

BAND 1

Wissenschaftliche Reihe BWL-Gesundheitsmanagement DHBW Stuttgart, Fakultät Wirtschaft

Herausgeber:
Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart
Prof. Dr. rer. pol. Anke Simon

Laura Magdalena Heinnickel

Beschwerden als Chance zur Prozessverbesserung und Steigerung der Patientenzufriedenheit –
Evaluierung und Optimierung des Beschwerdemanagements am Beispiel einer Kliniken GmbH

Sandra Dangelmayer

Primärdatenanalyse zur Untersuchung der Ausgaben für HIV-infizierte Versicherte in Deutschland
und deren Optimierungsmöglichkeit durch Case-Management bei der HALLESCHE Krankenver-
sicherung auf Gegenseitigkeit

BAND 1

Wissenschaftliche Reihe BWL-Gesundheitsmanagement DHBW Stuttgart, Fakultät Wirtschaft

Herausgeber:
Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart
Prof. Dr. rer. pol. Anke Simon

Laura Magdalena Heinnickel

Beschwerden als Chance zur Prozessverbesserung und Steigerung der Patientenzufriedenheit –
Evaluierung und Optimierung des Beschwerdemanagements am Beispiel einer Kliniken GmbH
ab S. 5

Sandra Dangelmayer

Primärdatenanalyse zur Untersuchung der Ausgaben für HIV-infizierte Versicherte in Deutschland
und deren Optimierungsmöglichkeit durch Case-Management bei der HALLESCHE Krankenver-
sicherung auf Gegenseitigkeit
ab S. 143

IMPRESSUM

Wissenschaftliche Reihe BWL-Gesundheitsmanagement

Herausgeber:

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Postfach 10 05 63

70004 Stuttgart

Prof. Dr. rer. pol. Anke Simon

Studiengangsleitung BWL-Gesundheitsmanagement

E-Mail: anke.simon@dhbw-stuttgart.de

Tel.: 0711/1849-776

Fax: 0711/1849-819

Online verfügbar unter:

www.dhbw-stuttgart.de/reihe-bwl-gesundheitsmanagement

Satz: Robert Köller, Silke Steinheuer (B.A.)

Gestaltungsvorlage: Dipl.-Pol. Vanessa Hübsch

Druck: Walter Digital, Stuttgart

ISSN 2198-8773 (Print)

ISSN 2198-8781 (Internet)

© 2014 Alle Rechte vorbehalten. Der Inhalt dieser Publikation unterliegt dem deutschen Urheberrecht. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autoren und des Herausgebers.

Der Inhalt der Publikation wurde mit größter Sorgfalt erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität des Inhalts übernimmt der Herausgeber keine Gewähr. (Dezember 2014)

VORWORT

„Was lange währt, wird endlich gut“. Diese Volksweisheit mag auch für diese Schriftenreihe gelten. Was lange währt, wird endlich gut, oder sogar sehr gut! Die erste Veröffentlichung der neuen „Wissenschaftlichen Reihe BWL-Gesundheitsmanagement“ des im Dezember 2013 neu gegründeten Studienzentrums Gesundheitswissenschaften & Management ist auf den Weg gebracht.

Die initiale Idee, fast genau ein Jahr zuvor geboren, brauchte einiges an Zeit und Mühen. Vielfältige finanzielle, vertragsrelevante, inhaltliche und redaktionelle Herausforderungen waren zu meistern. Die wissenschaftliche Reihe soll herausragenden Studierenden des Studiengangs BWL-Gesundheitsmanagement die Möglichkeit eröffnen, ihre wissenschaftlichen Arbeiten (erstmalig) zu veröffentlichen und damit innerhalb der Science Community bekannt zu machen. Da die Arbeiten im dualen Studium neben dem hohen wissenschaftlichen Anspruch eine ausgesprochene Praxisrelevanz aufweisen, entsteht ebenso ein Zugewinn für alle Leser aus der Praxis.

Die Arbeit von Laura Magdalena Heinnickel adressiert nicht nur ein hoch aktuelles, sondern ein gleichsam scheinbar negativ besetztes Themengebiet – „Das Beschwerdemanagement“. Die Ergebnisse in Bezug auf Prozessverbesserung und Steigerung der Patientenzufriedenheit am Beispiel eines mittleren Krankenhauses veranlassten die Jury des ZeMark e. V. auf der Tagung Gesundheitsmarketing 2013 den Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit zu verleihen.

Im zweiten hoch spannenden Beitrag dieser Reihe beschäftigt sich Sandra Dangelmayer auf der Basis einer empirischen Untersuchung mit der Verbesserung des Case Managements für HIV-Infizierte aus Sicht einer privaten Krankenversicherung.

Ohne die Initiative und aktive Unterstützung verschiedener Mitwirkender wäre die erste Ausgabe unserer wissenschaftlichen Reihe nicht möglich gewesen. An erster Stelle daher ein herzliches Dankeschön an unseren Prorektor und Dekan, Herrn Prof. Dr. Müllerschön für die Sicherstellung der Finanzierung. Des Weiteren sei Herrn Prof. Dr. Michelen gedankt für die Inspiration und initiale Beratung. Ein ebenso großes Dankeschön gebührt Frau Steinheuer und Herrn Köller für die redaktionelle Bearbeitung.

„Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne“ (Hermann Hesse).

In diesem Sinne soll diese erste Ausgabe der Anfang sein für eine jährliche Reihe von herausragenden Arbeiten der kooperativen Forschung in der Gesundheitswirtschaft.

Prof. Dr. Anke Simon
Dezember, 2014

Die Reihe soll zum wissenschaftlichen Diskurs beitragen und ist aus diesem Grund auch online verfügbar: www.dhbw-stuttgart.de/reihe-bwl-gesundheitsmanagement

Beschwerden als Chance zur Prozessverbesserung und Steigerung der Patientenzufriedenheit – Evaluierung und Optimie- rung des Beschwerde- managements am Beispiel einer Kliniken GmbH

von
Laura Magdalena Heinnickel

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einführung	8
1.1	Problemstellung und Zielsetzung	8
1.2	Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise	9
2.	Grundlagen des Beschwerdemanagements	11
2.1	Beschwerdebegriff	11
2.2	Definition und Einordnung des Beschwerdemanagements	12
2.3	Ziele und Bewertung des Beschwerdemanagements	13
2.4	Beschwerdewege	15
2.5	Phasen des Beschwerdemanagementprozesses	18
3.	Beschwerdemanagement im Krankenhauswesen	21
3.1	Rahmenbedingungen in Kliniken	21
3.2	Situation der Patienten	22
3.3	Patienten(un)zufriedenheit	23
3.3.1	Definition und Entstehung von Patienten(un)zufriedenheit	23
3.3.2	Verhalten (un)zufriedener Patienten	25
3.3.3	Beschwerde(un)zufriedenheit	30
4.	Ausgangssituation des Beschwerdemanagements am Beispiel einer Kliniken GmbH	32
4.1	Vorbemerkung zum derzeitigen Beschwerdemanagementprozess	32
4.2	Direkter Beschwerdemanagementprozess	33
4.2.1	Beschwerdestimulierung	33
4.2.2	Beschwerdeannahme	33
4.2.3	Beschwerdebearbeitung	34
4.2.4	Beschwerdereaktion	35
4.3	Indirekter Beschwerdemanagementprozess	36
4.3.1	Beschwerdeauswertung	36
4.3.2	Beschwerdemanagement-Controlling, Beschwerdereporting und -informationsnutzung	37
5.	Ausarbeitung ausgewählter Optimierungsansätze für den Beschwerdemanagementprozess	38
5.1	Übersicht über mögliche Optimierungsmaßnahmen	38
5.2	Maßnahmen im Rahmen des direkten Beschwerdemanagementprozesses	39
5.2.1	Sofortmaßnahmen	39
5.2.2	Kurzfristige Maßnahmen	43
5.2.3	Mittelfristige Maßnahmen und strategische Entwicklungen	51

5.3	Maßnahmen im Rahmen des indirekten Beschwerdemanagementprozesses	54
5.4	Fazit aus der Analyse und der Optimierung des Beschwerdemanagementprozesses	55
6.	Auswertung der Beschwerden der Kliniken GmbH	56
6.1	Untersuchung der mengenmäßigen Verteilung des Beschwerdeaufkommens	56
6.2	Untersuchung der Beschwerdeinhalte	62
6.2.1	Bildung eines Kategorienschemas	62
6.2.2	Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse	63
6.2.3	Gütekriterien der Inhaltsanalyse	65
6.2.4	Qualitative Inhaltsanalyse am Beispiel der Beschwerden einer Kliniken GmbH	66
6.3	Priorisierung der Beschwerdegründe	73
6.4	Ableitung geeigneter Maßnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit	77
6.4.1	Übersicht über Handlungsempfehlungen	77
6.4.2	Optimierung der Patientenbetreuung und Steigerung der Sozialkompetenz der Mitarbeiter	78
6.4.3	Verbesserung der Organisation der Behandlungsabläufe	80
6.4.4	Modernisierung der Ausstattung und Einrichtung	80
6.4.5	Steigerung der Qualität der Verpflegung und Vermeidung von Fehllieferungen	81
6.4.6	Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlungen	82
6.5	Fazit aus der Beschwerdeauswertung und der Ableitung von Handlungsempfehlungen	83
7.	Kritische Würdigung und Ausblick	84
A	Anlagenverzeichnis und Anlagen	86
B	Abbildungsverzeichnis	131
C	Tabellenverzeichnis	132
D	Gesprächsverzeichnis	133
E	Literaturverzeichnis	134

1. Einführung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

„Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der Mensch. ... Mit einer kundenorientierten Haltung verbessern wir unser Erscheinungsbild.“¹ So heißt es gleich zu Beginn des Leitbildes einer Kliniken GmbH. Patientenorientierung und -zufriedenheit sind nicht nur in diesen Kliniken ein zentraler Bestandteil der Unternehmensziele, sondern in der Mehrheit aller Krankenhäuser.² Entscheidend ist jedoch, ob diese Aussagen in die Praxis umgesetzt werden können. Dabei ist besonders der professionelle Umgang mit unzufriedenen Patienten und deren Beschwerden von wesentlicher Bedeutung.

Hierfür ist ein effektives und erfolgreiches Beschwerdemanagement erforderlich. Insbesondere durch einen zunehmenden Wettbewerb im Krankenhauswesen sowie steigende Ansprüche der Patienten,³ gewinnt auch in Kliniken die Etablierung eines Beschwerdemanagements verstärkt an Bedeutung. Zusätzlich fordern Qualitätsmanagementkonzepte wie die ISO-Norm 9001:2008⁴ oder KTQ⁵ Kunden- bzw. Patientenorientierung und -zufriedenheit.⁶ Dazu muss ein Krankenhaus eine qualitativ hochwertige medizinische Behandlung und Betreuung gewährleisten, sich gleichzeitig aber auch an den Wünschen der Patienten orientieren und Schwachstellen systematisch aufdecken und beheben.⁷

Aufgrund der Bedeutsamkeit und Aktualität der Themenstellung befasst sich diese Bachelorarbeit mit der Evaluierung und Optimierung des Beschwerdemanagements am Beispiel einer Kliniken GmbH. Zusätzlich liegt eine Entscheidung von Seiten der Geschäftsführung vor, nach der der aktuelle Beschwerdemanagementprozess überarbeitet und verbessert werden soll, um Beschwerden sinnvoll als Chance zur Prozessverbesserung und Steigerung der Patientenzufriedenheit erkennen und nutzen zu können.

¹ o.V. (o.J.), Leitbild der Kliniken GmbH, siehe Anlage 1

² Vgl. Lüthy, A.; Buchmann, U. (2009), S. 28; vgl. hierzu ebenso Ziring, M. (2010), S. 395, Sp. 1

³ Vgl. Applebaum, R. A.; Straker, J. K.; Geron, S. M. (2004), S. 2

⁴ Die DIN EN ISO 9001:2008 „ist eine internationale Norm, die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem festlegt und die Grundlage für eine Zertifizierung bildet. ... [Sie enthält] Vorgaben und Inhalte, die ein Qualitätsmanagementsystem umfassen sollte“; Kahla-Witzsch, H. A. (2009), S. 30ff.

⁵ KTQ steht für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ und bietet ein Zertifizierungsverfahren für das Qualitätsmanagement von Kliniken an. Das KTQ-Verfahren wurde speziell für das Krankenhauswesen entwickelt und wird von rund 60 % der Krankenhäuser, die eine Zertifizierung durchführen lassen wollen, in Anspruch genommen; vgl. o.V. (o.J.), <http://www.ktq.de> (Stand: 04.02.2013)

⁶ Vgl. Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006), S. 18

⁷ Vgl. Applebaum, R. A.; Straker, J. K.; Geron, S. M. (2004), S. 24

Dabei konzentriert sich diese Arbeit auf Beschwerden von Patienten sowie deren Angehörigen und Besuchern. Beschwerden von anderen Interessensgruppen wie Mitarbeitern, Kostenträgern oder zuweisenden Ärzten werden im Folgenden nicht betrachtet.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Schwerpunkte. Zielsetzung ist es zunächst, mögliche Defizite im Rahmen des Beschwerdemanagementprozesses der Kliniken GmbH zu erkennen und ausgewählte geeignete Optimierungsansätze zur Behebung auszuarbeiten. Die Prozessabläufe sollen somit verbessert und effektiver gestaltet werden. Aus dieser Zielformulierung lassen sich die beiden folgenden Forschungsfragen ableiten:

- Wie gestaltet sich der gegenwärtige Beschwerdemanagementprozess der Kliniken GmbH?
- An welchen Stellen des Beschwerdemanagementprozesses besteht Optimierungsbedarf und welche Maßnahmen können umgesetzt werden, um ihn effektiver bzw. effizienter zu gestalten?

Im zweiten Teil sollen anhand eingegangener Beschwerden die relevanten Beschwerdekategorien identifiziert werden. Durch die Entwicklung entsprechender Maßnahmen sollen die Beschwerdegründe anschließend reduziert und damit die Patientenzufriedenheit langfristig gesteigert sowie die Wettbewerbsfähigkeit der Kliniken gesichert werden. Im Rahmen der zweiten Zielsetzung dieser Arbeit sollen die nachfolgenden weiteren Forschungsfragen beantwortet werden:

- Wie verteilt sich das Beschwerdeaufkommen der Kliniken GmbH mengenmäßig?
- Worauf beziehen sich die Patienten-, Angehörigen- und Besucherbeschwerden und an welchen Stellen besteht Handlungsbedarf und -spielraum?
- Welche Maßnahmen können eingeleitet werden, um die Beschwerdegründe zu reduzieren und die Patientenzufriedenheit zu steigern?

1.2 Aufbau der Arbeit und Vorgehensweise

Die Arbeit ist in sieben Kapitel unterteilt. Zu Beginn werden in Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen des Beschwerdemanagements dargestellt. Neben der Definition relevanter Begriffe erfolgt eine Einordnung des Beschwerdemanagements in den Managementzusammenhang sowie die Erläuterung dessen wesentlicher Ziele. Der Nutzen des Beschwerdemanagements wird bewertet und die verschiedenen Beschwerdewege sowie die einzelnen Phasen des Beschwerdemanagementprozesses werden beschrieben.

Das darauffolgende Kapitel 3 geht auf die Besonderheiten im Gesundheits- bzw. Krankenhauswesen ein. Dazu werden die Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen sowie die Situation der Patienten betrachtet. Weiterhin erfolgt eine Erläuterung der Entstehung von Patientenzu-

friedenheit oder -unzufriedenheit und deren Auswirkungen auf das Verhalten der Patienten. Darüber hinaus werden der Begriff und die Bedeutung der Beschwerdezufriedenheit behandelt.

Die Erarbeitung der theoretischen Grundlagen des Beschwerdemanagements erfolgt insbesondere anhand einer Literaturrecherche in verschiedenen Bibliotheken. Zudem werden Fachzeitschriften, Publikationen, Studienergebnisse, Online-Datenbanken sowie Veröffentlichungen aus dem Internet einbezogen.

Der Aufbau der beiden Hauptteile orientiert sich grundsätzlich an den gestellten Forschungsfragen. Die Kapitel 4 und 5 behandeln den ersten Schwerpunkt der Arbeit. Der Beschwerdemanagementprozess der betrachteten Kliniken GmbH soll evaluiert und anschließend verbessert werden. Durch eine strukturierte Betrachtung und Bewertung der einzelnen Phasen anhand einer Prozessanalyse sollen mögliche Schwierigkeiten und Schwachstellen im Prozessablauf aufgedeckt werden. Im Anschluss sollen entsprechende Optimierungsansätze ausgearbeitet und ein kurzes Zwischenfazit gezogen werden.

Die Erarbeitung der aktuellen Situation in Bezug auf das Beschwerdemanagement der Kliniken soll vor allem durch eine Analyse unternehmensinterner Dokumente erfolgen. Zudem werden Gespräche mit an dem Prozess beteiligten Mitarbeitern sowie Beobachtungen berücksichtigt.

Den zweiten Schwerpunkt der Arbeit bildet Kapitel 6 mit einer Auswertung eingegangener Beschwerden. Sowohl die Verteilung des Beschwerdeaufkommens als auch die Inhalte der Beschwerden sollen untersucht werden. Die Identifizierung der relevanten Beschwerdegründe soll mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse⁸ erfolgen. Auf Grundlage der Ergebnisse sollen die Beschwerdekategorien priorisiert und geeignete Maßnahmen zur Reduzierung der Beschwerdegründe abgeleitet werden.

Nach einem zweiten Zwischenfazit, in dem nochmals wesentliche Inhalte und Ergebnisse zusammengefasst werden, folgt abschließend ein Ausblick auf die Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements der Kliniken GmbH. Hierfür werden wichtige Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung aufgeführt.

⁸ Auf die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse wird in Kapitel 6.2 detailliert eingegangen

2. Grundlagen des Beschwerdemanagements

2.1 Beschwerdebegriff

Nach einer verbreiteten und umfassenden Auffassung gelten Beschwerden als „*Artikulationen von Unzufriedenheit, die gegenüber Unternehmen oder auch Drittinstitutionen mit dem Zweck geäußert werden, auf ein subjektiv als schädigend empfundenes Verhalten eines Anbieters aufmerksam zu machen, Wiedergutmachung für erlittene Beeinträchtigungen zu erreichen und/oder eine Änderung des kritisierten Verhaltens zu bewirken*“.⁹ Eine Beschwerde beruht also auf einer subjektiven Empfindung¹⁰ und stellt zumeist eine Äußerung eines unzufriedenen Kunden dar, die mit einer Forderung an das Unternehmen verknüpft ist.¹¹ Es spielt dabei keine Rolle, wie stark ein Kunde verärgert ist. Jegliche Äußerungen, die ausdrücken, dass die Erwartungen eines Kunden nicht erfüllt werden konnten, können demnach als Beschwerden gelten.¹²

Einer weiteren Definition zufolge „*drücken Kunden [in Beschwerden] aus eigener Initiative ihre ... Unzufriedenheit mit Produkten, Dienstleistungen und Verhaltensweisen des Unternehmens aus*“.¹³ Demnach äußern Kunden Beschwerden, welche sich grundsätzlich auf verschiedene Aspekte eines Unternehmens beziehen können, von sich aus.

Das Wort „Beschwerde“ bedeutet ursprünglich „drückende Last“. Ein Kunde, der sich beschwert, möchte vor allem seinen Ärger und seine Enttäuschung loswerden und sich somit emotional befreien. Neben einer sachlichen Lösung des Problems ist es daher mindestens genauso wichtig, auf den emotionalen Teil einer Beschwerde, die Beziehungsebene, einzugehen und die Gefühle des Kunden zu berücksichtigen.¹⁴

Beschwerden gelten für Unternehmen und Mitarbeiter oft als ärgerlich, da ihre Bearbeitung zum Teil einen großen zusätzlichen Aufwand verursacht und sie auf die Problembereiche des Unternehmens hinweisen. Dennoch sollten sie nicht negativ gesehen werden, sondern als Chance, um den Kunden zu halten, seine Zufriedenheit wiederherzustellen, Probleme im Un-

⁹ Wimmer, F., Beschwerdepolitik als Marketinginstrument, in : Hansen, U.; Schoenheit, I. (Hrsg.), Verbraucherabteilungen in privaten und öffentlichen Unternehmungen, Frankfurt am Main und New York 1985, S. 227f.; sowie Stauss, B., Beschwerdepolitik als Instrument des Dienstleistungsmarketing, in: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung, 35. Jg., Nr. 1, Berlin 1989, S. 41ff. Zitiert nach: Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 49

¹⁰ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 5

¹¹ Vgl. ebenda, S. 3

¹² Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 49

¹³ ebenda, S. 37

¹⁴ Vgl. Kutscher, P. P.; Seßler, H. (2007), S. 106, Sp. 1

ternehmen zu identifizieren, entsprechende Maßnahmen einzuleiten¹⁵ und das Unternehmen auf diese Weise weiterzuentwickeln.¹⁶

Auch das folgende Zitat drückt die wichtige Bedeutung aus, die Beschwerdeführern zukommt und betont, dass die Informationen aus Beschwerden zur Leistungsverbesserung und Steigerung des Unternehmenserfolgs genutzt werden sollten:

*„Stop Calling Them ‚Complainers‘! ... They are critics, allies, consultants Call them anything as long as it reflects their contribution to the success of the organization“.*¹⁷

Da es mehrere verschiedene Definitionen und Auffassungen für den Begriff der Beschwerde gibt, sollte jedes Unternehmen als Basis eines erfolgreichen Beschwerdemanagements zunächst eine unternehmensindividuelle Definition festlegen, die anschließend allen Mitarbeitern bekannt und zugänglich gemacht werden muss. Alle Äußerungen der Kunden, die nicht von dieser Definition eingeschlossen sind, sollten dann separat und nicht im Rahmen des Beschwerdemanagements bearbeitet werden.¹⁸ Dabei bietet es sich an, Beschwerden intern weit zu definieren, um so möglichst alle auftretenden Mängel und Probleme in das strukturierte Beschwerdemanagement einzubeziehen.¹⁹

Wichtig ist es auch, den Begriff der Reklamation von dem der Beschwerde abzugrenzen, da verschiedene juristische Bedeutungen und Folgen vorliegen.²⁰ Die Reklamation stellt eine Sonderform der Beschwerde dar und beruht auf einem bestehenden Rechtsanspruch, der eingefordert werden kann.²¹

2.2 Definition und Einordnung des Beschwerdemanagements

Das Beschwerdemanagement kann an den allgemeinen Managementbegriff angelehnt definiert werden und *„umfasst die Planung, Durchführung und Kontrolle aller Maßnahmen, die ein Unternehmen im Zusammenhang mit Beschwerden ergreift“.*²²

¹⁵ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S. 9

¹⁶ Vgl. Schmidt, S.; Meißner, T. (2009), S. 79

¹⁷ Hudson, S. (2008), S. 380

¹⁸ Vgl. Niefind, F.; Wiegran, A. (2010), S. 20f.

¹⁹ Vgl. Glaap, W. (1993), S. 110f.

²⁰ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S. 14

²¹ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 4

²² Wimmer, F., Beschwerdepolitik als Marketinginstrument, in: Hansen, U.; Schoenheit, I. (Hrsg.), Verbraucherabteilungen in privaten und öffentlichen Unternehmungen, Frankfurt am Main und New York 1985, S. 225ff.; sowie Hansen, U.; Jeschke, K.; Schöber, P., Beschwerdemanagement – Die Karriere einer kundenorientierten Unternehmensstrategie im Konsumgütersektor, in: Marketing ZFP, 17. Jg., Nr. 2, München und Frankfurt 1995, S. 77ff. Zitiert nach: Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 79

Das Beschwerdemanagement stellt einen Teilbereich des Customer Relationship Managements²³ dar,²⁴ weshalb es eine besondere Bedeutung für die Stabilisierung und Stärkung der Kundenbindung und -beziehung hat.²⁵

Gleichzeitig kann das Beschwerdemanagement auch als Bestandteil des Qualitätsmanagements und als Inhalt des Total Quality Ansatzes²⁶ gelten, da Informationen aus Beschwerden über Qualitätsdefizite von Produkten oder Dienstleistungen zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität verwendet werden können.²⁷ Das kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass von allen bedeutenden Qualitätsmanagementkonzepten ein Beschwerdemanagement gefordert wird. Als Beispiel hierfür kann die DIN EN ISO 9001:2008²⁸ genannt werden, die den Stellenwert der Beschwerden hervorhebt und eine Erfassung und Auswertung der Beschwerden verlangt. Im Rahmen eines leistungsfähigen Beschwerdemanagements soll sich das Unternehmen nach den Erwartungen und Anforderungen der Kunden richten und durch eine hohe Qualität ein hohes Maß an Kundenzufriedenheit und -bindung erzielen.²⁹

Ein wirksames Beschwerdemanagement unterteilt sich sowohl in die Prävention als auch in die Behandlung von Beschwerden. Zufriedenheitsbefragungen sollten dazu dienen, Anlässe für Beschwerden zu vermeiden und aus den Kundenreaktionen sollte das Unternehmen geeignete Maßnahmen ableiten, um Beschwerdegründe zu beseitigen.³⁰

2.3 Ziele und Bewertung des Beschwerdemanagements

Beschwerdemanagement verfolgt mehrere Ziele. Das Hauptziel besteht dabei im Erhalt bzw. der Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens.³¹ Dieses übergeordnete Ziel soll durch die Erfüllung mehrerer Teilziele erreicht werden, die sich im Wesentlichen in drei Bereiche gliedern lassen.³²

²³ Customer Relationship Management „umfasst den Aufbau, die kontinuierliche Optimierung sowie den Erhalt dauerhafter und gewinnbringender Kundenbeziehungen.“; Hippner, H.; Wilde, K. D. (2003), S. 6

²⁴ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 23

²⁵ ebenda, S. 33

²⁶ Total Quality Management wird definiert als eine „auf der Mitwirkung aller Mitglieder basierende Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf den Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt“; DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (Hrsg.) (1995), S. 21

²⁷ Vgl. Haeske, U. (2001), S. 168

²⁸ Die DIN EN ISO 9001:2008 ist die aktuelle Version der in der Quelle genannten DIN EN ISO 9001:2000; vgl. DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (Hrsg.) (2008), S. 2

²⁹ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 38ff.

³⁰ Vgl. Thill, K.-D. (2008), S. 115

³¹ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S. 15

³² Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 79

Zu den Teilzielen zählen zunächst kundenorientierte Ziele. Durch die systematische und erfolgreiche Bearbeitung von Beschwerden kann das Unternehmen die Zufriedenheit der Kunden wiederherstellen, deren Bindung an das Unternehmen stärken und somit vermeiden, dass sie zu einem Wettbewerber wechseln.

Weiterhin sind finanzorientierte Ziele von Bedeutung. Durch Beschwerdemanagement sollen systematisch die Gründe für Mängel und deren Folgen erkannt und anschließend beseitigt werden. Dadurch können Fehlerkosten gesenkt werden.³³ Einerseits können durch beseitigte Produktmängel zum Beispiel Garantiekosten, Rechtsprozesse oder Konflikte mit Medien vermieden werden. Andererseits können die Informationen aus Beschwerden aber auch dazu dienen, interne Prozessabläufe effizienter zu gestalten und dadurch die Produktivität zu erhöhen.³⁴

Letztlich zentrale Teilziele sind qualitätsorientierte Ziele. In Kundenbeschwerden sind Hinweise auf Schwachstellen des Unternehmens enthalten.³⁵ Durch die gezielte Nutzung dieser Informationen können Rückschlüsse auf die Erwartungen und Ansprüche der Kunden gezogen und die Qualität der angebotenen Produkte und Dienstleistungen nachhaltig gesteigert werden.³⁶

Wenn ein Unternehmen konsequent ein effektives Beschwerdemanagement betreibt, können in allen aufgeführten Bereichen Verbesserungen erreicht werden.³⁷ Das Beschwerdemanagement sollte daher als wichtiger Erfolgsfaktor erkannt und nicht auf damit verbundene Kosten reduziert werden,³⁸ was auch die Aussage des folgenden Zitats ist: *„Die Frage ist nicht, ob wir es uns leisten können, ein Beschwerdemanagement zu haben, sondern ob wir es uns leisten können, es nicht zu haben“*.³⁹

Eine Studie hat ergeben, dass Unternehmen ein Beschwerdemanagement vor allem betreiben, um die Kundenzufriedenheit und -bindung zu stabilisieren oder zu steigern. 84 % der befragten Unternehmen empfinden diesen Aspekt als am wichtigsten und sehen darin den größten Nutzen, gefolgt von Sicherung der Qualität und Verbesserung der Produkte mit 36 % sowie Optimierung der internen Prozesse mit 33 %.⁴⁰

Die Bearbeitung und Verwendung von Informationen aus Beschwerden hat mehrere Vorteile. Kunden, die sich beschweren, äußern ihre Unzufriedenheit meist schnell nachdem sie ein Problem oder einen Mangel wahrgenommen haben. Dadurch sind die in Beschwerden enthaltenen Hinweise

³³ Vgl. Schmitt, R.; Linder, A. (2012), S. 22, Sp. 1f.

³⁴ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 81

³⁵ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S. 15

³⁶ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 79ff.

³⁷ Vgl. Schmitt, R.; Linder, A. (2012), S. 22, Sp. 1

³⁸ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S. 11

³⁹ ebenda, S. 22

⁴⁰ Vgl. Brüntrup, C.; Grass, T. (2006), <http://www.wissen.dsft-berlin.de> (Stand: 18.02.2013), S. 12

in der Regel sehr aktuell. Zudem können die geäußerten Problembereiche als relevant angesehen werden, da Kunden, die den mit einer Beschwerde verbundenen Aufwand auf sich nehmen, diese als schwerwiegend und bedeutend einschätzen. Von Vorteil ist außerdem, dass Kunden von sich aus Beschwerden äußern ohne von dem Unternehmen dazu aufgefordert zu werden.⁴¹ Das Unternehmen vermeidet somit Kosten, da es kostenlos von eigenen Schwachstellen erfährt.⁴²

Neben den genannten Vorteilen ist das Betreiben eines Beschwerdemanagements allerdings auch mit Problemen verbunden. Dazu zählt zum einen, dass es für das Unternehmen nicht leicht ist, Beschwerden anzuregen und zum anderen, dass die Erfassung der Beschwerden nicht vollständig erfolgen kann.⁴³

2.4 Beschwerdewege

Kunden können ihre Beschwerden auf verschiedene Arten gegenüber einem Unternehmen äußern.⁴⁴ Diese sind in der folgenden Abbildung 1 dargestellt.



Abb. 1: Beschwerdekanäle⁴⁵

Grundsätzlich können Beschwerden somit auf mündlichem, telefonischem, schriftlichem oder elektronischem Weg artikuliert werden.

Der mündliche sowie der telefonische Beschwerdekanal zählen zu den persönlichen Beschwerdewegen. Das bedeutet, dass Kunden in diesen Fällen ihre Unzufriedenheit direkt, entweder

⁴¹ Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2006), S. 345

⁴² Vgl. Börkircher, H. (2004), S. 110

⁴³ Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2006), S. 345

⁴⁴ Vgl. Niefind, F.; Wiegran, A. (2010), S. 25

⁴⁵ In Anlehnung an: Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 116ff.

während einem Gespräch oder telefonisch, zum Beispiel über ein eingerichtetes Beschwerde-telefon, gegenüber einem Mitarbeiter äußern.⁴⁶ Der mündliche Beschwerdekanael eignet sich besonders für Dienstleistungsunternehmen, da dort die Kunden während der Leistungserstellung anwesend sind. Tritt ein Problem auf, können die Kunden ihr Anliegen direkt äußern.⁴⁷

Persönliche Beschwerdekanaele weisen im Vergleich zu den schriftlichen oder elektronischen einige Vorteile sowohl für die Kunden als auch für das Unternehmen auf. Allerdings sind auch Nachteile damit verbunden. In der folgenden Tabelle 1 sind diese als Übersicht aufgeführt.

Persönliche Beschwerdewege	
Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Geringere Kosten für Kunden und Unternehmen • Individuellere und sofortige Reaktion • Schnellere Lösung des Problems • Vollständigere und bessere Kommunikation, da direkt nachgefragt werden kann • Persönliche Entschuldigung möglich • Mitarbeiter können besser einschätzen, wie gravierend der Kunde das Problem betrachtet • Aus einem Gespräch gehen mehr Informationen hervor als aus einem Schreiben • Kunden fühlen sich wertgeschätzt, da sie sich an einen direkten Ansprechpartner wenden können • Mitarbeiter fühlen sich durch den direkten Kundenkontakt stärker verantwortlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter müssen in der Lage sein, auf Beschwerden angemessen zu reagieren. Dazu sind regelmäßige Schulungen nötig • Für persönliche Gespräche müssen entsprechende Räume vorhanden sein • Unzufriedene Kunden können gegenüber einem direkten Ansprechpartner Hemmungen haben, offen über ihr Anliegen zu sprechen • Kunden vermeiden persönliche Beschwerden, wenn sie negative Konsequenzen erwarten oder ihre Position als unterlegen gegenüber den Mitarbeitern einschätzen (zum Beispiel durch empfundene Abhängigkeit gegenüber medizinischem Personal)

Tab. 1: Vor- und Nachteile persönlicher Beschwerdewege⁴⁸

⁴⁶ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 12

⁴⁷ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 116

⁴⁸ In Anlehnung an: Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 116ff.; Vergnaud, M. (2002), S. 13f.

Die typische Form des schriftlichen Beschwerdeweges ist der Brief. Den Sachverhalt schriftlich vollständig und richtig zu schildern, ist für den Kunden aufwendig und zeitintensiv.⁴⁹ In bestimmten Situationen entscheidet sich der Beschwerdeführer dennoch für diese Art der Beschwerdeäußerung. Insbesondere dann, wenn er sehr unzufrieden oder enttäuscht ist, den Sachverhalt dokumentieren oder sich beispielsweise an die Geschäftsleitung wenden möchte.⁵⁰

Werden Beschwerden per E-Mail oder über das Internet artikuliert, zählt dies zu den elektronischen Beschwerdewegen. Diese Form der Beschwerdeäußerung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dabei kann unterschieden werden, ob direkt eine E-Mail-Adresse eines für die Bearbeitung von Beschwerden zuständigen Mitarbeiters oder ein Link zu einer speziell eingerichteten Beschwerdeseite angegeben wird.⁵¹

In folgender Tabelle 2 sollen auch die Vor- und Nachteile der schriftlichen und elektronischen Beschwerdekanaäle dargestellt werden.

Schriftliche und elektronische Beschwerdewege	
Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter müssen nicht unmittelbar auf Beschwerden reagieren und müssen daher weniger intensiv geschult werden • Es sind keine Räume nötig • Der Sachverhalt ist schriftlich festgehalten und dokumentiert • Beschwerdeführer und Mitarbeiter müssen nicht zur gleichen Zeit am gleichen Ort bzw. erreichbar sein • Kunden und Mitarbeiter müssen sich nicht einer unangenehmen Gesprächssituation aussetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbare Nachfragen sind nicht möglich, wodurch sich die Bearbeitung in die Länge ziehen kann • Es kann schneller zu Missverständnissen kommen und es dauert länger, bis eine Reaktion erfolgt • Eine schriftliche Kommunikation hat nicht so große Auswirkungen auf die Kundenbindung wie ein persönlicher Kontakt • Wenn Beschwerden schriftlich geäußert werden, fühlen sich die Mitarbeiter weniger verantwortlich

Tab. 2: Vor- und Nachteile schriftlicher und elektronischer Beschwerdewege⁵²

⁴⁹ Vgl. ebenda, S. 117

⁵⁰ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 15

⁵¹ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 125f.

⁵² In Anlehnung an: Beck, K. (2007), S. 67; Misoch, S. (2006), S. 54f.; Vergnaud, M. (2002); S. 17

Für die Kunden muss es generell so leicht wie möglich sein, ihre Unzufriedenheit zu artikulieren. Empfehlenswert ist es daher, ihnen so viele Beschwerdewege wie möglich anzubieten. Im Anschluss kann regelmäßig überprüft werden, ob bestimmte Beschwerdekanaäle bevorzugt oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Die Art und Anzahl der Beschwerdewege sollten dann dementsprechend darauf angepasst werden.⁵³

Je nachdem, welchen Beschwerdekanaal ein Kunde wählt, hat er meist auch bestimmte Erwartungen an eine Antwort und Reaktion auf sein Anliegen. Prinzipiell muss das Unternehmen versuchen, so schnell wie möglich Kontakt mit dem Beschwerdeführer aufzunehmen.⁵⁴ Dabei kann zum Beispiel auf eine schriftliche Beschwerde auch auf einem anderen Weg geantwortet werden. Wird ein Kunde aufgrund einer Beschwerde persönlich kontaktiert, so kann er dies als positiv empfinden und als Wertschätzung deuten. Insbesondere bei komplizierten Problemstellungen ist es auch denkbar, einen Termin für ein klärendes Gespräch zu vereinbaren.⁵⁵

2.5 Phasen des Beschwerdemanagementprozesses

Das Beschwerdemanagement lässt sich in einen direkten und einen indirekten Prozess unterteilen. Die folgende Abbildung 2 gibt zunächst einen Überblick über den gesamten Beschwerdemanagementprozess und veranschaulicht die Abfolge der einzelnen Phasen.



Abb. 2: Phasen des Beschwerdemanagementprozesses⁵⁶

⁵³ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 12

⁵⁴ Vgl. Niefind, F.; Wiegran, A. (2010), S. 25

⁵⁵ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 16

⁵⁶ In Anlehnung an: Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 82

Der direkte Prozess ist dadurch gekennzeichnet, dass eine unmittelbare Kommunikation zwischen dem Beschwerdeführer und dem Mitarbeiter stattfindet. Dieser Prozess entscheidet daher im Wesentlichen darüber, wie das Beschwerdemanagement des Unternehmens vom Kunden wahrgenommen wird und ob die Kundenbeziehung gesichert werden kann.

Zum direkten Beschwerdemanagementprozess gehört zunächst die Beschwerdestimulierung. Kunden, die mit der Leistung des Unternehmens nicht zufrieden sind, sollen dazu angeregt werden, ihre Beschwerden dem Unternehmen mitzuteilen. Dazu müssen zunächst entsprechende Beschwerdekanaäle sowie eine zuständige Stelle im Unternehmen festgelegt werden. Anschließend müssen die Beschwerdewege gegenüber den Kunden kommuniziert und die Erreichbarkeit der zuständigen Stelle gewährleistet werden.⁵⁷ Durch die Beschwerdestimulierung sollen möglichst viele Kunden dazu gebracht werden, Beschwerden zu äußern, damit das Unternehmen so genau wie möglich über alle Defizite informiert wird.⁵⁸

Im Anschluss müssen Regelungen in Bezug auf die Beschwerdeannahme getroffen werden. Dazu müssen vor allem der Eingang und die Erfassung der Informationen aus den Beschwerden organisiert werden. Der Kunde erhält bei der Beschwerdeannahme eine erste Reaktion des Unternehmens auf seine Beschwerde. Diese kann entweder mündlich oder schriftlich erfolgen.⁵⁹ In diesem Zusammenhang ist der Grundsatz der „Complaint Ownership“ von Bedeutung. Demnach soll zunächst immer derjenige Mitarbeiter für eine Beschwerde zuständig sein, der als erstes damit konfrontiert wird. Anschließend kann er entscheiden, ob er selbst die Beschwerdeursache beheben kann oder sie an eine geeignete Stelle weiterleiten muss. In jedem Fall ist er aber dafür verantwortlich, dass die Beschwerde weiter bearbeitet wird.⁶⁰ Im Bereich der Beschwerdeerfassung soll das Problem des Kunden zeitnah, vollständig und systematisch aufgenommen werden. Vor allem ein geeignetes Kategorienschema muss dazu gebildet werden. Das Unternehmen kann die Beschwerden entweder schriftlich oder mithilfe einer Software erfassen.

Im Rahmen der Bearbeitung von Beschwerden muss eine strukturierte Abwicklung der Beschwerden geregelt werden. Dazu müssen insbesondere die einzelnen Verantwortungsbereiche bestimmt und Bearbeitungsstermine festgelegt werden.

Mit der Beschwerdereaktion soll der Beschwerdeführer beruhigt und eine angemessene Lösung erreicht werden. Dazu muss festgelegt sein, welche Arten von Rückmeldungen auf welche Weise durchgeführt werden sollen und wie viel Zeit für diese Kommunikation maximal vergehen darf.

⁵⁷ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 82f.

⁵⁸ Vgl. Glaap, W. (1993), S. 109

⁵⁹ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 83

⁶⁰ Vgl. ebenda, S. 142f.

Im Gegensatz zum direkten Beschwerdemanagementprozess laufen die Aufgaben im Rahmen des indirekten Prozesses ohne jeglichen Kundenkontakt ab. Dieser Prozess soll insbesondere zur Erreichung einer Qualitätsverbesserung beitragen.

Zunächst erfolgt eine Auswertung der Beschwerden. Man unterscheidet zwischen einer quantitativen und einer qualitativen Vorgehensweise. Bei der quantitativen liegt der Schwerpunkt auf der Analyse der Beschwerdemenge und der Verteilung des Aufkommens. Im Rahmen einer qualitativen Auswertung werden hingegen die Ursachen für die Beschwerden erforscht und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung entworfen. Die beiden Vorgehensweisen können auch kombiniert werden.

Der Bereich des Beschwerdemanagement-Controllings soll insgesamt zur Steuerung und Überwachung des Beschwerdemanagements beitragen. Dazu wird beispielsweise die Einhaltung von festgelegten Qualitätsindikatoren und -standards überprüft sowie die Wirtschaftlichkeit des Beschwerdemanagements überwacht.

Die Ergebnisse aus der Auswertung und dem Controlling des Beschwerdemanagements werden im Rahmen des Beschwerdereportings den unternehmensinternen Interessengruppen kommuniziert. Hierbei müssen Regelungen dazu getroffen werden, welche Arten von Auswertungen in welchen Zeitabständen welchen internen Zielgruppen bereitgestellt werden.

Die Beschwerdeinformationsnutzung soll schließlich eine Unterstützung des Qualitätsmanagements durch die Ableitung entsprechender Optimierungsmaßnahmen aus den Beschwerdeinformationen darstellen.⁶¹ Die dadurch behobenen Defizite des Unternehmens und damit die Effekte und Leistungen des Beschwerdemanagements sollten regelmäßig den Mitarbeitern vorgestellt werden, um deren Motivation zu erhalten und weiter zu steigern.⁶²

In Kapitel 4 soll der Beschwerdemanagementprozess einer Kliniken GmbH anhand der vorgestellten Phasen erläutert werden.

⁶¹ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 83ff.

⁶² Vgl. Glaap, W. (1993), S. 126

3. Beschwerdemanagement im Krankenhauswesen

3.1 Rahmenbedingungen in Kliniken

In jedem Unternehmen können Probleme auftreten und Fehler geschehen, was Unzufriedenheit und damit Beschwerden der Kunden nach sich ziehen kann. Grundsätzlich ist das für Krankenhäuser ebenso gültig wie für jegliche andere Art von Unternehmen.⁶³

Viele Unternehmen sind sogar gesetzlich dazu verpflichtet, ein Beschwerdemanagement einzuführen und zu betreiben.⁶⁴ Auch von Krankenhäusern wird im Rahmen des Qualitätsmanagements das Betreiben eines Beschwerdemanagements gesetzlich gefordert.⁶⁵ Im Zusammenhang mit der Einführung des Patientenrechtegesetzes ist vorgesehen, zukünftig eventuell auch Kliniken verbindlich zu einem strukturierten Beschwerdemanagement zu verpflichten.⁶⁶ Einen Sonderfall stellt derzeit Hamburg dar, hier unterzeichnen die Krankenhäuser die sogenannte „Hamburger Erklärung“ und verpflichten sich damit zusätzlich freiwillig, ihr Beschwerdemanagement besonders patientenorientiert zu betreiben und kontinuierlich zu verbessern.⁶⁷ Zum ersten Mal wurde ein systematisches Beschwerdemanagement im Jahr 1972 in einem Krankenhaus eingeführt. Mittlerweile hat mit 87,4 % nach eigenen Aussagen der Hauptteil der Kliniken eines etabliert. Dabei lässt sich feststellen, dass tendenziell häufiger große Kliniken ein Beschwerdemanagement betreiben.⁶⁸

Beschwerden werden in Kliniken wie in anderen Unternehmen oft fälschlicherweise negativ betrachtet.⁶⁹ Um ein erfolgreiches Beschwerdemanagement im Krankenhaus betreiben zu können, muss daher zunächst an einer positiven Grundeinstellung der Mitarbeiter im Hinblick auf Beschwerden gearbeitet werden. In Krankenhäusern kann sich dies allerdings besonders schwierig gestalten, da ein Beschwerdemanagement den ohnehin schon hohen Dokumentationsaufwand zusätzlich erhöht. Zudem besteht insbesondere in öffentlichen Kliniken oft das Problem, dass sich die einzelnen Abteilungen nicht nach den Anweisungen der zentralen Verwaltung richten und sehr unabhängig voneinander sind.⁷⁰ Es muss erkannt werden, dass jede Beschwerde, selbst wenn sie auf den ersten Blick unwesentlich oder unberechtigt erscheint, wichtige Informationen enthalten kann und zunächst ernst genommen werden muss.⁷¹

⁶³ Vgl. o.V. (o.J.), <http://www.das-beschwerdemanagement.de> (Stand: 20.02.2013)

⁶⁴ Vgl. Ratajczak, O. (Hrsg.) (2010), S. 18

⁶⁵ Vgl. § 135a Abs. 2 SGB V

⁶⁶ Vgl. Steffen, P. u.a. (2012), S. 55, Sp. 3

⁶⁷ Vgl. o.V. (2012), <http://www.hkgev.de> (Stand: 28.02.2013)

⁶⁸ Vgl. Blum, K. u.a. (2011), <https://www.dki.de> (Stand: 28.02.2013), S. 93ff.

⁶⁹ Vgl. Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006), S. 198

⁷⁰ Vgl. Amting, U. C. (2011), S. 4, Sp. 3f.

⁷¹ Vgl. Jakolow-Standke, A. (2010), S. 435, Sp. 2

3.2 Situation der Patienten

Eine Krankenhausbehandlung ist eine Dienstleistung, die in verschiedene Bereiche unterteilt werden kann. Neben dem eigentlichen Hauptbestandteil, der medizinischen Behandlung, werden sogenannte Hotelleistungen sowie sonstige Zusatz- oder Serviceleistungen in Anspruch genommen. Die Ansprüche der Patienten an diese zusätzlichen Leistungen ähneln zum Teil denjenigen an ein Hotel. Beschwerden im Krankenhauswesen beziehen sich häufig nicht auf die medizinische Qualität der Behandlung, sondern auf diese zusätzlichen Serviceleistungen. Das bedeutet, dass diese Leistungen entscheidend zur Zufriedenheit der Patienten beitragen können.

Das Gesundheits- und Krankenhauswesen ist zunehmend marktwirtschaftlich geprägt.⁷² Prinzipiell kann auch davon ausgegangen werden, dass das Verhalten von Kunden, die sich als Nachfrager von Produkten und Dienstleistungen beschweren, dem von Patienten ähnelt. Patienten werden in diesem Fall als Nachfrager medizinischer Dienstleistungen betrachtet.⁷³ Dennoch existieren einige wesentliche Unterschiede im Hinblick auf die Situation eines Beschwerdeführers im Krankenhaus im Vergleich zu anderen Branchen, die es zu beachten gilt.⁷⁴

Patienten können nicht uneingeschränkt mit normalen Kunden gleichgesetzt werden, auch wenn gewisse Parallelen erkennbar sind. Sie suchen ein Krankenhaus nicht freiwillig auf, sondern aufgrund ihrer persönlichen gesundheitlichen Lage. Patienten befinden sich im Krankenhaus in einer Ausnahmesituation, die mit wesentlichen Umstellungen ihrer Lebenssituation und ihrer Bedürfnisse verbunden ist. Gesundheit besitzt generell eine besonders hohe Bedeutung und für Patienten ist sie in der Regel das oberste Ziel einer Krankenhausbehandlung. Dafür sind viele dazu bereit, gewisse Einschränkungen zu akzeptieren.

Patienten fühlen sich in ihrer Situation zudem gewissermaßen abhängig vom medizinischen Personal, weshalb sie vergleichsweise nicht so schnell dazu neigen, Beschwerden zu äußern. Ärzte und Pflegekräfte werden beispielsweise oft als Autoritätspersonen wahrgenommen, wodurch sich Patienten nicht trauen, deren Handlungen und Entscheidungen zu kritisieren.⁷⁵ Der Patient befürchtet, dass eine schlechte Beziehung zum Personal den Behandlungsverlauf negativ beeinflussen könnte und äußert daher seine Beschwerde unter Umständen nicht oder nur gegenüber seinen Verwandten, Bekannten und anderen Patienten.⁷⁶

⁷² Vgl. Krypczyk, V. (2013), S. 164, Sp. 1f.

⁷³ Vgl. Börkircher, H. (2004), S. 107

⁷⁴ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 19

⁷⁵ Vgl. Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006), S. 199

⁷⁶ Vgl. Hoefert, H.-W. (2008), S. 175

Außerdem sind Patienten nicht in jedem Fall dazu fähig, die Qualität und Sinnhaftigkeit medizinischer Leistungen korrekt und umfassend zu beurteilen. Patienten gelten häufig als nicht ausreichend kompetent, um eine qualifizierte Rückmeldung zur Qualität der Krankenhausleistungen zu geben. Die Ansichten der Patienten sind dennoch von sehr großer Bedeutung. Patienten nutzen und empfangen die von der Klinik angebotenen Dienstleistungen und nur, wenn deren Meinung dazu bekannt ist, können diese dementsprechend gestaltet werden.⁷⁷

Neben den angeführten Punkten, die begründen, dass Patienten weniger häufig und schnell Beschwerden äußern, lässt sich in den letzten Jahren aber auch gleichzeitig feststellen, dass Patienten zunehmend informiert, aufgeklärt und unabhängig sind.⁷⁸ In diesem Zusammenhang belegt auch die Tatsache, dass sich jährlich mehr Patienten bei den Gutachterstellen der Landesärztekammern über ihre medizinische Behandlung beschweren, das gestiegene Selbstbewusstsein der Patienten. Im Jahr 2011 haben sich allein über 11.000 Patienten an diese Stellen gewendet.⁷⁹

Die Ansprüche und Erwartungen an Krankenhäuser und die angebotenen Leistungen wachsen. Dies wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass Patienten in immer größerem Maße einen Teil ihrer Behandlung selbst zahlen müssen. Patienten entscheiden heutzutage soweit möglich oft selbst, in welchem Krankenhaus sie behandelt werden möchten. Durch einen stärker werdenden Wettbewerb zwischen Kliniken hat die Zufriedenheit der Patienten daher eine besonders wichtige Stellung eingenommen, um das Fortbestehen der Klinik zu sichern.⁸⁰

3.3 Patienten(un)zufriedenheit

3.3.1 Definition und Entstehung von Patienten(un)zufriedenheit

Gemäß der Beschwerdedefinition ist Unzufriedenheit der Auslöser für die Äußerung einer Beschwerde. Für den Begriff der Zufriedenheit gibt es mehrere Definitionen und Erklärungsansätze. Das bekannteste und am weitesten verbreitete Modell ist das Modell der Erwartungsdiskrepanz. Demnach ist Zufriedenheit oder Unzufriedenheit das Ergebnis eines Vergleichs der individuellen Erwartungen mit der tatsächlich erfahrenen Leistung und entsteht bei einer Diskrepanz dieser beiden Größen in Form einer spontanen Reaktion. Ein Kunde oder Patient ist zufrieden, wenn seine Ansprüche niedriger waren als die Leistung. Dementsprechend stellt sich Unzufriedenheit ein, wenn die Erwartungen an eine Leistung wesentlich

⁷⁷ Vgl. Applebaum, R. A.; Straker, J. K.; Geron, S. M. (2004), S. 27

⁷⁸ Vgl. Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006), S. 184

⁷⁹ Vgl. Apfel, P. (2012), <http://www.focus.de> (Stand: 27.02.2013)

⁸⁰ Vgl. Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006), S. 184

unterschritten werden.⁸¹ Nicht von Bedeutung ist dabei, ob die Ansprüche eines Kunden bzw. Patienten realistisch waren oder eventuell zu hoch. Es ist nur relevant, ob diese Erwartungen erfüllt werden können.⁸²

Die nachfolgende Abbildung 3 verdeutlicht, durch welche Einflussgrößen die Erwartungen an eine Leistung bestimmt werden und wie sich eine Diskrepanz dieser Erwartungen mit der Erfahrung der Leistung auf die Entstehung von Zufriedenheit, Unzufriedenheit oder Gleichgültigkeit auswirkt. Indifferenz oder Gleichgültigkeit entsteht demnach, wenn die Erwartungen genau der tatsächlichen Leistung entsprechen. Ziel der Klinik sollte demnach sein, die Erwartungen zu übertreffen.



Abb. 3: Entstehung von Zufriedenheit und Unzufriedenheit⁸³

Die Ansprüche von Patienten unterscheiden sich zum Teil sehr stark voneinander. Dies hängt nicht nur mit den jeweils eigenen Erfahrungen und Bedürfnissen zusammen, sondern auch mit der kulturellen und sozialen Herkunft.⁸⁴ Jeder Mensch hat seine eigene individuelle

⁸¹ Vgl. Oliver, R. L. (2010), S. 96f.

⁸² Vgl. Thill, K.-D. (2008), S.115

⁸³ In Anlehnung an: Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 60

⁸⁴ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S. 23

Vorstellung, was Zufriedenheit für ihn persönlich bedeutet. Allgemein werden aber Begriffe wie ‚glücklich sein‘ oder ‚sich wohl fühlen‘ damit in Verbindung gebracht.⁸⁵

Im wirtschaftlichen Sinne ist „Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit die emotionale Reaktion eines Kunden auf eine unternehmerische Leistung.“⁸⁶ Damit ein Unternehmen Kundenzufriedenheit erreichen kann, muss es folglich möglichst seine gesamten Handlungen und Abläufe den Ansprüchen und Wünschen der Kunden anpassen.⁸⁷

Die Einschätzung und Messung der Zufriedenheit von Patienten weist gewisse Besonderheiten auf. Aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen kann es sich unter Umständen sehr schwierig gestalten, Rückmeldungen von Patienten in Bezug auf ihre Zufriedenheit zu erhalten. Zum Beispiel kann für manche Patienten der Zugang zu entsprechenden Formularen oder Bögen durch eingeschränkte Mobilität nicht möglich oder das Ausfüllen erschwert sein. In den letzten Jahren nimmt außerdem die Anzahl der Patienten mit Demenz und anderen Formen kognitiver Störungen zu, was es ebenso erschwert, Feedback von den Patienten zu erhalten.

Ein weiterer Punkt, der bedacht werden muss, ist, dass ein schlechter gesundheitlicher Zustand auch die Beurteilung der Zufriedenheit negativ beeinflusst. Sehr kranke Menschen empfinden daher verstärkt Unzufriedenheit.⁸⁸ Im Zusammenhang damit kann es auch zu einer Problemverschiebung kommen. Patienten empfinden häufig eine generelle Verärgerung über die Tatsache, eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen zu müssen. Wenn sie dann ein Problem wahrnehmen, kann es passieren, dass sich ihre gesammelte Frustration darauf überträgt.⁸⁹

3.3.2 Verhalten (un)zufriedener Patienten

Wenn ein Patient unzufrieden ist, da seine Erwartungen nicht erfüllt werden konnten, ist es in weniger schwerwiegenden Situationen möglich, dass er seine ursprünglichen Ansprüche nachträglich senkt. Ein zunächst negativer Eindruck kann somit im Nachhinein noch verbessert werden. Wenn ein sogenannter psychischer Dissonanzabbau nicht erfolgt, existieren mehrere Handlungsalternativen, die in folgender Abbildung 4 dargestellt werden.⁹⁰

⁸⁵ Vgl. Scharnbacher, K.; Kiefer, G. (2003), S. 5

⁸⁶ ebenda

⁸⁷ Vgl. Hummel, T.; Malorny, C. (2012), S. 19

⁸⁸ Vgl. Applebaum, R. A.; Straker, J. K.; Geron, S. M. (2004), S. 30

⁸⁹ Vgl. Hoefert, H.-W. (2008), S. 178

⁹⁰ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 63

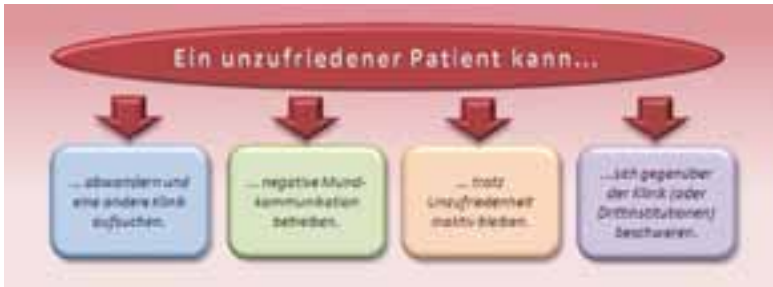


Abb. 4: Handlungsmöglichkeiten unzufriedener Patienten⁹¹

Da eine Auseinandersetzung mit dem Unternehmen von Kunden oft als zu mühsam und aufwendig eingeschätzt wird und sie ihre Erfolgchancen für zu gering halten, wandern viele unzufriedene Kunden sofort ab.⁹² Unzufriedenheit ist demnach die Hauptursache für Kunden, die Beziehung zu dem Unternehmen zu beenden und zu einem Wettbewerber zu wechseln.⁹³

Im Gesundheitswesen ist es im Vergleich zu anderen Dienstleistungsunternehmen jedoch deutlich schwieriger, den Anbieter zu wechseln. Der Anteil der Patienten, die die Einrichtung wechseln, ist wesentlich geringer als in anderen Branchen, wo von ungefähr 50 % der Kunden, die nach einer unzureichenden Reaktion auf eine Beschwerde abwandern, ausgegangen wird. Patienten ziehen einen Wechsel seltener in Betracht und sehen diese Alternative häufig nur als letzte Konsequenz. Gründe dafür sind, dass Patienten in Krankenhäusern individuelle und zum Teil sehr persönliche und intime Leistungen erhalten. Sie empfinden daher oftmals eine besondere Verbindung zu der Klinik verglichen zu Unternehmen anderer Art.⁹⁴

Jeder Patient ist wichtig, da er einen potenziellen Multiplikator für das Unternehmen darstellt.⁹⁵ Wenn der Patient in seinem Verwandten- und Bekanntenkreis über von ihm erlebte Probleme berichtet, wirkt sich dies äußerst negativ auf den Ruf⁹⁶ und folglich auch auf den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses aus.⁹⁷

Studien zufolge wird davon ausgegangen, dass die durch Mund-zu-Mund-Propaganda entstehenden Multiplikatoreffekte sehr weitreichende Folgen haben können. So erzählen zufriedene Kunden im Durchschnitt vier bis acht anderen Personen von ihren Erfahrungen. Unzufriedene

⁹¹ In Anlehnung an: ebenda, S. 64

⁹² Vgl. ebenda

⁹³ Vgl. ebenda, S. 30

⁹⁴ Vgl. Vergnaud, M. (2002), S. 19

⁹⁵ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S.12

⁹⁶ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 64

⁹⁷ Vgl. Pfaff, S.; Dunkhorst, P. (2009), S. 187

Kunden berichten hingegen neun bis sechzehn weiteren Menschen von ihren negativen Erlebnissen. Aufgrund dieses Verhältnisses sollte ein Krankenhaus alles versuchen, um Patientenunzufriedenheit von vorneherein zu vermeiden.⁹⁸ Gerade für Kliniken ist ein guter Ruf von großer Bedeutung. Gesundheitsdienstleistungen als Vertrauensgüter werden häufig aufgrund von Empfehlungen ausgewählt.⁹⁹ In diesem Zusammenhang gewinnen zunehmend auch Bewertungsportale für Kliniken im Internet an Bedeutung, über die Patienten ihre Erfahrungen mit der jeweiligen Klinik veröffentlichen können.¹⁰⁰

Viele Kunden bleiben allerdings auch trotz erfahrener Probleme inaktiv.¹⁰¹ Generell findet im Fall von empfundener Unzufriedenheit ein Abwägen zwischen den Chancen auf Erfolg und dem Aufwand einer Reaktion statt. Zudem spielt die Bedeutung des jeweiligen Vorfalles eine Rolle sowie die Wahrscheinlichkeit, mit der das Problem zukünftig wiederholt auftreten kann.¹⁰² Unterbleibt eine Reaktion von Seiten des Kunden, so kann dies zum Beispiel auf zu hohe Kosten oder einen zu großen Aufwand anderer Handlungsalternativen zurückzuführen sein. Die Loyalität dieser Kunden zum Unternehmen verringert sich jedoch deutlich, was sie bei entsprechenden Angeboten von Wettbewerbern leichter zu einem Wechsel veranlasst.¹⁰³

Unzufriedene Kunden wählen verhältnismäßig selten die Handlungsalternative der Beschwerdeäußerung direkt gegenüber dem betroffenen Unternehmen. Welcher Anteil der unzufriedenen Kunden sich beschwert, ist beispielsweise von der Branche und der jeweiligen Lage der Kunden abhängig.¹⁰⁴ Als Durchschnittswert aller Branchen gilt eine Beschwerdequote¹⁰⁵ von 6 %, was bedeutet, dass je geäußertes Beschwerde mindestens 16 zusätzliche unzufriedene Kunden existieren. Diese betreiben allerdings unter Umständen die bereits dargestellte negative Mund-zu-Mund-Kommunikation, ohne dass das Unternehmen eingreifen und die Beschwerdegründe beseitigen kann.¹⁰⁶ Die Beschwerdequote im Krankenhauswesen ist mit durchschnittlich 4,2 % aus den bereits genannten Gründen sehr gering. In anderen Dienstleistungsbranchen sind Quoten von bis zu 13,9 % möglich.¹⁰⁷

⁹⁸ Vgl. Töpfer, A. (2007), S. 652

⁹⁹ Vgl. Ennker, J.; Pietrowski, D. (2009), S. 168

¹⁰⁰ Vgl. Papenhoff, M.; Platzkoster, C. (2010), S. 6

¹⁰¹ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 65

¹⁰² Vgl. Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006), S. 199

¹⁰³ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 65

¹⁰⁴ Vgl. Töpfer, A. (2006), S. 546

¹⁰⁵ Die Beschwerdequote berechnet sich aus dem Verhältnis der Anzahl der sich beschwerenden Kunden zu der Gesamtzahl der Kunden, vgl. Schneider, W.; Hennig, A. (2008), S. 59

¹⁰⁶ Vgl. Töpfer, A. (2007), S. 653

¹⁰⁷ Vgl. Stauss, B., Beschwerdemanagement als Beitrag zur patientenzentrierten Evaluation – Ziele, Aufgaben und spezifische Probleme, in: Ruprecht, T. (Hrsg.): Experten fragen – Patienten antworten, St. Augustin: 1998, S. 30. Zitiert nach: Haeske-Seeberg, H. (2008), S. 130f.

Die Ziele des Beschwerdemanagements (vgl. Kapitel 2.3) können lediglich erreicht werden, wenn Kunden ihre Beschwerden gegenüber dem Unternehmen vorbringen. Im Fall der anderen Handlungsalternativen ist es für das Unternehmen nicht möglich, rechtzeitig geeignete Maßnahmen zu ergreifen. „Die schlimmste Beschwerde ist [folglich] die gegenüber dem Unternehmen nicht ausgesprochene Beschwerde, da sie dem Unternehmen keine Chance zur Reaktion ermöglicht“.¹⁰⁸

Die Mehrheit der unzufriedenen Kunden beschwert sich aber nicht, weshalb die tatsächlich im Unternehmen dokumentierten Beschwerden als Spitze eines ganzen Bergs bezeichnet werden können. Die Anzahl der dem Unternehmen unbekanntesten Beschwerden kann meist nicht realistisch eingeschätzt werden. Diese nicht vorliegenden Beschwerden können nochmals in zwei Gruppen aufgeteilt werden. Man unterscheidet zum einen nicht geäußerte Beschwerden („unvoiced complaints“) und zum anderen Beschwerden, die zwar artikuliert, aber anschließend nicht dokumentiert wurden („hidden complaints“) (siehe Abbildung 5). Diese Unkenntnis kann dazu führen, dass die Situation in Bezug auf das Beschwerdeaufkommen und folglich die Kundenzufriedenheit falsch beurteilt wird.¹⁰⁹



Abb. 5: Das Eisberg-Phänomen des Beschwerdemanagements¹¹⁰

Denn oft wird von einer niedrigen Beschwerdequote auf eine hohe Kundenzufriedenheit geschlossen, was, wie eben dargestellt, nicht korrekt ist.¹¹¹ Wenige Beschwerden können auch

¹⁰⁸ Töpfer, A. (2006), S. 546

¹⁰⁹ Vgl. Stauss, B; Seidel, W. (2005), S. 91

¹¹⁰ In Anlehnung an: Stauss, B; Seidel, W. (2005), S. 95

¹¹¹ Vgl. Schneider, W.; Hennig, A. (2008), S. 61

auf ein nicht ausreichendes Beschwerdemanagement hindeuten und zum Beispiel Hinweise auf zu wenige oder schwer zugängliche Beschwerdekanäle geben.¹¹² Prinzipiell kann daher davon ausgegangen werden, dass die Schwachstellen eines Unternehmens umso realistischer eingeschätzt werden können, je höher der Anteil der sich beschwerenden unzufriedenen Kunden ist.¹¹³ Es muss demnach eine hohe Beschwerdequote angestrebt werden, da sich dadurch gleichzeitig die Chance auf die Wiederherstellung der Kundenzufriedenheit erhöht.¹¹⁴

Auf den ersten Blick erscheint es widersprüchlich, aber ein Patient, der seine Beschwerde direkt gegenüber der Klinik äußert, gibt der Klinik noch eine Gelegenheit, die Leistung nachzubessern, indem er nicht unmittelbar zur Konkurrenz wechselt.¹¹⁵ Ein Kunde, der sich beschwert, möchte in der Regel auf einen Missstand hinweisen und dessen dauerhafte Veränderung bewirken.¹¹⁶ Kunden erwarten Verständnis und eine schnelle Lösung ihrer Beschwerde sowie Kulanz. Außerdem soll sich die entsprechende Begebenheit nicht mehr wiederholen.¹¹⁷

Ob sich ein unzufriedener Kunde letztlich zu einer Beschwerde entschließt, ist abhängig von mehreren Faktoren. Werden wichtige Ansprüche des Kunden nicht erfüllt und übertrifft die deswegen entstehende Unzufriedenheit eine gewisse individuelle Höhe, so ist das Problem für den Kunden nicht mehr akzeptabel.¹¹⁸ Anschließend erfolgt eine Abwägung des erwarteten Erfolgs einer Beschwerde mit dem damit einhergehenden Aufwand, wie zum Beispiel Porto- und Telefonkosten oder psychische Belastungen. Kunden beschweren sich insbesondere, wenn der wahrgenommene Mangel für sie von wichtiger Bedeutung ist, er offensichtlich ist und ihnen die Ursachen dafür möglichst bekannt sind. Daneben spielen aber auch soziodemographische Daten wie Altersgruppe, Geschlecht, Bildungsstand und Beruf eine Rolle. Außerdem beschweren sich vor allem selbstbewusste Menschen.¹¹⁹

Gründe für nicht geäußerte Beschwerden können auch nicht bekannte oder nicht erreichbare Ansprechpartner sein. Zudem befürchten viele Kunden als Querulanten angesehen zu werden und dass ihre Beschwerde unerwünschte Konsequenzen haben könnte. Auch, wenn sich ein Kunde bereits wegen der gleichen Angelegenheit schon einmal beschwert hat, wird er eher von einer erneuten Beschwerde absehen.¹²⁰

¹¹² Vgl. Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006), S. 199

¹¹³ Vgl. Töpfer, A. (2006), S. 547

¹¹⁴ Vgl. Schmitt, R.; Linder, A. (2012), S.22, Sp. 2

¹¹⁵ Vgl. Kutscher, P. P.; Seßler, H. (2007), S. 105, Sp. 2

¹¹⁶ Vgl. Niefind, F.; Wiegran, A. (2010), S. 24

¹¹⁷ Vgl. ebenda, S. 59

¹¹⁸ Vgl. Töpfer, A. (2006), S. 543

¹¹⁹ Vgl. Schneider, W.; Hennig, A. (2008), S. 61

¹²⁰ Vgl. Pfaff, S.; Dunkhorst, P. (2009), S. 186

Die Größen Kundenzufriedenheit und -loyalität sind von überaus großer Bedeutung für ein Unternehmen und beeinflussen auch wesentlich den Gewinn. Insbesondere ein effektives Beschwerdemanagement kann zur Erreichung dieser Faktoren beitragen.¹²¹ In diesem Zusammenhang ist auch besonders wichtig, dass die Neugewinnung von Kunden sechsmal so teuer ist wie das Halten von existierenden Kunden. Das ist dadurch zu erklären, dass nach einiger Zeit die Kosten für Marketing und Vertrieb bei bestehenden Kunden sinken. Zudem wird der Bedarf an Informationen von Seiten der Kunden geringer.¹²²

Aus den vorangegangenen Ausführungen geht hervor, dass Unternehmen kontinuierlich das Entstehen von Kundenunzufriedenheit verhindern sollten bzw. entsprechend darauf reagieren und Änderungen einführen müssen, da sonst nicht einschätzbare Risiken drohen. Ziel sollte immer die Kundenorientierung sein und damit zufriedene oder im Optimalfall sehr zufriedene und begeisterte Kunden. Die Zufriedenheit von Kunden ist mit mehreren positiven Wirkungen verbunden. Diese Kunden sind von den Leistungen des Unternehmens überzeugt und werben von sich aus dafür.¹²³ Die persönlichen Empfehlungen an Bekannte und Verwandte sind oft effektiver als aufwendige professionelle Werbung. Sie gelten daher als sehr gute Werbeträger für das Unternehmen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass sehr zufriedene Kunden die Leistungen des Unternehmens erneut in Anspruch nehmen, ist dreimal so groß als bei lediglich zufriedenen Kunden. Die Wiederverkaufsrate ist somit abhängig von der Zufriedenheit der Kunden, was bedeutet, dass der Umsatz steigt je zufriedener die Kunden sind.¹²⁴

3.3.3 Beschwerde(un)zufriedenheit

Ein Patient, der sich beschwert, hat gewisse Erwartungen an die Reaktion der Klinik auf sein Anliegen. In Anlehnung an Kapitel 3.3.1, die Entstehung von Patienten(un)zufriedenheit, tritt abhängig vom Grad der Erfüllung dieser Erwartungen entweder Beschwerdezufriedenheit, -unzufriedenheit oder Gleichgültigkeit ein.¹²⁵ Beschwerdezufriedenheit stellt demnach das „Maß für die Erfüllung der Beschwerdeerwartungen“¹²⁶ dar.

