

Die Kunst, Prozesse zu gestalten

—

Evaluation der Arbeitsprozesse in der Orthopädie Sonnenhof in Hinblick auf den Nutzen von Synergien

Ein Vergleich der verschiedenen Fachbereiche des Sekretariats
der Orthopädie Sonnenhof

Bachelorthesis – Hochschule für Angewandte Psychologie

Auftraggeberschaft: Orthopädie Sonnenhof

Autorin: Michèle Fasnacht

Betreuung: Dr. Julia Seelandt

Ort, Datum: Bern, 7. Juni 2018

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Analyse von Arbeits- und Veränderungsprozesse in den verschiedenen Fachbereichen des Sekretariats der Orthopädie Sonnenhof. Es werden theoretische Grundlagen zur Prozessgestaltung, deren Möglichkeiten, diese zu verschlanken, sowie zu psychologischen Faktoren in Veränderungsprozessen erläutert. Mit Experteninterviews wurden die Medizinischen Sekretärinnen zu den typischen Arbeitsprozessen, der Team- und Organisationsstruktur sowie zu möglichem Veränderungspotenzial befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Aufgaben und Prozessabläufe über die Teams hinweg insgesamt sehr ähnlich ablaufen und sich allfällige Unterschiede durch Einzelheiten herauskristallisieren. Weiter zeigt sich, dass eine Vereinheitlichung in einzelnen Prozessschritten gewünscht wird, jedoch nur bedingt was die Teamstruktur anbelangt. Gründe hierfür sind der Verlust der persönlichen Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten, die nach Vorlieben verteilten Aufgaben und die geschätzte Zusammenarbeit mit den ärztlichen Fachpersonen sowie den Teamkolleginnen. Gleichwohl können durch das Nutzen von Synergien effizientere und effektivere Arbeitsprozessen entstehen.

Die Bachelorthesis enthält 123'024 Zeichen inklusive Leerzeichen, ohne Anhang.

DANK AN ...

- ... die Orthopädie Sonnenhof, insbesondere an Michelle Hunziker und Wanda Weber – für die Ermöglichung dieses Projekts und das Vertrauen.
- ... Dr. Julia Seelandt – für die wissenschaftlichen Hilfestellungen sowie die rasche und unkomplizierte Zusammenarbeit.
- ... das gesamte Hüft-, Knie- und Wirbelsäulen-Team – für das Ermöglichen der Begleitung an den Beobachtungen.
- ... die Interviewpartnerinnen – für die Offenheit bei den Gesprächen.

«Sei streng mit den Prozessen, aber sanft
mit den Mitarbeitenden»

Philosophie von Toyota Motors

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	3
1 EINLEITUNG	9
1.1 Ausgangslage	10
1.1.1 Orthopädie Sonnenhof	10
1.2 Zielsetzung und Aufbau dieser Arbeit.....	12
1.2.1 Forschungsinteresse, Forschungsgegenstand und Forschungsfrage.....	12
1.2.2 Abgrenzung.....	13
1.2.3 Aufbau der Arbeit	13
2 THEORIETEIL	13
2.1 Arbeitsplatzgestaltung	13
2.2 Lean Management	15
2.3 Change Management.....	17
2.4 Zusammenfassung.....	20
3 ALLGEMEINES METHODENDESIGN.....	20
3.1 Dokumentenanalyse und Beobachtungen.....	21
3.1.1 Methode	21
3.2 Experteninterviews.....	24
3.2.1 Methode	24
4 ERGEBNISSE.....	27
4.1 Ergebnisse Beobachtungen.....	27
4.1.1 Sekretariat.....	27
4.1.2 Sprechstunde	29
4.2 Synthese/Erkenntnisse Beobachtungen.....	31
4.3 Ergebnisse Experteninterviews.....	32
4.3.1 Übersicht der Daten aus den Experteninterviews	32
4.3.2 Prozessablauf von der Zuweisung bis zur Endfakturierung	34
4.3.3 Prozessablauf von der Zuweisung bis zur Endfakturierung der Kinder- sowie Knie- und Hüftorthopädie	37
4.3.4 Ergebnisse der Hauptkategorien	40
4.4 Synthese Experteninterviews	45
5 DISKUSSION ERGEBNISSE.....	46
5.1 Haupterkenntnisse	47
5.2 Kritische Würdigung und Ausblick	52
6 GESTALTUNGSEMPFEHLUNGEN	54
6.1 Ebene Organisation.....	54
6.2 Ebene Team/Betrieb	55
6.3 Ebene Individuum.....	56

7	LITERATURVERZEICHNIS	57
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	59
9	TABELLENVERZEICHNIS	60
10	ANHANG.....	61
10.1	Vorlage Raster Feldnotizen.....	61
10.2	Interviewleitfaden Experteninterviews	62
10.3	Aufgabenpläne.....	64

1 Einleitung

Krankenhäuser verkörpern in der heutigen Zeit eine äusserst komplexe Organisation und sehen sich seit einigen Jahren mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Kosteneinsparungen, Personalmangel, steigende Patientenzahlen und Privatisierungen sind nur einige Schlagwörter, mit denen die Spitäler umgehen müssen (Scholz, 2014). Und dass ist noch nicht alles. Hinzu kommt gemäss Loges-Fechtner et al. (2016) auch die gesellschaftliche Veränderung, die einen grossen Einfluss auf die Spitäler besitzt. Aufgrund des demografischen Wandels nimmt die Versorgung von immer älter werdenden Menschen zu, was eine höhere Patientenfallzahl zur Folge hat. Ausserdem können aufgrund des stetigen medizinisch-technischen Fortschritts neue Behandlungsformen gewählt werden, weshalb die Ansprüche an die Medizin und dadurch an die Fachkräfte steigen (Loges-Fechtner et al., 2016). Mehr Patientinnen und Patienten mit einer gleichzeitigen Arbeitsverdichtung bedingen schwierigere Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden, die auch grosse Herausforderungen an die Organisationen stellen. In diesem schwierigen Umfeld findet die Gesundheitsversorgung primär unter wirtschaftlichen Diskussionen statt, und das Erreichen einer Balance zwischen Kosten und Nutzen erweist sich als zentral. Zwar haben Spitäler gemäss Scholz (2014) in der Vergangenheit bereits viel zur Reduzierung der Kosten getan, der Fokus lag aber häufig auf den ökonomischen Aspekten. Beispiele dazu sind Zusammenschlüsse, Zentralisierungen oder Kostenreduktionen durch Outsourcing gewisser Bereiche. Um all diese Veränderungen zu kompensieren, braucht es aber genauso effiziente und einfache Prozesse. Die Qualität der Arbeitsprozesse muss bei geringeren Ressourcen besser werden (Grossmann & Scala, 2002). Um diese Qualität in der Dienstleistung zu erhöhen, ist eine Entwicklung der Organisation erforderlich, die in erster Linie von innen heraus umzusetzen ist. Die Selbstorganisation des Systems tritt in den Vordergrund, und Massnahmen zur Organisationsentwicklung sind gefragt. Im Krankenhaus steht die Arbeit an Menschen im Vordergrund, die auch für die Erbringung der Dienstleistung verantwortlich sind (Grossmann & Scala, 2002). Ohne unterstützende Strukturen innerhalb einer Organisation fällt dieser Dienst am Menschen schwer. Das Krankenhaus ist eine hoch komplexe, funktional differenzierte Organisation. Dienstleistungen ohne geeignete Rahmenbedingungen können qualitativ auf Dauer nicht erbracht werden (Scholz, 2014).

Dementsprechend stellt sich die Frage, ob die in den vergangenen Jahren eingesetzten Arbeitsprozesse und Organisationsstrukturen noch den heutigen Herausforderungen entsprechen und ob aufgrund der Komplexität und des schnellen Wandels gebildete Teamstrukturen aufgebrochen werden sollten, um sich flexibler auf wechselnde Bedingungen einstellen zu können. Das Ziel der vorliegenden Bachelorthesis besteht darin, die bestehenden Arbeitsprozesse in den unterschiedlichen Orthopädie-Teams, die in der

Orthopädie Sonnenhof aktuell nach Fachgebieten strukturiert sind, darzulegen und anschliessend mögliche Massnahmen zur Prozessoptimierung zu präsentieren.

1.1 Ausgangslage

Für ein besseres Verständnis werden nachstehend der Praxispartner vorgestellt und die Charakteristika der Orthopädie Sonnenhof veranschaulicht. Zur Beschreibung der Ausgangslage wurden Inhalte aus den Gesprächen mit dem Praxispartner, den elektronischen Informationen über das Spital sowie den physischen Dokumenten herangezogen.

1.1.1 Orthopädie Sonnenhof

Die Orthopädie Sonnenhof wurde 2010 gegründet und ist zusammen mit der eigentlichen Klinik Sonnenhof Teil der Lindenhofgruppe. Die Lindenhofgruppe besteht aus den drei Berner Privatspitälern Engeried, Lindenhof und Sonnenhof. Die Orthopädie hat den Anspruch, die weit über die regionalen und nationalen Grenzen hinaus anerkannte «Berner Schule» der Orthopädie und Traumatologie weiterzuführen (Orthopädie Sonnenhof, 2017). Hierfür arbeiten international etablierte Spezialistinnen und Spezialisten in verschiedenen Fachbereichen am Standort in Bern. Die Orthopädie umfasst das gesamte Spektrum an Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparats und bietet Leistungen in folgenden Bereichen an: Wirbelsäulenchirurgie, Chirurgie der oberen Extremitäten (Schulterchirurgie), Handchirurgie, Hüft- und Beckenchirurgie, Kniechirurgie und Sportverletzungen, Fuss- und Sprunggelenkchirurgie sowie Kinderorthopädie. In enger Zusammenarbeit mit dem Notfall Sonnenhof entsteht damit ein kontinuierlicher Behandlungsrahmen vom akut Verunfallten bis zur Patientin/zum Patienten mit chronisch-degenerativen Beschwerden (Orthopädie Sonnenhof, 2017). Im Jahr 2016 wurden insgesamt 6'346 Operationen durchgeführt. In Abbildung 1 ist die diesbezügliche Verteilung zu entnehmen (Orthopädie Sonnenhof, 2016):

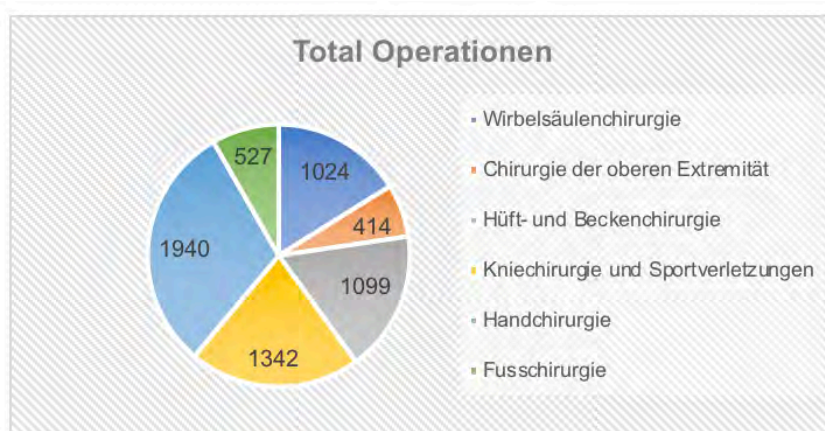


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Operationen der verschiedenen Fachbereiche 2016 (eigene Darstellung in Anlehnung an Jahresbericht Orthopädie Sonnenhof, 2016, S. 2)

Im Vergleich dazu sind in Abbildung 2 die durchgeführten Sprechstunden ersichtlich – insgesamt beliefen sich diese auf 35'571 (Orthopädie Sonnenhof, 2016):

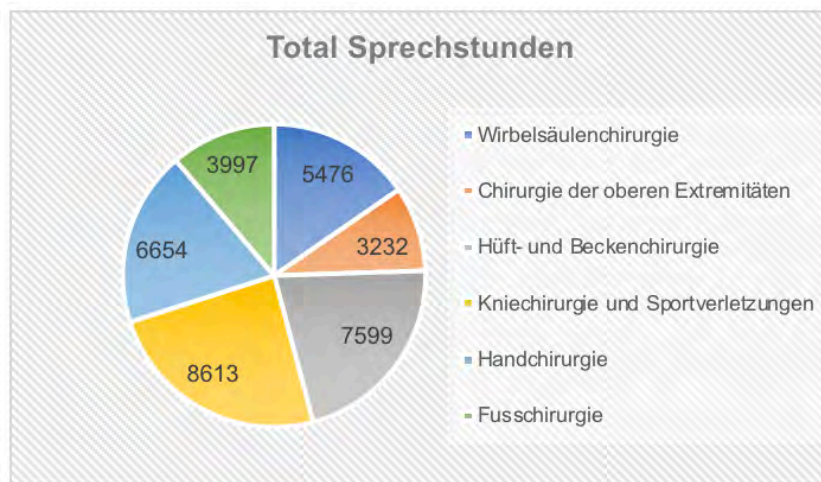


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Sprechstunden der verschiedenen Fachbereiche 2016 (eigene Darstellung in Anlehnung an Jahresbericht Orthopädie Sonnenhof, 2016, S. 2)

Die Orthopädie beschäftigt insgesamt 60 Mitarbeitende, wovon ca. 26 Mitarbeitende dem Sekretariat angehören. Das Spezialisten-Team besteht aus 18 Ärztinnen und Ärzten, wobei die Assistenzärztinnen und -ärzte nicht eingerechnet sind. Das Sekretariat wird von einer zentralen Stabsstelle geführt und beinhaltet folgende Funktionen: Teamleiter/-in, Medizinische/-r Sekretär/-in, Sprechstunde und Praktikant/-in. Jeder Fachbereich verfügt je nach Grösse sowie Anzahl an Operationen und damit einhergehenden Sprechstunden über unterschiedlich viele Mitarbeitende im Sekretariat (Orthopädie Sonnenhof, 2017). Die in dieser Arbeit durchgeführten Analysen wurden im Sekretariat der Orthopädie Sonnenhof in folgenden Teams durchgeführt (Stand: Oktober 2017):

- **Kinderorthopädie:**
1 Teamleiterin, 1 Med. Sekretärin (140 Stellenprozent [FTE])
Ärzteteam: Dr. med. S. Dierauer, Dr. med. B. Schultz
- **Fuss- und Sprunggelenkchirurgie:**
1 Teamleiterin, 1 Med. Sekretärin, 1 Med. Gipspflegerin (140 Stellenprozent, Med. Gipspflegerin nicht in FTE eingerechnet)
Ärzteteam: Dr. med. G. Flückiger
- **Knie- und Hüftchirurgie:**
1 Teamleiterin, 1 Med. Sekretärin (140 Stellenprozent)
Ärzteteam: Dr. med. R. Thalmann
- **Chirurgie der oberen Extremitäten:**
1 Teamleiterin, 1 Med. Sekretärin (160 Stellenprozent)
Ärzteteam: PD Dr. med. R.W. Nyffeler, Dr. med. Ph. Bissig

- **Wirbelsäulenchirurgie:**
1 Teamleiterin, 3 Med. Sekretärinnen, 1 Sprechstunde, 1 Wissenschaftliche Mitarbeiterin (WM) (460 Stellenprozent, WM nicht in FTE eingerechnet)
Ärzteteam: Prof. Dr. med. P.F. Heini, Dr. med. M. Kleinschmidt, Dr. med. R. Teuscher
- **Kniechirurgie und Sportverletzungen:**
1 Teamleiterin ad int., 5 Med. Sekretärinnen, 1 Wissenschaftliche Mitarbeiterin (WM), 1 Praktikantin (525 Stellenprozent, WM und Praktikantin nicht in FTE eingerechnet)
Ärzteteam: Prof. Dr. med. S. Eggli, Dr. med. S. Heitkemper, Dr. med. Ph. Henle, Dr. med. M. Kess
- **Hüft- und Beckenchirurgie:**
1 Teamleiterin, 3 Med. Sekretärinnen (340 Stellenprozent)
Ärzteteam: Prof. Dr. med. H. Nötzli, Dr. med. T. Wyss, Med. pract. F. Rutner

Ausgenommen aus der Analyse ist das Sekretariat der Handchirurgie und des Notfalls, da diese Bereiche an einem anderen Standort angegliedert sind und als Aussenstellen gelten.

1.2 Zielsetzung und Aufbau dieser Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit wird analysiert, wie die Arbeitsprozesse in den einzelnen Fachbereichen des Sekretariats ablaufen. Anschliessend soll aufgezeigt werden, wie durch die Nutzung von Synergien über die verschiedenen Bereiche hinweg mögliche Prozessoptimierungen entstehen. Damit einhergehend sollen Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, die mögliche Schwachstellen in der Ablauforganisation verringern, aber gleichsam Inputs zum Umgang mit Veränderungsprozesse gewähren.

1.2.1 Forschungsinteresse, Forschungsgegenstand und Forschungsfrage

Als Grundlage für das wissenschaftliche Vorgehen dienen das Forschungsinteresse, die Forschungsfrage und der Forschungsgegenstand.

Forschungsinteresse dieser Studie ist das Verständnis der Arbeitsprozesse in den verschiedenen Fachbereichen der Orthopädie des Sekretariats. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Arbeitsabläufen mit ihren Aufgaben sowie allfälligen Schnittstellen zu anderen Fachbereichen. Forschungsgegenstand sind somit die konkreten Arbeitstätigkeiten und deren Handlungsabfolgen. Um diese zu ergründen, wurde folgende Fragestellung formuliert:

«Welche Synergien können beim Sekretariat der Orthopädie Sonnenhof genutzt werden, um die Arbeitsprozesse effektiver und effizienter mit dem Fokus auf Change-Management-Prozesse zu gestalten?»

Dabei werden folgende Teilfragen unterschieden:

1. Wie gestalten sich die einzelnen Arbeitsabläufe in den unterschiedlichen Fachbereichen?
2. Existieren über die analysierten Teams hinweg Synergien, die in den Arbeitsprozessen genutzt werden können?
3. Welche Aspekte sind im Rahmen eines Change Managements von Bedeutung?

1.2.2 Abgrenzung

Nicht in dieser Arbeit behandelt werden sowohl Inhalte zur Teamentwicklung, zum Teamklima und zur Teamkultur als auch zum Organisationsklima sowie zur Organisationskultur. Auch Theorien zur Arbeitszufriedenheit, Formen der Belastung und Beanspruchung oder zu Stress, Stressoren und Ressourcen sind nicht Gegenstand dieser Abhandlung.

1.2.3 Aufbau der Arbeit

Um sich der Fragestellung zu nähern, werden zu Beginn verschiedene psychologische Modelle, die den theoretischen sowie konzeptionellen Rahmen bilden, präsentiert. Dabei beziehen sich zwei Ansätze auf die Prozessgestaltung der Arbeit und deren Möglichkeit, diese zu verschlanken. Beim dritten Ansatz handelt es sich um das Management von Veränderungsprozessen und möglichen psychologischen Faktoren. Im Anschluss werden die Erhebungs- und Auswertungsmethoden beleuchtet. Den Kern dieser Arbeit bilden die Ergebnisse aus den Erhebungen. Zunächst folgen die Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Dokumentenanalyse und den Beobachtungen, die als Grundlage für die darauffolgende Erhebung dienen. Anschliessend werden die Ergebnisse der zweiten Erhebung beschrieben. Diese beinhaltet mehrere halbstandardisierte Experteninterviews. Schlussendlich folgen Gestaltungsempfehlungen hinsichtlich der effektiveren und effizienteren Gestaltung von Arbeitsprozessen sowie unbedingt zu beachtende psychologische Prozesse im Umgang mit Veränderungen.

2 Theorieteil

Ein erstes Unterkapitel befasst sich – in Hinblick auf die Gestaltung effizienterer und effektiverer Arbeitsabläufe – mit dem Job-Characteristics-Modell nach Hackman und Oldham (1975). Darauf folgt der Bezug zu Lean Management, bevor abschliessend die mit einer Veränderung eintretenden psychologischen Prozesse (Change Management) erläutert werden.

2.1 Arbeitsplatzgestaltung

Ziel der Arbeitsgestaltung ist es einerseits, zur Effizienzsteigerung beizutragen, um Arbeitsplätze im Wettbewerb zu erhalten, sowie andererseits, die Arbeitnehmenden vor körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen zu schützen und schliesslich eine lernförderliche Kultur mit Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen (Hacker & Sachse, 2014). Dabei spielt die intrinsische Motivation eine zentrale Rolle, die nicht vorrangig mit den Arbeitsumgebungsbedingungen und dem Gehalt korreliert, sondern durch den Inhalt der Arbeit dominiert wird (Heckhausen & Heckhausen, 2018). Dabei ist insbesondere die Möglichkeit, in der Tätigkeit die Fähigkeiten und Qualifikationen anzuwenden, zu erhalten

und weiterzuentwickeln, zentral (Hacker & Sachse, 2014). Welche fördernden Anforderungen an einen Arbeitsplatz gestellt werden, um diese motivationalen Aspekte zu beachten, werden nun im folgenden Abschnitt erörtert und mithilfe eines Modells veranschaulicht.

Qualität der Arbeitsleistung

Da durch die Optimierung der Arbeitsabläufe und -prozesse wohl auch eine Optimierung der Qualität der Arbeitsleistung angestrebt wird, wird nachstehend auf ein psychologisches Modell, das einen direkten Zusammenhang zwischen bestimmten Aufgabenmerkmalen und deren Auswirkungen auf die Qualität der Arbeitsleistung hat, eingegangen. Hackman und Oldham untersuchten, welche konkreten Merkmale die Arbeit aufweisen muss, dass Motivation und Leistungsbereitschaft entstehen (Tracht, 2014). Die zentrale Frage lautet dementsprechend: «Wie kann ein Arbeitsplatz gestaltet werden, damit Arbeitnehmer ihn als sich lohnend und bedürfnisbefriedigend empfinden und ihre Arbeit gut ausführen?» (Dieninghoff, 2014, S. 73). Wie aus Abbildung 3 hervorgeht, wird die Qualität der Arbeitsleistung positiv beeinflusst, wenn die Aufgaben folgende Merkmale aufweisen: Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit und Bedeutsamkeit der Aufgabe, Autonomie und Rückmeldungen.

