frau schwanger wird, der Mann nicht. Die Frau bleibt nach der Schwangerschaft länger zu Hause wie der Mann. Das sind so rein halt anatomische Unterschiede, wo halt nur schon dort bei der Schwangerschaft merkt man es, dass halt die Frauen dann ein halbes Jahr oder so weg sind oder ein Jahr weg sind nach einer Geburt von einem Kind. Und der Mann kommt relativ rasch wieder arbeiten häufig. Und darum ist es natürlich schon so, dass Teilzeitarbeit bei den Frauen häufiger ist wie bei den Männern. Das ist halt immer noch so. #00:15:01-0#

I: Aber würde es denn auch eine Auswirkung auf die Karriere haben oder könnte man das überhaupt irgendwie anpassen und sagen gut, man wählt ein Laufbahnmodell für eine Frau, dass sie die gleichen Chancen hat, auch wenn sie, ich sage jetzt vielleicht eine komplizierte Schwangerschaft gehabt hat, obwohl sie vielleicht eine super Chirurgin wäre? #00:15:22-0#

B: Ja es gibt schon Beispiele eben von Frauen, die Karriere gemacht haben, wo Chefärztinnen sind, das gibt es schon. Es ist, denke ich einfach wirklich nicht ganz einfach muss man sagen. Als Frau ist es noch etwas schwieriger wie als Mann, glaube ich. Man muss / das glaube ich schon, das ist sicher so. Das ist auch heutzutage immer noch schwieriger als Frau wie als Mann da. Bis auf Oberarzt-Niveau kommt man problemlos, aber die Chefarztstellen die sind wirklich, die Frauen mit Kindern sind immer noch rar gesetzt. Und da muss man auch als Frau sich dann eigentlich das gleiche wie als Mann überlegen, eben wieviel will ich die Kinder sehen, wieviel Fremdbetreuung will ich von den Kindern und das ist denke ich, schon noch ein



bisschen schwieriger als Frau, als bei einem Mann. Auch wenn es natürlich beide betrifft, ja. #00:16:24-0#

I: Also da müsste halt, ich sage jetzt zum Beispiel der Mann mehr die Betreuung übernehmen oder solche Themen. #00:16:33-0#

B: Ja. #00:16:34-0#

I: Der Ehemann so oder der Partner. #00:16:36-0#

B: Eben, ich glaube, das ist nicht ausgeschlossen. Rein theoretisch wäre das problemlos möglich, ähm, aber viele sind natürlich dann auch nicht bereit. Man muss wirklich, als Chefarzt muss man schon relativ viel investieren von der Zeit. Und viele Frauen sind wahrscheinlich auch nicht bereit, das zu machen, oder. Die sagen sich, die Familie oder das Kind ist mir zu wichtig, dass ich jetzt so viel Zeit investieren will in das Spital oder was auch immer. #00:17:07-0#

I: Ja, hm (bejahend). Und ähm, es gibt ja auch jetzt so ein bisschen wieder zu einem anderen Thema so ein bisschen andere Berufsgruppen, ich sage jetzt Physician Assistant oder klinischer Fachspezialist. Wie tun solche Personen, ich sage jetzt in den Arbeitsmodellen entlasten, unterstützen oder ist das eher ein gefährliches Spiel? #00:17:39-0#

B: Nein, bei uns im Spital haben wir schon einige Jahre jetzt diese klinischen Fachassistenten und die sind eine gute Hilfe. Klar, es darf nicht zu viel von denen geben, es darf nicht zu wenig von denen geben. Man muss ein gutes Maß finden, damit sie wirklich eine optimale Unterstützung sind. Weil die wo auf der Abteilung arbeiten, das sind klinische Fachspezialisten, die nicht operieren lehren wollen und dann bleiben dafür für die Assistenzärzte, die operieren wollen, mehr Operationen übrig. Das sind / aber man muss dafür auch sagen, die welche bei uns auf der Abteilung arbeiten, die arbeiten dafür nicht am Abend, die arbeiten nicht auf dem Notfall, die arbeiten nicht am Wochenende. Und dann bleibt das dafür auch wieder übrig für den Assistenzarzt. Also der muss dann prozentual eher mehr am Wochenende arbeiten und auf dem Notfall. Weil die klinischen Fachspezialisten nur auf der Abteilung sind unter der Woche. Und das ist so ein bisschen Vor- und Nachteil. Der Assistenzarzt kommt dafür mehr in den Operationssaal, aber prozentual muss er dafür auch ein bisschen mehr auf dem Notfall und in der Nacht arbeiten weil die klinischen Fachassistenten, die arbeiten dann nicht auf dem Not. Also heutzutage weitert man es natürlich auch aus. Heutzutage gibt es auch klinische Fachspezialisten auf dem Notfall bei uns, wo nur auf dem Notfall sind. Es gibt auch im Operationssaal jetzt klinische Fachspezialisten. Also das ist / kann man natürlich beliebig ausweiten aber man muss auch immer aufpassen, dass nachher nicht die Ausbildung vom Assistenzarzt darunter leidet. Das ist so ein bisschen dafür und dawider, oder. #00:19:31-0#

I: Ja. Und inwiefern hilft denn diese Person auch / also ist es vor allem für den Patient oder hilft es auch, eben ich sage jetzt auch in einer Work-Life-Balance von einem Arzt, dass er eben, ich sage jetzt einfache Berichte oder ich weiß nicht, OP-Anmeldungen. Dass er solche Sachen abnimmt, dass eben der Assistenzarzt wieder das machen kann / also ich sage jetzt das Kerngeschäft oder so. #00:19:57-0#

B: Ja genau. Ja, das ist so, ja. Er kann mehr operieren, weil die klinischen Fachspezialisten die haben ja eigentlich nicht das Ziel, Operateur zu werden oder können nicht Chirurg werden. Und darum kann dafür der Assistent / die Operationen wo bleiben, da kann die ganze Arbeit sonst von den klinischen Fachassistenten abgenommen werden. Die arbeiten bei uns auf der Station oder auf dem Notfall arbeiten die völlig identisch wie ein Assistenzarzt. Also die setzen wir genau gleich ein wie ein Assistenzarzt, eins zu eins sozusagen. Und die nehmen nicht einfach nur Büroarbeiten ab, sondern die arbeiten wirklich genau gleich auf der Station wie ein Assistenzarzt. Und dafür ist dieser Assistenzarzt, wo man dort sozusagen einsparen kann, der hat es dann mehr im Operationssaal. #00:20:52-0#

I: Ja. Und das heißt jetzt aber auch so Pflege oder administrative Unterstützung ist auch vorhanden durch diese Personen, oder? #00:21:11-0#

B: Ja, also das ist sicher eine Unterstützung, ja. #00:21:16-0#

I: Ja, okay, hm (bejahend). Ist denn das von der, ich sage jetzt von jüngeren Personen akzeptiert, gewünscht auch? #00:21:26-0#

B: Ja. Ich glaube auch unsere Assistenzärzte sind froh, gibt es die klinischen Fachassistenten. Und am Anfang sind sie kritisch gewesen und haben eben das Gefühl gehabt, oh, die nehmen uns die Stellen weg und so weiter. Aber ich glaube, wenn man sie heutzutage fragt sind die alle eher positiv eingestellt gegenüber diesen klinischen Fachspezialisten, ja. #00:21:52-0#

I: Okay. Und ja, und entlasten die auch, ich sage jetzt so ein bisschen den Fachkräftemangel oder den Nachwuchs auch etwas, dass die Stelle, ich sage jetzt auch für einen Assistenzarzt wieder attraktiver wird? #00:22:08-0#

B: Wir hoffen, dass dadurch die Stellen ein bisschen attraktiver wird, das ist schon so. Wir am KSW haben jetzt nicht irgendeinen Fachärztemangel. Also wir haben sehr viele Bewerbungen und wir hätten problemlos genügend Assistenzärzte auch ohne diese klinischen Fachspezialisten. Also von dem her gesehen / aber wenn man so herumhört ist das natürlich in anderen Häusern nicht immer so und von dem her gesehen, äh, wir, ich merke jetzt nichts von diesem Fachärztemangel bei uns. Aber sonst hört man das schon, ja. #00:22:47-0#

I: Okay, aber das heißt auch, dass es in dem / weil / oder Fachkräfte kommen man ja eben mit verschiedenen Modellen, oder. Dass man eben sagt ja / es ist ja manchmal auch noch ein bisschen vielleicht in den Köpfen auch von den Leuten oder auch von den jungen Assistenten oder Assistentinnen, dass sie jetzt das Gefühl haben, ja ich muss jetzt alles opfern, sonst reicht es nicht. Dass das gewisse abschreckt und man probiert ja jetzt auch mit diesem Arbeitszeitengesetz so etwas entgegenzuwirken, dass man eben auch sagt, man kann doch noch abmachen oder ich sage jetzt ein normales Leben führen in Anführungs- und Schlusszeichen. #00:23:27-0#

B: Ja also. Ja ich denke schon, dass wir das versuchen auch klar zu machen da die Vorteile, ja und auch bei den Bewerbungsgesprächen das zu erläutern. Und ich glaube auch, die heutigen jungen Leuten, die sind nicht bereit, hundert Stunden pro Woche zu arbeiten. Die wollen ein bisschen eine ausgewogenere Work-Life-Balance und auch zurecht denke ich, ja. Und eben, das sind / ich glaube diese klinischen Fachspezialisten sind nicht jetzt die Lösung für das ganze Problem. Ich glaube / aber es ist ein wichtiger Teil. Ich glaube, es braucht die, wenn man sie sinnvoll einsetzt, dann können die wirklich zu einer Entlastung führen. Aber das allein löst natürlich nicht alle Probleme, das muss man schon sehen. Und billiger wird es auch nicht, wenn man die hat. Das ist natürlich auch so. Also es ist natürlich, es wird eher teurer, wenn man die hat. Ein Assistenzarzt wo Überzeit macht und diese Überzeit nicht aufschreibt ist natürlich günstiger wie eine klinische Fachspezialistin wo die Überzeit genau aufschreibt, das ist auch klar. #00:24:43-0#

I: Aha, ja das stimmt, ja. Das habe ich noch gar nie so überlegt. Aber ja nein, es ist eben, darum finde ich es so spannend, oder. #00:24:52-0#

B: Und die klinische Fachspezialistin hat nur eine 42 Stunden Woche und ein Assistenzarzt hat eine fünfzig Stunden Woche. Nur schon das. Dieser Unterschied sind acht Stunden und von dem her gesehen ist es schon so, dass es / der Lohn ist / die verdienen relativ gut und von dem her gesehen ist der Unterschied nicht so groß zwischen denen. Also es wird tendenziell eher teurer, weil man kann nicht alle Assistenzärzte einfach eins zu eins mit klinischen Fachspezialisten ersetzen und von dem her gesehen wird es eher teurer, wenn man die anstellt. #00:25:28-0#

I: Ja, hm (bejahend), ja. Äh, doch, das wären eigentlich soweit alle Fragen. Ich weiß nicht, haben Sie noch etwas, wo Sie noch gerne ergänzen oder anfügen möchten? So ein bisschen wo wir jetzt gar nicht angesprochen haben? #00:25:49-0#

B: Ja, nein. Es fällt mir nicht gerade etwas ein, ich glaube wir haben schon einige Themen besprochen, ja, nein, ich glaube ist, ja. #00:26:00-0#

I: Oder wenn ein Thema noch fehlt? #00:26:02-0#

B: Nein, ich glaube von meiner Seite ist gut, ja. #00:26:05-0#

I: Ja, okay, doch. #00:26:08-0#

## Interview 13

I: Also vielen Dank Olivia, dass du dir heute Zeit nimmst für das Interview. #00:00:04-0#

B: Ja gern. #00:00:05-0#

I: Ich würde eigentlich anfangen mit der Frage, wie du das erlebt hast, wie ein, ich sage jetzt ein typischer Arbeitsalltag von den Ärzten aussieht. #00:00:19-0#

B: Aber inhaltlich, jeden Tag einzeln meinst du? #00:00:24-0#

I: Ja respektive, ich sage jetzt so ein bisschen die Herausforderung oder wie sie geplant sind, wie man sie plant. #00:00:30-0#

B: Ja. Also grundsätzlich glaube ich gibt es, also sie werden ja in verschiedene Dienste eingeteilt und diese unterscheiden sich halt dann wesentlich vom Stressgehalt voneinander. Es gibt eigentlich überall, wo ich bis jetzt die Ärzte geplant habe, hat es Dienste gegeben, wo es relativ locker ist, also wo sie noch ein bisschen Rapport-Fixpunkte haben. Und dazwischen zum Beispiel Abteilungsdienste, können sie es sich ein bisschen selber einteilen, zu wie vielen Patienten sie gehen und wie lange sie dann auch dort reden oder haben. Und dann gibt es andere Dienste im Ambi oder im OPS, wo dann einfach mega stressig sind, weil du dann ständig auf Abruf bist und hunderte Telefone bekommst. Ist es in diese Richtung, wo du meinst? #00:01:24-0#

I: Genau, ja. #00:01:25-0#

B: (lacht) gut. #00:01:26-0#

I: Du hast gesagt eben so vom Stresslevel, also wie muss man sich das vorstellen? #00:01:35-0#

B: Ja eben, bei einem solchen chilligen Dienst sage ich jetzt einmal, auf der Station, ist es relativ locker. Dort kannst du eigentlich wie sagen, dass du eigentlich nicht so gestresst bist. Vielleicht hast du einmal ein paar Aufnahmen oder so, wo ein bisschen stressig sind, aber in der Regel ist es eigentlich ein lockerer Job. Und das andere, wenn du eben für Notfälle oder im OPS oder im Ambi bist ist es eigentlich wie, du bist ständig halt ein bisschen am Herumrennen, weil bei den ambulanten Terminen, wo ja relativ kurz geplant sind auch immer etwas im Rückstand bist in der Regel. Dort hast du wie den ganzen Tag ein bisschen ein Stress, dass du fertig wirst mit den Arbeiten auch und dass du deine Termine einhalten kannst. #00:02:26-0#

I: Also das heißt, was man so ein bisschen unterscheiden muss, ich sage jetzt, Chirurgen oder chirurgisch Tätige haben es stressiger in Anführungs- und Schlusszeichen, weil sie immer wieder in den OPS müssen, wo hingegen Leute, wo vielleicht einfach Sprechstunden haben zum Beispiel, besser geplant sein können, weil es einfach strukturierter ist. #00:02:50-0#

B: Ja, einfach wegen diesen Notfällen, wo halt dann plötzlich hereinkommen und dann auch Ressourcen brauchen. #00:02:56-0#

I: Ja. Und eben, du hast jetzt viel mit dem zu tun. Hat man da Lösungsansätze, wo schon umgesetzt sind und ist das auch etwas, wo so ein bisschen von den Ärzten gewünscht wird oder Rückmeldungen kommen, dass man diesbezüglich Anpassungen machen sollte? #00:03:18-0#

B: Es gibt verschiedene Lösungsansätze. Das, wo ich hauptsächlich erlebt habe ist, dass die stressigen Dienste einfach nicht / also dass du vielleicht nur einen Tag hast. Dann hast du einen Tag wieder einen anderen Dienst, wo du wieder etwas entspannen kannst. Dass einfach von den Ärzten der Input kommt, hey, das ist zu stressig, wenn ich da zwei, drei Tage nacheinander diesen Dienst abdecken muss, weil diese Dienste auch meistens länger als zehn Stunden bedeuten. #00:03:50-0#

I: Also eben zehn Stunden, das betrifft ja nur bis Stufe Oberarzt. #00:03:57-0#

B: Genau. Nachher ist es ja eh egal in dem Sinn, genau. #00:04:03-0#

I: Aber diese Rückmeldung ist von allen gekommen? Ich sage jetzt von jungen Assistenzärzten bis zu Oberärzten und sogar auch leitenden Ärzten, wo es eigentlich, ich sage jetzt das Arbeitsgesetz gar nicht gilt? #00:04:16-0#

B: Ja, diese teilen es sich halt auch selber ein bisschen so ein, dass sie dann an denen Tagen, wo es streng ist, dann halt weniger Admin-Sachen noch machen und dann vielleicht am Wochenende oder irgendwann sonst, so dass sie dann doch nicht die Stunden auch noch im Spital verbringen, glaube ich. Also die können es halt ein bisschen besser händeln. Die haben natürlich auch schon die Erfahrung mehr jetzt wie ein Assistent. Aber grundsätzlich habe ich das auch im Kader so erlebt, dass sie dann einfach Wünsche haben, wie man planen soll, damit es für sie eben nicht zu streng wird. Das höre ich eigentlich immer oder bei all diesen drei Kliniken, wo ich die Dienstpläne gemacht habe, haben die Ärzte jeder Stufe vorgegeben, was ein no go ist oder so zum Planen, weil es eben zu streng ist. #00:05:08-0#

I: Sind das einfach persönliche Arrangements? #00:05:12-0#

B: Nein, das hat dann für die ganze Funktionsgruppe gegolten. #00:05:17-0#

I: Sind diese Wünsche auch angenommen worden dann, ich sage jetzt von der Klinikleitung oder wer entscheidet? #00:05:24-0#

B: Ja grundsätzlich, also jetzt das vom Kader ist eigentlich nicht so eng gewesen, dass man jetzt da nicht das hätte durchsetzen können. Und bei den Assistenten ist es jeweils so dass, ja an allen drei Orten so gewesen, dass die Assistenten ein Regelwerk bekommen vom Dienstplaner, sprich von mir und dann haben sie sich beraten können, ob ihnen das passt. Und dann haben sie geschlossen als ganze Berufsgruppe sagen müssen, was sie anders haben wollen. Und dann hat es schon auch gegeben, dass ich gefunden habe ja nein, ihr müsst jetzt einfach sieben Nächte am Stück machen, ja, dann habt ihr einfach etwa zweimal im Monat Nacht zum Beispiel, jetzt bei den Assistenten. Was ja dann auch wieder nicht gewünscht gewesen ist. Aber dann ja, ist das eigentlich immer durch den Dienstplaner gut, ja hat das geklappt die Kommunikation. Man hat ja auch, weißt du, Gründe, warum das man das nicht dann umsetzt. Es ist ja nicht einfach, ich habe keine Lust. #00:06:33-0#

I: Und was sind denn das so für Gründe? #00:06:36-0#

B: Ja eben, also ein richtiges Beispiel ist gewesen, dass die einen gefunden haben, sie wollen nicht so viel Nachtdienst am Stück und nur einmal pro Monat Nacht. Und das geht einfach nicht, oder. Wenn du halt nur drei Nächte am Stück hast, dann müssen die Leute mehrmals in die Nacht kommen und dann brauchst du auch mehr Kompensationstage im Verhältnis. Und ja, wo wir dann dort, wo ich ihnen dann das gezeigt habe im Plan, wie das herauskommen würde, dann haben sie es dann selber auch eingesehen, dass sieben Nächte am Stück geht dann doch für sie. Das zum Beispiel. Ja und auf die andere Seite, andere Dienste, wo eigentlich von, ich weiß jetzt nicht, von acht bis sechs Uhr am Abend geplant wären theoretisch. Aber meistens gehen sie einfach bis um acht Uhr oder bis um zehn Uhr. Das sind halt so Sachen, wo man dann irgendwie auch berücksichtigen muss. Wenn einfach jeder Arzt einfach länger, also Assistenzarzt vor allem länger arbeitet, als er sollte. Dann ja, musst du es halt in der Planung auch berücksichtigen. Weil diese fünfzig Stunden Woche ist ja relativ, also es mag ja nicht viel erleiden. #00:07:57-0#

I: Genau. Also ich habe noch zwei Anschlussfragen in diesem Fall. Eben, sie arbeiten mehr und es mag nicht viel erleiden bei diesen fünfzig Stunden Wochen. Ist denn das jetzt eher ein Hindernis, wo auch, ich sage jetzt von den Leuten so wahrgenommen wird oder hilft das? #00:08:23-0#

B: Also da muss ich klar unterscheiden, Chur und Glarus (unv.) USZ. Chur und Glarus (Tonausfall #00:08:35-0#)

I: Hallo, okay. Also jetzt läuft es wieder. Wir sind steckengeblieben. Du hast gesagt eben, ob das eher ein Hindernis ist oder etwas Positives. #00:08:50-0#

B: Genau, dann habe ich gesagt, dass ich unterscheiden muss zwischen Glarus und Chur und am USZ. #00:08:59-0#

I: Genau, dann können wir ab dort weitergehen. #00:09:01-0#

B: Genau. In Glarus und Chur ist es eigentlich so gewesen, dass die Ärzte eher das Gefühl gehabt haben, dass wenn sie diese fünfzig Stunden erreicht haben, dass das genug ist und dass sie dann eigentlich nicht mehr gern noch geblieben sind für irgendetwas. Meistens sind dann noch Berichte gewesen zum Fertigmachen. Dann haben sie es halt widerwillig noch gemacht oder dann irgendwie gefunden hey, jetzt will ich diese Überzeit haben oder haben es einfach dann halt nicht gemacht und dann nächste Woche probiert, es unterzubringen. Und in Zürich ist es doch so gewesen, dass viel die Ärzte auch gefunden haben, hey, also bei den Assistenzärzten wo stempeln müssen zum Beispiel, das ist eine super Operation, da will ich dabei sein. Und haben vielleicht eben in der Freizeit dann noch an dieser Operation teilgenommen, weil sie einfach auch etwas haben lernen wollen. Und in Chur und Glarus ist wahrscheinlich auch einfach das Patientengut nicht so speziell, dass man extra für das noch will mega viel private Zeit aufopfern. Und bei den Kaderärzten habe ich auch eher tendenziell den Eindruck, dass Kaderärzte, ja wie soll ich sagen? Ich will jetzt nicht sagen, auf dem Land da sitzt man im Schaukelstuhl und in der Stadt nicht. Aber ich glaube schon, dass die Kaderärzte gut schauen, dass wenn dann nicht so viel läuft einmal, dass sie dann auch gehen und lieber vielleicht auf Pikett noch einmal kommen. Und in Zürich sind sie dann halt einfach stundenweise dort gewesen und haben halt noch Büro gemacht oder etwas. #00:10:44-0#

I: Hat das mit der Forschung zu tun? #00:10:49-0#

B: Ja meistens kommt ja dann die Forschung wie noch on top. Man sagt ja oder am USZ gibt es ja Leute wo angestellt sind so viel für die Forschung und so viel für das Klinische. Und in der Realität ist es dann meistens die Situation doch so, dass man dann viel mehr klinisch arbeiten muss und vielleicht die Prozente Forschung nicht ganz ausleben kann, wie man das eigentlich gewollt hat. Und dann durch das auch viel von der Forschungstätigkeit halt zwischendurch oder am Abend gemacht wird oder am Wochenende und nicht dann. Ja, dass jemand wirklich sagen kann, hey, am Montag mache ich nur Forschung, ist glaube ich schon eher selten, so wie ich das erlebt habe. #00:11:36-0#

I: Also Chur und jetzt zum Beispiel in Glarus macht das gar nicht, gar keine Forschung? #00:11:41-0#

B: Ja doch, wir machen schon auch sporadisch an Studien mit, aber halt nicht federführend und dann hast du schon einmal recht weniger Arbeit an dem, oder. Darum ist das dort eigentlich praktisch nicht wesentlich. Und wenn, dann macht es jemand, weil



er persönlich das will und dann ist ihm das auch egal, um das noch dazwischenzuschieben. #00:12:07-0#

I: Wie ist denn die ganze Arbeitszeitgesetzthematik in diesen verschiedenen Kliniken ein Thema gewesen? #00:12:19-0#

B: Ja, also da meinst du vor allem Assistenzärzte nehme ich an? #00:12:23-0#

I: Ja oder ich sage auch also die, wo unter das Arbeitsgesetz fallen. #00:12:28-0#

B: Ja also grundsätzlich habe ich erlebt, dass es in keinem dieser drei Spitäler zu jeder Zeit eingehalten wird. Man versucht natürlich, die Vorausplanung so zu machen, dass es klappt. Ich glaube, das gelingt nicht einmal so schlecht. Aber dann ist es eben so, dass man dann halt nicht den Plan, dein Dienst ist zehn Stunden und die Leute bleiben einfach länger und dann hältst du es rückblickend eigentlich wieder nicht ein. Sprich, in jedem Spital, wo ich gewesen bin hat es eigentlich massive Überzeit gegeben, Gleitzeitenzahl, die sich einfach aufsummiert haben. #00:13:13-0#

I: Und ist das die Ausnahme gewesen? #00:13:16-0#

B: Nein, das ist die Regel gewesen. #00:13:19-0#

I: Und was sind denn Gründe dafür? Oder auch eben wenn man sagt, man hat eigentlich gut geplant. Ist einfach das Volumen zu hoch oder was sind die Gründe, wo du siehst. #00:13:30-0#

B: Ja ich glaube, es gibt zwei Gründe. Zum einen, die Ansprüche von der Klinikleitung sind schon nicht tief. Ich glaube schon, dass man wirklich arbeiten muss in diesen zehn Stunden, damit man den workload auch schafft. Und vielfach, gerade jetzt bei Assistenten, wo neu sind, wo einfach auch noch nicht genau wissen, wie das ganze Administrative läuft. Die brauchen viel mehr Zeit als einer, wo kurz vor dem Facharzt steht. Und dann ist das wie, man rechnet wie den Personalbedarf aus mit einem, wo schon irgendwie drei Jahre dort arbeitet und voll routiniert ist. Dann geht es vielleicht gerade auf. Aber die anderen, wo einfach länger haben, das verhebt nicht so. Und dann glaube ich auch, gibt es noch eine menschliche Komponente, dass ab irgendeiner Urzeit, ich weiß nicht, vielleicht ist es sieben Uhr oder so. Dass man dann findet, ach jetzt ist eh schon sieben Uhr, jetzt kann ich ja noch bis um acht Uhr bleiben, es kommt jetzt auch nicht mehr darauf an und der Kollege im Büro ist auch noch da, bestellen wir uns nachher eine Pizza und dann ist es dann auch gerade egal. Also ich glaube schon, dass man dann halt nicht immer nur voll am Arbeiten ist diese Zeit, wo man dann dort ist. Und das habe ich an allen drei Spitälern auch selber erlebt, wenn ich gegangen bin um tschüss zu sagen, dass sie es halt einfach irgendwie mehrmals irgend lustig gehabt haben im Büro und geredet haben über was weiß ich. Also ja ich meine, das soll ja auch nicht verboten sein, aber ich

glaube schon auch, dass sie halt viele Überstunden mit solchen Sachen generiert werden. #00:15:20-0#

I: Und was könnten denn Gründe sein, dass sie das noch wollen? Ich sage jetzt, es ist ja nicht freiwillig, Überzeit zu machen, aber sie könnten ja nach Hause. #00:15:36-0#

B: Ja natürlich. Aber gerade wenn es darum geht, ja wir haben jetzt noch ein wenig Plausch eine halbe Stunde oder so. Dann, irgendwann kannst du es ja wieder kompensieren oder es wird dir ausbezahlt. Ich glaube, diese Anreize sind schon auch vorhanden, dass man findet. Ja, also ich meine meistens sind die Ärzte, wo unter das Arbeitsgesetz fallen auch noch jung und haben keine Familie daheim, wo sie heim wollen zu den Kindern oder so. Sondern sind ausländisch und haben keine Familie daheim, haben nichts, niemand wo wartet und dann ja, gehst du lieber halt ein paar Wochen früher dann, wenn du die Anstellung gekündigt hast oder du bekommst mehr Geld. Ich glaube, diese Anreize sind schon noch da. Aber weißt du, nicht dass das für alle gilt, aber ich habe schon das Gefühl, dass ich das so erlebe, dass man dann auch irgendwann diese Überzeit einfordern will und die auch haben will und auch extreme Angst hat vor Minuszeiten. Wenn man einmal einen Kompensationstag gibt und sie ihren Saldo nicht kennen, dass sie dann gerade sagen, ja aber ich will dann nicht ins Minus fallen, dabei haben sie irgendwie hundert Überzeit. #00:16:48-0#

I: Aber dann siehst du es eigentlich auch als eher etwas Positives an, ich sage jetzt unabhängig oder etwas Negatives? #00:17:02-0#

B: Also das Gesetz oder was meinst du? #00:17:04-0#

I: Ja. #00:17:05-0#

B: Ja, ich finde es mega schwierig. Ich als Dienstplaner sollte eigentlich schauen, dass sie nur fünfzig Stunden in der Woche arbeiten, aber es ist einfach fast nicht machbar. Weil wenn ich es dann so plane, dass sie fünf Tage à zehn Stunden arbeiten, arbeiten sie meistens länger und dann habe ich es ja wieder nicht eingehalten. Und wenn ich jetzt nur vier Tage planen würde, dann ist wie, zehn Stunden machen sie dann auch nicht Überzeit in vier Tagen. Das geht dann wie auch nicht auf. Also für mich als Dienstplaner, ich finde es eher ein Hindernis, dass man dann schauen muss, fünfzig Stunden wo irgendwie nicht verhebt. Aber natürlich, für den Arbeitnehmer sollte es ja auch ein Schutz sein. #00:17:49-0#

I: Aber ist es auch ein Schutz oder wird dann einfach, ich sage im Verbotenen, also nicht im Verbotenen, die Zeit einfach nicht aufgeschrieben oder. Oder vielleicht anders gefragt. Die Rückmeldungen von den Leuten sind eher positiv, dass es diese fünfzig Stunden Woche gibt? Oder gibt es gar keine Rückmeldungen? #00:18:14-0#

B: Ja ich glaube wenn es darum geht, fünfzig Stunden Woche oder unbegrenzte Stunden Woche, dann glaube ich, ist es positiv. Und wenn du es einfach generell sagst, hey, ist ja gut, habt ihr eine fünfzig Stunden Woche, dann finden sie ja, aber alle anderen haben eine 42 oder 43 Stunden Woche. Dann ist es eher nicht gut, nicht positiv und nicht zum Schutz, sondern eher zum Aufnehmen von den Ärzten.

#00:18:37-0#

I: Ja. Wie sieht es denn so ein bisschen aus, oder was hast du das Gefühl, ist jetzt ein bisschen ein etwas anderes Thema, aber so, ich sage jetzt andere Modelle wie Jobsharing, Gleitzeit, Teilzeit, siehst du da Möglichkeiten? Hat es das auch gegeben, Leute, Personen wo das machen? #00:19:06-0#

B: Ich habe, im USZ nicht, aber in Chur und in Glarus habe ich mehrere Paare sage ich jetzt einmal. Die sind nicht zusammen oder so, aber die ergänzen sich prozentual vom Pensum her und sie decken wie eine Person ab. Ich finde, man sollte das generell fördern als zukunftsträchtiges Arbeitsmodell, ist aber in der Realität in beiden Spitälern nicht so, dass jetzt wirklich die zwei zusammen als eines angeschaut werden könnten. Sondern die werden dann halt einfach nur fünfzig Prozent eingeplant. Also manchmal arbeiten sie auch zusammen und sie ergänzen sich nicht immer, oder.

#00:19:53-0#

I: Aber das verstehe ich jetzt nicht ganz. Wenn sie ja eine Person sind, ich stelle es mir jetzt so vor, dann müsste ja die eine Person eine Woche und die andere wieder eine Woche. Oder wie sind die denn prozentual? Sind sie gleich, sind sie fünfzig / fünfzig oder gibt es auch zum Beispiel siebzig / dreißig. #00:20:10-0#

B: Nein, bis jetzt habe ich erlebt fünfzig / fünfzig und einmal noch sechzig / sechzig wo eigentlich dann zu viel wäre, oder. Genau. Und eigentlich sollten die ja einfach einen Dienst abdecken. Aber meistens ist es mit der Planung, mit diesen Freiwünschen und Ferien und so dann eben nicht so, dass sie gleichzeitig Ferien nehmen und als eines gelten. Ja, es geht dann einfach doch nicht so auf, dass du sagen könntest, die zwei sind wie eine Person zusammen. Ich habe es einfach so erlebt, dass man dann halt einfach zwei Teilzeiter hat, aber nicht unbedingt, dass sie sich ergänzen miteinander. Aber das, ja in beiden Spitälern ist Teilzeit arbeiten, wunderbar hat es funktioniert. #00:20:59-0#

I: Aber was muss denn passieren, dass das geht? Also eben wenn du sagst, wenn es nicht einmal als eine Person ist, stelle ich mir das als recht kompliziert vor.

#00:21:05-0#

B: Ja es ist einfach sehr unregelmäßig dann, oder. Du kannst dann nicht sagen, hey, ich arbeite zwanzig Prozent und zwar immer am Montag. Das geht nicht. Und da er-

lebe ich auch, dass man seitens Arbeitgeber erwartet, dass dann die Stellenpro-  
zente, wo man hat, dass die sehr flexibel von Montag bis Sonntag eingeteilt werden  
können, Tages- und Nachtdienste. #00:21:30-0#

I: Und sind das chirurgisch tätige Leute, wo auch in den Operationssaal müssen?  
#00:21:36-0#

B: Ja. #00:21:37-0#

I: Ja? #00:21:38-0#

B: Ja. #00:21:39-0#

I: Und haben die den Facharzt schon oder sind die noch in Ausbildung? #00:21:46-  
0#

B: Beides. #00:21:48-0#

I: Und die Personen, wo noch in Ausbildung sind, kommen die dann doch zu ihren  
Operationen, damit sie den Facharzt abschließen können? Oder ist das einfach kein  
Thema? #00:22:03-0#

B: Doch, sie kommen schon auch dazu. Die werden ja schon auch tagsüber einge-  
teilt. Aber dann arbeiten halt doch beide am Montag zum Beispiel, weil es einfach ge-  
rade vom Plan her aufgeht einmal, oder. Das geht schon, dass beide dann ihre OPS  
Tage machen können. Halt einfach nicht so, als wäre es eine Person, weißt du.  
#00:22:26-0#

I: Und wie kommt das im Team an? Akzeptiert man das? #00:22:32-0#

B: Ja, gut eigentlich. Also ich erlebe eigentlich, also meistens sind es halt Teilzeiter  
Frauen mit Familie und meistens ist das Feedback eigentlich krass, wie du alles un-  
ter einen Hut bringst mit eben so unregelmäßig Arbeiten, Kinder betreuen und so  
weiter. #00:22:53-0#

I: Also von allen, ich sage jetzt auch von den männlichen Kollegen, von den weibli-  
chen Kollegen und vom Chef? #00:23:02-0#

B: Ja, wie es beim Chef ankommt ist sehr subjektiv, wie eine Mitarbeiterin oder der  
Mitarbeiter wo Teilzeit arbeitet, wie flexibel der wirklich ist. Wenn jetzt der eben sagt,

ich kann immer aber am Donnerstag zum Beispiel nie, dann ist es schon schwierig. Dann heißt es schon wieder, ah, die ist kompliziert. Aber sonst vom Team her ist es eigentlich auch, solange dann die eingeteilten Dienste auch eingehalten werden können und nicht irgendwie weil das Kind krank ist ständig jemand anders einspringen muss, dann geht das. Und ja, wenn es dann eben mega viel krank sind oder wegen dem Kind daheim bleiben, aber das ist mehr bei Kindern, also bei Älteren und nicht bei Teilzeitleer (unv.). Es ist mehr das mühsam, wenn man dann sich nicht auf die Planung verlassen kann, Teilzeit zu arbeiten. #00:24:02-0#

I: Und was hast du das Gefühl was es braucht, dass es funktioniert? Ich sage jetzt von allen Seiten. Weil es ist ja, also vielleicht hole ich jetzt vor, aber es ist ja nicht nur der Arbeitgeber, sondern vielleicht auch die Familie selber. #00:24:22-0#

B: Genau. Also ich glaube, was sicher hilft, dass es funktioniert ist, wenn man die Dienstplanung halt wirklich früh genug macht und sie auch verhebt. Dass man dann eben nicht noch ständig etwas ändern muss, wo dann alle anderen auch noch mitbetrifft und du wieder alles umorganisieren musst. Das ist sicher etwas. Ja, was braucht es noch, dass es funktioniert? Ich meine, sobald die Planung verlässlich ist und das heißt halt auch, dass ein zehn Stunden Tag zehn Stunden hat und nicht elf oder zwölf, ist es eigentlich schon besser. Weil dann weiß die Familie, was auf einem zukommt. Die Arbeit ist theoretisch gemacht innerhalb von dieser Zeit, das Arbeitsgesetz ist eingehalten. #00:25:20-0#

I: Ich weiß nicht, gibt es nachher so Modelle, dass ihr sagt / also werden diese Personen benachteiligt oder bevorzugt? #00:25:35-0#

B: Ja, ich würde sagen theoretisch, nein nicht theoretisch, eher benachteiligt, weil sie einfach, ich meine in fünfzig Prozent arbeiten kommst du einfach nur halb so weit, erfahrungsgemäß, wie ein hundert Prozentler. Und jetzt gerade im OPS, sie werden natürlich auch für ihre OPS eingeteilt, aber man merkt dann schon, ah, heute ist der Herr Meier im OPS, der ist mega routiniert und kann es gut und Morgen ist der Herr Müller, wo halt das einfach nur sporadisch macht oder so. Ich glaube schon, dass das halt schwieriger ist, zum etwas lernen, wenn man einfach nicht so viel Zeit hat wie ein hundert Prozentler und dass man durch das dann Nachteile hätte. #00:26:30-0#

I: Also das heißt, die müssen einfach verzichten? Ist deiner Meinung nach im Moment immer noch so, dass die wie sagen müssen, ich sage Familie oder Karriere? Oder kann man alles unter einen Hut bringen? #00:26:51-0#

B: Man kann alles unter einen Hut bringen, man darf aber nicht mehr so ehrgeizig sein im Beruf, glaube ich. Weil wenn man dann nur noch Teilzeit arbeiten kann, kommt man einfach nicht so schnell so weit. Das ist dann wieder Kompromiss. Außer eben, wenn man dann sagt, ich arbeite nur halbtags oder nur fünfzig Prozent. Wenn man sagt, ich arbeite hundert Prozent, dann ist halt die Familie, wo du dann nicht voll Gas geben kannst. #00:27:16-0#

I: Ja. Sind jetzt einfach so bei Bewerbungsgesprächen, wo du jetzt gerade gehabt hast, solche Sachen auch ein Thema? #00:27:24-0#

B: Nicht unbedingt der Wunsch nach dem Teilzeit arbeiten. Meistens schreibst du es ja aus, ob es Teilzeit ist oder nicht. Sondern was immer ein Thema ist, ist eben, wie ist die Kinderbetreuung geregelt? Ist es eine Kita, wo zum Beispiel das Kind nicht gehen kann, wenn es krank ist? Oder sind es die Großeltern, wo auch dem Kind schauen können, wenn das Kind krank ist? Das ist immer ein Thema. Und dann ist wirklich, wenn es durch Angehörige betreut sind, ist eigentlich besser. Weil dann weiß man auch, die Mutter ist pensioniert und die kann immer hüten kommen oder der Kita-Tag ist eben fix. #00:28:06-0#

I: Ist da ein Bild auch auszumachen? Also eben du hast gesagt, vor allem Frauen arbeiten eigentlich Teilzeit. Bei den Männern ist das nie ein Thema? #00:28:24-0#

B: Doch schon, aber dann vielleicht arbeiten sie neunzig Prozent und diese Zeit, diese zehn Prozent möchten sie dann wie mehr Ferien, also am Stück. Aber unter dem Jahr arbeiten sie wie hundert Prozent, sie haben einfach mehr Ferien. Und dann ist es halt wieder, dann sind sie halt voll da, sie sind einfach etwas mehr in den Ferien. Ja ich muss gerade überlegen ob ich Kader, doch, es gibt schon ein paar Kader, wo auch wirklich dann immer an diesem Tag frei haben oder nur achtzig Prozent arbeiten oder so. Aber dann sind sie irgendwie achtzig Prozent und nicht nur vierzig oder so. Die wo wirklich sechzig Prozent und weniger arbeiten sind eigentlich immer Frauen gewesen, ja, ausschließlich, in allen drei Spitälern. #00:29:17-0#

I: Wie ist es denn so ein bisschen die ganze Arbeitsbelastung dann bei solchen Personen? Ist die eher positiv, negativ? #00:29:29-0#

B: Ja, da gibt es halt auch zwei Personen oder wie sagt man, zwei Typen. Die einen fühlen sich dann gestresst, weil sie einfach halt voll abliefern müssen während dieser Zeit. Und die anderen finden, es ist immer noch lockerer zum Arbeiten, strenger als mit meinen drei Kindern zu Hause oder so. Das ist sehr subjektiv, das kommt auf die Person darauf an, denke ich. Ich glaube nicht groß unterschiedlich. Da gibt es ja auch bei den hundert Prozentern Unterschiede. Ich glaube das ist etwa gleich. #00:30:11-0#

I: Ja. Wie ist denn so die Arbeitsbelastung im Allgemeinen? Wie nimmst du die wahr bei den Ärzten? Oder gibt es auch Unterschiede von den Stufen? #00:30:20-0#

B: Ja, also gerade in Chur und Glarus habe ich das Gefühl, ist das Kader eher, hat es lockerer und die Assistenten haben vielleicht noch mehr, einfach weil sie halt alles noch lernen müssen und alles unter einen Hut bringen müssen, sind mehr gestresst. Und am USZ hat es mich gedünkt, dass auch das Kader recht viel am Arbeiten ist

und recht streng auch hat. Aber auch tendenziell, aufwärts besser, weil sie es einfach besser abgrenzen können vielleicht auch. #00:31:05-0#

I: Ja. Aber dann ist sie grundsätzlich, ich sage jetzt, gut wahrgenommen. Ich meine, man kann es ja auch nicht so gut vergleichen. Ich sage jetzt ein Kantonsspital und ein USZ, wo die komplexesten Patienten hast, wo, ich sage jetzt auch zum Beispiel Glarus, wo dann sagen, ja, wir verlegen es. #00:31:28-0#

B: Ja, und das ist natürlich schon auch. Wenn du dich entscheidest, Kader zu sein am USZ dann weißt du, was das heißt. Und dann willst du diese Fälle haben und du bist bereit, für das halt mehr zu arbeiten und es strenger zu haben. Und ich glaube, das macht viel aus, dass dann diese Person selber subjektiv nicht einmal das Gefühl hat, es ist so streng. Weil es halt einfach das ist, wo man will und wo man auch mega aufgeht dabei. Wo vielleicht ein Assistenzarzt oder auch ein Kader irgendwo im Kakaodraußen eher findet, hey, das ist mir einfach immer noch zu streng. Ich meine, das ist halt einfach wirklich ein Unterschied, wo dass du arbeitest, ja. #00:32:16-0#

I: Müsste man denn zum Beispiel das Arbeitszeitengesetz anpassen auch auf diese Umstände? Was hast du das Gefühl, das würde etwas bringen? Ich sage jetzt, die Spitäler werden ja auch in verschiedene Klassifikationen eingeteilt. Es gibt glaube eins bis fünf, wo man halt, ich sage jetzt einfach, nützt die fünfzig Stunden Woche einfach nichts, weil es ist nicht realistisch. Aber in Glarus kann man das viel eher einhalten weil es, ich sage jetzt weniger Notfälle hat oder weniger komplexe Fälle wo vielleicht, ich sage es ist so, je komplexer ein Fall ist, desto weniger kannst du abschätzen. Weil dann schneidest du, ich sage jetzt einfach vielleicht auf und dann merkst du, ah shit, das ist auch noch und das ist auch noch. Und dann hast du plötzlich eine achtstündige Operation wo, wenn du Assistent bist, ich meine dein Tag ist herum. Aber du musst ja dann doch noch dein Zeug machen und dann hast du locker ein zwölf-, dreizehn Stünder, wo du dann gerade wieder vier Stunden Überzeit machst. #00:33:28-0#

B: Ich glaube nicht, dass es gut wäre, das Gesetz zu lockern. Weil ich meine, wir leben in einem Land, wo eben 42, 43 Stunden, auf dem Bau teilweise nur vierzig Stunden Woche normal sind. Und man muss das schon auch immer noch in Relation sehen zu dem, was sonst noch ist. Wir haben jetzt eine fünfzig Stunden Woche, die Ärzte wo massiv viel mehr Stunden beinhalten als andere Berufe und ich glaube, wenn wir jetzt noch sagen, die fünfzig Stunden Woche ist eh nicht einhaltbar, machen wir doch sechzig Stunden daraus. Dann wird dann sechzig Stunden normal und mit dem rechnet man und dann geht es höher hinauf. Ich glaube schon, dass wenn das Gesetz angepasst werden müsste, eher Richtung nach unten als nach oben. Aber die Differenz von 42 auf fünfzig Stunden ist ja eigentlich acht Stunden Weiterbildung. Und auch dort stelle ich also schon in Frage, ob das jede Woche acht Stunden tatsächlich sind, wo gerade am Kader an Weiterbildung genießt. Assistenten wahrscheinlich schon mit dem Teaching und allem, aber Kader nicht. #00:34:49-0#

I: Aber hast du denn das Gefühl, dass es auch realistisch ist? Ich sage, es sind ja 24/7 Betriebe und im Endeffekt geht es ja um Menschenleben. #00:35:02-0#

B: Ja, theoretisch müsste man halt, ich meine wenn man die Wochenstunden kürzen würde oder wenn man sagen würde fünfzig Stunden und nachher kommt die Polizei und nimmt dich mit, also eine Art heim, zu sich heim, dann müsste man einfach mehr Personal einstellen und dann wird es wieder teurer und dann haben wir das nächste Problem. #00:35:22-0#

I: Aber ich meine, man kann ja dann auch sagen, dass man halt mit dem Einkommen heruntergeht. Dass man halt sagt, ich sage jetzt zum Beispiel, jetzt hat einer fünfzig Stunden Woche, verdient hundert Tausend. Jetzt arbeitet er nur noch 42 Stunden, jetzt verdient er nur noch neunzig Tausend. #00:35:38-0#

B: Ja, könnte man theoretisch schon auch, wobei ich glaube, also ich fände das super. Ich finde eh, dass die Ärzte zu viel verdienen. Aber ich glaube, sie finden das nicht. Aber das ist natürlich ein politischer Prozess. #00:36:00-0#

I: Aber ich meine, so könnte man es ja eindämmen. #00:36:02-0#

B: Ja, das ist sicher ein Ansatz. #00:36:06-0#

I: Weil ich glaube, also vielleicht bin ich da einfach, sie können ja nicht erwarten, weniger zu arbeiten und gleichviel zu verdienen. #00:36:16-0#

B: Ja, das ist so. #00:36:20-0#

I: Ja, vielleicht noch, es gibt ja zum Teil jetzt auch neue Berufsgruppen, ich sage jetzt so Physician Assistant oder klinischer Fachspezialist. Inwiefern sind solche Leute, spielen die eine Rolle? #00:36:41-0#

B: Also da auch wieder die Unterscheidung USZ. Ich glaube, dort sollte man noch mehr wirklich prüfen, welche Aufgaben müssen zwingend vom Arzt gemacht werden und welche können von geschultem Fachpersonal oder halt anderen Mitarbeitern gemacht werden, wo kostenmäßig günstiger sind als der Arzt und auch vielleicht in diesem Bürokratismus aufgehen, wo die Ärzte vielleicht finden, für das habe ich nicht Medizin studiert. In Chur habe ich es nie mitbekommen. In Glarus haben wir auf der Onkologie so Advanced Practice Nurses, wo statt Onkologen die Patienten betreuen und auch auf der Kardiologie. Und die verdienen halt einfach weniger, aber die können eigentlich auch alles machen. Und ich finde das eigentlich super. Dann wird auch die Pflege hat dann auch eine gute, wie sagt man, Aufstiegsmöglichkeit, wo sie auch wirklich selber Leistungen erbringen kann, ja. #00:37:55-0#

I: Würde das, ich sage jetzt Arbeitszeit oder auch das Wohlbefinden und die Work-Life-Balance von einem Arzt beeinflussen? #00:38:03-0#



B: Ja, ich glaube schon. Wenn man durch das erreichen kann, weil diese Fachkräfte günstiger sind, dass man dafür mehr Manpower hat, glaube ich schon, ja. #00:38:18-0#

I: Würde es mehr Struktur geben oder könnte der Arzt einfach Sachen abgeben? #00:38:26-0#

B: Ja, der Arzt könnte natürlich Sachen abgeben, wo er dafür nicht machen muss und dann hat er Zeit für anderes oder eben für die Freizeit. #00:38:35-0#

I: Ja. Siehst du auch, ich sage Generationsunterschiede? #00:38:45-0#

B: Ja, den finde ich schon auch, dass man den spürt. Vor allem die Chefs erwarten sehr viel von den Assistenten und die Assistenten sagen, eben kurzfristige Dienstplanänderungen oder zu viel arbeiten oder so finden sie dann schon, hey, ich habe auch noch ein Leben und ich will auch noch dorthin und das machen gehen, ja. #00:39:11-0#

I: Und eben, ich meine es gibt ja jetzt auch Jüngere, zum Beispiel Chefärzte oder Klinikdirektoren. Siehst du dort ein anderes Bild? Verändert sich das ein bisschen oder zieht sich das einfach weiter? #00:39:24-0#

B: Ich glaube, diese Generation ist noch nicht Klinikdirektor. Die kommt wahrscheinlich erst noch, die wo findet, die Work-Life-Balance ist wichtig. Tendenziell werden die auch nicht Chefarzt, sondern die bleiben vielleicht Oberarzt oder gehen in die Praxis. Weil die Chefärzte, ja, ich glaube die wo eine Karriere einschlagen wollen, die geben mega viel dafür und denen ist das Private nicht so wichtig und durch das kommen sie auch weiter. Und den anderen ist es vielleicht einfach nicht Wert. Sie wollen doch den Beruf Arzt ausüben, weil es einfach ein schöner Beruf ist und ihnen viel gibt, aber nicht zu jedem Preis. #00:40:12-0#

I: Ja, ich habe eigentlich soweit alle Fragen durch. Ich weiß nicht, hast du noch etwas, wo wir jetzt nicht besprochen haben, wo du aber noch wichtig findest in dem Zusammenhang? #00:40:33-0#

B: Nein, ich glaube ich habe alles gesagt. Ist halt noch schwierig so, wie sagt man, alle in einen Topf zu werfen, so absolute Aussagen zu machen, aber ja. #00:40:48-0#

I: Also was meinst du, wo gibt es denn Unterschiede? #00:40:51-0#

B: Ja eben, es kommt mega darauf an, ob jetzt jemand im Teilzeit Dings doch weiter kommt oder gleich weit kommt wie ein hundert Prozentler. Das kommt so subjektiv darauf an, wie gut diese Person halt auch fähig ist, um diese Sachen zu lernen. Braucht sie viel Repetition in kurzer Zeit oder reicht es, wenn sie das einmal pro Woche einfach macht, ja. Und das kommt halt sehr darauf an auf den Mensch selber. Und auch eben, wieviel bist du bereit zum Opfern für den Job. Bin ich bereit, um jeden Tag auch kurzfristig einmal einzuspringen oder kann ich das gar nicht? Will ich eigentlich nur einen geregelten Job und ja, müsste dann eigentlich in die Praxis konsequenterweise. #00:41:46-0#

I: Ja, dann können wir das soweit beenden. #00:42:00-0#

B: Hm (bejahend). #00:42:01-0#

I: Okay. #00:42:02-0#

## Interview 14

I: Ich würde das ganze Gespräch beginnen mit der Frage, wie bei Ihnen ein typischer Arbeitsalltag aussieht. #00:00:10-0#

B: Also wenn ich arbeite im Spital? #00:00:13-0#

I: Ja. #00:00:14-0#

B: Genau. Also wir haben um sieben Uhr am Morgen Rapport und dann je nachdem, ob ich OPS Dienst habe oder Sprechstunde, also geht es um acht Uhr dann los im Operationssaal und sonst halt um acht Uhr in der Sprechstunde. Und dann schaut man dazwischen halt noch pro Abteilung schauen, was so anfällt, zwischendurch hat man noch einmal eine Sitzung und je nachdem kann man Mittagessen gehen und je nachdem nicht und wenn es gut läuft, kann man zwischen fünf und sechs Uhr gehen und sonst wird es halt später. Aber ich rechne grundsätzlich damit, dass an den Tagen, wo ich arbeite und nicht irgendwie einen Sitzungstermin außerhalb habe, dass ich etwa um sieben Uhr daheim bin. Also ein Zwölfstundentag jeweils. #00:00:58-0#

I: Ja. Gibt es einen großen Unterschied jetzt zum Beispiel auch zwischen einem Sprechstundentag und einem OPS-Tag? #00:01:08-0#

B: Je nachdem, es kommt darauf an. Also wenn ein Sprechstundentag ist, ist natürlich grundsätzlich planbarer. Also wenn ich am Sprechstundentag um halb sieben Uhr zu Hause sein will, dann ist das sicher planbarer, weil ich ja den Bericht sonst auch am nächsten Tag noch fertigmachen kann. Und eine Operation kommt es darauf an, was für eine Operation geplant ist. Wenn man nur kleine Punkte hat, dann sind es nur kleine Punkte. Und dann, wenn es aber etwas Längeres ist, dann kann es natürlich auch open end sein. Und wenn man Dienst hat, das ist auch noch ein typischer Tag, wenn man Dienst hat ist man halt bis um acht Uhr im Spital. #00:01:38-0#

I: Okay. Und im Dienst ist es so, dass Sie vor allem Hintergrunds-Dienst haben? #00:01:45-0#

B: Nein, also ich bin im Spital bis um acht Uhr. #00:01:48-0#

I: Ah okay, wo sehen Sie so ein bisschen die Herausforderungen? #00:01:56-0#

B: Inwiefern? In der Zeitplanung? #00:02:01-0#

I: In der Zeitplanung oder einfach grundsätzlich so ein bisschen die Herausforderung oder was, ich sage jetzt, stressig ist oder was auch gut ist. #00:02:09-0#

B: Es ist sehr abwechslungsreich. Ich glaube, unsere Arbeitstage sind sicher auch nie gleich. Es gibt halt Tage, wo extrem langweilig sind, wenn halt plötzlich nichts ist. Es gibt Tage, die sind extrem anstrengend oder man kommt am Morgen und hat das Gefühl, jetzt gibt es einen ruhigen Tag, es ist alles geplant und dann kommt alles anders heraus. Aber ich glaube, das ist einfach die Tatsache im Spital. Aber ich glaube, natürlich diese Tatsache ist eine Herausforderung, aber ich sehe das nicht als Herausforderung, das ändern zu wollen in dem Sinn. Also das kann man bis zu einem gewissen Grad beeinflussen und bis zu einem gewissen Grad auch nicht. #00:02:46-0#

I: Okay. Und diese Beeinflussung wo Sie sagen, wovon hängt das ab? Ist das, ich sage jetzt, der Chef oder der Klinikdirektor oder ist das das Patientengut? #00:03:00-0#

B: Ja bei der Operationsplanung sind es das Patientengut, genau. Also ich meine, ich plane ja meine Operationen als Oberärztin zum Teil selber ein. Und da kann ich ein bisschen spüren. Aber man ist natürlich zu einem Großteil fremdbestimmt. Also ich meine, wenn ich Dienst habe, dann habe ich Dienst. Das ist dann halt so. Da kann ich ja nicht auswählen, was dann kommt. #00:03:19-0#

I: Okay. Und aber sonst, eben wenn Sie sagen, Sie planen Ihren Operationstag teilweise selber. Dann hängt das wirklich vor allem vom Patienten ab im Sinn von, dass es vielleicht schwieriger ist, als man gedacht hat. #00:03:35-0#

B: Ja, genau. Oder ob man dann halt noch irgendwie bei größeren Sachen sonst noch assistieren gehen muss. Dort ist man dann natürlich fremdbestimmt, aber das ist halt auch so. #00:03:43-0#

I: Okay. Aber so, ich sage jetzt administrative Sachen wie Sitzungen oder so, das spielt eine untergeordnete Rolle? #00:03:51-0#

B: Nein, das ist einfach schwierig einzuplanen und das konsequent auch einzuhalten. Ich meine, wenn ich in drei Wochen eine Sitzung geplant habe kann es dann halt sein, dass ich diese Sitzung wieder absagen muss je nachdem, weil zum Teil halt etwas Anderes kommt, wo Priorität hat. Also Sitzungen, man probiert sie schon zu priorisieren. Aber wenn ich an diesem Tag Dienst habe, dann muss ich sagen, ja ich komme an diese Sitzung. Wenn nichts läuft ist es sogar super, dann kann ich diese Zeit nutzen mit der Sitzung. Aber wenn dann halt eine Operation ist, dann kann ich nicht an die Sitzung gehen. Und das muss man halt, das ist relativ schwierig, eine richtige Balance zu finden, wie viele Male kann man das machen und wie viele Male geht das auf. Und das ist ja immer so, wenn man keine Sitzung hat ist es ruhig und wenn man dann eine hat, dann kommt genau dann etwas. #00:04:40-0#

I: Aha, ja, genau. Murphy's law. #00:04:44-0#

B: Genau. #00:44:45-0#

I: Okay. Aber das sehen Sie jetzt bei Ihnen auch nicht als Stressfaktor an?  
#00:04:52-0#

B: Doch, das ist schon ein Stressfaktor. Natürlich, weil man hat noch Sitzung und auch andere Aufgaben, eben auch administrative und das muss man auch noch irgendwo herumkriegern. #00:05:02-0#

I: Ja. Wie sieht es denn so mit dem Arbeitsgesetz aus? Ich sage jetzt bei Ihnen persönlich oder auch im ganzen Departement. Ist das überhaupt ein Thema? #00:05:20-0#

B: Ja, das ist sicher ein Thema. Also bei den Assistenzärzten müssen wir ziemlich schauen, das ist eine von den grossen Herausforderungen finde ich. Das ist sehr schwierig, finde ich, das Arbeitsgesetz wirklich umzusetzen. Und bei mir persönlich ist es in dem Sinn einfacher, durch das ich Teilzeit bin und dann habe ich natürlich viel mehr spatzig und Marge. Aber wenn ich ein Wochenende arbeiten muss, muss ich quasi die Zeit schon auch kompensieren, aber ich muss sie nicht wegen dem Arbeitsgesetz. Ich komme nicht mit den Tagen ins Gehege. Wenn ich vom Mittwoch bis am Sonntag arbeite, habe ich diese fünf Tage und nachher habe ich wieder zwei Tage frei. Und ich kann diese Zeit auch ein anderes Mal, wenn es besser passt, kompensieren. Aber ich habe ich nicht so das Problem mit der Zeit mit den aufeinander folgenden Tagen. #00:06:06-0#

I: Das heißt, bei Ihnen ist, ich sage jetzt auch, ich weiss jetzt gar nicht, Sie sind wahrscheinlich gar nicht im Arbeitsgesetz mehr drin. #00:06:16-0#

B: Doch, ich bin Oberärztin, ich bin drin. #00:06:17-0#

I: Ah stimmt, Oberärztin, genau, okay. #00:06:19-0#

B: Ja, bei mir ist nur die Überstunden ist eine Problematik. #00:06:24-0#

I: Okay. Und wie geht man das an? #00:06:27-0#

B: Ja, halt mit Kompensieren und es gleicht sich zum Teil wieder aus. Aber grundsätzlich ist eigentlich die Vorgabe, dass man es kompensiert. #00:06:37-0#

I: Okay. Und das können Sie selber machen oder wie wird das geplant? #00:06:42-0#

B: Also es wird zum Teil geplant, zum Teil kann man es auch ein bisschen steuern, je nachdem, wie halt die Fachbesetzung ist oder die Situation ist. #00:06:49-0#

I: Okay. Und funktioniert das gut oder haben Sie das Gefühl, ist eine Unzufriedenheit bei Ihnen sage ich jetzt? #00:06:55-0#

B: Nein, überhaupt nicht. Im Gegenteil. Oder, das was ich kompensiere, das ist die Kehrseite von dem. Ich meine, das ist das Dilemma von der Teilzeit, ich muss natürlich doch die Dienstleistung, die Vorhalteleistung machen und die Kompensation geht dann natürlich dann auf Kosten von meiner effektiven Operationszeit. Das ist ein bisschen das Dilemma. #00:07:19-0#

I: Okay. Und wie lösen Sie das? #00:07:23-0#

B: Also ich löse es zum einen, dass ich siebzig Prozent arbeite. Also ich habe ein siebzig Prozent Pensum, aber ich arbeite nur drei Tage pro Woche. Die zehn Prozente bleiben für Dienste und Wochenende, also was natürlich nie aufgeht, aber das federt ein bisschen ab. Und dann muss man halt schauen, also je nachdem, wie es halt aufgeht. #00:07:45-0#

I: Okay. Und siebzig Prozent, eben ist das wie so ein bisschen die Idee gewesen, dass man sagt, dass Sie wie drei Tage normal arbeiten. #00:07:55-0#

B: Ja, genau. #00:07:56-0#

I: Und diese zehn Prozent, müsste man das jetzt vielleicht auch im Nachhinein hinaufschrauben? Also wäre es vielleicht sogar noch einfacher, wenn man sagt, Sie sind achtzig Prozent und nur drei Tage da oder spielt das keine Rolle? #00:08:06-0#

B: Ja, das ist natürlich, wenn man auf dem Papier achtzig Prozent arbeitet, dann steigt natürlich auch die prozentuale Dienstbelastung und dann treibt das gerade wieder diese Prozent auf. Das bringt nicht wahnsinnig viel, denke ich. Also wenn ich dann achtzig Prozent mache, dann mache ich wieder prozentual mehr Nachtdienste und mehr Wochenenddienste. #00:08:27-0#

I: Okay. Das heisst, es macht keinen Unterschied quasi, auch wenn man jetzt heruntergeht, weil man dann sagt, gut, ja. #00:08:34-0#

B: Es ist ja auch fluktuierend. Manchmal macht man halt mehr Dienste und manchmal braucht es mehr, dann fehlt wieder jemand, oder, das ist ja immer wechselnd, das ist ja der Punkt am Spital, es ist ja nicht eine fixe Kontinuität. #00:08:48-0#

I: Genau und eben Sie haben jetzt gesagt, Teilzeit im siebzig Prozent, ich glaube dann ist man oder sind Sie jetzt auch eine gewisse Vorreiterin, weil das ja noch nicht so verbreitet ist? Wie funktioniert das, wie nehmen Sie das wahr? #00:09:07-0#

B: Also ich finde in Winterthur funktioniert das eigentlich gut. Ich habe eine Kollegin wo fünfzig Prozent arbeitet und ich bin siebzig. Ich finde siebzig für mich persönlich die unterste Limite. Mit diesen drei Tagen ist man quasi gerade genug da, dass eine Kontinuität da ist. Mit dem Arbeitsgesetz sind auch hundert Prozentler häufig nicht die ganze Woche da. Die sind auch immer wieder gewisse Tage am Kompensieren. Also das Argument mit der Kontinuität finde ich, sollte man einem siebzig Prozentler nicht mehr bringen, weil ich bin quasi fix für diese drei Tage da als hundert Prozentler, wo immer wieder einen Tag fehlen. Und ich denke mit fünfzig Prozent ist man schnell in einem zu wenig, ist man halt unter der Hälfte von der Woche anwesend, siebzig Prozent ist man mehr als die Hälfte von der Woche anwesend und ich denke, das geht gut. Also ich finde, das ist gut. Klar, man kann argumentieren, achtzig Prozent wäre besser, also das man vier Tage pro Woche ist und ein Tag fix. Also mein Argument ist immer, dass die Tage im Spital sehr lang sind und gerade wenn man Familie hat. Also ich sehe zum Teil meine Kinder dann halt, wenn es dumm läuft, am Dienstagabend bis am Samstagmorgen nicht. Und ich meine, das finde ich geht für drei Tage. Das ist in der Ordnung, wenn man das, je nach Modell, wie man es in der Familie persönlich lebt. Aber vier Tage, also vom Montagabend bis am Samstagmorgen würde ich das nicht wollen. Klar ist es nicht immer so. Also ich sehe sie regelmässig auch einmal am Abend noch zum Nachtessen, aber am Morgen sehe ich die Kinder nie. #00:10:51-0#

I: Ja. Wie haben Sie denn das jetzt auch, ich sage jetzt auch im Rahmen von der Ausbildung? Also das funktioniert trotzdem dass Sie, ich sage den OP Katalog füllen können? #00:11:07-0#

B: Also ich habe die Kinder erst nach dem Facharzt bekommen. Ich habe den Facharzt zuerst gemacht. Das würde ich wieder so machen. Also wenn mich Assistentinnen fragen, wie soll ich das machen? Ich persönlich finde, man ist freier und man kann mehr investieren bis zum Facharzt, wenn man keine Kinder hat. Der Vorteil ist natürlich, dass nachher die Kinder schon wieder etwas grösser sind. Das heisst dann, wenn man es gelernt hat zu operieren und man dann die anstrengende Phase daheim hat, wenn die Kinder noch klein sind und noch nicht eingeschult sind. Das kann auch ein Nachteil sein. Man muss halt einfach akzeptieren, dass wenn man Kinder daneben hat, es wird einfach langsamer. Also ich denke, wenn ich jetzt keine Kinder hätte, dann wäre mein Schwerpunkt schon längstens unter Dach und Fach. Und das ist er jetzt natürlich noch nicht und das braucht jetzt halt länger. Aber ich meine, das ist so, das ist halt eine Tatsache, da gibt es nichts zu diskutieren (lacht). #00:12:06-0#

I: Ja. Könnte man aber das, also eben, ist jetzt vielleicht auch eine Wahrnehmung von mir, dass man / das Commitment halt da sein muss, dass man beides unter einen Hut bringt. Also fühlen Sie sich genug unterstützt, sage ich einmal, oder haben Sie das Gefühl, dass Sie jetzt auch wie einen Nachteil haben gegenüber zum Beispiel männlichen Kollegen oder ist da grundsätzlich auch, also finden Sie das fair, so wie es ist? #00:12:35-0#

B: Ich meine das ist relativ. Weil das, was ich als unfair empfinde ist nicht diese Tatsache, sondern das ist das, wo in den Köpfen ist. Also wenn ein Mann Vater wird, wird nie überlegt, dass es langsamer werden könnte. Und wenn du als Frau Kinder bekommst als Chirurgin, dann ist der Effekt quasi, dass man jetzt keine Ambitionen mehr hat, weiterzukommen. Man muss sich wie wieder neu beweisen. Das ist das Unfaire. Und man muss tendenziell mehr Durchhaltewillen zeigen. Weil man wird einfach / es ist quasi, ja, es ist ihr nicht mehr so wichtig. Aber das ist ein soziales Problem. Ich sage, das ist nicht nur Chirurgie bedingt. In der Chirurgie ist es einfach noch etwas ausgeprägter. Aber in dem Moment, wo man Familie hat ist es klar, dass für die Frau die Priorität bei der Familie ist und beim Mann ist das nicht zwingend so. Ein Moment schnell. (...) Entschuldigung. #00:13:44-0#

I: Genau. Aber dass ich es verstehe, das heißt, in den Köpfen im Sinn von, dass der Arbeitgeber, also ich sage jetzt zum Beispiel Ihr Chef dann wie sagt, ah, die Frau Dr. Müller hat jetzt Familie, das heisst, die schafft es nie als, ich sage jetzt Departments-Leitung, also schieben wir sie ein bisschen ab. #00:14:05-0#

B: Ja, das muss nicht einmal aktiv sein. Das ist antikutan. Das merkt man erst mit der Zeit. Das ist nicht irgendwie ein aktiver böser Entscheid oder so. Das ist zum Teil auch dass sie denken ja, die kümmert sich jetzt um die Kinder und so. Aber man muss wie wieder neu zeigen, dass man wirklich will. Das ist das, was es zum Teil wirklich schwierig macht auch in dieser Doppelbelastung. Wenn man aus dem Mutterschaftsurlaub zurückkommt, fängt man nicht mehr dort an, wo man vorher gewesen ist. Zum einen hat man vielleicht auf Teilzeit reduziert und zum anderen muss man auch mental und psychologisch zeigen, dass man nicht einfach dankbar ist, dass man jetzt noch ein bisschen arbeitet. #00:14:52-0#

I: Aha, okay. Und das ist aber etwas wo, ich sage jetzt auch, in den Köpfen wechseln müsste und nicht ein Modell, sondern dass man einfach quasi sagt, diese Person ist wieder zurück und ist genau gleich wie vorher. Aber man hat dann wie das Gefühl, aha ja, die will jetzt nicht mehr und dann muss man wieder aktiv zeigen, dass man will. #00:15:13-0#

B: Genau. Also man muss viel mehr Einsatz zeigen und das glaube ich auch. Also man muss in der Teilzeit viel mehr Einsatz zeigen und man muss auch deutlich mehr Flexibilität an den Tag legen. Man muss auch bereit sein und das bedingt, dass man halt auch hinten durch ein Netz haben muss, heutzutage immer noch, wo einem absichert und abstützend unterstützt. #00:16:00-0#



I: Ja. Das heißt aber, dass man vielleicht, ich sage jetzt als Bund auch sagen müsste, man will das gern fördern und öffnet eben, ich sage jetzt spezielle Kitas noch. Ich sage jetzt einfach, man denkt jetzt laut oder, aber dass man ein bisschen so auch denkt, damit eben auch für einfach, ich sage Personen wie Sie oder ich sage jetzt Ärzte oder Ärztinnen mit Familie die Kitas halt vielleicht zum Beispiel bis um acht Uhr offen sind. #00:16:32-0#

B: Ja natürlich, zum Beispiel. #00:16:33-0#

I: Wo man dann eben sagt, man kann es dann besser unter einen Hut bringen, weil halt der Arbeitstag vom Arzt tendenziell nicht um fünf Uhr aufhört #00:16:39-0#

B: Ja, der ist einfach länger. #00:16:40-0#

I: sondern eher um sieben Uhr aufhört. #00:16:41-0#

B: Ja und man kann dann auch argumentieren, was pädagogisch sinnvoll ist für die Kinder oder was der Mann auch macht oder so. Das sind dann natürlich all die Fragen, da prallen natürlich Welten aufeinander, also das ist sicher so. Aber das ist sicher ein Aspekt, wo es halt schwierig macht im Spital. Und es ist immer noch mit sehr vielen Individuallösungen verbunden. #00:17:02-0#

I: Ja. Und das empfinden Sie eher als hinderlich jetzt im Moment? #00:17:07-0#

B: Nein, jetzt sind meine Kinder eingeschult. Also Home Schooling will ich nicht und Corona-Fieber (lacht). Aber jetzt mit der Einschulung sind auch die Kinder selbstständiger. Aber das sind jetzt die letzten sieben Jahre. Das sind halt doch sieben Jahre, wenn man zwei Kinder hat, wo bis beide eingeschult sind. Das ist halt einfach eine intensive Zeit und auf eine Art hat man sich das ja selber eingebrockt und auf eine andere Art denke ich, ist es halt eben auch die produktive Zeit. Und das ist so ein bisschen das Dilemma. #00:17:48-0#

I: Ja. Haben Sie denn das Gefühl, dass jetzt auch, eben wenn sie mit jungen Assistentärztinnen reden, dass es immer noch abschreckend ist oder dass sie immer noch das Gefühl haben, ich muss mich entscheiden. Also ich sage jetzt zwischen Familie und Karriere. #00:18:05-0#

B: Ja, ich finde das eine ganz schwierige Frage. Ich glaube, in erster Linie muss man wirklich von der Chirurgie begeistert sein. Man muss das wirklich wollen und das zweite ist halt immer noch sehr partnerabhängig. Und darum glaube ich, es ist sehr, sehr viel mit Individualentscheiden. Man muss wirklich Biss haben. Also man kann

nicht einfach denken, ja ich erreiche das und dann ist gut. Man muss es immer wieder genug ausloten. Wenn mich die Assistentinnen fragen, wie würdest du es machen, würdest du es angehen? Ich denke immer, du musst an Anfang, eben bis zum Facharzt, möglichst viel investieren und du musst dir bewusst sein, was du für einen Partner hast, wie der das mitzieht. Und was sind deine privaten Ressourcen, weil im Moment geht es sicher nicht ohne private Ressourcen. Und das in der Partnerschaft ist, der muss mitziehen. Also es geht zum einen um das Aktive und zum anderen auch um das Mentale. Es ist dann nicht so, er macht voll / also ich bin der Meinung, ich bin der Überzeugung, wenn der Mann auch voll Karriere machen will, dann wird es schwierig. Also man muss entweder beide etwas heruntertarieren oder man muss sich irgendwie sonst einigen. Aber man muss sich das vorher bewusst sein, wie man sich das will. Oder man setzt die Kinderbetreuung hundert Prozent auf Nanny-Lösung. Das ist dann ein individueller Entscheid, wie man das handhaben will oder wie man das will. Aber ich glaube man muss sich vor allem aktiv vorher entscheiden. #00:19:47-0#

I: Okay. Aber das heißt quasi, man muss, also auch jetzt auch in Ihrem Fall, man muss einen Partner haben, wo einem unterstützt. #00:19:54-0#

B: Ja natürlich, wo mitzieht. #00:19:56-0#

I: Und das ist ein großer Aspekt. #00:19:58-0#

B: Absolut. Man kann das nicht machen, also ich meine allein schon die Wochenenddienste, die müssen ja abgedeckt sein. Also ich sage immer, also das ist das gesellschaftlich Tragische, finde ich. Wenn ich mir jetzt vorstelle, ich wäre Alleinerziehend mit meinen zwei Kindern und ich habe ein siebzig Prozent Pensum als Oberärztin an einem öffentlichen Spital, was ja ein guter Lohn ist,. Also ich meine, Sie kennen das Lohnniveau auch. Ich könnte nicht alleinerziehend meine zwei Kinder durchbringen mit diesem Pensum. Weil, mit diesen Randzeiten und Wochenenden und Nachtdiensten könnte ich die Abdeckung gar nicht gewährleisten. Also ich wäre working poor. Und das finde ich gesellschaftlich das Tragische. Also weil ich meine, ich kann nicht sieben Nächte arbeiten. Wie will ich alleinerziehend meine zwei Kinder betreuen in der Nacht mit sieben Nächten? #00:20:49-0#

I: Ja klar, ist nicht möglich. #00:20:50-0#

B: Und wenn ich eine Nanny bezahlen müsste für diese langen Tage, drei Tage, wenn ich siebzig Prozent arbeite drei Tage, das gibt schon ein hundert Prozent Pensum für einen normalen Arbeitnehmer. Wenn ich jetzt eine Nanny anstellen würde vom Morgen um sechs Uhr, wenn ich aus dem Haus gehe bis am Abend um acht Uhr, bin ich erstens schon einmal vom Arbeitsgesetz draussen und zweitens müsste ich ja die ganzen Randzeiten dann auf gestückelt abdecken. Und dann noch Wochenende. Wenn ich Wochenenddienst habe, muss ich auch um halbsieben spätestens aus dem Haus und komme unter Umständen erst um acht Uhr heim. Und das finde ich einen Aspekt, wo ich gesellschaftlich recht bitter finde. Also dass man als

gut ausgebildete Akademikerin, zwei Kinder, alleinerziehend, nicht durchbringen würde. Also umgekehrt auch, das ist eigentlich meistens halt dieser Fall. #00:21:42-0#

I: Ja klar. Aber eben, es ist ja tragisch in dem Sinn, ich sage jetzt zum einen also emotional, auf dieser Ebene, aber andererseits ist es ja auch, ich sage jetzt für den Wirtschaftlichkeitsseite tragisch. Weil man sagt, man hat diese Person ja ausgebildet. Ärzte haben ja eine teure Ausbildung in dem Sinn und wenn dann jemand mit Dreißig einfach abbrechen muss, obwohl man vielleicht eine sehr gute Ärztin wäre aber einfach weil man sagt, ja, ich habe jetzt halt noch Familie und leider hat es mit dem Partner nicht geklappt. Und dann muss man einfach seinen Traum in dem Sinn aufgeben. #00:22:20-0#

B: Also wenn der Partner Karriere macht oder so und dann reduziert man, also ich meine das ist gesamtwirtschaftlich, also es wird ja immer wieder diskutiert, dass man zu viel von diesen Akademikerinnen und zu viel von den Ärztinnen verliert. Wo dann einfach nur noch zu wenig arbeiten. Das ist sicher so. Und das hat schon damit zu tun. Also es ist zum einen auch wieder so ein gesellschaftliches subkutanes Problem und andererseits halt auch ein strukturelles Problem. Also die zu wenig langen Öffnungszeiten et cetera, dieser Dings. #00:22:51-0#

I: Ja. Eben, Sie haben jetzt ein Teilzeitmodell. Haben Sie das Gefühl, dass andere Modelle auch helfen könnten? Also ich rede jetzt da zum Beispiel von Jobsharing, oder dass man Jahresarbeitszeit einführt, Co-Leitungen. #00:23:08-0#

B: Ja, das auf jeden Fall. Also ich denke, es ist vieles auch, man muss es einfach machen und ausprobieren und das ist natürlich immer schwierig. Ich meine, bis vor noch nicht so vielen Jahren ist ja nur schon die Idee, dass man siebzig Prozent arbeiten könnte, ja gar nicht möglich gewesen auf der Chirurgie. Und das ist immer noch, denke ich, sehr Chef abhängig, ob es möglich ist oder nicht. Das kommt, aber es gibt auch immer noch sehr viele Chefs wo sagen, das geht gar nicht. Ich denke, es kommt langsam, dass zum Beispiel, es hilft natürlich, dass jetzt auch gewisse männliche Kollegen ein achtzig Prozent Pensum möchten, dass sie einen Tag fix frei haben in der Woche und so. Ich denke, das kommt jetzt schon langsam. Und dass man auch merkt / also es hat auch Vorteile. Also ich bin auch von Vorteil mit meiner Flexibilität, eben arbeitszeittechnisch. Ich mache weniger Probleme mit dem Arbeitsgesetz. Ich bin auch flexibel einmal einzuspringen oder ich kann auch einmal zusätzlich etwas machen und das ist natürlich bei achtzig Prozentler auch so. Man bekommt natürlich mehr, ich glaube immer noch, man bekommt mehr Energie vom Mitarbeiter mit, wo jetzt in unserem Bereich achtzig Prozent arbeitet, was ja für einen Normalarbeiter immer noch hundert Prozent ist, mit unseren fünfzig Stunden Woche. #00:24:33-0#

I: Ja, das heisst aber auch, dass Sie jetzt das Arbeitszeitgesetz grundsätzlich gut finden, so wie es ist, und nicht hinderlich? #00:24:43-0#

B: Also für die Planung ist es extrem hinderlich. Ich bin in der Assistentenplanung. Weil es erlaubt nicht, Phasen einzuplanen, wo man viel mehr arbeitet und dann wieder ruhigere Phasen. Und das ist mit dem siebenmal 24 Stundenbetrieb extrem schwierig. Also man kann nicht / es ist nicht die fünfzig Stunden Woche per se, die finde ich gut. Aber es ist nicht so, dass man sagen kann, okay, dann arbeitet er jetzt halt einmal zehn Tage am Stück und hat nachher fünf Tage am Stück frei. Das darf man ja nicht. #00:25:18-0#

I: Ja, es sind die, eben ich sage, wenn man Dienst hat, muss man einen Tag kompensieren und erst dann darf man wieder. Oder Nachtschicht und dann so Sachen. #00:25:27-0#

B: Genau, und das sind die hinderlichen, diese Ruhezeiten und die zwingt / zum Beispiel wenn man sagt, du fängst am Montag an zu arbeiten und du arbeitest das Wochenende. Dann muss man für diese zwei Wochenendtage grundsätzlich drei Tage kompensieren, wenn man das ganze Wochenende arbeiten lassen will. Das ist extrem hinderlich. Das ist wirklich hinderlich und das macht es schwierig und das macht es auch, dass man dann in das Minus fällt in der Planung, was dann wieder die Spitalleitung nicht lustig findet. Und es zerstückelt auch den ganzen Prozess und das Vorwärtskommen von den Assistenten. Also ich finde, oder, Schlagwort fünfzig Stunden Woche sehr, sehr gut. Aber die ganzen Nebenbedingungen, die erschweren es sehr, also im Spitalalltag. Und dort hätte ich mir mehr Flexibilität gewünscht. #00:26:21-0#

I: Ist denn die Gefahr da, dass es dann halt wieder umschlägt, also ich weiss ja nicht, ich nehme an, also ich weiss es effektiv nicht, aber dass die Personen sich auch etwas überlegt haben, warum man das so machen muss. Weil man, ich sage jetzt einfach, wenn jemand Nachtdienst gehabt hat und dann sollte er gerade wieder weiterarbeiten, dass er dann zum Beispiel müde ist und so Fehler passieren. #00:26:40-0#

B: Also das ist sicher die Intension gewesen. Aber es ist natürlich, viel von dem Arbeitsgesetz ist meiner Meinung nach für Betriebe ausgelegt, wo fünf Tage Woche haben. Und das macht das Problem beim Notfallbetrieb und beim Schichtbetrieb. Also wenn man einen fixen Schichtbetrieb hat, wo auch die Kontinuität nicht so eine Rolle spielt, dann geht das wunderbar. Aber in einem Betrieb im Spital, wo man sieben Tage abdecken muss und auch dort eine gewisse Kontinuität sinnvoll ist, dort ist es extrem hinderlich. Weil wir müssen siebenmal 24 Stunden abdecken. Wir müssen nicht fünfmal 24 oder fünfmal 18 Stunden abdecken mit Früh- und Spätschicht. Und ich glaube, dort ist das grosse Problem vom Arbeitsgesetz, dass bei uns immer das Wochenende dazwischen ist. Wenn alle Tage gleich wären, ist es überhaupt kein Problem. Und in denen Betrieben, wo natürlich am Wochenende geschlossen sind, macht das ja auch alles völlig Sinn. Aber sobald wir über das Wochenende durcharbeiten, wirft es uns alles durcheinander. #00:27:44-0#

I: Aha, weil die Wochenendtage mehr oder anders zählen. #00:27:47-0#

B: Ja, genau richtig. Und es ist schon ganz schwierig, irgendwie sieben Nächte am Stück zu arbeiten und dann nachher die Woche darauf zu kompensieren. Was arbeitsmässig im Spital Sinn macht zur Planbarkeit. Das ist schon ganz schwierig im Arbeitsgesetz. Also da muss man ganz spitzfindig sein mit den Ruhezeiten und so. Das zweite ist, dass die Arbeit im Spital nicht kontinuierlich ist. Es gibt Nächte, wo man durcharbeitet und k.o. ist und dann gibt es Nächte, wo ganz ruhig sind. Und dann verbratet man, wenn man es wirklich strikt nach Arbeitsgesetz macht enorm Arbeitszeiten und Ruhezeiten, wo nicht produktiv ist und das macht das Leben uns extrem schwer. Und fünfzig Stunden, oder, wenn die Einheitsregelung wäre fünfzig Stunden, dann wäre das ganz einfach. #00:28:42-0#

I: Ja. Das wäre auch gut möglich? #00:28:47-0#

B: Ja, das wäre sicher viel einfacher zu planen. Ich meine auch, und wenn man dann sagt, es kann auch einmal 55 Stunden sein und in der nächsten Woche sind es dann nur vierzig Stunden oder so. Ich meine, das wäre viel einfacher. Aber es hat natürlich auch seine Gründe, warum gewisse von diesen Regelungen so gekommen sind. Ich meine, dieser Arbeitskampf ist ja nicht für nichts gewesen. Ich meine, vorher sind wir ja gleichgestellt gewesen mit den Nonnen und Priestern. Nach Bedürfnissen des Spitals. Und die haben das halt einfach ausgenutzt. #00:29:17-0#

I: Ja klar. #00:29:18-0#

B: Und das ist jetzt der Preis, dass es halt auf politischer Ebene durchgezogen worden ist. Und das hat auch seine Gründe. Und das ist auch gut. Also ich meine, das vorher ist es noch viel schlimmer gewesen. Aber das ist halt wie vorgegeben, jetzt müssen wir halt schauen. #00:29:32-0#

I: Wie ist denn die Wahrnehmung bei den Assistenten? Ist die auch gleich, dass sie das hinderlich finden oder die finden das super? #00:29:41-0#

B: Teil teils, ich glaube, die Generation ist sicher anders und die schauen viel mehr darauf, dass sie zu ihren Ruhezeiten und zu ihrer Work-Life-Balance kommen. Und dann hat es die, man darf auch nicht vergessen, es gibt auch Unterschiede innerhalb von der Medizin. Und die Chirurgie, welche die Eingriffe natürlich braucht, die ist tendenziell interessierter, halt mehr zu operieren. Aber wenn sie natürlich einfach rein medizinisch oder psychiatrisch oder so arbeiten, haben sie wieder andere Ansprüche. Und das ist ein Unterschied. Moment, ich muss schnell schauen. (...) Entschuldigung. #00:30:46-0#