¹²¹ Vgl. Haas, B.; von Troschke, B. (2007), S. 14

¹²² Vgl. Hummel, T.; Malorny, C. (2012), S. 19f.

¹²³ Vgl. Töpfer, A. (2007), S. 653

¹²⁴ Vgl. Hummel, T.; Malorny, C. (2012), S. 19f.

¹²⁵ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 71

¹²⁶ Börkircher, H. (2004), S. 108

Mehrere Faktoren beeinflussen die Entstehung von Beschwerdezufriedenheit bei einem Patienten.¹²⁷ Es ist empirisch bewiesen, dass es insbesondere darauf ankommt, wie rasch, unkompliziert und angemessen die Beschwerden bearbeitet werden.¹²⁸ Untersuchungen zufolge, verzichten 95 % der unzufriedenen Kunden auf einen Unternehmenswechsel, wenn ihre Beschwerde nach spätestens fünf Tagen bearbeitet und behoben wird.¹²⁹ Aber auch der Einfluss von Freundlichkeit, Zuverlässigkeit und Verständnis, das einem Beschwerdeführer entgegengebracht wird, ist von Bedeutung. Beschwerdezufriedenheit ist somit von der Wahrnehmung der gesamten Situation abhängig¹³⁰ und der Patient sollte sowohl auf der sachlichen als auch auf der menschlichen und Gefühlsebene mit dem Umgang mit seiner Beschwerde zufrieden sein.¹³¹

Beschwerdezufriedenheit hat auch Auswirkungen auf die Multiplikatorwirkung eines Patienten. Diese kann bei einem Patienten, der das Gefühl hat, dass seine Beschwerde ernst genommen und sein Problem gelöst wurde, sogar höher sein, als bei einem anderen Patienten, der keine Beschwerde geäußert hat und von vorneherein zufrieden war.¹³² Die Gesamtzufriedenheit dieser Patienten ist demnach sogar höher als die Zufriedenheit von Patienten, die keine Beschwerde hatten. Diese Erkenntnis wird als „recovery paradox“ bezeichnet¹³³ und kommt auch in dem folgenden Zitat zum Ausdruck:

„Typically customers whose complaints have been handled well rate their overall satisfaction and propensity to recommend the organization as 4 per cent higher than those who did not have a problem at all.“¹³⁴

Beschwerdemanagement kann also in großem Maße dazu beitragen, durch Beschwerdezufriedenheit wieder Patientenzufriedenheit zu erreichen, wodurch negative Konsequenzen von Unzufriedenheit für die Klinik vermieden oder reduziert werden können. Dieser Zusammenhang wird auch durch eine Studie des Picker Instituts belegt. Allerdings sind im Krankenhauswesen nur 24,6 % der Beschwerdeführer völlig zufrieden in Bezug auf die Bearbeitung ihrer Beschwerde.¹³⁵

¹²⁷ Vgl. ebenda, S. 116

¹²⁸ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 80

¹²⁹ Vgl. Hummel, T.; Malorny, C. (2012), S. 20

¹³⁰ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 72f.

¹³¹ Vgl. Kutscher, P. P.; Seßler, H. (2007), S. 106, Sp. 1

¹³² Vgl. Thill, K.-D. (2008), S. 115

¹³³ Vgl. Smith, A. K.; Bolton, R. N. (1998), S. 65ff.

¹³⁴ Cook, S. (2012), S. 15

¹³⁵ Vgl. Riechmann, M.; Günther, W.; Blättner, B. (2008), S. 71ff.

4. Ausgangssituation des Beschwerdemanagements am Beispiel einer Kliniken GmbH

4.1 Vorbemerkung zum derzeitigen Beschwerdemanagementprozess

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln die wesentlichen theoretischen Grundlagen des Beschwerdemanagements erarbeitet wurden, sollen diese Kenntnisse im Folgenden auf das Beschwerdemanagement einer Kliniken GmbH angewendet werden.

Zu der betrachteten Kliniken GmbH gehören drei Krankenhäuser an verschiedenen Standorten. Der größte der Standorte ist ein Haus der Zentralversorgung mit 650 Planbetten. Für die Bearbeitung der Beschwerden aller Klinikstandorte ist die zentrale Stelle „Marketing und Öffentlichkeitsarbeit“ an diesem Standort zuständig. Dabei handelt es sich um eine Stabstelle, die bei der Geschäftsführung angesiedelt und durch einen Mitarbeiter besetzt ist. Im Jahr 2010 wurde in Zusammenarbeit der Stabstellen Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement ein Konzept „Allgemeines Beschwerdemanagement“ (siehe Anlage 2) entwickelt, welches wesentliche Grundlagen des internen Beschwerdemanagementprozesses schriftlich regelt.¹³⁶

Der gesamte derzeitige Beschwerdemanagementprozess wird auf Grundlage der folgenden Ausführungen der Kapitel 4.2 und 4.3 in Anlage 3 bildlich dargestellt und veranschaulicht. Die Prozessdarstellung macht deutlich, dass sich Beschwerden auf vielfältige Art voneinander unterscheiden können, was es erschwert, einen grundsätzlich gültigen einheitlichen und standardisierten Bearbeitungsprozess zu definieren.

Nachfolgend soll zunächst die Ausgangslage in Bezug auf die Abläufe und Tätigkeiten im Rahmen des direkten und anschließend des indirekten Beschwerdemanagementprozesses dargestellt werden.¹³⁷

¹³⁶ Die Aussagen aus dem Konzept „Allgemeines Beschwerdemanagement“ werden derzeit nicht vollständig in die Praxis umgesetzt. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich daher insbesondere auf Gespräche mit Mitarbeitern, weitere unternehmensinterne Unterlagen sowie Beobachtungen.

¹³⁷ In Anlehnung an: Abteilungsleitung Qualitätsmanagement. (2013), persönliches Gespräch am 01.02.2013; Verwaltungsleitung (2013), telefonisches Gespräch am 19.02.2013; Leitung Marketing und Öffentlichkeitsarbeit (2013), persönliches Gespräch am 13.03.2013

4.2 Direkter Beschwerdemanagementprozess

4.2.1 Beschwerdestimulierung

Grundsätzlich existieren für die Patienten und deren Angehörige sowie Besucher mehrere verschiedene Beschwerdekanaäle, über die sie ihre Unzufriedenheit und erfahrene Probleme mitteilen können.

Der wohl am häufigsten genutzte Beschwerdeweg ist die direkte mündliche Ansprache eines Mitarbeiters, zum Beispiel einer Pflegekraft auf der Station. Beschwerden können aber ebenso schriftlich erfolgen. Hauptsächlich steht dafür das Formular „Sagen Sie uns Ihre Meinung“ (siehe Anlage 4) den Beschwerdeführern zur Verfügung. Die Bögen liegen im Empfangsbereich aller drei Standorte frei zugänglich und zusammen mit anderen Unterlagen und Informationsmaterialien aus. Auf diesen Formularen können sowohl Beschwerden und Anregungen als auch Lob festgehalten werden.

Eine weitere Möglichkeit stellt die direkte Kontaktaufnahme zum Leiter der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit dar. Patienten können sich entweder schriftlich bzw. elektronisch per Brief, Fax und E-Mail oder telefonisch an ihn wenden. Die entsprechenden Kontaktdaten werden auf den Formularen bekannt gegeben und sind auf der Homepage der Kliniken zu finden.

An den beiden kleineren Standorten werden zusätzlich kontinuierlich Patientenzufriedenheitsbefragungen zur Gesamtzufriedenheit der Patienten durchgeführt. Die entsprechenden Fragebögen werden bei der Aufnahme des Patienten ausgegeben und bieten auch die Möglichkeit zur Äußerung von weiteren Anliegen oder Kritik in Form von Freitext. Im Gegensatz zur Äußerung einer Beschwerde auf dem Beschwerdeformular, erfolgt das Ausfüllen des Patientenzufriedenheitsfragebogens allerdings nicht auf Initiative des Patienten, sondern der Klinik. Die auf diesem Weg geäußerten Anmerkungen werden gesondert bearbeitet und nicht im Rahmen des Beschwerdemanagementprozesses berücksichtigt.

4.2.2 Beschwerdeannahme

Prinzipiell kann jeder Mitarbeiter der Kliniken eine Beschwerde entgegennehmen. Handelt es sich dabei um mündliche Beschwerden, die zum Beispiel direkt auf der Station geäußert werden, wird versucht, umgehend auf das Problem einzugehen und eine Lösung zu finden. Sofern dies möglich ist, findet in den meisten Fällen keine systematische Erfassung, Dokumentation und Weiterleitung der Beschwerden statt.

Schwerwiegende mündliche oder telefonische Beschwerden, deren Ursachen nicht umgehend behoben werden können, werden schriftlich festgehalten und an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit weitergeleitet. Der Leiter des Bereichs nimmt alle Arten von Beschwerden, aber auch positive Rückmeldungen wie Lob entgegen. Auch Beschwerden, die direkt an die Geschäftsfüh-

rung oder den Landrat¹³⁸ gerichtet sind, werden zunächst an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit weitergegeben.

Der ausgefüllte Bogen „Sagen Sie uns Ihre Meinung“ kann entweder direkt an einen Mitarbeiter gegeben werden oder, falls gewünscht, auch anonym in den im Empfangsbereich der Kliniken aufgestellten „Beschwerde-Briefkasten“ geworfen werden. Die von Mitarbeitern angenommenen Formulare werden per Hauspost an den Bereich Öffentlichkeitsarbeit weitergeleitet. Der Beschwerde-Briefkasten wird zweimal wöchentlich geleert und der Inhalt ebenfalls dorthin weitergegeben.

Der Leiter der Stabstelle entscheidet jeweils individuell, in welchen Fällen eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer erforderlich ist. Hierzu existieren keine objektiven Kriterien, die Entscheidung wird fallabhängig getroffen. Gegebenenfalls wird eine Eingangsbestätigung (siehe Anlage 5) an den Beschwerdeführer versendet, wenn absehbar ist, dass die Klärung des Sachverhaltes zeitintensiv sein wird. Dies sollte laut Beschwerdemanagement-Konzept innerhalb einer Woche geschehen.¹³⁹

In den letzten Jahren hat sich die Beschwerdeerfassung der Kliniken geändert. Im Jahr 2011 wurden erhaltene Beschwerden mithilfe eines Beschwerdeerfassungsbogens, welcher durch das Qualitätsmanagement in Zusammenarbeit mit der Öffentlichkeitsarbeit entwickelt wurde, erfasst und anschließend in elektronisch lesbare Form übertragen. Auf Beschluss des obersten Leitungsgremiums¹⁴⁰ wurde diese Maßnahme jedoch eingestellt, da sie als zu aufwendig und zeitintensiv eingeschätzt wurde.

Zeitweise wurden im Jahr 2011 zudem die eingehenden Formulare eingescannt und in entsprechenden Ordnern auf dem PC archiviert. Diese Maßnahme wurde allerdings ebenso aus gleichem Grund abgeschafft. Aktuell erfolgt daher keine EDV-basierte Erfassung der Beschwerdemeldungen mehr.

4.2.3 Beschwerdebearbeitung

Der Leiter der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit legt derzeit je nach subjektiv empfundener Fallschwere fest, ob und ggf., welche weiteren Schritte eingeleitet werden sollen. Wird eine Beschwerde als besonders schwerwiegend eingestuft, wird die Geschäftsführung davon in Kenntnis gesetzt. Objektive Kriterien für diese Entscheidung sind auch hier nicht definiert bzw.

¹³⁸ Vgl. o.V. (o.J.c), Homepage der Kliniken GmbH (Stand: 16.03.2013)

¹³⁹ Vgl. o.V. (2010), Konzept Allgemeines Beschwerdemanagement der Kliniken GmbH (Stand: 11.02.2013), S. 4, siehe Anlage 2

¹⁴⁰ Mitglieder des obersten Leitungsgremiums sind die Geschäftsführung sowie mehrere Führungskräfte aus verschiedenen Bereichen der Kliniken GmbH

nicht transparent und den Mitarbeitern nicht bekannt. Die Geschäftsführung kann entweder direkt durch die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit oder im Rahmen von Sitzungen des obersten Leitungsgremiums informiert werden. Im Falle von Beschwerden, die sich konkret und namentlich auf Mitarbeiter beziehen, wird in der Regel ein Gespräch mit den betroffenen Mitarbeitern gesucht und gegebenenfalls eine Stellungnahme zu den Vorfällen angefordert. Im Beschwerdemanagement-Konzept ist für die Abgabe einer Stellungnahme ein Richtwert von sieben Tagen genannt.¹⁴¹

Falls aufgrund einer Beschwerde die Umsetzung einer Maßnahme notwendig und durchführbar ist, wird diese in der Regel eingeleitet. Im Anschluss notiert der Leiter der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit anhand eines festgelegten Verteilerschlüssels sowohl auf den Beschwerden als auch auf positiven Rückmeldungen, welche Mitarbeiter von der entsprechenden Mitteilung in Kenntnis gesetzt werden müssen. So soll beispielsweise eine Beschwerde über die Verpflegung unter anderem an den Leiter der Krankenhausküche weitergeleitet werden.

Die Beschwerdemeldungsformulare werden schließlich an das Qualitätsmanagement weitergegeben. Dort wird die benötigte Anzahl an Kopien angefertigt, welche anhand des angegebenen Verteilerschlüssels per Hauspost an die verantwortlichen Mitarbeiter versendet werden. Die Beschwerdebearbeitung ist damit abgeschlossen und der Originalbogen wird in Ordnern jahresweise sortiert abgelegt und archiviert. Beschwerden und Lob werden getrennt abgeheftet. Werden innerhalb einer Rückmeldung sowohl negative als auch positive Aspekte angesprochen, wird der Bogen unter der Kategorie Lob abgelegt. Ein Richtwert für die maximale Bearbeitungszeit der Beschwerden ist nicht festgelegt.

4.2.4 Beschwerdereaktion

Generell soll nach Vorgabe der Geschäftsführung jeder Beschwerdeführer, der seine Kontaktdaten angegeben hat, eine Reaktion auf sein Anliegen erhalten. In der Regel erfolgt dies in Form eines Antwortschreibens. Häufig fehlen allerdings die Kontaktdaten, was eine Kommunikation mit dem Beschwerdeführer nicht ermöglicht.

In dem Schreiben erfolgt zunächst prinzipiell ein Dank für die eingegangene Rückmeldung. Anschließend werden eine Zusammenfassung der Beschwerde sowie gegebenenfalls eine Erläuterung der aufgetretenen Unannehmlichkeiten gegeben. In manchen Fällen kann auch eine Darstellung der Vorkommnisse aus Sicht der betroffenen Mitarbeiter erfolgen. Zudem kann ein Hinweis darauf gegeben werden, dass die Informationen an die zuständigen Stellen im Klinikum weitergeleitet wurden oder unter Umständen bereits Maßnahmen umgesetzt bzw. für

¹⁴¹ Vgl. o.V. (2010), Konzept Allgemeines Beschwerdemanagement der Kliniken GmbH (Stand: 11.02.2013), S. 4, siehe Anlage 2

die Zukunft geplant sind. Letztlich enthält das Antwortschreiben im Fall einer Beschwerde eine Entschuldigung für entstandene Probleme (siehe Anlage 6). Teilweise wird zu positivem Feedback ebenso ein Antwortschreiben verfasst. Es wird versucht, die Schreiben so individuell wie möglich zu gestalten und auf das Anliegen des Beschwerdeführers ausreichend einzugehen. Dennoch werden gewisse Textbausteine verwendet, was insbesondere bei häufig vorkommenden Beschwerdegründen der Fall ist.

Im Fall von sehr komplexen oder gravierenden Beschwerden, erfolgt zum Teil eine persönliche Kontaktaufnahme zu dem Beschwerdeführer. Dies ist entweder telefonisch oder gegebenenfalls auch in Form einer Einladung zu einem persönlichen Gespräch möglich, um den Sachverhalt zu klären.

4.3 Indirekter Beschwerdemanagementprozess

Nachdem in Kapitel 4.2 die einzelnen Phasen des direkten Beschwerdemanagementprozesses am Beispiel einer Kliniken GmbH betrachtet wurden, sollen im Folgenden die Tätigkeiten im Rahmen des indirekten Prozesses beschrieben werden.

4.3.1 Beschwerdeauswertung

Im Jahr 2011 wurden die Formulare „Sagen Sie uns Ihre Meinung“ des zweiten Halbjahres bezüglich ihrer Inhalte sowie der betroffenen Abteilungen ausgewertet. Mithilfe des zu diesem Zeitpunkt verwendeten Beschwerdeerfassungsbogens wurden sowohl Beschwerden als auch Anregungen und Lob erfasst und anschließend mithilfe der Software „EvaSys“ ausgewertet. Die im Jahr 2011 erfolgten Auswertungen stellen sich recht unübersichtlich und nur beschränkt aussagekräftig dar. Die Auswertung erfolgte anhand einer Vielzahl von Kriterien und Kategorien, die lediglich aufgrund von Annahmen festgelegt wurden. Zudem wurden positive Rückmeldungen und Beschwerden gleichermaßen innerhalb einer Auswertung erfasst, was die Ergebnisse nur schwer nachvollziehbar macht. Diese Art der Beschwerdeauswertung wurde ebenso wie die Erfassung mithilfe des Bogens abgeschafft. Aktuell erfolgt daher keine systematische Auswertung der eingehenden Beschwerdemeldungen.

Unabhängig von einer Auswertung der Meinungsformulare erfolgt eine regelmäßige Auswertung der Patientenzufriedenheitsbefragungen der beiden kleineren Standorte. Die Ergebnisse werden monatlich im Intranet der Kliniken veröffentlicht. Die zum Teil auf den Fragebögen in Freitext festgehaltenen zusätzlichen Rückmeldungen und Beschwerden werden dabei allerdings lediglich zusammengefasst und gemeinsam aufgeführt. Eine Auswertung in Bezug auf die Inhalte dieser Bemerkungen findet demzufolge nicht statt. Am größten Standort finden lediglich Patientenbefragungen der einzelnen Bereiche und Zentren statt, jedoch nicht zur Gesamtzufriedenheit aller Patienten. Die Ergebnisse dieser Befragungen werden nicht veröffentlicht.

4.3.2 Beschwerdemanagement-Controlling, Beschwerdereporting und -informationsnutzung

Die bisher unzureichende systematische Beschwerdeauswertung bewirkt, dass weder ein Beschwerdemanagement-Controlling noch ein Beschwerdereporting oder eine strukturierte Beschwerdeinformationsnutzung derzeit betrieben werden.

Im Jahr 2011 erfolgte eine Weiterleitung der Auswertungsergebnisse an die Geschäftsführung. Allerdings resultierten daraus bislang keine weiteren erkennbaren Schritte.

Derzeit erfolgt nach der Ablage und Archivierung der Beschwerdeformulare im Qualitätsmanagement keine ausreichende Rückmeldung zu eventuell aufgrund der Beschwerden durchgeführten Maßnahmen und deren Erfolg. Es ist somit kein Maßnahmenmanagement etabliert, anhand dessen ersichtlich wird, ob und wenn ja, welche Änderungen und Verbesserungen aus den Beschwerden resultieren. Entwicklungen und Veränderungen aufgrund von Beschwerden können somit nicht in erforderlichem Maße nachvollzogen werden.

5. Ausarbeitung ausgewählter Optimierungsansätze für den Beschwerdemanagementprozess

In dem vorangehenden Kapitel 4 wurde die Ausgangslage in Bezug auf das Beschwerdemanagement beschrieben und analysiert. Nachfolgend sollen auf dieser Grundlage mehrere geeignete Maßnahmen hinsichtlich erkennbarer Schwachstellen in Form eines Konzepts entwickelt werden. Diese sollen zukünftig zu einer optimierten Gestaltung des Beschwerdemanagementprozesses beitragen.

Anlage 7 soll im Vergleich zur Darstellung der Ausgangslage aus Anlage 3 die Sollkonzeption des Beschwerdemanagementprozesses veranschaulichen. Alle Änderungen, die sich aufgrund nachfolgend angeführter Optimierungsmaßnahmen ergeben, sind rot markiert. Da sich der gesamte Prozess verhältnismäßig komplex darstellt, ist es unbedingt notwendig, die Abläufe ausreichend zu kommunizieren und transparent zu machen.

5.1 Übersicht über mögliche Optimierungsmaßnahmen

Die folgende Tabelle 3 gibt zunächst einen Überblick über die erarbeiteten Verbesserungsmöglichkeiten des Beschwerdemanagementprozesses.

Zukunft orientiert und langfristig		
Sofortmaßnahmen	kurzfristige Maßnahmen	Mittelfristige Maßnahmen und strategische Entscheidungen
sofort	1 bis max. 12 Monate	über 12 Monate
Direkter Beschwerdemanagementprozess		
<ul style="list-style-type: none"> a) Individuelle Beschwerdefunktion und Festlegung von Kriterien für Handlungsbedarf b) Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Erweiterung der Beschwerdestruktur 2) Angebot von Schulungen für Mitarbeiter 3) Überarbeitung der Meldungsform 4) Dokumentieren mündlicher Beschwerden 5) Separate Bearbeitung von Laits und Beschwerden 6) Entlasten der Beschwerdeführer aus Patienten zu telefonischen Befragungen in zentralem Beschwerdemanagement 7) IT-Unterstützung des Beschwerdemanagements <ul style="list-style-type: none"> - Elektronische Beschwerdefassung und -bearbeitung - Elektronische Weiterleitung der Beschwerden - Etablierung einer Maßnahmenmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> 8) Festlegung einer maximalen Bearbeitungszeit und verbesser Qualitätskriterien 9) Schaffung des Personalpotentials für das Beschwerdemanagement 10) Etablierung einer Fehlerkultur
Indirekter Beschwerdemanagementprozess		
<ul style="list-style-type: none"> a) Durchführung einer aktuellen Beschwerdebewertung 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Etablierung einer regelmäßigen Beschwerdebewertung 	<ul style="list-style-type: none"> 2) Einführung eines strukturierten Beschwerdemanagements Controlling, Beschwerdebewertungs und einer Beschwerdeforschungsstrategie

Tab. 3: Übersicht über geeignete Optimierungsmaßnahmen¹⁴²

¹⁴² Eigene Darstellung

Die Optimierungsansätze wurden nach ihrer Umsetzbarkeit bewertet. Maßnahmen, die unmittelbar im Rahmen dieser Arbeit umgesetzt werden können, sind unter „Sofortmaßnahmen“ dargestellt. Maßnahmen, deren Bearbeitung zeitnah beginnen sollte und deren Umsetzung wichtig und dringend ist, sind unter „Kurzfristige Maßnahmen“ ersichtlich. Die Umsetzung dieser Maßnahmen sollte in einem Zeitraum von bis zu einem Jahr möglich sein. Maßnahmen, die hingegen erst im Anschluss an die Umsetzung der kurzfristigen Maßnahmen konkret geplant werden können sowie Entwicklungen, die strategisch ausgerichtet sein müssen, sind schließlich als „Mittelfristige Maßnahmen und strategische Entwicklungen“ aufgeführt.

Auf die einzelnen Optimierungsansätze wird in den folgenden Abschnitten detailliert eingegangen. Dabei werden zunächst die Ansätze in Bezug auf den direkten Beschwerdemanagementprozess ausgeführt.

5.2 Maßnahmen im Rahmen des direkten Beschwerdemanagementprozesses

5.2.1 Sofortmaßnahmen

a) Individuelle Beschwerdedefinition und Festlegung von Kriterien für Handlungsbedarf

Bisher erfolgt die Einstufung einer Patientenrückmeldung als Beschwerde individuell und eher subjektiv. Es sind keine ausreichend nachvollziehbaren Kriterien festgelegt, anhand derer entschieden werden kann, welche Reaktionen als Beschwerden gelten sollen und somit im Rahmen des Beschwerdemanagements bearbeitet werden müssen.

Anhand der dem Qualitätsmanagement schriftlich vorliegenden Patienten-, Angehörigen- sowie Besucherrückmeldungen sollen im Folgenden typische Schlüsselbegriffe von Beschwerden identifiziert und zusammengestellt werden. Zu diesem Zweck werden die Rückmeldungen von Juli 2012 bis Februar 2013 verwendet.

Die in Abbildung 6 aufgeführten Begriffe und Formulierungen sollen dazu dienen, Patientenreaktionen zukünftig leichter und eindeutiger als Beschwerden identifizieren zu können. Auf Rückmeldungen, die derartige Aussagen enthalten, sollte somit reagiert und nach dem definierten Ablaufprozess vorgegangen werden.

Auch wenn sich Beschwerden auf eine gefährdete Sicherheit der Patienten beziehen oder eine zivil- und strafrechtliche Relevanz haben, muss zeitnah eingegriffen werden. Eine Reaktion auf derartig gravierende Beschwerden, die auf eine mögliche Eskalation der Situation hindeuten, sollte so rasch wie möglich erfolgen, um Konsequenzen wie Abwanderung der Patienten, negative Mund-zu-Mund-Propaganda, Pressemeldungen oder Gerichtsverhandlungen zu vermeiden. Zudem muss die Geschäftsführung von solchen Vorkommnissen informiert werden und gegebenenfalls selbst Maßnahmen einleiten und sich mit den Beschwerdeführern in Verbindung setzen.

Die festgelegten Kriterien müssen allen Mitarbeitern bekannt sein, damit jeder Beschäftigte Patientenreaktionen dementsprechend richtig einschätzen und darauf reagieren kann. Zu diesem Zweck können die Kriterien beispielsweise im Intranet der Kliniken veröffentlicht und im Rahmen zukünftig angebotener Schulungen (siehe Kapitel 5.2.2) vorgestellt werden. In derartigen Schulungen oder Workshops sollte die interne Beschwerdedefinition überprüft, diskutiert und erweitert werden.

b) Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten

Die Verantwortungsbereiche für die einzelnen Tätigkeiten im Rahmen des Beschwerdemanagementprozesses sind bisher nicht ausreichend dokumentiert. Die nachfolgende Tabelle 4 stellt die am Prozess beteiligten Mitarbeiter und Bereiche sowie die jeweiligen Aufgaben dar.

Die Tabelle veranschaulicht, dass am Beschwerdemanagementprozess mehrere verschiedene Bereiche beteiligt sind, was zur Entstehung von Schnittstellen führt. Insbesondere die Tätigkeiten, die mit einer Weiterleitung an einen anderen Bereich verbunden sind, können zu Verzögerungen im Prozessablauf führen. Es kann passieren, dass ein Mitarbeiter, der eine Beschwerde entgegengenommen hat, diese nicht oder verspätet an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit weitergibt. Des Weiteren kann eine verspätete Weiterleitung der Beschwerdemeldungen an das Qualitätsmanagement entsprechend eine zeitnahe Information der betroffenen Mitarbeiter verhindern.

Im Rahmen einer Optimierung des Beschwerdemanagements ist es folglich besonders wichtig, darauf zu achten, dass es im Prozessablauf nicht zu Verzögerungen kommt. Dazu beitragen kann die Festlegung maximaler Bearbeitungsdauern (siehe Kapitel 5.2.3).

Nach erfolgreicher Umsetzung nachfolgender Optimierungsansätze muss die Darstellung der Zuständigkeitsbereiche aus Tabelle 4 entsprechend überarbeitet und angepasst werden.

Tätigkeit	Zuständigkeit		
	Jeder Mitarbeiter	Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit	Qualitätsmanagement
Entgegennahme/ Aufnahme von Beschwerde	x	x	
Ggf. Dokumentation und Weiterleitung an Öffentlichkeitsarbeit	x		
Beschwerdebearbeitung	(x)	x	
Beschwerdereaktion	(x)	x	
Angabe von Vertieferschlüssel		x	
Weiterleitung an Qualitätsmanagement		x	
Anfertigen von Kopien			x
Versenden der Kopien an verantwortliche Mitarbeiter			x
Ablage der Originale			x

x = zuständiger Bereich

(x) = zuständiger Bereich im Fall einer Beschwerde, auf die sofort reagiert werden kann

Tab. 4: Darstellung der Zuständigkeitsbereiche des Beschwerdemanagementprozesses¹⁴⁵

¹⁴⁵ Eigene Darstellung

5.2.2 Kurzfristige Maßnahmen

c) Erweiterung der Beschwerdestimulierung

Bisher findet eine Beschwerdestimulierung in den Kliniken eingeschränkt statt. Es existieren die bereits genannten Formulare „Sagen Sie uns Ihre Meinung“. Diese sind lediglich in den Empfangsbereichen der Krankenhäuser ausgelegt.

Demzufolge sollte die Beschwerdestimulierung ausgeweitet werden, um dadurch den Rücklauf an Beschwerden zu erhöhen. Dazu könnten zunächst die Meinungsformulare bekannter gemacht werden. Sie sollten nicht nur ausgelegt werden, sondern es müsste auch aktiv gegenüber den Patienten und Angehörigen darauf hingewiesen werden, zum Beispiel durch das Personal der Patientenaufnahme.

Eine weitere Möglichkeit stellt die Ausgabe der Formulare dar, zum Beispiel bei der Aufnahme zusammen mit anderen notwendigen Unterlagen. Die Formulare sollten auch auf den Stationen vorrätig und gut sichtbar zugänglich sein, beispielsweise an den jeweiligen Stationsstützpunkten. Auf diese Weise können auch Angehörige oder Besucher sowie Patienten, die die Station nicht verlassen können, die Formulare erhalten. Im Fall von Aufnahmen als Notfall müssten die Patienten oder Angehörigen im Nachhinein auf die Beschwerdemöglichkeiten aufmerksam gemacht werden.

Ein Beschwerdebriefkasten ist jeweils nur im Empfangsbereich der Kliniken platziert. Um die Erreichbarkeit des Briefkastens für Patienten zu gewährleisten und zu verbessern, sollte die Anzahl der Briefkästen erhöht werden. Es könnte beispielsweise in jedem Bettenbau ein Briefkasten aufgehängt werden. Allerdings muss dann auch die regelmäßige Leerung sicher gestellt sein. Um die Sichtbarkeit der Beschwerdebriefkästen zu verbessern, könnten darüber jeweils Plakate mit Hinweisen zur Möglichkeit einer Beschwerdeäußerung angebracht werden. Einen Entwurf eines solchen Plakats stellt Anlage 8 dar.

In diesem Zusammenhang sollte auch die Regelung zu der Leerung der Beschwerdebriefkästen der Kliniken überarbeitet werden. Eine lediglich zweimal wöchentliche Leerung erscheint zu selten, insbesondere, wenn es sich um dringende Anliegen handelt, die raschen Handlungsbedarf erfordern. Der Briefkasten müsste nach Möglichkeit täglich geleert werden, um zu verhindern, dass Formulare verzögert weitergeleitet und bearbeitet werden.

Zu einer höheren Anzahl an Rückmeldungen könnte auch die Erstellung eines Flyers für das Beschwerdemanagement beitragen. Darin könnten alle Kontaktdaten sowie Regelungen und Abläufe, die für potenzielle Beschwerdeführer von Interesse sind, zusammengefasst werden. Auf den Flyer sollte dann ebenso wie auf die Formulare aufmerksam gemacht werden. Es ist auch denkbar, derartige Flyer auf den Stationen oder in den Patientenzimmern auszulegen.

Im Rahmen einer verstärkten Beschwerdestimulierung müssten die Kontaktdaten der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit zusätzlich zu den Angaben auf den Meinungsformularen auch an weiteren Stellen zu finden sein. Auf der Homepage der Kliniken GmbH sind die Kontaktdaten der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit zwar angegeben, allerdings nur vergleichsweise schwer zu finden unter „Infothek“, „Kontakt“ und „Impressum“ (siehe Anlage 9). Ein Patient, der sich beschweren möchte, wird erst suchen müssen, um die entsprechenden Links zu finden. Zudem wird der Inhaber der Stabstelle auf der Homepage mit der Bezeichnung „Leiter Kommunikation“ vorgestellt. Für Patienten ist damit nicht sofort ersichtlich, ob es sich dabei um den richtigen Ansprechpartner für Beschwerden handelt. Die Kontaktdaten sollten auf der Homepage schneller und unter eindeutigeren Bezeichnungen zu finden sein. Zum Beispiel könnten Begriffe wie „Ihre Meinung“, „Lob und Kritik“ oder ähnliche Formulierungen gewählt werden. Der Link sollte sich am besten direkt auf der Hauptseite befinden und auch über die Suchfunktion der Website erreichbar sein. Des Weiteren sollte der Leiter der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit mit einer Zusatzbezeichnung wie „Ansprechpartner für Lob und Beschwerden“ oder „Beschwerdemanagement“ dargestellt werden.

Als weitere Optimierungsmaßnahme könnte ein neuer Beschwerdekanaal auf elektronischem Weg eingerichtet werden. Auf der Homepage findet sich ein zentrales Kontaktformular, womit eine beliebige Nachricht versendet werden kann. Dieses Formular ist unter den Punkten „Infothek“ und „Kontakt“ zu finden. Das Kontaktformular könnte soweit angepasst und verändert werden, dass es zudem eindeutig als Beschwerdeformular genutzt werden könnte. Eine Vielzahl anderer Kliniken bietet derartige elektronische Beschwerdemöglichkeiten an (siehe Anlage 10/1 bis 10/3). Die Einrichtung der Homepages dieser anderen Krankenhäuser kann Ansatzpunkte bieten und als Orientierung dienen. Bisher kann eine Nachricht mithilfe des elektronischen Kontaktformulars nur mit vollständig angegebenen Kontaktdaten erfolgen. Patienten und Angehörige, die sich gerne anonym beschweren möchten, werden dadurch an einer Beschwerdeäußerung gehindert. Es sollte daher die Möglichkeit geschaffen werden, Nachrichten auch ohne Angabe von Kontaktdaten abzuschicken.

In diesem Zusammenhang ist es auch sinnvoll, dem Beschwerdeführer die Möglichkeit zu geben, auszuwählen, ob er eine Rückmeldung auf sein Anliegen wünscht. Dies könnte durch das Anklicken zusätzlicher Kontrollkästchen realisiert werden. In diesem Fall müssen allerdings Kontaktdaten angegeben werden. Durch diese Filterung kann die Bearbeitung beschleunigt werden, da nicht erst sortiert und entschieden werden muss, auf welche Beschwerden eine Reaktion erfolgen soll.

Neben den aufgeführten Maßnahmen sollte die telefonische Erreichbarkeit der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit gewährleistet sein und verbessert werden. Möglichkeiten wären hierzu die Verbindung der Telefonnummer mit einem besprechbaren Anrufbeantworter oder die Anschaffung eines mobilen Telefons.

Um auch zukünftig die Beschwerdestimulierung weiter verbessern zu können, sollten die Ursachen und Gründe untersucht werden, weshalb sich unzufriedene Patienten nicht bei den Kliniken beschwert haben. Dazu könnten die Patientenbefragungen zur Zufriedenheit durch nachfolgende Fragen ergänzt werden:

„Haben Sie sich während Ihrem Aufenthalt über etwas geärgert?“

„Wenn ja, haben Sie sich dann bei uns beschwert?“

„Wenn nein, weshalb haben Sie es nicht getan?“¹⁴⁶

Auf diese Weise identifizierte Hindernisse zur Beschwerdeäußerung sollten anschließend abgebaut werden. Zusätzlich könnte durch derartige Fragen auch der Umfang der Beschwerden, die nicht geäußert wurden, besser eingeschätzt werden.

d) Angebot von Schulungen für Mitarbeiter

Da sich Patienten, Angehörige oder Besucher häufig direkt mit ihrer Beschwerde an einen Mitarbeiter wenden, muss grundsätzlich jeder Beschäftigte der Kliniken eine Beschwerde entgegennehmen können. Jeder Mitarbeiter muss daher in der Lage sein, angemessen auf Beschwerden zu reagieren und mit unzufriedenen Patienten umzugehen.

Zu diesem Zweck wäre es sinnvoll, in regelmäßigen Abständen entsprechende Schulungen für Mitarbeiter anzubieten, was in Kürze erstmalig erfolgen soll. Die Beschäftigten könnten auf diese Weise im professionellen Umgang mit Beschwerden sensibilisiert werden. Beispiele für Schulungsthemen stellen „Konfliktbewältigung“, „Gesprächsführung“, „Serviceorientierung“ oder „Umgang mit unzufriedenen Patienten“ dar.

Derartige Schulungen bieten zudem die Möglichkeit, den Mitarbeitern den unternehmensinternen Beschwerdemanagementprozess zu kommunizieren und bekannt zu machen. Die Abläufe müssen transparent sein, damit jeder Mitarbeiter Patienten, die sich beschweren möchten, über die internen Abläufe und möglichen Beschwerdewege informieren kann und weiß, wie er mit entgegengenommenen Beschwerden weiterverfahren muss.

e) Überarbeitung des Meinungsbogens

Die bereits erwähnten verfügbaren Formulare „Sagen Sie uns Ihre Meinung“ sollten im Sinne einer einfacheren Erfassung, Bearbeitung und späteren Auswertung überarbeitet werden.

¹⁴⁶ Vgl. Picker Institut (2012), S. 8f.

Zunächst könnte für jeden Klinikstandort ein separates Formular eingeführt werden. Bisher muss der Beschwerdeführer jeweils ankreuzen, an welchem Standort er sich befindet, was erfahrungsgemäß häufig vergessen wird. Durch getrennte Formulare wäre sofort erkennbar, um welche Klinik es sich handelt. Die Formulare könnten beispielsweise durch eine verschiedene Farbgebung unterschieden werden. Dazu würden sich die jeweiligen Farben, die auch auf der Homepage und auf Flyern für die einzelnen Standorte verwendet werden, eignen. Zusätzlich könnten die Beschwerdebögen für jede Station markiert werden, um Beschwerden besser nachverfolgen zu können. Patienten wissen oft die genaue Bezeichnung ihrer Station nicht oder vergessen die Eintragung. Zu bedenken ist aber, dass dies eine erhebliche Anzahl an verschiedenen Formularen bedeuten würde.

Weiterhin sollte auf dem Formular die Möglichkeit für den Beschwerdeführer bestehen, seine Aussage selbst als Lob, Beschwerde oder Anregung einzustufen, indem er die entsprechende Möglichkeit ankreuzt. Dadurch könnte die anschließende Separierung von Lob und Beschwerden beschleunigt werden. Bisher erfolgt die Zuordnung zu Lob, Anregung oder Beschwerde allein durch die Beurteilung der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit, nachdem zunächst die gesamte Rückmeldung gelesen werden muss.

Eine weitere Optimierung wäre es, wie bereits für ein elektronisches Beschwerdeformular vorgeschlagen, den Beschwerdeführer auf dem Formular angeben zu lassen, ob er eine Rückmeldung zu seiner Beschwerde wünscht. In diesem Zusammenhang sollte auf dem Formular kurz darauf hingewiesen werden, dass bei einer gewünschten Rückmeldung die Angabe der Kontaktdaten nötig ist. Somit könnte leichter und schneller entschieden werden, ob eine Kontaktaufnahme erfolgen soll und Beschwerdeführer, die eine Rückmeldung wünschen, würden seltener vergessen, ihre Kontaktdaten anzugeben.

Auf diese Weise könnten sofort nach Eingang der Rückmeldungen Beschwerden und positive Rückmeldungen sortiert und getrennt werden. Anschließend könnten die Beschwerden von Beschwerdeführern, die eine Rückmeldung wünschen, zuerst bearbeitet werden.

Die Erfassung und Auswertung könnte ebenso erleichtert werden, indem den Beschwerdeführern auf dem Formular bereits gewisse Kategorien zum Auswählen vorgegeben werden, auf die sich eine Beschwerde oder auch ein Lob beziehen kann. Dazu können die Kategorien verwendet werden, die in Kapitel 6.2.4 erarbeitet werden sollen.

Ein Entwurf eines wie beschrieben überarbeiteten Meinungsbogens befindet sich als Anlage 11 im Anhang.

f) Dokumentation mündlicher Beschwerden

Zukünftig sollten auch vermehrt Beschwerden, die mündlich geäußert werden zur zentralen Bearbeitung und Kenntnisnahme an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit weitergeleitet werden. Hierfür stellt die Transparenz des Beschwerdemanagementprozesses die Grundlage dar.

Auf mündliche Beschwerden wird häufig unmittelbar reagiert, weshalb sie nicht schriftlich festgehalten werden. Ohne eine Dokumentation und Weiterleitung an das zentrale Beschwerdemanagement können diese Beschwerdegründe jedoch nicht in eine systematische Auswertung einbezogen und somit auch keine entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden. Mündliche Beschwerden, die sofort bearbeitet werden können, erscheinen zwar zunächst nicht sehr gravierend, allerdings können auch derartige Beschwerdegründe die Zufriedenheit der Patienten stark beeinträchtigen. Wenn diese Beschwerden nicht zentral erfasst werden, kann eine Häufung ähnlicher Beschwerdegründe nicht erkannt werden.

Um den Mitarbeitern die Dokumentation und Weiterleitung mündlicher Beschwerden möglichst einfach zu gestalten, muss ein kurzes und übersichtliches Formular, auf dem nur wenige Eintragungen nötig sind, dazu bereitgestellt werden. Es bietet sich an, hierfür ebenfalls den überarbeiteten Meinungsbogen zu verwenden, um keine unnötig hohe Anzahl an verschiedenen Dokumenten zu erreichen. Dieser Bogen könnte sowohl in schriftlicher Form als auch zusätzlich über das Intranet der Kliniken abrufbar und ausfüllbar sein, um Mitarbeitern, die einen Zugang zu einem Computer haben, die Dokumentation nochmals zu erleichtern. Anschließend könnte der Bogen direkt elektronisch an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit versendet werden.

Um sicherzustellen, dass jeder Mitarbeiter weiß, wo die Meinungsbögen zu finden sind und wie sie korrekt ausgefüllt werden, sollten entweder Schulungen zu diesem Thema angeboten bzw. die bereits angeführten Schulungen dazu genutzt werden oder beispielhaft ausgefüllte Bögen bereitgestellt werden. Diese könnten an die jeweiligen Qualitätsbeauftragten der einzelnen Bereiche versendet werden, damit diese den richtigen Umgang mit den Bögen weiterkommunizieren können.

g) Separate Bearbeitung von Lob und Beschwerden

Aktuell werden sowohl negative als auch positive Rückmeldungen auf die gleiche Art bearbeitet. Auf dem Formular „Sagen Sie uns Ihre Meinung“ kann jegliche Art von Feedback festgehalten werden. Es würde sich jedoch anbieten, die Bearbeitung zu trennen. Das sollte beispielsweise durch eine separate Erfassung und schließlich auch Archivierung erfolgen. Lob erfordert eine andere Art von Reaktion als eine Beschwerde. Positives Feedback ist dennoch von großer Bedeutung und muss genauso beachtet werden. Es sollte zur Steigerung der Motivation soweit möglich ebenso eine Weiterleitung an die betroffenen Mitarbeiter erfolgen. Allerdings ist in der Regel keine unmittelbare Reaktion verbunden mit der Initiierung von Maßnahmen erforderlich. Lob hat daher eine andere Priorität als Beschwerden.

In regelmäßigen Abständen sollte zusätzlich die Relation von positiven Rückmeldungen zu Beschwerden überprüft werden, um gegebenenfalls negative Entwicklungen zeitnah erkennen zu können.

h) Einbeziehen der Beschwerden aus Patientenzufriedenheitsbefragungen in zentrales Beschwerdemanagement

Die im Rahmen der kontinuierlichen Patientenbefragungen der beiden kleineren Standorte geäußerten Anliegen und Beschwerden werden separat bearbeitet und nicht an das zentrale Beschwerdemanagement weitergeleitet. Auf diese Beschwerden erfolgt somit auch keine Rückmeldung, da die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit nicht davon in Kenntnis gesetzt wird. Sinnvoll wäre daher eine Zusammenführung dieser verschiedenen Beschwerdewege.

Die Möglichkeit zur Äußerung von Beschwerden im Rahmen der Patientenzufriedenheitsbefragungen könnte zwar beibehalten werden, jedoch müssten diese Bögen dann wie die Meinungsformulare an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit weitergeleitet werden. Ein Problem würde dann aber darin bestehen, dass keine Kontaktaufnahme zu den Patienten möglich wäre, da es sich dabei um anonyme Befragungen handelt.

Alternativ könnte die Freitext-Möglichkeit im Rahmen der Patientenzufriedenheitsbefragung gestrichen werden. Die Patienten sollten stattdessen neben dem Fragebogen bei der Aufnahme auf die Beschwerdeformulare hingewiesen werden oder direkt ein Beschwerdeformular erhalten.

Es ist zwar generell richtig, möglichst viele verschiedene Beschwerdekanaäle anzubieten, um den Patienten die Äußerung von Beschwerden zu erleichtern (vgl. Kapitel 2.4), in diesem Fall führt dies aber dazu, dass der Überblick über eingehende Beschwerden verloren geht und eine Vielzahl nicht systematisch bearbeitet werden kann.

i) IT-Unterstützung des Beschwerdemanagements

- *EDV-basierte Beschwerdeerfassung und -bearbeitung:*

Beschwerden werden derzeit unzureichend zentral erfasst. Da die Abläufe nicht IT-gestützt sind, gestaltet sich die bisherige Vorgehensweise zum Teil sehr aufwendig, zeitintensiv und unübersichtlich.

Um eine einfache und zeitnahe Erfassung eingehender Beschwerden zu ermöglichen, sollte zur Unterstützung des Beschwerdemanagements der Kliniken eine IT-basierte Erfassung und Bearbeitung in Betracht gezogen werden. Alle relevanten Beschwerdeinformationen könnten beispielsweise zentral in einem Excel-Tabellenblatt festgehalten werden. Die Tätigkeiten im

Rahmen des Beschwerdemanagements werden dadurch transparenter und nachvollziehbar. Da derzeit bearbeitete Meinungsformulare lediglich schriftlich in Ordnern abgelegt werden, ist es im Nachhinein nur sehr schwer möglich, bestimmte Beschwerdefälle wieder zu finden und den Ablauf nachzuvollziehen. Auch einige Auswertungen könnten mithilfe einer Erfassung der Daten in Excel ermöglicht werden.

Eine geeignete und umfassendere Alternative zu der Beschwerdeerfassung mittels Excel wäre die Einführung einer entsprechenden Software. Eine Internetrecherche hat ergeben, dass es mehrere Anbieter derartiger Software-Programme gibt.¹⁴⁷ Die Programme sind zum Teil speziell auf die Anforderungen von Kliniken angepasst und bieten mehrere Vorteile. Basierend auf einer vollständigen und korrekten Beschwerdeerfassung können alle weiteren Schritte des Beschwerdemanagementprozesses mithilfe einer entsprechenden Software unterstützt, dokumentiert und verbessert werden. Eine Beschwerdemanagement-Software könnte insbesondere auch als Basis für die Maßnahmen im Rahmen des indirekten Beschwerdemanagementprozesses dienen. Auswertungen könnten ermöglicht und deutlich einfacher und schneller durchgeführt werden. Auch ein Beschwerdemanagement-Controlling und ein Beschwerdereporting könnten auf Grundlage der erfassten Daten erfolgen.

Weiterhin könnte in Betracht gezogen werden, das Beschwerdemanagement in die bereits implementierte CIRS¹⁴⁸ -Software zu integrieren. Die dazu verwendete Software würde eine Kombination mit dem Beschwerdemanagement ermöglichen. Zusätzlich könnten Kosten gespart werden, da keine neue Software angeschafft werden müsste.

- *Elektronische Weiterleitung der Beschwerden an betroffene Mitarbeiter:*

Im Qualitätsmanagement eingegangene Rückmeldungen wurden seit Juli 2012 nicht mehr kopiert, versendet und abgelegt. Dadurch ist es zu einer großen Ansammlung an Meinungsbögen gekommen. Die im Verteilerschlüssel angegebenen Personen wurden somit von diesen Beschwerden nicht informiert. Da eine Abarbeitung der großen Menge an Meinungsbögen zu aufwendig wäre und die Beschwerden aus dem vergangenen Jahr für die betroffenen Mitarbeiter nicht mehr nachvollziehbar sind, erscheint es sinnvoll, diese Rückmeldungen nicht mehr zu kopieren und zu versenden. Diese Beschwerden werden jedoch erfasst, in eine Auswertung einbezogen (siehe Kapitel 6) und anschließend archiviert.

¹⁴⁷ Vgl. hierzu z.B. o.V. (o.J.), <http://www.bitworks.net> (Stand: 09.03.2013);
o.V. (o.J.), <http://www.consol.de> (Stand: 09.03.2013);
o.V. (o.J.), <http://www.inworks.de> (Stand: 09.03.2013)

¹⁴⁸ CIRS steht für „Critical-Incident-Report-System“ und ist ein Meldesystem für Fehler, Gefahren und Beinahe-Unfälle; vgl. Schrappe, M. (2010), S. 378, Sp. 2f.

Rückmeldungen ab Januar 2013 bis zum aktuellen Stand werden kopiert und an die angegebenen Personen weitergeleitet. Zukünftig soll diese Tätigkeit nicht mehr durch das Sekretariat des Qualitätsmanagements, sondern durch eine neue Mitarbeiterin im Qualitätsmanagement übernommen werden. Dadurch soll das Sekretariat entlastet werden und gewährleistet sein, dass eingehende Meinungsbögen kontinuierlich bearbeitet werden, um eine erneute Ansammlung zu vermeiden.

Der bisherige Ablauf sieht vor, eingegangene schriftliche Rückmeldungen anhand des Verteilerschlüssels zu kopieren und anschließend an jeden angegebenen Mitarbeiter zu versenden. Durch diese Regelung entsteht ein großer Aufwand für das Qualitätsmanagement. Auf einer Rückmeldung werden zum Teil bis zu fünf Mitarbeiter angegeben, die davon in Kenntnis gesetzt werden und den Bogen erhalten sollen. Die zeitintensive Anfertigung der entsprechenden Anzahl an Kopien führt zu einer sehr großen Menge an Dokumenten. Diese müssen anschließend sortiert und je Mitarbeiter gesammelt in einem Hauspostkuvert verschickt werden.

Da die Verteilung anhand des Verteilerschlüssels jedoch grundsätzlich beibehalten werden soll, wäre eine geeignete Optimierung und Änderung der Vorgehensweise, die im Qualitätsmanagement eingehenden Beschwerden in Zukunft nicht mehr zu kopieren, sondern unmittelbar nach dem Eingang am Kopiergerät einzuscannen und von dort aus an die betroffenen Mitarbeiter elektronisch zu versenden. Auf diese Weise könnte einerseits die Menge an benötigtem Papier erheblich reduziert und andererseits der anfallende Zeitaufwand für das Qualitätsmanagement verringert werden. Durch eine sofortige elektronische Weiterleitung der Rückmeldungen erfahren die Mitarbeiter schneller davon und eine Ansammlung wird verhindert. Durch eine kontinuierliche zeitnahe Weiterleitung der Bögen beschränkt sich ebenso der Zeitaufwand, da es sich dann jeweils um eine begrenzte Anzahl an Meldungen handelt.

- *Etablierung eines Maßnahmenmanagements:*

Bisher kann nicht überprüft werden, ob aufgrund von Beschwerden Maßnahmen eingeleitet werden, um welche Arten von Maßnahmen es sich dabei handelt und ob diese erfolgreich umgesetzt werden konnten. Aufgrund eines fehlenden Überblicks kann bei Bedarf nicht erneut eingegriffen werden. Aktuell endet die Bearbeitung eingehender Beschwerden daher häufig in individuellen Einzelaktionen, die nicht weiter verfolgt werden. Kopien der Meinungsformulare werden an betroffene Mitarbeiter versendet, jedoch erfolgt im Anschluss keine Rückmeldung mehr dazu. Es ist nicht klar, inwieweit sich die entsprechenden Mitarbeiter mit diesen Formularen auseinandersetzen und inwiefern sie genutzt werden.

Sinnvoll wäre es daher, zu dokumentieren, welche Maßnahmen in Folge welcher Beschwerde umgesetzt werden sollen und welcher Mitarbeiter für die jeweilige Umsetzung zuständig ist. Dies könnte ebenso mithilfe einer geeigneten Software geschehen. Nach einem gewissen Zeitraum, zum Beispiel nach vier Wochen, sollte anhand dieser Maßnahmenliste in den betroffe-

nen Bereichen nochmals durch die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit nachgefragt und überprüft werden, inwiefern sich Änderungen ergeben haben und ob der Beschwerdegrund beseitigt werden konnte. Wenn nötig, könnten anschließend weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Anhand einer solchen Dokumentation könnten auch Auswertungen zu initiierten Maßnahmen erfolgen, welche im Rahmen eines Beschwerdereportings verschickt werden könnten.

Im Anhang unter Anlage 12 findet sich ein Vorschlag für die zeitliche Umsetzung der zentralen ausgeführten kurzfristigen Maßnahmen. Die Reihenfolge zur Umsetzung der geplanten Maßnahmen orientiert sich insbesondere an der jeweiligen Höhe des damit verbundenen Aufwands. Zudem wurde berücksichtigt, welche Maßnahmen die erfolgte Umsetzung anderer Aufgaben als Voraussetzung haben. So ist es beispielsweise sinnvoll, einen Flyer für das Beschwerdemanagement erst zu erstellen, wenn die Beschwerdestimulierung bereits erweitert und neue Beschwerdekanäle geschaffen wurden. Die neuen Informationen können dann direkt in den Flyer übernommen werden. Zudem ist es empfehlenswert, die Mitarbeiter erst in Bezug auf den Beschwerdemanagementprozess zu schulen, wenn die neuen Abläufe und Regelungen etabliert sind, um diese dann entsprechend zu kommunizieren.

5.2.3 Mittelfristige Maßnahmen und strategische Entwicklungen

j) Festlegung einer maximalen Bearbeitungszeit und weiterer Qualitätsindikatoren

Aktuell sind keine Richtwerte für die Dauer der Bearbeitung von Beschwerden festgelegt. Um zu vermeiden, dass Beschwerdeführer unangemessen lange auf eine Reaktion von Seiten der Kliniken warten müssen und von Beschwerden betroffene Mitarbeiter erst spät darüber informiert werden, sollte zukünftig eine Einigung im Hinblick auf eine maximale Bearbeitungsdauer getroffen werden. Dabei müssen zeitliche Vorgaben für die einzelnen Teilaufgaben festgesetzt werden.

Um realistische Zielvorgaben festlegen zu können, ist jedoch eine Auswertung und Analyse der bisherigen Bearbeitungsdauer nötig. Bislang wurden keine derartigen Untersuchungen durchgeführt. In Kapitel 6.1 soll daher hierzu eine erste Auswertung erfolgen. Bei der Bestimmung einer maximalen Bearbeitungsdauer müssen mehrere Faktoren berücksichtigt werden. Diese sind neben der aktuellen Dauer und daraus abgeleiteten Verkürzungspotentialen auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen, insbesondere das verfügbare Personal.

Es sollte versucht werden, dem Beschwerdeführer zeitnah zumindest eine erste Zwischenmeldung zukommen zu lassen. Zudem sollte die Weiterleitung der Beschwerden an andere Mitarbeiter oder Bereiche jeweils so rasch wie möglich erfolgen.

Der Richtwert für eine maximale Gesamtbearbeitungsdauer darf jedoch auch nicht zu kurz angesetzt werden, da die Beschwerdebearbeitung von lediglich einem Mitarbeiter übernommen wird. Gleichzeitig muss allerdings ebenso bedacht werden, dass die Beschwerdezufriedenheit,

wie bereits erläutert, unter anderem von der Schnelligkeit der Bearbeitung beeinflusst wird (vgl. Kapitel 3.3.3). Die Entscheidung für Zielvorgaben sollte sich an branchenspezifischen Werten orientieren. Eine Umfrage des Krankenhaus-Barometers hat beispielsweise ergeben, dass nur 10 % der Kliniken alle eingehenden Beschwerden innerhalb einer Woche bearbeiten können. Die vollständige Bearbeitung vieler Beschwerden zieht sich demnach bis zu einem Monat oder zum Teil auch länger hin.¹⁴⁹ Die Erreichung von Werten, die bei rund einer Woche liegen, erscheint demnach nicht realistisch. Die endgültige Festlegung der Bearbeitungsdauer muss demzufolge aus der Analyse des Ist-Zustands abgeleitet und nach einer kurzen Zeitdauer auf Umsetzbarkeit überprüft werden.

Zusätzlich zu der Festlegung einer maximalen Bearbeitungsdauer sollten durch die Geschäftsführung auch weitere Qualitätslevel bzw. -indikatoren festgesetzt werden, die sie in Bezug auf das Beschwerdemanagement und die daraus gewonnenen Informationen verfolgen möchte, wie zum Beispiel Kennzahlen bezüglich einer angestrebten Beschwerdequote. Durch Vergleiche der tatsächlichen mit den vorgegebenen Werten kann dann beurteilt werden, inwiefern die Zielsetzung erreicht wurde.

k) Erhöhung des Personaleinsatzes für das Beschwerdemanagement

Positiv anzumerken ist, dass Beschwerden in den Kliniken durch eine zentrale Stelle bearbeitet werden, was eine einheitliche Vorgehensweise gewährleisten soll. Da es sich dabei um die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit handelt, die direkt bei der Geschäftsführung angesiedelt ist, wird die wichtige Bedeutung des Beschwerdemanagements verdeutlicht. Der Leiter der Stabstelle hat die entsprechenden Befugnisse, eigenständig Veränderungen durchzuführen und eine gute Kenntnis aller Klinikbereiche mit den entsprechenden Schnittstellen und Ansprechpartnern.

Die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit ist jedoch lediglich mit einem Mitarbeiter besetzt, der neben den Tätigkeiten im Rahmen des Marketings und der Pressearbeit die gesamte Beschwerdebearbeitung für alle drei Standorte übernimmt. Dadurch ist es nicht möglich, auf alle Beschwerden immer zeitnah, ausführlich und individuell einzugehen und zu reagieren. Um jeder Beschwerde nachgehen zu können, ist ein erheblicher Aufwand erforderlich. Im Fall von Krankheit oder Urlaub des Leiters ist zudem eine Bearbeitung der eingehenden Beschwerden nicht ausreichend gewährleistet, was problematisch ist, da es dadurch zu erheblichen Verzögerungen im Prozessablauf kommen kann.

Aufgrund der angeführten Punkte ist es fraglich, ob der Personaleinsatz für das Beschwerdemanagement ausreichend ist. Um ein effektives Beschwerdemanagement betreiben zu können,

¹⁴⁹ Vgl. Blum, K., u.a. (2011), <https://www.dki.de> (Stand: 28.02.2013), S. 105

ist es von großer Bedeutung, schnell und in angemessenem Umfang auf die Anliegen der Beschwerdeführer zu reagieren. Betroffene innerbetriebliche Bereiche müssen zeitnah informiert werden, weshalb Ansammlungen von unbearbeiteten Beschwerden in jedem Fall vermieden werden sollten. Empfehlenswert wäre es daher zum einen, eine geeignete Vertretungsregelung einzuführen und zum anderen zu bedenken, ob dauerhaft weitere Mitarbeiter mit der Beschwerdebearbeitung betraut werden sollten. Empfehlenswert wäre eine Aufstockung der Stellen für die zentrale Beschwerdebearbeitung, um eine Entlastung zu erreichen und die Vertretung zu gewährleisten. Zudem sollten an den beiden kleineren Klinikstandorten persönliche Ansprechpartner für Beschwerden benannt werden, die bei Bedarf direkt vor Ort sind.

l) Entwicklung einer Fehlerkultur

Damit Beschwerden von jedem Mitarbeiter als Chance begriffen und genutzt werden können, müssen sich die Unternehmenskultur sowie die Einstellung der Mitarbeiter dahingehend stetig verbessern.

Langfristig ist dazu die Entwicklung einer offenen Fehlerkultur im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Veränderungsbereitschaft nötig. Dazu müssen sich Mitarbeiter sicher sein können, dass es nicht das Ziel des Beschwerdemanagements ist, einen Schuldigen zu finden, sondern die Ursachen für Beschwerden in Zukunft zu vermeiden und daraus zu lernen.¹⁵⁰ In diesem Zusammenhang sollte auch die bisher übliche Reaktion auf Beschwerden über einzelne Mitarbeiter kritisch überdacht werden. Derzeit werden in diesen Fällen unstrukturierte Mitarbeitergespräche geführt. Zudem werden häufig Stellungnahmen der betroffenen Mitarbeiter angefordert. Mitarbeiter können dadurch das Gefühl haben, ihr Verhalten rechtfertigen zu müssen und fühlen sich unter Umständen überprüft und beschuldigt. Häufig sind die Ursachen für Beschwerden jedoch nicht im Charakter oder Verhalten der einzelnen Mitarbeiter begründet, sondern haben ihren Ursprung in der Organisation von Klinikabläufen oder den Rahmenbedingungen. Daher sollte zunächst eine gründliche Analyse der Einflussfaktoren erfolgen, gegebenenfalls in Form eines persönlichen strukturierten Gesprächs mit Mitarbeitern des entsprechenden Bereichs, zum Beispiel durch die jeweilige Abteilungsleitung. Die Situationen, die zu Beschwerden geführt haben, sollten zunächst hinsichtlich der Abläufe und Strukturen gemeinsam mit dem Mitarbeiter besprochen werden.

Die Entwicklung hin zu einer Fehlerkultur muss von der Geschäftsführung unterstützt werden und strategisch angelegt sein, da diese in der Regel mehrere Jahre dauert.

¹⁵⁰ Vgl. Kahla-Witzsch, H. A. (2009), S. 60

5.3 Maßnahmen im Rahmen des indirekten Beschwerdemanagementprozesses

Sofortmaßnahmen

m) Durchführung einer aktuellen Beschwerdeauswertung

Die Analyse des indirekten Beschwerdemanagementprozesses in Kapitel 4.3 hat ergeben, dass die darin beinhalteten Tätigkeiten derzeit in der Kliniken GmbH nicht durchgeführt werden.

Somit ist die wichtigste und dringendste Maßnahme im Rahmen einer Optimierung des indirekten Beschwerdemanagementprozesses die Durchführung einer aktuellen Beschwerdeauswertung. Eine Beschwerdeauswertung stellt einen notwendigen Bestandteil eines erfolgreichen Beschwerdemanagements dar. Da diese bisher nicht erfolgt, fehlt ein Überblick über die Beschwerdegründe der Patienten und Angehörigen. Es kann kaum beurteilt werden, ob besondere Problembereiche existieren und Handlungsbedarf besteht. Die in den Beschwerden enthaltenen Informationen können auf diese Weise nicht optimal genutzt werden, da neben punktuellen Änderungen und Verbesserungen die Mängel nicht systematisch bearbeitet werden können. Nur durch eine strukturierte Auswertung der Beschwerden und Ableitung von Maßnahmen, können Folgebeschwerden gezielt reduziert und weitere Probleme verhindert werden.

Im folgenden Kapitel 6 soll daher eine Beschwerdeauswertung anhand aktueller Beschwerden erfolgen.

Kurzfristige Maßnahmen

n) Etablierung einer regelmäßigen Beschwerdeauswertung

Eine Beschwerdeauswertung sollte künftig in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Hierzu würden sich beispielsweise Zeiträume von drei Monaten eignen. Die Ergebnisse der Auswertungen sollten jeweils in Treffen verantwortlicher Mitarbeiter, Abteilungsleiter und der Geschäftsführung diskutiert werden, um frühzeitig Trends erkennen und angemessen auf negative Entwicklungen reagieren zu können.