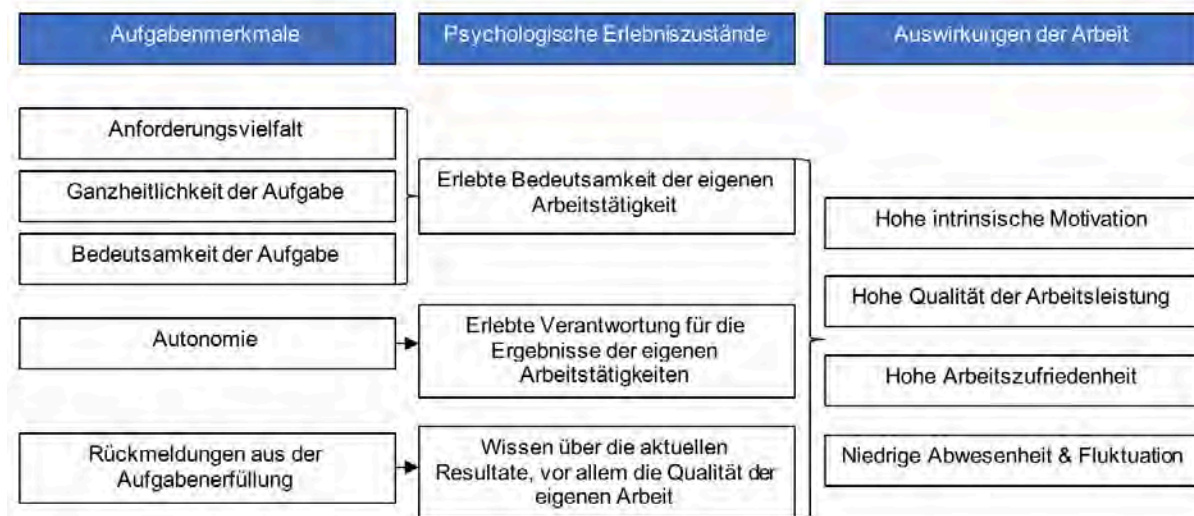


Abbildung 3: Job-Characteristics-Modell von Hackman und Oldham (eigene Darstellung nach Nerding, Blickle & Schaper, 2014, S. 424)

Die genannten Aufgabenmerkmale wirken über die psychologischen Erlebniszustände auf den Outcome, worunter die intrinsische Motivation, die Qualität der Arbeitsleistung, die Arbeitszufriedenheit sowie die Fehlzeiten und Fluktuation zu verstehen sind (Schaper, 2014). Sind Bedeutsamkeit der Arbeitstätigkeit, erlebte Verantwortlichkeit für die Arbeitsergebnisse sowie Wissen über die Arbeitsergebnisse vorhanden, resultiert daraus der erwartete Outcome (Dieninghoff, 2014). Da die genannten psychologischen Erlebniszustände latente Variablen sind, die sich nicht direkt messen lassen, werden diese Zustände mit den genannten Aufgabenmerkmalen operationalisiert (Dieninghoff, 2014). Zusammenfassend

kann gezeigt werden, dass eine Notwendigkeit zur Neugestaltung der Arbeitsaufgabe besteht, wenn das Motivationspotenzial nur sehr gering ausgeprägt ist (Tracht, 2014). In diesem Zusammenhang wirft sich die Frage auf, wie die Aufgabenmerkmale konkret verbessert werden können, wenn das Motivationspotenzial nicht das gewünschte Level erreicht, und welche Möglichkeiten zur Verbesserung existieren. In Abbildung 4 sind mögliche Gestaltungsvorschläge aufgelistet, die zu einer Verbesserung der fünf Grundvoraussetzungen der Aufgabenmerkmale führen und folglich auch mit der Qualität der Arbeitsleistung korrelieren (Ortlieb, 1993, zitiert nach Dieninghoff, 2014).

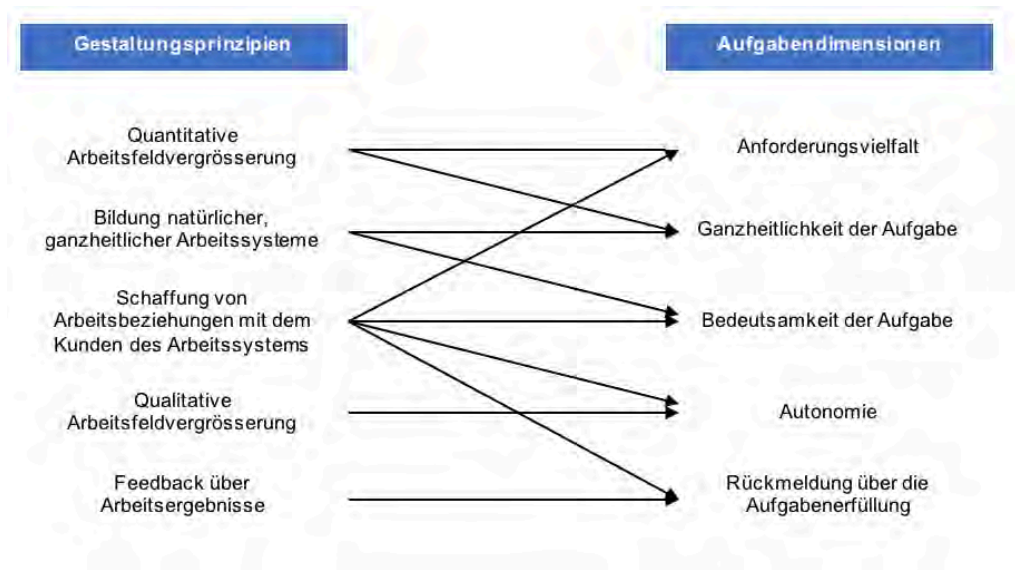


Abbildung 4: Gestaltungsprinzipien der Aufgabengestaltung (eigene Darstellung nach von Rosenstiel, Molt & Rüttinger, 2005, S. 105)

Da die Ausprägung dieser Aufgabendimensionen bei einer Tätigkeit also einen direkten Zusammenhang mit der Qualität der Arbeitsleistung der Mitarbeitenden aufweist, können sie genutzt werden, um Arbeitsprozesse zu überprüfen und entsprechend zu verbessern (von Rosenstiel, Molt & Rüttinger, 2005). So kann darauf geachtet werden, dass ein Arbeitsablauf so gestaltet ist, dass er möglichst ganzheitlich ist, also vollständig von einer Person ausgeführt werden kann. Oder es kann berücksichtigt werden, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen ihre Tätigkeiten möglichst autonom erledigen können. Auch die Rückmeldung über die Aufgabenerfüllung kann in den Arbeitsprozesse integriert werden, wobei die Kommunikation eine relevante Rolle spielt (Dieninghoff, 2014).

2.2 Lean Management

Einen stärkeren Fokus auf die prozessorientierte Qualität legt der Ansatz des Lean Managements, der sich spezifisch mit Prozessen und Abläufen sowie deren Optimierung auseinandersetzt. Lean Management ist ein wirksamer Ansatz zur prozessorientierten Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung (Kraft, 2015). Grundsätzlich umfasst das Lean Management eine Philosophie, die anstrebt, alle Unternehmensaktivitäten auf den Kundennutzen auszurichten und alle Tätigkeiten, die keinen Beitrag zum Kundennutzen

leisten, auf ein unumgängliches Mass zu reduzieren (Walker & Vetterli, 2015). Diese Prinzipien wurden in den vergangenen Jahren auch vermehrt auf Spitalprozesse angewendet, wobei in diesem Kontext der Patient als Kunde im Zentrum steht und jede Tätigkeit am Wertbeitrag zur Patientengenesung gemessen wird. Die Patientinnen und Patienten rücken dabei in den Vordergrund, wodurch die Dienstleistungen patientenfreundlicher gestaltet werden (Walker & Vetterli, 2015). Zudem geht es darum, eine «Just-in-Time»-Perspektive einzunehmen, bei der es darum geht, der Patientin/dem Patienten zum richtigen Zeitpunkt die gewünschte Dienstleistung zu geben (Walker, 2015). In Bezug auf das Spital finden sich ausserdem verschiedene Verschwendungsarten, die eliminiert werden sollen, um den Anteil an wertschöpfenden Aktivitäten zu erhöhen. In nachstehender Tabelle 1 sind die Verschwendungsarten anhand von Beispielen veranschaulicht:

Tabelle 1: Die acht Verschwendungsarten in Bezug auf das Spital (eigene Darstellung)

Verschwendungsart	Beschreibung	Beispiele
Überproduktion	An sich wertschöpfende Aktivitäten, die aber zu viel oder zu früh produziert wurden.	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrfach-Anamnese bei Eintritt. • Zu frühe Bereitstellung von Materialien für eine OP, die dann abgesagt wird.
Wartezeiten / Leerzeiten	Menschen und Material warten auf die nächste Aktivität. Zeit, in der keine wertschöpfende Tätigkeit stattfindet.	<ul style="list-style-type: none"> • Warten des Patienten auf den Beginn der Sprechstunde. • Mitarbeitende warten auf ein Diktat, um den Bericht zu schreiben.
Transportwege	Überflüssige Produkt- oder Materialbewegungen.	<ul style="list-style-type: none"> • Lange Transportwege zwischen der Pflegestation und dem Operationssaal. • Lange Wege zwischen den Behandlungsstationen.
Unnötige Bearbeitung	Prozesse und Behandlungen, die für die Patienten nicht notwendig oder unnötig komplex sind.	<ul style="list-style-type: none"> • Einholen von Informationen beim Patienten, die nie benötigt werden. • Interne Patientenummer auf Formularen für die Versicherung eintragen, die diese jedoch nie verwendet.
Lagerhaltung	Hohe Bestände an Material, die unnötige Kosten verursachen.	<ul style="list-style-type: none"> • Grosse Medikamentenvorräte, die nicht zwischen den Stationen abgestimmt sind. • Kaufen von grossen Mengen an OP-Material auf Vorrat, ohne einen konkreten Bedarf zu haben.
Überflüssige Bewegungen	Unnötige Bewegungen der Mitarbeitenden.	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig gebrauchtes Material muss im Lager geholt werden. • Suchvorgänge von Materialien während der Operation.
Fehler	Aktivitäten, die qualitativ nicht richtig durchgeführt wurden, und die Zeit, die investiert wurde, um diese Fehler wieder auszubügeln.	<ul style="list-style-type: none"> • Falsche Beschriftung einer Laborprobe. • Schichtwechsel und dabei Informationsfluss, der mangelhaft ist, sodass Patient falsche Medikation bekommt.
Ungenutztes Potenzial der Mitarbeitenden	Vorgesetzte hören nicht auf die Ideen und Vorschläge der Mitarbeitenden bezüglich Optimierung der Abläufe.	<ul style="list-style-type: none"> • Führungskraft beschliesst neuen Arbeitsstandard, ohne auf gute Verbesserungsideen der Mitarbeitenden zu hören. • Feedback des Patienten über bessere Abläufe wird nicht genutzt.

Durch das Eliminieren von Verschwendungen können Freiräume für eine bessere Dienstleistung an der Patientin/am Patienten entstehen. Um die Grundidee von Lean Management bezüglich einer effizienten und effektiven Wertschöpfung der Arbeit zu erreichen, sind vor allem zwei zentrale Konzepte von Bedeutung, die mit den Begrifflichkeiten *Kaizen* und *muda* bezeichnet werden. *Kaizen* bedeutet «Wandel zum Besseren» und repräsentiert einen ganzheitlichen und kontinuierlichen Verbesserungsansatz. Gemäss Ohno (2013) sind dabei drei Elemente zentral: Partizipation der Mitarbeitenden, Veränderung in kleinen Schritten und kontinuierliche Verbesserung. *Muda* bedeutet hingegen Verschwendung, womit Tätigkeiten gemeint sind, die nachweislich keinen Beitrag zur Wertschöpfung der Arbeit leisten und deshalb eliminiert werden müssen (Kraft, 2015). Diese Konzepte stellen die Mitarbeitenden vor eine ständige Herausforderung, da eine «andauernde Überprüfung nach Verbesserung» im Prozess angestrebt wird. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Lean Transformation müssen die Mitarbeitenden diese Veränderungen unterstützen. Deshalb erweist es sich nicht als überraschend, dass gemäss Walker & Vetterli (2015) Lean Management im Spitalumfeld erstmals auf Skepsis stösst, was aus der Aussenperspektive oder mit psychologischem Fokus jedoch nicht zwingend mit Lean Management allein zusammenhängt, sondern ein allgemeines Phänomen von Veränderungsprozessen darstellt, auf das nachstehend näher eingegangen wird.

2.3 Change Management

Die Einführung von Lean Management ist also immer auch eine Form von Change Management, weshalb auch die klassischen psychologischen Aspekte in Bezug auf Veränderungsprozesse bei den Mitarbeitenden hervortreten. Laut Scholz (2014) umfasst Change Management «[...] alle Aufgaben, Massnahmen und Tätigkeiten zur strukturierten Veränderung einer Organisation hinsichtlich Strategie, Struktur und Kultur» (S. 113). Organisationen oder ganze Teams in Richtung einer Veränderung zu entwickeln, ist ein sehr anspruchsvolles Vorhaben. Dabei geht es nicht nur um die Optimierung einzelner Bereiche, sondern um die Veränderung wesentlicher Bauprinzipien einer Organisation und deren Arbeitsweisen (Grossmann & Scala, 2002). Um Veränderungsprozesse in Organisationen erfolgreich durchzuführen, bedient sich die Theorie zahlreicher Phasenmodelle. An dieser Stelle sei allerdings bereits darauf hingewiesen, dass diese Modelle ausschliesslich als Anhaltspunkte dienen sollen, da es in einer Zeit der kontinuierlichen Verbesserung keine Anfangs- und Endphasen eines Veränderungsprozesses gibt, wie es die Phasenmodelle eigentlich vorhersehen (Werther & Jacobs, 2014). In der folgenden Tabelle 2 werden zwei Phasenmodelle von Veränderungsprozessen dargestellt.

Tabelle 2: Phasenmodelle von Veränderungsprozessen (eigene Darstellung)

Phasenmodell von Lewin (1953)	Phasenmodell von Streich (1997)
1. Auftauen - Unfreeze	1. Schock
2. Verändern - Move	2. Verneinung
3. Einfrieren - Refreeze	3. Einsicht
	4. Akzeptanz
	5. Ausprobieren
	6. Erkenntnis
	7. Integration

Lewins Modell wird in zahlreichen Theorien der Organisationsentwicklung als Erklärungsgrundlage herangezogen, weshalb es an dieser Stelle aufgeführt wird. Im Gegensatz dazu wird das Modell von Streich in zahlreichen Konzepten in der Praxis aufgegriffen und hat ebenso seine Bedeutung (Werther & Jacobs, 2014). Das Phasenmodell von Kurt Lewin hat das Ziel, die Organisation *aufzutauen*, in Bewegung zu bringen (*verändern*) und dann wieder *einzufrieren*. In der ersten Phase sind Information und Feedback von Bedeutung, um etablierte Muster und Routinen aufzubrechen. In einer zweiten Phase erfolgt durch die angeregte Reflexion ein Veränderungsprozess, der dann auch zu tatsächlichen Veränderungen der Verhaltensweisen oder Einstellungen führt. In der relevanten dritten Phase werden die neuen Verhaltensweisen durch deren wiederholte Anwendung *eingefroren* und damit der Grundstein für die beständige Veränderung gelegt. An diesem Modell ist kritisch zu betrachten, dass es den heute herrschenden ständigen Veränderungen nicht Rechnung trägt und zudem auch in Widerspruch damit steht, dass sich die Organisationen auch selbstständig verändern (Schiersmann & Thiel, 2011). Das Sieben-Phasen-Modell von Richard Streich findet sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft Anwendung. Dabei spielt vor allem die Wahrnehmung der persönlichen Kompetenz in Bezug auf die Steuerung der Veränderung für den Erfolg einer Veränderung eine zentrale Rolle (Werther & Jacobs, 2014). Erst in der dritten Phase, wenn Schock und Verneinung durch den Menschen überwunden wurden, erfolgt die Einsicht, dass neue Verhaltens- und Vorgehensweisen erforderlich sind. In der darauffolgenden Phase wird anschliessend auch das Loslassen von alten Verhaltens- und Vorgehensweisen akzeptiert, weshalb dann in der fünften Phase die neuen Veränderungen auch ausprobiert werden können. Die sechste Phase der Erkenntnis führt zu einer reflektierteren Perspektive auf Erfolg und Misserfolg, woraus resultiert, dass in der letzten Phase erfolgreiche Verhaltens- und Vorgehensweisen in das eigene Repertoire übernommen werden können (Werther & Jacobs, 2014). In welchem Tempo und in welcher Intensität die Mitarbeitenden die einzelnen Phasen durchlaufen, ist dabei sehr individuell und sollte bei einem Veränderungsprozess zwingend beachtet werden (Werther & Jacobs, 2014). Anhand dieses Phasenmodells wird deutlich, wie bedeutend die Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden im eigenen Unternehmen ist. Sind die Personen offen gegenüber organisationalen Veränderungen, bewerten sie diese

nicht automatisch negativ, sondern gestalten diese aktiv mit, lernen kontinuierlich und passen ihre Fähigkeiten an. Auf diese Weise steht der erfolgreichen Implementierung einer Veränderung meist nichts im Wege (Stegmaier, 2007). Im Folgenden werden nun einige natürliche psychologische Aspekte aufgegriffen, die im Zusammenhang mit Veränderungsprozessen auftreten können.

Psychologische Aspekte

Bei den Betroffenen löst eine Veränderung in erster Linie Angst, Unsicherheit, aber auch Widerstand aus. In einer Reihe von empirischen Studien konnte Oreg (2003) vier Dimensionen identifizieren, die als persönliche Dispositionen verstanden werden sollen und darüber bestimmen, ob eine Veränderung eher abgelehnt wird und man sich ihr widersetzt. Die vier Dispositionen sind *Wunsch nach Routine*, *emotionale Anspannung*, *kurzfristiges Denken* und *kognitive Rigidität*, wobei unter Letzteren Personen verstanden werden, die ihre Meinung nur schwer ändern können, auch wenn neue Informationen dies eigentlich nahelegen. Sind diese persönlichen Dispositionen stark ausgeprägt, führt dies mit grosser Wahrscheinlichkeit dazu, dass Widerstände gegenüber der Veränderung auftreten. Ebenso spielen die Persönlichkeit und die Arbeit selbst sowie die Art und Weise, wie diese organisiert werden kann, eine zentrale Rolle (Stegmaier, 2007). Wenn die Stabilität und Sicherheit des bekannten Systems grundlegend verändert werden, löst dies erstmals Unsicherheit und Angst aus, die folglich in Widerstände resultieren (Werther & Jacobs, 2014). Der Widerstand in der Psychologie kennt dabei verschiedene Aspekte. Nach Landes und Steiner (2014) geht es nicht nur um das Ablegen der Gewohnheiten und das Heraustreten aus der Komfortzone, sondern gleichsam um die Abwehr der kognitiven Dissonanz oder um die Verteidigung des Selbstbildes. Der Mensch strebt nach einem Gleichgewicht in seinem kognitiven System, das er als angenehm empfindet (Landes & Steiner, 2014). Durch die Veränderung entsteht nun zwischen mindestens zwei Kognitionen ein unangenehmes Spannungsverhältnis, das der Mensch zu reduzieren versucht. Die Dissonanz wird dadurch reduziert, indem bewusst Informationen oder Spannungen ignoriert oder verdrängt werden (Landes & Steiner, 2014). Wenn zudem eigene Vorhaben, Pläne, Abläufe oder Theorien hinterfragt oder zur Diskussion gestellt werden, wird dies bei den verantwortlichen Personen als Kränkung erlebt, weshalb zum Schutze des Selbstbildes die eigenen Konzepte verteidigt werden (Landes & Steiner, 2014). Gerade wenn zu Beginn einer Veränderung die wahrgenommene Autonomie und Individualität eingeschränkt werden, fühlen sich die Menschen in ihrer Freiheit bedroht, und es kommt zu Reaktanz (Dickenberger, Gniech & Grabitz, 2002). Dabei versuchen die Mitarbeitenden, die Freiheit wiederherzustellen, indem sie je nach Persönlichkeitstyp unterschiedlich vorgehen. Eine Möglichkeit, um mit Reaktanz umzugehen, bildet die Partizipation. Durch die Beteiligung der Mitarbeitenden soll einerseits die Motivation für eine Veränderung gefördert werden, indem die Mitarbeitenden Einfluss auf das Neue nehmen können. Andererseits wird Akzeptanz bei

den Personen geschaffen, da sie selbst am Prozess mitgearbeitet haben (Dickenberger et al., 2002).

Wenig überraschend ist es deshalb laut Werther und Jacobs (2014), dass bei einer Veränderung zahlreiche Emotionen aktiviert werden, die nicht zuletzt auch aufgrund persönlicher Erfahrungen ausgelöst werden. Dabei können sich negative genauso wie positive Aspekte und Emotionen offenbaren (Werther & Jacobs, 2014). In Konfliktsituationen sind die antreibenden Kräfte Zorn, Trotz, Scham, Schuld- und Opfergefühle, weshalb es bei einer Veränderung relevant ist, vorrangig die beteiligten Gefühle anzusprechen, um anschliessend «mit klarem Kopf» eine sachliche Lösung zu finden (Kernstock-Redl & Pall, 2009). Emotionen führen in den allermeisten Fällen eher zum Scheitern von Veränderungen, als dass rationale Gründe dafür verantwortlich zeichnen (Werther & Jacobs, 2014). Change Management sollte daher stets auch Emotionsarbeit sein – dazu gehören Einführungsvermögen und ein adäquater Umgang mit Emotionen.

2.4 Zusammenfassung

Der Überblick über die verschiedenen theoretischen Ansätze konnte verdeutlichen, wie bedeutend Aufgabenmerkmale sind, um die angestrebte Qualität der Arbeitsleistung zu erreichen (von Rosenstiel, Molt & Rüttinger, 2005). Werden Prozesse hinsichtlich Verschwendungen laufend untersucht, können gemäss Lean Management der Anteil an wertschöpfenden Tätigkeiten erhöht und verbesserte Patientendienstleistungen erbracht werden (Walker & Vetterli, 2015). Ausserdem sind die Mitarbeitenden ein zentraler Einflussfaktor für eine gelingende Implementierung einer Veränderung, weshalb den psychologischen Aspekten in einem Change-Management-Prozess eine zentrale Schlüsselrolle zugeschrieben wird (Oreg, 2003). Die hier erläuterten Theorien werden nachstehend bei der Gestaltung der Studie einfließen. Die vorgestellten Konzepte bieten somit eine Orientierung sowohl für die Erstellung der Erhebungsinstrumente als auch für die Auswertung der Studien und betten die Fragestellung theoretisch ein.

3 Allgemeines Methodendesign

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit vorgestellt. Zu Beginn wird die Methodenwahl begründet, bevor anschliessend die Erhebungs- und Auswertungsmethoden veranschaulicht werden.

Die vorliegende Studie orientiert sich an den Prämissen einer explorativen qualitativen Untersuchung. Um Erkenntnisse zur Fragestellung zu gewinnen, setzt sich die Methodenwahl aus mehreren qualitativen Elementen zusammen. Ausgangslage und Ziel dieser Arbeit bestehen darin, zunächst die Ablaufstruktur des Sekretariats zu erfassen und im Anschluss Handlungsempfehlungen zu möglichen Synergien abzugeben, mit dem Ziel,

über die verschiedenen Teams hinweg effizientere und effektivere Arbeitsprozesse zu gestalten.

Die Dokumentenanalyse und die anschliessende qualitative Vorerhebung mittels einer Mischung aus teilnehmenden und nichtteilnehmenden Beobachtungen ermöglichte es, den Untersuchungsgegenstand, die Arbeitstätigkeiten sowie die Arbeits- und Prozessabläufe kennenzulernen und in einem weiteren Schritt einzugrenzen, um diese in der nachgelagerten Studie gezielter zu erfassen. Aufbauend auf der ersten Erhebung, bildeten die Experteninterviews mit den Teamleiterinnen und den Medizinischen Sekretärinnen die zweite Studie. Da im Sekretariat ausschliesslich weibliche Personen tätig sind, wird in Bezug auf diese stets die feminine Terminologie verwendet. Gleiches gilt, jedoch gegenteilig, für die leitenden Ärzte, da es sich hier lediglich um männliche Personen handelt.