I: Ja kein Problem. #00:30:47-0#

B: Ich muss die Kinder noch regeln. #00:30:49-0#

I: Ja das gehört halt auch dazu. Ich habe noch eine Frage. So die ganzen Forschungsaktivitäten. Ist das bei Ihnen auch ein Thema? #00:30:59-0#

B: Nein, nicht gross. Ich habe nie gross Forschung betrieben. Ich bin rein medizinisch tätig. #00:31:05-0#

I: Ja. Und ist das auch nicht / also haben Sie das Gefühl, das würde auch in Teilzeit gehen? Also das man das auch noch unterbringt? #00:31:13-0#

B: Ja, es ist einfach noch mehr Engagement und noch mehr Aufwand und geht dann noch mehr auf die Kosten, also quasi man macht es dann. Man hat dann halt noch ein grösseres Pensum und ist nur Teilzeit bezahlt. Das ist sicher so. Es ist einfach noch mehr unbezahlte Arbeit. #00:31:31-0#

I: Ja genau. Und Sie haben vorher eben noch das Stichwort Work-Life-Balance. Ist das bei Ihnen im Moment gegeben, also sind Sie zufrieden in dem Sinn? #00:31:41-0#

B: Ah ja, ich bin zufrieden. Also ich denke immer noch, ich habe den Luxus, dass ich die Dinge selber beeinflussen kann in dem Sinn. Ich meine, ich könnte auch aus dem Spital herausgehen, in meinem jetzigen Stadium. Das ist ein bisschen frustrierend, dass ich natürlich mir / dass die Tatsache, dass ich im Spital arbeite hat gewisse Vorteile. Finanzielle Vorteile hat es sicher nicht. Also ich denke, in der Praxis würde ich ähnlich viel verdienen, ohne diese Dienstbelastung, je nachdem. Und das finde ich, ist natürlich schon nicht ganz / also wenn man sich das unter dem Strich anschaut, ist das schon nicht so lässig. Aber das ist ein grundsätzlich gesellschaftliches Problem. Und ich denke, wenn man in die Praxis geht, hat man andere Anforderungen und nicht weniger, man arbeitet nicht weniger, denke ich. Aber man hat natürlich die Nacht und die Wochenenden kann man viel besser steuern. Und man ist weniger fremdbestimmt. Das ist sicher so. #00:32:49-0#

I: Ja. Genau. Gut einfach, eben wie Sie sagen, ich glaube das ist eine grundsätzliche Frage. Dafür muss man vielleicht schauen, dass man, also wie jetzt in so in einem Corona-Fall oder, ist das in einem Spital irgendwie gesichert und man bekommt seinen Lohn einfach. Und in der Praxis fehlen dann die Patienten. #00:33:06-0#

B: Es hat alles seine Vor- und Nachteile. Das muss man sich immer bewusst sein. Darum bin ich auch eben (unv.) grundsätzlich unzufrieden gewesen und ich muss auch sagen, ich habe den Luxus, dass ich selbstentscheidend, selbstbestimmend habe entscheiden können, was ich machen will. #00:33:23-0#

I: Ja. Eben vielleicht noch so ein bisschen zu dieser ganzen Karrieren-Thematik. Wir haben es ja schon ein bisschen besprochen gehabt. Eben Sie haben gesagt, so ein bisschen die Auswirkung auf die ganze Familie, dass man das Ganze einfach ein bisschen plant. Wo sehen Sie jetzt sonst noch ein bisschen die Herausforderungen, damit Sie Ihr Ziel erreichen können. #00:33:48-0#

B: Also jetzt für mich persönlich in der Teilzeit? #00:33:53-0#

I: Ja. #00:33:54-0#

B: Ja daran bleiben, Geduld haben. Und das ist manchmal einfach und manchmal schwieriger. Und man muss halt schon / eben dass man eigentlich immer zeigen muss, dass man wirklich will. Das ist das Schwierige an dem. #00:34:10-0#

I: Aber ist das denn vor allem jetzt, ich sage wirklich am Chef oder ist es auch im Team selber, die Akzeptanz? Oder auch bei den Assistenten oder einfach. #00:34:19-0#

B: Nein, bei den Assistenten denke ich nicht. Aber das merkt man ja von unten her-auf jeweils häufig gar nicht. Das ist ja sehr, sehr subtil. Und das kommt auch auf die eigenen Ansprüche an, was man will in dem Sinn. Aber wenn man jetzt wirklich Karriere machen will und irgendeine Leitungsposition erreichen, dann wird es / dann denke ich spielen diese Faktoren immer mehr eine Rolle. Also ich glaube für jemand, das kann dann schon schwierig sein. Da eckt man dann schon an dort. Das ist bei mir jetzt nicht der Fall, aber. #00:34:55-0#

I: Also ich sage jetzt im Kaderteam? #00:34:55-0#

B: Ja, ich glaube schon. #00:34:56-0#

I: Hm (bejahend). Aber das heißt also, vielleicht nochmals, also dass es wirklich Chef abhängig ist, und dass aber Sie jetzt das Gefühl haben, im Team ist das grundsätzlich mehr akzeptiert. #00:35:09-0#

B: Ja, also es ist wahrscheinlich kaderabhängig. Das ist ja nie ein Chef allein. Also der Chef, (unv.), der stinkt immer vom Kopf. Der Chef gibt so ein bisschen das Dings voraus, aber dann hängt es natürlich auch von den übrigen Kaderpersonen ab. Das sind ja meistens mehrere, das ist ja meistens so ein Team, wo so den Grund(unv.) und die Grundeinstellung durchgibt. Also das wird bei uns nicht anders sein als bei der Thoraxchirurgie. #00:35:36-0#

I: Nein also eben, ich sag jetzt, vielleicht grundsätzlich bei den Ärzten noch, ja, könnte ich vielleicht sagen, habe ich das Gefühl, manchmal so etwas konservativer wie jetzt in anderen Unternehmen. Also man kann es natürlich auch nicht immer vergleichen. Aber man sieht jetzt jeweils Grossunternehmen, so, ich sage jetzt Novartis, Google, Apple, wie sie alle heissen. Die brechen, ich sage jetzt, die Hierarchiestrukturen wirklich auf und im Spital, also das nehme ich auch immer noch wahr. Es ist immer noch so. Es gibt einen Chef und der entscheidet und es ist dann wie so.  
#00:36:10-0#

B: Genau. Das ist sicher so. #00:36:15-0#

I: Vielleicht noch ein Thema, die Digitalisierung. Haben Sie das Gefühl, dass das hilft, dass man eben etwas flexiblere Arbeitsmodelle im Spital, insbesondere in der Chirurgie aufbauen kann oder ist das hinderlich? #00:36:35-0#

B: Ja. Es ist sicher hilfreich, weil eben, wenn man zu Hause Zugang hat. Also das finde ich persönlich eine Erleichterung. Weil ich dann eben auch einmal früher heimgehen kann und dann am Abend halt noch etwas mache von zu Hause aus. Das hat natürlich ein Dafür und ein Dawider, wie man es auch oft diskutiert jetzt gerade mit der ganzen Homeoffice Geschichte, das Trennung haben und das Privatleben etwas erschwert wird aber ich denke grundsätzlich ist das für uns, sicher bis zu einem gewissen Mass hilfreich. #00:37:03-0#

I: Ja. Gut, man muss dann wahrscheinlich halt einfach Regeln definieren, dass man sagt, ich bin nicht erreichbar, sondern ich bin einfach am Berichte schreiben oder so.  
#00:37:11-0#

B: Genau, richtig, ja. #00:37:13-0#

I: Und vielleicht noch als letzte Punkt. Es gibt ja jetzt auf Pflege und administrativen Seiten immer mehr so Schnittstellen-Berufsgruppen wie jetzt #00:37:25-0#

B: Ja, Clinical Nurse. #00:37:27-0#

I: ja und Physician Assistant. Helfen die oder wie ist da so ihre Wahrnehmung?  
#00:37:33-0#

B: Die helfen sicher. Wir sind ja in Winterthur, das wissen Sie ja wahrscheinlich, Pionier in dieser Beziehung. #00:37:41-0#

I: Genau. #00:37:42-0#



B: Und also ich denke für die Kontinuität helfen die sicher. Die sind natürlich langfristiger dort. Ich denke einmal, es ist, das was man gut beobachten muss und immer wieder reagieren ist halt die Entwicklung im Zusammenhang mit der Ausbildung von den jüngeren Assistenten, oder. Ein Assistent frisch ab Staat, wo auf eine erfahrene Clinical Nurse stösst, der hat natürlich keine Chancen gegen die in der Stationsführung. Und dann ist es einfach, sich zurückzuziehen und die alles machen lassen. Aber eben, man lehrt es dann halt auch weniger. Und das muss man sich bewusst sein und vieles ist natürlich auch mit Ängsten verbunden. Dass jetzt die einem etwas wegnehmen, oder. Fachlich denke ich, kommt es extrem auf die Person von diesem oder dieser Physician Assistant darauf an. Da hat man die ganze Bandbreite und will sie dann auch ausbilden, wie die sich einarbeiten. Aber eine gut eigearbeitete Clinical Nurse ist ein PA, wo gut eingearbeitet ist. Ich meine, das ist Gold wert. #00:38:58-0#

I: Ja. Hilft das jetzt aber auch bei Ihnen als Teilzeit oder einfach, ich sage, dass Sie so jemanden haben im Team, wo Sie dann, ich sage jetzt zum Beispiel, dass Sie am Mittag kurz heimgehen können oder am Nachmittag früher gehen oder. #00:39:13-0#

B: Nein, das nicht. Weil das ist natürlich / die haben keine fünfzig Stunden Woche. Die haben eine 42 Stunden Woche und die sind unter der Woche da. Und die nehmen es dort nicht. Oder, alles was dann später ist, da sind sie überhaupt keine Hilfe, weil die müssen heim. Das clasht dann dort. Ein Assistent oder eine Assistentin in der Ausbildung, die bleibt problemlos auch einmal länger. Und das ist schwieriger bei den PAs. #00:39:42-0#

I: Okay, aber das heißt, dass ich es richtig verstehe, diese Personen helfen einfach, die Arbeitsbelastung oder den (Arbeitshift?) während dem Tag zu reduzieren aber nicht. #00:39:54-0#

B: Ja genau. Und sie wissen, wie die Abläufe sind und wie man es macht und so. Und wenn man eine gute hat / oder die ist dann einfach auch dort. Aber für die Dienstbelastung und die Randzeiten sind sie überhaupt keine Hilfe. #00:40:07-0#

I: Und die helfen auch nicht, dass Sie mehr im Operationssaal haben können, weil die den Tag durch schauen, dass die Station läuft. #00:40:14-0#

B: Das wäre hilfreich für die Assistenten. Also für mich natürlich schon, das tangiert mich natürlich nicht mehr als Oberärztin. Aber für die Assistenten wäre das natürlich das Ziel, aber man muss aufpassen, dass nicht die Ausbildung am Background verloren geht. #00:40:26-0#

I: Ah, okay. #00:40:27-0#

B: Ja, genau. #00:40:28-0#

I: Aber das heißt, rein jetzt, ich sage jetzt in der Diskussion um Arbeitszeitmodelle spielen diese Personen keine Rolle? #00:40:38-0#

B: Doch, ich finde schon. Weil man kann natürlich, das Ziel wäre natürlich, die Zeit für die Assistenten effizienter zu nutzen für die chirurgische Ausbildung. Das ist das Ziel, oder. #00:40:52-0#

I: Aha, aber dann ist es einfach auf Stufe Assistenzarzt? #00:40:55-0#

B: Richtig. #00:44:56-0#

I: Auf dieser Stufe hilft es, aber nicht auf. #00:40:58-0#

B: Nein, auf der Stufe Oberarzt ist es das Gleiche in dem Sinn. Also eine gut ausgebildete Clinical Nurse erleichtert uns Oberärzten natürlich das Leben als ein frischer Staatsabgänger. #00:41:14-0#

I: Ja. Eben weil viele Fragen vielleicht schon aufgefangen werden. #00:41:20-0#

B: Genau, richtig, ja. Und das ist dann halt so die Waagschale zwischen Ausbildung und Weiterbildung. #00:41:27-0#

I: Ja genau, okay. Ja, ich wäre eigentlich sonst soweit mit diesen Fragen durch. #00:41:36-0#

B: Super. #00:41:37-0#

I: Ich weiss jetzt nicht, ob Sie noch etwas haben, wo wir jetzt nicht angesprochen haben oder wo Sie als wichtig noch finden? #00:41:43-0#

B: Nein, das ist eigentlich soweit gut. Das überarbeiten Sie jetzt alles in irgendwie einen Text. #00:41:49-0#

I: Genau, ich transkribiere das jetzt und das Ziel ist, dass ich am Schluss, ich muss jetzt schauen, also ich sage zwischen dreissig und fünfzig Interviews. #00:41:59-0#

B: Ja. Und wie viele haben Sie schon? #00:42:01-0#

I: Jetzt habe ich etwa 18 oder 17. #00:42:03-0#

B: Gut, ja. #00:42:04-0#

I: Genau, also ich habe mich jetzt eben auf #00:42:09-0#

B: machen nichts und andere ertrinken in der Arbeit am Wochenende. Und das ist das, wo sie in den Köpfen haben, diese siebenmal 24 Stundenbetriebe. Dass man den nicht einfach gleich, also dass viel nicht funktioniert wie wenn man eine fünf Tage Woche hat. #00:42:26-0#

I: Genau, aber ist ja eigentlich eben das, wo Sie jetzt gesagt haben, wo man quasi, ja ich sage jetzt, also eben ein Orthopäde oder Schulter oder wie auch immer kann man nicht vergleichen wie eben jetzt Thorax- und Vizeralchirurgie oder Traumatologie. #00:42:44-0#

B: oder Frakturen und so, genau. Die halten sich an keinen Stundenplan, oder. Das ist halt einfach so. #00:42:50-0#

I: Ja, genau. #00:42:51-0#

B: Also ich bin sehr interessiert. Sie können mir gerne einmal Ihre Resultate und Ihren Text dann sonst schicken. #00:42:58-0#

I: Ja, sehr unbedingt, doch. Das ist schon das Ziel. Eben, es ist noch so ein bisschen in der Anfangsphase. #00:43:05-0#

B: (unv.) #00:43:06-0#

I: Also wie meinen Sie jetzt? #00:43:07-0#

B: Ja sie sagen diese Ruhezeit und all diese Regelungen, die seien richtig und die seien gut. Aber dass das dann natürlich oft mit der Weiterbildung, weil die Operationen lassen sich nun einmal nicht immer planen. Dass das dann hinderlich ist, das sehen sie dann nicht. #00:43:25-0#

I: Ja, genau. Aber müsste man denn jetzt in dem Fall zum Beispiel einfach sagen, ja, wie muss ich das jetzt nennen, wieder ein bisschen mehr Verantwortung halt ins Spital oder ins Departement gibt, ohne dass es dann halt wieder ausgenützt wird. #00:43:43-0#

B: Richtig. Das ist ja die Gratwanderung. Und das muss man fairerweise sagen, hat ja vorher auch nicht funktioniert. Damals in den 80er, 90er Jahre ist man ja auch nie darauf eingegangen, oder. Das hat ja eben nicht funktioniert. Und darum verstehe ich zum Teil die Überlegungen natürlich von den, quasi vom gewerkschaftlichen Teil auch. #00:44:08-0#

I: Aber ja, weil also, es ist jetzt auch, ich weiss ja nicht, ich bin nicht up to date aber es hat einmal geheissen, dass man eben sogar die fünfzig Stunden Woche reduziert auf 42, also einfach eine normale. #00:44:20-0#

B: Ja eben, also ich meine, dann wird es mit diesen gesamten Dings noch schwieriger. Gut wenn, eben wenn, oder die Spitalleitung sagt häufig ja fünfzig Stunden, plant auf 50 Stunden. Und das ist dann schwierig, weil jede Stunde darüber ist dann quasi Überzeit. Aber jetzt, das ist dann genau dieses Dilemma, wo Sie sagen, mit der ökonomischen Seite. Der Ökonom sagt, ja klar, wir planen diese fünfzig Stunden. Wir planen nicht auf Minus. Dass wir probieren, nur schon das ist schwierig, im Spital verständlich zu machen, dass es zur Planung und auch nachher am Schluss unter dem Strich einfacher ist, wenn man es quasi etwas unterplant. #00:44:58-0#

I: Also wenn man jetzt zum Beispiel jeden Tag nur neun Stunden plant, dass man quasi jeden Tag noch eine Stunde spatzig hat. #00:45:03-0#

B: Genau, richtig. Oder dass man dann nicht in diese 140er Zone hineinkommt, jedenfalls nicht schon nach sechs Monaten. #00:45:10-0#

I: Ja genau. #00:45:11-0#

B: Und das sind so diese Sachen. Aber ich glaube, das ist wie überall. Das ist immer das Austarieren und die verschiedenen Interessen unter einen Hut zu bekommen. #00:45:20-0#

I: Ja klar. Aber eben darum, ich hoffe, dass mit dieser Arbeit dann ein Beitrag geleistet werden kann oder dass man vielleicht einmal einen Überblick hat. #00:45:28-0#

B: Ja. Nein, ich glaube es ist nur schon die Erkenntnis, dass Chirurgie nicht gleich Medizin ist, also gesamtmedizinisch wird es wahrscheinlich schon helfen. #00:45:38-0#

I: Ja eben, manchmal sind es kleine Sachen, wo doch schon helfen. #00:45:44-0#

B: Genau. #00:45:45-0#

I: Hm (bejahend). #00:45:46-0#

B: Gut. #00:45:47-0#

I: Okay, also, vielen Dank noch einmal. #00:45:48-0#

B: Nichts zu danken. Und wenn Sie noch etwas brauchen, melden Sie sich per Mail am einfachsten. #00:45:52-0#

I: Ja, perfekt, mache ich gern. #00:45:54-0#

B: Gut. #00:45:55-0#

I: Okay, vielen Dank. #00:45:56-0#

B: Danke, adieu. #00:45:57-0#

I: Adieu Frau Müller, merci. #00:45:58-0#

B: Adieu, danke. #00:45:59-0#

## Interview 15

I: Ich würde das Interview eröffnen eigentlich mit der Frage, wie ein typischer Arbeitsalltag bei Ihnen aussieht. #00:00:13-6#

T: Jetzt aktuell? #00:00:14-8#

I: Genau. #00:00:15-5#

T: Ja, also/ (lacht) es fängt um sieben oder halb acht mit dem Morgenrapport an. Vorher/ ich/ also, ich komme mit dem Zug von Biel. Da habe ich schon anderthalb Stunden Zeit und lese mich dort am Laptop ein bisschen ein. Es kommt ein bisschen drauf an. Ich bin Oberärztin IV und da ist man so ein bisschen an verschiedenen Orten eingeteilt. Wenn ich IMC habe und (unv. #00:00:39-6#), dann lese ich mich einfach von den Patienten bei IMC ein. Und sonst kurz, was gerade im Ops ansteht, je nach dem, in welchem Team ich eingeteilt bin. Oder wenn Sprechstunde ist, einfach kurz die Patienten durchschauen. Und dann ist Rapport. Das geht eine halbe Stunde. Oder am Dienstag, wenn wir um sieben anfangen, geht das eine Stunde. Dann geht's quasi auf die Visite. Wenn das IMC ist, dann tue ich dort quasi die Patienten vorstellen, wenn dort die Oberärzte, die Leitenden und Chefs vorbeikommen. Und sonst laufe ich quasi mit meinem Team. Wenn jetzt ein (unv. #00:01:13-9#) ist, geht das etwa eine knappe Stunde, bis wir alle Patienten gesehen haben auf den Stationen und auf der IPs auf der IMC. Und dann/ (...) ist, wenn es auf der IMC weitergeht, dann arbeitet man dort/ ist man der Jour-Arzt (?), hat man das Telefon, dann arbeitet man quasi Verordnungen ab von der IMC, was auf der Visite besprochen worden ist. Und dann kommen die (unv. #00:01:35-9#) rein, kommen sehr, sehr viele Telefone. Und das geht eigentlich bis um halb fünf so weiter. Und um halb fünf gibt man dann das Telefon an den Assistenzarzt, der Spätdienst hat, ab und erledigt noch so ein bisschen Papierkram. Und meistens ist das so zwischen sechs und halb sieben fertig. #00:01:52-1#

I: Mhm (bejahend). #00:01:52-4#

T: Und wenn ich im Team bin, dann wird man in der Regel ein bisschen früher fertig/ macht halt Operation oder Sprechstunde und Sprechstundenberichte mache ich persönlich nachher quasi auch im Zug auf dem Heimweg oder dann von zuhause aus. Genau, das ist es etwa. (lacht) #00:02:08-7#

I: Okay. Sehr intensiv. Wo/ was sind so ein bisschen die Herausforderungen in Ihrem Alltag? #00:02:17-8#

T: Im Moment? Also/ vielleicht muss ich noch sagen, ich bin jetzt im sechsten Jahr der Chirurgie und habe vier Jahre als Assistenzärztin gearbeitet. Und nachher, letztes Jahr als Oberärztin. Und weil/ was ich/ was ich noch so schwierig fand jetzt, am USZ neu, ist auch so ein bisschen zu wissen: Was sind genau meine Aufgaben? Wenn ich Jour-Arzt (?) bin, ist das/ ist das eigentlich recht klar und dort ist mehr so die Herausforderung, zu entscheiden: Was entscheide ich selber und was bespreche ich weiter? (...) Und was bespreche ich mit wem? Wir sind auch so/ ich bin noch nie vorher in einer so grossen Klinik gewesen. Dann ist es auch so wie: Wer ist da jetzt meine Ansprechperson? Das ist auch ein bisschen/ (...) politisch korrekt zu bleiben ist (lacht) das manchmal auch noch. #00:03:06-3#

I: Genau. #00:03:07-2#

T: Und im Team ist es im Moment für mich noch so ein bisschen, wie meinen Platz zu finden. #00:03:12-5#

I: Okay? #00:03:13-2#

T: So wie/ ich bin nicht mehr der Stationsarzt wie als Assistenz und ich bin noch nicht Oberarzt, der selber Entscheidungen trifft. Und dann ist es jeweils/ dann finde ich, im Moment ist das noch so eine grosse Herausforderung. #00:03:24-3#

I: Okay. Also, das heisst, dass Sie von den Kompetenzen her/ also, die Kompetenzenfrage, dass Sie nicht nichts entscheiden (lacht) können in dem Sinn, aber auch nicht zu viel, weil man eben quasi muss von einem Kader-Arzt noch das Okay holen, dass das gut so ist, wie Sie entscheiden. #00:03:43-3#

T: Genau, genau. Ja. #00:03:44-9#

I: Okay. Sie sind ja eben im 50-Prozent-Pensum angestellt im Moment. #00:03:50-3#

T: Mhm (bejahend). #00:03:51-1#

I: Wie funktioniert das? #00:03:54-1#

T: Das ist/ also, es ist noch lustig. Wo mir/ Doktor Käser hat uns das quasi wie vorgeschlagen. Ich habe mich dort beworben, als ich noch kein Kind hatte. Und das war dann aber die erst/ eine Stelle erst für in zwei Jahren gewesen, also eben, für jetzt, ab 2020. Und da hat er sich nochmals gemeldet, wie das jetzt aussehe. Und ich sage dann einfach: Ich wohne noch weit weg, ich wohne in Biel und habe vorher jetzt ein Jahr 100 Prozent mit Kindern gearbeitet und fand, dass ich das eigentlich nicht sehe, noch mit so weit Pendeln. Und dann sagte er, das eigne sich noch gut, weil sie schon

seit 2016/ hat sich meine Stellenpartnerin schon beworben gehabt und einfach gesagt: Sie wolle einfach nur auch in einem Teilzeitpensum gehen. Und dann ist quasi sein Vorschlag gewesen, dass er zum Chef geht um zu fragen, ob das mal ein Versuch wäre als Job Sharing. Und die Bedingung war einfach: Wir decken zusammen eine Stelle ab. #00:04:45-9#

I: Mhm (bejahend). #00:04:46-2#

T: Da/ wir planen die Ferien zusammen. Also, wir sind nur zusammen weg oder sonst ersetzt sich der eine durch den anderen zu 100 Prozent in dieser Woche. #00:04:55-7#

I: Mhm (bejahend). #00:04:56-0#

T: Und am Anfang haben sie gesagt, wir sollen immer zwei Wochen arbeiten und dann zwei Wochen frei nehmen. Das wäre eigentlich für mich auch denkbar gewesen, ich hätte mich auch so organisieren können mit den Grosseltern, aber meine Stellenpartnerin nicht. Dann haben sie es auf eine Woche arbeiten, eine Woche frei/ zuerst das gesagt und sie sagte, sie brauche ein Kita-taugliches Modell, also quasi in Wochentage aufgeteilt. Und dann sind sie eigentlich ziemlich problemlos auf das eingegangen und jetzt machen wir das so, dass/ ich arbeite immer Montag, Dienstag. Sie arbeitet immer Donnerstag, Freitag. Und den Mittwoch arbeite ich in den ungeraden Wochen und sie in den geraden. #00:05:28-4#

I: Okay. #00:05:29-1#

T: Genau. Und/ (...) Wochenenddienst/ werden einfach wir quasi wie 100 Prozent geplant und wir teilen es uns nachher selber auf. #00:05:37-7#

I: Okay. #00:05:38-3#

T: Wer wann geht. Genau. #00:05:39-8#

I: Mhm (bejahend). #00:05:40-0#

T: Und das geht bis jetzt recht problemlos. Ich bin sehr positiv überrascht bis jetzt. #00:05:45-4#

I: Okay. Und warum denken Sie, dass das so problemlos funktioniert? #00:05:50-9#



T: Ich glaube/ also, man hat uns halt schon gesagt/ wir mussten nochmals speziell vom Chef vorher für ein Gespräch und dann hiess das noch ein bisschen: Das ist ein Versuch und wenn das nach drei Monaten nicht geht, (lacht) geht's dann nicht. Und/ (...) es/ man hat uns gesagt: Man darf nicht merken, dass wir zwei Personen sind. Und ich glaube, wir haben uns das recht zu Herzen genommen und wir probieren, uns das auch gut zu übergeben. Aber ich habe mehr Respekt gehabt vor der Akzeptanz als nötig, eigentlich. Also, es ist recht so/ viel/ (...) viele sind auch recht positiv überrascht, dass wir das jetzt einfach machen. Und ich habe bis jetzt noch nicht negative Rückmeldungen eigentlich bekommen. Aber es ist so, dass wir quasi immer am Dienstag oder am Mittwochabend, je nach dem, wann der Wechsel ist, telefonieren oder eine schriftliche Übergabe machen. Und eigentlich wäre das Ziel schon, dass die am nächsten Tag nicht merken, dass der vorher nicht da war. #00:06:46-2#

I: Ja. #00:06:46-6#

T: Dass er eigentlich auf dem Stand ist, was der andere auch erfahren und gewusst hat. Genau. #00:06:52-2#

I: Okay. Und/ (...) also, von/ funktioniert das auch? Also/ (...) weil man sagt ja ein bisschen, das ist immer so ein bisschen das grösste Problem in dem Sinn, oder/ ich sage jetzt/ ich glaube allgemein in der Medizin, aber vor allem vielleicht auch noch in der Chirurgie, dass man sagt: Die Übergaben, das ist immer das Problem, darum hat man wohl zuerst auch wochenweise machen wollen. #00:07:16-9#

T: Ja, ja, genau. #00:07:18-3#

I: Weil es/ weil es eine Allgemeinstationsübergabe und so weiter/ (...) das ist auch kein Problem? #00:07:25-1#

T: Also, bis jetzt ist es halt/ ich denke, vielleicht wäre es als Assistenzarzt fast schwieriger, weil man dann unter Umständen 12, 14 Patienten hat. Und auf der IMC ist es halt so, dass vier Patienten die/ erst einmal einen recht genauen Verlauf schreiben, sowieso schon/ (...) und wir haben dort so ein System, das haben wir aber schon so übernommen, wo jemand vorher in einem Word Dokument sozusagen Tagespläne geschrieben hat. Und dann aktualisiere ich jeweils, bevor ich da quasi ins Frei gehe und schicke ihr das dann. Und dann, zusammen mit dem Verlauf, scheint es mir/ auf der IMC haben wir sicher, würde ich sagen, eine/ das gut hingbracht. Und sonst ist es ja so, dass man sowieso eben mehr so ein bisschen wie mitläuft und gar nicht gross/ dann dem Team Auskunft gibt über den stationären Patienten, weil das ja mehr am Assistenzarzt seine Aufgabe ist. #00:08:15-9#

I: Ja. #00:08:16-5#

T: Also, ich denke, von dem her ist es eine Position, die vielleicht gar nicht so ungeeignet ist für das Job Sharing. Weil das eine ist so ein bisschen wie/ die IMC ist sehr überschaubar, ist gut zu übergeben. Und der Rest, (unv. #00:08:30-6#) und so tut man ja sowieso pro Tag quasi abarbeiten. (...) Und ja, die Stationsübergabe, denke ich, wäre vielleicht ein bisschen komplizierter mit all dem, was man mit dem Patienten auf der Visite bespricht und abmacht und/ ja, ich schaue morgen für die Reha und so. (...) Das schätze ich jetzt so ein, dass das ein bisschen schwieriger wäre. #00:08:50-9#

I: Okay. #00:08:51-6#

T: Das wirklich so ganz detailliert zu machen. Aber ich würde sagen/ das müsste aber vielleicht auch fast jemand von aussen sagen. Bis jetzt haben wir auf jeden Fall keinen/ also, wir sind seit Januar dort und haben bis jetzt keine negative Rückmeldung bekommen, dass man den Eindruck habe, das klappe nicht. #00:09:04-9#

I: Ja. #00:09:05-3#

T: Aber das ist manchmal noch schwierig zu sagen von einem/ (...) ja, selber. (lacht) #00:09:10-0#

I: Ja, klar. Ja. #00:09:11-1#

T: Mhm (bejahend). #00:09:11-7#

I: Sie haben jetzt gesagt/ eben, die Rolle/ also, als Oberärztin IV sind Sie ja/ eben, ich sage mal zwischen Oberarzt und Assistenzarzt. #00:09:23-6#

T: Ja, genau. #00:09:25-0#

I: Darum funktioniert das, weil man die typischen Assistenzarzaufgaben wie eine Stationsführung nicht übernehmen muss. #00:09:31-1#

T: Mhm (bejahend). #00:09:31-9#

I: Eben, jetzt eher so Ihr Profil/ also, so tönt das/ dass Sie eher die Station auf der IMC in dem Sinn betreuen müssen. #00:09:40-3#

T: Genau, ja. #00:09:41-3#

I: Wie sieht es denn aus mit/ mit Facharzt oder mit (...) Operationen? #00:09:51-4#

T: Jetzt allgemein oder weil wir Teilzeit arbeiten? Oder? #00:09:55-0#

I: Also, worauf ich eigentlich heraus will, ist ja/ es ist immer so, dass man den Operationskatalog füllen kann. Und wenn man jetzt natürlich nur noch zur Hälfte da ist, geht es ja länger. #00:10:06-9#

T: Ja, genau. Meine Stellenpartnerin, die hat den Facharzt. Die ist ziemlich erfahrener als ich. Und die ist in die Richtung sowieso noch entspannter als ich. Ich habe ihn nicht, aber den Katalog auch voll. Und darum? Ja, ist es für mich auch ein bisschen so wie/ ich habe mir so das Jahr auch/ (...) noch ausgesucht und gesagt: Ich mache das jetzt noch, weil ich weiss, ich strebe später keine universitäre Karriere an. Und das ist, glaube ich, so ein bisschen der letzte Moment, wo ich mich dort noch ein bisschen rein schicken kann. Und das Gute ist: Ich habe vorher ein Jahr 100 Prozent auch als Oberärztin IV in Olten gearbeitet und dort zum Glück den Katalog gefüllt, weil mir auch ein bisschen bewusst war, dass das mit Teilzeit und an der Uni schwierig wird. (...) Und darum haben wir beide nicht sehr hohe Erwartungen, glaube ich, an das Jahr, im Bezug auf selber/ selber Operationen machen. Ja. #00:10:56-4#

I: Ja. #00:10:56-8#

T: Genau. #00:10:57-4#

I: Ist das/ (...) also, ich sage, ist das/ ist das eine Befristung? #00:11:03-9#

T: Ja, es ist befristet. Grundsätzlich ist es so: Oberarzt IV hat immer einen Jahresvertrag, der auf maximal einen Zweijahresvertrag ausgedehnt werden könnte. Bei uns hat man eigentlich am Anfang gesagt, weil wir 50 Prozent sind, bekommen wir einen Zweijahresvertrag. Aber das war noch für alle so exotisch, dass es am Schluss nicht geklappt hat. Also, wir haben jetzt auch einfach einen Jahresvertrag. #00:11:26-3#

I: Aber dann ist quasi das Ziel, dass Sie jetzt zwei Jahre das machen? Also/ oder kann man das/ #00:11:32-1#

T: (lacht) Also, (unv. #00:11:33-0#) weiss ich noch nicht. #00:11:35-0#

I: Okay. #00:11:35-6#

T: Bis jetzt ist es noch nicht zur Diskussion gekommen. Am Anfang ist es, glaube ich, für meine Stellenpartnerin mehr so ein bisschen gewesen, sie sehe gar nicht, das für

zwei Jahre zu machen. (...) Mehr auch/ ich glaube, wir haben beide so ein bisschen Mühe gehabt damit, die Position zu finden. Und das ist vielleicht auch erschwerend dadurch, dass wir noch weniger dort sind, dadurch, dass wir sowieso ein bisschen zwischen Stuhl und Bank sind als Oberarzt IV und dann nur die Hälfte der Woche da/ (...) ja, da haben wir, glaube ich, beide so ein bisschen/ ja, wie soll ich dem sagen? (lacht) Nicht so recht gewusst, wo wir hingehören. Und darum ist es vielleicht auch gut, wenn das nur ein Jahr so ist. Da wissen wir, glaube ich, beide noch nicht so richtig. #00:12:17-3#

I: Okay. Und das heisst aber im Umkehrschluss, dass Sie jetzt/ wenn das zu persönlich wird, müssen Sie das sagen, aber wenn Sie jetzt im Moment das Kind haben und jetzt ein Jahr voll da sein wollen und darum 50 Prozent arbeiten und nachher wieder wechseln auf 100 oder auf 80, um zu/ #00:12:37-0#

T: Nein, nein. Aber ich glaube mehr/ also, für mich ist es halt/ (...) eben, es ist sehr aufwändig auch mit dem langen Weg. #00:12:44-7#

I: Mhm (bejahend). #00:12:45-0#

T: Und dann/ ich habe letztes Jahr 100 Prozent gearbeitet und dort zuerst gedacht, dass das gut so geht. Und jetzt genieße ich es schon sehr, dass es nicht 100 ist. Ich habe aber den Eindruck, dass 50 eher auch ein bisschen wenig ist. Ganz ehrlich, ich suche/ längerfristig sehe ich mich in einem kleineren Haus, so zwischen 60 und 80 Prozent wäre mein Traumpensum, weil ich glaube und es auch schon viel sah, dass das in kleineren Häusern auch gut machbar ist. Also, in Olten waren wir sechs Oberärzte. Vier hatten Kinder. Und die haben einfach jeweils 80 Prozent gearbeitet. #00:13:21-8#

I: Okay. #00:13:22-4#

T: Und ich habe dort auch schon/ haben wir auch schon diskutiert und weil ich auch gesagt habe, ich sehe längerfristig 100 nicht/ dort hätte ich auch die Option, im Teilzeit zurückzukommen. Ja. (...) Und ich glaube einfach so wie/ (...) wenn man ja an der Uni wirklich Karriere machen will, reichen die 50 Prozent nicht. Dessen sind wir uns bewusst. Ich glaube, die Zeit ist noch nicht da. Ich weiss nicht, ob das einmal kommt, aber ich glaube wie: Ja, dann muss man mehr präsent sein. Und ich glaube, das ist auch okay so. Aber an einem kleineren Haus, Teilzeit und dort eine gute Arbeit zu liefern? Das wäre so ein bisschen mein Ziel. #00:13:56-2#

I: Okay. #00:13:57-3#

T: Und jetzt, die Chance habe ich auch gepackt. Weil ich glaube, dass es für ein/ ich weiss nicht, allgemein, für eine ärztliche Karriere/ oder auf der Chirurgie sicher gut

ist, mal so in ein ganz Grosses zu gehen, damit man auch ein bisschen weiss, wo man die Leute hinschickt, wenn man selber nicht mehr weiter kommt. #00:14:13-6#

I: Ja, ja. #00:14:14-2#

T: Und das habe ich jetzt so ein bisschen als Chance gesehen. Ich habe jetzt wie gedacht, wo ich dann Kinder hatte: Ja, das war es jetzt. Und das wäre für mich auch nicht so schlimm gesehen. Aber dadurch, dass ich jetzt die Chance mit dieser Teilzeit-Stelle bekam, dachte ich: Ja, dann nehme ich es so, wie ich es bekomme. Und dann ist das mit dieser 50 Prozent das so gewesen. Ja. #00:14:31-5#

I: Okay. Sie haben gerade vorher noch eine interessante Bemerkung gemacht. Sie haben das Kind bekommen. Und das ist es dann gewesen. Also/ #00:14:39-6#

T: Ja. (lacht) #00:14:40-4#

I: Im Sinne von Karriere in der Chirurgie? #00:14:44-4#

T: Auf jeden Fall sicher von der Uni. #00:14:47-0#

I: Von der Uni. Okay. #00:14:48-8#

T: Aber das habe ich auch vorher nie als Ziel gehabt in dem Sinn. #00:14:52-9#

I: Ja, okay. #00:14:53-8#

T: Aber eben, wie/ vorher war ich bei Doktor Käser dort am Schnuppern, es hat mir super gefallen an dem Tag. #00:14:58-4#

I: Ja. #00:14:59-0#

T: Und ich habe wie gedacht: Das wäre schon cool, dort mal noch rein zu sehen, auch nicht für eine grosse Karriere dort, aber einfach sicher mal ein Jahr dort rein zu sehen. Und ich dachte dann schon: Ja, wenn er mich wieder anruft und irgendwie/ ich ihm sage, ich habe eine Familie? Dann könnte ich wählen zwischen 100 oder nicht. Und ich war dann sehr positiv überrascht über die Option, ja. #00:15:19-1#

I: Okay. #00:15:20-0#

T: Mhm (bejahend). #00:15:20-5#

I: Denken Sie, dass das noch kommt? #00:15:24-4#

T: Dass es kommt? Die Teilzeitarbeit? #00:15:28-5#

I: Ja, oder einfach/ eben, es ist ja im Moment so ein bisschen vielleicht das Vorurteil auch, dass man sagt: Eben, Karriere oder Familie. Oder dass/ dass Leute, die/ die mit Familie/ oder ich sage jetzt Frauen jetzt vielleicht weniger Chancen haben. Also, was haben Sie das Gefühl? Ist das so oder ist das nicht so? #00:15:48-5#

T: Ich denke, das ist im Moment noch ein bisschen so. Aber ich denke auch, dass es mehr kommt, dass man auch die Chancen bekommt, beides zu machen. (...) Ich glaube einfach, vielleicht ist es noch so/ ich glaube, wir sind jetzt in einer Übergangsphase, wo wir auch schon eine gute Position und viele Möglichkeiten haben, als beides/ aber ich habe es jetzt selber gemerkt: Seit ich auch ein Kind habe, dass man vielleicht schon ein bisschen den/ den beruflichen Ehrgeiz ein bisschen/ vielleicht nicht verliert, aber dass sich einfach wie der Schwerpunkt ein bisschen ändert. Und ich glaube, bei vielen ist es dann auch so, dass die Frauen wie selber auch entscheiden, sie wollen gar nicht mehr all die Opfer erbringen für die Karriere. #00:16:29-6#

I: Okay. #00:16:30-2#

T: Und das, glaube ich/ (lacht) vielleicht ist das blöd, aber ich habe das Gefühl: Das ist einfach ein Unterschied zwischen Mann und Frau und das ist vielleicht auch gut so. (lacht) #00:16:40-6#

I: Okay, also dass/ #00:16:41-1#

T: Dass das auch ein eigener Entscheid ist. #00:16:43-6#

I: Ja. #00:16:44-3#

T: Weil ich denke, es gäbe auch Männer und Väter, die sagen würde: Meine Frau will die Karriere machen und wenn sie die Voraussetzungen hat/ (...) mein Mann wäre es jetzt vielleicht nicht unbedingt gewesen, aber das war auch nicht der Plan. Aber/ (...) das sieht man ja schon, auch sogar in der Chirurgie, also am Inselspital weiss ich von zweien, wo der Mann einfach daheim ist, drei Kinder, und sie ist in einer leitenden Position. Ja. #00:17:08-1#

I: Ja. (...) Aber das/ also, so/ verstehe ich das richtig, dass Sie aber nicht das Gefühl haben, dass das vom Arbeitgeber, also sei das zum Beispiel vom USZ oder vom Chef/ ich weiss nicht, was da wichtiger ist/ (...) dass die Möglichkeiten nicht gegeben werden? #00:17:26-8#

T: Nein, ich denke es nicht. Was mich hier in Zürich jetzt recht erstaunt hat, ist: Am Anfang ist es etwas mega Grosses wie/ an jedem Rapport wurden wir vorgestellt als die, die jetzt da Teilzeit arbeiten. Und dass das so ein bisschen pionierhaft gewirkt hat. Das hat mich schon ein bisschen erstaunt. Weil eben, ich war vorher in Biel und Olten und dort haben viele, auch Ober/ also, Assistenten nicht, aber Oberärzte haben schon viele Teilzeit gearbeitet auf der Chirurgie und (unv. #00:17:52-5#). Und ja, darum ist das für mich nicht mehr etwas weiss nicht wie Spezielles gewesen. Und das habe ich jetzt am USZ schon noch so empfunden, also, dass sie so meinen/ (lacht) also, das ist vielleicht ein bisschen (unv. #00:18:04-1#) aber ja, das sei jetzt etwas super Spezielles. #00:18:08-8#

I: Okay. #00:18:09-4#

T: Aber grundsätzlich eben ist das dann recht reibungslos gegangen. Ja, es ist jetzt ja nicht so, dass wir uns dann aktiv um die Stelle tun mussten, nachher so/ wir haben uns beide beworben und dann hat er gesagt: Wenn wir bereit seien, das zu zweit zu machen, dann dürfen wir das haben. Und das ist recht einfach gegangen. Und darüber bin ich recht positiv überrascht gewesen. #00:18:29-6#

I: Okay. #00:18:30-5#

T: Mhm (bejahend). #00:18:30-8#

I: Was/ also, was sind denn so ein bisschen die Gründe, dass das so/ ist das einfach, weil man es noch nicht gemacht hat? Oder gibt's da andere Motive oder Gründe? #00:18:44-5#

T: Ich glaube schon, wenn man das noch nie gemacht hat. Und/ (...) ich/ (...) ich kann es nicht so einschätzen. Ich denke, so ein bisschen der universitäre Chirurg hat vielleicht schon das Gefühl, man kann nicht beides gut machen. Ich glaube, das ist schon noch ein bisschen in den Köpfen. Wie: Entweder man hat eine Familie oder man gibt Gas in der Chirurgie. #00:19:06-2#

I: Ja. #00:19:06-6#

T: Da habe ich schon noch ein bisschen das Gefühl, dass das noch drin ist. Und dass das auch viel bis jetzt/ also ja, das Team besteht auch aus Leute, die das so gemacht haben. Das ist klar. Ja. #00:19:17-4#

I: Ja. (...) Haben Sie denn das Gefühl, dass Ihre Ausbildung gesamthaft jetzt aber da-  
runter leidet, wenn Sie nur in Teilzeit sind? #00:19:26-6#

T: Ja, das schon. (...) Das schon. Ich bin wirklich/ also, es ist auch nicht so/ oder?  
Wenn ich dann daheim bin, ist es auch nicht so, dass ich/ ich hätte jetzt noch die  
Facharztprüfung eigentlich im Mai machen sollen, die ist dank Corona abgesagt,  
aber ich habe auch gemerkt: Das wäre auch mit 50 Prozent gar nicht besser gewe-  
sen als mit 100, weil die Tage, wo ich nicht dort bin/ (...) da mache ich halt praktisch  
nichts für die Chirurgie. Ja. #00:19:50-8#

I: Ja. (...) Wie könnte man das/ #00:19:54-1#

T: Das ist schon so. Also, ich denke nicht, dass das, was ich bisher gelernt habe, ge-  
rade sehr zurück geht, aber dass ich sicher weniger schnell vorwärts komme, als je-  
mand, der 100 Prozent arbeitet. Ja. #00:20:06-4#

I: Okay. Das heisst, dass so Modelle Ihrer Meinung nach auch eher im höheren oder  
im fortgeschrittenen Ausbildungsstand/ es geht/ oder gehen so Modelle auch bei den  
Assistenten? #00:20:20-7#

T: Ich denke, für die Chirurgie? Also, wenn ich jetzt jemand fragen würde, wenn ich/  
also, ich persönlich hätte jetzt nicht mir vorstellen können, schon in der Assistenzzeit  
Teilzeit/ (...) ja, ich denke, für die Chirurgie ist es schon gut, wenn man am Anfang  
ein bisschen/ ja, auf jeden Fall gerade, wenn man etwas im Ops machen darf und  
dann auch ein bisschen dazu kommt. #00:20:44-3#

I: Ja. #00:20:44-9#

T: Ja. Auf der Medizin? Da scheint es mir ein bisschen etwas anderes. Weil vielleicht/  
vielleicht sieht man halt ein paar Patienten weniger, aber es ist halt/ ja, ich glaube/  
was mir scheint/ was mir in dem Jahr, im letzten Jahr, 100 Prozent, wo ich auch mal  
so ein bisschen Verantwortung übernehmen konnte, habe ich einfach selber viel ge-  
macht und das ist mit Abstand das lehrreichste Jahr gewesen. Und wenn ich mir jetzt  
vorstellen, da wäre ich nur zur Hälfte gewesen und ich hätte nur die Hälfte dieser  
Fälle gesehen und selber Sachen entschieden? Das wäre/ das wäre schon/ (...) ja,  
das wäre schwieriger gewesen. Darum weiss ich nicht. Ich glaube, so wie Assistenz-  
zeit und vielleicht auch mal noch ein Jahr oder zwei, auch an IV, wo man hochpro-  
zentig, ich denke, 80 Prozent wär auch gut/ (...) das würde, denke ich, auch reichen.  
Aber jetzt so 50? Man ist schon wenig dort. Wenn man nur zwei oder drei Mal in der  
Woche dort ist? Das ist schon wenig. #00:21:40-2#



I: Okay. Und ist dann das, weil man/ also, ich sage jetzt einfach, weil man einfach nicht da ist, wenn die Sachen passieren? Oder ich sage jetzt von der Struktur oder von der Organisation von der Klinik? #00:21:54-5#

T: Also, vieles ist/ ich glaube, die Chirurgie (unv. #00:22:00-3#) in der Schweiz ist ja/ man/ (...) man ist ja sowieso recht viele Leute für viele administrative Sachen und so ein bisschen das Handwerk zu lernen? Ja, ist man ja/ (...) ein bisschen viel Leute pro Operation oder so, würde ich jetzt mal sagen. Es ist jetzt ja nicht so, dass ich als Assistenz oder junger Oberarzt jetzt alles mit operieren kann oder so, weil man einfach relativ viele Leute ist und auch sehr, sehr viel Administratives und so machen muss. Und ich denke, dann dünnt sich das einfach noch mehr aus, einfach/ wie das Kerngeschäft, da kommt man noch weniger dazu, als man sonst dazu kommt. #00:22:35-5#

I: Ja. #00:22:36-6#

T: Und darum glaube ich, auf der Medizin ist es ein bisschen weniger schlimm, weil man auch in einer halben Woche die Visite und den Patienten untersuchen und dann Anamnese machen/ (...) ich glaube, wie/ das macht man ja sowieso wie jeden Tag. Und wenn man das vielleicht drei Tage statt fünf in der Woche macht, ist das etwas anderes, als wenn man vielleicht in zwei Wochen einen Blinddarm sieht oder dann in einem Monat eben gar keinen. (...) Ja, wissen Sie, was ich meine, oder ist das schlecht erklärt? (lacht) #00:23:04-1#

I: Doch, doch. Ich weiss schon. Ich muss das teilweise fragen im Rahmen vom Interview. #00:23:11-5#

T: Ja, ja. Sicher. #00:23:12-6#

I: Genau. (...) Was sind denn/ oder ich muss anders sagen: Würden denn/ vielleicht haben Sie das auch schon gehört, es gibt ja klinischen Fachspezialist, Schnittstellenfunktionen. Physician Assistant ist so ein Wort. Würde denn so etwas auch helfen, um/ ich sage jetzt: Flexiblere Arbeitsmodelle umzusetzen/ (...) weil Sie haben jetzt wie gesagt, es sollte/ der administrative Zustand hat zugenommen. #00:23:38-5#

T: Mhm (bejahend). #00:23:38-8#

I: Damit man den wieder ein bisschen reduzieren kann, damit dann halt die Ärzte, vor allem in der Chirurgie, oder die Assistenzärzte halt wirklich zu den Operationen kommen, die sie brauchen? #00:23:48-0#

T: Ja, das denke ich schon. Ich denke einfach, dass das Verhältnis im Moment/ (...) ja, nicht super stimmt. So dass nachher/ also, ich habe das einfach nachher in dem

Jahr, wo ich einfach musste, gemerkt. (...) Ja, dass einfach/ wenn man dann plötzlich dort steht, hat man das halt doch noch nicht so oft gemacht, obwohl man schon sehr viel Zeit in das Ganze investiert hat. Ich habe die ersten vier Jahre wirklich viel gearbeitet und so. Aber eben, es war viel Administratives. Ich denke schon, dass das helfen würde. #00:24:28-9#

I: Dass man einfach die Ausbildung wieder mehr weg vom Administrativen bringen müsste? Eine Art so? #00:24:36-7#

T: Ja. Es würde es sicher auch attraktiver machen. Ja. #00:24:41-1#

I: Okay. #00:24:42-0#

T: Mhm (bejahend). #00:24:42-5#

I: Wie ist denn so/ ich sage es, mal grundsätzlich die Work Life Balance? Wie empfinden Sie die? #00:24:51-2#

T: Die ist jetzt sehr gut. (lacht) Aber/ es ist/ es ist schon auf Kosten der Chirurgie im Moment. (...) Es ist eigentlich so, ich bin jetzt/ habe jetzt die zwei unterschiedlichen Jahre, seit ich jetzt Kinder habe, gesehen. Und letztes Jahr ist viel Arbeiten, wenig Zeit daheim gewesen. Und eigentlich ein konstant schlechtes Gewissen. Und jetzt ist es/ (...) jetzt würde das stimmen mit der Zeit daheim. Jetzt ist so ein bisschen ein schlechtes Gewissen, dass ich ein bisschen zu wenig für die Chirurgie machen kann. #00:25:23-7#

I: Kann/ also, ja/ (...) muss man da/ also, würden Sie das gerne ändern, ich sage jetzt, wenn man wünschen könnte? Wie würden Sie es denn wieder ändern? Vielleicht muss man das so/ #00:25:38-4#

T: Wenn ich wünschen könnte, dann würde ich so zwischen 60 oder 70 Prozent arbeiten. Ich denke, wenn man so drei oder vier Tage in der Woche dort ist, ist man genug präsent, damit man nicht gerade vergessen geht. Wobei das/ ich das im USZ eher als positiv erlebe. Es ist mir mal aufgefallen, im Februar wollte meine Stellenpartnerin eine Woche lang Skifahren und dann habe ich eine Woche voll gearbeitet. Und an einem Donnerstag, wo ich dann sonst nie da bin, haben mir irgendwie zwei Leute gesagt: Ah, jetzt bist du da/ (...) wo ich gedacht habe: Ja, die realisieren einem sogar. Da war ich sogar noch positiv überrascht. Ich hatte immer so das Gefühl: Wir, die sowieso wenig da sind und auch von der Position her so ein bisschen nirgends richtig hingehören, dass man das vielleicht gar nicht so wahrnimmt. (...) Ja, und ich denke, das wäre so mit einem Pensum von drei bis vier Tagen in der Woche schon viel besser. Und das würde mir auch reichen daheim. (...) So drei oder vier Tage daheim sein und drei oder vier arbeiten, das wäre so mein Traumpensum. #00:26:36-1#

I: Ja. Haben Sie denn das Gefühl, dass das auch umsetzbar ist? #00:26:40-8#

T: Ja, da am USZ oder auf der (unv. #00:26:42-2#) am USZ im Moment, glaube ich, noch nicht. Ich glaube, da müssen wir jetzt so ein bisschen beweisen, dass immerhin das zusammen 100 Prozent mal funktioniert, zu zweit. Aber sonst? Doch, in der Peripherie schon. #00:26:58-5#

I: Okay. Und warum funktioniert das dort und am USZ nicht? #00:27:02-8#

T: Vielleicht kam man einfach ein bisschen später rein. Ich kenne nur Biel und Olten, aber dort ist es wirklich schon/ also, ich habe 2012 Start gemacht und seit ich dort gearbeitet habe, hat mindestens eine Person immer schon Teilzeit gearbeitet. Und wir sind jetzt halt erst da, wo wir die ersten sind. (...) Ja. Ich glaube, es braucht vielleicht noch ein paar Jahre mehr. Und man ist halt schon ein bisschen/ ich denke, es ist ja auch nicht falsch. Die Uni ist ja ein bisschen der zielstrebigere Ort, wo man wirklich auch die grossen Karrieren, sage ich jetzt mal, anstrebt. Und auch nicht unbedingt die Leute dort sind, die das suchen. #00:27:39-4#

I: Also, weniger zu arbeiten? So? #00:27:42-0#

T: Weniger zu arbeiten. Genau. Weil/ (...) die sich halt entscheiden für die Chirurgie und dort Vollgas geben wollen, was meiner Meinung nach schon noch nicht möglich ist, wenn man daneben auch noch für eine Familie schauen will. Also, ich glaube wie: Das gibt's einfach nicht, 200 Prozent. Das muss man sich schon ehrlich eingestehen. Entweder gibt man die Betreuung mehr ab und entscheidet sich dafür, mehr zu arbeiten. Oder umgekehrt. #00:28:09-1#

I: Okay. Und eben, Sie haben es vorher gesagt. Denken Sie, dass es vor allem vom Chef abhängig ist, ob so etwas geht oder nicht? #00:28:17-0#

T: Ja, das glaube ich schon. #00:28:19-4#

I: Oder ist das auch die Struktur? Ich sage jetzt zum Beispiel Kita-Möglichkeiten oder so Sachen? Oder dass das nur vom Chef abhängt? #00:28:28-1#

T: Ich glaube so ein bisschen beides, aber ich denke: Mittlerweile hat man eigentlich überall die Möglichkeit, sich so zu organisieren, dass es/ wenn man die Möglichkeit bekommt, vom Job her, vom Chef her eben/ dass man sich/ ich glaube, unterdessen geht das. Mit Kitas und so. #00:28:47-8#

I: Okay, also, dass wirklich/ dass das wirklich chefabhängig ist? #00:28:54-3#

T: Doch, doch. Ich würde das schon sagen. Das ist vielleicht noch schwierig für mich zu sagen, weil wir haben auch Grosseltern in der Nähe. Meine Stellenpartnerin nicht. Dort ist es dann schon so, wenn die mal nicht in die Kita können, ist das schon schwieriger. Vielleicht ist es, würde ich sagen, 90 Prozent Chef und 10 Prozent noch ein bisschen, wie die Umstände sind. #00:29:12-0#

I: Okay. #00:29:12-7#

T: Wie man ein Kind betreuen kann und so. Ja. #00:29:15-8#

I: Dann/ vielleicht noch/ eben, das Ganze/ also, wären Sie jetzt auch bereit/ wenn Sie ja eben in einem 50-Prozent-Pensum arbeiten können, ist das wie auch eine gewisse Flexibilität, die man bekommt. Man hat natürlich auch nur den Lohn von 50 Prozent. #00:29:36-1#

T: Mhm (bejahend). #00:29:36-5#

I: Ist das/ ist das ein Thema bei Ihnen? Also, dass man/ dass man bereit ist, das einzugehen? (...) Ich sage jetzt auch/ (...) die Flexibilität/ also, dass man weniger Lohn möchte, dafür mehr Flexibilität bekommt? #00:29:52-6#

T: Ja, ich glaube schon. Also, gerade nach dem Jahr letztes Jahr, wo/ habe ich wirklich so gemerkt: Es stimmt für mich nicht. Und das ist es mir Wert, wenn ich/ weniger zu verdienen und dafür mehr Flexibilität zu haben. Ich glaube schon. #00:30:08-2#

I: Mhm (bejahend). #00:30:09-7#

T: Ja. Und was ich wirklich/ also, bezüglich der Flexibilität, was ich wirklich am USZ sehr schätze, ist dass die wirklich uns eigentlich schlussendlich freie Hand lassen, wie wir unsere Präsenz abdecken. Also eben, es würde niemand etwas sagen, wenn ich jetzt zwei Wochen am Stück kommen würde, wenn sie dann frei haben will und umgekehrt. Und/ da bin ich/ das finde ich wirklich/ das macht natürlich im Vergleich zu jemandem, der Vollzeit arbeitet/ wir könnten quasi von Woche zu Woche entscheiden, wer wann geht. Und da sagt niemand etwas. Und das gibt einem sehr viel Flexibilität. Zum Beispiel: Ihre Kinder waren einmal krank. Und dann habe ich gesagt: Meine kann morgen noch in die Kita, dann gehe ich den Tag arbeiten. Ja. #00:30:53-1#

I: Ja. (...) Hat denn jetzt/ eben so, ich sage jetzt Karriere- und Familienplanung/ inwiefern hat das Ganze eine Rolle gespielt? #00:31:05-3#

T: Ich glaube, ich habe schon immer gewusst, dass ich nicht die/ also, dass ich nie Chefärztin werden will. Und ich habe schon immer gewusst, dass ich gerne eine Familie hätte. Und ich habe mich erst eigentlich für die innere Medizin entschieden, auch, glaube ich, aus dem Grund. Ich habe ein Jahr Chirurgie gemacht und eigentlich gedacht, ich wechsle dann auf die Innere, weil das alles ein bisschen einfacher unter einen Hut zu bringen ist, vielleicht auch einmal mit Praxis oder wenigstens sicher mit Teilzeit. Und dann hat es mir einfach in der Chirurgie so den Ärmel reingezogen, dass ich dachte/ oder auch, dass dann/ ich habe das auch schon mit meinem Mann besprochen, dass wir beide so ein bisschen finden: Wenn wir nicht so genau wissen, was es dann mit Familienplanung wirklich mal gibt/ dass es schade wäre, auf die Wunschkarriere quasi zu verzichten. Und dann habe ich mit der Chirurgie weitergefahren und Freude dran behalten und dann haben wir aber gleichzeitig auch gefunden: Wir hätten doch gerne noch eine Familie. Und wir haben einfach ein bisschen gefunden: Jetzt lassen wir es wie drauf ankommen. Und irgendwie wird es dann schon gut. Aber was ich sicher gewusst habe und/ ich hätte es, glaube ich, nicht so gemacht, wenn ich gewusst hätte: Ich will jetzt die grosse chirurgische Karriere anstreben. Dann wäre ich, glaube ich, nicht genug mutig gewesen, nach vier Jahren Assistenz dann eine Familie zu planen. #00:32:14-3#

I: Also, dass Sie es dann nach hinten verschoben hätten? #00:32:19-1#

T: Ja, dann hätte ich gefunden: Ich brauche zuerst den Facharzt zusammen und das Zeug/ ein bisschen ein CV, der/ (...) ja, meins ist schon ein bisschen mit Unterbrüchen. Nach den vier Jahren Assistenz war ich dann schwanger und dann habe ich einfach bis quasi zur Geburt noch ausgeholfen auf der Gyni in Biel, weil die dort Leute brauchten. Und ich fand: Ja, ich kann noch gut arbeiten. (lacht) Sonst fällt mir die Decke auf den Kopf. Und ich habe eben auch das Jahr Innere zuerst gemacht, weil ich dachte, das wäre ein bisschen einfacher. Ja, und ich glaube, ich war mir schon immer bewusst und bin immer noch zufrieden mit der Entscheidung, dass ich nicht die grosse/ (...) ja, Chefkarriere jetzt anstrebe, sondern einfach mal einen guten Job machen möchte. #00:33:00-5#

I: Ja, ja. Ich sage, es ist auch nicht/ also, jetzt auch Chefärztin/ es ist ja/ auch wenn man das will/ #00:33:05-7#

T: Es ist auch nicht das einzige, ja. #00:33:08-0#

I: Genau/ (...) das, okay. #00:33:09-9#

T: Mhm (bejahend). #00:33:10-3#

I: Wie ist es denn? Eben, Sie haben jetzt gesagt mit Ihrem Mann/ glauben Sie denn, dass es in einer Familie auch geht, dass beide Karriere machen? #00:33:18-1#

T: Ja, also/ eben, dann/ dann kommt es ein bisschen drauf an, was man unter Karriere versteht. Ich denke, wenn ich jetzt wirklich/ eben, so/ ich sehe einfach so, wie unsere Oberärzte jetzt (unv. #00:33:33-1#) oder dann die Leitenden arbeiten. Ich denke, wenn ich bis dort ginge, wäre es schwierig mit einem Mann, der auch Anspruch hat, über/ ich sage mal über die Kita-Zeiten heraus zu arbeiten. #00:33:45-2#

I: Ja. #00:33:45-7#

T: Und wenn das jetzt so ist, wie ich meinen Mann/ wenn ich später mal sage: Mein Ziel wäre eine leitende Position in einem Kantonsspital, so die Grösse/ (...) ich glaube, dann geht das. Wenn ein Mann auch noch/ (...) auch noch seine (...) (lacht) beruflichen/ ja, Ziele verfolgt? #00:34:05-3#

I: Ja. #00:34:06-1#

T: Aber das sind natürlich schon so/ also, bei uns ist es jetzt quasi so geregelt: Mein Mann ist Architekt und an den Tagen, wo ich arbeite, ist klar, dass er das Holen und Bringen von der Kita oder zu den Grosseltern übernimmt. Und ich einfach den Rest. Und letztes Jahr war das einfach so, dass er das quasi immer machen musste, und unsere Kita schliesst um halb sechs. Also, das hat schon auch ein bisschen auf seine Karriere gedrückt. #00:34:31-7#

I: Ja, ja. #00:34:32-4#

T: Ich denke, das ist schwierig. (lacht) #00:34:34-6#

I: Okay. #00:34:35-2#

T: Ausser man ist bereit, die Kinderbetreuung quasi ganz abzugeben mit Nanny und/ #00:34:40-5#

I: Ja. #00:34:41-0#

T: Dann schon. Ja. #00:34:42-1#

I: Aber/ also, dann ist es quasi einfach/ aus Verzicht auf Familie? Also, Familienzeit auf eine Art und Weise? #00:34:50-6#

T: Ja, ja. Das denke ich. #00:34:53-9#

I: Okay. Wie sieht es denn so ein bisschen aus/ eben, wir haben es vorher schon kurz gehabt mit diesen/ so Forschungstätigkeiten, sage ich jetzt mal/ ist das ein Thema bei Ihnen? Oder ist das/ (...) kein Thema? #00:35:08-0#

T: Nein, eher nicht. Eher nicht. #00:35:09-8#

I: Ja. #00:35:11-3#

T: Obwohl das eigentlich eine gute/ eine/ (...) ja, fast der praktischere Teil wäre, oder? Den man so ein bisschen besser planen kann. #00:35:22-3#

I: Ja. #00:35:22-9#

T: Mhm (bejahend). #00:35:24-7#

I: Und Sie haben vorher auch gesagt: Kantonsspital. Diese Grösse ist auch nicht gerade mal klein, sage ich mal. Was ist denn so der Unterschied zu einem Universitäts-spital? Warum muss man da auch so viel Präsenzzeit haben? #00:35:40-1#

T: Ich weiss nicht, ob das mehr noch in den Köpfen ist. Vielleicht denke ich auch, wie halt noch gedacht wird, obwohl das gar nicht nötig ist. Es ist einfach so, dass ich das ein bisschen gesehen habe, dass das in anderen Häusern gut funktioniert, wenn die Leute Teilzeit arbeiten. Vielleicht ist auch der Vorteil dran, dass das Team halt auch kleiner ist, auch interdisziplinär, dass man sich besser kennt. Ich merke es jetzt einfach auch so: Wenn ich so in den Ops gehe/ vielleicht ginge mir es auch so, wenn ich 100 Prozent arbeite. Aber ich habe das Gefühl, dass ich in dem Jahr/ die Leute lerne ich überhaupt nicht kennen und man ist immer so ein bisschen der Fremde und der, der nur ein bisschen wenig da ist. Ich denke, das macht alles einfacher an einem Haus, wo die Wege noch ein bisschen kürzer sind. Ja, vielleicht ist das auch falsch. Weil grundsätzlich wäre es natürlich auf mehr Schultern verteilt in einem grösseren Haus. #00:36:32-7#

I: Ja, ich finde es einfach noch spannend, dass/ das wusste ich auch nicht, aber dass das wie in einem kleineren Haus geht. #00:36:40-2#

T: Mhm (bejahend). #00:36:40-6#

I: Und an einem USZ nicht. Und dann muss man wie ein bisschen herausfinden: Warum? Warum geht das nicht? Eben/ #00:36:47-5#

T: Ich denke schon, ein grosser Teil ist schon/ ich habe viel von meinen anderen Vorgesetzten, jetzt in den zwei anderen Häusern/ (...) haben/ es ist vielleicht falsch zu sagen, auch noch andere/ doch: Auch noch andere Prioritäten gehabt. Und ich denke, man ist schon/ man ist an einem Uni Spital schon noch mehr/ also, als Person, die dort arbeitet, schon noch mehr bereit, wirklich sehr viel von seinem Leben und seiner Zeit auch für Piket-Dienst und so für die Chirurgie zu geben. #00:37:17-6#

I: Ja. #00:37:18-3#

T: Und andersherum ist/ ja, andere/ natürlich/ ja, vielleicht ist das so ein bisschen eine Charakterfrage. Das weiss ich auch nicht. #00:37:29-0#

I: Gut, es könnte wahrscheinlich auch sein/ ich meine, wenn es jemandem ganz schlecht geht, ist immer ein Universitätsspital der letzte Ausweg. #00:37:40-8#

T: Mhm (bejahend). #00:37:41-3#

I: Auf eine Art. Oder? #00:37:42-8#

T: Mhm (bejahend). #00:37:45-3#

I: Vielleicht hängt das auch damit zusammen, dass man einfach schwierigere oder komplexere Patienten hat, wo es halt einfach/ ich weiss nicht, ob es so ist, aber wo eine intensivere Betreuung auch notwendig ist, die man auch nur erreicht, wenn jemand immer da ist und bereit ist, so viel zu gehen, während man in einem kleineren Haus auch mal sagen kann: Man überweist das. #00:38:08-4#

T: Ja. Ich glaube zwar/ ich bin eigentlich davon überzeugt, dass fast niemand/ also, dass man nicht unentbehrlich ist. #00:38:15-9#

I: Ja. #00:38:16-5#

T: Und dass es ja auch nicht möglich ist, dass man 24 Stunden, sieben Tage zu den Patienten schaut und/ (...) ja, ich glaube auch/ aber es ist sicher auch noch mehr in den Köpfen so. Das glaube ich auch. Ich habe jetzt den Eindruck: Das Team ist grösser, es hat sehr viel kompetente Leute, es gibt, glaube ich, für jeden Eingriff mehr als einen Chirurgen, der das kann. #00:38:40-8#

I: Ja. #00:38:41-3#



T: Und das ist dann in einem kleineren Haus eigentlich fast nicht so gewesen. In Olten hatten wir einfach einen Gefässchirurg. Im Gefässnotfall musste immer er kommen. (...) Aber er ist trotzdem auch jemand, der/ ich sage, eine andere Work Life Balance hat. Doch noch. #00:38:54-4#

I: Ja. #00:38:54-9#

T: Und doch ein bisschen ein anderer Typ ist als/ also, der ist dann dafür auch mal um vier gegangen und kam dann halt vom Golfplatz, wenn er kommen musste. #00:39:06-7#

I: Okay. #00:39:07-3#

T: Ja. (lacht) #00:39:08-1#

I: Nein, das ist/ ja, ich finde das sehr spannend. #00:39:11-2#

T: Mhm (bejahend). #00:39:20-0#

I:Vielleicht noch so, damit wir auch langsam zum Abschluss kommen/ das Arbeitszeitengesetz, spielt das bei Ihnen eine Rolle? Vielleicht auch in der Assistenzarztzeit, ist das hinderlich, förderlich? Was sind so die Gedanken dazu? #00:39:33-7#

T: (lacht) (...) Ja, was soll ich jetzt sagen? (...) Ich kann es nicht so/ ich glaube fast, es ist eher ein bisschen hinderlich. Weil es wird ja trotzdem/ also, ich glaube, man darf ja schon sagen: Die, die wirklich vorwärts kommen wollen, halten es ja trotzdem wie nicht ein. Und dann solche, die sich quasi ehrlich dran halten wollen, leiden dann ja fast mehr darunter. (...) Weil/ wissen Sie ein bisschen, was ich meine? #00:40:09-1#

I: Ja. #00:40:09-5#

T: Ich glaube, wenn man wirklich Gas geben will, egal wo, das habe ich überall erlebt und ich habe auch ein bisschen dazu gehört, ich habe sicher nicht ganz korrekt gestempelt, damit ich nicht auf die Überzeit komme und man sagt: Die kann nicht mehr in den Ops, die hat zu viel Überzeit. (...) Und ja, das ist ein bisschen auf die Kosten/ wenn man die, die zu viel Überzeit haben, man die einfach in (unv. #00:40:30-5#) schickt? Ja, dann kommt man einfach/ (...) ja, das ist einfach ein bisschen die Frage, was man will. Und andererseits denke ich doch auch: Ich glaube, die Zeit ist auch vorbei, wo man einfach sagen kann: Die Leute sollten 80, 90 Stunden dort sein in der Woche, weil ich auch glaube, dass das auch nicht gut ist. Für niemanden. Dass es auch für die Patientenbetreuung nicht gut ist und fahrlässig sein kann. #00:40:54-5#

I: Ja. #00:40:54-9#

T: Aber ich habe/ habe auch keine gute Lösung dafür. Ausser eben, wie Sie das mal gesagt haben, dass einem der administrative Aufwand abgenommen würde.  
#00:41:05-1#

I: Ja. #00:41:05-6#

T: Weil es würde niemand nein sagen, in 50 Stunden die schöne Chirurgie machen zu können. (...) Ja, und dann nach Hause zu gehen, wenn der Rest auch gemacht wäre. (lacht) #00:41:14-2#

I: Ja, klar. (...) Aber dann/ da ist man so ein bisschen/ oder sie sind da so ein bisschen zu/ wie sagt man? So zwischen Stuhl und Bank. #00:41:23-8#

T: Ja. #00:41:24-5#

I: Dass Sie das auf der einen Seite gut/ #00:41:28-2#

T: Ich bin wirklich so ein bisschen hin und her gerissen. Gerade jetzt auch mit Familie und so/ ich meine, ich bin auch nicht mehr bereit, weiss nicht wie/ (...) vorher war mir das wie eher ein bisschen egal. Und da/ ja, habe ich auch viel gearbeitet und wirklich auch gerne gearbeitet. Und dann fand ich mehr so ein bisschen: Ja, ich stemple das jetzt nicht, damit ich auch weiter komme und wieder in den Ops darf. Ja, das ist so ein bisschen beides, finde ich. Aber ich denke, auch grundsätzlich ist die Gesellschaft eher ein bisschen drauf, dass man eh davon weg kommt, sich fast tot zu arbeiten, und alle mehr Freiheit, mehr Freizeit wollen. #00:42:02-7#

I: Ja. #00:42:03-3#

T: Und dann geht es auch wieder auf, dann ist es auch wieder fair. Aber jetzt sind wir im Zwischending. Die, die vorwärts kommen wollen, stempeln sowieso nicht fair. Und ja, (...) (lacht) ein bisschen auf Kosten der anderen. #00:42:21-0#

I: Ja, okay. Es ist ja nur bis Stufe Oberarzt die 50-Stunden-Woche. #00:42:27-5#

T: Mhm (bejahend). #00:42:28-1#

I: Das Thema ist, dass man auf eine normale/ also, das ist ja immer noch eine höhere Arbeitswoche wie 42 Stunden, die jetzt, sage ich mal, in der Regel gemacht wird. #00:42:38-6#

T: Mhm (bejahend). #00:42:39-5#

I: Es ist ja dann auch ein bisschen die Frage/ man müsste dann auch weniger Einkommen bekommen. #00:42:45-2#

T: Mhm (bejahend). #00:42:46-9#

I: Ist das auch ein Thema gewesen? Oder nicht? #00:42:50-4#

T: Also, ich glaube/ ich weiss auch nicht, mir hat das mit den 50 Stunden/ mich hat das nie gross gestört, weil ich so denke: Ja, so ein 10-Stunden-Tag geht ja wirklich schnell vorbei. Und das habe ich nie als schlimm empfunden. Aber eigentlich ist es ja schon ein bisschen absurd, warum wir mehr arbeiten sollte/ (...) ja, als andere. Und der Lohn? (...) Der Lohn in der Medizin, denke ich, ist so, wie wir es jetzt haben, vielleicht zwischen den Disziplinen nicht so gerechtfertigt. Ich finde, das müsste mehr ausgeglichen werden, weil ja alle viel Verantwortung haben. Aber ich denke jetzt, wenn man das so mit der Wirtschaft vergleicht? Ist das noch längstens gerechtfertigt. #00:43:34-1#

I: Aus welchem Grund? #00:43:36-3#

T: Also, ich denke/ also, ich weiss nicht/ ich kenne mich nicht so gut aus, aber ich denke, das Verhältnis zu dem, was ein Banker verdient, der am Morgen ins (lacht) Büro geht und vielleicht/ ja, ich weiss nicht. Ich habe einfach von Weitem den Eindruck, dass die Verantwortung für Menschenleben und für/ der Druck und so sehr gross ist. Ich habe das am Anfang auch sehr so empfunden, bin oft am Abend daheim im Bett gelegen und dachte: Habe ich wohl alles richtig gemacht? Wo ich/ wo ich so denke: Die Wirtschaft, die Privatwirtschaft, die verdienen, meinte ich, die viel höheren Löhne, also sicher als wir Assistenten und Oberärzte. Und ich denke, in dem Verhältnis ist es schon gerechtfertigt. #00:44:18-4#

I: Ja, okay. #00:44:19-8#

T: Mindestens. Also ja, ich glaube schon. #00:44:23-4#

I: Nein, es ist/ eben da ist mehr so ein bisschen die Überlegung: Rein/ also/ #00:44:29-3#

T: Also, wenn man weniger arbeiten würde, ob es dann auch weniger Lohn geben sollte? #00:44:35-2#

I: Nein, es ist einfach/ es sind wie zwei Sachen: Grundlegend Lohnstrukturen. Ich sage, ob das gerechtfertigt ist, dass ein Banker mehr verdient. Aber jetzt ist es zum Glück ein bisschen regulierter, aber in den 80er Jahren war es jenseits, dass jeder schnell (lacht) Millionen verdient hat, aber eben/ das ist jetzt auch die Ausnahme, es gibt viele Leute, wie auch Restaurantbesitzer, die viel arbeiten. #00:45:08-3#

T: Mhm (bejahend). #00:45:08-6#

I: Ich glaube, das ist das eine. Aber das andere ist, dass man sich schon auch überlegen oder fragen muss, wie man dann so etwas auch umsetzen kann, wo/ ich meine, jetzt eine 50-Stunden-Woche, die gut ist/ (...) mit der Regulierung/ ich sage, dass doch auch/ ich sage, für den Arbeitgeber/ dass/ dass/ (...) das alte Bild, sage ich mal/ #00:45:34-3#

T: Mhm (bejahend). #00:45:34-7#

I: Das von gewissen Klinikdirektoren oder Chefärzten halt/ ich sage, dass man immer verfügbar sein muss, nur weil das früher so gewesen ist, dass man dem ein bisschen entgegenwirkt und sagt: Hey, man kann auch nach Hause gehen. Weil ich denke, mit dem ganzen Administrativen und so hat man jetzt auch viel mehr Aufgaben, (lacht) als das vielleicht früher war. #00:45:55-8#

T: Ja. #00:45:56-2#

I: Auf der anderen Seite ist auch mit der Dienstplanung, die man im Moment hat/ wenn man natürlich einen Assistenzarzt fünf Tage zehn Stunden einplant und dann passiert etwas Aussergewöhnliches oder er muss in eine Ops gehen, die/ was ja vor allem/ an einem Uni Spital weiss man ja nie, wie lang das am Schluss effektiv geht. #00:46:15-6#

T: Ja. #00:46:16-1#

I: Und wenn er dann irgendwie acht Stunden im Ops ist anstatt geplante fünf, dann macht er natürlich wieder Überzeit, weil er muss ja den Bericht oder die Dokumentation doch machen. Und dann reichen zehn Stunden natürlich nicht. Oder andererseits ist es natürlich auch eine Überlegung, die man sich machen könnte/ ist, dass man sagt: Wenn man alle Leute/ man ist fünf Ärzte mit 50 Stunden, sagt quasi: Jetzt müssen alle nur noch 42. Dann hat man ja quasi die Stunde, die man dort einspart/ könnte man wie jemand Neues einstellen. #00:46:48-1#

T: Ja, ja. #00:46:48-8#

I: Und müsste dann aber natürlich das Geld irgendwoher nehmen. Ausser eben, man sagt: Es gibt einfach/ es bleibt so weit, man hat den gleichen Lohn, den man mit 50 Stunden hatte, wie man das dann mit 42 Stunden hat. #00:47:02-5#

T: Ja, also, ich denke: (...) Da wäre man je länger je mehr, glaube ich, auch bereit. #00:47:10-4#

I: Ja. #00:47:10-8#

T: Und ich auch. Also/ (...) naja, ich glaube schon. #00:47:15-6#

I: Das sind jetzt Gedankenspiele. Ich glaube, das ist viel so komplexer, als dass man das jetzt so einfach/ aber die Überlegungen gibt's ja zum Teil. (...) Entschuldigung, die Sekretärin kam schnell rein. #00:47:47-8#

T: Kein Problem. #00:48:13-7#

I: Okay, aber ich glaube, wir sind langsam am Ende, ausser Sie haben noch etwas, das wir jetzt gar nicht angesprochen haben, wo Sie finden: Das ist in der ganzen Diskussion noch wichtig. #00:48:00-3#

T: Nein, ich glaube nicht. #00:48:02-0#

I: Dann ist das so grundsätzlich/ (...) alles auch eingeschlossen, das wichtig ist zu dem Thema? #00:48:09-0#

T: Nein, ich denke schon/ (...) ich würde schon sagen. Was ich wirklich sehr unterschätzt habe, ist dass es eigentlich für einem selber sehr stimmen muss. Und ich bin jetzt wirklich bereit, im Moment ein bisschen zurück zu stecken in der Chirurgie, wenn ich nicht gerade den Fuss verliere. Und darum war die Teilzeitstelle jetzt eine super Option. Aber das stimmt jetzt irgendwie trotzdem für mich. Und ich denke, das wäre auch das, was mir jemand raten würde, wenn mich jemand fragt: Wie ist das mit Teilzeit in der Chirurgie? Ich finde, man muss so ein bisschen selber den Weg finden. #00:48:53-6#

I: Okay. Ich glaube, wichtig ist, und das ist manchmal auch ein bisschen/ (...) dass man eben einfach so die alten Denkmuster aufbrechen kann. #00:49:02-8#

T: Das glaube ich auch. #00:49:04-2#

I: Dass es eben beides gibt. Ich sage jetzt/ (...) man kann es nicht ganz vergleichen, weil Sie sagen: Die Verantwortung bei einem Menschenleben ist etwas anderes, als wenn Sie in einer Schreinerei, wo das Holz/ (...) oder da einen Tabelle nicht stimmt/ (...) wo man die Flexibilität machen kann. Aber eigentlich sollte es auch in der Medizin so sein, dass man sich auch mal so moderne Arbeitszeitmodelle überlegt.  
#00:49:38-1#

T: Glaube ich auch. #00:49:36-0#

I: Dass man sagt, das kann man machen/ (...) und ja, dass man (lacht) alles im Leben nicht haben kann, ist ja allen auch klar. #00:49:43-7#

T: Ja. #00:49:44-1#

I: Und das/ ja, man sieht das ja auch bei Nicht-Ärzten, wo gewisse sagen: Ich arbeite nicht in einem Bürojob und nebenan/ (...) mein Kind. Die sind dann halt auf einem anderen Level schon ausgelastet, belastet oder an der Grenze. #00:50:01-5#

T: Ja, ja. Aber ich denke schon, wie Sie sagen: So ein bisschen das Aufbrechen der alten Muster. Ich glaube, da sind wir jetzt schon ein bisschen drin. #00:50:10-6#

I: (lacht) Eben, ich war auch sehr überrascht, muss ich ehrlich sagen, dass ich das erfahren habe, dass es das da am USZ gibt mit zwei 50 Prozent Stellen. Wir haben jetzt neu eine Klinikdirektorin, die auch eine Familie hat und/ und ich sage mal: Die Direktorin ist und so weiter. Aber (...) es ist sehr (lacht) selten/ (...) oder noch selten, so muss man das vielleicht sagen. #00:50:35-4#

T: Mhm (bejahend). #00:50:35-7#

I: Und das mit der Teilzeit habe ich jetzt auch mit Klinikleitungen besprochen und ich merke schon, dass hier viel Gegenwind da ist. #00:50:43-2#

T: Ja. #00:50:44-4#

I: Und darum freut es mich eigentlich umso mehr, (lacht) dass es jetzt doch schon geht, obwohl es eben, wie Sie sagen, vielleicht noch/ da noch gewisse Schwierigkeiten da sind, dass man sich findet. Vielleicht noch so grundsätzlich im Team, ich sage jetzt im Kader Team oder so: Ist das/ (...) ist das kein Thema? Oder nehmen sie das

als positiv wahr? Und nicht, dass das Ihnen Leute vergönnen in dem Sinne?  
#00:51:10-1#

T: Das ist wirklich erstaunlich. #00:51:12-5#

I: Weil eben, Sie sind ja da, wenn Sie da sind, aber doch manchmal nicht da. Und wenn jemand mal 100 Prozent da ist, fasst man vielleicht schneller noch gewisse Jobs oder/ #00:51:25-0#

T: Ja, ja. Also, ich bin auch echt positiv überrascht. Wir sind ja zu sechst, Oberärzte IV, und jeder hat ein Jöbchen gefasst/ und wir haben halt schon auch jeder eins wie 100 Prozent. #00:51:37-5#

I: Ja. #00:51:38-4#

T: Und ich glaube/ (...) ja, ich glaube, wie so/ wir sind noch ein bisschen in der Zeit, wo wir, wenn wir schon die Chance bekommen/ ich sehe das jetzt ein bisschen so.  
#00:51:46-9#

I: Ja. #00:51:47-4#

T: Wenn wir schon die Chance bekommen, erbringt man vielleicht auch ein Opfer mehr, also, ich zum Beispiel/ heute hocke ich noch hinter dem Dienstplan, obwohl es mein Freitag ist. Und ja/ (...) ich denke, das ist jetzt im Moment auch noch okay so.  
#00:51:59-4#

I: Ja. #00:52:00-0#

T: Wenn man dafür die Option auch hat. Und ich finde wirklich, dafür wird man als ganzes Teammitglied gesehen. Und von dem bin ich jetzt vom USZ wirklich sehr, sehr positiv überrascht. #00:52:09-8#

I: Ah, schön, ja. #00:52:11-0#

T: Das hat/ in Olten und Biel ist das eh schon selbstverständlich gewesen. Und hier dachte ich wie so, weil da am Anfang so gross: Ja, die sind dann nur halb da. (...) Und das empfinde ich jetzt gar nicht so. #00:52:21-7#