Mittelfristige Maßnahmen und strategische Entwicklungen

o) Einführung eines strukturierten Beschwerdemanagement-Controllings, Beschwerdereportings und einer Beschwerdeinformationsnutzung

Die Ergebnisse der Beschwerdeauswertungen sollten in Zukunft die Grundlage für alle weiteren Teilprozesse des indirekten Beschwerdemanagementprozesses bilden. Sie sollten im Rahmen eines Reportings jeweils zeitnah nach Abschluss der Auswertungen in Form von Berichten an die Geschäftsführung versendet werden. Es wäre auch möglich, die Ergebnisse für alle

Mitarbeiter zugänglich und transparent zu machen. Dazu könnten sie zum Beispiel im Intranet veröffentlicht werden. Allerdings muss dabei darauf geachtet werden, dass die Ergebnisse so aufbereitet werden, dass die Auswertungen keine negativen Schlüsse auf einzelne Stationen oder Mitarbeiter zulassen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse würde zur Transparenz der Prozesse dienen und verdeutlichen, dass eine intensive Beschäftigung mit Beschwerden stattfindet. Die Inhalte der Berichte sollten jedoch an die Ansprüche der jeweiligen Zielgruppe angepasst werden.

Langfristig sollte ein Beschwerdemanagement-Controlling mit beispielsweise der Überwachung der Bearbeitungs- und Reaktionszeiten sowie der regelmäßigen Evaluierung der Beschwerdezufriedenheit der Patienten etabliert werden. Dadurch kann auch eine strukturierte Beschwerdeinformationsnutzung eingeführt werden.

5.4 Fazit aus der Analyse und der Optimierung des Beschwerdemanagementprozesses

Mit Abschluss des ersten Schwerpunkts der Arbeit soll ein vorläufiges Fazit gezogen werden. Nach der Erarbeitung der für den Hauptteil wesentlichen theoretischen Grundlagen, konnten im Rahmen der Kapitel 4 und 5 die beiden ersten Forschungsfragen beantwortet werden.

Die Ausgangslage in Bezug auf das Beschwerdemanagement der Kliniken GmbH mit allen derzeit durchgeführten Aktivitäten konnte gemäß der ersten Forschungsfrage strukturiert dargestellt werden. Die Analyse des Prozesses hat ergeben, dass die bisherige Vorgehensweise zwar teilweise bereits standardisiert ist, sich aber in manchen Bereichen zeitintensiv und aufwendig gestaltet, weshalb Optimierungsbedarf besteht. Die identifizierten Schwachstellen liegen vor allem in den Bereichen der Beschwerdestimulierung, der Beschwerdeerfassung sowie einem bislang nicht umgesetzten indirekten Beschwerdemanagementprozess.

Für diese sowie weitere Verbesserungspotentiale wurden in Anlehnung an die zweite Forschungsfrage entsprechende Optimierungsmaßnahmen ausgearbeitet. Mehrere dieser Ansätze können direkt im Rahmen dieser Arbeit umgesetzt werden. Für die weiteren Empfehlungen wurde eine Planung erstellt, die einen zeitlichen Rahmen für die Umsetzung gibt. Im Anschluss an eine Umsetzung angeführter Maßnahmen muss das vorhandene Beschwerdemanagementkonzept (siehe Anlage 2) dementsprechend überarbeitet und angepasst werden.

Der nachfolgende Teil der Arbeit beschäftigt sich im Gegensatz zu den vorangehenden Kapiteln mit einer aktuellen Beschwerdeauswertung und den daraus abgeleiteten Erkenntnissen. Die Durchführung einer aktuellen Beschwerdeauswertung stellt gleichzeitig die Umsetzung einer Sofortmaßnahme im Rahmen der Optimierung des indirekten Prozesses dar (vgl. Kapitel 5.3).

6. Auswertung der Beschwerden der Kliniken GmbH

Wie bereits in Kapitel 2.5 erläutert, kann eine Beschwerdeauswertung auf verschiedene Arten erfolgen. Im Folgenden soll zunächst der Frage nachgegangen werden, wie sich das Beschwerdeaufkommen der Kliniken mengenmäßig verteilt. Dazu sollen die in Anlage 15¹⁵¹ aufgeführten Beschwerden nach verschiedenen Kriterien untersucht werden.

6.1 Untersuchung der mengenmäßigen Verteilung des Beschwerdeaufkommens

Für die folgenden Auswertungen quantitativer Art sollen die Rückmeldungen der Patienten, Angehörigen und Besucher aller drei Standorte des zweiten Halbjahres 2012 bis zum aktuellen Zeitpunkt, also von Juli 2012 bis Februar 2013, analysiert werden.

Zunächst soll die Relation von positiven Rückmeldungen zu Beschwerden betrachtet werden. Aus der folgenden Abbildung 8 geht hervor, wie sich die Situation in den einzelnen Klinikstandorten darstellt. Auffällig ist, dass an jedem Standort mehr positive als negative Rückmeldungen eingehen. Besonders ausgeprägt ist dies am größten Standort A mit 222 positiven Anmerkungen im Verhältnis zu 112 Beschwerden. Insgesamt ergibt sich bei einer Summe von 388 Rückmeldungen ein Anteil von rund einem Drittel an Beschwerden. Dabei ist zu beachten, dass in insgesamt 83 Rückmeldungen sowohl positive als auch negative Äußerungen enthalten sind. Diese Rückmeldungen werden sowohl als Lob als auch als Beschwerde gewertet.

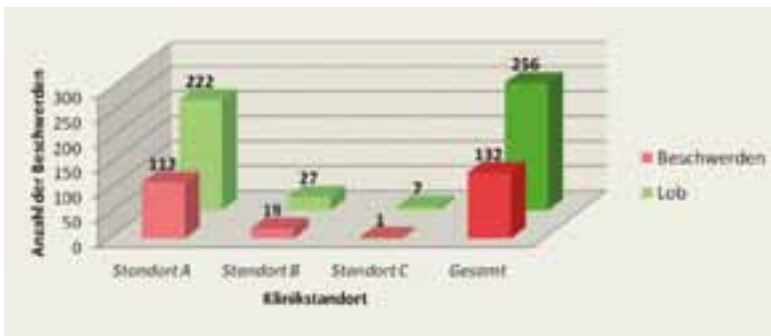


Abb. 8: Relation von Beschwerden zu Lob¹⁵²

¹⁵¹ Auf die in Anlage 15 aufgeführten Beschwerden wird in Kapitel 6.2.4 noch weiter eingegangen

¹⁵² Eigene Darstellung

Die dargestellten Werte belegen, dass die Meinungsformulare insbesondere auch dazu genutzt werden, Lob zu artikulieren. Außerdem zeigt sich dadurch, dass Möglichkeiten für Patienten bestehen, ihre Meinung zu äußern. Positiv ist, dass insgesamt deutlich mehr Lob als Beschwerden eingegangen ist, was die Anlage 13 durch eine Monatsverteilung der Beschwerde- und Lobeingänge zusätzlich verdeutlicht.

Die vorliegenden positiven Rückmeldungen betreffen insbesondere die Freundlichkeit des Personals sowie die medizinische und pflegerische Behandlungsqualität. Es muss jedoch bedacht werden, dass ein großer Anteil an positiven Rückmeldungen nicht dokumentiert wird. Patienten bedanken sich beispielsweise auch häufig mündlich bei der Entlassung oder in Form von Karten, die auf der Station verbleiben.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die eingegangenen Beschwerden. Bei einer Beschwerdeanzahl von 112 während acht Monaten ergibt sich für Standort A eine Beschwerdequote von 0,23 %.¹⁵³ Das bedeutet, dass auf 1.000 Patienten gerade einmal 2,3 geäußerte Beschwerden kommen. Dementsprechend lassen sich die Beschwerdequoten für die beiden anderen Standorte berechnen. Es ergibt sich für Standort B eine Quote von 0,16 % sowie für Standort C von 0,02 %.¹⁵⁴ Diese Werte sind sehr gering im Vergleich zum genannten Branchendurchschnitt mit 4,2 % (vgl. Kapitel 3.3.2) und sollten mit den in Kapitel 5.2.2 vorgeschlagenen Möglichkeiten zur Erweiterung der Beschwerdestimulierung möglichst erhöht werden.

Auffällig ist, dass die Anzahl eingegangener und dokumentierter Beschwerden zwischen den drei Klinikstandorten erheblich schwankt. Mit 84,8 % stammt der größte Anteil der Beschwerden aus dem Standort A, wie aus Abbildung 8 abgeleitet werden kann. Mit 19 bzw. nur einer Beschwerde fällt die Anzahl der Rückmeldungen aus den kleineren Standorten wesentlich geringer aus.

Zum einen spielt dabei die Größe der Kliniken eine Rolle. Da Standort A der größte ist, gibt es hier auch die größte Anzahl an Patienten und damit an potentiellen Beschwerdeführern.

Als Ursache ist zudem möglich, dass die Beschwerdeformulare an den beiden kleineren Standorten nicht genügend zugänglich und bekannt gemacht werden und somit die Beschwerdestimulierung in keinem ausreichenden Maße stattfindet.

Weiterhin kann die Tatsache, dass in den beiden kleineren Häusern zusätzliche Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt werden, eine Rolle spielen. Viele Patienten nutzen diesen Weg, um gleichzeitig Beschwerden zu äußern und füllen anschließend nicht nochmals ein separates Beschwerdeformular aus.

Die folgende Abbildung 9 zeigt, wie sich die Beschwerden auf die verschiedenen Gruppen der Beschwerdeführer verteilen. Deutlich ist zu erkennen, dass mit 96 von 132 Beschwerden der

¹⁵³ Vgl. o.V. (o.J.b), Homepage der Kliniken GmbH (Stand: 08.03.2013)

¹⁵⁴ Vgl. o.V. (o.J.c), Homepage der Kliniken GmbH (Stand: 08.03.2013);
vgl. o.V. (o.J.d), Homepage der Kliniken GmbH (Stand: 08.03.2013)

Großteil von Patienten geäußert wurde. Die zweitgrößte Gruppe stellt mit 32 die der Angehörigen dar. Insbesondere, wenn die Patienten selbst nicht dazu in der Lage sind, sich zu äußern, werden die Beschwerdemöglichkeiten auch von Angehörigen genutzt. Lediglich zwei Besucher äußerten eine dokumentierte Beschwerde und zwei Beschwerdeführer haben nicht angegeben, welcher Personengruppe sie angehören.

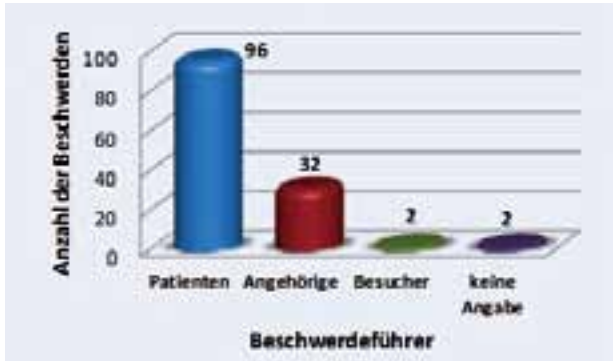


Abb. 9: Verteilung des Beschwerdeaufkommens nach Beschwerdeführern¹⁵⁵

Betrachtet man die Nutzung der verschiedenen Beschwerdekanaäle (siehe Abbildung 10), fällt auf, dass die meisten Beschwerden über die ausliegenden Formulare artikuliert werden. Die Anzahl der Beschwerden, die per Brief, E-Mail oder Telefon eingehen ist mit zwei bis fünf sehr gering.

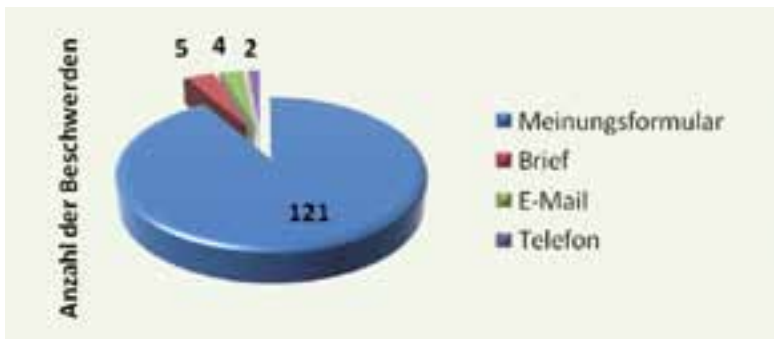


Abb. 10: Verteilung des Beschwerdeaufkommens nach Beschwerdekanaälen¹⁵⁶

¹⁵⁵ Eigene Darstellung

¹⁵⁶ Eigene Darstellung

Mündliche Beschwerden werden dieser Darstellung zufolge kaum dokumentiert und an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit weitergeleitet. Die Anzahl eingehender Beschwerden schwankt im Verlauf des Jahres zum Teil stark (siehe Abbildung 11). Die größte Menge der vergangenen acht Monate wurde im August 2012 mit 24, gefolgt von November 2012 mit 20 Beschwerden erreicht. Im September 2012 gingen hingegen nur 11 Beschwerden an allen Standorten ein. Um diese Schwankungen erklären zu können, kann der Monatsverlauf des Beschwerdeaufkommens mit der Verteilung der Patientenzahlen verglichen werden.

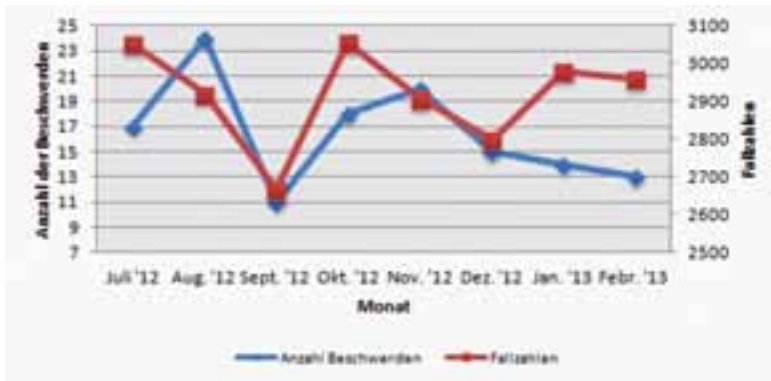


Abb. 11: Monatsverlauf des Beschwerdeaufkommens im Vergleich mit den Patientenzahlen¹⁵⁷

Ein Vergleich der beiden Verläufe macht gewisse Parallelen ersichtlich. Insbesondere von August bis Dezember verlaufen die beiden Kurven ähnlich, im September ist jeweils das Minimum erreicht. Es ist daher anzunehmen, dass die Menge des Beschwerdeaufkommens unter anderem in Zusammenhang mit der Patientenzahl steht. Die Anzahl der Beschwerden im Januar sowie Februar 2013 kann deshalb im Verhältnis zur Patientenzahl wesentlich geringer sein, da möglicherweise noch nicht alle eingegangenen Beschwerden aus diesen Monaten vollständig bearbeitet und an das Qualitätsmanagement weitergeleitet wurden.

Von insgesamt 132 vorliegenden Beschwerden wurde lediglich auf 35 dokumentiert reagiert. Das bedeutet, dass in über zwei Dritteln der Fälle der Beschwerdeführer vermutlich keine Rückmeldung auf sein Anliegen erhalten hat. Der Anteil der Beschwerden, auf die eine Reaktion erfolgt, muss in jedem Fall erhöht werden. Grundsätzlich sollte jedem Beschwerdeführer, der seine Kontaktdaten angegeben hat bzw. der eine Rückmeldung wünscht, geantwortet werden.

¹⁵⁷ Eigene Darstellung, Datenquelle o.V. (o.J.), Daten Medizincontrolling, stationäre Fallzahlen Juli 2012 bis Februar 2013 (Stand: 13.03.2013)

Es muss dabei allerdings berücksichtigt werden, dass ein großer Anteil der Beschwerden anonym eingeht. In diesen Fällen besteht keine Chance, den Beschwerdeführer zu kontaktieren und auf die Beschwerde zu reagieren. Von den insgesamt 132 Beschwerden gingen 49 entweder ganz ohne Kontaktdaten oder nur mit Name bzw. Station versehen ein, sodass keine Kontaktaufnahme möglich war. Auf 48 Beschwerden wurde jedoch nicht reagiert, obwohl die Kontaktdaten vorhanden gewesen wären.



Abb. 12: Beschwerdereaktionen¹⁵⁸

Wenn auf eine Beschwerde reagiert wurde, erfolgte dies in 33 Fällen in Form eines schriftlichen Antwortschreibens, wie aus Abbildung 12 hervorgeht. In sieben Fällen wurde zusätzlich eine Stellungnahme betroffener Mitarbeiter eingeholt und in nur zwei Fällen wurde zunächst eine Eingangsbestätigung an den Beschwerdeführer versandt. Auf vier Beschwerden wurde in sonstiger Form reagiert, zum Beispiel mit einem Anruf, einer E-Mail oder einer Einladung zu einem Gespräch, was auch zusätzlich zu einem Antwortschreiben erfolgen konnte.

Im Folgenden soll eine Auswertung der durchschnittlichen Dauer von Verfassung der Beschwerde bis zu einer Reaktion seitens der Klinik durchgeführt werden, wie in Kapitel 5.2.3 angekündigt. Dabei wird die Dauer bis zu einem endgültigen Antwortschreiben an den Beschwerdeführer oder einer sonstigen endgültigen Reaktion betrachtet. Diese Zeitspanne ist beschränkt aussagekräftig, da sie sich auf lediglich zwei Werte beziehen kann. Bezogen auf

¹⁵⁸ Eigene Darstellung

diese beiden Werte konnte die im Beschwerdemanagement-Konzept vorgegebene Vorgabe von maximal einer Woche nicht eingehalten werden.

Nicht für alle 35 Beschwerden, auf die reagiert wurde, kann nachvollzogen werden, wann die Beschwerde verfasst wurde oder eine Reaktion erfolgte, da das Datum teilweise nicht festgehalten ist. In eine Auswertung der Bearbeitungsdauer können daher lediglich 26 Beschwerden einbezogen werden.

Anhand einer Auflistung der einzelnen Zeitspannen von Beschwerdeverfassung bis Reaktion (siehe Anlage 14) wird ersichtlich, dass die Bearbeitungsdauer zum Teil erhebliche Schwankungen aufweist. Dauern von einem bis zu maximal 36 Tagen sind dokumentiert. Dabei wurde der Tag des Beschwerdeeingangs in die Berechnung einbezogen. Im Durchschnitt ergibt sich für die Monate Juli 2012 bis Februar 2013 damit ein Wert von 14,5 Tagen. Nach Monaten sortiert, ergibt sich die folgende Abbildung 13 für die durchschnittliche Bearbeitungsdauer pro Monat.



Abb. 13: Monatsverlauf der Bearbeitungsdauer von Beschwerden¹⁵⁹

Erkennbar ist, dass die höchste Bearbeitungszeit im November und Dezember mit rund 21 sowie 24 Tagen erreicht wurde. Ein Grund dafür könnte unter anderem sein, dass im November mit 20 Stück vergleichsweise viele Beschwerden eingegangen sind. Die Beschwerden aus dem Dezember gingen kurz vor Weihnachten ein und wurden möglicherweise aufgrund von Urlaub erst nach den Feiertagen im neuen Jahr beantwortet.

Wie in Kapitel 5.2.3 bereits ausgeführt, sollte die Bearbeitungsdauer zukünftig genau analysiert und anschließend ein Richtwert für eine maximale Bearbeitungszeit festgesetzt werden. Durch die Festlegung der Zielvorgaben sollten starke Schwankungen sowie eine äußerst lange

¹⁵⁹ Eigene Darstellung

Bearbeitungsdauer in Einzelfällen vermieden werden. Dazu müssen zukünftig verstärkt die Daten des Eingangs und der Reaktion auf den Beschwerden vermerkt werden, um regelmäßig die Dauern überprüfen zu können.

Die Betrachtung der Verteilung des Beschwerdeaufkommens nach Stationen bzw. nach Fachrichtungen, je nachdem, welche Angaben von den Beschwerdeführern gemacht wurden, ergibt, dass an Standort A auf 26 von 112 Beschwerden keine Station oder Fachrichtung angegeben wurde. Auf drei Stationen wurden zehn oder mehr Beschwerden verzeichnet. Auf allen übrigen Stationen wurden eine bis sieben Beschwerden dokumentiert. An Standort B wurde auf acht Beschwerden keine Station vermerkt. Auf den übrigen Stationen bzw. in den anderen Fachrichtungen sind eine bis drei Beschwerden zu verzeichnen. Die einzige Beschwerde aus Standort C kann keiner Station oder Fachrichtung zugeordnet werden. Diese Werte dürfen allerdings nur vorsichtig interpretiert werden. Patienten beschwerten sich nicht zwangsläufig über die Station, auf der sie behandelt werden. So hat beispielsweise eine Beschwerde über den Geschmack der Mahlzeiten keinen unmittelbaren Zusammenhang zur Station, auf der ein Patient untergebracht ist. Um diesen Zusammenhang zu überprüfen, bedarf es einer genaueren Untersuchung, inwiefern sich auf Stationen mit höherem Beschwerdeaufkommen bestimmte Beschwerdegründe häufen.

Alle dargestellten Daten sollten zukünftig für ein Beschwerdereporting und Beschwerdemanagement-Controlling genutzt werden.

6.2 Untersuchung der Beschwerdeinhalte

Nachdem die Verteilung des Beschwerdeaufkommens untersucht wurde, soll im Folgenden eine Analyse der Beschwerdeinhalte durchgeführt werden. Die Kapitel 6.2.1 bis 6.2.3 sollen die theoretischen Grundlagen der Methodik hierfür schaffen.

6.2.1 Bildung eines Kategorienschemas

Für die Auswertung der Inhalte der Beschwerden der Kliniken GmbH wird die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt. Grundlage einer Auswertung der Beschwerdeinhalte und zentraler Bestandteil einer qualitativen Inhaltsanalyse ist die Erarbeitung eines Kategoriensystems, um Beschwerden korrekt und vollständig erfassen zu können.¹⁶⁰ Ein geeignetes Kategorienschema muss dabei folgende Anforderungen erfüllen:

¹⁶⁰ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 49

- Handlungsorientierung:
Jede der Problemkategorien muss umgehend auf mögliche Verbesserungsansätze für die Beschwerdebearbeitung, die Analyse der Ursachen sowie die Initiierung von Maßnahmen schließen lassen.
- Eindeutige Abgrenzbarkeit:
Die einzelnen Kategorien dürfen sich nicht überschneiden.
- Vollständigkeit:
Es soll gewährleistet sein, dass alle Beschwerden einer entsprechenden Kategorie zugeteilt werden können.
- Kundenorientierung:
Die Formulierung der Kategorien muss aus der Sicht der Kunden erfolgen.
- Leichte Handhabbarkeit:
Das Kategoriensystem muss für die Mitarbeiter, die die Beschwerden bearbeiten, leicht und schnell zu verstehen und anzuwenden sein. Dazu zählt unter anderem eine Konzentration auf eine beschränkte Anzahl von Kategorien.

Es ist schwierig, alle angeführten Kriterien an ein Kategorienschema gleichermaßen zu erfüllen.¹⁶¹ Das Kategoriensystem muss es allerdings auch nicht ermöglichen, dass jegliche im Text auftretenden Aussagen zugeordnet werden können. Lediglich alle relevanten Inhalte, die in Bezug auf die Forschungsfrage von Interesse sind, sollen erfasst werden können.¹⁶² Die Bildung von Problemkategorien mit der Entwicklung von Ober- und Unterkategorien muss in jedem Unternehmen individuell geschehen.¹⁶³

6.2.2 Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse dient der „*systematische[n] Bearbeitung von Material aus Kommunikationen*“¹⁶⁴ und ist im Prinzip eine Systematisierung alltäglicher Verfahrensweisen. Jeder Mensch analysiert täglich beispielsweise Symbole oder Texte. Dies geschieht in der Regel aber eher intuitiv. Die Inhaltsanalyse zeichnet sich hingegen durch festgelegte Vorgaben der Verarbeitung von Information aus.¹⁶⁵ Sie soll der „*systematische[n] und objektive[n] Identifizierung ihrer Elemente [dienen und] Schlüsse ziehen ..., die über das einzelne analysierte Dokument hinaus verallgemeinerbar sein sollen*“.¹⁶⁶

¹⁶¹ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 161ff.

¹⁶² Vgl. Kromrey, H. (2000), S. 312

¹⁶³ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 169

¹⁶⁴ Mayring, P. (1995), S. 209, Sp. 1

¹⁶⁵ Vgl. Kromrey, H. (2000), S. 298

¹⁶⁶ ebenda

Bei den analysierten Materialien muss es sich nicht ausschließlich um Texte handeln, auch Bilder oder Filme können beispielsweise mithilfe dieser Technik systematisch ausgewertet werden. Wichtig ist nur, dass es sich um eine Art festgehaltener Kommunikation handelt.¹⁶⁷ Somit eignet sich diese Vorgehensweise insbesondere auch für die beabsichtigte Analyse der schriftlich in Freitext festgehaltenen Patientenbeschwerden.

Entwickelt wurde die Inhaltsanalyse ursprünglich in den Kommunikationswissenschaften. Sie kann aber ebenso für verschiedene andere Wissenschaftsbereiche verwendet werden.¹⁶⁸ In Deutschland hat vor allem Philipp Mayring seit den 1980er Jahren verschiedene Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt und verbreitet.¹⁶⁹

Dabei unterscheidet Mayring insgesamt drei Grundformen, die sich wiederum in mehrere Untergruppen differenzieren lassen. Dies führt zu insgesamt sieben möglichen Analysetechniken, die im Folgenden übersichtsartig dargestellt werden sollen.

1) Zusammenfassung:

Reduktion des Materials auf die wesentlichen Inhalte

- a) Zusammenfassung
- b) Induktive Kategorienbildung

2) Explikation:

Betrachtung von zusätzlichem Material, um bestimmte Textstellen besser deuten und erklären zu können

- a) enge Kontextanalyse
- b) weite Kontextanalyse

3) Strukturierung (deduktive Kategorienanwendung):

Festlegung von bestimmten Ordnungsmerkmalen vor Beginn der Analyse und Zuordnung des Materials anhand dieser Kriterien

- a) formale Strukturierung
- b) inhaltliche Strukturierung
- c) typisierende Strukturierung
- d) skalierende Strukturierung

¹⁶⁷ Vgl. ebenda, S. 299

¹⁶⁸ Vgl. Mayring, P. (1995), S. 209, Sp. 1

¹⁶⁹ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 7

Diese verschiedenen Arten der qualitativen Inhaltsanalyse sind nicht voneinander abhängig. Die Entscheidung für eine der Analysearten muss je nach Forschungsfrage sowie Art und Umfang des auszuwertenden Materials getroffen werden.¹⁷⁰

Unter dem Begriff der Inhaltsanalyse können also mehrere zum Teil sehr unterschiedliche Vorgehensweisen verstanden werden, die jedoch gemeinsam haben, dass Texte in einzelne Elemente gegliedert und anschließend Kategorien zugeteilt werden sollen.¹⁷¹

6.2.3 Gütekriterien der Inhaltsanalyse

Eine Analyse ist nur aussagekräftig und sinnvoll, wenn sie bestimmte Gütekriterien erfüllt. Als klassische Kriterien gelten dabei die Objektivität, die Reliabilität sowie die Validität.

Eine wissenschaftliche Methode ist dann objektiv, wenn die Ergebnisse nicht von subjektiven Annahmen der Personen beeinflusst werden, die die Untersuchung durchführen. Objektivität kann unter anderem durch eine hohe Standardisierung erreicht werden.¹⁷²

Eine Inhaltsanalyse kann jedoch nur eingeschränkt als objektiv bezeichnet werden. Sie soll allerdings insofern objektiv sein, dass die Inhalte der Aussagen von jeder analysierenden Person den gleichen entsprechenden Kategorien zugeordnet werden. Die Vorgaben zur Zuordnung müssen hierfür konsequent eingehalten werden.¹⁷³

Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit, mit der eine Methode misst. Reliabel ist eine Analyse demnach dann, wenn mehrere Untersuchungen zu den gleichen Resultaten führen.¹⁷⁴ Zur Überprüfung der Reliabilität kann die Analyse zum Beispiel wiederholt oder dasselbe Material mithilfe einer anderen Methodik ausgewertet werden.¹⁷⁵ Eine ausreichende Reliabilität einer Inhaltsanalyse kann grundsätzlich durch ein genaues Kategoriensystem sowie durch einheitliche Schulung der durchführenden Personen erreicht werden.¹⁷⁶ Für eine Inhaltsanalyse ist insbesondere die sogenannte Intercoderreliabilität wichtig. Das gleiche Material wird separat von verschiedenen Personen bearbeitet und die Ergebnisse anschließend verglichen.¹⁷⁷

¹⁷⁰ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 64ff.

¹⁷¹ Vgl. Kromrey, H. (2000), S. 320

¹⁷² Vgl. Ebster, C.; Stalzer, L. (2008), S. 158f.

¹⁷³ Vgl. Kromrey, H. (2000), S. 301

¹⁷⁴ Vgl. Hüttner, M.; Schwarting, U. (2002), S. 13

¹⁷⁵ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 116

¹⁷⁶ Vgl. Kromrey, H. (2000), S. 374

¹⁷⁷ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 51

Validität, das dritte Gütekriterium, ist ein Maß für die Gültigkeit einer Forschungsmethode und ist dann erfüllt, wenn tatsächlich das gemessen wurde, was auch untersucht werden sollte.¹⁷⁸ Getestet werden kann Validität zum Beispiel durch einen Vergleich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen bezüglich derselben Forschungsfragen. Zudem kann überprüft werden, ob Vorhersagen eintreffen oder ob Annahmen zu Extremen gelten. Möglich wäre auch eine Prüfung mithilfe bestehender Theorien.¹⁷⁹

Im Rahmen einer Inhaltsanalyse stellt die Überprüfung der Gültigkeit eine gewisse Herausforderung dar. Vielfältige Aussagen des auszuwertenden Materials werden auf eine beschränkte Anzahl an Kategorien reduziert. Dies ist insofern problematisch, da bei der Zuordnung zu den einzelnen Kategorien gewisser Interpretationsspielraum besteht und sich zudem die Deutung der Textstellen auch im Laufe der Untersuchung verändern kann.¹⁸⁰

Da die klassischen Gütekriterien vorwiegend bei quantitativen Forschungsmethoden angewendet werden, ist eine Übertragung auf qualitative Methoden nur eingeschränkt möglich. Im Laufe der Zeit wurden daher zusätzlich eigene Bewertungskriterien für die qualitative Forschung entwickelt. Im Einzelnen handelt es sich dabei um „*Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulation*“¹⁸¹, auf die allerdings nicht weiter eingegangen werden soll.

6.2.4 Qualitative Inhaltsanalyse am Beispiel der Beschwerden einer Kliniken GmbH

Die wissenschaftliche Methodik der Inhaltsanalyse läuft immer nach einem bestimmten Schema ab.¹⁸² Die Beschwerden der Kliniken sollen im Folgenden anhand der von Mayring beschriebenen Stufen analysiert werden.¹⁸³ Das vollständige aufbereitete Material der Analyse befindet sich im Anhang unter Anlage 15.

¹⁷⁸ Vgl. Hüttner, M.; Schwarting, U. (2002), S. 13

¹⁷⁹ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 117

¹⁸⁰ Vgl. Kromrey, H. (2000), S. 374f.

¹⁸¹ Flick, U., Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung, in: Bergold, J.; Flick, U. (Hrsg.): Ein-Sichten. Tübingen 1987, S. 247ff.. Zitiert nach: Mayring, P. (2010), S. 118

¹⁸² Vgl. Mayring, P. (2010), S. 12f.

¹⁸³ Vgl. ebenda, S. 52ff.

Bestimmung des Ausgangsmaterials

a) Festlegung des Materials

Die folgende Analyse soll die Beschwerden der Patienten aller drei Klinikstandorte sowie deren Angehörigen und Besuchern umfassen. Beschwerden anderer Zielgruppen, wie zum Beispiel der Mitarbeiter, Einweiser oder Kostenträger werden in die Untersuchung nicht miteinbezogen. Betrachtet werden diejenigen Beschwerden, die dem Qualitätsmanagement in schriftlicher Form vorliegen. Mündlich geäußerte Beschwerden, die nicht dokumentiert wurden, können nicht ausgewertet werden.

Beschwerden müssen vor Beginn einer Analyse von positiven Rückmeldungen separiert werden. Die Inhalte des positiven Feedbacks sollen in dieser Untersuchung nicht weiter betrachtet werden.

Da in den letzten Jahren eine größere Menge an Beschwerden eingegangen ist, muss sich die Auswertung im Rahmen dieser Arbeit auf eine begrenzte Anzahl beschränken. Sinnvoll im Hinblick auf die Aktualität, Repräsentativität sowie Wirtschaftlichkeit erscheint eine Konzentration auf die im zweiten Halbjahr 2012 sowie Januar und Februar 2013 eingegangenen Beschwerden. Die folgende Untersuchung bezieht sich somit auf die gleichen Beschwerden wie die vorangehenden Auswertungen in Bezug auf die mengenmäßige Verteilung des Beschwerdeaufkommens.

Die auf den Patientenzufriedenheitsbögen zum Teil festgehaltenen zusätzlichen Rückmeldungen und Beschwerden sollen im Rahmen dieser Analyse nicht berücksichtigt werden.

Die qualitative Auswertung umfasst somit 132 Beschwerden, die sich zum Teil aber auf mehrere Aspekte beziehen. Insgesamt ergibt sich eine Anzahl von 213 angesprochenen Mängeln.

b) Analyse der Entstehungssituation

Die vorliegenden ausgewählten Beschwerden wurden von Patienten oder deren Angehörigen sowie Besuchern schriftlich verfasst oder zum Teil entweder von den Beschwerdeführern selbst oder von Mitarbeitern im Nachhinein schriftlich dokumentiert.

Auslösend für die Äußerung bzw. Verfassung der Beschwerden ist jeweils empfundene Unzufriedenheit über Leistungen, die nicht den Erwartungen der Beschwerdeführer entsprechen haben und über von den Patienten wahrgenommene Mängel und Problemfelder.

In den meisten Fällen richten sich die Beschwerden an die Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit der Kliniken GmbH. Zum Teil aber auch direkt an jeweils betroffene Mitarbeiter, an die Geschäftsführung oder an den Landrat.

c) Formale Charakteristika des Materials

Die auszuwertenden Beschwerden liegen in schriftlicher Form vor. Hauptsächlich handelt es sich dabei um ausgefüllte Formulare „Sagen Sie uns Ihre Meinung“. Allerdings sind auch Beschwerden in Form von Briefen, E-Mails oder dokumentierten Telefonaten enthalten. Der Großteil der Beschwerden ist in Freitext verfasst, teilweise aber auch in Stichworten.

Nachdem das Ausgangsmaterial für die Inhaltsanalyse festgelegt wurde, folgt die Bestimmung der Fragestellung der Analyse.

Fragestellung der Analyse

d) Richtung der Analyse

Durch die ausgewählten Beschwerden sollen im Sinne der zu Beginn gestellten Forschungsfragen Aussagen über die Problembereiche der Kliniken gemacht werden. Das Ziel der Analyse ist es, herauszufinden, worauf sich die Patientenbeschwerden beziehen und somit die in den Beschwerden angesprochenen Schwachstellen der Kliniken zu identifizieren. Die unterschiedlichen Beschwerdebereiche und spezifischen Kritik Themen sollen dargestellt werden, wodurch Hinweise für eine Optimierung geliefert werden sollen.

e) Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

In Bezug auf die zu beantwortende Fragestellung existieren bereits ähnliche Untersuchungen anderer Kliniken, deren Ergebnisse nachfolgend anhand einer vergleichenden Tabelle 5 überblicksartig dargestellt werden sollen. Herangezogen werden dazu die Ergebnisse einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) aus dem Jahr 2011, Aussagen aus dem Beschwerdebericht der Münchner Krankenhäuser 2012 sowie Erkenntnisse aus dem Beschwerdebericht des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand zur Hamburger Erklärung für das Jahr 2010.

Krankenhaus-Barometer DKI	Münchner Kliniken	Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand
Medizinisch-pflegerische Versorgungsqualität	Medizinisch-pflegerische Versorgung	Ärztliche Behandlungsqualität Pflegequalität Therapie
Krankenhauspersonal	Würde (Zuwendung, Freundlichkeit etc.)	Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen einzelner Mitarbeiter oder Berufsgruppen
Information und Aufklärung	Information und Kommunikation	Information und Kommunikation Patientenaufklärung Interaktion einzelner Berufsgruppen untereinander
Patientenalltag/Versorgungsabläufe	Organisation Aufnahme Entlassung Abrechnung	Patientenaufnahme Entlassmanagement Organisation und Wartezeiten
Verpflegung/Service	Essen Service (Zellungen, Broschüren etc.)	Verpflegung
Hygiene und Sauberkeit	Reinigung Hygiene	Sauberkeit und Hygiene
Räumlichkeiten/Saualich-Technisches	Ausstattung (Telefon, Fernseher, Lärm etc.)	Saualiche Gegebenheiten Räumliche Ausstattung/Zimmerausstattung Technische Geräte (Telefon, Fernseher etc.)
Infrastruktur	/	Parkplatzangebot
Sonstige Beschwerden	Sonstiges	/

Tab. 5: Vergleich der Beschwerdekategorien verschiedener Kliniken¹⁸⁴

Ein Vergleich der Ergebnisse zeigt, dass sich die gebildeten Kategorien der verschiedenen Kliniken stark ähneln und sich meist lediglich in der Formulierung der einzelnen Begriffe unterscheiden. Zudem bestehen Unterschiede in der Differenzierung der einzelnen Kategorien. So wird beispielsweise die Kategorie „Patientenalltag/Versorgungsabläufe“ des Deutschen Krankenhausinstituts durch die Münchner Kliniken nochmals in mehrere Aspekte unterteilt. Eine Kategorie bezüglich der Infrastruktur wurde durch die Münchner Kliniken nicht gebildet, im Beschwerdebericht des Wilhelmsburger Krankenhauses findet sich keine Kategorie für „Sonstige Beschwerden“.

Es ist anzunehmen, dass sich auch die Beschwerden der betrachteten Kliniken GmbH auf vergleichbare Kategorien beziehen. Durch die folgende Analyse soll sich zeigen, ob die erarbeiteten Kategorien den angeführten Ergebnissen tatsächlich entsprechen oder ob es signifikante Abweichungen gibt.

Ablaufmodell der Analyse

f) Bestimmung der Analysetechnik

In diesem Schritt soll die Entscheidung für eine der in Kapitel 6.2.2 aufgeführten Analysetechniken getroffen werden. In der folgenden Untersuchung soll eine Technik der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse, die induktive Kategorienbildung, angewendet werden. Im

¹⁸⁴ Eigene Darstellung, Datenquelle: Blum, K. u.a. (2011), <https://www.dki.de> (Stand: 28.02.2013), S. 109; o.V. (2012), <http://www.tz-online.de> (Stand: 04.03.2013); Schulz, F. (2010), <http://www.krankenhaus-gross-sand.de> (Stand: 04.03.2013), S. 9f.

Hinblick auf die Fragestellung erscheint sie geeignet, da sie sich dadurch auszeichnet, dass die Kategorien unmittelbar aus dem Text abgeleitet werden und nicht im Vorhinein bereits formuliert werden. Dadurch soll verhindert werden, dass die Ergebnisse durch Vorannahmen verfälscht werden.¹⁸⁵ Da die Forschungsfrage darauf abzielt, welche Problembereiche in den Beschwerden tatsächlich angesprochen werden, stellt die induktive Kategorienbildung eine geeignete Vorgehensweise dar. Auf die übrigen Analysearten wird im Folgenden nicht näher eingegangen.

g) Definition der Analyseeinheit

Die für die Analyse relevanten Passagen der Rückmeldungen der Patienten, Angehörigen und Besucher werden anhand der in Kapitel 5.2.1 erarbeiteten Kriterien ausgewählt. Textteile, die derartige oder ähnliche Formulierungen enthalten, werden in die Auswertung einbezogen. Alle sonstigen Textpassagen, die keinen Zusammenhang zur Fragestellung haben, werden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

h) Analyse und Interpretation des Materials

Die auf diese Weise ausgewählten Textpassagen der Beschwerden werden zunächst im Originalwortlaut übernommen und in einem Excel-Tabellenblatt erfasst. Zudem werden weitere Informationen zum Beschwerdeführer und der Beschwerde erfasst, auf die in Kapitel 6.1 in Form von quantitativen Auswertungen aber bereits eingegangen wurde.

Textteile, die im Hinblick auf die Forschungsfrage irrelevant sind, werden ausgelassen und mit den Zeichen „[...]“ gekennzeichnet. Dazu zählen beispielsweise Ausführungen zu speziellen Krankheitsbildern, die für die Auswertung der Beschwerdegründe nicht von Interesse sind, oder positive Anmerkungen, die zum Teil im Rahmen einer Beschwerde ebenso gemacht werden. Die Beschwerden werden jeweils mit einer laufenden Nummer nummeriert. Teilweise werden innerhalb einer Beschwerde mehrere Aspekte und somit Problemkategorien angesprochen. Diese Textteile werden getrennt, erhalten aber die gleichen Nummern.

In jeder Textpassage werden wichtige Schlagworte hervorgehoben. Dadurch soll die Darstellung übersichtlicher werden und schneller erkennbar sein, was der zentrale Inhalt der Beschwerde ist.

Im Hinblick auf eine spätere Priorisierung der Beschwerdegründe wird anhand jeder Aussage versucht, zusätzlich den jeweiligen Grad der Verärgerung des Beschwerdeführers einzu-

¹⁸⁵ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 83f.

schätzen. Durch bestimmte Formulierungen und Andeutungen der Beschwerdeführer sollen Rückschlüsse auf die Relevanz des Beschwerdegrunds gezogen werden. Da diese Beurteilung nicht von den Patienten selbst vorgenommen werden kann, besteht allerdings die Gefahr einer eher subjektiven Einordnung.¹⁸⁶ Die Verärgerung soll anhand einer Skala von 1,0 bis 3,0 in 0,5er-Schritten bewertet werden. Eine höhere Genauigkeit könnte nicht gewährleistet werden. Dabei stellt die Stufe 1,0 den niedrigsten Grad der Verärgerung dar und 3,0 den höchsten. Enthält eine Beschwerde beispielsweise Wendungen wie „Es wäre schön gewesen, wenn.“, „Gestört hat mich nur.“, „Leider.“, „Vielleicht könnte das verbessert werden“, so wird sie mit dem Wert 1,0 bewertet. Kann sie jedoch als besonders schwerwiegend eingestuft werden und enthält Formulierungen, die in Kapitel 5.2.1 als Kriterien für dringenden Handlungsbedarf und Information der Geschäftsführung festgelegt wurden, wird ihr eine 3,0 zugeteilt. Alle weiteren Äußerungen werden dementsprechend dazwischen eingestuft.

In einem nächsten Schritt werden die unterschiedlich langen Textausschnitte zusammengefasst und auf ihre jeweilige Kernaussage reduziert. Anhand der markierten Schlagworte sowie der gekürzten Beschwerdeinhalte werden die Aussagen anschließend jeweils einer entsprechenden Unterkategorie zugeordnet. Aussagen, die sich ähneln und sich auf vergleichbare Sachverhalte beziehen, werden den gleichen Kategorien mit gleicher Formulierung zugeordnet. Nach der Zuordnung jeder Aussage zu einer Kategorie werden Kategorien, die sich unter einem übergeordneten Begriff zusammenfassen lassen, einer Hauptkategorie zugeteilt.

Aussagen, die sich auf individuelle Einzelfälle beziehen oder Beschwerdegründe, die nur sehr vereinzelt genannt werden und keiner Hauptkategorie zugeordnet werden können, werden unter der Kategorie „Sonstiges“ erfasst.

Mayring empfiehlt, nach rund 10 bis 50 % des Materials die bisher gebildeten Kategorien zu überprüfen.¹⁸⁷ Nach 30 der insgesamt 132 Beschwerden (22,7 % der Gesamtmenge) werden die bis dahin erarbeiteten Kategorien überprüft, wobei auffallend ist, dass nur noch wenige neue Kategorien gebildet werden und sich die jeweils beschriebenen Problembereiche wiederholen. Ebenso erscheinen die bisher gebildeten Kategorien im Hinblick auf einen vorläufigen Vergleich mit den Schemata anderer Krankenhäuser plausibel (vgl. Tabelle 5). Die Analyse kann somit fortgesetzt werden.

Nach Abschluss der Zuordnung von Kategorien, werden alle gebildeten Kategorien nochmals überprüft und doppelte Nennungen gestrichen, sodass sich schließlich das in Tabelle 6 dargestellte endgültige Kategorienschema ergibt:

¹⁸⁶ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 286f.

¹⁸⁷ Vgl. Mayring, P. (2010), S. 84

Medizinisch-pflegerische Behandlung	Personal
Diagnostik Arzneimittelversorgung Monitoring Physiotherapie Sturz des Patienten	Fachkompetenz Sozialkompetenz Verhalten Patientenbetreuung
Organisation	Ausstattung
Information Wartezeit Besuchsregelung Weckzeiten Interne Regelung Zimmerbelegung Wechselndes Personal/Kommunikation Entlassung	Krankenhauseinrichtung Zimmereinrichtung Medizinische Geräte TV/Radio Klimatisierung
Hygiene	Bauliche Gegebenheiten
Reinigung Wechsel Bettwäsche	Außenbereich Innenbereich
Verpflegung	Sonstiges
Geschmack Fehllieferung Portionsgröße Angebot	Service Beschilderung Wegezeiten Leistungsangebot Parksituation Transportfahrzeuge Intimsphäre Sicherheit Brückenpflege

Tab. 6: Kategorienschema der Beschwerden der Kliniken GmbH¹⁸⁸

Anlage 16 zeigt nochmals einen Überblick über das gesamte Kategoriensystem in Verbindung mit Beispielen für Kernaussagen, die unter die jeweiligen Kategorien fallen.

Die zuvor angesprochene Validität der Analyse kann durch einen Vergleich mit den Kategorienschemata der anderen Kliniken überprüft werden. Dabei wird ersichtlich, dass insbesondere die gebildeten Hauptkategorien den zuvor angeführten anderen Kategoriensystemen ähneln.

¹⁸⁸ Eigene Darstellung

Die erarbeiteten Kategorien der Beschwerden der Kliniken GmbH stellen sich durch die Anzahl an Unterkategorien allerdings differenzierter dar.

6.3 Priorisierung der Beschwerdegründe

Nachdem feststeht, worauf sich die Beschwerden der Patienten, Angehörigen und Besucher beziehen, muss entschieden werden, in welchen Bereichen Maßnahmen umgesetzt werden können und sollen. Da nicht jedem Patientenwunsch nachgegangen werden kann, sollen die erarbeiteten Beschwerdegründe nach verschiedenen Kriterien priorisiert werden.

Eine erste Möglichkeit stellt die Auswertung der Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Problemkategorien dar. Dabei wird angenommen, dass ein Problembereich umso wichtiger ist, je häufiger er vorkommt.¹⁸⁹ Für die Beschwerden der Kliniken GmbH ergibt sich dazu das in Anlage 17 dargestellte Bild. Die folgende Tabelle 7 zeigt die vier häufigsten Problembereiche mit den jeweils zwei häufigsten Unterkategorien.

Organisation	Σ 45
Information	14
Wartezeit	13
Ausstattung	Σ 43
Krankenhauseinrichtung	7
Zimmereinrichtung	26
Personal	Σ 37
Patientenbetreuung	20
Sozialkompetenz	12
Verpflegung	Σ 29
Geschmack	16
Fehllieferung	7

Tab. 7: Häufigste Problemkategorien¹⁹⁰

Die ausgewerteten Beschwerden beziehen sich also vor allem auf die Bereiche Organisation, Ausstattung, Personal sowie Verpflegung und damit insbesondere auf die Service-Qualität. Daraus kann geschlossen werden, dass Patienten eine gute medizinische Behandlung voraussetzen und besonders eine mangelnde Qualität zusätzlicher Leistungen sowie der Rahmenbedingungen negativ in Erinnerung bleibt und Anlass für Beschwerden bietet.

¹⁸⁹ Vgl. Töpfer, A. (2006), S. 573

¹⁹⁰ Eigene Darstellung

Die Verteilung aller Hauptkategorien der Beschwerdegründe wird in Abbildung 14 mithilfe eines Pareto-Diagramms veranschaulicht.

In nachfolgendem Diagramm sind die Hauptkategorien der Häufigkeit nach sortiert und als Balken dargestellt. Zusätzlich zeigt das eingefügte Liniendiagramm deren kumulierte Summen.¹⁹¹ Die ersten vier Hauptkategorien machen dieser Abbildung nach mit rund 70 % den Großteil der Gesamtproblematik aus.

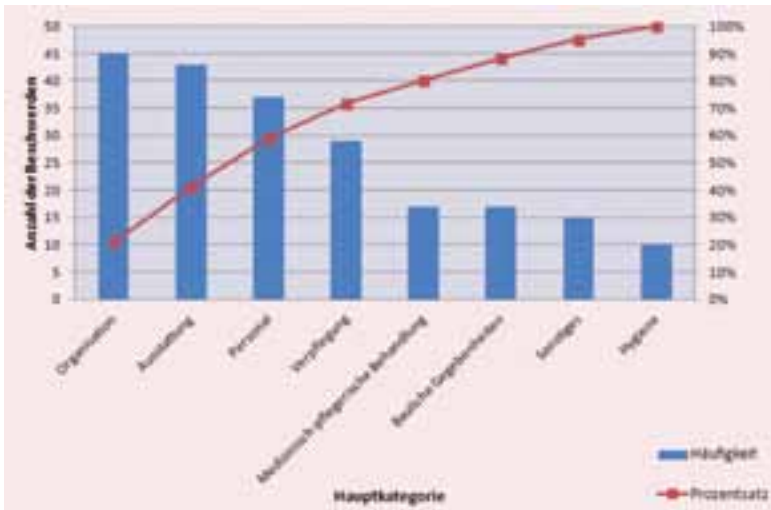


Abb. 14: Pareto-Diagramm der Beschwerdegründe¹⁹²

Neben der Häufigkeit des Auftretens einer Problemkategorie spielt auch die Bedeutung des jeweiligen Mangels für die Beschwerdeführer eine wichtige Rolle. Eine Auswertung nach dem eingeschätzten Grad der Verärgerung der Beschwerdeführer (siehe Tabelle 8) zeigt, dass sich mit einer Anzahl von 54 der größte Anteil der 132 Beschwerden auf Probleme bezieht, über die die Beschwerdeführer lediglich leicht verärgert waren. Aufgrund des geringen Grads der Verärgerung haben diese Rückmeldungen Ähnlichkeit mit Anregungen oder Verbesserungsvorschlägen. Über 24 Aspekte waren die Beschwerdeführer hingegen stark verärgert. Der Durchschnittswert liegt mit 1,9 im Bereich einer mittelstarken Verärgerung.

¹⁹¹ Nach dem Pareto-Prinzip werden 80 % der Beschwerden von 20 % der Problemursachen ausgelöst, vgl. Brachetti, H.; Wiegran, A. (2010), S. 70

¹⁹² Eigene Darstellung

Relevanz	Häufigkeit
1	54
1,5	44
2	49
2,5	42
3	24
Ø Relevanz 1,9	

Tab. 8: Auswertung nach dem Grad der Verärgerung¹⁹³

Die Daten in Bezug auf die Häufigkeit der Problemkategorien sowie die bewertete Relevanz der jeweiligen Mängel können im Rahmen einer Frequenz-Relevanz-Analyse verwendet werden. Dazu wird in Abbildung 15 die Häufigkeit einer Hauptkategorie mit der jeweils empfundenen Wichtigkeit in Relation gesetzt. Auf der horizontalen Achse wurde dazu die prozentuale Häufigkeit des Auftretens des Problems eingetragen und auf der vertikalen Achse der jeweils berechnete durchschnittliche Grad der Verärgerung und damit die Relevanz des Problems.¹⁹⁴

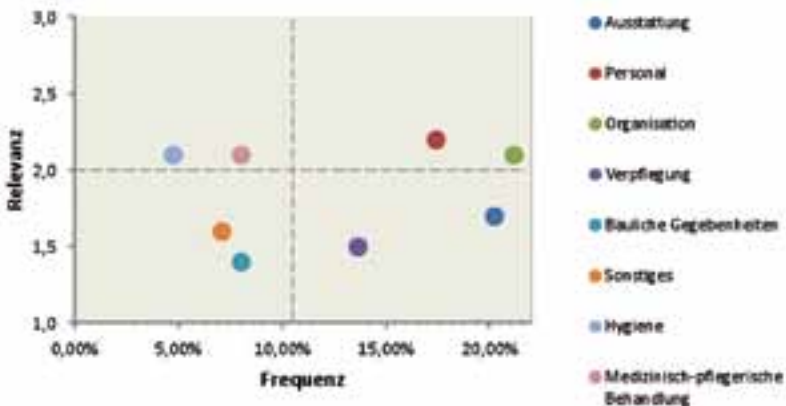


Abb. 15: Frequenz-Relevanz-Analyse der Beschwerdegründe¹⁹⁵

Der obigen Abbildung zufolge sind Maßnahmen in den Kategorien Personal und Organisation am dringendsten erforderlich, da sich die Werte im rechten oberen Quadranten befinden. An-

¹⁹³ Eigene Darstellung

¹⁹⁴ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 292

¹⁹⁵ Eigene Darstellung

schließlich kann überlegt werden, welche weiteren Problembereiche näher betrachtet werden sollen. Entweder diejenigen, die besonders relevant sind und seltener vorkommen, oder diejenigen, die zwar weniger relevant sind, sich dafür aber häufen. In diesem Fall fällt die Entscheidung für Maßnahmen im Rahmen der Ausstattung sowie der Verpflegung. Die Wichtigkeit, mit der Maßnahmen im Bereich der Verpflegung umgesetzt werden sollten, wird unterstützt durch das Ergebnis einer durch das Picker-Institut durchgeführten Umfrage. Demnach ist das Essen an fünfter Stelle der Faktoren, die die Weiterempfehlungsbereitschaft eines Patienten beeinflussen und damit noch vor der Sauberkeit oder der Zimmeratmosphäre.¹⁹⁶

Probleme im Bereich „Medizinisch-pflegerische Behandlung“ und „Hygiene“ sind zwar äußerst relevant, allerdings häufig auf individuelle Einzelfälle zurückzuführen, was es schwierig macht, gesammelt Maßnahmen zu entwickeln. Die Mängel, die unter die Kategorie „Sonstiges“ gefallen sind, sind zwar teilweise auch bedeutsam, aber zumeist sehr selten und oft ebenso Einzelfälle. Zumeist wurde auf die Beschwerden in den Kategorien „Medizinisch-pflegerische Behandlung“ und „Hygiene“ auch schon entsprechend reagiert, da es sich dabei häufig um schwerwiegende Beschwerden handelt, von denen auch die Geschäftsführung in Kenntnis gesetzt wurde.

Der Problembereich „Bauliche Gegebenheiten“ ist gemeinsam mit der Kategorie „Medizinisch-pflegerischer Behandlung“ an fünfter Stelle von der Häufigkeit her betrachtet, aber nicht sehr ausschlaggebend für die Beschwerdeführer. In Bezug auf bauliche Gegebenheiten existieren nur sehr eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten. Beschwerden in diesem Bereich beziehen sich insbesondere auf die Größe der Badezimmer in den Patientenzimmern, welche nur durch einen Umbau zu ändern wäre. Am größten Standort der Kliniken wird derzeit zudem ein neues Bettenhaus gebaut, durch welches eventuell Beschwerden diesbezüglich reduziert werden können.

Die vorangehenden Ausführungen führen zu der Entscheidung, dass in den Bereichen Personal, Organisation, Ausstattung sowie Verpflegung Handlungsbedarf und -spielraum besteht. Es werden im Folgenden jeweils die beiden häufigsten sowie relevantesten Probleme dieser Hauptkategorien behandelt.

¹⁹⁶ Vgl. o.V. (o.J.), <http://www.bks.tu-berlin.de> (Stand: 13.03.2013), S. 17

6.4 Ableitung geeigneter Maßnahmen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit

6.4.1 Übersicht über Handlungsempfehlungen

In diesem Kapitel sollen die vorab priorisierten Bereiche näher betrachtet werden, um die häufigsten sowie relevantesten Beschwerdegründe zukünftig zu reduzieren. Dazu müssen zunächst jeweils die Ursachen der einzelnen ausgesuchten Probleme analysiert werden, wozu sich die Erstellung sogenannter Ishikawa-Diagramme eignet.¹⁹⁷ Die erstellten Abbildungen zur Ursachenanalyse der verschiedenen Problembereiche befinden sich im Anhang unter Anlage 18. Die Ursachen, die am wahrscheinlichsten erscheinen und auf die im Folgenden eingegangen werden soll, sind jeweils grün markiert. Auf Grundlage dieser wesentlichen Ursachen sollen nachfolgend mehrere Handlungsempfehlungen gegeben werden. Einen Überblick über die entwickelten Ansätze bietet Tabelle 9.

Problembereich	Handlungsempfehlung
I) Personal a) Patientenbetreuung: Mangelnde Sorgfalt und nicht ausreichend Zeit bei der Betreuung der Patienten	Entlastung des Pflegepersonals durch zusätzliche Hilfskräfte; verstärktes Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen; Überprüfung des Arbeitszeitmodells und des Pflegesystems
b) Sozialkompetenz: Unfreundlichkeit mancher Mitarbeiter	Entlastung der Pflegekräfte; Schulungen im Bereich Sozialkompetenz
II) Organisation a) Information: Mangelnde Erklärungen zu Behandlungsverlauf und Untersuchungsergebnissen	Überarbeitung und Verbesserung des Informationsflusses; Erstellung von Informationsmaterialien
b) Wartezeit: Zu lange Wartezeiten, zum Beispiel in Notaufnahme und zwischen Untersuchungen	Optimierung des Termin- und Zeitmanagements; Analyse der Wartezeiten in relevanten Bereichen
III) Ausstattung a) Zimmereinrichtung: Insbesondere alte Betten und abgenutzte Bettwäsche	Überprüfung, inwiefern Modernisierung erforderlich und möglich ist
b) Krankenzimmereinrichtung: Zum Beispiel Sitzgelegenheiten in Eingangsbereich und Notaufnahme	
IV) Verpflegung a) Geschmack der Mahlzeiten: Vor allem Mittagessen nicht schmackhaft	Angebot von zusätzlichen Wahlmenüs gegen Aufpreis; Schulungen des Küchenpersonals
b) Fehllieferungen: Es werden nicht die bestellten Mahlzeiten geliefert	Optimierung der Kommunikation zwischen Küche und Station; Schulungen im Umgang mit Gästen zur Speisenbestellung

Tab. 9: Übersicht über Handlungsempfehlungen¹⁹⁸

¹⁹⁷ Vgl. Stauss, B.; Seidel, W. (2007), S. 299ff.

¹⁹⁸ Eigene Darstellung

6.4.2 Optimierung der Patientenbetreuung und Steigerung der Sozialkompetenz der Mitarbeiter

In der Beschwerdekategorie „Personal“ stellt eine unzureichende Patientenbetreuung, insbesondere durch die Pflegekräfte, den häufigsten Beschwerdegrund dar. Wie aus Anlage 18/1 hervorgeht, können die Ursachen für diesen Problembereich sehr vielfältig sein.

Mangelnde Sorgfalt sowie nicht ausreichend Zeit bei der Betreuung der Patienten können unter anderem auf eine Überlastung des Klinikpersonals hindeuten. Diese wiederum kann beispielsweise auf Personalmangel durch krankheitsbedingte Fehlzeiten der Mitarbeiter, den herrschenden Fachkräftemangel oder die finanziellen Bedingungen der Kliniken zurückzuführen sein. Hohe Patientenzahlen, eine Fehlorganisation der Arbeitsabläufe oder der hohe administrative Aufwand für die medizinischen Berufsgruppen können aber ebenso eine Rolle spielen.

Die starke Belastung der Pflegekräfte durch einen Mangel an Personal ist nicht nur für die betrachteten Kliniken von großer Bedeutung, sondern für die überwiegende Anzahl aller Krankenhäuser. In den vergangenen Jahren wurden bei einem gleichzeitigen Anstieg der Patientenzahlen zunehmend Pflegestellen abgebaut. Dadurch kommt es zu einer sehr starken Belastung und einer hohen Arbeitsdichte der Pflegekräfte. Vermutlich wird sich diese Entwicklung in Zukunft noch weiter verstärken, da der Anteil der über 50-Jährigen im Pflegebereich sehr hoch ist.¹⁹⁹

In Bezug auf diese Situation ist das Verständnis der Beschwerdeführer vergleichsweise groß, wie zum Teil aus den Beschwerdeformulierungen hervorgeht. Vielen ist bewusst, dass diese Entwicklung insbesondere durch Entscheidungen der Gesundheitspolitik bedingt ist und die Möglichkeiten der Personalaufstockung für die Kliniken begrenzt sind.

Da durch die Überlastung der Pflegekräfte die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung beeinflusst werden kann, müssen von Seiten der Kliniken geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die Betreuung und Versorgung der Patienten unter den gegebenen wirtschaftlichen Bedingungen bestmöglich zu gestalten. Diesbezüglich wäre es möglich, vermehrt Personal einzustellen, das die Pflegekräfte unterstützt und diejenigen Tätigkeiten übernimmt, die nicht zwangsläufig von examinierten Pflegekräften ausgeführt werden müssen, wie zum Beispiel die Verteilung der Mahlzeiten oder das Wechseln der Bettwäsche. Bei der Personalausstattung im Pflegebereich sollte deshalb auf einen Qualifikationsmix geachtet werden. Dazu kommt beispielsweise die zusätzliche Einstellung von Krankenpflegehelfern, Praktikanten, Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst, Hilfskräften oder ehrenamtlichen Mitarbeitern in Betracht, die für ein geringeres Gehalt beschäftigt werden können. Derartige Mitarbeiter könnten außerdem den Patienten verstärkt Aufmerksamkeit bieten und sich zum Beispiel mit betreuungsintensiven Patienten, wie Patienten mit Demenz, besonders beschäftigen, beispielsweise in Form von Gesprächen.

¹⁹⁹ Vgl. Isfort u.a. (2009), <http://www.dip.de> (Stand: 17.03.2013), S. 2ff.

Weiterhin sollten die Arbeitszeitmodelle überdacht und eventuell flexibler gestaltet werden, um ausreichend Zeit für die Patientenbetreuung gewährleisten zu können. Es wäre sinnvoll, eine Analyse durchzuführen, zu welchen Tageszeiten der Arbeitsanfall besonders hoch ist und welche Tätigkeiten wann anfallen. Anschließend könnten die Dienste danach ausgerichtet werden, um Überlastung zu vermeiden. Die Personalmenge sollte jeweils an den Arbeitsumfang angepasst werden. In diesem Zusammenhang sind die von den Kliniken seit rund einem Jahr regelmäßig durchgeführten sogenannten „runden Tische“ von Bedeutung. Bei diesen Treffen kommen Führungskräfte aus den Pflegeberufen mit allen interessierten Mitarbeitern zusammen, um über aktuell relevante Themen im Bereich der Pflege zu diskutieren. Dieses Angebot sollte künftig ausgebaut und die Arbeitszeitgestaltung weiterhin mit in die Besprechungen aufgenommen werden. Jeder Mitarbeiter kann dadurch Vorschläge einbringen, die zu einer optimierten Organisation der Arbeitsabläufe führen können.

In Bezug auf eine verbesserte Gestaltung der Patientenbetreuung wird zudem aktuell das Pflegesystem „Primary Nursing“²⁰⁰ eingeführt. Dieses Modell soll eine bessere Strukturierung der Prozesse gewährleisten und dadurch zu einer höheren Qualität der Patientenversorgung und Zufriedenheit der Pflegekräfte führen.

Gleichzeitig sollte versucht werden, den Pflegekräften einen Ausgleich zu bieten, um krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren bzw. diesen vorzubeugen und die Motivation der Mitarbeiter zu erhöhen. Auf diese Weise kann durch Fehlzeiten entstehender Personalmangel vermieden werden. Dazu eignen sich unter anderem verschiedene gesundheitsfördernde Maßnahmen. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements der Kliniken GmbH existiert bereits ein Programm mit vielfältigen Angeboten. Mitarbeiter haben zum Beispiel die Möglichkeit, an vergünstigten Kursen in Fitnessstudios oder an verschiedenen Programmen zur Entspannung teilzunehmen. Diese Angebote sollten speziell im Hinblick auf die Bedürfnisse und Ansprüche der Pflegekräfte geprüft, entsprechend angepasst und ggf. ausgeweitet werden. Ausgeglichenheit und Motivation sind die Voraussetzung für ein patientenorientiertes Verhalten der Pflegekräfte. Stress und Hektik können unfreundliches Verhalten bedingen, was den zweithäufigsten Beschwerdegrund in der Kategorie „Personal“ darstellt. Beschwerden in Bezug auf mangelnde Sozialkompetenz des Personals könnten daher sicherlich auch durch Maßnahmen mit dem Ziel der Entlastung der Mitarbeiter reduziert werden.

Wenn sich auf Stationen Beschwerden über unfreundliches Personal jedoch häufen, sollten die Ursachen und Einflussfaktoren dafür gründlich analysiert, Gespräche geführt und gegebenenfalls Schulungen zum Themenbereich der Sozialkompetenz durchgeführt werden.

²⁰⁰ Primary Nursing zeichnet sich im Gegensatz zur Funktionspflege dadurch aus, dass eine bestimmte Pflegekraft für eine begrenzte Anzahl an Patienten während deren gesamtem Aufenthalt verantwortlich ist. Vorteile dieser Form der Organisation sind insbesondere die verstärkte Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Pflegekraft, was zu einer erhöhten Zufriedenheit führen kann; vgl. Hein, B. (2011), S. 59, Sp. 2f.

6.4.3 Verbesserung der Organisation der Behandlungsabläufe

Die Beschwerden in der Problemkategorie „Organisation“ betreffen vor allem unzureichende Informationen in verschiedenen Bereichen sowie zu lange Wartezeiten.

Um die Patienten und Angehörigen besser über den Stationsablauf zu informieren, könnten zum Beispiel Flyer oder Informationsblätter erstellt werden, auf denen alle relevanten Informationen zusammengefasst sind. Dazu zählen unter anderem Informationen zu den Weckzeiten, Essenszeiten und der Bestellung von Mahlzeiten sowie den Visiten. Diese Informationen sollten in jedem Patientenzimmer ausgelegt werden. Ähnliche Flyer könnten auch zu besonders häufigen Krankheitsbildern entwickelt werden. Darin könnten die wichtigsten Verhaltenshinweise nach einer bestimmten Behandlung oder einer Operation aufgelistet sein. Patienten können sich am Tag der Entlassung oft nicht alle mündlich gegebenen Hinweise merken und könnten diese dann nochmals nachlesen.

In Bezug auf eine nicht ausreichende medizinische Aufklärung und eine späte Information über Untersuchungsergebnisse der Patienten und Angehörigen sollte das Personal, vor allem die Ärzte, auf die Wichtigkeit dieser Faktoren hingewiesen werden. Dies könnte zum Beispiel im Rahmen einer Sitzung erfolgen.

Zusammenfassend sollte versucht werden, den Informationsfluss zu überarbeiten und zu verbessern.

Lange Wartezeiten werden besonders in der Notaufnahme sowie zwischen verschiedenen Untersuchungen bemängelt, zum Beispiel vor einer Sonographie. Um die Wartezeiten zu reduzieren, sollte das Termin- und Raummanagement optimiert werden. Bisher werden Patienten zum Teil gesammelt morgens zu einer Untersuchung bestellt und müssen anschließend lange warten. Besser wäre es, gezielt Termine zu vergeben und die Patienten mittels des internen Transportdienstes zu den jeweiligen Zeiten bringen zu lassen.