3.1 Dokumentenanalyse und Beobachtungen

Um einen theoretischen Überblick über das Arbeitsumfeld zu erhalten und in einem zweiten Schritt einen Leitfaden für die Experteninterviews zu entwickeln, wurde im Rahmen der Dokumentenanalyse schriftliches Material des Sekretariats gesammelt. Die Dokumentenanalyse orientierte sich an der Fragestellung dieser Arbeit und lieferte bereits relevante Informationen für die anschliessenden Erhebungen. Hierzu wurden Daten aus dem Internetportal sowie des Unternehmens geprüft. Dabei konnten Informationen über die Orthopädie selbst, die Aufbauorganisation, die verschiedenen Fachbereiche und ihre Mitarbeitenden sowie über den Prozessablauf aus Sicht einer Patientin/eines Patienten gewonnen werden. Im Rahmen der Vorstudie wurden fünf halbtägige Beobachtungen im Feld durchgeführt, mit dem Ziel, einen realitätsnahen Einblick in die Arbeitstätigkeiten des Sekretariats zu gewinnen. Nach Flick (2012) werden konkrete Handlungsweisen nur durch Beobachtungen ersichtlich. Interviews hingegen bieten eher Darstellungen derselben an.

3.1.1 Methode

Für die Ganzschichtbeobachtungen wurde ausschliesslich mit Feldnotizen gearbeitet. Gemäss Flick (2012) werden Feldnotizen klassischerweise für die Aufzeichnung von qualitativer Forschung verwendet und beinhalten Informationen, Beschreibungen und Aussagen über das Feld durch den Forscher respektive die Forscherin. Das Ziel der Vorstudie bestand darin, Erfahrungen, Erlebnisse und Beobachtungen im Feld zu sammeln, um einen Einblick über den Forschungsbereich zu erhalten, weshalb diese eher unstrukturierte Herangehensweise gewählt wurde. Dazu wurde ein grobes Raster erstellt (siehe Anhang 10.1). Die Beobachtungen waren zudem eine Mischung aus einer teilnehmenden und nichtteilnehmenden Rolle (Flick, 2012). Soweit möglich, wurde nicht in das Setting eingegriffen, und die Forscherin hält sich im Hintergrund. Mit dem Ziel der Exploration wurden zwischendurch auch spontane Fragen gestellt. Die beobachteten

Aufgaben und Prozessabläufe flossen in einem nächsten Schritt in die Erstellung des Interviewleitfadens ein.

Sampling

Das Sampling wurde gemeinsam mit der Orthopädie definiert. Von Interesse waren die Teams mit einer grösseren Anzahl an Mitarbeitenden. Es wurde angenommen, dass in diesen Teams eher alltagstypische Aufgaben und Abläufe gezeigt werden, was für das Ziel der Informationsgewinnung von grosser Bedeutung war. Aus diesem Grund fanden die Erhebungen in den Teams der Hüft- und Beckenchirurgie (vier Mitarbeitende), Kniechirurgie und Sportverletzungen (sechs Mitarbeitende) sowie Wirbelsäulenchirurgie (fünf Mitarbeitende) statt. Über einen Zeitraum von fünf Wochen wurden an fünf unterschiedlichen Halbtagen die genannten Teams begleitet. Die Beobachtungen unterschieden sich insofern, als dass zwei der fünf halbtägigen Beobachtungen nicht im Sekretariat selbst, sondern in deren Sprechstunde erfolgten. Jeder Fachbereich hat über die Woche verteilt fixe Tage, an denen in der Regel eine Person aus dem Team die Sprechstunde betreut. An diesen Tagen führen die Ärztinnen und Ärzte des jeweiligen Fachbereichs keine Operationen durch, sondern empfangen die Patientinnen und Patienten. Zur Veranschaulichung ist in Abbildung 5 der Empfangsbereich der Sprechstunde ersichtlich. Auf dem Bild sind ebenso die drei Anmeldebereiche erkennbar, bei denen sich die Patientinnen und Patienten – je nach Beschwerde im Bewegungsapparat – anmelden. Die Arbeitsplatzkapazität ist für maximal drei Fachbereiche ausreichend.



Abbildung 5: Anmeldung Sprechstunde der Orthopädie Sonnenhof (eigene Darstellung)

Tabelle 3 veranschaulicht insgesamt die Auswahl des Samplings. Die Sprechstunde des Sekretariats der Kinderorthopädie und der Knie- und Hüftchirurgie sind an einem anderen Standort eingerichtet, weshalb diese beiden Teams bei den Beobachtungen der Sprechstunde ausgeschlossen wurden.

Tabelle 3: Beobachtungen der Samplings (eigene Darstellung)

Datum	Team	Anzahl Personen insgesamt	Anzahl beobachtende Personen am Tag X
17. Januar 2018: Vormittag	Hüft- und Beckenchirurgie	1x Teamleiterin & 3x Medizinische Sekretärinnen	3 Personen: 3x Med. Sekretärinnen
25. Januar 2018: Vormittag	Kniechirurgie und Sportverletzungen	1x Teamleiterin ad int. & 5x Medizinische Sekretärinnen	4 Personen: 4x Med. Sekretärinnen
29. Januar 2018: Vormittag	Sprechstunde 1: Kniechirurgie & Sportverletzungen; Fuss- & Sprunggelenkchirurgie; Wirbelsäulenchirurgie		3 Personen: 3x Med. Sekretärinnen
1. Februar 2018: Vormittag	Sprechstunde 2: Schulterchirurgie; Hüft- und Beckenchirurgie; Wirbelsäulenchirurgie		3 Personen: 3x Med. Sekretärinnen
9. Februar 2018: Vormittag	Wirbelsäulenchirurgie	1x Teamleiterin & 4x Medizinische Sekretärinnen	3 Personen: 2x Med. Sekretärinnen & 1x temporäre Aushilfe

Kontaktaufnahme und Durchführung

Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail, und die Durchführung fand vor Ort in einem natürlichen Setting statt. Die Personen wurden im Vorfeld über die Arbeit und Beobachtung informiert, sodass eine offene Beobachtung stattgefunden hat. Zu Beginn der Schicht meldete sich die Forscherin entweder bei der Rezeption der Klinik Sonnenhof oder besuchte unmittelbar die Sprechstundenanmeldung. Die Beobachtung startete zwischen 07:15 und 07:30 Uhr und endete spätestens um 13.00 Uhr. Während der Beobachtungen wurden Feldnotizen zur Ausgangslage, zu den ausgeführten Aufgaben/Arbeitstätigkeiten, den aufgetauchten Störungen/Unterbrechungen sowie zu Aussergewöhnlichem/zu Ausnahmen erfasst. Die über die Beobachtungen hinweg erfassten Feldnotizen wurden im Anschluss nach einem einheitlichen Schema in einem Beobachtungsprotokoll niedergeschrieben.

Auswertung

Im Anschluss an die Beobachtungen wurden für die Auswertung des Datenmaterials sämtliche Notizen verschriftlicht und in einem Beobachtungsprotokoll strukturiert. Zudem wurden subjektive Erwähnungen der Forscherin gekennzeichnet und als eigener Themenblock zusammengefasst. Die Inhalte wurden induktiv aus der Aufarbeitung der verschriftlichten Notizen zu folgenden Themenblöcken strukturiert:

Organisation/Aufgabenverteilung, Aufgaben/Arbeitstätigkeiten, Störungen/Unterbrechungen, Aussergewöhnliches/Ausnahmen, subjektive Beobachtungen sowie spezifische Fragen. Da die Ergebnisse aus den Beobachtungen als Vorstudie dienten, beschränkte sich die Auswertung auf nachfolgend aufgeführte thematische Aspekte, die im Verlauf der Datenanalyse am stärksten ins Gewicht gefallen sind. Dies bedeutet, dass aufgrund der

Fragestellung der Fokus ganz konkret auf die Themen **Organisation/Aufgabenverteilung, Aufgaben/Arbeitstätigkeiten** und **Störungen/Unterbrechungen** gelegt wurde. Die restlichen Kategorien wurden hier nicht ausgewertet. Um ein besseres Gesamtbild zu erhalten, wurden die genannten Themenblöcke in der Auswertung teilweise miteinander vermischt, da diese nicht unabhängig voneinander sind, sondern sich stets auch gegenseitig beeinflussen.

3.2 Experteninterviews

Im Rahmen der zweiten Erhebung wurden zwölf halbstandardisierte Experteninterviews nach Flick (2012) durchgeführt. Mit den Experteninterviews liess sich explizit die Sichtweise der jeweiligen Mitarbeiterin erfassen. Aufgrund der ausgewählten Fragestellung galt in diesem Fall das Interesse weniger der interviewten Person als solches, sondern vielmehr ihrer Eigenschaft als Expertin für das untersuchte Handlungsfeld. Aus diesem Grund wurde als spezifische Anwendungsform des Leitfadeninterviews das halbstandardisierte Experteninterview ausgewählt (Flick, 2012).

3.2.1 Methode

Erstellung Leitfaden

Die Erstellung des Leitfadens erfolgte auf Basis der gewonnenen Informationen aus der Vorstudie und fokussierte auf folgende Themenblöcke: typische Arbeitstätigkeiten/Aufgaben, Abläufe/Prozesse, Team- und Organisationsstruktur, Veränderungspotenzial und demografische Fragen. Die zu erfragenden Themenblöcke wurden einerseits aus dem Beobachtungsprotokoll der Ganzschichtbeobachtungen und andererseits aufgrund der für die Fragestellung relevanten Themen abgeleitet. Aufgrund des heiklen Themas wurde zur Fragegenerierung die systemische Fragetechnik angewendet (Strass, 2007). Diese Fragetechnik verfolgt weniger den Anspruch, gezielte Fakten und Tatsachen zu erheben, sondern möchte vielmehr subjektive Beschreibungen erfragen und gezielte Fantasien, Gedanken und Reflexionen bei den Interviewten auslösen (Strass, 2007). Bei fast allen 26 Fragen handelt es sich um offene, explorative Fragen, wobei für ein besseres Verständnis in Abbildung 6 ein Beispielfrageblock zu entnehmen ist. Für die spezifischen Fragen nach dem Veränderungspotenzial werden ausserdem Skalierungsfragen (auf einer Skala von 1 bis 10) eingesetzt; für das Abfragen der demografischen Informationen werden geschlossene Fragen verwendet.

→ **Typische Abläufe / Prozesse**

1. Wie sieht ein **typischer Arbeitstag** aus?
 - 1.1. Was sind **typische Tätigkeiten / Aufgaben, die Sie mehrmals pro Tag ausführen?**
 - 1.2. Wie sieht ein **typischer Prozess von der Zuweisung (Aufnahme des Patienten) bis zur Fallschliessung (Austritt des Patienten) aus? Und welche Prozessschritte laufen davon in Ihrem Team durch?**
 - 1.3. Wenn Sie **einen Wunsch hätten, welche Tätigkeiten / Aufgaben würden Sie Ihrer Meinung nach sofort verändern, weil diese aus Ihren Augen zu optimieren sind? Und was gäbe es für Lösungsmöglichkeiten?**
2. Wenn Sie an Prozesse / Abläufe in Ihrem Team denken, was sind **die Stärken in Ihren Abläufen / Prozessen?** Welche funktionieren aus Ihren Augen besonders gut?
 - 2.1. Und gibt es Ihrer Meinung nach solche, die **weniger gut funktionieren? Die überdacht / überarbeitet oder vereinfacht / effizienter gestaltet werden müssten?**

Abbildung 6: Beispielfrageblock Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

Der vollständige Interviewleitfaden ist in Anhang 10.2 aufgeführt.

Sampling

Auch hier wurde das Sampling gemeinsam mit der Orthopädie definiert. Von Interesse waren Expertinnen aus unterschiedlichen Funktionsstufen und verschiedenen Teams. Es konnten 13 Personen ausgewählt werden, wobei sechs Personen die Funktion der Teamleiterin (oder ad Interim) und sieben die Funktion als Medizinische Sekretärin innehatten. Die Interviews wurden mit folgenden Personen aus allen sieben Fachbereiche durchgeführt: 2 x Wirbelsäulenchirurgie, 2 x Schulterchirurgie, 1 x Kinderorthopädie, 3 x Hüft- und Beckenchirurgie, 2 x Fuss- und Sprunggelenkchirurgie, 2 x Kniechirurgie und Sportverletzungen sowie 1 x Knie- und Hüftchirurgie. Das Verhältnis spiegelt auch an dieser Stelle die Grösse der einzelnen Fachbereiche wider.

Durchführung

Die Durchführung der Experteninterviews fand zwischen Februar und März 2018 statt. Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail, und die Gespräche fanden vor Ort in der Orthopädie Sonnenhof statt. Die Interviews dauerten zwischen 30 bis max. 60 Minuten und konnten dank der Zustimmung der Interviewpartnerinnen per Audiogerät aufgenommen werden.

Auswertung

Im Anschluss an die Expertengespräche wurden für die Auswertung des Datenmaterials sämtliche aufgenommene Gespräche nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) transkribiert und ausgewertet. Sowohl für die Transkription als auch für das Codieren und die Analyse der Interviews wurde die Transkriptionssoftware MAXQDA verwendet (MAXQDA, 2018). Bei der Analyse handelte es sich um eine Mischstrategie in Form eines induktiv-deduktiv zusammenfassendes Vorgehen. In einem ersten Schritt wurden die Hauptkategorien aus den Themenblöcken aus dem Interviewleitfaden gebildet. Durch das systematische Durcharbeiten der transkribierten Interviews und die Zuordnung der einzelnen Textstellen zu den Hauptkategorien erfolgte eine Reduktion des Datenmaterials, jedoch so, dass die wesentlichen Inhalte der Gespräche erhalten blieben. Konnten Textstellen beim

ersten Durcharbeiten nicht auf Anhieb zugeordnet werden, wurden weitere relevante Hauptkategorien entlang des Datenmaterials entwickelt. Durch erneute Durchsicht der bereits erfolgten Kategorisierungen konnten Anpassungen der Hauptkategorien vorgenommen werden, bis über die Interviews hinweg eine Übereinstimmung gefunden wurde. Zur weiteren Analyse wurden induktiv aus der Aufarbeitung des Interviewmaterials Subkategorien bestimmt. Auch bei diesem Schritt erfolgte eine mehrmalige Durchsicht der Kategorisierungen. Das gesamte Datenmaterial wurde mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem codiert. Dies ermöglichte bei der Auswertung sowohl eine erleichterte Selektion und Zusammenfassung der Daten als auch eine Visualisierung des Datenmaterials. Folgende Abbildung 7 zeigt, welche Haupt- und Subkategorien bei der Inhaltsanalyse gebildet wurden.



Abbildung 7: Codesystem Auswertung Leitfadeninterview (Bildschirmfoto MAXQDA)

Die Auswertung der Hauptkategorien erfolgte auch hier nicht alleinstehend, sondern die Kategorien wurden – wo angemessen – miteinander in Beziehung gebracht.

In einem ersten Schritt wurden die gewonnenen Daten rundum die Sprechstunde zusammengetragen und in einer Übersichtstabelle dargestellt. Erste Auswertungen zum

Prozessablauf veranschaulichten, dass sich die Ergebnisse aus den Interviews der Kinderorthopädie sowie der Knie- und Hüftchirurgie teilweise stark von denjenigen der anderen Fachbereiche unterscheiden. Dies ist auf die Historie und die entstandene grössere Unabhängigkeit zurückzuführen. Aus diesem Grund wurden die Daten dieser zwei Teams separat ausgewertet. Abschliessend wurden in einem weiteren Schritt die Hauptkategorien **Organisation**, **Team** und **Individuum** ausgewertet. Dabei wurde aufgrund der Nachvollziehbarkeit zuerst auf die Hauptkategorie **Team** eingegangen, wobei die Subkategorien «Aufgaben/Arbeitstätigkeiten», «Arbeitsabläufe & -prozesse», «Teamorganisation & -struktur» sowie «Zusammenarbeit Ärzte» näher beleuchtet wurden. Anschliessend wurden die Ergebnisse zur Kategorie **Organisation** berichtet, was bedeutet, dass die Subkategorien «Organisationsstruktur» und «Idealzustand der Organisation» evaluiert wurden. Schliesslich lag der Fokus auf den Aussagen der Hauptkategorie **Individuum**, worunter die Subkategorien «Persönliche Veränderungsbereitschaft», «Veränderungsbereitschaft Team» sowie «Veränderungsbereitschaft Ärzte» gefasst wurden.

4 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden zuerst die Ergebnisse der Ganzschichtbeobachtung erläutert, die einen Überblick über die Tätigkeiten und die Aufgabenverteilung geben. Im Anschluss folgt der Ergebnisteil der Experteninterviews.

4.1 Ergebnisse Beobachtungen

Nachfolgend werden die bedeutendsten Resultate aus den Beobachtungen aufgeführt. Dabei werden die Ergebnisse aus den drei Beobachtungen in den Sekretariaten von jenen zwei Beobachtungen in der Sprechstunde unterschieden.

4.1.1 Sekretariat

Über die verschiedenen Beobachtungen hinweg konnte in den drei Teams (Hüft- & Beckenchirurgie, Kniechirurgie und Sportverletzungen, Wirbelsäulenchirurgie) eine Vielzahl an *Aufgaben/Arbeitstätigkeiten* beobachtet werden, die über alle drei Teams hinweg identisch waren. Unterschiede liessen sich weniger in den Arbeitstätigkeiten selbst, sondern in der Ausführung oder in einzelnen Zwischenschritten beobachten. Nachstehende Tabelle 4 zeigt die beobachteten Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Tabelle 4: *Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Arbeitstätigkeiten (eigene Darstellung)*

Identische Aufgaben/Arbeitstätigkeiten	Unterschiede Aufgaben/Arbeitstätigkeiten
<ol style="list-style-type: none"> 1. Zuweisungen bearbeiten 2. Sprechstunde planen, organisieren & durchführen 3. Betreuung Telefon, Email & Post und Erledigung der Aufträge 4. Operationen planen & vorbereiten 5. Berichte schreiben 6. Aufgebote versenden 7. Versicherungsanfragen bearbeiten 8. Personaldaten erfassen/kontrollieren 9. Abrechnungen bearbeiten 10. Unterlagen einscannen 11. Kommunikation mit ärztlichem Fachpersonal 12. Zusatzaufgaben erledigen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sprechstunde-Terminvergabe 2. Führung von Zusatzlisten: <ol style="list-style-type: none"> a. Wirbelsäulenchirurgie: Erfassung der Operationen für die Abrechnungen, welche durch Drittpersonen erledigt werden b. Kniechirurgie & Sportverletzungen: Erfassung der Zuweisungen mit Status, um Verlauf zu beobachten 3. Verantwortlichkeit der Leistungserfassungen 4. Planung und Durchführung der postoperativen Kontrollen

Über alle Halbtage war zu sehen, wie die *Aufgabenverteilung* in den einzelnen Fachbereichen organisiert ist. Die Arbeitspläne der Hüft- und Beckenchirurgie sowie der Kniechirurgie und Sportverletzungen sind zum besseren Verständnis in Anhang 10.3 abgelegt. In Tabelle 5 ist die Aufgabenverteilung respektive Organisation der Aufgaben abgebildet.

Tabelle 5: *Aufgabenverteilung der drei Fachbereiche (eigene Darstellung)*

Hüft- und Beckenchirurgie	
Arbeitsplanung organisiert nach Arbeitstätigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> • Aufgebote • Sprechstunde • Operationen (OP) planen & vorbereiten • Berichte schreiben • Stationäre Abrechnungen • Versicherungsfragen • Telefondienst / Post / Email 	Organisation: Fixe Zuteilungen der Arbeitstätigkeiten auf die verschiedenen Mitarbeiterinnen. Der Arbeitsplan ist auf eine Woche ausgelegt, weshalb sich wöchentlich die Arbeitstätigkeiten wiederholen. Einzig die Aufgabe «Telefondienst / Post / Email» rotiert im Halbtages-Rhythmus.
Kniechirurgie und Sportverletzungen	
Arbeitsplanung organisiert nach Arbeitspakete: <ul style="list-style-type: none"> • Telefondienst (Telefon, Post, Email, Versicherungen) • Berichte schreiben • Sprechstunde durchführen • OP-Planung • AVOR (Arbeitsvorbereitung der Sprechstunde, Allg. Arbeiten, Kopieren, Scannen) 	Organisation: Ähnliche Organisation wie Hüft- und Beckenchirurgie nur das einzelne Aufgaben noch stärker in Arbeitspakete zusammengefasst werden. Die Pakete werden halbtäglich gewechselt, weshalb auch am Tag selbst eine gewisse Abwechslung besteht. Ansonsten ist der Arbeitsplan auf eine Woche ausgelegt.
Wirbelsäulenchirurgie	
Kein Arbeitsplan: Einzelne Arbeitstätigkeiten werden gemäss Vorliebe und Kompetenzen auf die verschiedenen Mitarbeiterinnen aufgeteilt.	Organisation: Arbeitstätigkeiten (bspw. Berichte schreiben) werden vorwiegend durch eine Person ausgeführt. Tägliche Wiederholung der Aufgaben.

Sowohl im Team Hüft- und Beckenchirurgie als auch in der Kniechirurgie und Sportverletzungen wurde anhand des Arbeitsplans ersichtlich, dass einzelne Arbeitstätigkeiten nicht auf alle Mitarbeiterinnen im Team aufgeteilt werden, sondern ausschliesslich durch einzelne Personen ausgeübt werden. Auch der umgekehrte Fall liess sich feststellen. Obwohl gewisse Aufgaben eigentlich durch alle Teammitgliederinnen gleichermaßen ausgeübt werden sollten, gab es in beiden Teams Personen, die ebendiese Aufgaben nicht ausführten. Gründe dafür waren entweder die fehlende Erfahrung und Sicherheit in dieser Aufgabe oder die fehlende Begeisterung für das Thema.

Unterbrechungen und Störungen offenbarten sich in allen Arbeitsprozessen und ergaben sich auch in oder durch die Kommunikation, weshalb diese Kategorie ebenfalls kurz beleuchtet wird. Ein Grossteil der Unterbrechungen konnte aufgrund von «Gesprächen» beobachtet werden. Darunter fielen meist Kurzunterbrechungen durch Fragen, das Erhalten oder die Weitergabe von Aufträgen, den Austausch über Patientinnen und Patienten und Abläufe, Begrüssungen/Verabschiedungen. Die meisten Unterbrechungen wurden von Teamkolleginnen, teilweise auch von Ärztinnen und Ärzten oder von Personen aus den anderen Teams verursacht. Eingehende Anrufe bildeten gemäss Beobachtung und durch konkrete Aussagen der Beobachteten vor allem bei der für das Telefon zuständigen Person eine Störquelle. Ausschliesslich in einem Team wurde das Telefon aufgrund des Geräuschpegels auch bei den übrigen Teammitgliederinnen als Störquelle bezeichnet – vor allem dann, wenn konzentriertes Arbeiten notwendig wäre, wie es bei der OP-Planung der Fall sei. Weitere Störungen wurden durch Ärztinnen und Ärzte ausgelöst, indem Sprechstundentermine aufgrund von Ferienveränderungen verschoben werden mussten oder Berichte noch nicht diktirt wurden und dadurch Nachfragen entstanden. Auch Störungen aufgrund der Technik waren festzustellen, indem an einem Tag das Einlesegerät für die Diktafons nicht funktionierte und deshalb keine Berichte geschrieben werden konnten; an einem anderen Tag waren für einige Minuten im System alle Berichte verschwunden.