I: Ah, okay. #00:52:23-2#

T: Dass man dort irgendwie nur halb dazu gehört. #00:52:26-0#

I: Ja, ja. (...) Ja, das ist ja schön. #00:52:29-0#

T: Ja, ja. nein, wirklich, insgesamt bin ich sehr positiv überrascht, wie das funktioniert. #00:52:34-7#

I: Ja, ja. Super. Okay. (...) Ja. #00:52:37-3#

T: Ja. (lacht) #00:52:38-4#

I: (lacht) Ich habe keine Fragen mehr. Eben, Sie haben so ein bisschen ausgeführt/ (...) ja. Dann könnten wir sonst das Interview auch so schliessen. #00:52:48-0#

T: Ja, das ist doch gut. Ja. #00:52:48-0#



## Interview 16

I: Zeit nehmen. #00:00:01-0#

B: Gerne. Sie arbeiten ja schon mit uns zusammen, also mit den Chefs oder so.  
#00:00:07-0#

I: Ja genau, mit Miriam Ganzfried. Genau, also wie ich eigentlich auf Sie jetzt auch gekommen bin ist, ich bin ja jetzt so im Rahmen von meinem Dissertationsprojekt daran, Arbeitsmodelle bei Ärzten, speziell bei Chirurgen ein bisschen zu durchleuchten. Das Vorgehen ist so, dass ich Interviews mache. Es sind jetzt dann knapp zwanzig Interviews, wo ich schon habe machen können. Die ganze Bandbreite, also von Assistenzärzten, -Ärztinnen bis Klinikdirektoren und ja, so ein bisschen meine Frage an Sie wäre eben, Sie sind ja in diesem Thema relativ stark. So ein bisschen, was für Sie entscheidende Punkte sind, vielleicht auch aktuell, was ich vielleicht auch im Rahmen von meiner Arbeit berücksichtigen sollte. #00:01:01-0#

B: Und es geht ja praktisch bei der Arbeit also geht es, ich sage einmal neue Organisationsmodelle auch zu finden, oder? #00:01:10-0#

I: Genau, also so Work-Life-Balance ist ein Thema, Gleichberechtigung, Gleichstellung ist ein Thema. Forschung. Wie kann man die Forschung unterbringen, Familienplanung? Auch, ich sage jetzt gesellschaftlich, wie ist das akzeptiert? Ja, es ist ja viel auch wo gewisse Leute, also ich sage vor allem jetzt auch Ärztinnen das Gefühl haben, ich muss mich entscheiden irgendwann, solche Themen. #00:01:38-0#

B: Ja. Also sagen wir, aus meiner Perspektive sind das genau die relevanten Punkte. Also ich denke, so der relevanteste Punkt für mich, oder ich sage einmal (unv. #00:01:50-0#) gibt es zwei relevante Punkte. Das eine ist, ich sage einmal so, dass halt der Frauenanteil insgesamt sehr gering ist. Also sagen wir einmal schon noch sehr diaphasisches System mit diesen alten Statusordnungen ja, also ich sage einmal männlicher Chef, weibliche Krankenschwester. Also ich sage einmal so diese Statusordnungsmodelle, was man in anderen Fachrichtungen jetzt schon lange nicht mehr ganz so extrem haben, ist in der Medizin noch sehr stark verankert, auch von der Denkweise her. Was es natürlich schwierig macht für Frauen, dort quasi auch / oder damit auch für solche Modelle. Weil wir ja quasi schnell kleingeredet werden können und gesagt wird, ja, die wollen nicht richtig oder wir können nicht an die Sitzung sozusagen jetzt immer, so eine Krippenöffnungszeiten zu verschieben oder was da kommt oder andere können nicht die Schichtarbeit übernehmen. Also ich meine, das kennen wir ja auch aus unserer Fakultät auch in anderen, also die Barrieren sozusagen insgesamt gegen solche Innovationen sind extrem hoch, wenn der Frauenanteil sehr gering ist. Und dann nützen meistens sozusagen auch die wenigen Frauen, die nach oben kommen, wenig. Weil, das sind dann meistens eben, ich sage einmal jetzt nicht Standard-Frauen, die nach oben kommen, sondern eben so kleine haffe taffe Frauen ohne Kinder, die dann sich durchgebissen haben und die das

dann häufig auch nicht wollen ja, dass quasi jemand anders lockerer, flockig mit drei Kindern nach oben kommt. Die beiden quasi die anderen Frauen auch weg. Also hier muss man quasi den gewissen Stellenwert überwinden, also dass dann, ich sage einmal, gesellschaftliches Umdenken auch stattfindet in der Organisation, in der Kultur und wie man eben solche Punkteflächen vielleicht auch ansprechen kann, die direkt diskutiert werden oder nicht. Nehmen wir als Beispiel, ich bin jetzt die erste Gleichstellungspräsidentin an der UZH, die ein Kind hat. #00:03:46-0#

I: Oh, wow, ja. #00:03:47-0#

B: Die anderen hatten sozusagen immer keine Kinder und natürlich ist es sozusagen, ich meine es mag jetzt diskriminierend sein, wenn ich sage, natürlich ist die Erfahrung, wenn man selber ein Kind hat eben leider trotzdem eine andere, als wenn man keine hat. Und man geht auch anders damit um. Wenn, ich sage es einmal krass, wer selber keine Kinder haben wollte und lange auf diesem Trip war, also vielleicht auch wie solche Frauen agieren und das sozusagen, also hätte ich jetzt keines, würde ich sozusagen völlig anders handeln, hätte ich auch null Verständnis dafür. Aber ich denke ja, das ist eine Privatangelegenheit von den Leuten, das müssen sie sich selber überlegen. Und da denke ich einmal natürlich schon, wenn man dann selber in der Bredouille ist ja. Aber ich sage das ist mir sozusagen jetzt an der UZH eben häufig aufgefallen, also auch wenn wir über solche neue Organisationsmodelle eben reden beispielweise, mit der Uni-Leitung. Das ist halt ein Problem, also das in den Leitungsorganen so etwas durchsetzen, sitzen halt meistens dann doch welche, die Familie haben, die dann damit interessanterweise noch mehr Verständnis auch gegenüber bringen als die Frauen, die keine Kinder haben. Aber sie haben halt ihre Hausfrauen häufig zu Hause oder ich sage einmal eben. Also ist ein Kulturproblem, ein ganz großes. Und dass dann solche Organisationsmodelle stoßen und vielleicht auch hier, um ein Beispiel zu nennen. Wir hatten lange diskutiert auch an der Uni Zürich so zum Beispiel geteilte Führungsmodelle, zum Beispiel geteilte Institutsleiter und das Fatale ist, das ist jetzt wieder abgeschafft worden. Zwar schon vor Corona, weil es dann hieß von der Uni-Leitung, ja das geht nicht und dafür gibt es keine Verantwortlichkeit, also das wollte man nicht. Und das heißt, das ist natürlich dann sehr / das sind dann genau solche Sachen, die aus der Kultur herauskommen und die genau das wieder zunichtemachen, was man vorher zusammen mühsam aufgebaut hat. Weil viele Frauen sagen, oder mit eben dieser Work-Life-Balance. Also es betrifft ja nicht nur Frauen, sondern auch Männer, die sich dann (unv. #00:06:54-0#) engagieren oder die sagen, es gibt noch etwas anderes außer Karriere. Die eben dann genau keine Institutsleitung übernehmen oder eben keine Direktionsposten übernehmen und dann kumuliert es sich auf wenige Personen, die untereinander sozusagen diesen Status quo eben weiter halten. Und dann ein anderer Punkt ist halt klar, jetzt sozusagen die Familiensache, das was Sie auch angesprochen haben. Und das ist natürlich in der Medizin nochmal die Quadratur des Kreises. Also weil, dort gibt es ja quasi dann noch diese Schichtsysteme dazu. Dazu gibt es eben die Forschungszeit, die extremst knapp ist, die den Frauen da, selbst wenn man es sozusagen auch organisatorisch ermöglicht, eben dann fehlt und wo sie dann quasi nicht den nächsten Schritt machen eben Richtung Professuren beispielsweise oder Richtung Beförderung. Und das ist / ja ich meine da sind wir ja genau / deswegen sind wir ja daran bei diesen Chefsprojekten. Und richtig sozusagen, den Superfortschritt haben wir ja auch nicht gemacht. Also das heißt sozusagen, also was wir immer wieder hören, es geht

nicht dann. Aber natürlich geht es. Aber das würde eben bedeuten, dass diejenigen, die gerade so buckeln und büffeln und ja, dass die quasi sich da ein bisschen zurücknehmen müssten oder dass man eben wirklich die (unv. #00:07:21-0#) Deklaration oder solche Sachen dann auch ernst nimmt und hier eben andere Kriterien ansetzt, weil es eben nicht geht. Oder weil man eben neue Führungsmodelle braucht, wo eben, ich sage einmal, das was heute eine Person macht eben mit fünf Leuten sozusagen (unv. #00:07:37-0#) müsste. Aber dazu sind natürlich dann immer wieder bei den Kulturproblemen, die Leute nicht bereit, weil wir natürlich gerade im universitären Setting auch sehr starke Empire Building Syndrome haben. Von den Leuten, übrigens auch aus Sozialwissenschaften genauso. Wo also die Leute immer größere Teams haben wollen, die es auf Ihrer Homepage schreiben, weil sie damit eben (unv. #00:08:01-0#). Und genau die, im Übrigen, wir haben das auch am eigenen Institut, die Wissenschaftsforschung betreiben und sozusagen andere (unv. #00:08:09-0#) wegen Duplikationsfehlern. Wollen dann sozusagen zwanzig Leute haben oder dreißig im Team, damit sie eben mächtig sind, weil sie sagen, das ist die neue Art von Forschung. Aber dass da eben genau zum Beispiel solche Modelle nicht mehr möglich sind, wovon wir sprechen oder eben auch sozusagen Qualität verloren geht. Also ein hochkomplexes System. Deswegen sind wir so froh, dass Sie das machen (beide lachen) #00:08:33-0#

I: Ja genau, das ist ja ein kleiner Teil. Also ich finde es halt noch spannend, weil das, was Sie gesagt haben mit, dass es möglich ist, oder. In allen Interviews, wo ich gehabt habe, hat keine Person gesagt, es ist nicht möglich. Keine. Oder, es haben einfach alle gesagt, ja, es ist schwierig oder so. Aber oder, weil, ich sage, ich bin bewusst etwas naiv an das Thema gegangen oder habe gesagt, ja, das ist nicht möglich, weil die Qualität nicht gut ist. Also quasi, wenn eben ein Jobsharing da ist, fehlt bei der Übergabe die Qualität, Know-how. Also man muss sich vorstellen, der Patient kommt herein, der wird behandelt und wenn es dann eine Übergabe gibt, wird irgendetwas vergessen und aufgrund von dem, ich sage jetzt worst case, stirbt der Patient, oder. Ich habe es extra ein bisschen so formuliert gehabt. Und das hat niemand gesagt. Und das habe ich noch / weil das ist immer so ein bisschen ein / also vor allem jetzt in der Medizin, diese Übergabe-Phase oder jetzt auch, dass man gesagt hat, ja man muss zumindest wochenweise ein Modell haben. Dass man ein Jobsharing macht, Woche eins ist diese Person, Woche zwei ist diese Person, also dass man die Woche nicht aufstückelt. Aber sogar das wird jetzt gemacht. Also ich weiß, ich habe jetzt gerade gestern mit einer Dame gesprochen in der Viszeralchirurgie, wo im Moment ein fünfzig/fünfzig Jobsharing-Modell hat, wo halt der Chef einfach gesagt hat, ihr müsst als eine Person, also ihr seid wie eine Person. Wie ihr es aufteilt, müsst ihr schauen und wir in der Planung und Förderung sehen euch einfach als eine Person an. Und auch sie hat jetzt gesagt, es geht. Also es ist schon möglich. Es ist schon schwierig, aber es ist möglich, oder. Und das finde ich eben speziell. Aber ich glaube, vielleicht so wie ich es herausgehört habe, sehen Sie eigentlich schon das Problem hauptsächlich in der Kultur oder auch bei diesem Machtgehabe. Dass halt so, man hat es geschafft und dann ist wie so, jetzt bin ich der Chef für immer. #00:10:52-0#

B: Genau, ich habe es schwer gehabt, ich habe darauf verzichtet, das hört man ganz oft. Oder dann implizit oder explizit. Ich habe darauf verzichtet, warum soll es ein anderer besser haben. Das ist so und dann schon auch so ein bisschen, die Leute

sozusagen haben ja zum Teil sonst auch nichts weiter zu tun. Also wir haben ganz viele, die arbeiten nur. Die arbeiten, arbeiten und arbeiten und dann sehen sie quasi den Wald vor lauter Bäumen nicht oder denken sozusagen, das ist der Standard und so müssen es andere Leute auch machen und verlangen quasi damit, ich sage einmal implizit von anderen Leuten quasi die gleiche Zeit ist Verfügbarkeit. Also wir machen zum Beispiel viel auch so Forschung zur Digitalisierung. Und dann geht es sehr stark um die Umschreibung des Arbeitstages auch. Sei es am Wochenende, im Urlaub, ständige Verfügbarkeit oder am Abend. Und das sind natürlich Grenzen, die dann sehr stark jedem überschritten werden genau eben von so, ich sage einmal Personen, die eben sonst nichts weiter haben im Leben und die eben leider häufig Chefpositionen haben. #00:12:01-0#

I: Aber das heißt, dass eigentlich diese Personen anfangen müssten, ändern das zu gönnen in dem Sinn? #00:12:09-0#

B: Ja, aber das hat wirklich schon Kulturwandel. Eben, ich sage einmal das bedeutet, ich sage einmal als Organisation ganz klar Life-Linien, Richtlinien erlassen, das machen auch einige großen Organisationen schon. Also indem man eben sagt, nach 18 Uhr gibt es keine E-Mails und die werden nicht mehr weitergeleitet. Und am Wochenende werden die sozusagen auch über den Server blockiert, jetzt einmal als einfache Maßnahme. Oder eben die Richtlinie, die es auch an der Uni in Zürich, zumindest verhalten gibt. Sitzungen dürfen nicht mehr nach 17 Uhr stattfinden. Ist natürlich an Unis auch schwierig. Ich sage einmal, das ist natürlich bei uns sind jetzt diese ganzen Abendveranstaltungen beispielsweise, diese ganzen Aperos und so, also die extrem wichtig sind für das soziale Netzwerk. Und das ist alles am Abend. Das kriegt man auch nicht in tagsüber. (unv.) Also da sieht man sozusagen den Staat, das kann man sich gar nicht mehr vorstellen, dass das quasi alles einmal landstrokes werden, angenommen. Aber das wäre natürlich familienfreundlich. #00:13:12-0#

I: Hm (bejahend) Aber wie ist denn das mit, ich sage jetzt, es ist ja dann auch klar, wenn man weniger macht. Also wir haben ja jetzt zum Beispiel bei uns in der Chirurgie ist viel das Problem das Arbeitszeitengesetz mit fünfzig Stunden Woche, wo halt, ja ein Arzt das nur schaffen kann und gleichzeitig ist es in der Chirurgie so, dass man einen Operationskatalog füllen muss. Ich weiß nicht, ob Ihnen das etwa sagt. Also man muss eine Anzahl / und das sagen jetzt auch alle, dass man das nur erlernt, quasi wenn man halt im Operationssaal ist, wenn man, ich sage jetzt, das Blut riecht, es gibt eine Komplikation, man muss / also das kann man ja nicht nachlesen. Das muss man spüren. Und da gibt es auch viele Studien die sagen, es geht mindestens zwanzig Jahre und ich habe kürzlich gelesen irgendwie, dass man sagt, vor allem in der spezialisierten Medizin oder Chirurgie, dass jemand mit 45 Jahren ausgelernt ist oder so quasi dort ist, wo er ist. Und wenn man natürlich dann eine einfache Rechnung macht und sagt, gut, diese Person ist nur noch im fünfzig Prozent Pensum, dann wird diese Person 65, oder. #00:14:25-0#

B: Ja, das ist ein Dilemma in der Tat. Also ich denke, da muss man ganz klar unterscheiden. Also zwischen dort, wo es eben möglich ist und wo es nicht möglich ist. Also sagen wir, wenn so jetzt Chirurgie ist jetzt natürlich so ein krasses Beispiel. Ich

denke, so viele krasse Beispiele wird es jetzt nicht geben. Aber klar, wo es sozusagen impliziert ist, (zieht?) das Wissen eben eine ganz große Rolle spielt, dass du eben wirklich nur durch sozusagen also ähnlich wie Leistungssportler oder so, wo man auch nicht sagt, macht einmal fünfzig Prozent. Dann muss man eben sagen, dann geht es halt nicht. Aber ich glaube sozusagen, hier muss man auch wirklich als Organisation lernen. Ich denke, man muss nicht überall immer (unv. #00:15:06-0#) sein. Es geht halt vielleicht nicht überall, aber es gibt viele Bereiche, wo es dann vielleicht doch auch möglich ist. Ich denke, da müssten wir jetzt so wie einen Triage-Plan quasi aufmachen als Organisatoren, wo ist es quasi möglich. Und dann muss man eben ganz klar sagen, okay, wer sich für die Chirurgie angenommen entscheidet oder für die Intensivmedizin wird es vielleicht ähnlich gelten, oder so. Für solche Bereiche, der entscheidet sich ganz klar sozusagen für eine fünfzig, sechzig Stunden Woche ja und wahrscheinlich dann irgend für das Modell Hausmann, Hausfrau oder ja, also dass der Partner zurücksteckt. Aber dann ist es ja wieder auch ganz klar, dann ist es sozusagen klar kommuniziert und das sollte dann auch sozusagen während des Studiums, finde ich, schon klar kommuniziert werden und dann ist es irgendwie auch kein Thema. In anderen Bereichen, zum Beispiel die Onkologie oder, dort dürfte es wahrscheinlich eher möglich sein, oder Labor. #00:16:05-0#

I: Ja also in der Chirurgie ist es auch möglich. Also das sind Gründe, wo man sieht aber man kann sich ja auch spezialisieren. Das ist ja auch etwas wo man sagt, anstatt dass jemand alle, ich sage jetzt Thorax chirurgischen Eingriff machen kann, sagt man, er spezialisiert sich auf zwei zum Beispiel und wenn man dann natürlich nur zwei hat, dann schafft man es wieder anstatt vier, oder. Weil man kann sagen gut, man ist zwar nur die Hälfte von der Zeit da, tut aber auch nur die Hälfte vom Spektrum /. Also das ist ja auch ein bisschen, ich sage jetzt also vor allem in der Chirurgie das Problem, dass halt viele sagen, also das merke ich ja jetzt auch und das ist jetzt auch nicht böse gemeint, auch das Machtspiel oder so. Ich habe noch mit keinem Arzt gesprochen, wo nicht das Gefühl gehabt habe, dass er der Beste ist. Ich bin jetzt extra etwas übertrieben, aber es sagt ja niemand nein, der macht das besser, sondern nein, ich kann das auch. Ich kann das mindestens gleich gut. Das sind dann wieder diese Geschichten. Wo man halt noch sagt, gut, es ist auch okay, wenn jemand besser ist als einem selber. Und das ist halt vielleicht auch ein Kulturproblem, dass man halt, ich sage jetzt vielleicht auch jemand / das sind ja auch Männer. Also ich habe jetzt viele junge Männer auch gehabt, wo gesagt haben, sie können sich jetzt gut vorstellen, achtzig Prozent zu arbeiten oder sechzig, dass sie doch eine Karriere machen aber quasi der Freundin oder der Frau sagen, auch sie muss nicht voll zurückstecken. Sondern dass man da / oder beide arbeiten achtzig Prozent und dann doch auch noch genügend Möglichkeiten da sind. #00:17:43-0#

B: Genau. Ich glaube, das müssen wirklich Organisationen sehen und das ist ja auch ein guter Punkt für Sie oder für Ihre Arbeit. Es geht also schon lange nicht mehr nur um das Thema der Frau, sondern es geht weiter. Und hier muss man quasi / das ist natürlich / also ich sage einmal, was wir soziologisch auch haben ist halt der Wandel in der Paarbeziehung und die spielt hier mit herein. Früher war es so, dass also der berühmte, erfolgreiche Mann hat eine Krankenschwester gehabt oder eine Friseurin, die Schöne. Und heute ist es halt so, dass quasi gut gebildete Männer suchen sich gut gebildete Frauen. Also das denke ich, da es ist sozusagen auf Augenhöhe-Beziehungen und damit ist auch klar, dass beide nicht zurückstecken wollen. Oder beide

sozusagen, also man hat dann vereinbart, viel mehr als früher, wo das eben dann ganz klar war, dass die Frau auch viel weniger outside Options hat und deswegen zu Hause bleibt. Das spielt mit herein und ich denke, sozusagen bei den Modellen, also was Sie vorher einmal gesagt haben mit der Chirurgie oder so, das kommt nämlich bei uns auch häufig. Ich glaube, das wichtige bei solchen Teilzeitmodellen ist wirklich auch darüber nachzudenken, das ist ja nicht lebenslang, dass man Teilzeit jetzt arbeitet, sondern häufig betrifft es wirklich diese kritische Phase, wo die Kinder eben klein sind. Also das heißt, was ich persönlich am kritischsten erlebt habe, und was wirklich dann für mich auch knallhart war, war diese Zeit so null bis zwei Jahre. Also ich bin sozusagen / also da hätte ich mir mehr Unterstützung auch gewünscht oder hätte auch gerne reduziert, weil ich sozusagen auch müde war und ich meine, da muss man auch sehen, dass es vielleicht einen Unterschied zwischen Frauen und Männern gibt auch, rein biologisch. Und dann sozusagen, sagen wir bis sechs Jahre oder so und danach sozusagen sind die Leute ja schon wieder fast normal Arbeit. Also viele wollen auch wieder hundert Prozent Arbeit haben. Und das heißt, so dieses Spezialisierungsargument, was jetzt von Ihnen kam. Also da muss man jetzt ausrechnen, macht das jetzt wirklich so einen Unterschied also jetzt, wenn jemand einmal zwei Jahre fünfzig Prozent und danach sozusagen sechzig oder achtzig Prozent arbeitet und danach wieder hundert Prozent ist, soviel fehlt da nicht. #00:19:51-0#

I: Ja, das ist ein guter Punkt. Das kann man gut auch modellieren. Weil das ist das, wo / also jetzt gerade bei der Dame, wo ich letztes Mal gehabt habe, die hat gesagt, sie will es einfach jetzt. Oder weil das Kind klein ist und die Kita wie auch immer. Aber eben, ich habe es auch aus eigener Erfahrung. Meine Eltern auch, sobald wir draußen gewesen sind, hat meine Mutter auch wieder angefangen zu arbeiten, voll, oder. Also es ist nicht so, dass es dann einfach nicht nichts ist, also ja, ich glaube das ist ein wichtiger Punkt. Weil, dann kann man ja auch sagen, gut, eben wenn man jetzt sagt zwanzig Jahre und dann 45, dann kann man ja sagen dann ist es einfach in diesen zwei Jahren, sind es anstatt zwei Jahre vier Jahre und dann ist es zum Beispiel 47. Und dann kann man wieder sagen gut, dann gibt es wieder Leute, wo schneller lernen oder nicht. Und das heißt ja dann auch nicht, dass jemand, wo hundert Prozent ist, das auch schneller lernt, wie jemand anders, weil eben viele Faktoren hineinspielen. Das relativiert es wieder, so. #00:20:51-0#

B: Genau, das meine ich. Aber sozusagen wenn (unv.) also das sind dann immer so diese Killerargumente die man (unv.) und die werden in Gruppen genannt, die dieses Problem nicht haben. Das ist immer systematisch. Also die Kader nicht Probleme haben, die das Problem nie hatten oder die es schon lange hinter sich haben. Und die meisten lassen sich wirklich entkräften oder sind so ein bisschen Scheinargumente, die vorgebracht werden. #00:21:16-0#

I: Gibt es denn auch schon Modelle, dass man eben quasi ein, wie soll ich jetzt dem sagen, ein Laufbahnmodell sogar entwickeln könnte wo man sagt, ich sage jetzt eben ein Assistenzarzt fängt an, dann hat er irgendeine Phase, wo er in einem fünfzig Prozent-Pensum arbeiten darf und dann wieder weitergeht. Gibt es solche Modelle auch schon, wo Sie jetzt wissen? #00:21:45-0#

B: Also ich sage einmal, dass man so reduzierte Arbeitszeiten hat oder was?  
#00:21:51-0#

I: Also weil, was ich mir überlegt habe, was auch ein Ansatz wäre ist, dass man vor-gängig. Also im Moment ist es ja noch relativ generell, also vor allem bei den Assis-tenten. Die haben das Staatsexamen, dann fangen sie einmal an, ich sehe ja das. Dann sind sie nach einem Jahr auf der Chirurgie, dann gehen sie vielleicht an ein kleineres Haus und so weiter und irgendwann kristallisiert sich das so ein bisschen heraus und dann sagen sie ah cool, mich interessiert zum Beispiel Chirurgie oder mich interessiert Onkologie. Und dann fängt das langsam so an. Und wenn man eben schon, ich sage jetzt ganz früh schon ein Modell anfangen würde, dass man sagt, also falls du Chirurgin werden willst, bist du zuerst ein Jahr dort, dann ein Jahr dort und dann hast du innerhalb von dieser Zeit die Möglichkeit, reduziert zu arbei-ten. Weil, ich habe das Gefühl, das ist etwas, also vor allem jetzt vielleicht jetzt in der Medizin aber ich glaube überall. Man will ja ein bisschen Planungssicherheit haben. Also ich bin jetzt auch in der Rekrutierung und was mich, ich sage jetzt halt auch, bei solchen Teilzeitpersonen schwierig finde, es ist ein erhöhter Aufwand. Weil, es ist wieder etwas, das Kind ist krank. Also ich sehe das in meinem eigenen Team, wo ich jetzt auch wieder ein bisschen gesagt habe, ich muss wieder hochprozentige Leute haben, weil ich habe nie mehr alle am gleichen Tag da gehabt. Das heißt, die Team-sitzung ist schon schwierig geworden. Dann eben, es ist einfach etwas. Und wenn man das aber halt frühzeitig planen kann und sagt gut, eine Organisation erträgt zum Beispiel fünf Teilzeitstellen, wenn nebendran fünf hundert Prozentstellen, solche Konstrukte. Weil im Moment ist es ja mehr so, man überlegt es sich gar nicht und dann ist ja klar, dass es auch nicht funktioniert. So ad hoc ist es fast nicht möglich.  
#00:23:35-0#

B: Ja, also ich sage wenn Sie jetzt fragen, an der Uni ist so etwas, ich sage einmal das ist quasi genauso ad hoc. Da ergeben sich ja quasi die Teilzeitstellen häufig aus dem Sekretariat heraus, weil die mehr Geld haben und nicht sozusagen als expliziter Wunsch von den Leuten. Da gibt es ganz, ganz wenige Sachen. Und dann sind sie sozusagen wiederum sehr stabil. Also die Leute wünschen sich ja eigentlich flexible Konstrukte, wo sie, ich sage einmal, ein bisschen reduzieren können und dann wie-der hoch gehen. Genau das, was Sie meinen. Also das eine Organisation quasi atmungsfähig ist. Sozusagen irgendeine Art und Weise koordiniert und organisiert hat, dass man weiß, okay, es sind trotzdem noch genügend Vollzeitleute da. Das gibt es eben nicht. Also das heißt da, solche Pool-Ressourcen, also gibt es zumindest an Unis nicht. In der freien Wirtschaft glaube ich schon. Wenn man sich da einmal / ich meine, haben Sie sich einmal zum Beispiel die Berner Kantonalbank, die machen ja lange Zeit schon diese Zeiteinführungsmodelle. Die machen die jetzt schon seit, ich würde einmal denken zehn Jahre. Also die sollten Erfahrung haben mit so etwas. Und dort glaube ich, da kann man sogar nur noch Führungskraft als Teilzeitkraft wer-den. Und die haben sozusagen, also ich glaube dort gibt es natürlich, ich denke das ist natürlich da. Wir brauchen nur andere Organisationsmodelle. Das ist ganz klar, dass da nicht jeder für sich sozusagen seine Lieblingszeit zum Beispiel aussuchen kann. Das ist ganz klar, dass es dann eben so verbindliche Zeiten zum Beispiel ge-ben muss wo jeder da ist, egal welche Stelle er hat, damit man sich koordinieren kann als Team. Dann (unv. #00:25:16-0# wünscht, der wünscht der Veranstaltung. Und ich glaube, da sind wir noch nicht sozusagen weit genug. Und ja, also ich denke

sozusagen, was mir immer so vorschwebt, obwohl es ja wirklich gut funktioniert finde ich, sind diese ganzen Klinikmodelle in der Medizin. Wo sich so Ärzte zusammentun also gerade so Zahnarztpraxen oder so. Und die da so ein Klinikmodell haben und das machen die Frauen, also häufig kommt es von Frauen. (unv. #00:25:47-0# Und das ist ja ein privatwirtschaftliches Modell und das funktioniert einwandfrei. Und dort genau, was man dort hat, sind eben genau sozusagen, dass die sich oben und unten also sozusagen selber verhandeln, je nachdem wer jetzt gerade welche Aufgabe hat und das sind eigentlich, so habe ich das Gefühl, recht organische Modelle. Also das heißt, die eine hat dann quasi das Kind schon aus dem / also ist schon ein bisschen grösser und dann wird die andere schwanger mit dem dritten Kind oder dann gibt es einen Pflegefall in der Familie. Also dass die quasi untereinander verhandeln sozusagen, wer welche Pensen hat, damit sie die Patienten bewältigen können. #00:26:25-0#

I: Wie sehen Sie denn das, wenn jetzt jemand, oder wenn man das jetzt auch in einer Klinik macht. Oder umgekehrt gesagt, ist denn die Tendenz auch da, dass einfach grundsätzlich auch weniger gearbeitet wird? #00:26:39-0#

B: Das glaube ich nicht. Also dass die Leute weniger motiviert sind zu arbeiten oder? #00:26:47-0#

I: Zum Beispiel. Also ich sage jetzt ein Klinikdirektor bei uns. Der, wie Sie sagen. Gut, bei uns, wir sind jetzt eine Ausnahme. Wir haben ja die Frau Professor Schmitt Opitz, ich weiß nicht, ob Sie sie kennen. Sie ist ja auch / sie hat Familie, sie ist jetzt trotzdem Klinikdirektorin. Jetzt wie alles unter einen Hut gebracht, ist aber natürlich, wie Sie sagen, ich sage jetzt ein Standardmodell, sondern eine Ausnahmeerscheinung, genau. Aber so im Sinn von auch jetzt andere Klinikdirektoren, oder. Weil es kommt ja dann, sage ich jetzt vielleicht auch das Argument wie ein Leistungssportler, wo halt sagt, ja dort gibt es so viele, weil er es schafft. Und durch das, das er aber so viel hat geben müssen ist er so weit oben und bringt dann das auch entsprechend weiter. Wo hingegen, ich sage jetzt, es muss nicht so sein, aber das wäre eben die Frage, wo ich an Sie hätte. Wenn jetzt zwei Personen, wo auch viel geben, aber halt nicht alles, weil die Familie auch wichtig ist. Dass dann am Schluss der Output halt geringer ist, weil vielleicht die intrinsische Motivation oder was auch immer weniger hoch ist, wie jetzt einfach eine Person, wo quasi sein Leben opfert. Ich sage jetzt an der Forschung ist das viel ja auch so. Also die arbeiten Tag und Nacht und die haben nichts nebenbei. Aber durch das geht es auch extrem vorwärts. #00:28:01-0#

B: Ja, ich sage einmal, das ist natürlich immer so eine Frage. Normalerweise würde man sagen, dass die persönliche Motivation ja gerade zunimmt oder ich sage einmal ausgeschoutet wird besser gesagt, eben wenn man sozusagen Unternehmen hat, die so extremen Druck haben, machen ihren Mitarbeitern. Ich sage einmal, Frauen verlassen ja häufig dieses Thema und machen das nicht mehr mit, eben genau weil sie den Druck und den Wettbewerb nicht aushalten können. Insofern sollte man davon ausgehen, dass die humanen Ressourcen, die man gerade verliert durch dieses extreme System, dass die sozusagen gesichert bleiben im System. Also es hängt da wirklich quasi umgekehrt auch von (unv. #00:28:43-0#) ab, dass wir sozusagen viele



wirklich gute talentierte Leute gerade verlieren aus dem System heraus, weil sie sagen, nein, da mache ich nicht mehr mit. Da kann man natürlich gegenargumentieren, genau das, was Sie gesagt haben. Da gibt es dann sozusagen so Leute, die also genau diesen Höchstwettbewerb brauchen, also dieses Winner Trikot und im Prinzip und dann sozusagen als die Leute hervorgehen. Aber da muss man sagen, die derzeitigen Märkte sind ja so geschaffen, als damit die Talentverteilung bleibt trotzdem in der Normalverteilung. Die Talentverteilung, der Intelligenzquotient und so weiter. Und da verlieren wir wirklich viele gute Leute. Und was sozusagen Studien zeigen ist, dass in den derzeitigen Systemen insbesondere Leute mit leicht mehr als der Durchschnitt des Talentes die Gewinner sind. #00:29:37-0#

I: Das habe ich jetzt nicht verstanden. #00:29:39-0#

B: Also das heißt, die derzeitigen Chefs und die Superwissenschaftler, die wir haben, das sind sozusagen Leute, die leicht über dem Durchschnitt liegen der Talentverteilung, aber nicht die Ausreißer da, sozusagen super high potentials und die high potentials sozusagen, die schaffen es häufig nicht den Sprung ins System. Das hat verschiedene Faktoren. Also zum einen, weil es eben doch Zufall und Glück, das eine große Rolle spielt, werde ich Chefarzt oder nicht. Und da werden eben dann / da gehört ja auch eine große Portion Machtfülle mit dazu oder Sachen, die eben jetzt nicht sozusagen nichts mit wissenschaftlicher Qualität zu tun hat und es heißt also, insofern ist das Argument eigentlich ein schlechtes Argument, was da immer kommt. Das heißt, das derzeitige System ist nicht so, dass es sozusagen die super brillanten Leute hervorbringt. Das heißt dass, wir können wenig verlieren. Und man kann sich auf solche Experimente getrost einlassen. Das ist für mich ein Scheinargument, was dann immer vorkommt, genau um sozusagen Positionen zu schützen. #00:30:43-0#

I: Ja, das ist natürlich bei vielen / also eben, sie sind so gekommen ja eben, das Arbeitszeitgesetz engt ein oder diese Modelle engen ein. Weil eben, wenn man quasi wie der Roger Federer sein will, dann muss man auch entsprechend arbeiten können, oder. Und das habe ich mir sagen müssen, leuchtet mir auf eine Weise ein, aber wie Sie jetzt sagen, ist so ein bisschen Allgemeinwissen, das mir viele sagen, ja nicht die Besten arbeiten, sondern, ich sage jetzt so etwas besser als Mittelmaß, so. Also ich komme aus dem Fußball und dort hat sich ja das, also jetzt bei meinen Arbeitskollegen gezeigt. Die, wo dann wirklich Profi in der Bundesliga oder einfach Profisport, sind nicht die gewesen, wo schon in jungen Alter die Superguten gewesen sind. Also eben wie Sie sagen, Glück und alles gehört auch dazu. Aber ja, ist noch cool. #00:31:31-0#

B: Ja, und da muss man wirklich sagen. Der Sport ist ja noch sozusagen der Bereich, wo wir am meisten noch den Leistungsgedanken sehen können. Selbst dort eben, wo Leistung nicht eindeutig messbar ist, ja und honoriert wird. Wie ist es denn in Bereichen, wo noch weniger Kriterien zur Verfügung stehen? Und das ist also wirklich sehr gesichert in der Forschung. Das kann man wirklich sagen. Das ist mittlerweile ein Befund, dass derzeitige Systeme eben eher Durchschnitt hervorbringt. #00:32:05-0#

I: Okay. Wissen Sie per Zufall gerade eine gute Studie, wo ich einmal da noch ein bisschen nachlesen könnte. #00:32:12-0#

B: Ja wir machen dazu recht viel Forschung mit der Market Osterloh zusammen. Zu Zufall, welche Rolle Zufall eben spielt. Zufall und Glück. Und dazu schon veröffentlicht hat ist. Ja schauen Sie einmal bei uns nach. Wir hatten so ein Heft, so ein Special Issue gemacht in der Zeitschrift für Führung und Organisation. Es richtet sich eher an Praktiker. Schauen Sie sich diese einmal an von Market Osterloh und von mir. Und da sind die wesentlichen Autoren drin, die haben so Kurzartikel drin und dann noch die wissenschaftlichen Artikel natürlich zitiert, wo man dann weiterlesen kann. #00:32:52-0#

I: Ja. Ja, ich weiß nicht, auch im Rahmen von der Zeit. Finden Sie irgendetwas noch, also eben, ich habe es jetzt etwas aufgebaut mit den Modellen, die Forschung, die Work-Life-Balance, Karriere. Gibt es noch Punkte wo Sie jetzt finden, wo wir jetzt gar nicht besprochen haben, wo in diesem Zusammenhang vielleicht auch noch berücksichtigt werden müssten. #00:33:20-0#

B: Nein, ich denke, wir haben eigentlich alles so besprochen. Ich meine jetzt vielleicht noch einmal das Beispiel, was ich genannt habe. Ich habe den Namen nicht verstanden von der einen, die jetzt bei Ihnen Klinikdirektorin ist. Ich kenne das. Ich meine, da muss man halt auch vorsichtig sein mit solchen Sachen. Die ist jetzt sicherlich nicht das Standardbeispiel. Dass man da nicht falsche Vorbilder aufsetzt den Leuten. Das finde ich immer, das fällt mir also auf, wenn sie dann auch so hochgejubelt werden und dann, sind so Glanzzeitschriften. Also sie hat es geschafft. Da wird dann sozusagen suggeriert, also die restlichen sind Nüsse, weil sie es nicht geschafft haben. Und es sind ja dann häufig auch so ein bisschen Beispiele. Da sieht man überhaupt nicht, der Markt funktioniert. Das sind ja häufig dann, ich sage einmal nicht die unattraktivsten Menschen, die in solche Positionen kommen weil sie möchten sozusagen, so. Ich sage einmal mit der Gala mittelmäßig und da muss man echt aufpassen, dass man hier nicht demotiviert, statt motiviert. Das ist sozusagen häufig / oder was dort in Organisationen häufig eben geschieht ist, dass das quasi dann auch genutzt wird und es heißt sozusagen, ja es funktioniert auch und warum regt ihr euch so auf? #00:34:35-0#

I: Ja. Also ich glaube das ist auch ein Punkt. Das ist jetzt auch mit dieser ganzen Quotengeschichte, wo mich manchmal ein bisschen stört. Wo also ich weiß nicht, ob die UZH auch ist, aber im USZ hat man das jetzt auch gesehen. Man muss die Frauen fördern. Also man sieht es auch. Ich kann es jetzt nicht auswendig im Kopf. Aber dass auch vor allem mehr weibliche Personen in den Ausbildungen sind. Ich glaube, es ist jetzt sogar, es sind mehr Frauen wie Männer in der Arztausbildung. In der Chirurgie weiß ich jetzt nicht genau, eben aus bekannten Gründen. Aber wie Sie sagen, also es muss irgendwie normal werden. Also es ist ja gut, dass man diese Vorbilder hat. Aber ich sehe jetzt auch zum Teil, die Kliniken, wo es zum Beispiel haben, die sind so wie, wir haben das. Wir haben irgendwie vierzig Prozent oder wir haben zwei Oberärztinnen und das und das. Und nur weil man das hat heißt es ja nicht, dass es auch gut läuft. Das heißt ja eben, es kann viele Gründe haben. Oder ja, ich

sage, wie gesagt auch das Aussehen oder solche Sachen wo halt hineinspielen. Und ich glaube, das muss man, also man muss das eben aus einer neutralen Sicht wirklich anschauen und sagen, dass halt auch, also es gibt auch diese Gegenstimmen. Wo viele sagen, ja ich will nicht nur einfach befördert werden, weil ich jetzt eine Frau bin. Wo manchmal halt ja, aber ich sage gerade das mit dem Vorbild finde ich gut, weil, ich glaube man muss die Modelle so anpassen, dass es einfach ein fairer Markt gibt auf eine Weise. #00:36:15-0#

B: Und ich sage einmal, ich denke sozusagen, dass es realistische Modelle sind, wo sich quasi der Durchschnitt wieder findet. Ich glaube, das ist wichtig, dass sie repräsentativ für den Durchschnitt der Organisationsmitglieder sind. Und eben, das ist so ein Argument. Und nicht sozusagen, ja, ich sage einmal irgendwelche Scheinvorbilder schafft, die es so in der Realität auch gar nicht gibt. Also nicht mehr, dass man quasi einen Mythos schafft. Das hat man ja bei Manager genauso gemacht. (unv. #00:36:46-0#) unter fünfzig Sekunden gerannt sind (unv. #00:36:56-0#) Also so, es muss einfach realistisch sein und es muss Freude machen. Also dann lieber sozusagen auch einmal jemand Unattraktives darauf oder eben durchschnittlich Attraktives und ja, dann ist es glaube ich sozusagen wichtig, um auch so eine Kultur zu verändern. #00:37:14-0#

I: Vielleicht noch als Abschluss. Sie haben gesagt am Anfang oder in der Mitte, dass sie auch noch nicht so bahnbrechende Resultate erzielt haben, sage ich einmal. Woran liegt denn das? #00:37:28-0#

B: Na ja, das ist halt extrem. Man muss sich ja mit den Leuten an den Tisch setzen und dann gibt es sozusagen auf einmal so viele Sachen. Auch sie sprechen sozusagen so viele sagen wir Organisationsunterschiede, Tatabhängigkeiten und so weiter oder was man nicht bedacht hat oder wo dann Gelder fehlen. Und ja, es ist ja wirklich, im Detail liegt das dann, nicht? Und dann muss man quasi alle Leute ja auch überzeugen, dass der Weg dann der richtige ist. Und ich glaube, das ist so das Schwierige. Wir haben ja jetzt dieses Projekt mit der (Retaurinärmedizin?) und ich sehe es aber nur von außen. Also ich glaube, die Mitglieder sind schon der Meinung, da geht etwas voran. Von außen finde ich das extrem langsam und denke, da ist bisher noch nichts vorwärts gegangen. Aber ich glaube intern wird das anders gesehen. Aber da sieht man, wie mühsam das Ganze ist. Und dann soll da irgendwie ein Blatt Papier (unv. #00:38:25-0#) wo ich denke, also Papier haben wir echt schon genügend. (unv. #00:38:32-0#) zu machen. Aber scheinbar geht das auch nicht anders. Oder eben, sozusagen jetzt mit der UZH. Ich meine ja, wir machen es irgendwie alle super, sozusagen diversitätsorientiert und familienorientiert (unv. #00:38:48-0#) unterschrieben und so ja. Aber wenn man dann im Detail schaut, dann funktioniert es halt an vielen Stellen doch nicht. Also dann haben wir halt / ja und es zeigt halt / und warum, weiß ich nicht. Also ich glaube, der größte Grund ist halt, dass wir es hier wirklich / wir haben es ja nicht mit den Organisationsentscheiden nur zu tun. Es wäre ja schön, wenn das so wäre. Aber wir haben es ja auch mit der privaten Konstellation Frau-Mann zu tun, die sich geändert hat. Da können wir nichts als Organisation machen. Und wenn die Frau dann irgendwann entscheidet, ich bleibe doch lieber zu Hause nach der Geburt des Kindes, was ich im Übrigen gut nachvollziehen kann, aus eigener Erfahrung. Also ich würde da sozusagen niemanden verurteilen dafür. Da

hat man als Organisation jetzt wenig zu melden. Oder wenn sozusagen, ich meine, das wissen wir auch aus Studien jetzt unter den Professoren bei uns. Es ist halt selbst die Frauen, die keine Kinder haben, dort selbst in den Partnerschaften, ist es eben nicht gleichberechtigt. Auch dort sozusagen macht die Professorin noch achtzig Prozent der Hausarbeit. Und bei uns ist es genauso in der Familie. Ja also ich sage einmal, wer sich um das Kind kümmert und das alles macht, bin ich. Ja, jetzt kann man sagen ja selbst daran schuld, nicht emanzipiert genug. Aber das ist halt sozusagen, es ist halt gesellschaftlich tief in uns verankert. (unv. #00:40:09-0#), das ist ein Problem. #00:40:13-0#

I: Wie ist es denn so mit dem Staat. Bietet der Staat / das ist ja / ich sage jetzt wenn man vergleicht mit skandinavischen Ländern, mit Kita, also dass zum Beispiel jeweils auch sagt, die haben zu. Also die Kita hat halt zum Beispiel nur bis um sechs Uhr offen und vor allem, ich sage jetzt bei den Chirurgen ist halt, wenn man die Operation macht, kann man das nicht planen. Also man weiß sehr wohl, es geht wahrscheinlich drei Stunden. Aber ich erlebe das ja tagtäglich. Dann plötzlich passiert halt etwas und dann geht es / dann ist man bis um sieben Uhr oder bis um acht Uhr. Und eine Kita ist dann geschlossen. Und dann haben Sie das Gefühl, dass in der Schweiz zumindest oder eben vielleicht jetzt auch Österreich oder so, dass da die Unterstützung vom Staat auch genug ist, dass solche Modelle überhaupt funktionieren? #00:40:58-0#

B: Ich denke, das ist eine Verantwortung zwischen Arbeitgebern und Staat, denke ich. Also nehmen wir jetzt Skandinavien. Ich habe viele Freunde, die in Skandinavien arbeiten. Man darf nicht vergessen, die haben ja sozusagen viel größere Arbeitszeiten als wir. Das heißt, wenn man dort in die Büros geht, in die Standard Büros. Also Medizin kenne ich mich jetzt nicht aus, wie sie es organisieren. Aber an der Uni sozusagen gehen wirklich alle um drei Uhr nach Hause und holen ihre Kinder. Das heißt also so, auch übrigens in Österreich ähnlich. Also weil wir eine andere Arbeitsstundenwoche hier haben. Das heißt also, so viel Fremdbetreuung wie Kinder in der Schweiz erfahren, haben wir in keinem anderen Staat. Also man muss es einmal umkehren. Ich meine, ich hatte ja meinen Kleinen ja in der Schweiz in der Kinderkrippe gehabt. Und das war völlig normal, die Kinder um halbsieben Uhr abzuholen. Also die hatte übrigens auch bis um sieben Uhr oder so, meine ich. #00:41:56-0#

I: Sogar? #00:41:57-0#

B: Ja, gibt es schon einige hier sozusagen. Also die hat um sechs Uhr aufgemacht und um sieben Uhr geschlossen. Und das ist natürlich so, ich sage einmal, das ist sozusagen in der Schweiz, zumindest hier in Expertkreisen scheint es auch normal, normalisiert zu sein, weil ja auch keine Großeltern da sind, dass man die Kinder so lange dort hat. Ich musste sagen, ich kam hier kulturell / jetzt geht er hier in Tirol, eben weil mein Mann hier wohnt, in den Kindergarten. Für mich war es eine absolute kulturelle Umstellung. Ich wurde schief angeschaut, als ich den um halb fünf Uhr abgeholt habe hier. Und das ist übrigens am Uni-Medizinkindergarten. Dort sozusagen ist ganz klar die Norm, dass man Kinder nicht zu lange im Kindergarten hält, weil das

eben nicht gut ist für die. Ich kann das mittlerweile nachvollziehen. Und das ist sozusagen / und das hängt damit zusammen, dass die Arbeitszeiten andere sind. Das heißt, also man müsste quasi umgedreht denken und sind die Arbeitszeiten in der Schweiz nicht zu lang? Mit 42 Stunden Woche oder fünfzig Stunden Woche, da müsste man einmal vergleichen. Ich glaube, da gibt es kein anderes Land, wo so lange Arbeitszeiten hat und dass damit sozusagen natürlich auch ein Rattenschwanz dann an Problemen mit Kinderbetreuung nach sich zieht. Also das ist natürlich kulturell gewachsen in der Schweiz, dadurch dass die Frauen viel später auf den Arbeitsmarkt gegangen sind. Dass das Ganze sehr lokalisiert lange Zeit war. Die Großeltern sind in vielen Familien immer noch vor Ort und können schön eingesetzt werden. Das heißt, die ganzen Kosten auch für Kundenbetreuung und so weiter bauen davon auf, dass man ja eh nur einen Tag die Woche braucht. Und das ist natürlich sozusagen jetzt ganz schwer kompatibel mit dem globalisierten Arbeitsmarkt. Für mich sozusagen tipp top, ist kein Problem, dass die Arbeitszeiten so lange sind. Und wir beobachten im Übrigen / wir haben eine interessante Untersuchung zu neuen Arbeitszeitmodellen. Was in der Schweiz extrem stark fundiert ist, ist dieses Modell des almost full time employment. #00:44:04-0#

I: Almost full time? #00:44:05-0#

B: Almost full time. Ja. Das heißt, was dort ausgeschrieben werden sind Stellen so zwischen 80 bis 95 Prozent. Ganz viele Positionen, schauen Sie einmal, Einführungspositionen. Und ich glaube, der Grund dafür liegt in den / genau an dieser so Inkompatibilität zwischen Arbeitszeiten und Kinderzeit. Und das heißt, also was man damit macht ist quasi, man erreicht sozusagen eine legitimierte 38 Stunden Woche oder so für die Leute. Wo sie sozusagen dann die Kinder eben noch vor der Schließung abholen können und trotzdem sozusagen Karriere machen können in der Organisation. Weil ich sage einmal, wenn das almost full scheint ist, wenn man nicht sagt, ah, das ist doch hier Teilzeit. Und das heißt, die Hemmungen quasi gegen so ein Modell sind dann in der Organisation, kann ich mir vorstellen, viel geringer. Dass man sagt, ah ja okay, die Chefin oder der Chef kann auch 95 Prozent arbeiten. Und damit hat aber der Chef quasi die Legitimation sozusagen, dann irgendwie vielleicht doch einmal die Sitzung abubrechen, und um halb fünf Uhr das Kind abzuholen. #00:45:14-0#

I: Ja spannend. Ja, ich glaube, die Schwierigkeit jetzt für mich ist auch, dass jetzt, also es ist so komplex, dass man sich nicht verliert in verschiedenen. Ja also eben, man kann es so fest ausweiten, weil halt alles zusammenhängend und ich glaube darum, ist es halt eben auch. Also ich finde es extrem spannend aber halt auch ein sehr schwieriges Thema vielleicht oder ein mühsames Thema, weil halt eben alles mit allem zusammenhängt und ich sehe ja das selber auch. Darum, nochmals zurück zum (unv.) am Anfang. Es haben alle gesagt, es ist möglich. Es ist keiner dagegen. Also ja, ich habe mich jetzt selber auch ertappt seit ich das Team führe und so. Es ist so schwierig. Es ist so schwierig, weil es viele Abhängigkeiten hat, viele, eben, es sind ja jeweils gute Gründe, wo die Leute haben. Und ich merke das, ich sage jetzt, eben nur wenn das Kind krank ist oder jetzt auch in der Corona-Zeit, ich kann von zu Hause aus nicht arbeiten weil dieses oder jenes. Es sind ja alles gute Gründe. Und als Arbeitgeber habe ich dann einfach sagen müssen, ja schau, das ist nicht mein

Problem. Du hast einfach diese Aufgaben und du hast eine Woche Zeit. Und wie du das löst, ist egal. Und wenn dann aber die Leute halt das einfach nicht können aus guten Gründen, wo ich sagen muss, ich verstehe das, ist am Schluss die Arbeit halt nicht gemacht. Und dann fängt es halt eben an, dass man wieder konservativer wird und sagt, okay, es funktioniert nicht. Es müssen wieder alle im Büro sein, es müssen alle von dann bis dann da sein. Es müssen alle das, weil, ich sage jetzt auch, vielleicht so die Selbst-Management nicht funktioniert, teilweise. Teilweise ist es auch vom Chef abhängig. #00:47:04-0#

B: Ja, das stimmt schon. Ich meine, die Erfahrung habe ich auch gesammelt. Aber ich glaube, da braucht es halt wirklich ganz klare Leitlinien oder Richtlinien. Also ich sage einmal wie oft zum Beispiel Präsenzzeit sein muss. Dass man auch gewisse Anforderungen erhöhen muss. Klar, man darf auch nicht überall entgegenkommen. Ich habe das jetzt gehabt an der Uni, eben auch wegen Corona. Als Gleichstellungspräsidentin, wo dann irgendwie, da sind auf uns Beschwerden auch eingepresselt, eben wegen dieser Diskriminierung von eben insbesondere Frauen, aber jetzt also von Familien mit Kindern. Wegen diesen Urlauben und wie dies eben alles geregelt wurde. Aber das hat ja erstens nicht die Uni geregelt, sondern der Regierungsrat. Und zum zweiten muss ich etwas sagen, hey Leute, jetzt hört einmal auf mit jammern. Das ist sozusagen jammern auf hohem Niveau. Schaut euch einmal an, wie viele Leute arbeitslos geworden sind gerade oder wie viele Familien in einer Einzimmerwohnung ohne Computer da sind. Also ich meine, da muss man einfach auch ein bisschen klar auch Solidaritätsverständnis (unv. #00:48:07-0#), das muss ich sagen. Und da muss ich auch sagen, man kann es nicht allen Recht machen. Ich glaube, das muss man hier dann auch sehen. Also ich sage einmal, das ist sozusagen, das sehe ich schon genauso. Also zum Teil kommt dann so / da fühlt sich die eine Gruppe noch diskriminiert und die andere noch diskriminiert und was haben wir noch? Also ich meine, klar es gibt jetzt nicht den Wollspülgang oder so für alle. Aber ich denke und ich sage das generell jetzt hier einmal, was man scheinbar machen muss und ich glaube auch irgendwie der Punkt, dass es ja vielleicht sozusagen nicht geht, wenn keine Großeltern da sind und dass man auch nicht möchte, dass eben Kinder sozusagen nur mit Kita aufwachsen oder so. Ja du möchtest, dazu braucht es irgendeine Lösung. Da sind Organisationen mitgefordert. #00:48:50-0#

I: Genau. Ja und ich glaube eben es sind, also für mich jetzt so die Sachen. Zum einen ist es halt die Selbstverantwortung oder einfach, ich sage jetzt auch, ich mache jetzt auch diese Arbeit schon in meiner Freizeit, also ich bin normal hundert Prozent angestellt, mache es in der Freizeit aber komme entgegen. Dafür kann ich halt auch einmal, an einem Morgen muss ich nicht kommen. Das ist so ein bisschen der Deal. Wo ich aber jetzt halt, wie gesagt, ich muss jetzt auch zeigen, dass es geht. Dass die Organisation, weil ich das jetzt mache, also eben, dass nicht eine Sitzung verschoben werden muss. Sondern dass ich dann halt schaue, dass ich irgendwie diese Sitzung machen kann und trotzdem anwesend bin, obwohl und so, oder. Und ich glaube das ist das, wo eben der Balanceakt schwierig ist, wo dann eben, wie Sie sagen, viel dann in das andere Extremere hinüberschwappt. Ihr müsst das so organisieren, damit ich zu Hause mit meiner Familie sein kann, wo es auf beiden Seiten sein muss, oder so, wie das Gleichgewicht. Zum einen mir quasi die Möglichkeit bieten können aber umgekehrt muss auch der Arbeitnehmer ein gewisses Entgegenkommen haben, oder. Wie Sie gesagt haben, dass man halt fixe Tage gibt. Wenn der

Dienstag, wenn einfach alle da sein müssen, dann ist es einfach so. Und dann kann man nicht das auch noch verhandeln und. Sondern dann ist es dann einfach so. Und dann ist halt egal, wenn jetzt dann die Eltern auch nicht gerade können und die Kita ist irgendwie auch gerade geschlossen. Sondern dann so ein bisschen, oder, ja. #00:50:18-0#

B: Ja, dann muss man das irgendwie organisiert bekommen. #00:50:20-0#

I: Genau. Ja, okay. #00:50:21-0#

B: Gut, dann bleiben wir in Kontakt, hoffe ich, nicht? #00:50:29-0#

I: Ja sehr. Ich hoffe jetzt / vielleicht ja, der Zeitplan sieht ein bisschen so aus. Ich werde jetzt bis im Sommer einmal eine erste Evaluationsrunde, sage ich einmal, machen, wo ich so ein bisschen alles sammle. Ist jetzt ein bisschen / ja, der Zeitplan wegen Corona ist jetzt ein bisschen durcheinander, leider. Aber das Ziel wäre, dass ich bis im Sommer so ein bisschen das einmal habe und dann im zweiten Halbjahr je nachdem noch weitere Interviews mache mit Leuten. Ich muss dann halt schauen, eben wieviel dass die Erkenntnisse sind und natürlich muss ich auch die Literatur noch einmal etwas besser untersuchen. Ich bin aber eben vor allem mit der Miriam Ganzfried eigentlich, wir haben wöchentlich ein bisschen Kontakt. Und ich komme auch sehr gerne auf Sie zurück, also vor allem jetzt eben so Organisation oder ja einfach, ich weiß nicht, wie stark psychologische Faktoren auch, also die spielen hinein, aber je nachdem, eben die Gefahr, die ich im Moment noch sehe, dass es zu viel, zu groß. Und ich muss immer probieren, dass ich es möglichst ein bisschen hinunterbrechen kann. Vor allem, eben, es ist jetzt wirklich so ein bisschen Chirurgie, universitäres Level. So, das ist so ein bisschen im Moment jetzt so die Zielgruppe, vor allem Chirurgie. Weil, wie Sie sagen, ich habe das Gefühl, wenn man auch zeigen kann, dass es eben dort geht. Dann muss ich sagen, wieso geht es denn in anderen Sachen, wo es vermutlich einfacher ist, nicht. Und das sehe ich ja bei denen, wo jetzt Sprechstunden machen, also die Internisten, also völlig legitim. Aber die können es planen. Die können es wirklich planen. Es ist nicht eine Operation da, es ist auch nicht ein Patient da, wo gerade stirbt, wenn er jetzt anstatt heute erst Morgen den Termin hat. Wo halt bei Chirurgie, jetzt zum Teil eben Transplantationen oder Unfälle, wo es wirklich nicht geht. Und sogar die sagen, ja es geht. Genau. #00:52:36-0#

B: Okay. #00:52:39-0#

I: Ja, es hat mich sehr gefreut. Vielen Dank. Es ist sehr spannend gewesen. Sehr viele neue Inputs, wirklich. Ja, auch das eben mit dem Talentpool. Also wirklich Superthemen, wo ich sehr gerne aufnehme. Und falls ich noch Fragen hätte, würde ich auch gerne wieder auf Sie zukommen, ja. #00:53:00-0#

B: Sehr gerne, genau. Ja ich freue mich, jetzt einmal in Kontakt bleiben. Vielleicht ergibt sich ja auch einmal eine Zusammenarbeit mit dem Chef zwischen Universitätsspital, nicht? #00:53:09-0#

I: Ja, auf jeden Fall. Also ich weiß, dass ihr dieses Thema auch / ja groß geschrieben wird. Aber eben, wie Sie sagen, man will es irgendwie und doch nicht. Und ich glaube, irgendwann muss man dann halt einfach das Commitment auch geben. Dass man sagt, so und jetzt wird umgesetzt und nicht nur immer Umfragen und man redet zusammen und nochmal eine Sitzung und nochmal eine Sitzung, sondern halt auch, dass man einmal sagt, so, jetzt machen wir das, jetzt probiert man es und dann sieht man auch, ob es geht. #00:53:36-0#

B: Ja, das wäre super, wenn das einmal so weit kommen würde. #00:53:41-0#

I: Wer weiß? #00:53:42-0#

B: Okay. #00:53:45-0#

I: Okay, super. #00:53:46-0#



## Interview 17

B: Gern. #00:00:06-4#

I: Mhm, ich würde eigentlich gerade mit der Frage starten wie so ein typischer Arbeitsalltag bei dir aussieht? #00:00:12-8#

B: Mhm. #00:00:13-4#

I: Falls es das gibt. #00:00:15-0#

B: Ja, eben (lachend). Ja, also der typische Alltagsalltag sieht so aus, dass man/ dass wenn man jetzt mal nicht Nachtdienst hat, sondern – gehen wir mal davon aus – man im Tagdienst, im normalen Betrieb ist, schaut so aus, dass man zwischen sieben und sieben Uhr dreissig ungefähr da dazwischen in die Arbeit kommt und mal (lachend) seinen Papierkram noch mal durchschaut, seine Mails noch mal kontrolliert oder eben die internen Mails beantwortet und dann eben entweder in die Sprechstunde/also dann gibt es meistens Morgenrapport. Das ist/ich habe jetzt schon in mehreren Häusern oder mehreren Kliniken gearbeitet. Das ist eigentlich überall so und eben zu unterschiedlichen Uhrzeiten aber, dass es dann eine Morgenbesprechung gibt und dann geht man entweder in den OP, in die Sprechstunde oder auf die Station auf Visite und ja dann kommt es sehr darauf an, wo man gerade eingeteilt ist. Beim OP hat man manchmal Zeit für Pausen, manchmal gar keine. Das kommt natürlich auf die OP an. Wir haben alle schon OPs miterlebt, die acht Stunden gehen, dann hat man natürlich keine Pause, aber wenn man jetzt bei drei vier OPs eingeteilt ist, dann hat man dazwischen schon gut die Möglichkeit was zu essen, was zu trinken und den (lachend) Bürokrum weiter zu erledigen. #00:01:41-8#

I: Ja genau. #00:01:42-6#

B: Und (lachend) in der Sprechstunde funktioniert das meistens schon auch zwi-schendurch, wobei man sagen muss, dass man in der Sprechstunde recht lang nach-her beschäftigt ist mit dem ganzen Schreibkram und ja, auf Station ist man einfach freier und teilt sich/ da hat man fixe Zeiten was jetzt zum Beispiel die Visite angeht, aber sonst teilt man es sich recht flexibel ein und wenn man Hunger hat oder Pause machen will, dann macht man das, aber ja auch da verschiebt sich dann halt alles nach hinten. #00:02:16-8#

I: Ja, okay und was sind so die Herausforderungen in deinem Alltag? #00:02:23-7#

B: In meinem Alltag, ja sind die Herausforderungen effektiv oft kaderarztabhängig, weil jeder/oder ich so die Erfahrung gemacht habe – ich bin jetzt recht neu auf der Thoraxchirurgie war aber zwei Jahre auf der Viszeralchirurgie und auch hier im

Haus/und einfach die Erfahrung gemacht habe, dass jeder Oberarzt oder jeder Kaderarzt gerne etwas anderes (lachend) hätte oder es für wichtiger erachtet. Jetzt gibt es einfach auch standardisierte Prozesse, aber halt oft einfach auch Abweichungen, wo halt doch dann der Kaderarzt lieber etwas anders hätte und ja. Und das ist natürlich immer wieder eine Herausforderung, weil das Organisieren dieser Dinge manchmal gar nicht so einfach ist, wie man sich das vorstellt (lachend). Aber ja, ansonsten eigentlich/ich meine, ich bin jetzt im vierten Jahr Chirurgie. Am Anfang war es absolut eine Herausforderung effizient zu arbeiten, seinen Tag so zu strukturieren, dass man sich nicht verliert und unmässig Überstunden macht und auch zu verstehen, was muss man heute machen und was kann man vielleicht auf einen Tag aufschieben, wo man mehr Luft hat. #00:03:53-5#

I: Mhm. #00:03:54-9#

B: Also Prioritäten zu setzen ist vielleicht schon auch noch/ und auf Station zum Beispiel– man weiss nie was kommt. Also das ist so ein bisschen unvorhersehbar. #00:04:05-8#

I: Okay, du hast gesagt kaderarztabhängig, das heisst du machst eine Untersuchung und du meldest irgendetwas an, weil das immer so war und jetzt kommt ein neuer Kader oder ein anderer und der sagt: „Nein, das muss man so machen“, zum Beispiel. Oder was heisst?/ #00:04:21-8#

B: Ja, oder noch etwas dazu oder man muss dann noch konziliarisch noch irgendwelche andere Kliniken involvieren oder die Patienten noch mal anrufen, den Hausarzt anrufen. Das sind alles Sachen, die kosten einen dann summiert (lachend) Stunden, wenn es blöd läuft, aber ja. Das ist aber sehr, sehr klinikabhängig, muss man sagen. #00:04:45-0#

I: Und ist das / also wirkt sich das indirekt auf deine Zufriedenheit aus oder auf vielleicht auch auf Überzeit oder spielt das keine Rolle? #00:04:55-7#

B: Es wirkt sich sicher auf Überzeit aus, ich glaube schon. Das glaube ich schon, wenn man sehr viel Zusatz/ wie soll ich jetzt sagen – Dienstleistungen, wie zum Beispiel den Hausarzt anrufen, dann den anderen anrufen und so weiter, wenn man das alles machen muss, hängt man natürlich einfach – weiss ich nicht – zum Beispiel eine halbe Stunde, eine Stunde am Telefon und das wirkt sich schon aus. Andere Sachen vielleicht nicht so. Meine Zufriedenheit, hm. Ja, manchmal denkt man sich: „Warum mach ich das?“ Das stimmt schon, also es hat da vielleicht schon einen Einfluss, wenn man die Sinnhaftigkeit dahinter nicht sieht. Meine Erfahrung, wie man damit eigentlich am besten umgeht ist eigentlich, denjenigen der sich das gerne wünscht, den Kaderarzt, der das gerne hätte, dass man diesen Mehraufwand betreibt, einfach fragen, was der Sinn dahinter ist. Und wenn man den versteht, dann ist es für uns Ärzte eigentlich glaube ich alle was anderes. Also dann können wir einfach alle damit besser umgehen. Weil zum Schluss, ganz tief ins uns drinnen machen wir das ja alle für die Betreuung der Patienten. #00:06:08-0#

I: Ja, genau und das macht ja Spass. #00:06:09-8#

B: Ja, genau. #00:06:10-9#

I: Okay, wir haben es ganz kurz schon angesprochen. Einfach so die Arbeitszeiten. Ist das ein Thema bei den Assistenten oder bei dir persönlich? #00:06:21-9#

B: Ja, hm. Wir sind chirurgische Assistenten und wir wissen, dass wir auch in unserer Freizeit etwas für unsere Arbeit machen müssen. Ob das jetzt im Spital ist oder zuhause sei jetzt dahingestellt. Ich meine das ist auch sehr individuell. Wir wissen alle, dass es Zeiten gibt, wo wir mehr arbeiten und man muss klar sagen/ich glaube jeder chirurgische Assistent, der Chirurg werden möchte, hat kein Problem Überstunden zu machen, wenn er dafür (unv. #00:06:57-9#) steht. Wenn er dafür praktische Erfahrung sammelt und einfach. Ich glaube, da ist jeder bereit dafür und das trägt eigentlich so zur Zufriedenheit bei, als eben einen unzufrieden zu machen. Natürlich ist das dann bei anderen/bei jedem unterschiedlich, ob einem zum Beispiel die Stationsarbeit oder die Sprechstundenarbeit dann unzufrieden macht, wenn das in die Längen geht oder nicht. Ich glaube es ist/also es gibt sehr viele auch Chefärzte älteren Semesters, die behaupten: „In der Chirurgie ist es nicht möglich das Arbeitszeitengesetz zu respektieren“, oder die die Meinung vertreten, weil man natürlich für die Chirurgie praktische Erfahrung braucht und einfach Zeit investieren muss, um diese praktische Erfahrung auch zu sammeln und die internistischen Fächer halt eher theoretisch, also nicht nur, aber einen grossen Teil theoretisch oder theorielastiger sind und deswegen kann man das halt besser einteilen und wahrscheinlich eher die Arbeitszeiten respektieren und ja, das ist vielleicht bedingt richtig, aber durch eine/das ist glaube ich ein generelles Problem. Durch eine gute Strukturierung von Dienstplänen, Einteilungen und auch vom dem Assistenzarztschlüssel, also wie viele Assistenzärzte man effektiv einstellt, kann man das glaube ich/kann man dem schon entgegenwirken. Also es muss dann nicht jeder statt 60, 80 Stunden arbeiten sage ich mal. Aber in der Chirurgie ist es sicher so, dass das sehr oft passiert, dass man sehr, sehr viel Überzeit macht. #00:08:53-5#

I: Und das ist weil man im OP steht, oder ist das weil man andere Sachen macht oder weil es einfach nicht strukturiert ist? #00:09:00-3#

B: Also, im Uni/also in der Uni/also im Zentrum steht man einfach als Assistent weniger im OP. Das ist einfach so, weil die Patienten auch natürlich komplexer sind. Die (unv.#00:09:19-2#) oder sind/es sind zugewiesene Patienten, von irgendwelchen Zuweisern, auf die man auch bis zu einem gewissen Punkt angewiesen ist und deswegen, ja. Man ist zwar manchmal dabei, aber um ehrlich zu sein, braucht es an der Uni oft die Assistenten im Rest vom Betrieb. Also Station, Sprechstunde und so. Man macht effektiv wahnsinnig viel Überstunden, weil man zusätzlich zu dem Schreibkram, der unserer Beruf mittlerweile mit sich bringt, auch noch Forschung machen sollte. Und die passiert halt natürlich in der Freizeit, ausser man macht ein Forschungsjahr (lachend) aber das ist natürlich ganz was anderes, dann ist man klinisch

ja gar nicht mehr tätig, aber sonst ist das alles in der Freizeit und das ist natürlich sehr viel, sehr viel Zeitaufwand und auch ja, die eigene theoretische Weiterbildung und so passiert sowieso alles in der Freizeit, aber ja, das ist schon so. #00:10:23-9#

I: Aber das heisst/Freizeit heisst, du schreibst die Zeit nicht mal auf oder ist das ein Mix dann zum Beispiel, oder? #00:10:33-5#

B: Also meistens/also ich und glaube ich die allermeisten meiner Kollegen, so wie ich das jetzt mitgekriegt habe, schreiben die Überzeit, die sie machen, wenn es um die Station geht oder um die Sprechstunde oder um das Berichtswesen, schreiben sie mehr oder weniger auf und die Forschungszeit, die man investiert, wird eigentlich fast nie irgendwie festgehalten. #00:11:01-6#

I: Mhm, ist das/findest du das gut oder schlecht, oder? Du hast vorher ja so ein wenig gesagt, dass es dazu gehört, wenn man Chirurg sein möchte. Ich glaube, das ist zu einem gewissen Punkt vielleicht auch so, also eben, weil du hast eine OP die kann plötzlich mal 8 Stunden dauern und dann ist das halt so/ #00:11:22-5#

B: Kann man nicht einfach gehen/ #00:11:23-5#

I: Aber trotzdem oder siehst du Möglichkeiten oder von den Modellen her? #00:11:28-4#

B: Was ich sinnvoll fände an Unikliniken, ist es geteilte Klinik von Forschungsstellen zu machen. Das gibt es in gewissen Ländern. Zum Beispiel in Österreich an den Unikliniken gibt es/die meisten Stellen, die es dort gibt an Unis sind so dass man 80 % Klinik und 20% Forschung hat und das bedeutet dann einfach, dass man an gewissen Tagen fix zwar arbeitet aber nirgendwo eingeteilt ist und das sind forschungsfreie Tage. Das kann man dann daheim machen oder eben/das hängt dann von der Forschung ab, also das keine Ahnung/oder im Spital oder im Labor/ und das natürlich/natürlich überschreitet die Zeit, die man in Wirklichkeit mit dem Forschungsprojekten verbringt diese Tage, aber mindestens hat man so ein bisschen einen Raum und das finde ich eigentlich sehr, sehr sinnvoll, um ehrlich zu sein. Und ja, ansonsten was sicher kommen muss in nächster Zeit, ist – einfach um die Chirurgie möglicher für Frauen zu machen – ist dass in irgendeiner Weise 50% Stellen geschaffen werden, geteilte Stellen zum Beispiel. #00:12:45-2#

I: Also Jobsharing? #00:12:46-2#

B: Genau, dass man Jobsharing zulässt in der Chirurgie, das funktioniert noch schlecht, aber das ist sicher etwas was perspektivisch wichtig ist einfach für/weil früher war ein Chirurg oder ein Arzt war meistens ein Mann und hat zwar Kinder bekommen, aber eine Frau gehabt, die zuhause war und die Zeiten ändern sich ja und die Chirurgie wird immer weiblicher und das/die sind jetzt alle noch jung, die meisten,

aber das Problem wird sich stellen und zwar in der breiten Masse, weil die Hälfte der Assistenten in der Chirurgie sind weiblich und zwar in grossen globalen Durchschnitt bei den Neuanfängern so mehr oder weniger, bisschen weniger als die Hälfte, aber es sind sehr, sehr viele und das Problem wird sich stellen irgendwann ich glaube nicht, dass die ganzen Frauen einfach keine Kinder wollen. Und das glaube ich, wäre ich sehr wichtig, dass das funktioniert und zwar ohne dass man dann eine Benachteiligung hat in der Ausbildung. Also das ist schon so. #00:13:45-4#

I: Und, aber wie würde dann das funktionieren? #00:13:48-0#

B: Ja, es ist sehr schwierig (lachend). Ich mein natürlich/also entweder man/es gibt immer die Möglichkeit, dass man die reduzierten Arbeitszeiten einfach durch Freitage kompensiert quasi die/einfach sagt, man arbeitet bei 50% halb so viele Tage, aber an diesen Tagen die 10 Stunden, damit es irgendwie machbar ist in der Chirurgie und es ist schon so, wenn man aber sagt man möchte immer nur 50% an einem Tag arbeiten, dann ist es unfassbar schwierig, weil einfach ganz viele Operationen länger als fünf Stunden oder vier Stunden gehen. Das ist schon so. #00:14:31-3#

I: Und wie könnte man das auch/ich sage jetzt abdecken, wenn jetzt zum Beispiel noch Schichten sind? Oder vielleicht anders gesagt, wäre die Akzeptanz auch da? Weil wenn jemand nur 50% da ist, müssen diese beiden Personen ja trotzdem alles abdecken können und das heisst ja auch viel bei den Ärzten, man muss da sein, damit man weiss was läuft und je weiter oben du bist, desto häufiger sollte man da sein oder ist das nicht/oder wäre das kein Problem? #00:15:03-6#

B: Ich glaube man muss dann sicher mit seinem Jobsharer (lachend) oder mit dem Partner, mit dem man sich dem Job teilt, oder der Partnerin, einfach in Kontakt sein, das schon, damit da jeder Bescheid weiss. Aber um ehrlich zu sein sind wir ja alle immer erreichbar, also von dem her. Es gibt da auch ein paar Beispiele, die eigentlich ganz cool sind. Also im Triemli ist die Chefarztstelle auf der Gynäkologie geteilt. #00:15:27-8#

I: Ist das auch chirurgisch? #00:15:30-0#

B: Das sind zwei Frauen– ja. Die sind /eine macht sehr viel Chirurgie und die andere macht sehr viel Geburtshilfe, also bringt Kinder auf die Welt, aber sie machen beide viel Chirurgie und das Triemli ist sicher kein – auch wenn keine Uni, sicher von der Grösse her ein gutes Beispiel. Die Viszeralchirurgie hat derzeit/ #00:15:52-2#

I: Am USZ? #00:15:53-9#

B: Mhm, hier am USZ, seit Januar eine geteilte (unv. #00:15:57-9#) Stelle und das funktioniert auch. Die teilen sich ja aber die Woche. Also quasi da arbeitet/ #00:16:06-5#

I: Einer eine Woche? #00:16:08-4#

B: Also quasi eine von Montag bis Mittwoch und die Andere Donnerstag Freitag und die Dienste werden dann noch irgendwie geteilt. Der Tag, der quasi/die eine macht mehr Dienste, weil sie eben nur zwei Tage in der Woche arbeitet, dann macht sie nachher Wochenende. #00:16:25-7#

I: Okay, ja. Und was hast du das Gefühl wovon das abhängig ist, dass das funktioniert? Also ist das persönlich oder vom Chef oder vom Arbeitgeber? #00:16:39-8#

B: Ich glaube es ist sehr viel vom Chef abhängig. #00:16:43-4#

I: Also Chef heisst Klinikdirektor? #00:16:45-3#

B: Oder zumindest von dem der Einstellungen, also es ist ja nicht immer/. Also zum Beispiel auf der Klinik für Viszeralchirurgie ist der Chefarzt nicht der, der einstellt. Auf dem Niveau der Assistenzärzte und ORIV, Ärzte, Oberärzte und leitende Ärzte, da ist er involviert. Und darunter gibt es einen zuständigen Programmdirektor, der da die Einstellungen und/also personalbetreffende Entscheidungen trifft und der muss dazu bereit sein, sonst ist es sehr schwierig und ich glaube es braucht ein Umdenken in eben den höheren Strukturen, eben so Kaderbereich, leitendem Bereich der Chirurgie und das wird kommen, aber ich glaub dazu muss eine Generation erst in (lachend) Rente gehen. Also ich glaube es ist wirklich so. Es sind jetzt noch – aber das passiert in den nächsten fünf Jahren in ganz vielen Spitälern – sind Chefärzte noch an ihrer Chefarztposition, die wirklich deutlich von der alten Schule sind und die glauben man muss als Chirurg (lachend) leiden und sein Leben aufgeben (lachend) und das ist schwierig. Das ist schwierig. Und es ist ja auch – die Klinik für Thoraxchirurgie ist ein super Beispiel oder? Es herrscht ein unglaublich offenes, harmonisches Klima, man kann eigentlich alles ansprechen, man kann immer miteinander reden und das liegt unter anderem sicher auch an der jungen engagierten Chefärzte, sage ich mal. #00:18:17-3#

I: Und, also gut du hast gesagt, das mit der Stelle/mit der Forschung fand ich noch spannend 80,20 %. Die bekommen aber normal 100% Lohn? #00:18:27-2#

B: Die kriegen 100% Lohn. #00:18:27-5#

I: Okay #00:18:29-4#

B: Als würden sie 100% klinisch arbeiten. #00:18:31-1#

I: Und das heisst, wie am Montag arbeiten sie einfach an der Forschung und Dienstag bis Freitag in der Klinik? #00:18:37-0#

B: Genau, und haben einfach zum Beispiel zwei mal im Monat Forschungstage und arbeiten sonst in der Klinik. #00:18:44-0#

I: Und dann sind sie einfach losgebunden/? #00:18:45-0#

B: Sind sie frei vom Klinischen/ sind sie wirklich raus. Also wirklich im klinischen Dienstplan tauchen sie dann gar nicht auf, aber kriegen den Tag bezahlt, weil sie dort Forschung betreiben oder was auch immer. #00:18:58-2#

I: Okay, in diesem Zusammenhang ist jetzt auch der Trend da, dass man diesen /ich sage jetzt Physician Assistent oder klinischen Fachspezialisten/was ist so deine Meinung dazu? #00:19:13-6#

B: Ich glaube, dass das im Prinzip die Zukunft werden wird, weil man kann glaube ich/also in der Schweiz ist die Bezahlung sicher kein Thema, aber in anderen Ländern vor allem in der EU und vor allem in Südeuropa sind Assistenzärzte also sehr, sehr, sehr schlecht bezahlt. Das wird glaube ich nicht lange so bleiben, weil sich da immer mehr lautere Stimmen quasi erheben und ich glaube das kann man sich nicht leisten. Ich glaube es gibt ganz viele Tätigkeiten, die wie wir Assistenzärzte machen, die genau so gut von einer ausgebildeten, instruierten Physician Assistent oder Pflegeassistenten oder wie auch immer man sie nennt, erledigt werden können. Also wir haben das ja auch nicht in der Uni gelernt, viele Dinge, so Berichte, das lernt man nicht. Das lernt man dann hier (lachend). #00:20:12-8#

I: So on the job. #00:20:14-3#

B: Ja, genau. Also ich glaube viel kann man da eigentlich schon abgeben, ja. #00:20:18-1#

I: Und wäre das denn auch eine Erleichterung im Arbeitsalltag oder würde es nicht gross einen Unterschied machen? #00:20:24-3#

B: Ich glaube schon. Ich finde man sollte es nicht ganz abgeben. Ich glaube es gehört dazu, um zu lernen, wie man zum Beispiel dann als Oberarzt Visite machen kann, muss man eine Station mal geführt haben. Also man muss da schon mal durch (lachend). Da bin ich überzeugt davon. Es ist auch wichtig, dass man/man lernt in der Zeit auch wahnsinnig viel. Man lernt viel am Anfang vom Pflegepersonal und die praktischen Dinge einfach oder wie man es besser in die Praxis umsetzen kann, was man gerne hätte und man lernt wahnsinnig gut zusammenzuarbeiten, auch einfach weil man in der Minderzahl ist. Und ich glaube es ist / es wäre, wenn man sich die

Aufgaben teil oder einen Teilbereich der Aufgaben abgibt, ist es sicher eine grosse Hilfe und ich glaube in Summe ist es günstiger für das Gesundheitssystem, weil man sonst in den nächsten Jahren, wenn der Trend – oder Jahrzehnten – wenn der Trend so weitergeht: Die Leute werden immer älter, immer mehr Patienten, immer mehr Eingriffe. Es ist nicht mehr machbar mit den Einstellungen, die wir haben oder mit dem Personal das wir haben. Das ist irgendwann/irgendwann geht das nicht mehr. Das kann man eine Zeit lang kompensieren, aber irgendwann ist es zu viel und dann ist es eine super Möglichkeit und es ist halt dann irgendwo die Preisfrage und das kann man sehr, sehr gut machen und ich glaube es ist auch megawichtig, dass man nicht nur mit Ärzten zusammenarbeitet sondern auch mit anderen Berufsgruppen, eben dass man das pflegt. #00:22:08-4#

I: So interdisziplinärer Austausch? #00:22:10-4#

B: Ja, also und interprofessionell, weil sonst tendieren Ärzte manchmal dazu so unfassbar überheblich zu werden und das ist ganz schlimm, also ich find das schon noch gut. #00:22:22-5#

I: Ja, hast du jetzt noch in deinem Arbeitsalltag gewisse Arrangements oder arbeitest du normal 100%? #00:22:31-2#

B: Ich arbeite normal 100%, aber ich bin auch/bin zwar verheiratet, aber habe keine Kinder und alle meine Freunde sind quasi Ärzte und in derselben Situation, aber das ist bei uns meistens so, aber oder Ärzte oder Pflegepersonen, schaffen im Spital mindestens, aber ja für mich ist es im Moment auch kein Thema zu reduzieren, aber wäre es sicher sollte ich vielleicht irgendwann Kinder kriegen. Das schon. Weil ich glaube, es zeigt nicht, dass/mein Mann ist auch Arzt– Unfallchirurg. Auch Assistenzarzt. Also unsere interne Übereinkunft ist, dass wir dann beide reduzieren würden, um wenig, weil wir beide/ #00:23:21-3#

I: Also wenig heisst 10% oder 20%? #00:23:23-3#

B: Ja zehn, zwanzig Prozent, je nach dem was es braucht, oder? Wie dann die – auch rundherum die Organisation möglich ist – oder? Mit Kita oder Familie oder was auch immer. Also das ist/kann man einfach im Vorhinein nicht planen. Aber wir beide eigentlich unseren Beruf eigentlich nicht aufgeben möchten. So in diesem Sinn. #00:23:43-6#

I: Und , also vielleicht eine persönliche Frage, du musst auch nicht/aber hindert dich jetzt das Umfeld oder die Arbeitssituation daran jetzt schon Kinder zu haben? Oder ist das einfach grundsätzlich noch kein Thema oder ist es mehr so weil du Angst hast, dass du mit der Ausbildung eher weniger weit kommst oder weniger schnell? #00:24:05-3#



B: Ja. Angst ist vielleicht der falsche Ausdruck, aber das ist sicher ein Punkt, weil es einfach für mich klar ist, dass ich im Moment ohne Facharzt und mit noch zu geringer chirurgischer Ausbildung. Es ist einfach der falsche Moment für mich. Und das sieht in zwei Jahren vielleicht ganz anders aus, oder in drei könnte ich meinen Facharzt haben so ungefähr. Dann ist es absolut Thema und es ist wahrscheinlich karriere-technisch, aber vor allem jetzt nicht, um die Megakarriere zu machen aber um einfach ein gut ausgebildeter Chirurg zu werden besser, dass nach dem Facharzt Kinder zu kriegen. Das ist ganz schlimm aus meiner Sicht (lachend). Also aus einer feministischen Sicht zu sagen: „Gut Studium abwarten und dann nochmal fünf sechs Jahre warten“. Also das ist schon schwierig, aber ich persönlich habe halt die Entscheidung getroffen, dass ich in meinem Beruf wahrscheinlich zu viel zurückstecken müsste und das möchte ich nicht. Es gibt viele und das ist vielleicht noch schlimmer, die deswegen Fach wechseln. Also ein Fach, das weniger kompetitiv ist, auch chirurgisch vielleicht. Aber auf ein Fach auf dem man sich irgendwann niederlassen kann und eben sagen okay sie machen GYN, HNO, Derma – okay, Derma ist sehr kompetitiv, aber gehen nirgendwo hin, ja, wo man nicht acht Stunden OPS hat, wo man kleine OPs macht, wo man dafür viele macht oder viel Sprechstunde hat oder irgendwann in einer Praxis oder als Pflegearzt arbeiten kann. Das machen ganz viele.  
#00:25:53-1#