In Bereichen, in denen sich Beschwerden über unangemessen lange Wartezeiten häufen, sollten Prozessanalysen durchgeführt werden, um die Ursachen genauer eingrenzen zu können.

6.4.4 Modernisierung der Ausstattung und Einrichtung

Beschwerden der Kategorie „Ausstattung“ betreffen an erster Stelle die Einrichtung der Patientenzimmer. In diesem Bereich sollte geprüft werden, inwiefern eine Modernisierung erforderlich und finanziell möglich ist. Ein Austausch vergleichsweise häufig kritizierter abgenutzter Bettwäsche sollte in diesem Bereich durchführbar sein. Schwieriger gestaltet sich eine Umrüstung aller Patientenzimmer auf elektronisch verstellbare Betten.

Weiterhin sollte im Bereich der sonstigen Krankenhauseinrichtung die Sitzgarnitur sowohl im Eingangsbereich und Wartebereich vor der Patientenaufnahme als auch in der Notaufnahme überprüft werden.

6.4.5 Steigerung der Qualität der Verpflegung und Vermeidung von Fehllieferungen

Eine gute Ernährung trägt entscheidend zum Wohlbefinden der Patienten bei und vollwertige Mahlzeiten können eine Genesung unterstützen. Patienten freuen sich während ihres Klinikaufenthalts auf die Mahlzeiten, da diese gewissermaßen das „Highlight“ des Tages darstellen. Umso wichtiger ist daher die Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf die Verpflegung.

Der Großteil der Beschwerden in diesem Bereich bezieht sich auf den Geschmack der Mahlzeiten. Diesbezüglich ist es besonders schwierig, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, da jeder Patient andere Vorstellungen von einer schmackhaften Verpflegung hat. Die Tatsache, dass nicht nur Beschwerden, sondern auch zahlreiches Lob in Bezug auf die Qualität der Verpflegung eingeht, verdeutlicht diese Aussage. Zudem lässt sich feststellen, dass auch die Inhalte der Beschwerden sehr vielfältig sind. Wo zum Beispiel einem Patienten die Mahlzeiten zu salzig sind, sind sie einem anderen zu wenig gewürzt.

Aktuell erfolgen bereits verstärkt Bemühungen, eine hochwertige und abwechslungsreiche Verpflegung zu gewährleisten. Die Patienten haben täglich die Wahl zwischen vier verschiedenen Menüs, wobei ein speziell für Diabetiker konzipiertes Essen sowie eine vegetarische Mahlzeit enthalten sind. Zusätzlich werden verschiedene Vorspeisen, Salate und Desserts angeboten.

Um den Ansprüchen einer größeren Zahl an Patienten gerecht zu werden, könnten Schulungen des Küchenpersonals durchgeführt werden. Es könnten zudem entweder dauerhaft oder zumindest in regelmäßigen Abständen besondere zusätzliche Wahlmenüs angeboten werden, die gegen einen bestimmten Aufpreis bestellt werden könnten.

Im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Qualität der Verpflegung ist die aktuelle Entscheidung der Geschäftsführung von Bedeutung, nach der die Speisensversorgung der Kliniken voraussichtlich an einen externen Anbieter übergeben wird. Dies stellt sowohl ein Risiko als auch gleichzeitig eine Chance in Bezug auf die geschmackliche Entwicklung der Mahlzeiten dar. Daher sollte besonders Wert auf eine sorgfältige Auswahl des neuen Anbieters gelegt werden, um die Anzahl eingehender Beschwerden aufgrund der Verpflegung zukünftig nicht weiter zu erhöhen.

Da der Geschmack der Patienten sehr unterschiedlich ist, gestaltet es sich schwierig, jedem gerecht zu werden. Mehr Handlungsspielraum besteht im Fall von Fehllieferungen von Mahlzeiten. Die Speisen werden durch das Pflegepersonal elektronisch bestellt. Bei widersprüchlichen oder falschen Eingaben werden andere Mahlzeiten geliefert als bestellt wurden. Das Personal

muss im Umgang mit den Geräten zur Speisenbestellung geschult werden, um fehlerhafte Eingaben zu reduzieren. Zusätzlich muss die Kommunikation zwischen Küche und Stationen verbessert werden. Im Fall von Fehllieferungen müssen Stationen sich unmittelbar mit der Küche in Verbindung setzen, um weitere Fehllieferungen zu vermeiden.

6.4.6 Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlungen

Nicht alle der zuvor aufgeführten Handlungsempfehlungen lassen sich unmittelbar und leicht in die Praxis umsetzen. Zur besseren Einschätzung der Umsetzbarkeit der einzelnen Maßnahmen soll die folgende Abbildung 16 dienen. Sie bietet eine Hilfe bei der Entscheidung für oder gegen die Initiierung der jeweiligen Maßnahmen.



Abb. 16: Praktische Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlungen²⁰¹

Mehrere Ansätze sind vergleichsweise leicht umzusetzen. Dazu gehören beispielsweise die Optimierung des Informationsflusses, die Vermeidung der Lieferung nicht bestellter Mahlzeiten

²⁰¹ Eigene Darstellung

sowie die Verbesserung des Termin- und Zeitmanagements. Die Umsetzung der übrigen Maßnahmen, insbesondere der Modernisierung der Einrichtung oder der Verbesserung des Geschmacks der Mahlzeiten, gestaltet sich hingegen aus den bereits genannten Gründen deutlich schwieriger. Besonders die begrenzten finanziellen Mittel spielen dabei eine Rolle.

6.5 Fazit aus der Beschwerdeauswertung und der Ableitung von Handlungsempfehlungen

Nachdem in Kapitel 6 der zweite Schwerpunkt der Arbeit bearbeitet wurde, soll nochmals eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse erfolgen, bevor nachfolgend ein Gesamtfazit gezogen und ein Ausblick gegeben wird.

Eine Untersuchung der mengenmäßigen Verteilung des Beschwerdeaufkommens im Rahmen der Beantwortung der dritten Forschungsfrage hat ergeben, dass die schriftlich vorliegenden Rückmeldungen der vergangenen acht Monate zum Großteil aus dem größten Standort A stammen, von Patienten verfasst und über das ausliegende Meinungsformular geäußert wurden. Jedoch ist besonders auffällig, dass insgesamt deutlich mehr Lob als Beschwerden eingegangen ist. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass für einen großen Anteil der Beschwerden keine Reaktion seitens der Klinik dokumentiert und somit vermutlich auf viele Beschwerden nicht reagiert wurde, obwohl dies aufgrund angegebener Kontaktdaten des Beschwerdeführers möglich gewesen wäre.

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich schließen, dass die Beschwerdestimulierung an allen Standorten, insbesondere aber in den kleineren Kliniken, erweitert werden muss, dass neue Beschwerdekanaäle angeboten werden sollten und der Anteil der Beschwerden, auf die reagiert wird, erhöht werden sollte.

Nachdem die theoretischen Grundlagen der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse erläutert wurden, konnte eine Auswertung der Beschwerdeinhalte erfolgen. Diese Auswertung hat zu einem Kategoriensystem geführt, das diejenigen Problembereiche der Kliniken zusammenfasst, auf die sich die Beschwerden beziehen. Die insgesamt acht Hauptkategorien wurden nach mehreren Kriterien priorisiert, was zu der Erkenntnis führte, dass vor allem in den Bereichen Personal, Organisation, Ausstattung und Verpflegung Handlungsbedarf besteht. Damit konnte die Beantwortung der vierten Forschungsfrage abgeschlossen werden.

Nachdem die wesentlichen Beschwerdebereiche näher analysiert und die Ursachen der einzelnen Probleme untersucht wurden, konnten mehrere Handlungsempfehlungen ausformuliert werden und in Bezug auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden, was zu der Antwort auf die fünfte und damit der letzten Forschungsfrage führte.

7. Kritische Würdigung und Ausblick

Die wesentlichen Ergebnisse der vorangehenden Untersuchungen wurden bereits in Form der beiden Zwischenfazits zusammengefasst (vgl. Kapitel 5.4 sowie 6.5).

Die erste Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war es, Schwachstellen im aktuellen Beschwerdemanagementprozess der Kliniken GmbH zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu entwickeln, um den Prozess umgehend zu verbessern bzw. zukünftig zu optimieren. Die durchgeführte Analyse des derzeitigen Beschwerdemanagementprozesses hat ergeben, dass insbesondere die Initiierung und die Erfassung von Beschwerden ausgeweitet sowie optimiert werden sollte. Weiterhin besteht Handlungsbedarf in Bezug auf die Tätigkeiten im Rahmen des indirekten Beschwerdemanagementprozesses. Mehrere entsprechende Optimierungsmaßnahmen wurden im Rahmen der Arbeit umgesetzt bzw. geplant.

Die erste Zielsetzung konnte demnach erreicht werden, jedoch sollte der Beschwerdemanagementprozess auch in Zukunft in regelmäßigen Abständen evaluiert und kontinuierlich optimiert werden, um eine Anpassung an die sich ständig wandelnden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sicherstellen zu können.

Weiterhin war das zweite Ziel der Arbeit, eingegangene Beschwerden näher zu untersuchen, um die wesentlichen Problembereiche der Kliniken aus den Beschwerdeinformationen zu erkennen und geeignete Maßnahmen zur Reduzierung der Beschwerdegründe abzuleiten. Die Betrachtung der mengenmäßigen Verteilung des Beschwerdeaufkommens im Rahmen der erfolgten Beschwerdeauswertung bestätigte die Notwendigkeit einer verstärkten Beschwerdestimulierung und ergab unter anderem, dass die Anzahl der Beschwerdereaktionen erhöht werden sollte. Die Untersuchung der Beschwerdeinhalte mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse führte zu dem Ergebnis, dass insbesondere in den Problemkategorien Personal, Organisation, Ausstattung und Verpflegung Maßnahmen seitens der Kliniken ergriffen werden sollten. Geeignete Handlungsempfehlungen wurden dazu ausgearbeitet.

Auch die zweite Zielsetzung konnte daher erreicht werden. Zukünftig sollten in gleichmäßigen Intervallen Auswertungen der Beschwerden sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in Bezug auf die Beschwerdeinhalte erfolgen. Deren Ergebnisse sollten für ein Reporting sowie Controlling genutzt und zusätzlich in Form eines Benchmarkings auch mit Daten von Wettbewerbern verglichen werden.

Es ist jedoch fraglich, ob zukünftig eine regelmäßige Beschwerdeauswertung, insbesondere in der Form, in der sie im Rahmen dieser Arbeit erfolgt ist, gewährleistet werden kann. Vor allem die durchgeführte qualitative Inhaltsanalyse ist eine sehr aufwendige und zeitintensive Methodik, die aufgrund fehlenden Personals nicht dauerhaft angewendet werden kann. Aus diesem Grund sollten andere Möglichkeiten zur Beschwerdeauswertung in Betracht gezogen werden, beispielsweise die Anschaffung einer Software. Die mithilfe der durchgeführten Inhaltsanalyse erarbeiteten Kategorien können hierbei als zukünftige Erfassungsgrundlage der Beschwerden dienen.

Die Beschwerdeauswertung im Rahmen dieser Arbeit beschränkt sich auf eine begrenzte Anzahl von Beschwerden. Durch zukünftige Auswertungen kann der Umfang der analysierten Stichprobe erweitert werden. Des Weiteren sollten Periodenvergleiche vorgenommen werden, um die Entwicklung des Beschwerdeaufkommens beurteilen zu können. Im Anschluss an weitere Auswertungen muss bei Bedarf gegebenenfalls eine Überarbeitung und Anpassung des erstellten Kategoriensystems erfolgen.

Die Überprüfung der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse in Bezug auf die Erfüllung der Gütekriterien, insbesondere der Objektivität und Reliabilität, konnte im Rahmen der durchgeführten Untersuchungen nur unvollständig erfolgen, da dies über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinausgegangen wäre. Die Erfüllung der genannten Gütekriterien sollte daher im Anschluss noch geprüft werden. Beispielsweise durch eine Beschwerdeauswertung mithilfe einer anderen Methodik oder durch weitere Personen.

Generell muss in Zukunft das Beschwerdemanagement verstärkt in die Unternehmensstrategie der Kliniken integriert werden und bei der Unternehmensleitung einen höheren Stellenwert einnehmen. Damit sich die in Zukunft sicher weiter steigende Bedeutung eines effektiven Beschwerdemanagements für den Unternehmenserfolg bei allen Mitarbeitern verfestigt, ist die Unterstützung der Geschäftsführung notwendig.

Aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit müssen dementsprechend zeitnah Konsequenzen gezogen werden. Die ausgearbeiteten Optimierungsansätze und Handlungsempfehlungen sollten im Rahmen von Sitzungen des obersten Leitungsgremiums diskutiert und im Anschluss gegebenenfalls umgesetzt werden. Dabei sind sowohl Entscheidungen über die Umsetzung der Maßnahmen in Bezug auf einen optimierten Beschwerdemanagementprozess (vgl. Kapitel 5) als auch zur Reduzierung der Beschwerdegründe (vgl. Kapitel 6) zu treffen.

Wenn in Zukunft die Bedeutung des Beschwerdemanagements als entscheidender Erfolgs- und Wettbewerbsfaktor von allen Mitarbeitern erkannt und verstanden wird, können Beschwerden kontinuierlich zur Optimierung der Prozessabläufe und zur Steigerung der Patientenzufriedenheit genutzt werden.

A ANLAGENVERZEICHNIS UND ANLAGEN

<u>Anlagen-Nr.</u>	<u>Benennung</u>	<u>Seite</u>
1	Leitbild der Kliniken GmbH	87
2	Konzept „Allgemeines Beschwerdemanagement der Kliniken GmbH“	87
3	Prozessdarstellung der Ausgangslage des Beschwerdemanagementprozesses	88
4	Aktueller Meinungsbogen der Kliniken GmbH	89
5	Eingangsbestätigung an Beschwerdeführer	90
6	Antwortschreiben an Beschwerdeführer	90
7	Darstellung der Sollkonzeption des Beschwerdemanagementprozesses	91
8	Entwurf eines Plakats zur Beschwerdestimulierung	92
9	Kontaktdaten des Beschwerdemanagements auf der Homepage der Kliniken GmbH	93
10/1	Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik X	93
10/2	Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik Y	93
10/3	Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik Z	93
11	Entwurf eines überarbeiteten Meinungsbogens	94
12	Zeitplanung für die Umsetzung der kurzfristigen Handlungsempfehlungen	95
13	Monatsverlauf der Beschwerde- und Lobeingänge aller Standorte	96
14	Auflistung der Bearbeitungsdauern	97
15/1–15/6	Induktive Kategorienbildung am Beispiel der Beschwerden der Kliniken GmbH	98–121
16/1–16/4	Kategorienschema in Verbindung mit Textstellen	122–125
17	Häufigkeiten der Beschwerdekategorien und Auswertung des Grads der Verärgerung	126
18/1–18/4	Ursachenanalyse anhand von Ishikawa-Diagrammen	127–130

Anlage 1

Leitbild der Kliniken GmbH²⁰²

Anlage 2

Konzept „Allgemeines Beschwerdemanagement der Kliniken GmbH“²⁰³

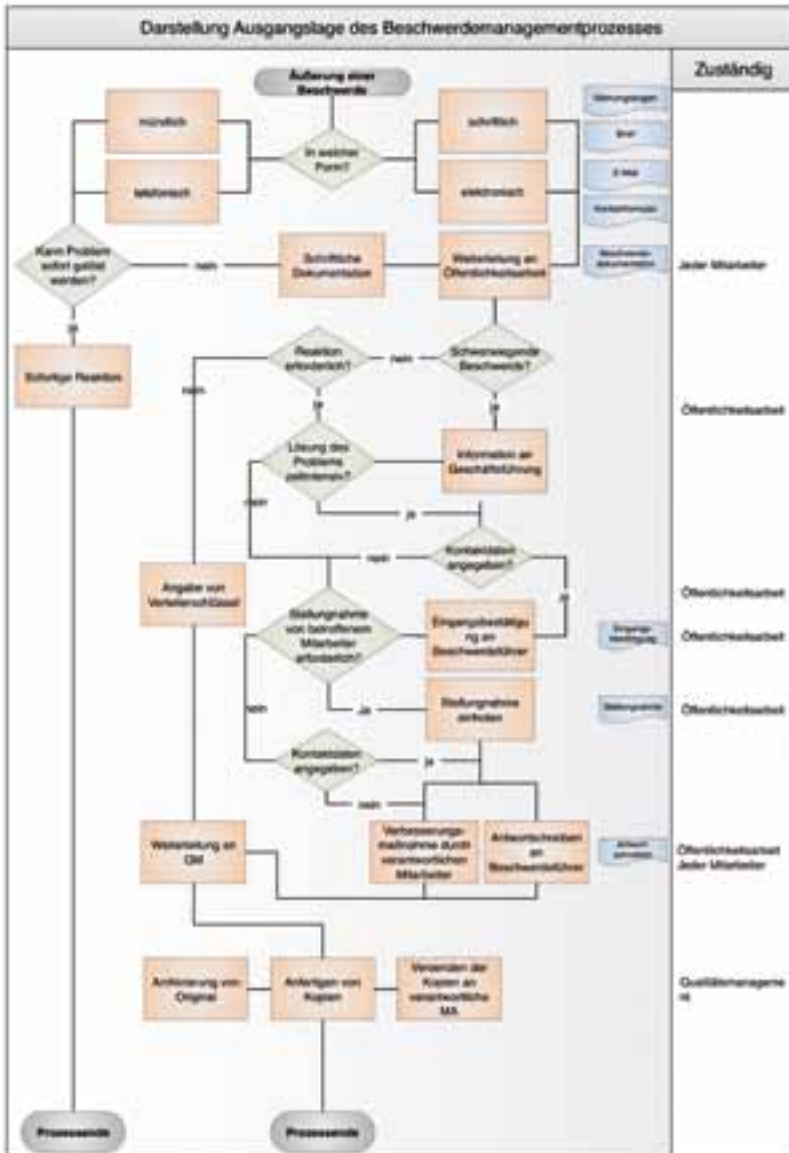
- Die Anlagen 1 und 2 wurden aus Datenschutzgründen entfernt -

²⁰² o.V. (o.J.), Leitbild der Kliniken GmbH

²⁰³ o.V. (2010), Konzept Allgemeines Beschwerdemanagement der Kliniken GmbH, im Intranet abgerufen (Stand: 11.02.2013)

Anlage 3

Prozessdarstellung der Ausgangslage des Beschwerdemanagementprozesses²⁰⁴



²⁰⁴ Eigene Darstellung

Anlage 5

Eingangsbestätigung an Beschwerdeführer²⁰⁶

Anlage 6

Antwortschreiben an Beschwerdeführer²⁰⁷

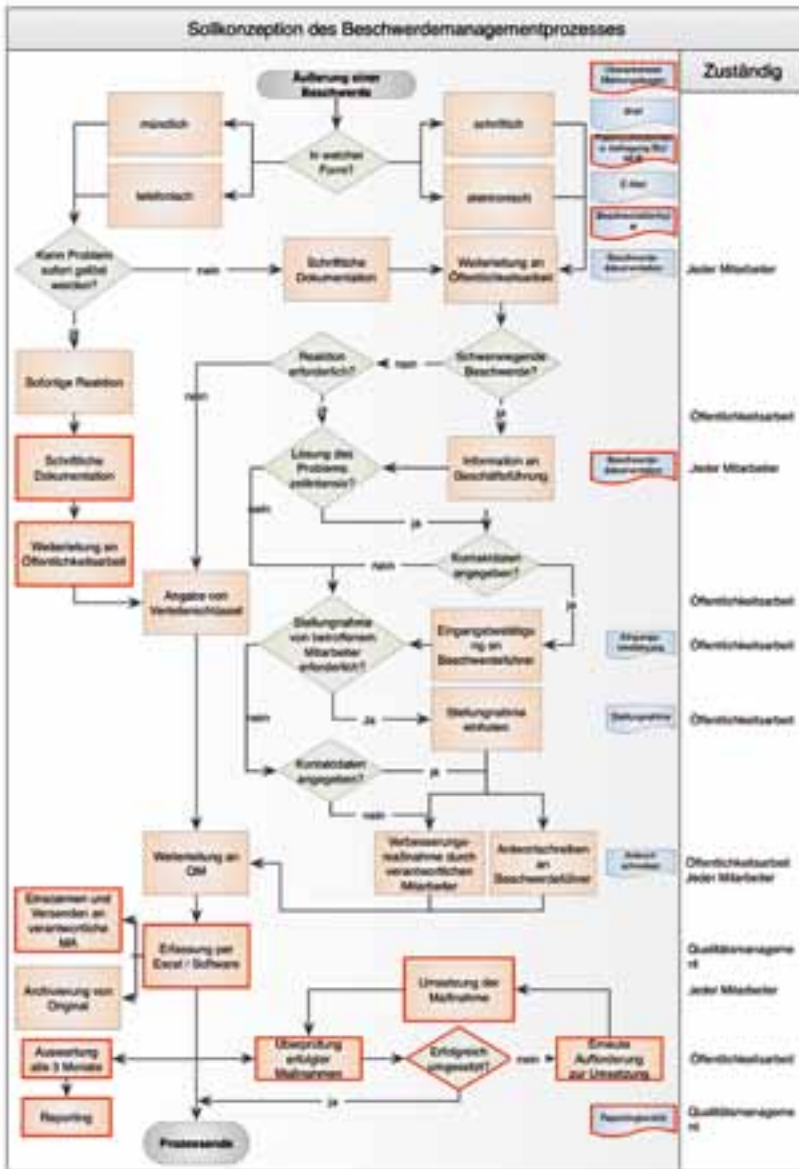
- Die Anlagen 5 und 6 wurden aus Datenschutzgründen entfernt -

²⁰⁶ o.V. (o.J.), Eingangsbestätigung der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit an Beschwerdeführer

²⁰⁷ o.V. (o.J.), Antwortschreiben der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit an Beschwerdeführer

Anlage 7

Darstellung der Sollkonzeption des Beschwerdemanagementprozesses²⁰⁸



²⁰⁸ Eigene Darstellung

Anlage 8

Entwurf eines Plakats zur Beschwerdestimulierung²⁰⁹

Kommunikation Granthaus Öffentlichkeitsarbeit,
Name: ... Tel.: ... E-Mail: ...

Wie gefällt es Ihnen bei uns? Sagen Sie uns Ihre Meinung!

Wir möchten unsere Leistungen kontinuierlich verbessern und nach Ihren Bedürfnissen gestalten...

...helfen Sie uns dabei und nutzen Sie unsere Formulare, um uns Ihre Meinung über Ihren Aufenthalt mitzuteilen!

Ausgefüllte Formulare können Sie direkt an eine/n Mitarbeiter/in weitergeben oder auch anonym in einen der dafür vorgesehenen Briefkästen werfen.

Wir sind Ihnen dankbar für Anregungen, Lob, Kritik und Verbesserungsvorschläge!


Unterschrift
Gesellschaftsleitung


Unterschrift
Öffentlichkeitsarbeit

Ihre Meinung · Ihre Anregung · Ihr Lob · Ihre Beschwerde

²⁰⁹ Eigene Darstellung

Anlage 9

Kontaktdaten des Beschwerdemanagements auf der Homepage der Kliniken GmbH²¹⁰

Anlage 10/1

Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik X ²¹¹

Anlage 10/2

Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik Y ²¹²

Anlage 10/3

Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik Z ²¹³

- Die Anlagen 9 und 10 wurden aus Datenschutzgründen entfernt -

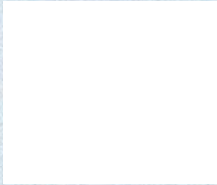
²¹⁰ o.V. (o.J.e), Homepage der Kliniken GmbH (Stand: 26.02.2013)

²¹¹ o.V. (o.J.), Homepage der Klinik X (Stand: 22.02.2013)

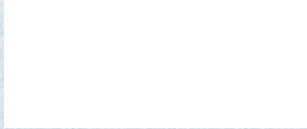
²¹² o.V. (o.J.), Homepage der Klinik Y (Stand: 26.02.2013)

²¹³ o.V. (o.J.), Homepage der Klinik Z (Stand: 22.02.2013)

Ihre Meinung · Ihre Anregung · Ihr Lob · Ihre Beschwerde



Beschwerdemanagement
Kliniken GmbH



Sagen Sie uns Ihre Meinung

Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihre Beschwerde oder Ihr Lob sollen uns helfen, die Leistungen für unsere Patienten zu verbessern. Darum ist es uns wichtig, dass Sie Ihre Meinung schriftlich festhalten und das ausgefüllte Formular an **eine/n Mitarbeiter/in weitergeben**. Dies ist auch anonym möglich. Bitte werfen Sie in diesem Fall das Formular in die dafür vorgesehenen **Briefkästen auf Station oder der Eingangshalle**.

Standort:

Klinikstandort A

Patient/in Angehörige/r Besucher/in Sonstige Person:.....

Abteilung/Station:

Auf welche Kategorie bezieht sich Ihre Rückmeldung?

Freiwillige Angaben zur Person:

Name:

Adresse:

-
-
-
-
-

Wünschen Sie eine Rückmeldung zu Ihrer Meinung?

Ja Nein

Falls ja, bitte unbedingt die Kontaktdaten ausfüllen.

Welche Art von Rückmeldung wollen Sie uns geben?

Lob Beschwerde Verbesserungsvorschlag/Anregung

Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihre Beschwerde, Ihr Lob:

Beschreibung:

Platz für weitere Ausführungen auf der Rückseite

Datum:

Unterschrift:

Beschwerde entgegengenommen von: Formular i.A. ausgefüllt von

Name:

Datum:

Unterschrift:

²¹⁴ In Anlehnung an: o.V. (o.J.), Meinungsbogen der Kliniken GmbH

Anlage 12

Zeitplanung für die Umsetzung der kurzfristigen Handlungsempfehlungen²¹⁵



[Monat]



²¹⁵ Eigene Darstellung

Anlage 13

Monatsverlauf der Beschwerde- und Lobeingänge aller Standorte²¹⁶

	Jul 12	Aug 12	Sep 12	Okt 12	Nov 12	Dez 12	Jan 13	Feb 13
Standort A								
Beschwerden	6	11	6	5	5	3	4	1
Beschwerde und Lob in einer Rückmeldung	8	12	4	9	14	9	5	10
Lob	17	25	14	17	14	13	24	27
Standort B								
Beschwerden	1		1	2		1	1	1
Beschwerde und Lob in einer Rückmeldung	1	1		2	1	2	4	1
Lob	4	1	1	5		1	3	
Standort C								
Beschwerden	1							
Beschwerde und Lob in einer Rückmeldung								
Lob	1				1	1	2	2

²¹⁶ Eigene Darstellung

Anlage 14

Auflistung der Bearbeitungsdauern²¹⁷

Nr.	Monat	Datum Verfassung der Beschwerde	Beschwerderekation	Datum Reaktion	Bearbeitungs- dauer [Tage]
2	7	26.07.2012	Antwortschreiben	30.07.2012	5
3	7	27.07.2012	Antwortschreiben	30.07.2012	4
4	7	21.07.2012	Antwortschreiben	30.07.2012	10
13	7	03.07.2012	Antwortschreiben	16.07.2012	14
14	7	05.07.2012	Antwortschreiben	17.07.2012	13
15	7	10.07.2012	Antwortschreiben	18.07.2012	9
			Stellungnahme	03.09.2012	
18	8	17.08.2012	Antwortschreiben	03.09.2012	18
19	8	31.08.2012	Antwortschreiben	07.09.2012	8
			Eingangsbestätigung	03.09.2012	
			Stellungnahme	06.09.2012	
30	8	31.08.2012	Antwortschreiben	05.10.2012	36
52	8	09.08.2012	Antwortschreiben	10.08.2012	2
			Stellungnahme	14.08.2012	
53	7	30.07.2012	Antwortschreiben	23.08.2012	25
68	10	12.10.2012	Antwortschreiben	26.10.2012	15
			Stellungnahme	02.10.2012	
70	9	28.09.2012	Antwortschreiben	05.10.2012	8
71	10	22.10.2012	Antwortschreiben	05.11.2012	14
72	10	14.10.2012	Antwortschreiben	14.10.2012	1
82	10	02.10.2012	Antwortschreiben	12.10.2012	11
83	11	05.11.2012	Antwortschreiben	23.11.2012	19
			Stellungnahme	19.11.2012	
86	10	25.10.2012	Antwortschreiben	26.11.2012	33
95	11	15.11.2012	Antwortschreiben	03.12.2012	19
104	12	20.12.2012	Antwortschreiben	09.01.2013	21
107	1	29.01.2013	Antwortschreiben	13.02.2013	16
112	1	15.01.2013	Antwortschreiben	22.01.2013	8
			Eingangsbestätigung	08.01.2013	
			Antwortschreiben/ Einladung zu Gespräch		
117	12	27.12.2012		21.01.2013	26
118	11	08.11.2012	Antwortschreiben	03.12.2012	26
131	2	28.02.2013	Antwortschreiben	07.03.2013	8
132	2	28.02.2013	Antwortschreiben	07.03.2013	8
Durchschnitt					14,5

²¹⁷ Eigene Darstellung

Anlage 15/1

Induktive Kategorienbildung am Beispiel der Beschwerden der Kliniken GmbH²¹⁸

Die Tabelle wurde aus Gründen der Lesbarkeit geteilt. Fortsetzung auf den nächsten Seiten.

No.	Datum	Klinikstandort	Nahmer Fachrichtung	Beschwerdekanal	Beschwerdeüber-	Kontaktform	Beschreibung Beschwerde
1	21.07.11	Standort A		Formular	Angehöriger	angenehm	„Ich bin gut in die Poliklinik für die ersten beiden Läufe und die Poliklinik“
2	26.07.11	Standort A		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei den Ärzten nicht so glücklich. Zum einen war ich nicht bei der Untersuchung, dann ich wurde immer und immer wieder von dem Arzt untersucht. Das ist nicht schön. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
3	27.07.11	Standort C		Wortlich	Angehöriger	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
4	21.07.11	Standort A		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
5	27.07.11	Standort A		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
6	21.07.11	Standort B		Formular	Angehöriger	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
7	29.07.11	Standort A		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
8	22.08.11	Standort A		Formular	Beschwerder	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
9	21.07.11	Standort B		Formular	Angehöriger	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
10	21.07.11	Standort B		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
11	21.07.11	Standort B		Formular	Angehöriger	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
12	21.07.11	Standort B		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
13	21.07.11	Standort B		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“
14	21.07.11	Standort A		Formular	Polizei	angenehm	„Ich bin bei der Untersuchung nicht so glücklich. Ich würde mir wünschen, dass ich bei der Untersuchung nicht so oft untersucht werde.“

²¹⁸ Eigene Darstellung

Nr.	Bemerkung	Grad der Notwendigkeit	Unterhaltungsart	Hauptkategorie	Beschwenderaktion	Datum Reaktion
1	Kein Angebot von Kaffee oder Tee für Patienten	1,0	Angebot	Versorgung	keine Reaktion	keine Reaktion
2	Falsches Essen wurde geliefert	1,0	Anlieferung	Versorgung	Anwortschreiben	31.07.12
2	Das Brot hat nicht geschmeckt	1,0	Geschmack	Versorgung		
3	Arzneimittel wurden einem Kind zugewandt	2,0	Arzneimittelversorgung	Medizinisch-therapeutische Behandlung	Begleichung mit Überlärten Anwortschreiben	31.07.12
4	Bettwäsche zu selten gewechselt	1,1	Wechsel Bettwäsche	Hygiene	Anwortschreiben	31.07.12
5	Die Betten haben nicht geschmeckt	1,0	Geschmack	Versorgung	keine Reaktion	keine Reaktion
6	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Personals	2,0	Patientenbetreuung	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
6	Arzneimittel werden verschuttet	2,0	Arzneimittelversorgung	Medizinisch-therapeutische Behandlung		
6	Keine Kontrolle, ob Patienten ihre Medikamenten einnehmen zu wenig Support und Zeit für Patientenbetreuung	2,0	Arzneimittelversorgung	Medizinisch-therapeutische Behandlung		
6	Patienten mit eingeschränkter Mobilität haben Schwierigkeiten, sich im Außenbereich fortzubewegen	2,0	Patientenbetreuung	Personal		
6	Patienten mit eingeschränkter Mobilität haben Schwierigkeiten, sich im Außenbereich fortzubewegen	1,0	Außenbereich	Bauliche Gegebenheiten		
7	Schwester hat vergessen, Patienten zu informieren	1,0	Information	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
8	Der Boden im Behandlungsraum ist schmutzig	2,1	Reinigung	Hygiene	keine Reaktion	keine Reaktion
9	Druckstuhl für Ablieferung von Patienten in Notaufnahme	2,1	Situation	Übliches	Verkehrnahme	21.07.12
10	Jeder Mitarbeiter hat eine andere Meinung, was Patienten unangenehm	1,1	Wechselndes Personal Kommunikation	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
11	Patienten mit eingeschränkter Mobilität haben Schwierigkeiten, sich im Außenbereich fortzubewegen	1,0	Außenbereich	Bauliche Gegebenheiten	keine Reaktion	keine Reaktion
11	Das Pflegepersonal ist aufgrund des Personalmangels überlastet	1,1	Patientenbetreuung	Personal		
11	Zu lange Wartezeit nach Eingehen des Patienten das Pflegepersonal ist aufgrund des Personalmangels überlastet	2,0	Wartzeit	Organisation		
11	Zu lange Wartezeit nach Eingehen des Patienten das Pflegepersonal ist aufgrund des Personalmangels überlastet	1,1	Patientenbetreuung	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
12	Verlegung aufgrund von Platzmangel	2,0	Zimmerverlegung	Organisation		
13	Das Pflegepersonal ist aufgrund des Personalmangels überlastet	2,0	Patientenbetreuung	Personal	Anwortschreiben	31.07.12
13	Die Zimmeraustattung ist alt und nicht gut (Bettuch, Kissen, Stecker usw.). Außerdem kein elektrisch verriegelbares Bett vorhanden	2,0	Zimmerentwicklung	Ausstattung		
14	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Personals	2,1	Patientenbetreuung	Personal	Anwortschreiben	11.07.12

Nr.	Kernaussage	Grad der Befriedigung	Ursachekategorie	Hauptkategorie	Beschwendensart	Bekanntes Reaktions
15	Die Krankentransportfahrzeuge sind sehr alt und beschädigt	2,0	Transportfahrzeuge	Sonstiges	Kontakt zu Firma durch Geschäftsführung	11.07.2012 13.07.2012
16	Die Toiletten werden nicht ausreichend gereinigt	3,3	Reinigung	Hygiene	keine Reaktion	keine Reaktion
17	Beschädigung ist unerblicklich	3,0	Beschädigung	Sonstiges	Antwortschreiben	01.09.12
18	In dem Behandlungsraum der Netzaufnahme darf nur ein Elternteil eintreten	3,0	interne Regelung	Organisation	Stellungnahme Antwortschreiben	01.09.2012 01.09.2012
19	Es ist keine Internet-Abbindung vorhanden	3,3	Service	Sonstiges	Antwortschreiben	01.09.12
19	Es sollte ein Reinigungs-service für eigene Wäsche angeboten werden	3,0	Service	Sonstiges		
19	keine Einverständniserklärung und keine Information zu Umgang mit Immunserumkatheter	2,3	Information	Organisation		
19	Patienten werden erst spät über Untersuchungsprozeduren informiert	2,3	Information	Organisation		
20	Wegweiser im Eingangsbereich ist nicht leuchtend und unübersichtlich	2,0	Krankenhausumrichtung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
21	Essen hat nicht geschmeckt	2,0	Geschmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
21	Wegweiser gehen zu wenig auf Patienten ein	3,3	Schulung/Personel	Personal		
22	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Personals	3,0	Patientenbetreuung	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion

Nr.	Beschreibung	Grad der Wichtigkeit	Interdisziplinär	Projektbezogen	Beurteilungsart	Typische Reaktionen
21	Häufig wachstümliche Pflichten, die sich auf Stellen nicht auswirken und bei passigen Patienten nicht erfüllt sind	3,0	Medizinisches Personal Kommunikation	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
24	Die Betten sind sehr alt und müssen ausgetauscht werden	3,0	Interdisziplinär	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
25	Kein Bad im Patientenzimmer	3,0	Interdisziplinär	Bauwerke/Geplantes/Realis.	keine Reaktion	keine Reaktion
26	Unzureichende Information der Angehörigen zu Befunden	3,0	Information	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
27	Wachposten zu klein	3,0	Interdisziplinär	Bauwerke/Geplantes/Realis.	keine Reaktion	keine Reaktion
28	Verklebung zur Überwachung ist unangenehm	3,0	Medizinisch	Medizinisch/physiologische Behandlung	keine Reaktion	keine Reaktion
29	Verklebung zur Überwachung ist prägnant	3,0	Medizinisch	Medizinisch/physiologische Behandlung	keine Reaktion	keine Reaktion
30	Überweisung aufgrund von Infektionsgefahr	3,0	Organisation	Medizinisch/physiologische Behandlung Teilung/Qualifizierung	keine Reaktion	11.08.2012 04.09.2012
31	Keine Toilette in Patientenzimmern	3,0	Interdisziplinär	Bauwerke/Geplantes/Realis.	keine Reaktion	04.10.2012
32	Keine Einblendung oder Darstellung von Befunden	3,0	Interdisziplinär	Ausstattung		
33	Beschwerde eingetrennt	3,0	Beurteilung	Organisation		
34	Alle Betten, die nur maximal zweirollbar sind	3,0	Interdisziplinär	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
35	Lange Wartezeit trotz moderner Diagnose	3,0	Medizinisch	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
36	Zu wenig Zeit für Patientenbetreuung aufgrund von Personalmangel	3,0	Patientenbetreuung	Personal		

Nr.	Kernaussage	Grad der Wichtigkeit	Unterstützung	Hauptstütze	Bewertungskriterien	Bisherige Reaktion
34	Infogekörte zum fest gedruckt und unfreundlich	2,5	Sekretärkompetenz	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
35	Unzureichende Information der Patienten zu Behandlungsaufbau	2,5	Information	Organisation		
36	Zu wenig Zuspruch und Beist für Patienten	2,5	Sekretärkompetenz	Personal		
37	Essen hat nicht geschmeckt	2,5	Geruchsmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
38	Falsches Essen wurde geliefert	3,5	Erkennung	Verpflegung		
39	Keine Körperhygiene für Gehörte vorhanden	1,0	Zimmerreinigung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
40	Sturz aus Bett	2,0	Sturz des Patienten	Multimedien-gestützte Behandlung	keine Reaktion	keine Reaktion
41	Lange Wartezeit für Angehörige	3,5	Wartecost	Organisation		
42	Essen hat nicht geschmeckt	1,0	Geruchsmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
43	Hohe Temperaturen im Patientenzimmer	2,0	Klimatisierung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
44	Keine Klimaanlage im Klinikum	1,0	Klimatisierung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
45	Kein Durchschlaf vorhanden. Zudem unzureichende Möglichkeiten, Gepäck unterzubringen und Kofferhaken aufzuhängen	3,5	Zimmerreinigung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
46	Lange Wartezeit wegen Entlassbrief	1,5	Wartecost	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
47	Späte Information, dass Untersuchung nicht stattfindet	2,5	Information	Organisation		
48	Unzureichende Reinigung	2,0	Reinigung	Hygiene		
49	Die Stühle im Wartezimmer sind sehr unbequem	1,0	Krankenhausreinigung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
44	Essen hat nicht geschmeckt	2,5	Geruchsmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion

Nr.	Kernausage	Grad der Wichtigkeit	Unterkategorie	Hauptkategorie	Beschwerdenkation	Datum Reaktion
45	Es gibt keine Spielzecke für Kinder	2,0	Kundenhausrichtung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
46	Zu wenig Kinderhögel, richtige Stelle am Tisch und keine Möglichkeit zum Aufhängen von Wäschepäckern	3,0	Zimmerrichtung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
46	Unzureichende Reinigung	3,0	Reinigung	Hygiene		
46	Verabreichung zur Überwachung ist unangenehm	2,0	Überwachung	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung		
46	Zu lange Warte zu Untersuchungen	3,0	Warteschlangen	sonstiges		
46	WEF und CT unmodern	3,0	Medizinische Geräte	Ausstattung		
47	Patientenzimmer sind zu eng	3,0	Innenbereich	Räumliche Gegebenheiten	keine Reaktion	keine Reaktion
47	Die Betten sind sehr alt und nur manuell verstellbar, was für viele Patienten problematisch ist	2,0	Zimmerrichtung	Ausstattung		
48	Fachwissen des Personals nicht ausreichend	3,0	Fachkompetenz	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
48	Zu viele Patienten in einem Zimmer	2,0	Zimmerbelegung	Organisation		
49	Fachwissen des Personals nicht ausreichend	3,0	Fachkompetenz	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
49	Sturz aus Bett	3,0	Sturz des Patienten	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung		
49	keine Zuweisung für Patienten durch Personal	2,0	Sozialkompetenz	Personal		
49	Vorliegend Schmerzen, obwohl Ursachen nicht behaltbar	3,0	Anerkennungszusicherung	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung		
50	Beschwerden des Patienten wurden nicht ernst genommen und schmerzhafte Diagnose erst spät erkannt	2,0	Diagnostik	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung	keine Reaktion	keine Reaktion
50	WEF ist am Wochenende nicht besetzt	2,0	Interne Regelung	Organisation		
51	Unfreundliche Platzplatz	3,0	Sozialkompetenz	Personal	Stellungnahme Antwortschreiben E-Mail	01.06.2012 keine Angabe
52	An Klinikstandort A ist kein Facharzt für Abwehrpunkturen (Weg)	2,0	Leistungsangebot	Sonstiges	Antwortschreiben	21.06.2012

Nr.	Datum	Kliniktandart	Mahler Fachrichtung	Beschwerdekanal	Beschwerdeleider	Kontaktstatus	Bekanntes Textbeispiel Originaltext
							<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p> <p>Wie so immer bei mir ist dann am 12. März in der Wahlkabine an, auf welche mir gesagt, es solle es mit ihm und ich solle in einer Stunde nach Wahlkabine kommen, um 12 Uhr habe ich die gleiche Auskunft, dass ich 12 Uhr nach im Amt sein der Wahlkabine an und darf mich im Auswurf über meine Mutter ...</p> <p>Ich warf mir 2 Stunden auf dem Amt, die Schwester kam ab und zu vorbei und erklärte mir, dass der Amt nach mit anderen Patienten beschäftigt sei ...</p> <p>Ich fragte sie, warum liegt eine Patientin 2 Stunden in der Wahlkabine, wie sie überhaupt sein ...</p>
99	20.07.12	Standard 6		Hand	Angehöriger	eingegangen	<p>Am nächsten Sonntag wurde mir auf dem Telefon mit der ... gesagt, meine Mutter sei Wahlberechtigt und im Moment auf der Wahlkabine. Auf meine Frage, wie das genau aussieht, wurde mir ein Briefchen beige in die Hand gegeben und ich wurde gebittet, das ich meine Mutter mit dem Briefchen und die Wahlkabine anrufen sollte, da sie nicht anrufen konnte, da sie nicht anrufen konnte ...</p> <p>Es stellte sich heraus, dass meine Mutter nichts vom Wahlberechtigt hat, als ich die Schwester erfragte. Das zweite Mal wurde ich von dem Amt, als ich die Schwester erfragte ... Ich habe sie erfragt, dass eine Patientin in der Wahlkabine stehen muss, mehrfach wurde und ich wurde erfragt, warum nicht ...</p>
100							<p>Ich fragte meine Mutter im Amt, wie es mit der Wahlkabine ist, ob ich Wahlberechtigt bin, ich wurde gebittet, das ich meine Mutter mit dem Briefchen anrufen sollte, da sie nicht anrufen konnte ...</p>
101	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
102	20.07.12	Standard 6		Hand	Angehöriger	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
103	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
104	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
105	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
106	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
107	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
108	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
109	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
110	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
111	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
112	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
113	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
114	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
115	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
116	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
117	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
118	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
119	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>
120	20.07.12	Standard 6		Hand	Patient	eingegangen	<p>Am Freitag, 12.04.2012, um 16:00 Uhr, wird meine Mutter, bei einem der Hausbesuche (Schichtbesuch) ... Der Anrufbeleggeber lautete meine Mutter in ihre Klinik, der langjährigsten Krankenpflegeeinheit, sagte mir, dass ich Wahlberechtigt in einer Stunde in der Wahlkabine stehen, ankommen zu müssen.</p>

Nr.	Kernaussage	Grad der Wichtigkeit	Ursachengruppe	Hauptfunktions- gruppe	Beschwendensart	Bekannt Reaktion
53	Sehr lange Wartezeit für Patienten in Notaufnahme	3,0	Wartezeit	Organisation	Stellungnahme Ankermenschen	14.06.2012 21.06.2012
53	Sturz von Toilettenstuhl und aus Bett	3,0	Sturz des Patienten	Medizinisch-ärztliche Behandlung		
53	Unzureichende Pflegekraft	2,0	Sachkompetenz	Personal		
54	Zu lange Wartezeit für Verlegung	2,0	Wartezeit	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
55	Nicht jeden Patienten immer verfügbar	2,0	Erkrankungsbildung	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
56	Transportfahr auf dunklen Parkplatz	1,0	Außenbereich	Deutsche Spartenheiten	keine Reaktion	keine Reaktion
57	Unzureichende Transportdienste	1,0	Service	sonstige	keine Reaktion	keine Reaktion
58	Nur eine Toilette für Station	1,0	Innenbereich	Deutsche Spartenheiten	keine Reaktion	keine Reaktion
59	Essen hat nicht geschmeckt	1,0	Geschmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
60	Essen hat nicht geschmeckt	1,0	Geschmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
61	Türen der Wände nicht	1,0	Straßenansicht	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
62	Krank durch Klimaanlage	2,0	Klimatisierung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
62	Zugluft aus Hood	1,0	Innenbereich	Deutsche Spartenheiten		
62	Nicht Drogen auf Fragen und Wünsche des Patienten	2,0	Sachkompetenz	Personal		
63	Unzureichende Aufklärung und Information der Patienten	1,0	Information	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
64	Unzureichende Information im Wartebereich zu all	1,0	Krankenhauserziehung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
64	Der für die Behandlung zuständige Arzt wechselt häufig	2,0	Wissenschaftliches Personal Kommunikation	Organisation		
64	Zu viele Patientenleiste	1,0	Krankenhauserziehung	Ausstattung		
64	Störende Geräusche der Betten	1,0	Straßenansicht	Ausstattung		
65	Altes Bett ohne Haltegriff	2,0	Straßenansicht	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
65	Pflegeliefer müssen Arzt informieren, wenn Infusionen ausströmen	2,0	Interne Regelung	Organisation		
66	Unzureichende Information der Angehörigen zu Reaktionen	1,0	Information	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
66	Kein Privatversicherung nur Haushalt vertriebenes Bett	1,0	Straßenansicht	Ausstattung		
66	Bettwäsche zu selten gewechselt	1,0	Wechsel Bettwäsche	Hygiene		

Nr.	Beschreibung	Grad der Verletzung	Unterkategori	Hauptkategorie	Beschwerdenart	Datum Reaktion
67	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Pflegepersonals	3,0	Patientenbetreuung	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
67	Unzureichende Information der Patienten zu Behandlungsaufbau	3,0	Information	Organisation		
68	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Pflegepersonals	3,0	Patientenbetreuung	Personal	Antwortschreiben	16.10.12
68	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Pflegepersonals	3,0	Patientenbetreuung	Personal	Antwortschreiben	05.11.12
68	Unzureichende Information der Angehörigen zu Befunden	3,0	Information	Organisation		
70	Unzureichende Information der Angehörigen zu Befunden	3,0	Information	Organisation	Sitzungsrunde Antwortschreiben	01.10.2012 05.10.2012
70	Fehler und falsche Informationen durch Einsatz von Pflegekräften von anderen Stationen	3,0	Beauftragtes Personal Kommunikation	Organisation		
70	Körperpflege des Patienten durch Pflegekräfte unzureichend	3,0	Patientenbetreuung	Personal		
71	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Pflegepersonals	3,0	Patientenbetreuung	Personal	Antwortschreiben	05.11.12
72	Essen hat nicht geschmeckt	3,0	Ernährung	Versorgung	Antwortschreiben	14.10.12
72	Es wurde Mahlen	3,0	Personenpflege	Versorgung		
72	Falsches Essen wurde geliefert	3,0	Ernährung	Versorgung		
72	Unangenehme Zugluft in Patientenzimmer	3,0	Umweltbereich	Bauliche Gegebenheiten		

Nr.	Kernaussage	Grad der Bedingtheit	Überkategorie	Hauptkategorie	Bewertungskriterien	Beim Reaktor
72	Verstärkungsfahr durch Plutonium des Weltkernreaktors	3,0	Szenarioentwicklung	Ausstattung		
72	Zu kleines Reaktorinnerer	2,0	Innenbereich	Bauliche Gegebenheiten		
73	Beschreibung von Teflon und Ti ist all	3,0	Szenarioentwicklung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
74	Essen hat nicht geschmeckt	3,0	Geschmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
74	Zu viele Besucher	3,5	Beschäftigung	Organisation		
75	Beschädigung ist unbeschädigt	3,5	Beschädigung	Sonstiges	keine Reaktion	keine Reaktion
76	Im Reaktorinneren ist es zu kalt	3,3	Klimatisierung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
77	Die Stühle in der Nebenschaltanlage sind sehr un bequem und müssen ausgetauscht werden	2,0	Konkretbaumaßnahme	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
78	Aufahrtverfahren dauert zu lange	3,0	Wartung	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
78	Zu lange und unübersichtliche Wege	3,0	wegzeiten	Sonstiges		
79	Schlechte Ergonomie	3,0	Szenarioentwicklung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
80	Aufheben von Zigarettenautomat nicht unanständig	2,0	Konkretbaumaßnahme	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
80	Unzureichende Reinigung der Toiletten	2,5	Reinigung	Hygiene	keine Reaktion	keine Reaktion
80	Zu kleines Reaktorinnerer	3,0	Innenbereich	Bauliche Gegebenheiten		
80	Handys sind nicht zum SMS schreiben erlaubt	3,0	interne Regelung	Organisation		
82	Strahlenergie gefährlich für Kinder direkt an Wärraucher station	2,0	Sicherheit	Sonstiges	Antwortschreiben	11.10.12
83	Unzureichende Reinigung der Reaktorinnerer	3,0	Reinigung	Hygiene	Antwortschreiben	21.11.12
83	Falsches Essen wurde geliefert	3,0	Fehlbedienung	Verpflegung		
84	Das medizinische Personal ist überfordert	2,0	Reaktorbetriebsung	Personal	Antwortschreiben	11.10.12
85	Die Reaktoren sind zu hoch	3,5	Reaktoren	Organisation	Antwortschreiben	26.11.12
86	Unzureichende Flexibilität	2,5	Sachkompetenz	Personal	Stellungnahme Antwortschreiben	29.11.2012 26.11.2012

Nr.	Beschreibung	Grad der Verletzung	Unterkategorie	Hauptkategorie	Beschwerdeartikulation	Datum Reaktion
87	Patient muss mehrere Mal gleiche Auskunft geben	2,0	interne Regelung	Organisation	Antwortschreiben	25.11.12
88	Rezeivter Tee wurde nicht geliefert	1,0	Anlieferung	Vorflegung		
89	Reinigungspersonal schließt Mülltonnen innen in den Handtücher Reinigungskübeln	1,5	Reinigung	Hygiene		
90	Zu kleine Mahlzeiten	1,5	Portionsgröße	Vorflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
91	Fachwissen des Personals nicht ausreichend	3,0	Fachkompetenz	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
92	Sehr schlechte und unergonom Kopfkissen	1,5	Zimmererichtung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
93	Geräusch zu große Mülltonnen	3,0	Portionsgröße	Vorflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
94	Zu wenig Zeit für Patientenbetreuung	3,0	Patientenbetreuung	Personal	Antwortschreiben	20.12.12
95	Abbruch der Physiotherapie	1,5	Physiotherapie	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung	keine Reaktion	keine Reaktion
96	Zu kleines Badezimmer	2,0	Zimmerbereich	Bauliche Gegebenheiten	keine Reaktion	keine Reaktion
97	Falsches Essen wurde geliefert	2,5	Anlieferung	Vorflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
98	Unzureichende Information der Patienten zu Behandlungsaufbau	2,5	Information	Organisation		
99	Unergonomes Kopfkissen	1,0	Zimmererichtung	Ausstattung	Antwortschreiben	01.12.12
100	Schlechte Wassertemperaturen während Duschen und veralteter Duschkopf	1,5	Zimmererichtung	Ausstattung	E-Mail	keine Angabe
101	Zu enge Dusche	1,5	Zimmerbereich	Bauliche Gegebenheiten		
102	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Personalumgang im Hauptbereich	1,0	Patientenbetreuung	Personal		

Nr.	Kernaussage	Grad der Bedenken	Überkategorie	Hauptkategorie	Bewertungskriterien	Bekannt Reaktion
98	Mitarbeiter rauchen im Bereich der Patientenbetreuung trotz Rauchverbot	1,0	verhalten	Personal		keine Reaktion
99	Essen hat nicht geschmeckt	1,0	Geschmack	Verpflegung		keine Reaktion
100	Überlastung des Personals aufgrund von Personalmangel	1,1	Patientenbetreuung	Personal		keine Reaktion
101	Verkaufung zur Überwachung ist unangenehm	1,0	Wartung	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung		
101	kein mobiler Monitor - Perfektion	1,0	Service	sonstiges		keine Reaktion
102	Überlastung des Personals aufgrund von Personalmangel	1,1	Patientenbetreuung	Personal		keine Reaktion
102	lange Wartezeit auf Krankenerlöschung	2,0	Wartung	Organisation		
102	unzureichende Betten	1,0	Strukturverbesserung	Ausstattung		keine Reaktion
104	Zusammenstellung der Matratzen nicht optimal	1,0	Angst	Verpflegung		Arbeitsnachrichten
105	Alten und ja kleines Bad	1,0	innenbereich	Bauliche Gegebenheiten		keine Reaktion
105	keine Möglichkeit für Esstisch und Kleidung	2,1	Strukturverbesserung	Ausstattung		
106	Zu wenig Zeit für Patientenbetreuung aufgrund von Personalmangel	2,1	Patientenbetreuung	Personal		keine Reaktion
106	Essen hat nicht geschmeckt	1,0	Geschmack	Verpflegung		
106	Zu schnelle und unorganisierte Entlassung	1,0	Entlassung	Organisation		
107	Überlastung des Personals aufgrund von Personalmangel	2,0	Patientenbetreuung	Personal		Arbeitsnachrichten
108	kein Bad im Patientenzimmer	1,0	innenbereich	Bauliche Gegebenheiten		keine Reaktion
108	unzureichende Beschäftigung	1,0	Beschäftigung	sonstiges		keine Reaktion
109	Zu kleine Matratzen	1,0	Wartung	Verpflegung		keine Reaktion
109	Zu lange Wartezeit in Ambulanz	2,1	Wartung	Organisation		
109	unfreundliches und arrogantes Personal	2,0	Sozialkompetenz	Personal		
109	keine Zugabe keine Physiotherapie	2,0	Physiotherapie	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung		
109	unfreundliche Pflegerin	1,1	Sozialkompetenz	Personal		keine Reaktion

Nr.	Kernaussage	Grad der Wertigkeit	Unterkategorie	Hauptkategorie	Beschwendersituation	Datum Reaktion
121	Essen hat nicht geschmeckt	2,0	Geschmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
122	Schlechte und unergiebige Bettenuche	2,0	Zimmerverteilung	Ausstattung		
123	Falsches Essen wurde mehrmals geliefert	3,0	Anlieferung	Verpflegung	Ankerschreiben	21.04.12
124	Zu lange Wartezeit auf Hal- und Brogglent	2,0	Wartezeit	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
125	Unterbringung mit Krebspatient in einem Zimmer	2,0	Zimmerbelegung	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
126	Lange Wartezeit auf Anamnese	2,0	Wartezeit	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
127	Reinigung ist gerät	1,0	Türklo	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
128	Bückerpflege hat eigentliche Aufgaben nicht wahrgenommen	3,0	Bückerpflege	Sonstiges	Eingangsüberprüfung Ankerschreiben Einladung zu Gespräch	04.01.2013 21.01.2013
129	Reinigung ist gerät und Mispazität von TV lässt sich nicht ausstellen	3,0	Türklo	Ausstattung	Ankerschreiben	05.12.12
130	Zimmerlizen war kein laut	3,0	Innenbereich	Bauliche Gegebenheiten		
131	Essen hat nicht geschmeckt	3,0	Geschmack	Verpflegung		
132	Unzureichende Information der Patienten zu Walkenablauf	3,0	Information	Organisation		
133	Patienten müssen zum Teil vor Untersuchung lange anknüpfen warten	2,0	Warteschlange	Sonstiges		
134	Lange Wartezeiten vor Untersuchung	2,0	Wartezeit	Organisation		
135	Rutschgefahr durch fehlende Halterung in Bad	3,0	Zimmerverteilung	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
136	Operation aufgrund von Infektage	2,0	Diagnostik	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung	keine Reaktion	keine Reaktion
137	Patient wurde mit falscher Laibe behandelt, was zu Komplikationen führte	3,0	Arzneimittelversorgung	Medizinisch-physiotherapeutische Behandlung	keine Reaktion	keine Reaktion

Nr.	Kernausage	Grad der Beschwerde	Ursachekategorie	Hauptkategorie	Beschwendensart	Bestm. Reaktion
122	Nach langer Wartezeit Operation kurzzeitig Eingriff	1,0	Wartezeit	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
123	Notruffunktion an Bett zu kompliziert für ältere Patienten	1,5	Einrichtungen	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
124	Unzureichende Reinigung der Patientenzimmer	2,0	Reinigung	Hygiene	keine Reaktion	keine Reaktion
125	Unzureichende Information der Patienten zu Behandlungsablauf	1,5	Information	Organisation	keine Reaktion	keine Reaktion
126	in Bad kein Fußboden-Frotteutuch	1,0	Einrichtungen	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
127	Essen hat nicht geschmeckt	1,0	Geschmack	Verpflegung	keine Reaktion	keine Reaktion
128	Personal zum Teil unfreundlich	2,5	Sozialkompetenz	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
128	Fachwissen des Personals nicht ausreichend	2,0	Fachkompetenz	Personal	keine Reaktion	keine Reaktion
129	keine weichen Bücheltücher auf Kinderstation	1,5	Einrichtungen	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
129	Krank durch Klimaanlage	2,0	Klimatisierung	Ausstattung		
130	Zu wenig Fernseh- und Radio-Sender	1,0	TV/Radio	Ausstattung	keine Reaktion	keine Reaktion
131	Zu viele Patienten in einem Zimmer	2,0	Einrichtungsbau	Organisation	Antwortschreiben	07.05.15
131	Unfreundliche Pflegekraft	2,5	Sozialkompetenz	Personal		
131	Mittagsessen hat nicht geschmeckt	2,0	Geschmack	Verpflegung		
132	keine Leuchte am Patientenbett	1,0	Einrichtungen	Ausstattung	Antwortschreiben	07.05.15
132	Schlechte Fernseh- und Radioqualität	1,5	TV/Radio	Ausstattung		

Anlage 16/1

Kategorienschema in Verbindung mit Textstellen²¹⁹

Medizinisch-pflegerische Behandlung	
Diagnostik	Operation aufgrund von Fehldiagnose Beschwerden des Patienten werden nicht ernst genommen und schweige Diagnose erst spät erkannt
Arzneimittelversorgung	Arzneimittel werden einem Kind verabreicht Arzneimittel wurden verschrieben Keine Kontrolle, ob Patienten das Medikament einnehmen Wahrgenommen Schmerzmittel, obwohl Ursachen nicht beseitigt Patient wurde mit falscher Salbe behandelt, was zu Komplikationen führte
Monitoring	Verabreichung zur Überwachung ist ungegenwert
Physiotherapie	Abbruch der Physiotherapie Trotz Aussage keine Physiotherapie
Wort des Patienten	Sturz aus Bett Sturz von Toilettenstuhl und aus Bett
Personal	
Fachkompetenz	Fachwissen des Personals nicht ausreichend
Sozialkompetenz	Pflegekräfte gehen zu wenig auf Patienten ein Pflegekräfte zum Teil gestresst und unzufrieden Zu wenig Support und Trost für Patienten Keine Unterstützung für Patienten durch Personal Unfreundliche Pflegekraft Kein Eingehen auf Fragen und Wünsche des Patienten Unfreundliches und arrogantes Personal Personal zum Teil unfähig
Verhalten	Mitarbeiter rauchen im Bereich der Patientenbetreuung trotz Rauchverbot
Patientenbetreuung	Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Überlastung des Personals Zu wenig Sargität und Zeit bei Patientenbetreuung Das Pflegepersonal ist aufgrund der Personalmenge überlastet Zu wenig Zeit für Patientenbetreuung aufgrund von Personalmangel Körperpflege des Patienten durch Pflegekräfte vernachlässigt Das medizinische Personal ist überlastet Zu wenig Zeit für Patientenbetreuung Unzureichende Patientenbetreuung aufgrund von Personalmangel im Pflegebereich
Organisation	
Information	Schwester hat ungenügend Patienten zu überwachen Keine Einverständigenklärung und keine Informationen zu Umgang mit Venenverweilvorhaken Patienten werden erst spät über Untersuchungsgegenstände informiert Unzureichende Wartezeiten der Angehörigen zu Befunden Unzureichende Wartezeiten des Patienten zu Behandlungsablauf Späte Information, dass Operation nicht stattfindet

²¹⁹ Eigene Darstellung

Anlage 16/2

	<p>Unzureichende Aufklärung und Information der Patienten</p> <p>Unzureichende Information der Patienten zu Stützstuhl</p> <p>Zu lange Wartezeit nach Klagen des Patienten</p> <p> Lange Wartezeit trotz anderer Diagnose</p> <p> Lange Wartezeit für Angehörige</p> <p> Lange Wartezeit wegen Entlassbrief</p> <p> Sehr lange Wartezeit für Patienten in Notaufnahme</p> <p> Zu lange Wartezeit für Verlegung</p> <p> Aufnahmeerlaubnis dauert zu lange</p> <p> Lange Wartezeit auf Kranenabfuhr</p> <p> Zu lange Wartezeit in Ambulanz</p> <p> Zu lange Wartezeit auf Hf- und Dialysezeit</p> <p> Lange Wartezeit auf Arzneimittel</p> <p> Lange Wartezeiten vor Untersuchung</p> <p> Nach langer Wartezeit Operation kurzfristig abgefragt</p>
Beschreibungslage	<p>Beschreibung eingeschränkt</p> <p>Zu viele Besucher</p>
Werkzeuge	<p>Die Werkzeuge sind zu hoch</p>
Interne Regelung	<p>In den Infusionsabteilungen der Herzkatheterlab auf nur ein Stuhlteil mitkommen</p> <p>MIT ist von Werkzeuge nicht besetzt</p> <p>Pflegekräfte müssen Arzt informieren um Infusionen anzuschließen</p> <p>Handys sind nicht zum SMS schreiben erlaubt</p> <p>Patient muss mehrere Male gleiche Auskunft geben</p>
Zimmerbelegung	<p>Verlegung aufgrund von Platzmangel</p> <p>Zu viele Patienten in einem Zimmer</p> <p>Ein leeres Patientenzimmer verfügbar</p> <p>Umrandung mit Klebeband ist in einem Zimmer</p>
Wechselndes Personal/Kommunikation	<p>Jeder Mitarbeiter hat eine andere Meinung was Patienten zurechnen</p> <p>Häufig wechselnde Pflegekräfte, die sich auf Station nicht auskennen und mit jüngeren Patienten nicht vertraut sind</p> <p>Die für die Behandlung zuständige Arzt wird sehr häufig</p> <p>Fehler und Mängel internisieren durch Einsatz von Pflegekräften von anderen Stationen</p>
Entlassung	<p>Zu schnelle und ungerichtete Entlassung</p>
Ausstattung	<p>Wartenhauswerkzeug</p> <p>Singen für im Eingangsbereich ist stark beschalligt und unübersichtlich</p> <p>Die Stühle im Wartenbereich sind sehr unbequem</p> <p>Es gibt keine Spielzeuge für Kinder</p> <p>Sitzmöglichkeit im Wartenbereich zu oft</p> <p>Zu viele Patiententablets</p> <p>Die Stühle in der Notaufnahme sind sehr unbequem und müssen ausgetauscht werden</p> <p>Aufheben von Zigarettenautomat sollte vereinfacht werden</p>

Zimmerbeleuchtung	<p>Die Zimmerbeleuchtung ist alt und nicht gelb (Bücher, Kissen, Decken usw.) Außerdem kann elektrisch verstellbares Bett vorhanden sein.</p> <p>Die Betten sind sehr alt und müssen eingetauscht werden.</p> <p>Keine Niederbänke oder Klappbetten vorhanden.</p> <p>Alle Betten, die nur manuell verstellbar sind.</p> <p>Keine Kühlmöglichkeit für Getränke vorhanden.</p> <p>Kein Durchschiebung vorhanden. Zudem unterschiedliche Möglichkeiten, Gepäck unterzubringen und Handtücher aufzuhängen.</p> <p>Zu wenig Kleiderbänke, richtige Bank am Nachttisch und keine Möglichkeit zum Aufhängen von Manteljacken.</p> <p>Die Betten sind sehr alt und nur manuell verstellbar, was für viele Patienten problematisch ist.</p> <p>Tische der Wäschtische existieren.</p> <p>Störnde Geräusche der Betten.</p> <p>Altes Bett ohne Matratze.</p> <p>Trotz Privatversicherung nur manuell verstellbares Bett.</p> <p>Verletzungsgefahr durch Platzierung des Yachtstuhlschreibtischs.</p> <p>Beschreibung von Tischen und TV ist alt.</p> <p>Schlechte Kopfkissen.</p> <p>Sehr schwache und unbehagliche Kopfkissen.</p> <p>Umgebung ohne Kopfkissen.</p> <p>Schwermere Wassentemperatur während Dusche und veralteter Durchlauf.</p> <p>Unbequeme Betten.</p> <p>Keine Abhängenmöglichkeit für Gepäck und Kleidung.</p> <p>Schwache und unbehagliche Bettwäsche.</p> <p>Rutschgefahr durch fehlende Matratze in Bad.</p> <p>Notrufsystem an Bett ist kompliziert für ältere Patienten.</p> <p>In Bad kein Fußbodenpolster.</p> <p>Keine modernen Wickeltische auf Nachttischen.</p> <p>Kein Lehnstuhl im Patientenzimmer.</p>
Medizinische Geräte	<p>MMT und CT vorhanden.</p>
TV/Radio	<p>Nachempfang ist gestört.</p> <p>Radioempfang ist gestört und Qualität von TV lässt sich nicht einstellen.</p> <p>Zu wenig Fernseh- und Radio-Sender.</p>
Klimatisierung	<p>Schwache Fernseh- und Radiogeräte.</p> <p>Niedrige Temperatur im Patientenzimmer.</p> <p>Keine Klimaanlage im Klinikum.</p> <p>Körper durch kalte Luft.</p> <p>In Patientenzimmer ist es zu kalt.</p>
Bauliche Gegebenheiten	
Außerbereich	<p>Patienten mit eingeschränkter MOBIL haben Schwierigkeiten, sich im Außenbereich fortzubewegen.</p>
Innenbereich	<p>Skulpturen auf dunklem Parkplatz.</p> <p>Kein Bad im Patientenzimmer.</p> <p>Waschbecken zu klein.</p> <p>Keine Toiletten im Patientenzimmer.</p> <p>Patientenzimmer sind als eng.</p> <p>Nur eine Toilette für Station.</p> <p>Zugluft aus Bad.</p>

Anlage 16/4

	<p>Überwachte Zugang in Patientenzimmer</p> <p>Zu kleine Besucherliste</p> <p>Zu wenig Desche</p> <p>Alles und zu kleine Hand</p> <p>Zimmertür versch. laut</p>
Hygiene	
Reinigung	<p>Der Boden im Behandlungszimmer ist schmutzig</p> <p>Die Toiletten werden nicht regelmäßig gereinigt</p> <p>Überwachte Reinigung</p> <p>Überwachte Reinigung der Toiletten</p> <p>Überwachte Reinigung des Patientenzimmer</p> <p>Reinigungspersonal schließt Mülltüren immer neben Handtüler</p>
Wechsel Bettwäsche	Bettwäsche zu selten gewechselt
Verpflegung	
Geschmack	<p>Das Brot hat nicht geschmeckt</p> <p>Die Brötchen haben nicht geschmeckt</p> <p>Essen hat nicht geschmeckt</p> <p>Mittagsessen hat nicht geschmeckt</p>
Fehlbedienung	<p>Falsches Essen wurde geliefert</p> <p>Bestellter Tee wurde nicht geliefert</p> <p>Falsches Essen wurde mehrere geliefert</p>
Portionsgröße	<p>Zu kleine Mahlzeiten</p> <p>Generell zu große Mülltüren</p>
Angebot	<p>Kein Angebot von Kaffee oder Tee für Patienten</p> <p>Zusammenstellung der Mahlzeiten nicht optimal</p>
Sonstiges	
Service	<p>Es ist keine Personal-Abteilung vorhanden</p> <p>Es sollte ein Reinigungspersonal für eigene Wasche angestellt werden</p> <p>Überwachte Transportdienste</p> <p>Kein richtiges Menü- / Pflanzenservice</p>
Bewältigung	<p>Überforderung ist unterbeurteilt</p> <p>Überwachte Bewältigung</p>
Wegezeiten	Zu lange Wege zu Untersuchungen
Leistungsangebot	<p>Zu lange und unübersichtliche Wege</p> <p>Am Klinikstandort A ist kein Frühstück</p> <p>Es Alternativenangeboten nötig</p>
Parkplätze	Bedürfnis für Abklärung von Patienten in Notaufnahme
Transportfahrzeuge	Die Krankentransportfahrzeuge sind sehr alt und beschadigt
Infosphäre	Parasiten, müssen zum Teil zur Unterstützung lange wachende werden
Sicherheit	Überdies gefährlich für Kinder direkt im Krankenhaus platziert
Wartungsfrage	Wartungsfrage hat eigenliche Aufgaben nicht wahrgenommen

Anlage 17

Häufigkeiten der Beschwerdekategorien und Auswertung des Grads der Verärgerung²²⁰

Medizinisch-pflegerische Behandlung	Grad der Verärgerung	
Diagnose	3	2,7
Arzneimittelversorgung	5	2,3
Monitoring	4	1,4
Physiotherapie	2	1,5
Sturz des Patienten	3	2,7
Summe	17	2,1
Personal		
Fachkompetenz	4	2,4
Sozialkompetenz	12	2,3
Verhalten	1	3,0
Patientenbetreuung	20	2,1
Summe	37	2,2
Organisation		
Information	14	2,1
Wartezell	13	2,1
Besuchsangelegen	2	1,5
Wartezellen	1	1,5
Interne Regelung	5	2,0
Zimmerbelegung	5	2,1
Wechselndes Personal	4	2,1
Kommunikation	1	2,0
Erntlassung	1	2,0
Summe	45	2,1
Ausstattung		
Krankenhausumrichtung	7	2,0
Zimmerausrichtung	28	1,7
Medizinische Geräte	1	1,0
Tv/Radio	4	1,1
Klimatisierung	5	2,1
Summe	43	1,7
Bauliche Gegebenheiten		
Außenbereich	3	1,2
Innenbereich	14	1,5
Summe	17	1,4
Hygiene		
Reinigung	8	2,1
Wechsel Bettwäsche	2	2,3
Summe	10	2,1
Verpflegung		
Geschmack	10	1,5
Fettreicherung	7	1,6
Portionsgröße	4	1,4
Angebot	2	1,5
Summe	29	1,5
Sonstiges		
Service	4	1,1
Beschilderung	3	1,2
Wartezellen	2	1,5
Leistungsangebot	1	2,0
Park situation	1	2,5
Transport/Anbeuge	1	2,0
Intimsphäre	1	2,0
Sicherheit	1	2,0
Rückenzug	1	3,0
Summe	15	1,6

²²⁰ Eigene Darstellung





B ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Beschwerdekanäle	15
Abb. 2:	Phasen des Beschwerdemanagementprozesses	18
Abb. 3:	Entstehung von Zufriedenheit und Unzufriedenheit	24
Abb. 4:	Handlungsmöglichkeiten unzufriedener Patienten	26
Abb. 5:	Das Eisberg-Phänomen des Beschwerdemanagements	28
Abb. 6:	Schlüsselbegriffe einer Beschwerde	40
Abb. 7:	Kriterien für gravierende Beschwerden	40
Abb. 8:	Relation von Beschwerden zu Lob	56
Abb. 9:	Verteilung des Beschwerdeaufkommens nach Beschwerdeführern	58
Abb. 10:	Verteilung des Beschwerdeaufkommens nach Beschwerdekanälen	58
Abb. 11:	Monatsverlauf des Beschwerdeaufkommens im Vergleich mit den Patientenzahlen	59
Abb. 12:	Beschwerdereaktionen	60
Abb. 13:	Monatsverlauf der Bearbeitungsdauer von Beschwerden	61
Abb. 14:	Pareto-Diagramm der Beschwerdegründe	74
Abb. 15:	Frequenz-Relevanz-Analyse der Beschwerdegründe	75
Abb. 16:	Praktische Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlungen	82

C TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1:	Vor- und Nachteile persönlicher Beschwerdewege	16
Tab. 2:	Vor- und Nachteile schriftlicher und elektronischer Beschwerdewege	17
Tab. 3:	Übersicht über geeignete Optimierungsmaßnahmen	38
Tab. 4:	Darstellung der Zuständigkeitsbereiche des Beschwerdemanagementprozesses	42
Tab. 5:	Vergleich der Beschwerdekategorien verschiedener Kliniken	69
Tab. 6:	Kategorienschema der Beschwerden der Kliniken GmbH	72
Tab. 7:	Häufigste Problemkategorien	73
Tab. 8:	Auswertung nach dem Grad der Verärgerung	75
Tab. 9:	Übersicht über Handlungsempfehlungen	77

D GESPRÄCHSVERZEICHNIS

Leiter Qualitätsmanagement (2013):

Kliniken GmbH, persönliches Gespräch am 01. Februar 2013.

Verwaltungsleitung (2013):

Standort B Kliniken GmbH, telefonisches Gespräch am 19. Februar 2013.

Leitung Marketing und Öffentlichkeitsarbeit (2013):

Kliniken GmbH, persönliches Gespräch am 13. März 2013.

E LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht, D. M.; Töpfer, A. (2006): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg 2006.
- Amting, U. C. (2011): Hürden und Chancen eines professionellen Beschwerdemanagements. In: Management & Krankenhaus, 30. Jg. (2011), Heft 4/2011, S. 4.
- Apfel, P. (2012): Behandlungsfehler bei deutschen Ärzten. Wie sich Patienten gegen Ärztepfeusch wehren können, http://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/patienten-recht/behandlungsfehler-bei-deutschen-aerzten-wie-sich-patienten-gegen-aerztepfeusch-wehren-koennen_aid_769554.html (Stand: 27.02.2013).
- Applebaum, R. A.; Straker, J. K.; Geron, S. M. (2004): Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen. Bern 2004.
- Beck, K. (2007): Kommunikationswissenschaft. Konstanz 2007.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2011): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2011, https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/krankenhaus_barometer_2011.pdf (Stand: 28.02.2013), S. 93ff..
- Börkircher, H. (2004): Betriebswirtschaftliche Praxisführung für Ärzte. Betriebswirtschaft auf den Punkt gebracht. Wirtschaftliches Denken anwenden. Entscheidungskompetenz gewinnen. Berlin und Heidelberg 2004.
- Brachetti, H.; Wiegand, A. (2010): Welche Kennzahlen sind im Beschwerdemanagement besonders interessant? In: Ratajczak, O. (Hrsg.): Erfolgreiches Beschwerdemanagement. Wege zu Prozessverbesserungen und Kundenzufriedenheit. Wiesbaden 2010, S. 63-82.
- Brüntrup, C.; Grass, T. (2006): Licht und Schatten im Beschwerde-Management. Kurzfassung der Ergebnisse der zweiten MATERNA Beschwerde-Management-Studie, http://www.wissen.dsft-berlin.de/medien/SER/ser_beschwerde-management-endbericht_2006.pdf (Stand: 18.02.2013), S. 12.
- Cook, S. (2012): Complaint Management Excellence. Creating Customer Loyalty through Service Recovery. London 2012.
- DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (Hrsg.) (1995): Qualitätsmanagement-Begriffe (ISO 8402:1994). Berlin 1995.

- DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (Hrsg.) (2008): Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2008). Berlin 2008.
- Ebster, C.; Stalzer, L. (2008): Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. 3. Aufl., Wien 2008.
- Ennker, J.; Pietrowski, D. (2009): Krankenhaus-Marketing. Ein Wegweiser aus ärztlicher Perspektive. Darmstadt 2009.
- Glaap, W. (1993): ISO 9000 leichtgemacht. Praktische Hinweise und Hilfen zur Entwicklung und Einführung von QS-Systemen. München und Wien 1993.
- Haas, B.; von Troschke, B. (2007): Beschwerdemanagement. Aus Beschwerden Verkaufserfolge machen. Offenbach 2007.
- Haeske, U. (2001): Beschwerden und Reklamationen managen. Kritische Kunden sind gute Kunden! Weinheim und Basel 2001.
- Haeske-Seeberg, H. (2008): Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Strategien-Analysen-Konzepte. 2. Aufl., Stuttgart 2008.
- Hein, B. (2011): Pflege im Gesundheitswesen. In: Menche, N. (Hrsg.): Pflege Heute. 5. Aufl., München 2011, S. 50-61.
- Hippner, H.; Wilde, K. D. (2003): Customer Relationship Management – Strategie und Realisierung. In: Teichmann, R. (Hrsg.): Customer und Shareholder Relationship Management. Erfolgreiche Kunden- und Aktionärsbindung in der Praxis. Berlin und Heidelberg 2003, S. 3-54.
- Hoefert, H.-W. (2008): Kommunikativer Umgang mit Patientenbeschwerden. In: Hoefert, H.-W.; Wellmann, W. (Hrsg.): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg u.a. 2008, S. 171-190.
- Hudson, S. (2008): Tourism and Hospitality Marketing. A Global Perspective. London u.a. 2008.
- Hüttner, M.; Schwarting, U. (2002): Grundzüge der Marktforschung. 7. Aufl., München und Wien 2002.

- Hummel, T.; Malorny, C. (2012): Total Quality Management (TQM). In: Kamiske, G. F. (Hrsg.): Handbuch QM-Methoden. Die richtige Methode auswählen und erfolgreich umsetzen. München 2012. S. 1-48.
- Isfort, M.; Weidner, F.; Kraus, S.; Neuhaus, A.; Köster, V.-H.; Gehlen, D. (2009): Pflege-Thermometer 2009. Befragung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Isfort_Weidner_Pflegethermometer_2009.pdf (Stand: 17.03.2013), S. 2ff..
- Jakolow-Standke, A. (2010): Beschwerde- und Risikomanagement. In: Debatin, J.F.; Ekkernkamp, A.; Schulte, B. (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin 2010. S. 435-442.
- Kahla-Witzsch, H. A. (2009): Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Hilfen zur Vorbereitung und Umsetzung. 2. Aufl., Stuttgart 2009.
- Kromrey, H. (2000): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. 9. Aufl., Opladen 2000.
- Krypczyk, V. (2013): Effektives Beschwerdemanagement in der Praxis. In: Das Krankenhaus, 105. Jg. (2013), Heft 02/2013, S. 164-168.
- Kutscher, P. P.; Seßler, H. (2007): Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Teamführung. Patientengespräch. Networking & Selbstmanagement. Heidelberg 2007.
- Lüthy, A.; Buchmann, U. (2009): Marketing als Strategie im Krankenhaus. Patienten- und Kundenorientierung erfolgreich umsetzen. Stuttgart 2009.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl., Weinheim und Basel 2010.
- Mayring, P. (1995): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U.; Kardorff, E.; Keupp, H.; Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim 1995, S. 209-212.
- Meffert, H.; Bruhn, M. (2006): Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden. Mit Fallstudien. 5. Aufl., Wiesbaden 2006.
- Misoch, S. (2006): Online-Kommunikation. Konstanz 2006.

- Niefind, F.; Wiegran, A. (2010): Was sind Beschwerden? In: Ratajczak, O. (Hrsg.): Erfolgreiches Beschwerdemanagement. Wege zu Prozessverbesserungen und Kundenzufriedenheit. Wiesbaden 2010, S. 19-32.
- Niefind, F.; Wiegran, A. (2010): Wie sollte die Ablauforganisation des Beschwerdemanagements aussehen? In: Ratajczak, O. (Hrsg.): Erfolgreiches Beschwerdemanagement. Wege zu Prozessverbesserungen und Kundenzufriedenheit. Wiesbaden 2010, S. 47-62.
- Oliver, R. L. (2010): Satisfaction. A Behavioral Perspective on the Consumer. 2. Aufl. New York 2010.
- o.V. (2010): Konzept Allgemeines Beschwerdemanagement der Kliniken GmbH, im Intranet abgerufen (Stand: 11.02.2013).
- o.V. (2012): Beschwerdebericht der Münchner Kliniken, <http://www.tz-online.de/aktuelles/muenchen/muenchner-klinikreport-beschwerdebericht-2382947.html> (Stand: 04.03.2013).
- o.V. (2012): Homepage der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, <http://www.hkgev.de/hh-erklaerung.html> (Stand: 28.02.2013).
- o.V. (o.J.): Antwortschreiben der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit an Beschwerdeführer. Kliniken GmbH. o.J..
- o.V. (o.J.): Artikel zu Beschwerden im Gesundheitswesen, http://www.das-beschwerdemanagement.de/Starke-Kritik-und-Beschwerden-im-Gesundheitswesen-kompensieren_856.aspx (Stand: 20.02.2013).
- o.V. (o.J.): Befragungen des PICKER-Instituts, http://www.bks.tu-berlin.de/WS0708/300108_Guenther.pdf (Stand: 13.03.2013), S.17.
- o.V. (o.J.): Beschwerdemanagement-Software der Firma ConSol, <http://www.consol.de/crm-software/beschwerdemanagement/> (Stand: 09.03.2013).
- o.V. (o.J.): Daten Medizincontrolling. Stationäre Fallzahlen Juli 2012 bis Februar 2013. Kliniken GmbH (Stand: 13.03.2013).

- o.V. (o.J.): Eingangsbestätigung der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit an Beschwerdeführer. Kliniken GmbH. o. J..
- o.V. (o.J.): Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik X, Homepage der Klinik X (Stand: 22.02.2013).
- o.V. (o.J.): Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik Z, Homepage der Klinik Z (Stand: 22.02.2013).
- o. V. (o.J.): Elektronisches Beschwerdeformular der Klinik Y, Homepage der Klinik Z (Stand: 26.02.2013).
- o.V. (o.J.): Homepage der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, <http://www.ktq.de/index.php?id=271> (Stand: 04.02.2013).
- o.V. (o.J.a): Homepage der Kliniken GmbH (Stand: 05.02.2013 und 16.03.2013).
- o.V. (o.J.b): Homepage der Kliniken GmbH (Stand: 05.02.2013 und 08.03.2013).
- o.V. (o.J.c): Homepage der Kliniken GmbH. Standort B (Stand: 08.03.2013).
- o.V. (o.J.d): Homepage der Kliniken GmbH. Standort C (Stand: 08.03.2013).
- o.V. (o.J.e): Homepage der Kliniken GmbH. Kontaktdaten des Beschwerdemanagements (Stand: 26.02.2013).
- o.V. (o.J.): Leitbild der Kliniken GmbH. o.J..
- o.V. (o.J.): Meinungsbogen der Kliniken GmbH. o.J..
- o.V. (o.J.): Meinungsmanagement-Software der Firma BITworks, <http://www.bitworks.net/qm/qm-software/meinungsmanagement> (Stand: 09.03.2013).
- o.V. (o.J.): Software für das Beschwerdemanagement der Firma Inworks, <http://www.inworks.de/produkte-leistungen/intrafox-complaint-manager/ueberblick.html> (Stand: 09.03.2013).

- Papenhoff, M.; Platzkoster, C. (2010): Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken. Marktorientierung & Strategie. Analyse & Umsetzung. Trends & Chancen. Heidelberg 2010.
- Pfaff, S.; Dunkhorst, P. (2009): ISO 9001:2008. Basis für praxisgerechte Managementsysteme. Hamburg 2009.
- Picker Institut (2012): Patienten-Fragebogen. Stationäre Versorgung. o.O. 2012.
- Ratajczak, O. (2010): Warum ist Beschwerdemanagement so wichtig? In: Ratajczak, O. (Hrsg.): Erfolgreiches Beschwerdemanagement. Wege zu Prozessverbesserungen und Kundenzufriedenheit. Wiesbaden. 2010, S. 13-18.
- Riechmann, M.; Günther, W.; Blättner, B. (2008): Beschwerdemanagement im Krankenhaus als Ausdruck von Patientenorientierung? In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 13. Jg. (2008), Heft 02/2008, S. 71-75.
- Scharnbacher, K.; Kiefer, G. (2003): Kundenzufriedenheit. Analyse. Messbarkeit. Zertifizierung. 3. Aufl., München 2003.
- Schmidt, S.; Meißner, T. (2009): Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege. Praxisbuch. Heidelberg 2009.
- Schmitt, R.; Linder, A. (2012): Beschwerden zielgerichtet priorisieren. Was kommt zuerst? In: MQ Management und Qualität, 42. Jg. (2012), Heft 11/2012, S. 21-23.
- Schneider, W.; Hennig, A. (2008): Lexikon Kennzahlen für Marketing und Vertrieb. Das Marketing-Cockpit von A-Z. 2. Aufl., Berlin und Heidelberg 2008.
- Schrappe, M. (2010): Patientensicherheit und Risikomanagement. In: Lauterbach, K. W.; Lungen, M.; Schrappe, M.: Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Aufl., Stuttgart 2010, S. 362-393.
- Schulz, F. (2010): Lob- & Beschwerdebericht des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand zur Hamburger Erklärung für das Jahr 2010, http://www.krankenhaus-gross-sand.de/fileadmin/Media_neu/PDF/Abteilungen/38_Wilhelmsburger_Krankenhaus_Gross-Sand_2010_Webformat_2011.04.10.pdf (Stand: 04.03.2013), S. 9f..

- Smith, A. K.; Bolton, R. N. (1998): An Experimental Investigation of Customer Reactions to Service Failure and Recovery Encounters – Paradox or Peril? In: Journal of Service Research, Vol. 1 (1998), No. 1, S. 65-81.
- Stauss, B.; Seidel, W. (2007): Beschwerdemanagement. Unzufriedene Kunden als profitable Zielgruppe. 4. Aufl., München 2007.
- Stauss, B.; Seidel, W. (2005): Evidenz-Controlling im Beschwerdemanagement - Ein Ansatz zur Abschätzung des „Verärgerungs-Eisbergs“. In: Bruhn, M.; Stauss, B.: Forum Dienstleistungsmanagement. Dienstleistungscontrolling. Wiesbaden 2005, S. 89-112.
- Steffen, P.; Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M. (2012): Was machen aus Lob und Tadel? Beschwerdemanagement in Krankenhäusern. In: KU Gesundheitsmanagement, 81. Jg. (2012), Heft 09/2012, S. 55-59.
- Thill, K.-D. (2008): Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche unternehmerische Praxisführung. Köln 2008.
- Töpfer, A. (2007): Betriebswirtschaftslehre. Anwendungs- und prozessorientierte Grundlagen. 2. Aufl., Berlin und Heidelberg 2007.
- Töpfer, A. (2006): Beschwerdemanagement. In: Wilde, K. D. (Hrsg.); Hippner, H.: Grundlagen des CRM. Konzepte und Gestaltung. 2. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 541-582.
- Vergnaud, M. (2002): Beschwerdemanagement. Leistungssteigerung durch Kundenkritik. München und Jena 2002.
- Ziring, M. (2010): Beschwerdemanagement. In: Lauterbach, K. W.; Lungen, M.; Schrappe, M.: Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 3. Aufl., Stuttgart 2010, S. 395-412.

Primärdatenanalyse zur Untersuchung der Ausgaben für HIV-infizierte Versicherte in Deutschland und deren Optimierungsmöglichkeit durch Case Management bei der HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

von
Sandra Dangelmayer

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Hinführung zum Thema	146
1.1	Ausgangslage	146
1.2	Ziel der Arbeit	147
1.3	Aufbau der Arbeit	148
2.	Humanes Immundefizienz-Virus	150
2.1	Geschichtlicher Abriss	150
2.2	Ursachen und Diagnostik	151
2.3	Verlauf	152
2.4	Therapiemöglichkeiten	154
2.5	Prävention	159
2.6	Epidemiologie	160
3.	Case Management	163
3.1	Aktuelle Situation der Patienten im deutschen Gesundheitssystem	163
3.2	Entstehung von Managed Care	164
3.3	Case Management als Teilbereich des Managed Care	165
3.3.1	Aufgaben und Funktionen	165
3.3.2	Kompetenzen und Anforderungen an Case Manager	167
3.3.3	Ablauf	168
3.3.4	Nutzen und Bewertung	169
3.4	Case Management bei HIV/AIDS	171
4.	Unterschiede zwischen GKV und PKV	173
4.1	Verteilung der HIV-Infizierten auf das duale Versicherungssystem	173
4.2	Aktuelle Krankheitskosten der Infektion	174
5.	Engagement der PKV bezüglich HIV/AIDS	177
6.	Status quo der HALLESCHE KVAG	180
6.1	Anteil der Betroffenen an der Versichertengemeinschaft	180
6.2	Kosten der HIV-Infizierten	183
6.3	Unterschiede in der medizinischen Versorgung zwischen Berlin und Niedersachsen	186
6.4	Frequenz der Arztbesuche anhand eines Beispielfalls	188

7.	Möglichkeit der Umsetzung von Case-Management bei HIV-Fällen	190
7.1	Status quo des Case Managements bei der HALLESCHE KVAG	190
7.2	Identifikation der Ansatzpunkte und Optimierungsmöglichkeiten	191
7.3	Konzept für Case Management bei der HALLESCHE KVAG	196
7.4	Kosten und Nutzen	205
8.	Fazit	209
A	Anlagenverzeichnis und Anlagen	213
B	Abbildungsverzeichnis	238
C	Tabellenverzeichnis	239
D	Abkürzungsverzeichnis	240
E	Literaturverzeichnis	241

1. Hinführung zum Thema

1.1 Ausgangslage

„The heart of the security agenda is protecting lives - and we now know that the number of people who will die of AIDS in the first decade of the 21st Century will rival the number that died in all the wars in all the decades of the 20th Century.“¹ Mit dieser Aussage verdeutlicht der ehemalige Vizepräsident der Vereinigten Staaten Al Gore die Brisanz und die schwerwiegenden Auswirkungen des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV). Dieses Virus wurde vor circa 30 Jahren entdeckt und dessen Relevanz ist heute noch immer sehr hoch.

Nach einer aktuellen Schätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) leben allein in Deutschland derzeit circa 78.000 Menschen mit HIV. Davon erhalten etwa 50.000 Menschen eine HIV-Therapie. Von den verbleibenden 28.000 nicht-therapierten Infizierten wissen circa 14.000 Betroffene noch nichts von ihrer Infektion.² Diese Zahlen in Kombination mit der Tatsache, dass die Anzahl der Neuerkrankungen weiter zunimmt³, belegen ebenfalls die große Relevanz und den enormen Bedarf an wirksamen Therapien und geeigneten Präventionsmaßnahmen.

Nach derzeitigem Stand der Wissenschaft gibt es viele verschiedene Therapien, die eingesetzt werden, um die Symptome abzumildern und die Mortalität zu verringern. Die Krankheits-Kosten-Kohorten-Analyse der deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener ÄrztInnen im HIV-Bereich (DAGNAE) ergab, dass sich die benötigten Ressourcen pro Patient⁴ in einem Jahr auf etwa 19.000 bis 23.000 € belaufen.⁵ Diese Summe ist von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und den privaten Krankenversicherungen (PKV) zu tragen. Der Gesamtbetrag der Ausgaben wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen, da die Anzahl der Infizierten zunimmt und damit auch die Therapieinanspruchnahme. Einen weiteren Grund stellt der häufig chronische Verlauf der Krankheit dar, der zusammen mit der verlängerten Lebensdauer dazu führt, dass die Kosten über einen längeren Zeitraum anfallen. Das Gesundheitswesen muss folglich mit steigenden Kosten rechnen.

Um die Ausgrenzung der Infizierten und die weitere Ausbreitung der Krankheit verhindern zu können, ist es wichtig, sich mit den Betroffenen zu befassen, die Gesellschaft aufzuklären

¹ Gore, A. (2007), S. 163

² Vgl. RKI (Hrsg.) (2012a), S. 466 ff.

³ Vgl. o.V. (2012), S. 1

⁴ In der gesamten Bachelorarbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei geschlechtsspezifischen Begriffen die maskuline Form verwendet. Diese Form versteht sich explizit als geschlechtsneutral. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

⁵ Vgl. o.V. (2011a)

sowie auf die Risiken aufmerksam zu machen. Eine aktuelle Studie der Deutschen AIDS-Hilfe ergab, dass 77 % der Befragten im Jahr 2011 Diskriminierung in Form von Beleidigungen bis hin zu Tötlichkeiten erlebt haben. 84 % der Kündigungen des Arbeitsplatzes hatten mit Diskriminierung zu tun. Daher gab eine Vielzahl der Befragten an, ein geringes Selbstwertgefühl zu haben.⁶ Diese Ergebnisse sind für die Gesellschaft nicht zufriedenstellend. Nach Meinung der Verfasserin besteht hier ein weiterer Bedarf, die Gesellschaft zu sensibilisieren und aufzuklären.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichte 2011 den Rahmen für die nationale HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie und greift die bereits angesprochenen Aufgabenfelder auf. Es werden drei Ziele genannt:

1. „Die Zahl der HIV-Neuinfektionen zu minimieren
2. Die Hilfen für Betroffene zu optimieren
3. Den Umgang mit Betroffenen solidarisch zu gestalten“⁷

Es ist sowohl von Seiten der Politik, des Bundes, der Leistungserbringer als auch von Seiten der Krankenversicherungen darauf zu achten, dass diese Aufgaben umgesetzt werden und ein weiterer Fortschritt im Kampf gegen HIV und AIDS erzielt werden kann.

1.2 Ziel der Arbeit

Die HALLESCHE KVAG⁸ als private Krankenversicherung hat ebenfalls Interesse daran, ihre Versicherten bei dieser Erkrankung zu unterstützen. Diese HIV-Infizierten stellen einerseits einen wichtigen gesundheitsökonomischen Faktor dar. Steigende Ausgaben, verursacht durch innovative, teure Therapien und zunehmende, kostenintensive Lebensdauer, führen dazu, dass die Abläufe von Therapie und Krankheit effektiver gesteuert werden müssen.

Andererseits führen die infizierten Versicherten zu einer sozialen Verpflichtung der Krankenversicherung, diese bestmöglich zu unterstützen und eine optimale Behandlung zu ermöglichen. Doch ist diese Verpflichtung nicht nur eine soziale den Versicherten gegenüber, sondern auch eine gesellschaftliche gegenüber der Bevölkerung.

Diese Bachelorarbeit hat zum Ziel, eine Analyse der derzeitigen Situation der HALLESCHE bezüglich der HIV-Infizierten durchzuführen und Optimierungsmöglichkeiten aufzudecken. Neben der Betrachtung der Neuinfektionen und geografischen Verteilung der Infizierten werden auch die Kosten untersucht. Durch die Analyse der Kosten und den anschließenden Vergleich mit

⁶ Vgl. Vierneisel, C. (2012)

⁷ BMG (Hrsg.) (2011), S. 14

⁸ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden HALLESCHE KVAG als HALLESCHE angegeben.

den Durchschnittskosten des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) soll ermittelt werden, ob diese Kosten angemessen sind oder Optimierungsbedarf besteht. Liegen höhere Ausgaben vor, liegt die Aufgabe darin, deren Ursachen herauszufiltern. Diese Ursachen werden detailliert betrachtet und analysiert, um Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.

Es soll jedoch nicht nur die Entwicklung der Krankheitskosten betrachtet werden, sondern auch der aktuelle Stand der medizinischen Versorgung der Versicherten in verschiedenen Teilen Deutschlands. Dadurch soll zum einen analysiert werden, ob die Infizierten die medizinischen Therapiemöglichkeiten ausschöpfen und optimal versorgt sind. Zum anderen soll untersucht werden, ob Handlungsbedarf besteht, um den Versicherten einen maximalen Therapieerfolg zu ermöglichen.

Zusätzlich soll überprüft werden, ob die suboptimalen Zustände durch die Einführung von Case Management (CM) positiv verändert werden können. Der Nutzen kann sowohl in ökonomischen Einsparpotenzialen als auch in einer Erhöhung der Lebensqualität liegen.

Das primäre Ziel liegt darin, Handlungsempfehlungen für CM abzuleiten und dadurch Möglichkeiten aufzuzeigen, durch die sowohl die Infizierten als auch die Versicherung positive Resultate erzielen können. Diese Handlungsempfehlungen sollen anschließend monetär bewertet werden. Die finale Bewertung soll jedoch nicht nur finanzielle Aspekte beinhalten, sondern auch intangible positive Effekte, wie beispielsweise eine Erhöhung der Lebensqualität, berücksichtigen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zunächst erfolgt eine detaillierte Auswertung verfügbarer Literatur über HIV und AIDS. Hierbei werden überwiegend aktuelle Werke verwendet, um neueste Erkenntnisse der Forschung und Therapiemöglichkeiten als Grundlage heranzuziehen. Die molekularbiologischen Details der Infektion, wie beispielsweise die detaillierte Betrachtung der Oberflächenstruktur der HI-Viren und der Aufbau der verschiedenen Zellrezeptoren, werden nicht in die Auswertung mit einbezogen. Außerdem wird eine Literaturanalyse zum Thema CM durchgeführt. Dabei fließt neben aktueller Sekundärliteratur auch ältere Primärliteratur mit ein.

Anschließend an die themenbezogene Literatur erfolgt ein Vergleich zwischen GKV und PKV bezüglich HIV-infizierten Versicherten. Es werden Unterschiede aufgedeckt, wie beispielsweise die Anteile der Infizierten am Versichertenbestand sowie die verursachten Krankheitskosten. Danach folgt die Untersuchung des Engagements des PKV-Verbandes für HIV. Dabei wird die Beteiligung und der Einfluss auf Präventionsmaßnahmen des PKV-Verbandes sowie der Beitrag der HALLESCHER untersucht.

Im darauffolgenden Kapitel wird die aktuelle betriebliche Situation der HALLESCHE bezüglich der HIV-Infizierten dargestellt. Um Krankheitskosten, Krankheitsverläufe und Therapieanspruchnahmen zu analysieren, werden interne Daten benötigt. Diese werden von der Fachbereichsorganisation des Zentralbereichs Leistung (ZLG-FO) durch betriebliche Systeme zur Verfügung gestellt. Da diese Systeme erst ab dem Jahr 2005 detaillierte Informationen gespeichert haben, sind diese Daten für einen Teil der Auswertung nicht verwendbar. Daher werden ebenfalls Auswertungen des Zentralbereiches Mathematik für dieses Kapitel herangezogen. Die Daten vom Zentralbereich Mathematik weisen den Vorteil auf, dass sie auf derselben Datenbasis und denselben Selektionskriterien beruhen wie die Auswertungen des PKV-Verbandes. Somit sind die Ergebnisse anschließend zwischen HALLESCHE und PKVDurchschnitt optimal vergleichbar.

Trotz der Möglichkeit, viele verschiedene Informationen aus diesen beiden Datenquellen zu generieren, ist es nicht immer möglich, den genauen Zeitpunkt der Erstdiagnose sowie den Infektionsweg festzustellen. Dies liegt zum einen an technischen Beschränkungen, zum anderen auch an den Rechnungen, die in der Regel die Diagnose, nicht jedoch den Infektionsweg aufweisen.

Um einen Vergleich zwischen verschiedenen Teilen Deutschlands ziehen zu können, wurden 20 HIV-infizierte Versicherte aus Berlin und zehn Betroffene aus ländlichen Regionen Niedersachsens willkürlich ausgewählt. Dadurch lassen sich beispielhaft die unterschiedlichen medizinischen Infrastrukturen städtischer und ländlicher Regionen vergleichen. Die darauffolgende Analyse eines einzelnen Versicherten liefert exemplarisch Aufschluss über die Arztbesuchsfrequenz und zeitliche Abfolge einzelner Behandlungen.

Des Weiteren wird in Kapitel 7 versucht, anhand des Literaturschemas ein CM für HIV aufzubauen. Dafür werden die ermittelten Ergebnisse und Defizite analysiert, um Handlungsempfehlungen abzuleiten. Diese Handlungsempfehlungen werden am Ende durch eine Kosten-Nutzen-Analyse bewertet und eine zukünftige Entwicklung des monetären Nutzens in Aussicht gestellt.

2. Humanes Immundefizienz-Virus

2.1. Geschichtlicher Abriss

Die älteste HIV-Probe stammt aus dem Blut eines britischen Seemanns von 1959. Auf die Krankheit werden Ärzte jedoch erst im Jahr 1981 aufmerksam, als in Amerika bei 26 Menschen ein ungewöhnlicher Tumor, das Kaposi-Sarkom, auftritt.⁹ Die neue Krankheit betraf überwiegend Homosexuelle, daher erhielt sie vorerst den Namen „Gay Compromise Syndrome“ und „Gay Related Immunodeficiency“ bevor sich die Bezeichnung „Acquired Immuno Deficiency Syndrome“ für AIDS durchsetzte.¹⁰ Übersetzt bedeutet dies „Erworbenes Immundefekt Syndrom“.

Zu Beginn wurden Betroffene mit Schmierereien an Hauswänden, Beschimpfungen und Kündigungandrohungen des Arbeitsplatzes von der Gesellschaft ausgegrenzt.¹¹ 1990 wurde das „unlinked anonymous testing“ in Erwägung gezogen, bei dem aus überschüssigem Blut von einem anderweitigen Untersuchungszweck ein HIV-Test durchgeführt wurde.¹² Dieses Verfahren wurde in Deutschland von 1993 bis 1999 bei Neugeborenen angewendet, da diese den Immunstatus der Mutter abbilden und dadurch „...Aussagen zur Ausbreitung von HIV in dem epidemiologisch wichtigen sexuell aktiven Teil der Bevölkerung...“¹³ getroffen werden können. Bis heute wird dieses anonyme Testen von der WHO und den Centers for Disease Control (CDC) ethisch kontrovers diskutiert.¹⁴

Zu einer aufsehenerregenden Situation führte der 1987 verabschiedete „bayerische Maßnahmenkatalog“. Dieser sollte mit verschiedenen Mitteln die Ausbreitung von HIV bekämpfen. Bewerber für den öffentlichen Dienst sollten einen Zwangstest machen müssen und Ausländer mit einem HIV-positiven Testergebnis bekamen keine Aufenthaltsgenehmigung. Infizierten Prostituierten wurde eine Kondompflicht auferlegt, ansonsten drohte eine Strafverfolgung wegen gefährlicher Körperverletzung.¹⁵ Der heutige Bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer schlug sogar vor, die Infizierten in speziellen Heimen zu „sammeln“ und „abzusondern“.¹⁶ Der Sinn und Zweck dieses Maßnahmenkatalogs, die Ausbreitung von HIV zu verhindern und die Gesellschaft aufzuklären, schlug fehl. Die Betroffenen hatten nun mehr Angst vor dem Staat als vor der Krankheit. Daraus resultierte ein drastischer Rückgang der Hilfesuchenden in den Gesundheitsämtern.¹⁷

⁹ Vgl. Herkommer, H. (2000), S. 25

¹⁰ Vgl. Reger, K. H.; Haimhausen, P. (1983), S. 12 f.

¹¹ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1990), S. 9

¹² Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1990), S. 344

¹³ RKI (Hrsg.) (1997), S. 199

¹⁴ Vgl. Fairchild, A.; Bayer, R. (2012)

¹⁵ Vgl. The ACT UP/New York Women & AIDS Book Group (Hrsg.) (1994), S. 120 ff.

¹⁶ Vgl. o.V. (1987), S. 131

¹⁷ Vgl. Grefe, C. (1988), S. 13 f.

Seit 1987 besteht in Deutschland die Pflicht, dass Labors HIV-positive Testergebnisse an das Bundesgesundheitsamt in anonymisierter Form melden müssen. Auch Ärzte und Krankenhäuser haben die Möglichkeit, AIDS-Erkrankungen zu melden, dies erfolgt jedoch auf freiwilliger Basis. Diese Daten werden in dem AIDS-Fallregister gesammelt, welches seither vom Bundesgesundheitsamt geführt wird und die Grundlage für statistische Auswertungen bildet.¹⁸

Heute gibt es zahlreiche Therapiemöglichkeiten, eine breite Forschungsaktivität und eine umfassende Präventions- und Aufklärungsarbeit von Seiten des Bundes, der Krankenkassen und Krankenversicherungen.

2.2. Ursachen und Diagnostik

Das HI-Virus wird erworben und tritt nicht ohne äußere Umstände auf.¹⁹ Die Übertragung von HIV erfolgt primär über Blutkontakt und Sexualflüssigkeiten. Bei Bluttransfusionen und Organtransplantationen können HI-Viren übertragen werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Mutter-zu-Kind-Übertragung, bei der eine HIV-positive Mutter während der Geburt oder über das Stillen die Viren auf das Kind überträgt. Auf diesem Weg infizieren weltweit etwa 30 % der erkrankten schwangeren Frauen ihre Kinder. Bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ist eine Ansteckung durch Blut, Sperma und Vaginalflüssigkeit möglich. Ebenfalls kann durch gemeinsamen Gebrauch von bereits benutztem Spritzbesteck bei Drogenkonsum das Virus übertragen werden.²⁰

Im alltäglichen Umgang ist HIV jedoch nicht ansteckend. Eine Übertragung durch Speichel, Schweiß und Urin ist nicht bekannt.²¹

Die Diagnose erfolgt über einen HIV-Antikörpertest. Im Jahr 1987 wurde gerichtlich entschieden, dass diese Tests nur im Einverständnis der Patienten durchgeführt werden dürfen. Dies dient der Sicherstellung einer angemessenen, fachgerechten Beratung und Information des Patienten über den Test und die möglichen Konsequenzen.²²

Aufgrund des Eindringens des HI-Virus in den Organismus produziert das Immunsystem Antikörper zur Abwehr. Der Test erfolgt in zwei Schritten. Zunächst wird der Suchtest - der sogenannte ELISA-Test - durchgeführt. Hierbei werden die Antikörper im Blut gemessen. Er hat eine hohe Sensitivität und identifiziert somit fast alle HIV-Infektionen. Die Spezifität ist jedoch sehr gering, denn es lösen auch andere Substanzen ein positives Ergebnis aus. Fällt der ELISA-Test

¹⁸ Vgl. The ACT UP/New York Women & AIDS Book Group (Hrsg.) (1994), S. 19

¹⁹ Vgl. Ford, M. T. (1999), S. 26

²⁰ Vgl. Chin, J. (2009), S. 117 ff.

²¹ Vgl. Herkommer, H. (2000), S. 26

²² Vgl. Pfundt, K. (2010), S. 140 ff.

positiv aus, folgt ein aufwändigerer und teurerer Bestätigungstest. Dieser zweite Schritt wird häufig anhand des sogenannten Western-Blot-Tests durchgeführt, da er eine höhere Spezifität ausweisen kann. Fällt dieser Test ebenfalls positiv aus, wird das Ergebnis dem Patienten mitgeteilt.²³ Für positive Bestätigungsteste besteht eine Berichtspflicht, durch die eine fallbezogene Registrierung von neu diagnostizierten Infektionen gewährleistet wird.²⁴

Im Endeffekt zeichnet sich der vollständige HIV-Antikörpertest besonders durch seine hohe Sensitivität aus. Diese ist mit bis zu 99,9 % sehr hoch. Auch die Spezifität dieses Tests ist mit ca. 99,9 % sehr hoch, wodurch er als äußerst zuverlässig eingestuft wird.²⁵

Zur Verschlüsselung der HIV-Infektion werden u.a. die ICD-Codes Z21, B20 bis B24 sowie die Zusatzcodes U60 bis U61 zur Stadieneinteilung²⁶ verwendet.²⁷

2.3. Verlauf

HIV ist eine sekundäre bzw. erworbene Immunmangelstörung. Wie bereits in Abschnitt 2.2. dargestellt, gelangt das Virus durch verschiedene Übertragungswege in den Körper und beginnt sich nach einer Inkubationszeit von sieben bis 21 Tagen zu replizieren. Es bindet sich an Rezeptoren bestimmter T-Lymphozyten, den CD4+-Helferzellen, die maßgeblich für die Immunreaktion des Körpers verantwortlich sind. Dadurch werden Prozesse in Gang gesetzt, in denen sich die Zellen selbst zerstören und es zu einem Abfall der Anzahl der T-Zellen kommt.²⁸ Da das Virus fortwährend seine Oberflächenstruktur verändert, sind die Abwehrreaktionen des Organismus nicht wirksam und die HI-Viren können somit nicht vollständig vernichtet werden.²⁹ Dadurch führt das Virus zu einem progressiven Immundefizit. Der Organismus ist zunehmend anfälliger gegenüber Erregern, opportunistischen Infektionen³⁰ und Tumoren.

In der Literatur erfolgt eine Stadieneinteilung in drei Phasen. Die **akute Phase** findet einige Tage bis Wochen nach der Infektion statt. Die Viruslast steigt exponentiell an und die CD4+-Helferzellen nehmen stark ab. Die Betroffenen leiden häufig unter grippeähnlichen Symptomen

²³ Vgl. Weinreich, S.; Benn, C. (2009), S. 176 f.

²⁴ Vgl. Hamouda, O. et al. (2007), S. 399 f.

²⁵ Vgl. Chin, J. (2009), S. 109

²⁶ Siehe Anlage 1

²⁷ Vgl. Zaiß, A. (Hrsg.) (2012), S. 93 f.

²⁸ Vgl. Hauber, J. et al. (2009), S. 33 f.

²⁹ Vgl. Becker, K. et al. (2007a), S. 27 f.

³⁰ Unter opportunistischen Infektionen versteht man Infektionen, die nur bei Patienten mit Immunschwäche auftreten und bei Menschen mit normalem Immunsystem nicht zu einer Erkrankung führen würden. Vgl. Hellenbrand, W. (2003), S. 20

wie Fieber, Gelenkschmerzen und Gewichtsverlust. Es findet sich in dieser Phase auch vielfach das Lymphadenopathie-Syndrom, das für eine dauerhafte Schwellung multipler Lymphknoten steht. Das zweite Stadium wird als **chronische Phase**, häufig auch als asymptomatische Latenzphase, bezeichnet. Oftmals ist das einzige Symptom während dieser Phase eine Lymphknotenschwellung. Die Anzahl der CD4+-Helferzellen stabilisiert sich wieder und die Viruslast nimmt ab. Diese Latenzphase kann über mehrere Jahre andauern.³¹

Darauffolgend können durch die zunehmend sinkende Anzahl an CD4+-Helferzellen verschiedene AIDS-definierende Erkrankungen hinzukommen.³² Erst ab diesem Zeitpunkt bezeichnet man die Krankheit als **AIDS**.

Zu diesen Erkrankungen zählen beispielsweise Lungenentzündung, chronische Herpes Simplex-Infektion, Pilzinfektion der Speiseröhre, Kaposi-Sarkom, HIV-bezogene Enzephalopathie, Tuberkulose und opportunistische Infektionen.³³ Häufig tritt als Koinfektion Hepatitis C auf. Aufgrund der gemeinsamen Übertragungswege leiden in Mitteleuropa etwa 20 % der HIV-infizierten Personen ebenfalls an Hepatitis C. Auch Hepatitis B wird oft als Koinfektion bei HIV festgestellt.³⁴

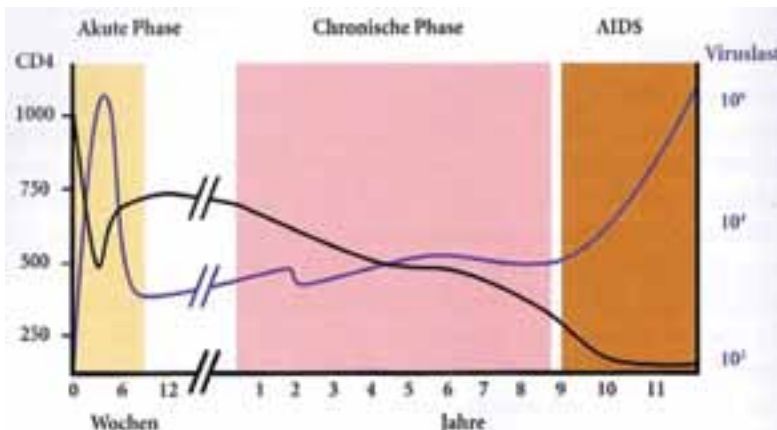


Abbildung 1: Verlauf der Erkrankung³⁵

³¹ Vgl. Schewior-Popp, S.; Fischer, R. (2007), S.117

³² Vgl. Schewior-Popp, S.; Fischer, R. (2007), S.117

³³ Vgl. Weinreich, S.; Benn, C. (2009), S.181 f.

³⁴ Vgl. Rockstroh, J.; Lenz, J. (2008), S. 34

³⁵ Enthalten in: Hauber, J. et al. (2009), S. 34

Von der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC wird die HIV-Infektion in drei klinische Kategorien eingeteilt. In Kategorie A werden die Patienten zusammengefasst, die sich in der asymptomatischen Phase befinden, also der akuten Phase und der Latenzphase. Zu Kategorie B zählen die Betroffenen, die nicht mehr in der asymptomatischen Phase sind und an nicht AIDS-definierenden Erkrankungen leiden. Das in dieser Kategorie auftretende Krankheitsbild wird häufig als AIDS-related-complex bezeichnet. Kategorie C umfasst diejenigen, die an AIDS erkrankt sind. Für diese drei Kategorien liegen auch definierte Laborwerte vor.³⁶

Kategorie	Bezeichnung	CD4-Zellen/ μ l
A	Lymphadenopathie-Syndrom	>500
B	AIDS-related-complex	200 - 500
C	AIDS	<200

Tabelle 1: CDC-Klassifikation mit Laborwerten³⁷

Weltweit bricht AIDS im Schnitt etwa acht Jahre nach der HIV-Infektion aus. Wird das HI-Virus nicht durch Medikamente bekämpft, „...schreitet die Immunsuppression weiter fort, bis der/ die Infizierte stirbt.“³⁸ Nach dem Ausbruch der AIDS-definierenden Krankheiten beträgt die Überlebenszeit ohne Medikamente durchschnittlich sechs bis 48 Monate. Mit Hilfe von wirksamen HIV-Medikamenten liegt die Überlebenszeit deutlich höher, ist aber dennoch begrenzt.³⁹

2.4. Therapiemöglichkeiten

Im Jahr 1985 wurde das erste Medikament zur Behandlung von HIV zugelassen.⁴⁰ Durch den technischen und wissenschaftlichen Fortschritt haben sich die Medikamente und Therapiemethoden wesentlich geändert. Heute bilden medikamentöse Prophylaxen, wie beispielsweise die Einnahme von Antibiotika zur Vorbeugung opportunistischer Infektionen, eine wichtige Grundlage und den ersten Pfeiler der HIV-Therapie. Den zweiten Pfeiler stellen antiretrovirale Therapien (ART) dar, um die Vermehrung des HI-Virus zu verhindern bzw. zu verringern.⁴¹

³⁶ Vgl. Schewior-Popp, S.; Fischer, R. (2007), S. 117 f.

³⁷ In Anlehnung an: Dörner, T. et al. (2010), S. 890

³⁸ Weinreich, S.; Benn, C. (2009), S. 180

³⁹ Vgl. Chin, J. (2009), S. 97 f.

⁴⁰ Vgl. Weinreich, S.; Benn, C. (2009), S. 169

⁴¹ Vgl. Pfundt, K. (2010), S. 195 f.

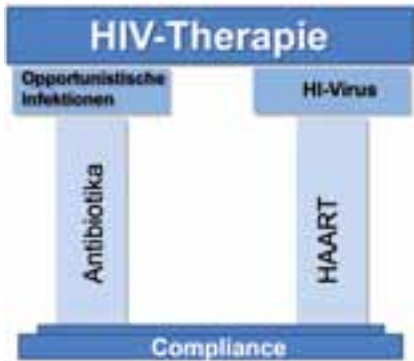


Abbildung 2: Die Pfeiler der HIV-Therapie⁴²

Im Folgenden wird nun auf den zweiten Pfeiler genauer eingegangen.

Aufgrund der potenziellen Resistenzentwicklung des Virus gegenüber bestimmten antiretroviralen Medikamenten ist die richtige Kombination der verschiedenen Medikamente für den Therapieerfolg entscheidend. Die Wahrscheinlichkeit einer Resistenz gegenüber HIV-Medikamenten betrug im Jahr 2000 noch 32 % und konnte durch effektive Forschung auf 1 % im Jahr 2008 gesenkt werden.⁴³ Durch einen frühen Beginn der ART bzw. hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) werden eine verringerte Resistenzentwicklung sowie eine Reduktion der AIDS-definierenden Erkrankungen erreicht.

Bei der Auswahl der Medikamente wird grundsätzlich eine Kombination aus zwei verschiedenen Nukleosid-Reverse-Transkriptase-Hemmern und einem Nicht-Nukleosidalen Reverse-Transkriptase-Hemmer oder einem geboosteten Protease-Hemmer empfohlen.⁴⁴ Die beiden Gruppen der Reverse-Transkriptase-Hemmer verhindern, dass das Erbgut des Virus in menschliche DNA umgeschrieben wird und unterbindet somit die Vermehrung der Viren. Protease-Hemmer hingegen hindern Enzyme an der Produktion neuer Viren.⁴⁵ In Anlage 2 und 3 findet sich eine Auflistung der zugelassenen Substanzen der verschiedenen Arzneimittelgruppen.

⁴² Eigene Darstellung, Datenquelle Pfundt, K. (2010), S. 195 f.

⁴³ Vgl. De Luca, A. et al. (2013)

⁴⁴ Vgl. Hauber, J. et al. (2009), S. 50 f.

⁴⁵ Vgl. Becker, K. et al. (2007b), S. 662

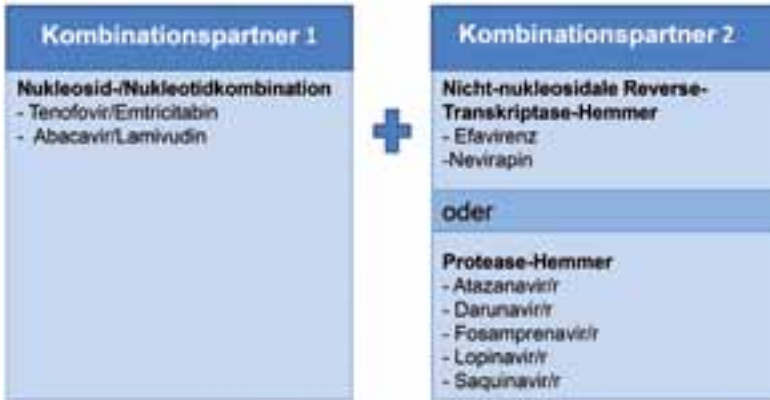


Abbildung 3: Empfohlene Erstlinientherapie der Deutsch-Österreichischen und Europäischen AIDS-Gesellschaft⁴⁶

Die Therapiefortschritte werden zunächst vier Wochen nach Therapiebeginn überprüft. Die Viruslast sollte zu diesem Zeitpunkt um zwei Zehnerpotenzen reduziert sein. Wenn das nicht der Fall ist, müssen Probleme in der Therapietreue und Resistenzen in Betracht gezogen werden. Innerhalb von sechs Monaten sollte die Viruskonzentration unter die Nachweisgrenze von 50 Kopien je ml Plasma sinken.⁴⁷ Obwohl HAART die klinischen Ergebnisse der Patienten enorm verbessert hat, ist die vollständige Eliminierung des Virus derzeit nicht möglich.⁴⁸

Nach Empfehlungen der S3-Leitlinie der Deutschen AIDS-Gesellschaft sind die Therapieindikatoren wie folgt angegeben:

Klinik	CD4+-Lymphozyten/µl Blut	HIV-RNA/ml Blut	Therapieempfehlung
CDC B oder C	Unabhängig von den Laborwerten		Eindeutige Empfehlung
CDC A	< 200	Alle Werte	Eindeutige Empfehlung
	200 - 350	Alle Werte	Im Allgemeinen ratsam
	350 - 500	> 50 000 - 100 000	Vertretbar
		< 50 000	Vertretbar
	> 500	Alle Werte	Im Allgemeinen abzulehnen
Akutes retrovirales Syndrom	Unabhängig von den Laborwerten		Vertretbar

Tabelle 2: Therapieindikationen und -empfehlungen⁴⁹

⁴⁶ In Anlehnung an: Hauber, J. et al. (2009), S. 50

⁴⁷ Vgl. Hauber, J. et al. (2009), S. 56 f.

⁴⁸ Vgl. Dörner, T. et al. (2010), S. 888

⁴⁹ Enthalten in: Dörner, T. et al. (2010), S. 891

Betroffene mit rascher Erholung des Immunsystems leiden häufig an einem Immunrekonstitutions-Inflammatorischen Syndrom. Trotz steigender Anzahl an T-Helferzellen kommt es zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes. So kann es zum Ausbruch von weiteren opportunistischen Krankheiten oder Krebserkrankungen kommen. HIV-Therapeuten empfehlen daher, zunächst die vorliegenden opportunistischen Krankheiten zu behandeln und erst danach HAART einzusetzen.⁵⁰

Wenn die Therapie nicht wie gewünscht wirkt, müssen verschiedene Faktoren betrachtet werden. Das Therapieversagen kann zum einen von der Resistenzentwicklung der Viren herrühren. Durch die hohe Anzahl an Mutationen können rasch resistente Viren entstehen, die sich dann trotz antiretroviraler Substanzen replizieren können. Daher ist es äußerst wichtig, dass sich die Therapie immer aus einer Kombination von verschiedenen Medikamenten zusammensetzt. Wenn Resistenzen entstehen, muss ein anderes Kombi-Präparat auf Grundlage einer Resistenztestung gewählt werden.⁵¹

Zum anderen kann die Therapie aufgrund der Compliance beeinträchtigt werden. Die Compliance bezeichnet die Bereitschaft der Patienten, an der Therapie zuverlässig mitzuwirken. Unregelmäßigkeiten in der Medikamenteneinnahme fördern die Bildung resistenter Viren und führen dazu, dass die Therapie bzw. das Medikament häufig umgestellt werden muss. Gründe für eine mangelnde Compliance liegen vor allem in der Menge der Tabletten, den exakt vorgeschriebenen Zeitabständen, den Nahrungsvorschriften sowie den Neben- und Wechselwirkungen. Diese können sich in Schwindel, Erbrechen, Diarrhoe, Kopfschmerz sowie Schwund und Umverteilung von Fettgewebe unter der Haut äußern.⁵² Als Langzeitnebenwirkungen sind Stoffwechselstörungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus, sowie Nervenschädigungen möglich.⁵³ Um eine gute Compliance zu erzeugen, muss der Patient ein hohes Therapie- und Krankheitsverständnis aufweisen und auch vom Nutzen der Therapie überzeugt sein.⁵⁴

Neue Formen der HIV-Therapie beschäftigen sich mit sogenannten Entry-Inhibitoren. 2007 wurde in den USA und Europa die erste Substanz der CCR5-Inhibitoren zugelassen. Diese Inhibitoren verhindern, dass das Virus in die Wirtszelle eindringen kann. Durch den raschen Fortschritt der Forschung existieren zusätzliche therapeutische Auswahlmöglichkeiten, wodurch die Auswirkungen der Resistenzbildung abgeschwächt werden.⁵⁵

⁵⁰ Vgl. Arendt, G. (2007), S. 226 ff.

⁵¹ Vgl. Doerr, H. W. et al. (2004), S. 590

⁵² Vgl. Schewior-Popp, S.; Fischer, R. (2007), S. 118 f.

⁵³ Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2012)

⁵⁴ Vgl. Salzberger, B.; Fätkenheuer, G. (2004), S. 79 f.

⁵⁵ Vgl. Jäger, H. (Hrsg.) (2008), S. V f.

Durch diese wirksamen Therapien konnte die Lebenserwartung um durchschnittlich 13 Jahre erhöht werden.⁵⁶

Um gar nicht erst eine HIV-Infektion manifest werden zu lassen, gibt es die Möglichkeit einer Postexpositionsprophylaxe (PEP). Durch Verletzungen mit kontaminierten Instrumenten im Krankenhaus oder durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person, besteht die Gefahr einer HIV-Infektion. Die zur PEP verwendeten Medikamente sind nicht für diese Indikation zugelassen, daher müssen die Betroffenen explizit der Behandlung zustimmen. Die empfohlene Dauer für die Medikamentenkombination beträgt 28 Tage. Wenn innerhalb von zwei Stunden nach dem Risikokontakt die erste Medikamentengabe erfolgt, sind die besten Ergebnisse zu erwarten.⁵⁷ Hierbei ist zu beachten, dass „... eine medikamentöse PEP bereits sinnlos [ist], wenn sie später als 24 Stunden nach Exposition begonnen wird.“⁵⁸

Die komplexe medizinische Behandlung des HI-Virus erfordert einen hohen Kenntnisstand der behandelnden Ärzte. Sie müssen einerseits ein breites Spektrum an Wissen über geeignete Therapiemöglichkeiten und Medikamente haben und andererseits mit den Laborwerten richtig umgehen können. Um die Erfüllung dieser Anforderungen garantieren zu können, gibt es sogenannte Schwerpunktärzte. HIV-Infizierte sollten nach ihrer Erstdiagnose zeitnah eine Schwerpunktpraxis aufsuchen, um mit den Ärzten einen individuell geeigneten Therapieplan aufzustellen. Die darauffolgenden Besuche sollten quartalsweise stattfinden.⁵⁹

Wichtig für die Therapie ist ebenfalls eine psychosoziale Beratungsstelle, die den Betroffenen als Anlaufstelle dient. Im Vordergrund stehen Fragen bezüglich des Behandlungsablaufs und Hilfe bei akuten Krisensituationen, wie beispielsweise Suizidabsichten. Außerdem werden Beratungen angeboten, die sich mit der Alltagsbewältigung beschäftigen, wenn Betroffene durch die Krankheitssymptome zunehmend beeinträchtigt sind und ambulante Pflege erforderlich wird. Eine weitere Hilfe leistet die Ernährungsberatung, die die häufig vorkommende Fehl- und Unterernährung bei HIV-Infizierten aufzeigt und die Ernährung umstellt.⁶⁰

Doch nicht nur professionelle Unterstützung, sondern auch Selbsthilfe wirkt sich positiv auf die Verfassung aus. Durch Selbsthilfegruppen wird die Krankheitsbewältigung verbessert und soziale Kontakte werden wieder auf- und ausgebaut.⁶¹

⁵⁶ Vgl. o.V. (2008), S. 293 ff.

⁵⁷ Vgl. Schubert, D. (2012), S. 148 f.

⁵⁸ RKI (Hrsg.) (1998), S. 152 f.

⁵⁹ Vgl. o.V. (o.J.a)

⁶⁰ Vgl. Herkommer, H. (2000), S. 155 ff.

⁶¹ Vgl. Herkommer, H. (2000), S. 155 ff.

2.5. Prävention

Prävention lässt sich in drei verschiedene Formen einteilen. **Primärprävention** dient der „...Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten...“⁶² durch verschiedene Maßnahmen. Unter diesen Begriff fällt beispielsweise der Gebrauch von Präservativen beim Geschlechtsverkehr. Sekundärprävention beschreibt die Früherkennung von Krankheiten und Tertiärprävention steht für die Verhütung der Verschlimmerung der Erkrankung, beispielsweise durch Prophylaxemaßnahmen zur Vermeidung von opportunistischen Infektionen.⁶³ Auf Sekundär- und Tertiärprävention wurde bereits in Abschnitt 2.2. und 2.4. näher eingegangen.

Bei HIV spielt auch die Primärprävention eine entscheidende Rolle. Die angewendete Kombinationsprävention setzt sich aus zwei Strategien zusammen. Die **Verhaltensstrategie** zielt darauf ab, das Verhalten der Bevölkerung grundlegend zu ändern. Darunter fallen vielschichtige Informationen über HIV und AIDS, Drogenkonsum, Kondomgebrauch, spätere sexuelle Aktivität sowie die Beschränkung auf wenige Sexualpartner.⁶⁴

Die zweite Strategie ist die **biomedizinische Prävention**. Auch bei dieser Prävention bildet die Benutzung von Kondomen eine wichtige Grundlage. Kondome stellen Barrieren für die HI-Viren dar und erfüllen eine Schutzfunktion. Es muss auf das Verfallsdatum und die richtige Anwendung geachtet werden. Eine Studie aus dem Jahr 2000 ergab, dass lediglich 10 % der HIV-infizierten homosexuellen Männer regelmäßig Kondome benutzen. 80 % gaben an, unregelmäßig Kondome zu verwenden und 10 % „niemals“.⁶⁵ Diese erschreckenden Zahlen zeigen, dass es wichtig ist, fortlaufend Aufklärungsarbeit zu leisten. Beschneidungen bei Männern führen dazu, dass das Übertragungsrisiko sinkt. Einen sicheren Schutz vor einer Infektion stellt dies allerdings nicht dar.⁶⁶

Die Impfstoffforschung ist auf einem erfolgversprechenden Weg. Wie die International AIDS Vaccine Initiative berichtet, konnten in den letzten Jahren wichtige Fortschritte erzielt werden. Es wurden bestimmte Substanzen untersucht, die das Immunsystem dabei unterstützen sollen, die Infektion zu verhindern. Auch wurden Substanzen analysiert, die die infizierten Zellen zerstören können. Die Forschungen haben gute Ergebnisse erzielt und lassen darauf hoffen, dass in naher Zukunft Impfstoffe hergestellt werden können.⁶⁷

⁶² Dörner, T. et al. (2010), S. 1672

⁶³ Vgl. Dörner, T. et al. (2010), S. 1672

⁶⁴ Vgl. Weinreich, S.; Benn, C. (2009), S. 58

⁶⁵ Vgl. Marcus, U. (2000), S. 29

⁶⁶ Vgl. Weinreich, S.; Benn, C. (2009), S. 68 ff.

⁶⁷ Vgl. Raymond, C. (o.J.)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat mit der Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ große Teile der Bevölkerung und verschiedene Zielgruppen erreicht und auf HIV aufmerksam gemacht. Die Ziele der Dachkampagne sind in Anlage 4 beigefügt. Durch Kurzfilme in Kinos, verschiedene Plakate, Postkarten und Broschüren werden die Aussagen kommuniziert. Durch Kooperationen, beispielsweise mit Sportverbänden, kann eine Vielzahl junger Menschen erreicht werden. Mediale Ereignisse wie Olympia können die Aufmerksamkeit verstärkt auf HIV lenken.⁶⁸

Die Präventionsmaßnahmen, insbesondere die Aufklärungsarbeit, müssen fortlaufend weitergeführt werden. Es muss der Gesellschaft stets präsent sein, wie HIV übertragen wird, was es für Auswirkungen hat und vor allen Dingen, wie sich eine Infektion vermeiden lässt. Letztendlich trifft die Aussage: „Es gibt keine Risikogruppen, es gibt nur Risikoverhalten!“⁶⁹ voll und ganz zu. Obwohl für bestimmte Gruppen das Infektionsrisiko höher liegt als bei anderen, so bestimmt doch letztendlich das eigene Verhalten der Personen über das Risiko einer HIV-Infektion.

2.6. Epidemiologie

Im weltweiten Vergleich weist Deutschland eine geringere Anzahl an Neuerkrankungen auf als der europäische Durchschnitt, Amerika und Asien.⁷⁰ Die HIV-Inzidenz, also die Anzahl der Neuinfektionen, ist seit 2003 - abgesehen von leichten Schwankungen - relativ konstant. Aus Abbildung 4 ist jedoch ersichtlich, dass seit 2011 wieder ein leichter Anstieg vorliegt. Die HIV-Prävalenz, die die Anzahl der erkrankten Personen widerspiegelt, steigt seit 1990 weiterhin kontinuierlich an. Dies liegt daran, dass durch die wirksamen Therapien weniger Betroffene sterben, als sich neu infizieren. D.h. es kommen mehr Infizierte hinzu als sterben, was in Summe zu einer kontinuierlichen Zunahme der Betroffenen führt.⁷¹

⁶⁸ Vgl. BZgA (Hrsg.) (2008), S. 32 ff.

⁶⁹ The ACT UP/New York Women & AIDS Book Group (Hrsg.) (1994), S. 21

⁷⁰ Vgl. RKI (Hrsg.) (2012b), S. 264

⁷¹ Vgl. RKI (Hrsg.) (2012a), S. 465 ff.