4.1.2 Sprechstunde

Während den Sprechstundentagen konnte beobachtet werden, wie die Patientenanmeldung abläuft, wie die Fachbereiche organisiert sind und die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Fachpersonal funktioniert.

Die Medizinischen Sekretärinnen übernehmen an diesem Tag die Verantwortung ihres Empfangsbereichs und der Sprechstundenzimmer. Bevor die Sprechstunde beginnt, richten sich die Medizinischen Sekretärinnen ihren Arbeitsbereich und die Sprechstundenzimmer ein, überprüfen die Unterlagen und füllen das Materialdepot auf. Zwischen 08.00 und 08.30 Uhr beginnt dann die Sprechstunde und endet um ca. 17.00 Uhr. Im Anschluss werden pendente Aufträge erledigt, die Sprechstundenzimmer hergerichtet, der Arbeitsplatz aufgeräumt und physische Unterlagen ins Sekretariat gebracht.

Über die verschiedenen Beobachtungen hinweg liess sich in der Sprechstunde (Hüft- & Beckenchirurgie, Kniechirurgie und Sportverletzungen, Wirbelsäulenchirurgie, Fuss- & Sprunggelenkchirurgie, Schulterchirurgie) eine Vielzahl an *Aufgaben/Arbeitstätigkeiten* feststellen, die durch alle Medizinischen Sekretärinnen identisch ausgeführt wurden. Nachfolgend werden die typischen Arbeitstätigkeiten von der An- bis zur Abmeldung aufgeführt. In Tabelle 6 sind die Aufgaben während eines Sprechstundentages zu entnehmen.

Tabelle 6: *Typische Arbeitstätigkeiten während einer Sprechstunde (eigene Darstellung)*

Anmeldung der Patienten	
<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme Patienten • Abfragen von Informationen ... <ul style="list-style-type: none"> ○ Besuch Radiologie: Röntgen, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRI) ○ Adresse ○ Krankenkasse ○ Art der Versicherung ○ Unfall / Krankheit ○ Frühere Unterlagen • Scannen früheren Unterlagen/Dateien • Weiterleitung Abrechnungsformular an ärztliches Fachpersonal 	<p>Die Patienten melden sich beim jeweiligen Fachbereich an (siehe Abbildung 5). Die Medizinische Sekretärin kontrolliert, ob alle Angaben vorhanden sind und bei Bedarf in der radiologischen Untersuchung war. Dazu arbeiten die Mitarbeiterinnen mit einem Sprechstundeplan. Durch das Bereitlegen des Abrechnungsformular wird dem ärztlichen Fachpersonal symbolisiert, dass die Anmeldung durchgeführt wurde. Je nach Team wird ^{bsp.} zudem im Kalender die Farbe geändert oder die physische Krankenakte bereitgelegt. Unterschiede gibt es bei der Dauer des Sprechstundetermins.</p>
Abmeldung der Patienten	
<ul style="list-style-type: none"> • Auftrag ärztliches Fachpersonal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fixierung neuer Termin ○ Anmeldung radiologische Untersuchung ○ Fixierung OP-Termin ○ Weiteres • Erhalt Abrechnungsformular • Abgabe eingescannte Unterlagen/Dateien an Patienten 	<p>Nach der Sprechstunde begleitet das ärztliche Fachpersonal die Patienten wieder zurück zum Empfang und gibt der Medizinischen Sekretärin den Auftrag für das Aufgleisen der nächsten Schritte. Termine werden in der Regel vor Ort mit den Patienten abgemacht. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Medizinische Sekretärin gerade in einer Besprechung mit einer anderen Person ist.</p>
Sonstige Aufgaben	
<ul style="list-style-type: none"> • Diktafon einlesen & aufladen • Berichte schreiben • Erfassung der Daten der Abrechnungsformulare im System • Entgegennahme von Anrufen • Unklarheiten klären • Zuweisungen oder sonstige Sekretariatsarbeiten erledigen 	<p>Zwischen der An- und Abmeldung wurden die «Leerzeiten» oftmals für die Erledigung von sonstigen Aufgaben genutzt.</p>

Laut den Aussagen im Feld wird die Arbeitsbelastung in der Sprechstunde im Vergleich zu einem Arbeitstag im Sekretariat höher eingestuft. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte von einer Medizinischen Sekretärin betreut werden und dadurch die Patientenfallzahl zunimmt.

Der Empfang ist auf maximal drei Personen respektive drei Fachbereiche limitiert (*Organisation*). An Wochentagen, an denen mehrere Fachbereiche Sprechstunde hätten, wird aufgrund der fehlenden Arbeitsplatzkapazität diese Sprechstunde durch einen anderen Fachbereich übernommen. Montags werden die Patientinnen und Patienten der

Schulterorthopädie durch die Medizinische Sekretärin der Fuss- und Sprunggelenkchirurgie betreut. Ebenso wechseln sich mittwochs die zwei Teams Hüft- & Beckenchirurgie sowie Kniechirurgie & Sportverletzungen mit der Sprechstunde ab, wodurch die gegenseitige Betreuung der Patientinnen und Patienten gewährleistet wird. Diese wechselseitige Stellvertretung bei der Sprechstunde gilt jedoch nicht als Standard, sondern wurde lediglich aufgrund der fehlenden Arbeitsplatzkapazität an einzelnen Wochentagen eingeführt. In erster Linie betreuen alle Fachbereiche ihre Patientinnen und Patienten selbst (vgl. Abbildung 5). Ebenso konnte beobachtet werden, dass jeweils unterschiedliche Medizinische Sekretärinnen in der Sprechstunde zusammenarbeiten. Nur in der Wirbelsäulen- und Schulterchirurgie wird die Sprechstunde stets durch dieselbe Person übernommen. *Unterbrechungen und Störungen* ergaben sich über die zwei Halbtage auch in der Sprechstunde. Insgesamt wurden 13 Störungen erfasst, bei denen sich die Patientinnen und Patienten nicht beim «richtigen» Fachbereich angemeldet haben und an die Medizinischen Sekretärin nebenan verwiesen wurden. Ungefähr sechs Störungen entstanden dadurch, dass Patientinnen und Patienten direkt zur Anmeldung kamen, obwohl diese zuvor noch in die radiologische Untersuchung mussten. Weitere einzelne Störungen wurden erfasst, weil sich die Patientinnen und Patienten zu früh oder zu spät angemeldet haben oder überhaupt nicht am Termin erschienen sind. Weiterhin liess sich feststellen, dass die gegenseitige Stellvertretung am Sprechstundenempfang nicht in jedem Fall übernommen wurde und deshalb die Patientinnen und Patienten gelegentlich warten mussten. Je nach Patientenfallzahl eines Fachbereichs konnte ebenso eine Warteschlange beobachtet werden, während bei einem anderen Fachbereich keine Patientinnen und Patienten zu betreuen waren. Störungen beziehungsweise Unterbrechungen wurden auch aufgrund von Personen aufgezeichnet. Der Grossteil aller Unterbrechungen entstand durch die Auftragsweiterleitung des ärztliche Fachpersonals. Dabei spielte es keine Rolle, ob die Medizinische Sekretärin gerade mit der Anmeldung einer neuen Patientin/eines neuen Patienten beschäftigt oder am Telefon war. Andere Störquellen waren das Telefon, Fragen von Teamkolleginnen, aber auch Unterlagen, die durch die Patientinnen und Patienten vergessen wurden.

4.2 Synthese/Erkenntnisse Beobachtungen

Die hier vorgestellten Ergebnisse aus den Beobachtungen können lediglich einen relativ kurzen Abriss des Beobachteten darstellen und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Da die Beobachtungen als Vorstudie für die Experteninterviews dienen, konnte die Analyse der für die Fragestellung zentralen Kategorien allerdings einige Hinweise geben, welche Themen bei den Experteninterviews unter anderem zu beachten sind. Einerseits zeigte sich, dass die Aufgaben/Arbeitstätigkeiten sowohl im Sekretariat als auch in der Sprechstunde teamübergreifend sehr ähnlich sind. Die Unterschiede treten vor allem in

der Ausführung oder in einzelnen Zusatzschritten auf. Speziell in der Sprechstunde fällt auf, dass jedes Sekretariat nur für sein ärztliches Fachpersonal und die jeweiligen Patientinnen und Patienten zuständig ist. Einerseits konnte beobachtet werden, wie die Patientinnen und Patienten darauf hingewiesen wurden, wenn sie sich bei einem «falschen» Fachbereich angemeldet haben. Andererseits gaben die Ärztinnen und Ärzte nur an «ihre» Medizinische Sekretärin einen Auftrag weiter. War die Medizinische Sekretärin aufgrund einer kurzen Pause abwesend, wurden die Patientinnen und Patienten an das Sekretariat und nicht an eine andere Medizinische Sekretärin verwiesen. Des Weiteren entstand bei der Beobachtung des Sekretariats der Eindruck, dass die jeweilige Aufgabenverteilung und die damit zusammenhängende Teamorganisation sehr relevant seien – insbesondere dann, wenn einzelne Personen Auskunft über die teamspezifische Aufgabenplanung gaben und die Gründe für die Verantwortlichkeitsbereiche nannten. Unterbrechungen und Störungen konnten über alle Beobachtungen hinweg festgestellt werden, wobei sich diejenigen im Sekretariat von jenen in der Sprechstunde unterschieden. Im Sekretariat ergab sich ein Grossteil der Unterbrechungen aufgrund der Kommunikation mit anderen Teamkolleginnen. Bei der Sprechstunde führten eher die Patientinnen und Patienten oder das ärztliche Fachpersonal dazu.

4.3 Ergebnisse Experteninterviews

Im Ergebnisteil werden die gewonnenen Daten aus den Experteninterviews in einer Übersichtstabelle abgebildet. Im Anschluss wird der Prozessablauf von der Zuweisung bis zur Endfakturierung dargestellt, wobei die zwei Teams Kinderorthopädie und Knie- & Hüftorthopädie einzeln aufgeführt werden. Der Prozessablauf gibt einen Überblick über die einzelnen Schritte und zeigt die Unterschiede in den Fachbereichen auf. Anschliessend werden die bedeutendsten Erkenntnisse aus den Haupt- und Subkategorien dargelegt.

4.3.1 Übersicht der Daten aus den Experteninterviews

Über alle Experteninterviews wurden unterschiedliche Daten rundum die Sprechstunde gewonnen, die in Tabelle 7 zusammengefasst sind. Dabei zeigte sich, wie die Sprechstundentage der Fachbereiche organisiert und die Termine geplant werden. Fast alle Teams organisieren ihre Termine in Abhängigkeit von der Art der Besprechung und rechnen in der Regel für Nachkontrollen weniger Zeit ein als für Erstbesprechungen. Nur bei der Wirbelsäulenchirurgie werden unabhängig von der Art der Besprechung für alle Termine 30 Minuten geplant. Die Ergebnisse offenbaren ferner, dass der Umfang der Berichte nicht nur von der Menge der Sprechstundentage abhängt, sondern ebenso von der Betreuung des ärztlichen Fachpersonals.

Tabelle 7: Übersicht der gewonnenen Daten rundum die Sprechstunde (eigene Darstellung)

	Wirbelsäulen- chirurgie	Kniechirurgie und Sportverletzungen	Hüft- und Beckenchirurgie	Fuss- und Sprung- gelenkchirurgie	Schulterchirurgie	Kinderorthopädie	Hüft- und Kniechirurgie
Anzahl Medizinische Sekretärinnen	5 Personen (460 %)	6 Personen (525 %)	4 Personen (340 %)	2 Personen (140 %)	2 Personen (160 %)	2 Personen (140 %)	2 Personen (140 %)
Anzahl ärztliches Fachpersonal	3 Personen	4 Personen	3 Personen	1 Person	2 Personen	2 Personen	1 Person
Sprechstunde- tage	Montag bis Donnerstag	Montag bis Mittwoch & Freitagvormittag	Dienstag bis Donnerstag	Montag, Mittwoch, Freitag	Montag (Notfall), Donnerstag, Freitag	Montag bis Freitag***	Dienstag, Mittwoch und Freitagvormittag
Dauer Sprechstunde- tage	08.00-12.00 Uhr 13.00-17.00 Uhr*	Montag-Mittwoch: 08.00-11.30 Uhr 12.30-17.00 Uhr Freitag: 08.00-12.00 Uhr	08.15-12.00 Uhr 13.30-16.45 Uhr**	Montag: 08.30-12.00 Uhr 13.30-17.15 Uhr Mittwoch: 08.15-12.00 Uhr 13.30-16.30 Uhr Freitag: 08.45-12.30 Uhr	Montag & Freitag: 08.00-12.00 Uhr 13.00-17.00 Uhr Donnerstag: 08.30- 12.00 Uhr 13.00- 17.00 Uhr	08.00-12.00 Uhr 12.45-17.00 Uhr	08.00-12.00 Uhr 13.30-16.00 Uhr
Planung Sprechstunde- Termine	Immer nur 30 Minuten	NeuPA, OP- & Rad.- Besprechungen = 30 Minuten Kontroll-Termine = 15 Minuten	NeuPA, OP- & Rad.- Besprechungen = 30 Minuten Kontroll-Termine = 15 Minuten	NeuPA, OP- & Rad.- Besprechungen = 30 Minuten Kontroll-Termine = 15 Minuten	NeuPA, OP- & Rad.- Besprechungen = 45 Minuten Kontroll-Termine = 30 Minuten	Schwierige Fälle = 60 Minuten Normale Fälle = 30 Minuten Kontroll-Termine = 20 Minuten	NeuPA ohne Rad. Besprechung = 15 Minuten; Kontroll-Termin = 10 Minuten
Ungefähre Aufrechnung Anzahl Berichte pro Woche	Ca. 200 Berichte	Ca. 150 – 200 Berichte	Ca. 140 Berichte	Ca. 95 bis 115 Berichte	Ca. 100 Berichte	Ca. 50 bis 60 Berichte	Ca. 50 bis 60 Berichte

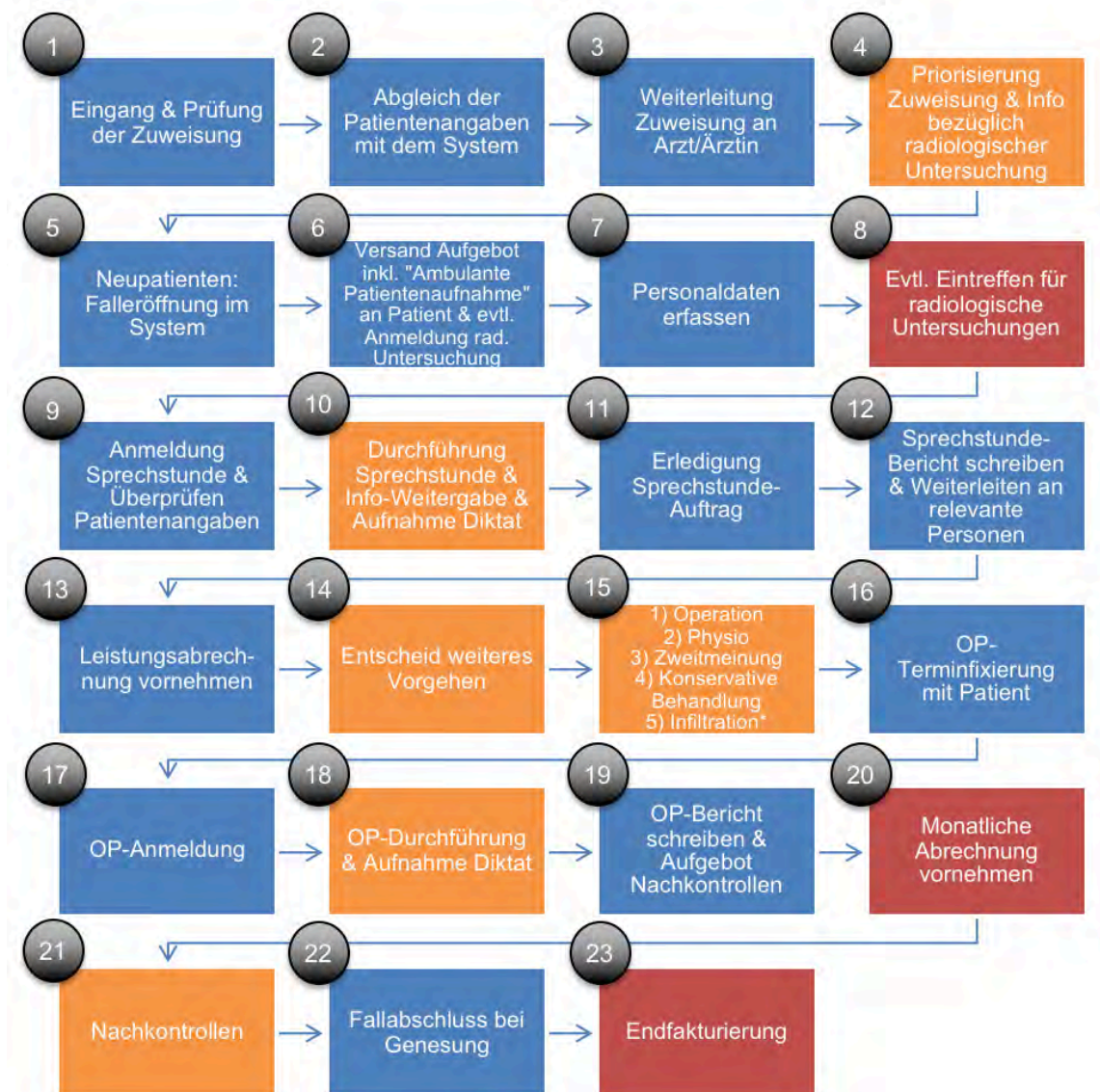
Anmerkung: Die Inhalte der Tabelle erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern basieren auf den ungefähren Angaben/Gedächtnisleistungen der Befragten.

*mit Ausnahme von Prof. Dr. med. P.F. Heini, der keine Mittagspause macht. **Team von Prof. Dr. med. H. Nötzli 1.5 Std. Mittag und Team von Dr. med. T. Wyss 1 Std. Mittag.

***Ausser jeden zweiten Donnerstag keine Sprechstunde.

4.3.2 Prozessablauf von der Zuweisung bis zur Endfakturierung

In Abbildung 8 wird der allgemeine Prozessablauf (exkl. Kinder- sowie Knie- und Hüftorthopädie) dargestellt, der über alle Fachbereiche hinweg sehr ähnlich abläuft. Im Anschluss an die Prozesszeichnung werden die einzelnen Teams näher beleuchtet, wobei auch die gewonnenen Unterschiede veranschaulicht werden. Es sei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen, dass einzelne Prozessschritte in Abbildung 8 auch in einer leicht anderen Reihenfolge stattfinden können. Beispielsweise kann Schritt 5 – je nach individueller Präferenz – auch bei Schritt 2 stattfinden, was jedoch nichts am eigentlichen Ablauf ändert.



Anmerkung. Legende: Sekretariat, ärztliches Fachpersonen, Andere/Drittpersonen. *Infiltration: Einführen einer Injektionsnadel mit Schmerzmittel in den betroffenen Nerv, Muskel, Bänder, um Symptome zu bekämpfen (Orthopädie Liesing, 2018)

Abbildung 8: Allgemeiner Prozessablauf Zuweisung bis Endfakturierung (eigene Darstellung)

Dieser Prozessablauf zeigt die IST-Situation und führt nochmals die relevantesten Arbeitstätigkeiten auf. Nachstehend wird auf die einzelnen Fachbereiche eingegangen, und

es werden die Schritte aufgeführt, bei denen sich die Teams vom gezeichneten «IST-Prozess» unterscheiden.

Wirbelsäulenchirurgie

Die Wirbelsäulenchirurgie arbeitet aktuell noch mit physischen Krankenakten, was einen gewissen Mehraufwand bedingt. Zudem wird alles rundum die Sprechstunde (inkl. Durchführung) lediglich durch eine Medizinische Sekretärin übernommen.

Nachstehend wird auf die relevantesten Schritte eingegangen:

- Schritt 1: Schriftliche Zuweisung muss durch medizinische Fachperson erfolgen, andernfalls wird kein Termin vergeben.
- Schritt 3: Zuweisungstriage erfolgt durch Prof. Dr. med. Paul F. Heini, ausser «Zuweiser» sprechen andere Ärztinnen/Ärzte direkt an.
- Schritt 6: «Zuweiser» erhält Kopie des schriftlichen Aufgebots.
- Schritt 10: Unabhängig der Konsultation werden für jeden Termin lediglich 30 Minuten eingeplant.
- Schritt 13: Ambulante Leistungsabrechnung wird anhand den diktierten Angaben direkt durch Medizinische Sekretärin erfasst.
- Schritt 16: OP-Terminfixierung erfolgt nie direkt in der Sprechstunde, sondern erst durch die Mitarbeiterinnen im Sekretariat.
- Schritt 18: OP-Triage wird durch Prof. Dr. med. Paul F. Heini vorgenommen, dann erfolgt Absprache der Indikation mit zugewiesener ärztlicher Fachperson.
- Schritt 19: Erstes Aufgebot für OP-Nachkontrolle wird durch dieselbe Person erledigt, die auch den OP-Bericht verfasst.
- Schritt 20: Jede Operation wird in einer zusätzlichen Liste vermerkt, damit die «externen» Abrechnungspersonen alle wichtigen Informationen in einem Dokument verfügbar haben.
- Schritt 21: Erste Nachkontrolle nach sechs bis acht Wochen (mit oder ohne Röntgen), dann bei Bedarf weitere Kontrollen nach drei bis fünf Monaten und Abschluss mit Jahreskontrolle.
- Schritt 22: Es besteht Unklarheit über den Fallabschluss im System.

Kniechirurgie und Sportverletzungen

Die Durchführung der Sprechstunde erfolgt nicht durch jede Medizinische Sekretärin, sondern wird zwischen vier Personen aufgeteilt. Jeden Mittwoch wechselt sich das Team mit der Hüft- und Beckenchirurgie am Empfang aufgrund der Arbeitsplatzkapazität ab.

Nachstehend werden die relevantesten Schritte veranschaulicht:

- Schritt 1: Schriftliche Zuweisung auch durch Privatperson möglich. Erfassung der Zuweisung in einer separaten Liste, um aktuellen Stand zu verfolgen.
- Schritt 3: Zuweisungstriage erfolgt durch Prof. Dr. med. Stefan Eggli, es sei denn, «Zuweiser» sprechen andere Ärztinnen/Ärzte direkt an.
- Schritt 13: Ausfüllen der Leistungsabrechnung erfolgt durch ärztliches Fachpersonal. Im Anschluss Kontrolle durch Prof. Dr. med. Stefan Eggli (oder Dr. med. Philipp Henle). Erfassung der Daten im System durch Sekretariat.