I: Also heisst das/also einfach weil es einfacher ist, ist man schneller oder heisst es das nicht unbedingt? #00:26:02-6#

B: Nicht schneller, schneller nicht, aber man muss/ #00:26:07-7#

I: Es ist einfacher einzuteilen, vielleicht so. #00:26:09-5#

B: Es ist einfacher einzuteilen, man kann vielleicht leichter in reduziertem Prozentsatz arbeiten und es gibt so Fächer in der Chirurgie, die sind höchst kompetitiv, weil es nicht so viele braucht. #00:26:23-0#

I: Wie jetzt die Thoraxchirurgie. #00:26:24-6#

B: Zum Beispiel Thoraxchirurgen oder Leberchirurgen. Also wirklich Leberchirurgen, das ist eines der/oder Herzchirurgen, da muss man auch sehr, sehr lange sehr viel kämpfen, dass man an eine Position kommt, dass man wirklich chirurgisch ausgebildet wird. Und in der Thoraxchirurgie ist es sicher auch so. Die kleinen Basiseingriffe lernt man schnell. Also aber sobald man dann wirklich weiter sich vertiefen möchte in dem Gebiet und sagt okay Ich will wirklich Thoraxchirurg werden auf einem gewissen Level, in vielleicht, auch für längere Zeit in einem Unispital, dann muss man dafür ganz schön kämpfen. Das ist aber in den meisten chirurgischen Fächern so.  
#00:27:10-5#

I: Und heisst kämpfen einfach/also, weil es ist beliebt oder es ist wenig, oder?  
#00:27:17-5#

B: Beliebt ja, also man muss/es wird da halt so ein bisschen die Spreu vom Weizen getrennt. Man muss viel Arbeit investieren, man muss viel Forschung machen, man muss viel Zuarbeiten machen für seinen Chef, seine Oberärzte, was auch immer, auch in Punkto Forschung, um/. Es klingt jetzt bisschen abwertend – aber das meine ich gar nicht so, um in die Gunst zu kommen, weil in der Chirurgie ist man abhängig davon, dass irgendjemand einem zeigt, wie es funktioniert chirurgisch. Also es steht zwar in Büchern, aber das reicht nicht (lachend). Also man muss schon dabei sein, man muss es sehen, man muss es dann irgendwann selber machen und das ist eben der Unterschied zu den theoretischen Fächern/ist die Chirurgie einfach was, was auch die Hände lernen müssen, was motorisch gelernt werden muss und dafür braucht man jemanden, der einem das zeigt und einen da so ein bisschen durchführt, mal mehr mal weniger, aber das braucht man. Und dafür, um auf einem gewissen Level Chirurgie zu machen, egal in welchem Fach, muss man sehr, sehr viel dafür tun und das heisst einfach, dass man mehr arbeitet, mehr Zeit investiert, sich mehr fortbildet, mehr liest, mehr weiss, mehr, ja. Und da sagen böse Zungen, dass nach wie vor ein Unterschied besteht zwischen Frauen und Männern. #00:28:42-4#

I: Glaubst du daran? #00:28:43-5#

B: Ich glaube teilweise schon. Aber ich glaube in fünf sechs Jahren, wenn diese Generation weg ist, ändert sich das (lachend) auch wieder. Ich glaube wirklich, dass man als junge Chirurgin sich ein bisschen mehr beweisen muss. #00:28:56-8#

I: Wieso? Also, mehr weil man/also ich sage jetzt/fühlen, dass die Frau schlechter sind? Oder weil man das Gefühl hat, die bekommen dann mal Kinder. Also ich sage jetzt zwei Kinder gleich mindestens zwanzig Monate, oder so etwas – Abwesenheit? #00:29:14-3#

B: Ja, ich glaube das spielt mit ein. Ich glaube das ist einfach, die Medizin an sich ist ein mega konservatives Konstrukt. In keiner Firma auf dem freien Markt würden unserer Hierarchien noch so bestehen. Jede Firma, Riesenkonzerne, bauen die Hierarchien ab, duzen sich alle, haben casual fridays, was auch immer. Aber, die Medizin ist so ganz ein starres, konservatives Prinzip. Das hat auch Gründe die richtig sind, oder? Der mit mehr Erfahrung und mehr Wissen trifft zum Schluss die Entscheidung, weil er es auch besser weiss und es zum Schluss nicht um Geld oder ein Bauprojekt geht, sondern um ein Leben, aber das wirkt sich natürlich auf alles auf. Nicht nur auf die medizinischen Entscheidungen, sondern auch auf die personaltechnischen Entscheidungen und auch die Kommunikation im Team oder die Harmonie im Team und es gibt einfach Chefs oder Kliniken, die sehr, sehr konservativ geführt werden und wo Frauen sicher weniger ernst genommen werden, als Männer und das ist historisch so. Weil Frauen waren früher nun einmal nur Krankenschwestern. Das ist halt so. Und das ist eine Sache, die sich ändert, die sich schon geändert hat. Es gibt mehr Ärztinnen als Ärzte – also Junge. Aber ja, das ist sicher ein Weg noch. Also da müssen die Frauen, die jetzt Ärztinnen sind erst in leitende Positionen kommen. Da sind wir am Anfang. #00:30:47-5#

I: Ja es kommt ja langsam. Es gibt ja gewisse Initiativen. Aber ich glaube, ja/dann ist es wirklich/also nicht, dass es auch nicht möglich ist strukturell/sondern mehr halt Umdenken. #00:31:02-1#

B: Ja, absolut. Es gibt Ländern die uns das auch so ein wenig/die nordischen Länder sind da viel weiter. Ich meine in Dänemark, Norwegen und Schweden ist so Jobsharing für Frauen egal in welchem Gebiet überhaupt kein Problem. Die machen dann zwar sehr, sehr viel/ also, sie arbeiten dann vielleicht 50% Anwesenheit in der Klinik und 30% noch zuhause im Homeoffice. Weil meine Forschung, meine Berichte, mein alles kann ich auch zuhause machen, um ehrlich zu sein und währenddessen auf meine Kinder schauen oder was auch immer und das sind sicher alles Konzepte, wo wir uns eigentlich alle was anschauen können. #00:31:43-8#

I: Ja, okay. Und siehst du denn kein Problem, dass dann so der Teamzusammenhalt etwas auseinandergeht? Oder gewisse Leute müssen ja trotzdem vor Ort sein, falls etwas ist und ich sage jetzt: ein Kind ist ein Kind und das hat die Kita um sechs Uhr am Abend fertig und dann musst du gehen und gleichzeitig hast du eine OP oder wie auch immer/ #00:32:07-1#

B: Das gibt es sicher, aber ich glaube da muss man sich selber halt dann auch einfach/also, das ist ja zwar bisschen/es muss eben auch das Umdenken auf dieser Ebene passieren. Man muss das einfach ermöglichen. Es ist keine Männerdomäne, ich glaube nicht, dass es gut ist, wenn irgendetwas nur von Männern oder nur von Frauen gemacht wird. Ich glaube gerade die Mischung ist gut und ja, ich glaube es gibt sicher Leute die dann irgendwie/die das stört, auch Assistenzärzte, die dann den Frauen, die so ein Arrangement haben irgendwie böse sind, weil die halt dann auf einmal gehen, aber im Endeffekt glaube ich der Grossteil akzeptiert das und ich glaube auch auf dieser Eben muss ein Umdenken stattfinden. Aber das Umdenken kann glaube ich nur von oben kommen (lachend). Ich glaube das wird nicht von unten nach oben, sondern von oben nach unten passieren müssen ehrlich gesagt. #00:33:12-6#

I: Und, wenn jetzt so ein wenig/auch mit den Arbeitskollegen im gleichen Alter/ich sage Mann und Frau/Sind so Dinge ein Thema, dass Männer das ich sage jetzt, das auch akzeptieren würden und sagen ich bin dann halt immer da? Und die Frau hat dann das Privileg, dass sie trotzdem auch mal nach Hause gehen kann. Manchmal ist ja auch nur Arbeitsalltag stressig und nur schon wenn du mal aus dem rauskommst/ #00:33:38-9#

B: Nur schon, wenn du aus dem raus kommst ist schon besser, sicher. Also jetzt so in direkten Beispielen, oder halt ja/wir reden schon über solche Dinge, eben weil es immer mehr Frauen werden, und zum Beispiel mein ehemaliger Chef – da hab ich noch an einer nicht universitären Klinik in Deutschland gearbeitet – der hat gemeint, er stellt lieber Frauen ein, weil die arbeiten viel effizienter und strukturierter. Und der hat sehr gerne Frauen schon mit Kindern eingestellt, weil die maximal effizient und strukturiert (lachend) arbeiten, weil sie da müssen, oder? Mit einem vollberuflichen Mann, oder? Mit einem vollzeitberuflichen Mann müssen sie das und ich glaube,

viele/also das, was man beobachten kann ist, – es gibt immer Ausnahmen. Aber es ist im grossen und ganzen so, dass Frauen vielleicht den Arbeitsalltag, ja, wie soll ich das sagen/. In der Chirurgie gibt es ganz viele Leute die vielleicht nicht so /persönlich nicht so einen wahnsinnigen Reifegrad haben. Es gibt ganz viele, wo man denkt so eigentlich sind wir doch alle 16 geblieben, weil wir alle einfach immer studieren, immer arbeiten, weil wir unseres/unsere Sozialumfeld spielt sich einfach hier ab und man/ also andere Berufsgruppen haben ja viel mehr Kontakt zu Älteren, zu Jüngeren und das ist bei uns einfach/. Ja unser Kader oder so/wir sind alle/wir machen immer noch die selben blöden Scherze, wie in der Schule, Sprüche fallen die gleichen. Also es ist–. Also irgendwo hat man das Gefühl wir sind alle noch in der Schulzeit geblieben. Und manchmal, also mindestens war das so in/hier auf der Viszeralchirurgie hat man so den Eindruck gehabt, dass die Frauen, die dort waren, die Station soweit mindestens ernster genommen haben und zielstrebig und deswegen vielleicht effizienter hinter sich gebracht haben. Das gilt auch nicht für alle. Und die Männer eher die waren, die aber lieber, weiss ich nicht, Stunden mit dem Oberarzt blöde Sprüche ausgetauscht haben, um jetzt ein Beispiel zu bringen. Und so im grossen und ganzen: Man spricht natürlich darüber – sagen die Männer, sagen meine männlichen Kollegen, dass sie es akzeptieren, ich glaube aber ein Grossteil glaubt nicht daran, dass das passieren wird oder muss. Dass das passieren muss, weil für sie ist es insofern eigentlich ganz bequem, weil sie den Vorteil haben in den leitenden Positionen (unv.#00:36:26-0#). Mit einem sehr, sehr guten Freund von mir, mit dem ich zusammengearbeitet habe – er ist jetzt nicht mehr am USZ, aber ein langes Gespräch darüber geführt: Stell dir vor wir haben gleich viele Publikationen, die gleichen Erfahrungen, im gleichen Haus. Wer kriegt die Stelle? Und er war sich völlig dessen bewusst, dass er sie kriegen würde. #00:36:45-2#

I: Also er hat das Gefühl, er würde sie bekommen? #00:36:48-5#

B: Und das hat weder mit Kompetenz noch mit sonst was zu tun. Das ist noch so und das ist schon im Bewusstsein der männlichen Kollegen auch so. #00:37:01-6#

I: Dass sie wie das Gefühl haben, sie haben auch einfach noch bessere Chancen? #00:37:05-4#

B: Ja, noch. #00:37:07-6#

I: Ja, nein. Eben wir hoffen ja, dass sich das verbessert. #00:37:11-6#

B: Total, ist absolute Realität und ich bin schon überzeugt davon, dass es in den nächsten 10 bis 15 Jahren sich ändern wird. Aber, wenn man sich so Lebensläufe anschaut von Frauen, die jetzt wirklich in leitenden Positionen oder in Chefarztpositionen sind, die haben einen sehr harten Weg hinter sich. Zudem viel viel viel gearbeitet und sicher auch viel geopfert auf dem Weg. Das ist schon so. #00:37:42-5#

I: Aber denkst du dann/jetzt auch immer noch muss auf Sachen verzichten?  
#00:37:48-0#

B: Ja, ich glaube schon. #00:37:50-0#

I: Mehr als Frau? #00:37:52-6#

B: Das würde ich gar nicht sagen, aber ich glaube gesellschaftlich ist es einfach so, dass wenn eine Frau zu viel arbeitet, schlimmer ist, als wenn das ein Mann macht und eine Frau immer mit den Schuldgefühlen umgehen muss, die man dann halt hat.  
#00:38:07-8#

I: Aber hat man diese selber oder ist es vom Umfeld? #00:38:11-0#

B: Ich glaube beides. Ich glaube die haben wir alle gesellschaftlich übertragen gekriegt. Weil eine Frau irgendwie so – weiss ich nicht – sich um die Familie kümmern muss, um die Kindern kümmern muss, um die Eltern kümmern muss und vom Mann wird das einfach gesellschaftlich nicht so verlangt. #00:38:28-4#

I: Okay, weil, also ich habe das Gefühl auch ein Mann muss/also ich sage, wenn du Klinikdirektor, Chefarzt werden möchtest, dann musst du Glück haben und alles gehört dazu. Also/hast du das Gefühl, dass es beim Mann eher gesellschaftlich angesehen wird, wenn er keine Frau hat, keine Kinder oder eine Trennung oder solche Dinge, als eine Frau, welche den gleichen Weg geht und dann eben halt auf etwas verzichten muss. #00:39:05-7#

B: Ja, das glaube ich schon, dass das beim Mann/ #00:39:08-5#

I: Weil es kann ja sein. Also ich kenne auch Beispiele, dann ist die Frau weg gelaufen mit den Kindern. Hat irgendwie gesagt „Du bist nie da, du arbeitest nur, du hast nie Zeit für mich. Ich gehe“, oder? Und das gibt es ja auch auf die andere Seite/.  
#00:39:22-3#

B: Ich meine das für den Mann sicher gleich schlimm für die Frau, oder? Das ist sicher nicht/. Aber ich glaube, ich glaube, es ist/ gesellschaftlich angesehen wird es anders. #00:39:35-9#

I: Ja, das denke ich schon auch noch. #00:39:37-6#

B: Und ich glaube da müsste man nicht nur in der Medizin, die Chefärzte und alle müssen umdenken. Sondern ich glaube da braucht es prinzipiell ein Umdenken,

auch für Frauen die in der Politik sind. Die haben vielleicht ähnliche Strukturen und Arbeitsbelastungen und so Hierarchiestrukturen wie die Medizin. Ich glaube das kann man ganz gut vergleichen zum Beispiel. #00:40:00-2#

I: Wie es denn so allgemein so deine Work-Life Balance? Bist du zufrieden? Nicht zufrieden? #00:40:06-5#

B: Manchmal mehr mal weniger (lachend). Sehr, sehr unterschiedlich. Ja im grossen und ganzen finde ich es okay, aber ich bin auch jemand der nicht gerne wenig zu tun hat. Das ist so, ja meine persönliche Sache. Manchmal ist es schwierig, wenn man mit seinem Partner total gegenläufig arbeitet. Dann wird es so bisschen ein Drahtseilakt. Und ich muss sagen, das einzige Positive an dieser Coronakrise ist, dass ich jetzt nicht mehr nach Hause fahren darf und deswegen nicht fahre und deswegen nicht muss und deswegen mehr Zeit habe (lachend). #00:40:48-4#

I: Ja, also mehr Zeit für? #00:40:50-7#

B: Für/ also ich skype dann halt mit meinen Eltern, weil es sind für mich dann halt jedesmal fünf bis sechs Stunden Autofahrt und das ist halt wenn man nur das Wochenende freihat, dann kommt man total fertig vom Wochenende zurück, das ist dann schon noch anstrengend. Aber ich meine, das ist jetzt am Rande (lachend) weil irgendwie will man sie ja doch lieber sehen. Es ist/manchmal ist es schwierig alles unter einen Hut zu kriegen, auch weil mein ganzes soziales oder familiäres Umfeld nicht in Zürich oder nicht in der Schweiz ist, sondern Schwiegereltern in Deutschland, Eltern in Italien und dann musst du halt/es ist manchmal schwierig. Aber so im grossen und ganzen bin ich zufrieden, aber ich musste lernen zu sagen: „hey jetzt am Wochenende, mindestens an einem Tag mach ich gar nix“. Und das so aktiv zu mir selber zu sagen und aktiv, weiss ich nicht, mit einer Freundin oder eben mit meinem Mann/oder zu sagen: „hey an dem Tag kein Wort über Arbeit, wir gehen wandern oder irgendwas“ und das man/man tendiert nämlich schon dazu/ weiss, dass dann die Woche wieder so stressig ist und man könnte vorarbeiten oder nacharbeiten oder irgendwas. Man tendiert dann dazu und es bringt nichts (lachend). Es bringt nichts. Man muss sich die Erholung gönnen. #00:42:12-5#

I: Okay, aber du/wenn du etwas ändern könntest, würdest du schon etwas ändern? #00:42:18-8#

B: Hm, ja. Es ist noch schwierig. Also es gibt sicher Bereiche wo man/den man vielleicht/–aber ich habe keine Lösung, das ist so ein bisschen mein Problem – den man vielleicht effizienter Strukturen könnte und deswegen ja halt weniger Zeitaufwand damit verbringt, mit Sachen die klar nicht medizinisch sind. Vielleicht ist eine Antwort eben ein Physician Assistent. Aber ich habe keine Patentlösung und da die Stationsarbeit nie aufhört ist es auch schwierig und das wäre natürlich schon schön, wenn das weniger wäre, aber ja. Aber es ist auch nicht so, dass ich sage, ich muss jetzt kündigen, sonst breche ich zusammen. Aber ja. #00:43:11-8#

I: Okay, und so die ganze Digitalisierung ist das auch ein Thema oder weniger?  
#00:43:16-6#

B: Oh, ja. Ich finde es furchtbar. Nein, es ist einfach so, dass wir mittlerweile uns absichern müssen gegen alle Seiten und und und wir müssen so wahnsinnig viel dokumentieren. Also jedes einzelne Gespräch, das wir führen, müssen wir dokumentieren und abrechnen. Das ist das nächste. Das gehört natürlich dazu, aber das ist halt immer so ein Minischritt wo man denkt: „He das ist ja nicht viel Aufwand das zu dokumentieren oder da was zu verrechnen“, aber in Summe macht es natürlich schon was aus und ja, es gibt Dinge, die das ist dann auch wieder immer unterschiedlich, je nach Klinik. In meiner letzten Anstellung waren Assistenzärzte für das Scannen von jeglichen patientenrelevanten Papieren zuständig. #00:44:06-8#

I: Auf der Viszeral? #00:44:08-6#

B: Und das ist eine (lachend) absolut frustrierende Aufgabe. Muss ich ganz ehrlich sagen und wenn man da dann man pro Tag irgendwie so 50 Seiten einspannt für 15 Patienten und sich denkt „hm alright“, ja, aber klar. Und das ist halt unterschiedlich. Ich finde zum Beispiel die ganzen Spracherkennungsprogramme wären eine Hilfe für das schreiben von Berichten, weil ich glaube man ist viel schneller. Ich glaube die meisten von den Kaderärzten um USZ diktieren, glaube ich ehrlich gesagt. Die meisten. So ihre eigenen OP Berichte oder Privatsprechstunden oder so. Die meisten werden glaube ich diktiert und ich sage ja gar nicht, weil das ist dann wieder idiotisch oder, wenn das dann jemand abtippen muss, ist dann wieder. Also es muss einfach glaube ich nicht sein. Es gibt super Programme, die das können. Und das wäre sicher noch ein Thema, aber das ist halt in vielen Kliniken noch nicht etabliert für Assistenzärzte, weil die Lizenzen ein bisschen was kosten, aber ja. #00:45:15-7#

I: Ja gut man kann es ja wieder aufrechnen, man kann wieder sagen, dafür muss man einen Assistenten weniger einstellen, weil er/ #00:45:23-2#

B: Oder Mitarbeiterzufriedenheit oder irgendwas, natürlich. Aber die Diskussion und da haben wir ja, wie du sicher auch weisst, auch immer wieder Zeit, ewiger Prozess, aber ja das wäre zum Beispiel noch so eine konkrete sinnvolle Massnahme, da ist man deutlich schneller. Aber, ja. #00:45:42-3#

I: Ja meinerseits konnten wir das meiste besprechen. Ich weiss nicht, ob du noch etwas ergänzend hast von den Themengebieten oder sonst etwas, was wir vielleicht zu wenig besprochen haben oder wo du findest?/ #00:45:58-4#

B: Eigentlich nicht, nein. Ich glaube es ist alles gut. Ich will kein feministisches Gespräch führen (lachend). Man landet immer auf diesem/ #00:46:09-7#

I: Ja, nein, aber es ist immer auch ein wichtiges Thema, welches besprochen werden muss, respektive, was halt wirklich in der Medizin einfach aus/also ich kenne es jetzt auch aus Erfahrung, wo viele/oder auch jetzt Studierende, also PhD Programme oder so auch sagen/also, es wird ihnen eingetrichtert Karriere oder Familie. Ich bin ganz hart. Und das muss man mal langsam einfach aufbrechen. Es gibt jetzt auch ganz viele Initiativen. #00:46:39-4#

B: Absolut, absolut. Also es ist schon im Wandel, aber ich glaube einfach wirklich, dass die Generation vom gewissen noch in Rente gehen muss. Ja, weil dann zum Schluss ist vom Klinikdirektor ja oft abhängig. #00:46:53-5#

I: Okay, aber eben, es ist ja cool jetzt auch von der Arbeit, das merke ich auch. Es sagen viele, dass es möglich wäre. Und das ist auch schon eine Erkenntnis, dass man sagen kann es würde schon gehen. Man muss es halt möglich machen. #00:47:08-3#

B: Und ich glaube wir haben von der jetzigen Zeit zwar unter reduzierten Patientenaufkommen, aber sehr viel gelernt. #00:47:16-8#

I: Also jetzt Coronazeit? #00:47:18-9#

B: Coronazeit ja. Dass man vielleicht nicht auch nicht immer maximales Personal braucht zum Beispiel. #00:47:28-5#

I: Aha, dass du meinst, dass man/ #00:47:30-1#

B: Dass man Überstunden kompensieren kann, dass man, ja/. Ehrlicherweise fallen ganz viele Überstunden unter den Tisch irgendwo oder werden gar nicht gestempelt, weil es verpönt/also ich habe irgendwann damit aufgehört, ich hab das am Anfang auch gemacht und ich sage jedem Neuanfänger: „Nein, trag das ein, was du arbeitest, weil Danke sagen tut niemand zum Schluss“. Ja, nein es ist schon so und man muss dort in der Hinsicht schon ein wenig auf sich schauen und wenn wir das nicht eintragen, heisst es von oben immer; „Ja, das funktioniert ja, wir haben ja fast keine Überstunden“ und dann gibt es auch keinen Anreiz das zu ändern und das ist schon so und deswegen/. Aber Berufsanfänger haben da immer Schwierigkeiten, weil man da natürlich Angst hat, dass man jetzt einfach langsam ist, aber das ist auch normal, dass man langsam ist am Anfang und dass man keine Ahnung, deswegen die Probezeit zum Beispiel nicht übersteht oder irgendwas, aber das ist Blödsinn. Ich habe noch nie von jemanden gehört, dass er gekündigt wurde, weil er Überstunden macht, aber gute Arbeit leistet. Klar, wenn man dann schlechte Arbeit leistet, ja, aber das habe ich noch nie gehört, also. #00:48:39-2#



I: Vielleicht hierzu noch, wie könnte man so Qualitätsmanagement/also, weil das ist vielleicht jetzt auch eine subjektive Wahrnehmung von mir, aber ich sage/die Arbeitszeiten, wie du sagst, da ist ja auch jeder selber verantwortlich. Ein anderes Beispiel. Es sind viele am Abend noch unterwegs, aber ich sehe sie dann zwischen vier und sechs am Kaffee trinken, draussen am sitzen zum Beispiel das. Und dann hockt man halt zum Beispiel, also um sieben noch hin oder merkt „oh shit, ich muss ja noch“ oder irgendwas. Wie könnte man solche Themen vielleicht auch angehen? Weil ich glaube, wie du sagst, die Arbeitsbelastung ist ja ab und zu so und so. Es gibt Wochen, die hochgehen und dann geht es halt hoch, aber dann muss man halt auch, wenn man nicht viel zu tun hat frühzeitig gehen und das machen die Leute ja auch nicht. Sondern man will trotzdem/ #00:49:30-8#

B: Oft, nicht. Ja, das stimmt. Und ja, ich glaube ganz viele Assistenzärzte haben effektiv Angst früher zu gehen. Zum Beispiel Kollegin jetzt auf der Thorax, weil heute so wenig auf der Sprechstunde war, ist heute zuhause geblieben. Weil stellvertretende Leitung. Sie bleibt daheim, weil warum was machst du hier und die mussten wir fünfmal zu dritt überreden, dass sie daheim bleibt. Weil sie „Ich kann doch nicht, also ich kann doch nicht unter der Woche, dann wenn ich arbeiten müsste, daheim bleiben.“ Doch, weil es ist nichts zu tun. Und das ist so ein falsches – keine Ahnung Verantwortungsbewusstsein, ein falsches –keine Ahnung und ich glaube ganz viele haben effektiv Angst früher zu gehen, weil sie dann das Gefühl haben, das könnte irgendwie negativ auf sie zurückfallen oder so . Und ich glaube, da braucht es offene Kommunikation. #00:50:21-0#

I: Gut, aber da hat ja jetzt der Chef der das gesagt/. #00:50:23-9#

B: Absolut, absolut und sie ist auch zuhause geblieben, aber es ist einfach/. Ich glaube, dass das auch kommuniziert werden muss vom Chef, und das funktioniert hier sehr gut. Vielleicht auch bedingt durch die jetzige Zeit, ich weiss nicht wie es vorher war. Vor der Coronakrise. Aber es gibt viele Stellen, wo sich da überhaupt niemand Gedanken drüber macht und nie jemand sagt, ja weil es für den Kader vielleicht logisch ist. So nach dem Motto, wenn ich fertig habe, gehe ich und für die Assistenzärzte ist es manchmal noch ein wenig wie Schule und das ist eben das, wir haben zwar gewisse persönliche Unreife (lachend), weil es ist wirklich so. Also ich möchte niemanden beleidigen aber so ist es leider glaube ich, weil die haben das Gefühl sie dürfen dann nicht gehen. Sie müssen die Zeit absitzen und das ist natürlich schwierig und ich glaube es braucht/es wird immer welche geben, die dann trotzdem die Normalzeit stempeln möchten, weil sie gerne mehr Überstunden haben möchten als ausgeglichene Stunden, das gibt es sicher auch. Aber man muss, glaube ich auch, das ändern, dass man sagt, man stempelt einfach effektiv das was man arbeitet und ja, also ich bis jetzt/als ich angefangen habe zu arbeiten hier wurde mir von Seiten von allen meinen Assistenzarztkollegen nahe gelegt– also nicht auf der Thorax sondern auf der Viszeral, dass ich/ meine Überstunden nicht zu stempeln. Wenn ich in den OP will und irgendwann . #00:51:52-9#

I: Wirklich? Also in der Viszeral war das noch so? #00:51:55-4#

B: Ja, also das war nicht von oben, also das waren meine mir gleichgestellten Kollegen und dann habe ich das ein halbes Jahr gemacht und dann gedacht ich bin ja nicht blöd, also sicher nicht und habe das dann angefangen zu stempeln und das war überhaupt kein Problem. Es wurde ja nie von oben so kommuniziert, ich weiss auch nicht was die denken, weil natürlich, wenn du jetzt irgendwie jede Woche 90 Stunden stempeln, dann würd jemand auf ihn zukommen und sagen: „Hey was ist los,“, weil das ist viel. Aber halt die Stunden, die dann halt manchmal, die eine Stunde die man halt länger bleibt oder zwei – das ist halt einfach so. #00:52:32-8#

I: Ja, ich glaube wichtig ist, dass man, dass sich die Leute dem bewusst werden, aber das ist halt eben wie du sagst, vielleicht noch von der alten Garde, wo es halt einfach hiesst du musst immer da sein von dann bis dann und sage jetzt auch bei anderen Unternehmen ist das ja mit Homeoffice ist es viel offener, aber die Leute nehmen die Verantwortung auch wahr. #00:52:52-3#

B: Ja voll. #00:52:53-3#

I: Oder das ist das wo ich halt finde, müssen die Leute merken/dass sie sehen, man gibt das ihnen aber man muss halt auch / ich kann nicht nur nehmen/man muss auch geben/man muss auch mal, wenn man sieht, „oh shit, es sind alle am Arsch oder es läuft viel“, dass man eben von sich auch vielleicht länger bleibt und dann nicht sagt „äh es ist fünf ich gehe jetzt nach Hause“, aber umgekehrt muss auch das Verständnis da sein, wenn nicht viel läuft so „Hey, heute läuft nichts, es ist drei ich gehe in die Badi“, oder? #00:53:21-7#

B: Voll, absolut und das ist sicher – also ich weiss nicht, es hat sicher auch damit zu tun, wie offen die Dinge kommuniziert werden und das ist halt einfach auch die Kultur, die teilweise in Krankenhäusern einfach da ist, dass ganz viele Sachen hinter geschlossener Tür und hinter/also nicht mit der Person, die es betrifft besprochen werden und das ist einfach sehr, sehr alte Schule und ja. Also ich finde es zum Beispiel aus diesem Grund hier sehr angenehm, weil das da nicht so ist auf der Thorax, finde ich. #00:53:53-7#

I: Aber warst du auch schon in anderen Ländern, schon? #00:53:56-5#

B: Ich hab ein Deutschland gearbeitet ein Jahr. #00:53:58-3#

I: Deutschland? Und dort war es ähnlich, also auch viszeral oder? #00:54:01-7#

B: Im Viszeral, Allgemein und Thorax aber nur mini mini Thorax, also nur ganz wenige thoraxchirurgische Fälle. Ich hatte dort einen sehr jungen Chef und ja, also es war so dass wir keine Überstunden machen durften, aber wenn wir aus irgendwelchen Grund irgendwelche gemacht haben, mussten wir sie aufschreiben. #00:54:24-6#

I: Okay, begründet? #00:54:28-3#

B: Ja, also es musste einen Grund geben, aber du durftest nicht Überstunden machen, weil du lange Kaffee getrunken hast. Das ist mir zwar passiert, aber dann zieht man halt die Stunde die man sass ab, oder? Und stempelt dann halt die effektive Arbeitszeit und nicht die Kaffeetrink-Zeit. Das wäre die Alternative. Aber das/das war schon, ja. Dort war eigentlich ja auch alles offen kommuniziert und das war eigentlich schon gut. Und ich glaube wirklich der Schlüssel zur Lösung, dass man, dass man auch die Selbstverantwortung, wie du meinst, schafft. Bei aber den ganz jungen Mitarbeitern ist effektiv, dass man die Dinge offen anspricht oder und auf/ ein ganz normales Umgehen miteinander hat, wenn dass so so der grosse Chef , dann/die haben alle Angst. Das ist so, die haben alle Angst. #00:55:27-9#

I: Das ist schon so, ich habe vielleicht als Abschluss noch eine Frage. Du hast gesagt Jobsharing 50/50. Das heisst du denkst, dass ermöglicht ist, es muss aber wie eine Gesamtstelle aufgesplittert werden oder dann muss man im hochprozentigen Pensum sein, zum Beispiel im 80%/also alleine 80 oder eben, dass man eine Stelle zusammen ausübt. Aber so alleine 50. #00:55:55-3#

B: Ich glaube für die Chirurgie ist das schwierig. Ja, ich glaube/ #00:56:01-8#

I: Also würde das jetzt auch gewünscht werden? Könntest du dir vorstellen nur fünfzig Prozent zu arbeiten? #00:56:06-3#

B: Hm (verneinend). #00:56:08-8#

I: Würdest du auch nicht wollen wahrscheinlich? #00:56:11-0#

B: Ich nicht, glaube ich. Ich kenne viele die das zum Beispiel möchten. Ich persönlich kann es mir im Moment nicht vorstellen. Was ist, wenn man Familie hätte. Ich glaube ist alles anders, um ehrlich zu sein, aber im Prinzip/. Hm, ja, ist es glaube ich schon wichtig, dass man was ermöglicht, dass man normal arbeiten kann, also mit den normalen Bedingungen wie alle anderen. Wenn man irgendwie 70% da arbeitet, da schafft das auch schon oder 80, das ist dann für die Familie meistens auch (unv. #00:56:45-8#) wirklich eine Erleichterung, aber sonst die geteilten Stellen sind insofern besser glaube ich, als die 50% Stellen, weil man dann quasi als zwei Personen voll eingeteilt werden in den Dienstplan und das Tagesprogramm und du nicht irgendwie /„Ja aber du bist ja nur bis 12 Uhr Dreissig“ oder was auch immer da/. Deswegen man ist voll/also ich sehe zum Beispiel/also ich glaube es könnte schwierig sein in der Chirurgie, wenn man wie gesagt nicht nur Mini Chirurgie machen will. Wenn man in der Thorax jetzt nur irgendwie nur (unv. #00:57:23-7#) und kleine (unv. #00:57:26-6#) machen möchte oder in der Viszeralchirurgie die (unv. #00:57:30#)

ein klassisches Beispiel, dann glaube ist es kaum möglich, dass man jeden Tag einfach 50% der Stunden arbeitet. Ich glaube, das ist einfach fast nicht möglich.  
#00:57:42-4#

I: Aber auch von der, aber auch von der Behandlungsqualität auch. Du verlernst es, und? #00:57:48-5#

B: Ja voll, aber auch weil/ für die Patienten ist es enorm wichtig, dass man eine gewisse Kontinuität hat, oder? Dass man/dass du den Arzt, der dich operiert, vielleicht einmal vorher siehst oder zumindest nach der Operation siehst und dass der dabei ist, dass man das mal im Team bespricht und sagt ja das ist so gelaufen und wir müssen aufpassen, weil das war ein Problem oder was auch immer und das man das vielleicht im (unv.#00:58:11-2#) bespricht, oder was auch/wenn man zu oft Arzt wechselt, gehen zu viele Dinge verloren. Und dann muss man das entweder im Team alles sehr, sehr gut besprechen und kommunizieren und ich glaube das funktioniert sehr gut, wenn du einen Dienstpartner hast, mit dem du dir eben eine Stelle teilst, weil dann muss man einfach alle Infos irgendwo austauschen und das ist möglich oder dann halt einfach erreichbar sein, wenn irgendwas unklar wäre, aber das ist ja auch eigentlich im Prinzip möglich und wenn man dann aber einfach weg ist, dann ist es glaube ich schwieriger diese Kontinuität einfach beizubehalten, deswegen ist in der Chirurgie zumindestens glaube ich einfacher, vor allem wenn man mit Tumorpatienten zu tun hat, auch zum Schluss besser für den Patienten, dass man eben so, wie/ immer wieder dieselben Personen sieht, dass dieselben die die Geschichte von anfang an kennen mitreden und so weiter. #00:59:17-0#

I: Nicht, dass es immer einfach eine neue Person ist. #00:59:21-0#

B: Ja, das ist halt schwierig, Ja. #00:59:25-8#

I: Okay, ja. Ich habe nichts mehr. Hast du noch etwas? #00:59:32-5#

B: Nein eigentlich nicht. #00:59:31-4#

I: Okay, danke viel mal! #00:59:32-1#

B: Sehr gern. #00:59:32-9#

hm (bejahend) #00:11:23-7#



## Interview 18

B: Muss ich denn auf Hochdeutsch oder was? #00:00:04-8#

I: Nein. Sie können normal schweizerdeutsch. #00:00:06-0#

B: Aha, eben ich habe schon ab und zu Anfragen für Leute, welche Teilzeitstellen wollen und ich musste mir dann auch Modelle überlegen, welche mit unserem Alltagsbetrieb kompatibel sind. #00:00:20-2#

I: Ja. #00:00:20-6#

B: Und wir haben das dann auch im Vorfeld bei der Klinikleitung besprochen und diese Modelle durchgespielt und eigentlich sind wir im Moment in der Probephase, in der wir gesagt haben, dass wir dann nach ein paar Monaten noch einmal auslegen (unv. #00:00:36-3#) und die Übung unter Umständen auch verändern oder abbrechen. #00:00:40-1#

I: Ja. #00:00:41-0#

B: Jetzt, die zwei die bei uns/also wir hatten keine Teilzeitstellen eigentlich – weil in der Chirurgie ist das schwierig, weil die Information schnelllebig ist. Schnelllebigere als auf einer Inneren Medizin, viel schnelllebigere. Der Pace, wie man reagieren muss ist auch ganz anders ist, als auf der inneren Medizin. Darum ist es ein sehr wertvolles Projekt, dass man das gezielt aus der Chirurgie anschaut. #00:01:07-1#

I: Okay, super ja. #00:01:08-2#

B: Weil es ist ein wenig anmassend, wenn jemand aus einer langsameren Disziplin sagt: „Ja wir können das. Warum können die das nicht? Die sind einfach alle altmodisch und so weiter“. Andere schnelllebige Disziplinen sind wiederum so schnelllebig, dass eine Person einen Fall von A bis Z durchziehen kann. Zum Beispiel Notfallmedizin. Das ist etwas ganz anderes. Da kann man am Abend nach Hause und kann abschalten. #00:01:37-5#

I: Ja, ja. #00:01:38-3#

B: Aber die Chirurgie/im Prinzip ist der beste Chirurg/wäre einer, der hier lebt. #00:01:43-4#

I: Ja, okay. #00:01:44-1#

B: Und einfach die ganze Zeit an einem Fall dranbleiben kann. Klar gibt es aus Skandinavien Modelle, bei welchen sie im Schichtbetrieb arbeiten und auch Operationen mittendrin unterbrechen. Die sagen gerne, dass es wunderbar ist, aber wenn man dort schauen geht, ist zum Teil nicht alles wunderbar, oder? Das muss man schon sehen. #00:02:02-4#

I: Also dann vor allem die Behandlungsqualität, dass Fehler passieren, oder?  
#00:02:06-8#

B: Genau, dass/das was ich jetzt sage, müssen Sie vielleicht noch überprüfen, ob das stimmt, aber ich habe gehört, dass im Karalinska Institut – also eines von den grössten in Stockholm/in der Nacht ist der Notfallbetrieb stark eingeschränkt.  
#00:02:18-9#

I: Ah, sogar? #00:02:19-8#

B: Ich meine wir bieten der Bevölkerung eine unglaubliche Vorhalteleistung, unsere Klinik. Wir haben noch einen Oberarzt in der Nacht/ist eigentlich/ist auf Abruf dar. Ein Assistent ist immer auf der Station da. Es ist jemand auf Abruf für Operationen da, ein Assistent. Dann haben wir einen leitenden Arzt im Hintergrund, immer auf Abruf.  
#00:02:43-3#

I: Ja. #00:02:43-9#

B: Dann haben wir Transplantationchirurgen, zwei, um zu entnehmen. Dann haben wir zwei Transplantationsleberchirurgen für Implantationen. Dann haben wir einen Nierenimplantationsschirurg –

Vorhalteleistung. Und dann haben wir noch einen Pankreaschirurg – Implantation-Vorhalteleistung. Das ist eine enorme Leistung, die halt so ist, dass wenn man das alles mit Arbeitszeit entgelten würde/das würde unendlich viel kosten. Und da sind jetzt sehr viel Leute dabei, die das aus Liebe machen, oder? Und dann ist das natürlich schwierig, wenn jemand Teilzeit arbeitet, weil er ist jetzt/was ist mit dieser Zeit, in welcher die Leute nicht mal auf Piqué sind, aber trotzdem kommen, wenn etwas ist? Wie soll man das jetzt berechnen, oder? Und das ist/ihr habt natürlich bei euch auch die Lungentransplantation. #00:03:38-7#

I: Genau. #00:03:38-8#

B: Aber das ist natürlich eine viel kleinere Vorhalteleistung. Ihr habt zum Beispiel/ich weiss, dass die/in der Nacht läuft die Betreuung nicht mit jemanden, der im Haus ist

von den Assistenten, sondern da habt ihr Stellen abgegeben auf die Intensivmedizin und so weiter. #00:03:52-8#

I: Genau. #00:03:53-0#

B: Aber wir/. Wir sind so gross, dass wir mehr bieten müssen, oder? Und das sind auch ein wenig die Grenzen vom Ganzen. Und wir haben dann ein wenig überlegt, wie man es machen kann und ich – eigentlich als junger Medizinstudent habe ich ein Modell gesehen auf der inneren Medizin, welches extrem gut funktioniert hat. Das waren zwei Oberärztinnen, welche eine Stelle geteilt haben. #00:04:17-3#

I: Ja. #00:04:17-2#

B: Und dann haben sie/das ist so weit gegangen, dass wenn sie/ich glaube mitten in der Woche hatten sie auch Übergabe. Oder am Wochenende. Das weiss ich nicht mehr genau. Aber wenn ein Patient ausgerufen hat und gesagt hat: „Das ist nicht gut gelaufen, das hat die Frau/die Ärztin/die Oberärztin so und so gesagt“, dann hat die andere gesagt: „Ja, das habe ich das halt falsch gemacht“ oder „Ja, dann habe ich das halt anders überlegt und jetzt würde ich das so überlegen“. Also die sind wie zu einer Person fusioniert dem Patienten gegenüber. #00:04:51-9#

I: Ja. #00:04:52-6#

B: Unglaublich gut. Und die Übergaben haben sie sehr gut gemacht, hatte ich den Eindruck dort. Aber bei jeder Übergabe – das können Sie vielleicht quantifizieren – gibt es einen riesigen Datenverlust. Ich meine wir wissen ja aus der Psychologie, dass die Bit-Raten, welche ein Mensch aufnehmen kann, enorm eingeschränkt sind. Und das ist einfach Lug und Trug, wenn man sagt, dass die Qualität durch ein Schichtsystem nicht leidet. Das ist einfach gelogen. Es ist gegen jede psychologische Logik. Man kann die Informationen, die man an einem Tag aufnimmt/. Es ist ja nicht/das wird ja nicht alles/es sind auch viel Bilder – wenn danach irgendetwas kommt, kann man sich an das Bild wieder erinnern. Und wenn man das alles in Wort fassen muss und beim anderen beschreiben muss, gehen enorm viel, enorm viel Informationen/. Das geht sicher/ich kann es nicht genau sagen, aber 95% der Information ist weg. Man kann das noch so gut machen. Und wir haben jetzt ein Modell/das ist eigentlich/ darum machen sie das Interview, oder? Sie machen das übrigens sehr gut. Sie geben am Anfang dem Anderen Raum zu reden. Das ist gut. #00:05:57-0#

I: Genau (lachend) ! Ja, darum geht es ja auch. #00:05:59-5#

B: Ja (lachend). Wir haben ein Modell, wo eben/es sind zwei eigentlich Fachärztinnen oder fast Facharzt, welche sich bei mir beworben haben. Sich ursprünglich/eine hatte sich schon für eine Teilzeitstelle beworben, die andere nicht und dann wurde sie Mutter. #00:06:17-4#



I: Mhm. #00:06:17-8#

B: Und dann hat sich/dann hatte ich von diesen Bewerbungen/dann hatte ich plötzlich zwei, die ich fast gleichzeitig hatte. Und dann habe ich mir überlegt: „Passen diese zwei Personen zusammen?“ Weil das muss natürlich gut funktionieren. Und nachher habe ich diese – die war dann im Mutterschaftsurlaub – dann habe ich sie gefragt, ob sie Interesse an einer Teilzeitstelle haben. Die sind schon/nachher haben sich diese mal getroffen und dann haben sie dann quasi eine Stelle bei uns einfach angenommen. Also für unsere Planung/. Eben Anfang Monat habe ich die Programmdirektor abgegeben an Rickenbacker, an Andreas Rickenbacher. Aber ich habe das ja eigentlich eingefädelt, also bin ich schon die Person, die da Auskunft geben kann, oder? #00:06:57-5#

I: Ja, genau. #00:06:58-3#

B: Und die haben sich auf eine Stelle beworben und für die Planung können wir wie mit einer Person planen. Der Dienstplan ist wie eine Person. Und dann ist einfach Frau Rosch immer Montag, Dienstag, Mittwoch da und jede zweite Woche nur Montag und Dienstag und Frau Gumaz ist Mittwoch, Donnerstag und Freitag da. Und am Mittwoch immer alternierend nur alle zwei Wochen. Dazu kommen dann noch Wochenenddienste, wo einfach eine oder die andere das macht, wo die Person dann eingeteilt wäre. Jetzt kommen wir aber trotzdem in ein Problem rein. Das sind Fachärzte. Die können und haben ein gewisses Level von/oder fast Fachärzte. Sie haben ein gewisses Level, welches sie gelernt haben, weil sie die Kinder auch recht spät bekommen haben, oder? #00:07:45-5#

I: Sonst wäre es gar nicht möglich? #00:07:47-5#

B: Doch, doch. Das ist schon auch möglich. #00:07:48-3#

I: Wäre auch möglich. #00:07:48-7#

B: Ich kenne auch Leute, die auch zuerst Familienplanung machen, vielleicht auch einen Mann haben, der nicht so viel arbeiten muss, oder? Es gibt verschiedene Modelle, oder? Aber sie sind jetzt eigentlich schon relativ weit ausgebildet. Zum Beispiel in der Transplantation, in welcher sie Organe entnehmen müssten, muss man jetzt zwei Leute schulen. Und diese Organentnahmen sind/das sind vielleicht/ich weiss nicht, wie viele das sind pro Jahr. Vielleicht zwischen 80 bis 100, vielleicht so. Wenn jetzt jemand/wenn jetzt jemand fünf bis zehn Entnahmen zum Beispiel machen muss, bis er das einigermaßen kann und wenn man einen Pool von Leuten schulen muss, hat man dann ein Schulungsproblem am Schluss. Das ist ein Nachteil, oder? Dann gibt es weitere Probleme, oder? Wenn es zwei sind, dann muss das Team/dann nimmt das Team die als Individuen wahr und man lässt häufig jemanden, den man

gut kennt, mit dem man regelmässig zusammenarbeitet, mehr operativ machen, als jene die man seltener sieht. Und wenn es natürlich ein Jobsharing ist, dann sind es zwei Personen mit verschiedenen Charakteren, mit verschiedenen operativen Fähigkeiten, oder? Das sind so ein wenig die Knackpunkte. Sonst ist es eigentlich sehr gut gegangen. Die Kita konnten sie zum Beispiel organisieren. Das war ein Grund, warum wir es so gemacht haben, weil die Kita vom USZ wollte ja zuerst wochenweise, so „tak, tak, tak“. #00:09:16-1#

I: Das wäre noch eine Frage gewesen, ja. #00:09:17-8#

B: Dann hat die Kita aber gesagt, dann müssten sie 100% zahlen und die Kita hat dann/also, dass wenn man/also man kann gut eins, zwei Tage oder drei Tage buchen pro Woche, aber man kann nicht alternierend/. Das ist/und ich glaube das ist auch, wenn man zum Beispiel einen Partner hat, der in einem anderen Beruf arbeitet, der weniger zeitintensiv ist, ist es auch praktischer, Wochen sagen kann : „Am Dienstag kochst du?“ Ich weiss auch nicht. Es ist angenehmer zu planen, als alle zwei Wochen/ #00:09:48-3#

I: Und vielleicht arbeitet er ja trotzdem und dann schaue ich, dass ich vielleicht dann da bin und an den anderen Tagen/. #00:09:53-0#

B: Genau, genau. Das ist wochenweise/gibt es einen besseren Rhythmus. Und das hat sich jetzt eigentlich noch gut etabliert. Aber ich habe jetzt neu so/also ich habe schon gefragt, wie es geht und es ist schon/sie sind schon/also die operative/also die Zeit, die man operieren kann, hat in den letzten Jahren generell abgenommen für die Chirurgen. Und das ist natürlich noch akzentuierter, wenn man halt 50% arbeitet. Das ist ein wenig das Problem. #00:10:24-3#

I: Aber das heisst jetzt, dass sie/also wie löst man das denn? Ich meine die Operation/. Oder, ob man so viel Operationen hat, dass es trotzdem genug ist. Also, zum Beispiel in der Thoraxchirurgie ist es das Problem/. Ich sage jetzt –eine Lungentransplantation ist dann da, wenn sie da ist. Manchmal in der Nacht, manchmal am Dienstag und manchmal am Donnerstag. #00:10:43-5#

B: Genau da können diese Leute in der Regel auch nicht so flexibel sein, weil sie ja die Kinder zuhause haben. Man kann nicht einfach weg. Ich meine, meine Frau arbeitet auch Teilzeit als Frauenärztin und Geburtshilfe kann sie zum Beispiel nicht anbieten, weil sie nicht einfach/. Sie kann dann in der Nacht nicht weg, oder? Wenn ich auch Dienst/zum Beispiel habe ich heute die ganze Nacht Dienst. Dann wäre es schon ein Problem. #00:11:02-9#

I: Ja. #00:11:02-5#

B: Es ist halt auch immer von der Klinikstruktur abhängig. Wir haben so Teams. Und dann haben wir ein Team, welches der Programmdirektor führt und dieses Team deckt die IMC ab und sie sind jetzt ein wenig auf der IMC gewesen und weil sie sehr gute Übergaben gemacht haben offenbar/. Es hat eigentlich wenig Informationsverluste mit Problemen gegeben und das hat eigentlich gut funktioniert. Und das ist/die IMC ist ja so eine, ist etwas zwischen einer Intensiv und Normalabteilung. #00:11:33-2#

I: Genau. #00:11:32-5#

B: Dort sind die Leute/die Leute sind nicht so lang dort und dann kann man gut, dann kann man auch gut den Takt/der Pace ist eigentlich gar nicht schlecht mit zwei, drei Tagen. #00:11:42-4#

I: Okay. #00:11:42-7#

B: Weil halt ein grosser Teil der Patienten kommt und man kann die schon wieder entlassen, bevor der nächste kommt. Da wäre eben wochenweise am besten, weil typischerweise kommt der Patient und hat am Montag eine grosse Operation und geht am Donnerstag auf die Abteilung. Aber wenn sie ein wenig miteinander fair arbeiten und vorarbeiten, zum Beispiel den Brief für die Verlegung und alles schon vorbereitet haben, dann geht es eben gut. #00:12:05-7#

I: Mhm, mhm. #00:12:06-3#

B: Das geht nur gut, wenn zwei Leute zusammenarbeiten, welche zueinander passen und ich glaube sie dürfen sich auch "nicht zu viele Gärtlein denken", sonst geht es nicht, oder? So, ich weiss es nicht. Sie sind jetzt auch schon in den Teams, also diese Woche ist Frau Gumaz im Upper TI Team. Da weiss ich nicht genau. Da habe ich noch nicht/haben wir noch wenig Erfahrung, weil/. Sie haben ja jetzt erst Anfangs Jahr angefangen. Ich weiss nicht wie die Teamleader das empfinden, weil sie haben natürlich dann einen Kontinuitätsverlust dort. #00:12:34-1#

I: Mhm, mhm. #00:12:35-0#

B: Man muss sagen an der Uni hat es sowieso eher/manchmal sind fast ein wenig viel Leute da, oder? Auch in der Thoraxchirurgie. Das ist ja das im Umkehrschluss/dann sagt man dann, dass man zu wenige Operationen hat, aber man kann auch sagen, dass man zu viele Leute hat, die man ausbilden muss. Das sind so die zwei Seiten. #00:12:52-2#

I: Genau, ja. #00:12:53-0#

B: Das ist ja dasselbe. #00:12:54-1#

I: Aber das ist jetzt/also, gut möglich, weil es zwischen diesen Personen gut funktioniert. Wie ist es denn so karrieremässig? Wie sieht das denn aus? Müssen sie zurückstecken oder ist das?/ Haben sie gleiche Chancen wie andere Oberärzte/ also ich nehme an es sind Oberärzte. #00:13:15-5#

B: Es sind AOIV. #00:13:16-0#

I: Ja. #00:13:17-3#

B: Das kann ich nicht beantworten. Ich glaube sie haben nicht die gleichen Chancen. Und zwar wird ja jemand daran gemessen, wie viel – in der Chirurgie – wie viel er leistet pro Zeit, pro Jahr, in dem er arbeitet und an seinem Alter. Also wenn jemand 100 Publikationen hat und ein guter Operateur ist mit 35, dann ist er top, oder? Und wenn jemand halt weniger Publikationen hat mit 35 und noch nicht operieren kann, was eher der reelle Durchschnitt ist, dann ist er mittelmässig, oder? Und wenn jemand halt 35 ist und zwei Kinder hat, dann gibt das halt einfach keine Punkte am Schluss. Es ist ein wenig/es ist bitter das System, oder? Es ist halt eigentlich/einer der Berufe, wo die Ausbildungsphase enorm lang ist. Man ist mit/zwischen 40 und 45 hat man eigentlich seine Ausbildung dann/den Peak erreicht als Chirurg. #00:14:22-4#

I: Ah, okay. #00:14:21-2#

B: Ja, man sagt etwa mit 45, oder? #00:14:25-2#

I: Ja. #00:14:25-7#

B: Und wenn natürlich/wenn man das extrapoliert und sagt, jemand arbeitet 50% und man beginnt mit 25, dann hat man ja noch eine 40 jährige in der Ausbildung und wäre mit 65 auf dem Peak. Das ist ja schon/das ist illusorisch zum Schluss. Und darum gehen diese Leute häufig in Nischen rein. #00:14:48-4#

I: Okay. #00:14:49-7#

B: Und das ist ein wenig die Chance des Spezialisieren, oder? Man hat/wenn man ganz hochspezialisiert Eingriffe macht, dann hat man noch weniger Notfälle und dann kommt man/. Sagen wir jemand ist Schilddrüsen-Chirurg oder jemand ist Proktologe oder so dann kann man mit wenigen Notfällen viel besser planen oder ein Orthopäde oder ein Handchirurg kann viel besser vorausplanen. Wir haben auch auf

Oberarztstufe Teilzeitstellen. Wir haben Frau Cabalzar. Sie macht die ganze Proktologie und hat zwei Kinder und arbeitet auch Teilzeit, irgendwie 80 oder 70%. Dann haben wir noch eine zweite Oberärztin, Michelle de Oliveira. Sie ist eigentlich eine Top HPP Chirurgin, aber dort muss man sagen, sie hat die ganze Ausbildungsphase hat sie mit grossem Einsatz, hat sie eigentlich dort/hat sie den Peak erreicht und dann hat sie das Kind geplant halt. #00:16:02-3#

I: Mhm. #00:16:02-8#

B: Und jetzt hat sie diese Doppelbelastung und jetzt hat sie reduziert. Aber im Moment erhält sie es aufrecht, aber der Aufwand, den es braucht etwas aufrechtzuerhalten ist nicht gleich, wie wenn man es lernen muss. Vor allem geht es nicht nur darum, dass man es lernen muss und die Operationen sind einfach da, sondern wenn eine Konkurrenzsituation da ist und wenn fünf Leute eine Operation machen möchten, dann wird der, der gar nicht arbeiten kommt, aus welchen Gründen auch immer, das interessiert niemanden, hat einfach den Kürzeren. Das ist klar. #00:16:34-5#

I: Und wie/wie kann man denn das/also ich weiss jetzt die Zahl nicht auswendig. Es hat ja jetzt aber auch vermehrt weibliche Personen, die anfangen. Müssen die dann wie ein bisschen wählen, was sie wollen oder/denken Sie, dass solche Modelle noch kommen, wo man halt sagt wir versuchen das jetzt halt trotzdem beispielsweise ein 80 % Teilzeitpensum, dass man trotzdem für die Familie da sein kann oder was auch immer und gleichzeitig trotzdem eine Karriere hinlegen und eine leitende Position übernehmen kann. Oder muss man da wirklich/. Oder muss man diesen Frauen quasi sagen: „Du musst dich dafür entscheiden, was du willst. #00:17:21-7#

B: Also ich kenne natürlich eine Ordinariusprofessorin. Ich war in München, am Klinikum rechts der Isar. Und die Frau des leitenden Oberarztes – er ist auch Ordinarius, Jörg Kleef. Ich glaube sie sind geschieden mittlerweile. Seine Ex-Frau ist Ordinarius in einer anderen Stadt und die haben Kinder, aber die hat natürlich nie Teilzeit gearbeitet. Sie hat natürlich maximal Überzeit, ja das Normale ist es ja eigentlich, dass man viel mehr arbeitet, als man aufschreibt, oder? Die müssen das zuhause einfach organisieren, mit jemanden der dann für die Kinder schaut und das ist ja dann eigentlich nicht Teilzeitarbeiten. Das ist einfach Mutter oder Vater sein. #00:18:01-8#

I: Mhm. #00:18:02-4#

B: Das ist egal ob man Mutter oder Vater ist. Es ist halt so, dass die Mutter – ich weiss nicht, ob sie Kinder haben – aber die ganz kleinen Kinder sind näher an der Mutter automatisch. Das ist einfach so. Und am Rechts der Isar habe ich mehrere Frauen gesehen, die Teilzeit arbeiten und sie sind häufig ein wenig in Dienstleistungsposition eingedrückt worden oder hineingerutscht. Es geht eben darum, um die Ausbildung noch zu holen braucht es viel Einsatz. Um die Ausbildung braucht es auch viel Einsatz und wenn man einfach arbeiten möchte, um einigermaßen drin zu bleiben, dann braucht das auch viel Einsatz. Zuhause/, die Belastung ist ja gross mit

den Kindern. Aber dann fühlt man sich halt am wohlsten und hat am wenigsten konkurrierende Leute, in einer Nische. In München gab es zwei bis drei, die einfach die Sprechstunde gemacht haben. #00:19:00-3#

I: Mhm. #00:19:01-3#

B: Ob das nachher heisst, dass sie im/. Man bleibt natürlich schon noch eher drin, aber operativ, wenn man ein paar Jahre lang nicht operiert, ist man, hat man – wenn man sich nicht gerade falsch einschätzt – hat man als Chirurg gewisse Hemmungen. Ich muss es so sagen/. Meine Frau hat den Schwerpunkt operative Gynäkologie gemacht und macht aber keine Geburtshilfe mehr. Sie geht ab und zu noch mit, um zu operieren, aber sie hat natürlich nie mehr die operative Exposition, die sie zuvor hatte. Und ich habe das und im Prinzip sind wir gleichberechtigt. Das ist auch nicht richtig eigentlich, aber das ist halt einfach das System. #00:19:47-0#

I: Oder müsste man Kompromisse eingehen oder Verzicht eingehen, dass es fast nicht möglich ist? #00:19:55-7#

B: Man muss. Also jemand geht einen Kompromiss ein und entweder sind es beide Eltern und dann ist es in der Regel so, dass beide chirurgisch nicht wirklich weiterkommen, sondern dann bleiben beide gleich. Oder einer steckt mehr ein, so wie bei uns jetzt oder die Kinder stecken ein, weil sie dann einfach die ganze Zeit eine Nanny zuhause haben. Ich nehme an, das war so bei der Frau (unv.#00:20:21-0#) und bei Jörg Kleef. #00:20:22-2#

I: Mhm. #00:20:22-8#

B: Ich meine, wenn sie in der Klinik am Mikroskopieren ist, kann sie nicht auf die Kinder schauen. Das ist ja klar. Und in Skandinavien machen sie es uns ja auch ein wenig vor. Die haben ganz andere Strukturen für/. Ich meine ich wohne im Aargau. Wir haben jetzt jemanden, der am Morgen um halb sieben oder sogar schon um sechs auf der Matte steht und wenn meine Frau arbeiten gehen muss, die Kinder den ganzen Tag hütet. Und man muss zuerst noch so jemanden finden, der am morgen um 6 Uhr arbeiten kommt, oder? Und das muss man sich auch noch leisten können. Das ist etwas. Ich meine sie kennen ja die Löhne, die wir etwa haben. Wir verdienen ja gut als Ärzte und wir können noch jemanden bezahlen, aber diese Person muss ja dann auch wieder leben können. #00:21:07-4#

I; Mhm, mhm. #00:21:08-4#

B: Das ist alles. Man weiss nicht, wie die Zukunft ist. Die Löhne werden abnehmen in der Zukunft. Die Löhne der Ärzte. Ganz klar. Die haben schon in den letzten Jahren schon stark abgenommen. Und dann ist die Frage/also, wenn ich jetzt in Zürich leben würde und hier noch mit meinem Lohn die Miete stemmen müsste und dann noch die

Nanny, die hier leben können müsste und nicht im Aargau, dann wäre das schwierig. Da wäre schwierig. Und da muss man auch wissen, diese Nanny kann man fast nicht/ kann man bei den Steuern nicht abziehen. Das ist auch noch etwas.  
#00:21:44-0#

I: Ja, das kommt noch dazu, ja. #00:21:45-1#

B: Das ist etwas was nicht ganz/. Also man muss zum Schluss sagen, bei uns – und meine Frau arbeitet als Ärztin, hat eigentlich einen guten Lohn, eigentlich geht ja dann ihr Lohn zu einem grossen Teil auf die Steuern und die Nanny. Und so gesehen ist es dann/. Das Schweizer System ist eben sehr, sehr ich sage mal, SVP familienfreundlich. Ich habe nichts gegen die SVP und ich habe auch nichts gegen die SP, aber es ist eigentlich/. Das ganze System drückt die Familie in diese Richtung.  
#00:22:20-5#

I: Ja, aber das verstehe ich richtig? Das heisst in den skandinavischen Ländern sind die Strukturen nicht vom Arbeitgeber sondern vom Land anders? Dass eben so etwas eher gefördert wird? #00:22:34-3#

B: Ja es hat ja viel mehr Tagesstrukturen/. Die Tagesstrukturen sind ja vielleicht in Zürich noch da, aber sonst auf dem Land ist nicht viel/gibt es nicht viele Möglichkeiten. Ich meine klar, es gibt auch noch Horte. Aber ein Hort geht nicht um sechs Uhr auf. Und ein Arzt muss einfach um sieben auf der Matte stehen, also ein Chirurg. Mediziner fangen häufig auch ein wenig später an. Das ist auch ein wenig anders. Und der Mediziner hat auch etwas später/auch von der Aussicht her, kann er in die Praxis gehen und kann sich dort eher Teilzeit einrichten, während dem der Chirurg/wir sind bis zur Pension oder bis ans Lebensende im Spital. #00:23:15-5#

Pause (#00:23:15-6# bis #00:23:24-9#)

B: Jetzt haben Sie noch geschlossene Fragen wahrscheinlich? #00:23:27-3#

I: Nein, es ist wirklich offen. #00:23:28-0#

B; Ah, nicht? Ja. #00:23:29-#

I: Also vielleicht so. Also/. #00:23:36-8#

B: Ich kann vielleicht noch etwas sagen. #00:23:37-7#

I: Ja #00:23:38-1#

B: Ich war Unterassistent vor 20 Jahren bei einem Freund von mir/und Chirurg, oder? Und dort war ein Mann, der auf dem zweiten Bildungsweg Medizin studiert hat. Das war Dietmar, das weiss ich noch. Und er hatte ein Handwerk gelernt und dann hat er gesagt: „Nein, er möchte noch Medizin studieren und Chirurg werden“. Und dann hat der Chirurg, der Chef, gesagt/hat ihm ganz offen gesagt: „Schau mal, man darf es nicht sagen, aber Sie sind 45, wenn Sie jetzt eine chirurgische Ausbildung anfangen/wenn Sie fertig sind, also wirklich fertig, sodass man sagen kann, dass es in Ordnung ist, dann sind Sie pensioniert.“ Das ist ja. Man darf das auch nicht sagen, oder? Ich habe ja viele so Gespräche mit Bewerberinnen, oder? #00:24:30-8#

I: Ja, genau. #00:24:31-5#

B: Und sage dann auch schon, dass man das mit der Familienplanung/ob man das will oder nicht. Das muss man im Gesamtkonzept auch berücksichtigen. Mittlerweile sage ich es so und vielleicht mache ich sogar auch so angreifbar. Ich habe es auch schon/am Anfang war ich etwas offener, es dient am Schluss/es geht nicht um mich, sondern es geht um die Person. #00:24:57-2#

I: Ja. #00:24:57-6#

B: Es geht ja nicht darum/es sind ja meistens/also ich muss sagen, dass Frauen häufig die besseren sind. Sie machen bessere Arbeit als Assistentinnen als Männer. #00:25:06-6#

I: Ja. #00:25:07-1#

B: Weil sie einfach/ich weiss auch nicht/weil sie am Anfang/. Sie funktionieren viel schneller im Klinikalltag, aber man muss den Leuten einfach zeigen, welche Wege möglich sind. Und wenn man halt die Familienplanung macht, gibt es Zeitpunkte die ein wenig besser sind oder weniger gut und für einen Chirurg ist eigentlich gleich nach dem Facharzt, oder für eine Chirurgin, ist der beste Zeitpunkt um Kinder zu haben. Ich meine ich habe es auch so gemacht. Ich und meine Frau waren beide Fachärzte und dann haben wir die Familienplanung angefangen, weil vorher ist auch mit/ist auch die finanzielle Situation und alles nicht gleich geregelt, also muss man eigentlich dort sein. Und wenn man schnell ist – wir sind beide sehr „Streber“ kann man sagen. Wir haben das in kürzester Zeit gemacht, wie es geht. Aber man muss auch ein wenig Glück haben. Man muss Leute haben, die einem helfen und so weiter und es gibt Leute, bei denen es halt später wird und dann wird es halt knapp. #00:26:08-6#

I: Aber das heisst jetzt eben so, wenn wir zurück gehen auf das aktuelle Arbeitszeitgesetz. Ist das etwas sinnvolles? Hilft das? Oder ist das eher hinderlich oder spielt das keine Rolle? #00:26:21-2#



B: Es ist ein „Riesenchabis“ für die chirurgische Ausbildung. Es will es niemand wahrhaben. Ich habe darüber publiziert übrigens. #00:26:30-8#

I: Okay, ja. Das müssen Sie mir dann noch schicken. #00:26:32-7#

B: Es kommt gleich eine Publikation raus. In World Journal of Surgery. Käser und Möckli. #00:26:38-4#

I: Möckli? #00:26:39-5#

B: Möckli, Käser, Clavien. Und dann haben wir eine publiziert über Dickdarmeingriffe, was diese Arbeitszeitregelung für einen Einfluss auf das Training gehabt haben könnte. #00:26:51-1#

I: Ja. #00:26:51-4#

B: Das ist Käser, Tourina und Flavien. #00:26:53-9#

I: Okay. #00:26:54-9#

B: Genau. Und ich rege mich dann jeweils so auf. Die/in der Öffentlichkeit wird allen immer gesagt, dass die Chirurgen alle übermüdet sind und man soll immer aufpassen, dass man nicht zu einem übermüdeten Chirurgen kommt. Das stimmt schon. Klar ist ein Top-Chirurg, der ausgeruht ist, ein wenig besser. Aber am schlimmsten ist einer, der keine Ahnung hat davon, was er macht. Und von diesen haben wir mehr. Und die werden auch älter und bekommen Titel, oder? Ich meine wenn man fünfzig ist und nicht mehr kann als ein Assistent, kann man trotzdem nicht mehr Assistent sein. #00:27:36-0#

I: Ja, ja. #00:27:36-8#

B: Das ist ein Riesenproblem. Und wenn Spitäler anschaut – das wäre auch mal eine Studie – wenn man Spitäler anschaut vor 20 Jahren, wie viele Kaderärzte es damals gab und wie viele jetzt, hat das massiv zugenommen. #00:27:47-3#

Pause: #00:27:49# bis #00:28:15-5#

B: Es wird ja gerne gesagt, dass man das alles effizienter organisieren soll. Man soll clinical nurses einstellen und so. Aber das ist/klar das ist/das hebt schon ein wenig

entgegen. Aber das entfremdet die Leute auch von der Arbeit. Ich habe in Deutschland viel Arbeit gemacht, die hier die Pflege macht. Verbandwechsel, Blut anhängen, alles zusammen. Ich habe diese Patienten nie mehr so/. Dann kannte ich die Leute wirklich in und auswendig. Und heute, also auch ich „Ah ich meine, habe ich/wie sieht die Wunde aus und ah das hat die Pflege gemacht“ und dann „ohm wie viele EC haben wir gegeben?“. Das musste ich in München nie überlegen, weil ich sie ja selber angehängt habe. #00:28:57-2#

I: Ja. #00:28:58-2#

B: Es gibt eine Änderung von der ganzen Patientenbetreuung, wenn man die Arbeitszeitregelung einhalten will und das Schlimme ist ja/. Also wir halten das hier ein, oder? Das ist klar. Aber wenn jemand weiterkommen will, kommt er auch, wenn es ihn interessiert, sonst arbeiten. Man publiziert in der Freizeit. Wir haben hier noch den Luxus, dass Leute ins Labor können und bezahlte Laborzeit haben. Ich hatte nie bezahlte Laborzeit und habe neben, so wie Sie ihre Doktorarbeit machen, habe ich meine Publikationen gemacht, oder? Das ist/. #00:29:40-6#

I: Freizeit, oder? #00:29:42-0#

B: Freizeit. #00:29:42-7#

I: Extra mile oder so. #00:29:44-0#

B: Ja, dann wenn die anderen surfen waren oder baden, habe ich halt gearbeitet. Das ist halt so. #00:29:50-1#

I: Und aber ist das. Also das weiss ich halt nicht. Ist das bei den Jungen, wollen diese dann das Arbeitszeitengesetz? Also wollen sie das Strukturierte oder sagen sich viele auch?/ #00:30:01-6#

B: Wir haben einen grossen Teil, der sagt : „Nein ich will weiter kommen“. Und wir/wir wollen ja an der Uni Leute, die diese Extra Meile gehen möchten. Der Professor Clavien hat glaube ich mal ein Interview gegeben, ich weiss nicht mehr in welcher Zeitung/. Als er bei uns angefangen hat und er hat gesagt, das ist wie ein Roger Federer. Wenn man dem gesagt hätte: „Nein, du darfst nur fünf Stunden die Woche trainieren, dann wäre er ein Nobody.“ Oder auch 45 Stunden der hat doch viel mehr gearbeitet und wir sind halt auch ein wenig so. #00:30:35-5#

I: Also ist das jetzt ich hinderlich? #00:30:37-1#

B: Ja massiv. #00:30:38-2#

I: Weil es gesetzlich dann Verklagungen gibt, so hinderlich oder auch für die Leute selber? Weil sie meinen, sie sollten/es ist ja klar, je mehr man etwas macht, desto besser. #00:30:50-8#

B: Ja, wir haben einfach/. Die Leute sind weniger da. Aber das ist ja nicht der Grund. Man könnte ja sagen, wenn sie weniger da sind, nehmen wir ihnen die Administration und so weg, dann können sie trotzdem operieren. Es ist aber ein anders Problem. Das sind einfach der Zähler und der Nenner. Zähler ist die Anzahl Operationen und Nenner sind Personen, welche lernen möchten. Und in meiner Publikation ist eine schöne Kurve. Wir sagen oft, wir haben zu wenige Chirurgen. Es gibt eine Kurve, die ich gezeigt habe. Population in der Schweiz. Mit Ausländer und allen. Ärzte, überproportionale Zunahme und man staune Chirurgen über/noch mehr ist das hochgegangen. #00:31:30-1#

I: Also noch mehr ausgebildeten Chirurgen? #00:31:32-0#

B: Ja! Sie sind eben am Schluss nicht ausgebildet. Ein grosser Teil. Ein grosser Teil bleibt dann nur/. Also klar man sagt auf dem Papier haben sie es erfüllt, aber ein grosser Teil hat nicht mehr die Ausbildung, die man früher hatte. #00:31:44-4#

I: Okay, aber das ist noch spannend. Was sind denn die Gründe? Oder warum ist denn das/? #00:31:48-5#

B: Das sind eben der Zähler und der Nenner. Anzahl Eingriffe und Anzahl Auszubildende. #00:31:52-3#

I: Aber ich dachte die Eingriffe gehen hoch? Immer hoch und hoch? #00:31:55-6#

B: Ja, das ist auch in diesem Paper. Das ist jetzt speziell für die (unv.#00:31:59-0#) . Aber am Schluss, die gehen/. Die Eingriffe, also, wenn man jetzt aus/. Als Laie würde man ja sagen, wenn die Indikationen gleich bleiben, dann sollte die Anzahl Operationen genau korrelieren mit der Populationsgrösse. #00:32:19-2#

I: Genau. #00:32:19-9#

B. Genau. Und jetzt wenn die Ärzte weit überproportional steigen, kann man das nicht mehr abdecken. #00:32:26-4#

I: Aber es heisst ja immer Fachkräftemangel? #00:32:28-8#

B: Das ist alles gelogen. Es gibt zig Artikel darüber. Alles gelogen. #00:32:34-2#

I: Wirklich? #00:32:34-8#

B: Ja, und das Problem ist, dass man früher einen Chef hatte. Ordinarius Chirurgie. Der Walti, der Weder, alle diese waren seine Leitenden und dann hat man das aufgesplittert. Das sieht man jetzt hier. Jetzt hat man die zersplitterte Situation. Und dann wird es innerhalb der Klinik noch weiter aufgesplittert und jeder Arzt braucht wieder jemanden darunter. Das ist das Problem. #00:32:59-0#

I: Warum? #00:33:00-3#

B: Ja, das ist einfach der Arzt. Ich muss abschliessen. Wissen Sie was Arzt heisst? #00:33:08-1#

I: Sie müssen es mir sagen, ja. #00:33:10-3#

B: Das weiss fast niemand. Es haben alle den Beruf, die hier herumlaufen, aber sie wissen es alle nicht. Das kommt von Arche, ist dort drin, griechisch Arche und iatros. Iatros ist der Heiler der Arzt und Arche ist der Herrscher, der Führende. Also der obige, Ober. Und jeder Arzt oder viele Ärzte, vor allem die männlichen natürlich, aber auch die Weiblichen wollen eine gewisse Machtposition und wollen ein Gärtlein bearbeiten und erst dann sind sie zufrieden, ab einem gewissen Alter. Bis so etwa 40, 45 können sie sich noch arrangieren mit jemanden, der von oben herunterdoppelt, aber danach müssen sie ihr Ding haben. Sonst werden sie unzufrieden und gehen. #00:33:54-8#

I: Okay, danke viel mal. #00:33:54-7#

B: Psychologie des Arztes. #00:33:55-6#

## Interview 19

I: Ja vielen Dank Isabelle, dass ich du dir Zeit genommen hast, dass ich heute mit dir ein Interview machen darf. Ich würde eigentlich direkt mit der Frage starten, wie so ein typischer Arbeitstag bei dir aussieht. [LRI]#00:00:13-4#[PDI]

B: (lacht) Das willst du gar nicht wissen. Normalerweise versuche ich vor der ersten Sitzung, die in der Regel um sieben Uhr fünfzehn ist, minimum eine halbe Stunde vorher hier zu sein. Das gelingt nicht immer, aber das ist eigentlich das Ziel, um ein bisschen Bürozeit alleine zu haben und Sachen abzuarbeiten. Dann habe ich um sieben Uhr fünfzehn Sitzungen, die festgesetzt sind eigentlich für jeden Tag. Montags alle zwei Wochen mit der Forschungscoordination, dienstags mit der Studienkoordinatorin und Datenbankmanagerin. Mittwochs Jour fixe mit dir und Didi. Donnerstags Kadersitzung und freitags interne Weiterbildung. Und dann ist um sieben Uhr fünf und vierzig unser Klinikrapport, um acht Uhr die IPS-Visite und dann bin ich dienstags und donnerstags eigentlich gerade im Anschluss im Operationssaal. Montags und mittwochs in der Sprechstunde und freitags abwechselnd entweder im OP oder Richtung Lab-Meeting und diverse andere Meeting. Ohne Mittagspause geht das eigentlich in der Regel entweder durchgehend im OP oder Wards, Klinikrapporte und individuelle Meetings und endet NIE vor sechs, eher sieben Uhr. Bis Open End. (lacht) [LRI]#00:01:52-9#[PDI]

I: (lacht) Was sind so die Herausforderungen? [LRI]#00:01:56-3#[PDI]

B: Alle Termine unterzubekommen. Das wird wahrscheinlich das Sekretariat bestätigen. Und die Priorisierung in meinem Kopf, vielleicht für die guten Untersch/ also das gute Team, was mich unterstützt, transparent zu machen und weiter zu transportieren. [LRI]#00:02:21-7#[PDI]

I: Also wie meinst du das genau? [LRI]#00:02:24-9#[PDI]

B: Ja also ich jetzt speziell, zum Beispiel für Termine, es ist ja nicht für jeden ersichtlich, was wichtig ist und was nicht wichtig ist und [LRI]#00:02:31-4#[PDI]

I: Mhm (bejahend). [LRI]#00:02:32-2#[PDI]

B: Aber ich glaube, sehr viel liegt im Moment auch an einer noch nicht eingespielten Zusammenarbeit. [LRI]#00:02:39-4#[PDI]

I: Also quasi du im Kopf priorisiert hast auch [LRI]#00:02:43-1#[PDI]

B: Ja. Strategisch [LRI]#00:02:44-6#[PDI]

I: In den Kalender [LRI]#00:02:45-9#[PDI]

B: Und dass das tatsächlich auch exekutiert wird von dem Team, was die Termine macht zum Beispiel. [LRI]#00:02:51-0#[PDI]

I: Ja. Ja. [LRI]#00:02:51-4#[PDI]

B: Weil wie gesagt, ich glaube, es hängt viel mit der noch nicht eingespielten Zusammenarbeit zusammen. Und ich glaube, die Schwierigkeit ist wirklich, die Summe meiner Aufgaben mit der mir zur Verfügung stehenden Zeit in Einklang zu bringen.

[LRI]#00:03:09-2#[PDI]

I: Und ist das jetzt frisch auch als Klinikdirektorin anders oder ist das vorher schon ähnlich gewesen, oder merkst du einen Unterschied? [LRI]#00:03:23-0#[PDI]

B: Es war vorher schon so, muss ich sagen. Und das ist jetzt noch mal eher nicht unbedingt die Summe der Aufgaben hat sich verändert, es hat sich vielleicht das Verantwortungsbewusstsein verändert, was sich auf einen noch größeren Bereich jetzt ausgedehnt hat. Ich hatte vorher schon Führungsverantwortung, hatte vorher auch Planungsverantwortung, auch finanzielle Verantwortung in den verschiedensten Bereichen. Aber jetzt ist natürlich das Feld größer geworden. Ja. [LRI]#00:03:58-2#[PDI]

I: Hast du so in deinem Arbeitsalltag auch Arrangements? Damit du dich entlasten kannst oder Tricks oder [LRI]#00:04:10-2#[PDI]

B: Du meinst wie eine Meditation zwischendurch oder was? (lacht) [LRI]#00:04:13-1#[PDI]

I: Ja, nein. Oder auch, ich sage jetzt im Mittag, [LRI]#00:04:15-3#[PDI]

B: (unv.) [LRI]#00:04:15-9#[PDI]

I: Oder ich weiß zum Beispiel auch, du hast ab und z/ also früher ist das gewesen, manchmal am Mittwochnachmittag Zeit nehmen können [LRI]#00:04:21-2#[PDI]

B: Genau! Ah ja. Also mittwochs mittags versuche ich nach dem Lab-Meeting, das ist zwischen elf Uhr dreißig und zwölf Uhr dreißig, versuche ich mit meinen Kindern zu Mittag zu essen. Und früher bin ich dann tatsächlich auch danach zu Hause geblie-

ben und habe den Nachmittag mit den Kindern verbracht. Seit Übernahme der Position hier habe ich das eingestellt und bin um drei Uhr zum Rapport zurück. Das ist das/ also im Moment ist, sage ich mal, das einzige Spare Time in der Woche, wo ich Mittag esse und wo ich nicht mit Klinikleuten zusammen, ist zwischen eins und drei. Ja. [LRI]#00:05:02-5#[PDI]

I: Und würdest du das wieder ändern oder anders machen oder ist das ein Ziel oder brauchst du es nicht? [LRI]#00:05:10-9#[PDI]

B: Also ich persönlich brauche es wahrscheinlich nicht. Ich mache es hauptsächlich für meine Familie, damit ich noch irgendwo einen Zeitrahmen, außer das abends habe, mit denen zusammen zu sein. Ich bräuchte jetzt nicht die Pause, für mich wäre es okay, ohne Pause. Ja. Ich möchte aber trotzdem eigentlich das Gleiche/ also eben jetzt ist ja von zwölf Uhr dreißig bis bin ich dann effektiv bis dreizehn Uhr, möchte ich in einem kürzeren Zeitrahmen am Freitagmittag auch machen. [LRI]#00:05:43-4#[PDI]

I: Mhm (bejahend). (...) [LRI]#00:05:47-5#[PDI]

B: Und das ist eigentlich hauptsächlich, weil ich mir überlegt/ weil ich erstens bei anderen Kollegen auch sehe, dass die, und das finde ich auch richtig, zwischendurch eine Stunde sich ausklinken. Habe ich überhaupt kein Problem damit auch und ich glaube, dass es gut ist, dass jeder auch so ein bisschen so eine flexible Zeit hat, um auch mal einen Arzttermin oder, keine Ahnung Friseurtermin, oder irgendwas. Weil wenn man jeden Abend bis sieben Uhr arbeitet, dann kann man diese Sachen gar nicht machen. [LRI]#00:06:17-4#[PDI]

I: Mhm (bejahend). [LRI]#00:06:17-7#[PDI]

B: Ja und im Moment, wie du weißt, ist ja die Umstellung ganz bewusst, dass wir versuchen, fixiertere Abläufe für jedes einzelne Kadermitglied zu institutionalisieren. Damit jeder diese definierten Freiräume hat. Ja. [LRI]#00:06:37-2#[PDI]

I: Inwiefern sind die Arbeitszeiten ein Thema in der Klinik? [LRI]#00:06:43-4#[PDI]

B: Ist natürlich ein Thema, dass wir gesetzlich eingehalten werden, die Arbeitszeiten einzuhalten und die Überstunden zu kompensieren. Ab leitender Arzt eben ist das nicht obligatorisch und die Oberärzte sind das größte Problem eigentlich. Die Arbeitszeiten einzuhalten, gesetzeskonform. Weil, die Arbeitszeiten halt manchmal mehr sind. [LRI]#00:07:05-2#[PDI]

I: Und warum ist das so? Also [LRI]#00:07:09-7#[PDI]

B: Die akkumulieren in der Regel in der Dienstwoche, wenn ich das richtig im Blick habe und hängen dann natürlich, insbesondere mit solchen Aktionen wie Transplantationen (Start? [LRI]#00:07:20-9#[PDI]), die ja immer nachts sind und dann sind es eben einfach mal schnell zehn Stunden mehr auf der Uhr. Und dann noch hier und da noch ein, zwei Stunden länger da sein und am Wochenende. Und dann kann natürlich in einer Dienstwoche, können sich locker zehn, zwanzig Stunden ansammeln. Bin jetzt nicht so sicher über die Anzahl Stunden. Aber ich glaube, es entsteht hauptsächlich in den Dienstwochen. Ich glaube nicht, dass es in normalen Arbeitswochen so oft die Oberärzte hier nach sechs durch die Türe gehen. Glaube ich nicht.