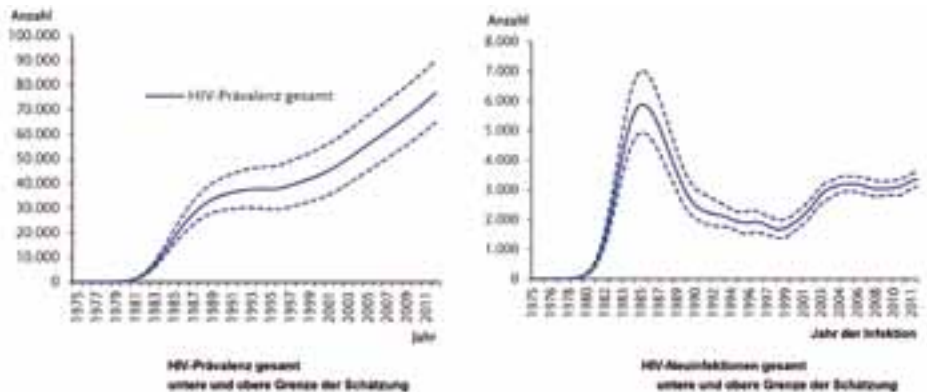


Abbildung 4: Geschätzte HIV-Prävalenz und HIV-Inzidenz in Deutschland⁷²

Heute lässt sich feststellen, dass von den Personen, die im Jahr 1990 die Erstdiagnose gestellt bekommen haben, bereits 82 % verstorben sind. Von denjenigen, bei denen im Jahr 2010 HIV diagnostiziert wurde, sind etwa 8 % gestorben.⁷³ Zum Zeitpunkt der Erstdiagnose sind Frauen meistens zwischen 20 und 40 Jahre alt. Bei den Männern liegt das Alter zwischen 20 und 55 Jahren, wobei die Anzahl der Neudiagnosen bei Männern exorbitant höher ist als bei Frauen.⁷⁴ Die entsprechenden Grafiken sind zur Vollständigkeit in Anlage 5 und 6 beigefügt.

Der geografische Schwerpunkt der HIV-Erkrankten verteilt sich vor allem auf Zentren wie Berlin, Hamburg, Köln, Frankfurt, München und Stuttgart. Die größte Verbreitung liegt im Westen Deutschlands. Diese Verteilung ist nahezu deckungsgleich mit der Verteilung der AIDS-Fälle in Deutschland.⁷⁵

⁷² Enthalten in: RKI (Hrsg.) (2012a), S. 466

⁷³ Vgl. RKI (Hrsg.) (2012c)

⁷⁴ Vgl. RKI (Hrsg.) (2012c)

⁷⁵ Vgl. RKI (Hrsg.) (2012b), S. 269

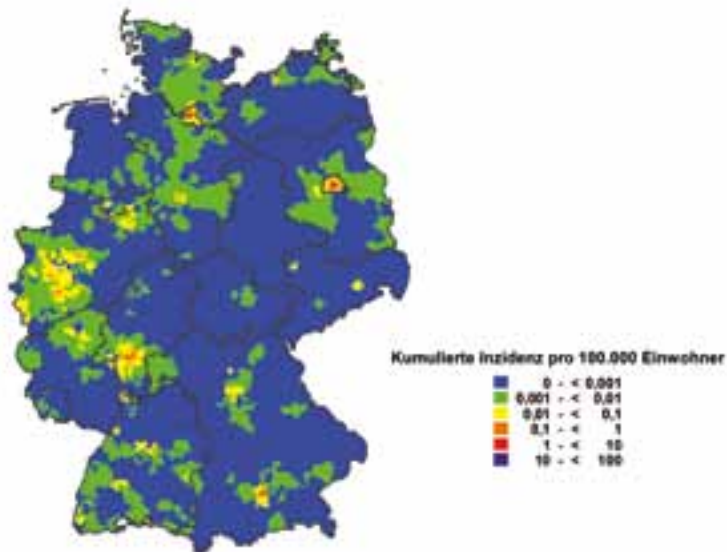


Abbildung 5: Inzidenz der HIV-Infektionen 2010/2011⁷⁶

Das RKI bezieht seine Daten aus verschiedenen Quellen. Es fließen die Meldungen der positiven HIV-Tests ein, die Todesursachen-Statistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die AIDS-Meldungen, HIV-Todesfallmeldungen und die bundesweiten Daten zu Verschreibungen von antiretroviralen Medikamenten.⁷⁷ Die Kennzahlen der HIV-Prävalenz und Inzidenz können aus diesen Zahlen jedoch nicht direkt gemessen werden. Die zur Verfügung stehenden Daten werden analysiert. Anhand einer Modellrechnung können für die Kennzahlen bestimmte Werte kalkuliert werden.

Kritisch zu betrachten ist hierbei, dass die Zahl der HIV-Neudiagnosen nicht der tatsächlichen Inzidenz entspricht. Die Betroffenen können sich weit vor dem Zeitpunkt der Diagnose mit HIV infiziert haben. Dadurch entsteht eine zeitliche Verzögerung.⁷⁸ Weiterhin ist anzumerken, dass die Meldungen an das Fallregister freiwillig erfolgen und daher keine Vollständigkeit der Daten gewährleistet werden kann. Die Verlässlichkeit der ermittelten Daten ist demzufolge fraglich. Das RKI versucht dem gerecht zu werden, indem es gewisse Intervalle angibt, in denen sich die realen Kennzahlen bewegen. In Abbildung 4 lässt sich das nachvollziehen.

⁷⁶ Enthalten in: RKI (Hrsg.) (2012c)

⁷⁷ Vgl. RKI (Hrsg.) (2012a), S. 469

⁷⁸ Vgl. Pomorin, N.; Wasem, J. (2008), S. 31

3. Case Management

3.1. Aktuelle Situation der Patienten im deutschen Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem wird von der OECD im internationalen Vergleich als sehr leistungsfähig eingestuft. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass zum einen durch die Versicherungspflicht nahezu die gesamte Bevölkerung vollversichert ist und die Gesundheitsleistungen frei zugänglich sind. Zum anderen zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem durch einen umfassenden Leistungskatalog aus. Innovationen werden zeitnah in die Regelleistung integriert. Ziel der Gesundheitspolitik ist es, diesen hohen Standard aufrecht zu erhalten und weiter zu verbessern. So sollen verschiedene Gesundheitsreformen dazu beitragen, die Beitragssätze der Krankenkassen konstant zu halten und Leistungskürzungen zu vermeiden.⁷⁹

Der deutsche Gesundheitssektor ist derzeit eine treibende Kraft und trägt mit 11 % des BIP wesentlich zum Wirtschaftswachstum bei.⁸⁰ Durch Basisinnovationen und Investitionen, die zu einem Wirtschaftsaufschwung führen, wird das Gesundheitswesen als sechster Kondratieff-Zyklus eingestuft.⁸¹

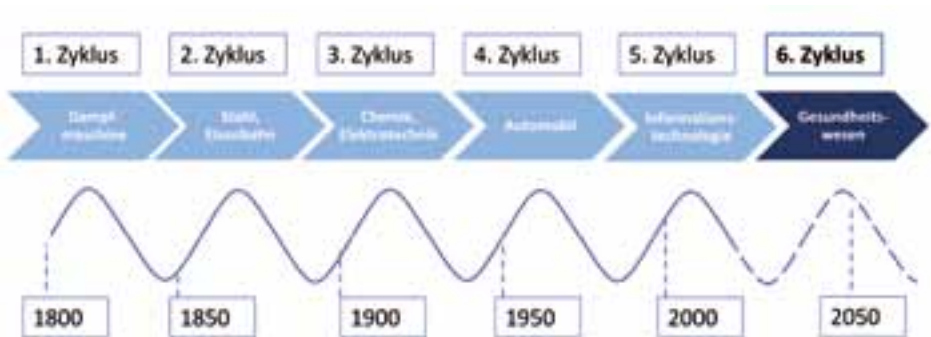


Abbildung 6: Die Kondratieff-Zyklen⁸²

Das Gesundheitswesen ist geprägt von Informationsasymmetrien. Das Arzt-Patienten-Verhältnis lässt sich als Prinzipal-Agent-Beziehung verstehen. Der Arzt fungiert als Agent, der die Aufgabe hat, den Patienten/Prinzipal zu behandeln. Die Informationen sind ungleichmäßig

⁷⁹ Vgl. Amelung, V. E.; Wagner, C. (2010), S. 169

⁸⁰ Vgl. Hajen, L. et al. (2011), S. 109

⁸¹ Kondratieff-Zyklen beschreiben Auf- und Abschwünge der Konjunktur.

⁸² In Anlehnung an: Nefedow, L. A., Wirtschaftslokomotive Gesundheit, in: Conturen 4/99, S. 28-35. Zitiert nach: Amelung, V. E.; Wagner, C. (2010), S. 170

verteilt. Der Arzt hat ein weitaus größeres Wissen über die Therapie, mögliche Alternativen und Nebenwirkungen als der Patient. Da die Gesundheitsdienstleistung durch Vertrauens- und Erfahrungseigenschaften geprägt ist - der Patient die Qualität der Dienstleistung also erst ex ante oder überhaupt nicht feststellen kann - sind die Informationsdefizite hoch.⁸³

Oftmals entscheidet der Arzt überwiegend alleine über die therapeutischen Maßnahmen. Der Trend geht jedoch immer eindeutiger in Richtung Empowerment und Partizipation. Die Patienten informieren sich eigenständig über Hotlines oder das Internet und wollen bei den Entscheidungen mitwirken.⁸⁴ Der Patient wandelt sich zunehmend zum „Gesundheitsbürger“, der nicht nur den Anweisungen des Arztes Folge leistet, sobald er erkrankt, sondern aktiv die Verantwortung für die eigene Gesundheit trägt, mündig und gut informiert ist.⁸⁵

3.2. Entstehung von Managed Care

Das Konzept des Managed Care hat seinen Ursprung in den USA. Arbeitnehmer konnten über die Firmen versichert werden, Arme über Medicaid und Rentner über Medicare. Abgesehen davon gab es eine Vielzahl US-Amerikaner, die nicht versichert war. Im Falle einer Erkrankung mit hohen Folgekosten konnten sie sich darauf verlassen, dass Medicaid für die Finanzierung einer Grundversorgung aufkommt. Dadurch stiegen immer mehr Personen aus dem Versicherungssystem aus. Zusätzlich lagen die Gesundheitskosten mit 15 % des BIP an der Weltspitze und dessen Finanzierung wurde immer kritischer. Es entstand ein zunehmender Druck auf die Versicherungen, wirtschaftlicher mit den zur Verfügung stehenden Mitteln umzugehen. Deshalb wurden seit den 70er Jahren Konzepte des Managed Care entwickelt. Der Fokus liegt dabei auf der Zusammenführung der ökonomischen und medizinischen Verantwortung. Diese ursprünglich getrennten Bereiche werden so kombiniert, dass eine gute Gesundheitsversorgung zu angemessenen Kosten erreicht werden kann.⁸⁶

Die Health Maintenance Organizations (HMO) stellen die bekannteste Form des Managed Care in den USA dar. Die HMO erhält je Versichertem einen pauschalen Geldbetrag, mit dem alle anfallenden Kosten der gesamten Versichertengemeinschaft gedeckt werden müssen. Die erste HMO versorgte im Jahr 1910 für einen Mitgliedsbeitrag von 50 Cent ihre Versicherten. Kritisiert wird jedoch, dass eine positive Risikoselektion vorliegt; also dass die Versicherungen gute Risiken - in diesem Fall junge und gesunde Menschen - suchen. Des Weiteren wurde beanstandet, dass Managed Care nur bedingt Mittel für das Qualitätsmanagement zur Verfügung hat und im Kostenmanagement der Ausschluss von nicht medizinisch notwendigen Leistungen dominiert.⁸⁷

⁸³ Vgl. Hajen, L. et al. (2011), S. 60 ff.

⁸⁴ Vgl. Schmid, E. et al. (2008), S. 19 f.

⁸⁵ Vgl. Schmid, E. et al. (2008), S. 14 f.

⁸⁶ Vgl. Baumberger, J. (2001), S. 43 ff.

⁸⁷ Vgl. Baumberger, J. (2001), S. 46 ff.

Die Übertragung auf Europa führte zu einer neuen Definition von Managed Care: „Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden, beschränkten Mittel zu maximieren. [...] Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des Falles überwacht, um sie stetig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit und die individuellen Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung zu erreichen.“⁸⁸

Im Rahmen des Managed Care wurden verschiedene Instrumente zur Qualitäts- und Kostenkontrolle entwickelt. Zu den elementaren Steuerungsinstrumenten zählen unter anderem Disease Management und Case Management.⁸⁹

3.3. Case Management als Teilbereich des Managed Care

CM zielt darauf ab, die Leistungsprozesse zu optimieren. Die Versorgungsleistungen werden geplant, implementiert, überwacht und anschließend evaluiert.⁹⁰ CM befasst sich mit dem individuellen Fall und koordiniert die einzelnen Professionen hinsichtlich eines gemeinsamen Ziels. Essentiell ist hierbei, dass „case“ nicht für die Person steht, sondern für die problematische Situation, in der sie sich befindet. Demzufolge werden nicht die Menschen gesteuert, sondern die einzelnen zielorientierten Aktivitäten des Behandlungsprozesses.⁹¹ Im Folgenden wird mit dem Begriff „Klient“ gearbeitet, der sowohl für „Patient“ als auch für „Versicherter“ steht.

3.3.1. Aufgaben und Funktionen

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einer Vielzahl Leistungserbringer. Umfangreiche Therapien bei schweren oder chronischen Erkrankungen betreffen sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor. An den verschiedenen Schnittstellen, beispielsweise zwischen Arzt, Krankenhaus und Rehaklinik, können zahlreiche Informationen verloren gehen, so dass ein Bruch in der Behandlung entsteht. Doppeluntersuchungen, zeitliche Verzögerungen der Therapie und erhöhte Kosten sind die Folgen.⁹²

⁸⁸ Rosleff, F.; Lister, G., Europäische Trends im Gesundheitswesen, o.O. 1995, S. 26.

Zitiert nach: Baumberger, J. (2001), S. 50

⁸⁹ Vgl. Schoder, J.; Zweifel, P. (2009), S. 151 f.

⁹⁰ Vgl. Schmid, E. et al. (2008), S. 72

⁹¹ Vgl. Sambale, M. (2005), S. 83

⁹² Vgl. Striebel, J. (2011), S. 3 f.



Abbildung 7: Fehlende Abstimmung der Leistungserbringer⁹³

Im Jahr 2007 wurde das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verabschiedet, in dem nach § 11 Abs. 4 die Ansprüche der Versicherten definiert werden. „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen.“⁹⁴ Dieses Gesetz verdeutlicht die Notwendigkeit der Prozesssteuerung, um der Fragmentierung gerecht zu werden und den unkoordinierten Übergang der Schnittstellen zu optimieren.

Wie bereits erwähnt, erfolgt kein Management des betroffenen Klienten, sondern ein Management des zielgerichteten Prozesses des jeweiligen Falles. Häufig werden chronische Erkrankungen und besonders kostenintensive Erkrankungen im Rahmen des CM koordiniert. Es bedarf bestimmter Selektionsverfahren, die festlegen, welche Erkrankungen in das CM aufgenommen werden. Andernfalls wären die Case Manager überfordert und könnten nicht in allen Fällen eine hohe Qualifikation und Kompetenz aufweisen. Ein eingeschränkter Adressatenkreis ermöglicht eine Fallgruppenbildung mit standardisierter Vorgehensweise, die eine effiziente Allokation der Ressourcen erlaubt.⁹⁵

CM spielt eine wichtige Rolle in der Pflege, der Sozialen Arbeit und bei Kostenträgern. Die verschiedenen Schwerpunkte der jeweiligen Einrichtungen fordern auch verschiedene Ausprägungen des CM. In der Literatur ist von drei Funktionen die Rede. Die **Gate-Keeper-Funktion** ist darauf ausgerichtet, die knappen finanziellen Ressourcen durch eine Zugangssteuerung op-

⁹³ In Anlehnung an: Striebel, J. (2011), S. 3

⁹⁴ Schmid, E. (2008), S. 17 f.

⁹⁵ Vgl. Wendt, W. R. (2011), S. 21 f.

timal einzusetzen. Ihre Aufgabe liegt darin, zu entscheiden, welche Klienten zu welchen Leistungen Zugang haben und den kostengünstigsten Anbieter zu finden. Kritisch anzumerken ist hierbei jedoch der mögliche Loyalitätskonflikt, dem der Gate-Keeper ausgesetzt sein kann. Die **Broker-Funktion** beschreibt hingegen die Funktion eines Maklers. Der Broker hat Kenntnisse über aktuelle, effiziente Marktangebote und kann - zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse des Klienten - innerhalb eines vorgegebenen Rahmens die optimale Versorgung organisieren. Es ist kritisch zu betrachten, wenn der Broker bei einem Leistungserbringer angestellt ist, da die Objektivität nicht gewährleistet und somit eine Wettbewerbsverzerrung zum Wohle des Leistungserbringers wahrscheinlich ist. Die kundenorientierte **Advocacy-Funktion** vertritt die Interessen des Klienten und kümmert sich um deren Durchsetzung. Das Ziel liegt darin, die Autonomie des Klienten zu stärken und Defizite im Versorgungsprozess aufzudecken. Diese drei Funktionen werden je nach Einrichtung in unterschiedlicher Gewichtung kombiniert.⁹⁶

Weiter unterteilen lässt sich das CM in „consumer-driven“, das vor allem die kundenorientierten Funktionen beinhaltet. Hier steht die Advocacy-Funktion im Mittelpunkt. Bei dem „system-driven“ CM überwiegen Broker- und Gate-Keeper-Funktion, da Kosten- und Prozessoptimierung im Mittelpunkt stehen.⁹⁷ Diese Definition der beiden CM-Konzepte impliziert eine strikte Trennung. Als würde sich das eine Konzept nur auf die Optimierung der Kosten und des Ressourceneinsatzes beschränken und das „consumer-driven“ CM lediglich die Realisierung der Klientenwünsche zum Ziel haben.⁹⁸ In der Realität erfolgt jedoch eine Kombination der Ziele, die sowohl kunden- als auch ausgabenorientiert sind. Dadurch ist der Case Manager einem Konflikt ausgesetzt, den er zu bewältigen hat.

3.3.2. Kompetenzen und Anforderungen an Case Manager

Der Case Manager muss einerseits in der Lage sein, rationale, sorgfältig recherchierte und fundierte Hilfepläne zu entwickeln und das Verhalten der Klienten im Bezug auf ihre Compliance zu steuern. Des Weiteren sollte er die Fähigkeit besitzen, die Anzahl der Leistungsansprüche zu reduzieren. Andererseits sollte das Empowerment der Klienten gefördert und ihre Interessen bestmöglich umgesetzt werden.⁹⁹

Neben diesen rationalen Kompetenzen sollten die Case Manager aber auch in der Lage sein, mit den jeweiligen Gesprächspartnern zu kommunizieren und die Klienten professionell zu beraten. Als Voraussetzungen werden Hochschulstudium, Erfahrung in der Praxis und Weiterbildungen genannt. Diese Qualifikationen führen zum Erwerb von Kompetenzen, die zur

⁹⁶ Vgl. Sambale, M. (2005), S. 85 ff.

⁹⁷ Vgl. Sambale, M. (2005), S. 90

⁹⁸ Vgl. Wendt, W. R. (2011), S. 6

⁹⁹ Vgl. Sambale, M. (2005), S. 96 ff.

Bewältigung der alltäglichen Aufgaben notwendig sind. Dazu gehören die Fähigkeit, Gespräche und Verhandlungen führen zu können, Beratungskompetenz, Konfliktfähigkeit, Methodenkompetenz, Fähigkeit zum Schnittstellenmanagement und zur Moderation. Ebenfalls spielt die Berichtsfähigkeit eine entscheidende Rolle, um die einzelnen Schritte dokumentieren und ökonomische Rückschlüsse ziehen zu können.¹⁰⁰

Die Beratungskompetenz stellt eine Schlüsselqualifikation dar. Die personenbezogene Beratung geht auf die Interessen und Anliegen der Klienten ein und berücksichtigt diese im weiteren Verlauf. Während des Leistungsprozesses wird immer wieder Kontakt zu den Klienten und beteiligten Leistungserbringern aufgenommen, um die einzelnen Schritte abzustimmen. Da in der Regel eine komplexe Situation vorliegt, müssen Beratung und Gesprächsführung auf diese ausgerichtet sein.

Im Fall des „consumer-driven“ CM, beispielsweise im Krankenhaus, erleichtern regelmäßige Beratungen das Krankheitsverständnis des Klienten und helfen dadurch, die Compliance zu verbessern.¹⁰¹ Gerade in helfenden Berufen ist es besonders wichtig, die persönliche Beziehung zu betrachten. Das Befinden und die Fortschritte des Klienten werden Gegenstand der Kommunikation. Eine vertrauensvolle Beziehung ist dafür Voraussetzung. Der professionelle Case Manager versetzt sich in die Lage des Klienten und vergegenwärtigt sich den zu managenden Fall. Der Charakter des Menschen und dessen Privatleben spielen jedoch keine Rolle. Die entstandene Arbeitsbeziehung soll nicht so weit führen, dass sich der Case Manager selbst offenbart und emotional zu sehr einbindet. Eine professionelle Objektivität sollte letztendlich bewahrt bleiben.¹⁰²

3.3.3. Ablauf

Zunächst wird anhand bereits definierter Kriterien ein zu managender Fall aufgegriffen. Durch ein erstes Gespräch wird der persönliche Kontakt aufgenommen und somit eine erste Vertrauensbasis geschaffen, die es ermöglicht, ruhig und offen die diskreten Angelegenheiten besprechen zu können. Kommunikation ist wichtig, da CM in erster Linie durch Kooperation mit verschiedenen Leistungserbringern und dem Klienten oder - falls er nicht mehr selbst agieren kann - dessen Angehörigen abläuft.¹⁰³ Die drängende Situation des Klienten soll nicht in Fremdbestimmung enden. So muss ihm erläutert werden, dass er die geplanten Schritte selbst vollziehen muss und die Selbstbestimmung im Rahmen des Shared-decision-making erhalten bleibt.¹⁰⁴

¹⁰⁰ Vgl. Wendt, W. R. (2011), S. 27 f.

¹⁰¹ Vgl. Wendt, W. R. (2012), S. 7 ff.

¹⁰² Vgl. Wendt, W. R. (2012), S. 39 ff.

¹⁰³ Vgl. Wendt, W. R. (2012), S. 16 f.

¹⁰⁴ Vgl. Wendt, W. R. (2012), S. 44 f.

In der Planungsphase wird anhand der durch Klienten und Leistungserbringer gewonnenen Informationen ein gemeinsamer Versorgungsplan erstellt. Die wirtschaftlichen Aspekte fließen ebenfalls in den Plan mit ein und die zu erreichenden Ziele werden definiert. Dieser Plan wird nun mit den Beteiligten besprochen. Der Plan wird regelmäßig mit dem Zustand bzw. Fortschritt des Klienten abgeglichen und gegebenenfalls angepasst.



Abbildung 8: Ablauf des Case Managements¹⁰⁵

Der Case Manager trägt die Verantwortung für die erfolgreiche Umsetzung. Das erfordert eine kontinuierliche Kontaktaufnahme bzw. ein Monitoring. Eine Kosten-Nutzen-Analyse kann dazu beitragen, die Prozesse weiterzuentwickeln und zusätzliche Einsparpotenziale aufzudecken. Durch eine genaue Analyse können zudem Probleme aufgedeckt werden, die in künftigen Fällen vermieden werden können.¹⁰⁶ Dieser sogenannte Case Management-Regelkreis ist in Anlage 7 beigefügt.

3.3.4. Nutzen und Bewertung

Operative Ziele des CM sind neben der einzelfallbezogenen Betreuung der Klienten auch die Vermittlung bedarfsgerechter Hilfsangebote sowie die Steigerung der Patientenzufriedenheit. Als strategische Ziele gelten die Kosten- und Ressourceneffizienz der Therapie, die optimale Steuerung der Klienten durch den Prozess und ein optimal ausgerichteter Informationsfluss zwischen den Beteiligten.¹⁰⁷

¹⁰⁵ In Anlehnung an: Amelung, V. E. (2012), S. 280

¹⁰⁶ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 279 f.

¹⁰⁷ Vgl. Striebel, J. (2011), S. 131 f.

Da sich die verschiedenen CM-Organisationen, wie beispielsweise Versicherungen, vor ihren Versicherten rechtfertigen müssen, muss der Einsatz der Gelder wirtschaftlich und zweckmäßig erfolgen. Die rationalen Allokationsentscheidungen werden durch CM ermöglicht - dabei spielt es keine Rolle, ob system-driven oder consumer-driven. Bei der Wahl von kostengünstigeren Leistungserbringern können die eingesparten Mittel in andere Teile der Behandlung reinvestiert werden.¹⁰⁸

Als Folge von CM lässt sich feststellen, dass die Klienten ein verändertes Verhältnis zum Leistungserbringer haben. Die CM-Organisation tritt nun als Interessensvertreter des Klienten auf. Diese vertritt jedoch nicht ausschließlich die Patienteninteressen, sondern auch ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen. Für Leistungsfinanzierer ändert sich die Rolle im Rahmen des CM ebenfalls. Aus der rein monetären Verwaltung erfolgt eine Entwicklung hin zur Managementorientierung. Durch den geschaffenen Verdrängungswettbewerb haben Teile der Leistungserbringer das Nachsehen. Ihre Entscheidungskompetenz wird von den Case Managern eingeschränkt. Die letztendliche Beurteilung und Einschätzung der Therapie und die Therapieverantwortung bleiben den Leistungserbringern jedoch erhalten.¹⁰⁹

Einige empirische Studien haben die Effektivität des CM belegt. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen konnten durch Patientenschulungen, Kommunikation mit den Ärzten und Aufbereitung von relevanten Daten effektive Ergebnisse erzielt werden. Die Übertragung kritischer Aufgaben an die Case Manager, wie beispielsweise die Kontrolle der Compliance oder die Prozessplanung, führt zu einem effektiven Behandlungsergebnis. Kritisch anzumerken ist jedoch die Gefahr eines unprofessionellen CM. Verfügen Case Manager nicht über die benötigte Kompetenz, können Behandlungspläne nur ineffektiv zusammengestellt werden und der Informations- und Abstimmungscharakter der Kommunikation verloren gehen.¹¹⁰

¹⁰⁸ Vgl. Wendt, W. R. (2011), S. 32 ff.

¹⁰⁹ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 21 f.

¹¹⁰ Vgl. Amelung, V. E. (2012), S. 281 f.



Abbildung 9: Beurteilungsdimensionen¹¹¹

CM bietet daher für alle Beteiligten einen gewissen Mehrwert. Das Gesundheitssystem erhofft sich eine bessere Versorgung auf bisherigem Kostenniveau oder eine vergleichbare Versorgung zu niedrigeren Kosten. Die medizinische Versorgung an sich profitiert ebenfalls, da die Behandlungen der einzelnen Leistungserbringer besser aufeinander abgestimmt sind. Durch Schnittstellenmanagement und Behandlungspfade können Effizienzreserven genutzt werden. So wird eine professionsübergreifende Therapie anhand evidenz-basierter Medizin ermöglicht. Der Nutzen für die Klienten spiegelt sich hierbei ebenfalls wider. Ihnen wird eine individuell abgestimmte Behandlung ermöglicht und sie erhalten zusätzliche Information und Unterstützung von Seiten der CM-Organisation. Diese Organisationen profitieren neben den Kosteneffekten auch durch Marketingeffekte und Differenzierung auf dem Markt.¹¹²

3.4. Case Management bei HIV/AIDS

Etwa 10 % der Krankheitsfälle verursachen circa 70 % der Kosten. HIV-Infektionen zählen zu diesen besonders kostenintensiven Fällen.¹¹³ Daher bietet sich hier ein CM an, um ökonomischer zu handeln und die Klienten zu unterstützen.

Um Betroffene bei ihrer Therapie zu unterstützen, ist es wichtig, sich vorab mit deren möglichen anderweitigen Belastungen zu befassen. Zunächst sollten Obdachlosigkeit, Hunger und Drogenmissbrauch bekämpft werden. Solange diese Lebensumstände nicht positiv beeinflusst werden, sind die Klienten nicht in der Lage, sich voll und ganz auf ihre Gesundheitslage und Therapie einzulassen. Des Weiteren sollten die Case Manager genau erklären, wie die

¹¹¹ In Anlehnung an: Amelung, V. E.; Wagner, C. (2010), S. 192

¹¹² Vgl. Amelung, V. E.; Wagner, C. (2010), S. 189 ff.

¹¹³ Vgl. Weiss, M. (1997), S. 102

HIV-Infizierten von den einzelnen Therapien profitieren können und welchen Zweck diese erfüllen, um ihre Autonomie zu stärken.¹¹⁴

Das CM-Konzept des Gesundheitsamts von Massachusetts unterscheidet beispielsweise zwischen drei Stufen. Je nach Bedarf des Klienten wird er in die entsprechende Stufe eingeteilt. Die erste Stufe dient lediglich der „Auskunft und Kurzberatung“ des Infizierten und gibt Antworten auf individuelle Fragen. Die zweite Stufe besteht aus dem „kurzfristigen Case Management“, das ein konkretes Problem in einer definierten Zeitspanne löst. Sobald dieses Problem gelöst ist, wird der Kontakt beendet. In der dritten Stufe wird der Klient durch ein „umfangreiches Case Management“ langfristig betreut.¹¹⁵

Die direkte Übertragung auf Deutschland ist kritisch zu sehen, da in den USA häufig der Zugang zu dem Gesundheitssystem eingeschränkt war und daher diese CM-Programme missbraucht wurden, um Zugang zu den Leistungen zu erhalten. In Deutschland existiert derzeit keine eklatante Lücke in der Gesundheitsversorgung. Die Gründe für ein CM liegen hier vielmehr in ineffizienten und nicht ausreichend abgestimmten Behandlungen. Die Implementierung kann diese Defizite verbessern. Es muss jedoch beachtet werden, dass sich die Voraussetzungen und Bedingungen in Deutschland wesentlich von denen in den USA unterscheiden.¹¹⁶

Das CM der Münchner AIDS-Hilfe betreut jährlich ca. 80 Klienten, mit denen durchschnittlich jeweils 20 Kontakte jährlich erfolgen. Die Sicherstellung der Kontinuität der ART hat Priorität. Des Weiteren werden Plätze in Pflegeheimen organisiert und die Selbstverantwortung gefördert. Die Klienten erhalten Unterstützung bei der Organisation einer angemessenen Wohnsituation und sie werden mit ausreichend Informationen versorgt. Im Jahr 2011 wurden 83 Klienten betreut, wovon 15 Fälle abgeschlossen werden konnten und sieben wieder selbstständig wurden. Die Resonanz ist weitgehend positiv - sowohl von Seiten der Klienten als auch von Seiten der Case Manager.¹¹⁷

Durch das CM bei HIV sollen unter anderem folgende Ergebnisse erzielt werden:

- Früher Zugang zu Gesundheitsleistungen
- Verbesserte Einbeziehung und Abstimmung der verschiedenen Professionen
- Verzögerung des Krankheitsfortschritts
- Verhinderung der Krankheitsübertragung
- Gesteigertes Wissen über HIV/AIDS
- Partizipation, Empowerment
- Verstärkung des Gesundheitsbewusstseins
- Verbesserung der Lebensqualität¹¹⁸

¹¹⁴ Vgl. Brooks, D. M. (2010), S. 79 f.

¹¹⁵ Vgl. Wright, M. T. (2005), S. 152 f.

¹¹⁶ Vgl. Wright, M. T. (2005), S. 153 ff.

¹¹⁷ Vgl. o.V. (2011b)

¹¹⁸ Vgl. Beasley, J. et al. (2006)

4. Unterschiede zwischen GKV und PKV

4.1. Verteilung der HIV-Infizierten auf das duale Versicherungssystem

Etwa 88 % der deutschen Bevölkerung sind gesetzlich, circa 11 % privat versichert. 0,5 % haben eine Versicherung bei der Freien Heilfürsorge und rund 0,1 % sind nicht versichert. In der PKV sind hauptsächlich Beamte, Pensionäre, Selbstständige und Studenten versichert sowie Arbeitnehmer, deren Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) liegt.¹¹⁹ Im Jahr 2013 beträgt diese 52.200 € bzw. 4.350 € je Monat.¹²⁰

Dadurch, dass in der GKV keine Gesundheitsprüfung erfolgt, sind HIV-Positive und AIDS-Erkrankte problemlos dort versichert. Bei Privatversicherten, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gesund waren und sich erst später mit dem HI-Virus infiziert haben, hat die Infektion keine Auswirkungen - der Versicherungsschutz und -beitrag bleibt unverändert bestehen. Interessieren sich jedoch bereits HIV-Infizierte oder AIDS-Erkrankte für eine Privatversicherung, so haben sie keine freie Tarifwahl. Im Gegensatz zu früher kann die PKV die Interessenten nicht mehr ablehnen, sondern muss ihnen zumindest eine Versicherung im Basistarif anbieten. Dieser Tarif setzt keine Gesundheitsprüfung voraus und beinhaltet Leistungen auf dem Niveau der GKV.¹²¹ Die Vorteile des größeren Leistungsumfangs der PKV-Tarife gegenüber denen der GKV können diese HIV-Infizierten demnach nicht nutzen.

Dennoch ist die Anzahl der bereits bekannten HIV-Infizierten, die privat versichert sind, verhältnismäßig hoch. Obwohl nur rund 11 % der Bevölkerung privat versichert sind, sind 15 % der Neuerkrankungen von 2011 in der PKV zu verzeichnen. Von 4.478 Neuinfektionen entfallen 673 auf die PKV.¹²² Da keine Daten über die HIV-Infizierten der sonstigen Versicherungen vorliegen, werden diese nicht in die Betrachtung einbezogen.

¹¹⁹ Vgl. Finkenstädt, V.; Keßler, T. (2008), S. 16 f.

¹²⁰ Vgl. Bundesregierung (Hrsg.) (2012)

¹²¹ Vgl. o.V. (o.J.b)

¹²² Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2012b), S. 87



Abbildung 10: Verhältnis der HIV-Infizierten zwischen GKV und PKV¹²³

Von 100.000 Personen sind im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung Deutschlands etwa 5,47 Personen betroffen. Im Bereich der PKV entfallen auf 100.000 Versicherte hingegen circa 7,53 Infizierte. Wie die Grafik in Anlage 8 zeigt, ist jedoch positiv festzustellen, dass der Anteil der Infizierten am Versichertenbestand in der PKV leicht zurückgeht und in der GKV nahezu konstant bleibt. Es muss jedoch angemerkt werden, dass die Daten der PKV aus eingereichten Leistungsfällen berechnet werden. Versicherte mit Selbstbehalt reichen unter Umständen ihre Rechnungen gar nicht ein, sodass eine Dunkelziffer an zusätzlichen HIV-Infizierten besteht.¹²⁴

Jedes Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes liefert jährlich auf der Grundlage eines Meldebogens die Anzahl der jeweiligen Neuinfektionen. Dieser in Anlage 9 beigefügte Meldebogen gibt nicht nur Auskunft über die Erstdiagnosen, sondern auch über die Anzahl der im Berichtszeitraum verstorbenen HIV-Infizierten und die verursachten Rechnungsbeträge.¹²⁵

4.2. Aktuelle Krankheitskosten der Infektion

Im Gesundheitswesen lassen sich die Kosten in verschiedene Kostenarten unterteilen. So gibt es direkte Kosten, die problemlos ermittelt werden können. Sie sind dem Patienten direkt zurechenbar. Dazu zählen beispielsweise Ressourcenverbräuche wie Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Transportkosten und auch der Zeitaufwand für ärztliche Leistungen. Des Weiteren gibt es noch indirekte Kosten, die nicht direkt in Relation zu der Behandlung stehen. Diese können durch bestimmte Kostenrechnungen auf die einzelnen Patienten umgelegt werden. Lediglich die intangiblen Kosten stellen eine Schwierigkeit dar, da sie schwer bis überhaupt nicht quanti-

¹²³ Eigene Darstellung, Datenquelle PKV-Verband (Hrsg.) (2012b), S. 87

¹²⁴ Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2012b), S. 87 f.

¹²⁵ Vgl. Pomorin, N.; Wasem, J. (2008), S. 9 f.

fizierbar sind. Als Beispiel kann hier eine Einschränkung der Lebensqualität aufgeführt werden; bzw. als intangibler Nutzen die Verbesserung der Lebensqualität.¹²⁶

Die direkten Kosten pro Person von HIV liegen - abhängig von den jeweiligen Studien - zwischen 11.000 € und 25.000 € jährlich.¹²⁷ Der Hauptanteil der Kosten entfällt auf die ART, Fachärzte, Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeit. Nach einer Studie der DAGNAE von 2011 fallen jährlich über 23.000 € je HIV-Infiziertem an.¹²⁸ In Anlage 10 ist die Verteilung der Kosten aufgeschlüsselt. Da sich die Beträge aus direkten und indirekten Kosten zusammensetzen, ist von einer gewissen Ungenauigkeit auszugehen.

Die PKV-Unternehmen haben im Jahr 2009 für etwa 7.000 Vollversicherte mit HIV-Infektion 123,3 Millionen € ausgegeben, d.h. je Versichertem knapp 18.000 €. ¹²⁹ Wie aus Anlage 11 hervorgeht, sind diese Krankheitskosten in 2011 im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen. Die Gesamtkosten je Versichertem lagen im Jahr 2011 bei etwa 19.200 €. Anhand der Anzahl der HIV-Infizierten lässt sich hochrechnen, dass die PKV-Unternehmen rund 129,6 Millionen € ausgegeben haben.¹³⁰ Diese Zahlen sind jedoch nicht vergleichbar mit denen der DAGNAE, da nur Kosten der Krankenversicherung anfallen und Ausgaben für Haushaltshilfen und dergleichen nicht beinhaltet sind.

Werden die Ausgaben für Laborleistungen der GKV und PKV verglichen, lässt sich feststellen, dass diese in der PKV um ein Vielfaches höher sind als in der GKV. Die Kosten liegen je gesetzlich Versichertem bei 26 € pro Jahr und je privat Versichertem mit 129 € pro Jahr um das Fünffache höher.¹³¹ Hier zeigt sich, dass die PKV allein bezüglich der Laborkosten eine erheblich größere Summe finanzieren muss. Dies spielt im Bezug auf HIV eine erhebliche Rolle, da regelmäßige Laboruntersuchungen notwendig sind, um die Viruslast zu bestimmen und somit den Therapieerfolg zu überprüfen.

Einen weiteren Kostenbereich stellen Arzneimittel dar. PKV-Unternehmen haben im Jahr 2005 etwa 2,0 % der Arzneimittelausgaben für HIV-Medikamente aufgewendet. In der GKV beläuft sich dieser Anteil auf 1,3 %. Werden die Verordnungsanteile noch mit in die Betrachtung einbezogen, zeigt sich, dass auf HIV-Therapeutika in der PKV 0,17 % der Verordnungen entfallen, in der GKV 0,12 %. Somit verursacht ein relativ geringer Anteil an Verordnungen einen größeren Teil an Ausgaben. Daraus lässt sich schließen, dass die HIV-Therapeutika zu den teuersten Medikamenten zählen.¹³²

¹²⁶ Vgl. Mostardt, S. (2011), S. 39 f.

¹²⁷ Vgl. Kleinfeld, A.; Bensing, C. (2011), S. 10

¹²⁸ Vgl. o.V. (2011a)

¹²⁹ Vgl. o.V. (2010), S. 6

¹³⁰ Vgl. Eich, H. (2012)

¹³¹ Vgl. Keßler, T. (2010), S. 8

¹³² Vgl. o.V. (2007), S. 23

In der PKV liegt unter den 20 umsatzstärksten Medikamenten des Jahres 2011 das HIV-Medikament Truvada® auf Rang 18. In der GKV findet sich Truvada® auf Platz 16 wieder. In der Tabelle der umsatzstärksten Medikamente mit größten Umsatzänderungen von 2010 zu 2011 liegt Truvada® auf Rang zwei mit einer Änderung um 28,7 % in der PKV. Die Umsatzsteigerung dieses Medikamentes liegt in der GKV bei 15,0 % gegenüber dem Vorjahr. Auch das HIV-Medikament Atripla® liegt mit einer Umsatzsteigerung um 23,2 % bei der PKV und 14,0 % bei der GKV auf einem vorderen Rang.¹³³ Da die Preise für diese Arzneimittel seit 2010 gesunken sind¹³⁴, lässt sich daraus ableiten, dass immer mehr Medikamente verordnet werden und/oder mehr Infizierte eine Therapie in Anspruch nehmen.

„Derzeit betragen die medizinischen Kosten einer HIV-Infektion über die gesamte Lebenszeit mehr als 500.000 Euro.“¹³⁵ Allein die Kosten für Medikamente einer 3x30 Filmtabletten Packung Atripla® liegen bei über 3.750 €. ¹³⁶ Der Patentschutz für einen der drei Wirkstoffe von Atripla® läuft in Kürze aus. Wird dieser durch ein Generika ersetzt, könnten die Kosten deutlich gesenkt werden. Es wird von etwa 42.000 US-Dollar Einsparungen je Infiziertem bei einer lebenslangen Behandlung ausgegangen. Nach aktuellem Wechselkurs¹³⁷ entspricht das circa 32.220 €, folglich einer Reduzierung um 6,4 %. So positiv das auch die Ökonomen stimmt, muss dennoch beachtet werden, dass sich die Einnahmebedingungen verschlechtern werden. Das Generikum müsste zusätzlich zu den zwei noch patentgeschützten Originalwirkstoffen eingenommen werden, was die Komplexität der Einnahme erhöhen würde und dadurch die Therapietreue herabsetzen könnte. Als Resultat wären verschlechterte Therapieergebnisse denkbar. Durch eine Simulation wird mit einem Verlust von 0,3 QALY gerechnet.¹³⁸ Dies bedeutet, dass mit einem Verlust von Lebensqualität sowie Lebensquantität zu rechnen wäre.¹³⁹ Außerdem müsste der Hersteller von Atripla® eine Tablette mit den beiden anderen, noch patentgeschützten Wirkstoffen herstellen, so dass eine Kombination mit dem Generikum überhaupt möglich ist. Da der Patentinhaber daraus keine Vorteile ziehen kann, ist nicht davon auszugehen, dass dieser solch eine Tablette herstellen wird. Dadurch ist der Einsatz von solch einer Kombination aus Generikum und Originalpräparat unwahrscheinlich.

¹³³ Vgl. Wild, F. (2011), S. 38 ff.

¹³⁴ Siehe Anlage 12

¹³⁵ PKV-Verband (Hrsg.) (2011a), S. 48

¹³⁶ Vgl. Rote Liste Service GmbH (Hrsg.) (2012), S. 501

¹³⁷ Der Wechselkurs vom 07.03.2013 liegt bei EUR/USD 1,3035. Vgl. o.V. (2013a)

¹³⁸ Vgl. Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2013)

¹³⁹ Auf das QALY-Prinzip wird hier nicht näher eingegangen, da dies eine eigene Thematik darstellt, die über den für diese Bachelorarbeit gewählten Bereich hinaus geht.

5. Engagement der PKV bezüglich HIV/AIDS

Der PKV-Verband trägt wesentlich zur Aufklärungsarbeit in Deutschland bei. Im Jahre 1987 hat die PKV in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz und der Daimler Benz AG die Nationale AIDS-Stiftung gegründet. Diese Stiftung gilt als einer der Vorgänger der heutigen Deutschen AIDS-Stiftung, die seit 2005 von dem PKV-Verband mit 100.000 € jährlich unterstützt wird.¹⁴⁰

Seit 2005 besteht ebenfalls eine Kooperation des PKV-Verbandes mit der BZgA. Die Präventionskampagnen werden von Seiten der PKV durch finanzielle Mittel in Höhe von 3,4 Millionen € jährlich unterstützt. Bisherige Präventionserfolge sollen gesichert und ausgebaut sowie neue Kommunikationswege erschlossen werden. Zum einen kommt die PKV damit der gesundheitspolitischen Verantwortung nach und ermöglicht durch die finanzielle Unterstützung häufigere, gezieltere und intensivere Anzeigen. Zum anderen ist die Anzahl der Neuinfektionen in der PKV überproportional hoch (vgl. Abschnitt 3.1.) gegenüber der Gesamtbevölkerung, wodurch das Interesse an gesellschaftlicher Aufklärung zusätzlich gesteigert wird.¹⁴¹

Durch die monetäre Unterstützung konnten und können bis heute viele verschiedene Projekte finanziert werden, die ohne diese Mittel von der BZgA nicht mehr hätten realisiert werden können.¹⁴² Die „mach's mit“-Kampagnen zählen zu den bekanntesten Aufklärungskampagnen und wenden sich an die gesamte Bevölkerung.



Abbildung 11: „mach's mit“-Kampagne¹⁴³

Weitere Kampagnen sind zur Veranschaulichung in Anlage 13 beigefügt.

¹⁴⁰ Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (o.J.)

¹⁴¹ Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2008a), S. 47 ff.

¹⁴² Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2006), S. 117

¹⁴³ Enthalten in: BZgA (Hrsg.) (2008), S. 16

Seit dem Jahr 2006 werden jährlich Informationsbroschüren an 56.000 Fachärzte versendet. Die bundesweite Kampagne zum Welt-AIDS-Tag wurde 2006 gestartet. Prominente Botschafter wie Benno Fürmann, Verona Pooth und Philipp Lahm haben bereits bei dieser Kampagne mitgewirkt.¹⁴⁴ Des Weiteren werden seit 2009 an alle Bundestagsabgeordneten, die deutschen Abgeordneten des Europäischen Parlaments, die Gesundheitsminister der Länder sowie an Journalisten Anstecknadeln mit der AIDS-Schleife verschickt.



Abbildung 12: AIDS-Schleife für Bundestagsabgeordnete¹⁴⁵

Die Kooperation zwischen PKV und BZgA wurde aufgrund der positiven Erfahrungen bis 2015 verlängert. Neben den insgesamt 3,5 Millionen € für die BZgA und die Deutsche AIDS-Stiftung investiert der PKV-Verband zusätzlich in Projekte für neue Zielgruppen. Im Jahr 2011 fand ein bundesweiter Wettbewerb für Jungjournalisten statt. In Zusammenarbeit mit einer Jugendzeitschrift wurden Schüler zu einer Pressekonferenz zum Thema AIDS-Prävention eingeladen, über die sie anschließend einen Artikel für ihre Schülerzeitung verfassen sollten. Die Schüler erfüllten die Funktion von Multiplikatoren und trugen somit die Aufklärungskampagne in die Schulen.¹⁴⁶

Der Bundeswettbewerb vom Jahr 2010, der von der BZgA, dem BMG und des PKV-Verbandes ausgerichtet wurde, stand unter dem Motto „Neue Wege sehen - neue Wege gehen!“. Hierbei standen innovative Präventionsansätze im Mittelpunkt, mit denen vor allem schwer erreichbare Gruppen angesprochen werden konnten. Dazu zählen beispielsweise männliche Prostituierte, Drogenabhängige und Flüchtlinge. Die sechs besten Projekte erhielten ein Preisgeld zur Anschlussfinanzierung in Höhe von jeweils 7.500 €. Eines davon mit dem Motto „Muttersprachler klären auf“ bezog sich auf die AIDS-Prävention bei Migranten.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2008a), S. 49

¹⁴⁵ Enthalten in: PKV-Verband (Hrsg.) (2008a), S. 49

¹⁴⁶ Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2012a), S. 44

¹⁴⁷ Vgl. BMG et al. (Hrsg.) (2010)

„Seit dem Start des PKV-Engagements sind die jährlichen Neuinfektionen um über 20 Prozent gesunken.“¹⁴⁸ Dieser Erfolg verdeutlicht, dass die Prävention eine bedeutende Rolle im Kampf gegen HIV und AIDS spielt. Die finanziellen Mittel, die der PKV-Verband zur Verfügung stellt, stammen von den Mitgliedsunternehmen. Der Verband besteht aus 47 ordentlichen und einem außerordentlichen Mitgliedsunternehmen sowie zwei verbundenen Einrichtungen.¹⁴⁹

Jedes dieser 47 ordentlichen Mitglieder - darunter auch die HALLESCHE - unterstützt den PKV-Verband bei der Primärprävention durch eine sogenannte „Sonderumlage“. Wie aus dem Expertengespräch mit der Vorstandsreferentin Frau Müller hervorgeht, wird diese monetäre Umlage neben HIV/AIDS auch für Kampagnen gegen Alkoholmissbrauch, für Mammographie-Screening etc. verwendet. Der genaue Anteil, der ausschließlich für die HIV/AIDS-Prävention verwendet wurde, lässt sich nicht genau ermitteln.¹⁵⁰

In einer Umfrage der BZgA nannten im Jahr 1987 etwa 65 % der Befragten AIDS als eine der gefährlichsten Krankheiten. 2006 lag dieser Anteil bei lediglich 29 %.¹⁵¹ Die Notwendigkeit einer konsequenten Aufklärungs- und Präventionsarbeit bleibt demnach weiterhin bestehen.

Die HALLESCHE beteiligt sich nicht nur durch die Sonderumlage an der bundesweiten Prävention, sondern bietet explizit für ihre eigene Versicherungsgemeinschaft auf dem HALLESCHE-Gesundheitsportal¹⁵² verschiedene Informationen über Ursachen, Symptome, Diagnose, Therapie, Prognose und Vorbeugung von HIV und AIDS an.¹⁵³ Diese Informationen werden nur passiv angeboten, d.h. Versicherte müssen aktiv werden und von sich aus Interesse zeigen. Versicherte, denen das Risiko überhaupt nicht bewusst ist und die sich nicht dafür interessieren, werden auf diesem Wege nicht angesprochen. Daher ist fraglich, ob die eigentliche Zielgruppe überhaupt erreicht wird.

¹⁴⁸ PKV-Verband (Hrsg.) (2012a), S. 46

¹⁴⁹ Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2008a), S. 11

¹⁵⁰ Vgl. Müller, Katrin: Vorstandsreferentin Presse/Organisation, Organangelegenheiten, HALLESCHE KVaG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 20.02.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

¹⁵¹ Vgl. Wild, F. (2007), S. 16

¹⁵² Das Gesundheitsportal findet sich unter: www.hallesche-gesundheitsportal.de

¹⁵³ Siehe Anlage 14

6. Status quo der HALLESCHE KVaG

6.1. Anteil der Betroffenen an der Versichertengemeinschaft

Die Annahmepolitik der HALLESCHE sieht im Bereich der Einzelversicherung vor, dass Interessenten mit bereits bestehender HIV-Infektion kein Versicherungsschutz angeboten wird. Es besteht lediglich die Möglichkeit, eine Versicherung im Basistarif abzuschließen. Dort wird ein fiktiver Risikozuschlag berechnet, der zwar durch die gesetzliche Beitragsdeckelung keine direkte Auswirkung auf den Beitrag hat, jedoch den Weg zu einem späteren Wechsel in einen höherwertigen Tarif erschwert.

Bei Beamtenanfängern, die sich erstmalig versichern, gelten erleichterte Annahmebedingungen durch die sogenannte Öffnungsklausel im Rahmen der seit 2009 geltenden Allgemeinen Pflicht zur Versicherung. Diese besagt, dass - sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind¹⁵⁴ - ein maximaler Risikozuschlag in Höhe von 30 % erhoben werden darf. Somit können sich bereits HIV-infizierte Beamtenanfänger bei der HALLESCHE zu einem relativ geringen Beitrag privat vollversichern. In diesen Fällen wird ebenfalls im Hintergrund der übliche Risikozuschlag berechnet, um einen Wechsel in andere Tarife abzuschließen. Nur durch diese Risikozuschläge kann gewährleistet werden, dass die Beitragsrückstellungen die zukünftig entstehenden Kosten decken können.¹⁵⁵

Zusammenfassend ist festzustellen, dass für HIV-Infizierte der Eintritt in die HALLESCHE erschwert ist, da die Risikozuschläge die Tarife unattraktiv machen. Daher ist davon auszugehen, dass sich nahezu alle HIV-Erkrankten im Versichertenbestand erst nach Vertragsabschluss mit dem Virus infiziert haben.

Um Informationen und Daten über die HIV-Infizierten der HALLESCHE zu gewinnen, werden anhand der ausgewählten ICD-Codes B20 bis B24, U60 bis U61 und Z21 sowie eines definierten Zeitraumes durch ZLG-FO Auswertungen vollzogen. Eine manuelle Prüfung, bei der betriebsinterne Systeme und Datenbanken herangezogen werden, gewährleistet die Validität der Auswertung. Kodierungen, die lediglich HIV-Tests im Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchungen oder Schwangerschaft betreffen, werden dadurch aussortiert. Die folgenden Auswertungen beziehen sich lediglich auf Vollversicherte.

¹⁵⁴ Auf diese Bedingungen wird nicht näher eingegangen, da sie für den gewählten Rahmen der Bachelorarbeit nicht relevant sind.

¹⁵⁵ Vgl. Groß, Paul: Bereichsleiter Service Vertrag, HALLESCHE KVaG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 26.03.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

Seit 2005 hat die Anzahl der HIV-Infizierten sowohl bei der HALLESCHE als auch im PKV-Durchschnitt stetig zugenommen. Diese Entwicklung erfolgt unter Berücksichtigung der Neudiagnosen, der Verstorbenen und sonstiger Abgänge. Im Jahr 2011 waren 200¹⁵⁶ Versicherte der HALLESCHE infiziert. Bei einem Versichertenbestand von 236.337¹⁵⁷ entspricht das einem Anteil von 0,08 %¹⁵⁸.

Anteil der Infizierten
am Bestand in %

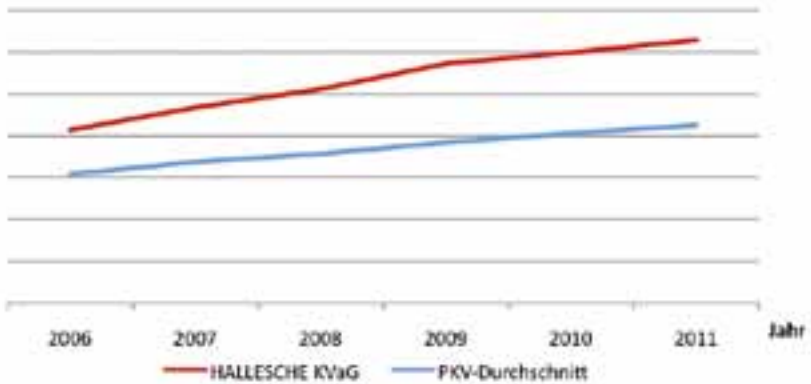


Abbildung 13: Entwicklung des Anteils der HIV-Infizierten am Versichertenbestand¹⁵⁹

Ebenfalls ist zu erkennen, dass die HALLESCHE über dem PKV-Durchschnitt liegt.

Bei der HALLESCHE sind zum Stand 2012 etwa 92 % der HIV-infizierten Versicherten männlich und lediglich 8 % weiblich. Der Großteil ist zwischen 40 und 70 Jahren alt. Das Alter zum Zeitpunkt der Erstdiagnose ist nicht ermittelbar, da die eingegangenen Rechnungen mit dem betriebsinternen System nur bis in das Jahr 2005 zurückverfolgt werden können.

¹⁵⁶ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

¹⁵⁷ Vgl. HALLESCHE KVVG (Hrsg.) (2012), S. 26

¹⁵⁸ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

¹⁵⁹ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Auswertung des Zentralbereichs Mathematik. Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Grafik verändert.

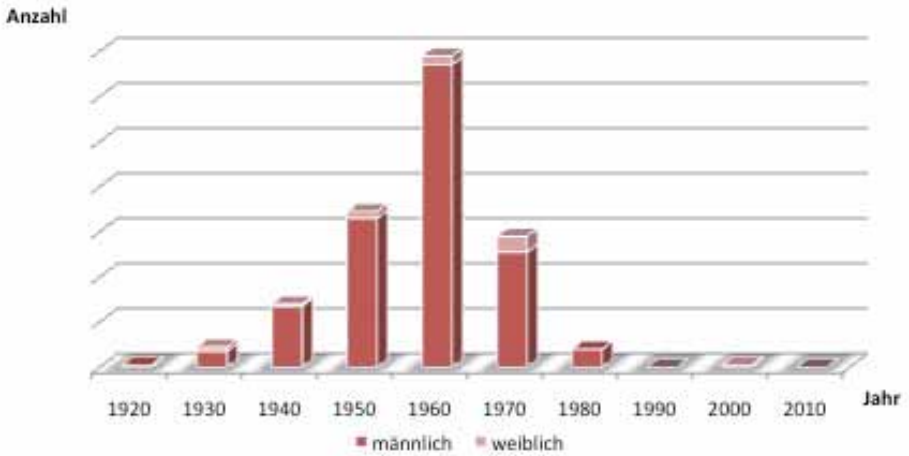


Abbildung 14: Alters- und Geschlechterverteilung der Infizierten¹⁶⁰

Die HIV-Infizierten der HALLESCHER KREIS sind über ganz Deutschland verteilt. Dieselben Ballungsräume, die das RKI für die gesamtdeutsche Bevölkerung ermittelt hat, finden sich auch bei der geografischen Verteilung der Versicherten wieder. Diese Zentren sind Hamburg, Köln, Berlin, Frankfurt, Stuttgart und München. Auf die anderen Regionen ist die Verteilung weitestgehend gleichmäßig. Auffällig ist, dass der Süd-Westen stärker betroffen ist als der Nord-Osten. Dies ist jedoch darauf zurückzuführen, dass der Großteil der Versicherten der HALLESCHER KREIS im Süd-Westen ihren Wohnsitz hat.

¹⁶⁰ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Auswertung der ZLG-FO. Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Grafik verändert.

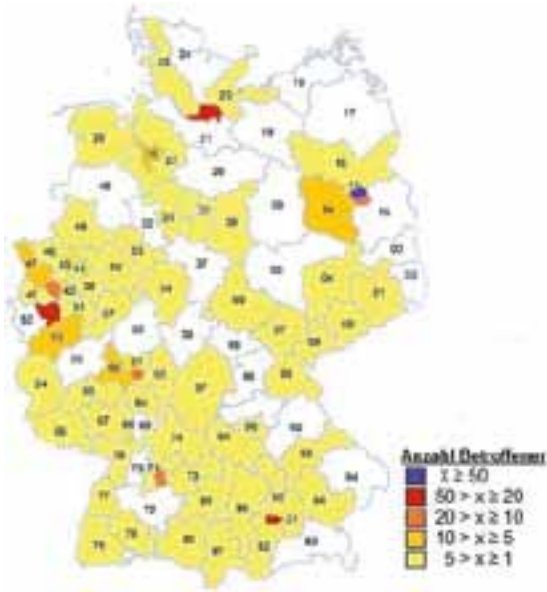


Abbildung 15: Geografische Verteilung der HIV-Infizierten der HALLESCHER¹⁶¹

Komorbiditäten kommen bei HIV-Patienten oftmals vor. Die häufigsten Begleiterkrankungen der HIV-Infizierten der HALLESCHER sind Depression, Hepatitis B und C, Diarrhoe, Syphilis, Krebs - wobei knapp die Hälfte der Krebserkrankungen auf das Karposi-Sarkom zurückzuführen ist - und zahlreiche, verschiedenste Formen von Entzündungen. In Anlage 15 findet sich eine Auflistung der verschiedenen Begleiterkrankungen.

6.2. Kosten der HIV-Infizierten

Die Kosten der HALLESCHER, die die HIV-Infizierten im jeweiligen Zeitraum verursacht haben, sind angestiegen. Wie aus Abbildung 16 hervorgeht, weisen die Jahre 2007 und 2009 leichte Rückgänge auf. Alles in allem ist jedoch ein ansteigender Trend zu verzeichnen. Unter Krankheitskosten fallen ambulante und stationäre Kosten, Ausgaben für Zahnmedizin sowie Heil- und Hilfsmittel. Die Gesamtkosten setzen sich wiederum aus den Krankheitskosten, Kosten durch Krankentagegeld und Krankenhaustagegeld sowie sonstigen Kosten zusammen. Die sonstigen Kosten beinhalten freiwillige, außertarifliche Leistungen.

¹⁶¹ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Auswertung der ZLG-FO

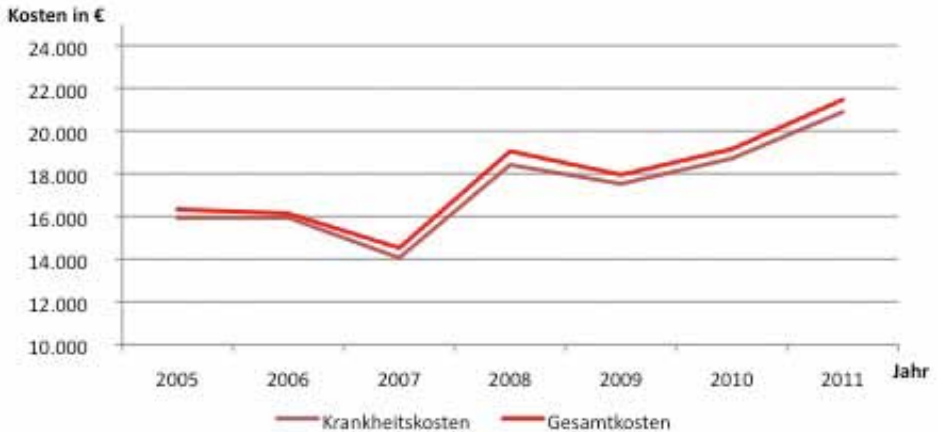


Abbildung 16: Kostenentwicklung je HIV-Infiziertem¹⁶²

Obwohl die HIV-Infizierten im Jahr 2011 nur einen Anteil von 0,08 %¹⁶³ an dem Versichertenbestand ausmachten, waren sie für 1,1 % der Aufwendungen für Versicherungsfälle verantwortlich.¹⁶⁴ Ein geringer Teil der Versichertengemeinschaft verursachte folglich einen vergleichsweise hohen Anteil an Kosten. Das verdeutlicht, dass HIV bei der HALLESCHE zu einer der kostenintensiveren Krankheiten zählt. So fielen im Jahr 2011 durchschnittlich 22.190 € je Versichertem an.

Werden die entstandenen Kosten mit dem PKV-Durchschnitt verglichen, fällt auf, dass sowohl Krankheitskosten als auch Ausgaben für Krankentagegeld über dem PKV-Durchschnitt lagen. Lediglich im Bereich der sonstigen Kosten lag die HALLESCHE unterhalb des Durchschnittswertes. Im Jahr 2011 sind für Krankenhaustagegeld-Versicherungen Kosten in Höhe von circa 18 € entstanden. Da dem eine geringe finanzielle Relevanz zukommt, wird dieser Bereich in der folgenden Grafik nicht beachtet.

¹⁶² Eigene Darstellung, Datenquelle interne Auswertung des Zentralbereichs Mathematik

¹⁶³ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

¹⁶⁴ Vgl. HALLESCHE KVAG (Hrsg.) (2012), S. 26 ff.

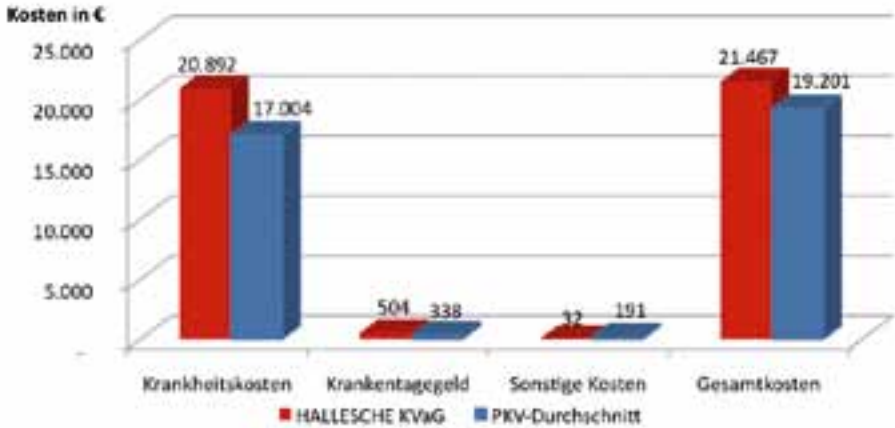


Abbildung 17: Kostenvergleich je Infiziertem für das Jahr 2011¹⁶⁵

Mit Gesamtkosten in Höhe von etwa 21.470 € je Versichertem lag die HALLESCHER im Jahr 2011 um 2.270 € höher als der PKV-Durchschnitt. 79 % der Kosten wurden von Arzneimitteln verursacht. Die häufigsten antiretroviralen Medikamente waren im Jahr 2011 Truvada® mit 852 Verordnungen, Norvir® mit 589 Verordnungen und Atripla® mit 427 Verordnungen. Zusätzlich zu den HIV-Medikamenten entfielen etwa 23.000 € auf Präparate für Hepatitis B-Infektionen, die häufig als Begleiterkrankung auftraten. Durchschnittlich erhielt jeder Infizierte 14,5 Verordnungen im Jahr. Ebenfalls ist festzustellen, dass im Jahr 2011 lediglich 14 der Infizierten keine ART machten.

Im Jahr 2012 waren 12 HIV-Infizierte vorübergehend arbeitsunfähig und haben Krankentagegeld beansprucht. Insgesamt gab es 2.468 Arbeitsunfähigkeitstage, die Kosten in Höhe von 236.226 € verursacht haben. Jeder der 12 Infizierten war somit durchschnittlich 206 Tage arbeitsunfähig und erhielt 19.685 € Krankentagegeld. Die Atteste wurden zu 42 % mit Depression und zu 17 % mit Enzephalopathie begründet. Des Weiteren wurde einmalig chronische Müdigkeit, Persönlichkeitsstörung und Medikamentenabhängigkeit aufgeführt.

Abschließend bleibt kritisch anzumerken, dass die Ergebnisse durch Versicherte mit hohem Selbstbehalt beeinflusst werden können. Es besteht die Möglichkeit, dass einerseits diese Versicherten Arztrechnungen und Rezepte nicht einreichen und somit die Infektion der

¹⁶⁵ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Auswertung des Zentralbereichs Mathematik

HALLESCHE nicht bekannt ist oder andererseits die verursachten Kosten nicht in vollem Umfang mitgeteilt werden. Die Tatsache, dass eine HIV-Infektion erhebliche Kosten verursacht und dadurch den Selbstbehalt bei Weitem überschreitet, reduziert jedoch die Wahrscheinlichkeit solcher Fälle. Die höchste Selbstbehaltstufe der HALLESCHE liegt bei 3.000 € pro Jahr. Schon allein der Bedarf an antiretroviralen Medikamenten für drei Monate liegt über diesem Betrag. Daher ist davon auszugehen, dass Arztrechnungen und Rezepte auch von Versicherten mit hohem Selbstbehalt eingereicht werden.

6.3. Unterschiede in der medizinischen Versorgung zwischen Berlin und Niedersachsen

Im Folgenden wird untersucht, inwiefern sich die medizinische Versorgung zwischen der Hochburg Berlin und ländlichen Regionen in Niedersachsen unterscheidet.

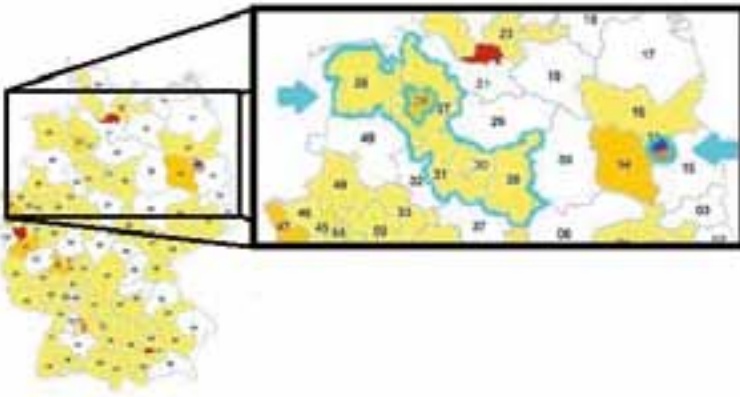


Abbildung 18: Vergleichsregionen Niedersachsen und Berlin¹⁶⁶

Unter den 20 untersuchten Personen aus Berlin sind 19 Männer und eine Frau. In der Gruppe der zehn untersuchten Personen aus Niedersachsen ist ebenfalls nur eine Frau. In Niedersachsen sind alle bei einem Schwerpunktarzt in Betreuung, in Berlin gibt es lediglich eine Person ohne Betreuung durch einen Schwerpunktarzt.

¹⁶⁶ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Auswertung der ZLG-FO

	Niedersachsen	Berlin
Anzahl der untersuchten Personen	10	20
Geschlechterverteilung Männer/Frauen	9/1	19/1
Schwerpunktarzt	100 %	95 %
durchschnittliche Entfernung	117,6 km	6,16 km
maximale Entfernung	282 km	25,7 km
Durchschnittliche Frequenz der Schwerpunktarztbesuche und Laborwertkontrollen	alle 3,99 Monate	alle 3,31 Monate
Anteil mit regelmäßigen Kontrollen	70 %	85 %
Durchschnittliche ambulante Kosten je Infiziertem p.a.	20.685 €	21.372 €

Tabelle 3: Eigenschaften der Vergleichsgruppen¹⁶⁷

In Berlin ist der Schwerpunktarzt im Schnitt 6 km vom Wohnort entfernt. Die Infizierten aus Niedersachsen müssen Entfernungen von durchschnittlich 118 km in Kauf nehmen, um zu ihrem Schwerpunktarzt zu gelangen. Ebenfalls ist ersichtlich, dass die Berliner in kürzeren Abständen den Schwerpunktarzt aufsuchen, als die Betroffenen aus Niedersachsen. 17 Berliner sind regelmäßig bei Kontrollen, wogegen drei in unregelmäßigen Abständen den Schwerpunktarzt aufsuchen. Ebenfalls weisen drei Betroffene in den ländlichen Regionen Niedersachsens unregelmäßige Arztbesuchsfrequenzen auf.

Der höhere Anteil an unregelmäßigen Kontrollbesuchen und die größeren Abstände zwischen einzelnen Schwerpunktarztuntersuchungen der Betroffenen in Niedersachsen sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass sie größere Entfernungen zum Schwerpunktarzt zurücklegen müssen und damit ein erheblicher Zeitaufwand verbunden ist. Dennoch erhält jeder der untersuchten Versicherten eine Arzneimitteltherapie.¹⁶⁸

Durch die höhere Frequenz der Schwerpunktarztbesuche liegen die Kosten je HIV-Infiziertem per anno in Berlin um fast 700 € höher als in Niedersachsen.

Die Betrachtung der Komorbiditäten zeigt, dass ein hoher Anteil an Depressionen leidet. In Niedersachsen sind 40 % und in Berlin 20 % davon betroffen. In Berlin treten als häufige Begleiterkrankungen zusätzlich Syphilis, Hepatitis B und C, Diarrhoe und das Kaposi-Sarkom auf. In Niedersachsen dagegen Lipodystrophie, Enzephalopathie und Diarrhoe.

Diese unterschiedlichen Komorbiditäten haben zusätzliche Auswirkungen auf die Anzahl der Arztbesuche und die Kosten.

¹⁶⁷ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Datenbanken

¹⁶⁸ Zur Vollständigkeit ist in Anlage 16 die Aufteilung der jeweiligen Arzneimittel beigefügt.

6.4. Frequenz der Arztbesuche anhand eines Beispielfalles

Um die Frequenz der Arztbesuche und die Belastung für den infizierten Versicherten analysieren zu können, wurde ein Versicherter willkürlich ausgewählt und seine Arztbesuche seit der Erstdiagnose als Timeline dargestellt. In Anlage 17 ist diese Grafik zur besseren Veranschaulichung nochmals enthalten. Daraus ist ersichtlich, dass die HIV-Infektion einen sehr hohen zeitlichen Aufwand verursacht und eine große Einschränkung darstellt. Es fallen regelmäßige Besuche bei dem Schwerpunktarzt an und, da in diesem Fall weitere Erkrankungen wie Hepatitis B, Hämorrhoiden, Dermatitis und regelmäßige Infektionen der oberen Atemwege bestehen, müssen auch Ärzte anderer Professionen aufgesucht werden. Eine immer wiederkehrende Entzündung des Augenlides zieht beispielsweise Besuche beim Augenarzt nach sich.

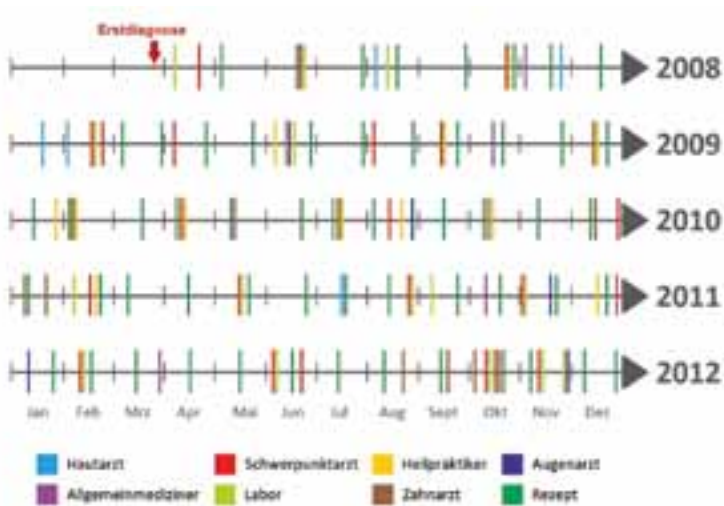


Abbildung 19: Frequenz der Arztbesuche eines HIV-Infizierten¹⁶⁹

Im Jahr 2011 wurden dann Depression, Belastungszustand und psychosomatisches Syndrom diagnostiziert. Bei den regelmäßigen Schwerpunktarztbesuchen werden Laboranalysen in Auftrag gegeben, sodass die Viruslast und die Anzahl der T-Lymphozyten und somit auch der Therapieerfolg kontrolliert werden kann. Anlage 18 liefert ein Beispiel einer Laboranalyse des Versicherten.

Die ambulanten Kosten beliefen sich auf durchschnittlich etwa 22.400 € je Jahr.

¹⁶⁹ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Datenbanken

Auch wenn bei den Rezepten nicht zwangsläufig ein persönlicher Kontakt zu einem Arzt notwendig ist, so muss doch zumindest eine telefonische Bestellung eines Wiederholungsrezeptes erfolgen. Der Gang in die Apotheke ist ebenfalls unerlässlich. All diese Arztkontakte und Apothekenbesuche sind in ihrer Masse sehr zeitaufwändig und erinnern den HIV-Infizierten ständig an seine Erkrankung.

7. Möglichkeit der Umsetzung von Case Management bei HIV-Fällen

7.1. Status quo des Case Managements bei der HALLESCHE KVAG

Die HALLESCHE bietet seit einigen Jahren individuelle Einzelfallhilfe an. Die Case Manager weisen verschiedene Qualifikationen durch Studiengänge wie Ernährungswissenschaft, Sportwissenschaft, Gesundheitsmanagement, Medizinökonomie sowie Gesundheits- und Pflegemanagement auf. Aktuell sind dort vier Case Manager beschäftigt, die sich um Versicherte mit komplexen Krankheiten kümmern.

Der Bereich Gesundheitsmanagement (GT) betreut Versicherte mit akuten Herzkrankheiten, neurologischen Defiziten wie Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma sowie Wirbelsäulenerkrankungen. Ziel ist es, für diese Versicherten eine optimale Versorgung sicherzustellen und einen nahtlosen Übergang von der Akut- zur Rehabilitationsbehandlung zu organisieren. Durch ein regelmäßiges Einbeziehen der Ärzte und Angehörigen in die Maßnahmen fällt die Resonanz auf das CM äußerst positiv aus.¹⁷⁰

Die Rechnungen werden unter anderem in den Leistungsabteilungen der sechs Service-Center in Stuttgart, München, Düsseldorf, Mannheim, Frankfurt und Hamburg bearbeitet. Dort wird die Erstattung im tariflichen Rahmen geprüft. Gehen jedoch Aufnahmeanzeigen von Krankenhäusern mit bestimmten Diagnosen oder anderweitige Rechnungen mit bestimmten Diagnosen ein, meldet das System die Abgabe an GT. Im Bereich GT wird dann Kontakt zu dem erkrankten Versicherten aufgenommen und je nach Erkrankung und geplanten Behandlungsmaßnahmen werden Aktionen abgeleitet. Pro Jahr werden circa 1.000 Personen betreut.¹⁷¹

Neben CM werden auch verschiedene Gesundheitsprogramme für chronische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus angeboten. Diese Programme unterstützen die chronisch Kranken dabei, ihren Lebensstil positiv zu verändern und gewisse Risikofaktoren auszuschalten. Zusätzlich werden Gesundheitsbroschüren zu verschiedenen Themen erstellt. Mit Broschüren wie „Hilfe bei Rückenbeschwerden“, „Homöopathie für Kinder“, „Werdende Mütter“ und „Stress im Alltag“ werden verschiedenste Gesundheitsthemen aufgegriffen und den Versicherten qualifizierte Ratschläge zum Umgang mit Krankheiten und präventivem Verhalten gegeben.

¹⁷⁰ Vgl. HALLESCHE KVAG (Hrsg.) (2012), S. 22

¹⁷¹ Vgl. Rudolph, Linda: Bereichsleiterin Leistung Gesundheitsmanagement, HALLESCHE KVAG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 04.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

7.2. Identifikation der Ansatzpunkte und Optimierungsmöglichkeiten

Es ist auffällig, dass die HALLESCHKE eine vergleichsweise hohe Anzahl an HIV-Infizierten im Versichertenbestand hat. Gegen diese Tatsache kann nichts unternommen werden. Die Infizierten werden vermutlich bis zu ihrem Lebensende bei der HALLESCHKE versichert bleiben.

Aus dem Gespräch mit dem Bereichsleiter der Vertragsabteilung Herrn Groß geht hervor, dass aufgrund der kontinuierlichen Anhebung der JAEG¹⁷² Risikogruppen wie Drogenabhängige und Prostituierte weitestgehend keinen Zugang zu der PKV haben. Daher liegt die Annahme nahe, dass beruflich erfolgreiche, gut verdienende Homosexuelle die größte Risikogruppe in der PKV darstellen. Durch die regelmäßige Erhöhung der JAEG durch den Gesetzgeber wird auch das Alter ansteigen, in dem diese Grenze erstmalig überschritten und der Zutritt zur PKV ermöglicht wird. Herr Groß geht davon aus, dass einige in diesem Alter dann bereits HIV-infiziert sind und somit nicht versichert werden. Daher wird erwartet, dass diese Zielgruppe zukünftig immer weniger Neudiagnosen während des Bestehens des Versicherungsschutzes aufweisen wird.¹⁷³

Ebenfalls liegen die Krankheitskosten je Versichertem über dem PKV-Durchschnitt. Diese Kosten sind zu 79 % durch antiretrovirale Medikamente verursacht. Diese Medikamente sind notwendig und unverzichtbar. An Einnahmemenge und -häufigkeit kann und darf nichts verändert werden, um Kosten zu reduzieren. Die einzige Möglichkeit besteht darin, die gesetzlichen Arzneimittelrabatte, die seit 2011 auch für die PKV gelten, konsequent in Anspruch zu nehmen. Hierfür wurde die Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten gegründet.¹⁷⁴ Der gesetzliche Herstellerrabatt in Höhe von 16 % für verschreibungspflichtige Arzneimittel wurde im Januar 2013 vom BMG bestätigt.¹⁷⁵ Diese Rabatte für HIV-Medikamente können zu einer Einsparung von 835.000 € jährlich führen.

Im Bereich des Krankentagegeldes liegen die Ausgaben ebenfalls über dem PKV-Durchschnitt. Das kann einerseits daran liegen, dass Versicherte der HALLESCHKE häufiger arbeitsunfähig sind und daher die Anzahl der Tage höher als der Durchschnitt ist. Andererseits können die höheren Kosten auch darauf zurückzuführen sein, dass die HIV-Infizierten Tarife mit höheren Krankentagegeld-Summen abgeschlossen haben. Die zur Verfügung stehenden Daten lassen diesbezüglich keine aussagekräftige Entscheidung zu. Im Jahr 2012 haben lediglich 4 % der HIV-Infizierten Krankentagegeld beansprucht. Dies könnte den Schluss zulassen, dass der Großteil der Infizierten gut in der Arbeitswelt integriert ist. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die Infizierten die Krankentagegeld-Versicherung bei einer anderen Versicherung abgeschlossen

¹⁷² Die Bedeutung der JAEG stellt eine eigene Thematik dar. Daher wird im Umfang dieser Bachelorarbeit nicht näher auf diese eingegangen.

¹⁷³ Vgl. Groß, Paul: Bereichsleiter Service Vertrag, HALLESCHKE KVAG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 26.03.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

¹⁷⁴ Vgl. Caspary, S. et al. (2011), S. 12 f.

¹⁷⁵ Vgl. BMG (Hrsg.) (2013), S. 2

haben oder überhaupt keine Krankentagegeld-Versicherung besteht. Diese Fälle erschweren die Analyse, sodass keine fundierte Aussage über die Integration in die Arbeitswelt getroffen werden kann. Daher gestaltet es sich schwierig, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung abzuleiten.

Nach der S2k-Leitlinie der Deutschen AIDS-Gesellschaft e.V. und der Österreichischen AIDS Gesellschaft wird empfohlen, die Verlaufskontrollen durch Bestimmung der CD4+-T-Lymphozytenzahl und Viruslast alle zwei bis vier Monate durchzuführen. Bei Therapieeinleitung und umstellung sind Kontrollen in kürzeren Zeitabständen erforderlich.¹⁷⁶ Wie in Abschnitt 6.3. ersichtlich ist, erfolgt die Laborwertkontrolle der Infizierten im Schnitt alle 3 bis 4 Monate. Das bedeutet, dass die Versicherten regelmäßige Kontrollen in den vorgegebenen Zeitabständen durchführen lassen und diesbezüglich optimal versorgt sind. Deshalb besteht hier kein Grund einzugreifen und somit kein Potenzial an Einsparmöglichkeiten.

All diese Kosten, ob durch Laborkontrollen, Arzneimittel, Krankentagegeld oder Arztbesuche verursacht, sind nicht beeinflussbar. Sie entsprechen den Empfehlungen der Leitlinie und sind nicht durch kostengünstigere Alternativen zu ersetzen. Diese Ausgaben sind jedoch gerechtfertigt, da sie dazu beitragen, dass die Therapie erfolgreich verläuft und Komorbiditäten vermieden oder zumindest hinausgezögert werden können. Um dauerhaft Kosten zu vermeiden und den Infizierten langfristig eine gute Lebensqualität gewährleisten zu können, ist es notwendig, in dieser Phase die wichtigen ärztlichen Leistungen zu finanzieren.

Es ist allerdings erforderlich, dass die Arztbesuche und Therapiekontrollen kontinuierlich durchgeführt werden und die Therapietreue auf hohem Niveau gehalten wird. Therapiepauzen und Vernachlässigungen der Einnahmевorschriften gefährden den Erfolg und führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu weiteren Erkrankungen. Aus diesen Gründen ist es unerlässlich, dass die Therapievorschriften eingehalten werden. Hierbei kann es von Vorteil sein, wenn die Infizierten von Seiten der HALLESCHER Unterstützung erhalten und nochmals über den Zweck der ART aufgeklärt werden. Durch das gesteigerte Wissen über die Wirkungsweise der ART kann die Therapietreue verstärkt werden.

Dennoch gibt es im Bezug auf die ART Verbesserungspotenziale. Circa 95 % der Infizierten nehmen eine ART in Anspruch. Das bedeutet, dass fast 5 % nicht therapiert werden. Nach der neuen S2k-Leitlinie ist eine ART bei nahezu allen Werten indiziert. Bei den meisten Werten ist die ART dringend angeraten, bei anderen Konstellationen ist sie möglich und kann erfolgen. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft gibt somit kein Stadium der HIV-Infektion, bei der eine ART unterlassen werden sollte.¹⁷⁷ Je früher die Therapie beginnt, desto stärker bleibt das Immunsystem und desto besser stehen die Chancen auf eine lange beschwerdefreie Zeit. Ein Nachteil besteht lediglich in den Nebenwirkungen der ART. Trotzdem sollten die HIV-Infizierten

¹⁷⁶ Vgl. Arastéh, K. et al. (2012), S. 18

¹⁷⁷ Vgl. Arastéh, K. et al. (2012), S. 7

bei einem Schwerpunktarzt vorstellig werden, um die richtige Vorgehensweise mit diesem zu besprechen. Die Intervention könnte dadurch erfolgen, dass die Infizierten ohne ART in den Systemen auffindig gemacht werden und geprüft wird, ob bereits ein Schwerpunktarzt aufgesucht wurde und regelmäßiger Kontakt besteht.

Außerdem hat sich herausgestellt, dass häufig ein Beratungsarzt eingeschaltet wird, um die medizinische Notwendigkeit der antiretroviralen Arzneimittel zu beurteilen. Dazu werden vom behandelnden Arzt Behandlungs- und Befundberichte sowie Laborwerte angefordert. Dies geschieht zu unterschiedlichen Zeitpunkten. In einigen Fällen wird direkt bei der ersten Verordnung ein Beratungsarzt eingeschaltet, in anderen Fällen geschieht dies erst nach mehreren Jahren. Auch die Häufigkeit der Prüfungen ist sehr unterschiedlich. Bei einigen werden die Medikamente für ein Jahr zugesagt und danach erfolgt eine erneute Prüfung durch den Beratungsarzt anhand eines erneuten Behandlungs- und Befundberichts. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen die Notwendigkeit pauschal bestätigt wird und keine Folgeprüfung geplant wird.

Die medizinische Notwendigkeit der ART wird anhand der Diagnose und der Laborwerte geprüft. Die Indikatoren für eine ART sind in den Leitlinien vorgegeben, wodurch es möglich ist, diese Bewertung den Referenten aus dem Bereich GT zu übertragen. Es liegen große Differenzen bezüglich des Gehaltes zwischen den betriebsinternen Case Managern und den Beratungsärzten vor. Demnach gibt es hier Einsparpotenziale, die ohne Qualitätsverlust genutzt werden können.

Werden die Ansatzpunkte zur Verbesserung der Lebensqualität in die Betrachtung mit einbezogen, müssen die unterschiedlichen Infrastrukturen der Bundesländer und Regionen herangezogen werden. Wie aus Abschnitt 6.3. hervorgeht, sind Brennpunkte wie Berlin mit einer Vielzahl von HIV-Schwerpunktärzten ausgestattet, sodass die Infizierten gut versorgt sind und einen Schwerpunktarzt im näheren Umkreis aufsuchen können. Problematisch wird es jedoch, wenn HIV-Infizierte in Regionen leben, die sehr wenig Infizierte aufweisen und daher die Schwerpunktärzte sehr rar sind. In diesen Fällen müssen die Betroffenen große Entfernungen in Kauf nehmen, um von einem Spezialisten betreut zu werden. Diese weiten Wege sind sehr zeitaufwändig. Infizierte müssen ohnehin sehr viel Zeit in die verschiedensten Untersuchungen und die ART investieren, sodass diese zusätzliche Hürde eine Minderung der Lebensqualität darstellt. Da diese Untersuchungen bis zum Lebensende durchgeführt werden müssen, kann dies auf Dauer sehr belastend sein und die Hemmschwelle zum Therapieabbruch senken. Um die Therapietreue trotz dieser Erschwernisse auf hohem Niveau zu halten, ist eine hohe Disziplin der Infizierten erforderlich.

Die Analyse der Betroffenen in den ländlichen Regionen Niedersachsens hat ergeben, dass bei acht von zehn Fällen Schwerpunktärzte in großer Entfernung aufgesucht werden, obwohl in deren näherem Umkreis Schwerpunktärzte vorhanden sind. In diesen Fällen wäre es für die Betroffenen mit großer Wahrscheinlichkeit angenehmer, die näher gelegenen Ärzte aufzusuchen. Daher ist davon auszugehen, dass die Infizierten von der Existenz dieser Ärzte keine Kenntnis

haben. Wenn mehrere Ärzte angeboten werden, die über die gleiche Qualifikation verfügen und von der Deutschen AIDS-Gesellschaft e.V. zertifiziert sind, gibt es keinen Grund sich für denjenigen zu entscheiden, der mit mehr Aufwand verbunden ist. Es sei denn, dass dem Infizierten dieser Arzt empfohlen wurde. Das Problem könnte möglicherweise darin liegen, dass Hausärzte häufig nicht auf dem neuesten Stand der Behandlungsmöglichkeiten sind und keine aktuelle Liste der HIV-Schwerpunktärzte besitzen.

Da keine ökonomisch sinnvolle und umsetzbare Möglichkeit besteht, alle Ärzte in Deutschland über regionale Niederlassungen der Schwerpunktärzte zu informieren, ist es sinnvoll, Neuinfizierten eine Liste mit Schwerpunktärzten der Region zukommen zu lassen. Wenn die Arztrechnungen von dem Versicherten zeitnah eingereicht werden, kann die Erstdiagnose von den Case Managern schnell bemerkt und ihm entsprechende Informationen zugesendet werden. Dieser Weg gestaltet sich jedoch schwierig, wenn Rechnungen erst lange Zeit nach der Behandlung eingereicht werden. In dieser Zeit wird der Versicherte mit großer Wahrscheinlichkeit schon selbstständig einen Schwerpunktarzt aufgesucht haben. In solch einem Fall ist es kritisch, andere Schwerpunktärzte vorzuschlagen. Das Vertrauen wurde bereits einem Arzt geschenkt, dieser hat die ersten Untersuchungen vorgenommen und die ART erstellt. Hier wäre es für den Infizierten schwierig abzuwägen, ob er sich einem neuen, unbekanntem Arzt anvertrauen soll, um einen kürzeren Anfahrtsweg zu haben. Was davon letztendlich präferiert werden würde, liegt bei jedem Versicherten selbst und kann objektiv nicht beantwortet werden.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass Infizierte, die eine langjährige Therapie hinter sich haben und seit mehreren Jahren denselben Schwerpunktarzt aufsuchen, einen längeren Weg in Kauf nehmen werden, um das bestehende Vertrauensverhältnis zu wahren.

Ein weiterer suboptimaler Aspekt der Versorgung von HIV-Infizierten betrifft die Pflege. Im Endstadium von AIDS wird häufig die Unterbringung in Pflegeheimen notwendig. Dies gestaltet sich jedoch schwierig, da häufig HIV-Infizierte zu jung für die auf Senioren ausgerichteten Pflegeheime sind. Durch die besonderen Vorsichtsmaßnahmen und die aufwändige ART sind sich viele Pflegeheime zu unsicher und fühlen sich aufgrund ihrer Unerfahrenheit in diesem Bereich überfordert.¹⁷⁸

Die HALLESCHE ist nicht Kostenträger für Pflegeheime. Diese werden durch die Private Pflegepflichtversicherung finanziert. Die Abrechnung und Erstattung der Leistungen übernimmt die Pflegeabteilung der HALLESCHE, diese Gelder sind jedoch völlig losgelöst von denen der Krankenversicherung.

Folglich besteht kein Kosteneinsparungsmotiv, da dieser Bereich die Aufgaben der HALLESCHE nicht tangiert. Den Versicherten kann jedoch eine Unterstützung angeboten werden. Diese

¹⁷⁸ Vgl. o.V. (2011b)

Unterstützung kann mit Hilfe der privaten Pflegeberatung COMPASS erfolgen, die als Initiative der PKV zum Ziel hat, eine qualitativ hochwertige Pflegeberatung sicherzustellen. Diese kostenlose Serviceleistung der Privaten Pflegepflichtversicherung bietet zwei Arten von Hilfestellung an. Einerseits können unter einer gebührenfreien Servicenummer kompetente Mitarbeiter telefonische Beratung leisten. Andererseits gibt es Pflegeberater vor Ort, die zu einem persönlichen Beratungsgespräch nach Hause kommen. Auf beiden Wegen können sowohl allgemeine als auch konkrete Fragen rund um das Thema Pflege gestellt werden.¹⁷⁹ Durch diese Einrichtung kann den HIV-Infizierten die Suche nach einem geeigneten Pflegeheim erleichtert werden. Daher ist es empfehlenswert, den Versicherten bei Pflegebedürftigkeit bzw. bei Eingang eines Pflegeantrages diese Beratung anzubieten bzw. auf deren Existenz und Nutzen hinzuweisen.¹⁸⁰

Ebenfalls sollten die Versicherten auf die Informationsangebote rund um das Thema HIV hingewiesen werden. Diese sind, wie bereits erwähnt, nur durch aktives Suchen zugänglich. Aller Wahrscheinlichkeit nach werden die Infizierten bereits von den Ärzten mit zahlreichen Informationsmaterialien versorgt. Sollte aber ein CM für diese HIV-Fälle eingeführt werden, ist ein Schreiben an die Infizierten notwendig, in dem die Kontaktdaten des CM angegeben werden. In diesem Schreiben sollte auf die verschiedenen Informationsquellen, wie das Gesundheitsportal oder auch das Gesundheitstelefon, bei dem Ärzte rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche Fragen beantworten, hingewiesen werden. Bei HIV bietet es sich außerdem an, eine kleine Informationsbroschüre mit den wichtigsten Informationen und Tipps zu erstellen und ebenfalls einmalig zuzusenden.

Durch diesen einmaligen Schriftkontakt werden die Versicherten auf die Angebote hingewiesen. Es ist davon auszugehen, dass alle dieses Schreiben erhalten und von der Existenz der Informationen Kenntnis haben. Ob sie diese verwenden oder nicht, liegt jedoch allein bei den Versicherten. Der Vorteil dieser Ansprache liegt darin, dass die Telefonnummern und Kontaktdaten schriftlich festgehalten sind. Durch ein Telefonat könnte diese Fülle an Informationen möglicherweise nicht richtig erfasst werden und die Infizierten müssten sich selbst die zutreffenden Kontaktdaten notieren. Dies könnte zu einem Verlust von wichtigen Informationen führen.

¹⁷⁹ Vgl. COMPASS Private Pflegeberatung (Hrsg.) (o.J.)

¹⁸⁰ Vgl. Rauch, Silke: Sachbearbeiterin Pflegeversicherung, HALLESCHKE KVAG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 08.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

Ansatzpunkt	Optimierungsmöglichkeit	Einsparpotenzial		Steigerung der Lebensqualität
		kurzfristig	langfristig	
Arztkosten	x	x	✓	x
Arzneimittelkosten	x	x	✓	x
Laborkosten	x	x	x	x
ART	✓	x	✓	✓
Beratungsarzt	✓	✓	✓	x
Schwerpunktarzt	✓	x	x	✓
Pflegeüberleitung	✓	x	x	✓
Informationen	✓	x	✓	✓

Tabelle 4: Ansatzpunkte für CM¹⁸¹

Wie Tabelle 4 verdeutlicht, gibt es einige Ansatzpunkte, die durch das CM aufgegriffen werden können. Andere Aspekte, wie beispielsweise Arzneimittelkosten, können nicht direkt beeinflusst werden. Durch eine optimale Betreuung und Unterstützung der Therapie können jedoch Komorbiditäten und somit Folgekosten durch zusätzliche Arzneimittel verhindert bzw. hinausgezögert werden.

7.3. Konzept für Case Management bei der HALLESCHE KVg

Im Folgenden wird von einem system-driven CM ausgegangen, da es von Seiten der Krankenversicherung angewendet wird. Im ersten Schritt erfolgt die Auswahl der zu managenden Personengruppe. Diese lässt sich über die ICD-Codes B20 bis B24, U60 bis U61 und Z21 definieren. Der Bereich ZLG-FO liefert diese Daten. Durch monatliche Auswertungen und Abgleiche mit den bestehenden Daten können Neudiagnosen herausgefiltert werden.

Der zweite Schritt beinhaltet das Assessment, bei dem Fallgruppen definiert werden. Es können drei Fallgruppen gebildet werden:

1. HIV-infizierte Versicherte, die eine ART erhalten
2. HIV-infizierte Versicherte, die keine ART erhalten
3. Neudiagnosen.

¹⁸¹ Eigene Darstellung

Für jede der drei Gruppen gibt es unterschiedliche Maßnahmenpläne. Es wird unterschieden zwischen einmaligen Tätigkeiten zu Beginn des CM und regelmäßigen Aufgaben.

Bei **Gruppe 1** sollten zu Beginn des CM die antiretroviralen Medikamente überprüft und bezüglich der medizinischen Notwendigkeit gemäß den aktuellen Leitlinien beurteilt werden. Das Ergebnis ist schriftlich in der elektronischen Akte im System festzuhalten, sodass die Mitarbeiter im Bereich Leistung auf den ersten Blick erkennen, ob die Arzneimittel erstattungsfähig sind oder nicht. Dadurch werden die Abläufe des Erstattungsprozesses optimiert. Da eine ART durchgeführt wird, ist davon auszugehen, dass ein Schwerpunktarzt die Therapie beaufsichtigt. So kann mit Hilfe der elektronischen Akte überprüft werden, in welcher Entfernung sich die Praxis des Schwerpunktarztes befindet. Ist diese Entfernung sehr groß, sollte der Versicherte explizit darauf hingewiesen werden, dass die Möglichkeit besteht, nähergelegene Schwerpunktarzte aufzusuchen, falls er die Entfernung und den enormen Zeitaufwand als problematisch empfindet. Für Fragen sind die Kontaktdaten des Bereichs GT angegeben, damit der Versicherte sich bei Interesse nach alternativen Schwerpunktarzten erkundigen kann. Auch wenn Umzüge und Adressänderungen bekannt werden, ist es empfehlenswert, die Entfernung zum Schwerpunktarzt zu überprüfen und gegebenenfalls dieselben Maßnahmen zu ergreifen.

Des Weiteren muss zu Beginn des CM die Kontaktaufnahme zu den Versicherten erfolgen. Dabei gestaltet sich eine individuelle telefonische Kontaktaufnahme schwierig, da die Erreichbarkeit der Infizierten sehr eingeschränkt sein wird. Dennoch sollte zunächst versucht werden, die Infizierten telefonisch zu erreichen und das CM vorzustellen. Schlägt dieser Versuch fehl, sollte ein Schreiben an die Versicherten gehen. Da HIV ein heikles Thema ist, ist es denkbar, dass eine direkte persönliche Ansprache von Seiten der Versicherung abschreckend wirkt. Durch eine schriftliche Kontaktaufnahme bleibt eine gewisse Distanz gewahrt, durch die sich die Infizierten nicht angegriffen oder in ihrer Privatsphäre verletzt fühlen. Sie können die Informationen in Ruhe lesen und entscheiden, wie sie damit umgehen. Aufgrund der Vorteile der schriftlichen Kontaktaufnahme und des Risikos der eingeschränkten Erreichbarkeit wird im Folgenden von einem schriftlichen Erstkontakt ausgegangen.

Dieses Schreiben dient als sogenanntes Intake und somit der formellen Fallaufnahme in das CM. Es hat das primäre Ziel, den Versicherten über die Aufgaben und Vorgehensweise des CM zu informieren und das Hilfeangebot abzuleiten.¹⁸² In diesem Schreiben sollten mehrere Punkte aufgegriffen werden. So ist es einerseits wichtig, den Bereich GT sowie die Tätigkeiten und Ziele vorzustellen. Den Versicherten wird dadurch der Nutzen und die Unterstützung des CM verdeutlicht. Die Verfasserin empfiehlt, diesem Schreiben - sofern die Auswertung dies ergeben hat - ebenfalls den Hinweis auf näher gelegene Schwerpunktarzte beizufügen.

¹⁸² Vgl. Splunteren, P., Intake im Berufsgebiet der Sozialarbeit, Bern 1996, S. 2 ff. Zitiert nach: Wendt, W. R. (2010), S. 134 f.

Andererseits kann es das Vertrauen in CM stärken, wenn gleich zu Beginn ein Nutzen für die HIV-Infizierten generiert wird. Daher sollten die Existenz und die Vorteile der elektronischen Gesundheitsakte hervorgehoben werden. Diese Akte bietet die Möglichkeit, sämtliche Arzttermine einzutragen, Arztberichte abzuspeichern und Laborwerte zu sammeln. Die vielen verschiedenen Kontrolltermine, die wahrgenommen werden müssen, können in einen Terminplaner eingetragen werden, sodass die Versicherten kurz zuvor eine Erinnerung erhalten. Des Weiteren kann eine erhebliche finanzielle Entlastung stattfinden, indem der Versicherte darauf hingewiesen wird, dass eine sogenannte Direktabrechnung mit den Apotheken möglich ist. Dabei schließt die HALLESCHE mit der Wunschapotheke des Versicherten einen Vertrag, wodurch die Abrechnung der antiretroviralen Medikamente direkt zwischen diesen beiden erfolgt. Der Versicherte muss dadurch die teuren Medikamente nicht vorfinanzieren und hat mit der Abrechnung nichts mehr zu tun. Der Wegfall dieser bürokratischen und finanziellen Hürde stellt eine Erleichterung für den Versicherten dar.

Da die ART daraus besteht, verschiedene Medikamente über den Tag verteilt einzunehmen, bietet es sich an, jedem HIV-infizierten Versicherten einmalig zu Beginn des CM kostenlos einen Medikamentendosierer zuzusenden. Dieser Dosierer erleichtert den Überblick über bereits genommene Tabletten und kann die Organisation der Einnahme vereinfachen. Er kann den Zugang zu den Versicherten erleichtern und ebenfalls zeigen, dass von Seiten der Versicherung Unterstützung angeboten wird. Dieser Medikamentendosierer sollte der ersten schriftlichen Kontaktaufnahme beigelegt werden.

Als Alternative zu dem Medikamentendosierer gibt es die Möglichkeit der Verblisterung. Dabei werden Medikamente von der Apotheke oder einem Blisterzentrum individuell je Einnahmezeit portioniert und verpackt geliefert. Dadurch wird die Verantwortung der richtigen Medikamentengabe auf die Apotheke bzw. das Blisterzentrum übertragen. Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe gibt zu bedenken, dass unter dem Aspekt „...der Stärkung der Unabhängigkeit und Selbstbestimmung von Heimbewohnern .. nicht zu vernachlässigen [ist], dass die Selbstversorgungsmöglichkeiten so lange als möglich erhalten werden sollten.“¹⁸³ Dieser Satz trifft nicht nur auf Heimbewohner zu, sondern auf alle Patienten, darunter auch HIV-Infizierte. Da die Verwendung von Medikamentendosierern die Selbstbestimmung besser fördert und ein Großteil der HIV-Infizierten geistig in der Lage ist, die Medikamente selbst zu portionieren, ist der Medikamentendosierer zu bevorzugen.

¹⁸³ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2011), S. 2

Maßnahmenplan für Gruppe 1

Einmalig zu Beginn des CM

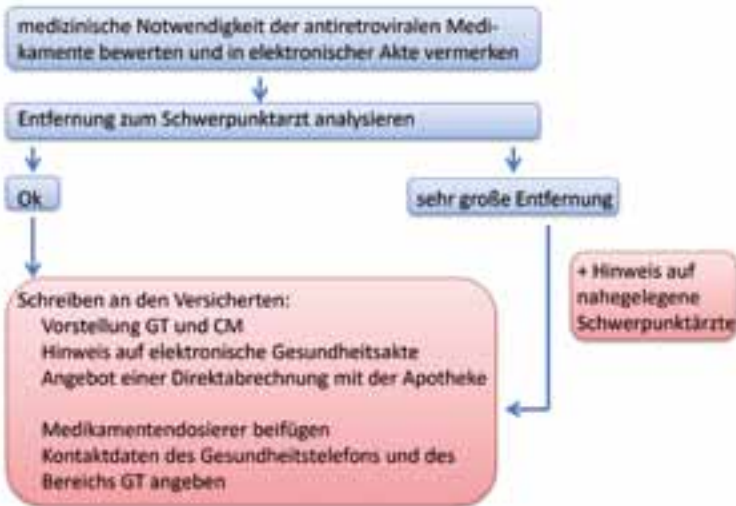


Abbildung 20: Maßnahmenplan für Gruppe 1¹⁸⁴

Die regelmäßigen Aufgaben bestehen in erster Linie aus Auswertungen. So ist zum einen eine vierteljährliche Analyse der Arzneimittel durchzuführen. Diese ist aufgrund der Direktabrechnung mit den Apotheken unproblematisch. Denn nicht nur der monetäre Vorteil für den Versicherten spricht für diese Direktabrechnung, sondern auch die Tatsache, dass alle Rezepte zeitnah bei der Versicherung eingehen und daher nachvollzogen werden kann, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen werden. Werden bei dieser Auswertung Lücken entdeckt, muss überprüft werden, weshalb die Medikamente ausgesetzt wurden. Hierbei können Arztberichte herangezogen oder der Kontakt zum Infizierten gesucht werden. Dabei muss der Gesundheitszustand im Mittelpunkt stehen und erörtert werden, ob die Therapie aus Sicht des Patienten gut verläuft oder ob es Probleme gibt, die beseitigt werden können.

Zum anderen sollten neben den Auswertungen der regelmäßigen Medikamenteneinnahme ebenfalls einmal im Jahr Auswertungen über die Besuche bei dem Schwerpunktarzt durchgeführt werden. Die Kontinuität und Regelmäßigkeit der Besuche ist hier ebenfalls äußerst wichtig.

¹⁸⁴ Eigene Darstellung

Auch bei einer Aufnahmeanzeige eines Krankenhauses ist GT von den Leistungsabteilungen einzuschalten. Die Infizierten haben vom Bereich GT bereits Kenntnis und wissen von dessen Aufgaben. Die Case Manager können zum Versicherten Kontakt aufnehmen und den nahtlosen Übergang in Rehabilitationseinrichtungen oder Anschlussheilbehandlungen organisieren.

Das CM bei **Gruppe 2** beinhaltet als ersten Schritt die Überprüfung der medizinischen Versorgung. So wird in den Systemen nach einem Schwerpunktarzt gesucht. Ist der Versicherte bereits bei einem Schwerpunktarzt in Behandlung, ist davon auszugehen, dass zu diesem Zeitpunkt aus Sicht des Arztes keine ART indiziert ist. Ist der HIV-Infizierte jedoch noch nicht bei einem Schwerpunktarzt vorstellig geworden, so sollte diesem eine Liste mit nahegelegenen Schwerpunktarzten zugesendet werden. Diese Liste lässt sich dem Schreiben zur Kontaktaufnahme beifügen, das den Bereich GT, dessen Ziele und Vorgehensweise vorstellt.

Gruppe 2, mit Schwerpunktarzt	Gruppe 2, ohne Schwerpunktarzt
Vorstellung GT und CM	Vorstellung GT und CM
Hinweis auf elektronische Gesundheitsakte	Hinweis auf elektronische Gesundheitsakte
Hinweis auf Gesundheitstelefon	Hinweis auf Gesundheitstelefon
Bei großer Entfernung zum Schwerpunktarzt: Hinweis auf Existenz näher gelegener Ärzte	Konkrete Liste mit Schwerpunktarzten in näherer Umgebung

Tabelle 5: Inhalte der ersten schriftlichen Kontaktaufnahme¹⁸⁵

Im Abstand von drei Monaten sind bei dieser Fallgruppe Auswertungen darüber zu machen, ob zwischenzeitlich eine ART beansprucht wird. Ist dies der Fall, erfolgt eine Überleitung in Gruppe 1. Dabei sollte erneut ein Schreiben an den Versicherten gehen, dass die zusätzlichen Informationen aus Gruppe 1 und den Medikamentendosierer beinhaltet.

Da **Gruppe 3** aus den Neudiagnosen besteht, ist davon auszugehen, dass weder ein Schwerpunktarzt aufgesucht noch eine ART angewendet wird. Folglich ist es wichtig, in diesen Fällen ebenfalls eine Liste mit nahegelegenen Schwerpunktarzten zu erstellen, sodass der HIV-Infizierte schnell professionelle Hilfe annehmen kann. Besonders bei Neudiagnosen ist es essentiell, einen Ansprechpartner zu haben, um sämtliche Fragen stellen zu können und die Folgen der Infektion zu verstehen. Das Gesundheitstelefon der HALLESCHE kann hier eine wesentliche Rolle spielen. Wenn die Versicherten spezifische Fragen über Symptome oder Ähnliches haben, können sie diese in der Regel frühestens beim nächsten Arzttermin stellen. Das Gesundheits-

¹⁸⁵ Eigene Darstellung

telefon, das an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr erreichbar ist, kann jederzeit Fragen beantworten und die Versicherten beruhigen oder zumindest versuchen, die Unsicherheit und Ungewissheit zu beseitigen. Die Verfasserin empfiehlt daher, diese Service-Leistung dringend vorzustellen und die Versicherten auch zur Nutzung zu animieren.

Im vierteljährlichen Abstand ist es angebracht, eine Analyse der medizinischen Versorgung dieser Fälle durchzuführen. Da den Neuinfizierten eine Liste der Schwerpunktärzte zugesendet wurde, ist davon auszugehen, dass diese auch aufgesucht werden. Daher ist in der Analyse darauf zu achten, ob eine ART in Anspruch genommen wird oder nicht. Je nachdem ist eine Überführung in Gruppe 1 oder Gruppe 2 einzuleiten.

All diese Aktivitäten des CM laufen in erster Linie im Hintergrund ab. Die Kontaktaufnahme ist ein wichtiger erster Schritt, um den Versicherten zu zeigen, dass es einen Ansprechpartner für Fragen gibt, Unterstützung bei Problemen und Schwierigkeiten zugesagt wird und dass sich die HALLESCHER weiterhin um das Wohlergehen und die bestmögliche medizinische Versorgung der Infizierten sorgt.

Es ist ebenfalls wichtig, zu Beginn des CM Vorteile und Nutzen für die Infizierten zu generieren. Durch diesen Nutzen können die Versicherten Vertrauen in das CM aufbauen und es als Unterstützung betrachten und nicht als Kontrollinstrument. Neben dieser Wirkung leisten die offensichtlichen Vorzüge dieser Angebote ebenfalls einen Beitrag zur erfolgreichen Therapie. Der Medikamentendosierer hilft den Überblick über die zahlreichen Medikamente zu bewahren, die elektronische Gesundheitsakte hilft dabei, die Termine zu verwalten und das Gesundheitstelefon gibt spezifische, qualitätsgesicherte Informationen.

Durch die regelmäßigen Analysen kann die Therapietreue der Versicherten überprüft und bei Bedarf durch Eingreifen der Case Manager aufrechterhalten werden. Durch die Analysen im Hintergrund ist gewährleistet, dass die medizinische Versorgung den aktuellen Leitlinien entspricht. Daher müssen die Versicherten nicht noch zusätzlich durch Fragen von der Versicherung belästigt werden. Durch die Zertifizierung der Schwerpunktärzte wird eine evidenz-basierte Therapie gewährleistet. Das CM hat zur Aufgabe, die Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Therapien und Behandlungen so optimal wie möglich zu gestalten. Die Versicherten werden unterstützt und sobald es notwendig wird - wie beispielsweise bei einem akuten Krankenhausaufenthalt -, werden die anschließend notwendigen Maßnahmen in die Wege geleitet.

Das Monitoring wird als kontinuierlicher Prozess betrachtet. Die regelmäßigen Auswertungen stellen eine zuverlässige Kontrolle der Prozesse dar. Die Evaluation des CM kann durch eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt werden. Diese sollte jedoch erst dann durchgeführt werden, wenn die Versicherten schon mehrmals Kontakt zu dem Bereich GT aufgenommen haben oder die anderen Service-Angebote in Anspruch nehmen. Zusätzlich sollte jährlich eine Auswertung der Kosten und Komorbiditäten durchgeführt werden, um dadurch eine Entwicklung erkennen zu können.

Zusätzlich zu dem CM ist es aus Sicht der Verfasserin empfehlenswert, eine **Informationsbroschüre** zu erstellen. Wie in Kapitel 5 bereits beschrieben wurde, sind Informationen nur durch eine aktive Suche zugänglich. Des Weiteren ist lediglich eine sehr geringe Informationsdichte über das HALLESCHÉ-Gesundheitsportal verfügbar. Viele weitere Tipps und Hinweise, die für Infizierte äußerst interessant sein können, werden bislang nicht angeboten.

Die Zielgruppe dieser Informationsmaterialien besteht aus vorwiegend männlichen Versicherten, die zwischen 40 und 70 Jahre alt sind. Hierbei liegt der Schwerpunkt bei den 40 bis 60 Jährigen. Um diese Zielgruppe optimal zu erreichen, muss die richtige Art von Medium gewählt werden. Printmedien sind hierbei Onlinemedien vorzuziehen, da die Versicherten im fortgeschrittenen Alter möglicherweise keinen Zugang zum Internet besitzen. Außerdem ist, wie bereits aufgeführt, die direkte Ansprache der Infizierten wichtig. Online wäre diese nur über Email möglich, was jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zulässig ist.

Zunächst ist eine Broschüre über die Funktionsweise und Auswirkungen der ART zu empfehlen. Hierbei kann ausführlich darauf eingegangen werden, was mit dem Immunsystem nach der Infektion geschieht und inwiefern die ART Auswirkungen darauf hat. Die wichtigsten Therapievorschriften, wie beispielsweise die regelmäßige Einnahme der Medikamente, die Einhaltung der Einnahmezeiten und die spezielle Ernährung sind aufzuzeigen. Erklärungen über den Sinn dieser Therapievorschriften tragen zu einem verbesserten Verständnis bei. Ebenso ist es essentiell, die Nebenwirkungen der ART zu beschreiben, sodass die Infizierten wissen, was ihnen möglicherweise bevorsteht bzw. erfahren, dass diese Nebenwirkungen normal sind und keine besorgniserregenden, anderweitigen Krankheiten darstellen. Diese Broschüre rund um die Therapie sollte ebenfalls einmalig zu Beginn des CM an alle Gruppen versendet werden. Für Gruppe 1 kann dies helfen, die Therapie zu verstehen und die Therapietreue zu erhöhen. Für Gruppe 2 und 3 ist eine ART früher oder später unvermeidlich. Daher können sie sich durch diese Informationsbroschüren vorab informieren und darauf einstellen.

Des Weiteren bietet sich eine Informationsbroschüre über das alltägliche Leben mit HIV und ART an. Die Versicherten sollten nicht nur über ihre Pflichten und Einschränkungen informiert werden, sondern auch generelle Tipps erhalten. Es ist möglich, nochmals eine Zusammenfassung über Therapiemöglichkeiten, Einnahmehinweise und Nebenwirkungen auf den vordersten Seiten einzubinden. Da darauf jedoch nicht der Schwerpunkt gelegt werden soll, kann diese Zusammenfassung kurz und prägnant sein.

Wichtige Aspekte, die das tägliche Leben und auch die Lebensqualität betreffen, sind Sex und Kinderwunsch. Sobald die Viruslast für sechs Monate unter der Nachweisgrenze liegt, ist eine Übertragung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr unwahrscheinlich. Dennoch darf das Restrisiko nicht außer Acht gelassen werden. Für medizinisch gut versorgte HIV-Infizierte ist es möglich, gesunde Kinder zu bekommen. Die Übertragungsrate liegt hier bei unter 1%. Wenn Kinderwunsch besteht, muss bei einer HIV-positiven Frau die ART darauf eingestellt werden. Denn es können durch bestimmte Substanzen Fehlbildungen entstehen¹⁸⁶. Obwohl

¹⁸⁶ Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2013), S. 108 ff.
202

die Zielgruppe für Kinderwünsche zum Großteil zu alt ist, sind diese Informationen wichtig, um eventuelle Vorurteile zu beseitigen.

Ein weiterer Themenblock sollte die richtige Ernährung darstellen. So können Tipps gegeben werden, welche Vitamine oder Spurenelemente der Körper dringend benötigt und in welchen Lebensmitteln diese vorhanden sind. So hat beispielsweise Vitamin D eine wichtige Funktion für das Immunsystem. Es findet sich vor allem in Leber, Milch, Milchprodukten und Pilzen. Damit diese Stoffe jedoch in das wirksame Vitamin umgewandelt werden können, bedarf es einer Sonneneinstrahlung von einigen Minuten.¹⁸⁷ Solche Tipps tragen dazu bei, durch eine optimal abgestimmte Ernährung den Körper bestmöglich zu unterstützen.

Für ein gesundes Leben ist außer der gesunden Ernährung auch Sport ein bedeutender Gesichtspunkt. Wie schon die Notwendigkeit von Sonnenstrahlen bei der Vitamin D-Gewinnung zeigt, spielt Bewegung an der frischen Luft eine große Rolle. Sport kann das Risiko für häufig auftretende Komorbiditäten, wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, Osteoporose und Neuro-AIDS, reduzieren. Neuro-AIDS bezeichnet HIV-assoziierte neuro-kognitive Störungen, deren Risiko zusätzlich durch intellektuelle Forderung und soziale Kontakte gesenkt werden kann.¹⁸⁸ In der Broschüre sollten sich demnach Informationen über verschiedene Sportarten und deren positive Wirkung auf den Körper befinden. Es können auch Kontaktdaten verschiedener Sportgruppen angegeben werden. Über ganz Deutschland verteilt gibt es beispielsweise einige auf HIV-spezialisierte Vereine, die verschiedene Sportarten für HIV-Infizierte anbieten und nach dem Sport auch einen Raum für Kommunikation und Erfahrungsaustausch bieten.¹⁸⁹

Neben den Dingen, die die Infizierten selbst zu einem gesunden Leben beisteuern können, sind auch Einschränkungen, die die Lebensqualität betreffen, aufzuführen. So birgt das Thema Reisen einige Besonderheiten. In einigen Ländern gelten Einreisebeschränkungen für HIV-positive Touristen. So gibt es 31 Länder, die HIV-positive Ausländer ausweisen. Darunter zählen beispielsweise Ägypten, Indien, Saudi-Arabien und Nordkorea. In zwölf anderen Ländern, wie beispielsweise Südkorea, Bahamas und Irak, gelten kategorische Einreiseverbote für HIV-Infizierte und 20 Länder verlangen die Angabe des HIV-Status sogar bei kurzzeitigen Aufenthalten. Durch diese Verbote sind die HIV-Infizierten in ihrer Urlaubs-, Freizeit- und sogar Lebensgestaltung eingeschränkt, da Arbeitsverhältnisse in diesen Ländern nicht aufrechterhalten werden können. Dieser Einschnitt der Lebensqualität ist zum momentanen Zeitpunkt unumstößlich. Es werden zunehmend kleine Fortschritte erzielt, so ist seit 2010 das Einreiseverbot in die USA für HIV-positive Touristen aufgehoben. Eine uneingeschränkte Reisefreiheit für HIV-Infizierte ist jedoch auch in den kommenden Jahren nicht in Sicht.¹⁹⁰

¹⁸⁷ Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2013), S. 106

¹⁸⁸ Vgl. Hartl, H.; Vielhaber, B. (2010), S. 11 ff.

¹⁸⁹ o.V. (2013b)

¹⁹⁰ Vgl. Wiessner, P.; Lemmen, K. (2010), S. 6 ff.

Um sich über derartige Nachteile, Einschränkungen und anderweitige Erfahrungen austauschen zu können, gibt es Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland. Eine Befragung von Selbsthilfegruppen ergab, dass 78 % der Teilnehmer eine bessere Krankheitsbewältigung aufweisen, zu 72 % eine größere Gesamtzufriedenheit und zu 56 % bessere private Beziehungen bestehen.¹⁹¹ Der Austausch mit anderen Betroffenen dient einer stabilen Psyche. Offene Fragen über bürokratische Dinge, Behördengänge, medizinische Erfahrungen und Alltagsprobleme können geklärt werden. Daher sollte ein bundesweiter Ansprechpartner in der Informationsbroschüre enthalten sein. Als Kooperationspartner der Deutschen AIDS-Stiftung bietet das „Netzwerk plus“ neben der Selbsthilfe auch die Möglichkeit, ihre gesellschaftlichen Interessen als HIV-Infizierte selbst zu vertreten um beispielsweise gegen Diskriminierung vorzugehen. Es werden auch regelmäßige Treffen und Schulungen angeboten, bei denen wichtige Themen wie die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und im Alter angesprochen werden. Hier sollte sowohl der Internetauftritt¹⁹² als auch die Telefonnummer angegeben sein. Auf individuelle Anfrage können auch die Case Manager geeignete Selbsthilfegruppen in der Umgebung des Versicherten herausuchen und die Kontaktdaten zusenden.

Als letzter Informationspunkt bleibt noch die in Abschnitt 7.2. bereits erwähnte private Pflegeberatung COMPASS. Hier sollten ebenfalls die Kontaktdaten und eine kurze Leistungsbeschreibung enthalten sein, um für Fragen rund um die Pflegebedürftigkeit einen kompetenten Ansprechpartner aufzuzeigen.

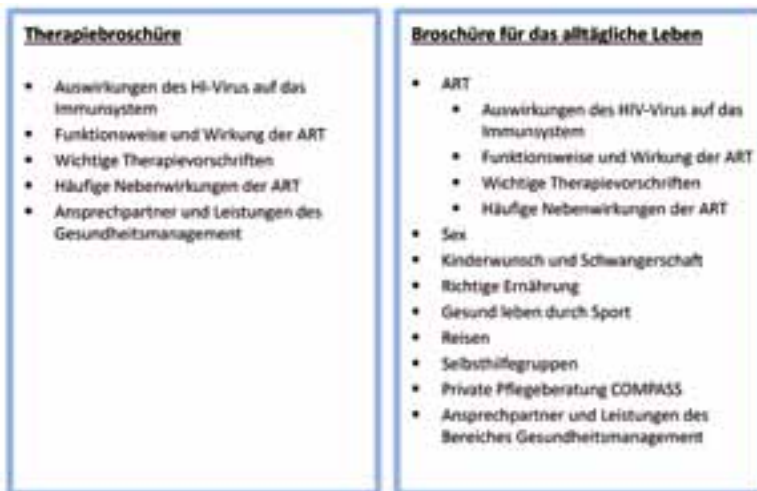


Abbildung 21: Inhalte der Informationsbroschüren über HIV¹⁹³

¹⁹¹ Vgl. Herkommer, H. (2000), S. 167

¹⁹² Der Internetauftritt des „Netzwerk plus“ findet sich unter <http://netzwerkplus.ahnrw.de>

¹⁹³ Eigene Darstellung

Ziel dieser Informationsbroschüren ist es, ein grundsätzliches Problembewusstsein zu fördern und ausreichend Informationen für den Infizierten selbst, aber auch für dessen Angehörige zur Verfügung zu stellen, um die psychosoziale Situation zu verbessern.

7.4. Kosten und Nutzen

Durch das CM entstehen verschiedenartige **Kosten**, die im Folgenden auf Grundlage der Tabelle 4 dargestellt werden. Im Bereich der ART entstehen dadurch Kosten, dass diejenigen, die der Gruppe 2 und 3 angehören und somit bisher noch keine ART in Anspruch nehmen, auf die Notwendigkeit einer ART hingewiesen werden und die Empfehlung erhalten, einen Schwerpunktarzt aufzusuchen. Wie in Abschnitt 6.2. bereits dargestellt ist, gibt es derzeit im Bestand der HALLESCHE 14 HIV-Infizierte, die keine ART durchführen. Wird nun davon ausgegangen, dass ein Kombinationspräparat verabreicht wird, so liegen die Kosten je Verordnung bei etwa 3.000 €¹⁹⁴ pro Quartal. Auf ein Jahr gerechnet bedeutet dies, dass 12.000 € je Versichertem anfallen, was in Summe für die 14 Infizierten 168.000 € ergibt. Diese Kosten wären in erster Linie unmittelbar auf das CM zurückzuführen, würden aber früher oder später auch ohne CM unvermeidlich anfallen. Daher sind sie für die nachfolgenden Betrachtungen zu vernachlässigen.

Wird die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der antiretroviralen Mittel zukünftig auf die Case Manager übertragen und je Fall eine Bearbeitungszeit von etwa 30 Minuten angesetzt, so entstehen bei einem durchschnittlichen Stundenlohn von etwa 20 € Personalkosten in Höhe von etwa 10 € je Fall. Wird davon ausgegangen, dass alle 200¹⁹⁵ Fälle geprüft werden sollen, so fällt eine Arbeitszeit von 100¹⁹⁶ Stunden an. Folglich werden einmalig Kosten in Höhe von circa 2.000¹⁹⁷ € fällig. In den letzten Jahren wurden durchschnittlich 15¹⁹⁸ Neuinfektionen jährlich diagnostiziert. Daraus ergeben sich zusätzlich jährliche Kosten in Höhe von 150¹⁹⁹ €.

Außerdem fallen bei der Analyse der Infizierten bezüglich des Schwerpunktartzes Personalkosten an. Soll lediglich bestimmt werden, ob ein Schwerpunktarzt die Betreuung übernommen hat, ist je Versichertem eine Zeit von 30 Minuten zu berechnen. Somit sind hierfür bei 200²⁰⁰ Infizierten mit Personalkosten in Höhe von 2.000²⁰¹ € einmalig fällig. In den Folgejahren werden, analog zu der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit, etwa 150²⁰² € anfallen.

¹⁹⁴ Siehe Anlage 13

¹⁹⁵ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

¹⁹⁶ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

¹⁹⁷ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

¹⁹⁸ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

¹⁹⁹ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

²⁰⁰ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

²⁰¹ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

²⁰² Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

Zusätzlich zu diesen beiden spezifischen Aufgaben verursacht die kontinuierliche Analyse der Arztbesuche und Therapietreue einen hohen Zeitaufwand. Werden vierteljährlich alle drei Gruppen ausgewertet, wird für die Generierung der Daten der Bereich ZLG-FO und für die Analyse der Daten der Bereich GT benötigt. Für ZLG-FO ist somit viermal jährlich mit einem Zeitaufwand von einer Stunde²⁰³ und für GT mit einem Aufwand von fünf Stunden zu rechnen. Dadurch entstehen jährlich Kosten in Höhe von 85 € durch ZLG-FO und 400 € durch GT.

Neben den Personalkosten entstehen zusätzlich Sachkosten. Darunter zählen zum einen die Kosten für die Anschreiben zu Beginn des CM. Einmalig kann hierbei mit 172 € gerechnet werden. Durch die jährlichen Neuinfektionen und unterjährigen Kontakte zu Versicherten kann von 50 zusätzlichen Schriftkontakten ausgegangen werden, die wiederum Kosten in Höhe von 29 € verursachen.²⁰⁴ Da die Informationsbroschüren von Dienstleistern erstellt werden, fallen bei einer Abnahmemenge von 3.000 Exemplaren etwa 10.500 € an. Somit entstehen zu Beginn des CM durch die beiden Broschüren Beschaffungskosten in Höhe von 21.000 € exklusive 500 € Kosten für Satz und Bildrechte.²⁰⁵ Des Weiteren fallen 267 € für deren Versand an. Jährlich werden für diesen Zweck 23 € ausgegeben.

Diese verhältnismäßig hohe Abnahmemenge ist gerechtfertigt, wenn diese Broschüren auch im Internet auf der Homepage der HALLESCHER zur kostenlosen Bestellung für die Versicherten angeboten werden. Es gibt bereits eine Seite, auf der verschiedene Broschüren über Gesundheitsthemen, wie beispielsweise Allergien, Laborwerte, Diabetes und Rückenbeschwerden, kostenlos angeboten werden.²⁰⁶ Für Interessierte stellen diese Broschüren eine qualitätsgesicherte Informationsquelle dar.

Zusätzliche Kosten in Höhe von 9²⁰⁷ € werden durch einen Medikamentendosierer verursacht. Einmalig werden davon 200²⁰⁸ Stück benötigt und zukünftig aufgrund der Neuinfektionen etwa 15²⁰⁹ jährlich.

Bei den Personalkosten ist der Arbeitgeberanteil ebenfalls mit einzuberechnen. Dieser beläuft sich im Jahr 2013 auf insgesamt 19,775 %. Zukünftige Gehaltssteigerungen werden nicht berücksichtigt.²¹⁰

²⁰³ Vgl. Meier, Horst: Fachbereichsorganisator ZLG-FO, HALLESCHER KVaG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 08.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

²⁰⁴ Vgl. Keller, Martin: Gruppenleiter Dokumentenmanagement Hausdruckerei, HALLESCHER KVaG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 08.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

²⁰⁵ Vgl. Kunz, Gabriela: Referentin Marketing Markenmanagement, HALLESCHER KVaG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 10.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

²⁰⁶ Diese Broschüren finden sich unter www.hallesche.de/ihre-gesundheit/broschuren-mehr.htm

²⁰⁷ Vgl. Fuchs, Hans: Angebot über Medikamentendosierer der Firma hans-h. hasbargen GmbH & Co.KG, schriftliches Angebot vom 08.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

²⁰⁸ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

²⁰⁹ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

²¹⁰ Vgl. Licht, Sandra: Personalsachbearbeiterin Personal und Soziales, HALLESCHER KVaG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 08.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

Gemeinkosten wie Telefon, Raum, Strom, Miete etc. werden nicht in die Betrachtung einbezogen, da sie ohnehin anfallen und lediglich eine Umverteilung auf die Kostenstellen erfolgt. Der Bereich Controlling gibt einen Gemeinkostensatz von etwa 20 % an. Dieser ist jedoch pauschal gehalten und laut Angaben des Referenten Herrn Thomas werden beispielsweise Unterschiede zwischen neuen Möbeln und bereits abgedruckten Möbeln nicht berücksichtigt. Daher ist diese Prozentangabe sehr ungenau. Eine genaue Aufschlüsselung liegt dem Bereich Controlling bisher nicht vor und müsste für jede Abteilung noch durchgeführt werden.²¹¹ Diese detaillierte Betrachtung der Gemeinkosten würde jedoch nicht in den für diese Bachelorarbeit gewählten Rahmen passen.

Demzufolge werden lediglich die direkten Kosten ermittelt, die aufgrund des CM anfallen.

Kosten		Sachkosten	Personalkosten
ART	einmalig	(168.000 €)	
	jährlich		
Prüfung der medizinischen Notwendigkeit	einmalig		2.000 €
	jährlich		150 €
Schwerpunktarzt	einmalig		2.000 €
	jährlich		150 €
Kontinuierliche Analyse der Therapietreue	einmalig		
	jährlich		(400 € + 85 €) 485 €
Schriftverkehr	einmalig	172 €	
	jährlich	29 €	
Informationsbroschüren	einmalig	(21.000 € + 500 € + 267 €) 21.767 €	
	jährlich	23 €	
Medikamentendosierer	einmalig	1.800 €	
	jährlich	135 €	
Lohnnebenkosten	einmalig		791 €
	jährlich		155 €

Tabelle 6: Anfallende Kosten durch CM²¹²

²¹¹ Vgl. Thomas, Marco: Referent Controlling, HALLESCHKE KVAG, Stuttgart, telefonisches Gespräch am 16.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

²¹² Eigene Darstellung. Aufgrund des Datenschutzes wurden die Kennzahlen verändert.

Im Gegensatz zu den Kosten ist der **Nutzen** zum Großteil nicht bzw. noch nicht quantifizierbar. Durch regelmäßige Therapiekontrollen, Förderung der Therapietreue und Unterstützungsmaßnahmen in verschiedenen Bereichen wird der Therapieerfolg maximiert. Dadurch werden langfristig Komorbiditäten vermieden oder zumindest hinausgezögert. Diese eingesparten Folgekosten sind noch nicht quantifizierbar, da zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesagt werden kann, welche Krankheiten dadurch vermieden werden bzw. welche Begleiterkrankungen ohne das CM entstanden wären.

Mithilfe eines kontinuierlichen Monitorings ist es möglich, nach einigen Jahren eine Entwicklung der Kosten aufzuzeigen. Durch diese Entwicklung lässt sich dann ermitteln, welchen Mehrwert das CM im Bezug auf die Krankheitskosten hat.

Ein weiterer, nicht quantifizierbarer Nutzen ist der Zugewinn an Lebensqualität für die Versicherten. Durch die Unterstützungsmaßnahmen in Form von Informationen, Ansprechpartnern, hilfreichen Tipps für das alltägliche Leben und der Begleitung der Therapien wird den Infizierten der Umgang mit ihrer Krankheit erleichtert und der Alltag kann besser gestaltet werden. Eine zusätzliche Unterstützung kann mehr Sicherheit geben und durch die optimale medizinische Betreuung können schmerzfreie und weitgehend symptomfreie Lebensjahre gewonnen werden. Durch diesen Zugewinn an Lebensqualität und -quantität ziehen die HIV-infizierten Versicherten der HALLESCHER einen großen Mehrwert aus dem CM.

Zum Zeitpunkt der Einführung betrifft der einzige quantifizierbare Nutzen die Einsparung der Beratungsärzte. Dadurch, dass die Bewertungen der Beratungsärzte von den Case Managern übernommen werden können, werden Kosten reduziert. Wird davon ausgegangen, dass die medizinischen Beurteilungen vor allem von Fachärzten mit mehreren Jahren Berufserfahrung durchgeführt werden²¹³, wird laut Angaben des Marburger Bundes mit einem Brutto-Monatsgehalt der Ärzte basierend auf einer 40-Stunden-Woche von 5.685 € gerechnet.²¹⁴ So werden durch die Differenzen der Stundenlöhne zwischen Beratungsärzten und Case Managern Kosten zu Beginn des CM in Höhe von 1.553²¹⁵ € und durch die Neuinfektionen jährliche Kosten in Höhe von 116²¹⁶ € eingespart.

Nutzen		Eingesparte Sachkosten	Eingesparte Personalkosten
Krankheitskosten		Nicht quantifizierbar	
Beratungsarzt	einmalig		1.553 €
	jährlich		116 €

Tabelle 7: Gewonnener Nutzen durch CM²¹⁷

²¹³ Vgl. Rudolph, Linda: Bereichsleiterin Leistung Gesundheitsmanagement, HALLESCHER KVaG, Stuttgart, persönliches Gespräch am 04.04.2013. Aufgrund des Datenschutzes wurde der Name verändert.

²¹⁴ Vgl. o.V. (2009), S. 11

²¹⁵ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

²¹⁶ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

²¹⁷ Eigene Darstellung. Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

8. Fazit

Wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wird, ist HIV auch heute noch eine ernst zu nehmende Krankheit, die viele Komorbiditäten, Einschränkungen und teilweise auch Vorurteile mit sich bringt. Entgegen der aufsehenerregenden Meldung amerikanischer Ärzte, die die funktionelle Heilung eines HIV-infizierten Neugeborenen beinhaltet, ist eine Eliminierung der HI-Viren bislang nicht möglich.²¹⁸ Zwar werden kontinuierlich Fortschritte in der Forschung erzielt, die Heilung von HIV ist jedoch bis heute noch nicht realisierbar. Durch eine aufwändige Therapie kann die Lebensqualität und auch -quantität verbessert werden, sodass HIV immer mehr zu einer chronischen Erkrankung wird. Dies hat zur Folge, dass die Kosten für die Versicherungen über einen längeren Zeitraum anfallen und daher eine HIV-Infektion immer teurer wird. Die Komplexität der Therapie und die hohen Anforderungen an die Infizierten erfordern eine hohe Compliance.

Je höher die Compliancerate, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit des Therapieversagens. Eine Studie zeigt, dass eine Compliancerate von 95 % erforderlich ist, um eine maximale Suppression der Viruslast zu erzeugen.²¹⁹ Dabei ist kritisch anzumerken, dass die Messung der Compliance schwierig ist. Sie kann durch das Zählen der Medikamente bestimmt werden. Dabei kann jedoch nicht nachvollzogen werden, ob die Medikamente auch zum richtigen Zeitpunkt eingenommen wurden. Die Messung durch Fragebögen birgt den Nachteil, dass diese anonym erfolgen müssen, um wahrheitsgemäße Antworten zu erhalten und die Infizierten keine sozial erwünschten Angaben liefern, um nicht negativ aufzufallen.²²⁰ Auch ist die Skala nicht genau nachvollziehbar. Unter 100-prozentiger Compliance kann die absolute Befolgung ärztlicher Anweisungen verstanden werden. Es ist jedoch fraglich, durch welche Indikatoren die Abstufungen vorgenommen werden und wie genau den jeweiligen Angaben konkrete Prozentwerte zugeordnet werden können. Des Weiteren wird hier davon ausgegangen, dass die Befolgung der Anweisungen des Arztes der einzige Weg für einen maximalen Therapieerfolg ist. Es wird aber nicht in Frage gestellt, ob die Anweisungen des Arztes tatsächlich optimal und individuell auf den Patienten abgestimmt sind.

Dennoch ist eine engagierte und verlässliche Therapietreue und Beteiligung des Infizierten unerlässlich. CM kann durch verschiedene Tätigkeiten dazu beitragen, dieses Engagement zu unterstützen und zu fördern. Risikofaktoren für schlechte Compliance, wie beispielsweise Zweifel an der Wirksamkeit der Therapie²²¹, werden durch die in Kapitel 7 aufgezählten Maßnahmen

²¹⁸ Vgl. Zylka-Menhorn, V.; Meyer, R. (2013), S. 505

²¹⁹ Vgl. Paterson, D. L. et al., Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection, *Ann Intern Med* 2000, S. 21-30. Zitiert nach: Plettenberg, A.; Stoehr, A. (2004), S. 105

²²⁰ Vgl. Plettenberg, A.; Stoehr, A. (2004), S. 106

²²¹ Vgl. Plettenberg, A.; Stoehr, A. (2004), S. 107

angegangen. Die Einstellung zur Therapie wird verbessert, indem zahlreiche Informationen über die Wirkungsweise der Arzneimittel zur Verfügung gestellt und auch Selbsthilfegruppen vorgeschlagen werden. Durch die anderweitigen Informationen wird der Kenntnisstand des HIV-Infizierten verbessert. Er ist dadurch in der Lage, sein Leben autonomer und gesundheitsbewusster zu gestalten. Durch das Angebot und die Möglichkeit eines nahegelegenen Schwerpunktarztes wird dem Versicherten die Integration der Therapie in den Alltag erleichtert. Der Medikamentendosierer trägt ebenfalls seinen Teil dazu bei, den Alltag und Therapieablauf zu vereinfachen.

Die Informationsbroschüren führen dazu, dass der Versicherte in seiner Autonomie gestärkt wird. Er hat Kenntnis von Therapiemöglichkeiten und kann den Arzt auf Alternativen ansprechen, die sich besser in seinen Tagesablauf integrieren lassen. Liegen beispielsweise Umstände vor, durch die eine Arzneimitteleinnahme zweimal täglich nicht mehr möglich ist, kann er den Schwerpunktarzt nach einem Medikament fragen, das lediglich einmal eingenommen werden muss. Die Verwirklichung und Stärkung der Patientensouveränität ist ein wichtiger Aspekt des CM.

Der zeitliche Aufwand, den dieses CM verursacht, kann durch das bestehende Personal abgedeckt werden. Folglich ist es nicht notwendig, neue Mitarbeiter als Case Manager einzustellen. Kritikpunkte, die gegen ein CM durch Versicherungen sprechen, treffen bei der HALLESCHE nicht zu. Zum einen führen häufig Kausalitätsdiskussionen der Kostenträger nach Unfällen zu Schwierigkeiten und ein objektives CM wird schwierig. Im Falle von HIV ist jedoch die Krankenversicherung der zuständige Kostenträger, sodass dieser Kritikpunkt nicht auf dieses CM übertragen werden kann.

Zum anderen ist das Interesse von Versicherungen an einer optimalen Behandlung teilweise zeitlich beschränkt. So sind Krankentagegeldversicherungen nur für einen begrenzten Zeitraum Kostenträger und daher nicht an einer langfristigen Lösung interessiert.²²² Da das CM jedoch nur auf Vollversicherte abzielt, die gegebenenfalls zusätzlich eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, steht eine langfristige, optimale Betreuung im Vordergrund.

Das CM ist als Ansprechpartner und Vermittler tätig. So werden alternative Ärzte und Selbsthilfegruppen vorgeschlagen sowie spezifische Wünsche der Versicherten beachtet. Die fachliche Qualifizierung der Case Manager gewährleistet eine kompetente Beratung und Steuerung in Einzelfällen.

Die Bewertung des CM fällt in der Literatur jedoch nicht immer positiv aus. So wird dem CM vorgeworfen, dass es „...rentabel [ist], aber immer nur für die jeweilige Interessengruppe und kurzfristig.“²²³ Es sei nur für eine bestimmte Zielgruppe zugänglich und könne die Finanze-

²²² Vgl. Schmidt, H.; Kessler, S. (2011), S. 189

²²³ Weber-Halter, E. (2011), S. 64

rungslücken im Gesundheitswesen auch langfristig nicht schließen. Außerdem wird kritisiert, dass trotz CM keine Kostensenkungen erreicht wurden, sondern weiterhin Kostensteigerungen vorliegen.²²⁴

Diesen Aussagen ist jedoch zu entgegnen, dass CM auf bestimmte Zielgruppen speziell zugeschnitten sein muss. Ohne die Beschränkung auf Zielgruppen kann kein optimal ausgerichtetes CM stattfinden. Im Fall des CM bei HIV-Infizierten der HALLESCHER ist die Zielgruppe durch die ICD-Codes definiert. Alle Versicherten, die diese Kriterien erfüllen, haben Zugang zu dieser Leistung und nur durch diese Selektion können die Maßnahmen optimal auf den Bedarf dieser Zielgruppe abgestimmt sein. Nur dadurch kann der Erfolg und Nutzen maximiert werden.

Die Kritik an den Kosteneinsparungen trifft in diesem Fall auf den ersten Blick zu. In Abschnitt 7.4. werden Kosten und Nutzen des CM dargestellt. Die Kosten für die antiretroviralen Medikamente, die zu Beginn des CM entstehen, werden vernachlässigt, da sie ohnehin früher oder später entstehen und damit nicht als Kosten des CM ausgelegt werden können.

	Kosten	Nutzen	Effekt
Einmalig	28.530 €	1.553 €	- 26.977 €
jährlich	1.127 €	116 €	- 1.011 €

Tabelle 8: Kosten-Nutzen-Effekt des CM²²⁵

Kurzfristig lassen sich bei dieser Betrachtung keine monetären Einsparungen feststellen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass durch die optimale Betreuung langfristig Folgekosten vermieden und dadurch Krankheitskosten reduziert werden können. Diese These kann nach einigen Jahren durch kontinuierliches Monitoring bezüglich ihrer Richtigkeit überprüft werden.

Außerdem ist anzumerken, dass im Jahr 2013 für vier antiretrovirale Medikamente die Patente ablaufen. Die Firma Hexal hat bereits einen Firmenbereich „HIV Hexal“ aufgebaut, um HIV-Generika produzieren zu können.²²⁶ Sobald solche Generika auf dem Markt sind, sollte erneut eine Analyse durchgeführt werden, die sowohl Rabattverträge als auch Kosteneinsparpotenziale beinhaltet.

„Mithilfe des Case Managements kann eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung unter Berücksichtigung der ökonomischen Aspekte organisiert werden.“²²⁷ Der primäre Vorteil liegt in der optimierten Versorgung der Versicherten und der Verbesserung der Lebensqualität durch

²²⁴ Vgl. Weber-Halter, E. (2011), S. 73

²²⁵ Eigene Darstellung. Aufgrund des Datenschutzes wurden diese Kennzahlen verändert.

²²⁶ Vgl. Schafberger, A. (2013)

²²⁷ Peer, S. (2012), S. 143

eine gute Steuerung. Auch wenn die ökonomischen Aspekte kurzfristig nicht im Mittelpunkt stehen, so können sie im Bereich HIV langfristig dennoch ein Einsparpotenzial aufweisen.

Damit ist CM im Bereich HIV bei der HALLESCHE zum derzeitigen Stand durchaus ein geeignetes Instrument, um die Zufriedenheit der Versicherten zu steigern und ihre Lebensqualität sowie -quantität zu verbessern. Ob das CM auch aus finanzieller Sicht große Vorteile mit sich bringt, ist anzunehmen, kann jedoch nicht mit Sicherheit gesagt werden. Es ist ohne Zweifel ein Ansatzpunkt, der es ermöglichen kann, durch langfristige Kosteneinsparungen die Beitragsstabilität zu gewährleisten. Die tatsächlich realisierbaren Einsparungen können aber erst nach mindestens zwei bis drei Jahren überprüft und hochgerechnet werden. Die Investition von etwa 28.000²²⁸ € ist jedoch auch dann gerechtfertigt, wenn kein großer monetärer Mehrwert gezogen werden kann - solange eine Verbesserung der Lebensqualität nachzuweisen ist. Dafür könnte man anhand eines standardisierten Fragebogens zu Beginn des CM und ein bis zwei Jahre danach die Lebensqualität messen und Veränderungen nachvollziehen.

²²⁸ Aufgrund des Datenschutzes wurde diese Kennzahl verändert.

A ANLAGENVERZEICHNIS UND ANLAGEN

Anlage 1:	ICD-10: HIV-Krankheit	214
Anlage 2:	Arzneimittelgruppen	216
Anlage 3:	Medikamentengruppen nach ATC-Code	217
Anlage 4:	Dachkampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“	219
Anlage 5:	AIDS-Fälle in Deutschland mit Sterberate Stand 2012	220
Anlage 6:	Alter zum Zeitpunkt der Diagnose (1993-2012)	221
Anlage 7:	Case Management-Regelkreis	222
Anlage 8:	Verlauf der anteiligen HIV-Neuinfektionen	223
Anlage 9:	Meldebogen des PKV-Verbandes 2011	224
Anlage 10:	Kosten HIV	225
Anlage 11:	PKV-Statistik Nr. 7 (AIDS-Statistik)	226
Anlage 12:	Kostenentwicklung ausgewählter Arzneimittel	229
Anlage 13:	BZgA-Kampagnen	230
Anlage 14:	HALLESCHE-Gesundheitsportal	232
Anlage 15:	Komorbiditäten der HIV-Erkrankung bei der HALLESCHE	233
Anlage 16:	Arzneimittel der untersuchten Regionen	234
Anlage 17:	Arztfrequenz eines HIV-Infizierten der HALLESCHE	235
Anlage 18:	Laboranalyse eines HIV-Infizierten	236

Anlage 1

ICD-10: HIV-Krankheit

Infektion	
Z20.6	Kontakt mit und Exposition gegenüber HIV [Humanes Immundefizienz-Virus]
R75	Laborhinweis auf Humanes Immundefizienz-Virus [HIV] d.h. unsicherer Nachweis nach nicht eindeutigem serologischem Test
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]
(B20-B24, außer B23.0 Akutes HIV-Infektionssyndrom)	
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] Exkl.: Akutes HIV-Infektionssyndrom (B23.0)
B21	Bösartige Neubildung infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] Inkl. Demenz Enzephalopathie Interstitielle lymphoide Pneumonie Kachexie-Syndrom Slim disease Wasting-Syndrom
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit (Persistierende) generalisierte Lymphadenopathie
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] AIDS-related complex [ARC] o.n.A. Erworbenes Immundefektsyndrom [AIDS] o.n.A.
O98.7	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert Krankheitszustände unter B20-B24

Anlage 1/2

Zusatzcodes für Stadieneinteilung der HIV-Infektion	
U60.-!	Klinische Kategorien der HIV-Krankheit Hinweis: Die Einteilung der klinischen Kategorien ist analog der international gebräuchlichen Klassifikation (1993) der CDC vorzunehmen.
U60.1!	Kategorie A Asymptomatische Infektion oder akuten HIV-Krankheit oder (persistierende) generalisierte Lymphadenopathie (PGL)
U60.2!	Kategorie B Symptomatische HIV-Krankheit, nicht Kategorie A oder C
U60.3!	Kategorie C Vorhandensein von AIDS-Indikatorkrankheiten (AIDS-definierende Erkrankungen)
U60.9!	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit nicht näher bezeichnet
U61.-!	Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit Hinweis: Die Einteilung nach der Anzahl der (CD4+) T-Helferzellen pro Mikroliter Blut ist analog der international gebräuchlichen Klassifikation (1993) der DCD vorzunehmen.
U61.1!	Kategorie 1 500 und mehr (CD4+) T-Helferzellen/Mikroliter Blut
U61.2!	Kategorie 2 200 bis 499 (CD4+) T-Helferzellen/Mikroliter Blut
U61.3!	Kategorie 3 Weniger als 200 (CD4+) T-Helferzellen/Mikroliter Blut
U61.9!	Anzahl der (CD4+) T-Helferzellen nicht näher bezeichnet

Tabelle 1: ICD-Codes für die HIV-Infektion²²⁹

²²⁹ Enthalten in: Zaiß, A. (Hrsg.) (2012), S. 93 f.

Anlage 2

Arzneimittelgruppen

Arzneimittelgruppe	Angriffspunkte im Replikationszyklus des HI-Virus	Substanz
Entry-Inhibitoren		
CCR5-Antagonisten	Blockieren die Interaktion zwischen humanem CCR5 und HIV-1 gp120, verhindern dadurch den Eintritt von CCR5-tropem HIV-1 in die Körperzellen	Maraviroc
Fusions-Inhibitoren	Hemmen die Fusion von HIV-1 mit CD4+-Zellen, verhindern dadurch das Eindringen des Virus in die Wirtszelle	Enfuvirtid
Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (RTI)	Hemmen das virale Enzym Reverse Transkriptase, blockieren dadurch die für die Virusreplikation notwendige Umschreibung der viralen RNA in DNA	
Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI)	Wirkstoff wird zuerst durch intrazelluläre Phospholierung aktiviert und anschließend als falscher Baustein in die DNA eingebaut; dadurch kommt es zum Kettenabbruch und einer Hemmung der DANN-Synthese	Abacavir, Didanosin, Emtricitabin, Lamivudin, Stavudin, Zidovudin, Tenofovir
Nicht-nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI)	Brauchen keine Aktivierung, binden in Nähe der Substratbindungsstelle für Nukleoside an das Enzym und hemmen so seine Funktion	Efavirenz, Etravirin, Nevirapin
Integrase-Hemmer	Hemmen die katalytische Aktivität der HIV-Integrase und verhindern damit die Integration des HIV-Genoms in das Wirtszellgenom	Raltegravir
Protease-Hemmer	Hemmen die HIV-Protease, dadurch wird das gag-pol-Polypeptid nicht mehr verarbeitet und es entstehen HIV-Partikel mit unreifer Morphologie, die nicht in der Lage sind, einen neuen Infektionskreislauf in Gang zu setzen	Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Indinavir, Lopinavir, Nelfinavir, Saquinavir, Tipranavir, Ritonavir

Tabelle 2: Verschiedene Arzneimittelgruppen für die ART²³⁰

²³⁰ In Anlehnung an: Dörner, T. et al. (2010), S. 890

Anlage 3

Medikamentengruppen nach ATC-Code

2.1 ATC-Index mit DDD-Angaben, sortiert nach ATC-Code - Amtliche Deutsche Fassung 2011		
ATCCODE	BEDEUTUNG	DDD-INFO
J05	Antivirale Mittel zur systematischen Anwendung	
J05A	Direkt wirkende antivirale Mittel	
J05AE	Proteasehemmer	
J05AE01	Saquinavir	2 g 0
J05AE02	Indinavir	2,4 g 0
J05AE03	Ritonavir	1,2 g 0
J05AE04	Nelfinavir	2,25 g 0
J05AE05	Amprenavir	1,2 g 0
J05AE06	Lopinavir	0,8 g 0
J05AE07	Fosamprenavir	1,4 g 0
J05AE08	Atazanavir	0,3 g 0
J05AE09	Tipranavir	1 g 0; 0,64 g 0 Kinder DDD
J05AE10	Darunavir	1,2 g 0
J05AF	Nukleosidale und nukleotidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase	
J05AF01	Zidovudin	0,6 g 0,P
J05AF02	Didanosin	0,4 g 0
J05AF03	Zakitabin	2,25 mg 0
J05AF04	Stavudin	80 mg 0
J05AF05	Lamivudin	0,3 g 0
J05AF06	Abacavir	0,6 g 0P
J05AF07	Tenofovir disoproxil	0,245 g 0
J05AF08	Adefovir dipivoxil	10 mg 0
J05AF09	Emtricitabin	0,2 g 0
J05AF10	Entecavir	0,5 mg 0
J05AF11	Telbivudin	0,6 g 0
J05AF12	Clevudin	30 mg 0

J05AG	Nicht-Nukleosidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase	
J05AG01	Nevirapin	0,4 g O
J05AG02	Delavirdin	
J05AG03	Efavirenz	0,6 g O
J05AG04	Etravirin	0,4 g O
J05AH	Neuraminidasehemmer	
J05AH01	Zanamivir	20 mg Inhal.pulver zur Therapie
J05AH02	Oseltamivir	0,15 g O
J05AR	Antivirale Mittel zur Behandlung von HIV-Infektionen, Kombinationen	
J05AR01	Zidovudin und Lamivudin	
J05AR02	Lamivudin und Abacavir	
J05AR03	Tenofovir disoproxil und Emtricitabin	
J05AR04	Zidovudin, Lamivudin und Abacavir	
J05AR05	Zidovudin, Lamivudin und Nevirapin	
J05AR06	Emtricitabin, Tenofovir disoproxil und Efavirenz	
J05AR07	Stavudin, Lamivudin und Nevirapin	

Tabelle 3: Aufteilung der antiviralen Mittel in Medikamentengruppen²³¹

²³¹ In Anlehnung an: DIMDI (Hrsg.) (2011), S. 95 f.

Anlage 4

Dachkampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“



Abbildung 1: Ziele und Ebenen der Kampagne²³²

²³² In Anlehnung an: BZgA (Hrsg.) (2008), S. 21

Anlage 5

AIDS-Fälle in Deutschland

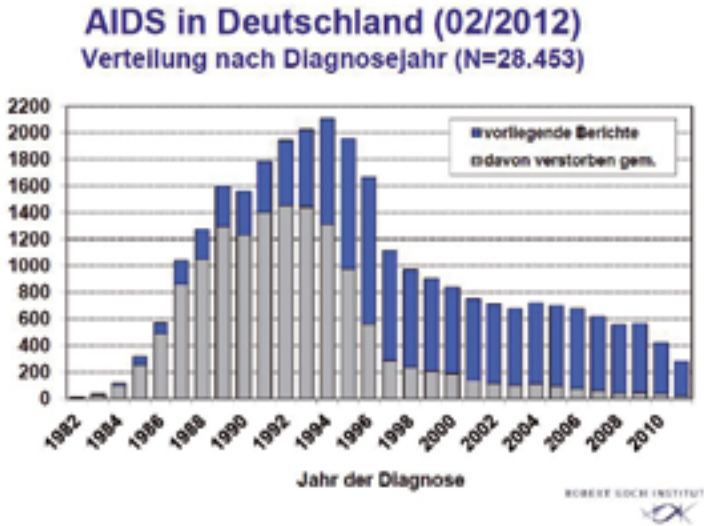


Abbildung 2: Anzahl der AIDS-Fälle in Deutschland mit dem Anteil der bis 2012 bereits Verstorbenen²³³

²³³ Enthalten in: RKI (Hrsg.) (2012c)

Anlage 6

Alter zum Zeitpunkt der Diagnose (1993–2012)

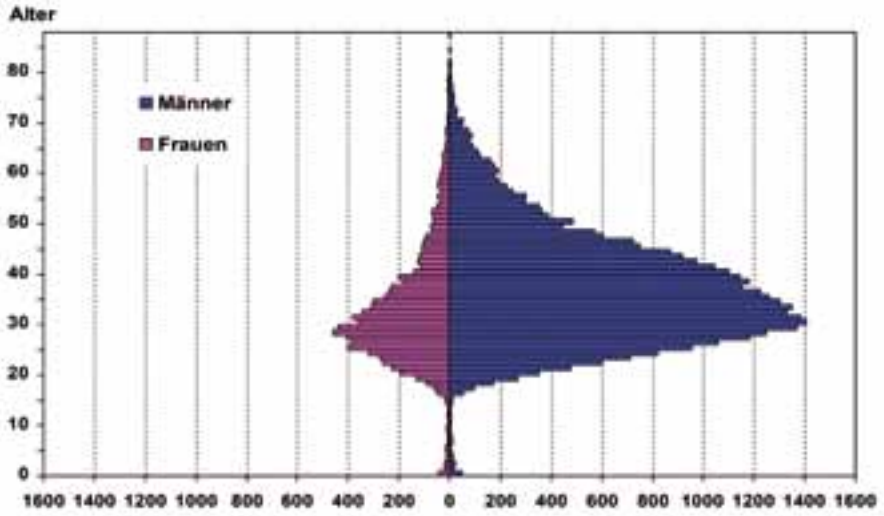


Abbildung 3: Verteilung der Neudiagnosen auf Geschlecht und Alter²³⁴

²³⁴ Enthalten in: RKI (Hrsg.) (2012c)

Anlage 7

Case Management-Regelkreis



Abbildung 4: Ablauf des CM anhand des CM-Regelkreises ²³⁵

²³⁵ In Anlehnung an: Ewers, M. (2005), S. 73

Anlage 8

Verlauf der anteiligen HIV-Neuinfektionen

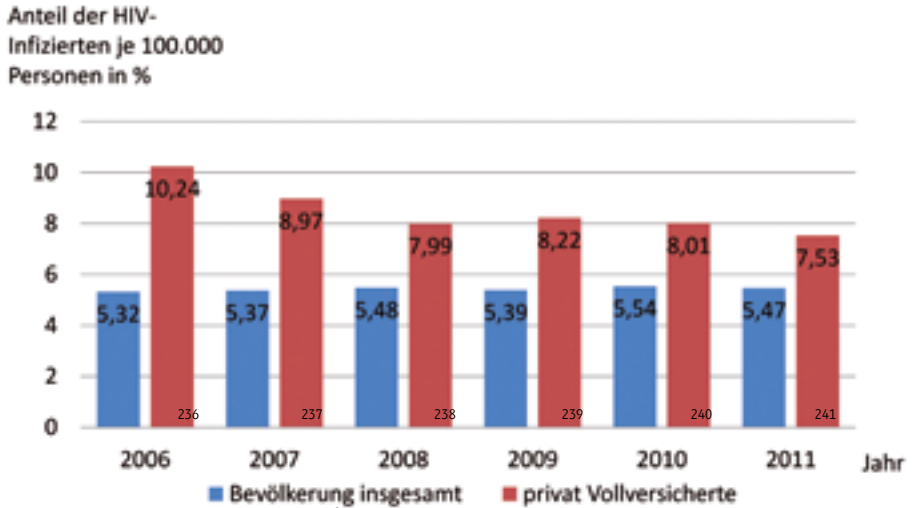


Abbildung 5: Entwicklung der HIV-Neuinfektionen im Verhältnis zum jeweiligen Versichertenbestand

²³⁶ Eigene Darstellung, Datenquelle PKV-Verband (Hrsg.) (2007), S.85

²³⁷ Eigene Darstellung, Datenquelle PKV-Verband (Hrsg.) (2008b), S. 85

²³⁸ Eigene Darstellung, Datenquelle PKV-Verband (Hrsg.) (2009), S. 87

²³⁹ Eigene Darstellung, Datenquelle PKV-Verband (Hrsg.) (2010), S. 87

²⁴⁰ Eigene Darstellung, Datenquelle PKV-Verband (Hrsg.) (2011b), S. 87

²⁴¹ Eigene Darstellung, Datenquelle PKV-Verband (Hrsg.) (2012b), S. 87

Anlage 9

Meldebogen des PKV-Verbandes 2011

PKV-Statistik Nr. 7 / Version 4
Zählung der HIV-Infizierten (AIDS-Statistik)

Unternehmen: _____

Seite: (I) Berichtsjahr: _____ (II) Seiten-Nr.: _____

A) Krankheitskostenversicherung

Anzahl der versicherten Personen, deren HIV-Infektion im SZ bekannt wurde

(a)

Anzahl der im SZ gestorbenen Personen, deren HIV-Infektion bekannt war

(b)

Sonstige Abgänge (Anzahl) HIV-Infizierte im SZ

(c)

Anzahl der HIV-Infizierten im Bestand am Ende des SZ

(d)

Alle HIV-Infizierten Vollversicherungswahlberechtigten im SZ

(e) Krankheitskosten (Pflichtbeiträge)

(f) Leistungen (z.B. Pflegeheimversicherung)

(g) Krankentagegeld

(h) Krankentagegeld

(i) sonstige Kosten (Pflichtbeiträge)

B) Zusatzversicherung (nicht vollvers. Personen)

Anzahl der nicht vollversicherten HIV-Infizierten im Bestand am Ende des SZ

(a)

Alle HIV-Infizierten Zusatzversicherungswahlberechtigten im SZ

Gesamtbeitrag (Pflichtbeiträge)

Abbildung 6: Meldebogen des PKV-Verbandes für die RKI-Auswertungen²⁴²

²⁴² Enthalten in: Pomorin, N.; Wasem, J. (2008), S. 10

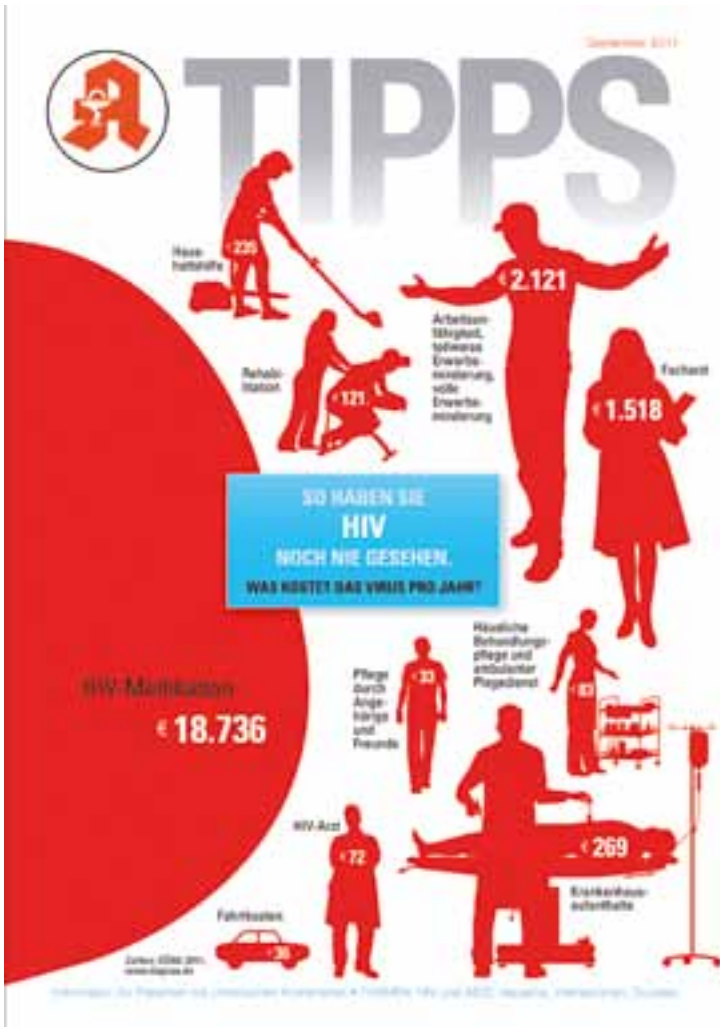


Abbildung 7: Aufschlüsselung der Kosten einer HIV-Infektion²⁴³

²⁴³ Enthalten in: o.V. (2011a)

Anlage 11

PKV-Statistik Nr. 7 (AIDS-Statistik)

Geschäftsführung

Hilfenstraße 10, Postfach 51 10 40, 50668 Köln

An die Vorstände
der Mitgliedsunternehmen

PKV-Statistik Nr. 7 (AIDS-Statistik)
Nier: Auswertung für das Jahr 2011

Sehr geehrte Damen und Herren,

beiliegend erhalten Sie die Auswertung der PKV-AIDS-Statistik für das Jahr 2011
zusammen mit der Zeitreihe der Privatversicherten, deren HIV-Infektion bekannt wurde.

Mit freundlichen Grüßen

Holger Eich
Abteilungsleiter

Anlagen



**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Postfach 51 10 40
50668 Köln
Güter-Heinemann-Ufer 74 2
50668 Köln
Telefon: (0221) 86 87-35 10
Telefax: (0221) 86 87-35 11
E-Mail: statistik@pkv.de

22. Juni 2012

4807 6146

PKV-Etatik/VS
KD-20022.1

Abbildung 8: Anschreiben des PKV-Verbandes an die Vorstände der Mitgliedsunternehmen

PKV-Statistik Nr. 7 / Version 2 Az.: 400/7
Zählung der HIV-Infizierten (AIDS-Statistik)

(9) Anzahl MU Marktanteil
 (10) Berichtszeitraum Stand

A) Krankheitskostenvollversicherung

Anzahl der vollversicherten Personen,
 (2) deren HIV-Infektion im BZ bekannt wurde
 Anzahl der im BZ gestorbenen
 (3) Personen, deren HIV-Infektion bekannt war
 (4) Sonstige Abgänge (Anzahl) HIV-Infizierter im BZ
 Anzahl der HIV-Infizierten im Bestand
 (5) am Ende des BZ

Diese Personen verursachten im BZ:

	gesamt:	je Versicherten:
(6) Krankheitskosten (Rechnungsbeträge)	133.889.515,37	17.004,00
(7) Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung	12.708.042,04	1.613,92
(8) Krankentagegeld	2.661.768,51	338,05
(9) Krankenhaustagegeld	424.984,57	53,97
(10) Sonstige Kosten (Rechnungsbeträge)	1.505.279,81	191,17
Insgesamt:	151.189.590,35	19.201,12

B) Zusatzversicherung (nicht vollversicherte Personen)

Anzahl der nicht vollversicherten HIV-Infizierten
 im Bestand am Ende des BZ
 Alle HIV-Infizierten Zusatzversicherten verursachten im BZ
 Gesamtleistung (Rechnungsbeträge)

Abbildung 9: Detaillierte Darstellung der Daten für das Berichtsjahr 2011

Stand: 22. Juni 2012

Zeitreihe der Privatversicherten, deren HIV-Infektionen bekannt wurde

Zeitraum	Vollversicherte Personen							nicht vollversicherte Personen	
	Anzahl Verstorbene	Sonstige Abgänge	Anzahl der HIV-Infizierten im Bestand am Ende des BZ	Dieses verursachten im BZ je Versicherten:			Gesamt	Anzahl der HIV-Infizierten im Bestand am Ende des BZ	Gesamtleistungen
				Krankheitskosten:	Pflichtversicherer:	Sonstiges			
1.1.2003 - 31.12.2003	80	46	3.710	18.960,51	199,34	735,41	19.894,27	891	1.554.805,53
1.1.2004 - 31.12.2004	669	65	4.140	16.568,51	107,76	692,47	17.368,73	798	1.239.969,41
1.1.2005 - 31.12.2005	687	96	4.680	15.839,56	134,19	621,12	16.594,88	869	1.179.835,33
1.1.2006 - 31.12.2006	737	125	5.224	15.473,65	93,34	604,87	16.171,86	957	2.749.378,26
1.1.2007 - 31.12.2007	769	196	5.736	17.627,46	128,06	614,38	18.370,80	944	2.277.473,14
1.1.2008 - 31.12.2008	694	104	6.151	17.392,04	107,66	629,10	18.128,80	1.050	1.378.862,83
1.1.2009 - 31.12.2009	730	89	6.721	17.197,29	105,05	606,41	17.908,75	1.136	4.277.453,88
1.1.2010 - 31.12.2010	718	158	7.201	17.460,25	89,71	509,71	18.059,67	1.242	8.804.692,09
1.1.2011 - 31.12.2011	673	71	7.624	17.004,00	1.613,92	583,19	19.201,12	1.012	8.514.305,35

* umgängliche Abreiter durch ein mehrmaliges Umpflegen

Abbildung 10: Zeitreihe der Daten für die vorangegangenen Jahre²⁴⁴

²⁴⁴ Enthalten in: Eich, H. (2012)

Anlage 12

Kostenentwicklung ausgewählter Arzneimittel

Arzneimittel	2010	2012
Truvada 3 x 30 Filmtabl. (N3)	2.495,42 €	2.454,36 €
Atripla 3 x 30 Filmtabl. (N3)	3.795,58 €	3.754,52 €
Prezista 480 Filmtabl.	1.309,93 €	1.275,82 €
Kivexa 3 x 30 Filmtabl. (N3)	2.215,60 €	2.174,55 €
Kaletra 120 Filmtabl. (N2)	883,55 €	860,92 €
Norvir 450 ml (N2)	619,54 €	604,00 €

Tabelle 4: Kostenentwicklung antiretroviraler Arzneimittel^{245 246}

²⁴⁵ Eigene Darstellung, Datenquelle Rote Liste Service GmbH (Hrsg.) (2010), S. 564 ff.

²⁴⁶ Eigene Darstellung, Datenquelle Rote Liste Service GmbH (Hrsg.) (2012), S. 497 ff.

Anlage 13

BZgA-Kampagnen

Kampagne „Positiv zusammen leben!“



Abbildung 11: Plakat der Kampagne „Positiv zusammen leben!“²⁴⁷

²⁴⁷ Enthalten in: Aidshilfe Salzburg (Hrsg.) (o.J.)

Anlage 13/2
Kampagne „Liebesorte“



Abbildung 12: Plakat der Kampagne „Liebesorte“²⁴⁸

²⁴⁸ Enthalten in: PKV-Verband (Hrsg.) (2011a), S. 47

Anlage 14
HALLESCHÉ-Gesundheitsportal

Willkommen im Gesundheitsportal

HALLESCHÉ
Halle-Universität

LEBENSLEHREN KRANKHEITEN SYMPTOME MEDIZINISCHE ERGÄNZUNGEN SERVICES NEWS MAGAZIN FÜR PATIENTEN

AIDS & HIV - Medizin-Consulting Krebsregister e.V. Krebsrisikoprüfung Statistika Organ-systeme

Home - Krankheiten - Aids & HIV

1 2 3 4 5 6 7 Weiter

Aids und HIV

Dr. med. Gerhard Dobler, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionskrankelehre
Martina Feichter

Beschreibung

Aids ist eine chronische, lebensbedrohliche Erkrankung, die durch das Humane Immundefizienz virus (HI-Virus, HIV) verursacht wird. Das HI-Virus schädigt oder zerstört bestimmte Zellen der Immunabwehr. Dadurch kann der Körper Bakterien, Viren oder Pilze nicht mehr effektiv bekämpfen. Deshalb sind HIV-Patienten empfänglicher für Infektionen sowie für bestimmte Krebsarten.

Das Virus und die Infektion werden HIV genannt. Der Begriff Aids (acquired immunodeficiency syndrome = Krankheitsbild der erworbenen Abwehrschwäche) bezeichnet das späte Stadium der HIV-Infektion.

Am häufigsten erfolgt die Übertragung von HIV durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einer infizierten Person. Andere Möglichkeiten sind die Infektion durch kontaminiertes Blut oder verschmutzte Nadeln und Spritzen. Unbehandelte HIV-infizierte Mütter können das Virus während der Schwangerschaft, Geburt oder durch das Stillen auf ihre Kinder übertragen.

Zahlen

1981 wurden die ersten Fälle von Aids bekannt, 1984 wurde das HI-Virus als Verursacher der bis dahin rätselhaften Immunschwächekrankheit identifiziert. Seitdem hat sich die Erkrankung zu einer globalen Pandemie entwickelt. Weltweit leben rund 34 Millionen Menschen mit HIV - 3,4 Millionen Infizierte sind Kinder unter 15 Jahren, schätzen Experten.

Suchen

Registrieren, wenn Sie noch kein Konto haben

Login

Aids & HIV-Lexikon

Worum	Aids ist eine chronische, lebensbedrohliche Erkrankung, die durch das Humane Immundefizienz virus (HI-Virus, HIV) verursacht wird.
Ursachen	Sexuelle Übertragung
Symptome	Die durch das Humane Immundefizienz virus (HI-Virus, HIV) verursachte sind.
Diagnose	
Therapie	
Prognose	
Verbreitung	

Sex & Partnerschaft

Aids und uns ein erfülltes Leben leben – wie Sie Ihre Sexualität in Schwung bringen und diese Überraschungen vermeiden.

© PhotoLibrary

Weitere Artikel

- Aids und HIV
- Hepatitis gentile
- Hepatitis latente (Upperherpes)
- Asthenie
- Bakterienkultur und Mikroskopie

Abbildung 13: Beitrag der HALLESCHÉ über AIDS und HIV auf ihrem Gesundheitsportal²⁴⁹

²⁴⁹ Enthalten in: Dobler, G.; Feichter, M. (2012)

Anlage 15

Komorbiditäten der HIV-Erkrankung bei der HALLESCHE

Begleiterkrankung	Anzahl
Entzündungen wie Laryngitis, Oesophagitis, etc.	98
Depression	41
Hepatitis B und C	29
Diarrhoe	25
Syphilis	25
Krebs	21
davon Kaposi-Sarkom	10
Herpes	14
Lipodystrophie	8

Tabelle 6: Häufige Begleiterkrankungen der HIV-Infizierten der HALLESCHE²⁵⁰

²⁵⁰ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Auswertung der ZLG-FO

Anlage 16

Arzneimittel der untersuchten Regionen

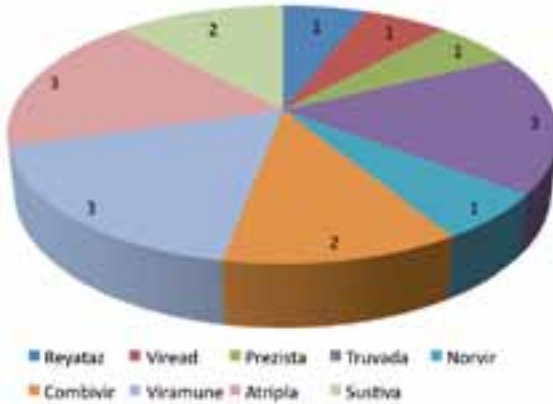


Abbildung 14: Aufteilung der Arzneimittel der untersuchten Gruppe in Niedersachsen²⁵¹



Abbildung 15: Aufteilung der Arzneimittel der untersuchten Gruppe in Niedersachsen²⁵²

²⁵¹ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Datenbanken

²⁵² Eigene Darstellung, Datenquelle interne Datenbanken

Anlage 17

Arztfrequenz eines HIV-Infizierten der HALLESCHE

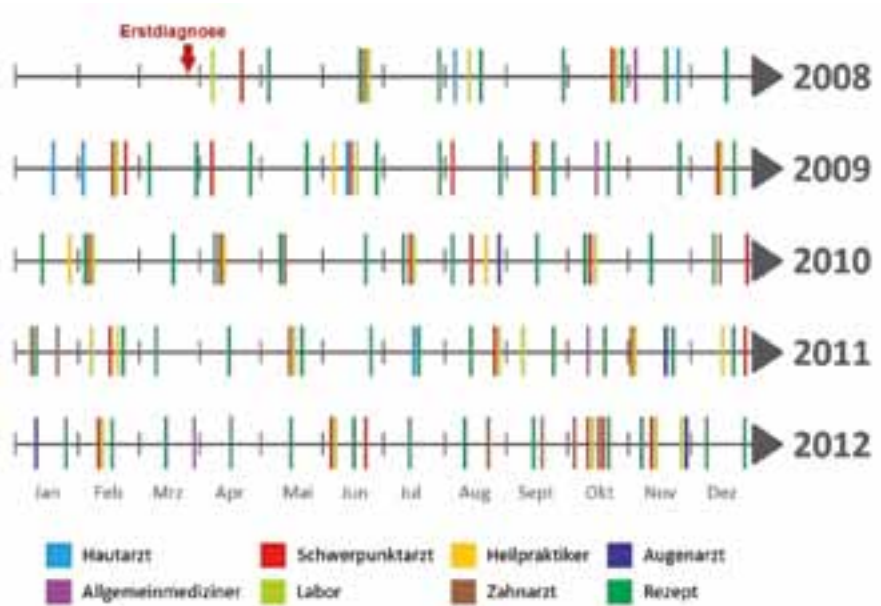


Abbildung 16: Frequenz der Arztkontakte eines HIV-Infizierten seit der Erstdiagnose²⁵³

²⁵³ Eigene Darstellung, Datenquelle interne Datenbanken

Anlage 18

Laboranalyse eines HIV-Infizierten

Facharzt für Laboratoriumsmedizin
 [Redacted]



Herrn
 [Redacted]

Rechnungs Nr. [Redacted]
 www.kliniklabor.com/07_patient

Re-Datum: 08.11.2010

Für Patient(in)
 gvh: [Redacted]

Ärztliche Liquidation: für Laboranalysen

Untersuchung	GOÄ Ziffer	Anzahl	Faktor	Betrag in €
Auftrag: 10115030 Datum: 12.10.2010				
Höchstwert für Hb-Untersuchungen in M 8	3541-H	1	1,15	32,18
Blutbild-Erythrozyten/Hb-Bil/Leukozyten/Thrombozytenzahl	3550	1	1,15	4,02
Leukozyten-Differenzierung elektronisch-zytometrisch	3551	1	1,15	1,35
Glukose	3560	1	1,15	2,88
Cholesterin	3562-H1	1	1,00	0,00
HDL-Cholesterin	3563-H1	1	1,00	0,00
LDL-Cholesterin	3564-H1	1	1,00	0,00
Triglyzeride	3565-H1	1	1,00	0,00
Albumin, photometrisch	3579-H1	1	1,00	0,00
Anorganisches Phosphat	3588-H1	1	1,00	0,30
Bilirubin-jesamt	3581-H1	1	1,00	0,00
Harnsäure	3583-H1	1	1,00	0,00
Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	3584-H1	1	1,00	0,00
Kreatinin	3585-H1	1	1,00	0,00
Alkalische Phosphatase	3587-H1	1	1,00	0,00
Gamma-Glutamyltransferase (g-GT)	3582-H1	1	1,00	0,00
GOT, Aspartataminotransferase (ASAT, AST)	3594-H1	1	1,00	0,00
GPT, Alaninaminotransferase (ALAT, ALT)	3595-H1	1	1,00	0,00
Lipase	3598-H1	1	1,00	0,00
Durchflußzytometrie mit bis zu 3 Antikörpern, CD3+CD45+CD19+ (B-Lymphozyten)	3696	1	1,15	38,20
Durchflußzytometrie mit bis zu 3 Antikörpern, CD3+CD45+CD4+ (T-Helferzellen)	3696	1	1,15	38,20
Durchflußzytometrie mit bis zu 3 Antikörpern, CD3+CD45+ (T-Lymphozyten)	3696	1	1,15	38,20
Durchflußzytometrie mit weiteren Antikörpern, CD3+CD45+CD16/56 (NK-Lymphozyten)	3697	1	1,15	16,76

Seite 1 von 2

Abbildung 17: Seite 1 der Liquidation einer Laboranalyse

Anlage 18/2

Untersuchung	GGA Ziffer	Anzahl	Faktor	Betrag in €
Auftrag: 10115626 Datum: 12.10.2018				
Durchflußzytometrie mit weiteren Antikörpern, CD3+CD8+ICD38+ (aktivierte T-Suppressor-Zellen)	3687	1	1,15	16,75
Durchflußzytometrie mit weiteren Antikörpern, CD3+CD45+CD16/56+ (Cytotoxische Zellen)	3687	1	1,15	16,75
Durchflußzytometrie mit weiteren Antikörpern, CD3+HLADR+ (Aktivierte T-Lymphozyten)	3687	1	1,15	16,75
Durchflußzytometrie mit weiteren Antikörpern, CD45+CD3+CD8+ (T-Suppressor-Zellen)	3687	1	1,15	16,75
Lipoprotein a, Ligandenassay	3730	1	1,15	20,11
CRP mittels Immunturbidimetrie	3741	1	1,15	13,41
Haptoglobin mittels Immunturbidimetrie	3747	1	1,15	12,00
Lactat mittels enzymatischem Farbstoff	3781	1	1,15	14,74
D-Dimere quantitativ	3938	1	1,15	24,13
Freies Thyrothyrin (TT3) i. S. (ECLIA)	4022 H4	1	1,15	16,76
Freies Thyroxin (fT4) ECLIA	4023 H4	1	1,15	16,76
Insulin mittels Ligandenassay	4025	1	1,15	16,76
TSH -Thyreosteu stimulierendes Hormon(ECLIA)	4030	1	1,15	16,76
Testosteron, ECLIA	4042	1	1,15	23,46
Interleukin 6 mittels ECLIA	4060	1	1,15	50,28
Treponema pallidum-AR, Ligandenassay- CLIA	4261	1	1,15	19,43
HBe-Antikörper, Ligandenassay	4380	1	1,15	16,09
HCV-Antikörper (ECLIA)	4426	1	1,15	26,81
Hepatitis B, HBe-Ag Ligandenassay je Untersuchung	4642	1	1,15	16,76
HBe-Antigen (ECLIA)	4643	1	1,15	16,76
HIV-1-RNA-Plasma, Isolierung von Nukleinsäuren	4760	1	1,15	60,33
HIV-1-RNA-Plasma, Isolierung von Nukleinsäuren	4760	1	1,15	60,33
HIV-1-RNA-Plasma, enzymatische Transkription	4762	1	1,15	33,51
HIV-1-RNA-Plasma, Amplif. v. Nukleinsäuren mittels PCR	4783	2	1,15	67,02
HIV-1-RNA-Plasma, PCR-Nukleinsäuren Amplifikation	4783	2	1,15	67,02
HIV-1-RNA-Plasma, Fragmentidentif. mittels Hybridisierung	4785	2	1,15	40,22
HIV-1-RNA-Plasma, Nukleinsäuren Fragmentidentifizierung	4785	2	1,15	40,22
Troponin Immunassay	A3796A	1	1,15	13,41
Verordnat.-Transport-Pauschale nach § 10 GGA	VERS	1	1,00	4,35

Rechnungsbetrag in €: 946,12

Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag innerhalb von 4 Wochen unter Angabe der Rechnungsnummer, zuzüglich Bezeichnung: Labber, auf das unten angegebene Konto.
 (Gleichen für [REDACTED] die Leistungen sind/ist bei gem. § 4 Ziff. 18 LUG)

Bitte beachten
 ab 01.07.2019:

[REDACTED]



Rechnungs Nr.:

[REDACTED]

Seite 2 von 2

Abbildung 18: Seite 2 der Liquidation einer Laboranalyse²⁵⁴

²⁵⁴ Enthalten in: interne Datenbank

B ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Verlauf der Erkrankung	153
Abbildung 2:	Die Pfeiler der HIV-Therapie	155
Abbildung 3:	Empfohlene Erstlinientherapie der Deutsch-Österreichischen und Europäischen AIDS-Gesellschaft	156
Abbildung 4:	Geschätzte HIV-Prävalenz und HIV-Inzidenz in Deutschland	161
Abbildung 5:	Inzidenz der HIV-Infektionen 2010/2011	162
Abbildung 6:	Die Kondratieff-Zyklen	163
Abbildung 7:	Fehlende Abstimmung der Leistungserbringer	166
Abbildung 8:	Ablauf des Case Managements	169
Abbildung 9:	Beurteilungsdimensionen	171
Abbildung 10:	Verhältnis der HIV-Infizierten zwischen GKV und PKV	174
Abbildung 11:	„mach’s mit“-Kampagne	177
Abbildung 12:	AIDS-Schleife für Bundestagsabgeordnete	178
Abbildung 13:	Entwicklung des Anteils der HIV-Infizierten am Versichertenbestand	181
Abbildung 14:	Alters- und Geschlechterverteilung der Infizierten	182
Abbildung 15:	Geografische Verteilung der HIV-Infizierten der HALLESCHE	183
Abbildung 16:	Kostenentwicklung je HIV-Infiziertem	184
Abbildung 17:	Kostenvergleich je Infiziertem für das Jahr 2011	185
Abbildung 18:	Vergleichsregionen Niedersachsen und Berlin	186
Abbildung 19:	Frequenz der Arztbesuche eines HIV-Infizierten	188
Abbildung 20:	Maßnahmenplan für Gruppe 1	199
Abbildung 21:	Inhalte der Informationsbroschüren über HIV	204

C TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	CDC-Klassifikation mit Laborwerten	154
Tabelle 2:	Therapieindikationen und -empfehlungen	156
Tabelle 3:	Eigenschaften der Vergleichsgruppen	187
Tabelle 4:	Ansatzpunkte für CM	196
Tabelle 5:	Inhalte der ersten schriftlichen Kontaktaufnahme	200
Tabelle 6:	Anfallende Kosten durch CM	207
Tabelle 7:	Gewonnener Nutzen durch CM	208
Tabelle 8:	Kosten-Nutzen-Effekt des CM	211

D ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	A cquired I mmuno D eficiency S yndrome
ART	A ntiretrovirale T herapie
BMG	B undesministerium für G esundheit
BZgA	B undeszentrale für g esundheitliche A ufklärung
CDC	C enters for D isease C ontrol
CM	C ase M anagement
DAGNAE	D eutsche A rbeitsgemeinschaft n iedergeassener Ä rztInnen im HIV-Bereich
DIMDI	D eutsches I nstitut für M edizinische D okumentation und I nformation
ELISA	E nzyme-linked immunosorbent a ssay
GKV	G esetzliche K rankenversicherung
GT	G esundheitsmanagement
HAART	H ochaktive a ntiretrovirale T herapie
HIV	H umanes Immundefizienz- V irus
HMO	H eath M aintenance O rganizations
ICD	I nternational S tatistical C lassification of D iseases and R elated H ealth P roblems
JAEG	J ahresarbeitsentgeltgrenze
KVaG	K rankenversicherung a uf G egenseitigkeit
PEP	P ostexpositionsprophylaxe
PKV	P rivate K rankenversicherung
PKV-Verband	V erband der p rivaten K rankenversicherung e.V.
QALY	Q uality a djusted l ife y ears
RKI	R obert K och-Institut
ZLG-FO	F achbereichsorganisation des Z entralbereichs L eistung

E LITERATURVERZEICHNIS

- Aidshilfe Salzburg (Hrsg.) (o.J.): Positiv zusammen leben - aber sicher! <http://www.aids-hilfe-salzburg.at/inhalt/positiv-zusammen-leben-%E2%80%93-aber-sicher> (Stand: 27.02.2013).
- Amelung, V. E. (2012): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 5. Auflage, Wiesbaden.
- Amelung, V. E.; Wagner, C. (2010): Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung. In: Brinkmann, V. (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. 2. Auflage, Wiesbaden.
- Arastéh, K. et al. (2012): Deutsch-Österreichische Leitlinie zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion. Klassifikation: S2k. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/055-001L_S2k_Antiretrovirale_Therapie_der_HIV-Infektionen_2012-10.pdf (Stand: 27.03.2012).
- Arendt, G. (2007): Neurologische und neuropsychiatrische Aspekte der HIV-Infektion. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Stuttgart.
- Baumberger, J. (2001): So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Stuttgart.
- Beasley, J. et al. (2006): New York State Department of Health AIDS Institute. Standards for HIV/AIDS Case Management. <http://www.health.ny.gov/diseases/aids/standards/casemanagement/docs/casemanagementstandards.pdf> (Stand: 25.02.2013).
- Becker, K. et al. (2007a): GEO Themenlexikon. Medizin und Gesundheit. Band 9, Mannheim.
- Becker, K. et al. (2007b): GEO Themenlexikon. Medizin und Gesundheit. Band 10, Mannheim.
- Brooks, D. M. (2010): HIV-Related Case Management. In: Poindexter, C. C. (Hrsg.): Handbook of HIV and social work. Principles, Practice, and Populations. New Jersey.
- BMG (Hrsg.) (2011): Bericht zum Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. Rostock.
- BMG (Hrsg.) (2013): Pressemitteilung. Überprüfung des Preismoratoriums und der gesetzlichen Herstellerabschläge für Arzneimittel. In: Pressemitteilung des BMG, Nr. 3, S. 2.

- BMG et al. (Hrsg.) (2010): Gemeinsame Pressemitteilung. Preisträger des Bundeswettbewerbs Aidsprävention 2010 ausgezeichnet. <http://www.pkv.de/presse/pressearchiv/2010/preistraeger-des-bundeswettbewerbs-aidspraevention-2010-ausgezeichnet.pdf> (Stand: 27.02.2013).
- Bundesregierung (Hrsg.) (2012): Sozialversicherung. Neue Beitragsbemessungsgrenzen. <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2012/10/2012-10-10-neue-beitragsbemessungsgrenzen.html> (Stand: 26.02.2013).
- BZgA (Hrsg.) (2008): Gib Aids keine Chance. Die Kampagne zur Aids-Prävention in Deutschland. Dokumentation 1985 - 2007. Köln.
- BZgA (Hrsg.) (2009): Gib Aids keine Chance. Kampagne zur AIDS-Prävention in Deutschland. Dokumentation. Köln.
- Caspary, S. et al. (2011): Arzneimittel-Rabattschlacht. Wie ZESAR immer mehr Preisnachlässe auf Medikamente verwirklicht. In: PKV Publik, Nr. 8, S. 12-13.
- Chin, J. (2009): Der AIDS Mythos. Medizinische Fakten versus politische Korrektheit. Graz.
- COMPASS Private Pflegeberatung (Hrsg.) (o.J.): Die COMPASS Pflegeberatung. Ihre Bedürfnisse und Fragen im Mittelpunkt. http://www.debeka.de/produkte/versichern/krankenversicherung/compass_pflegerberatung.pdf (Stand: 28.03.2013).
- De Luca, A. et al. (2013): Declining Prevalence of HIV-1 Drug Resistance in Antiretroviral Treatment-exposed Individuals in Western Europe. In: The Journal of Infectious Diseases, Nr. 8, S. 1216 - 1220. <http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/01/infdis.jit017> (Stand: 11.02.2013).
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2012): Basis-Informationen zur Behandlung der HIV-Infektion. Therapie? 2013. 6. Auflage, Berlin.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (2013): HIV-Infektion und Therapie. Info für Praktiker/innen aus Prävention und Beratung sowie interessierte Laien. o.O.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.) (2011): Aspekte zur Verblisterung von Arzneimitteln in stationären Pflegeeinrichtungen. S. 2. www.dbfk.de/download/Entscheidungshilfe-Verblisterung-2011-07-29.pdf (Stand:17.04.2013)

- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1990): Zur Sache. Themen parlamentarischer Beratung. AIDS: Fakten und Konsequenzen. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu Ihrer Eindämmung“. Bonn.
- Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2013): HIV: Wie Generika Kosten sparen könnten. <http://www.aerzteblatt.de/blog/53043/HIV-Wie-Generika-Kosten-sparen-koennten> (Stand: 07.03.2013).
- DIMDI (Hrsg.) (2011): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2011. Berlin.
- Dobler, G.; Feichter, M. (2012): AIDS und HIV. <http://www.hallesche-gesundheitsportal.de/Krankheiten/Aids+HIV/> (Stand: 05.03.2013).
- Doerr, H. W. et al (2004): Erworbenes Immunschwächesyndrom (Aids). In: Adam, D. et al. (Hrsg.): Die Infektiologie. Heidelberg.
- Dörner, T. et al. (2010): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2011. 262. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin und New York.
- Eich, H. (2012): PKV-Statistik Nr. 7 (AIDS-Statistik). In: Brief an die Vorstände, Juni, Köln.
- Ewers, M. (2005): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. Auflage, Bern.
- Fairchild, A.; Bayer, R. (2012): Public Health Reports. Unlinked Anonymous Testing for HIV in Developing Countries: A New Ethical Consensus. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234388/> (Stand: 05.02.2013).
- Finkenstädt, V.; Keßler, T. (2012): Sozialstruktur der PKV-Versicherten. In: WIP-Diskussionspapier, Nr. 3, S. 16-17.
- Ford, M. T. (1999): Viren sind nicht wählerisch. Aids-Fragen, Antworten, Erfahrungen. 5. Auflage, München.

- Gore, A. (2007): The Assault on Reason. London u.a.
- Grefe, C. (1988): Der unbarmherzige „Maßnahmenkatalog“ des Seuchenbekämpfers Gauweiler macht Angst. Kann er den Virus stoppen? Pest auf bayrisch. In: DIE ZEIT, Nr. 27, S. 13-14.
- Hajen, L. et al. (2011): Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart.
- HALLESCHE KVAG (Hrsg.) (2012): Geschäftsbericht 2011. Stuttgart.
- Hamouda, O. et al. (2007): HIV: Prävention und Aufklärung. Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Nr. 4, S. 399-400.
- Hartl, H.; Vielhaber, B. (2010): Länger leben - älter werden mit HIV. In: MED-INFO Medizinische Informationen zu HIV und AIDS, Nr. 79, S. 11-19.
- Hauber, J. et al. (2009): AIDS. Eine Synopsis für Kliniker und Praktiker. Steinen.
- Hellenbrand, W. (2003): Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Nr. 18, S. 20.
- Herkommer, H. (2000): Kompaß HIV und AIDS. Handbuch für Betroffene und Berater. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Frankfurt am Main.
- Jäger, H. (Hrsg.) (2008): Entry Inhibitoren. Neue Formen der HIV-Therapie. Heidelberg.
- Keßler, T. (2010): Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor. Vergleich zwischen GKV und PKV 2007/2008. In: WIP-Diskussionspapier, Nr. 4, S. 8.
- Kleinfeld, A.; Bensing, C. (2011): Große Differenzen bei HIV/AIDS zwischen den Bundesländern. In: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 4, S. 10.
- Marcus, U. (2000): 20 Jahre HIV-/AIDS-Epidemie in Deutschland - Entwicklungen, Trends und Erklärungsversuche. In: Marcus, U. (Hrsg.): Glück gehabt? Zwei Jahrzehnte AIDS in Deutschland. Berlin und Wien.
- Mostardt, S. (2011): Krankheitskosten der HIV-Infektion in Deutschland. Dissertation. Essen.

- o.V. (o.J.a): Wie funktioniert eine Kombinationstherapie? HIV-Schwerpunktarzt.
<http://www.aidshilfe.de/de/leben-mit-hiv/medizinische-infos/wie-funktioniert-eine-kombinationstherapie?page=4> (Stand: 11.02.2013).
- o.V. (o.J.b): Leben mit HIV. Sozialrecht. Krankenversicherung. <http://www.aidshilfe.de/de/leben-mit-hiv/recht/sozialrecht/krankenversicherung?page=3>
 (Stand: 01.03.2013).
- o.V. (1987): Entartung ausdünnen. In: DER SPIEGEL, Nr. 12, S. 131-133.
- o.V. (2007): PKV: Vergleichsweise hoher Verordnungsanteil von HIV-Medikamenten.
 In: PKV Publik, 2007, Nr. 2, S. 23.
- o.V. (2008): Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies.
 In: The Lancet, Nr. 372, S. 293-299.
- o.V. (2009): Entgelttarifvertrag. TV-Ärzte Entgelt Asklepios. S. 11. <http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2011/asklepios-tv-aerzte/asklepios-tv-aerzte-entgelttv.pdf> (Stand: 06.04.2013).
- o.V. (2010): PKV zahlt 123 Millionen für HIV-kranke Versicherte. In: Ärzte Zeitung, Nr. 132, S. 6.
- o.V. (2011a): Eine Kostenanalyse in Deutschland. http://www.dahka.de/documents/atipps/1109_ATipps.pdf (Stand:06.02.2013).
- o.V. (2011b): Münchner AIDS-Hilfe. Sachbericht 2011 Case Management.
http://www.muenchner-aidshilfe.de/download/Jahresbericht11_CM.pdf?PHPSESSID=c22e41d7b4824efbdf01f5de81040827 (Stand: 25.02.2013).
- o.V. (2012): HIV: Zahl neuer Infektionen ist leicht gestiegen. In: Ärzte Zeitung, Nr. 213, S. 1.
- o.V. (2013a): Wechselkurs vom 07.03.2013: EUR/USD 1,3035. <http://www.boerse-frankfurt.de/de/waehrungen/eur+usd+euro+us+dollar+cur+EU0009652759>
 (Stand: 07.03.2013).
- o.V. (2013b): PositHIVsport. So positiv war Sport noch nie. http://fvv.org/images/downloads/leaflet_posithivsport.pdf (Stand: 05.04.2013).

- Peer, S. (2012): Optimierung von Versorgungsstrukturen im Krankenhaus. In: Remmel-Faßbender, R. et al. (Hrsg.): Beratung und Steuerung im Case Management. St. Ottilien.
- Pfundt, K. (2010): Die Regierung der HIV-Infektion. Eine empirisch-genealogische Studie. Wiesbaden.
- PKV-Verband (Hrsg.) (o.J.): Unser Engagement in der Aids-Prävention. http://www.pkv.de/praevention/aids_praevention/ (Stand: 27.02.2013).
- PKV-Verband (Hrsg.) (2006): Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2005. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2008a): Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2007. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2008b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2010): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2011a): Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2010. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2011b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2012a): Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2011. Köln.
- PKV-Verband (Hrsg.) (2012b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln.
- Plettenberg, A.; Stoehr, A. (2004): Antiretrovirale Therapie bei HIV und AIDS - Faktoren des Therapieerfolgs. Bremen.
- Pomorin, N.; Wasem, J. (2008): Analyse der aktuellen HIV-Zahlen. Projekt im Auftrag der Deutschen AIDS-Stiftung. In: Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 169, S. 31
- Raymond, C. (o.J.): HIV Vaccine approaches. <http://www.iavi.org/What-We-Do/Science/HIV-Vaccine-Approaches/Pages/default.aspx#> (Stand: 12.02.2013).

- Reger, K. H.; Haimhausen, P. (1983): AIDS. Die neue Seuche des 20. Jahrhunderts. Genf.
- RKI (Hrsg.) (1997): HIV-Screening bei Neugeborenen in Deutschland. In: Epidemiologisches Bulletin, Nr. 30, S. 199.
- RKI (Hrsg.) (1998): Deutsch-Österreichische Empfehlungen zur postexpositionellen Prophylaxe nach HIV-Exposition. In: Epidemiologisches Bulletin, Nr. 21, S. 152-153.
- RKI (Hrsg.) (2012a): HIV-Infektionen/AIDS. In: Epidemiologisches Bulletin, Nr. 47, S. 465-469.
- RKI (Hrsg.) (2012b): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. In: Epidemiologisches Bulletin, Nr. 28, S. 259-269.
- RKI (Hrsg.) (2012c): HIV/AIDS-Folien. http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/HIV-AIDS-Folien.pdf?__blob=publicationFile (Stand:14.02.2013).
- Rockstroh, J.; Lenz, J. (2008): Hepatitis-C-/HIV-Koinfektion. In: Mauss, S. et al. (Hrsg.): Koinfektion Hepatitis und HIV. Stuttgart.
- Rote Liste Service GmbH (Hrsg.) (2010): Rote Liste 2010. Arzneimittelverzeichnis für Deutschland (einschließlich EU-Zulassungen und bestimmter Medizinprodukte). B14.2. Antiretrovirale Wirkstoffe. 50. Ausgabe, Frankfurt am Main.
- Rote Liste Service GmbH (Hrsg.) (2012): Rote Liste 2012. Arzneimittelverzeichnis für Deutschland (einschließlich EU-Zulassungen und bestimmter Medizinprodukte). B14.2. Antiretrovirale Wirkstoffe. 52. Ausgabe, Frankfurt am Main.
- Salzberger, B.; Fätkenheuer, G. (2004): Aktuelle HIV-Therapie. 2. Auflage, Bremen.
- Sambale, M. (2005): Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Hannover.
- Schafberger, A. (2013): Erstes HIV-Generikum auf dem deutschen Markt. <http://www.aids-hilfe.de/de/aktuelles/meldungen/erstes-hiv-generikum-auf-dem-deutschen-markt> (Stand: 16.04.2013).
- Schewior-Popp, S.; Fischer, R. (2007): Examen Pflege. Schriftliche Prüfung Tag 1. Stuttgart.

- Schmid, E. et al. (2008): Patientencoaching. Gesundheitscoaching. Case Management. Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Berlin.
- Schmidt, H.; Kessler, S. (2011): Case Management durch Versicherungen: Rollenkonflikte möglich. In: Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 2. überarbeitete Auflage, Heidelberg.
- Schoder J.; Zweifel, P. (2009): Managed-Care-Konzepte und Lösungsansätze - Ein internationaler Vergleich aus schweizerischer Sicht. In: Amelung, V. E. et al. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart.
- Schubert, D. (2012): Pathogenese und Therapie spezieller Infektionen. In: Lippert, H. (Hrsg.): Wundatlas. Kompendium der komplexen Wundbehandlung. 3. Auflage, Stuttgart.
- Striebel, J. (2011): Prozessoptimierung im Gesundheitswesen. Virtuelle Unternehmenskooperationen zur Umsetzung von Managed Care Konzepten. Hamburg.
- The ACT UP/New York Women & AIDS Book Group (Hrsg.) (1994): Frauen und AIDS. Hamburg.
- Vierneisel, C. (2012): 1148 positive stimmen fordern: Keine Diskriminierung von Menschen mit HIV. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/positive_stimmen_ergebnisse_Wolfsburg_0.pdf (Stand: 07.02.2013).
- Weber-Halter, E. (2011): Praxishandbuch Case Management. Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage. Bern.
- Weinreich, S.; Benn, C. (2009): HIV & AIDS. Eine Krankheit verändert die Welt. 2. Auflage, Frankfurt am Main.
- Weiss, M. (1997): Gesundheitsmanagement. Konzepte und Werkzeuge für Gestalter und Manager. Weinheim.
- Wendt, W. R. (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 5. überarbeitete Auflage, Freiburg im Breisgau.
- Wendt, W. R. (2011): State of the art: Das entwickelte Case Management. In: Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 2. überarbeitete Auflage, Heidelberg.

- Wendt, W. R. (2012): Der Horizont von Beratung im Case Management.
In: Wendt, W. R. (Hrsg.): Beratung und Case Management. Konzepte und Kompetenzen. Heidelberg.
- Wiessner, P.; Lemmen, K. (2010): Schnellfinder 2010/2011. Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV. 9. Auflage, Berlin.
- Wild, F. (2007): Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen - ein Literaturüberblick.
In: WIP-Diskussionspapier, Nr. 6, S. 19.
- Wild, F. (2011): Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2011. Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich. Köln.
- Wright, M. T. (2005): Case Management und "Advocacy": Erfahrungen aus der US-amerikanischen Sozialarbeit für Menschen mit HIV und AIDS.
In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2. Auflage, Bern.
- Zaiß, A. (Hrsg.) (2012): DRG: Verschlüsseln leicht gemacht. Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen. Stand 2012. 10. Auflage, Köln.
- Zylka-Menhorn, V.; Meyer, R. (2013): HIV-Therapie: Voreilige Euphorie. In: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 11, S. 505.

**Wissenschaftliche Reihe
BWL-Gesundheitsmanagement**