- Schritt 16 & 17: Zuständigkeitsbereich nur bei einer Medizinischen Sekretärin. Für die OP-Terminfixierung wird zusätzlich mit einer Checkliste gearbeitet, weshalb eine erneute Beantwortung von Fragen durch Patientinnen und Patienten erfolgt.
- Schritt 21: Erste Nachkontrolle nach drei bis sechs Wochen (mit oder ohne Röntgen), weitere Kontrollen in diesem Rhythmus, bis Genesung erreicht ist. Bei einem Eingriff mit «dynamisch intraligamentärer Stabilisierung» (DIS) weitere Kontrollen nach ein bis zwei sowie nach fünf Jahren.
- Schritt 22: Der Fall wird im System abgeschlossen.

Hüft- und Beckenchirurgie

Obwohl mit einem Arbeitsplan gearbeitet wird, kann jede Medizinische Sekretärin jede Aufgabe bei Bedarf übernehmen. Lediglich die Sprechstundentage werden nicht zwischen vier, sondern zwischen drei Personen aufgeteilt.

Weitere Auskunft sind nachstehenden Informationen zu entnehmen:

- Schritt 3: Zuweisungstriage erfolgt durch Prof. Dr. med. Hubert Nötzli, es sei denn, «Zuweiser» sprechen andere Ärztinnen/Ärzte direkt an.
- Schritt 13: Ausfüllen der Leistungsabrechnung erfolgt durch ärztliches Fachpersonal. Erfassen der Daten im System durch Sekretariat.
- Schritt 16: Bei einer Operation fixiert das ärztliche Fachpersonal direkt in der Sprechstunde den OP-Termin mit den Patientinnen und Patienten. Dafür besteht eine Liste mit allen OP-Terminen. Die Fachpersonen melden dann den Termin der Medizinischen Sekretärin, diese trägt den Termin fix in den Kalender ein und meldet die OP (Schritt 17) an.
- Schritt 21: Erste Nachkontrolle nach sechs Wochen mit Röntgen und allenfalls Start der Rehabilitation. Dann unterscheidet sich der Kontrollrhythmus beim ärztlichen Fachpersonal. Bei Bedarf weitere Kontrolle nach Rehabilitation und dann fixe Termine zur Jahres-, Fünf- und Zehn-Jahres-Kontrolle.
- Schritt 22: Aussagen bezüglich Fallabschluss im System unterschiedlich.

Fuss- und Sprunggelenkchirurgie

Eine der beiden Medizinischen Sekretärinnen arbeitet 40 % für die Kinderchirurgie. Darüber hinaus besteht kein Arbeitsplan, und die Aufgaben werden fortlaufend durch beide Personen erledigt.

Weitere Auskunft geben nun folgende Informationen:

- Schritt 3: Keine Triage notwendig, da Dr. med. Gerhard Flückiger als alleiniger Arzt fungiert.
- Schritt 6: Wartezeit für Sprechstundentermin liegt bei rund drei Monaten.
- Schritt 13: Ausfüllen der Leistungsabrechnungen erfolgt durch Dr. med. Flückiger. Erfassen der Daten im System durch Sekretariat.
- Schritt 16: Falls möglich, wird OP-Termin direkt in der Sprechstunde fixiert.
- Schritt 17: Bereits bei der OP-Anmeldung wird – wenn ein Gips notwendig ist – der erste Termin für den Gipswechsel (nach sechs Wochen) festgelegt.
- Schritt 18: Je nach Eingriff wird nach der OP durch Gipserin ein Gips angelegt.

- Schritt 21: Je nach Eingriff erster Termin nach zwei Wochen, um den Faden zu entfernen und neuen Gips anzulegen. Erste offizielle Nachkontrolle nach sechs Wochen nach OP (mit Röntgen), dann nach vier Wochen, nach zwei Monaten (ungefähr $\frac{3}{4}$ aller Patientinnen und Patienten) und dann Jahreskontrolle mit allfälliger Metallentfernung.
- Schritt 22: Fall wird im System nicht abgeschlossen, es sei denn, die Versicherungsart ändert sich (neu Unfall- anstelle Krankenversicherung).

Schulterchirurgie

Eine der beiden Medizinischen Sekretärinnen arbeitet 40 % als «Springerin» und wird je nach Personalbedarf in den restlichen Teams eingesetzt. Darüber hinaus besteht kein Arbeitsplan, und die Aufgaben werden fortlaufend – mit Ausnahme der Durchführung der Sprechstunde und der OP-Anmeldung – durch beide Personen erledigt. Jeden Montag wird die Sprechstunde der Schulterchirurgie aufgrund des Arbeitsplatzmangels durch die Fuss- und Sprunggelenkchirurgie übernommen.

Näheres ist nachstehenden Informationen zu entnehmen:

- Schritt 3: Zuweisungstriage erfolgt durch Dr. med. Philipp Bissig und nicht durch den leitenden Arzt.
- Schritt 6: Anmeldung der radiologischen Untersuchung erfolgt durch Assistenzärzte und -ärztinnen. Dazu leiten ihnen die Medizinischen Sekretärinnen die Sprechstundenliste weiter, auf denen die Informationen enthalten sind. Ausnahme bilden die Neupatienten/-patientinnen – hier läuft die radiologische Anmeldung über das Sekretariat.
- Schritt 11: Radiologische Untersuchung (vor allem Röntgen) kann auch spontan während der Sprechstunde durchgeführt werden. Dann meldet die Medizinische Sekretärin die Patientinnen und Patienten spontan für das Röntgen an.
- Schritt 13: Ausfüllen der Leistungsabrechnungen erfolgt durch ärztliches Fachpersonal. Erfassen der Daten im System durch Sekretariat.
- Schritt 21: Bei einer konservativen Behandlung findet eine weitere Kontrolle nach sechs Wochen statt. Im Fall einer Operation abhängig vom Verlauf und Art des Eingriffs. Auf alle Fälle findet die Jahreskontrolle (mit oder ohne Röntgen) und bei Prothesen weitere Kontrollen nach zwei bis drei Jahren und nach fünf Jahren statt.
- Schritt 22: Der Fall wird im System abgeschlossen.

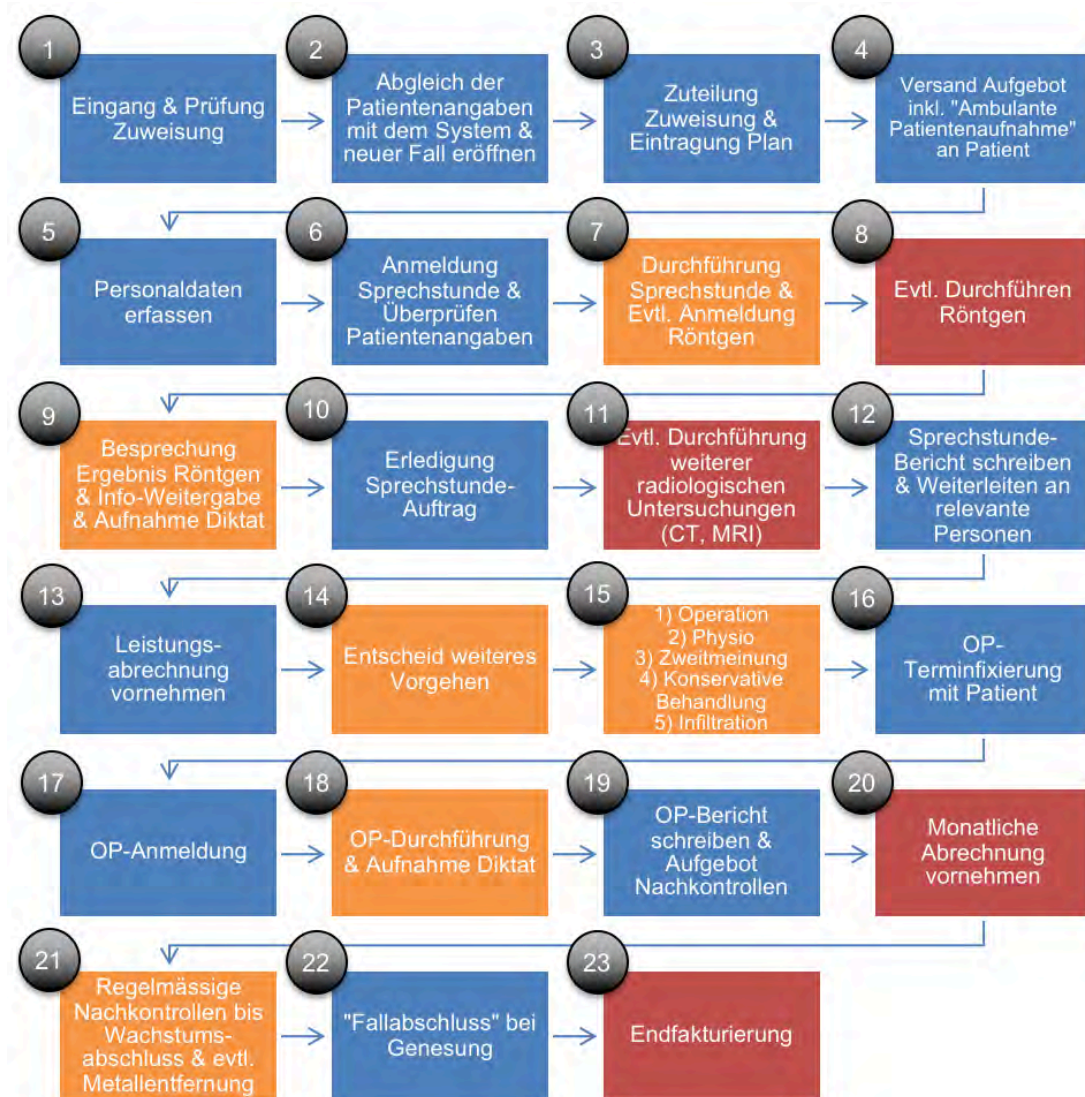
4.3.3 Prozessablauf von der Zuweisung bis zur Endfakturierung der Kinder- sowie Knie- und Hüftorthopädie

Im folgenden Abschnitt werden separat die Prozessabläufe der Kinder- sowie der Knie- und Hüftorthopädie veranschaulicht, wobei auch die Verbindung zum Prozessablauf in Abbildung 8 hergestellt wird.

Kinderorthopädie

Mit Ausnahme jede zweite Woche Donnerstags findet die Sprechstunde täglich statt. Aus diesem Grund hat die Medizinische Sekretärin ihren festen Arbeitsplatz in der Sprechstunde und verfügt über kein eigenes Sekretariat. Die Sprechstunde der Kinderorthopädie ist vom Empfang der anderen Fachbereiche losgelöst. Die Medizinische Sekretärin wird an zwei Arbeitstagen vor allem für die Sekretariatsarbeiten unterstützt (Fuss- und

Sprunggelenkchirurgie). In Abbildung 9 ist der Prozessablauf der Kinderorthopädie dargestellt, der nachfolgend noch genauer erläutert wird.



Anmerkung. Legende: Sekretariat, ärztliche Fachpersonen, Andere/Drittpersonen

Abbildung 9: Prozessablauf Zuweisung bis Endfakturierung Kinderorthopädie (eigene Darstellung)

Die Kinderorthopädie unterscheidet sich insofern von den restlichen Bereichen, als dass man stets mehrere Ansprechpersonen (Kinder und Erwachsene) hat und ein Gespür sowohl für die jungen Patientinnen und Patienten als auch für die besorgten Erwachsenen benötigt.

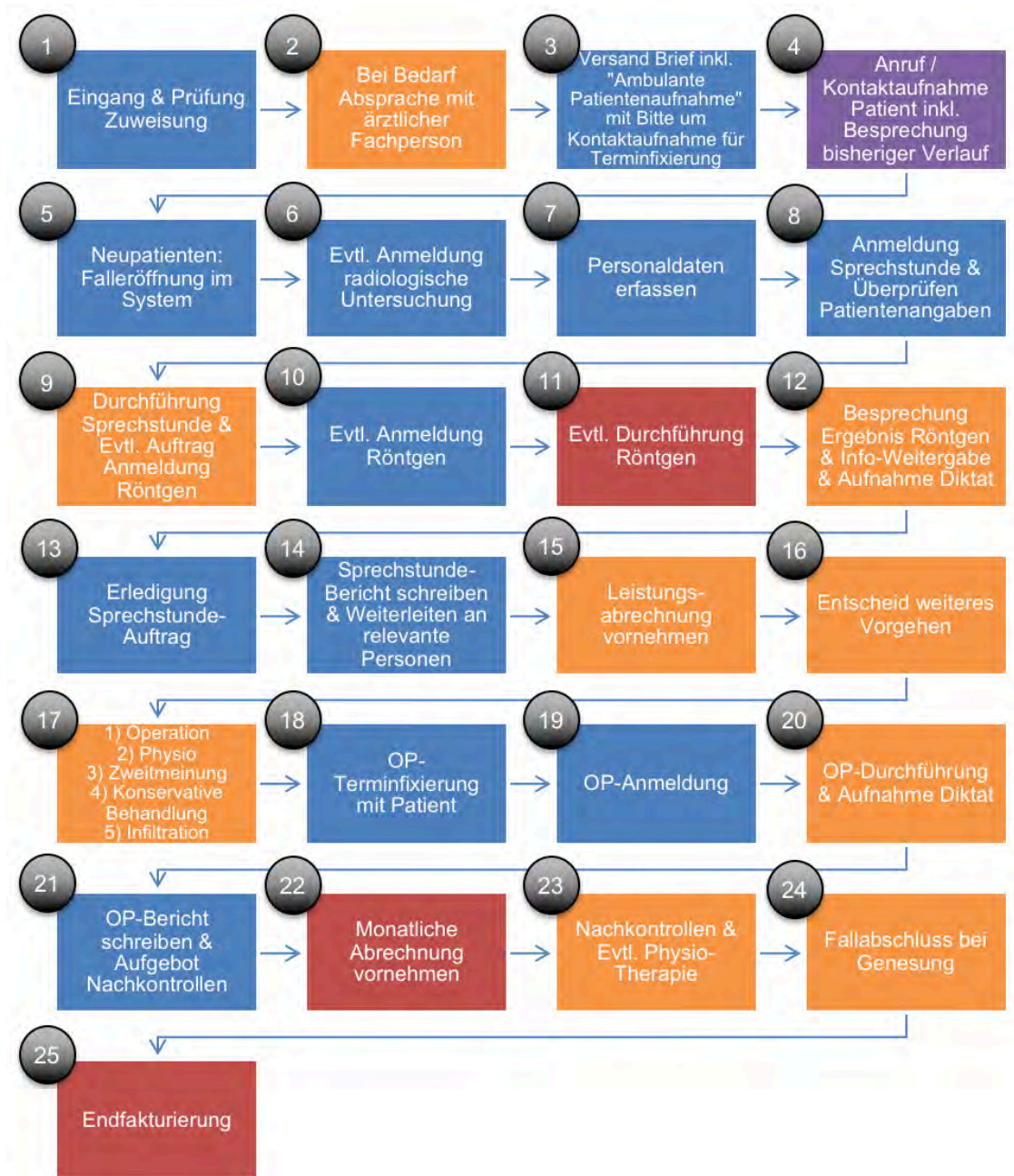
Nachstehend finden sich nähere Informationen:

- Schritt 1: Schriftliche Zuweisung auch durch Privatperson möglich.
- Schritt 3: Zuweisungstriage erfolgt durch Medizinische Sekretärin. Zweitmeinungen, schwerwiegende Fälle oder auch Kinder mit Behinderung werden durch Dr. med. Stefan Dierauer betreut, alle anderen Fälle werden je nach Verfügbarkeit auf beide Fachpersonen gleichermassen aufgeteilt.
- Schritt 7 & 8: Erst während der ersten Sprechstunde wird entschieden, ob und welche radiologische Untersuchung durchzuführen ist. Röntgenaufnahmen werden unmittelbar während der Sprechstunde angemeldet. Die Ergebnisse werden im Anschluss besprochen. Für MRI- oder CT-Untersuchung wird ein Zweittermin geplant, wobei die Anmeldung über die Medizinische Sekretärin erfolgt.

- Schritt 16: Die OP-Terminfixierung gestaltet sich komplizierter, da sich eine gesamte Familie um den OP-Termin organisieren muss.
- Schritt 21: Kindern kommen häufiger zu regelmässigen Kontrollen, manchmal bis zum Abschluss des Wachstumsprozesses oder sogar darüber hinaus, wenn eine ärztliche orthopädische Betreuung weiterhin notwendig ist.
- Schritt 22: Der Fall wird im System nicht abgeschlossen.

Hüft- und Kniechirurgie

Der Sprechstundenempfang befindet sich im eigenen Sekretariat und ist losgelöst von den anderen Fachbereichen. In Abbildung 10 ist der Prozessablauf der Hüft- und Kniechirurgie dargestellt, der nachfolgend genauer erläutert wird:



Anmerkung. Legende: Sekretariat, ärztliche Fachpersonen, Andere/Drittpersonen, Patientinnen und Patienten

Abbildung 10: Prozessablauf Zuweisung bis Endfakturierung Hüft- und Kniechirurgie (eigene Darstellung)

Dieser Fachbereich wird ausschliesslich durch Dr. med. Reto Thalman geführt, weshalb keine Falltriage notwendig ist.

Nachfolgend finden sich nähere Informationen:

- Schritt 1: Zuweisung und vorhandene Unterlagen werden durch das Sekretariat geprüft, allenfalls Rücksprache mit dem Arzt (Schritt 2).
- Schritt 3: Patientin/Patient erhält kein schriftliches Aufgebot mit einem konkreten Termin, sondern einen Brief mit der Aufforderung zur Kontaktaufnahme.
- Schritt 4: Bei Kontaktaufnahme durch die Patientin/den Patient, wird ein Sprechstundentermin fixiert. An dieser Stelle werden ebenso allfällige Unklarheiten besprochen.
- Schritt 6: Entscheid für Anmeldung radiologischer Untersuchung liegt beim Sekretariat. Bei Bedarf Rücksprache mit Arzt.
- Schritt 10: Röntgen kann auch spontan während des Sprechstundentermins angemeldet werden.
- Schritt 15: Ausfüllen und Erfassen der Leistungsabrechnung im System erfolgt durch Arzt.
- Schritt 23: Bei operativem Eingriff erfolgt erste Kontrolle inkl. radiologischer Untersuchung nach sechs Wochen – wenn kein Hausarzt/keine Hausärztin vorhanden ist, um Fäden zu ziehen, auch bereits früher. Dann abhängig von Physiotherapie. Nach einer Physiotherapie weitere Kontrolle nach zwei Monaten und dann individuell je nach Genesungsprozess.
- Schritt 24: Arzt schliesst den Fall, wenn keine weiteren Leistungen mehr anstehen, im System ab.

4.3.4 Ergebnisse der Hauptkategorien

In diesem Abschnitt werden die quantitativen Ergebnisse, die aus den Aussagen der Experteninterviews hervorgingen, entlang der Hauptkategorien ausgewertet. Die folgenden Ergebnisse werden aufgrund der Vertraulichkeit nicht teamspezifisch ausgewertet, sondern lediglich als Aussagen unterschiedlicher Teams gekennzeichnet.

Ergebnisse Kategorie Team

Von vielen Befragten wurde der Job als sehr positiv beurteilt. Die Medizinischen Sekretärinnen schätzen die Flexibilität der Arbeitszeiten, die selbstständige Aufgabenplanung sowie die unkomplizierte Ferienplanung. So könne man sich die anfallenden Arbeiten meist selbst einteilen und habe auch keine Wochenendeinsätze. Ebenfalls sehr geschätzt wird das Arbeitsmodell «Homeoffice», da es ungestörtes und ruhiges Arbeit ermögliche. Alle Fachbereiche gaben an, die genannten *Aufgaben/Arbeitstätigkeiten* sehr regelmässig, oftmals täglich, auszuführen. Dabei arbeiten zwei der drei grossen Teams mit Arbeitsplänen, die restlichen Teams organisieren sich individuell. Gerade bei den Teams, die nach keinem Aufgabenplan arbeiten, wurden die Aufgabenvielfalt und Abwechslung positiv bewertet, was auch einen Einfluss auf die Wissensverteilung hat.

Insbesondere von einem der grösseren Teams wurde die fehlende Flexibilität in der Aufgabenverteilung erwähnt, was bei personellen Engpässe spürbar sei. Gefragt nach unbeliebten, komplizierten oder zeitaufwendigen Aufgaben, wurden über alle Fachbereiche hinweg die Anrufe, die Versicherungsanfragen, das Einscannen sowie das Abschreiben der Personalien vom Formular «Ambulante Patientenaufnahme» erwähnt. Die Anrufe stören den Ablauf und seien zeitintensiv. Hingegen beurteilten die Teams das Einscannen und Abschreiben der Personalien eher als langweilig. Besonders in einem Team wurde erwähnt, dass das Formular «Ambulante Patientenaufnahme» nicht selbstverständlich sei, da Angaben oftmals fehlerhaft oder unvollständig seien. Über das Schreiben der Berichte waren sich die Befragten uneinig. Einerseits nehme diese Aufgabe viel Zeit in Anspruch, und auch Kontrolltermine seien immer noch sehr ausführlich. Andererseits bringe diese Tätigkeit viel Ruhe in den Alltag und wird von einigen sehr geschätzt.

Gefragt nach den *Arbeitsabläufen und -prozessen* innerhalb des Teams, wurden diese von den meisten positiv bewertet. Jedes Team hat von den eigenen Abläufen das Gefühl, dass diese klar und verständlich seien und das Team insgesamt speditiv arbeite. Konkret nach schwierigen, zeitaufwendigen oder komplizierten Prozessen gefragt, wurden verschiedene Themen angesprochen. Bei der OP-Terminfixierung könnte man sich überlegen, diese auch ausserhalb der Sprechstunde zu vereinbaren, um Verschiebungen zu vermeiden. Auch das «Hin und Her» bei der Zuweisung wird als eher kompliziert beurteilt. Die leitenden Ärzte haben oftmals den Anspruch, Erstdpatienten/-patientinnen oder privat versicherte Patientinnen und Patienten selbst zu untersuchen, was jedoch aufgrund des vollen Terminkalenders zu Schwierigkeiten führt. Lediglich bei zwei der sieben Teams erfolgt die Zuweisungstriage durch die Medizinische Sekretärin, was wiederum von diesen beiden Personen als spannend und positiv bewertet wurde. Prozessunterschiede finden sich bei den mehr oder weniger engmaschigen Nachkontrollen oder beim Aufbieten zum Röntgen. Während die einen Teams ein Röntgen stets vor der Sprechstunde anmelden, bieten andere Teams die Patientinnen und Patienten erst während der Sprechstunde auf, wobei die Anmeldung dann auch über den Arzt/die Ärztin erfolgen kann. Die Medizinische Sekretärin berücksichtigt bei diesen Unterschieden oftmals den Wunsch des ärztlichen Fachpersonals. Über alle Fachbereiche hinweg wurden die personellen Ressourcen der *Teamorganisation und -struktur* als optimal eingestuft. Es wurde lediglich erwähnt, dass in gewissen Monaten (Winterzeit) oder während Ferienabwesenheiten eine Springerin gut wäre, die je nach Auslastung unterstützen könnte. Auch wurde die Zusammenarbeit innerhalb des Teams als mehrheitlich positiv bewertet. Die Teamkolleginnen hätten eine gute Beziehung, und auch der Informationsaustausch funktioniere gut. Aufgrund der Harmonie untereinander könnten sich die wenigsten Personen eine Veränderung in der Teamstruktur vorstellen. Insbesondere in den kleineren Teams werden der rege Austausch und die gegenseitige Abstimmung geschätzt. Eine Befragte merkte jedoch an, dass sie sich wünschen würde, vermehrt als

gesamte Orthopädie aufzutreten. Eine andere Befragte erklärte im umgekehrten Fall, dass sie gerade in der Teamsplittung die Stärke der Orthopädie sehe, weshalb hier Uneinigkeit herrscht.