[LRI]#00:07:55-6#[PDI]

I: Und ist es ein Thema, was du jetzt auch als Direktorin spürst, dass das bei den Mitarbeitern wichtig ist? Oder ist das weniger wichtig? [LRI]#00:08:05-3#[PDI]

B: Ich glaube, dass den Mitarbeitern die Gesamtarbeitszeit wahrscheinlich nicht so wichtig ist und sie es mehr eben schätzen, diese Freiräume zwischendurch zu haben. Ist mein Eindruck. Jetzt speziell in diesen letzten Wochen, wo wir immer wieder die Kompensation oder Homeoffice gemacht haben, sind einige Projekte nach vorne gekommen und das ist ja auch wertgeschätzte Zeit, wenn man seine eigenen Ziele und Projekte vorwärts bringen kann. [LRI]#00:08:36-3#[PDI]

I: Und glaubst du auch, dass das machbar ist? Ist, sage jetzt auch nach der COVID Situation oder ist das [LRI]#00:08:44-8#[PDI]

B: Ich glaube ja. Glaube ich schon. [LRI]#00:08:46-2#[PDI]

I: Und auch sinnvoll, oder [LRI]#00:08:48-1#[PDI]

B: Ja ich möchte das auch, heute haben wir gesagt, dass ich eigentlich möchte, dass die Oberärzte selber einen Vorschlag bringen einmal pro Woche für die nächste Woche, wer wann kompensiert, Office Zeit, Homeoffice Zeit hat. Und solange die Arbeit gemacht wird und am Ende sogar noch rauskommt, dass dann wahrscheinlich das einen positiven Effekt auf die Arbeitszeit hat, umso besser. Eigentlich müssten wir das auswerten ab nächster Woche im Vergleich zu vorher, ob das einen Effekt hat.

[LRI]#00:09:20-2#[PDI]

I: Und du hast jetzt vor allem die Oberärzte angesprochen, wie sieht das auf den anderen Stufen aus? Also tiefer wie höher. [LRI]#00:09:29-0#[PDI]

B: Assistenzärzte hängt natürlich sehr oft damit zusammen, dass wir sehr junge Assistenten haben. Und die brauchen insbesondere am Anfang sehr lange Zeit, um die komplexen Abläufe, Berichterstattungen und Betreuung dieser Patienten, erst mal sich eingespielt haben und da entstehen immer wahnsinnig viele Überstunden. Und



auch bei denen natürlich in den Diensten. Für die Assistenten könnte es natürlich genau solche Modelle geben. Wobei man sagen muss, dass sie schon ziemlich viel kompensieren. Wenn man überlegt, finde ich, also, das hat ja auch am Ende des Tages dann irgendwann auch etwas mit der Ausbildungszeit zu tun. Man kann immer kompensieren und man kann immer noch einen Tag weniger kommen, aber am Ende reflektiert sich das natürlich im Total der Ausbildungsjahre, die man dann auf der Uhr hat. Bei den leitenden Ärzten habe ich ein bisschen eine andere Einstellung, finde ich persönlich und das ist ja auch ganz offensichtlich die Policy vom Spital, dass man diese Position hat, weil man auch eigentlich in der leitenden Positionen eine Führungsverantwortung hat und dadurch das vielleicht nicht unbedingt in Stunden zu messen ist. Aber auch hier, wie gesagt, die Freiräume müssen geschaffen werden, dass keiner ein Burnout hat. Und jeder ist da anders gestrickt. Und das muss man wahrscheinlich individuell betrachten. [LRI]#00:11:01-8#[PDI]

I: Sind denn auch/ oder vielleicht zwei Fragen, denkst du, dass es auch in einem Teilzeitpensum oder Jobsharing möglich ist solche Positionen auszuüben? Also vor allem jetzt auch im leitenden Arzt oder auch bei den Assistenten. [LRI]#00:11:19-6#[PDI]

B: Also bei den Assistenten geht es sicher, glaube ich. Bei leitenden Ärzten habe ich mir bisher keine Gedanken gemacht, ich habe mir öfters schon Gedanken über die Oberärzte gemacht. Auch insbesondere, weil wir natürlich jetzt einen hohen Anteil weiblicher Oberärzte haben, wovon zwei sogar eine Familie haben und eine mit kleinem Kind. Und habe mir schon überlegt, was es für Möglichkeiten gibt. Gibt es/ ich habe jetzt gerade auch einen Artikel ja geschrieben. Bin aufgefordert gewesen, darüber einen Artikel zu schreiben dann habe ich mich ein bisschen damit auseinandergesetzt, weil ich glaube, den kann ich dir übrigens schicken, ich glaube, dass es eher als wirklich dieses Tage- oder Stunden- oder Kompensationsmodell ist, dass man das eher auf Bereiche definiert und sagt, ich sage jetzt mal (unv. [LRI]#00:12:11-7#[PDI]) Bereich, weil da geht es zum Beispiel gut. Schilddrüsenchirurgie ist zum Beispiel so ein Thema. Hochelektive Chirurgie könnte gut von zwei Personen besetzt werden und die teilen sich sowohl die Sprechstunde als auch die Operationen. Jetzt sind wir einfach so ein Fach, was so ein bisschen auf der Kippe steht, dass man das so unterbrechen kann in einzelne Subspezialisierung und das ist eigentlich die Schwierigkeit da dran. Aber ich glaube trotzdem, dass ein Jobsharing möglich wäre. [LRI]#00:12:41-5#[PDI]

I: Auch in der spezialisierten Medizin? [LRI]#00:12:44-9#[PDI]

B: Ich glaube schon. Aber ich zerbreche mir immer noch selber den Kopf darüber, in welcher Form. [LRI]#00:12:49-7#[PDI]

I: Ja. [LRI]#00:12:49-9#[PDI]

B: Ob man wirklich sagt, einer kommt drei Tage, der andere kommt zwei Tage, das ist halt auch nicht so einfach, das muss ja dann jeweils in die Familiensituation der

betroffenen Personen reinpassen. Das: „Ich gehe um zwölf und komme jeden Tag“ glaube ich, funktioniert nicht. Weil am Ende ist man doch jeden Tag bis fünf da und fünfzig Prozent bezahlt. Das, glaube ich, funktioniert einfach nicht. Es ist entweder da oder nicht da. Das ist, glaube ich, schon die Lösung. Aber in welcher Form, oder wochenweise, also ich habe ja zum Beispiel selber auch schon bei der SNF Förderungsprofessur mir Gedanken gemacht über diese Modelle, weil ich ja verpflichtet war, mit der Professur fünfzig Prozent Zeit der Forschung zu widmen. Und damals habe ich mir mit einem anderen Oberarzt die Aufgaben und Dienste geteilt, dass ich gesagt habe, fünfzig Prozent, also zwei Wochen mache ich Forschung oder einen Monat und dann bin ich eigentlich (unv. B entfernt sich, um an ein klingelndes Telefon zu gehen. [LRI]#00:13:44-0#[PDI]) Ja? Hi. [LRI]#00:13:46-6#[PDI]

I: Okay. [LRI]#00:13:47-6#[PDI]

B: Ja. [LRI]#00:13:48-4#[PDI]

I: Du hast eben die Ausbildungszeit noch angesprochen, dass es bei den Assistenten sicher geht. Also das ist ja im Gegensatz dann [LRI]#00:13:59-6#[PDI]

B: Das ist so, ich glaube dass ich [LRI]#00:14:00-5#[PDI]

I: Wenn jetzt ein Assistent noch Ausbildung hat/ ja. [LRI]#00:14:03-5#[PDI]

B: Also ich glaube, es braucht natürlich parallel eine Entwicklung in der Anpassung der Ausbildungscurricula. Also es ist nicht nur auf der Institutsebene, sondern auch auf einer übergeordneten Fachgesellschaftsebene muss sich etwas tun, man kann natürlich nicht verlangen, wie in der Thoraxchirurgie, ich weiß nicht, wie viele hunderte und tausende von Eingriffe durchzuführen in einer bestimmten Anzahl von Jahre und gleichzeitig flexible Arbeitsmodelle anbieten wollen. Die Zahlen sind in vielen Bereichen auch nicht mehr realistisch und müssten modernisiert werden. Oder man sagt einfach, die Ausbildung zum Thorax Chirurgen geht doppelt so lang. [LRI]#00:14:45-3#[PDI]

I: Und glaubst aber, dass wenn man jetzt das herunterschraubt, dass es trotzdem gleich gute Thorax Chirurgen ausgebildet werden? [LRI]#00:14:52-3#[PDI]

B: Das ist ja immer die Behauptung der Dinosaurier, dass das nicht so ist muss. Man muss von morgens bis abends im OP stehen, um ein guter Operateur zu werden. Ich glaube, es spielt jetzt/ es ist schon so, dass die Geschwindigkeit der Ausbildung leidet darunter. Ich glaube das ist zwangsläufig ein Nebeneffekt, aber es geht ja dann auch darum, dass das wahrscheinlich eine Generation betrifft, der es gar nicht mehr so darauf ankommt. Wir kommen so aus so einer Generation, wo, es musste alles schnell gehen und man muss schnell zum Ziel kommen, muss eine steile Karriere

machen? Und dies und jenes. Die Gespräche, die ich heute mit Assistenzärzten führe, für die gibt es immer noch Ziele, aber ob das jetzt ganz schnell geht oder gleichzeitig auch eine gute Lebensqualität man hat, spielt eben genauso eine große Rolle. Und deswegen ist es wichtig, auf diese neuen Generationsvorstellungen einzugehen und sich anzupassen. Weil sonst ist man keine attraktive Ausbildungsstelle mehr. (Telefon klingelt [LRI]#00:16:04-5#[PDI]) Alessandra? Hello. Alessandra? (Tonspur wird unterbrochen [LRI]#00:16:09-0#[PDI]) Worüber haben wir gerade geredet? [LRI]#00:16:11-2#[PDI]

I: Genau die Ausbildungen Assistent, dass sie andere Bedürfnisse haben. [LRI]#00:16:14-6#[PDI]

B: Ja. Ja, ich glaube, dass die Ausbildung länger gehen wird. Ich meine, man kann nicht die gleiche Anzahl Operationen in weniger Zeit packen. Es wird länger gehen, aber, ich glaube, wenn man heutzutage alle Assistenten interviewen würde beim Einstellungsgespräch: „Was ist Ihnen lieber, ein bisschen mehr Freizeit und dafür geht es ein bisschen länger, oder so?“ Bin ich fast sicher, dass mehr als die Hälfte sagen würde: „Ein bisschen mehr Freizeit und nicht jeden Tag vierzehn Stunden im Spital hängen.“ [LRI]#00:16:44-7#[PDI]

I: Ja. [LRI]#00:16:45-6#[PDI]

B: Also ich habe, als ich an der Charité angefangen habe, haben wir um sechs Uhr angefangen und waren um neun Uhr zu Hause oder so. Und das ist einfach nicht mehr zeitgerecht, tut mir leid. [LRI]#00:16:55-5#[PDI]

I: Okay. Ja. Und persönliche denkst du auch, dass das eine gute Entwicklung ist? [LRI]#00:17:01-2#[PDI]

B: Ja. [LRI]#00:17:01-0#[PDI]

I: Dass auch, ich sage jetzt, die Patientenqualität nicht leidet. [LRI]#00:17:05-7#[PDI]

B: Das ist noch ein wichtiger Aspekt, aber ich glaube, dass jetzt eben diese Health Alliance Professionals, die wir hier auch jetzt implementieren, wie Nurse Practitioners oder Physician Assistant, Clinical Nurses, ich glaube, dass das [LRI]wichtige Berufsgruppen werden, die eigentlich für die Konstanz in der Patientenbetreuung am Ende des Tages fast eine größere Rolle spielen. Und die Assistenzärzte in einer großen Ausbildungsklinik, wie wir das sind, tatsächlich auch wirklich zu dem kommen sollen, warum sie bei uns sind. Nämlich um ausgebildet zu werden. [LRI]#00:17:40-0#[PDI]

I: Mhm (bejahend). [LRI]#00:17:40-1#[PDI]

B: Natürlich müssen sie trotzdem die Patienten gut betreuen. Und das ist ja auch ein wichtiger Teil der Ausbildung. Aber, ja. [LRI]#00:17:47-8#[PDI]

I: Okay. Wir haben es vorhin kurz angesprochen gehabt, mit den Forschungsaktivitäten. Wie packst du die jetzt bei dir in den Alltag hinein und was ist auch wichtig, dass bei Personen, wo die Arbeitszeiten eingehalten werden müssen, auch Platz hat?

[LRI]#00:18:06-1#[PDI]

B: Ja. Also Forschung ist ja eigentlich auch ein bisschen wie ein persönliches Interesse und auch nur für wenige. Selbst in einem Universitätsspital hier zumindest ist das so, in Deutschland ist das ein bisschen anders, ein fester Bestandteil jedes einzelnen Mitarbeiters. Also es gibt bei uns ja Mitarbeiter, die Forschung betreiben und welche, die keine betreiben. Und für die, die das wollen, ist für die Jüngeren das ja auch wahrscheinlich mit einem gewissen Hintergrund. Der eine will mal ein bisschen reinschauen, was das überhaupt bedeutet und lernen, wie man vielleicht wissenschaftliche Ergebnisse beurteilen kann. Und der andere klare akademische Ziele. Jemand der klare akademische Ziele hat, habe ich ehrlicherweise die Einstellung, dass so etwas auch in der Freizeit stattfindet. Weil, das ist in einem chirurgischen Fach nicht möglich, bin ich nach wie vor überzeugt, das in der Arbeitszeit seriös zu machen. Es braucht eine Protected Time entweder, das heißt wie eben beim SNF mit einem Professorship oder anderen Möglichkeiten, dass man sich jenseits der Klinik der Forschung widmen kann. Das glaube ich, ist die beste Lösung. Das kostet aber was. Weil es nicht möglich, im normalen Klinikalltag nebenher seriös Forschung zu betreiben. Das findet entweder abends, morgens oder eben zur Protected Times ja statt. [LRI]#00:19:37-8#[PDI]

I: Okay. Und jetzt kommst du aber auch noch genug zu deiner Forschungszeit?

[LRI]#00:19:42-8#[PDI]

B: Leider weniger muss ich ehrlich sagen. Das ist so. Ja. [LRI]#00:19:46-4#[PDI]

I: Okay. Wie ist so die Work-Life-Balance? [LRI]#00:19:50-5#[PDI]

B: Für mich? [LRI]#00:19:50-7#[PDI]

I: Mhm (bejahend). [LRI]#00:19:51-2#[PDI]

B: (lacht) Uh! [LRI]#00:19:53-4#[PDI]

I: Ist vielleicht auch noch ein bisschen früh, mit der neuen Rolle jetzt, oder?

[LRI]#00:19:57-4#[PDI]

B: Nicht unbedingt, weil, ich glaube, es hat sich so/ also Arbeitszeiten-mäßig, wie gesagt, ich glaube, sie mehr mental von der Verantwortung was geändert, als wirklich von der Arbeitszeit. Ich bin vielleicht mehr Samstag hier, doch, das muss ich sagen. Ich bin ja jetzt eigentlich seit siebten Januar gibt es vielleicht ein Wochenende, wo ich nicht hier war, oder zwei. Sonst war ich immer hier und das habe ich früher nicht so gemacht. Aber an diesen Samstagen, außer dass sich Patienten sehe und Intensivstationsvisite mache, bin ich eigentlich insbesondere an den Samstagen hier, um da meine Forschungssachen zu machen. Oder International Assignments, die Aufgaben, die ich da noch habe. Und für mich stimmt die Work-Life-Balance, weil eben mein Beruf mir Spaß macht und ein Erfüllung meiner Persönlichkeit darstellt. Ich hätte trotzdem lieber noch mehr Zeit für Sport. (lacht) Weil, das findet immer morgens um sechs statt. Für die Familie ist es so, dass meine Kinder natürlich jetzt in einem Alter sind, mit zehn bis fünfzehn, dass sie selber bis sechs Uhr, sieben Uhr am Abend beschäftigt sind. Das heißt, jetzt im aktuellen Stadium stört es meine Familie eigentlich nicht so, wie ich arbeite. Samstags morgens, bis sie aufstehen, bin ich wieder da. (lacht) Also das heißt, im Moment ist es effektiv/ klar, wenn man die jetzt fragen würde, würden die auch sagen, würde der Arthur sagen, jetzt gerade in letzter Zeit in dem Lockdown, es wäre schön, wenn ich da wäre am Nachmittag. Aber wenn jetzt der Sport auch wieder losgeht, ist der auch bis sechs, sieben Uhr einfach jeden Tag beschäftigt. Ferien finde ich eigentlich auch gut. Klar kann man immer mehr Ferien machen. Und was ich im Moment eigentlich schätze ist, dass ich weniger herumreisen muss. Das finde ich ganz gut. Das ist sonst noch ziemlich exhausting, nebenher die Herumreiserei. [LRI]#00:21:48-2#[PDI]

I: Okay. Inwiefern spielt, eben ich sage jetzt einfach die Familie eine Rolle, dass du das Pensum so durchziehen kannst? [LRI]#00:22:00-1#[PDI]

B: Ja eine große natürlich. Weil wenn die das nicht unterstützen würde, wäre das ja ein konstanter, psychologischer Stressfaktor. Klar, kriege ich mal eine blöde Bemerkung, wenn ich gestern Abend um halb zehn nach der Fakultätssitzung erst nach Hause komme, ist keiner begeistert. Aber ich glaube, ein großer Teil ist einfach auch immer eine gute Kommunikation, das alle sich nicht Hoffnung machen, oder ich mache nie falsche Versprechungen zu Hause, oder? Ich sage nie: „Ich bin heute hundert Prozent für deine Hausaufgaben da“, sondern ich sage: „Ich versuche das“ und ich verspreche es aber nicht. Und wenn ich das schaffe, freuen sie sich und wenn ich es nicht schaffe, habe ich es nicht versprochen. Also ich mache NIE Versprechungen meinen Kindern, die ich nicht einhalten kann. Und ich glaube, besonders die Kinder sind eigentlich so auch so ein bisschen stolz darauf, was ich mache. Und Robin ist halt da auch der Vorteil, der kennt mich, seitdem ich sechzehn Jahre alt bin und ist eigentlich so mitgewachsen. (lacht) Der kennt es gar nicht anders. [LRI]#00:23:02-2#[PDI]

I: Okay. Ja ich sage, Karriereziel-mäßig, wie sieht es da aus? [LRI]#00:23:10-3#[PDI]

B: Betanken. (lacht) [LRI]#00:23:11-5#[PDI]

I: (lacht) [LRI:#00:23:11-9#PDI]

B: Kannst du das rauslöschen? (lacht) Nein. Ja, gut das ja jetzt nicht so weiter auf Klinikebene groß noch steigerbar. (Handy klingelt) Ja? Jetzt musst du kurz Pause machen. (Tonspur wird unterbrochen [LRI:#00:23:28-4#PDI]) Karriereziele eben.

[LRI:#00:23:32-9#PDI]

I: Klinisch nicht [LRI:#00:23:33-4#PDI]

B: Klinische Direktion. [LRI:#00:23:35-5#PDI]

I: Ist das etwas gewesen, was du auch schon immer gewollt hast? [LRI:#00:23:39-4#PDI]

B: Nein ist eigentlich nicht schon immer. Es hat sich eigentlich mehr so entwickelt. Karriereziele schon hier das Unispital, Thoraxchirurgie noch weiter in einen noch innovativeres und vor allen Dingen als Ausbildungszentrum interessanten Spot weiterzuentwickeln. Und für mich persönlich vielleicht noch mehr irgendwann zu einem späteren Zeitpunkt internationale Aufgaben, die ich jetzt im Moment aufgrund der Aufgaben hier zurückgestellt habe. Also diese europäische Präsidentschaft werde ich dann wahrscheinlich, wenn es weiter so geht annehmen, aber dann werde ich das bewusst mal ein paar Jahre zurückfahren. Aber eigentlich gefallen mir diese Assignments in International Societies, wo man wirklich auf einer globaleren Ebene noch etwas bewirkt auch. [LRI:#00:24:41-5#PDI]

I: Und ich sage jetzt, wo du/ also eben du hast ja, ich sage jetzt Familie und alle sind so/ wie hast du das geplant? Oder damit du auch deine/ oder auch wenn du sagst, ist wie einem Flow gewesen, hast du einfach immer Gas gegeben und es hat dann eins zum anderen geführt? Oder hast du, ich sage, die Familienplanung ein wenig angepasst dem, oder? [LRI:#00:25:01-2#PDI]

B: Also die Familienplanung habe ich nicht irgendwie strategisch Karriere-mäßig verknüpft. Die kam einfach die Familienplanung und/ also beziehungsweise vielleicht noch, dass ich das Glück hatte, dann auch, wenn ich gedacht habe, jetzt wäre es vielleicht gut, hat es dann jeweils gerade so geklappt. Aber ja. Nein, habe ich nicht angepasst die Familienplanung. Und jetzt für die Zukunftsplanung ist vielleicht wirklich jetzt für mich schwierig zu beurteilen, weil ich so frisch in dieser Position bin, die ich sicher mal jetzt für die nächsten Jahre so mache. Und dann muss ich das wahrscheinlich irgendwann in fünfzehn Jahren noch mal neu justieren, wo ins danach geht oder weitergeht. Ja. [LRI:#00:25:46-0#PDI]

I: Und eben ich sage jetzt Familienplanung oder hast du auch auf Sachen verzichten müssen? Jetzt auf dem Weg oder [LRI:#00:25:55-8#PDI]

B: Ja natürlich habe ich wahrscheinlich weniger Zeit mit meinen kleinen Kindern verbracht, als andere Mütter. Oder das ist so. Und meine Kinder waren viel fremdbetreut. Ich habe es nicht so als Verzicht empfunden. Natürlich, es gab schon oftmals einen Moment, wo man dann traurig ist, oder? Aber eigentlich habe ich so eine gute Zeit mit meiner Familie, wenn ich dort bin und der Punkt ist, in meinem Alter siehst du ja auch ein bisschen die anderen Modelle. Wie es dann ist, wenn man immer zu Hause ist. Dann sitzen die Kinder vor dem Fernseher oder am iPhone, ich übertreibe jetzt, und machen/ wenn wir zusammen sind, dann machen wir auch immer etwas zusammen. Unternehmen wir etwas gemeinsam von Ausflügen bis zusammensitzen, ich glaube, es kommt wirklich auf diese Quality Time an. Und deswegen so richtig etwas vermisst, habe ich nicht. Was ich jetzt, da im Zuge, was mit meiner Mutter passiert ist, gesehen habe, ich hätte vielleicht mehr Zeit mit meiner Mutter verbringen sollen. Das ist mir bewusst geworden, also da habe ich ein bisschen daran geknappst. Ja. Aber man kann auch nicht für alle und jeden da sein. Ich habe natürlich auch noch zwei Geschwister um die ich mich auch immer sehr viel mit gekümmert habe, oder was heißt gekümmert, mit denen ich viel Zeit verbracht habe und deren Familien. Und ja. [LRI]#00:27:21-5#[PDI]

I: Vielleicht nochmal zurückkommen so, hast du auch das Gefühl, dass Leute auf Einkommen verzichten würden für Flexibilität? [LRI]#00:27:30-8#[PDI]

B: Glaube ich, ja. [LRI]#00:27:31-4#[PDI]

I: Das man so Modelle entwickeln könnte, im Sinne von [LRI]#00:27:35-6#[PDI]

B: Bei den Jüngeren. Ich glaube nicht jetzt im Kader. Wenn ich jetzt mein eigenes Team einschätzen müsste, leitende Ärzte nein. Und Oberärzte, der eine oder andere schon. [LRI]#00:27:49-9#[PDI]

I: Also zum Beispiel sagen, gut: „Du kommst einen Tag“/ also ist es einfach 80 Prozent, 80 Prozent Lohnt, oder dass man es auf einer anderen Ebene machen würde, im Sinn von, ich sage jetzt, es läuft nicht viel und dann sagt: „Hey schau, du musst heute nach Hause, dafür bekommst du den Tag nicht bezahlt.“ [LRI]#00:28:08-6#[PDI]

B: Ja also ich habe mir zum Beispiel/ ich hab es noch nicht mir so konkret überlegt, aber ich habe mir schonmal überlegt, ein anderes Honorarverteilungsmuster zum Beispiel auch. Und das geht ein bisschen in die Richtung. Und zwar, dass man nicht nur die rein faktische Stundenarbeitszeit als Remuneration Faktor hat, sondern andere Dinge. Von klinischen bis zu akademischen Ausbildungsperformance sich so ein Score System entwickeln würde, wo man dann dein Honorar auszahlt. Aber man könnte das natürlich weiterspinnen und sogar auf das Basis Salary. Wenn jetzt einer zum Beispiel in drei Tagen die gleiche Performance bringt, wie eine in fünf Tagen. Das einzige ist halt ein bisschen die Problematik der an/ wir sind ja kein Wirtschaftsunternehmen oder so, sondern es gibt halt für uns Anwesenheitspflicht oder Operati-

onstage, wo das Ganze wieder kompliziert wird. Wenn ich jetzt irgendwie eine Anwaltskanzlei leiten würde und einer meiner Top-Anwälte hat genau den gleichen Flow an Fällen in drei Tagen, wie einer in fünf, dann würde mich das überhaupt nicht stören. Aber es ist halt immer noch mit der Aufsichtspflicht der Patienten irgendwie verbunden. Ja. [LRI]#00:29:26-1#[PDI]

I: Und wie würdest du das denn qualitativ messen? [LRI]#00:29:29-7#[PDI]

B: Also ich glaube, da gibt es genug Variablen für so ein System. Also Publikationen Drittmittel, mit wie viel DRGs werden eingef/ kannst es sogar auf die Fälle herunterbrechen, wer hat was operiert? Wer hat wie viele Patienten in der Sprechstunde gesehen? Bis hin zur Patient Satisfaction, in Toronto gab es immer so ein System, da wurden die Ärzte von den Patienten gerankt. Nicht gerankt aber gevoted und dann gab es immer den Hero of the Month. Dann lief dann ein Arzt mit so drei Sternen den ganzen Monat rum. Es gibt tausend Möglichkeiten. [LRI]#00:30:07-3#[PDI]

I: Aber das sind auch fai/ weil, also das ist vielleicht [LRI]#00:30:10-0#[PDI]

B: Ob die fair sind, ist eine andere Frage. [LRI]#00:30:11-7#[PDI]

I: Oder, weil ich sage jetzt ein Patient auch/ viele reden gerne oder so und dann muss man sagen, ja, dann kannst du einfach geldg/ also geldgierig und sagen, gut nach 20 Minuten schickst du ihn nach Hause. Oder man unterhält sich halt ein bisschen mit ihm [LRI]#00:30:23-8#[PDI]

B: Und das die Qualität dies macht dann, ja. [LRI]#00:30:26-3#[PDI]

I: Ja. Und ich sage DRG-mäßig ist ja jetzt/ oder das ist ja dann Tarmed Sprechstunde, [LRI]#00:30:30-2#[PDI]

B: Tarmed, ja. [LRI]#00:30:30-8#[PDI]

I: die/ einfach nach 20 Minuten ist fertig. [LRI]#00:30:33-5#[PDI]

B: Ja. [LRI]#00:30:33-8#[PDI]

I: Es gibt einfach nicht mehr, oder? [LRI]#00:30:35-7#[PDI]

B: Ja, deswegen sage ich ja, die klinische Leistung ist wahrscheinlich schwieriger an die Performance festzumachen, als jetzt die akademisches. Ist wesentlich einfacher,



oder da gibt es klare Faktoren? Aber ich glaube, selbst bei der klinischen gäbe es eine Möglichkeit, wie man das auseinander rechnen könnte. [LRI]#00:30:55-4#[PDI]

I: Okay. Ja, dann wären wir am Ende. [LRI]#00:30:58-6#[PDI]

B: Sehr gut. [LRI]#00:30:58-9#[PDI]

I: Außer du hast noch etwas, was wir jetzt nicht angesprochen haben. [LRI]#00:31:03-0#[PDI]

B: Nein. Nein. Wird das veröffentlicht? [LRI]#00:31:06-4#[PDI]

I: Das wird einfach transkribiert, aber ist vertraulich. [LRI]#00:31:09-2#[PDI]

B: Ja. Okay. [LRI]#00:31:10-8#[PDI]

I: Und ist es auch umfassend für das Thema oder hast du das Gefühl, etwas fehlt? [LRI]#00:31:15-7#[PDI]

B: (...) Nein. Fand es gut. Ja. [LRI]#00:31:22-5#[PDI]

I: Okay. [LRI]#00:31:23-4#[PDI]

B: Vielleicht, was noch gut wäre, was immer gut kommt in dem Thema, ist der Frauenerföhrungsaspekt. Oder das man sich Gedanken machen kann, wie kann man insbesondere Frauen und Familienmütter in so einem Modell berücksichtigen. Das würde ich mir vielleicht überlegen noch einzubauen. [LRI]#00:31:44-8#[PDI]

I: Das wäre eigentlich auch eine Frage, aber das habe ich jetzt nicht (unv.) [LRI]#00:31:47-1#[PDI]

B: (lacht) Okay. [LRI]#00:31:48-2#[PDI]

I: Danke Isabelle. [LRI]#00:31:49-6#[PDI]

## Interview 20

I: Okay, super. Also vielen Dank nochmal. Und ich würde eigentlich das Interview eröffnen mit der Frage, wie so ein typischer Arbeitstag bei Ihnen aussieht? #00:00:12-1#

B: Also da fangen wir um sieben an mit dem Rapport, wo eigentlich alle teilweise, wo häufig nicht wahnsinnig viel dabei rauskommt, aber wir berichten dort alle zusammen. Und dann kommt es ein bisschen darauf an, ob wir nachher Sprechstunde haben oder Operationen. Es ist eigentlich die erste Stunde bis um acht relativ gefüllt damit, in Kleingruppen nochmal Sachen besprechen, mit Patienten visitieren, mit Patienten vor der Operation noch sehen und einzeichnen. Oder eben, wenn man Sprechstunde hat, dann hat man ein bisschen weniger Stress. Die fängt dann meistens auch um acht an. Und dort hat man dann vielleicht auch mal sogar noch Zeit, um einen Kaffee zu trinken. Und dann startet quasi eben um acht entweder die Sprechstunde oder eine Operation. Und dann ist es quasi die Kerntätigkeit, ja nach Tag ist man sehr viel ausgelastet oder ich habe Tage immer wieder gehabt, wo man vom Morgen zum Nachmittag voll ist, sowohl entweder mit Sprechstunden oder mit Operationen. Und dann schaut man, dass man am Mittag vielleicht schnell etwas kann. Manchmal gibt es noch irgendwelche so Fortbildungssachen, die noch reinkommen und dann eben meistens bis um vier hat man diese Kerntätigkeit dann abgeschlossen. Und dann kommt es ein bisschen darauf an eben, wie gefüllt der Tag selbst gewesen ist, ob man dann noch eins, zwei oder drei Stunden hinterher noch mit nochmal Visite, Administration et cetera noch ranhängen muss, bis man dann quasi irgendwo zwischen fünf und sieben in der Regel fertig ist. Und es gibt, gerade wenn viel los ist, also wenn viel Druck ist, ist es häufig auch so, dass man dann auch mal gar nicht alles geschafft hat und dann halt irgendwann dann einfach genug hat und am nächsten Tag dann weitermacht mit der ganzen Administration, wo dann vielleicht nochmal etwas auf den nächsten Tag verschoben wird. Beantwortet das die Frage? #00:02:11-5#

I: Ja, das ist super. Was sind so für Sie die Herausforderungen? Weil Sie haben jetzt alles relativ schön und strukturiert gesehen, aber ich nehme an, eben es gibt viele Herausforderungen, die auftauchen. #00:02:28-0#

B: Ja, also was bei mir gut jetzt gewesen ist, in den letzten, ich sage jetzt zwei Jahren ist, dass ich relativ eigenständig immer habe arbeiten können, weil ich quasi ein spezialisiertes Gebiet abdecke. Ich mache Schilddrüsen-Chirurgie, zusammen mit einer Kollegin. Und wir haben relativ wenig, ich sage jetzt Einflüsse von außen, weil wir eigentlich alles recht eigenständig entscheiden können. Wir haben eigentlich recht wenige Störfaktoren. Weil, wir haben sehr wenig, was notfallmäßig läuft. Und auch heute weiß ich am Morgen genau, was bei mir abläuft. Also ich habe meine Sprechstunde. Ich weiß, welche Patienten ich sehe. Oder ich habe meine Operationen und weiß dort ungefähr, was auf mich zukommt. Und dann fällt es eigentlich aus dem Rahmen, dass einmal etwas völlig Unerwartetes hereinspielt. Aber das könnte natürlich schon sein. Also wenn jetzt irgendwie eben noch etwas Notfallmäßiges kommt, dann plötzlich muss man an zwei Orte gleichzeitig sein oder man kommt mit der Zeit

nicht nach. Man hat vielleicht irgendwie einen Patienten, der ein paar mehr Fragen hat, ein bisschen mehr Zeit beansprucht, dann hinkt man hinterher. So Sachen. Aber so an einem normalen Tag, wo ich auch selber eigentlich mich planen kann, also ich plane meine eigenen Operationen und ich plane eigentlich auch meine eigene Sprechstunde, da habe ich sehr viel eigentlich Übersicht und weiß eben auch ungefähr, was auf mich zukommt. Ja. Sie haben gefragt nach Herausforderungen. Ja, also meinen Sie organisatorisch oder andere Herausforderungen? #00:04:07-3#

I: Ja, beides. Einfach grundsätzlich. #00:04:09-7#

B: Beides. Ja, also eben organisatorisch habe ich jetzt quasi so ein bisschen beantwortet. Sonst ist es natürlich einfach manchmal die Komplexität der einzelnen Fälle, die einen überraschen kann und das ist dann quasi die Herausforderung. Sonst ein bisschen von einer Operation, dass es viel schwieriger ist, viel länger geht oder dass man vielleicht in einem Team operiert, wo man vielleicht der Einzige ist, der Erfahrung hat in dieser Operation und ein bisschen wenig Unterstützung hat. Oder (...) ja genau, in einer Sprechstunde, dass es plötzlich viel länger geht bei einem Fall. So Sachen. #00:04:45-2#

I: Okay. Vielleicht in dem Zusammenhang eben, also ich weiß jetzt gar nicht, Sie haben ein Kind? #00:04:54-3#

B: Ja, genau. Halbjährig jetzt. #00:04:57-9#

I: Und genau. Also frisch in dem Sinn. Genau. #00:05:01-4#

B: Ja, genau. #00:05:01-6#

I: Hat das jetzt irgendwie gewisse Implikationen gehabt? #00:05:05-2#

B: Jetzt auf das Arbeiten? #00:05:08-0#

I: Ja. #00:05:09-0#

B: Das weiß ich noch nicht. Also ich nehme an, dass es sich ziemlich/ Ich meine, ich habe jetzt halt noch nicht gearbeitet ist, seit er auf der Welt ist. Ich fange jetzt im Juni wieder an. Ich denke, das wird für mich schon bedeutet, dass ich an diesen Tage, wo ich arbeite und er zu Hause ist, entweder in der Kita oder mit meinem Partner, dass es mir da umso wichtiger ist, dass ich dann speditiv bin, eben möglichst gut organisiert. Gerade jetzt in der Anfangszeit, wo er noch so klein ist, dass man natürlich möglichst effizient sein möchte. Das sehe ich auch, ich habe einen Kollegen, der schaut zum Beispiel wirklich, dass er immer pünktlich gehen kann, weil er gerade das

Kind abholen muss oder irgendwie so. Und ich glaube das sind Sachen, die dann schon hereinspielen, eben wenn man privat noch Verpflichtungen hat, dass es einem umso wichtiger ist, dass es gut organisiert läuft. #00:06:01-1#

I: Und sind jetzt auch in dem Zusammenhang zum Beispiel irgendwelche Deals oder Arrangement mit dem Arbeitgeber jetzt gemacht worden oder läuft das jetzt einfach alles also so weiter, einfach dass Sie halt eben jetzt noch ein Kind zu Hause haben? #00:06:20-5#

B: Also ich habe natürlich die Arbeitszeit reduziert. Ich habe eigentlich bis jetzt immer hundert Prozent gearbeitet und habe jetzt eigentlich einen Vertrag gehabt auf siebenzig Prozent, ab dem Juni und habe jetzt aber, im Zusammenhang auch mit der Corona-Krise, weil jetzt die Großeltern im Moment nicht helfen können haben wir jetzt vorübergehend für Juni, Juli, habe ich jetzt auf vierzig Prozent. Also werde ich jetzt mit vierzig Prozent starten und dann ab August mit siebenzig Prozent. Und da muss ich schon sagen, bin ich sehr froh, dass eben der Arbeitgeber da so unkompliziert eigentlich das bewilligt hat. Also ja, der ist eigentlich sehr entgegenkommend. Auch schon primär, als ich schwanger gewesen bin und gesagt habe, ich möchte nachher siebenzig Prozent arbeiten, ist das für ihn gut gewesen. Und jetzt eben auch für nochmal vierzig Prozent vorübergehend. Und nachher so im Alltag wird sich das eigentlich wieder abspielen vor allem mit meiner direkten Arbeitspartnerin. Und wir haben zum Beispiel einen Rapport, der wichtig ist für unser Team, der erst um halb sechs stattfindet. Das ist neu so gelegt worden. Und dort wäre jetzt mein Vorschlag gewesen und da ist sie auch einverstanden, dass wir uns dann dort zum Beispiel einfach abwechseln. Also dass wir nicht jede Woche quasi geplante Überstunden machen von um halb sechs bis um sechs oder halb sieben, mit einem Rapport, der quasi so spät angelegt wird. Das kann man natürlich gut machen, wenn man kein Kind hat zu Hause. Aber wenn man ein Kind zu Hause hat, das wartet, dann ist das halt ein bisschen ungeschickt. Und dort werden wir dann glaube ich so miteinander im kleinen Team schauen, dass wir eine gute Lösung haben. Und weil meine Kollegin selber auch Kinder hat, ist das für Sie sowieso verständlich und dann werden wir uns quasi so intern absprechen. Und da bin ich überzeugt, dass wir dort eine gute Lösung finden. #00:08:14-6#

I: Ja. Sie haben jetzt gerade ein paar Sachen noch angesprochen. Also Sie haben gesagt, vom Arbeitgeber. Ist das jetzt einfach der Departements-Leiter, der das entscheidet? Oder ist das auch, ich sage jetzt vom KSW selber, der gewisse Förderungsmaßnahmen jetzt auch befürwortet oder umsetzen will, dass es für Personen mit Kindern oder frisch gebackene Eltern Möglichkeiten gibt? #00:08:45-2#

B: Also ich habe nur Kontakt gehabt mit dem Klinikdirektor deswegen und er leitet das dann quasi weiter an das HR. Oder wir treffen dann quasi eine Entscheidung miteinander und ich habe jetzt nie Kontakt gehabt mit dem HR. Oder nie das Gefühl gehabt, dass die sich irgendwie besonders interessieren. Im Gegenteil. Also ich hatte eher das Gefühl, zum Beispiel im (Tip?), also mit der Arbeitszeiterfassung, eben in der Schwangerschaft, wo man ja nur eigentlich neun Stunden arbeiten muss, darum

muss man sich eigentlich selbst kümmern. Also das wird nicht kontrolliert, von niemandem. Ich kenne es jetzt von anderen Kliniken, zum Beispiel jemand von der Anästhesie, im KSW, dort wird das viel, viel schärfer vom Klinikdirektor und eigentlich vom Team/ dass die zum Beispiel keine Dienste mehr machen, sobald eine Frau schwanger ist und dass man sie nach neun Stunden nach Hause schickt et cetera. Also ich erwarte das nicht in meinem Stadium, in meiner Funktion, dass mich irgend-einer nach Hause schickt. Ich bin ja selber groß und kann das ja selber entscheiden. Aber es ist schon, man muss sich in dieser ganzen Sache eigentlich selber einsetzen für seine Rechte, wenn man das will. Also ich bin jetzt auch angefragt worden zum Beispiel, ob ich jetzt, wenn ich frisch wieder anfangen zu arbeiten, ob ich gerade von Anfang an Dienste machen kann. Und Dienste geht bei uns von sieben bis am Abend um acht, also 13 Stunden. Und häufig eben noch ein bisschen länger, ja nach Situation. Und dort musste ich dann sagen: Nein, das kann ich nicht, weil ich im Moment noch stillt und wenn man in das Arbeitsgesetz schaut, dann ist auch vorgesehen, dass man, wenn man stillt, nur mehr neun Stunden arbeitet und nicht 13 oder 14. Und das ist dann kein Problem, aber man muss sich halt wie doch ein bisschen selber dafür auch einsetzen. Aber da kommt relativ wenig vom Arbeitgeber. Man kommt zu seinen Rechten. Aber man muss sich ein bisschen selber darum kümmern, dass es dann auch stimmt. Also da wird nichts von oben kontrolliert oder vorgegeben, sondern das muss man selber schauen. Also das ist jetzt meine Erfahrung. Und ich kann mir auch vorstellen, dass es für Jüngere, gerade für Assistenzärztinnen oder so unter Umständen ein bisschen schwieriger ist, weil die weniger selbständig sind oder weniger auf ihre Sachen pochen können, sondern eher halt dann einfach mal noch, ja, vielleicht auch ein bisschen weniger mutig sind, um dann zu ihren Rechten zu kommen. Aber also insgesamt ist es für mich jetzt nie ein Problem gewesen, in einem guten Umfeld jetzt eben meine Schwangerschaft. Und jetzt denke ich das Zurückkommen als Mutter. Aber eben, jetzt von der Klinik selber, also vom HR oder so, hat man jetzt nie in dem Sinne Unterstützung oder so. Ich glaube, die sind dort nicht groß involviert. #00:11:39-7#

I: Finden Sie das gut oder haben Sie das Gefühl, das müsste jetzt eigentlich, ich sage jetzt im Rahmen von dem Trend oder von diesen ja doch jetzt auch, ich sage chirurgischen Fächern, geht man ja langsam so eben Dienstplan, Arbeitszeit, Work-Life-Balance, so Themen an. Finden Sie, dass das ein bisschen mehr gefördert werden auch auf der, sagen wir, Institutionsebene oder reicht das so, wie das ist? Also eben, Sie sagen, man muss einfach dafür einstehen? #00:12:09-2#

B: Nein, ich finde das eigentlich schlecht, dass man das muss, weil es eben dazu führt, dass sicher auch zum Teil dann so Grundregeln dann eben nicht eingehalten werden. Also es hat eins, zwei Mal auch Momente gegeben, wo ich mich geärgert habe und dann auch gefunden: Okay, ich muss selber schauen, dass das funktioniert und dann funktioniert es dann auch. Aber eigentlich finde ich, für irgendetwas gibt es das Arbeitsgesetz und man muss das nicht überstrapazieren. Aber ich finde schon Schwangerschaft und Mutterschaft ist eine fragile Situation und es geht auch nicht allen Frauen gleich gut. Und ich finde schon per se ist in der Schweiz das sehr, gesellschaftlich, jetzt nicht im Bereich der Medizin, sondern insgesamt ist das sehr, ja, rudimentär, der Mutterschutz. Also das Krasseste finde ich ja auch, dass man ja eigentlich in der Schwangerschaft, es wird ja eigentlich erwartet, dass man bis zum

Termin arbeitet und wenn man nicht bis zum Termin arbeitet, dann muss man krankgeschrieben werden. Also ich habe noch bis zur 38. Woche noch operiert. Klar, meine Frauenärztin hat mich dann irgendwann auf achtzig und dann auf sechzig Prozent reduziert, aber in anderen Ländern hat man einfach acht Wochen vor Termin frei, weil man sich vielleicht noch eben mal erholen muss und vorbereiten. Und das ist in der Schweiz sowieso, finde ich sehr, gesellschaftlich, nicht vom Spital, sowieso sehr mager geregelt. Und was ich auch schade gefunden habe ist zum Beispiel im KSW, also wenn ich es recht im Kopf habe, rechnen die eigentlich mit 16 Wochen Mutterschaftsurlaub. Also die bieten einem 16 Wochen an, obwohl ja, gesetzlich sind ja 14 Wochen vorgegeben oder erlaubt. Sie nehmen einem aber die zwei Wochen zusätzlich wieder weg, wenn man nicht bis zum Termin arbeitet, also wenn man quasi noch krankgeschrieben ist vorher. Und das finde ich natürlich eigentlich ein bisschen lächerlich. Wenn man sich auf die Fahne schreibt, man gibt zwei Wochen mehr, dann soll man das auch machen, weil das ist etwas, was man fragwürdig finden kann, aber de facto hat eigentlich niemand die 16 Wochen, weil die wenigsten Frauen effektiv dann bis zum Termin dann hundert Prozent arbeiten können. Und darum muss ich sagen, das finde ich jetzt ein bisschen einen Witz. Genau. Ich weiß nicht, was Ihre Frage gewesen ist. Habe ich? #00:14:46-3#

I: Doch, das ist so, ja. Ja, eben vielleicht eben so die ganze Arbeitszeitthema, wie stark ist das ein Thema in der Klinik? Also eben, es gibt ein Arbeitszeitgesetz. Man weiß, dass es eine Fünfzig-Stunden-Woche gibt. Also haben Sie das Gefühl, das ist etwas Gutes, dass es das gibt? Oder schränkt das eher ein? Oder ja. #00:15:14-6#

B: Nein, das finde ich, das ist wichtig, dass es das gibt. Es ist immer noch, im Vergleich zu allen anderen Berufen arbeitet man ja quasi einen ganzen Tag mehr. Also es sind immer noch acht Stunden, es ist ein normaler Arbeitstag für andere Leute, den man mehr arbeitet, in der Woche. Aber ich finde das okay. Im Alltag braucht man das auch. Also es ist so, wie wir jetzt arbeiten, im Moment, eben wäre man jetzt mit einem Acht-Stunden-Tag, also dann müsste man eben alles anders organisieren. Weil man kommt in einem Acht-Stunden-Tag nicht gleich weit, wie in einem Zehn-Stunden-Tag. Und es gibt wie einen Richtwert, eben was gedacht ist. Jetzt, sobald man natürlich eben eigenständig quasi arbeitet, verliert das ein bisschen Relevant. Also ich schreibe zum Teil meine Arbeitszeit auf. Aber über den Daumen gepeilt gleicht es sich einfach etwa aus. Auch jetzt in der Schwangerschaft habe ich geschafft, ich habe problemlos auch mal einem Tag zwölf Stunden gearbeitet und habe einfach geschaut, dass ich an einem anderen Tag dafür, wenn ich weniger zu tun habe, einfach am Mittag nach Hause bin. Und dass man sich das so wie selber einteilen kann. Nur das ist auf Ebene der Assistenzärzte, weiß ich nicht so genau. Weil ich habe das Gefühl, es hat auch Phasen gegeben, wo jetzt die Assistenzärzte nicht in dem Sinne an die Klinik gekommen sind zum Arbeiten. Ich glaube, das ist vor allem, wenn man Anfänger ist, ist das etwas, da hat man halt für alles viel länger, wo man eben viel Überstunden macht. Ich glaube, das ist eine Frage auch der Organisation auch der Klinik und vom Einzelnen. Aber wichtig ist es auf jeden Fall, dass es die Arbeitszeitbeschränkung gibt und dass sie eigentlich auch eingehalten werden sollte. Und das wird es auch. Also wir sollen ja Arbeitszeiten regulär erfassen. Und es wird ja auch darauf geschaut dass, wenn jemand jetzt ganz viele Überstunden macht, dann schaut man das mit ihm an und probiert herauszufinden: Warum macht jetzt der

so viele Überstunden und ein anderer nicht? Also wir haben zum Beispiel in dem Zusammenhang gerade, mag ich mich erinnern, der Assistenz von der Thorax-Chirurgie, den wir gehabt haben, nicht das laufende Jahr, sondern das letzte Jahr, da hat immer die Assistentin alle drei Monate gewechselt, die in der Thorax-Chirurgie gewesen ist und dort ist eben die Schilddrüse dabei, also Endokrinologie, Thorax, die hat einfach immer Überstunden gemacht, weil die einfach immer viel mehr zu tun gehabt hat, als alle anderen. Und dann finde ich das relevant, dass der Assistent das aufschreiben kann. Weil dann sieht man: Okay, offenbar hat die Person in dieser Funktion viel mehr Aufwand als in einem anderen Team oder als ein anderer Assistent. Und dann müsste das eine Konsequenz nachher haben, dass man entweder dieser Person dann regelmäßig einen Tag frei gibt oder dass man eben sagt: Ja, es reicht nicht mit einem, wir müssen quasi auf zwei Leute aufstocken. Und so Sachen kann man ja nur erfassen, wenn es ein Arbeitszeiterfassungs-System gibt und sonst hat man dafür gar nicht die Möglichkeit, das zu sehen. #00:18:18-6#

I: Inwiefern sind denn auch jetzt eben so Überstunden oder so/ kann man die selber kompensieren oder wird das auch vorgegeben oder ist das im Rahmen vom Dienstplan nachher oder wie muss man sich das vorstellen? #00:18:34-3#

B: (...) Ja, also ich glaube bei den Assistenten, wird der Tag/ also das wird festgelegt wann. Also wahrscheinlich kann man mal fragen: Ich habe gesehen, ich habe Überstunden oder ich müsste Überstunden kompensieren, dann kann man mal einen Wunsch anbringen. Aber in der Regel wird das festgelegt. Und es ist ja so, dass die Kompensationstage, die sind nicht gleich wie Ferien. Also wenn man einen Ferientag hat, dann ist man quasi komplett freigestellt vom Arbeitgeber, aber wenn man einen Kompensationstag hat oder ich sage jetzt mal, eine Kompensationswoche und dann merkt man eine Woche vorher, dass man in dieser Woche jetzt gleichwohl zu wenige Leute hat, dann kann man die Person, die in der Kompensation quasi eingeteilt ist kann man dann auch sagen: Du sorry, du kannst jetzt die Kompensation doch nicht nehmen, wir brauchen dich, wir verschieben das. Also Kompensationsanspruch ist ja nicht der gleiche, wie wenn man Ferien hat. Und ja. Eben, gerade wenn man sich vorstellt, mein Arbeitsalltag funktioniert zum Teil fast so ein bisschen wie in einer Praxis. Und da kann ich dann auch selber sagen: Okay, an dem Nachmittag würde ich jetzt das und das machen. Aber es läuft alles über den Dienstplan und man muss alles quasi rücksprechen. Primär mit dem Dienstplaner, weil der hat den Überblick über das gesamte Team, ob wir an dem Tag denn wirklich genug Leute sind, auch um einander gegenseitig auszuhelfen. Und bei den Assistenzärzten sowieso. Dort wird das eigentlich festgelegt vom Dienstplaner. #00:20:15-5#

I: Ja, okay. Inwiefern sind denn auch andere Arbeitsgruppen oder Berufsgruppen, also Pflege, Admin eine Unterstützung? Oder inwiefern können solche Personen auch helfen, eben dass man vielleicht den Arbeitstag gut gestalten kann oder dass es auch eine Entlastung gibt? #00:20:39-6#

B: Also das kann einen großen Unterschied machen. Also bei uns jetzt vor allem in der Sprechstunde. Also wir haben eine Sprechstunde, also so wie eine, wie sagt man dazu, also so eine MPA sagt man glaube ich dazu. Und die nimmt uns sehr viel ab,

administrativ. Also jetzt nicht Berichte oder so, aber ich rufe jetzt nicht selber in einem Spital an und sage: Ich brauche noch dort den Bericht von dort und dort. Sondern das sage ich alles ihr. Und sie nimmt halt einfach effektiv administrative Tätigkeiten uns ab. Aber natürlich, in der ärztlichen Tätigkeit hat man immer noch einen großen Teil von Sachen, die letztendlich administrativ sind und das macht man natürlich selber. Aber wenn man in so einem etwas eingespielten Team ist, dann haben solche Personen schon eine große Wichtigkeit, um einen zu unterstützen. Und das könnte man natürlich auch ausbauen. Also wenn man jetzt die Ressourcen hätte, um so eine Person noch mehr zu belasten, dann könnte man natürlich extrem viele Sachen optimieren, also das ist so. Aber so in Rahmen, wie es bei uns ist, ist das einfach so im Sinn von einer Sprechstundenunterstützung. #00:21:56-0#

I: Ja, okay. (...) Eben, Sie hatten es vorher gesagt, Sie haben jetzt immer hundert Prozent gearbeitet, jetzt reduziert, mit einer Arbeitskollegin. Ist das vorher schon so gewesen oder ist das jetzt neu? Also das klingt für mich so ein bisschen wie ein Job-sharing. #00:22:19-0#

B: Nein, es ist eigentlich, also Sie arbeitet neunzig Prozent und ich habe hundert Prozent bis jetzt gearbeitet. Und jetzt gehe ich einfach auf siebzig und sie bleibt bei neunzig. Und wir haben ja da so die Teamstrukturen bei uns am KSW jetzt etwa zwei Jahre. Und wir haben jetzt einfach das Glück, dass unser Team, die Schilddrüsen-Chirurgie, also es ist eigentlich, im Moment haben wir wie zu wenig zu tun für zwei Leute, die hundert Prozent arbeiten, aber zu viel für eine Person, die hundert Prozent arbeitet. Also es wird wahrscheinlich so sein, dass wir jetzt mit unseren zusammen dann 160 Prozent, werden wir das sehr gut unter uns aufteilen und abdecken können und dann auch Ferienvertretungen oder eben Wochenendvertretungen et cetera. Und eben jetzt, den Tag, den sie nicht arbeitet, arbeite ich dann und so. Also wir sprechen uns dann schon sehr gut ab, aber es ist jetzt nicht ein prozentuales Job-sharing, sondern das passt jetzt einfach für uns so. Ja genau. Wir haben jetzt gerade sehr viel Glück mit unserem Gebiet und mit unserem Team, dass das jetzt so läuft. #00:23:32-5#

I: Und wieso funktioniert das jetzt? Also einfach, weil das eine Nische ist? #00:23:37-9#

B: Ja, weil es eine Nische ist, genau. Das ist der einzige Grund. Und weil wir beide auch sehr viel investiert haben. Und wir haben beide auch eher die Kinder jetzt eher spät bekommen. Also ich bin 36. Meine Kollegin hat das erste Kind gehabt mit, ich glaube 34 und das zweite mit jetzt 38. Und darum haben wir halt einfach zu dem Zeitpunkt, als wir Kinder bekommen haben, haben wir halt unsere Spezialisierungen mehr oder weniger schon gehabt. Also ich habe meine Fellowship 2017 gemacht und habe darum natürlich eine Nische und eine Spezialisierung jetzt schon, zum Zeitpunkt, wo ich das Kind habe. Und habe natürlich eine ganz andere Möglichkeit jetzt auch, dort weiterzumachen, als jetzt zum Teil Kolleginnen von mir, die jetzt keine Nische haben und so ein bisschen mehr darauf angewiesen sind, dass sie einfach im Pool von allen Viszeral-Chirurgen irgendwie zu ihren Sachen kommen. Und ich habe



natürlich jetzt das Glück, dass ich wie meinen Platz so ein bisschen mir schon erarbeitet habe und darum jetzt das eben auch so selbständig entscheiden kann.  
#00:24:43-7#

I: Wieso/ also ich sage jetzt, ist das einfach Glück gewesen oder haben Sie das geplant? #00:24:51-6#

B: Ja, es ist natürlich eine gute Frage. Also es gehört immer beides dazu, denke ich. Also angefangen hat das 2014, dort habe ich noch nicht einmal den Facharzt gehabt. Dort hat man mich gefragt, ob ich Interesse hätte dort/ also ich bin schon Oberärztin gewesen, aber habe den Facharzt noch nicht gehabt. Und dort hat man mich gefragt, ob ich Interesse hätte, eben mit einzusteigen in das Schilddrüsen-Team. Und das hat mich natürlich sofort fasziniert. Und auch mit der Idee, dass genau so ein Weg dann vor mir liegen könnte. Dass das klar ist, wenn du ein Nischengebiet hast, dass man natürlich dann unter Umständen, wenn das gut läuft, dann andere Möglichkeiten hat, eben gerade jetzt auch mit Teilzeit-Arbeit. Und das ist natürlich die Frage, ist das Glück oder ist das eigener Verdienst, dass man mich dort gefragt hat? Also wahrscheinliche eine Kombination aus beidem, oder? Also offensichtlich ist man mit meiner Arbeit zufrieden gewesen und hat darum mich schon so jung gefragt, so ein Gebiet abzudecken. Aber Glück ist es insofern, dass zu dem Zeitpunkt das Gebiet überhaupt vakant geworden ist. So meine ich. Also es braucht immer beides. Und nachher ist natürlich schon sehr viel Eigeninitiative dabei. Also meinen Fellowship habe ich natürlich selber organisiert. Da ist kein Input gekommen. Aber man hat mich unterstützt. Also als ich gesagt habe, ich wähle das, ich bin ein Jahr in Stuttgart gewesen, habe ich eigentlich ein Jahr unbezahlten Urlaub bekommen am KSW und konnte nachher wieder in die gleiche Position zurückwechseln können et cetera. Das sind so Sachen, wo man eben einen Teil selber investieren muss und ein Teil, der aber natürlich auch nur dann funktioniert, wenn man Vorgesetzte hat und Chefs hat, die einen unterstützen und auch sehen, dass das eben sinnvoll ist, wenn so Sachen dann ablaufen. Und dann, ja, braucht es natürlich schon immer sehr viel Engagement, dass man dann schlussendlich an so einem Punkt dann ist. Aber auch ein bisschen Glück. Also ich denke, es gehört schon beides dazu. #00:26:49-9#

I: Ja. Und hat das in dem Fall auch ein bisschen einen, ich sage jetzt Einfluss/ oder die Familienplanung einen Einfluss auf die Karriereplanung und umgekehrt?  
#00:27:03-5#

B: Ja, sicher. Ich bin mit meinem Partner schon seit, kurz rechnen, neun oder zehn, neun Jahre glaube ich zusammen. Und wir haben, als ich dann wusste, dass das Stuttgart noch ansteht, dann ist klar gewesen, dass wir erst Kinder wollen, nachdem ich aus Stuttgart zurück bin oder beziehungsweise einfach sicher nicht in Stuttgart dann schwanger bin. Weil dann fange ich ein Jahr in einer spezialisierten Klinik und muss dann/ man weiß ja auch nie, wie eine Schwangerschaft verläuft. Es kann völlig problemlos sein, dass man hundert Prozent leisten kann. Aber es gibt ja auch die Frauen, die dann mit vier Monaten krank geschrieben werden müssen, weil sie vorzeitige Wehen haben oder was auch immer. Und darum war das wie klar, dass das

erst nachher stattfinden kann. Also das ist so, ja. (...) Das ist eine Entscheidung gewesen. Zuerst den Schritt zu machen in der Karriere und nachher erst Familie zu planen. #00:28:01-5#

I: Okay. Und eben, Sie sagen, also so, wie ich das heraushöre, mussten Sie sich jetzt auch nicht entscheiden zwischen Karriere und Familie, sondern Sie konnten das jetzt beides so aufgleisen, dass Sie sowohl Ihre Karriere verfolgen können wie auch die ganze Familie? #00:28:20-8#

B: Ja. Das ist jetzt bei uns gut aufgegangen. Aber eben, auch dort gehört immer auch Zufall und Glück dazu, oder? Es gibt ja dann auch Frauen, die dann nicht schwanger werden, wenn sie zu lange warten. Dann müsste man sich nachher vorwerfen: Jetzt habe ich zu lange gewartet, weil ich Karriere geplant habe und bekomme dafür keine Kinder mehr. Wäre besser, wenn ich mit 32 Kinder gewollt hätte. Oder wie auch immer. Das ist dann schon auch/ aber man will halt beides. Und ich hatte auch immer gesagt, als ich mich für die Chirurgie entschieden habe, das weiß ich noch, da bin ich 25 gewesen und da habe ich mir schon überlegt: Ja, ist das gescheit als Frau? Und dann hatte ich gesagt ja gut, das ist das, was ich machen will. Mein Herz schlägt jetzt dafür. Und ich möchte mich jetzt nicht für etwas entscheiden, nur für die Eventualität, dass ich vielleicht in fünf oder zehn Jahren einen Mann habe und Kinder will mit dem. Weil man weiß ja nie, was auf einen zukommt. Und darum denke ich, muss man immer die Entscheidungen immer auch für die Gegenwart treffen. Aber ja, es ist sicher so, dass es Gebiete gibt, wo es einfacher ist, die Karriere wirklich voranzutreiben und auch erfolgreich zu sein, als in der Chirurgie. Also das ist sicher immer noch/ es wird gefördert. Also eben, bei uns im Team sind, ich sage jetzt irgendetwas, fünf von zehn Oberärzten Frauen und mittlerweile haben alle außer einer Kinder. Also bei uns funktioniert es und wir haben den Support vom Chef. Aber es ist gerade für Assistenzärztinnen, die Kinder bekommen, glaube ich, ist es nicht so einfach, nachher dranzubleiben. Ja eben, es ist halt ein Gebiet, wo man schon auch vor allem dann vorankommt, wenn man hochprozentig arbeitet und ein großes Engagement zeigt, weil halt die Konkurrenz groß ist. #00:30:14-2#

I: Und was müsste sich denn jetzt ändern vielleicht, also eben, dass jetzt zum Beispiel auch schon auf Assistenzebene/ also ich muss vielleicht anders fragen. Es sollte eben eigentlich nicht sein, dass sich jemand mit 24 oder 25 wie entscheiden muss. #00:30:33-2#

B: Wegen Chirurgie, dass er einfach keine Familie hat? #00:30:38-6#

I: Zum Beispiel. #00:30:38-6#

B: Ja. Ja, also ich denke, es ist schon immer noch so und das hört man auch zum Teil. Also gerade jetzt die Arbeitgeber haben halt schon immer noch lieber, wenn sie können, Männer, weil die fallen einfach nie aus für die Familienplanung. Die gehen dafür immer ins Militär. Das interessiert niemanden. Aber für Familienplanung fallen

sie quasi nicht aus. Und es ist halt heute so, dass man gar nicht um Frauen herumkommt. Darum werden Frauen auch ein Stückweit gefördert. Aber ich glaube, es hat noch nicht so die ganz große Selbstverständlichkeit. Und da könnte man sicher eine Stunde überlegen und ganze Konzepte ausarbeiten. Also es ist halt immer noch eine hohe Arbeitsbelastung. Es ist immer noch gesellschaftlich so, dass eben Kinderbetreuung nicht so einfach zu organisieren ist. Man muss sich halt immer noch überlegen: Will man denn Kinder wirklich für zehn, zwölf Stunden fremdbetreuen lassen und wie viele Tage in der Woche will man das et cetera. Also es sind jetzt nicht alles eben medizinisch gemachte oder Probleme, die man aus der Klinik heraus lösen muss. Sondern halt auch zum Teil gesellschaftlich. Aber ja, es ist immer noch nicht so, dass man sagen kann, wenn man sich für den Beruf als Chirurgin entscheidet, dass man dann so einfache Karten hat für eine Familienplanung wie, wenn man jetzt zum Beispiel Lehrerin wird oder in der Pflege arbeitet oder so. Also man muss klar wissen, dass wir davon weit entfernt sind, ähnliche Gegebenheiten zu haben. Darum sage ich auch allen jungen Assistentinnen oder wenn wir eine Unterassistentin haben oder so, die sagen: Ja, ich möchte Chirurgin werden. Dann sage ich denen schon: Das ist super! Aber mach das wirklich nur, wenn du das wirklich willst. Du musst es wirklich wollen. Weil wenn es dich einfach ein bisschen reizt oder interessiert und du nicht ganz bereit bist, dann wirst du irgendwann nicht glücklich werden damit. Beziehungsweise du wirst irgendwann dann abkommen von dem Weg. Was nicht unbedingt falsch ist. Man kann ja dann auch in ein nichtoperatives Gebiet dann wechseln. Aber es ist gleich, ja, man wird das dann nicht, oder? #00:32:58-0#

I: Ja. Und dann ist es aber auch so, eben, Sie haben es gerade gesagt, dass quasi im nichtoperativen Teil das einfacher wäre? #00:33:08-8#

B: Ja, sicher. Also wir haben ja am KSW ich glaube zwei oder drei Kolleginnen, die primär Chirurginen sind. Die eine ist mit mir Assistenzärztin gewesen, die andere ist eine Oberärztin gewesen von mir, die Dritte ist von extern gekommen, die alle jetzt einfach den chirurgischen Notfall betreuen. Und dort man halt keine Operationen mehr. Dort geht es auch wieder um ein schwieriges Gebiet und man macht natürlich Schichtarbeit im Notfall, inklusive am Wochenende und Früh- und Spätdienste und so, aber es ist natürlich anders planbar. Also ich weiß nicht ganz genau, was dann der Beweggrund ist von diesen Einzelnen. Aber es ist schon so, wenn man zu wenig arbeitet. Darum ist es für mich auch klar, dass ich nicht langfristig nur mehr zwei Tage arbeiten will, sondern ich muss drei Tage arbeiten. Weil wenn man zu wenig arbeitet, dann verliert man auch die Routine und das Vertrauen. Also es ist wirklich so, wenn man zu wenig Exposition hat bei den Operationen, dann wird man halt mit der Zeit eventuell unsicher oder einfach weniger routiniert. Und erstens ist das natürlich für den Patient schlecht, aber zweitens ist es auch für einen selber unangenehm. Also man braucht eine gewisse Exposition, dass man hohe Qualität bringen kann. Und also wenn man jetzt nur, eben spezialisiert, kleines Gebiet, immer die gleichen Sachen macht, dann ist es natürlich auch okay, wenn man das nur einmal in der Woche macht. Aber wenn man ein großes Spektrum abdecken wollen würde, dann kann es unter Umständen schon ein Problem sein, wenn man zu wenig oft eine Exposition hat bei etwas. #00:34:55-2#

I: Ja. Und also eben vielleicht gleich nochmal, eben, wenn man jetzt mit tiefen Prozenten arbeiten/ also eben zum Beispiel, Sie haben den Facharzt ja schon gemacht, bevor Sie quasi reduziert haben. #00:35:09-8#

B: Genau. #00:35:09-8#

I: Denken Sie, dass das auch so sein sollte, im Sinne von, dass man halt einfach genug Erfahrung hat. Weil man kann es sich ja einfach ausrechnen. Wenn man, ich sage jetzt einfach etwas, zehn Jahre hat, um den Facharzt Chirurgie zu machen und einfach nur in dieser Zeit irgendwie fünfzig Prozent arbeitet oder sechzig, dann braucht man einfach doppelt so lange. Kann man das so? Oder ist es dann sogar noch mehr, dass man halt schon vielleicht sagen muss, gut, wenn man so ein Modell jetzt hat, vielleicht insbesondere auch bei den Assistenten, dass man dann halt sagt: Okay, quasi in der Assistentenzeit muss man, in Anführungs- und Schlusszeichen, einfach hochprozentig da sein, damit man die Lernkurve machen kann. Aber sobald man dann vielleicht ein gewisses Level erreicht hat ist es einfacher zu reduzieren, weil man dann einfach das Level hält und eben vielleicht auch ein bisschen in eine Nische hereingeht und halt einfach dort eher dann schaut, dass man vorwärts kommt? #00:36:07-8#

B: Ja. Also es gibt beide Blickwinkel. Also der Blickwinkel so ein bisschen von/ also sicher, es wäre eine gute Vorstellung, wenn man sagen könnte, dass man mindestens einen großen Anteil der Facharztausbildung hochprozentig macht. Ich glaube, das ist auch die Realität. Ich glaube, es gibt ja auch wenige Fälle von Leuten, die direkt vom Studium weg Kinder haben und dann von Anfang an Teilzeit arbeiten wollen. Ich kann mir ja auch vorstellen, wenn das wirklich der Fall ist, dass das vielleicht auch nicht die Leute sind, die dann gerade unbedingt in die Chirurgie wollen. Aber natürlich, wenn das jemand machen möchte und das Engagement und die Bereitschaft zeigt, warum nicht das auch mal jemandem ermöglichen? Das heißt nicht, dass das nachher ein schlechterer Chirurg wird. Aber es ist sicher de facto so, dass wenn man eine höhere Exposition hat, dass natürlich die Lernkurve schneller ist. Und ich kenne wenige Fälle von ganz jungen Assistenzärzten, die schon Teilzeit arbeiten. Und vielleicht in anderen Gebieten ist das vielleicht ein bisschen einfacher, das weiß ich nicht. Es ist schwierig. Es ist ein Abwägen zwischen, eben eigentlich kann man ein bisschen sagen, für die Familienplanung et cetera müsste man natürlich dafür sein, dass solche Modelle auch möglich sind. Aber ich kann mir schon vorstellen, dass es schwierig ist, wenn man sehr viel abwesend ist oder eben sehr wenig Präsenz hat, dass man dann die gleich gute Lernkurve hinlegen kann. Das kann schon schwierig sein. #00:37:47-3#

I: Aber da höre ich jetzt heraus, dass Sie glauben, dass das geht? #00:37:51-2#

B: Ja, ich würde es eigentlich gerne. Also aus der feministischen oder aus dem Blickwinkel finde ich eigentlich, es müsste gehen können. Es würde mich auch interessieren, ob das in anderen Ländern geht. Dänemark oder Frankreich, die haben ja ganz andere Modelle. Und ich kann mir vorstellen, dass es schon gehen würde. Aber ich bin mir nicht ganz sicher. Aber es wäre schön, wenn es gehen würde. #00:38:17-0#

I: Was denken Sie denn, also was müssten denn für Kriterien erfüllt werden, dass so etwas geht? #00:38:25-3#

B: Es müsste wahrscheinlich einfach eine sehr strukturierte Weiterbildung sein. Und man müsste/ also ein Teil von der Arbeit ist ja immer noch einfach sehr viel Administration und gar nicht wirklich fachspezifische Weiterbildung. Und so lange natürlich viele Stunden am Tag auf eben Sachen fallen, die man, ja, besser organisieren könnte, ist es natürlich so, dass dann die Anwesenheit, wenn man weniger dort ist und dann ein Teil davon ist gar nicht wirklich fachspezifisch relevant, sondern einfach Administration et cetera, dann funktioniert es natürlich/ am Schluss geht es nicht auf. Wenn wir jetzt wirklich eine gute Struktur hätte, wie ja, möglicherweise im Rahmen von so einem Weiterbildungsnetzwerk oder so, wo wirklich klar definiert ist wie, was, wo und so eine Person dann auch gefördert wird, dann könnte ich mir schon vorstellen, dass das auch möglich wäre. Weil was man schon sehen muss ist, dass Leute, die Teilzeit arbeiten an diesen Tagen, an denen sie arbeiten, unter Umständen natürlich eine sehr hohe, wenn nicht eine höhere Motivation und ein höheres Engagement an den Tag legen können als Leute, die einfach hundert Prozent arbeiten und auch mal einen schlechten Tag haben et cetera. Und ich glaube, man darf die Power von Leuten, die Teilzeit arbeiten, nicht unterschätzen. Und wenn wir die in einem guten Konzept fördern würden, denke ich, müsste es eigentlich möglich sein, dass man auch eine Facharztweiterbildung auch in der Chirurgie in Teilzeit macht. Aber natürlich nicht dann, wenn man die Leute sowieso einfach nur so ein bisschen mitlaufen lässt und sagt: Ja ja, der macht ja nur Teilzeit und ist ja eh nie da. Und dann kommt man natürlich nirgends hin. Also es müsste das Ziel sein und der Wunsch auch vom Ausbildungsteam, dass man genauso Personen fördert. Dann denke ich, wäre es wahrscheinlich möglich. #00:40:22-1#

I: Und denken Sie auch, also wäre die Akzeptanz da? #00:40:27-9#

B: Das ist (...) also noch nicht breitflächig, glaube ich nicht. Aber letztendlich bräuchte es einfach einen Chef, der sagt: Das akzeptieren wir und das unterstützen wir jetzt. Also es reicht dann halt nicht zu sagen: Wir stellen jetzt jemanden Teilzeit ein. Sondern man müsste halt dann auch sagen: Und die Person wird jetzt, obwohl sie Teilzeit arbeitet, genauso priorisiert, wie vielleicht eins, zwei andere, die hundert Prozent arbeiten. Also man müsste wirklich wahrscheinlich dort einen Fokus drauf geben, der dann auch kommuniziert wird. Dann könnte ich mir schon vorstellen, dass das funktioniert. Aber ich glaube noch nicht, dass das breitflächig einfach so stattfindet. #00:41:14-1#

I: Ja, weil ich denke, die Schwierigkeit ist ja dann auch, dass man gleichwohl alle gleich behandelt, oder? Weil es ist ja klar, wenn jemand, ich sage jetzt hundert Prozent arbeitet und muss dann einfach immer die kleinen Sachen machen, weil er einfach gerade da ist. Das gibt es ja auch viel im Arbeitsalltag. Und jemand, der einfach nur mehr, ich sage jetzt ein bisschen überspitzt gesagt einfach, die zwei Tage, die er da ist, ist er da, kann dann einfach irgendwie, ich sage jetzt, die coolen Operationen

machen und das Zeug. Und nachher kann er sich wieder erholen gehen. So Schwierigkeiten kommen ja dann vielleicht gleich auch auf. Oder denken Sie nicht, dass das ein Problem wäre? (Motorgeräusch im Hintergrund) #00:41:59-1#

B: Gut, das denke ich, wäre jetzt eine Umkehrung vom/ kommt gerade ein Heli, oder? #00:42:07-5#

I: Ja. #00:42:08-4#

B: Ja. Ich denke, das ist jetzt eine Umkehrung von Problemen, die nur dann passieren, wenn jetzt einfach die eine Person aus irgendeinem Grund absolut bevorzugt wird. Also in der Realität habe ich das noch nie erlebt. Und es ist ja lustig, dass Sie sagen: Geht sich dann wieder erholen. Also wenn man Kinder zu Hause hat geht man sich in der Regel nicht erholen, sondern in der Regel ist es so, dass man sich beim Arbeiten erholt. Auch wenn man beim Arbeiten zehn Stunden präsent ist und arbeitet ist es so, dass eigentlich alle Frauen, die mit mir arbeiten sagen, es sind eigentlich die entspannteren Tage. Selbst wenn sie Dienste haben und voll arbeiten, sind das unter Umständen die entspannteren Tage als die mit Kleinkindern zu Hause. (lacht) Darum finde ich das eine lustige Aussage: Man geht sich zu Hause erholen. Aber ich glaube wie bei allem, also das ist eine Frage der Kommunikation im ganzen Team. Wenn natürlich ganz viele Assistenzärzte um das gleiche Ziel buhlen und man nie kommuniziert, wie das jetzt genau abläuft, dann besteht die Konkurrenz und dann kommt es halt darauf an, wer ist halt beliebter, der wird dann bevorzugt. Und das kann natürlich auch mal jemanden treffen, der vielleicht als Teilzeit arbeitet. Aber eigentlich wäre ja dann die Lösung von dem Problem, dass man schon bei der Anstellung eigentlich definiert: Wer ist ein Ausbildungsassistent und wer ist kein Ausbildungsassistent? Und jetzt wie bei uns am KSW mit diesen Weiterbildungsnetzwerken, dort ist ja vom Chef eigentlich klar die Vorgabe, dass die Assistenten, die sich im Weiterbildungsnetzwerk verpflichten, die werden bevorzugt, die werden aber auch höher belastet, die müssen mehr leisten, quasi. Und die haben in der Regel den ersten Anspruch auf Operationen. Oder als ich meine Ausbildung angefangen habe in Bülach, sind wir vielleicht etwa zwölf Assistenten gewesen, aber es ist klar definiert gewesen, wir sind glaube ich zwei gewesen, die als Ausbildungsassistenten gegolten haben, weil wir die gewesen sind, die gesagt haben: Wir wollen Chirurgie machen. Und die anderen sind Fremdjahr-Assistenten gewesen, die gesagt haben: Ich möchte Hausarzt werden, ich möchte ORL machen und brauche ein Fremdjahr. Und je nachdem hat man diesen Leuten natürlich dann auch etwas ermöglicht, sie durften auch mal kleine Operationen machen. Aber ist klar eigentlich kommuniziert gewesen, wer ist der Weiterbildungs- oder der Ausbildungsassistent. Und ich kann mir schon vorstellen, dass das an einem Unispital anders funktioniert, weil es geht ja niemand dorthin für ein Fremdjahr, sondern alle wollen natürlich das Gebiet dann machen. Und wenn natürlich dann/ speziell ungeschickt, ja, wenn alle das Gleiche wollen und der Kuchen ist nicht genug groß für alle. Aber ich glaube das ist kein Problem der Teilzeit, sondern das ist ein Problem von der Bevorzugung von einzelnen aufgrund von Sympathien. #00:44:59-1#

I: Ja. Und also eben, vielleicht auch, finden Sie, dass dann zum Beispiel jetzt einfach Leute, die Familie haben, auch Teilzeit haben sollte oder sollte das einfach auch grundsätzlich möglich sein? #00:45:15-1#

B: Eigentlich sollte das grundsätzlich möglich sein, weil es hat ja jeder Mensch einen anderen Lebensentwurf und dass man jetzt aus irgendeinem Grund nur mehr Leuten, die Familie haben quasi jetzt die Möglichkeit gibt, finde ich eigentlich falsch. Also es fängt schon damit an, dass es im Moment nur schon ein Problem ist, dass Väter Teilzeit arbeiten dürfen. Also mein Partner, der am USZ arbeitet, hat große Schwierigkeiten, seine Stelle von hundert auf achtzig zu reduzieren, obwohl er jetzt auch Vater ist. Und das fängt dort schon an. Und dann der nächste Schritt ist auch, dass auch eben Leute andere Bedürfnisse oder andere Ideen noch haben können. Oder ich habe eine Freundin, die hat mit vierzig ein Burn-Out gehabt und hat nachher auf achtzig Prozent reduziert. Die hat selber keine Kinder. Aber die soll ja auch ein Anrecht haben, wenn sie merkt, dass hundert Prozent Belastung für sie zu viel ist, dass sie dann achtzig Prozent arbeiten kann. #00:46:19-0#

I: Ja. Und also Sie haben vorher gesagt eben, wieso denken Sie, dass jetzt zum Beispiel ihr Mann Mühe hat auf achtzig herunter. Weil das sollte eigentlich auch nicht sein. #00:46:27-5#

B: Aha, aber das ist einfach so. #00:46:29-4#

I: Ist das in einem chirurgischen Gebiet auch? #00:46:30-8#

B: Nein, ist kein chirurgisches Gebiet. #00:46:32-7#

I: Internistisch, okay ja. #00:46:33-3#

B: Und es ist einfach noch so, dass viel eine andere Generation an Chefs vornedran noch ist und das Gefühl haben, dass man, gerade wenn man universitär arbeitet, ja/ also dass die zum Teil einfach auch nicht verstehen, warum jetzt der Mann reduzieren will. Es reicht ja, wenn die Frau reduziert et cetera. Das sind halt zum Teil schon auch noch sehr patriarchalische Vorstellungen vielleicht oder was auch immer. Oder auch bei mir im Team. Gut, das ist natürlich immer, ich weiß jetzt nicht die Wünsche der Einzelnen, aber von meinen Arbeitskollegen männlicher Natur arbeitet keiner weniger als hundert Prozent, wenn ich recht informiert bin. Oder es hat vielleicht, ich weiß nicht, ob jetzt einer auf neunzig reduziert hat. Und die haben fast alle auch Kinder. Also es ist offenbar so. Vielleicht fragen die gar nicht, vielleicht wollen die gar nicht, weil die Frauen haben oder wie auch immer. Aber ich sehe es jetzt einfach in unserer Situation, dass es einfach sehr wertvoll ist, wenn beide ihren Teil an die Familie quasi leisten können und wenn man hundert Prozent arbeitet ist das schwieriger, oder? #00:47:45-5#

I: Ja klar. Wie ist denn so, ich sage jetzt grundsätzlich die Work-Life-Balance bei Ihnen, ist die gut? #00:47:52-8#

B: Ich habe die immer als genug gut empfunden. Weil ich halt auch meinen Beruf sehr gerne machen und ich habe nie das Gefühl gehabt, dass ich zu viel arbeite. Und die Freizeit, die ich gehabt habe, haben wir immer sehr gut gestalten können. Darum habe ich eigentlich meine Work-Life-Balance auch mit einer Fünfzig-Stunden-Woche immer gut gefunden. #00:48:14-9#

I: Ja. Und wären Sie eigentlich/ also in dem Fall ist auch, ich sage jetzt die Arbeitsbelastung okay? #00:48:21-8#

B: Für mich hat es immer so gestimmt, ja. Auch wenn es manchmal viel gewesen ist, aber es ist halt auch eine Herausforderung und ja, also ich habe jetzt nicht das Gefühl gehabt, in diesen zehn Jahren, dass ich/ nein, es hat gestimmt für mich. #00:48:41-8#

I: Ja, okay. Und eben, ich sage jetzt auch im Rahmen zu der Flexibilität. Wären Sie jetzt da auch bereit, Einkommenseinbußen in Kauf zu nehmen für mehr Flexibilität? #00:48:56-4#

B: Also auf was zielt das jetzt ab? Wenn man weniger arbeitet hat man ja automatisch Einkommenseinbußen. #00:49:05-1#

I: Genau. Also es geht eigentlich da auch ein bisschen darum, wenn man natürlich das Arbeitszeitgesetz sieht, ich sage, es wird reduziert/ also reduziert, einfach man sagt, es ist fünfzig Stunden. Und jetzt sagt man vielleicht: Ja, es sollte sogar noch weiter runter auf 42 Stunden zum Beispiel, wie es vielleicht in Dänemark der Fall ist. Dann müsste man ja sagen: Gut, man leistet weniger, in Anführungs- und Schlusszeichen, und die Vergütung sollte dann auch weniger sein. Und manchmal ist ja dort dann ein Knackpunkt, dass man vielleicht sagt: Ja nein, ich leiste immer noch gleich viel, aber rein stundenmäßig wäre es ja dann auch anders. #00:49:42-0#

B: Jawohl. Ja, müsste eigentlich so sein. Also es kommt ja ein bisschen darauf an, wie man das alles organisiert, oder? Wenn man dann auch mehr Leute für die gleiche Arbeit einstellen muss, weil man sich dann quasi ablöst oder so, dann muss man sagen, ja, dann logischerweise muss man weniger verdienen. Das ist noch schwierig. Ich habe mir die Frage noch nie gestellt. Ja, ich weiß auch nicht, wie das ist, ob man wirklich mit 42 Stunden dann wirklich weniger leistet oder ob man nicht einfach effizienter wird und am Schluss gleichviel leistet. Aber ja, im Prinzip wäre es logisch, dass man eine Einkommenseinbuße hat, wenn man eine kürzere Arbeitswoche hat. #00:50:28-8#



I: Ja, okay. Ja vielleicht noch ein bisschen auf den Punkt zurück eben so, wir haben es vorher ganz kurz besprochen, haben Sie immer noch das Gefühl, jetzt auch im chirurgischen Gebiet, dass es immer noch Unterschiede zwischen Mann und Frau gibt, in Hinblick auf Karriere? Dass es Frauen immer noch schwieriger haben als Männer? Oder haben Sie das Gefühl, dass das fair ist? #00:50:53-3#

B: Ja. Ich glaube, es gibt halt einfach weniger Frauen, die wirklich ganz nach oben kommen möchten. Also wenn man auch noch Familie will, das ist halt das Problem. Ich glaube es wird, in dem Moment, wo man sich auch noch für Familie entscheidet, werden die Prioritäten bei ganz vielen Frauen andere. Und ich glaube, wenn man als Frau wirklich bereit ist, immer hundert Prozent zu arbeiten, dann kann man schon auch wahrscheinlich in der Karriere weit kommen oder auch, wenn man bereit ist, akademischen zu arbeiten et cetera. Aber ich habe noch wenige Frauen gesehen, die das erreichen mit auch noch Kindern. Und das ist halt die Frage, ob man dann sagen kann, das ist eine fehlende Gleichberechtigung et cetera oder ob man sagt: Die Frauen sind ja selber schuld, sie wollen ja dann gar nicht mehr. Aber es ist sicher sehr hart, wenn man in der Karriere ganz weit hoch kommen will und auch noch Familie haben. Das ist sicher eine außerordentliche Leistung. Und dann braucht man sicher auch noch den Support, eben braucht jemanden, der einen noch unterstützt, dass man dann auch dorthin kommt. Also einfach ist es sicher nicht. Aber ob man sagen kann, es ist wirklich eine fehlende Gleichberechtigung, das ist noch schwierig. Im Einzelfall vielleicht schon, ja. In anderen Fällen ist es auch einfach eine Entscheidung dann von den Frauen, dass sie das gar nicht wollen. #00:52:22-2#

I: Was müsste sich denn jetzt auch da ändern? Also ich sage, in anderen/ also in der Chirurgie eben gibt es wahrscheinlich gar nicht, ich weiß es jetzt nicht, aber in anderen Branchen, ich sage jetzt in der Wirtschaft und so, gibt es ja zum Teil viele so Co-Leitungen beispielsweise, wo man sagt: Gut, man hat Familie und man teilt sich das Pensum als Chef quasi auf, zum Beispiel zwei Fünfzig-Prozent-Stellen. Oder ja, es gibt ja gewisse Konstrukte. Ist das einfach in der Chirurgie noch nicht gekommen oder ist das auch nicht möglich, weil man halt sagt, ja, ich sage mal, am Schluss ist eben immer ein Menschenleben dahinter, wo man eben nicht, ich sage jetzt, wie in der Wirtschaft, wo Zahlen sind, wo man sagt: Ja, man hat ein bisschen schlechtere Zahlen oder so, sondern es passiert dann etwas viel Gravierendes. Dass man sagt, es ist nicht möglich? Sind das auch Gründe oder ist es mehr einfach auch ein bisschen der Zeitgeist, wo man vielleicht das auch noch nie probiert hat oder so? #00:53:26-2#

B: Ja, wahrscheinlich eher. Also es gibt sogar Fälle. Ich weiß zum Beispiel, gerade das Triemli hat einen Gynäkologen/ zwei Gynäkologinnen, die sich als Co-Chefinnen im Triemli die Chefarzt-Stelle teilen, wenn ich das recht im Kopf habe und schon seit Jahren und die haben glaube ich beide auch Kind. Also es wäre schon möglich. Ich glaube, in der Chirurgie ist man noch nicht so weit. Vielleicht hat es auch zu wenige Frauen, die dorthin drängen. Aber es kann auch sein, dass man in der Chirurgie noch nicht ganz so weit ist, wie in anderen Fächern. Ich meine, man sieht jetzt immer mehr Chefärztinnen auf der Pädiatrie oder eben auf der Gynnie oder in anderen Ge-

bieten. Und vielleicht ist die Chirurgie da schon einfach auch noch mehr männerdominiert, auch wenn man ja auf Ebene Assistenzärzte nicht mehr sagen kann, dass es männerdominiert ist. Dass wir dort ein bisschen hinterher sind, ja. #00:54:26-7#

I: Also dass das Ganze einfach auch noch ein bisschen Zeit braucht? #00:54:30-0#

B: Vielleicht, ja. Also ja Zeit und wahrscheinlich (unv., undeutlich) halt auch Leute, die das erreichen wollen, ja. Jetzt mal mit dem Beispiel vorausgehen. Also meine erste Chefin in Bülach ist Frau Doktor (Muff?) gewesen und die ist ja Chefärztin gewesen in Bülach, ich weiß jetzt nicht von wann bis wann, aber irgendwie wahrscheinlich um 2000 herum. Und sie hat auch eine Tochter. Aber es ist sicher, sie ist eine Vorreiterin gewesen und es hat sich jetzt noch nicht gerade an vielen Orten wiederholt, das Beispiel. Und sie hatte lange hundert Prozent gearbeitet. #00:55:07-6#

I: Ja. Also zum Beispiel wir haben jetzt eine Klinikdirektorin, die auch Familie hat, mit zwei Kindern. Ich glaube möglich ist es, aber ich glaube, die Schwierigkeit ist halt wirklich/ also es muss ja, ich sage jetzt salonfähig sein in dem Sinn, dass es eben nicht so außergewöhnlich ist oder ja, dass es nur für Leute ist, wo man sagt: Ja, die sind einfach eben, ich sage jetzt so Powerfrauen oder so, sondern ja, dass sich eben die Fragen, die man am Anfang sich stellt oder jetzt gewisse Frauen jetzt auch vorwiegend: Ja, muss ich mich jetzt entscheiden? Oder ich habe es ja auch schon mitbekommen, dass gewisse sagen: Ja entweder oder. Also wenn du jetzt schwanger wirst, dann kannst du es eh vergessen. So Aussagen, oder? Das sollte halt einfach nicht mehr sein, oder? #00:55:57-9#

B: Genau. Ja. Und bei mir ist es sicherlich, meine Kollegin und ich sind da in einem guten Beispiel. Also meine Kollegin ist jetzt Leitende Ärztin geworden, die einzige Leitende Ärztin jetzt auf der Chirurgie bei uns. Aber das ist eine Nische, oder? Klar, vielleicht hätte sie Potential, wenn sie das will, auch mal nochmal einen Schritt weiter zu gehen, aber sie ist eine, die halt einfach die Karriere schon immer sehr fest priorisiert hat. Aber sie schafft das und da braucht es auch eine Persönlichkeit, wo man das dann so stark will, oder? #00:56:33-5#

I: Ja. Okay. Ja, ich bin eigentlich soweit am Ende mit diesen Punkten. Jetzt Forschung haben wir jetzt eigentlich noch nicht angesprochen. Ich weiß nicht, ob das etwas ist, was bei Ihnen auch ein Thema ist? #00:56:51-0#

B: Gar nie gewesen. Also ich habe ein bisschen was gemacht, aber nie mit Herzblut. Also ich bin auch darum nie an die Uni. Das ist etwas, was mich eigentlich nicht so stark interessiert. #00:57:00-0#

I: Ja. Okay. Ja, ich weiß eben nicht, ob Sie jetzt vielleicht sonst noch etwas haben, was wir jetzt nicht angesprochen haben oder was fehlt, was vielleicht in dieser ganzen Diskussion vielleicht auch noch wichtig ist zu berücksichtigen oder ob das so ein bisschen all die Punkte sind, die wichtig sind? #00:57:18-0#

B: Ja, ich habe gefunden, Sie haben gute Fragen gestellt. Ich habe zwar nicht zu jedem gerade eine Antwort gewusst, aber das sind sicher wichtige Aspekte, ja.  
#00:57:27-7#

I: Ja. #00:57:29-4#

## Interview 21

I: Genau, das ist das, wo ich mache. Ich bin praktisch in allen Kantonen in der Schweiz bin ich unterwegs in unglaublich vielen Spitälern. Ich habe darum auch einen relativ guten Durchblick oder Einblick, wo was passiert und wo welche Tendenzentwicklungen sind. Beispielsweise gerade die Thorax-Chirurgie ist sich immer mehr am eigenständig entwickeln. Früher ist Thorax und Gefäß häufig zusammen gewesen oder dann ist die Diskussion gewesen, ob Thorax mit dem Herz zusammengehört und so weiter. Es gibt aber immer mehr eigenständige Dienstsyste, also beispielsweise am (Schüf?). Dort habe ich die einmal beraten im Kantonsspital Aarau. Dort hat es auch ähnliche Diskussionen gegeben, man will immer einen eigenständigen Dienstbetrieb haben. Genau, also das, was ich mache. Ich unterstütze zusätzlich noch in der Sektion Zürich die Zürcher. Also ich bin in den Spitälern in Zürich in praktisch allen unterwegs. Genau. Es ist so, dass man wahrscheinlich effektiv das Problem hat, vor allem in chirurgischen Disziplinen, dass man auf der einen Seite die Arbeitszeiten einhalten muss und zwar zwingend, es gibt keine Diskussion. Aber auf der anderen Seite, viele das nicht so sehen wollen oder selber nicht so handhaben wollen, sie wollen immer überall immer nur Profit daraus schlagen. Also wenn man quasi will, dass man eine Verbesserung hat für einen selber dann sagt man, ja, das Arbeitsgesetz muss eingehalten werden. Und wenn man merkt, oh, das ist jetzt vielleicht ein bisschen doof, sagt man, ja nein, komm, da drücken wir jetzt ein Auge zu. Und das ist so ein bisschen das Dilemma. Das ist wie auf der Autobahn theoretisch, auf der Straße, da argumentierst du manchmal auch, warum du jetzt schneller unterwegs bist, aber es ist nicht erlaubt, Punkt. Und ich glaube was eine von den großen Entwicklungen sein wird, die jüngere Generation grenzt sich extrem ab und sagt, so und so will ich arbeiten und so und so nicht. Also die stellen dem Arbeitgeber Zeit zur Verfügung und mit dem kann er etwas machen, und dann war's das. Ich glaube, das ist eine Entwicklung, wo effektiv läuft. Genau. Das ist so das, wo ich so ein bisschen mache. Darum bin ich eben auch in Zürich da bei euch unterwegs. #00:02:25-0#

I: Nein spannend, ja. Also du hast es vielleicht so gestaltet, dass ich einfach ein paar Fragen stelle. #00:02:32-0#

B: Genau. #00:02:33-0#

I: Also ein Punkt wäre eben chirurgisch internistisch. Hast du das Gefühl, dass da ein Unterschied da ist vom Arbeitszeitgesetz, also muss es eine Ausgestaltung geben oder kann man das eins zu eins vergleichen? #00:02:45-0#

B: Also wie meinst du, muss ausgestaltet werden? Also das Arbeitsgesetz gilt für beide. #00:02:49-0#

I: Genau. Also es geht so ein bisschen darum, bei der chirurgischen Disziplinen, jetzt zum Beispiel die Ausbilder, die müssen im OPs sein. Und dann ist ja manchmal die Diskussion, dass man sagt gut, diese OPs sind irgendwann und man muss sich dann

halt dem richten und dann hält man das Gesetz halt vielleicht nicht ein, weil das vielleicht bis um sechs Uhr geht und man hat aber nur bis um fünf Uhr geplant zum Beispiel, solche Themen. #00:03:09-0#

B: Also der Hauptfehler, wo man macht in den Spitälern. Den macht man auch im USZ, das USZ weiß das eigentlich und das wird in den nächsten Jahren hoffentlich gekippt werden. Ich bin da im Gespräch oben drin mit Gewissen. Es ist zu denken im Konstrukt fünfzig Stunden pro Woche. Das ist falsch. Ich glaube, das ist der Hauptfehler. Weil, eigentlich ist die Zeit so zusammengesetzt, 42 Stunden sind reine Dienstleistungen am Patient. Also der Lohn entspricht einer 42 Stunden Woche. Und das, wo dazu kommt bis zu maximal fünfzig Stunden, sind Weiterbildungsanteile. Vier Stunden sogenannte implizite Weiterbildung. Warte schnell, das ist der Peter am Draht, darf ich ganz schnell? Da ist der Philipp. #00:03:58-0#

I: Hm (bejahend). #00:04:00-0#

B: Implizite Weiterbildung. Das ist, wenn ich arbeite, lerne ich etwas. Wenn mir der Vorgesetzte etwas zeigt, also zum Beispiel das Zeigen von Prozeduren, die Instruktion von irgendwelchen Sachen, auch gewisse Chefarztvisiten, wenn es Lerneffekte drin hat und so. Das Teaching direkt am Patientenbett. Und das sind im Umfang von vier Stunden pro Woche, das ist eben das Implizite, das wo einfach anfällt. Und vier Stunden explizite strukturierte Weiterbildung. Das ist so organisierte Veranstaltungen oder Kurse oder quasi punktuelle Events, wo eben Weiterbildungscharakter haben. Theoretisch angefangen vom Journalklub so Fallvorstellung. Dann über so ATLS-Kurse, irgendwelche Erkennungs-Uno-Kurse, irgendwelche Lapraskopie-Kurse, solche Kurse. Das auch im Umfang von vier Stunden pro Woche. Also 42 plus vier plus vier, maximal fünfzig und das ist maximale Zeit, wo man haben kann. Das sind Höchstarbeitszeiten und die Spitäler denken, dass das eine Sollarbeitszeit ist. Haben Verträge, wo das auch als Sollarbeitszeit dahinter ist. Und das ist falsch. Das führt nur zu Konflikten und Konflikte wo man hat, hat man unter anderem darum, weil man in diesem Konstrukt von fünfzig denkt und plant und das funktioniert nicht. Um auf diese Frage zurückzukommen, ob der Unterschied zwischen Chirurgie und Medizin ist. Nein, ich glaube das Problem ist, man ist sich diesem Konstrukt nicht bewusst. Bei den Chirurgen läuft halt ein Teil von den Impliziten läuft eben direkt bei den Operationen. Also man plant die Tage falsch. Man plant sie schon aus von den Summen, wo sie arbeiten müssen und dann kommt noch eine Operation dazu. Ah ja komm. Das ist noch Weiterbildung, das können wir quasi auch noch hineinfällen. Letztlich ist es so, dass das Volumen an Operationen, wo pro Jahr von der Klinik anfallen, das ist konstant. Unabhängig davon, ob der eine länger arbeiten kann oder weniger lang arbeiten. Es mag aber sein, dass dann nachher ein anderer Dienst diese Operation übernimmt. Aber die Summe an Operationen ist genau die gleiche. Darum ist für mich das nicht relevant, das Arbeitsgesetz diesbezüglich. Es ist einfach, oder, wenn ich einen Tag arbeite und es fällt noch eine Operationen an und die ist halt, ich sage jetzt am Abend um sechs Uhr und ich kann sie nicht machen, habe ich die nicht verloren. Ich selber kann sie nicht machen. Aber ein anderer, im anderen Dienst hat sie. Und wenn es sauber organisiert ist, können all diese Operationen geteacht werden. Die Frage ist einfach, hat man die Personen so auf die verschiedenen Tagesstrukturen verteilt, dass diese Operationen alle als Teaching-Element laufen können, oder.

Aber natürlich wäre es in Anführungszeichen einfacher, wenn der Einzelne völlig frei verfügen könnte und das fluktuieren lassen. Aber es ist so, wenn man zum Beispiel jetzt die Woche planen würde, den Tag nur neun Stunden plant, also fünf Mal neun Stunden 45 Stunden, dann kann der Tag auch einmal zwei Stunden länger dauern. Das ist ja kein Problem. Oder drei Stunden länger, das heißt, man hat für das Platz. Aber der Grundfehler ist, man denkt gedanklich und konstruiert den Tag schon bei fünfzig Stunden. Wir haben damals 2018 ist das einer von der Punkte gewesen, dass wir gesagt haben, den normalen Tag sollte man nicht bei zehn Stunden planen, sondern bei neun. Das ist einer von den Punkten gewesen, dass man eben nicht keine Reserve mehr hat. #00:07:10-0#

I: Genau, ja. Also ich kann mich nicht mehr erinnern, aber was hat man dann damals gesagt? #00:07:16-0#

B: Ich weiß nicht, was nachher umgesetzt worden ist am Schluss dann. Man hat auf jeden Fall den normalen Arbeitsalltag auf neun Stunden herunterbringen wollen, Planungszeit neun Stunden, einfach dass man eine Reserve hat bis zur höchsten Arbeitszeit. #00:07:29-0#

I: Aber das heißt, dass jetzt da eben das Hauptproblem ist, dass man eigentlich schon Maximum plant und dann auch keine Reserven mehr hat. #00:07:36-0#

B: Genau. #00:07:37-0#

I: Und wenn man halt eben ein bisschen den Tag, dann hat man diese Reserve. Ich sage jetzt das Unerwartete, wo ja viel gesagt wird, hat dann eben Platz, wenn man sagt, gut #00:07:45-0#

Genau. #00:07:46-0#

I: Die Patientin hat eine Viertelstunde länger reden wollen oder die OP ist ein bisschen länger gegangen, dann kannst du sagen, gut, es ist immer noch in diesen fünfzig Stunden drin. Aber wenn man halt schon bei fünfzig Stunden plant, dann #00:07:55-0#

B: hat es keine „spatzig“ mehr weil es im illegalen Bereich drin ist, genau, das ist der Grundfehler. #00:07:59-0#

I: Okay. Jetzt an einem Uni-Spital hat man ja auch viel Forschungszeit. Das ist auch immer so ein Thema. Wo gehört denn das jetzt hinein? #00:08:08-0#

B: Ich finde das ist schwierig. Und zwar ein bisschen darum, es gibt Forschung, wo bezahlt wird und wo Arbeitszeit darstellt im eigentlichen Sinn. Also der hat einen Forschungsjob. Eigentlich sollte man für diese Forschung einfach Arbeitstage vorsehen. Also einer arbeitet vier Tage und ein Tag ist Forschung. Zusammen hat er fünfzig Stunden, so, Maximum. Also das müsste möglich sein. Es gibt aber noch etwas Weiteres. Forschung wo jemand so ein bisschen für sich selber dazu noch betreibt. Also wie jemand möchte noch selber Superkarriere machen, weiß nicht was. Das ist hingegen extrem schwierig, das abzubilden. Weil ich meine, es kann ja theoretisch sein, sagt einer, ich forsche in meiner Freizeit selber etwas. Das ist ein extrem heikler und ein grauer Bereich. Weil ehrlicherweise, wenn einer sonst irgendwo angestellt ist und dann weiß niemand, was der zu Hause macht und ob er noch Sachen macht oder nicht. Ich glaube, das Schwierige ist, sobald jemand eingebunden ist in eine Spitalstruktur, wo er dem Gesetz unterworfen ist. Also wenn ich an einem Forschungsprogramm mitmache, wo das Spital faktisch als Arbeitsangebot hat, dann unterstehe ich halt dem ganz regulär. Wenn jemand etwas in seiner Freizeit zusätzlich irgendwo macht, das ist eine schwierige Frage, aber was es nicht sein kann, dass zum Beispiel das Weiterbilden werden von Operationen in der Freizeit sein kann. Das dürfte nicht sein, weil das ist eine reguläre Arbeit. Das ist, aus meiner Sicht ein sehr schwieriger Bereich oder Punkte, wo ich einfach glaube, dass man das nie ganz sauber lösen kann. Da muss man vernünftig umgehen. Also im Idealfall drückt man den Leuten einen Forschungstag irgendwo hinein. Also wenn ich jemanden habe, dann kann ich den vier Tage planen und ich plane ihn aber nicht fünf Tage, sondern ich deklariere ihn einfach einen Tag, dass der Forschungszeit hat, dann geht das auf, oder #00:10:04-0#

I: Wie sieht es denn aus, also es sagen ja viele auch, dass so viel jetzt administrative Sachen anfallen. Wenn man jetzt auch den Alltag, ich sage jetzt, wenn man von einer Person, wo jetzt gerade hundert Prozent arbeitet, wenn man jetzt dort sagen würde vier Tage klinisch und einen Admin-Tag oder einen halben Admin-Tag oder so etwas. Würde das die Situation auch entspannen oder? #00:10:28-0#

B: Nein. Also ich glaube, was man machen muss, oder was man nicht macht. Man berücksichtigt in der Stellenplanberechnung häufig nicht, gerade auf Oberarzt-Ebene und so, dass es für Projekte und solche Sachen auch Zeit braucht. Das kommt meistens oben auf. Das berücksichtigt man in der Stellenplanberechnung nicht, also Büro-Tage für Kader, vor allem für Kader. Ich rechne zum Beispiel immer alle 14 Tage ein Büro-Tag für einen Oberarzt. Das muss er einfach haben, wenn er Projekte macht, oder. Bei einem Assistent ist es ein bisschen schwierig. Nein, ich glaube bei den Assistenten ist es eher so, dass man radikal denken sollte in die Richtung, wie kann ich diese administrativen Sachen minimieren. Das fängt an, dass man alle Elemente, wo man hat. Zum Beispiel bei einem Bericht und so weiter sich überlegt ist das nötig, brauche ich das wirklich. Dass man sich überlegt, gibt es Arbeiten, wo jemand anders machen kann. Gibt es Arbeiten, wo ich mit einem technischen Hilfsmittel vereinfacht abbilden kann? Kann ich zum Beispiel Texterkennung haben direkt ins KISIM hinein, alles solche Sachen. Also die administrative Arbeit, die wird man, wenn man das will, reduzieren können. Aber das braucht ein recht großer Wille, das zu machen. Es gibt auch so Studien vom VSA, wo diese Arbeit am Patienten, respektive nicht am Patienten, mehr oder weniger auseinander „beinlen“. Es gibt im Verband

auch ein Projekt „Reduktion Bürotätigkeit“, also weniger Büro, mehr Medizin, ist eines von den Projekten, genau. #00:12:16-0#

I: Aber das heißt also, man müsste zum einen die Digitalisierung, also nehme ich jetzt an, dass man solche Themen hineinnimmt. #00:12:22-0#

B; Nein, also das auch. Aber eigentlich als erstes muss man sich überlegen, was mach ich überhaupt? Also man muss sich überlegen ob das, wo man macht überhaupt dem entspricht, wo man will. #00:12:32-0#

I: Also ist das jetzt Eigenverantwortung oder die Klinikleitung muss sagen, ich will, dass ein Assistenzarzt. #00:12:39-0#

B: Nein, es ist so verflochten und historisch entstanden. Also ganz blöd. Wieso hat nicht ein Assistenzarzt ein persönlicher Sekretär, wo tagsüber mit ihm „mithöselet“? Also jetzt völlig übertrieben, oder. Warum gibt es das nicht? Weil der Assistenzarzt angeleitet worden ist, über die Jahre so und das hat sich so ergeben. Er ist so eine billige Arbeitskraft. Wieso soll ich einen einstellen, wenn er der Idiot ist und das selber machen kann. So. Wenn ich fix jemanden anstelle für etwas, dann kostet das etwas. Wenn ich das (unv. #00:13:15-0# den Assistenten gebe, dann kostet mich das nicht eine Fixanstellung, sondern Überzeit im schlimmsten Fall, wo ich dann vielleicht wieder abbauen kann. Also man hat ganz viele Arbeiten einfach aus Bequemlichkeit den Ärzten aufgedrückt und ich glaube, was man muss ist, dass man den ganzen Arbeitsalltag von Morgen bis am Abend durchforstet für Elemente und bei jedem fragt, ja ist das notwendig, dass das so läuft? Könnte man das als Alternative laufen lassen? Gibt es technische Hilfsmittel, wo das unterstützen? Gibt es Personen, die das abnehmen könnten? Und wo weiter und so fort. Dass am Schluss eigentlich der Arzt wieder reduziert wird auf seine medizinische Tätigkeit, oder. #00:13:54-0#

I: Und warum passiert denn das nicht? #00:13:58-0#

B: Weil der Druck auf die Spitäler nach wie vor nicht so groß ist, dass man checkt, dass man da muss. #00:14:03-0#

I: Und das heißt, nicht groß genug aus Fachkräfte Mangel oder. #00:14:07-0#

B: Nein, man hat zum Beispiel, es gibt in der Schweiz nur ganz wenig Spitäler, wo fast an die Wand gefahren worden sind, weil sie die Regeln nicht einhalten. Man müsste einfach einmal ein Spital an die Wand fahren und eliminieren. Und sagen, hört, tut mir leid, ihr haltet euch nicht an die Regeln, tschüss zusammen, macht den Laden dicht. #00:14:23-0#

I: Auch Arbeitszeitgesetz. #00:14:26-0#



B: Als Beispiel, genau. Oder weil, wenn alle wissen, dass man beim Arbeitsgesetz darüber schlägt. Aber niemand zieht die Konsequenzen. Kein Kanton sagt, wir schließen einen Betrieb, der hält sich nicht an die Regel. Wenn du irgendwie Schweinezüchter bist und Schweine züchtest und haltest nicht an die Tierschutzverordnung, dann wird dein Laden dicht gemacht. Und das Spital kann machen was es will, es wird nicht dicht gemacht. Und ich glaube, das ist, darum sage ich, der Druck ist nicht genug groß, weil man immer irgendwie wurstelt. Das ist wie wenn du irgendwie ein schnelles Auto hast und irgendwie es einfach immer zahlen kannst. Was nützt dir denn, wenn dein Auto konfisziert wird. Dann überlegst du es. Wenn du in die Verkehrsschulung musst, ich weiß doch auch nicht. #00:15:04-0#

I: Ja ich weiß, was du meinst, ja. #00:15:07-0#

B: Der Druck ist nicht genug groß und auch der finanzielle Druck ist nach wie vor nicht genug groß. #00:15:10-0#

I: Aber wie ist das denn jetzt wahrgenommen? Eben jetzt bei den Interviews, es ist bei allen irgendwie ein Thema. Also ich sage jetzt auch bei den Ärzten, aber auch nicht. Es ist so. #00:15:21-0#

B: Man ist sich der Konsequenz nicht bewusst, was das bedeuten würde, wenn man es machen würde. #00:15:25-0#

I: Ja, aber ich meine jetzt als Person. Also eben du sagst, es ist ein Schutz vom Arbeitgeber. Ich bin jetzt vielleicht auch etwas provokativ. Aber wenn jetzt einer sagt, ja es ist mir egal, so viel zu arbeiten. Weil, man müsste ja dann vielleicht auch einmal einen Druck von unten haben und sagen, jetzt ist einfach fertig, jetzt klagen wir oder irgendwie so etwas. Also ich weiß es jetzt nicht. #00:15:45-0#

B: Ja, das gibt es teilweise auch, aber das Problem dort ist das, das du in der chirurgischen Disziplin in einer Abhängigkeit bist. Wenn du, also der chirurgische Assistenzarzt oder generell in seiner Karriere auch auf Oberarzt-Ebene, selbst leitender. Die getrauen sich nicht, Probleme nach oben zu transportieren und zu sagen und ich möchte, dass wir jetzt da anständig unterwegs sind. Weil der, wo das macht, der hat einen Nachteil. Der wird nicht berücksichtigt, der wird bedroht mit, ja du siehst dann die Operation nicht und so weiter, ich plane dich halt dann nicht. Ja wenn du heimgehen willst, dann kannst du heimgehen, ich plane dich nicht. So. Der Klassiker. Und diese Abhängigkeit ist unglaublich. Und dort ist es so, dass einfach eigentlich die Chefs checken müssen, es ist nicht, man kann es einhalten oder man soll es einhalten. Man muss. Und das Spital setzt die einzelnen Klinikdirektoren nicht unter Druck. Ich meine, ihr habe da Klassiker bei euch. Ich meine der Clavien als Beispiel oder Spahn, Spar, Spahn? Also ich meine, es getraut sich niemand im Spital, den einfach an die Wand zu fahren. Das finde ich unglaublich. Nicht einmal im Spital selber ge-

traut man sich. Nicht einmal in der Hierarchie zuoberst. Jeder hat Angst. Das verstehe ich nicht. Aber das zeigt, wo das Problem ist. Letztlich sind das eigentlich, man darf es fast nicht sagen, aber das sind mafiöse Strukturen. Wo jeder so weit geht, bis es ihm zum Nachteil gereicht. Und in der Chirurgie hast du relativ schnell einen Nachteil. Wenn jemand Teilzeit arbeiten will, abgeschoben, der will Freizeit, egal ob er Familie hat oder nicht. Wenn jemand sagt, er möchte gern genügend Ruhezeit, dann ist er ein Weichei. Wenn jemand sagt, er hätte gern, ich weiß auch nicht was, Zeit für irgendetwas. Wird nicht gewährt. Oder, der Druck, der ist enorm. Darum kommt es von unten nicht so. #00:17:41-0#

I: Also müsste es wirklich oben in der Institutionsebene oder. #00:17:47-0#

B: Also in meinen Augen gibt es eigentlich der Verwaltungsrat. Jeder Verwaltungsrat, wenn er fragt, fordert ihr, dass man das Arbeitsgesetz im Spital einhält? Ja, wir fordern es ja, wir fordern es, wir wollen das. Keiner macht es. Keiner zieht die Konsequenzen und tauscht einen Chefarzt aus. So nach dem Motto, lieber Chefarzt, du hast wiederholt über drei Jahre das Arbeitsgesetz nicht eingehalten, wir wechseln dich darum aus. Das getraut sich niemand. Würde nicht genügen und weiß ich nicht was, würde es dann heißen. Genau gleich auf Direktionsebene. In der Spitalleitung und Direktion, da ist jeder irgendwo von jedem abhängig. Oder nehmen wir irgendwie einen kardiologischen Chefarzt, wo Geld generiert, dann will man den nicht verlieren an ein Hirslanden weiß ich was, also sagt man nichts wegen finanziellen Gründen. Oder dann, keiner will etwas sagen, weil halt auf der Radiologie getraut sich keiner etwas zu sagen, weil der oberste auf der Radiologie halt der Hodler ist. Da getraut sich niemand Pieps und Paps zu machen. Das sind unglaubliche Druckmechanismen. Ich kann jetzt zum Beispiel so ganz lustig und offen so reden, weil ich kann mir von außen praktisch alles erlauben. Also ich kann den Hodler anschreiben, ich kann jeden anschreiben, ich kann jeden angehen, weil ich nicht in dieser Abhängigkeit bin, oder. Aber es ist unglaublich, dass das nicht intern erkannt wird, dass das einfach, es steht und fällt von oben. Das Spital übrigens, möchte eigentlich. Also der Rolf Curschellas vom HR, der möchte eigentlich, dass man als USZ als attraktiven Arbeitgeber auf dem Markt sich positioniert. Es gibt darum auch diese Projektenflexiblere Arbeitsform und so weiter. #00:19:17-0#

I: Genau. #00:19:18-0#

B: Dort bin ich auch involviert. #00:19:20-0#

I: Da ist auch Claudio Buntschu glaube ich und so. #00:19:23-0#

B: Der Claudio Kolbe ist dort dabei. #00:19:25-0#

I: Ja genau, ja. #00:19:26-0#

B: Die anderen weiß ich gerade vom Namen her nicht alle. Genau. Ich glaube das sind Sachen, die will man schon in die richtige Richtung. Aber die Ärztemacht, die ist enorm. Also das HR ist gegenüber den Ärzten fast machtlos. Das ist einfach wirklich schwierig. #00:19:43-0#

I: Ja nein, eben darum hoffe ich auch, dass mit dieser Art auch ein bisschen. Aber vielleicht noch, eben das ist einfach ein Thema, ich sage Work Life Balance und so weiter. Wie könnte man jetzt so etwas ändern. Also ich weiß jetzt zum Beispiel, es gibt zum Teil, also ich glaube auch in, der Claviel, die haben jetzt zwei Ärztinnen fünfzig Prozent, wo ein Jobsharing machen. Ich habe auch letztes Mal gesehen, es gibt irgendwie Webseiten jetzt, wo sich Teilzeitärzte anmelden können. Ich weiß nicht, ob du das auch kennst, und solche Sachen. Langsam kommt es ja ein bisschen. Was ist denn notwendig, dass es eben wirklich geht? Muss man einfach noch aussitzen und sagen, es kommen jetzt jüngere Personen, also Klinikdirektoren oder jetzt auch vermehrt Direktorinnen, also wir haben jetzt auch eine Frau. Wo halt irgendwie das ein bisschen anders sehen oder braucht es da Institutions- oder Systemebene halt einfach wo man sagt, so, fertig. Quoten oder eben, ich sage Frau-Mann, wo ja auch viel sagen, eben das, wo du gesagt hast. Teilzeit wo eine Frau ist, wo dann irgendwann sagt, du, ich will jetzt doch zwei Tage daheim sein beim Kind, aber ich kann den Dienst und so doch machen, einfach Montag und Dienstag bin ich zu Hause und dann heißt es gleich, gut, die will nicht. #00:20:59-0#

B: Genau. Bei den Männern ist es genau das Gleiche. Vielleicht schnell, um zurückzukommen zu dem Beispiel vom Teilzeit Jobsharing zwei Mal fünfzig Prozent. Das ist eben nicht gleichwertig, wie ein Vollzeitmitarbeiter. Weil, der Einzelne, die sind immer gekoppelt, die sind immer als Paar unterwegs. Eigentlich muss ich als Spital wollen, Teilzeitstellen anbieten. Richtige, eigenständige Teilzeitstellen. Das fängt dort an, oder. Und man muss lernen, den Teil-Zeitler nicht als eine Plage und teurer für den Betrieb zu sehen. Und wir haben sie ja auch noch, weil es sie halt geben muss, sondern wir wollen das. Also ich arbeite zum Beispiel auf einem Notfall in Baden. Wir haben praktisch einen, also außer Uni-Spital Genf haben wir den größten Notfall in der Schweiz vom Volumen her. Wir haben sehr viel Mitarbeitende von Ebene von den Ärzten. Die wollen wir und fördern das. Und vom Kader gibt es nur Teil-Zeitler. Wir wollen möglichst viel Teil-Zeitler. Wir fördern das und dann kann jeder seine Wünsche eingehen, da wird alles berücksichtigt irgendwie, wir können diese Sachen zusammenschieben. Wir haben ganz viele Frauen mit Kindern, Männer mit Kindern. Wir stellen selbst Schwangere ein, wir haben schon Schwangere im sechsten Monat angestellt, einfach um sie zu gewinnen, also ganz banal. Am Schluss ist die Frage, wie geht man im Betrieb mit den Mitarbeitern um. Sieht man ihn als Mittel zum Zweck oder wertschätzt man ihn als Mitarbeiter und verfolgt miteinander das Ziel. Und das ist nicht das Gleiche. Und ich glaube, man muss sehen, also ein Wandel beginnt beim Kopf oben an. Der Kopf muss verstehen, er allein ist nichts wert. Sondern es braucht ein miteinander bis hinunter zu der Putzfrau, das sage ich immer. Die braucht es einfach. Das heißt, man muss verstehen als Chef von einer Institution, miteinander sind wir unterwegs, alle gehören dazu. Wir müssen alle miteinander schauen, dass wir uns weiterentwickeln in die richtige Richtung und für das brauche ich Leute, wo es auf dem Markt gibt. Und man muss sehen, die Zukunft ist einfach so, die Leute, die jüngere Generation, die will nicht sich verheiraten mit dem Betrieb.

Die stellt seine Zeit dem Betrieb zur Verfügung. Die will sich abgrenzen, die will Teilzeit arbeiten. Die hat genau gleich Ziele und Träume, aber die verleugnet sich vielleicht nicht, um es so zu formulieren, wie die alten Chefs. Die verleugnen ihre Träume und Wünsche. Und dass sich das lohnt, da bin ich ganz fest überzeugt. Eben dort, wo ich arbeite, wir haben zum Beispiel, wir investieren ganz bewusst ganz, ganz viel in die Ressourcen, also in die Assistenzärzte investieren und in die Oberärzte investieren, damit die sich wohl fühlen, damit die bleiben. Damit wir auf dem Markt rekrutieren können. Wir haben stellvertretende Oberärzte da, die kommen zu uns als Assistent hier zu arbeiten, weil sie diese Erfahrung wollen. Die kommen zu uns, also wir müssen nicht suchen gehen, die kommen zu uns. Und das sind so Sachen, so Faktoren, die unter dem Strich dazu führen, dass wir günstig wirtschaften, nämlich wir haben extrem hoch qualifizierte Mitarbeiter, wo selbstständig sind, wir haben keine Rekrutierungsprobleme, wir haben fast keine Fluktuation auf Kaderebene, also praktisch null. Und so weiter. Also das Know-how geht nicht verloren. Einfach diverse Sachen, wo man nicht einfach direkt messen kann, aber unter dem Strich lohnt sich das, zu schauen für den Mitarbeiter. Und ich bringe immer das Beispiel von, wenn ich einem Mitarbeiter, wo, sage ich jetzt einmal Jahreslohn Assistenzarzt 100'000 Stutz, das ist doch völlig Wurst, ob ich dem zweitausend Stutz für den (unv.) bezahle oder nicht, wenn ich den ein zweites Jahr gewinnen kann. Das habe ich längstens herausgeholt. Ein Wechsel kostet mich dreißig tausend Stutz. Also das ist ein Witz, wenn ich zweitausend ausgabe und man feilscht um solche Sachen. Und dort hat man wie das Augenmaß nicht. Man legt alles Maximum aus, eben fünfzig Stunden, bla, bla, bla, Pausen zieht man automatisiert ab, das plagt alle und so weiter und so fort und dann wundert man sich, warum sich der Mitarbeiter abgrenzt. Es ist nicht ein Geben und Nehmen, sondern es ist in der Regel einfach ein Nehmen vom Mitarbeiter. Und das bekommt der Mitarbeiter zu spüren. #00:25:05-0#

I: Was ist denn aber, eben ich sage jetzt es funktioniert gut, es hat wahrscheinlich einen langen Change auch gebraucht. Aber, also ich habe das Gefühl, es braucht dort viel Eigenverantwortung vom Mitarbeiter auch. Dass er halt, wenn du ihn brauchst, also ich weiß nicht, aber ich nehme jetzt an. Die haben dann ja auch Situationen, dann ist jemand krank oder irgendwie so. Jetzt auch mit Teilzeitpersonen, wie man es plant und dann hat, ich weiß doch auch nicht, das Kind ist krank oder das oder dieses. Sind denn die Leute auch bereit, mehr da zu sein. Oder wie könnt ihr denn so etwas auffangen? #00:25:38-0#

B: Das hängt fest davon ab, was man den Leuten für Signale gibt. Also zum Beispiel bei uns wissen die Assistenzärzte, dass vom Kader wir im Zweifel einen Dienst von ihnen übernehmen würden, wenn es nicht geht zum Organisieren. Das machen wir jeweils auch, dass wir ihnen einen Dienst übernehmen. Und sie wissen, dass wir das würden und schauen deshalb selber, dass sie das machen und wir nicht müssen. Also schon weil sie wissen, wie wir mit ihnen umgehen, machen sie mit. Oder zum Beispiel bei uns bekommen Leute, wenn sie einspringen, dann gibt es halt einen Kinogutschein, wenn jemand einspringt. Einfach aus Prinzip. Es ist nicht selbstverständlich, dass jemand einfach einspringt. Und diese Wertschätzung in einem Team, die spüren die Leute. Und darum ist das keine Diskussion. Also wenn ich zum Beispiel, ich habe jetzt diesen Donnerstag habe ich einen Spätdienst. Wenn ich den jetzt heute verschieben muss, dann läute ich zwei, dreien an und sage, schau, können wir das tauschen und machen. keine Diskussion. Jeder wo kann, der macht's. Weil das

umgekehrt auch gemacht wird. Das steht und fällt mit einem Chef. Ein Chef muss wollen, mit Vernunft und mit Wertschätzung in einem Team umgehen. Dann hat er am Schluss die Mitarbeiter, wo das machen, wo das mittragen. Also man sucht sich ja die Mitarbeiter auch aus. Und es steht und fällt mit den Charakteren, wo ein Chef an. #00:26:52-0#

I: Wie viele Leute seid ihr in eurem Team gesamthaft? #00:26:58-0#

B: Gesamthaft sind wir etwa, also auf dem Plan stehen jeweils etwa dreißig Leute darauf. #00:27:01-0#

I: Okay. Weil, hat das vielleicht auch damit zu tun, je kleiner das Team ist, desto schwieriger wird es? #00:27:07-0#

B: Was, zum Planen? #00:27:09-0#

I: Ja, nein, respektive bei uns jetzt, ich weiß nicht, wir sind vier Oberärzte, drei LAs, nein KD. Und wenn du zum Beispiel dreißig bist, dann trifft es dich weniger und wenn du in einem kleineren Team bist und fehlst. #00:27:25-0#

B: Nein, umgekehrt. In einem kleineren Team kann durchaus, also ist ja auch gewachsen bei uns das System und das ist seit jeher so gewachsen. Und wir können den Betrieb auch führen mit zum Beispiel auf Kaderebene. Wenn es ganz schmal wäre und wir müssten, können wir auch mit zwei Nasen den Betrieb führen am Tag, wenn das nötig ist. Aber das müssen die Leute eben wollen. Also zum Beispiel für mich nicht unbedingt eine Frage der Größe. Natürlich je grösser, desto schwieriger ist es eben, den einzelnen mit einzubeziehen, die Verantwortung zu übernehmen. Darum kann es auch sein, dass es in einem kleinen Team einfacher ist. Also es ist beides. Im großen Team hast du mehr Möglichkeiten, weil du grösser bist. In einem kleinen hat der einzelne mehr Verantwortung, dass das Gesamte funktioniert. Im Großen von dreißig hat jeder einen Dreißigstel, blöd gesagt, zu viert hat jeder einen Viertel, den er mitträgt. Also darum ist es eine schwierige Frage. Das gleicht sich wahrscheinlich ein bisschen aus. #00:28:18-0#

I: Und das andere ist jetzt, vor allem eben, wenn wir auf der Assistenzebene sind ist es ja so. Wir sind jetzt auch in einem Rotationsprogramm oder ich sage jetzt, es ist ja nicht nur die Thorax Chirurgie, aber wenn man in einem spezifischen Gebiet ist, wo jetzt der Notfall, ich sage jetzt, spannender ist schlussendlich, weil es abwechslungsreich ist. Wo jemand vielleicht auf die Thorax Chirurgie geht, obwohl er schon von Anfang an weiß, ja, ich will sowieso plastische Chirurgie machen. Wie würdest du denn solche Leute, ich sage jetzt auch auf die Reise mitnehmen? Weil dann kannst du ja fachlich nicht so viel bieten. Dann kannst du einfach sagen gut, du kannst ein bisschen Thorax Chirurgie machen, aber eigentlich ist es dem egal. Und wenn du dann eben einforderst und sagst, schau, du kannst selber ein bisschen planen, ich will einfach so und so oder solche Themen. Und der sagt, es ist mir eigentlich eh

scheißegal, ich bin da jetzt einfach ein halbes Jahr, ich sitze das jetzt ab und dann mit ich eh weg. Siehst du dort Probleme? #00:29:12-0#

B: Also diese Zwangsrotationen, die sind nicht ganz unheikel. Das ist wirklich so. Also Leute, wo einfach zwangsweise noch auf eine Thorax Chirurgie müssen, das ist ja in den meisten größeren Spitälern so, weil es gibt eigene Fachanwärter und dann gibt es , ich sage dem immer, irgendwelche Rotationsdeppen. Und die bekommen das aber auch zu spüren. Die sind auch wirklich für das da. Und wie man mit dem umgeht, das ist eine schwierige Frage. Ich persönlich glaube auch dort, es ist eine Führungsfrage. Man kann in jedem Bereich, wenn man die motivieren kann, dass man erstens ihnen auch etwas zeigt und sie auch etwas mitnehmen wollen, ja. Wenn es solche gibt, die einfach gar nichts wollen, ja gut, dann ist es halt auch Pech. Aber ja, das ist so. Aber es ist nicht so einfach. Weil, es ist auch das Umgekehrte, ich suche mir die ja nicht aus, wo ich bekomme. Das ist der andere Teil, oder. Also sie können nicht aussuchen, ob sie gehen müssen und du kannst nicht aussuchen, ob sie geschickt werden oder kommen wollen. Das ist so eine Zweckehe. Ja, das ist schwierig. Aber auch dort ist es so. Das Signal, ist trotzdem die Frage, was sendet man für ein Signal aus? Sendet man generell ein Signal aus, wir wollen, dass ihr es bei uns gut habt oder wir wollen euch einfach möglichst für unsere Zwecke brauchen. Und wenn ich das zweite habe, dann muss ich mich nicht wundern, wenn halt entsprechend dann die Gegenseite das auch so sieht. #00:30:36-0#

I: Wieso ist es eigentlich so, dass es immer vom Chef abhängig ist? #00:30:41-0#

B: Das ist nicht nur, aber es hängt vom Chef ab und dann von den Leitern und dann von den Oberärzten. Der Chef letztlich gibt den großen Rahmen vor. Also theoretisch das Spital, das Spital gibt vor die Sollarbeitszeit zum Beispiel. Also da im USZ hat es ja die beschissene Weisung einmal gegeben wegen den Minusstunden. Da haben wir ein Jahr gehabt, um sie wieder wegzubringen. Das zum Beispiel, das ist vom Spital gekommen. #00:31:04-0#

I: Also dass man darf ins Minus gehen? #00:31:05-0#

B: Nein, dass man die Minuszeiten würde verrechnen mit Ferienzeit und so Sachen. Vor einem Jahr ist das gewesen, diese blöde Weisung. Das führt zu Unruhen im ganzen Spital. Das ist etwas, was vom Spital kommt. Und die Verträge kommen vom Spital. Auf Ebene von der Klinik wird dann der Druck eins zu eins heruntergegeben. Wir müssen schauen, dass sie dann die und die Minuszeiten nicht haben, bla, bla, bla. Und dann ist die Frage, wie das in der Hierarchie weitergereicht wird. Ich sage es einmal so, wenn der Chef will, dass es gut ist und korrekt ist, und das so heruntergibt, dann kann es durchaus sein, dass die Ausübenden auf Ebene Leiter sind. Aber die Grundstimmung wird oben vorgegeben. #00:31:49-0#

I: Ja, ich glaube die Schwierigkeit ist halt dort auch, also eben, es ist halt ein langer Prozess und jetzt zum Beispiel auch in einer Klinik wird viel verglichen. Also wir müssen so, die dort müssen so und ich glaube, das ist halt schon auch etwas, wo es

dann schwierig macht die Umsetzung. Eben wie du sagst, manchmal gibt es kein richtig oder falsch, sondern man muss sich einfach entscheiden, wie man es machen will. Und ich glaube, gewisse Schwierigkeiten sind dann halt einfach da. Dass man es halt eben nicht so einfach dann doch machen kann. Vielleicht das andere noch. Wir haben es vorher schon besprochen. Mit dieser Abhängigkeit, wie müsste das sein? Also müssten dann die Weiterbildungspläne dann anders sein? #00:32:33-0#

B: Nein, ich glaube nicht. Also die Abhängigkeit die ist da. Ich bringe immer die Autofahrstunde. Ich bin an der Autofahrprüfung abhängig gewesen von meinem Fahrlehrer, was der für eine Stimmung gehabt hat. Ich kann es nicht ändern. Das ist eine Expertenmeinung, eine Einschätzung, wo der hat. Ist einfach so. Das ist irgendwo auch okay. Also ein Chefarzt und die Vorgesetzten, die können in einem gewissen Rahmen sagen, doch, den fördere ich mehr und den fördere ich jetzt weniger. Den sehe ich jetzt in diesem Fach, den sehe ich nicht in dem Fach. Die Thorax Chirurgie ist extrem. Wenn man jemand nicht sehen will in diesem Fach, dann wird er nicht gefördert. Aber vielleicht ist das auch richtig. Es gibt ja kein Recht, ich will Thorax Chirurg werden. #00:33:16-0#

I: Ja oder vor allem, ich kann ja sagen, es können ja Gründe sein, wo man sagt, der hat einfach die Fingerfertigkeiten nicht. #00:33:22-0#

B: Genau. Auch wenn es nicht subjektiv ist, dann ist es halt so. Es gibt kein Recht darauf, das und das zu erreichen. Darum, ich finde, das ist nicht das Problem. Das Problem ist, man muss schauen, was hat der zuoberst für einen Charakter. Ich sage immer, wenn der zuoberst einfach ein Arsch ist, dann ist er einfach eines. Und ich glaube der Fehler ist, dass man nicht berücksichtigt, was haben Chefs für einen Charakter. Die Spitalleistung bekommt immer nur das Positive von den Leuten mit. Ah, tolle Zahlen, tolle Ergebnisse tolle weiß ich nicht was. Aber mit welchem Preis? Hört man sich im Operationssaal um, wie der mit den Leuten umgeht? Fragt man irgendwie die Reinigungsfachfrauen oder wie die heute heißen? Fragt man die, wie man mit denen umgeht? Wird man begrüßt? Wird jeder begrüßt? Wie werden die Gespräche gemacht? Sagt man Direktiven wie im Militär, du bist hierhin zitiert auf drei Uhr oder sagt man, ich habe dir auf drei Uhr einen Termin gegeben, ich freue mich, dass du kommst. Das ist genau das Gleiche, oder. Und das berücksichtigt man in der Auswahl von Leuten nicht. #00:34:23-0#

I: Ist es denn jetzt im Gesundheitswesen oder in den Spitälern noch besonders vorhanden im Vergleich zu anderen Bereichen oder kann man es nicht vergleichen? #00:34:32-0#

B: In der Wirtschaft läuft es halt anders. In der Wirtschaft läuft es halt über „Bschiss- Ellenbögen“ genauso. Aber die werden nicht mehr weiter selber ausgebildet. Im Spital ist der spezielle Teil der, dass du zuerst noch ausgebildet wirst. Dort bist du abhängig. Wenn du im KV irgendwo, entweder fördert dich der Vorgesetzte oder nicht. Aber du hast deine Ausbildung. Du willst vielleicht einfach ein MBO oder irgendetwas machen und kannst es vielleicht nicht. Oder du kannst es besser. Aber im Spital bist du gebunden an die Ausbildung. Ich persönlich finde das relativ speziell. Dieser Teil

ist wahrscheinlich ein bisschen speziell, diese Abhängigkeit in der Hierarchie.  
#00:35:08-0#

I: Also ich habe das Gefühl, das ist so. Also ich sehe es jetzt. Ich komme von Admin, habe Wirtschaft studiert und so. Ich meine, wenn es mir nicht gefällt kann ich sagen, ich gehe und ich finde locker, also vielleicht nicht auf der Thorax Chirurgie, aber ich muss sagen, ja ist mir egal, ob ich jetzt in der Thorax Chirurgie, ich will vielleicht im Spitalwesen sein, aber es gibt ja viele Jobs. Und das ist halt bei den Ärzten, wie du gesagt hast, einfach anders. Also ich sehe das auch. Wenn irgendeiner oben drin einfach dich nicht gut findet, dann bist du einfach blockiert. Bis zu einem gewissen Level kommst du, aber irgendwo stößt du an eine Grenze und darum musst du ja dann wie sagen, wenn der cool findet, dass du immer bis um sieben Uhr da bist, einfach will er das cool findet, dann ist es so. Und die andere Person um sechs Uhr geht, aber eigentlich genau das Gleiche gemacht hat und der andere hockt einfach noch eine Stunde im Pick and Pay am Kaffee trinken und geht einfach um sieben Uhr. Oder, das sind ja genau diese Mechanismen, wo man verhindern sollte.  
#00:36:01-0#

B: Und du bist eben im Vergleich zu beispielsweise KV oder irgendetwas bist du gezwungen, dass du zum Beispiel in einem A-Spital so und so lange bist. Du kannst das gar nicht wählen, du musst. Oder für die Fachprüfung musst du die Anzahl Operationen haben, das ist einfach so. Und wahrscheinlich Chirurgie mehr als in anderen Bereichen. Dort hat man effektiv diese Abhängigkeit, die ist einfach da. #00:36:22-0#

I: Darum habe ich mir eben auch überlegt, ob man vielleicht auch dort anfangen muss und sagen, die Ausbildung probieren unabhängiger zu machen oder transparenter. Also ich weiß halt nicht, ob das geht. Aber einfach. #00:36:32-0#

B: Nein ich glaube nicht. #00:36:34-0#

I: Das ist ja dann hier, wo man dann merkt, die Kataloge, wo es gibt. Es ist eben auch lustig. Gut, ich habe jetzt natürlich nur Chirurgen, wo ich interviewt habe. Aber die haben alle gesagt, ja, bei den Internisten ist es eher möglich Teilzeit, eher möglich, diese speziellen Formen oder eben Jobsharing oder was weiß ich. Und jetzt auch die Personen, wo jetzt im Teilzeit sind, also das spüre ich ja heraus, die sagen wie ja dann auch, ja, ich habe mich ein bisschen entscheiden müssen, wie auch immer. Und die Obigen sagen dann halt auch, ja es ist von der Zeit her, wenn jemand nur die Hälfte arbeitet, hat er doppelt so lang. Und das sind ja so ein bisschen gewisse Spannungsfelder, wo du eben sagst, Gut, du kannst sagen, du spezialisierst dich. Wo du sagst du, anstatt dass ich drei Themen kann, habe ich nur eines. Und dann hast du bei fünfzig Prozent immer noch genügend Zeit. #00:37:23-0#

B: Aber bei der Medizin ist es so. Wenn du sagst, ich mache Teilzeit, dann hast du einfach entsprechend länger. Aber du wirst wegen dem genau gleich weiterkommen. Auf der Chirurgie ist es so, wenn du Teilzeit bist, wirst du prozentual weniger für Operationen vorgesehen. Das heißt, du hast nachher nicht einfach zum Beispiel doppelt



so lang, sondern du hast dreimal so lang. Das ist einfach der Unterschied, oder. Bei der Medizin ist es einfach, je mehr, dass du Teilzeit arbeitest, desto länger geht es einfach. Das ist ein rein zeitliches Absitzen. Ob du intern gefördert wirst, das hängt auch ein bisschen von dem ab, natürlich. Also ein Teil-Zeitler wird wahrscheinlich in der medizinischen Hierarchie-Leiter weniger schnell heraufkommen als einer, wo Vollzeit arbeitet, logisch. Und auf der Chirurgie ist es aber so, dass du wirklich allenfalls Probleme hast, dass du deinen Weiterbildungskatalog voll bekommst. Wenn du achtzig Prozent arbeitest, wirst du nicht zwanzig Prozent weniger operieren, sondern vielleicht irgendwie vierzig Prozent. Und das ist das Problem. #00:38:13-0#

I: Weil eben das andere, bin ich halt der Meinung wo ja, also eben, wie ich sage mit der Forschung, wo man sagt, gut bezahlte oder nicht. Aber das ist ja wie beim Sport, wenn du irgendwie Training hast und einer bleibt noch länger, und macht selber noch, dann ist er vielleicht auch irgendwann schneller oder besser oder stärker als ein anderer wo halt sagt, ich tu nur diese fünf Stunden. Und im Beruf oder ist ja überall im Leben ist es so, je mehr, dass du gibst, desto schneller geht es ja wahrscheinlich. Ist ja auch nicht gesagt. Aber zumindest sollte es fair sein, im Sinn von auch, eben wenn du nur achtzig Prozent arbeitest, dass du nicht doppelt so benachteiligt bist, sondern einfach quasi um diese Prozent. Aber das ist natürlich schwierig. Hast du aber das Gefühl, dass das jetzt in den letzten Jahren Forschung gemacht worden sind? #00:38:58-0#

B: Zu diesem Thema? #00:39:00-0#

I: Ja. #00:39:01-0#

B: Ich glaube nicht wesentlich. #00:39:02-0#

I: Nicht? #00:39:03-0#

B: Also zu welchem Thema? #00:39:06-0#

I: Ja einfach jetzt Arbeitszeit oder Arbeitszeitmodelle. Dass man sagt, es sind gewisse Innovationen gekommen, wo gewisse Leute gesagt haben, hey, komm, wir probieren das. Dass das vielleicht auch gefördert worden ist. #00:39:15-0#

B: Ich glaube nicht so. #00:39:17-0#

I: Nicht? #00:39:18-0#

B: Ich glaube nicht so. #00:39:19-0#

I: Und das hängt daran, dass der Druck, du hast vorher gesagt, dass es hauptsächlich an dem liegt. #00:39:24-0#

B: Ich glaube, alle wissen, dass Teilzeit immer mehr kommt. Und anstatt, dass man das als etwas Positives sieht hat man das Gefühl, oh, Scheißdreck, kommt halt. So. Und ich glaube, wenn man es aktiv gestaltet, hat man mehr Möglichkeiten. #00:39:39-0#

I: Okay. Und eben, die Gleichstellung Mann-Frau und so, hast du das Gefühl, das ist gegeben? Das ist da. Oder gibt es da auch noch gewisse Unterschiede? #00:39:51-0#

B: Das finde ich ein heikler Punkt. Lohnmäßig sollte es eigentlich, auf Ebene Assistenzärzte und Oberärzte, ausgeglichen sein aus meiner Sicht. Weil, es ist eigentlich anders geregelt, dass es unabhängig ist vom Geschlecht. Bezüglich Teilzeit, ich glaube, es ist für Männer schwieriger, Teilzeit zu wollen, zu begründen. Die haben eher einen Nachteil bei dem als Frauen, das ist einfacher verständlich. Die wollen einfach, weil sie müssen wegen Kindern, aber Männer haben auch Kinder. Aber das ist sich ein bisschen am Wandeln. Ich glaube heute auf Oberarztebene ist es normal, dass man Teilzeit will, alle, Männer und Frauen, ist egal. Von der Förderung her hängt es sehr davon ab, wer oben ist wieder. Ich glaube, der Nachteil wo die Frauen haben, wenn sie kurzfristig aussteigen wegen einem Kind. Der ist nach wie vor da und der ist auch nicht so einfach aus der Welt zu schaffen. Die Frage ist, hat das mit Gleichberechtigung zu tun oder nicht. Das ist schon fast eine philosophische Frage. Also kann der Vorgesetzte, als würde jemand einfach zwei Jahre auch testen. Dann muss man sagen, ja gut, eigentlich nicht. Also schwierige Frage, finde ich eine ganz schwierige Frage. Ich glaube es gibt Bereiche, wo die Frauen benachteiligt sind. Also ein Teil, wo in den Spitälern, das hat man jetzt mehr oder weniger weggebracht, die einjährigen Verträge. Darum hat man, die Assistenzärzte haben früher befristete Verträge für ein Jahr bekommen. In der Chirurgie ist das üblich, nach wie vor, fast überall. Wenn du dich bewährst, gebe ich dir einen zweijährigen. Das ist völlig diskriminierend, wenn es eine Frau betrifft. Weil, wenn die in Schwangerschaftsurlaub geht oder schwanger ist, der befristete Vertrag hört einfach auf, der ist einfach fertig. Und weil das eine indirekte Diskriminierung von den Frauen darstellt, hat man jetzt eine Regelung, dass dann der Vertrag verlängert wird auf Ende vom Mutterschaftsurlaub. Also solche Elemente gibt es immer noch. Und ja, ich finde es ein schwieriges Thema. Ich persönlich erlebe es so, in meinem Umfeld und dort wo ich bin, werden Frauen exakt gleich gefördert wie Männer. Dort sehe ich nicht einen Unterschied. Aber das #00:41:58-0#

I: ist schwierig, ja, okay. #00:42:01-0#

B: Es gibt Spitäler, wo es so ist. #00:42:02-0#

I: Und eben, du hast gesagt, das mit dem Teilzeit Männer und Frauen. Warum ist das der Trend, also ist es gesellschaftlich sowieso da oder ist es einfach im Gesundheitswesen da? #00:42:11-0#

B: Ich glaube, das ist eine schwierige Frage. Das eine ist, wahrscheinlich ist das Lohnniveau halt einfach gut. Das heißt, man kann es sich leisten. Wenn du es dir nicht leisten kannst, dann machst du es auch nicht. Das ist das eine. Das zweite ist, die Leute haben es wahrscheinlich ein bisschen satt, sich für den Arbeitgeber aufzuopfern. Und von dem Moment, wo sie das empfinden sagen sie, dann grenze ich mich ab. Und Teilzeit ist eine Form von der Abgrenzung. Ich glaube, wenn man konsequent zwischen 42 und 50 Stunden planen und arbeiten würde und merkt, es funktioniert, dann würden die Leute weniger Teilzeit arbeiten. Das ist auch eine Reaktion auf das, dass man die Arbeitsgesetze nicht einhält, glaube ich auch. #00:43:02-0#

I: Ja. Oder dass es einfach immer mehr wird und einfach sagt, ich brauche jetzt einfach noch ein Tag mehr Pause vielleicht oder ein Tag mehr. #00:43:11-0#

B: Man will nicht verbrennen. Ich glaube, es gibt einfach genügend Beispiele wo man heute weiß, die Leute, es ist keine Dankbarkeit im System. Aber die, wo noch nicht ausgebildet sind. Früher hast du gewusst, ich muss durchbeißen und dann habe ich die Karriere vor mir. Das ist heute die Frage, oder. Dann, der Hausarzt wird beschnitten. Es ist nicht so, dass es einfach nachher einfach toll. Überall musst du dich eben abgrenzen im Sinne von oder. Früher hast du irgendwelche, also das Kader, man deckt ja in den Spitälern heute die Lohnniveaus vom oberen Kader. Ich meine, irgendwann überlegst du dir, ja lohnt sich der Mehraufwand, ich habe ja wegen dem nicht mehr. Und dass man das Entkoppeln von Leistung und Geld. Das ist, glaube ich, nicht so toll. Das führt ein bisschen dazu, dass man, ja. #00:44:08-0#

I: Okay, ja. Vielleicht noch das letzte von der Teilzeit her. Hast du das Gefühl, es braucht ein Minimumpensum oder ist das völlig unabhängig? Also man kann nur zwanzig Prozent oder ist es eher höher? #00:44:22-0#

B: Also wir haben jetzt bei uns, der am wenigsten hat, hat irgendwie zehn oder zwanzig Prozent. Der kommt irgendwie jeden Monat einmal das Wochenende arbeiten, also Assistenzarzt. Der forscht nebenbei und macht anderes. Der ist froh um einen Zustupf. Ich glaube, ein System kann Teilzeit in ganz niedrigen Prozent ertragen, weil es langjährige Mitarbeiter sind. Sonst, ich bin eigentlich der Meinung, dass sechzig Prozent schon das untere Limit ist so auf Kaderebene. Bei Assistenzärzten, eigentlich ist sechzig Prozent aus meiner Sicht vernünftig. Fünfzig ist halt, was ist fünfzig, zwei und drei. Fünfzig geht natürlich schon auch, ist schon klar. #00:45:04-0#

I: Ja, aber es geht darum, vierzig oder sechzig für mich jetzt. #00:45:07-0#

B: Gefühlsmäßig ist sechzig Prozent ein Niveau, wo, unter sechzig ist man wirklich nicht mehr da. #00:45:12-0#

I: Es geht ja vor allem auch darum, eben Präsenz, wo man da ist, dass man irgendwie doch noch ein bisschen im Betrieb drin ist. Vor allem wenn Übergaben oder Patienten oder einfach, eben außer man grenzt wirklich sehr stark ab und sagt, gut der ist jetzt spezifisch für das. #00:45:32-0#

B: Also einer, wo jede Woche Sprechstunden macht zwei Tage. Zwei Tage à zehn Stunden, vierzig Prozent über die Dauer, der kann das machen, oder. Es gibt Lücken, wo man das kann, nicht in Prozenten konstant zu arbeiten. Oder im Schichtbetrieb, wenn man froh ist, dass jemand Gewisses macht. Aber so als wirklicher Mitarbeiter, wo man investiert, ist wahrscheinlich einer schon eher sechzig Prozent als weniger. Das ist so mein Eindruck. #00:45:58-0#

I: Okay. Ja, super, danke. #00:46:04-0#

B: Ist das gut? #00:46:05-0#

I: Ist spannend gewesen, ja, sehr. Ich würde mich wieder melden. #00:46:08-0#

## Interview 22

B: (lachend) Also von der Zeit oder von den Tätigkeiten? #00:00:14-9#

I: Beides zusammen, falls es das überhaupt gibt. #00:00:19-9#

B: Das ist noch schwierig. Also ich wohne in Zürich, das heisst ich stehe so um viertel vor fünf auf und fahre gegen etwa halb sechs Uhr los. Um sieben haben wir den ersten Rapport und dann sind wir offiziell bis 17.30 Uhr im Haus. Unsere Tagesabläufe sind extrem unterschiedlich also gibt es eigentlich nicht einen typischen Tag. Ich hatte noch nie einen, der wie ein anderer war. Und dann kommt es darauf an, wie viel am Abend los ist. Das Ziel wäre es, dass wir um 17:30 Uhr gehen können. Ausser wir haben Piket. Piket ist bis am Abend um 10, das habe ich zum Beispiel heute. Das heisst ich kann gehen, wenn nichts auf der (unv.#00:01:06-0#) ist, aber ich müsste theoretisch innert 30 Minuten da sein, was für mich nicht machbar ist, wenn ich nach Hause gehe. Das heisst ich bin meistens da, ausser (unv.#00:01:11-8#) ist mit irgendetwas anderem belegt, sodass ich gar nicht gerufen werden kann. Meistens bin ich so/gehe ich so um sechs Uhr herum aus dem Haus und fahre wieder nach Hause. Das ist so/das sind so die Eckpunkte, die typisch sind und der Rest ist sehr unterschiedlich. #00:01:30-6#

I: Ja, was sind so die Schwierigkeiten? #00:01:35-3#

B: Keine. #00:01:40-7#

I: Keine Schwierigkeiten? Oder vielleicht Herausforderungen. Also wenn Sie sagen, was Sie stresst, was ist belastend, was funktioniert gut, was wäre für gut, wenn es anders laufen würde? #00:01:54-0#

B: Es funktioniert eigentlich sehr gut. Es ist, ja/. Es ist noch schwierig zu sagen. Ich glaube nicht, dass man das gross anders einrichten kann. Das ist an sich ein sehr gut funktionierender Betrieb und dass die Tage lang sind, das ist einfach so. Aber das ist an sich nicht Negatives. Es ist meistens interessant. Ich wüsste jetzt nicht, wo ich sagen würde, dass man es anpassen müsste, dass man es ändern müsste. Es ist begründet, dass wir so früh da sein müssen. Wenn es irgendwie Sommerferien sind und es sowieso nicht so früh los geht, dann wird der Rapport verschoben auf viertel ab sieben oder so. Also da geben sie sich eigentlich Mühe, dass nicht Leute einfach so da sitzen und nichts zu tun haben und ja. Wenn man nicht involviert ist in Stationsarbeit, kann man problemlos auch erst um sieben kommen. Und wenn man Station hat macht es einfach Sinn, wenn man vorher da ist und sich einlesen kann. Aber ich würde jetzt nicht/ich weiss auch nicht/ich glaube da gibt es nicht viel zu optimieren. #00:03:02-2#

I: Okay, also das heisst jetzt auch so Ihre Work-Life-Balance oder Ihre Zufriedenheit ist super? Sie würden nichts ändern, wenn Sie könnten? #00:03:13-7#

B: An der Work-Life/. Ja, ich glaube ich verstehe worauf Sie hinaus wollen. Was ich sinnvoll fände, wäre zum Beispiel eine Viertagewoche als eine 100 Prozentstelle, weil man ehrlicherweise nicht fünfzig Stunden arbeitet, wenn man fünf Tage arbeitet häufig. Wenn man einfach sagen würde, dass man in vier Tagen diese 50 Stunden macht. Das ist sehr realistisch. Das würde allerdings die ganze Klinikstruktur auf den Kopf stellen natürlich. Aber das fände ich sinnvoll, dann hätte man einen Tag für sich. Dann hat man einen Tag, wo man alle Termine machen kann oder seine Forschungsprojekte machen (unv.#00:03:54-3#), wäre sinnvoll auch für die Erholung. Dann hätte man drei Tage, an denen man sich erholen kann. Das merkt man manchmal schon, dass die Wochenenden sehr kurz sind, vor allem weil wir häufig am Samstag oder Sonntag auch arbeiten. Dann hat man nur einen Tag frei und das merkst du einfach. Du bist einfach müde. Aber sonst/. Vieles ist temporär. Vieles ist auf Assistentenebene noch schwierig, aber wir haben auch viel Verantwortung nicht, die man dann als OA hat. Ich glaube es ist immer ein Abwägen. Und ich meine Work-Life-Balance/. Meine Freizeit geht auf die Forschung, aber ich bin sehr zufrieden damit. Es ist noch schwierig zu sagen, was man genau ändern würde, was man sich wünschen würde. Ich fände es super, wenn ich in vier Tagen meine Arbeit machen könnte und dann drei Tage frei hätte. #00:04:45-7#

I: Okay. Also die fünfzig Stunden Wochen/ist das etwas sinnvolles? Hilft Ihnen das oder? #00:05:00-6#

B: Also prinzipiell ist es super, dass es irgendeine Begrenzung gibt. Ich glaube das ist sehr sinnvoll. Was nicht sinnvoll ist, ist das wir nicht kompensieren können, also ich glaube es müsste viel flexibler sein. Man müsste sagen können, dass es nicht eine 50 Stunden Woche ist, sondern ein 200 Stunden Monat. #00:05:17-4#

I: Ja. #00:05:18-8#

B: Das wäre viel schlauer, weil dann hätte die Klinik auch einen Anreiz kompensieren zu lassen oder es so zu planen, dass wir länger bleiben müssen. Wir können nicht einfach um 17:30 Uhr das Skalpell fallen lassen und aus dem OP laufen. Das geht einfach nicht, das ist der falsche Beruf. Und darum glaube ich müssen wir an gewissen Tagen oder gewissen Wochen flexibel sein und vielleicht mehr arbeiten, aber dann wäre es natürlich wünschenswert, dass es sich lohnen würde auch für die Klinik, wenn sie sagen: „Gut in der Woche darauf kommst du an zwei Tagen nicht“. Und das glaube ich, müsste man anpassen. Also ich würde das nicht fest strecken, ich würde das/vielleicht macht es Sinn, dass man sagt pro zwei Wochen 100 Stunden und nicht mehr und das dann auch regelmässig kontrollieren würde. Aber dass man wenigstens innerhalb von zwei Wochen alles kompensieren könnte, das wäre einfach/also das würde in meinen Augen sehr viel Sinn machen. #00:06:08-6#

I: Und das ganze Thema Arbeitszeiten. Wie gross ist dieses Thema? #00:06:21-1#

B: Ja, also bei mir. Ich habe heute bis um 10 Uhr Abend Piket. Wenn ich früher nach Hause gehe, gehe ich nicht nachher noch Kaffee trinken. Wenn ich nach Hause gehe, gehe ich an den Laptop und arbeite dort weiter. Also es kommt/es ist bei mir nicht so ein Thema. Ich arbeite viel und gerne und wenn ich nicht in der Klinik arbeite, habe ich ein Paper, an welchem ich schreibe oder Daten die ich sammle oder so. Also es nicht so/ich muss schauen, dass ich mir gewisse Tage freihalte und in den Ferien mal den Laptop nicht mitnehme, solche Dinge. Dann ist man schon präsent, aber sonst/. Ich glaube in meinem Fall/. Ich habe gewusst und ich habe mich bewusst dafür entschieden einen Job zu haben in dem ich relativ viel arbeite, wo ich aber auch die Dinge gerne mache und plane dann auch Tage ein, an denen ich dann nichts mache. Aber an den Tagen, an denen ich arbeite, stört es mich nicht, wenn sie lang sind. Wenn es immer nur lang ist und ich nicht mehr dazu komme, mich zu erholen/. Das finde ich schwierig. Also ich merke, dass ich nicht gleich gut funktioniere, wenn ich nur irgendwie drei Stunden in der Nacht schlafe. Es gibt ja auch Leute die das auch nicht merken, das ist bei mir aber nicht so. #00:07:27-6#

I: Genau ja. Und ist/. #00:07:32-8#

B: Aber es ist nicht so, dass es ewig ein Thema ist. #00:07:35-0#

I: Ja. Was hier ein wenig der Punkt ist/. Es ist ein Thema, dass man immer darüber spricht und wichtig ist es, dass man herausfindet, ob es für die Leute selbst auch ein Thema ist, oder? #00:07:53-3#

B: Ja, also/. Auch das wäre für mich viel weniger ein Thema, wenn ich einen Tag in der Woche hätte, über den ich frei verfügen kann und das weiss. Ich meine jetzt habe ich auch manchmal Konsultation, aber ich weiss nicht wann diese ist. Ich kann nicht aussuchen, wann die ist. Also wenn ich einen Zahnarzttermin abmachen sollte, habe ich ein Riesenproblem. Dann muss ich irgendwo den Dienstplan durchforsten, nach irgendeinem Tag, an dem ich dann auch hoffentlich frei habe. Das finde ich viel einschneidender. Und darum fände ich die Viertagewoche cool. Weil dann kann man alle Termine, alles was man sonst noch hat, alles was in dieser Work-Life Balance immer zu kurz kommt, kann man auf diesen einen Tag schieben. #00:08:32-5#

I: Ist es auch möglich in der Chirurgie? Weil auch von der Ausbildung her muss man den Katalog erfüllen. Wenn dann pro Woche ein Tag wegfällt, wäre das kein Problem? #00:08:46-8#

B: Ja, von den Stunden ist es dasselbe. Und von fünf Tagen in der Woche, gibt es sicher insgesamt einen Tag, wo wir nicht im OP stehen. Also entweder ist es ein Sprechstundentag oder wir sind mal nur einen Nachmittag im OP oder nur am Vormittag. Also ich glaube nicht, dass der Katalog gross leiden würde, wenn man die gleiche Anzahl Stunden in vier Tagen arbeitet. Das glaube ich nicht. #00:09:09-7#

I: Und warum denken Sie, dass der Klinikalltag über den Haufen geworfen werden würde? #00:09:16-7#

B: Weil man müsste ja alles komplett neu planen und einteilen. Wenn ich nur vier Tage arbeite, wer arbeitet dann den fünften, den sechsten und den siebten? Das wäre ja, also/. Ich würde mir vorstellen, dass man dann verlängerte Wochenenddienste macht, respektive, dass jener, der das Wochenende hat, auch schon am Freitag kommt zum Beispiel und dass man drei, vier mal diese vier Tage hat und einmal die drei Tage und so rotiert. Aber ich meine unsere Klinik ist nicht darauf eingestellt, vier Tage Woche zu haben, sondern sie sind ja alle Stellen am (unv.)#00:09:54-2#. Aber wo die Leute 50 Stunden an fünf Tagen arbeiten sollen. Ich glaube es wäre effizienter. Die Leute sind weniger erschöpft und sind dann auch dazu bereit möglichst alles zu erledigen innert kurzer Zeit, sodass sie effizienter werden. #00:10:12-7#

I: Ja, und das haben Sie ja vorher gesagt. Die Arbeitslast ist ja gleich hoch, dass man dann trotzdem/. Von den Zeiten her bleibt es ja gleich/. In den vier Tagen, an denen man da ist, ist man halt nicht nur – nur, also ist auch viel– aber, nicht nur 10 Stunden sondern 12 Stunden da und man arbeitet ja dann zwei Stunden länger, weil man ja auch etwas macht. Das heisst es wäre nur eine Verschiebung. Es ist nicht ein/. #00:10:44-3#

B: Ja, aber es ist ein geplanter Tag dann. Ich weiss dann, an welchem Tag in der Woche ich alle meine Sachen abmachen kann. Ich habe einen Tag, an dem ich planen kann, dass ich auf meine Facharztprüfung lerne. Ich habe einen Tag, wo ich planen kann, dass ich am Vormittag Daten sammle. Das haben wir jetzt nicht. Wir sammeln jetzt blind Überstunden und irgendwann, wenn es gerade passt, haben wir dann mal einen Tag oder Nachmittag frei, um diese Überstunden abzubauen, aber du kannst dich nie auf das verlassen. Du kannst es nicht planen. Das ist ja absichtlich so. Es soll ja keinen Anreiz geben für Überstunden und ich fände es ein viel besseres System, wenn ganz klar ist, dass du einfach diese vier Tage hast. An diesen vier Tagen bist du voll da. Dort kannst du nichts anderes abmachen am Abend, das gibt es einfach nicht. Aber dafür hast du diesen einen Tag und diesen hast du frei. Garantiert. Also ich finde auch jetzt, dass nicht die Arbeitsbelastung das Problem ist. Das Problem ist, dass man manchmal da ist und vielleicht zwei, drei Stunden eine Lücke hat, wo man einfach gar nicht/. Es ist völlig unnötig. Und wenn du nicht den Laptop dabei hast und etwas anders machen kannst, dann bist du einfach da für nichts. #00:11:45-1#

I: Also Präsenzzeit, die das Problem ist? #00:11:47-4#

B: Nein, es ist eben nicht wirklich/. Wir dürfen ja gehen. Wenn die Arbeit gemacht ist, dürfen wir gehen. Aber wenn ich jetzt Piket habe und es ist erst am Nachmittag eine Operation angesagt. Dann kann es sein, dass ich am Vormittag keine explizite Aufgabe habe. Und dann gehe ich entweder an den Laptop, um mein eigenes Zeug zu machen, aber das ist ja dann nicht eine Kompensation. Es ist nicht keine Arbeitszeit.