Grundsätzlich wurde die *Zusammenarbeit mit dem eigenen ärztlichen Fachpersonal* als positiv beurteilt. Vor allem die Hilfsbereitschaft und die Fröhlichkeit werden von vielen Befragten besonders geschätzt. Geschätzt wird zudem, wenn die Ärztinnen/Ärzte transparent sowie zeitgerecht informieren und die Anliegen der Medizinischen Sekretärinnen ernst nehmen. In fast allen Teams scheint dies gut zu funktionieren, und die Medizinischen Sekretärinnen spüren die Dankbarkeit für ihre Arbeit. Nur in einigen wenigen Teams würden sich die Medizinischen Sekretärinnen noch mehr Anerkennung wünschen. Der Austausch mit dem ärztlichen Personal findet vorwiegend mündlich respektive bilateral statt, gelegentlich auch via E-Mail. Ein Teil der Befragten würde sich eine klarere Kommunikation wünschen. Aufgrund der fehlenden Zeit bleiben oftmals Punkte ungeklärt. Eine Möglichkeit, dies gemäss den Aussagen zu optimieren, wäre das Durchführen regelmässiger Sitzungen. Nur ein Team führe solche Sitzungen im Moment durch. Weiteren Optimierungsbedarf sehen die Medizinischen Sekretärinnen bei der Erledigung der administrativen Arbeiten, wobei ihnen der intensive Arbeitsalltag der Fachpersonen bewusst sei. Oftmals sind es kleine Dinge, wie unvollständige Leistungsabrechnungen, fehlende Diktate oder Zuweisungen, aber auch Anrufe, die vergessen gehen. In einem Team besteht aufgrund der grossen Nachfrage zudem der Wunsch, eine weitere ärztliche Fachperson anzustellen. Von den Interviewten ebenfalls erwähnt wurden die Unterschiedlichkeit des ärztlichen Fachpersonals und die damit einhergehenden Spezialwünsche. Während die eine Fachperson keine elektronischen Berichte durchlesen und korrigieren wolle, werden an einem anderen Ort alle Berichte noch physisch abgelegt; eine dritte Person wiederum verlagert die unangenehmen personellen Themen eher auf die Medizinische Sekretärin.

Ergebnisse Kategorie Organisation

Alle Interviewten gaben an, sich bei personellen Engpässen Unterstützung von Personen ausserhalb des Teams zu wünschen (*Organisationsstruktur*). Deshalb präferierte auch die Mehrzahl der Befragten eine Vereinheitlichung in den Arbeitsabläufen, was ein erleichtertes Aushelfen ermögliche. Vor allem bei den grösseren Teams wird eine gewisse Überlastung wahrgenommen, weshalb vorwiegend die kleineren Teams den Grösseren aushelfen, woraus eine gewisse Unzufriedenheit resultiert. Ein offener, proaktiver Austausch und ein gemeinsames Miteinander wurden deshalb von vielen gewünscht. Die Befragten waren sich jedoch einig, dass sich eine Anpassung der Arbeitsabläufe nicht in jedem Fall lohne und abhängig von der leitenden Ärzteschaft sei. Diese hätten das Anrecht, ihre eigenen Abläufe zu bestimmen, da dies ja auch ihre eigene Praxis sei. Gefragt nach möglichen Synergien über die Teams hinweg, wurden die Themen «Berichte schreiben», «Sprechstunde», «Aufbieten der Patienten», «Anrufe» sowie «Terminvereinbarungen» genannt. Generell gab

es sowohl zustimmende wie auch ablehnende Aussagen zur Vereinheitlichung dieser Themen. Während sich einige beim Berichteschreiben mehr Unterstützung wünschten und sie sich vorstellen könnten, eine Art «Schreibpool» zu gründen, bevorzugten andere das Verbessern der Sprechstunden. Einig waren sich alle Befragten dahin gehend, dass die Teamkonstellation bestehen bleiben sollte. Ebenso wurde erwähnt, dass eine Veränderung zeitintensiv und fehleranfällig sei und nicht unterschätzt werden dürfte. Einige Befragten lehnten die Vereinheitlichung ganz ab, da hierdurch die Arbeit langweiliger werde und die Abwechslung weg falle. Dieser Aspekt wurde vor allem von den kleineren Teams erwähnt. Genannt wurden ebenso einige positive Beispiele, bei denen eine teamübergreifende Zusammenarbeit bereits stattfände. Bei der Sprechstunde übernahme aufgrund der Arbeitsplatzkapazität ein Team auch die Patientinnen und Patienten eines anderen Teams, was sehr gut funktioniere. Ausserdem wurde eine Art «Joker-Funktion» geschaffen, die Personalknappheit überbrückt.

Gefragt nach einem möglichen *Idealzustand des Sekretariats*, wurden lediglich wenige Aussagen genannt, was mit dem fehlenden übergeordneten Wissen begründet wurde oder mit der Tatsache, dass man mit Ausnahme der erwähnten Aufgaben/Prozesse mit der aktuellen Situation sehr zufrieden sei. Lediglich wenige Befragten gaben an, dass dies nur durch einen stärkeren Auftritt als gesamte Orthopädie und ein vermehrtes Miteinander zu erreichen sei.

Ergebnisse Kategorie Individuum

Gefragt nach der *persönlichen Veränderungsbereitschaft*, gaben die Befragten die in Abbildung 11 angegebenen Werte an. Niedrige Werte bedeuten eine geringe und hohe Werte eine höhere Veränderungsbereitschaft.

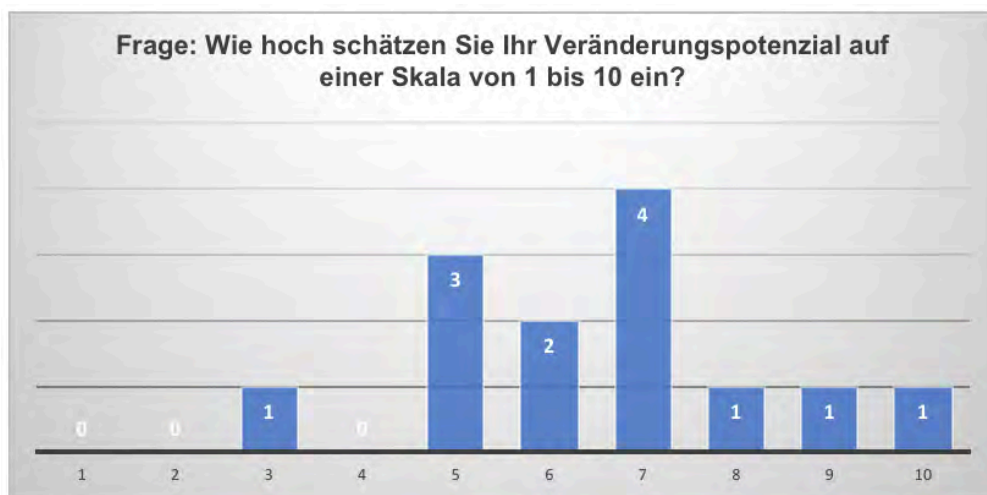


Abbildung 11: Einschätzung des persönlichen Veränderungspotenzials der Medizinischen Sekretärinnen (eigene Darstellung)

Die meisten Personen bezeichneten sich gegenüber einer sinnvollen Veränderung als offen, insbesondere wenn diese den Alltag erleichtere. Anders gestaltet sich dies bei einer strukturellen oder personellen Veränderung – hier sei man sehr kritisch. Die Mehrheit

betonte in diesem Zusammenhang, dass es aktuell sehr gut laufe, sie deshalb sehr zufrieden seien und aus diesem Grund nicht wüssten, weshalb etwas verändert werden sollte. Einige wenige gaben sogar an, dass sie sich bei einem grossen organisatorischen Wandel nicht mehr mit diesem Job identifizieren könnten und an Kündigung dächten. Andere Aussagen wiesen eine andere Richtung auf, indem die Befragten Veränderungen als spannend bezeichneten und als Chance betrachteten. Einige waren sich die Befragten insofern, als dass ein Change auf alle Fälle zeitaufwendig wäre und es eine Weile dauern würde, bis sich die Medizinischen Sekretärinnen an einen neuen Ablauf gewöhnt hätten. Einige Personen bemerkten zudem, dass der Umgang mit der Veränderung vor allem mit ihrer Persönlichkeit zusammenhänge. Einige bezeichneten sich selbst als sehr kritisch, andere schätzten sich wiederum eher als zurückhaltend und ängstlich ein, weshalb sie mehr Zeit benötigten, um sich auf etwas Neues einzulassen. Gefragt nach einer möglichen Traumfunktion im Sinne einer Weiterentwicklung, gab die eine Hälfte an, diese mit der aktuellen Funktion bereits gefunden zu haben. Die andere Hälfte wünschte sich je nach persönlichen Interessen eine Weiterentwicklung. Insbesondere erklärten einige Interviewten, dass die Arbeit viel Routine beinhalte und es in dieser Funktion wenige Chancen zur Weiterentwicklung gäbe. Gefragt nach der *Veränderungsbereitschaft der Teamkolleginnen*, gaben die Befragten die in Abbildung 12 aufgeführten Werte an.

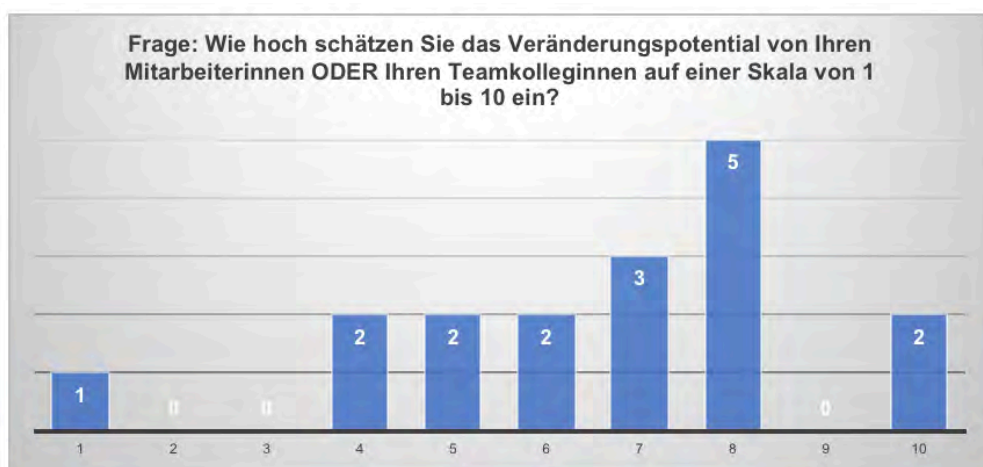


Abbildung 12: Einschätzung des Veränderungspotenzials der Mitarbeiterinnen aus dem Team (eigene Darstellung)

Genannt wurden einerseits sehr kritische Personen, die mit einer Veränderung Mühe hätten und sicherlich zu Beginn skeptisch wären. Andererseits berichteten die Befragten auch über sehr offene und neugierige Teamkolleginnen, die einen Wandel als Chance sehen würden. Als Gründe für die gelegentlich geschilderten niedrigen Werte wurde vor allem Angst respektive Unsicherheit vor dem Ungewissen genannt, als auch die Befürchtung, nicht mehr in dem bestehenden Team oder mit dem ärztlichen Fachpersonal zusammenzuarbeiten. Gefragt nach der *Veränderungsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte*, waren die Aussagen sehr unterschiedlich. Gewisse Medizinische Sekretärinnen gaben an, dass ihre Ärztinnen und Ärzte eher Mühe mit Veränderung hätten und die bestehenden Strukturen beibehalten

möchten. Andere berichteten wiederum, dass ihre Ärztinnen und Ärzte eine Vorreiterrolle bei Veränderungen einnehmen und gerne Neues ausprobieren würden.

4.4 Synthese Experteninterviews

Während der Experteninterviews konnten unterschiedliche Daten gewonnen werden. Anhand den konkreten zeitlichen Angaben zeigte sich, dass sich die Terminfixierungen der Sprechstunden voneinander unterscheiden. Die meisten Teams planen die Dauer des Termins in Abhängigkeit von der Art des Termins. Für Kontrolltermine wird in der Regel weniger Zeit als für Ersttermine oder radiologische Besprechungen eingerechnet. Nur bei einem Team erfolgt diese Unterscheidung nicht, sondern es wird unabhängig von der Art der Besprechung stets dieselbe Dauer eingeplant. Weitere Informationen konnten über die Anzahl der zu schreibenden Berichte gewonnen werden. Dabei werden in der Kinderorthopädie sowie in der Hüft- und Knieorthopädie ungefähr 50 bis 60 Berichte wöchentlich geschrieben, in den mittleren Teams (Schulterchirurgie, Fuss- und Sprunggelenkchirurgie) in etwa 100 Berichte und in den grossen Teams (Wirbelsäulenchirurgie, Kniechirurgie und Sportverletzungen, Hüft- und Beckenchirurgie) zwischen 140 und 200 Berichte.

Die qualitative Auswertung des Prozessablaufs von der Zuweisung bis zur Endfakturierung der verschiedenen Fachbereiche konnten veranschaulichen, dass dieser zu einem grossen Teil sehr ähnlich vonstattengeht. Betrachtet man die einzelnen Prozessschritte genauer, zeigen sich die einzelnen Unterschiede in den Teams, wie die unterschiedliche Verantwortung der Leistungserfassung. Auch treten feine Unterschiede aufgrund der Individualität des ärztlichen Fachpersonals zutage. Die Analyse nach Fachteams zeigte zudem, dass sich die zwei Teams Kinderorthopädie sowie Knie- und Hüftorthopädie deutlicher im Prozessablauf unterscheiden, was bereits durch die Führung eines eigenen Sprechstundenempfangs ersichtlich wird.

Die Auswertungen entlang der drei Hauptkategorien **Organisation**, **Team** und **Individuum** legen dar, dass gemäss den Aussagen eine hohe Teamkohäsion besteht. In der Tendenz wurden die Teamzusammensetzung, die Aufgabenverteilung sowie die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Ärztinnen und Ärzten in jedem Fachbereich als sehr gut empfunden. Vor allem die eigenen Prozessabläufe, aber auch der Teamzusammenhalt und die gegenseitige Unterstützung wurden sehr positiv bewertet. Optimierungs- oder Synergiebedarf offenbart sich eher bei einzelnen Arbeitstätigkeiten oder auch in gewissen Zeitperiode, in denen aufgrund des hohen Arbeitsvolumens eine teamübergreifende Unterstützung gewünscht wird. In diesem Rahmen könnte sich der Grossteil der Befragten auch ein vermehrtes Zusammenarbeiten über die Teams hinweg vorstellen, obwohl einige wenige einen Schritt weitergehen und einen stärkeren Gesamtauftritt fordern.

Als unbeliebte, komplizierte oder zeitaufwendige Arbeitstätigkeiten werden vorwiegend wenig spannende (Einscannen, Versicherungsfragen), sehr intensive (Anrufe) oder doppelspurige Arbeiten (Abschreiben von Personalien) genannt. Die grössten Differenzen in den Aussagen waren rundum die Sprechstunde festzustellen. Während die einen Medizinischen Sekretärinnen diese Aufgabe auf keinen Fall abgeben, verändern oder vereinheitlichen möchten, betonten die anderen Mitarbeitenden gerade das Gegenteil. Die Auswertungen lieferten ebenso unterschiedliche Aussagen über die Nutzung möglicher Synergien. Die Mitarbeiterinnen waren sich dahin gehend einig, dass gewisse Aufgaben existieren, die man vereinheitlichen könnte. Die Aussagen unterschieden sich indes dahin gehend, um welche konkreten Arbeitstätigkeiten es sich handelt. Darüber hinaus trat zutage, dass gemäss den Aussagen ein Grossteil der heute bestehenden Prozesse auf Wunsch des leitenden Arztes/der leitenden Ärztin entstanden sind, insbesondere dann, wenn es um die feinen Unterschiede in den Abläufen geht. Neben kleinerem Optimierungsbedarf in der Zusammenarbeit oder der Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten wurde jedoch der Austausch mit ihnen insgesamt als sehr positiv empfunden. Vor allem die Hilfsbereitschaft wurde häufig positiv erwähnt. Ein besonderes Augenmerk wurde ebenso auf die persönliche Veränderungsbereitschaft gelegt, da dort die psychologischen Aspekte des Change Managements liegen. Es wurden sehr unterschiedliche Aussagen zur persönlichen Bereitschaft einer Veränderung genannt, weshalb auch die Skala von 1 bis 10 fast vollständig ausgeschöpft wurde. Unabhängig von der persönlichen Einstellung gegenüber einer Veränderung, insbesondere hinsichtlich der Teamstruktur, herrscht allerdings Zutrauen bei allen Befragten, neue Abläufe zu erlernen und in einem anderen Team auszuhelfen.

5 Diskussion Ergebnisse

Die Diskussion enthält nochmals einen kurzen Überblick über die Ziele der Arbeit und die Theorieansätze. Anschliessend werden die relevantesten Ergebnisse der Untersuchung hinsichtlich der Fragestellung zusammenfassend interpretiert und mit der Theorie in Verbindung gesetzt. Dabei wird auf die eingangs erläuterten Teilfragen eingegangen, was konkret die teamspezifischen Gegebenheiten, mögliche Synergien über die Teams hinweg sowie die Change-Management-Aspekte umfasst, da diese für die Beantwortung der Fragestellung von grosser Bedeutung sind. Abschliessend wird die Arbeit kritisch gewürdigt und ein Ausblick auf weitere Forschungsansätze gegeben.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit den teamspezifischen Arbeitsprozessen und dem Change Management im Sekretariat der Orthopädie Sonnenhof. Das Ziel besteht darin, diese Prozesse zu analysieren, um Aussagen zu möglichen Synergien zu treffen und Verbesserungsvorschläge in Bezug auf effektivere und effizientere Arbeitsprozesse abzuleiten. Konkret steht folgende Fragestellung im Zentrum:

«Welche Synergien können beim Sekretariat der Orthopädie Sonnenhof genutzt werden, um die Arbeitsprozesse mit dem Fokus auf Change-Management-Prozesse effektiver und effizienter zu gestalten?»

Im Theorieteil werden drei verschiedene Modelle vorgestellt, die sich einerseits mit Prozessgestaltung, speziell mit Hinweisen auf eine Prozessverschlinkung, und andererseits mit Change Management und damit verbundenen psychologischen Aspekten auseinandersetzen. Aus den Theorien geht Folgendes hervor: Wenn Tätigkeiten bestimmte Aufgabenmerkmale, wie beispielsweise Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit, Autonomie, Rückmeldungen und Bedeutsamkeit der Aufgaben, aufweisen, haben diese einen direkten positiven Einfluss auf die Arbeitsleistung (vgl. Kap. 2.1). Ferner wird veranschaulicht, dass durch das Eliminieren von Verschwendungsarten innerhalb eines Arbeitsprozesses der Anteil wertschöpfender Aktivität erhöht werden kann. Um den gemäss Lean Management gewünschten ganzheitlichen und kontinuierlichen Verbesserungsansatz zu erreichen, spielen die Mitarbeitenden eine zentrale Rolle (vgl. Kap. 2.2). Dadurch wird erkennbar, wie nahe sich Lean und Change Management eigentlich stehen. Für eine gelingende Umsetzung einer Veränderung übernehmen die Mitarbeitende eine Schlüsselrolle. Die vorgängige Auseinandersetzung mit auftretenden Emotionen oder Widerständen ist dabei ebenso zentral wie die Planung der Veränderung selbst (vgl. Kap. 2.3).

5.1 Haupterkenntnisse

Teamspezifische Gegebenheiten

Aufgrund der beobachteten und erfragten Aufgaben in den einzelnen Teams trat zutage, dass die Arbeitstätigkeiten sowohl im Sekretariat als auch in der Sprechstunde über die Teams hinweg sehr ähnlich sind. Dabei spiegeln sich Unterschiede eher in der konkreten Ausführung oder in einzelnen Zwischenschritten als in der Verschiedenartigkeit der Aufgaben wider. Eine mögliche Erklärung für diese Unterschiede bestünde darin, dass aufgrund der ursprünglich gebildeten Teamstruktur gewisse Besonderheiten entstanden sind, oder auch, dass aufgrund der individuellen Wünsche des ärztlichen Fachpersonals gewisse Ausführungen erfolgen. Ob Letzteres der Fall sei, ging zwar aus den Befragungen hervor, konnte jedoch von der angesprochenen Personengruppe nicht eruiert werden, da mit diesen keine Befragung stattfand. Im gesamten Prozessablauf ergaben sich Unterschiede vor allem in folgenden Prozessschritten: Triage der Zuweisungen, Terminvergabe & Termindauer Sprechstunde, Anmeldung Radiologie, Leistungsabrechnung, Nachkontrollen sowie Fallschliessung (vgl. Kap. 4.3.2).

Mit Blick auf die gewonnenen Daten zeigte sich, dass sich die Anzahl der zu schreibenden Berichte in der Woche von 50 (in den kleinen Teams) bis 200 (in den grossen Teams) bewegt. Dabei spiele nicht nur die Anzahl der Sprechstundentage (zwischen zwei bis fünf Tage), sondern ebenso die Anzahl der betreuenden Ärztinnen und Ärzte eine Rolle. Es wird vermutet, dass anhand dieser Daten ebenso die Grösse des Medizinischen Sekretariats pro

Fachbereich gebildet wurde. Diese Erkenntnis spiegelt sich gleichsam in den Aussagen wider, indem mit wenigen Ausnahmen die personelle Ressource als gut eingestuft wird. Ferner liess sich feststellen, dass die Aufgabenverteilung in jedem Team individuell organisiert wird. Während hauptsächlich die grösseren Teams mit Aufgabenplänen arbeiten, bevorzugen die kleineren Teams eher das Abarbeiten der Aufgaben nach ihrer Priorität. Generell gaben indessen alle Teams an, über gewisse Sonderregelungen zu verfügen (z. B. die Durchführung der Sprechstunde nur durch eine Medizinische Sekretärin). Solche Verteilungen können durchaus positiv gewertet werden, indem in den meisten Fällen die Aufgabenverteilung gemäss den Vorlieben erfolgt. Unbestritten ist jedoch, dass solche Einschränkungen gewissermassen einen Einfluss auf die Ganzheitlichkeit der Arbeitstätigkeiten und auf die Anforderungsvielfalt haben. Dadurch kann die erlebte Bedeutsamkeit der Arbeit als geringer wahrgenommen werden, was wiederum einen Einfluss auf den Outcome hat (vgl. Kap. 2.1). Anhand der Befragungen konnten unterschiedliche Aufgabenbereiche festgestellt werden, indem in einzelnen Teams Aufgaben, die normalerweise durch das ärztliche Fachpersonal ausgeführt wird, gewisse Medizinische Sekretärinnen erledigen (Triage Zuweisungen oder Eintragen der Leistungsangaben). Dies wurde von den entsprechenden Personen sehr positiv bewertet, was auch die Wissenschaft mit der Autonomie bestätigt (vgl. Kap. 2.1). Die erlebte Verantwortung für die Ergebnisse der eigenen Arbeitstätigkeit besitzt einen direkten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und die intrinsische Motivation (Dieninghoff, 2014). Andere Teams verteilen die Arbeitstätigkeiten jedoch so, dass die komplexeren Aufgaben (bsp. OP-Planung) ausschliesslich durch die Teamleiterin oder deren Stellvertretung durchgeführt werden.

Die Ergebnisse zu möglichen Verbesserungen von Aufgaben zeigen, dass diese sehr unterschiedlich sind. Je nach Aussage handelt es sich hierbei um zeitaufwendige, monotone oder wenig sinnvolle Arbeitstätigkeiten. Diese könnten einen Hinweis auf nichtwertschöpfende Tätigkeiten gemäss dem Lean-Management-Ansatz bilden (Kraft, 2015) und eine Neugestaltung der Aufgaben nahelegen.

Aufgrund der spürbaren Harmonie, des Zusammenhalts und der Zufriedenheit mit der Teamorganisation kann davon ausgegangen werden, dass die Zusammenarbeit innerhalb des Teams sehr positiv ist. Dies bestätigen auch die Aussagen, indem gewisse Veränderungen in den Aufgaben oder in den Prozessen zwar prüfenswert wären, eine Veränderung der Teamstruktur sich aber die wenigsten vorstellen könnten. So schätze man vor allem in den kleineren Teams den regen Austausch untereinander, aber auch den persönlichen Kontakt zu den Patientinnen und Patienten sowie zum ärztlichen Fachpersonal. Hier spielen die psychologischen Aspekte eines Chance-Management-Prozesses (vgl. Kap. 2.3) eine zentrale Rolle, indem eine Veränderung in erster Linie Angst, Unsicherheit, aber auch Widerstand auslöst (Werther & Jacobs, 2014). Auf diese Aspekte wird allerdings nachfolgend im letzten Abschnitt noch konkreter eingegangen.

Die allgemeine Zusammenarbeit mit den eigenen Ärztinnen und Ärzten wurde insgesamt sehr positiv eingestuft. Diese Erkenntnis spiegelt sich in vielen Aussagen wider, in denen vor allem die Hilfsbereitschaft erwähnt wurde. Potenzial beim ärztlichen Fachpersonal bestehe hauptsächlich bei der fristgerechten und transparenten Kommunikation und je nach Team auch bei der Anerkennung der Arbeit der Medizinischen Sekretärinnen. Wenn es gelingt, die fehlenden Rückmeldungen auszugleichen, könnte stattdessen gemäss dem Job-Characteristics-Modell von Hackman und Oldham die Qualität der Arbeitsleistung gesteigert werden (vgl. Kap. 2.1). Weitere Verbesserungsvorschläge in der Zusammenarbeit sehen einige Medizinische Sekretärinnen bei der Erledigung der administrativen Arbeiten (fristgerechte Diktate, korrekte Erfassung der Leistungsabrechnungen, konkrete Rückmeldungen zu den Zuweisungen) sowie bei den elektronischen Arbeiten (keine Ausdrucke mehr, kein Ablage in physischen Ordner). Wenn es gelingt, solche «Wartezeiten» oder «überflüssige Bewerbungen» zu eliminieren, könnte laut dem Lean-Management-Ansatz mehr Zeit für wertschöpfende Aktivität aufgewendet werden (Walker, 2015). Eine Möglichkeit, um diese nichtwertschöpfenden Aktivitäten in den einzelnen Fachbereichen zu eruieren, wäre das Durchführen regelmässiger Sitzungen mit dem ärztlichen Fachpersonal. Dies führe nicht nur dazu, etablierte Muster und Routinen gemäss dem Phasenmodell von Lewin durch Rückmeldungen aufzubrechen (vgl. Kap. 2.3), sondern ebenso dazu, regelmässiges Feedback über die Aufgabenerfüllung einzuholen (vgl. Kap. 2.1), was wiederum einen Einfluss auf die Qualität der Arbeitsleistung hat.

Synergien über die Teams hinweg

Während der Erhebungen wurde deutlich, dass durchaus einige Synergien über die Teams zu nutzen wären. Ferner äusserte auch die Mehrheit den Wunsch, gewisse Standardisierungen – vor allem in den Arbeitsprozessen – zu erreichen. Die grössten Unterschiede bestehen aktuell in der Triage der Zuweisungen, der Sprechstunden-Terminvergabe, bei den radiologischen Anmeldungen, den Leistungsabrechnungen, den Nachkontrollen sowie bei der Fallschliessung. Bei einigen dieser Aufgaben wurde seitens der Medizinischen Sekretärinnen gewünscht, dass man sich aneinander angleiche, wobei die Entscheidung selbst jedoch bei der leitenden Ärzteschaft liege. Inwiefern diese Aspekte vereinheitlicht werden könnten, müsste in einem weiteren Schritt mit dem ärztlichen Fachpersonal geklärt werden. Auch wenn dieser Wunsch nach Vereinheitlichung bestand und auch einige Vorschläge zur Verbesserung genannt wurden, konnten sich demgegenüber die wenigsten einen möglichen Idealzustand des Sekretariats vorstellen. Begründet wurde dies oftmals damit, dass ihnen das Wissen fehle, wie die Aufgaben und die Abläufe in den anderen Teams genau funktionieren. Eine mögliche Erklärung bestünde darin, dass die Medizinischen Sekretärinnen aufgrund der Diskussionen untereinander zwar einen Unterschied wahrnehmen, diesen im Detail aber nicht kennen und deshalb die Abweichungen zu den eigenen Prozesse lediglich schwer einschätzen können. Die

Ergebnisse veranschaulichen jedoch, dass ein vermehrtes Miteinander und auch gegenseitiges Aushelfen durchaus gewünscht wären. Wären die Prozesse dann auch besser aufeinander abgestimmt, würde sich ein kurzfristiges Aushelfen auch viel einfacher gestalten. Obwohl die Sichtweisen, welche Prozesse man konkret vereinheitlichen oder verbessern soll, auseinandergingen, wünschte sich die Mehrheit eine gewisse Vereinheitlichung. Synergien sahen die Befragten vor allem bei folgenden Themen: Sprechstunde und damit zusammenhängende Terminvereinbarung, Telefonbetreuung, Aufbieten der Patientinnen/Patienten sowie Schreiben der Berichte. Ein Annähern aneinander wird hauptsächlich bei der Terminvergabe für die Sprechstunden gewünscht, wobei gleichzeitig auch darauf hingewiesen wird, dass dies abhängig von der leitenden Ärzteschaft sei. Das Zusammenlegen einzelner Arbeitstätigkeiten wurde vor allem bei der Sprechstunde und beim Berichteschreiben erwähnt, auch wenn hier die Meinungen auseinanderdriften. So könnten sich vereinzelt Personen vorstellen, auch für andere Sekretariate die Sprechstunde zu führen oder auch Berichte zu schreiben, wobei die Mehrheit klar erwähnte, sich eine Veränderung in der Teamstruktur nur schwer vorstellen zu können. Mögliche Erklärungen hierfür sind sowohl der Verlust der Beziehung zu den eigenen Patientinnen und Patienten als auch die geschätzte Zusammenarbeit mit den eigenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Teamkolleginnen. Als weitere mögliche Erklärung könnten ferner psychologische Aspekte, wie der Wunsch nach Stabilität und Sicherheit des bekannten Systems, dienen (Werther & Jacobs, 2014), wobei auf diese Aspekte später noch eingegangen wird. In Bezug auf das Schreiben von Berichten sei ebenso der Umfang zu prüfen, hauptsächlich in Bezug auf die Kontrolltermine. Als Störquelle wurde das Telefon bezeichnet, weshalb einzelne Teams das Bedienen des Telefons als eigenen Zuständigkeitsbereich definiert haben. Ansonsten zeigten die Ergebnisse, dass die Medizinischen Sekretariate insgesamt sehr viele Anrufe erhalten – beispielsweise aufgrund von Terminverschiebungen, Nachfragen der Patientinnen und Patienten oder auch telefonische Zuweisungen –, woraus dann ein Auftrag entsteht. Dies könnte gemäss Lean Management auf die Verschwendungsart «Überproduktion» oder «unnötige Bearbeitung» zurückzuführen sein (vgl. Kap. 2.2), indem entweder wertschöpfende Aktivitäten (bsp. Fixierung OP-Termine) zu früh produziert wurden oder Prozesse und Behandlungen für die Patientinnen und Patienten keine Bedeutung besitzen (bsp. Zusatzlisten) oder unnötig komplex sind (bsp. Formular «Ambulant Patientenaufnahme»). Durch gezielte Verbesserung der Formulare oder Verschiebung von Aufgaben könnten Unklarheiten minimiert und dadurch allenfalls Anrufe reduziert werden. Eine weitere Möglichkeit, die Störquelle und insbesondere den damit zusammenhängenden Geräuschpegel zu minimieren, wäre die örtliche Trennung der Telefonverantwortlichen.

Aussagen, die eher eine andere Richtung aufwiesen und wenig Potenzial in der Nutzung von Synergien bekundeten, waren vor allem in den kleineren Teams spürbar. Gründe hierfür

seien vor allem die Befürchtung des Verlusts der Vielfältigkeit der Aufgaben sowie die Angst vor Monotonie. Wie auch in der Theorie hervorging (vgl. Kap. 2.1), spielen die Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit der Aufgabe sowie Bedeutsamkeit der Aufgabe eine zentrale Rolle für die intrinsische Motivation (Dieninghoff, 2014). Zudem beeinflusst das Bedürfnis nach persönlicher Entfaltung die Wahrnehmung der Einschränkung der Bedeutsamkeit der eigenen Arbeitstätigkeit (Schaper, 2014). Veränderungen, die zu Monotonie führen und die Autonomie einschränken, sollten gemäss dem Job-Characteristics-Modell von Hackman und Oldham auf keinen Fall umgesetzt werden, wenn die Arbeitszufriedenheit und die Qualität der Arbeitsleistung weiterhin hoch bleiben sollen (Tracht, 2014).

Change Management

Während der Erhebungen wurde deutlich, wie gross Angst und Unsicherheit vor einer möglichen Veränderung in der Teamstruktur sind. Obwohl sich fast alle Befragten wünschen, vermehrt als eine gesamte Organisation aufzutreten und in bestimmten Situationen Unterstützung von aussen zu erhalten, ist fast niemand dazu bereit, strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Hinsichtlich der Stärke des Widerstandes oder der Angst vor einem möglichen Change unterscheiden sich die Aussagen voneinander. Dass Mitarbeitende in einem Veränderungsprozess einzelne Phasen ganz unterschiedlich erleben und durchlaufen, bestätigt auch das Sieben-Phasen-Modell von Richard Streich (Werther & Jacobs, 2014). Überhaupt erfolgt die Einsicht bezüglich der Veränderung gemäss dem Phasenmodell erst in der dritten Phase, nachdem Schock und Verneinung überwunden wurden (Werther & Jacobs, 2014). Aus den einzelnen Aussagen geht ebenso hervor, dass viele ihre Einstellungen mit der eigenen Persönlichkeit in Verbindung bringen. Dies bestätigen gleichsam die unterschiedlichen Ergebnisse, indem von einer sehr kritischen Haltung bis zu einer grossen Offenheit fast alles zu finden war. Dies bestätigen ebenfalls die empirischen Studien von Oreg, indem er neben den vier Dispositionen (vgl. Kap. 2.3) zusätzlich die Persönlichkeit und schliesslich auch die Arbeit selbst als massgebende Faktoren definiert hat, wie man gegenüber einer Veränderung auftritt (Stegmaier, 2007). Ferner liess sich feststellen, dass vor allem die Sinnhaftigkeit für die Medizinischen Sekretärinnen bei einer Veränderung gegeben sein muss. Wenn sie im Gegenzug das Gefühl haben, dass die Erneuerung keinen Nutzen generiere, seien sie auch wenig bereit, diese zu unterstützen oder voranzutreiben. Eine Erklärung für die weniger grosse Bereitschaft, auch grössere Neuerungen voranzutreiben, könnte darin liegen, dass eine Art Betriebsblindheit entstanden ist und die Mitarbeiterinnen aufgrund der eigenen mehrheitlichen Zufriedenheit überhaupt keine Notwendigkeit diesbezüglich sehen (Landes & Steiner, 2014). Wird diese Perspektive auch von den eigenen Ärztinnen und Ärzten getragen, sehen die Medizinischen Sekretärinnen gemäss den Aussagen erst recht keinen Bedarf an Erneuerung, da in ihren Augen die leitende Ärzteschaft das Anrecht hat, ihren

Fachbereich zu gestalten. Inwiefern die leitenden Ärztinnen und Ärzte über entsprechende Gestaltungsfreiheit verfügen, ging aus den Erhebungen nicht hervor. Eine andere Erklärung für die zurückhaltende Offenheit könnte auch darin liegen, dass in den Teams einige Aufgaben nach den individuellen Präferenzen verteilt werden (Durchführung der Sprechstunde), weshalb die bestehende Teamstruktur bevorzugt wird. Eine diesbezügliche Veränderung würde die Medizinischen Sekretärinnen teilweise dazu veranlassen, ihre Gewohnheiten abzulegen und auch aus ihrer Komfortzone herauszutreten, weshalb Widerstand entsteht kann (Landes & Steiner, 2014). Dazu passen auch die Aussagen rundum die Zusammenarbeit mit den gewohnten Personen. Viele Medizinische Sekretärinnen schätzen ihre Ärztinnen und Ärzte und wollen auch zukünftig mit diesen zusammenarbeiten. Dasselbe gilt auch für die Teamkolleginnen, wobei das Miteinander und der gegenseitige Austausch über fast alle Aussagen hinweg sehr positiv bewertet wurden. Die persönliche Veränderungsbereitschaft spielt eine bedeutende Rolle. Dabei zeigte sich, dass diese bei den Befragten sehr unterschiedlich ausfällt, was auch die unterschiedlichen Werte der Skala bestätigt (vgl. Abschnitt 4.3.4). In Hinblick auf die Veränderungsbereitschaft der Teamkolleginnen waren die Ergebnisse ähnlich. Allein im Vergleich mit den eigenen Werten wurde gewissen Teamkolleginnen ein leicht niedrigerer Wert zugesprochen, worunter auch der Wert 1 gefallen ist. In diesem Zusammenhang könnten auch die Emotionen eine Rolle gespielt haben. Antreibende Emotionen in einer Veränderung sind oftmals Zorn, Trotz, Scham, Schuld- und Opfergefühle (Werther & Jacobs, 2014), weshalb man oftmals vorrangig Scham empfindet, die eigentlichen Emotionen anzusprechen. Dies könnte einen Grund dafür sein, weshalb die eigene Veränderungsbereitschaft noch etwas höher als die der Teamkolleginnen gewichtet wurde. Einen Hinweis darauf lieferten auch die Aussagen, dass sich alle die Fähigkeit zuschreiben würden, die neuen Prozesse und Aufgaben zu erlernen, obwohl die Medizinischen Sekretärinnen nicht in einem anderen Team arbeiten möchten.

5.2 Kritische Würdigung und Ausblick

Nachdem die verschiedenen Ergebnisse diskutiert wurden, wird die methodische Herangehensweise kritisch betrachtet, auf die Limitation dieser Arbeit eingegangen und weiterführende Gedanken abgeleitet.

Als Ausgangspunkt dieser Untersuchung dient die Annahme der Konstruktion von Wirklichkeit als aktiver Prozess. Die Ergebnisse einer solchen Forschungsstrategie haben keinen Anspruch auf Objektivität. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die Forscherin Teil des Untersuchungsprozesses ist und ihre Subjektivität in die Ergebnisse einfließt. Die induktiv-deduktive Herangehensweise ist ein sehr anspruchsvoller Prozess des Hinterfragens und der kontinuierlichen Anpassung. Die Auswertung in einem Team

ermöglicht eine objektivere Herangehensweise und würde allenfalls eine zu starke Beeinflussung durch persönliche Standpunkte verringern.

Die Beobachtungen fanden während drei Wochen an fünf unterschiedlichen Vormittagen statt, wobei drei der fünf Beobachtungen im Sekretariat und die restlichen zwei Erhebungen in der Sprechstunde erfolgten. In diesem Zeitraum war es in einigen Teams sehr ruhig, in anderen Teams wiederum sehr hektisch, was einen Einfluss auf die Aufgabenerledigung und die Ressourcenverteilung hat. Um verbindlichere Resultate zu erzielen, müssten die Beobachtungen zu einem anderen Messzeitpunkt wiederholt werden. Zudem fanden die Beobachtungen nicht in allen Teams und an allen Wochentagen statt. In Hinblick auf den Nutzen von Synergien wäre es interessant, alle Arbeitsabläufe sowie Sprechstuentage zu beobachten, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Ausserdem würde es sich anbieten, in die Beobachtung auch die etwas individuelleren Fachbereiche Kinderorthopädie und Hüft- und Kniechirurgie einzubinden – diese könnten spannende Informationen zur Autonomie der Medizinischen Sekretärin liefern.

Die halbstandardisierten Experteninterviews stellen das Hauptinstrument dieser Untersuchung dar. Für die Interviews mit den Medizinischen Sekretärinnen scheint sich diese Form sehr gut zu eignen, da sie als Expertinnen ihres Handlungsfeldes viel berichten konnten. Eine Herausforderung hingegen kann das Problem der Vertraulichkeit sein. Gerade bei der Beantwortung heikler Themen lässt sich erkennen, dass sich die Medizinischen Sekretärinnen aufgrund der Veröffentlichung gegenüber ihren Vorgesetzten nicht sicher waren, wie transparent sie diese beantworten können. Ferner war es in dieser Untersuchung nicht möglich, mit alle relevanten Experten (Berufsgruppen) Gespräche durchzuführen. In Hinblick auf die Prozessoptimierung im Sekretariat wäre es allerdings interessant, auch die Sichtweisen der Ärztinnen und Ärzte sowie in einem weiteren Schritt auch diejenige der Patientinnen und Patienten zu erfassen, um noch konkretere Vorschläge bezüglich einer Verbesserung der Prozesse und möglicher Synergien abzuleiten. Für eine solche Untersuchung wäre eine Erhebung über die gesamte Orthopädie angebracht. Da die Change-Management-Prozesse, aber auch die Arbeitsabläufe im Allgemeinen von der interprofessionellen Zusammenarbeit beeinflusst werden, lässt dies den Vorschlag zu, sich in einer Anschlussforschung besonders mit den Sichtweisen und den Einschätzungen der Ärztinnen und Ärzte – insbesondere der leitenden Ärzteschaft – auseinanderzusetzen. Um die Fragen rundum die Wertschöpfungskette und den Kundennutzen abschliessend zu klären, wäre es zudem notwendig, die Patientinnen und Patienten, aber auch Drittpersonen wie beispielweise die Hausärztinnen und -ärzte einzubeziehen. Mit dem Einbezug dieser Personengruppe können nachweislich Tätigkeiten, die keinen Beitrag zur Wertschöpfung der Arbeit darstellen und zum Kundennutzen leisten, vollumfänglich erfasst werden, was dann auch die Legitimation der Eliminierung einfacher gestaltet. Mit dem Einbezug all dieser

Gruppen wäre es zudem möglich, die einzelnen Erkenntnisse miteinander zu vergleichen und mögliche Annahmen der jeweiligen Gruppen zu widerlegen.

6 Gestaltungsempfehlungen

Wie aus der Diskussion hervorgeht, lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Medizinischen Sekretärinnen ihr Team und die Zusammenarbeit schätzen und prinzipiell ihre Aufgaben als vielfältig und spannend empfinden. Gleichzeitig nehmen sie jedoch auch Möglichkeiten zur Stärkung in den einzelnen Aufgaben, in den Arbeitsprozessen, aber auch im Gesamtauftritt des Sekretariats der Orthopädie Sonnenhof wahr. Im Folgenden werden aus diesen Erkenntnissen erste Handlungsempfehlungen abgeleitet. Dabei werden auf unterschiedlichen Ebenen Empfehlungen aufgeführt – einerseits auf der Ebene der Organisation, wo auch mögliche teamübergreifende Synergien aufgegriffen und allenfalls auch Veränderungen in der Organisationsstruktur implementiert werden. Dies sind Themen, die über einen längeren Zeitraum hinweg und sorgfältig geplant werden müssen. Andererseits folgen Empfehlungen auf der Ebene des Teams und abschliessend auf der Ebene des Individuums. Darin finden sich eher sogenannte «quick wins», die einfach, schnell und kostengünstig umzusetzen sind. Über deren konkrete Anwendung und Umsetzung entscheidet schliesslich die Orthopädie Sonnenhof selbst.

6.1 Ebene Organisation

Ein grundsätzliches Thema, das sich auf organisationaler Ebene befindet, ist die Frage nach der Nutzung der Synergien. Nachfolgend werden einige mögliche Vorschläge unterbreitet, wobei sich diese im Umfang ihrer Veränderung unterscheiden.

1. **Aufbrechen der Teamstrukturen** und Gliederung einer neuen Organisationsstruktur nach Aufgaben. Zusammenschluss der Teams und Gründung von Pools. Dabei gäbe es bsp. einen «Berichte-schreiben-Pool», «Telefon-Pool», «Sprechstunden-Pool», wobei die Mitarbeiterinnen zwischen den verschiedenen Pools rotieren.
2. Eine andere mögliche Variante wäre, die eigentliche Form beizubehalten, jedoch die **Teams grösser zu fassen**, bsp. der Zusammenschluss der vier «kleineren» (Fuss- & Sprunggelenk-, Schulter-, Kinder- und Hüft- & Knieorthopädie) und der drei «grösseren» (Wirbelsäule-, Hüft- & Becken-, Knieorthopädie & Sportverletzungen) Teams. Aufgrund der grösseren Personalressource entstehen mehr Flexibilität und ein grösserer Handlungsspielraum.
3. Die «light»-Version bestünde darin, die eigentlich Teamstruktur bestehen zu lassen, jedoch gewisse **Aufgabenbereiche zusammenzuschliessen**, indem bsp. alle Diktate in einem Ordner erscheinen und durch alle abgearbeitet werden. Man könnte auch einen separaten Telefonraum, wo sich alle Personen, die für die Anrufe zuständig sind, aufhalten, um sich bei Bedarf auch stellvertreten zu können.
4. Sind alle drei aufgeführten Varianten nicht möglich, würde es sich auf alle Fälle lohnen, in eine **zusätzliche «Springerin» oder eine «Joker-Rolle»** zu investieren. Auf diese Weise wäre eine weitere Person vorhanden, die nach und nach in die verschiedenen Teams eingeführt wird und dann bei Engpässen adäquat aushelfen kann.

Der Aspekt der **Stärkung der Zusammenarbeit in der Sprechstunde** wird an dieser Stelle aufgrund der Relevanz separat aufgeführt. Idealerweise wird zukünftig in der Sprechstunde nicht mehr nach Fachbereichen unterschieden, sondern es werden alle Patientinnen und Patienten durch alle betreut. Im Sinne des Kundenfokus können sich die Patientinnen und Patienten an jedem freien «Schalter» anmelden, was auch die Wartezeit reduzieren sollte. Zudem geht das ärztliche Fachpersonal zukünftig nicht auf «seine» Medizinische Sekretärin zu, sondern auf diejenige, die gerade frei ist. Dies minimiert das Aufeinandertreffen von An- und Abmeldungen der Patientinnen und Patienten und erhöht ferner die Diskretion. Die Auslastung der Medizinischen Sekretärinnen ist dadurch verteilter und eine gegenseitige Vertretung aufgrund von Pausen/Anrufen etc. gewährleistet.

Unabhängig davon, welche Variante weiterverfolgt wird, müssen zwingend die betroffenen Mitarbeitenden – im Sinne der Partizipation – in die Ausarbeitung integriert werden. Soweit möglich, sollten in der Aufgabenplanung die individuellen Wünsche (bsp. Durchführung Sprechstunde) berücksichtigt werden. Um solche Veränderungsprozesse erfolgreich durchzuführen, wäre es in einem weiteren Schritt sinnvoll, regelmässige Team-Supervisionen durchzuführen, in deren Rahmen dann auch Emotionsarbeit betrieben werden kann.

Diese Vorschläge sollen erste Hinweise oder Anregungen geben, in welchem Ausmass die Organisationsstruktur verändert werden könnte. Inwiefern diese Anstösse konkret umzusetzen sind, müsste in einem weiteren Schritt – und innerhalb einer interdisziplinären Arbeitsgruppe – geprüft werden.

6.2 Ebene Team/Betrieb

- Weiterführen oder Zeichnen der **relevantesten Prozesse**, um diese dann in einem nächsten Schritt mit den restlichen Teams abzustimmen. Dadurch werden Unterschiede ersichtlich und Spezialfälle festgehalten.
- Erstellen eines **Fachwörterverzeichnisses pro Fachbereich**; dient als Hilfsmittel beim Schreiben der Berichte durch andere Mitarbeiterinnen.
- **Digitalisierung der Prozesse erhöhen**, indem die analogen Prozesse (Ablagen, Briefkorrespondenz, Ausdrucke) kritisch hinterfragt und optimiert werden.
- **Einführen von Sitzungen mit dem ärztlichen Fachpersonal**, um die Kommunikation und kontinuierliche Überprüfung zu verbessern.
- **Prozessschritt «Triage» klären**, um das Hin und Her zwischen dem ärztlichen Fachpersonal und dem Sekretariat zu minimieren. Eine Möglichkeit wäre, die Triage in die Verantwortung des Sekretariats – mit entsprechender Schulung – zu geben oder die Zuweisungen vorausgehend (E-Mail-Postfach) durch die leitende Ärzteschaft bearbeiten zu lassen.
- **Prozessschritt «Fallabschluss» klären**, um einerseits Missverständnisse zu klären und andererseits eine Standardisierung zu erreichen.
- **Prozessschritt «Leistungsabklärungen» analysieren**. Entweder Erfassen der Angaben direkt durch das ärztliche Fachpersonal nach der Sprechstunde oder selbstständige Erfassung durch das Sekretariat anhand der Angaben im Bericht.

- **Prozessschritt «Anmeldung Radiologie» analysieren** und insbesondere Entscheidung für vorgängige Röntgenanmeldung überprüfen (Lean Management).
- Annähern des **Einschreibens für die Sprechstunden** (insbesondere Pausen), um eine Einheit der Orthopädie zu erreichen.
- Falls möglich, **separaten Telefonraum einrichten**, um Geräuschpegel zu minimieren.
- **Einrichten eines Aufenthaltsraums**, damit selbst mitgebrachtes Essen nicht am Arbeitsplatz verzehrt werden muss.
- **Erweiterung des Systemzugriffs**, um das Arbeitsmodell Homeoffice auch vollumfänglich zu nutzen.
- Überarbeiten **Formular «Ambulante Patientenaufnahme»**, um Falscheintragungen durch die Patientinnen und Patienten zu minimieren.
- **Überprüfen der zusätzlich geführten Excel-Listen**, da dies eine reine Doppelarbeit darstellen.
- **Einführung einer HIN-Adresse**, um Röntgenbilder elektronisch zu versenden.

6.3 Ebene Individuum

- **Mögliche Weiterentwicklungen** der einzelnen Personen diskutieren und initiieren, wie bsp. Übernahme Zusatzaufgaben, Mitlaufen bei den Sprechstunden, Beiwohnen von Operationen, Schulungen durch ärztliches Fachpersonal.
- Falls möglich, **kreieren von Aufstiegschancen**, um Attraktivität zu erhöhen.
- **Bedürfnisse bzgl. Aufgabenpräferenz einholen**, um diese entweder neu zu sortieren oder bei einer Veränderung zu berücksichtigen.

7 Literaturverzeichnis

- Dickenberger, D., Gniech, G. & Grabitz, H-J. (2002). *Die Theorie der psychologischen Reaktanz*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Dieninghoff, M. (2014). *Zur Berücksichtigung motivationaler Faktoren im Qualitätsmanagement. Lernerorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung*. Wiesbaden: Springer.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (5. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Grossmann, R. & Scala, K. (2002). *Intelligentes Krankenhaus. Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen*. Wien: Springer-Verlag.
- Hacker, W. & Sachse, P. (2014). *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Tätigkeiten* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1975). The development of the JDS. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2018). *Motivation und Handeln* (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Kernstock-Redl, H. & Pall, B. (2009). *Gefühlsmanagement. Eigene und fremde Gefühle verstehen, nutzen und steuern: Konstruktiver Umgang mit Emotionen im Beruf, Team und Alltag*. Münster: Ökotopia Verlag.
- Kraft, T. (2015). *Lean Management im Krankenhaus. Konzept und praxisorientierte Handlungsempfehlungen*. Wiesbaden: Springer.
- Landes, M. & Steiner, E. (2014). *Psychologische Auswirkungen von Change Prozessen. Widerstände, Emotionen, Veränderungsbereitschaft und Implikationen für Führungskräfte*. Wiesbaden: Springer.
- Loges-Fechtner, B., von Hagen, U., Henrich, H-G., Langner, S., Schwab, G. & Wytrieckus, T. (2016). Ein weiter Weg. Anforderungen an den Arbeitsplatz OP. *Thieme im OP 2016*, 3, 129–135.
- MAXQDA (2018). *Was ist MAXQDA?* Verfügbar unter <http://www.maxqda.de/produkte/maxqda-base>.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Nerdinger, F., Blickle, G., Schaper, N. (2014). *Arbeits- und Organisationspsychologie* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Ohno, T. (2013). *Das Toyota-Produktionssystem* (3. Aufl.). Frankfurt: Campus Verlag.
- Oreg, S. (2003). Resistance to change: Developing an individual difference measure. *Journal of Applied Psychology*, 88, 680-693. Verfügbar unter http://pluto.huji.ac.il/~oreg/files/jap_2003.pdf.
- Orthopädie Liesing (2018). *Infiltration und Schmerztherapie*. Verfügbar unter <http://orthopaedie-liesing.at/leistungen/infiltration-und-schmerztherapie/>.
- Orthopädie Sonnenhof (2017). *Über uns*. Verfügbar unter <https://www.orthopaediesonnenhof.ch/home/>.
- Orthopädie Sonnenhof (2016). *Jahresbericht 2016*. Verfügbar unter https://www.orthopaediesonnenhof.ch/fileadmin/user_upload/OrthoSonnenhof-JB_GzD_3005.pdf.
- Schaper, N. (2014). Arbeitsanalyse und -bewertung. In F. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 361-361). Heidelberg: Springer.

- Schiersmann, Ch. & Thiel H-U. (2011). *Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scholz, A. (2014). *Die Lean-Methode im Krankenhaus. Die eigenen Reserven erkennen und heben*. Wiesbaden: Springer.
- Stegmaier, R. (2007). Umgehen mit Veränderungen. In: H. Schuler & K. Sonntag (Hrsg.), *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 312-318). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Strass, U. (2007). *Hilfreiches Fragen. Praxishandbuch für hilfreiche Gespräche in Lern- und Veränderungsprozessen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Tracht, C. (2014). *Arbeitsmotivation in Veränderungsprozessen. Qualitative Untersuchung unter Berücksichtigung des psychologischen Vertrages*. Wiesbaden: Springer.
- Von Rosenstiel, L., Molt, W. & Rüttinger, B. (2005). *Organisationspsychologie* (9. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Walker, D. (Hrsg.). (2015). *Lean Management. Das Krankenhaus der Zukunft*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Walker, D. & Vetterli, Ch. (2015). Die stille Revolution. In D. Walker (Hrsg.), *Lean Hospital. Das Krankenhaus der Zukunft* (S. 1-10). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Werther, S. & Jacobs, Ch. (2014). *Organisationsentwicklung – Freude am Change*. Berlin Heidelberg: Springer.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Operationen der verschiedenen Fachbereiche 2016 (eigene Darstellung in Anlehnung an Jahresbericht Orthopädie Sonnenhof, 2016, S. 2)	10
Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Sprechstunden der verschiedenen Fachbereiche 2016 (eigene Darstellung in Anlehnung an Jahresbericht Orthopädie Sonnenhof, 2016, S. 2).....	11
Abbildung 3: Job-Characteristics-Modell von Hackman und Oldham (eigene Darstellung nach Nerdinger, Blickle & Schaper, 2014, S. 424).....	14
Abbildung 4: Gestaltungsprinzipien der Aufgabengestaltung (eigene Darstellung nach von Rosenstiel, Molt & Rüttinger, 2005, S. 105)	15
Abbildung 5: Anmeldung Sprechstunde der Orthopädie Sonnenhof (eigene Darstellung)....	22
Abbildung 6: Beispielfrageblock Interviewleitfaden (eigene Darstellung).....	25
Abbildung 7: Codesystem Auswertung Leitfadeninterview (Bildschirmfoto MAXQDA)	26
Abbildung 8: Allgemeiner Prozessablauf Zuweisung bis Endfakturierung (eigene Darstellung)	34
Abbildung 9: Prozessablauf Zuweisung bis Endfakturierung Kinderorthopädie (eigene Darstellung)	38
Abbildung 10: Prozessablauf Zuweisung bis Endfakturierung Hüft- und Kniechirurgie (eigene Darstellung)	39
Abbildung 11: Einschätzung des persönlichen Veränderungspotenzials der Medizinischen Sekretärinnen (eigene Darstellung).....	43
Abbildung 12: Einschätzung des Veränderungspotenzials der Mitarbeiterinnen aus dem Team (eigene Darstellung)	44

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Die acht Verschwendungsarten in Bezug auf das Spital (eigene Darstellung)</i>	16
Tabelle 2: <i>Phasenmodelle von Veränderungsprozessen (eigene Darstellung).....</i>	18
Tabelle 3: <i>Beobachtungen der Samplings (eigene Darstellung)</i>	23
Tabelle 4: <i>Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Arbeitstätigkeiten (eigene Darstellung)</i>	28
Tabelle 5: <i>Aufgabenverteilung der drei Fachbereiche (eigene Darstellung).....</i>	28
Tabelle 6: <i>Typische Arbeitstätigkeiten während einer Sprechstunde (eigene Darstellung) ...</i>	30
Tabelle 7: <i>Übersicht der gewonnenen Daten rundum die Sprechstunde (eigene Darstellung)</i>	33

10 Anhang

10.1 Vorlage Raster Feldnotizen

Datum:
 Name Team:
 Anzahl zu beobachtende Personen:
 Anzahl Funktionen:

Feldnotizen

Organisation / Aufgabenverteilung

TEXT

Aufgaben / Arbeitstätigkeiten

Tagesablauf (Organisatorische Aufgaben, Patientendokumentation, Terminfixierung usw.)

Zeit (Start)	Was (Tätigkeit)	Kommentare

Formulare

-
-

Störungen / Unterbrechungen

- 1.
- 2.
- 3.

Aussergewöhnliches / Ausnahme

- 1.
- 2.
- 3.

10.2 Interviewleitfaden Experteninterviews

Interviewleitfaden Orthopädie Sonnenhof

Ebene 1 (z.B. 1.): Hauptfrage/Erzählanstoss

Ebene 2 (z.B. 1.1.): Nachfrage, falls bei der Beantwortung der Hauptfrage nicht schon gesagt

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an diesem Interview teilzunehmen. Im Rahmen meines Studienganges „Bachelor in angewandter Psychologie“ geht es darum, eine reale Fragestellung bei einem Praxispartner zu bearbeiten. Ich freue mich, dass ich diese Fragestellung im Zusammenarbeit mit Ihnen und der Orthopädie Sonnenhof erarbeiten darf. Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den Arbeitsablauf im Sekretariat der Orthopädie zu untersuchen und allenfalls Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Um Informationen diesbezüglich zu erhalten, führe ich Interviews durch. Das Interview wird ungefähr 45 Minuten dauern.

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen. Erzählen Sie möglichst frei und ungezwungen. Die Teilnahme am Interview ist selbstverständlich freiwillig und es ist völlig in Ordnung, falls Sie zu einzelnen Fragen nichts sagen möchten. Um nicht mitschreiben zu müssen, aber Ihre Antworten nicht zu verlieren, würde ich das Gespräch gern aufnehmen. Selbstverständlich werden wir Ihre Antworten nicht personenspezifisch veröffentlichen und werden nur in anonymisierter Form in den Bericht einfließen. Mit Ihrem Einverständnis werde ich nun das Interview auf Band aufzeichnen? Da es ein Interview ist und kein Gespräch, kommentiere ich keine Ihrer Aussagen. Haben Sie noch Fragen zum Interview oder zum Ablauf? Dann würden wir nun starten.

Zu Beginn möchte ich Sie zunächst zu typischen Abläufen und Prozessen in Ihrem Arbeitsalltag befragen

→ Typische Abläufe / Prozesse

1. Wie sieht ein **typischer Arbeitstag** aus?
 - 1.1. Was sind **typische Tätigkeiten / Aufgaben, die Sie mehrmals pro Tag ausführen?**
 - 1.2. Wie sieht ein **typischer Prozess von der Zuweisung (Aufnahme des Patienten) bis zur Fallschliessung (Austritt des Patienten) aus? Und welche Prozessschritte laufen davon in Ihrem Team durch?**
 - 1.3. Wenn Sie einen **Wunsch hätten, welche Tätigkeiten / Aufgaben würden Sie Ihrer Meinung nach sofort verändern, weil diese aus Ihren Augen zu optimieren sind? Und was gäbe es für Lösungsmöglichkeiten?**
2. Wenn Sie an Prozesse / Abläufe in Ihrem Team denken, was sind **die Stärken in Ihren Abläufen / Prozessen?** Welche funktionieren aus Ihren Augen besonders gut?
 - 2.1. Und gibt es Ihrer Meinung nach solche, die **weniger gut funktionieren? Die überdacht / überarbeitet oder vereinfacht / effizienter gestaltet werden müssten?**

Als nächstes möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zur aktuellen Team- und Organisationsstruktur stellen und Sie haben dann die Möglichkeit, Veränderungswünsche zu äussern.

→ Veränderung Team- & Organisationsstruktur

3. Wenn **Sie und Ihr Team sich neu organisieren** dürften, was wäre Ihnen besonders wichtig?
 - 3.1. Was würden Sie **gerne sofort verändern? Wieso?**
 - 3.2. Was dürfte man **auf keinen Fall verändern? Wieso?**
 - 3.3. Was glauben Sie, welche **Erwartungen** hätten Ihre Mitarbeitenden ODER Ihre Teamkolleginnen an eine **Veränderung der Teamstruktur?**
4. Wenn **Sie und das ganze Sekretariat** die Möglichkeit hätten, sich **neu zu organisieren, was wäre Ihnen in diesem Fall besonders wichtig?**
 - 4.1. **Welche Synergien** könnte man über die verschiedenen Fachbereiche hinweg aus Ihrer Sicht nutzen?
 - 4.2. Was dürfte man **auf keinen Fall verändern? Wieso?**

Interviewleitfaden Orthopädie Sonnenhof

5. Wenn Sie einen **Wunsch in der Zusammenarbeit mit den Ärzten** hätten, was würden Sie sich wünschen?
- 5.1. Was ist Ihnen in der Zusammenarbeit mit den **Ärzten besonders wichtig**?
- 5.2. Gibt es **Synergien / Optimierungspotential** in der Zusammenarbeit mit dieser Personengruppe?
6. Wie sieht **ein Idealzustand der Organisation** des Sekretariats der Orthopädie aus?
- 6.1. Was denken Sie, für **welche Personen hätte eine Veränderung der Organisationsstruktur die grössten Vorteile**? Und für **welche Personen Nachteile**? Wieso?
- 6.2. Wie würde Ihre **Traumfunktion** in dieser neuen Organisation aussehen?

Abschliessend möchte ich mit Ihnen gerne über Ihre persönliche Einschätzung und Ihr Bedürfnis einer Veränderung zu sprechen kommen. Dabei interessiert mich, wie Sie sich selbst bezüglich möglichen Veränderungen einschätzen und was konkret Ihre Erwartungen wären.

→ **Veränderungspotential**

7. Wie hoch schätzen Sie **Ihr Veränderungspotential auf einer Skala von 1 bis 10** ein?
- 7.1. Wieso haben Sie sich für **diesen Wert entschieden**?
- 7.2. Was braucht es oder was müsste passieren, damit Sie sich von dem **Wert X zu Wert X + 1** oder mehr steigern?
- 7.3. Was braucht es oder was müsste passieren, damit Sie sich von dem **Wert X zu Wert - 1** oder tiefer bewegen?
8. Wie hoch schätzen Sie **das Veränderungspotential von Ihren Mitarbeitenden ODER Ihren Teamkolleginnen auf einer Skala von 1 bis 10** ein?
- 8.1. Wieso haben Sie sich im **Vergleich zu Ihrem Wert für diesen Wert entschieden**?
- 8.2. Was bräuchten Ihre Mitarbeitenden ODER Ihre Teamkolleginnen damit der **Wert von X steigt**? Und aus welchen Gründen würde der Wert von X sinken?

Und nun noch einige Kurzfragen zu Ihrer Person**Grundlagen / Demographische Fragen**

5. Wie lautet Ihre aktuelle Funktion?
6. Wie lange arbeiten Sie bereits im Sekretariat der Orthopädie Sonnenhof?
7. Wie lange arbeiten Sie bereits in diesem Beruf?
8. Wie alt sind Sie?

10.3 Aufgabenpläne

Folgende Übersicht zeigt die Aufgabenverteilung der Hüft- und Beckenchirurgie:

1.11.17

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Anwesend	Nicole Fahima	Nicole Jasmin (SS) Susanne Monika	Nicole Jasmin Fahima (SS) Susanne	Nicole (SS) Jasmin Fahima (Home) Susanne	Nicole Jasmin Fahima Susanne
Aufgebote Neu-Pat. Nö/Wyss	Nicole	Nicole	Nicole	Nicole	Nicole
SS vorbereiten Nö	Fahima (vom Mi)	Nicole (vom Do)			
OP planen + vorbereiten Nö			Susanne		
SS vorbereiten Wyss	Nicole (vom Do)				Jasmin (vom Di)
OP planen + vorbereiten Wyss	Fahima			Jasmin	
SS begleiten Nö			Fahima	Nicole	
SS begleiten Wyss		Jasmin		Nicole	
Schreiben Nö		Susanne (OP)	Susanne	Susanne Fahima Home-Office	Susanne
Schreiben Wyss	Nicole (OP)	Nicole		Fahima Home-Office	Nicole (OP)
Stat. Abrechn. Nö/Wyss					Susanne Nicole
Vers. Wyss			Jasmin		
Vers. Nö			Fahima		
E-Mail Huefte	Alle	Alle	Alle	Alle	Alle
SIRIS erf.			Fahima		
5-JK Aufgebote Nö					Susanne/Fahima
5-JK Aufgebote Wyss					Jasmin/Fahima

Telefondienst/Post/E-Mail „Huefte“

	Morgen	Nachmittag
Montag	Nicole	Fahima
Dienstag	Susanne	Nicole
Mittwoch	Jasmin	Susanne
Donnerstag	Susanne	Jasmin
Freitag	Fahima	Jasmin

Nicole 100% Montag-Freitag

Fahima 80% Montag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag

Susanne 80% Dienstag-Freitag

Jasmin 80% Dienstag - Freitag

Folgende Übersicht zeigt die Aufgabenverteilung der Kniechirurgie und Sportverletzungen:

Arbeitsplanung Knie-Team												
Name	Montag Morgen	Montag Nachmittag	Dienstag Morgen	Dienstag Nachmittag	Mittwoch Morgen	Mittwoch Nachmittag	Donnerstag Morgen	Donnerstag Nachmittag	Freitag Morgen	Freitag Nachmittag		
Wanda Weber, 100%	Diverses	Diverses	Diverses	Diverses	Homeoffice	Homeoffice	OP Planung	OP Planung	Diverses	Diverses		
Kelly Baumgartner, 60%	Sprechstunde	OP Planung	AVOR	OP	AVOR	OP	OP Planung	Berichte SP & OP HC	Berichte SP & OP HC	Sprechstunde	OP	*TD
Sara Kriöfel, 100%	AVOR	*Berichte	Telefondienst	Telefondienst	Telefondienst	Berichte SP & OP	Telefondienst	Telefondienst	AVOR	*Berichte	AVOR	*Berichte
Anja Gäger, 100%	Telefondienst	AVOR	*Berichte	Sprechstunde	Sprechstunde	*Berichte	*TD	AVOR	*Berichte	AVOR	*Berichte	Berichte SP & OP
Edith Hofer, 50%	Ligamys HO	Frei	Ligamys HO	Frei	Ligamys HO	Frei	Berichte SP & OP	Telefondienst	Frei	Frei	Frei	Frei
Christine Duser 30%	Berichte SP & OP	Sprechstunde	Berichte SP & OP HC	Berichte SP & OP HC	Frei	Frei	Frei	Frei	Frei	Frei	Frei	Frei
Christine Meyer 50%	Frei	Frei	Berichte SP & OP HC	Berichte SP & OP HC	SP	*TD	SP	*Berichte	Frei	Frei	Frei	Frei
Patrizia Bängeli, 50%	Berichte SP & OP	Berichte SP & OP	Frei	Frei	AVOR	*Berichte	Berichte SP & OP	Frei	Frei	Berichte SP & OP	Frei	Frei

Tasks:		Sprechstunde:	
OP Planung	* Operationsplanung	Montag	Sara
Berichte SP & OP	* Berichte Sprechstunde und Operationen schreiben	Dienstag	Anja
Sprechstunde	* Sprechstunde durchführen	Mittwoch	Christine Meyer alle 2 Wochen
Telefondienst	* Telefondienst, Briefpost, Postfach Outlook, Versicherungen	Freitag	Kelly (nur am Morgen)
AVOR & allgemein	* Arbeitsvorbereitung SP, Allg. Arbeiten, Kopieren, Z.		
Homeoffice	* wissenschaftliche Arbeit		
Frei	* Berichte schreiben/ Diverses		
Divers Knie-Team	* Frei		
Ortho Sucho	* Diverses (Organisation Termine, Reisen, Buchhaltung etc. für Prof. Dr. med. Stefan Eggl)		
*TD/SP/Berichte	* Buchhaltung und Marketing Orthopädie Sonnenhof		
	*Wenn Christine Meyer am Mittwoch Sprechstunde hat, macht Anja Telefondienst.		
	*Kelly macht ab 01.01.2018 immer am Donnerstag Homeoffice		