Also ich kann damit keine Überstunden kompensieren. Aber ich bin für die Klinik tatsächlich nicht irgendwie eine Tätigkeit am ausüben. Logisch, kann ich mithelfen auf der Station oder so. Aber ich koste vor allem Geld und sitze hier. Und eigentlich, wenn man das schlauer einteilen würde, wäre ich einen ganzen Tag offiziell am kompensieren, wäre zuhause und würde den Rest einfach in vier Tagen machen. Und ich glaube das ist absolut machbar. #00:12:38-2#

I: Inwiefern können dann auch andere Berufsgruppen entlasten? #00:12:42-9#

B: Ja, wir haben ja das System mit den Clinical Nurses. Das ist eine Riesenentlastung für eine chirurgische Abteilung habe ich das Gefühl. Wir sind in Teams aufgeteilt und dort ist es etwas davon abhängig, in welchem Team man ist, ob man eine Clinical Nurse hat oder nicht und wie viel diese völlig selbstständig macht, aber das kann eine Riesenentlastung sein. Weil wir sind ja oft/. Wir kommen morgens früh, Rapport, dann OP und kommen dann um vier oder halb fünf raus und dann ist aber häufig die Stationsarbeit erledigt. Wir müssen nicht mehr machen. Wir müssen noch irgendwie (unv.#00:13:19-5) für eine Reha oder so und zwei, drei (unv.#00:13:22-9#) korrigieren, aber wir müssen nicht noch 20 Patienten visitieren. Also es ist eine Riesenentlastung. Und ich glaube auch eine sinnvolle Entlastung. #00:13:31-7#

I: Ja, weil/. Man muss ja schauen, dass die Ausbildung nicht darunter leidet. #00:13:36-9#

B: Ja, das stimmt. #00:13:39-8#

I: Oder gibt es noch andere?/ #00:13:41-5#

B: Aber das ist auch/. Ja, bei uns ist es so aufgeteilt, dass die frisch am Start, die sollen eine Station führen. Darum gibt es immer zumindest einzelne Tage, wo sie dann alleine sind mit den Patienten. Aber die können auch lernen eine Station zu leiten, wenn jemand nebenan ist und noch etwas hilft dabei. Sodass sie nicht alles selber visitieren und selber machen müssen. Also ich verstehe das nicht. #00:14:01-8#

I: Ja. #00:14:03-1#

B: Und, ja. Ewig geht es auch nicht bis man das kann und in gewissen Teams ist es einfach so, dass es gar keine (unv.00:14:09-7) und dort gibt es niemand frisch am Start. Und bei uns ist es eine Riesenentlastung. Weil wir sind entweder in der Sprechstunde oder im OP und wenn wir dann noch irgendwie Visiten machen sollen, wird es einfach extrem viel und dann werden diese zehn Stunden am Tag absolut (unv.#00:14:24-3#). #00:14:24-5#

I: Wie sieht es denn aus mit Arrangements? Also ich sage so Teilzeit, Jobsharing, Gleitzeiten und so weiter. #00:14:38-5#

B: Ja, für mich ist diese Viertageweche eine Form von Jobsharing. Ich möchte nicht Teilzeit arbeiten. Ich möchte nicht meine Ausbildung in doppelt so viel Zeit machen. Und ich glaube auch/ich glaube es ist machbar, wenn man hundert Prozent in vier Tagen arbeiten kann. Ich glaube es ist ein super Modell für Leute, die das wollen oder wenn man frisch Kinder hat oder was weiss ich, dann ist es wirklich sinnvoll und schön, wenn man Teilzeit arbeiten kann und das ist durchaus machbar. Ich glaube bei uns käme vor allem Jobsharing in Frage, wo es fixe Tage gibt, wo der eine kommt und fixe Tage, wo der andere kommt. Sonst ist Teilzeit zum Teil schwierig bei uns und Teilzeit wird bei uns einfach überlang und die müssen dann ständig kompensieren und sind dann wochenweise Weg, was auch sehr blöd ist, weil dann kommen sie nie wirklich in die Arbeit rein, aber ja. #00:15:36-7#

I: Sind denn diese Leute auch zufrieden? #00:15:39-8#

B: Ja, ich glaube das ist extrem frustrierend, weil sie nicht den vollen Lohn bekommen, nicht die volle Pensionskasse, sind aber ständig überplant. Sie arbeiten dann wirklich zwei drei Wochen 100% und dann sind sie wie zwei Wochen weg aus der Klinik. Und das ist auch ein Nachteil, weil niemand weiss, wer sie sind. Wir haben jetzt eine Kollegin, die jetzt neu angefangen hat. Die hatte mit noch fast niemanden Kontakt, weil sie irgendwie in der Nacht ist und nach der Nacht fehlt sie dann fast zwei Wochen, weil sie kompensieren muss und dann ist sie drei Tage da und dann schicken wir sie wieder weg. Weil sie einfach fünf Stunden da ist. Und trotz alledem hat sie irgendwie fünfzig Überstunden. Also es ist völlig/es funktioniert nicht so wie es sollte. #00:16:22-2#

I: Ja. #00:16:23-3#

B: Muss man ganz ehrlich sagen. #00:16:24-8#

I: Und warum funktioniert das nicht? #00:16:27-1#

B: Sie wird einfach überplant. Man plant sie wie eine Hundertprozentstelle und dann lässt man sie im Nachhinein irgendwie völlig willkürlich kompensieren. Man könnte auch sagen, dass man ihr diese Kompensation als Ferien gibt, aber das wollen sie nicht, weil das ist ein Anreiz für Überstunden. Das ist einfach/das ist ein Problem. #00:16:46-3#

I: Welche Rolle/ was spielt bei so Modellen, wenn man diese implementieren will, die grösste Rolle? Also der Vorgesetzte, das Spital, die Gesetzgebung oder müsste man mit Homeoffice arbeiten, oder? #00:17:05-4#

B: Das wäre mega (lachend). Also was denn im Weg steht, oder? #00:17:13-4#

I: Ja, oder also, was/. Beispielsweise hatten Sie die Idee mit der Viertagewoche. Wenn Sie jetzt wählen könnten/oder was haben Sie das Gefühl, warum es nicht klappt oder wer müsste der Treiber sein oder wer entscheidet darüber? Ist es der Chef, ist es beispielsweise der Klinikdirektor, wenn er sagt, ja es ist gut, dann geht es oder es geht nicht oder haben Sie das Gefühl, dass es vom Spital muss/ #00:17:42-2#

B: Ich glaube man müsste Anreize schaffen, dass es sich sozusagen für die Klinik lohnt, wenn man innerhalb zum Beispiel von zwei Wochen kompensiert. Dass man diese fünfzig Stunden Woche beibehält, aber gewisse Flexibilität einbaut und dann braucht man einen Klinikleiter, der findet: „Ich mache das jetzt, ich probiere das aus.“ Und dann braucht es natürlich auch Kollegen von mir, die finden: „Ja wir wollen das. Wir sind nicht zufrieden und wollen das jetzt haben“. Und ich glaube das ist bei uns häufig die Schwierigkeit, weil wir ein wenig in einer temporären Situation sind. Wir gehen alle davon aus „Ja, das sind fünf, sechs Jahre, dann ist es anders.“ So viel anders wird es nicht. Aber ich glaube das relativiert ganz viel und man ist häufig einfach auch todmüde und nicht irgendwie dazu aufgelegt um das ganze System zu revolutionieren. Und ich glaube das spielt schon auch mit. Ich merke/. Ich bin Assisprecherin, wenn man mit den Leuten direkt spricht, hört man manchmal schon „Ja, das ist nicht gut und so“. Aber wenn es dann darum geht sich (unv.#00:18:43-7#) und es zu ändern sind die Leute völlig lethargisch und das ist schon im Studium so, also es ist nichts neues. Und ich glaube es braucht genauso, wie es einen Klinikdirektor braucht, der das sieht und, der das mitmachen würde, was ich durchaus denke, dass wir es hätten, bräuchte es tatsächlich auch auf unserer Ebene Leute, die finden: „Wir möchten das und wir helfen das auf die Beine zu stellen.“ Ich finde es sind ein wenig beide in der Pflicht. #00:19:12-1#

I: Okay und ist das Bedürfnis da bei den Assistenten? So andere Modelle?  
#00:19:23-3#

B: Ich habe den Eindruck schon. Ich glaub so etwas kommt dann. Ich glaub es braucht wahnsinnig viel Zeit, wie alles in der Medizin, bis es sich irgendwie durchsetzt. Ich glaube es braucht sehr viel Zeit/. Die Leute müssen zuerst ankommen darin, wo sie jetzt sind und merken, wie es ist und was man sonst machen könnte und vielleicht auch sehen, wie ihre anderen gleichaltrigen Kollegen, die etwas anderes arbeiten, schon ein ganz anderes Leben haben. Aber ich denke gerade die Generationen nach uns, die haben ein Bedürfnis nach viel mehr Work-Life-Balance. Sie sind nicht mehr/. Ich dachte schon, gewisse Dinge macht meine Generation schlicht nicht mehr mit. Aber ich glaube, das geht immer weiter. Auch jetzt die jüngeren, die nachrücken, die sind viel mehr so, dass sie finden „Nein, das mache ich einfach nicht“. Und ich glaube das tut dem ganzen System auch gut, dass limitiert es ein wenig.  
#00:20:15-7#

I: Was sind denn/. Was ist denn Sache nicht mehr mitmachen? #00:20:24-2#

B: Wir haben zum Beispiel seit dem August unseren Dienstplan im Monatstakt gemacht. Es wird nicht mehr vorgegeben, drei Monate im voraus der Dienstplan festgelegt, weil man zu wenig Leute sind. Dann ist Covid. Jetzt ist immer noch so halb Covid. Es ist immer ein irgendein anderer Grund, warum es nicht so geht. Und man merkt von uns so ein wenig, ja wir so ein wenig eingesessene Leute, wir sind uns das gewohnt und finden das halb so wild. Und die Jungen sind völlig entsetzt und finden das geht nicht und wir können unser Leben nicht mehr planen. Und sie haben eigentlich völlig recht. Es geht eigentlich wirklich nicht. Es ist eine Schweinerei. Aber ich glaube ohne sie würden wir das gar nicht so wahrnehmen, sondern wären einfach in so einem Trott und würden finden, ja es ist schon lange so und wird immer ein wenig so sein. Aber an sich ist es nicht korrekt. Es ist nicht, was man sozusagen abmacht, wenn man den Arbeitsvertrag unterschreibt. Das sind so Kleinigkeiten, aber ich habe das Gefühl, dass sich das schon häuft und könnte durchaus dazu führen, dass sich irgendwann dann doch etwas ändert. #00:21:24-0#

I: Also, das heisst wirklich so die ganze Planbarkeit oder das immer verfügbar sein. Also das man sagt früher drei Monate war okay und jetzt der Wechsel auf ein Monat, dann sagen die Älteren „Ja, ich passe mein Leben der Klinik an.“, wo die Jüngeren dann sagen“ Ein Monat No-Go, ich muss es wissen. Ich will mit den Kollegen in die Ferien, so.“ #00:21:50-5#

B: Ja, und vor allem verlangen sie dann auch die gleiche Flexibilität, also ich verstehe, wenn sie/. Wenn ich erst einen Monat im voraus weiss, wie ich arbeite, wieso muss ich dann sechs Monate vorher meine Ferienwünsche angeben? #00:22:03-3#

I: Aha, also auch Fairness auch. #00:22:05-4#

B: Ist nicht unberechtigt. Ja. Jetzt gerade mit dem Covid-Ding. Wir haben/, wer Ferien eingegeben hat über den Sommer/ die können ihre Ferien jetzt nicht zurück haben. Das funktioniert einfach nicht für den Betrieb, wenn jetzt alle die Ferien zurück wollen. Aber von uns wird absolute Flexibilität verlangt und wird einfach vorausgesetzt für diese Zeit, was für mich völlig normal ist, aber wo ich denke, dass andere finden, dass es keine Rechnung ist, die aufgeht. Und ich finde das noch spannend. Das ist für mich eine neue Generation. #00:22:46-6#

I: Okay, spannend, ja. Wir haben vorher das Thema bereits ein wenig angesprochen mit der Work-Life-Balance. Wie schätzen sie ihre Arbeitsbelastung ein? #00:22:58-0#

B: Es ist/. Ich finde das ganz schwierig. An denen Tag, an denen wir extrem viel zu tun sind, wo wir zum Teil acht Stunden im OP sind, komme ich völlig fertig, nur müde und sehr hungrig nach hause, aber ich bin glücklich. Und dann finde ich unter dem Strich, dass es eine hohe Arbeitsbelastung ist, aber eine gute. Und dann gibt es

Tage, an denen alles nur mühsam ist und ich bin nicht m OP und ich bin um vier Uhr schon fertig und kann nach Hause , aber ich habe das als viel schlimmere Belastung empfunden, weil es einfach kein guter Tag war. Und das ist ganz/ ich glaube, ich bin überhaupt nicht neutral und darum finde ich es meistens völlig in Ordnung, aber es sind lange Tage, unbestritten. Die Arbeitsbelastung an sich ist sehr gross, aber es ist eine coole Arbeit. So muss man es glaube ich sagen. #00:23:56-0#

I: Gut aber es ist/. Also man kann das ja auch nicht vergleichen oder. Es ist ja wie ein Marathonrennen oder so. #00:24:04-2#

B: Ich finde es schade, wenn ich um fünf das Spital verlassen müsste. #00:24:07-3#

I: Ja, wären Sie dazu bereit auf Einkommen zu verzichten im Gegenzug zu mehr Flexibilität? #00:24:22-8#

B: Ja, da könnte ich auch Teilzeit arbeiten. Also ich würde auch für den halben Lohn arbeiten kommen, aber ich finde eigentlich, dass wir das Doppelte verdienen müssten. Ja. Absolut. #00:24:40-1#

I: Also weil das sind jetzt/. #00:24:41-4#

B: Aber ich würde eigentlich lieber das Einkommen behalten. Also ich würde lieber gleich viel arbeiten in vier Tagen, anstatt fünf und dafür mein Einkommen behalten. Das würde ich lieber machen. Weil ich einfach das Gefühle habe, dass es ein Effizienzproblem ist. Und ich bin vier Tage auf 100% ausgeschlafen aber voll da, dann kann ich viel mehr Arbeit erledigen, als auf fünf Tage verteilt oder auf sechs sogar. #00:25:11-5#

I: Ja, weil/. Eine mögliche Überlegung kann auch sein, dass man mehr Freizeit hat, dass man weniger Arbeiten muss, Führungs- und Schlusszeichen und wenn man dann natürlich im gleichen Umfang auf beispielsweise eine Viertageweche möchte, ja/. Aber, es ist noch spannend, dass viele das sagen, dass man dazu bereit wäre/also mehr Flexibilität zurück möchte und dafür bereit ist auch zum Beispiel Einkommens/also ich weiss nicht wovon man da spricht/aber dann muss man sich überlegen, gut dann bekommt jeder statt 100'000 nur noch 80'000, ist einfach nur vier Tage da und der fünfte Tag kann auf jemand anderes aufgeteilt werden. Also anstatt vier Personen fünf Tage arbeiten, fünf Personen nur immer vier Tage arbeiten. #00:26:12-2#

B: Dort ist einfach das Problem, dass ist so möglichst (unv.#00:26:17-0#) vom Job-sharing und vom Teilzeitarbeiten. Ich habe vermutlich die/die, die Teilzeit arbeiten, werden vielleicht Teilzeit bezahlt. Aber jemand der 80% arbeitet, der muss an seinem freien Tag 100% den Computer einschalten und seine Patienten einlesen und dahin

kommen um zu wissen um was es geht, was gelaufen ist und verliert Zeit, weil er zusätzlich organisieren muss, dass jemand alle seine Patienten visitiert, die er in der Nacht operiert hat. Also es gibt so viel Mehraufwand. Also ich finde 80% Stellen, das lohnt sich einfach nicht. Das ist einfach eine Einkommenseinbusse, aber du arbeitest ganz sicher nicht weniger. Das ist einfach nicht wahr. Du hast vielleicht zwei, drei Tage mehr Kompensation mehr im Jahr, aber that's it. Also das ist nichts. Dann würde ich den Leuten eher mehr Ferien geben, also sage, dass sie, keine Ahnung, anstatt fünf Wochen zehn Wochen Ferien. Und Jobsharing bedeutet für mich eben, dass es immer zwei Leute gibt, die wie im Tandem arbeiten und sie sich gegenseitig Übergaben machen. Dann habe ich das Gefühl, ist man etwas effizienter, weil man sich daran gewöhnt, diesem Menschen Übergaben zu geben und Übergaben zu bekommen und irgendwann so ein wenig ein eingespieltes Team ist, aber/. Und bei diesen vier Tagen, das stelle ich mir eher vor wie ein Jobsharing, dass es offizielle Übergaben gibt, vom Donnerstag sozusagen auf den Freitag und auf das Wochenende und dass dann irgendwie effizient gestaltet wird, weil sonst/. Ich verstehe das und ich glaube es ist auch wichtig, dass es das gibt, aber es ist einfach sehr trügerischer Schluss, wenn man das Gefühl hat, man arbeite Teilzeit bei uns. #00:27:52-1#

I: Ja. Mit der Erholung/. Ist das/ist das Erholungsempfinden von jüngeren Generationen und älteren Generationen gleich? Also worauf ich hin will, Sie haben es ja vorher kurz angesprochen/ also das erlebe ich ja jetzt auch im Alltag, man kann sich ja dann trotzdem noch schnell einloggen. Ich bin dann halt eher der, der sagt, dann arbeite ich ja, wenn ich mich einfach nur schnell einloggen muss. Und wenn ich frei habe, dann habe ich wirklich frei im Sinn von, dass ich dann genau das machen, was ich will. Vielleicht habe ich Lust, dann zu arbeiten, aber vielleicht gehe ich dann einkaufen oder so. #00:28:39-2#

B: Ja das ist noch schwierig. Ich glaube, das ist/für mich ist es etwas, was sich im Verlauf vom Wissen oder von der Zeit, die man in der Chirurgie gearbeitet hat, ändert. Man hat irgendwann ein ganz anderes Verantwortungsbewusstsein für seine eigenen Patienten. Also wenn ich selber jemanden operieren darf, dann ist es das mein Patient und dann gehe ich jeden Tag, auch wenn ich mit Fieber im Bett liege, gehe ich schnell an den Computer schauen, wie es meinen Patienten geht. Das ist einfach so. Das ist für mich nicht arbeiten, das ist für mich normal. #00:29:10-7#

I: Ja. #00:29:12-0#

B: Und ich glaub mal Jüngere, wenn man das müsste, würde man das vielleicht so empfinden, aber in der Regel muss man das noch gar nicht. Das kommt erst zu einem Zeitpunkt, wo man auch selber operiert und dann wird es nicht als Arbeit empfunden. #00:29:31-3#

I: Ja. #00:29:36-4#

B: Ja und nein. Also es ist nicht altersabhängig, sondern Arbeitsjahr. #00:29:41-3#

I: Die Berufserfahrung? #00:29:44-4#

B: Ja. #00:29:47-0#

I: Und, Sie haben es kurz gesagt vorher mit den ganzen Forschungszeiten ist es so, dass es im Moment nur in der Freizeit möglich ist? #00:29:57-4#

#00:29:57-9#

B: Also was ich manchmal mache/. Ich habe eigentlich immer den Laptop dabei und wenn ich jetzt zum Beispiel nicht Piket habe und ich nicht in den OP muss und es ist auf der Station alles kompensiert, dann setze ich mich an den Laptop und gebe das wie als Pause ein, also wie wenn ich eine ganz lange Mittagspause gemacht habe. Aber das ist klar Freizeit. Ausser ich mache etwas für die Klinik. Wenn ich da von der Klinik irgendwie den Auftrag bekomme, dass ich Daten suchen soll, dann ist es Arbeitszeit. Aber die meisten Projekte von mir sind in irgendeiner Form zwar schon für die Klinik, aber sie gehören zur Freizeit. #00:30:30-2#

I: Genau, also Forschung hatten wir kurz. Ist das befriedigend oder sollte man das besser im Arbeitsalltag einbauen? #00:30:48-8#

B: Nein, ich glaube das ist etwas, was überhaupt nicht alle machen wollen, wo nicht alle das Bedürfnis haben und auch nicht alle müssen. Ich mache das sehr gerne und kann mich in der Regel irgendwie organisieren. Eben, das wäre cool an der Viertage-woche. Dann hätte einfach immer fix einen Tag für die Forschung, das wäre natürlich super. #00:31:08-1#

I: Ja #00:31:10-8#

B: Dann hätte man trotzdem mal einen Sonntag frei oder so. Das ist jetzt manchmal schwierig #00:31:16-6#

I: Weil einfach auch die Erholung zu kurz kommt, weil man am Wochenende auch muss/auch wenn man es gerne macht, ist es halt eher, trotzdem eher auf Arbeiten wie auf Freizeit-Freizeit? #00:31:30-0#

B: Ja, genau. Also was man merkt/ Wenn/ Es gibt immer wieder Monate, wo jedes Wochenende auf irgendein Projekt draufgeht und nach so zwei, drei, vier Monaten fragt man sich, warum man eigentlich immer so müde ist und wenn man dann (lachend) mal zurückschaut in den Agenden, sieht man, dass man nie ein freies Wochenende gemacht hat. Und das merkt man und das sind dann auch Diskussionen.

Also das merke ich selber und dann findet dann mein Umfeld, hey sorry jetzt musst du einfach mal eine Pause einlegen. Das geht nicht. #00:31:59-6#

I: Ja. Vielleicht noch zum nächsten Punkt. Die Karriere oder Karriereziele. Wie aktuell ist das? Wenn man die ganze Familienplanung, falls es ein Thema ist oder die Unterschiede Mann und Frau? Sind wir an einem Zeitpunkt, an dem alles gleich fair ist oder sehen Sie da auch gewisse Hindernisse oder Herausforderungen, die kommen könnten? #00:32:34-8#

B: Also ich habe einen Bruder, der Neurochirurgie macht und zwei kleine Kinder hat. Also ich sehe live wie die Unterschiede sind. Bei ihm macht es überhaupt keinen Unterschied. Also er hat irgendwann zwei Wochen Ferien genommen, so als Papa Urlaub, aber musste natürlich nicht irgendwie runter schrauben oder sich überlegen, wie er das macht und das ist sicher als Frau etwas ganz anderes. Das ist/man muss das irgendwie versuchen zu organisieren, man muss es sich gut überlegen. Man muss vorher schauen, dass man nachher wieder einen Weg zurückfindet und halt auch/man darf nicht lange fehlen. Das ist schon ein Problem. Also ich habe früher immer gefunden, wenn ich mal Kinder habe, gehe ich ein Jahr nicht mehr arbeiten. Ich wechsle meine Handynummer, damit niemand auf die Idee kommt mich zu nerven, dass ich früher kommen soll. Und jetzt, je näher das rückt, desto mehr merkt man, dass man keine Chance hat. Du kannst niemals einfach ein Jahr nicht kommen (unv.#00\_33:24-4#). Dann weiss niemand mehr wer du bist. Und ich möchte/ich möchte gerne habilitieren und dann gerne an einer Uniklinik arbeiten und dort musst/du musst überall den Fuss drin haben und überall schauen, dass du irgendwie verbunden bleibst oder in Kontakt bleibst und für diesen noch ein Projekt machst und du musst überlegen, wenn du ein Forschungsprojekt abweist und sagst, dass du das jetzt nicht kannst/. Das muss man sich sehr genau überlegen/. Das alleine schon/im Prinzip schon ein ordentlicher Nebenjob und wenn du dann noch Kinder hast, wird es einfach sehr eng. Das ist so. Und ich glaube dann leidet vor allem die Erholung und das ist ein Moment/ dann entscheidet sich, was man wirklich machen will. Weil das ist so/ich mache das alles extrem gerne, aber nicht wenn ich merke, dass ich es nicht mehr gut mache. Also wenn ich weder klinisch gut operiere, noch meine Forschung irgendetwas taugt, noch Zuhause irgendetwas funktioniert, dann glaube ich muss man beginnen Abstriche zu machen und das denke ich schon, dass wir Frauen wesentlich mehr müssen/und dann auch zum Teil mit doppeltem Aufwand das gleiche zu erreichen. Also ich habe schon den Eindruck, dass man sich häufig deutlich mehr beweisen muss als Frau, um an den genau gleichen Ort zu kommen und das kann sehr frustrierend sein. #00:34:53-4#

I: Und warum ist das immer noch so? #00:34:59-9#

B: Ja, einerseits ist es schon/. Die Chefs/in der Chirurgie braucht man jemanden, der einen fördert und wenn sich jemand dazu entschliesst, jemanden zu fördern, dann will man, dass dieser das auch annimmt und dass man dann da ist und wenn jetzt jemand entschliesst, mich zu fördern und ich dann finde, dass ich dann übrigens in einem Jahr ein Kind haben werde und dann zuerst einmal ein Jahr nicht arbeiten



möchte. Dann ist es einfach eine sehr ungünstige Kombination und ich glaube, wenn es dann jemanden gibt, der genau das gleiche macht wie ich, aber ein Mann ist, dann nimmt man lieber diesen. Das ist einfach so. Es ist bequemer und sicherer irgendwo. #00:35:37-0#

I: Wie könnte man so Dingen entgegenwirken? Weil es sollte ja eigentlich gleich fair für beide Personen sein? #00:35:46-4#

B: Vaterschaftsurlaub einführen. #00:35:47-8#

I: Vaterschaftsurlaub einführen? #00:35:52-4#

B: Mhm. Das fände ich super. #00:35:57-4#

I: Also einfach damit der Vater auch Zeit nimmt weg von der Arbeit, oder? #00:36:03-0#

B: Nein, also dass sowohl die Mütter als auch die Väter zuhause bleiben können. Ich habe jetzt zum Beispiel/mein Freund ist nicht in der Medizin tätig und wenn es offiziell einen Vaterschaftsurlaub gäbe, dann könnten wir uns das aufteilen. Also dann könnte ich sagen, dass ich drei Monate bin und dann gehe ich bald arbeiten, aber dann bleibt er aber noch einmal, ich weiss auch nicht, zwei drei Monate zuhause. Aber das gibt es offiziell nicht und dann hast du eine riesige Einkommenslücke, was sich die meisten Leute nicht einfach so leisten können und ich glaube, dass es absolut machbar wäre. Dann gibt es einfach den Unsicherheitsfaktor, den jede Frau, ich sage jetzt einfach mal ein wenig gemein, den sie mit 25 hat ,wenn man sie einstellt, der verteilt sich ein wenig. Das verteilt sich dann. Und ich glaube, wenn man fix eine Viertage-woche hat, dann ist es nochmal etwas anderes. Ich könnte mir eher vorstellen nach drei Monaten wieder 100% zu arbeiten, wenn ich weiss, dass ich drei Tage in der Woche zuhause bin, als wenn ich weiss, dass ich fünf bis sechs Tage sicher im Spital bin. Das sind nicht dieselben Voraussetzungen. #00:37:17-6#

I: Ja. Aber das wäre eine Möglichkeit. Ist es aber auch so/man muss sich ja auch/. Verstehe ich Sie richtig, dass es für Sie immer noch so ist, dass Sie sich irgendwann entscheiden müssen, ob sie Karriere machen wollen oder Familie möchten oder Sozialleben, wie auch immer? #00:37:43-9#

B: Nein, ich glaube nicht, dass es eine absolute Entscheidung ist. Ich glaube einfach, dass sich für eine gewisse Zeit der Schwerpunkt von Arbeiten und Forschung vielleicht auf Familie und Arbeiten oder so verlegt. Ich glaube nicht/das ist heutzutage nicht mehr so. Also ich glaube nicht, dass es so ist, dass sobald meine Vorgesetzten mitbekommen, dass ich Kinder will, dass sie mich fallen lasse, wie eine heisse Kartoffel. Das habe ich auch so nie erlebt. Ich glaube diese Zeiten sind, jetzt bei uns, in diesem Spital zumindest, hoffentlich vorbei. #00:38:20-8#

I: Okay. Dass man nicht zu lange darf weg sein, damit man den Fuss noch drin hat, aber das schwierig wird, wenn der Partner, oder der Mann oder der Freund das nicht bekommt, auch gesetzlich gesehen und durch das dann auch wieder klar ist, dass sich die Frau wieder opfern muss in Anführungszeichen und Schlusszeichen. #00:38:51-3#

B: Ja. Und es ist immer dann/also es kann nicht genau so gut sein, dass mal ein Mann drei Monate ausfällt, wegen einem Kinderwunsch. Sondern es ist immer bei drei Monaten die Frau. Völlig klar. Keine Frage. #00:39:05-5#

I: Aha, gesellschaftlich auch? #00:39:10-4#

B: Ja. Also schon beim Einstellungsgespräch ist es gar kein Thema. Diese Frage stellt sich der Mann ja nicht, er müsste drei Monate unbezahlten Urlaub nehmen und da kann der Arbeitgeber problemlos nein sagen. #00:39:21-0#

I: Ach so, ja. #00:39:25-0#

B: Und wenn dann/wenn es obligatorisch die Möglichkeit geben würde für Vaterschaftsurlaub, den müssten sie ja nicht nehmen, aber es müsste die Möglichkeit geben, dann wäre das ein wenig aufgeteilt. #00:39:37-1#

I: Mhm. Aber das heisst, Sie? Also Sie fühlen sich in ihren Karrierezielen, die Sie haben nicht eingeschränkt? #00:39:50-6#

B: Also ich fühle mich/ich fühle mich in diesem Sinn eingeschränkt, dass ich das Gefühl habe, dass ich einen grösseren Aufwand betreiben muss als ein Mann, und das gleiche bekomme. Und ich muss gewisse Entscheidungen treffen, mit denen sich ein Mann nicht auseinandersetzen muss. Das glaube ich auch. Aber ich glaube nicht, dass es nicht möglich ist und nicht machbar ist. Also so die mindere Form, davon, wo sie glaube ich hinauswollen. #00:40:19-1# #00:40:18-5#

I: Ja, eben. #00:40:19-2#

B: Es ist überhaupt nicht genau gleich und es ist nicht nicht da. Aber es ist glaube ich nicht/es ist schon besser geworden. Es ist schon nicht mehr so, dass man das Gefühl hat, dass man sowieso keine Chance hat und es eigentlich gleich sein lassen kann. Dafür gibt es zu viele andere Frauen, die auch in Positionen sind, in denen sie durchaus auch gewisse Entscheidungen treffen können. #00:40:39-4#

I: Ja, und warum denken Sie warum ein och so ist, oder was müsste passieren, dass es nicht mehr so ist? #00:40:57-8#

B: Ja, das ist noch schwierig. Ich bin dagegen, dass man explizit sagt, dass man jetzt Frauen fördert. Ich glaube es wäre sinnvoll eine Viertagewoche zu haben. Es wäre sinnvoll die Möglichkeit für einen Vaterschaftsurlaub zu haben. Und ich glaube es braucht Chef, mit denen man sich unterhalten kann. Also ich glaube auch hier, wenn man das planen kann und nicht irgendwie das Gefühl hat, dass man die Schwangerschaft jetzt verheimlichen muss, sondern man zum Chef gehen kann und ihm das sagen kann und dann offen besprechen kann, dann gibt es eine Lösung und dann findet man irgendwas, wenn sowohl die schwangere Frau, sich dazu verpflichtet bleiben zu wollen und sich der Arbeitgeber sich dazu verpflichtet, die Frau zu behalten, dann ist das absolut machbar. Problematisch wird es dann, wenn sie eigentlich schon gar nicht mehr viel und eigentlich einfach noch bis Ende der drei Monate nach der Geburt angestellt zu bleiben oder der Arbeitgeber auch schon plant sie rauszuwerfen, dann ist es ein Problem. #00:41:53-7#

I: Ja. #00:41:55-4#

B: Aber, der Rest. Kinder und Frauen mit Kinder in Kaderpositionen das braucht es vermutlich auch. #00:42:10-2#

I: Vorbilder schaffen. #00:42:14-0#

B: Ja, nicht nur Vorbilder. Sie müssen auch in einer Position sein, in welcher sie diese Leute selber einstellen können und sie entscheiden können, dass es durchaus geht. Ich glaube nicht, dass man der jungen Generation zeigen muss, dass es möglich ist. Ich glaube sie wissen das. Man muss es ihnen jetzt einfach noch möglich machen. #00:42:32-2#

I: Ja, okay. Das ist ja ein grosser Unterschied, dass man sagt oben s möglich ist/. Also die Vorurteile trotzdem da sind. Es ist bequemer oder einfacher einen Mann zu haben, weil man weiss, dass er einfach da ist und so. Und bei einer Frau ist es wieder schwierig, weil dann fällt sie wieder aus und ich muss wieder planen und so. #00:42:58-0#

B: Absolut. Aber ich weiss nicht/wie man das sonst verbessern könnte, weiss ich auch nicht. Es braucht extrem viel Zeit, dass es sich etabliert, dass auch Männer zuhause bleiben und ganz/. Ich gehe nicht davon aus, dass es wirklich geht, dass eine Frau drei Tage nach Geburt wieder arbeiten will und der Mann bleibt zuhause und passt auf das Kind auf. Ich glaube das ist keine gute Idee. Kann sein, dass andere Leute, das ganz anders sehen, aber ich persönlich gehe davon aus, dass es schon Sinn macht, dass man kurz zuhause ist auch um sich zu erholen, aber. Ich glaube s kommt extrem auf den Kontext an. In der Chirurgie ist es immer der Katalog und man braucht den Katalog unrund dann ist natürlich auch ganz stark die Frage, wie weit

man mit seinem Katalog ist, wenn man das Kind bekommt und ausfällt. Und ich glaube, wenn man das geschickt macht und ein wenig schaut oder versucht zu schauen, dass man sich etabliert, bevor man dann halt/. Dann ist es absolut machbar. #00:44:01-1#

I: Ja. Ja, ich glaube das ist auch wichtig. Ja okay, wir wären auch am Ende langsam. Ausser Sie hätten noch etwas, was wir in diesem Zusammenhang noch gar nicht angesprochen haben? #00:44:22-6#

B: Kinderbetreuung. Das würde helfen, glaube ich. Also eine schlaue Kinderbetreuung. Also nicht eine Krippe, die von acht bis sechs offen ist, sondern von sechs bis neun oder so. Das, ja. Nein sonst habe ich nichts. Mir fällt nichts mehr ein, ja. #00:44:55-8#

I: Okay. Dann danke!

## Interview 23

B: Also schon von vorher? Also bevor er anfängt? Also ich stehe auf, ich mache meine zweijährige Tochter bereit, dann bringe ich sie in die Krippe und dann fängt am/um sieben ist der Rapport bis um viertel vor acht, acht Uhr sind wir eigentlich mit Rapporten beschäftigt. Und dann kommt es ein wenig darauf an, was genau läuft, also wenn ich einen OPS Tag habe, geht es eigentlich direkt/je nach dem direkt in den OP oder in die Sprechstunde oder auf Visite und meistens läuft dann den ganzen Tag etwas dieser drei Dinge oder der Notfall und dann am Abend gibt es je nach dem noch ein (unv.#00:01:06-4) am Montag oder ein Oberarztmeeting und dann gehe ich nach Hause etwa um/es ist ein wenig unterschiedlich. Wenn nichts Spezielles ist, so um die sechs Uhr herum und dann muss ich meine zwei grösseren Jungs holen, gebe ihnen Abendessen, schicke sie ins Bett und ja das wars (lachend). #00:01:32-7#

I: Okay super. Welches sind so die Herausforderungen, die Sie sehen? #00:01:40-8#

B: Also was ich ein wenig/im Moment in meiner Situation jetzt ist halt/der Arbeitstag beginnt nicht um sieben Uhr, wenn ich dort stehe, sondern er fängt früher an und er geht/wenn ich wieder nach Hause gehe, geht es auch noch weiter. Und ich glaube, das ist im Moment/in einer Familie mit kleinen Kindern und wenn beide berufstätig sind, dann ist vor allem das die Herausforderung. #00:02:08-9#

I: Also das heisst/die Abgrenzung? Dass Sie nicht wie früher einfach sagen können, dass Sie zwischen sieben bis sechs oder sechs bis sechs arbeiten, sondern dass man schon vorher die Arbeit einplanen muss oder vorher vielleicht Aufgaben machen muss? #00:02:27-9#

B: Ja oder der erste Stress ist eigentlich schon vorbei, wenn ich am Rapport stehe, dann ist der erste/je nachdem, den ich nur ein wenig beeinflussen kann und das ist dann schon vorbei. Und am Abend auch, wenn ich gehe und viel/also, die die keine kleinen Kinder haben, die gehen dann nach Hause und geniessen es oder machen noch Sport oder sonst was und wenn man kleine Kinder hat, geht es dann einfach wieder weiter und ja. Das finde ich im Moment schon das Prägende. #00:02:59-1#

I: Okay, also das heisst, dass Sie auf diese Sache etwas verzichten müssen? Dass man nicht alles/die Schwierigkeit ist alles unter einen Hut zu bringen, so muss ich es sagen? #00:03:15-4#

B: Ja, oder eine Doppelbelastung eigentlich einfach. #00:03:21-7#

I: Ja, okay. Und das ist jetzt noch verstärkt/Sie haben gesagt, dass Sie jetzt ein drittes Kind haben. Oder ist das quasi ab dem ersten Kind schon so, oder? Gibt es auch Lerneffekte? #00:03:41-6#

B: Das ist noch schwierig zu sagen. Ich glaube der grösste Wechsel ist vom Ersten auf das Zweite. Das ist irgendwie/also obwohl beim ersten sich umstellt und alles, aber vom Ersten auf das Zweite nimmt die Belastung einfach deutlich zu und dann läuft es dann irgendwie, dann ist man im Tramp und denn geht es einfach. #00:04:08-8#

I: Mhm, mhm. Ja vielleicht/wie schätzen Sie denn Ihre Work-Life-Balance ein? #00:04:16-2#

B: Also ich arbeite ja 50% und ich finde/ich hatte vorher noch nie so eine gute Work-Life-Balance, im Vergleich zu jetzt wo ich Teilzeit arbeite, einfach weil ich/ich freue mich darauf arbeiten zu gehen, um Abstand von den Kindern zu bekommen, um etwas Brainfood zu haben, aber ich freue mich auch wieder auf die Tage mit den Kindern, die ich mit ihnen verbringe. Und ich glaube, ja, so eine gute Work-Life-Balance, obwohl es eigentlich viel Arbeit ist und man eigentlich die ganze Zeit daran ist, hatte ich vorher noch nie. #00:04:55-8#

I: Ah, okay das ist noch spannend ja. Haben Sie dann jetzt erst kürzlich auf Teilzeit gewechselt oder ist das?/ #00:05:03-2#

B: Nein, nein. Nein, seit dem Ersten. #00:05:04-4#

I: Okay und das ist auch/auch gut gegangen, also sind Sie einfach zum Chef gegangen oder wurde das vorgeschlagen oder ist das ein Modell, das Sie gewählt haben? #00:05:18-4#

B: Ich war soweit ich weiss eine von den ersten Teilzeiterinnen da. Also das war noch in einem kleineren Spital und ja der Chef ist auch auf mich zugekommen, ich bin auf ihn zugegangen und das ist eigentlich vom Modell her problemlos gegangen. #00:05:40-1#

I: Also das heisst, dass ist nicht/das war nicht am KSW, sondern schon vorher? #00:05:44-2#

B: Nein, das war in einem kleineren Spital? #00:05:45-9#

I: Okay, und wie funktioniert das jetzt an einem grösseren Spital? #00:05:52-9#

B: Ich/Teilzeit an und für sich finde ich funktioniert nicht schlecht, also mit Diensten und so. Wir haben einen Oberarzt der den Dienstplan macht und der macht das sehr gut. Er macht das auch schon fast seit Jahrzehnten. Er hat das im Griff. Es ist halt einfach karrieretechnisch/ist es sicher nicht so, nicht so ideal. #00:06:20-7#

I: Okay, warum denn? #00:06:24-3#

B: Dafür arbeite ich wahrscheinlich einfach zu wenig. Und mit dieser Doppelbelastung und das merke ich ja selber, um in der Karriere vorwärts zu kommen, müsste ich mehr in meine Arbeiten investieren, in das Spital, in die Medizin. Und das kann ich nicht, weil einfach zuhause zu viel läuft und es mich zuhause zuerst braucht. #00:06:47-5#

I: Mhm. Also Sie haben es jetzt gerade angesprochen die Karriereziele. Mussten Sie sich entscheiden oder könnte man beides/könnte man beides unter einen Hut bringen, oder ja? #00:07:06-7#

B: Ja, also ich glaube es gibt schon solche, die das machen, aber wir haben schon ein wenig/mit meinem Mann haben wir eigentlich entschieden, dass wir uns dem klassischen Modell annähern und dass wir bei jemanden auf die Karriere setzen und das ist einfach mein Mann. #00:07:28-7#

I: Ja. #00:07:28-6#

B: Und er arbeitet auch/er arbeitet mehr als 100%. Er ist selbständig und er arbeitet sehr viel und darum bleibt eigentlich in der Familie, obwohl ich auch arbeite, das meiste bei mir. Und das haben wir schon vor dem ersten Kind gesagt, dass wir nicht beide Teilzeit arbeiten und so eigentlich beide die Karriere einschränken, sondern dass wir eigentlich auf seine Karriere setzen. #00:07:54-2#

I: Ja, wie viel/könnte man in einem höherprozentigen Teilzeitpensum trotzdem Karriere machen? Beispielsweise bei 80 %, dass es dann beispielsweise möglich wäre? #00:08:16-0#

B: Ja, also wir haben ja Beispiele am KSW, wo das funktioniert, ja. #00:08:20-4#

I: Ja. Und denken Sie, dass man das vielleicht trotzdem anders könnte/vielleicht auch vom Chef oder der Institution, also quasi von der Seite des Spitals verbessern könnte, dass es auch für Teilzeitpersonen möglich ist trotzdem Karriere zu machen? #00:08:54-8#

B: Ja, ich/. #00:08:55-7#

I: Also beispielsweise in einem Jobsharing oder es gibt ja Co-Leitungen oder dass man auf Jahresarbeitszeit arbeitet. #00:09:06-2#

B: Nein, ich glaube nicht, dass das das Problem ist. Ich glaube das Umfeld ist eigentlich gut. Aber in der Medizin habe ich das Gefühl/es gibt ja Berufe, in welchen man 10% oder 5 % arbeiten und man schafft es trotzdem irgendwo hin. Und die Medizin gehört da nicht dazu. Ich arbeite 50% und ich denke, das ist wirklich das Minimum um irgendwie drin zu bleiben, aber die Lernkurve flacht natürlich einfach ab damit. Und vor allem in der Chirurgie, das kann man ja nicht aufholen, indem man zuhause Bücher liest. Sondern man braucht da halt wirklich die Exposition und die ist halt, wenn man fünfzig Prozent arbeitet, wahrscheinlich unter 50% von jenen, die vermutlich 100% arbeiten. #00:09:56-3#

I: Aha, dass es quasi überproportional weniger ist. #00:10:02-8#

B: Ja genau. #00:10:04-4#

I: Also dass man nicht sagen kann 100 ist 100 und 50 ist 50 und 100 ist 100 und 50 ist vielleicht 30 oder so zum Beispiel. #00:10:10-3#

B: Ja, es gibt natürlich viel Administratives und Dinge, die trotzdem hängen bleiben. Also ich als „50 Prozenter“, arbeite nur zwei Tage pro Wochen und der Rest sind Dienste. Es sind Wochenenden, Nachtdienste und bei diesen ist es klar, dort/ja wenn man Glück hat erwischt man schon spannende Sachen und sonst kann es auch sein, dass man acht Wochen hat, wo man fast nichts macht wo man einfach präsent ist und ja. #00:10:40-3#

I: Ja. Sie haben vorher gesagt, dass fünfzig Prozent sicher das Minimum oder eher an der Untergrenze ist, damit Sie noch drin bleiben. Wie meinen Sie das genau? Wie muss ich mir das vorstellen? #00:10:55-7#

B: Ich glaube sonst geht Anderes/also das/also, das was man erlernt hat, geht dann irgendwie vergessen auch das Manuelle. Also man hat ja auch dort ein Gedächtnis, wie ein manuelles Gedächtnis und ich glaube das geht sonst verloren. Und um irgendwie dabei zu bleiben, um auch ein wenig (...) im Aktuellen zu bleiben, muss man 50% arbeiten oder mehr. #00:11:25-4#

I: Mhm. Wie sieht es denn aus/so wie ich es jetzt gehört habe, dass Sie einfach jede Woche zwei Tage arbeiten. Das heisst/ist das immer fix vorgegeben oder mit dem/der Oberarzt, der die Dienstplanung macht, teilt Sie dann ein oder sind das immer fixe Tage? #00:11:48-1#



B: Das sind fixe Tage, ja. #00:11:49-6#

I: Okay, und wie hat man diese ausgewählt? #00:11:53-1#

B: Diese habe ich beim ersten Modell/im Kinderspital, an welchem ich war, hatte ich diese zwei Tage eigentlich gewählt und dann haben wir damit einfach weitergemacht und das hat dann so gepasst. #00:12:07-8#

I: Okay und also/darf ich fragen, sind das Montag, Dienstag, oder ist das? #00:12:12-3#

B: Ja, ja. Das sind Montag und Dienstag. #00:12:13-5#

I: Montag, Dienstag. Und das ist für Sie am besten und in diesem Sinne auch für das Spital oder könnte man das auch wechseln , oder? #00:12:21-3#

B: Das könnte man schon wechseln, aber es gibt natürlich einen Rattenschwanz und/. Mit der Kinderbetreuung/ich habe schulpflichtige Kinder, ich habe Kinder, die in der Kita sind und diese haben natürlich ihre Tage, an denen sie betreut werden und um diese Tage zu wechseln, das ist ein ziemlicher Rattenschwanz, aber theoretisch könnte man das schon wechseln ja. #00:12:41-6#

I: Okay, und aber das heisst/. Werden Sie dann auch eingeteilt, sodass einer ein OPS Tag ist und der andere ein Sprechstundentag ist, oder? #00:12:50-6#

B: Ja, also so mehr oder weniger, ja. #00:12:53-5#

I: Okay. Und das heisst auch jetzt. Ich weiss nicht/haben Sie den Facharztstitel schon gemacht? #00:13:02-6#

B: Den habe ich kurz nachdem das erste Kind auf die Welt gekommen ist gemacht. Darauf habe ich eigentlich geschaut, dass ich diesen in der Tasche habe, bevor ich Teilzeit arbeite. #00:13:14-1#

I: Ja, denken Sie auch, dass das wichtig ist? #00:13:17-0#

B: Ich glaube schon, ja. #00:13:18-9#

I: Also sonst/sonst wäre es gar nicht möglich? #00:13:23-7#

B: Ja, also als Assistenz Teilzeit zu arbeiten ist glaube ich schon noch mal eine Stufe schwieriger, als als Oberarzt Teilzeit zu arbeiten. #00:13:32-1#

I: Mhm. Einfach, weil die Lernkurve/ oder weil man den Operationskatalog füllen muss. Sind das so die Hauptgründe oder gibt es auch noch andere Sachen? #00:13:43-9#

B: Ja, auch Zeit. Also wenn man natürlich sechs Jahre haben muss oder fünf Jahre haben muss und man das in Teilzeit macht, dann wird das dann einfach unendlich irgendwann oder? #00:13:57-1#

I: Ist das auch so, wenn man jetzt in einem 80% Pensum arbeitet? #00:14:01-4#

B: Ja, dort gibt es wahrscheinlich schon Möglichkeiten. Also wir haben auch zwei Assistentinnen, die Kinder haben. Und eine hat, bevor sie zu uns gekommen ist, Teilzeit gearbeitet. Und jetzt einfach weil sie an einer neuen Stelle ist im roten Haus, musste sie wieder auf 100%. Aber ich glaub solche Stellen sind schon deutlich weniger, als bei den Oberärzten. #00:14:24-7#

I: Ja, und also finden Sie, dass man da/muss man da einen Schritt in diese Richtung machen, um diese Modelle für Frauen oder Familienleute anzupassen. Oder denken Sie, dass es gut ist so wie es ist? #00:14:47-7#

B: Also ich denke, dass wahrscheinlich nicht viel dagegen spricht, dass man erfahrene Assistenten Teilzeit arbeiten lässt. Bei den Jungen, bei denen die gerade erst starten, macht es wahrscheinlich nicht viel Sinn. Ich glaube sie müssen doch zuerst ihre Lernkurve machen und das müssen sie relativ schnell machen, sonst kommen sie nicht rein. Aber wenn sie gewisse Erfahrungen haben, dass man dann auf Teilzeit reduziert, denke ich wäre schon noch eine Option, ja. #00:15:15-6#

I: Denken Sie auch, dass das gewünscht ist? So mit den Erfahrungen, die Sie gemacht haben? #00:15:19-3#

B: Ja. #00:15:22-2#

I: Also es wäre gewünscht bei der jungen Generation, dass man so Modelle/also jetzt wieder ein wenig böse/aber ich sage jetzt, dass Leute, die schon länger dabei sind oder gewisse Direktoren oder Direktorinnen, die schon länger dabei sind, sind manchmal noch ein wenig konservativer, wo das Mindset auch noch dabei ist, dass

man einfach quasi 24/7 da sein muss und immer und alles und dass bei den jüngeren Generationen schon jetzt vielleicht ein Trend da ist, dass man sagt, dass man viel gibt und motiviert ist, aber nicht einfach alles gibt. Man möchte trotzdem auch mal am Wochenende mit den Kollegen wandern oder an einem Nachmittag oder Abend etwas trinken können. #00:16:12-9#

B: Ja, das ist sicher so, ja. #00:16:16-7#

I: Spürt man das auch im Klinikalltag? #00:16:22-1#

B: Ja, ja. Es gibt halt auch die Assistenten, die sich beschweren, dass sie Überzeiten machen, dass sie zu viel haben oder die sich auch vergleichen, mit Leuten mit welchen sie in der Kanti waren, welche auch studiert haben und die halt eine andere Work-Life-Balance haben. Das gibt es sicher, ja. #00:16:46-2#

I: Also mit anderen Berufsgruppen? Also zum Beispiel mit jemanden der Jus studiert hat oder Wirtschaft macht oder so? #00:16:51-4#

B: Genau, genau. #00:16:52-3#

I: Okay. #00:16:53-5#

B: Und ich denke, was halt/ was man halt auch nicht vergessen muss, sind die Familienväter. Früher denke ich, war es oft so, dass man/dass einfach der Mann Karriere gemacht hat und der Mann war Chirurg. Heute sind es häufig auch Frauen/ oder Männer, die Chirurgen sind haben auch irgendwie Frauen, die berufstätig sind. Und diese Männer, die würden wahrscheinlich, wenn es die Möglichkeit gäbe und es nicht stigmatisiert wäre, auch Teilzeit arbeiten. #00:17:26-9#

I: Also dass man es eher aufteilt, dass beide Teilzeit oder der Mann sagt, dass er weniger arbeitet und die Frau dafür 100 % und dafür die Karriere treibt, so? #00:17:37-4#

B: Ja oder beide ein hohes Teilzeitpensum machen oder so. #00:17:44-1#

I: Mhm. Hat das jetzt auch bei Ihnen Auswirkungen auf die Familienplanung gehabt? Sie haben gesagt, dass Sie das besprochen haben, bevor das erste Kind gekommen ist. Aber hat es Sie auch sonst eingeschränkt, weil man sich die Gedanken darüber machen muss, was man will. Dass Sie vielleicht auf Sachen verzichten mussten/ich sage jetzt trotzdem, dass man den Facharzt in der Chirurgie nicht einfach so bekommt (lachend). Plus haben Sie noch Familie/. Das ist ja auch schon viel unter einem Hut gebracht, oder? #00:18:25-3#

B: Ja hm (bejahend) . Was ist jetzt Ihre Frage (lachend)? #00:18:33-6#

I: Eben ob Sie in diesem Zusammenhang das Gefühl hatten, dass Sie auf Sachen verzichten mussten, die?/ #00:18:38-7#

B: Ah, ja. Aber ich glaube, dass muss man in jeder Lebenslage, oder? Also irgendwie muss man sich entscheiden und dann gibt es vermutlich noch tausend andere Dinge, die interessant wären, aber man hat sich schlussendlich entschieden. #00:18:50-3#

I: Okay, ja. Und haben Sie jetzt auch das Gefühl, dass hier trotzdem auch noch Unterschiede zwischen Mann und Frau vorhanden sind? #00:18:58-5#

B: Ja, ich glaube schon. #00:19:00-5#

I: Okay und was sind das für Unterschiede? #00:19:06-3#

B: Ich glaube das ist solange/Ich glaube solange die Führungsebene männerdominiert ist, wird das so sein. Ja. Und solange in der Führungsebene das konservative Modell im Vordergrund ist, wird das so sein, dass es Unterschiede gibt, oder dass man auch erwartet, dass die Leute hundert Prozent da sind. #00:19:43-3#

I: Ja. Aber Sie denken schon, dass es möglich wäre? Man kann in der Chirurgie?/ Also Thorax oder Viszeral, dass man eine Führungsposition erreichen kann, rein von der Qualität her. Weil das ist ja auch immer ein Thema, dass man jemanden hat, der 10, 20, 50 Stunden mehr im Operationssaal war, besser ist als jemand, als jemand, der das nicht war, aber dass man trotzdem/. Der klassische Karrierepfad ist ja, dass man 24/7 da ist und so weiter, damit man in eine leitende Position kommt oder so, dass das auch gehen würde in einem Teilzeitpensum oder in einem reduzierten Pensum? #00:20:32-1#

B: Ja, das ist so, ja. Das geht. #00:20:39-5#

I: Ja. #00:20:40-5#

B: Es ist einfach schwieriger, aber es geht ja. #00:20:42-5#

I: Und müsste man da hier eben mit beispielsweise Jobsharing arbeiten? #00:20:47-9#

B: Ich glaube nicht, dass es unbedingt Jobsharing ist. Es ist ja/. Die Oberärzte haben ja auch eine 50 Stunden Woche und daher machen alle Oberärzte Dienst und müssen das irgendwie kompensieren und sie kompensieren das unter der Woche. Also, die die 100% arbeiten, sind auch nicht 100% da. Daher glaube ich nicht, dass es am Jobsharing liegt. #00:21:12-0#

I: Okay und würde das auch helfen, wenn man sagen würde, dass man zwar 100% arbeitet, aber zum Beispiel einen Administrationstag oder einen Homeoffice-Tag hat, an welchem man Zeit hat um beispielsweise Forschung zu machen oder/es gibt ja viele administrative Tätigkeiten, die man machen muss. Dass so etwas auch schon entlastet? #00:21:52-1#

B: Nein, nicht zwingend. Ich weiss nicht, ob das viel bringen würde. Ich glaube eher, dass/. Es ist eigentlich immer dasselbe, dass man von dem Administrativen entlastet wird, dass man es gar nicht mehr machen muss. Also es gibt ja viele Dinge, die die Ärzte machen, die nicht zwingend ein Arzt machen müsste. Oder dass wir Berichte schreiben müssen/oder so wie wir Berichte schreiben für die Versicherung, die Abrechnung oder für ich weiss nicht wen, wo eigentlich gar nicht medizinisch relevante Dinge drin sind. Und ich glaube, wenn man das reduzieren könnte, könnte man dann entlasten. #00:22:39-1#

I: Ja. Also es gibt ja eben/. Sie sprechen es gleich an/vor allem am KSW gibt es ja diese Clinical Nurses, oder klinischen Fachspezialisten oder physician assistant. Es gibt ja viele Bezeichnungen. Merken Sie jetzt dort schon, dass es eine Entlastung gibt? #00:22:58-9#

B: Also das ist ganz sicher ein Gewinn, ja. Das einzige, wo ich mich ein wenig frage, ist die Ausbildung der Assistenzen, ob diese nicht etwas darunter leidet. #00:23:11-0#

I: Okay. #00:23:11-6#

B: Weil halt die Stationsarbeit, die jetzt die clinical nurses machen, das gehört eigentlich auch zu der Ausbildung eines Assistenzarztes. #00:23:22-1#

I: Müsste man in diesem Fall/. Müsste man ab Stufe Oberarzt oder ab Stufe Facharzt eher so Leute einsetzen und weniger auf der Assistenzarztebene? #00:23:39-8#

B: Nein, ich glaube es ist schon gut, aber man muss einfach die Ausbildung der Assistenten nicht vergessen und diese auch immer wieder so einsetzen, dass sie das machen müssen oder machen. Aber vielleicht braucht es schon auch Unterstützung für die Oberärzte, die die eigentlich zwischen drin sind, oder? Bei den Leitenden, die haben teilweise auch wieder ihre clinical nurses einfach im ambulanten Bereich, die

unterstützen, die ganz viel Administratives abnehmen und auf Oberarztniveau gibt es das eigentlich nicht. #00:24:21-6#

I: Ja. Aber das heisst/grundsätzlich/ist das ein Schritt in die richtige Richtung, wenn alle administrativen Tätigkeiten, die anfallen/es nimmt ja immer mehr zu/dass man das entlasten könnte, damit sich der Arzt wieder auf sein Kerngeschäft (lachend) konzentrieren kann. #00:24:52-3#

B: Ja, sicher. #00:24:54-5#

I: Okay. Ja. Sie haben auch noch gesagt wegen den Arbeitszeiten/ist das ein Thema? Bei Ihnen persönlich, aber auch im Departement oder in der Klinik? Ist das ein grosses Thema oder ist es kein Thema? #00:25:19-2#

B: Ich glaube/auf Assistentenniveau weiss ich es ehrlich gesagt nicht so genau. Aber auf Oberarztniveau ist es eigentlich nicht so ein Thema. Also wir können eigentlich die Zeit, die wir aufgeschrieben haben, können wir kompensieren. Was nicht überall verstanden wird, vor allem von auswärtige Leute, also nicht Ärzten ist, dass man freiwillig arbeiten kommt und diese Zeit nicht aufschreibt. Das ist eigentlich einfach normal, oder? Das ist einfach gegeben. #00:25:58-0#

I: Also, dass Sie eigentlich mehr arbeiten, als aufgeschrieben? #00:26:06-3#

B: Ja, genau. Und das Paradebeispiel ist eine Operation die mich interessiert. Etwas was ich gerne machen würde. Da komme ich freiwillig, mache diese Operation und da wird erwartet – das ist ganz klar, dass ich diese Zeit nicht aufschreibe. Und ich schreibe diese Zeit auch nicht auf und für mich ist das/wenn ich etwas Spannendes mache, ist es auch okay. Wenn es dann nur noch in meiner Freizeit passiert, dann ist es nicht mehr okay, aber sonst komme ich ab und zu gerne auch freiwillig, um das zu machen. Aber das verstehen andere Leute nicht. Und da finde ich auch wieder, dass es so chirurgenspezifisch ist, dass man das macht. Wieso macht das der Chirurg und andere Akademiker haben auch spannende Jobs und spannende Sachen und sie schreiben das auf, diese Zeit, in welcher sie spannende Sachen machen. Und wenn wir mal kommen, schreiben wir das nicht auf. Das finde ich einfach auch noch speziell. #00:27:09-4#

I: Ja, ist noch spannend. Aber Sie sagen, dass es Sie nicht stört? #00:27:16-8#

B: Nein, wenn das eben/wenn es nicht nur solche Dinge gibt/also wenn ich jedesmal freiwillig kommen muss, damit ich überhaupt etwas Spannendes machen kann, finde ich stimmt es auch nicht mehr. Oder wenn ich in meiner normalen Arbeitszeit keine spannenden Dinge mehr habe, dann finde ich stimmt es nicht. Aber sonst, wenn ich ab und zu mal komme und etwas zusätzlich mache, stimmt das schon. #00:27:39-9#

I: Mhm. Und das ist jetzt/mehr aus ihrem Umfeld, dass es Leute nicht verstehen oder im Departement selber oder der Klinik? #00:27:51-0#

B: Nein, nein. Im Umfeld. #00:27:56-1#

I: Und, wie ist/finde ich jetzt eigentlich noch ein spannendes Thema. Finden Sie, dass man das trotzdem aufschreiben können müsste (...) ? Oder Sie sagen, dass es aufgeht, aber vielleicht kippt es dann auch mal und man sagt, dass Sie noch dies, dies und dies machen können und zum Schluss sind Sie bei einem 60 oder 70 % Pensum, aber der Lohn bleibt ja bei 50%? #00:28:29-2#

B: Ja, eben, dann stimmt es/es kann auch sein, dass es dann irgendwann nicht mehr stimmt. Das ist einfach ein wenig die Gefahr, wenn das Modell so ist. #00:28:40-0#

I: Ja (...) , wie wird denn die Teilzeitanstellung von den Kollegen oder Kolleginnen gesehen? Ist das kein Problem oder sagt man dann, dass sie dann ihr „Extrazüglein“ fährt oder sie wird bevorteilt oder ist das harmonisch? #00:29:01-9#

B: Ich denke es ist harmonisch. Ich denke auch bei den männlichen Kollegen, die Kinder haben, dass sich für den einen oder den anderen auch ein Törlein aufgetan hat, dass sie reduzieren können und an irgendeinem Tag zuhause bleiben können. Und das ist wahrscheinlich auch durch die Vorarbeit der teilzeitarbeitenden Mütter geschehen. Als ich angefangen habe als Assistent im KSW hatte es eine Frau, die dann reduziert hatte und das war die erste Oberärztin, die Teilzeit gearbeitet hat. Vorher konnte man sich das nicht vorstellen. Auch beim vorhergehenden Chef und das ist jetzt in diesen 15 Jahren oder 12 Jahren hat sich das entwickelt, dass es jetzt eigentlich Normalität ist. Und es hat auch männliche Kollegen, die Teilzeit arbeiten können. Und daher glaube ich nicht, dass es ein Problem ist mit „100 Prozenter“. #00:30:00-2#

I: Ja. Und Sie fühlen jetzt auch nicht, dass Sie nicht im Team integriert sind oder nicht akzeptiert, sondern dass/. #00:30:13-3#

B: Nein überhaupt nicht. #00:30:16-1#

I: Ja. Was sind denn/was sind denn die Vorteile, die eine Klinik hat, wenn sie Leute im Teilzeitpensum anstellt? #00:30:25-7#

B: Ich glaube das ist ein wenig die Work-Life-Balance wieder. Ich habe/ab und zu bekomme ich Rückmeldungen von Assistenten, von Clinical Nurses, die sagen, dass ich viel ausgeglichener bin oder dass es viel angenehmer ist mit mir zusammenzuarbeiten, weil ich nicht so den „Anschiss“ habe. Es ist mir nicht alles zu viel und ich

glaube das ist die Work-Life-Balance, die sie spüren und ich denke, dass das wahrscheinlich häufiger bei den Teilzeitlern so ist. #00:30:58-6#

I: Also ich sage jetzt gute Stimmung oder gute Nerven oder Ausgeglichenheit. #00:31:08-0#

B: Ja, genau. Also ich glaube für das Team kann man wahrscheinlich als Teilzeitleiter viel machen. #00:31:13-7#

I: Mhm. Sind Sie auch effizienter geworden, oder? #00:31:24-5#

B: Nein. #00:31:26-8#

I: Also im Sinn von/also wenn jetzt beispielsweise/wenn Sie wissen, dass Sie um sechs gehen müssen und das Kind aus der Kita holen müssen oder solche Dinge/. Dass Sie die ganze Organisation vielleicht ein wenig besser planen, als früher noch? #00:31:42-8#

B: Das ist schon ein wenig so. Man hat nicht ein Open End. Man kann nicht denken, dass man jetzt noch einen Kaffee trinken geht und das später noch macht, das fällt ein wenig weg. Aber je nachdem gibt es auch Dinge, wo ich sage – ich habe ja einen Remotezugriff, dass ich dann sage, dass ich es mache, wenn sie in der Schule sind oder wenn die Kleine schläft oder so oder am Abend starte ich die Dinge halt zuhause nochmal auf. Also diese Möglichkeit besteht ja schon auch. #00:32:09-5#

I: Und ist es etwas, was Sie schätzen oder ist das eher eine Zusatzbelastung? Dass Sie eben dann noch von zuhause auch noch einmal müssen/quasi, dass man sich nicht abgrenzen kann. Oder auch, dass Sie an Ihren freien Tagen trotzdem Ihre Mails anschauen oder arbeiten, was Sie ja dann auch nicht aufschreiben oder ist das/funktioniert diese Abgrenzung gut? #00:32:32-5#

B: Nein, also ich schätze das. Ich glaube um richtig Teilzeit arbeiten zu können, muss man all diese Option haben, dass man sich auch zuhause vorbereiten kann und vielleicht mal ins System reinschauen kann, um zu sehen, wie es dem Patienten geht oder so. Ich glaube dann ist je nach dem die Abgrenzung auch noch einfacher, wenn man diese Möglichkeit hat. #00:32:58-5#

I: Ja. Ja, weil es ist ja manchmal auch ein Thema/. Wenn man immer die Möglichkeit hat erreichbar zu sein, dann ruft man auch an, oder? Und es ist ja oft auch so, dass egal ob man frei hat oder nicht, dass manchmal die Erwartungen trotzdem da sind, dass man in einer Art und Weise erreichbar ist. #00:33:26-2#



B: Nein, das ist eigentlich kein Problem. #00:33:30-5#

I: Ja, okay. Und wer ist denn so ein wenig für Sie/ich sage jetzt der Treiber oder die Person, die die wichtigste Rolle spielt in einem Teilzeitpensum, dass es funktioniert? Ist das der Vorgesetzte, ist es das Spital selbst oder die Gewerkschaften, die es gibt? Dass so etwas funktioniert? #00:33:59-2#

B: Also eigentlich auf professioneller Ebene ist es der Vorgesetzte. #00:34:07-3#

I: Ja, und das denken Sie auch ist das wichtigste? Also wenn der Vorgesetzte das gut findet, dann klappt es, unabhängig davon ob das Spital Vorgaben oder nicht? Oder auch das Gesetz? Oder/. #00:34:26-3#

B: Ja, also ich glaube wenn/anders herum gesagt, wenn es der Vorgesetzte nicht unterstützt, glaube ich, ist es extrem schwierig. Dann kann man noch so viele Gesetze haben und Vorgaben haben und eine Spielleitung haben, die das pusht. Wenn der Vorgesetzte nicht dahinter steht, ich glaube dann geht es nicht. #00:34:45-7#

I: Mhm. Und vorgesetzt ist der Klinikdirektor oder der Departmentsdirektor? #00:34:52-2#

B: Ja, und ja, die Leute die halt dort sind. #00:34:57-1#

I: Und haben Sie das Gefühl, dass das auch/ Sie waren ja auch an verschiedenen Orten/dass sich ein Trend entwickelt, dass man versucht solche Modelle zu implementieren oder ist das immer noch ein sehr heikles oder konservatives Thema? #00:35:19-9#

B: Also es/die Chirurgen sind hier sicher eher konservativ, also nicht nur hier, aber es entwickelt sich sicher in die richtige Richtung, ja. #00:35:31-0#

I: Also der Trend ist für Sie spürbar? #00:35:34-6#

B: Ja. #00:35:37-0#

I: Hat das auch Zusammenhang, dass vielleicht jetzt auch jüngere Personen in solche Positionen kommen, welche ein anderes Mindset haben oder ist das einfach auch die Gesellschaft, die sich jetzt ein wenig anders entwickelt? Sie haben vorher gesagt, dass auch Väter das Bedürfnis haben zu sagen, dass sie auch einmal in der

Woche Zeit mit ihrem Kind haben oder mit der Familie haben wollen und dafür nur noch 80% arbeiten wollen. #00:36:05-1#

B: Das ist sicher beides. Ich glaube ein Generationswechsel ist das eine und das andere ist die Gesellschaft, wo man sieht, dass es bei den anderen Akademikern auch geht, dass es beim Chirurgen dann auch geht oder gehen muss. #00:36:28-4#

I: Mhm. Vielleicht noch kurz das Thema Forschung. Ist das bei Ihnen auch ein Thema oder ist es?/ #00:36:39-2#

B: Eher weniger. #00:36:41-7#

I: Ja. Schon immer gewesen oder war das früher noch anders? #00:36:46-4#

B: Also ich habe ein halbes Jahr in die Forschung investiert, aber das war eigentlich für mich, um meine Dissertation zu machen. Und das war eine ganz gute Zeit. Ich hätte dort auch das Angebot zu einer Forschungsstelle gehabt danach, aber ich habe mich dann eigentlich bewusst dagegen entscheiden. Einfach weil das eigentlich nie mein Ziel war. #00:37:19-2#

I: Ja, mhm. Sehen Sie auch hier/ich meine das KSW ist ein Grossspital, welches auch einen Leistungsauftrag hat wahrscheinlich, dass man Forschung macht. Sehen Sie hier, dass man solche Themen auch berücksichtigen müsste oder ist es klar, dass es eigentlich in der Freizeit dann stattfinden muss? Also dass man einfach den klinischen Alltag hat und diejenigen die ambitioniert sind, müssen halt diese Forschungsarbeiten am Wochenende machen oder in der Freizeit. #00:37:53-7#

B: Nein, finde ich eigentlich nicht. Ich finde da sollte man eigentlich auch die Möglichkeit, ein Gefäss dazu geben, das während der Arbeit zu machen. #00:38:03-2#

I: Ja. Und das könnte man auch in diese Arbeitswoche reinpacken? #00:38:08-9#

B: Ja, das müsste man halt irgendwie, ja. #00:38:11-3#

I: Mhm, okay. Wir haben auch ein wenig die Flexibilität angesprochen. Wäre es in Ihrem Fall so, dass Sie dazu bereit wären eine Einkommenseinbusse zu haben, um im Gegenzug mehr Flexibilität in der Arbeitsplanung zu haben? #00:38:36-2#

B: Also was meinen Sie? #00:38:37-4#

I: Also im Moment ist es so, dass Sie einfach einen Fixlohn haben nehme ich an. Und dass man zum Beispiel das variieren könnte. Dass man vielleicht sagt, dass wenn es nicht so viel zu tun gibt, haben Sie weniger Lohn und wenn es spannende Operationen gibt, für welche Sie gerufen werden, dass Sie für diese entschädigt werden. Anstatt, dass man einfach fix immer denselben Lohn hat. #00:39:05-7#

B: Es geht mir nicht mal um den Lohn, aber das ist natürlich schwierig um mit den Kindern zu organisieren. Weil die Kinder muss man ja immer irgendwie (unv.#00:39:16-7#) Und da ist es natürlich viel einfacher, wenn man fixe Tage hat, wo man weiss, dass es so funktioniert und dann geht man arbeiten. #00:39:34-1#

I: Ja, okay. Ja. Ich wäre eigentlich so weit mit den Themen durch. Ich weiss jetzt nicht, ob Sie noch etwas haben, was wir in diesem Interview nicht besprochen haben oder ob das eigentlich so alle Themengebiete abdeckt die dazugehören? #00:40:19-9#

B: Nein, ich glaube das war ziemlich umfassend denke ich. #00:40:24-8#

I: Ja, oder etwas was Ihnen auch wichtig ist? Wo Sie denken, dass es wichtig ist, dass man das berücksichtigt? Oder eben/also es war sehr spannend. Wir können es auch hier so beenden (lachend). #00:40:43-7#

B: Das einzige/ich weiss nicht, ob das wirklich dazugehört, aber bei den chirurgischen Fächern ist es immer noch, dass man an die Operationen ran kommen muss. Das ist ja eigentlich so das Limitierende und da hat es haltt/da hat es halt einen Wettkampf unter den verschiedene gleichgestellten Leuten und das ist wahrscheinlich auch das, was es speziell macht. Bei den anderen Fächern ist das viel weniger so. Sie müssen nicht irgendeinen Operationskatalog füllen. #00:41:20-9#

I: Ja. #00:41:22-8#

B: Und wahrscheinlich ist der Chirurg darum auch viel kompetitiver und wahrscheinlich ist er darum auch dazu bereit mehr zu geben, weil er einfach sonst nicht an das rankommt, was er braucht. #00:41:39-2#

I: Ja. Also dass man vielleicht auch dort ansetzen müsste und ein gewisses System entwickeln müsste, dass das wie nicht zugelassen wird? Also ich verstehe es so, dass Sie sagen, dass weil man an diese Operationen herankommen muss, muss man quasi so viel geben, damit der Chef sagt, dass diese Person viel gibt und sie fördere ich jetzt und diese Person wird dann eher in Operationen eingeteilt. Meistens sind es ja zwei, drei Sachen die limitierend sind, weil es gar nicht vieles gibt. Ich habe diese Kataloge auch schon gesehen, manchmal muss man 20 oder 30 Operationen eines Typs haben oder noch mehr und dann kann man es manchmal ausrechnen und dann weiss man gut das Spital hat 30 davon im Jahr und 10 davon macht der

Chef selbst und dann noch die Leitenden und dann hat man vielleicht 10, die zwischen den Oberärzten aufgeteilt werden, dann kann man es sich ja eigentlich selbst ausrechnen. Ist es ein wenig dieses Thema? #00:42:50-1#

B: Ich weiss nicht, wie man das/ob man das ändern kann oder muss. Ich glaube es ist einfach ein zu berücksichtigender Fact. Und das hat sicher auch sein Positives, oder? Man schafft es dorthin zu kommen und die Operationen zu machen. Das ist sicher ein Treiber. Aber andererseits die Konkurrenz zwischen dem hierarchisch Gleichgestuften ist sicher auch nicht immer förderlich. Und manchmal merkt man das mehr und manchmal merkt man es weniger, aber es ist sicher auch ein Fact, dass die nicht operativen Bereiche/ dass sie unter sich eigentlich ein besseres Verhältnis haben oder häufig ist es so. #00:43:42-8#

I: Ja. Also rein vom Teamspirit jetzt? #00:43:42-8#

B: Ich glaube die Konkurrenz macht es speziell im operativen Bereich. Aber ich weiss es nicht, ob das wirklich die Arbeitszeit oder/ja auf das Arbeitsklima hat es sicher einen Einfluss, aber ja. #00:44:03-3#

I: Ja ich glaube das ist sicher ein wichtiger Punkt, vor allem, wenn man jetzt neue Modelle entwickeln möchte, dann ist es genau wichtig zu fragen, wie man es aufteilt oder anpasst, weil es ein Faktor ist. #00:44:20-7#

B: Mhm. #00:44:23-5#

I: Oder? Dann muss man halt vielleicht neue Modelle oder ich weiss ja nicht, ob das so ist/. Aber da muss man vielleicht einfach ein wenig schauen schauen, dass man/man weiss ja, welche Operationen man hat, dann muss man diese vielleicht klar kommunizieren oder einem Modell mitberücksichtigen. Vor allem wenn/ also ich hatte jetzt rund 20 Interviews und es gab auch Leute, die gesagt haben, dass sie temporär herunterschrauben möchten solange das Kind jünger ist und sobald sie älter sind wieder hochschrauben. Und dann kann man das ja genau mit einberechnen. Und dann sagt gut wenn es jetzt drei Jahre lang sind, dann spezialisiert man sich auf eine Operationsart und fördert einfach diese oder so Ideen oder? #00:45:18-6#

B: Ja genau. #00:45:19-4#

I: Dass es dann halt eher spezialisiert wird und weniger/also natürlich als Direktor oder so muss man alles können, aber man kann ja auch eine leitende Position übernehmen und einfach nicht, ja nicht das das ganze Spektrum abdecken, sondern in einem Bereich gut sein. #00:45:39-0#

B: Ja, genau. #00:45:41-0#

I: Mhm. Okay. #00:45:47-0#

B: Ja. #00:45:49-5#

I: Doch das war noch ein guter Input am Schluss. Ich glaube das ist schon ein Faktor, den man berücksichtigen muss, ob man viel ändern kann/. Oder vielleicht auch das/vielleicht müsste man auch diese Weiterbildungskonzepte oder die Kriterien, die im Moment für den Facharzt gelten auch anpassen oder zeitgemässer machen?  
#00:46:18-0#

B: Ja, das haben sie ja eigentlich schon gemacht in einem gewissen Sinn.  
#00:46:20-8#

I: Okay. #00:46:21-6#

B: Sie haben ja in verschiedene Richtungen aufgeteilt. #00:46:30-2#

I: Ja. Was ich da ein wenig will. Früher gab es auch keine fünfzig Stunden Woche.  
#00:46:36-4#

B: Ja, genau. #00:46:36-8#

I: Und dann konnte jemand einfach, ich sage jetzt, einfach so viel arbeiten wie er wollte und hat das natürlich gefüllt. Und wenn man jetzt sagt, dass es eine fünfzig Stunden Woche, dann muss man ja aber auch gleichzeitig die Anforderungen anpassen und es hat ja/es ist gar nicht möglich und sonst passiert eben das, was Sie sagen, dass einfach auf dem Papier zwar fünfzig Stunden steht, aber in Tat und Wahrheit hat diese Person sechzig oder siebzig Stunden gearbeitet. #00:46:59-5#

B: Ja, das wird natürlich auch/auch das was auf dem Papier steht, wird teilweise extrem manipuliert. #00:47:08-6#

I: Ja. #00:47:14-3#

B: Dass wenn Sie dann nachkontrollieren waren, wie man im KIS arbeiten war, dass man dann sieht, dass es gar nicht sein kann, damit wie man aufgeschrieben hat.  
#00:47:28-2#

I: Also im Sinn, dass man mehr gearbeitet hat, als dass man aufschreibt? #00:47:31-5#

B: Ja, genau. Also was wir vorher schon gesagt haben, dass man findet man müsste aufstempeln und weiterarbeiten und solche Dingen. #00:47:39-9#

I: Aha und dann haben die Leute/also dann haben sie zwar aufgeschrieben, dass sie um 6 Uhr nach Hause sind und dann sieht man im KISI, dass sie um viertel vor sieben immer noch eingeloggt war. #00:47:49-5#

B: Ja, genau. #00:47:50-2#

I: Von wem wird denn das gemacht? Ist das eher HRM, Spielleitung oder ist es das Department? #00:47:58-2#

B: Ich glaube, das ist das Department. #00:48:03-5#

I: Ja. Finden Sie das fördernd oder eher? #00:48:09-4#

B: Nein (lachend). #00:48:14-5#

I: Was sind den Anreize dazu, dass das Department das macht? #00:48:17-8#

B: Finanziell. #00:48:20-6#

I: Aber wenn sie es ja nicht aufschreiben. #00:48:25-8#

B: Ja, dass man halt einfach nicht mehr Leute anstellen will und das wird natürlich nicht so kommuniziert, dass sie weiterarbeiten müssen. Aber es heisst dann einfach, dass sie nach Hause gehen müssen und dass sie aufstempeln müssen und wenn die Arbeit noch nicht gemacht ist, dann muss sie halt gemacht werden. Und so kann man natürlich schon Stellen sparen. #00:48:44-6#

I: Ja, aber es geht ja nicht. Also, wenn/es wäre ja ein Problem, wenn sie trotzdem aufgeschrieben werden würde, aber wenn sie nicht aufgeschrieben werden würde, dann macht man es ja wie gratis. Und dann/also/also ich als Chef würde einfach sagen, dass sie nicht arbeiten dürfen und wenn jemand sich trotzdem einloggt und arbeitet, dann muss ich wie sagen, dass ich es ihm ja gesagt habe, dass er nicht muss, wenn er selber arbeitet, ist er selber schuld. So. #00:49:12-0#

B: Ja, aber wenn natürlich der Druck von oben kommt, dass die Arbeit gemacht sein muss. #00:49:17-1#

I: Aha, okay, ja. #00:49:24-5#

B: Ja, also das ist nicht bei uns passiert (lachend). #00:49:26-9#

I: Okay, ja. Ja es ist auch, eben/es hängt ja vieles eben von den einzelnen Personen ab oder das Vertrauen, das entweder da ist oder die Kontrolle, ist ja auch immer wieder ein anderes Thema. Aber das ist ja auch bekannt, aber ich glaube das ist ja nicht nur in der Medizin so, das ist auch bei/das ist auch bei den Juristen oder gewissen Wirtschaftsunternehmen ist es auch so, dass es zwar heisst, dass man nicht mehr arbeiten darf, aber man weiss dann auch so, dass es quasi ungeschriebenes Gesetz ist, dass wenn jemand weiterkommen will am Abend auch noch dran sitzen will und es in der Freizeit machen muss. #00:50:07-3#

B: Ich denke bis zu einem gewissen Grad ist das auch/darf man das auch so fördern/fordern, also/. Ich glaube, wenn man mal eine gewisse Stellung hat, dann kann man eigentlich auch erwarten, dass man mehr macht als 8 to 5 oder? #00:50:24-2#

I: Ja, ja. Mhm. #00:50:27-4#

B: Ich glaube das ist schon auch richtig, aber eben manchmal artet es ein wenig aus. #00:50:31-8#

I: Ja, genau. Mhm. Ja, okay! #00:50:38-7#

B: Gut. #00:50:39-9#

I: Super, vielen Dank. #00:50:42-4#

B: Bitte ferngeschehen.

## Interview 24

T: Was für Leute Sie fragen? #00:00:05-5#

I: Genau, ich habe jetzt vor allem Thorax-Chirurgen in der Klinik selber bei uns. Und jetzt auch vom KSW haben sich freundlicherweise schon ein paar gemeldet. Und ich interviewe eigentlich alle Hierarchiestufen/ also, von Assistenzarzt bis jetzt hin zum Departementsleiter oder Chefarzt. #00:00:26-0#

T: Mhm (bejahend). #00:00:26-8#

I: Und ich schaue auch, dass der Frauen- und Männeranteil aufgeteilt ist und optimalerweise natürlich auch Teilzeitpersonen, (...) die schon in diesen Modellen jetzt arbeiten zum Teil/ (...) genau. #00:00:47-0#

T: Bei mir ist es einfach wichtig: Ich habe verschiedene Hüte. Ich bin schlussendlich Spitalleitungsmitglied, der höchste Doktor im ganzen Spital. Bei uns gibt's nicht so ein ärztliches Direktorsystem wie am USZ. #00:00:58-2#

I: Ja. #00:00:59-4#

T: Und im Prinzip habe ich diese Funktion, bin aber noch Departementsvorsteher, Chefarzt, Teamleiter/ also, das hat da ganz verschiedene Hüte. Und darum ist mir/ sind meine Aussagen je nach dem halt einfach/ sind halt in dieser Funktion. #00:01:17-0#

I: Ja, aber ich glaube, das ist kein Problem. Und wenn Sie so direkt fragen, glaube ich: Am besten wäre das jetzt so als Departementsleiter, also weniger als Spitalleitungsmitglied sondern als/ (...) ich sage jetzt als Chirurg, als Chefchirurg. So ein bisschen im Alltag. Es geht ein bisschen darum, vor allem herauszufinden/ die Schwierigkeiten, die Sie jetzt auch sehen/ wenn jetzt jemand kommt und sagt: Ja, ich würde/ es ist eine talentierte Person, die möchte aber gerne zum Beispiel nur 60 Prozent arbeiten und/ (...) was dann so ein bisschen die Schwierigkeiten sind oder wie Sie das dann handeln? #00:01:57-4#

T: Das kann ich schon. Aber wenn Sie mich nach der Work-Life-Balance fragen, dann muss ich natürlich mein ganzes Potpourri irgendwie in die Waagschale tun. Zum Beispiel. Oder? #00:02:06-6#

I: Das stimmt. Genau. #00:02:08-0#



T: Aber das ist okay. Das können wir von mir aus schon machen. #00:02:11-2#

I: Ja. Ich glaube, wir sehen auch, wie sich das ein bisschen entwickelt. (lacht) Und Sie haben ja selber zum Beispiel auch Physician Assistant und so Sachen. Und wenn man das am Anfang auch sagt, dann kann ich das auch so entsprechend in die Auswertung einbeziehen. Oder entsprechend vermerken. #00:02:26-0#

T: Okay. #00:02:27-3#

I: Ich würde vielleicht noch vorab auch/ ich würde das Interview gerne aufnehmen, weil ich das dann transkribiere. Es wird alles anonymisiert. Ist das für Sie in Ordnung? #00:02:38-8#

T: Ja, ja. #00:02:39-4#

I: Super. #00:02:40-0#

T: Mhm (bejahend). #00:02:40-3#

I: Gut! Ja, eben, Sie haben den Fragebogen auch vor sich. So der erste Block ist/ ja, das ist jetzt schon so speziell bei Ihnen. Das ist so ein typischer Arbeitstag, wenn es das gibt. #00:02:56-1#

T: Ja, ich habe eine Struktur in meiner Woche. Und das/ jeder Tag ist ein bisschen anders. Ich habe den Montag, wo ich vorwiegend Patienten sehe, in der Sprechstunde. Ich habe einen Dienstag, wo ich mehrheitlich operiere. (...) Einen Mittwoch, wo ich (unv. #00:03:18-0#) Fachgesellschaft arbeite, weil ich Präsident der schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie bin ab jetzt. (...) Das ist ein Administrationstag, der sehr auch viel Commitment ausserhalb vom Spital/ (...) gesellschaftspolitisch ist. Der Donnerstag ist Meeting-Tag, wo ich sehr/ das machen muss, was ich jetzt mache mit Ihnen. #00:03:39-8#

I: Ja. #00:03:40-2#

T: Darum ist das Donnerstag. So Leute treffen, diskutieren, ja, so etwas. (...) Und der Freitag? Das ist/ das ist Operieren und Patienten sehen. Das ist so ein bisschen ein klinischer Tag. Und der Samstag ist ein halber Tag Operieren. Und/ (...) und der Sonntag? Frei. #00:04:01-3#

I: Ja. #00:04:01-8#

T: Jetzt, ein Arbeitstag sind/ in dem Sinne sind die halt verschieden. Je nach dem, was ich Ihnen gesagt habe/ das ist meine Struktur hinter den Tagen. Die versuche ich sehr einzuhalten. Meine Leute wissen, dass ich am Mittwoch eigentlich nur die Visite mache am Morgen, den Rapport mache/ ich mache jeden Tag den Rapport mit ihnen, damit ich zumindest sichtbar bin. Und dann gehe ich in ein anderes Büro. Und habe eigentlich meinen Administrationstag. Ich bin erreichbar telefonisch, aber ich habe ganz bewusst eine andere Bürolandschaft gewählt für das. Und/ am Abend sind halt manchmal Commitments, die dann weiter gehen, ausserhalb. Also, all die gesellschaftspolitischen Sachen sind halt manchmal/ da sind noch Meetings am Abend, genau. Weil ich noch viel Engagement habe mit Physician Assistants, so Projekte, die halt übergreifend sind oder Weiterbildungsnetzwerke von den Assistenten/ (...) eben, mehrere Spitäler oder kantonalkirurgische Fachgesellschaft, die wir da entwickelt haben/ das ist dann häufig am Abend. #00:05:06-8#

I: Okay. #00:05:07-4#

T: Aber ich versuche das so zu poolen, damit ich einen Rhythmus habe und auch meinen Ausgleich finde. Also, zu poolen/ das so zu organisieren, nicht zu poolen. Eine Struktur zu geben an die Woche und auch meinem Assistenten, meiner Sekretärin/ damit ich nicht jeden Tag alles gleich mache. Das gibt ein mega Durcheinander. Ich habe so eine Struktur erarbeitet mit meinem Stab. Ich habe einen Stab, der mir hilft, mich zu organisieren. #00:05:39-1#

I: Ja. Und das sind, wie ich das verstanden habe, Ärzte wie auch das Direktionssekretariat? #00:05:47-3#

T: Mein Stab ist/ (...) sind Leute, die mich führen, durch den Tag bringen. Das ist meine Assistentin. Die Pflegeleitung Chirurgie ad personam halt auch, weil das die entsprechende Person ist, die auch/ (...) für so eine Funktion ideal ist, um mich auch zu bearbeiten. Eine Pflegefachfrau und Leitung Pflege Chirurgie. Die Pflege ist bei uns nicht als Departement eigenständig, sondern die Pflege ist den klinischen Departementen zugeordnet. #00:06:21-0#

I: Mhm (bejahend). #00:06:21-2#

T: Die medizinische Pflege ist dem medizinischen Departement, die chirurgische Pflege ist dem chirurgischen Departement/ Gyni, Gyni/ und so. Ihr habt eine Bereichsstruktur, wir haben eine departementale Struktur. Und die Pflege ist im Departement. Und das hat uns ganz viel Flexibilität gegeben, um Beispiel auch die Berufsgattung Physician Associate zu entwickeln. Das ist ein Punkt/ jetzt aus dem heraus ist die Frau, die Pflegeleitung für mich auch im Stab drin. Dann ist der Departementsmanager, Klinikmanager, wie man dem auch sagt/ (...) bei uns heisst das Departementsmanager. Der ist fürs ganze Departement zuständig. Der ist auch drin. Der/ da ist vor allem/ der ist auf Projekten drauf und macht bei den Innovationen mit. Und dann habe ich noch einen persönlichen Berater von auswärts, den ich in Mandat/ den auch alle kennen, der mir auch hilft, Weiterbildungsnetzwerke zu entwickeln, das

Generalsekretariat macht/ (...) macht von Gremien, wo ich das Präsidium habe, zum Beispiel der kantonalchirurgischen Fachgesellschaft und so. Und das ist mein Stab. Wir treffen uns einmal in der Woche, Stabsrapport/ (...) wo man drei Minuten reden kann. Man muss sich also vorbereiten. Ich informiere/ mich kann man informieren, ich kann informieren, ich kann Aufträge geben und sie können von mir Entscheidungen erwarten auf eine effiziente Art. Ich bin aber extrem reflektiert. Also, die/ die sagen mir auch, wie ich mich verhalte. Also, da haben sie extrem viele Freiheiten und ein sehr/ (...) ein Innovationsumfeld. Also, ganz viele Ideen und so kommen von ihnen. Ich bin mehr in einer Leaderfunktion. Und ich habe wie ein Management drum herum, das mir hilft, das umzusetzen. Also, ich brauche Leute, die mich/ (...) die Innovationen und Projekte auf den Boden bringen. Ich brauche ein Management neben mir. Und das ist eigentlich mein Stab. Und so habe ich/ aus dem heraus, aus der Entwicklung aus dem heraus, habe ich auch meinen Tagesablauf entwickelt. Und ich versuche, den kontinuierlich zu optimieren. (...) Ich musste mich gerade freispielen, weil ich das Präsidium der Chirurgengesellschaft nehme. Das ist/ das macht man einmal im Leben und das ist jetzt so weit und das mache ich jetzt und das braucht dann aber wahrscheinlich einen Tag, mindestens, und das habe ich selber/ da musste ich mich selber organisieren, damit ich nicht ins Burn Out gehe. Ich sage jetzt einfach/ damit ich die Innovationskraft behalten kann. Und mein Arbeitsalltag geht dann halt/ fängt am Morgen früh an. Ich renne. Ich mache zuerst Sport und dann gehe ich ab sieben/ kommt/ kommt die ganze Rapportstunde. Ich bin präsent an jedem Morgen. Ich zeige mich jeden morgen. Und nach der Rapportstunde mit departementalem Rapport, Klinikrapport, Fortbildung, so Sachen/ (...) ab und zu mache ich die Visite, praktisch am Morgen. Ich probiere, die Patienten zu sehen, ich mache den Spagat: Klinisch und administrativ und forschungstechnisch/ (...) den Spagat habe ich behalten. Ich hätte auch meinen Job aufteilen können und keine Klinik mehr machen. Das wollte ich nicht. Und/ ja, und dann mache ich/ mein Ablauf Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag so, wie ich das Ihnen gesagt habe. Samstag? Also, mindestens ein halber bis ein Tag kommt dort sicher sowieso dazu. Manchmal auch zwei. Aber da ich selber mitentwickelt habe, wie die Ops-Kapazitäten sich entwickeln, habe ich Wochenendspuren, elektive Wochenendschirurgiespuren. Das ist etwas, das es in anderen Häusern nicht gibt. Ich bin ein Verfechter, dass man sich dort zu einer Sechstageswoche entwickeln muss als effizientes Departement, so wie die Shopping Centers das auch machen. Das habe ich nicht eins zu eins, es sind weniger Spuren, aber wir haben elektive Spuren. Ich weiss nicht, wer im Kanton noch elektive Spuren hat am Wochenende. Und ich nutze das selber auch/ elektive Spuren heisst: Ich kann planen, ich kann etwas am Morgen planen, das wird am Morgen durchgeführt. Und wenn ich nur eine Notfallspur habe, um etwas zu operieren, kann ich das zwar dort reinton, aber es fällt meistens irgendwohin. Und ich weiss nicht, ob ich am Nachmittag um vier oder abends um acht dran komme. Aber wen nich eine elektive Ops-Kapazität habe, ist das etwas Planbares. Nicht nur für mich, sondern für alle anderen, für die departementalen (unv. #00:10:47-3#) Mitarbeiter. (...) Ja.  
#00:10:51-3#

I: Ja, super. Das ist sehr spannend, also auch mit der elektiven Spur. Das habe ich/ ja, das wüsste ich jetzt auch nicht, wer das/ und ist denn das von/ von den Regularien? Eben, ich sage jetzt Arbeitszeitgesetz oder so? Das ist kein Problem?  
#00:11:06-6#

T: Ja, das sind/ wir müssen sowieso das Arbeitszeitgesetz einhalten. Und meistens sind das/ (...) das sind Kaderärzte oder Oberärzte, die operieren. Sie können aber natürlich auch Assistenten mitnehmen. Sie müssen aber schauen, dass das in ihrem Arbeitsrhythmus ist. Und dann landen wir schon bei den Physician Assistants. Oder? Ich habe natürlich/ im Moment in der Physicians Assistants/ Entwicklung im Operationssaal. Also, ich will, dass sich gewisse TOAs/ die Berufskategorien kennen Sie, oder? #00:11:33-8#

I: Ja. #00:11:34-2#

T: Ein TOA ist ein technischer Ops Assistent. Dass aus denen heraus sich Physician Associates entwickeln, die Ops assistieren, die also Assistenzarztfunktionen im Ops übernehmen. Ich/ im Operationssaal sind immer Assistenten, die helfen, aber die müssen zum Teil nur Haken halten und werden da gar nicht ausgebildet. Und das ist ein/ das ist wieder eine Fehlverteilung der Arbeit. Oder? Und das/ also, darum bin ich am Entwickeln von/ von/ (...) von Physician Assistants, wo man sagt: Jetzt führen die die Kamera und helfen zu assistieren, wie ein Assistent. Und genau für die Randzeiten, Wochenende und so, sind die ideal, weil moderne Mitarbeiter und auch/ (...) ja, die wollen nicht am Samstag, Sonntag/ (...) und/ (...) aber Schichtmitarbeiter wie TOAs, die ihren geregelten Arbeitszeiten haben? Weiterentwicklung? Das ist logisch. Für das haben wir dann auch Kapazitäten, weil/ wenn sie genau schon mit dem/ das ist immer das Erste: Wer hilft mir dann zu operieren? Erstens können Sie als Oberarzt und Chef einmal selber operieren, weil ein TOA muss nicht/ der muss nicht den operativen Eingriff lernen. Und sie lernen dann aber bis und mit Wunde zutun/ (...) so Sachen lernen sie dann natürlich. Das ist super motivierend. Professional Enrichment von einer Profession! Und gerade in den Abendspuren und am Wochenende ideal um das einzusetzen. Oder? (...) Und die/ und leitende Ärzte und Chefärzte sind ja nicht dem Arbeitsgesetz untergeben und es gibt immer auch manchmal Zusatzversicherte Patienten, die gar/ also, die gar nicht so ungern am Samstag sich operieren lassen. Und/ also, ich in meiner Funktion habe am besten Zeit um zu operieren am Samstag, Sonntag, weil dann kein andere auf die Idee kommt, Sitzungen zu machen! Also, für eine Führungsperson, die wirklich auch die Führung wahrnimmt und Sitzungen und andere Sachen hat, so wie ich? Dann/ (...) dann haben Sie am Abend und vor allem auch am Samstagmorgen oder so oder am Sonntagmorgen/ (...) da/ ja, richtig Konzentration auf eine Ops! Das ist eines von unseren Kerngeschäften. Deswegen habe ich die Ausbildung gemacht. Ich mache sehr gern Führung, aber da bin ich halt auch reingewachsen. Und mit dem/ ja, da habe ich auch noch einen klinischen Anteil, der wichtig ist. (...) Da kommt man draus! #00:13:55-3#

I: Ja, ja. Doch, doch! (...) Ja, also/ ich sage jetzt eben, wenn man so ein bisschen auch den Bogen schlägt/ wenn jetzt jemand im Teilzeitmodell oder so arbeiten möchte, oder/ dann gibt das auch Möglichkeit an einem Samstag, weil man dann/ weil man/ ich sage jetzt/ wenn man jetzt in einer Partnerschaft ist oder eine Familie hat/ normalerweise muss ja der/ also, ausser es ist jetzt auch ein Arzt oder so, aber die haben ja dann am Wochenende frei, dann könnte man auch dort Ausbildungszeit den Personen geben. Oder ist das weniger/ #00:14:28-6#

T: Das ist doch super! Also, Teilzeit? Ich bin total für Teilzeit. Ich finde sogar: Führungspersonen/ auch die Führungspersonen, inklusive mir, sollten 80 Prozent/ also, sie sollten einen Freitag unter der Woche haben. #00:14:41-7#

I: Ja. #00:14:42-1#

T: Ich bin/ ich meinte, vieles würde besser laufen mit einem/ mit einem Freitag unter der Woche. Leute, die im Dienstsysteem drin sind, wie ich das jetzt auch noch mache. Es gibt natürlich Chefs, die das nicht mehr machen. Aber sagen wir: Leute, die noch klinisch aktiv sind. Das heisst: Am Wochendende zwischendurch Einsätze haben, Abend-, Nachteinsätze haben/ wie man denen/ wenn man denen einen fixen Tag unter der Woche gibt, die sie/ wo sie nicht kommen. Ich meine, den Tag kann man mit Familie besetzen, kann man mit Forschung besetzen, kann man mit anderen Interessen besetzen. Und ich glaube, ich/ dass/ dass das jedem gut tut: Auch/ (...) der Chef, das ist noch völlig unüblich oder im Grossen. Aber für so etwas setze ich mich ein. Wenn Sie das machen, können Sie auch gut einmal einen Samstageinsatz machen, ohne/ ohne Sorgen! Bei uns in der Führung ist es halt immer so: Alles, was man am Samstag und Sonntag macht, kommt noch drauf herauf. Oder? #00:15:41-0#

I: Ja. #00:15:41-5#

T: Und wir sollten das verhindern. Wir sollten auch einem 100-Prozenter, an und für sich, der in dem/ in so einem System, wie wir uns das gewöhnt sind, Arzt und so, wie Sie das auch kennen/ Thorax-Chirurgie, ich kenne das auch, das ist etwa vergleichbar/ würde ich am ehesten sehen, dass es Tage gibt, wo man einfach fix nicht da ist. Und ich finde, die grosse Qualität oder Chance wäre, unter der Woche einen zu machen, wo man etwas anderes macht. Ich mache zum Beispiel die Präsidentschaft der schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie. Das ist auch etwas anderes. So sehe ich das jetzt. Ein anderer nimmt Familie. Oder? #00:16:14-0#

I: Ja. #00:16:14-4#

T: Und in zwei Jahren gebe ich das Präsidium ab, dann mache ich vielleicht auch etwas anderes. So/ das wäre meine/ (...) meine Philosophie, jetzt einmal für die 100-Prozenter. Und für die Teilzeit ebenfalls, vor allem für die Nicht-arbeitszeitregulierten. Sie müssen einfach fixe Tage haben, wo sie nicht kommen. Und an den anderen Tagen so arbeiten, wie alle anderen auch. Ein/ ein 50-Prozent-Job, wo man sagt: Ich arbeite immer am Morgen? Das ist im Umfeld der Chirurgie, glaube ich, eher schwierig. Ein 50-Prozent-Job, wo man sagt: Zwei Tage bin ich da, Montag, Dienstag, den Rest bin ich nicht da, mache aber noch Dienstage, zum Beispiel zwischendurch mal Samstag, zwischendurch irgendetwas anderes und so mache ich meine 50 Prozent? Das sind Konzepte, die gehen, wo man fix weiss, an welchen Tagen jemand arbeitet und an welchen Tagen nicht. Ich/ ich/ ja, und an diesen Tagen, wo sie da sind, sind sie da. Und dann geht's/ ist nicht im Grundsatz es so: Um vier muss ich dann/ muss ich immer weg. Dann wird's extrem schwierig! Aus meiner Sicht. Ich bin total für Teilzeit, auf Tage bezogen. Und dann, mit einer Nanny organisiert, die Kinder, wo man

die wirklich auch am Abend/ man das durchziehen kann, das andere auf der gleichen Stufe auch machen. Und Leitende und Chefin haben halt wirklich Hintergrunddienst und Einsätze zwischendurch, wo sie helfen müssen. So in dem Sinn. Oder?  
#00:17:45-7#

I: Ja. #00:17:46-2#

T: Und/ und ich glaube, es ist/ Teilzeit ist möglich. (...) Teilzeit, wenn es/ wenn/ (...) ich glaube, auch die Führung sollte möglich sein. Ich bin ein Verfechter, dass man mit 80 Prozent auch noch die Führungsaufgabe machen kann. Und machen können sollte. Finde ich. #00:18:06-3#

I: Also, das glauben Sie nicht, dass das geht? #00:18:08-9#

T: Bitte? #00:18:09-5#

I: Das glauben Sie nicht, dass das geht? #00:18:11-7#

T: Doch. #00:18:12-2#

I: Ah, das/ #00:18:13-0#

T: Ich glaube: Es geht und es muss gehen. #00:18:16-5#

I: Ja. #00:18:17-6#

T: Wir haben sonst keine gesunde Systeme. Wir müssen erlauben, auch Führungspersonen/ (...) 80 Prozent zu arbeiten. #00:18:27-1#

I: Mhm (bejahend). #00:18:27-3#

T: Und da bin ich jetzt nicht/ da muss man jetzt ein bisschen aufpassen, es ist fast ein bisschen ein Mix. Ich habe vorher/ vorher habe ich gesagt: In dem/ (...) bei dem freien Tag, den man jetzt organisieren sollte/ also, das meine ich in einem 100-Prozent-Modell. Da sollte jeder, auch wenn er Dienst macht, wenn er Wochenende-Einsatz macht, einen Tag haben, wo er einfach nicht/ wo er etwas anderes macht. Finde ich. Und 80 Prozent ist natürlich ein fixer/ ist nochmals/ ist nochmals mehr, ist nochmals ein/ (...) ist natürlich ein Tag frei. Das ist aus meiner Sicht/ das ist/ 80 Prozent, ein Tag, wo man fix nicht arbeitet. Und dann/ wenn das möglich ist, dann ist das/ ist das auch gut. Also, ich meine: Ja. Es gibt einfach viele Leute/ und viele/ so in den

Hierarchien von den Spitälern, wo man sagt: In den Führungsfunktionen muss man 100 Prozent arbeiten. Ich finde, es sollte gehen mit 80. #00:19:23-5#

I: Ja. (...) Eben, das sind ja ein bisschen zwei Sachen. Das eine ist/ ich sage: Führungspersonen. Also, eben, wie jetzt die Personen, die Sie/ wo es massiv viele verschiedene Aufgaben hat. Und das andere ist jetzt auch ein bisschen jetzt/ jetzt die Ausbildung von den Assistenten, wenn jetzt/ wenn jemand/ #00:19:42-9#

T: Ja. #00:19:43-5#

I: Mit 30, der vielleicht auch noch keinen Facharzt hat oder so Themen/ #00:19:48-1#

T: Ja. #00:19:48-4#

I: Was denken Sie da? Ist das dann auch in so einem Setting möglich? #00:19:52-7#

T: Ja, das ist eine gute Frage. Ich/ ich habe im VSO auch Kontakt und/ (...) ja, ich glaube/ ja, ich glaube, wir müssen gewisse Teilzeitmodelle auch für Leute in Weiterbildung haben. Die Weiterbildung geht eindeutig weniger schnell, wenn man Teilzeit arbeitet. Das muss man einfach wissen. Sie verdoppelt sich, wenn man halbtags arbeitet. Also, wenn man halbtags arbeitet oder 50 Prozent ist das natürlich mindestens doppelt so lange, wenn nicht noch länger! Also, ich glaube, wir sind als Arbeitgeber einfach/ wir müssen Teilzeitkonzepte haben, sonst haben wir einen grossen Teil der potentiellen Arbeitnehmer, die wir verlieren. Aber Teilzeit in der Weiterbildungsphase? Das ist sicher (...) nicht so einfach wegen dem Weiterkommen. Also, wir sind aufgefordert als Arbeitgeber, auch die Strukturen zu schaffen, dass man mit Teilzeit trotzdem weiter kommt, (...) aber es ist sicher/ es ist sicher noch ein bisschen schwieriger. Einfach auch innerhalb vom Team. Und/ (...) an diesen muss man auch die ganze Zeit arbeiten: Wegen dem Weiterkommen, wegen sehr/ es wird an vielen Orten/ viele Ärzte, die ins System reingepumpt sind/ ich glaube, dass viele Ärzte an vielen Orten/ und es ist eine Konkurrenz zu den relativ wenigen Operationen, die die machen können. Und in so einem System drin noch Teilzeit? Da ist es schwierig, weil man einfach viel langsamer dann vorwärts kommt. Aber ich finde: Wir müssen Teilzeitding anpassen. Und ich finde halt auch, wir müssen unsere Strukturen anpassen und weniger Ärzte in dem System drin haben. Und dann sind wir schon wieder bei der Verteilung der Arbeit und der Physician Assistants und diesen Geschichten. Oder? #00:21:39-0#

I: Ja, genau. #00:21:39-9#

T: Ich glaube halt: Wir sollten/ es/ (...) ein gemixtes System haben mit verschiedenen Berufsgruppen, die/ die die Arbeiten machen. Und wo man die Ärzte in Strukturen, in Weiterbildungsstrukturen, weiterbildet/ Weiterbildungsstrukturen innerhalb von unse-

rem Haus, aber selbst Weiterbildungsstrukturen über die Häuser hinweg, Netzwerkweiterbildung. Das ist auch so ein Commitment, das ich mache: Ich habe ein Weiterbildungsnetzwerk weiterentwickelt mit anderen Häusern zusammen. Und das leben wir. Für/ für einen gewissen Kreis von jungen Assistenten. (...) Ich/ (...) ich weiss natürlich, dass die Weiterbildung für ganz viele junge Leute schwierig ist, weil es wenig Struktur hat, trotz allem, in der Weiterbildung drin. Und weil relativ zu den Operationen, die zur Verfügung stehen für die Weiterbildung, viele aspirieren. Und/ und das ist natürlich/ (...) ja. Das ist ein Problem. Und dann noch Teilzeit? Das ist ein Problem. Und ich/ ich versuche, das in meinem Umfeld möglich zu machen. Aber da braucht es noch einiges an Entwicklung, da braucht es eben andere Berufsgattungen, die kommen. Da braucht es Bereitschaft, Gewohnheiten aufzubrechen, Mauern, Abgrenzungen abzubrechen und sich anders zu strukturieren innerhalb von einer Organisation. Eben, zum Beispiel die Arbeiten anders zu verteilen. Und ja, sagen Sie mal Ihren Assistenten, sie sollen jetzt zum Beispiel/ Sie werden andere Leute im Operationssaal einsetzen um zu assistieren? Dann hat die ganze Belegschaft zuerst einmal Angst: Ja, jetzt wollen die gar nicht mehr weiterbilden. Oder? Und Sie haben mit ganz vielen (...) Themen/ das hat natürlich zu tun, auch mit dem Kulturellen vom Zusammenarbeiten, was nicht einfach ist zum Implementieren. Aber ich glaube/ ich bin einfach/ ich glaube einfach dran: Wenn wir attraktiv bleiben wollen in Zukunft, top Leute haben wollen in unserem chirurgischen Business? Dann müssen wir Teilzeit ermöglichen in einem gemixten Modell. Es hat immer Mitarbeiter, die Vollzeit arbeiten und solche, die Teilzeit arbeiten. Punkt. Und wir sind angehalten, die Strukturen so attraktiv zu machen, dass die Besten zu uns wollen. Ich will die besten Assistenzärzte. Und die besten Oberärzte. Und ich muss durch das auch mich attraktiv aufstellen. #00:24:13-5#

I: Ja. #00:24:14-1#

T: In dem Ding drin. #00:24:15-8#

I: Mhm (bejahend). #00:24:16-1#

T: Und da ist natürlich nicht/ sind nicht alle gleich denkend und wenn man ganz traditionell denkt/ (...) in ganz traditionellen Strukturen, wo sich jeder selber durchsetzen muss, wo die Welt ein Haifischbecken ist, wo nicht genau geplant ist, an welchem Tag man was macht, wo man, wenn man Glück hat, einen Tag lang in den Ops helfen kann. Und wenn man noch mehr Glück hat, kann man auch assistieren. Also, ich/ (...) das ist ein strukturloses Ding, wo einfach der, der am stärksten ist, überlebt. Oder der, der am meisten Zeit verbringt im Spital, der überlebt am ehesten oder kommt zur Weiterbildung, hat dafür aber sicher nicht die Möglichkeit, noch eine Familie oder irgendwie etwas nebenbei zu haben, das länger als drei Jahre hält. Also/ (...) mit solchen Konzepten kann man dann/ ja, das, finde ich halt, sollten wir optimieren als Arbeitgeber. Und an dem arbeite ich. Und für das setze ich mich ein. Und darum bin ich/ ist mir inzwischen klar, dass Teilzeit vor allem bei den/ bei den Oberärzten, bei den Leuten, die schon weitergebildet sind sowieso muss möglich sein/ (...) und ich schaue für einen Mix von Leuten. Und es ist mir auch wichtig, dass nicht alle das gleiche Ziel haben. Wenn alle Chef werden wollen oder alle Teilzeit arbeiten wollen



oder alle wollen/ ich glaube, es braucht eine Verteilung von verschiedenen Interessen. Das ist nachher auch gut für die Karriereziele der verschiedenen Leute, wenn das nicht 100 Prozent deckungsgleich/ das wie bei jedem anderen ist. Und bei den Assistenten, Oberärzten, die arbeitszeitreguliert sind? Da ist es schwieriger. Aber ich glaube, wir sind angehalten, trotzdem solche Konzepte zu haben. Bei mir hat es zwar auch auf Assistenzarztebene nicht viele. Und wenn mich eine oder einer fragt, sage ich es trotzdem. Da bin ich/ wenn ich eine Familie planen würde, würde ich versuchen, das wenn/ wenn die Weiterbildung durch ist. Aber ich/ (...) also, aber das läuft halt manchmal anders. Und das ist auch logisch, dass es nicht bei jedem gleich läuft. Aber wenn mich ein Freund oder jemand persönlich um eine Beratung/ (...) wünscht, dann würde ich ihm sagen: Versuche, die Weiterbildung Vollzeit zu machen. Und versuche, nachher auf Teilzeitkonzepte zu kommen, weil/ weil/ man ist halt einfach in einer Abhängigkeit, bis man diese Titel hat, bis man diese Weiterbildung abgeschlossen hat, das Zeugnis hat, das Diplom hat. Oder? Ja, da ist man halt/ ich glaube, da ist man einfach/ da sind alle froh, wenn man das einmal hat. Und so lange man/ ja, und so würde ich argumentieren, wenn mich jemanden als Berater oder als Freund fragt. Oder? #00:26:59-1#

I: Das heisst aber jetzt auch/ wenn Sie sagen: Die Strukturen aufzubrechen oder eben, weil man in einem Abhängigkeitsverhältnis ist. Sind denn die/ die/ also, die heutigen Ausbildungskonzepte, also jetzt auch/ ich weiss jetzt nur: In der Thorax-Chirurgie ist das bei uns immer ein Thema, da sieht man, wie viel man machen muss. Ist denn das noch/ noch/ (...) noch vertretbar? Sage ich mal/ oder müsste man vielleicht sagen: Gut, man macht mehr Nischen? Oder/ (...) ja, vielleicht sind/ sehen Sie das auch als Möglichkeit, um dem entgegenzuwirken? So muss ich das vielleicht sagen. #00:27:42-5#

T: Ich glaube, die Weiterbildungskonzepte der Gesellschaften sind gar nicht so schlecht. Es braucht/ die Gesellschaften müssen festlegen, was man operiert haben muss, damit man ein gewisses Know-How und Erfahrung hat. Das ist an und für sich gut. Das Problem ist, dass viel/ (...) viel Competition in dem Sinne ist, dass zu viele Leute das Gleiche wollen. Ich meine, Sie können in einer Klinik analysieren, wie viele Thorakotomien assistiert werden können. Das können Sie eigentlich berechnen. #00:28:08-7#

I: Genau. #00:28:09-3#

T: Mit Ihren Kaderleuten. Oder? Und Sie wissen, wie viele Thorakotomien zum Curriculum von einem Thorax Chirurgen gehören. Und dann schauen Sie mal, wie viele Leute Thorax Chirurgie an Ihrer Klinik machen wollen. Und dort würden Sie merken, dass das ein Missverhältnis ist. Das kann nicht aufgehen. Und dann muss man aufpassen, dass man nicht Angaben nimmt von einem Chef-, von einem Oberarzt oder auch vor einem Chef, wie viel assistiert wird. Sie müssen es messen! Sie müssen ein/ Sie müssen das zwei Monate lang anschauen, zwei Monate das wirklich anschauen: Wie viele von diesen Thorakotomien sind jetzt assistiert worden? Und dann nehmen Sie die Prozentzahl. Weil die Prozentzahl, die Ihnen ein Chef, ein Oberarzt

oder ein leitender/ oder ein/ oder ein leitender oder ein Chef sagt ist meistens zu hoch. Praktisch immer. #00:29:03-1#

I: Ja. #00:29:03-6#

T: Wenn Sie mich fragen: Wie viel wird bei Ihnen assistiert? Die Zahl (...) ist wahrscheinlich bei den aller, allermeisten Leuten deutlich höher als die Realität. Das ist einfach so. #00:29:17-2#

I: Ja. #00:29:17-6#

T: Also müssen Sie, wenn Sie das genau wissen wollen/ dann das einmal noch checken oder Sie müssen einen haben, der wirklich das objektiv sagen kann. Und dann müssen Sie den gut kennen. #00:29:28-6#

I: Ja! (lacht) #00:29:29-6#

T: Und meistens ist der Chef nicht der, der am besten weiss, wie viel in seiner Klinik assistiert wird. #00:29:36-0#

I: Mhm (bejahend). #00:29:36-2#

T: Der hat das Gefühl, es werde jede zweite Operation assistiert. Selbstverständlich! (...) Oder? #00:29:40-1#

I: Ja. #00:29:40-7#

T: Aber assistieren am Schluss/ das tun die Oberärzte und leitende und was auch immer/ (...) da müssen Sie tief rein, um zu merken: Das ist nicht jede zweite Operation, sondern das ist am Schluss jede siebte! #00:29:53-9#

I: Ja, ja. #00:29:54-9#

T: Und dann geht das einfach nicht auf. Also, am Schluss ist es die Struktur, auch von der Klinik. Und ja, von der Führung und von all dem, was es dann möglich macht oder nicht. Ich glaube, man kann nicht den Fachgesellschaften sagen: Ihr müsst andere Curricula machen. Wir sind als Kliniken so aufgestellt, wie wir sind! Und für mich ist halt einfach die grosse Auswegsmöglichkeit inzwischen, dass wir andere Berufsgattungen reinnehmen. Und nur noch die Assistenten, die man hat/ eher weniger, aber mit denen ein klares Weiterbildungskonzept hat, das man auch einhalten kann.

Darum habe ich ein Weiterbildungsnetzwerk entwickelt, wo jemand vier Jahre rein- kommt, über die Spitäler hinweg, zwei Jahre bei uns, zwei Jahre bei anderen Häu- sern. Und dann wird garantiert, dass er jedes Jahr die und die und die Operationen bekommt, dass er am Ende der Weiterbildung durch ist. Wir garantieren das! Im Ge- gensatz zu der Pflicht, dass der/ der Assistent die Pflicht hat, das, das und das zu bieten. Und mein Interesse ist, nicht Durchschnittsleute auszubilden. Da habe ich kein Interesse. Niemand hat daran Interesse. Sondern ich will Überdurchschnittliche! Die/ von denen fordere ich auch Überdurchschnittliches. Aber ich garantiere ihnen auf die anderen Seite, dass sie die Weiterbildung bekommen. Also, wir als Gremium!  
#00:31:21-0#

I: Ja. #00:31:21-6#

T: Und das ist das, wo ich glaube, das wären Konzepte, die eine Attraktivität und eine Nachhaltigkeit haben können und auch gute Leute ins System reinziehen könnten. Aber da müssen Sie wieder über die Disziplin hinweg zusammenarbeiten, über die Spitäler hinweg. (...) Ja, und das mache ich! Und sobald Sie zusammenarbeiten über Spitäler mit/ von verschiedener Grösse, müssen Sie dem kleineren Spital einmal klar machen, dass Sie es nicht auffressen und nur profitieren wollen von dem, sondern dass/ (...) ja, das braucht eine Haltung, eine Demokratie, eine Wertschätzung gegen- seitig, die jedem die Zusammenarbeit und Zusammenleben zu Grunde liegt, daheim angefangen! (...) Und/ ich kann es nicht machen mit dem USZ. Es ist unmöglich mit der Klinik (unv. #00:32:11-5#). Jetzt/ die bringen wir nicht in so ein Konzept rein. Nicht nur annähernd! #00:32:18-0#

I: Ja. #00:32:18-5#

T: Das hat mit Zusammenleben zu tun, wie daheim auch. Das kann nur funktionieren, wenn beide etwas davon haben. Sonst geht keine Partnerschaft. Das ist aber im Be- ruf, in einer Weiterbildung und in allem genau gleich! #00:32:30-5#

I: Ja, ja. #00:32:31-9#

T: Also, so gedacht: Ich glaube klar/ es ist an unseren Weiterbildungskliniken, die Strukturen da/ die die auch so schaffen müssen. Das sind auch die gleichen Leute, die in den Gremien sitzen von den Fachgesellschaften. #00:32:46-8#

I: Ja. #00:32:47-3#

T: Und ich mache ihnen die Tür auf mit dieser/ mit dieser/ aus meiner Sicht/ (...) mit anderen Berufsgattungen, die man rein nehmen kann. Und darum kämpfe ich darum, dass die Ärzte sich die Physician Associates unter den Nagel reissen! Und eben nicht die Pflege! Die Pflege sieht das sowieso als Konkurrenz, sondern/ wenn die

Ärzte die Verantwortung nehmen und die Berufsgattung an sich nehmen/ #00:33:08-9#

I: Ja. #00:33:09-4#

T: Ähnlich wie medizinischen Praxisassistenten. Das ist auch so eine Berufsgruppe, die die Ärzte/ das sind zwar die, die in der Praxis sind, aber es gibt im Spital auch MPAs. Die sind günstiger als die Pflege, die haben andere Ausbildungen, weniger Weiterbildungen. Das ist eine Berufsgruppe, die nicht zu den Gesundheitsberufen gehört. Die klassischen Gesundheitsberufe, Pflege, Hebamme, Physiotherapie, Ergotherapie, und so weiter? Das sind Gesundheitsberufe. Und MPA? Das ist eine Berufsgruppe, die die Ärzte entwickelt haben, und einen ausserordentlichen Mitgliederstatus bei der FMH haben, bei den Ärzten. Die haben die gebraucht. Und die haben sie entwickelt. Und bei den Physician Associates/ das ist in der ganzen Welt so/ (...) ist es aus den Ärzten heraus entstanden, aus einem Bedürfnis, dass die Ärzte besser funktionieren können. Und die müssen wir aus meiner Sicht entwickeln und einsetzen, damit wir die Ausbildung/ (...) die Weiterbildung von den anderen, von denen, die jetzt auch operieren in 10, 20 Jahren, wenn wir dann pensioniert sind oder so/ (...) oder noch länger! Dass wir die gut ausbilden. Und das hat damit zu tun, dass man nicht einfach alle/ (...) alle im gleichen Fach lässt und alle Dienstzeiten abdeckt. Wenn man alle Dienstzeiten mit unseren Vorhalteleistungen, die Sie und ich und alle bringen müssen, mit den Assistenten abdecken? Dann bringen wir wahrscheinlich kein faires, attraktives Weiterbildungssystem hin. #00:34:40-2#

I: Ja. #00:34:41-3#

T: Weil/ wegen den Vorhalteleistungen. #00:34:43-9#

I: Ja, ja. #00:34:44-5#

T: Und wegen/ eben, diesen Wochenenden und Randzeiten, wo Sie auch noch operieren wollen. Und, und, und. Ausser Sie versklaven sie oder Sie lassen sie einfach Überzeiten machen, die sie dann nicht aufschreiben, und so Zeug. Aber über das müssen wir über kurz oder lang einfach hinweg sein. Also/ da/ das ist nicht nachhaltig. Da bekommen wir auch nicht die guten Leute. Die neuen Chefs nach uns werden sich nicht definieren über die Arbeitszeit. #00:35:13-3#

I: Ja. #00:35:13-8#

T: Möglichst viel arbeiten und du bist ein guter Chef? Das kann nicht sein. Die neue Generation definiert Qualität nicht in der Führungsposition/ (...) in der Führungsposition nicht über die Anzahl Stunden, die sie arbeitet. #00:35:25-1#

I: Ja. #00:35:25-7#

T: Und das müssen wir checken. Und darum müssen wir das System zu optimieren versuchen. Und darum muss es auch möglich sein, mit 80 Prozent eine hohe Führungsfunktion zu übernehmen. Und Verantwortung. Und so weiter. Oder? #00:35:38-1#

I: Ja. #00:35:38-6#

T: Also, in dem/ so denke ich/ #00:35:43-1#

I: Ja, doch, das ist sehr spannend, vor allem das jetzt mit der Zeit, auch am Schluss/ (...) also, eben, das kann ich jetzt auch sagen/ (...) so als (lacht) jüngere Generation, aber ich bin ja nicht Arzt, aber das sehe ich jetzt auch bei Kollegen, die (...) juristisch oder sonst im Management/ dass dort eben auch so Co-Leitungsfunktionen oder so/ (...) und die Firmen funktionieren! Das geht auch. #00:36:06-9#

T: Ja. #00:36:07-9#

I: Oder? Wo man sagen muss: Gut, wieso sollte es denn im Gesundheitswesen nicht gehen? Ist das so anders? Oder? Und (...) ja. Was ich noch interessant fand: Sie haben gesagt, (...) dass eben so ein bisschen überdurchschnittliche Leute dann ausgebildet werden. #00:36:26-8#

T: Genau. #00:36:27-6#

I: Das heisst, dass dann/ was man eben/ dass man eben mit diesen Berufsgruppen wirklich ein bisschen eine/ eine Kanalisation macht, dass man sagt: Gut, man macht nicht mehr/ ich sage jetzt einfach mal eine Zahl: 100 Thorax-Chirurgen oder 100 Chirurgen pro Jahr, sondern man setzt das auf 50, die dann auch eine gute Weiterbildung hat. Und man hat nebenbei andere Berufsgruppen, die/ (...) die (...) unterstützen. #00:36:50-1#

T: Assistieren. #00:36:51-9#

I: Damit die Personen sich aufs Kerngeschäft konzentrieren können. #00:36:56-3#

T: Genau so! #00:36:54-5#

I: Ja. #00:36:54-5#

T: Und ich bin auch nicht der, ich unterstütze auch nicht einfach den Aspekt: Wir haben zu wenig Doktoren, wir haben zu wenig Doktoren, wir haben zu wenig Doktoren. Ich glaube, in unserem Gesundheitswesen ist die Arbeit noch immer nicht optimal verteilt. Und wenn wir die Arbeit optimaler verteilen würden und die Ärzte verstärkt in ihrem Kerngeschäft in einem vernünftigen Aufwand/ (...) das zeitlich machen können? Dann haben wir dort noch Potential. Und erst wenn das optimiert ist, würde ich sagen: Wir haben zu wenig Ärzte. Wir haben zu wenig Ärzte, weil wir irgendwelche Vorhalteleistungen, Arbeitszeitregulationen und so einfach kompensieren, indem wir mehr Leute ins System reingeben. Und es ist nicht richtig, dass man, wenn man das jetzt abdecken muss/ (...) man einfach mehr/ mehr Ärzte ins System reingibt. (...) Das/ und/ da/ vielleicht braucht es einen Teil mehr Ärzte, aber nicht einfach 100 Prozent mehr Ärzte. Man muss auch/ ja, und man/ und Sie sind auch relativ jung. Wenn ich das richtig verstehe/ (...) die Generation sucht nicht den Job/ auch langfristig nicht den Job, wo sie 80 Stunden arbeiten müssen, sondern sie werden nie eine Chefposition anstreben, wo/ (...) wo klar ist, dass sie rund 80 Stunden in der Woche arbeiten. Und trotzdem gibt's Leute, die Führungsanspruch haben und gerne Karriere machen würden. Und wenn das in der Ökonomie oder im Management oder in der Logistik oder in anderen Branchen möglich ist/ (...) coole Laufbahnen zu machen, wo man aber auch noch eine Familie haben kann nebensächlich? Wo die Frau auch noch etwas machen kann und arbeiten kann und so? Und nicht/ (...) weil moderne Systeme funktionieren ja nicht mehr so, dass ein Mann arbeitet und die Frau einfach daheim wartet, bis der Mann zehn Uhr nachts nach Hause kommt. Das ist alles vorbei! (...) Wo man moderne Zusammenlebensstrukturen auch/ (...) eben, wenn andere Gebiete das anbieten, dann gehen die jungen Leute auf diese Gebiete. Ist doch klar!  
#00:39:12-4#

I: Ja. #00:39:13-0#

T: Und wenn wir verharren in unseren alten Systemen, weil/ (...) weil die aktuellen Entscheidungsträger finden: Es ist so! (...) Ja? Dann/ (...) darum. Ja. Darum habe ich auch/ darum glaube ich auch, haben wir auch die Du-Kultur eingeführt im KSW.  
#00:39:29-9#

I: Ah, spannend! #00:39:31-2#

T: Also, das/ (...) die, die sagen, wie es am Spital läuft, inklusive der kulturellen Aspekte und der Strukturen, das ist die ältere Generation. Ü55 Männer. Das ist das Gros. Die sind sozialisiert vor 20, 30 Jahren. Und die haben die Werte von damals. Und das Gros der Leute in unserem Spital, in Ihrer Klinik, im ganzen USZ, im ganzen KSW, das sind vor allem Frauen. Und es sind jüngere Leute. Das Gros der Leute ist jünger im Gesundheitswesen. #00:40:09-4#

I: Ja. #00:40:09-8#

T: Und das Gros ist die Pflege und alles. Und wie wir zusammenleben, bestimmen zur Mehrheit eine Minderheit der älteren Generation. Und das ist das Problem an unserem Zusammenleben im Spital: Dass wir 20- bis 60-Jährige haben. Und in jeder Familie/ das kann man wieder selber nachdenken: Man ist froh, wenn die 20- oder 23-Jährigen dann langsam ausziehen. Oder? Weil/ (...) ja, also/ die Philosophien der Älteren und der jungen Erwachsenen gehen schon so ein bisschen auseinander. Und dann/ selbst wenn nicht eine fixe Partnerschaft und Ehe gerade bevorsteht, muss man sagen: Ja, es ist wohl auch ein bisschen Zeit, dass der Junge jetzt langsam (...) raus geht und/ und auch seine Ideen und sein Leben selber entwickeln kann. Oder? Aber/ und das hat mit Philosophien, mit Haltungen und all dem zu tun. Also, was alles normal ist! Aber in unserem Spital können wir nicht sagen: Wir schicken die Jungen in eine andere Umgebung! Die arbeiten bei uns! Mit uns! Da/ (...) da können wir die nicht einfach weg schicken! Sondern/ (...) und die allermeisten sind jung. Und darum müssen wir doch überlegen: Für wen machen wir die Kultur von einem Spital? Für wen/ wer/ (...) wer muss sich wohl fühlen? Wohlfühlen? Das Gros? Wenn das Gros sich wohlfühlen soll, muss man etwas haben, das den mittleren und jungen Leuten auch eine gute Identifikation gibt. Und in diesen Geschichten denke ich halt. Und darum, habe ich das Gefühl, können wir hier auch als Spital noch einiges entwickeln. Und ich möchte natürlich einen Marktvorteil gegenüber den anderen Spitälern haben. Und der Marktvorteil, den ich sehe, ist ein kultureller, wenn wir eine kulturelle Umgebung machen, die cooler ist, um zu arbeiten, als in einem anderen Spital? Dann wollen die Leute zu uns kommen. #00:42:08-8#

I: Ja. #00:42:09-2#

T: Und dann will ich eben wieder die besten. Ich möchte auslesen können! Und ich möchte aus den Schweizer auslesen können. Und für das muss ich attraktive Arbeitsplätze schaffen. Und das hat auch mit Kultur zu tun, glaube ich, zu einem grossen Teil, weil am USZ und am KSW und so/ im Kanton? Das Lohnniveau? Klar kann das/ das ist ein bisschen unterschiedlich, natürlich, aber die meisten Leute können gut leben von unserem Lohn, auch die Pflege. Und der Entscheid, wo man arbeitet, hat über kurz oder lang sicher auch mit dem ganzen Befinden am Arbeitsplatz zu tun, vor allem langfristig. Oder? #00:42:45-6#

I: Ja. #00:42:46-1#

T: Wenn Sie/ wenn wir einen Groove hinbringen, dass es einfach cool ist, an dem Ort zu arbeiten, dann werde ich mehr Leute haben um auszuwählen. Und wenn ich PA mache? Da kommen einfach dauernd Leute sich bewerben. Da kommen einfach Leute in das System rein und viele wollen/ (...) wissen Sie, Sie qualifizieren nicht für PA, aber es gibt einen Groove, dass sich etwas bewegt und etwas tut für die jungen Leute. Und die müssen Sie in Ihr Unternehmen reinholen. Und bei den Assistenten auch. Da hat es jetzt/ haben wir solche, die/ von Nicht-Ärzten geredet, aber ich glaube, bei den Ärzten ist das genau das Gleiche. Wir müssen den Jungen das Gefühl geben: Das ist mega cool. Und es ist nicht nur cool, sondern es stimuliert sie intrinsisch, dass sie hier Vollgas geben. Mich interessieren die, die Vollgas geben.

Und die, die sich auch irgendwie mit Haut und Haar natürlich/ die da mega sich ein-geben! Aber es ist nicht nur rein die Arbeitszeit, dass man zu jedem Tag- und Nacht-punkt dem einfach sagen kann: Jetzt bist du da, jetzt machst du das und jetzt tust du das! Sondern/ (...) es muss eine intrinsische Motivation sein. Und nicht einfach die Abhängigkeit, weil/ (...) wenn man habilitieren will, dann musst du dem einfach in den Arsch kriechen bis/ (...) weiss nicht wie lange. Oder? #00:44:10-5#

I: Ja. #00:44:11-1#

T: Aber/ (...) ja, das sind Haltungen und Philosophien. Und mit dem beschäftige ich mich in meinem Umfeld und probiere, meinen Einfluss in die Richtung zu bewegen. Und das ist tatsächlich (unv. #00:44:23-6#), darum führe ich es auch so aus und da-rum habe ich mir auch schon/ dauernd oder viele Gedanken darüber gemacht. Aber ich weiss, wie schwer es ist, das aufzubrechen. Auch bei uns. Wir sind überhaupt nicht optimal. Es gibt noch so viel zu tun! Aber das ist meine Mission! Meine Vision ist es, sich in die Richtung zu bewegen. Und wie viel man von der Vision umsetzen kann, weiss ich natürlich auch nicht. Aber es ist besser, mit Visionen zu schaffen als mit Zielen. Weil ich glaube, dass eine Vision/ da sind Sie immer im Positiven. Wenn wir uns eine Vorgabe machen, was wir für eine Vision, eine Lebensvision oder eine Vision für eine Klinik/ dann sind Sie eigentlich mit jedem Schritt, die Sie in die Rich-tung machen, sind Sie im Positiven. Wenn Sie das Ziel haben, Champions League zu spielen/ (...) dann sind Sie dauernd im Negativvergleich zur Champions League. Dann spielen Sie einmal erste Liga, dann spielen Sie einmal noch Schweizer/ Natio-nalliga B und dann spielen Sie beim FC Zürich. Und jeder andere hat das Gefühl: Su-per, du spielst ja beim FC Zürich! Aber selber ist man gar nicht zufrieden, weil man die Champions League will. Man ist immer noch negativ. Und sobald sie ihr Ziel er-reicht haben, müssen sie ein neues Ziel setzen. #00:45:42-9#

I: Ja. #00:45:43-4#

T: Obwohl ich ja auch ein Mensch bin, der Ziele setzt/ in meinem Leben gesetzt habe, aber ich komme mehr dazu, mit dem Team oder auch selber/ (...) gerade in ei-nem kulturellen Aspekt, wo Sie merken: Manchmal ist es sehr schwierig, etwas zu verändern! (...) Mich mehr/ mehr als Visionen zu formulieren, wie man sich bewegen möchte. Da kann ich viel positiver sein, auch mit kleinen Schritten. Und wenn ich mir ein Ziel setze, das ich am Schluss nicht erreiche, dann habe ich über zwei, drei Jahre daran gearbeitet. Und am Schluss habe ich das nicht erreicht? Also negativ. Wenn ich aber eine Vision habe, kann ich sagen: Ich habe sie nicht ganz erreicht, aber das, das und das habe ich in die Richtung getan. Ich habe einen Teil erreicht. Und von so einer Vision kann ich das viel besser sagen. So in dem Sinn versuche ich mich/ ver-suche ich mich zu bewegen. Und darum auch an Sachen zu arbeiten wie kulturell, wo man sagen muss: Das hat jetzt mit ganz viel Frust zu tun und darum brauchen Sie, wenn Sie kulturell arbeiten, auch eine hohe Frustrtoleranz, ein Team, das immer wieder mitspielt, Leute, die/ (...) die eine ähnliche Sprache reden. Das kann klein sein, ein Stab sage ich dem, der in die gleiche Richtung geht und einem gegenseitig wieder aufstellt und eben/ (...) merkt: Hey, hier hat es eine Wand, jetzt müssen wir ein bisschen links, ein bisschen rechts, jetzt müssen wir über die Wand. Manchmal



müssen wir auch wieder einen Gang zurück, eingestehen, dass nicht alles geht. Und so weiter. So sehe ich das führungstechnisch. Und wie ich das Gesundheitswesen beeinflussen möchte in meinem/ in meinem Umfeld. #00:47:18-7#

I: Ja. Vielleicht/ vielleicht noch kurz so Mann und Frau. Sie/ also, das habe ich auch spannend gefunden, dass man sich das eigentlich so aufstellen muss/ (...) das sind junge Leute und das sind weibliche Personen. #00:47:30-7#

T: Genau. #00:47:31-7#

I: Ich sehe das auch bei den Ärzten. Ich habe die Zahlen nicht auswendig im Kopf, aber die Studenten oder Studentinnen jetzt sind in der Überzahl. #00:47:39-8#

T: Ja. #00:47:40-6#

I: In der Chirurgie wird ja/ ich sage auch immer, das ist auch immer so ein bisschen so das Vorurteil: Ja/ (...) Familie und Chirurgie oder so? Das geht nicht. Finden Sie das auch? Oder müsste man auch dort etwas machen? Es geht auch wieder ins Teilzeit rein. Oder wenn jemand schwanger ist, dann fällt die Person aus für sicher einen Moment. Und dass nicht/ die nicht aus dem System fallen, weil es dann heisst: Gut, jetzt/ jetzt fehlst du ein Jahr, oder ein halbes Jahr/ (...) oder einfach so? #00:48:09-4#

T: Ja, das ist natürlich/ (...) also, erstens muss man überlegen: Wieso hat es weniger Männer, die Medizin machen? Und Chirurgie auch? Das hat mit der Attraktivität zu tun. Weil die Männer/ es hat ja gleich viel Männer wie Frauen, sagen wir mal. Also, andere Jobs sind offenbar attraktiver für Männer. Punkt. Wieso? Dort ist die Analyse. Und dort müssen wir uns am Kragen nehmen, wenn wir attraktive Konzepte haben für Männer und für Frauen. Und/ (...) und für Frauen, weil viel mehr Frauen kommen, aber wir müssen uns eigentlich auch hinterfragen, dass wir wieder Männer in das System reinbringen. Also müssen wir attraktive Konzepte schaffen. Es müssen Teilzeit-Konzepte sein, sonst geht es ja/ (...) geht es ja nicht mehr. Es gibt Bereiche, die schwieriger sind als andere. Ganz sicher! (...) Eine Transplantationschirurgie ist wahrscheinlich schwieriger Teilzeit. Und/ weil es einfach/ weil es da noch viel mehr Flexibilitäten und Notfallsituationen gibt. Aber ehrlicherweise kann man auch einen Notfall im Schichtbetrieb betreiben. Also, auch ein Notfallarzt hat eine Schicht. Und der kann die Schicht machen. Und dann hat er eine andere Schicht, wo er frei hat. Also/ (...) ich/ wir sind alle aufgefordert, Teilzeitmodelle anzubieten. Und natürlich auch andere, im Wissen, dass nicht alles gleich gut geht. Das hat auch/ also, Bauchchirurgie geht auch in Teilzeit, aber es gibt Handchirurgie, es gibt ambulante Sachen, die man ambulant behandeln können, die sicher besser gehen in Teilzeit als/ (...) als die komplexeren Eingriffe. Aber auch bei den komplexeren Eingriffen, ist es so: Sie können heute einem Arzt/ heute ist Freitag oder Donnerstag sagen: Am Wochenende komme ich nicht auf Visite. Da kommt ein anderer. Und das Leben geht weiter. Die Patienten von heute checken das auch. Aber das wäre vor 20, 30 Jahren/ ist es nicht denkbar gewesen, dass ein Chef nicht auch am Samstag und Sonntag seine

Leute visitiert. Ich glaube, wir müssen einfach an diesen Konzepten weiterarbeiten. Und sonst können wir unsere Aufträge nicht erfüllen. (...) Ja. #00:50:33-7#

I: Okay. #00:50:42-2#

T: So sehe ich das. Und für Frauen? Es gibt gar keine/ ich meine, Frauen nicht reinzunehmen, dann werden die wieder schwanger und so? Ich meine, was soll das? Da müssen wir darüber hinweg. Wir können uns schon über das aufhalten, aber dann kommen wir nirgends hin. Das ist eine Tatsache. Wir müssen damit arbeiten und wir müssen das integrieren. Und wenn wir das gut integrieren können/ ich sage Ihnen, die PAs, die man gemacht hat? Für die habe ich persönlich gekämpft, dass sie nach der Schwangerschaft wieder arbeiten kommen. Weil die haben wir ausgebildet! Die wollen wir! Wenn die kommt, habe ich eine Entlastung! Also, sie soll bitte wieder kommen. Und wenn sie halt 50 Prozent kommt, 50! Aber ich will sie wieder! Also/ (...) ja, und da hat natürlich viel/ da hat auch die Pflege noch ein Problem, weil die verlieren viel zu viele Leute, die dann Kinder haben und Familie und dann so aus dem System fallen. Es gibt ganze Pflegeeinheiten, die nur 100-Prozenter anstellen, die keine Möglichkeit haben, wenn eine Mutter Kinder hat, in einem Teilzeitkonzept anzufangen. Dann heisst es zuerst einmal: Wenn du bei uns auf die Pflege willst, musst du zuerst drei Monate 100 Prozent arbeiten. Die/ wenn eine kleine Kinder hat, geht das nicht! (...) Da scheiden einfach ganz viele Leute aus und bleiben dann/ machen halt einen anderen Weg, dann gehen sie halt Kinder hüten oder einfach andere Sachen machen. Und sie sind hochqualifiziert, sie sind Pflegeleute. Aber wir haben das System nicht bereit, um die wieder reinzunehmen. Da müssen wir uns/ das ist an uns! Und da hat's noch Luft! #00:52:16-1#

I: Ja. #00:52:16-7#

T: Unsere TOAs, habe ich kürzlich herausgefunden, die wollen nur Leute, die 100 Prozent angestellt sind. Auf der Abteilung haben wir eine Pflege/ also, meine Pflege hier auf der Chirurgie, die sagt: Wir arbeiten schon lange mit Teilzeit. Wir wollen die alle im System behalten, 20, 30 Prozent. Jetzt sind wir am Schaffen von neuen Modellen, zum Beispiel. Am Abend. Nicht im vollen Dienst sondern halbe Dienste, zum Beispiel bis um sieben oder acht. Da hätten wir eben/ wären wir froh, hätte es da noch Manpower. Jetzt sagt ein Operations-TOA/ sagen wir: Ja, nein! Das kann man nicht machen! Wenn ich eine zweite Schicht brauche, musst du bis zehn operieren! Dann geht das wieder auf! Die Abteilung sagt aber: Also, wir haben kein Problem mit diesen bis um acht. Weisst du, ich habe viele so Teilzeiter, die dann eben Mütter sind und froh sind um Vier-Stunden-Einsätze. Die kann ich da tiptop vier Stunden einsetzen. Aber im gleichen Haus, habe ich gemerkt: TOAs/ (unv. #00:53:09-3#) wir haben irgendwie 60 oder weiss nicht wie viel TOAs. Die sind grundsätzlich von der Führungsebene: Nur 100 Prozent. (...) Da müssen wir von einander lernen, verdammt nochmals! Und auch in unserem Haus immer wieder! Also, das/ da/ (...) da hat es noch Luft im System. Und/ aber wir müssen einiges aufbrechen. Und es braucht Flexibilität. Und wir müssen auch die Ansprüche, die wir haben, ein bisschen anpassen. Oder die Kontinuität. Das ist natürlich immer/ ist ein Problem, dass/ Diskontinuität da

ist, hat das natürlich eine Fehlerquelle drin, braucht Rapporte, braucht gute Kommunikation, also es ist/ es braucht viel, um Teilzeit einzuführen! Und auch/ auch das Verständnis, dass Teilzeiter und Vollzeiter nicht aufeinander losgehen. Es ist mehrschichtig. Aber für mich gibt's gar keine andere/ gibt's keine andere/ dort muss man ansetzen, gerade bei einer Pflege, zum Beispiel. Sie wollen mehr Pflegende ins System bringen? Wir müssen die Jobs attraktiv machen! Wir müssen die Weiterbildung, die Ausbildung attraktiv machen, damit die jungen Leute in den Job reingehen wollen. Das hat nicht nur mit Geld zu tun, sondern das hat mit/ (...) mit Inhalt von/ und Struktur und Weiterbildung zu tun. Ja. (...) Und ich glaube, die Leute sind immer noch bereit, viel zu arbeiten, viel zu geben, aber sie brauchen eine Sinnhaftigkeit. Sehr direkt. Sie können nicht einfach Dreck fressen, Dreck fressen: Ja, irgendwann in zehn Jahren bekomme ich dann die Habil dafür, darum lasse ich mich jetzt einfach ver-sklaven! Das machen die Leute nicht mehr so gleich mit. Glaube ich. #00:55:02-6#

I: Ja. (...) Ja, das ist sehr spannend! #00:55:10-0#

T: Ja. #00:55:10-4#

I: Und das mit dem Lohn oder mit dem Geld kann ich eigentlich so ein bisschen bestätigen. Das habe ich in Interviews auch so abgefragt. Natürlich ist es eine Komponente und es ist auch/ #00:55:21-0#

T: Ja. #00:55:21-3#

I: In/ (...) also, ich habe das auch im Studium gehabt, Verhaltensökonomik/ der Lohn ist einfach so ein KO/ (...) es darf nicht zu tief sein, aber wenn das einen Level erreicht, wo man zufrieden ist, ob man dann/ ich sage jetzt, ob man 10'000 mehr oder weniger oder so? Das ist den Leuten egal. #00:55:37-5#

T: Ja. #00:55:38-4#

I: Dann wollen sie Freude haben, wie Sie das eben gesagt haben, und den Sinn sehen. Und das sind halt vielleicht auch noch andere Mechanismen von früher/ oder? Und/ wo die Leute einfach sagen: Ja, ich brauche gar nicht 100 Prozent Lohn, es reichen mir 60. Ich will lieber noch ein/ ein Projekt haben oder Familie/ #00:55:57-8#

T: Ja. #00:55:58-3#

I: Und die Partnerin oder der Partner arbeitet auch noch. Und dann kommt man zusammen vielleicht auf mehr, als wenn nur einer 100 würde. Oder? #00:56:07-6#

T: Genau. Und solche Leute muss man aus meiner Sicht auch beabsichtigen anzubinden und zu haben. Wenn wir auf die verzichten wollen, glaube ich, ist das keine gute Lösung. Weil das ist ein Konzept, das mehr und mehr kommt. Und Sie können auch eine von diesen älteren Generationen/ die auch fragen/ (...) der hat dann eigene Kinder, die genau in dem drin sind. Und wenn Sie dann eine Tochter haben? Also, ja/ (...) dann wünschen/ die dann noch eine Ausbildung gemacht hat, oder? Dann wünschen Sie der auch, dass sie drin bleiben kann und dass sie nicht als Nächstes/ (...) ja, in ein Modell reingeht, alles einfach auf der Seite lässt und der Mann arbeitet 130 Stunden oder 100 Stunden und sie hat/ sie hat/ (...) sie wünschen diesen allen, ob Mann oder Frau, dass sie sich entwickeln können, aber vielleicht doch in einem gewissen Moment auch eine Familie haben können. Und dass die nicht drauf geht! Und integriert bleibt im Arbeitsleben! Also, bei jedem, der Ihnen nahe steht, wünschen Sie das, also müssen wir als Arbeitgeber da doch auch versuchen, das zu schaffen, also die Strukturen dazu zu schaffen. #00:57:24-5#

I: Ja, ja. #00:57:25-2#

T: Und das ist eigentlich/ also, wenn man sich dem/ die Augen da zu tut, dann glaube ich, hat man einen Marktnachteil, wenn es daneben andere hat, die das anbieten. Das sehe ich so. Wenn ich das Gesundheitswesen anschau, glaube ich, dass ich einen Marktvorteil machen kann durch die Kultur. Das glaube ich wirklich. Und das finde ich eine faire Art in einem Konkurrenzkampf. Ich werbe nicht Leute ab oder irgendwie zahle ihnen einfach so und so viel oder biete ihnen ein Einzelbüro oder was auch immer, sondern ich/ ich glaube, wenn/ wenn man über die Kultur einen Vorteil macht, ist der erstens nachhaltiger, weil die anderen nicht auf Knopfdruck sagen können: Gut, was machen wir auch! (...) Sie können auf Knopfdruck mehr zahlen, sie können auf Knopfdruck ein Geschäftsauto geben oder irgendwie so etwas. Aber sie können nicht die Kultur auf Knopfdruck ändern. Wenn man das checkt? (...) Ich glaube, über das werde ich mich innerhalb vom Gesundheitswesen positiv positionieren. #00:58:34-7#

I: Ja, ich glaube, das sind auch/ das ist schön zu hören. Und was ich halt auch schön finde oder/ jetzt eben, das sind fast 30 Interviews, und es hat keine einzige Person gesagt, dass es nicht geht. Also, alle haben eigentlich gesagt: Es geht. Es sind viele Faktoren. Es sind viele Kulturwechsel. Und vielleicht braucht es auch einfach vielleicht Zeit, bis eben/ die nächste Generation oder so. Aber das/ (...) das ist ja auch eigentlich positiv zu hören. Da haben wirklich alle gesagt: Doch, es würde sicher gehen. Es geht schon. Es hat einfach noch niemand, sage ich, den Code geknackt oder so. Ja. #00:59:16-1#

T: Ja. Ich glaube, man muss es einfach machen. #00:59:19-2#

I: Ja. #00:59:19-6#

T: Und man muss es einfach zulassen und machen. Und bei der Wahl der Leute, vor allem im/ in jedem Job, aber gerade bei den Ärzten: Man qualifiziert sich für höhere

Jobs durch Fachkompetenz. Und was Sie dann brauchen, um so etwas zu entwickeln, ist Führungskompetenz und strukturelle Kompetenz und Organisationskompetenz. Und soziale Kompetenz. #00:59:42-4#

I: Ja. #00:59:42-9#

T: Dann können Sie das aufbrechen. Aber wir werden meistens über Fachkompetenz befördert. #00:59:47-7#

I: Ja. #00:59:48-2#

T: Wir sind/ (...) und darum, in den Wahlkommissionen sind genau/ also, ich meine, da kann die Uni (unv. #00:59:56-1#) rennen, da wird/ die Forschungskompetenz ist die höchste! Die bekommen die höchsten Jobs. Oder? #01:00:02-1#

I: Ja, ja. #01:00:03-1#

T: Und/ also, am Schluss, wenn Sie so Strukturen/ wenn da/ das kann man nicht mit der Forschungskompetenz machen, das braucht die anderen Aspekte. #01:00:11-4#

I: Ja. #01:00:11-8#

T: Und das muss/ das kommt eben halt auch sehr darauf an, was für Leute in welche Positionen rein kommen. #01:00:19-1#

I: Ja, ja. #01:00:20-8#

T: Ja. #01:00:21-2#

I: Super! #01:00:22-0#

T: Ich muss schon bald in die nächste Sitzung. Wenn Sie noch mehr Informationen brauchen, müssten wir sonst noch einmal abmachen! #01:00:28-3#

I: Nein, das ist super. Das Ziel ist jetzt eben die 30 Interviews zu transkribieren, mal erste Schlüsse heraus zu ziehen. Und wenn etwas fehlt oder so, komme ich sehr gerne nochmals auf Sie zurück. #01:00:40-9#

T: Dann machen Sie doch einfach nochmals einen Termin. Sie können Frau (unv. #01:00:42-5#) anrufen und mit ihr nochmals einen machen, dann können wir nochmals telefonieren. #01:00:45-4#

I: Ja, super! Vielen Dank! #01:00:47-6#

T: Super! #01:00:50-3#

I: Das war sehr spannend und/ (...) ja. #01:00:54-3#

T: Ich bin gespannt, was heraus kommt! #01:00:54-3#

## Interview 25

B: Also, ja genau, also ganz kurz./ #00:00:06-6#

I: Genau. Es geht darum, dass ich für meine Dissertation so ein wenig Arbeitsorganisation vor allem in chirurgischen Kliniken mittels qualitativen Methoden, also mittels Interview untersuche und mache dazu ja/ also interviewe männliche und weibliche Ärzte oder Ärztinnen ein wenig zum Arbeitsalltag, damit man einfach / also im Endeffekt geht es um Work Life Balance, das Arbeitszeitengesetz, Gleichberechtigung, vor allem auch mit Ausbildungsthemen, wo man sagt/ dass wenn jemand Familie hat und nur noch 80% arbeitet, ob er dann noch die gleichen Chancen hat, wie jemand, der 100% arbeitet. Es geht ein wenig darum. #00:00:53-3#

B: Ja. Ja, also eben ich bin gar nicht sicher, ob ich die richtig Person bin, aber ja (lachend). #00:01:02-0#

I: Ja, also. / #00:01:03-2#

B: Ich bin ja da ein wenig reingerutscht. #00:01:04-5#

I: Ja, also, es kann/ das sagt fast jeder. Es sind jetzt trotzdem schon 26 Interviews zustande gekommen. Ich würde doch sagen, dass ich einfach mal anfangen und Sie können dann ein wenig erzählen und wenn Sie dann in den OP müssen, dann ist es dann so. #00:01:19-5#

B: Ja, genau probieren wir einfach. Sie können einfach anfangen. #00:01:21-1#

I: Ja, genau. Vielleicht am Anfang gerade als Erstes: Ein typischer Arbeitsalltag, wie sieht der bei Ihnen aus? #00:01:29-8#

B: Also das ist schwierig. Ich arbeite Teilzeit und es ist jeder Tag anders. Ich arbeite teilweise nur den halben Tag und teilweise den Ganzen. #00:01:35-8#

I: Ja./ #00:01:37-5#

B: Genau. Und darum, also/ ich arbeite vor allem im ambulanten Bereich. Ich mache eigentlich wenig stationär, ausser jetzt (unv. #00:01:45-6#) , aber auf der normalen Abteilung schauen andere, die halt Kontinuität haben. #00:01:50-6#

I: Ja. #00:01:51-5#

B: Und ich mache vor allem den ambulanten Bereich und Teaching. Genau.  
#00:01:57-2#

I: Okay. Sie haben gesagt Teilzeit. Darf ich fragen in welchem Pensum? #00:02:03-3#

B: 60. #00:02:04-9#

I: Okay und finden Sie das ist ein gutes Pensum, dass Sie, das was Sie?/ #00:02:10-1#

B: Für mich, ja. #00:02:10-4#

I: Ja. #00:02:11-4#

B: Ich finde es super. #00:02:14-3#

I: Und so ein wenig die Vor- und Nachteile, oder? Also ich nehme an, dass 60% aufgrund von einer Familie, die Sie haben? #00:02:21-4#

B: Ja, genau. Ja, ja genau. Das ist aufgrund der Kinder, arbeite ich 60. Der Vorteil ist, dass ich mit 60% dabei bleibe sicher und aber auch zuhause auch präsent bin. Der Nachteil ist ganz klar, dass ich nicht die gleichen Karrierechancen habe. Auch bewusst, also das ist auch logisch. Das ist für mich auch klar. Diesen Abstrich mache ich bewusst mit meinen 60% . #00:02:43-0#

I: Ja, und also wenn Sie jetzt sagen "Karrierechancen"/ also wieso ist es denn so?Einfach weil Sie weniger Zeit für den OP haben, oder? #00:02:53-7#

B: Also das ist abhängig davon, wie man es sieht. Ich habe mich für mich gut positioniert. Ich finde das tip top so, weil ich habe auch einen Zusatztitel gemacht mit meinen 60%. Das war alles möglich, aber natürlich die grossen Eingriffe, dort bin ich zu wenig da. Und zeitlich zu unflexibel. Das muss ich ganz klar sagen. Das wird nicht daran liegen/also mein Chef würde mich fördern. Also es ist nicht das. Aber es geht darum, dass ich nicht kann. Ich kann halt dann nicht spontan bis um 8.00 Uhr bleiben. Das ist unmöglich. Ich muss dann halt gehen. Und darum. Aber diesen Abstrich mache ich bewusst. #00:03:31-5#



I: Wenn Sie sagen, dass Sie die Unterstützung vom Chef hätten. Wie sieht das im Team aus? Ist das auch kein Problem? Ich weiss nicht wie das aussieht mit Diensten. #00:03:42-3#

B: Mache ich keine. Das ist/ als Einzige. Das lampt manchmal etwas raus, aber ich habe das halt mal so ausgehandelt, aber ich mache dafür auch ganz bewusst andere Jöbli, die niemand will. #00:03:58-6#

I: Okay. #00:04:00-2#

B: Intern, wo ich das wirklich bewusst mache, weil ich ja keinen Dienst mache. Es gibt ja immer wieder Bereiche, die niemand machen will, dann nehme ich das den anderen bewusst ab. #00:04:12-3#

I: Ja, okay. Also, dass Sie so ein wenig das zurück geben, dass Sie nicht so wählerisch sind bei den Aufgaben und sagen: "Okay. Ich habe jetzt den Vorteil/ Oder ich darf mir rausnehmen, dass ich keinen Dienst habe zum Beispiel. Dafür mache ich etwas, worauf die anderen vielleicht nicht so Lust haben?" Ein wenig so? #00:04:30-9#

B: Ja, genau absolut. Ja, also das ist jetzt nicht so eine Liste, die die andere führen und sagen "So, jetzt muss du aber noch das machen, sonst ist es immer noch nicht fair," Aber ich denke für mich selber als Gerechtigkeitsempfinden und sodass die anderen merken "Ah ja stimmt, sie macht ja dafür noch das und das." Genau. #00:04:49-2#

I: Ja, okay. Sind Sie die Einzige in Ihrem Team oder im Departement, die Teilzeit haben oder ist das so ein wenig gang und gäbe? #00:04:57-0#

B: Also ich bin nicht die Einzige. Wir haben mehrere Teilzeitler. Also relative viele eigentlich. Ehrlich gesagt. Diejenigen, die so chirurgisch voll dabei sind und so arbeiten, arbeiten aber alle 80%. #00:05:11-9#

I: Ja. #00:05:14-6#

B: Und dann haben wir noch ein paar niedrigere Prozent, welche halt beispielsweise nur rasch Spezialsprechstunde abdecken oder so. Das haben wir schon auch. Ich bin eigentlich die Einzige, die ein wenig/ ich bin wie ein wenig zwischendrin. Zwischen diesen zwei. Genau. #00:05:24-9#

I: Ja. Inwiefern spielt die ganze Forschung eine Rolle? Liegt das auch noch drin oder ist das im Moment? #00:05:39-2#

B: Es ist nicht mein Weg. Also es interessiert mich nicht. Ich sage es so, wie es ist. Ich bin sehr interessiert an der Lehre und habe auch den klinischen Dozent zusätzlich gemacht. Engagiere mich sehr für die Lehre. Bin auch intern für die Weiterbildung, als die stellvertretende Weiterbildungsverantwortliche von der ganzen Klinik zuständig. Kümmere mich um die Assistenten, Unterassistenten. Teaching, Docs (unv. #00:05:59-8#) Projekte. Dort bin ich sehr aktiv, aber nicht auf dem Weg PD. Ich habe den KD Weg eingeschlagen und habe den Titel mittlerweile seit über einem Jahr. #00:06:11-0#

I: Ja super. Und inwiefern sind so Neumodelle wie Homeoffice oder Digitalisierung/ Hilft Ihnen das jetzt mit 60% trotzdem im klinischen Alltag zurechtzukommen oder müssen Sie auch viel zuhause machen? Oder wie? #00:06:30-6#

B: Also es hilft sicher, doch. Als mir hilft es, wenn ich mich auch von zuhause einloggen kann. Dass ich pünktlich gehen kann und dann zum Beispiel am Abend auch noch Berichte korrigieren kann. So Dinge, bei denen es halt egal ist, ob ich sie jetzt mache oder um 10.00 Uhr. Hauptsache irgendwann ist es gemacht. Doch das hilft sehr. #00:06:48-7#

I: Ja. Und ist da auch/ der Arbeitgeber oder der Chef auch/ Unterstützt er das, dass man Homeoffice ermöglicht, dass man die technischen Mittel nutzen darf? #00:07:00-8#

B: Hm, ja es ist so. Also dann, wann die Arbeitszeiten sind, dann hat man schon da zu sein. Sonst kriegt man ja gar nichts mit. #00:07:07-8#

I: Ja. #00:07:08-5# #00:07:08-6#

B: Aber man darf die Zeit, wenn man jetzt am Tag nicht fertig wird oder ich mache jetzt ein Beispiel./ Ich möchte jetzt, weil irgendetwas bei den Kindern speziell ist, um halb fünf gehen und diktiere dafür halt zwischen zehn und halb elf Berichte, kann ich das einfach um halb fünf dazuschreiben. Diese Stunde. Also die wird mir schon angerechnet, aber es wird nicht gern gesehen, dass/ also das würde ich auch nicht wollen, weil dann verpasse ich ja etwas/dass ich jetzt um 10.00 Uhr nach Hause gehe und Homeoffice mache. Das ist/das ist zum Beispiel nicht akzeptiert. Aber wenn man nicht fertig wird oder früher geht, das darf man. #00:07:43-2#

I: Aha, so. Also dass man einfach schon/ Dass man diese 60%, die eh schon reduziert sind, muss man schon anwesend sein, aber es ist ja nicht nur vom Geschäft sondern weil auch Sie sagen, sonst /.#00:07:56-2#

B: Sonst bekomme ich gar nichts mit. Sonst bin ich nicht vor Ort und so. Genau. Also diese 60 sollte man anwesend sein. #00:08:02-1#

I: Ja, okay. Und inwiefern hat es vielleicht andere Berufsgruppen, die Sie unterstützen? Also ich spreche jetzt/ Also es kommt ja immer mehr auf, dass man so Physician Assistants oder Clinical Nurses oder so Personen einbindet? #00:08:22-0#

B: Ja, ich arbeite sehr eng mit ANPS zusammen. Also das ist bei mir fix eingeteilt. Ja, genau. Wir sind/also in unserem Team ist das präsent , ja. Und sehr hilfreich. #00:08:34-4#

I: Okay. Und das heisst, also, die sind einfach da und versuchen so viel abzunehmen, wie es geht. Oder wie muss man sich das vorstellen? #00:08:41-8#

B: Ja, bei uns/. Nein. Bei uns ist es ein wenig anders. Also wir machen häufig zusammen Sprechstunde, aber wenn Sie Begleitung brauchen – die Eltern, also komplexe Dinge oder Anleitungen, dann übernimmt das die ANP. Also wenn dann die Eltern Fragen haben oder Zeug, dass es dann primär über die ANP läuft und sie dann bei uns nachfragen, wenn Sie nicht weiterkommen. Also sie nehmen dann viel von diesen Dingen ab. #00:09:11-2#

I: Ja, mhm. #00:09:12-6#

B: Und man muss klar sagen, dass es dort sehr hilft, in dem Bereich. #00:09:16-7#

I: Ja. Und Sie haben jetzt gesagt. So Karriere, also, dass Sie bewusst dort/. Also ich muss vielleicht trotzdem nachhaken. Also haben Sie/finden Sie trotzdem, dass Sie immer noch eine gute Chance dazu haben, das zu erreichen, was Sie wollen oder mussten Sie sich wie entscheiden oder geht das parallel gut nebeneinander? #00:09:38-6#

B: Also ich muss sagen, dass ich persönlich das machen kann, was ich will und also da habe ich wieder grosses Glück, das muss ich sagen. Da wird man gut unterstützt, eigentlich. Es braucht natürlich wie immer Eigeninitiative und jemand (unv. #00:09:56-1#). Aber ich kann mich so verwirklichen, wie ich das möchte und ich habe auch volle Unterstützung beispielsweise ist gerade der KD eine gute Unterstützung. Also da habe ich volle Unterstützung, das ist gar kein Problem. #00:10:11-1#

I: Ja, wünschen Sie sich, dass man/dass man hier noch mehr Bestrebungen macht auch um/ Es müssen ja nicht nur Frauen sein, es können ja auch Männer sein, die zuhause sein möchten oder zuhause bleiben möchten. Oder finden Sie, dass es relativ gut abgedeckt ist, so wie es im Moment ist? #00:10:31-1#

B: Nein, es gibt sicher Raum nach oben, das muss ich schon sagen. Also man ist halt schon/also man ist halt ein wenig Einzelkämpfer. Das ist so und ich glaube aber nicht, dass das Spital an sich etwas dafür kann. Also grundsätzlich die Gesellschaft, also solche Dinge oder bei uns im Kinderspital ist halt der Kitaplatz/ also meine Kinder sind schon grösser./ Es ist nicht mehr gerade mein Thema, aber der Kitaplatz ist nicht subventioniert. Im USZ ist er wenigstens einen Teil. Also eine Zeit lang habe ich weniger gearbeitet, dort habe ich eigentlich die Kita mit meinem Lohn finanziert und das finde ich schon nicht richtig, aber da ist nicht in diesem Sinn meine Abteilung, mein Chef schuld. Gut mit dem Subventionieren kann man noch diskutieren, aber ich glaube als Gesellschaft./ #00:11:18-0#

I: Also müsste da auf gesellschaftlicher Ebene auch Bestrebungen geben, dass man das einfach grundsätzlich besser / Also/Nicht nur im ärztlichen Bereich sondern grundsätzlich. Es kann ja auch/. #00:11:31-1#

B: Ja, grundsätzlich genau. Einfach das Schulsystem. Halt alle diese Punkte, oder? #00:11:36-6#

I: Mhm. Okay. Wenn Sie/wie ist die Arbeitsbelastung oder die psychische Belastung für Sie? Ist diese normal oder wird diese besser oder schlechter? Es sind ja trotzdem zwei Dinge, welche man so ein wenig nebenbei managen muss? #00:11:57-3#

B: Also, es ist sicher mehr. Das ist für mich keine Frage. Das empfindet vielleicht nicht jeder gleich. Keine Ahnung. Aber ich finde die Belastung ist gross. Also das so zu machen, in einem chirurgischen Fach noch zu versuchen irgendetwas zusätzlich zu machen in einem universitären Setting oder noch ein wenig karrieremässig dabei bleiben, à jour bleiben, vielleicht auch noch mal ein neues Projekt anreissen oder so/mit Kinder in Teilzeit ist die Belastung sehr gross. Es ist aber auch toll, es ist lässig, ich genieße es, dass ich beides machen kann. Aber es ist schon streng. Keine Frage. Finde ich. #00:12:37-2#

I: Aber, also/So wie ich es jetzt interpretiere ist es eher positiv, also Sie wollen beides und sind vielleicht auch eher der Typ, der so high-performing-mässig unterwegs sein möchte und dann geht es auch, aber es ist streng. Aber es geht. So? #00:12:58-1#

B: Genau würde ich so sagen und ich muss auch sagen, wir in diesem Bereich sind alle in einer privilegierten Situation, dass wir eigentlich alle finanziell/also, wenn ich jetzt nicht mehr könnte, könnte ich es ja ändern. Ich bin ja nicht in dieser Lage/klar

wäre es dann anders oder so , ich hätte dann sicher weniger Geld zur Verfügung, logisch. Aber es würde mir nicht an meiner Existenz etwas machen. Diese Sorge haben wir ja meistens ganz glücklicherweise nicht. Ich könnte ja, wenn ich sage: " Ich mag so nicht mehr" könnte ich reduzieren und es würde trotzdem gehen. Und es ist ja schon machbar, aber das ist ja auch von mir gewünscht. Also man kann auch sagen selber schuld, weil ich will das ja so. #00:13:40-7#

I: Ja genau. Und wenn die Belastung so hoch ist, wo sehen Sie die Herausforderungen, wenn man diesen Weg, den sie eingeschlagen haben, einschlägt? #00:13:51-4#

B: Immer zeitlich. Immer Termine. Immer die Uhr. #00:13:55-7#

I: Mhm. #00:13:56-8#

B: Also meine Challenge ist die Uhr. Genau. Das ist wirklich so. Würde ich jetzt sagen. Die Kinder kommen nach Hause, die OP hat Verzögerung. So immer das/ #00:14:14-5#

I: Und ist das einfach, weil so viel unbekannte Faktoren gibt? Also weil eigentlich könnte man es ja theoretisch planen. Sie wissen ja, dass das Kind beispielsweise um halb acht in der Schule sein muss und der OP um 9 Uhr beginnt. Solche Dinge. Ist das einfach, weil so viel unerwartete Dinge passieren? Also so Manage the unexpected? Geht es in diese Richtung? #00:14:35-7#

B: Also bei uns ist es wirklich so/das muss ich wirklich sagen, ich war schon lange nicht mehr in anderen Spitälern, aber was man so hört ist es dort etwas besser. Wir hatten wahnsinnig ungenaue Planung im Ops. Ich mache vor allem (unv.#00:14:51-1#) ist klar. Aber wir sind nicht so organisiert vom System. Da hat es im Spital sicher Optimierungsbedarf oder Potential, dass man die Leute besser plant. Es überschneidet immer mit allem. Mit Sprechstunde, OPs, Arbeitszeiten. Ich denke da gäbe es schon organisatorisch bessere Möglichkeiten. #00:15:14-3#

I: Okay. Aber das heisst, so wie ich es verstehe, dass es nicht/nicht weil es so viele Notfälle drin hat, sondern wirklich effektiv die Planung. Organisation, dass man das/ #00:15:25-6#

B: Ja, ich würde sagen. Also sicher, ich würde schätzen 70% könnte man mit Organisation definitiv verbessern. 30 sind immer noch Notfall, da kann auch niemand was dafür. Aber der Rest muss ich sagen/ #00:15:38-2#

I: Ja, okay. #00:15:40-3#

B: Jetzt müsste ich dann langsam gehen. #00:15:45-4#

I: Also nein, das ist doch gut. Vielen Dank. Ausser Sie hätten noch abschliessend etwas zum Thema, was Sie wichtig finden, was wir auch nicht besprochen haben?  
#00:15:54-6#

B: Nein. Nein. Also ich finde es gut, dass man sich um das Thema kümmert. Definitiv. Sie dürfen mich auch sicher wieder kontaktieren, wenn Fragen sind oder ich helfen kann. #00:16:08-4#

I: Ja, sehr gerne. #00:16:10-9#

B: Nein, super! #00:16:13-5#

I: Super vielen Dank für die Zeit! Schöne Zeit.

## Anhang 3: Codesystem

- Länder Vergleich
- Politische Ebene / Strukturelle Ebene
  - War of Talents
  - Arbeitsverteilung im System/Abhängigkeiten und Druckmechanism/Vorhalteleistung
  - Standard (nicht gönnen)/Status Quo des erlauchten Kreises
  - (Unternehmens)Kultur
    - in alten Systemen verharren/Life Richtlinien
  - Rollenverteilung (System)
  - Solidarität / Gesellschaftsbild
- Digitalisierung
  - Automatisierung / Berichte/KISIM
  - Erreichbarkeit / Erwartung/Haltung
  - Prozessablauf
- Arbeitsinhalt
  - Erwartungshaltung Patienten/Wertschätzung gegenüber Arzt
  - Rolle von Schnittstellenpersonen/Ressourcenfrage (finanziell)/Sprechstunde
  - Qualität/Übergaben / Schnittstellen/Nicht abgeben
  - Aufgaben abgeben/Zufriedenheit wenn geregelt/Berichtswesen
- Aus- und Weiterbildung
  - Weiterbildungsstruktur/Kooperationen zwischen Spitälern/Konzeptentwicklung
  - Spezialisierung/Nicht alle gleich (Fähigkeiten)/Fairness
  - Konkurrenzkampf
  - Dauer Weiterbildung/AA/Dauer mit Familie
  - Abhängigkeit von Chef bei Ausbildung
- Forschung
  - Empire Building
  - Forschungsmodelle
  - Personelle und finanzielle Ressourcen schaffen
  - Qualifikation Forschung / Wille/Einspringen bei knappen pers. Ressourcen
- Work Life Balance
  - Human Capital/Führungsthemen/Verantwortung wahrnehmen/Team Work (Verantwortung)
  - Wertschätzung/Stimmung im Team
  - Arbeitsbelastung
  - Abgrenzung/Muss es gerne machen
  - Arbeitszeitengesetz
    - Arbeitszeiterfassung
    - Einhaltung bei Teilzeit
    - Nicht Einhaltung
    - Ältere vs jüngere Personen
  - 50 Stunden Woche
    - 50h gut aber Nebenbedingungen
    - Neuanfangen im Job

## Arbeitszeitmodelle

4 Tages Woche

Fachkräftemangel/Mix an Personen im Team/Recruiting

Vertrauen haben (selber oder vom Chef)

Personelle/Finanzielle Aspekte/Selbständig machen (Praxis)

Chancengleichheit m/w

Arbeitsort/Nahe am Wohnort Arbeiten/Kooperationsspitäler

Protected Time

Mentale Anstrengung

Grundsatzfrage - was will ich/Forschung (kein Interesse)

Spass / Mitarbeiterzufriedenheit

Regelmässigkeit / Planbarkeit

Einforderung und Selbstverantwortung

Akzeptanz Chef

    Vobildfunktion

Akzeptanz Team

Arbeitspensum

    Jobsharing

        Zusammenarbeit zwischen den Personen

Teilzeit

    Teilzeit in Führungspositionen

    Fixe Tage

    Fehlende Exposition

    Neg. Effekt

    Männer vs Frauen

    Reine Teilzeitstellen

    Teilzeit zeitlich begrenzt

    Negativer Effekt auf Ausbildungsdauer

    Bedingungen

    Beschäftigungsgrad

Home Office

Karriere

    Pos. Strukturen schaffen

    Eigeninitiative

    Glück

    Frauen in Führungspositionen

        Art der Frauen die es geschafft haben/Selbstbewusstsein

    Opfern/Aufgeben

    Stadium Fachgebiet

    Lernkurve

    Kommunikation

    Facharzt

    Einbindung Vorgesetzter

    Familienplanung

        Vaterschaftsurlaub

        Einbindung Nanny

        Rückkehr aus Mutterschaftsurlaub



- Anstrengung Familie
- Egoismus
- Familien Rolle
- Arbeitsalltag
  - Rolle Administration
  - Rolle Pflege/TOA/Physician Assistant
  - Klinikplanung/Meetings/Hierarchien (Kader etc.)/OP
  - Priorisierung/Entscheidungskompetenz
  - Flexibilität im Arbeitsalltag und Woche
  - Wille
  - Unterstützung Grosseltern/Unterstützung Ehepartner/Unterstützung Kita oder ähnlich
- Arbeitstagplanung
  - Herausforderungen im Alltag
    - Zeitstress
  - Operationsplanung/OP Tag
  - Dienstplanung
    - Notfälle/Dienstplaner
    - Effiziente Planung
    - Kompensation
- Organisation
  - Arbeitsverteilung
  - Delegation / Mikromanagement/Einspringen
  - Selbständiges Arbeit
  - Pausen / Mittag
  - Qualitätsmessung
  - Effizienz/Effizient weil man muss
  - Vorbereitung/Tagwach/Rapport/Sprechstunden
  - Ankunft Spital

# Michael Linggi

Geburtstag und -ort: 9. Januar 1990, Schwyz  
Nationalität: Schweizer  
Adresse: Acherhofstrasse 7A, 6430 Schwyz  
E-Mail: michael.linggi@gmail.com  
Mobile: +41 79 722 36 04



## Arbeitserfahrung:

---

### **Spital Schwyz, Schweiz – Leiter Finanzen und Controlling / Stv. Direktor** seit 01/2023

- Stellvertretung der Direktorin bei Abwesenheiten

### **Spital Schwyz, Schweiz – Leiter Finanzen und Controlling** 11/2020-12/2022

- Strategische Ausrichtung des Spital Schwyz
- Führung der Finanzabteilung mit den Bereichen Finanz- und Betriebsbuchhaltung, Kodierung, Einkauf, Patientenadministration, Information und Controlling
- Gesamtverantwortung Budgetierung
- Gesamtverantwortung Finanz- und Liquiditätsplanung
- Durchführung von Ertragsoptimierungen und Kostenreduktionen
- Erarbeitung Business Cases
- Entwicklung des Bereichs

### **UniversitätsSpital Zürich, Schweiz – Klinikmanager Thoraxchirurgie, Zentrumsmanager LTZ** 10/2017-09/2020

- Betriebswirtschaftliche und finanzielle Führung
- Mitarbeiterführung
- Strategische Ausrichtung der Klinik
- Mehrjährige Planung und Budget
- Leistungserfassung und -controlling (Kodierung, Tarifwesen, Kreditoren und Debitoren)
- Zuweisermanagement und Marktanalyse
- Qualitäts- und Leanmanagement

### **Spital Lachen, Schweiz – Wissenschaftlicher Mitarbeiter** 08/2015-09/2017

- Ausarbeitung Strategiepapier mit den dazugehörigen Analysen
- Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Verwaltungsrat und Spitaldirektion
- Sekretariat Verwaltungsrat
- Unterstützung Direktionssekretariat

### **KPMG Zürich, Schweiz – Junior Consultant** 02/2015-08/2015

- Strategische Portfolioanalyse
- Digitalisierungsprojekte
- Unterstützung bei der Vorbereitung von Entscheidungsgrundlagen

### **UniversitätsSpital Zürich, Schweiz – Junior Accountant** 11/2010-07/2013

- Ad-hoc Reportings

- Finanzbuchhaltung
- Unterstützung Backoffice

#### Ausbildung:

---

#### **Universität Hohenheim, Deutschland** seit 07/2019

- Doktorand, Lehrstuhl Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen bei Prof. Christian Ernst

#### **Universität St. Gallen (HSG), Schweiz** 09/2013-04/2017

- Master of Arts in Unternehmensführung

#### **Austauschsemester, Paris, Frankreich** 08/2014-01/2015

- Programm Work Experience

#### **Universität Zürich (UZH), Zürich** 09/2009-01/2013

- Bachelor of Arts in Banking & Finance

#### **High School Exchange Year, Missouri, USA** 08/2007-07/2008

- Austauschsemester

#### **Kantonsschule Schwyz, Schweiz** 08/2004-07/2009

- Matura mit Schwerpunkt Physik und Mathematik

#### Nice to know:

---

#### **Squash Verein Schwyz** seit 11/2019

- Vorstandsmitglied

#### **Fussball Trainer (C-Diplom) und Aktivspieler (FC Luzern, FC Red Star, SC Schwyz, FC Ibach)** 01/2006-12/2018

- Unterricht von unterschiedlichen Mannschaften (Kinder & Jugendliche), Aktivspieler und Captain

#### **Events** 01/2010-12/2019

- Ehem. Organisator Beerpong Contest Schwyz, Fest „Schwyz Schwyzt“, div. Fussballturniere

#### Sprachen und IT Fähigkeiten:

---

**Deutsch:** Muttersprache

**Französisch:** Sehr gute Kenntnisse (B2)

**Englisch:** Flüssend (C2)

**Italienisch:** Anfänger (A1)

**Tools:** MS Office (Teams), SAP, R, KISIM, MAXQDA, F4

**Weitere Interessen:**

---

Sport (Skifahren, Bergsport, Fussball, Squash, Tauchen, Kitesurf), Reisen, Musik, Events

Ort und Datum: Schwyz, 6.6.2023



---

Michael Linggi

## Eidesstattliche Versicherung

### Eidesstattliche Versicherung über die eigenständig erbrachte Leistung gemäß § 18 Absatz 3 Satz 5 der Promotionsordnung der Universität Hohenheim für die Fakultäten Agrar-, Natur- sowie Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

1. Bei der eingereichten Dissertation zum Thema

Arbeitszeitmodelle im Schweizer Gesundheitswesen – qualitative Untersuchung in  
der Maximalversorgung.....

handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.

2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.

3. Ich habe nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung oder -beratung in Anspruch genommen.

4. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und der strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt.

Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärung bestätige ich. Ich versichere an Eides Statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erklärt und nichts verschwiegen habe.

Schwyz, 6.6.2023



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift