

# **Band 2**

## **Wissenschaftliche Reihe BWL-Gesundheitsmanagement DHBW Stuttgart, Fakultät Wirtschaft**

Herausgeber:

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Prof. Dr. rer. pol. Anke Simon

### **Nathanael Hampp**

Analyse und Bewertung von Methoden der Personalgewinnung am Beispiel von Pflegefachkräften eines Klinikums

### **Ilona Herzig**

Erfolgsfaktor Patientenzufriedenheit am Beispiel der ambulanten Rehabilitation im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd – Empirische Erhebung anhand einer schriftlichen Patientenbefragung

### **Christina Fahrner**

Analyse und Optimierung der telefonischen Erreichbarkeit in der Telefonzentrale einer gesetzlichen Krankenkasse

## 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](mailto:anke.simon@dhbw-stuttgart.de)

Tel.: 0711/1849-776

Fax: 0711/1849-819

Online verfügbar unter:

<http://www.dhbw-stuttgart.de/reihe-bwl-gesundheitsmanagement>

Satz: Silke Steinheuer, B.A.

Gestaltungsvorlage: Sarah Gotzel, M.Sc.

Druck: Schwabenprint GmbH, Ludwigsburg

ISSN 2198-8773 (Print)

ISSN 2198-8781 (Internet)

© 2015 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. (September 2015)

## Vorwort

Nach dem erfolgreichen Start unserer neuen Schriftenreihe im Dezember letzten Jahres freuen wir uns sehr über die vorliegende zweite Ausgabe. Die Qualität der Patientenversorgung war und ist in diesem Jahr ein Schwerpunktthema der Gesundheitspolitik in Deutschland. Die drei Beiträge in dieser Ausgabe adressieren hier insbesondere Themenbereiche mit herausragender Relevanz für die Versorgungsqualität: den Pflegefachkräftemangel, die Patientenzufriedenheit und die Servicequalität der Krankenversicherung. Gleichzeitig stellen alle drei Untersuchungen exzellente Beispiele für die kooperative Forschung in der Gesundheitswirtschaft dar.

Die Gewinnung von klinischem Fachpersonal gestaltet sich zunehmend als vordringliches Problem in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen. Insbesondere zum Thema Pflegefachkräftemangel ist die Anzahl von Veröffentlichungen und Praxisberichten entsprechend groß. Hampp greift den bisherigen Erkenntnistand auf und entwickelt in seiner Arbeit angereichert durch eine empirische Erhebung unter neu eingestellten Pflegekräften eines Krankenhauses ein umfangreiches und detailliertes Personalgewinnungskonzept. Der Wert der Untersuchung besteht, basierend auf der ausgesprochen fundierten Analyse und konzeptionellen Arbeit, eindeutig in seiner hohen praktischen Umsetzbarkeit, auch und gerade als Referenzmodell für andere Einrichtungen.

Die Patientenzufriedenheit gilt seit vielen Jahren als einschlägiger Qualitätsindikator und wird regelmäßig von vielen Gesundheitseinrichtungen im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätssicherung erhoben. Schwachstellen bestehen jedoch nicht selten in der angewendeten Erhebungsmethodik und Passgenauigkeit zum jeweiligen Versorgungssetting. Herzig entwickelt in ihrer Arbeit erstmalig einen geeigneten Fragebogen für die Messung der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation. Auf der Grundlage bisheriger Erhebungsinstrumente und Erfahrungen aus der Praxis der ambulanten Rehabilitation gelingt es nicht nur aussagekräftige Fragenkomplexe (Konstrukte) abzuleiten. In einer Pilotstudie konnte zudem die Anwendbarkeit und Aussagekraft des neuen Erhebungsinstruments erfolgreich nachgewiesen werden. Die Autorin führt dabei in vorbildlicher Weise durch den gesamten Prozess einer empirischen Untersuchung.

Der dritte Beitrag beschäftigt sich mit der Kundenorientierung in Krankenversicherungen. Versicherte wenden sich bei Fragen und Beratungsbedarfen in erster Linie an den Kundenservice bzw. die Telefonzentrale ihrer Krankenversicherung. Erreichbarkeit und Qualität der Beratung sind dabei entscheidende Qualitätskriterien aus Sicht der Versicherten. Fahrner entwickelt in ihrem Beitrag ein Optimierungskonzept für die Telefonzentrale am Beispiel einer gesetzlichen Krankenversicherung. Grundlage für die Konzeption bildet eine eingehende Analyse unter Einbeziehung von Zeitmessungen und Vor-Ort Beobachtungen, angereichert um Expertenbefragungen aus der Branche. Auch der

dritte Beitrag zeigt eine ausgeprägte Eigenleistung - im gelungenen Praxistransfer wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse zum Nutzen des Kooperationspartners der Gesundheitswirtschaft.

Ohne die Initiative und aktive Unterstützung verschiedener Mitwirkender wäre die zweite Ausgabe unserer wissenschaftlichen Reihe nicht möglich gewesen. An dieser Stelle daher ein herzliches Dankeschön an unseren Prorektor und Dekan, Herrn Prof. Dr. Müllerschön, für die ideelle Unterstützung und die Sicherstellung der Finanzierung. Ein großer Dank gebührt ebenfalls Frau Steinheuer für die Koordination und die redaktionelle Bearbeitung.

Prof. Dr. Anke Simon

September, 2015

Die Reihe soll zum wissenschaftlichen Diskurs beitragen und ist aus diesem Grund auch online verfügbar:

[www.dhbw-stuttgart.de/reihe-bwl-gesundheitsmanagement](http://www.dhbw-stuttgart.de/reihe-bwl-gesundheitsmanagement)

## **INHALTSVERZEICHNIS**

### **Nathanael Hampp**

*Analyse und Bewertung von Methoden der Personalgewinnung am Beispiel von Pflegefachkräften eines Klinikums.....S.1*

### **Ilona Herzig**

*Erfolgsfaktor Patientenzufriedenheit am Beispiel der ambulanten Rehabilitation im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd – Empirische Erhebung anhand einer schriftlichen Patientenbefragung.....S.78*

### **Christina Fahrner**

*Analyse und Optimierung der telefonischen Erreichbarkeit in der Telefonzentrale einer gesetzlichen Krankenkasse.....S.200*



# **Analyse und Bewertung von Methoden der Personalgewinnung am Beispiel von Pflegefachkräften eines Klinikums**

von

Nathanael Hampp

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis .....	IV
1 Einleitung und Problemstellung .....	1
1.1 Problem und Fragestellung .....	1
1.2 Aufbau und Zielsetzung.....	2
2 Personalgewinnung im Überblick.....	4
2.1 Personalmanagement als Rahmen der Personalgewinnung.....	4
2.1.1 Personalarbeit und Personalmanagement .....	4
2.1.2 Theorien des Personalmanagements .....	5
2.1.3 Anforderungen an das Personalmanagement.....	7
2.2 Grundlagen der Personalgewinnung .....	8
2.2.1 Gründe für Personalgewinnung.....	8
2.2.2 Rahmenbedingungen der Personalgewinnung.....	9
2.2.3 Personalimage als grundlegender Erfolgsfaktor .....	11
2.2.4 Inhalt und Ablauf der Personalgewinnung.....	12
2.3 Der Prozess des Personalmarketings .....	13
2.3.1 Situationsanalyse.....	13
2.3.2 Ziele und Strategien.....	16
2.3.3 Methoden-Mix .....	18
2.3.4 Organisation und Controlling .....	20
2.4 Besonderheiten der Personalgewinnung in der Pflege.....	21
3 Methoden der Kommunikationspolitik in der Personalgewinnung .....	22
3.1 Externe Personalgewinnung .....	22
3.1.1 Kontakthanbahnung .....	22
3.1.2 Kontaktaufnahme.....	23
3.1.3 Kontaktpflege .....	26
3.2 Interne Personalgewinnung.....	26
3.3 Vor- und Nachteile der internen und externen Personalgewinnung .....	27
4 Beschreibung der aktuellen Situation der Personalgewinnung von Pflegefachkräften im Klinikum.....	28
4.1 Der Prozess des Personalmarketings .....	28



4.1.1	Situationsanalyse, Ziel und Strategie .....	28
4.1.2	Personalmarketing-Mix.....	29
4.1.3	Organisation und Controlling .....	30
4.2	Methoden der Kommunikationspolitik in der Personalgewinnung .....	31
4.2.1	Externe Personalgewinnung .....	31
4.2.2	Interne Personalgewinnung.....	33
5	Primärdatenerhebung zur Analyse und Bewertung der Personalgewinnungsmaßnahmen im Klinikum.....	34
5.1	Konzeption.....	34
5.1.1	Grundlagen .....	34
5.1.2	Stichprobe .....	35
5.1.3	Datenerhebungstechnik .....	36
5.1.4	Aufbau des postalischen Fragebogens.....	37
5.1.4.1	Gestaltung .....	37
5.1.4.2	Konstruktion des ersten Frageblocks .....	38
5.1.4.3	Konstruktion des zweiten Frageblocks .....	40
5.1.4.4	Konstruktion des dritten Frageblocks.....	42
5.1.5	Pretest .....	42
5.2	Durchführung .....	43
5.3	Auswertung und Interpretation der Ergebnisse .....	45
5.3.1	Stellensuche und Mobilität.....	45
5.3.2	Mitarbeiter werben .....	52
5.3.3	Soziodemographische Angaben .....	54
5.4	Zusammenfassung und Bewertung.....	56
6	Abgeleitetes Handlungskonzept.....	57
6.1	Neue Organisation des Personalmarketings .....	58
6.2	Beständige Generierung von Bewerbungen .....	60
6.3	Zusätzliche Möglichkeiten .....	62
7	Fazit und Ausblick.....	64
	Quellenverzeichnis.....	66
Anhang	.....	69

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bezeichnung</b>
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
PDL	Pflegedienstleitung
SGB	Sozialgesetzbuch
TzBfG	Teilzeit- und Befristungsgesetz
WifOR	WifOR Wirtschaftsforschung

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Gegenstandsbereiche des Personalmanagements .....	5
Abb. 2:	Anforderungen an das Personalmanagement .....	7
Abb. 3:	Gesamtprozess der Personalgewinnung.....	12
Abb. 4:	Prozess des Personalmarketings.....	13
Abb. 5:	Informationsgrundlagen im Mitarbeiterbeziehungszyklus .....	15
Abb. 6:	Funnel-Modell für Personalmarketing .....	16
Abb. 7:	Personalgewinnungsstrategien.....	17
Abb. 8:	Umsetzung der Marketinginstrumente in das Personalmarketing .....	19
Abb. 9:	Social Media Prisma.....	25
Abb. 10:	Verteilung der Personalgewinnungsmethoden.....	46
Abb. 11:	Splittung der Personalgewinnungsmethoden nach aktiver und passiver Arbeitsplatzsuche .....	49
Abb. 12:	Splittung der Personalgewinnungsmethoden nach der Notwendigkeit eines Wohnortwechsels...	51
Abb. 13:	Weiterempfehlungsrate des Arbeitgebers .....	53
Abb. 14:	Anzahl der Arbeitgeberwechsel .....	55
Abb. 15:	Dauer der Berufstätigkeit.....	56
Abb. 16:	Abgeleitetes Handlungskonzept .....	58

# 1 Einleitung und Problemstellung

## 1.1 Problem und Fragestellung

„Der Fachkräftemangel ist die große Herausforderung.“<sup>1</sup> Auch wenn diese von der ehemaligen Arbeitsministerin Ursula von der Leyen im Jahr 2011 getroffene Aussage teilweise differenziert gesehen wird, scheint sie durch eine Vielzahl von Kennzahlen und Studien bestätigt zu werden. Die Industrie- und Handelskammer in Baden-Württemberg prognostiziert in ihrem Fachkräftemonitor allein für das Bundesland Baden-Württemberg im Jahr 2020 einen ungedeckten Bedarf von knapp einer viertel Million Fachkräften. Zehn Jahre später sollen bereits ca. 474.000 Fachkraftstellen nicht mehr besetzt werden können.<sup>2</sup> Besonders groß ist dabei die Herausforderung für das Gesundheitswesen, da dieser Wirtschaftsbereich besonders personalintensiv ist. So deutet die von der PricewaterhouseCoopers AG beauftragte Studie des Wirtschaftsforschungsinstituts WifOR einen Fachkräftemangel in Baden-Württemberg im Jahr 2020 von 15,2 Prozent und im Jahr 2030 von 20,5 Prozent an. In einem Worst-Case-Szenario würden im Bereich der Pflege im Jahr 2030 über 40 Prozent der Stellen unbesetzt bleiben.<sup>3</sup> Dieses Problem betrifft uns jedoch nicht erst in der Zukunft. Schon jetzt geben in dem Krankenhaus-Barometer 2013 des Deutschen Krankenhaus Institutes 34 Prozent der Krankenhäuser Schwierigkeiten an, die Pflegedienststellen auf Normalstation besetzen zu können. So können durchschnittlich knapp fünf Vollzeitstellen pro Krankenhaus nicht besetzt werden. Deutlich schwieriger sei es aber besonders für größere Krankenhäuser (ab 600 Betten) Pflegekräfte für spezielle Bereiche, wie die Anästhesie- oder Intensivpflege zu gewinnen.<sup>4</sup> Auch das Klinikum steht ständig vor der Herausforderung, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen.

Neues Personal zu gewinnen wird zunehmend schwieriger und entsprechend steigt die Notwendigkeit, sich mit der Thematik der Personalgewinnung auseinanderzusetzen. Unterschiedliche Trends und Veränderungen müssen dabei beachtet und fortwährend in die eigenen Strategien der Personalgewinnung eingearbeitet werden. Die Anforderungen sind entsprechend hoch. Dies zeigt auch Scholz, indem er Personalmarketing als „die bewusste und zielgerichtete Anwendung personalpolitischer Instrumente zur Akquisition von zukünftigen und Motivation von gegenwärtigen Mitarbeitern“<sup>5</sup> definiert. Doch der Aufwand scheint entsprechend lohnenswert, wenn damit nicht nur kurzfristig offene Stellen besetzt, sondern auch längerfristige Resultate sichtbar werden. Während nach außen hin der Bekanntheitsgrad wachsen und das Image des Unternehmens verbessert werden kann, können auch intern Effekte erzielt werden. So signalisiert das Unternehmen beispielswei-

---

<sup>1</sup> Grabitz, I.; Wisdorff, F. (2011), <http://www.welt.de/> (Stand: 11.2.2014)

<sup>2</sup> Vgl. Reimers, P. (2013), <http://www.stuttgart.ihk24.de/> (Stand: 11.2.2014)

<sup>3</sup> Vgl. PricewaterhouseCoopers (2012), S. 60 ff.

<sup>4</sup> Vgl. Blum, K. u.a. (2013), S. 21ff.

<sup>5</sup> Scholz, C. (2000), S. 417

se beständige Aktivität, zeigt Karrierechancen und damit Entwicklungsmöglichkeiten auf und erreicht damit eine stärkere Mitarbeiterbindung.<sup>6</sup>

Doch was sind Wege der modernen Personalgewinnung? Welche Trends gilt es zu berücksichtigen? Welche Methoden werden aktuell eingesetzt und wie effektiv sind diese eigentlich? Welche Veränderungen muss das eigene Unternehmen erwägen? Diese Themen sollen in der Arbeit unter folgender Fragestellung erörtert werden:

*Inwieweit können durch den verbesserten Einsatz von Personalgewinnungsmaßnahmen Pflegefachkräfte<sup>7</sup> gezielt erreicht und als Mitarbeiter gewonnen werden?*

## **1.2 Aufbau und Zielsetzung**

Das Ziel und damit auch der Schwerpunkt dieser Arbeit ist, die in dem Klinikum derzeit eingesetzten Methoden der Personalgewinnung zu analysieren, zu bewerten und aus dieser Bewertung entsprechende Handlungsempfehlungen abzuleiten. Dazu wird im ersten Teil der Arbeit wissenschaftliche Literatur analysiert und so die theoretische Grundlage gelegt.

Personalgewinnung ist nur ein Teil eines großen Ganzen. Dieses große Ganze, das Überthema Personalmanagement, wird in Kapitel zwei zunächst in Bezug auf die Personalgewinnung betrachtet. Neben der Einordnung in den Gesamtprozess werden dabei auch die allgemein gültigen Theorien und Anforderungen aufgezeigt. Vom Allgemeinen zum Speziellen wird dann, nach der folgenden stark komprimierten Betrachtung der Grundlagen der Personalgewinnung, der Schwerpunkt auf das Thema Personalmarketing gelegt, wobei zuerst der Prozess im Mittelpunkt steht. Zur besseren Erfassung des Gesamtthemas werden in diesem Zusammenhang auch die Besonderheiten der Personalgewinnung in der Pflege skizziert.

Kapitel drei stellt die Methoden der Kommunikationspolitik in der Personalgewinnung als zentrales Thema dieser Arbeit vor. Neben der Unterteilung der Methoden in die interne und externe Personalgewinnung, wird bei der externen Personalgewinnung eine weitere Differenzierung vorgenommen. Hier werden die drei Kontaktphasen zwischen dem Unternehmen und dem potentiellen Bewerber unterschieden. Das Kapitel schließt mit einer Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile der beiden Perspektiven der Personalgewinnung.

Anhand der Struktur des in der Theorie aufgezeigten Prozesses und der verschiedenen Methoden der Personalgewinnung, werden in Kapitel vier die Personalgewinnung und deren Methoden am

---

<sup>6</sup> Vgl. Stock-Homburg, R. (2013), S. 131

<sup>7</sup> Der Begriff Pflegefachkräfte wird synonym für examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte gebraucht. Des Weiteren schließen Personenbezeichnungen, wenn diese aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet werden, das jeweils andere Geschlecht mit ein.

Beispiel der Gewinnung von Pflegefachkräften im Klinikum kritisch analysiert. Zusammen mit der folgenden Beurteilung dient diese Betrachtung des Ist-Standes als Basis für das später aufgezeigte Handlungskonzept.

Zur Beurteilung der Personalgewinnung im Klinikum wurde eine empirische Erhebung unter den neueingestellten Pflegefachkräften durchgeführt, mit der sich das Kapitel fünf beschäftigt. Das Ziel der Befragung war einerseits, den aktuellen Zustand kritisch zu betrachten. Andererseits sollten durch diese Erhebung auch neue Wege und Möglichkeiten aufgezeigt werden, deren Ansätze ebenfalls in der Befragung eruiert wurden. In den Teilschritten Konzeption, Durchführung und Auswertung wird die quantitative Primärdatenerhebung beschrieben. So wird, nach der Absteckung des theoretischen und praktischen Rahmens, zuerst die Konstruktion und Gestaltung des Fragebogens, die auf der Grundlage der Literatur und eigener Ausarbeitung basieren, und danach die Durchführung der Umfrage chronologisch dargelegt. In der folgenden Darstellung der Ergebnisse werden neben der Auswertung bereits erste Interpretationen und Handlungsimpulse abgeleitet. Dazu wurden nach dem Abschluss der Umfrage zusätzlich, neben der statistischen Datenanalyse, ähnliche empirische Studien gesucht, die als Referenz- und Vergleichswerte zur Auswertung der Primärdatenerhebung herangezogen werden. Mit einer Zusammenfassung und Bewertung schließt dieses Kapitel.

Abgeleitet aus der Literatur und der Analyse und Beurteilung des Ist-Standes der Personalgewinnung von Pflegefachkräften im Klinikum, wird in Kapitel sechs ein Handlungskonzept vorgestellt, das, wie diese gesamte Arbeit, ein Stück dazu beitragen soll, die Personalgewinnung zu optimieren, offene Stellen im Pflegebereich zu besetzen und damit, im Gesamtzusammenhang gesehen, den Unternehmenserfolg langfristig zu sichern.

Am Ende dieser Arbeit findet sich in Kapitel sieben neben dem abschließenden Fazit ein Ausblick auf weitere Handlungs- und Forschungsmöglichkeiten der Personalgewinnung.

## 2 Personalgewinnung im Überblick

### 2.1 Personalmanagement als Rahmen der Personalgewinnung

#### 2.1.1 Personalarbeit und Personalmanagement

In der Personalarbeit wurden nach Scholz in der zeitlichen Entwicklung immer wieder neue Schwerpunkte gesetzt. Während man bis in die 1950er Jahre vor allem die Personalverwaltung fokussierte, und damit vor allem die Abrechnung und Mitbestimmung der Mitarbeiter im Blick hatte, kristallisierte sich ab den 60er Jahren eine neue, gestärkte Identität der Personalabteilung heraus. Den Schwerpunkt bildete die Personalstrukturierung. Man begann Personal geplanter einzusetzen, woraus sich die Phase der Personalentwicklung herausbildete, bei der man das Personal für den zukünftigen Einsatz weiter zu entwickeln begann. Dazu kam ab den 80er Jahren die Fokussierung auf die Personalstrategien, bei der man sich mehr und mehr von dem Gedanken, Personal als reinen Produktionsfaktor anzusehen, löste und zunehmend die komplexe Wertschöpfung als Ganzes sah. In der Phase der Personalinterfunktionalität und der Personalkompetenzintegration versuchte man nun seit den 90er Jahren durch den Faktor Mitarbeiter eine Verbesserung der Wettbewerbsposition zu erreichen. Dies geschah durch die Dezentralisierung der Aufgaben der Personalabteilung und der langfristig angelegten Entwicklung einer Personal-Vision für das gesamte Unternehmen. Da allerdings nicht alle Unternehmen diese Phasen in dieser Art und Reihenfolge durchliefen, ist die Gegenwart von vielen unterschiedlichen Problemen und entsprechenden Aktivitäten geprägt.<sup>8</sup>

Stock-Homburg definiert im Jahr 2013 Personalmanagement als Ganzes sehr umfassend und greift mit ihrer Definition die Entwicklungen folgendermaßen auf: „In der Unternehmensstrategie verankerte Aktivitäten zur Gestaltung der Personalmanagement-Systeme und der Führung von Mitarbeitern bzw. Teams, die der langfristigen Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens dienen. Die Aktivitäten des Personalmanagements liegen in der Verantwortung aller Bereiche im Unternehmen.“<sup>9</sup>

So gehört für sie als zentrales Element auf der einen Seite die Führung von Mitarbeitern und Teams dazu. Auf der anderen Seite setzt sie den Schwerpunkt in die Gestaltung von Personalmanagement-Systemen. Dazu gehören für sie einerseits die sogenannten Mitarbeiterflusssysteme, die Veränderungen in der Mitarbeiterstruktur abbilden. Da der Eintritt des Mitarbeiters der Anfang seiner Bewegung im Unternehmen darstellt, ist die Personalgewinnung<sup>10</sup> ein Teil der Mitarbeiterflusssysteme. Dazu gehören für sie außerdem zunächst die Bedarfsplanung und nach der Gewinnung die Perso-

---

<sup>8</sup> Vgl. Scholz, C. (2000), S. 32 f.

<sup>9</sup> Stock-Homburg, R. (2013), S. 16

<sup>10</sup> Der Prozess der Personalgewinnung wird in 2.1.5 näher betrachtet.

alentwicklung und auch die Personalfreisetzung. Andererseits fasst sie unter der Gestaltung von Personalmanagement-Systemen auch die Belohnungssysteme als eine übergeordnete Kategorie zusammen. Diese haben dabei das Ziel, Leistungsanreize für alle Mitarbeiter des Unternehmens zu schaffen. Dazu gehören für sie die Personalbeurteilungssysteme als auch die –vergütungssysteme. Sämtliche Aktivitäten finden sowohl auf der Makroebene, was die Gestaltung der Systeme betrifft, als auch auf der Mikroebene, bei der einzelne Teams und Mitarbeiter geführt werden, durch verteilte Verantwortung statt.<sup>11</sup> Dies wird auch in folgender Abbildung 1 noch einmal übersichtlich dargestellt:

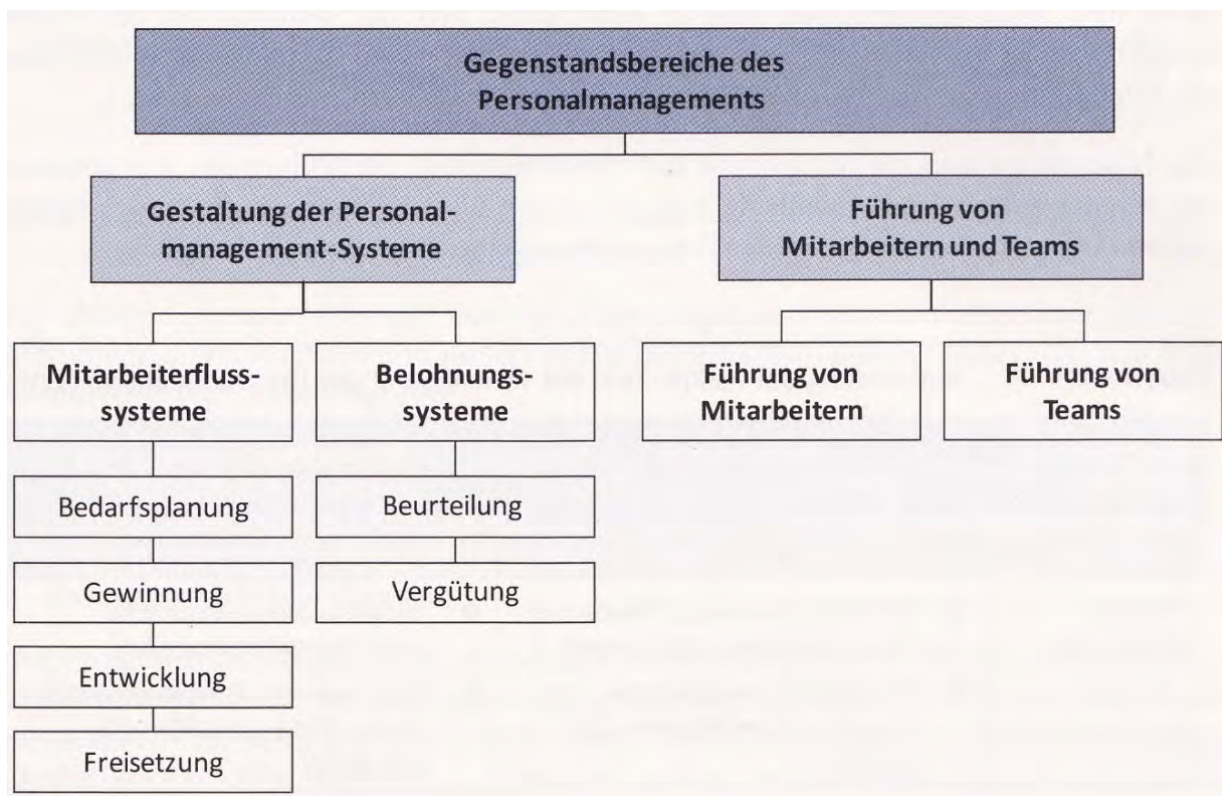


Abb. 1: Gegenstandsbereiche des Personalmanagements<sup>12</sup>

## 2.1.2 Theorien des Personalmanagements

Verschiedene theoretisch-konzeptionelle Ansätze sind im Personalmanagement zu berücksichtigen. Diese können grob unterteilt werden in spezifische Ansätze, die sich auf einzelne Bereiche des Personalmanagements beziehen, und allgemeine Ansätze, mit einer grundlegenden Relevanz für das Personalmanagement. Bei den allgemeinen, und somit grundlegend relevanten, Ansätzen wiederum unterscheidet man zwischen ökonomischen und verhaltenswissenschaftlichen Ansätzen. Im Zentrum der ökonomischen Ansätze stehen die Erfolgsauswirkungen des Personalmanagements für

<sup>11</sup> Vgl. Stock-Homburg, R. (2013), S. 16 ff.

<sup>12</sup> Enthalten in: ebd., S. 17



das Unternehmen. Ein wichtiger Ansatz ist dabei die Prinzipal-Agenten-Theorie, in der die Aufgabe der Vertragsgestaltung zwischen den Akteuren zentral ist. Der Auftraggeber, der Prinzipal (bspw. der Arbeitgeber), überträgt in seinem Interesse dem Auftragnehmer, dem Agenten (bspw. dem Arbeitnehmer), eine Aufgabe und erwartet, dass diese Aufgabe auch in seinem Interesse ausgeführt wird. Dem Agenten wird jedoch Opportunismus<sup>13</sup> unterstellt, sodass er die Informationsasymmetrien zu seinem Vorteil ausnutzt. Neben den Informationsproblemen sind die Kontrollprobleme für die Beziehung kennzeichnend. So kann der Prinzipal nur eingeschränkt kontrollieren, welches Interesse der Agent vorrangig vertritt. Dies muss in der Praxis vor allem in der Vertragsgestaltung, bspw. durch Anreizsysteme, und auch schon bereits in der Personalauswahl berücksichtigt werden.<sup>14</sup> Ein weiterer Ansatz ist die Transaktionskostentheorie, die die Kosten einer Austauschbeziehung, bspw. zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, abbildet. Dabei werden die Kosten in ex-ante und ex-post gegliedert, um diese zu überblicken und entsprechend minimieren zu können. So soll das Personalmanagement möglichst kosteneffizient gestaltet werden. Als dritte ökonomische Theorie ist der ressourcenbasierte Ansatz zu nennen. Tangible und intangible Ressourcen müssen generiert bzw. erhalten werden und dienen langfristig dem Unternehmenserfolg. Hierbei gilt es besonders den Wert der humanen Ressourcen zu erkennen und zu berücksichtigen.<sup>15</sup>

Auf der anderen Seite gibt es die verhaltenswissenschaftlichen Ansätze, die vor allem die Interdependenzen und die Korrelation von Personalmanagementaktivitäten und Beschäftigten zu erklären versuchen. Diese verhaltenswissenschaftlichen Ansätze werden wiederum in austauschtheoretische und motivationstheoretische Ansätze unterschieden. Zu den austauschtheoretischen Ansätzen gehören die Anreiz-Beitrags-Theorie, die soziale Austauschtheorie und die Theorien der organisationalen Gerechtigkeit. Im Fokus steht das Austauschverhältnis, das der Mitarbeiter mit dem Unternehmen eingeht und die Frage, wie dieses aufrechterhalten werden kann. Die Frage, wie ein Mitarbeiter motiviert werden kann, wird in den motivationstheoretischen Ansätzen behandelt. Dazu gehören die Bedürfnispyramide nach Maslow, die ERG-Theorie, die Leistungsmotivationstheorie und die Zwei-Faktoren-Theorie. Diese Theorien spielen im Personalmanagement eine zentrale Rolle.<sup>16</sup> Da sie jedoch weniger die Personalgewinnung betreffen, werden sie in dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> Eine „allzu bereitwillige Anpassung an die jeweilige Lage aus [eigenen] Nützlichkeitsabwägungen“ - siehe o. V. (2013), <http://www.duden.de/> (Stand: 7.4.2014)

<sup>14</sup> Vgl. Ridder, H.-G. (1999), S. 45 ff.

<sup>15</sup> Vgl. Stock-Homburg, R. (2013), S. 42 ff.

<sup>16</sup> Vgl. ebd., S. 54 ff.

<sup>17</sup> Eine gute Zusammenfassung der relevanten Theorien findet sich in Zimmermann, S. (2009): Rekrutierungsvorgehen deutscher Unternehmen im Bereich des Topmanagements. München und Mering 2009. S. 65 ff.

### 2.1.3 Anforderungen an das Personalmanagement

Da die Personalgewinnung Teil des Personalmanagements ist, steht sie somit den gleichen Anforderungen gegenüber, die auch an das Personalmanagement gestellt sind. Diese wurden von Scholz in folgender Abbildung 2 zusammengefasst:

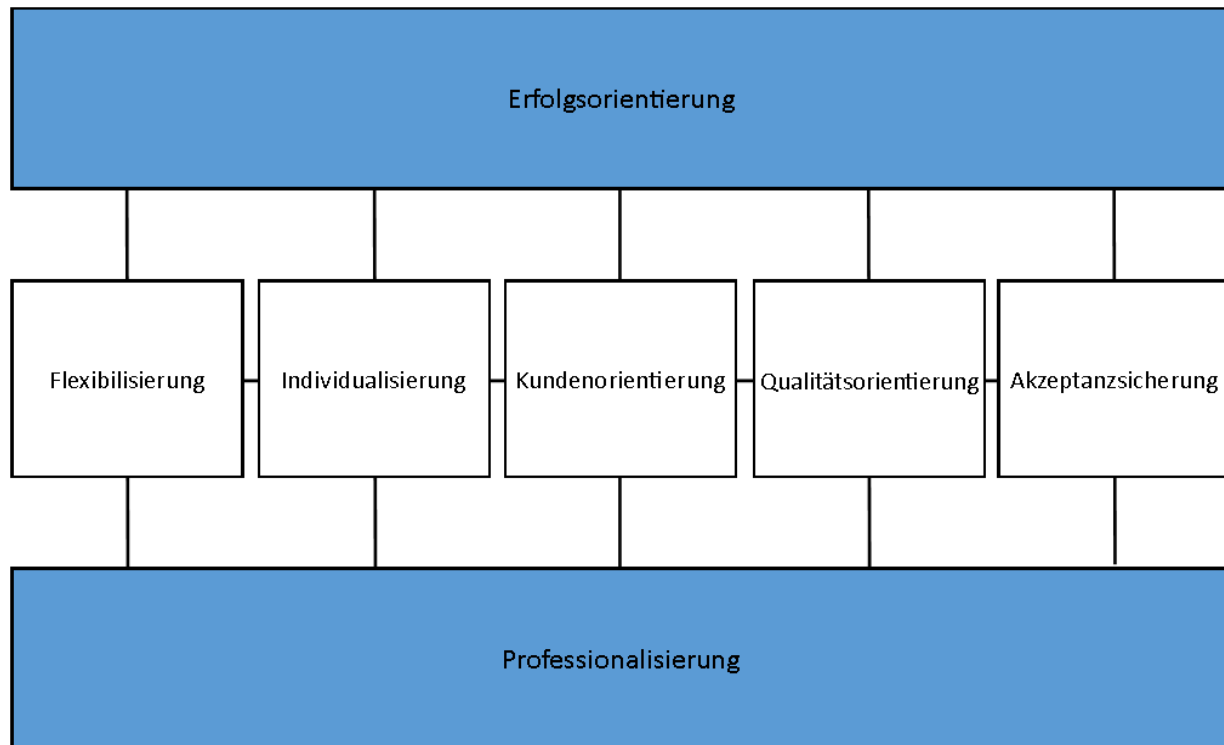


Abb. 2: Anforderungen an das Personalmanagement<sup>18</sup>

Als große Anforderung über allem steht die Erfolgsorientierung. Der Unternehmenserfolg muss an oberster Stelle gesehen werden, da Personalmanagement kein Selbstzweck ist. Ganz im Gegenteil: Nur ein erfolgreiches Unternehmen kann Arbeitsplätze erhalten. Sämtliche personalwirtschaftliche Aktivitäten müssen deswegen auf ökonomische Zielgrößen ausgerichtet werden. Selbstverständlich werden dabei Zielkonflikte mit sozialen Größen unvermeidbar sein, die im Einzelfall betrachtet werden müssen. Flexibilität ist heutzutage nötig, um das System an unvorhergesehene Ereignisse schnell anpassen zu können. Die Anwendungsfelder sind vielfältig und umfassen sowohl den Personalbestand, die Arbeitsorganisationen, die Arbeitszeitstrukturen und vieles mehr. Allerdings muss das Thema Flexibilität differenziert betrachtet werden, da man sonst bspw. in eine Ineffizienz-, Bürokratie- oder Zielkonfliktfalle treten kann.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> In Anlehnung an Scholz, C. (2000), S. 65

<sup>19</sup> Vgl. ebd., S. 65 ff.

Jeder Mitarbeiter möchte zunehmend zum „Architekten des eigenen Lebensweges [...] werden“<sup>20</sup>, was unter dem Schlagwort Individualisierung als Herausforderung für das Personalmanagement zusammengefasst wird. Die meisten Forderungen des einzelnen Mitarbeiters werden oft schon im Bewerbungsgespräch eingebracht, wenn es bspw. um die Entlohnung, die Arbeitszeiten und Entwicklungsmöglichkeiten geht und sind somit nicht nur Motivations-, sondern auch Akquisitionsinstrument.<sup>21</sup>

Als nächste Anforderung wird die Kundenorientierung genannt. Je nach Sichtweise gibt es im Personalmanagement mehrere Arten von Kunden. So können sowohl potentielle Mitarbeiter, Mitarbeiter des Unternehmens, die Geschäftsführung als auch andere Abteilungen Kunden sein.<sup>22</sup> Haitzer schlägt sogar vor, Bewerbungsgespräche wie eine Art Castingshow zu veranstalten, bei denen Kunden des Unternehmens als Jury über die zukünftigen Mitarbeiter mitentscheiden dürfen.<sup>23</sup> Dies wird jedoch wahrscheinlich selten in der Praxis umgesetzt werden.

Des Weiteren gilt es die Qualitätsorientierung und als auch die Akzeptanzsicherung im Blick auf das Personalmanagement auszubauen. Dabei müssen rationale und auch sozio-emotionale Barrieren überwunden und ein Vertrauen und eine Akzeptanz gegenüber Veränderungen geschaffen werden. Als letzter großer Punkt, der alle anderen Punkte untermauert und durchzieht, gilt es das eigene Wissen ständig zu aktualisieren und spezifische Kompetenzen weiter auszubauen. Auch die Entwicklung sozialer Kompetenzen und die kritische Reflexionsfähigkeit dürfen dabei nicht übersehen werden. Da Personalmanagement kein Selbstzweck ist, sondern Teil eines großen Ganzen, gilt es, den Anforderungen nach Möglichkeiten gerecht zu werden.

## **2.2 Grundlagen der Personalgewinnung**

### **2.2.1 Gründe für Personalgewinnung**

Der zentrale Grund für Personalgewinnung ist offensichtlich. So geht es darum, qualifizierte Mitarbeiter für das Unternehmen zu gewinnen, sodass dieses langfristig am Markt erfolgreich agieren kann. Doch darüber hinaus gibt es noch weitere Gründe, die für das Thema Personalgewinnung sprechen. Dies ist ebenfalls eine Begründung, weshalb es sich lohnt, das Thema intensiv zu behandeln und beständig in die Personalarbeit zu integrieren. So wird der gute Ruf des Unternehmens als Arbeitgeber verbessert. Durch das Aufzeigen interner Karrieremöglichkeiten wird die Attraktivität des Arbeitgebers gesteigert und somit die Zufriedenheit und Bindung der Arbeitnehmer erhöht. Des

---

<sup>20</sup> Knapp, E. (2010), S. 23

<sup>21</sup> Vgl. ebd., S. 23 ff.

<sup>22</sup> Vgl. Scholz, C. (2000), S. 73 ff.

<sup>23</sup> Vgl. Haitzer, A. (2011), S. 75

Weiteren gewinnt das Unternehmen durch neue Mitarbeiter Know-How, das vorher vielleicht noch nicht in dieser Weise vorhanden war. Außerdem bilden neue qualifizierte Mitarbeiter einen strategischen Wettbewerbsvorteil und erhöhen wiederum das Arbeitgeberimage.<sup>24</sup>

Scholz fasst die Gründe für die Personalgewinnung in folgende drei zentrale Funktionen zusammen:

- 1) Profilierungsfunktion – Da durch die neuen Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt der Wettbewerb um qualifizierte Mitarbeiter deutlich gestiegen ist, muss das Unternehmen sich gegenüber anderen profilieren und besitzt so, im besten Falle, einzigartige Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenzunternehmen.
- 2) Akquisitionsfunktion – Wenn durch die Profilierungsfunktion die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen sind, geht es darum, entsprechend qualifizierte Mitarbeiter zu akquirieren.
- 3) Motivationsfunktion – Um die Mitarbeiterbindung entsprechend zu erhöhen und, wenn gewünscht, die Fluktuation entsprechend zu reduzieren, kommt der Personalgewinnung zusätzlich die interne Motivationsfunktion zu, sodass die Bedürfnisse der Mitarbeiter analysiert werden können und nach Möglichkeit entsprechend gehandelt werden kann.<sup>25</sup>

## 2.2.2 Rahmenbedingungen der Personalgewinnung

Bei alledem, was für die Personalgewinnung spricht, gilt es auch Einschränkungen und Rahmenbedingungen nicht außer Acht zu lassen. Ganz grundsätzlich ist eine sehr entscheidende Rahmenbedingung der finanzielle Aspekt. Auch wenn viele gute Gründe für die Personalgewinnung sprechen und die Kosten, wenn man sich nicht oder nur beiläufig um das Thema Personalgewinnung kümmert, gesamt betrachtet, schlussendlich größer sein können, bleibt es dabei: Personalgewinnung kostet Geld. Ein großer Teil der Kosten sind dabei natürlich die Personalkosten der Mitarbeiter, die sich dieser Aufgabe widmen. Dazu kommen die laufenden Kosten für „Standardmaßnahmen“ des Personalmarketings bspw. durch Maßnahmen in der Kommunikationspolitik<sup>26</sup>. Außerdem kommen noch Kosten für besondere Projekte und Einzelmaßnahmen dazu, die auch entsprechend im Budget berücksichtigt werden müssen.<sup>27</sup>

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der nicht außer Acht gelassen werden darf, sind die rechtlichen bzw. gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Wichtigsten sind in folgender Tabelle aufgelistet:

---

<sup>24</sup> Vgl. Stock-Homburg, R. (2013), S. 130 f.

<sup>25</sup> Vgl. Scholz, C. (2000), S. 420

<sup>26</sup> Darstellung des Themas in Kapitel 2.3.3 und Kapitel 3.

<sup>27</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Personalführung (2006), S. 65 f.

Rechtsgrundlage	Geregelter Tatbestand
§ 93 BetrVG	Der Betriebsrat kann verlangen, dass freie Arbeitsplätze vor ihrer Besetzung innerhalb des Unternehmens ausgeschrieben werden.
§ 7 Abs. 1 TzBfG	Eine Stelle ist auch als Teilzeitarbeitsplatz auszuschreiben, wenn sie sich hierfür eignet.
§ 99 Abs. 2 Nr. 5 BetrVG	Der Betriebsrat kann bei Unterlassen der geforderten Stellenausschreibung seitens des Arbeitgebers der Einstellung bzw. der Versetzung widersprechen.
§ 611b BGB	Stellenausschreibungen haben geschlechtsneutrale Stellenbezeichnungen zu beinhalten.
§ 81 Abs. 1 SGB IX	Der Arbeitgeber hat unter Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung zu prüfen, ob freie Arbeitsplätze mit einem schwerbehinderten Menschen besetzt werden können. Andernfalls kann der Betriebsrat seine Zustimmung zur Einstellung eines anderen Bewerbers nach § 99 Abs. 2 BetrVG verweigern. <sup>28</sup>
§ 1 ff. AGG	Stellenausschreibungen dürfen keine diskriminierenden Bezeichnungen (im Hinblick auf Unterschiede potenzieller Bewerber hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Kultur usw.) beinhalten.

Tab. 1: Wichtige rechtliche Regelungen mit Relevanz für die Personalgewinnung<sup>29</sup>

Sehr wichtig ist in der Personalgewinnung natürlich auch der sensible Umgang mit Daten. Sowohl bei manueller als auch bei maschineller Verarbeitung gilt es den „Schutz der gespeicherten Daten vor Beeinträchtigung durch höhere Gewalt, menschliche oder technische Fehler und Missbrauch“<sup>30</sup> zu gewährleisten. Dies gilt natürlich besonders im Umgang mit Mitarbeiterdaten, aber auch mit Daten im Zusammenhang von Bewerbungen. Auf Basis eines rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses gilt auch hier unter anderem das Prinzip der Zweckbindung, der Transparenz und der Verhältnismäßigkeit.<sup>31</sup>

Gerade auch bei der Nutzung des Internets und der sozialen Medien ist es wichtig für ein Unternehmen, eine sogenannte „Social Media Guideline“ aufzustellen und dies im Unternehmen zu kommunizieren und zu leben. Mit einer solchen Richtlinie sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um Mitarbeiter in der virtuellen Welt einerseits zu schützen und andererseits im Sinne des Unternehmens zu leiten. So eine Richtlinie sollte auch für den Krisenfall vorbereitet werden, wenn das Unternehmen, aus welchen Gründen auch immer, gerade im Internet massiv kritisiert oder her-

<sup>28</sup> Weitere Informationen bez. der besonderen Berücksichtigung schwerbehinderter Menschen sind zu finden in o. V. (o. J.), [http://www.schwvb.de/rechte\\_und\\_plichten.html#Arbeitgeber](http://www.schwvb.de/rechte_und_plichten.html#Arbeitgeber) (Stand: 9.4.2014).

<sup>29</sup> Enthalten in: Stock-Homburg, R. (2013), S. 159. Für weitere Informationen siehe auch Muschiol, T. (Hrsg.) (2013): Arbeitsrecht. Praxiswissen für Unternehmen. Freiburg 2013.

<sup>30</sup> Witt, B.C. (2010), S. 4

<sup>31</sup> Vgl. ebd., S. 73 ff.

ausgefordert wird. Dieser Fall sollte so gut es geht im Voraus durchdacht und festgehalten werden.<sup>32</sup>

### 2.2.3 Personalimage als grundlegender Erfolgsfaktor

Die Position des Unternehmens auf dem Arbeitsmarkt, die das eine Unternehmen vom anderen unterscheidet, ist für die Personalgewinnung sehr entscheidend. Diese Position wird von Reuschenbach auch „Personalimage“ genannt und setzt sich aus drei Bereichen zusammen. Als erstes spielt das Image der gesamten Branche eine entscheidende Rolle. Darin fließen Faktoren ein wie der Stellenwert, das Gehalt, die Wertschätzung in der Gesellschaft, die Arbeitsbelastung und die Dienstzeiten. Des Weiteren setzt sich das Personalimage des Unternehmens auch aus dem Kundenimage zusammen. Wie zufrieden sind die Kunden mit der Serviceleistung, der Freundlichkeit, der Dienstleistung, der Wertschöpfung, etc.. Als letztes fließt in das Personalimage des Unternehmens das eigentliche Unternehmensimage mit hinein. Dazu gehören der Standort, das Leitbild, das Personalentwicklungspotential, die Größe, die Bekanntheit, der Träger und andere Faktoren.<sup>33</sup>

Möchte man nun als Unternehmen sein Image aus Personalgewinnungsgründen verbessern, spricht man unter anderem auch vom Personalmarketing. „Personalmarketing heißt konsequentes Umsetzen des Marketinggedankens auch im Personalbereich. Das Unternehmen, inklusive Arbeitsplatz (Produkt), muss an gegenwärtige und zukünftige Mitarbeiter (Kunden) „verkauft“ werden, wobei die Unternehmenskultur (Produkteigenschaft) eine entscheidende Rolle spielt!“<sup>34</sup> Entsprechend werden die einzelnen Marketinginstrumente nicht nur auf die Anwerbung von Kunden, sondern auch auf die Anwerbung von Mitarbeitern übertragen.

Die Bestrebungen des Personalmarketings werden oft auch in Zusammenhang mit dem Thema Employer Branding gesetzt. „Employer Branding ist die identitätsbasierte, intern wie extern wirksame Entwicklung und Positionierung eines Unternehmens als glaubwürdiger und attraktiver Arbeitgeber.“<sup>35</sup> Es umfasst noch weit mehr Handlungsfelder und ist ein Prozess der Organisationsentwicklung. Somit kann Personalmarketing als ein Teil des Employer Brandings gesehen werden.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> Vgl. Bernauer, D. u.a. (2011), S. 152 ff.

<sup>33</sup> Vgl. Reuschenbach, B. (2004), S. 28 f.

<sup>34</sup> Scholz, C., Personalmarketing für High-Potentials. In Thiele, A. (Hrsg.); Eggers, B., Innovatives Personalmarketing für High-Potentials, Göttingen 1999, S. 28. Zitiert nach: ebd., S. 28

<sup>35</sup> Kriegler, W.R. (2012), S. 23

<sup>36</sup> Auf weitere Ausführungen des Themas wird an dieser Stelle verzichtet. Ausführliche Darstellungen sind bspw. zu finden in: Künzel, H. (Hrsg.), Erfolgsfaktor Employer Branding – Mitarbeiter binden und die Gen Y gewinnen, München 2013.

## 2.2.4 Inhalt und Ablauf der Personalgewinnung

Der gesamte Prozess der Personalgewinnung ist in folgender Abbildung 3 dargestellt:

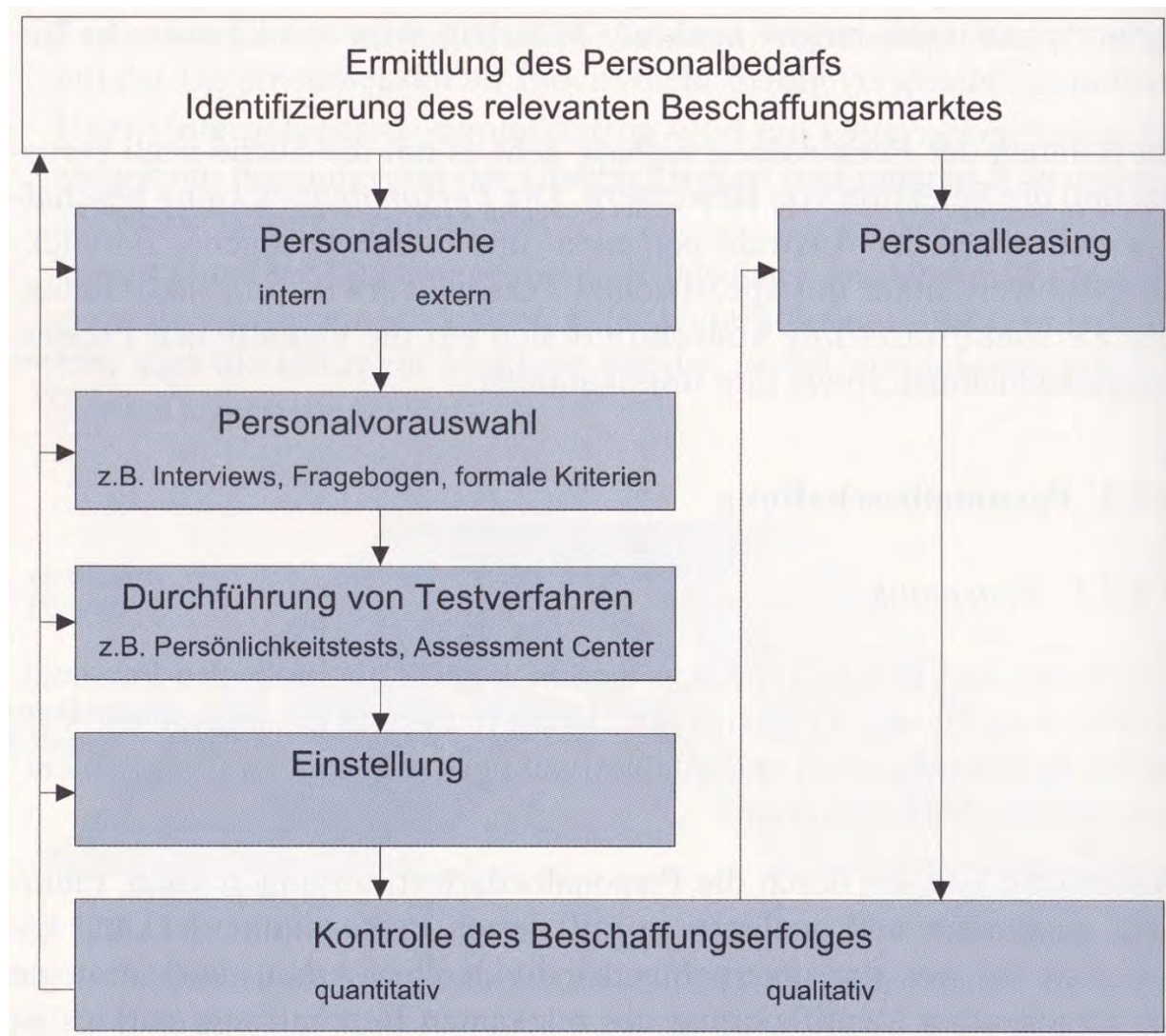


Abb. 3: Gesamtprozess der Personalgewinnung<sup>37</sup>

Die Grundlage der Personalgewinnung stellt die Ermittlung des Personalbedarfs dar und die Identifizierung des relevanten Beschaffungsmarktes. Daraufhin kommt es zur Personalsuche, die in dieser Arbeit als Personalmarketing bezeichnet wird und den Schwerpunkt darstellt. Aus den eingegangenen Bewerbungen gilt es dann in Auswahl- und Testverfahren den oder die passenden Bewerber zu finden und einzustellen. Auf der rechten Seite ist die Alternativmöglichkeit des Personalleasings aufgezeigt, auf die in dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann. Schließlich erfolgt die Kontrolle in

<sup>37</sup> Enthalten in: Scholz, C. (2000), S. 456

quantitativer und qualitativer Hinsicht und, wenn nötig, die entsprechende Korrektur der einzelnen Schritte.<sup>38</sup>

## 2.3 Der Prozess des Personalmarketings

Damit die Personalgewinnung entsprechend den oben genannten Anforderungen agieren und auch die Ziele und Funktionen erfüllen kann, bedarf es eines gut strukturierten und inhaltlich kreativen Personalmarketingprozesses. Dieser ist von Kirchgeorg und Müller in folgender Abbildung 4 zusammengefasst worden und wird in den folgenden Kapiteln in Teilschritten dargestellt:

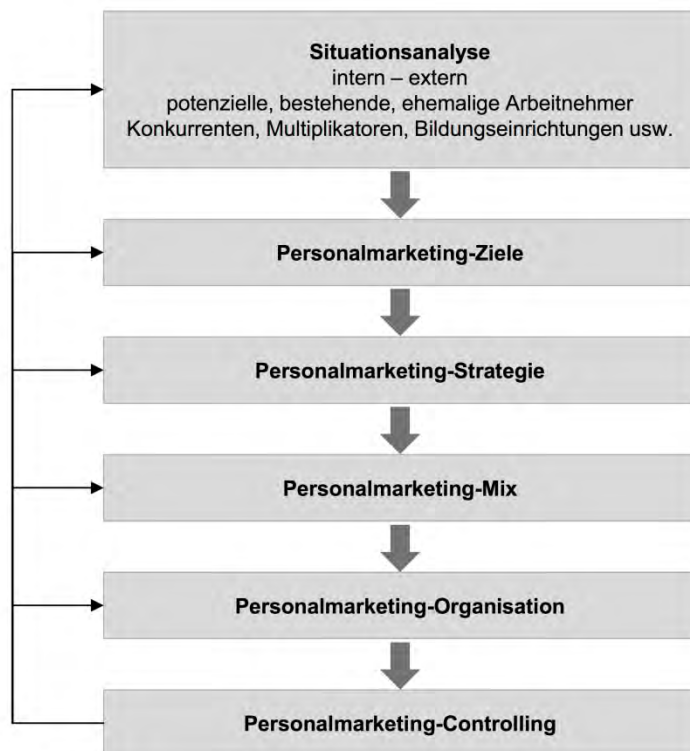


Abb. 4: Prozess des Personalmarketings<sup>39</sup>

### 2.3.1 Situationsanalyse

Im ersten Schritt muss zunächst eine adäquate Informationsgrundlage für den folgenden Prozess geschaffen werden. Dabei geht es darum, sich seiner Zielgruppen bewusst zu sein und im Folgenden diese kennen zu lernen. Die Zielgruppen kann man dabei in zwei Kategorien aufteilen. In der ersten Stufe gibt es die primären Zielkategorien. Dazu gehört als erstes die Kategorie der potentiellen Arbeitnehmer auf dem externen Arbeitsmarkt, wie bspw. Auszubildende, Studenten und Berufserfahrene, die entweder aktiv auf der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz sind oder sich passiv

<sup>38</sup> Vgl. ebd., S. 456

<sup>39</sup> Enthalten in: Kirchgeorg, M.; Müller, J.; Stock-Homburg, R. (Hrsg.) (2013), S. 76



abwerben lassen würden. Dabei kann der Arbeitsmarkt sowohl national als auch international gesehen werden. Prinzipiell gehören die Quereinsteiger bzw. „Umlerner“ auch dazu, werden aber in der Literatur selten erwähnt. Diese stellen ein sehr großes Reservoir an potentiellen Kandidaten dar, sind für die neue Chance dankbar und werden teilweise in ihrer Umschulung staatlich unterstützt.<sup>40</sup> Zu der zweiten Kategorie gehören die aktuellen Mitarbeiter im eigenen Unternehmen, die durch Umschulung oder Beförderung auch für andere Positionen in Frage kommen würden. Die dritte Kategorie stellen die ehemaligen Mitarbeiter dar, die zu einem früheren Zeitpunkt in dem eigenen Unternehmen gearbeitet haben und nun aus verschiedenen Gründen ausgeschieden sind. Diese Zielgruppe kann sehr relevant sein, da es darum geht, ehemalige Praktikanten oder Mitarbeiter, die nun bei einem anderen Arbeitgeber sind, zurückzugewinnen, Mütter nach ihrer Babypause wieder ins Berufsleben zu integrieren oder ehemalige Mitarbeiter im Ruhestand auf geringfügiger Basis weiter zu beschäftigen. In der sekundären Zielgruppenkategorie gehören Bildungsinstitutionen, Arbeitsagenturen, Multiplikatoren, Personalvermittler, zunehmend auch mitwerbende Konkurrenten und andere dazu.<sup>41</sup>

Im nächsten Schritt der Situationsanalyse geht es darum, seine Zielgruppen kennen zu lernen. So ist es wichtig, die unterschiedlichen Altersgruppen zu berücksichtigen, da auch ihr Verhalten auf dem Arbeitsmarkt unterschiedlich ist. So legt zum Beispiel die Generation der „Baby Boomer“, die ungefähr zwischen 1945 und 1965 geboren sind, bei der Entscheidung für ein Unternehmen einen viel höheren Stellenwert auf langfristige Perspektive, die geprägt ist von Sicherheit und Stabilität. Sie schätzen die Anerkennung der eigenen Erfahrung und das Angebot von Sozialleistungen. Neue Stellen sucht diese Generation vor allem in Zeitungsinseraten, durch persönliche Ansprache von Bekannten oder Personalberatungen.<sup>42</sup> Während diese Generation vor allem lebt, um zu arbeiten, arbeitet die Generation X, um zu leben.<sup>43</sup> Ungefähr bis 1980 geboren, befindet sich die Generation X derzeit in ihrem Produktivitätshoch. Durch gezielte Stellenwechsel werden Karrieresprünge erreicht und auch Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb des Unternehmens werden dankbar angenommen. Leistungen sollen dabei durch entsprechende Vergütung, als auch durch soziales Ansehen anerkannt werden. Diese Generation nutzt auch schon virtuelle Jobplattformen und sucht im Internet nach neuen Herausforderungen.<sup>44</sup> Die Berufseinsteiger, Generation Y genannt, wollen hingegen erst leben und dann arbeiten. Sie suchen Spaß an der Arbeit, herausfordernde Aufgaben und sind aber auch bereit hart zu arbeiten. Zunehmend stehen jedoch die Sinnfrage und damit auch das ethisch

---

<sup>40</sup> Ausführlich in: Knecht, S. (2014): Erfolgsfaktor Quereinsteiger. Unentdecktes Potenzial im Personalmanagement. Wiesbaden 2014.

<sup>41</sup> Vgl. Kirchgeorg, M.; Müller, J.; Stock-Homburg, R. (Hrsg.) (2013), S. 76 f. und Arnold, H. (2012), S. 23 ff.

<sup>42</sup> Vgl. Arnold, H. (2012), S. 17 f.

<sup>43</sup> Vgl. Hesse, G. (2011), <http://www.saatkorn.com/> (Stand: 9.4.2014)

<sup>44</sup> Vgl. Arnold, H. (2012), S. 19 f.

und moralische Verhalten des Arbeitgebers auf dem Prüfstand. Gleichzeitig ist das Thema Work-Life-Balance sehr zentral.<sup>45</sup> Die absolute Affinität zum Internet spiegelt sich auch in ihrem Suchverhalten nach Arbeitsplätzen wieder. Was die Direktansprache angeht, wollen sie da gefunden werden, wo sie sich aufhalten.<sup>46</sup> Geradezu unbemerkt und von der Literatur größtenteils unbeachtet, wächst laut Definition seit dem Jahr 2000 bereits die „iGeneration“, auch Generation Z genannt, heran. Geprägt von der mobilen Technologie und der absoluten Individualität entstehen für das Personalmarketing damit neue Herausforderungen.<sup>47</sup>

Während die Auswertung der Literatur eine Möglichkeit ist, um bspw. das Informationsverhalten kennen zu lernen, gibt es darüber hinaus eine Vielzahl an Erfassungsmethoden, durch die man eine Vielzahl von Informationen erhalten und auswerten kann. So können durch sogenannte Primär- und Sekundäranalysen verschiedene Kennzahlen und Präferenzen erhoben werden, um eine optimale Situationsanalyse zu ermöglichen. Von Kirchgeorg und Müller wurde eine Auswahl an möglichen Informationen und entsprechenden Erfassungsmethoden, getrennt nach den verschiedenen primären Zielgruppenkategorien, in folgender, für sich selbst sprechender, Abbildung 5 aufgelistet:

	Potenzielle Mitarbeiter	Aktuelle Mitarbeiter	Ehemalige Mitarbeiter
<b>Informationen</b>	Soziodemographische Merkmale Qualifikationsprofile Erreichbarkeit (Schule, Universität usw.) Informationsverhalten Arbeitgeberbekanntheit Arbeitgebererwartungen Arbeitgeberimage Arbeitgeberpräferenzen Bewerbungsabsicht Bewerbungsverhalten	Qualifikationsprofile 360-Grad-Beurteilungen Stellenbeschreibung Karriereplanung Aktivitäten in sozialen Netzwerken Fluktuationsraten Mitarbeitererwartungen Mitarbeiterzufriedenheit Mitarbeiterengagement	Erreichbarkeit (Ehemaligen-Netzwerk) Informationsverhalten Weiterempfehlungsverhalten Gründe des Ausscheidens Image des ehemaligen Arbeitgebers Rückgewinnungswahrscheinlichkeit
<b>Erfassungsmethoden</b>	<u>Sekundäranalysen:</u> z. B. Arbeitgeberrankings, Auswertung von Blogs usw. bestehende Zielgruppenanalysen  <u>Primäranalysen:</u> z. B. Einzelinterviews Befragungen Beobachtungen Auswertung von Bewerbungsdaten	<u>Sekundäranalysen:</u> z. B. Auswertung bestehender Daten (Karriereentwicklung, generelle Befragungen usw.)  <u>Primäranalysen:</u> z. B. Einzelgespräche Mitarbeiterbefragungen 360-Grad-Befragungen Beobachtungen	<u>Sekundäranalysen:</u> z. B. Ehemaligen-Statistiken  <u>Primäranalysen:</u> z. B. Alumni-Befragungen Meeting mit ehemaligen Mitarbeitern Beobachtungen

Abb. 5: Informationsgrundlagen im Mitarbeiterbeziehungszyklus<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Vgl. Hesse, G. (2011), <http://www.saatkorn.com/> (Stand: 9.4.2014)

<sup>46</sup> Vgl. Arnold, H. (2012), S. 21 f.

<sup>47</sup> Vgl. Rosen, L. (2010), <http://www.psychologytoday.com/> (Stand: 9.4.2014)

<sup>48</sup> Enthalten in: Kirchgeorg, M.; Müller, J.; Stock-Homburg, R. (Hrsg.) (2013), S. 77

### 2.3.2 Ziele und Strategien

Übergeordnete Ziele können aus der Personalbedarfsplanung eins zu eins übernommen werden. Die Rekrutierung von qualifizierten Mitarbeitern in richtiger Anzahl, zum richtigen Zeitpunkt und am richtigen Ort ist vor allem entscheidend. Darüber hinaus können aber auch andere Zielvereinbarungen getroffen werden, um zum Beispiel die Bekanntheit oder das Image des Unternehmens auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern. Kirchgeorg und Müller verwenden ein sogenanntes Funnel-Modell und übertragen es auf die Fragestellung des Personalmarketings. Damit wird ein Erklärungsversuch für zielgruppenspezifische Verhaltensreaktionen aufgezeigt. Zu jedem Schritt, bis sich ein Arbeitsverhältnis anbahnt und wieder beendet wird, werden prozentuale Angaben über die verbleibenden potentiellen Kandidaten und die prozentuale Abnahme gemacht. Wenn man die Daten so erheben kann, sind sie eine gute Grundlage, um sich extern vergleichen und aus problematischen Bereichen entsprechende Ziele ableiten zu können.<sup>49</sup> Die folgende Abbildung 6 zeigt mit Beispielzahlen das Modell zum Arbeitgeberwahl- und Arbeitgeberbindungsverhalten:

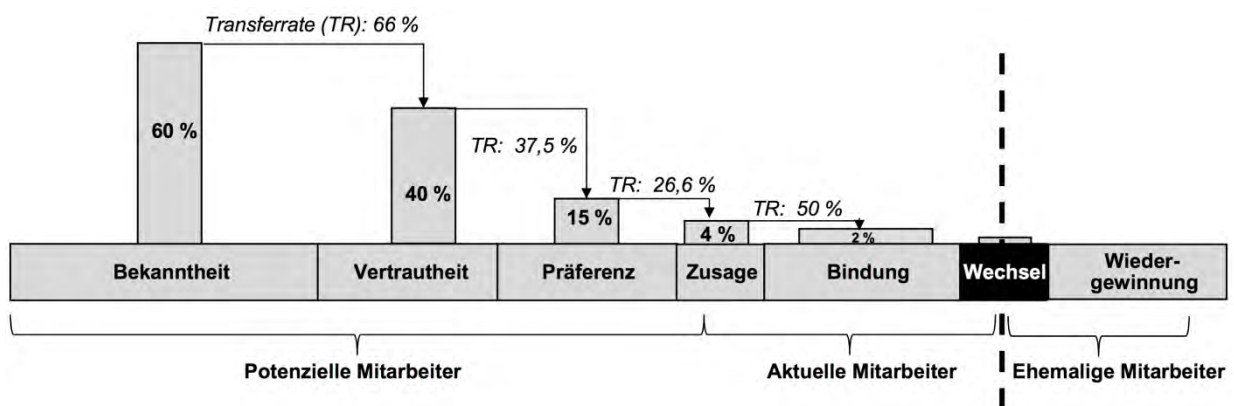


Abb. 6: Funnel-Modell für Personalmarketing<sup>50</sup>

Außerdem bedarf es nach der Deutschen Gesellschaft für Personalführung folgender drei Schritte um Ziele ins Unternehmen zu integrieren. Zunächst müssen die Ziele der Personalgewinnung an den Unternehmenszielen ausgerichtet und mit diesen verbunden werden. Im zweiten Schritt gilt es, die Zielinhalte darauf auszurichten, was überhaupt praktisch leistbar ist und dann, als dritten Schritt, die Zielinhalte an die Herausforderungen bzw. die externen und internen Faktoren anzupassen.<sup>51</sup> Wichtig ist bei allem jedoch, dass die Ziele stets präzise<sup>52</sup> formuliert sind, um adäquate Strategien ableiten zu können und den Zielerreichungsgrad messen zu können, was in den folgenden Kapiteln behandelt wird.

<sup>49</sup> Vgl. ebd., S. 81 ff.

<sup>50</sup> Enthalten in: ebd., S. 82

<sup>51</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Personalführung (2006), S. 58

<sup>52</sup> Ziele sollten am besten SMART sein = Spezifisch, Messbar, Anspruchsvoll, Realistisch und Terminiert. Vgl. Bartscher, T.; Frick, J. (2009), <http://www.haufe-akademie.de/> (Stand: 9.4.2014)

Um Maßnahmen zielgerichtet ergreifen zu können, bedarf es im weiteren Schritt einer klaren Strategie. „Strategie wird definiert als die grundsätzliche, langfristige Verhaltensweise (Maßnahmenkombination) der Unternehmung und relevanter Teilbereiche gegenüber ihrer Umwelt zur Verwirklichung der langfristigen Ziele.“<sup>53</sup> Dies sollte auch in einer klaren Personalgewinnungsstrategie definiert sein. Nach Windolf sind dabei zwei Faktoren entscheidend. Einerseits die externe Verfügbarkeit qualifizierter Arbeitskräfte und andererseits die Position des Unternehmens auf dem Arbeitsmarkt. Die vier daraus resultierenden alternativen Strategien der Personalgewinnung sind in folgender Abbildung 7 zusammengefasst:

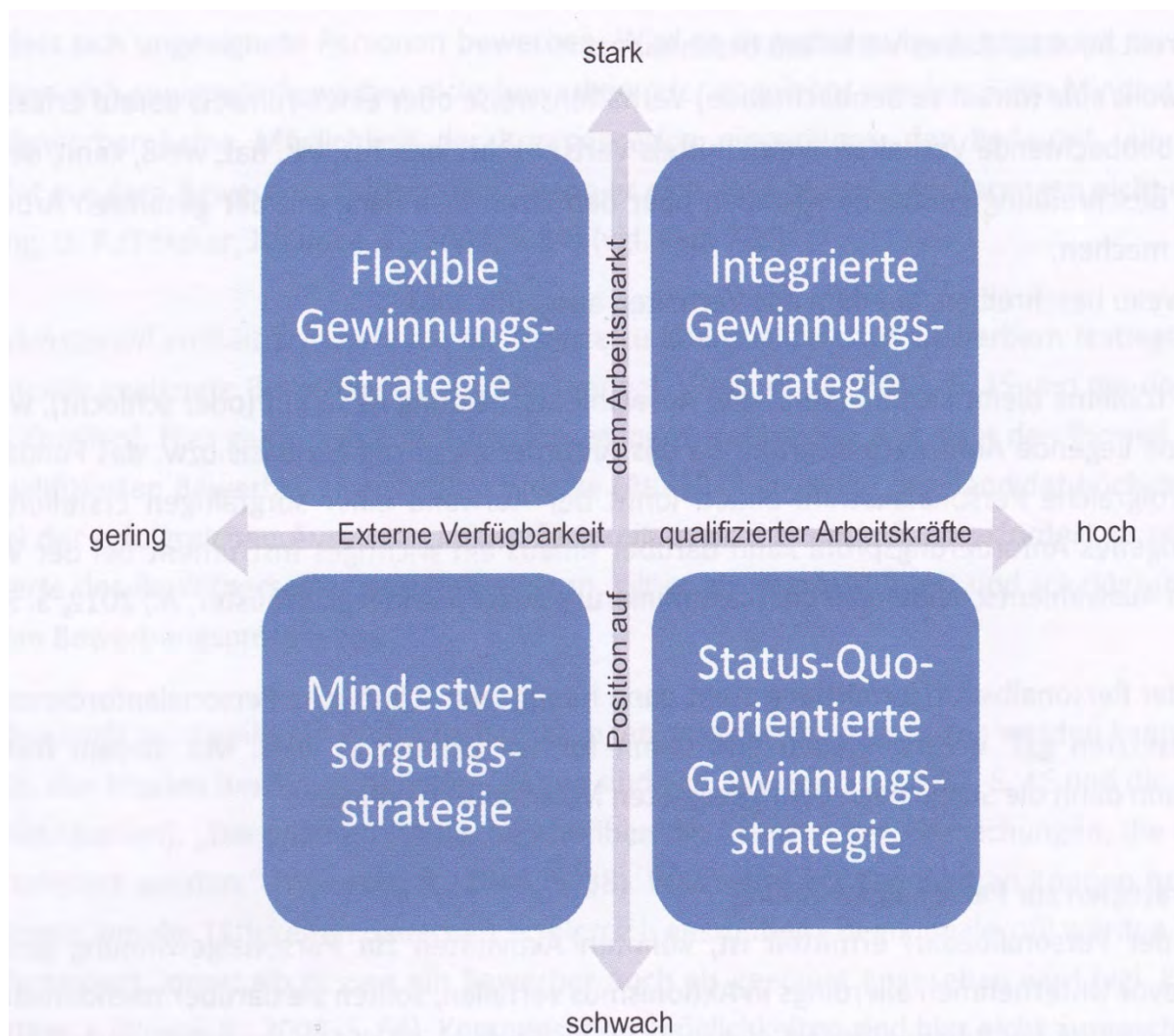


Abb. 7: Personalgewinnungsstrategien<sup>54</sup>

<sup>53</sup> Gillenkirch, R.; Müller-Stewens, G.(2014), <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/> (Stand: 7.4.2014)

<sup>54</sup> Enthalten in: Rohrlack, K. (2012), S. 48

Wenn das Unternehmen eine gute Position hat, jedoch nur wenige qualifizierte Arbeitskräfte auf dem externen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, eignet sich die Flexible Gewinnungsstrategie. Dabei werden Mitarbeiter mit mittlerer bis geringer Qualifikation im Bezug auf die zukünftige Position eingestellt und durch entsprechende Personalentwicklungsmaßnahmen unternehmensindividuell qualifiziert. Bei der integrierten Gewinnungsstrategie kann sich das Unternehmen mit seiner starken Position hochqualifizierte Mitarbeiter aus der Masse der verfügbaren Arbeitskräfte aussuchen und somit Wissen in das Unternehmen integrieren, das vorher dort noch nicht vorhanden war. Die Status-Quo-Orientierte Strategie hingegen zielt auf vergleichbar qualifizierte Mitarbeiter ab, wie bereits im Unternehmen arbeiten. Sollte sowohl die Position des Unternehmens am Markt eher schwach sein als auch nur wenig Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, bleibt die Mindestversorgungsstrategie, bei der niedrig qualifizierte Arbeitskräfte rekrutiert werden, die dann auch nur entsprechend einfache Tätigkeiten ausführen. Grundsätzlich gilt es diese Strategien auf jeden Fall für jedes einzelne Unternehmen zu überprüfen. Sollten die verschiedenen Geschäftseinheiten bzw. die gesuchten Mitarbeitergruppen stark voneinander abweichen, bedarf es entsprechend einer individuellen bzw. angepassten Personalgewinnungsstrategie.<sup>55</sup>

### 2.3.3 Methoden-Mix

Der Marketing-Mix für Konsumgüter wird, nach Meffert u.a., klassisch in vier verschiedene Instrumentenbereiche unterteilt. Dabei orientiert man sich an den „4 P’s“:

- 1) **Product:** Leistungspolitik
- 2) **Price:** Preispolitik
- 3) **Place:** Distributionspolitik
- 4) **Promotion:** Kommunikationspolitik

Das Dienstleistungsmarketing wird noch durch verschiedene Instrumente erweitert. Dazu kommen unter anderem noch:

- 5) **People:** Personal / Mitarbeiter
- 6) **Processes:** Prozesse<sup>56</sup>

In der Umsetzung für Personalmarketing übertragen Kirchgeorg und Müller die Preis- in die Gehaltspolitik und die Distributions- in die Standortpolitik. Wie diese „6 P’s“ praktisch auf das Personalmarketing umgesetzt werden können, zeigt folgende Abbildung 8:

---

<sup>55</sup> Vgl. Windolf, P., Recruitment, Selection, and Internal Labour Markets in Britain and Germany, o.O. 1986, S. 238 ff.  
Zitiert nach: Stock-Homburg, R. (2013), S. 132 ff.

<sup>56</sup> Vgl. Meffert, H. u.a. (2012), S. 22

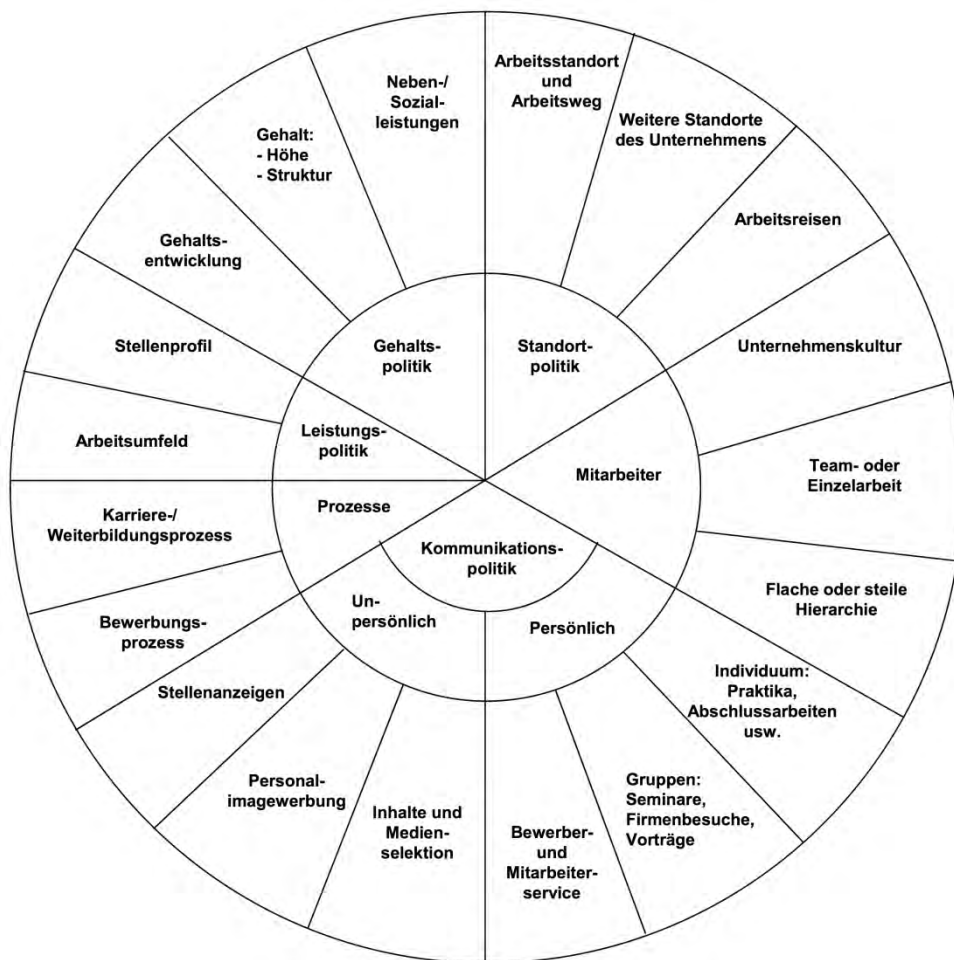


Abb. 8: Umsetzung der Marketinginstrumente in das Personalmarketing<sup>57</sup>

So werden in der Gehaltspolitik Themen wie das Gehalt an sich und die Gehaltsentwicklung subsumiert. Des Weiteren geht es aber auch um andere monetäre und nicht-monetäre Nebenleistungen wie Sozialleistungen, Vergünstigungen, Zulagen, Statusmerkmale wie Dienstfahrzeuge etc. oder auch Kindergärten, Sportmöglichkeiten, usw. Die Standortpolitik hingegen umfasst den regionalen Standort und die entsprechende Erreichbarkeit desselben. Gerade die Standortfrage spielt oft eine große Rolle in der Entscheidung einzelner Bewerber, da damit auch ggf. eine Verlegung des privaten Wohnsitzes einhergeht. Aber auch andere Standorte im In- und Ausland und damit mögliche verbundene Reisen gehören zu der Standortpolitik. Die Wünsche und Bedürfnisse der derzeitigen und potentiellen Mitarbeiter bezüglich der Unternehmenskultur, Werte, Gruppendynamik und auch der Organisationsstruktur wird zusammengefasst unter dem Bereich Mitarbeiter. Die Kommunikationspolitik beinhaltet sowohl Instrumente der persönlichen Ansprache als auch der unpersönlichen. Zu der persönlichen Ansprache gehört zum Beispiel der Umgang mit Praktikanten und Studenten, die erste Erfahrungen im Unternehmen sammeln. Aber auch die Ansprache von potentiellen Bewerbern

<sup>57</sup> Enthalten in: Kirchgeorg, M.; Müller, J.; Stock-Homburg, R. (Hrsg.) (2013), S. 86



auf Messen, Seminaren oder anderen Veranstaltungen. Genauso gehört natürlich zu der persönlichen Ansprache auch der Umgang mit Bewerbern und Mitarbeitern und deren Anliegen. Auch in diesen Bereichen gilt es, sich den Aspekt des Personalmarketings immer wieder bewusst zu machen. Dass Stellenanzeigen, Personalimagewerbung oder andere Werbung als unpersönliche Instrumente der Kommunikationspolitik zum Personalmarketing gehören, ist dagegen offensichtlich.<sup>58</sup> Des Weiteren gehören aber auch Prozesse wie der Bewerbungs- und der Fort- und Weiterbildungsprozess dazu. Als letztes dieser „6 P's“ ist auch die Leistungspolitik sehr entscheidend, bei der es um konkrete Stellen und Arbeitsplätze geht und das unmittelbare Umfeld des Arbeitsplatzes. Bei dieser Vielfalt der Personalmarketinginstrumente ist es ganz grundsätzlich wichtig, dass Personalmarketing authentisch, zielgerichtet, langfristig und koordiniert gestaltet wird. Ansonsten erweisen sich alle Bestrebungen als ein kurzes Strohfeuer und verschlechtern im schlimmsten Fall das Personalimage langfristig.<sup>59</sup> Deshalb gilt es auch die Organisation und das Controlling des Personalmarketings gut zu überdenken. Dies wird im nächsten Kapitel aufgegriffen.

#### **2.3.4 Organisation und Controlling**

Damit Personalmarketing authentisch, zielgerichtet, langfristig und koordiniert gestaltet werden kann, bedarf es in der praktischen Umsetzung entsprechende aufbau- und ablauforganisatorische Voraussetzungen. So muss die Zuständigkeit klar geregelt werden, um mögliche Überschneidungen zu vermeiden. Möglich ist, Personalmarketing in einer Projektstruktur mit der Zusammensetzung verschiedener Fachexpertisen anzugehen oder, was vor allem in großen Unternehmen angebracht ist, innerhalb der Personalabteilung eine Abteilung „Personalmarketing“ einzurichten. Wenn es die Größe erlaubt, kann auch diese wiederum in verschiedene Funktionen gegliedert werden oder in einen strategischen, langfristigen Bereich und einen operativen aufgeteilt werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass der Abstimmungsaufwand stets zunimmt.<sup>60</sup> Unabhängig von der Organisation gilt es auf jeden Fall, sein eigenes Verhalten zu „controllen“. Beim Controlling geht es dabei aber nicht nur um reine Kontrolle des Zielerreichungsgrades anhand von den vorher definierten Zielen oder den Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Aktivitäten, sondern darüber hinaus auch um eine Koordinationsfunktion, zur Abstimmung der einzelnen Aktivitäten sowohl in horizontaler als auch vertikaler Ebene innerhalb des Unternehmens. Aber auch die Informationsfunktion ist entscheidend, wenn es darum geht, Informationen einerseits zu sammeln und zu verknüpfen und dann aber auch wieder verdichtet darzustellen, damit die eigenen Aktivitäten stets auf einem aktu-

---

<sup>58</sup> In Kapitel 3 werden verschiedene Methoden und Instrumente der Kommunikationspolitik als ein Schwerpunkt dieser Arbeit ausführlich behandelt.

<sup>59</sup> Vgl. Reuschenbach, B. (2004), S. 35 ff. und Kirchgeorg, M.; Müller, J.; Stock-Homburg, R. (Hrsg.) (2013), S. 84 ff.

<sup>60</sup> Vgl. Kirchgeorg, M.; Müller, J.; Stock-Homburg, R. (Hrsg.) (2013), S. 87 f.

ellen Informationsstand aufbauen können. Schließlich hat das Controlling auch eine Planungsfunktion. So geht es darum, Methoden bereitzustellen, Aktivitäten auf Zielgrößen hin auszulegen und erhobenes Wissen in die praktische Umsetzung einfließen zu lassen. Nur wenn das eigene Controlling diese Aufgaben wahrnimmt, kann erreicht werden, dass sämtliche Personalmarketingaktivitäten möglichst effizient und effektiv sind und die begrenzten Ressourcen optimal eingesetzt werden.<sup>61</sup>

## 2.4 Besonderheiten der Personalgewinnung in der Pflege

„Ich will Pflege...für mich! für dich! für alle!“<sup>62</sup> Mit dieser Aussage der Kampagne des Deutschen Pflegerates und auch der erwähnten Statistiken in der Einleitung dieser Arbeit wird zum Ausdruck gebracht, dass der Fachkräftemangel in der Pflege ein gesellschaftspolitisches Problem ist. Ein schlechtes Image, niedrige Bezahlung und eine hohe Arbeitsbelastung zeichnen das Berufsbild aus. Entsprechend ist auch klar, dass durch ein besseres Personalgewinnungskonzept die Problemsituation im besten Falle in dem entsprechenden Unternehmen verbessert werden kann, nicht aber für die ganze Gesellschaft. Die entsprechenden Probleme sind aber nicht neu. So wiesen auch schon 1985 Buttler u.a. auf drei kritische Entwicklungen hin. Erstens wachsen die Erlöse, im Vergleich zu den stark zunehmenden Kosten, deutlich schwächer. Zweitens entwickelt sich die Altersstruktur der Beschäftigten sehr ungünstig, da viele das Rentenalter bald erreichen und das Berufsfeld hauptsächlich von Frauen abgedeckt wird, die ihre Berufstätigkeit, bspw. wegen Kindern, unterbrechen. Als dritter Faktor wird die demographische Entwicklung angeführt, die nicht nur zu mehr Pflegebedürftigen führt, sondern auch zu weniger Pflegepersonal.<sup>63</sup> Hinzu kommt, dass der Wettbewerb um Pflegefachkräfte zunehmend international wird. So kommt es heute schon zu vielen Abwanderungen innerhalb Europas, da auf dem europäischen Arbeitsmarkt eine uneingeschränkte Freizügigkeit für Arbeitnehmer und ein starkes Lohngefälle besteht. Da der Pflegefachkräftemangel jedoch weltweit besteht, könnte der Wettbewerb in Zukunft noch deutlich spannender werden.<sup>64</sup> Neben diesen Herausforderungen gilt es noch aktuelle Tendenzen und Entwicklungen zu beachten. So wird schon seit einiger Zeit eine Reform der Ausbildung angestrebt. Hinzu kommt das Streben nach der „Advanced Nursing Practice“, bei der Pflegekräfte erweiterte bzw. höherwertige Aufgaben übernehmen. Eine weitere Tendenz ist die Akademisierung der Pflege. Studiengänge mit Richtung Pflegewissenschaft u.a. werden zunehmend angeboten und nachgefragt.<sup>65</sup> Auf der anderen Seite wird das Niveau zunehmend gesenkt und die Laien-Pflege gefördert. Dies geht allerdings mit der Frage des Pflegeverständnisses einher. Wenn bspw. die bekannte Leitmaxime aus dem Lukasevangelium, „Und

---

<sup>61</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 420 ff.

<sup>62</sup> Deutscher Pflegerat e.V. (o. J.), <http://www.ichwillpflege.de/> (Stand: 17.4.2014)

<sup>63</sup> Vgl. Buttler, G. u.a. (1985), S. 7

<sup>64</sup> Vgl. Stremlau, I.; Bartels, A. (2012), Rn. 31 ff.

<sup>65</sup> Vgl. Bettig, U. (2012), Rn. 6 ff.



wie ihr wollt, dass euch die Menschen tun sollen, tut ihnen ebenso!“ (Lk 6,31), als Grundlage herangezogen wird, ist der Anspruch entsprechend hoch. Diese hohen fachlichen und menschlichen Anforderungen an das Pflegeniveau werden zwangsläufig auch die Personalgewinnung, im Besonderen die Personalauswahl, entsprechend beeinflussen müssen.<sup>66</sup>

### **3 Methoden der Kommunikationspolitik in der Personalgewinnung**

#### **3.1 Externe Personalgewinnung**

Die externe Personalgewinnung ist auf alle Zielgruppen ausgelegt, die nicht im eigenen Unternehmen beschäftigt sind. Dabei wird einerseits versucht, diese Zielgruppen direkt zu erreichen und andererseits auch indirekt durch sogenannte Multiplikatoren. In beiden Fällen geschieht dies im Personalmarketing vor allem durch die Instrumente der Kommunikationspolitik. Diese verschiedenen Instrumente lassen sich schwerpunktmäßig auf drei Phasen aufteilen, wobei verschiedene Autoren die einzelnen Methoden teilweise unterschiedlich zuordnen. Die Phase der Kontakthanbahnung umfasst alle Maßnahmen, um überhaupt einen ersten Kontakt zu potentiellen Bewerbern der Zielgruppe herzustellen. Vereinfacht dargestellt gehen diese Maßnahmen einseitig vom Unternehmen aus und sollen eine breite Masse erreichen. Wenn es bei einzelnen Personalmarketinginstrumenten zu einem Dialog kommt und so eine erste Resonanz von einem potentiellen Bewerber ausgeht, spricht man von der Kontaktaufnahme. So können erste Informationen ausgetauscht und eine gewisse Vorselektion auf beiden Seiten vorgenommen werden. Mit verschiedenen Instrumenten der Kontaktpflege versucht man vorhandenes Interesse aufrechtzuerhalten, um eventuell in der Zukunft davon zu profitieren. In den folgenden Kapiteln wird nun eine Auswahl entsprechender Möglichkeiten zusammengefasst vorgestellt.<sup>67</sup>

##### **3.1.1 Kontakthanbahnung**

Das bekannteste Instrument der Kontakthanbahnung ist die Stellenanzeige. Sie besteht aus den drei inhaltlichen Aspekten „wir sind“, „wir suchen“ und „wir bieten“. Hinzu kommen die Angabe der Kontaktmöglichkeit und die Anforderungen an die Bewerbung. Dabei gilt es nicht mit schönen Worthülsen zu arbeiten, sondern die Inhalte vielmehr möglichst konkret und authentisch zu formulieren. Wichtig ist dabei auch die graphische Aufarbeitung, um sich von anderen Anzeigen abzuheben. So sollte die Anzeige sofort ins Auge stechen und außerdem auch der Corporate Identity, dem einheitlichen und wiedererkennbaren Auftreten, wozu auch das Corporate Design gehört, des Unterneh-

---

<sup>66</sup> Vgl. Reuschenbach, B. (2004), S. 1 ff.

<sup>67</sup> Vgl. Helmke, T. (2011), S. 70 ff.

mens entsprechen. Darüber hinaus gilt es, verschiedene Einzelheiten wie den Veröffentlichungstermin und auch das Medium zu beachten. Die eine Möglichkeit sind Printmedien wie die lokale Tagespresse, überregionale Tages- oder Wochenzeitungen, aber auch Fachzeitschriften oder Schülerzeitungen. In Printmedien müssen auch Aspekte der Größe, der Farbwahl, der Position etc. im Voraus gut überlegt sein.<sup>68</sup> Die andere Möglichkeit sind Stellenanzeigen als Plakate oder Aushänge an „schwarzen Brettern“. Diese können sowohl an Bildungseinrichtungen, aber auch an sonstigen häufig frequentierten Orten aufgehängt werden, wie bspw. in Einkaufshäusern oder Freizeit- und Kultureinrichtungen. Eine weitere Möglichkeit, Stellenanzeigen zu veröffentlichen, ist das Internet. Hier sind einerseits allgemeine und auch spezialisierte Jobplattformen eine gute Möglichkeit, orts- und zeitunabhängig die Stellenanzeige zu veröffentlichen. Sehr wichtig ist heutzutage aber auch die eigene Unternehmenswebsite. Auf dieser sollten die aktuellen Stellenangebote veröffentlicht und gleich auffindbar sein. Aber auch die Website an sich sollte durch Suchmaschinenoptimierung und -werbung leicht zu finden sein.<sup>69</sup> Stellenanzeigen müssen aber nicht schriftlich veröffentlicht werden, sondern können auch als Werbevideos in Kinos oder als Spots in Lokalradios platziert werden.<sup>70</sup>

„Gute Leute kennen gute Leute.“<sup>71</sup> Entsprechend diesem Zitat sind ein anderes sehr wichtiges Instrument die Mitarbeiterempfehlungsprogramme. Dabei werden Mitarbeiter für die erfolgreiche Werbung neuer Kollegen, mit Prämien belohnt. Der Vorteil ist, dass die werbenden Mitarbeiter das Unternehmen selbst kennen und entsprechend einen realistischen Einblick geben können. Andererseits wissen sie auch, wer für das Unternehmen bzw. für die Stelle geeignet ist und wer nicht. Dadurch entsteht ein gewisser „Prescreening“-Effekt.<sup>72</sup>

### 3.1.2 Kontaktaufnahme

Die Instrumente in der Phase der Kontaktaufnahme sind heutzutage sehr vielfältig. So gibt es die Möglichkeit, auf Ausbildungs- und Jobmessen mit potentiellen Bewerbern direkt in Kontakt zu treten. Teilweise sind Jobmessen sogar schon virtuell im Internet zu finden.<sup>73</sup> Eine andere Möglichkeit ist auch das Hochschulmarketing, auch Campus Recruiting genannt. Dabei versucht man Unternehmensvertreter, im Optimalfall studentische Botschafter, die selbst an der (Hoch-)Schule waren, mit Schülern oder Studenten zusammenzubringen. Angefangen bei der Prämierung von Abschlussarbeiten, über Sponsoring, Karriereberatung, bis hin zu Praktika und der Ermöglichung von Abschlussar-

---

<sup>68</sup> Vgl. Reuschenbach, B. (2004), S. 61 ff.

<sup>69</sup> Vgl. Arnold, H. (2012), S. 35 f.

<sup>70</sup> Vgl. Maier, N. (2008), S. 49

<sup>71</sup> Trost, A. (2012), S. 88

<sup>72</sup> Vgl. Knapp, E. (2010), S. 51 ff.

<sup>73</sup> Vgl. Kampl, K. (2010), S. 70 ff.

beiten gibt es bei der praktischen Umsetzung viele Möglichkeiten.<sup>74</sup> Ein weiteres Instrument sind auch Personalvermittlungen, die sowohl in staatlicher als auch in privater Form ihre Dienstleistungen anbieten. Im privaten Bereich gibt es zunehmend auch die Möglichkeit, sogar internationale Kontakte herzustellen, um so freie Stellen besetzen zu können.<sup>75</sup> Aber auch eigene Aus- und Weiterbildungsinstitute können sehr gute Kanäle sein, um direkt mit potentiellen Bewerbern in Kontakt zu treten.<sup>76</sup>

Ganz neue und geradezu unbegrenzte Möglichkeiten scheinen das Web 2.0 bzw. die sozialen Medien zu bieten. So ist es möglich, das eigene Unternehmen auf verschiedenen Plattformen vorzustellen und direkt mit potentiellen Bewerbern in Kontakt zu treten. Zu nennen sind dabei bspw. die bekannten Seiten Facebook und Twitter. Mit Videos und Bildern kann hier auf verschiedenen Wegen versucht werden, sich in positiver Weise von anderen Unternehmen abzuheben. Dies kann auch mithilfe von Weblogs oder Micro-Blogs, die ähnlich wie ein „Schwarzes Brett“ im Internet fungieren, geschehen. Für den direkten Personalgewinnungsprozess sind auch Rekrutierungsplattformen sehr interessant. Verschiedene potentielle Arbeitnehmer stellen sich vor und können über eine gezielte Suche gefunden werden. So können nicht nur Bewerber das Unternehmen ansprechen, sondern auch umgekehrt Unternehmen mögliche Bewerber.<sup>77</sup> Wichtig ist neuerdings bei allen Plattformen bzw. Kanälen, die man verwendet, dass vor allem auch eine gute mobile Nutzung bzw. Darstellung mit dem Smartphone gegeben ist, da die mobile Internetnutzung rasant ansteigt.<sup>78</sup>

Bei aller Euphorie bezüglich der sozialen Medien, darf man dabei nicht die Risiken übersehen. So kann es zu immateriellen, aber auch materiellen Schäden kommen. Und gerade wenn das Unternehmen in einer Krise steckt oder Unzufriedenheit vorherrscht, empfiehlt es sich nicht, soziale Medien als Lösung aller Probleme zu verstehen.<sup>79</sup> Hinzu kommt der Aspekt, dass die Vielzahl der Angebote geradezu eine Unübersichtlichkeit darstellt und viel Aufwand sehr leicht in der Masse untergehen kann. Diese Tatsache ist in der zusammenfassenden Abbildung 9 dargestellt, die Möglichkeiten des Web 2.0 aufzeigt, bei denen man sich mehr oder weniger in unterschiedlichen Bereichen beteiligen könnte:

---

<sup>74</sup> Vgl. Trost, A. (2012), S. 97 ff.

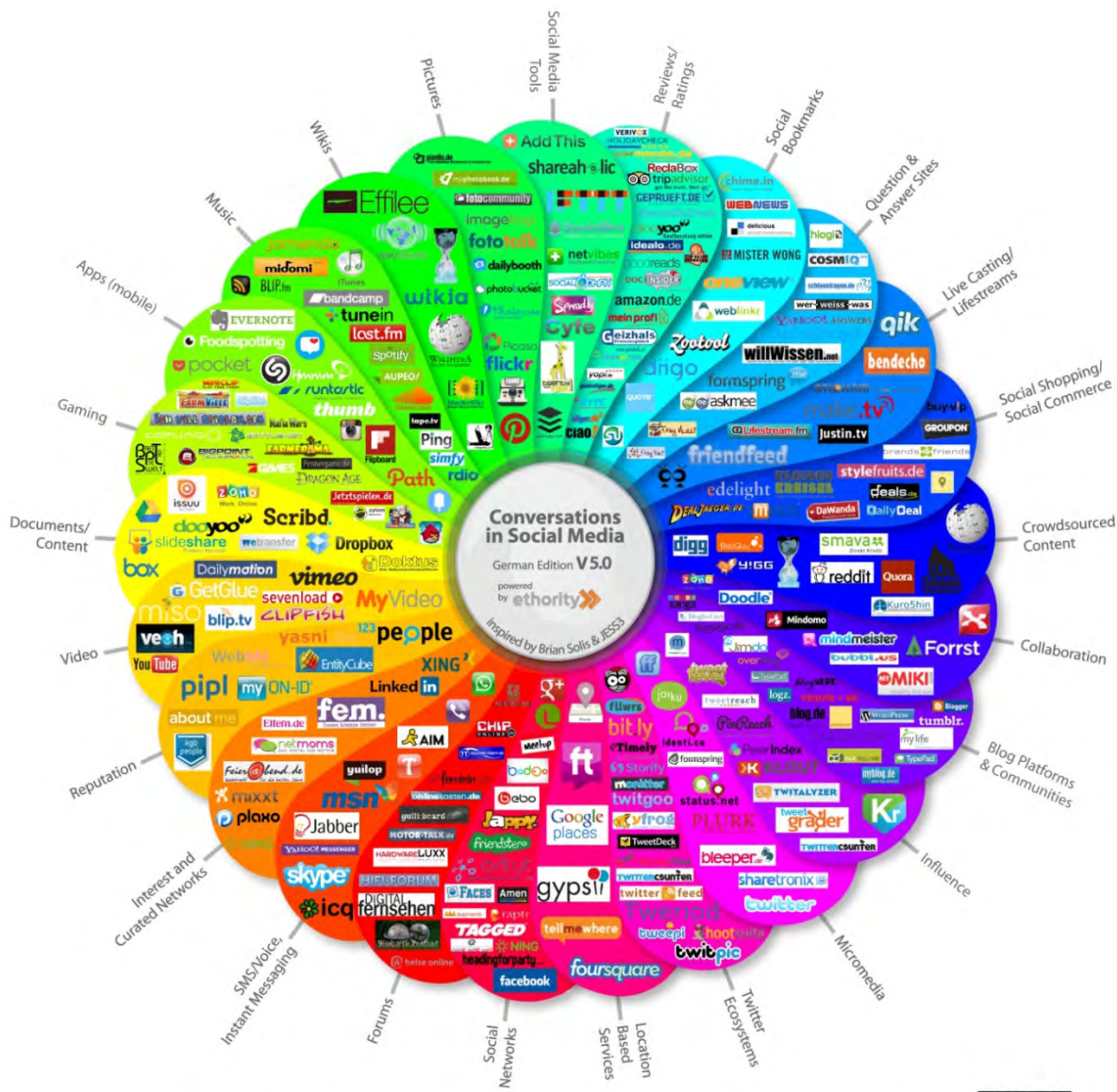
<sup>75</sup> Vgl. Reuschenbach, B. (2004), S. 86 ff.

<sup>76</sup> Vgl. Knapp, E. (2010), S. 50

<sup>77</sup> Vgl. Bärmann, F. (2012), S. 256 ff. Für weitere Informationen siehe auch Fedossov, A.; Kirchner, J. (2009): Online Personalsuche. Praxishandbuch für aktive Personalbeschaffung im Internet. Hamburg 2009.

<sup>78</sup> Vgl. Projektgruppe ARD/ZDF-Multimedia (2014), <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/> (Stand: 14.4.2014)

<sup>79</sup> Vgl. Bärmann, F. (2012), S. 249 ff. Ein entsprechend negatives Beispiel ist dafür aktuell die Firma Shell. Näheres ist zu finden in Fuest, B. (2014): Shell verärgert Tausende Kunden mit Prämienpanne. <http://www.welt.de/wirtschaft/webwelt/article127543470/Shell-veraergert-Tausende-Kunden-mit-Prämienpanne.html> (Stand: 02.05.2014)



Conversations in Social Media – Version 5.0 – 09.2012 by ethority | <http://social-media-prisma.ethority.de> | <http://www.twitter.com/ethority> | Contact us for updates: [prisma@ethority.de](mailto:prisma@ethority.de)

Abb. 9: Social Media Prisma<sup>80</sup>

In diesem Zusammenhang ist es für ein Unternehmen auch sehr wichtig, was über dieses geschrieben und veröffentlicht wird. Dazu gibt es verschiedene Anbieter und Tools, die darüber hinaus auch den Erfolg bzw. die Bekanntheit einzelner Maßnahmen messen können. Auch hierbei gilt es als Arbeitgeber den Überblick zu behalten.<sup>81</sup>

<sup>80</sup> o. V. (2012), <http://www.ethority.de/> (Stand: 11.4.2014)

<sup>81</sup> Vgl. Bärmann, F. (2012), S. 39 ff.

### 3.1.3 Kontaktpflege

In der Phase der Kontaktpflege geht es vor allem um das sogenannte Talent Relationship Management. In Anlehnung an das Customer Relationship Management, steht in diesem Fall statt dem Kunden, der talentierte Bewerber im Mittelpunkt. Es wird versucht, zu vielversprechenden potentiellen Bewerbern langfristig und strategisch eine Beziehung aufzubauen. Wenn eine passende Stelle frei wird, vergibt man das Angebot aktiv an das passendste „Talent“ des eigenen Talente-Pools.<sup>82</sup> Dieses Prinzip kann aber auch auf sämtliche „ehemaligen“ Kontakte übertragen werden. So kann eine Datenbank geführt werden von ehemaligen Bewerbern, Praktikanten, FSJ'lern, Studenten, Auszubildenden oder auch Arbeitnehmern. Durch Grußkarten, Einladungen zu Veranstaltungen, Newsletter in digitaler oder gedruckter Form, „Ehemaligen“-Treffen und vieles mehr kann der Kontakt zu potentiellen Bewerbern langfristig gehalten werden.<sup>83</sup>

Eine ganz andere Art von Kontaktpflege sind Arbeitgeber-Bewertungsportale. Hier können aktuelle oder ehemalige Mitarbeiter eines Unternehmens anonym ihren Arbeitgeber im Internet für alle sichtbar bewerten. Beispiele dafür sind die Internetplattformen „kuunu“ und „jobvoting“. Da Bewertungen das Nutzerverhalten im Internet sehr stark beeinflussen, ist es als Arbeitgeber wichtig, auch auf solchen Portalen aktive Imagepflege zu betreiben. So kann man bspw. auf Einträge Stellung nehmen oder Rückfragen stellen. Da vor allem Mitarbeiter mit negativen Erfahrungen nach solchen Möglichkeiten der öffentlichen Bewertung bewusst suchen, kann man aber auch andere bzw. zufriedene Mitarbeiter bewusst dazu auffordern, ihren Arbeitgeber zu bewerten. So kann man ein positiv, realistisches Image im Internet präsentieren und damit wiederum neue Bewerber generieren, womit sich der Kreis schließt.<sup>84</sup>

## 3.2 Interne Personalgewinnung

Nach Stock-Homburg ist die interne Personalgewinnung die „Besetzung von Stellen durch bereits im Unternehmen beschäftigte [...] Mitarbeiter“.<sup>85</sup> Diese kann nach Knapp sowohl mit als auch ohne Personalbewegung erfolgen. Bei der internen Personalgewinnung ohne Arbeitsplatzveränderung geht es darum, kurzfristige Mehrarbeit durch Überstunden oder auch das Verschieben des Urlaubsantrittes o.ä. abzudecken.<sup>86</sup> So kann man mit Jahresarbeitszeitkonten die geleisteten Überstunden zu einem anderen Zeitpunkt im Jahr oder nach einigen Jahren durch ein komplettes Jahr Auszeit

---

<sup>82</sup> Vgl. Trost, A. (2012), S. 18 ff.

<sup>83</sup> Vgl. Reuschenbach, B. (2004), S. 111

<sup>84</sup> Vgl. Bärmann, F. (2012), S. 189 ff.

<sup>85</sup> Stock-Homburg, R. (2013), S. 141

<sup>86</sup> Vgl. Knapp, E. (2010), S. 41 ff.

ausgleichen. Bei sogenannten Lebensarbeitszeitkonten wird die Mehrarbeit erst im Laufe oder sogar am Ende des Arbeitsverhältnisses ausgeglichen.<sup>87</sup>

Die interne Personalgewinnung mit Arbeitsplatzveränderung kann durch innerbetriebliche Stellenausschreibungen, die Umwandlung von Teilzeit- in Vollzeitverträge oder die Übernahme von befristeten in unbefristete Beschäftigungsverhältnisse geschehen.<sup>88</sup> Außerdem spielt der Bereich Personalentwicklung eine große Rolle, um Mitarbeiter auf andere oder höherwertige Tätigkeiten vorzubereiten und zu versetzen bzw. zu befördern. So können Mitarbeiter durch Job Rotation, den zeitlich begrenzten Arbeitsplatzwechsel, für andere oder auch höherwertigere Positionen vorbereitet werden. Aber auch interne Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten können Anpassungs- oder Aufstiegsqualifizierungen darstellen.<sup>89</sup> Ein wichtiger Teil stellt hierbei auch die Rekrutierung von derzeitigen Praktikanten, FSJ'lern, Ehrenamtlichen oder Auszubildenden dar. Diese können ebenfalls intern gewonnen werden, das Vorgehen hierbei überschneidet sich aber in der Theorie teilweise mit der externen Personalgewinnung.<sup>90</sup>

### **3.3 Vor- und Nachteile der internen und externen Personalgewinnung**

Der große Vorteil der internen Personalgewinnung ist, dass die Personen im Unternehmen bekannt sind und Mitarbeiter, durch bisherige Beurteilungen, deutlich besser eingeschätzt werden können. Außerdem bleiben das Wissen und das Netzwerk des Mitarbeiters erhalten und können weiter genutzt werden, was wiederum die Einarbeitungsphase insgesamt deutlich verkürzt. Somit, aber auch durch geringere Beschaffungskosten, ist es deutlich günstiger, Personal intern zu rekrutieren. Hinzu kommt, dass die Aufstiegschancen wiederum die Motivation und damit die Bindung der Mitarbeiter an das Unternehmen deutlich erhöhen können. Dem gegenüber steht allerdings, dass die Personalauswahl begrenzt ist und es möglicherweise zu internen Bevorzugungen kommen kann. Und wenn automatisch alle ge- und befördert werden, könnte die Mitarbeiteraktivität sinken und für das Unternehmen hohe Kosten entstehen. Deshalb könnte man auch die höheren Kosten, den Einarbeitungsaufwand und das anfängliche Informationsdefizit der externen Rekrutierung in Kauf nehmen, um dafür aus einer normalerweise deutlich größeren Auswahl einen qualifizierten Bewerber auszusuchen. So kann man „frischen Wind“ und neues Wissen in das Unternehmen bringen und „Betriebsblindheit“ vorbeugen. Für beide Vorgehen gibt es Vor- und Nachteile, die es je nach Unternehmen, zu besetzender Stelle und Bewerberlage im Einzelfall abzuwägen gilt.<sup>91</sup>

---

<sup>87</sup> Vgl. Helmke, T. (2011), S. 58 ff.

<sup>88</sup> Vgl. Knapp, E. (2010), S. 43 ff.

<sup>89</sup> Vgl. Bröckermann, R.; Femppel, K.; Pepels, W. (Hrsg.) (2013), S. 79 ff.

<sup>90</sup> Vgl. Reuschenbach, B. (2004), S. 50 ff.

<sup>91</sup> Vgl. ebd., S. 27 f.

## **4 Beschreibung der aktuellen Situation der Personalgewinnung von Pflegefachkräften im Klinikum**

### **4.1 Der Prozess des Personalmarketings**

Die Probleme der Personalgewinnung im Pflegebereich stellen, wie schon in der Einleitung angedeutet, auch im Klinikum eine Herausforderung dar. Laut Pflegedienstleitung konnten im Jahr 2013 durchschnittlich 7,5 Stellen auf Station nicht besetzt werden. Dies scheint bei 166 Neueinstellungen und 143 Pflegekräften, die aus dem Unternehmen ausgeschiedenen sind, zwar zunächst keine große Anzahl zu sein, kann aber teilweise große Probleme auf den einzelnen Stationen mit sich bringen. Diese Zahlen umfassen allerdings auch die Pflegehilfskräfte, die in der Statistik nicht gesondert dargestellt werden. Hinzu kommt, dass durch die schlechte Bewerberlage im Bereich der Pflegefachkräfte keine wirkliche Selektion mehr möglich ist, sondern nahezu jeder Bewerber eingestellt werden muss. Dies führt teilweise zu einer sinkenden Motivation und Professionalität. Der Personalabteilung sind diese Probleme bekannt. Deshalb werden, neben vielen erfolgreich eingesetzten Methoden, verschiedene neue Wege gesucht und eruiert. Trotz allem sind allerdings einzelne Teilschritte des Prozesses des Personalmarketings im Klinikum teilweise nicht definiert. Darüber hinaus scheinen auch die, bisher erfolgreich eingesetzten Methoden an ihre Grenzen zu stoßen.<sup>92</sup>

#### **4.1.1 Situationsanalyse, Ziel und Strategie**

Die vorrangig fokussierte Zielgruppe des Personalmarketings ist die Gruppe der Arbeitnehmer, die bereits oder in naher Zukunft examinierte Pflegekräfte sind und gerade aktiv eine neue Stelle suchen. Diese Zielgruppe wird seit einiger Zeit nicht nur national, sondern auch international, vorrangig in Spanien, versucht zu gewinnen. Die an das Klinikum angegliederte Schule für Pflegeberufe fokussiert entsprechend vor allem Schüler, die im Normalfall nach ihrer Ausbildung im Klinikum übernommen werden. Grundsätzlich ist die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger mit gewissen, bspw. gesundheitlichen Einschränkungen, unabhängig von Alter und Lebensstand möglich. Trotzdem ist die Suche nach neuen Schülern vor allem auf junge Leute, die vor ihrer ersten Berufswahl stehen, ausgerichtet. Quereinsteiger bzw. Umlerner, die während ihrem Berufsleben von einer anderen Branche in die Pflege wechseln, gibt es eher selten. In der zweiten Kategorie, den aktuellen Mitarbeitern, bietet man nur in Ausnahmefällen eigenen Mitarbeitern die Ausbildung zur Pflegefachkraft an. In der dritten Kategorie, den Ehemaligen, versucht man neuerdings ein Bindungsprogramm für Mütter, die gerade in der Elternzeit sind, aufzubauen. Dies befindet sich jedoch

---

<sup>92</sup> Als Informationsgrundlage für das Kapitel 4 wurden, wenn nicht anders angegeben, Beobachtungen und Befragungen innerhalb der Personalabteilung durch den Autor herangezogen.

noch in der Anfangsphase. In der sekundären Zielgruppenkategorie wird einerseits vor allem der enge Kontakt mit der eigenen Schule für Pflegeberufe gefördert und andererseits ein gewisser Kontakt mit der Agentur für Arbeit gehalten. Dieser Kontakt ist jedoch bewusst eher schwach ausgeprägt, da man in der Vergangenheit keine guten Erfahrungen, mit teilweise sehr unmotivierten Bewerbern, gemacht hat.

Die unterschiedlichen Präferenzen der verschiedenen Generationen sind grundsätzlich bekannt und werden auch nach Möglichkeit berücksichtigt. Entsprechend werden verschiedene Methoden eingesetzt, um Mitarbeiter verschiedener Generationen zu erreichen. Aktiv erfasst oder analysiert werden die Präferenzen allerdings nur sehr eingeschränkt, bspw. in einzelnen Kennzahlen oder Projekten wie dieser Arbeit.

Das Ziel der Personalgewinnung im Klinikum ist die Besetzung offener Stellen. Entsprechend gibt es konkrete Einzelmaßnahmen, um potentielle Bewerber anzusprechen und so Bewerbungen zu generieren. Darüber hinaus sind keine Ziele definiert. Ähnlich verhält es sich mit der Strategie der Personalgewinnung. Die externe Verfügbarkeit an qualifizierten Arbeitskräften ist eher mittel bis schwach ausgeprägt. Durch die unmittelbare Nähe des Klinikum zu vielen anderen Kliniken ist die Position des Unternehmens auf dem Arbeitsmarkt eher schwach bis mittelmäßig. Entsprechend wendet man, ohne es explizit definiert zu haben, eine Mischung aus der Status-Quo-orientierten Gewinnungsstrategie, indem man versucht, ähnlich qualifiziertes zu dem bereits eingesetzten Pflegepersonal zu gewinnen, und der Mindestversorgungsstrategie, indem man zunehmend Pflegehilfskräfte einstellt, an.

#### **4.1.2 Personalmarketing-Mix**

Der eingesetzte Personalmarketing-Mix ist ebenfalls nicht theoretisch definiert, wird aber in der Praxis durch verschiedene Maßnahmen umgesetzt. So kann zum Beispiel die monetäre Seite in der Gehaltspolitik zwar durch entsprechende tarifliche Regelungen nur begrenzt beeinflusst werden, sie wird aber trotzdem nach Möglichkeiten mit dem Entgelt und der zusätzlichen betrieblichen Altersvorsorge nach TVöD-K, inklusive leistungsbezogenen Komponenten, beworben.<sup>93</sup> Im nicht monetären Bereich wird, da das Klinikum viele Immobilien besitzt, auch stets auf die günstigen Wohnmöglichkeiten aufmerksam gemacht. So können Zimmer, Appartements und Wohnungen, die teilweise sogar möbliert und in unmittelbarer Nähe des Klinikgeländes sind, zu niedrigen Konditionen angemietet werden. Möglichkeiten der Kinderbetreuung durch Kindertagesstätten etc. werden angeboten, genauso wie eine Mitarbeiterkantine, in der man günstig sowohl frühstücken als auch zu

---

<sup>93</sup> Vgl. dazu die Stellenanzeige in Anlage 1



Mittag essen kann. Der interne Physiotherapie- und Fitnessbereich im Klinikum, wird ebenfalls als Gesundheitsförderungsmaßnahme, zu Mitarbeiterkonditionen angeboten. Darüber hinaus gibt es eine, durch den Betriebsrat geförderte Betriebssportgruppe Volleyball. Außerdem werden viele andere Vergünstigungen oder Rabattgutscheine für verschiedene Restaurants, angeboten.

In der Standortpolitik bemüht man sich einerseits vor allem günstige Parkmöglichkeiten anzubieten und andererseits alternative Beförderungsmittel attraktiver zu gestalten. So achtet eine Mobilitätsgruppe darauf, abschließbare Fahrradunterstellmöglichkeiten bereit zu stellen, Fahrradwege in der Stadt zu fördern und auch, in Absprache mit dem öffentlichen Nahverkehr, eine regelmäßige Busverbindung zu gewährleisten. Es wird aber auch damit geworben, dass das Klinikum ein Teil einer großen Kliniken-Holding ist, welche eine herausragende Position aufgrund ihrer Größe im Bundesland hat. In diesem Zusammenhang ermöglicht man auch teilweise den Wechsel in andere Stationen, Häuser oder auch Fachbereiche um neue Erfahrungen zu sammeln. Im Bereich der Unternehmenskultur legt man besonderen Wert auf die Förderung des Teamgedankens. So steht über den Stellenanzeigen stets der Leitsatz des Hauses, der dieses ausdrückt. Darüber hinaus werden, um diesen Gedanken zu fördern, in dem Klinikum teilweise auch verschiedene kleinere oder größere Aktivitäten angeboten, wie bspw. Fahrradtouren, Laufveranstaltungen oder andere teambildende Maßnahmen. In der Prozesspolitik versucht man, den Bewerbungsprozess für den Bewerber zu vereinfachen, indem man bspw. Online- oder Emailbewerbungen ermöglicht. Ein derzeit stark geförderter und zentraler Bereich ist zudem der Fort- und Weiterbildungsprozess, welcher als einzelner Bereich der Holding separat ausgebaut wird. Dies soll einerseits die internen Mitarbeiter fördern und andererseits neue Mitarbeiter auf die Holding aufmerksam machen. So werden neben unterschiedlichen fachlichen und persönlichen Fortbildungen auch Fach- oder Leitungsweiterbildungen, bspw. für Intensiv- und Anästhesiepflege, angeboten. In der Leistungs politik versucht man, Arbeitsplätze angenehmer zu gestalten, indem man zum Beispiel durch den Pflgeteamraum Rückzugsmöglichkeiten ermöglicht. Des Weiteren versucht man, auf Arbeitszeitwünsche einzelner Mitarbeiter einzugehen. Dies ist allerdings nur in einem begrenzten Rahmen möglich, da im Klinikalltag jederzeit genug Pflegepersonal anwesend sein muss. Die verschiedenen Methoden der Kommunikationspolitik werden als Schwerpunkt separat im folgenden Kapitel 4.2 dargestellt.

### **4.1.3 Organisation und Controlling**

Das Thema der Personalgewinnung bzw. des Personalmarketings ist in der Personalabteilung des Klinikums nicht speziell organisiert. Grundsätzlich gibt es in Zusammenarbeit mit der Marketingabteilung festgelegte Methoden der Personalgewinnung, die größtenteils einheitlich angewendet werden. Jeder Sachbearbeiter wirbt allerdings, wenn nötig, für seinen Bereich, sodass es teilweise zu unterschiedlichen Ausprägungen und unterschiedlichem Vorgehen kommt. Da außerdem nur ein

begrenzter Erfahrungsaustausch stattfindet, werden entsprechend implizit eher kurzfristige Einzellösungen statt langfristige Kampagnen angestrebt. Das Thema Controlling ist dadurch ebenfalls schwierig zu realisieren. Außer den eingegangenen Bewerbungen und den entsprechenden Rückmeldungen durch die Bewerber gibt es keine Informationsgrundlagen, die Rückschlüsse zulassen. So können weder Maßnahmen optimiert noch neue zielgerichtete Strategien entwickelt werden. Um dies zu ändern, wurde in einer kleinen internen Aktion im Zeitraum vom 01.05. bis 31.12.2011 jeder neu eingestellte Mitarbeiter gefragt, auf welche Veranlassung hin er sich beworben hat bzw. durch welches Medium der neue Mitarbeiter auf die offene Stelle aufmerksam wurde. Die Personalabteilung pflegte diese Information intern in eine Übersicht ein und wertete diese entsprechend aus. Das Ergebnis war, dass sich ein Drittel der Bewerber initiativ beworben hat. An zweiter Stelle stand die Information durch Bekannte der Bewerber und an dritter Stelle wurde die Homepage des Klinikums genannt. Da diese Punkte gewissermaßen als „Selbstläufer“ deklariert wurden, die eher unbeeinflussbar sind bzw. man alles Notwendige dafür bereits tat, sodass dies entsprechend weiter laufen konnte, war man mit den Ergebnissen der Erhebung zufrieden und leitete keine weiteren Maßnahmen ab. Die bereits vorhandenen und derzeit eingesetzten Methoden der Kommunikationspolitik innerhalb der Personalgewinnung werden im folgenden Kapitel dargestellt.

## **4.2 Methoden der Kommunikationspolitik in der Personalgewinnung**

### **4.2.1 Externe Personalgewinnung**

Den Schwerpunkt der externen Personalgewinnung des Klinikums stellt die Phase der Kontaktabahnung dar. Dabei steht vor allem die Stellenanzeige<sup>94</sup> im Mittelpunkt. Diese ist einheitlich in dem Corporate Design der Holding mit dem entsprechenden Logo, den Farben, Bildern und Schriftarten gestaltet. Die klassischen Aspekte „wir sind“, „wir suchen“ und „wir bieten“ sind darin teilweise mit individuellen, teilweise mit Standardformulierungen beschrieben. Außerdem sind die Kontaktdaten einer Ansprechperson aus dem Fachbereich und des zuständigen Sachbearbeiters mit der Bewerbungsadresse angegeben. Auffällig ist der Hinweis auf die klinikeigene Internetadresse speziell für Bewerber, die darüber hinaus auch als QR-Code verschlüsselt angegeben wird. Damit kann der Interessent mit seinem Smartphone den Link einscannen um dann direkt auf die hinterlegte Internetadresse weitergeleitet zu werden.<sup>95</sup> Diese Anzeige wird sowohl in Printmedien, wie bspw. der Fachzeitschrift „Die Schwester - Der Pfleger“, als auch im Internet veröffentlicht. Unter einer eher allgemein gehaltenen Domain kommt man direkt auf die Stellenangebote der Holding. Dies ist eine

---

<sup>94</sup> Vgl. dazu die Stellenanzeige in Anlage 1

<sup>95</sup> Vgl. Bendel, O. (o. J.), <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/> (Stand: 28.4.2014)

Unterseite der offiziellen Homepage der Holding<sup>96</sup>, auf deren Startseite ebenfalls direkt auf die Stellenangebote hingewiesen wird. Auch die Homepage des Klinikums<sup>97</sup> weist bereits auf der Startseite auf die Stellenanzeigen hin. Die Webseiten der einzelnen Kliniken, aber auch die der Holding, werden allgemein als zentrales Aushängeschild besonders gefördert und durch verschiedene Angebote und Hinweise stets aktuell gehalten. Dabei sind alle Seiten optimiert, um in mobilen Endgeräten gut angezeigt werden zu können. Außerdem wird an der Suchmaschinenoptimierung beständig gearbeitet, sodass die Kliniken im Internet leicht zu finden sind. Manche Stellenanzeigen werden darüber hinaus auch auf allgemeinen und/oder fachbezogenen Jobplattformen veröffentlicht. Zu nennen sind dabei [www.stepstone.de](http://www.stepstone.de), [www.monster.de](http://www.monster.de) oder auch [www.jobcenter-medizin.de](http://www.jobcenter-medizin.de). Manchmal wird die Stellenanzeige auch an das Arbeitsamt geschickt. Ein weiterer Kanal in der Phase der Kontaktabahnung ist auch die Prämie für die Gewinnung von Mitarbeitern.<sup>98</sup> So kann ein Mitarbeiter unter bestimmten Voraussetzungen eine Prämie von 500€ ausgezahlt bekommen, wenn er einen neuen Mitarbeiter geworben hat. Neben all diesen speziellen Personalgewinnungsmaßnahmen versucht die Holding aber auch allgemein ihr positives Image zu verbessern und damit ihren Bekanntheitsgrad zu erhöhen. So gibt es immer wieder verschiedene Vorträge und Veranstaltungen, die auch in lokalen Zeitungen oder mit Flyern und Plakaten beworben werden. Außerdem gibt es mittlerweile eine regelmäßig erscheinende Patienten- und Mitarbeiterzeitung, die mit aktuellen, wissenswerten und unterhaltsamen Einblicken die Klinik aus einer anderen Perspektive zeigt.

In der Phase der Kontaktaufnahme wagt man derzeit erste Schritte in den sozialen Medien. Die Holding hat einen allgemeinen Auftritt in Facebook<sup>99</sup>, der vor allem durch die Abteilung Marketing betreut wird. Mit professionellen Bildern und mittlerweile sogar einem kurzen Videoclip wird dieser Auftritt sehr attraktiv gestaltet. Versuchsweise werden nun in diesem auch Stellenanzeigen veröffentlicht. Allerdings hat man diesbezüglich noch keine Rückmeldungen bekommen. Grundsätzlich gibt es aber einen Social Media Leitfaden, um auch in diesem Kanal professionell zu agieren. Facebook ist bisher allerdings das einzige Projekt in dieser Richtung. Die Krankenpflegeschule hat unabhängig von der Personalabteilung verschiedene Kontakte zu Schulen. So werden vor allem Abschlussklassen zu Klinikrundgängen eingeladen, bei denen auch die Ausbildungsberufe vorgestellt werden. Darüber hinaus gibt es in dieser Phase wenig andere Aktivitäten.

Die Phase der Kontaktpflege ist bisher bei der Personalgewinnung in der Pflege komplett außer Acht gelassen worden. Nun wurde allerdings, wie bereits oben erwähnt, ein kleiner Arbeitskreis gebildet, um ein Bindungsprogramm für ehemalige Mitarbeiter in der Elternzeit zu entwickeln. Dies ist aller-

---

<sup>96</sup> Hinweis auf die Domain der Holding.

<sup>97</sup> Hinweis auf die Domain des Klinikums.

<sup>98</sup> Vgl. dazu die interne Aktennotiz in Anlage 2

<sup>99</sup> Hinweis auf die Facebookseite der Holding.

dings zum jetzigen Zeitpunkt noch undefiniert. Das Thema Arbeitgeberbewertungsportale ist ebenfalls völlig unbeachtet.

#### **4.2.2 Interne Personalgewinnung**

Die interne Personalgewinnung ohne Arbeitsplatzveränderung muss größtenteils das ausgleichen, was die externe und auch interne Personalgewinnung mit Arbeitsplatzveränderung nicht leistet. So werden über interne Rotationen und einen Springerpool auftretende Engpässe teilweise mühsam über kürzere oder längere Zeit abgedeckt. Aber es kommt auch häufig zu Verschiebung des Urlaubs und einer Anhäufung von Mehrarbeit. Dies geschieht jedoch entgegen dem Unternehmensziel, das vorsieht, keine Überstunden und Urlaubstage in das nächste Jahr zu übertragen, um entsprechende finanzielle Rückstellungen vermeiden zu können. So gibt es auch die Möglichkeit, Mehrarbeit ausbezahlt zu bekommen und entsprechend auf den Freizeitausgleich zu verzichten.

Bei der internen Personalgewinnung mit Arbeitsplatzveränderung werden teilweise bestehende Verträge verlängert oder aufgestockt. Den eigenen Auszubildenden in der Pflege wird im Normalfall rechtzeitig vor Ablauf ihrer Ausbildung eine Übernahme angeboten. Dabei kann auch eine Wunschstation angegeben werden, auf die sie dann im letzten Teil ihrer Ausbildung besonders vorbereitet werden. Außerdem wird die oben beschriebene Stellenanzeige auch intern am „Schwarzen Brett“ ausgehängt und im Intranet veröffentlicht. Bewährte Mitarbeiter aus der Service-Tochtergesellschaft der Kliniken GmbH, deren Mitarbeiter eher einfachere Tätigkeiten ausführen, nutzen hin und wieder die Chance und wagen den Schritt in die Pflege, um sich beruflich und damit auch finanziell zu verbessern. Grundsätzlich ist die interne Personalgewinnung insofern aber nicht nur vorteilhaft, da den Aufstieg meistens die guten Leute wagen, die an anderer Stelle entsprechend vermisst werden. Auch bei dem Wechsel einer Fachkraft auf einen ausgeschriebenen Arbeitsplatz, entsteht an anderer Stelle eine Lücke, die wieder geschlossen werden muss. Somit ist und bleibt die Personalgewinnung sowohl intern als auch extern eine Herausforderung.

## 5 Primärdatenerhebung zur Analyse und Bewertung der Personalgewinnungsmaßnahmen im Klinikum

### 5.1 Konzeption

#### 5.1.1 Grundlagen

Zur Analyse und Bewertung der Personalgewinnungsmaßnahmen im Klinikum wurde ein empirischer Ansatz gewählt. „Empirisch vorzugehen heißt, Erfahrungen über die Realität zu sammeln, zu systematisieren und diese Systematik auf den Gegenstandsbereich der Kommunikationswissenschaft anzuwenden. Dabei wird das Vorgehen so dokumentiert, dass es intersubjektiv nachvollziehbar ist und somit prinzipiell von Anderen wiederholt werden kann.“<sup>100</sup> Dazu stellt Atteslander am Anfang drei miteinander korrelierende Grundfragen an die empirische Sozialforschung. Zunächst fragt er, was erfasst werden soll und zweitens warum es erfasst werden soll. Seine dritte Frage bezieht sich auf die Erhebungsart und die entsprechende Auswertung der Daten, indem er zusammengefasst nach dem Wie fragt.<sup>101</sup> Diese Sammlung und Systematisierung, die in dem anfänglichen Zitat erwähnt wurde, kann nach Brosius u.a. durch die verschiedenen Methoden unterschiedlich aussehen. Grob zu unterscheiden sind dabei die qualitativen und quantitativen empirischen Methoden. Während die qualitativen vor allem das Ziel verfolgen, komplexe Phänomene umfassend zu beschreiben, geht es bei den quantitativen Verfahren in empirischen Beobachtungen um einzelne, ausgewählte Merkmale eines Gesamtzusammenhangs. Diese Merkmale sollen auf einer zahlenmäßig breiten Basis mit Zahlenwerten belegt werden, um komplexe Tatbestände und Zusammenhänge vereinfacht und reduziert darzustellen.<sup>102</sup> Dabei können nach Diekmann mit unterschiedlichen Untersuchungsarten wiederum verschiedene Ziele verfolgt werden. Während bspw. explorative Untersuchungen eher unbekannte Bereiche erforschen und daraus Hypothesen und Zusammenhänge ableiten wollen, zielen deskriptive Untersuchungen mehr auf die Beschreibung des Ist-Standes ab. Dabei geht es vorrangig um die Erhebung von Häufigkeiten, Anteilen und Durchschnittswerten.<sup>103</sup> Diese Arbeit analysiert und bewertet die Methoden der Personalgewinnung von Pflegefachkräften im Klinikum aus den in der Einleitung genannten Gründen. Da kein aktuelles und zielgruppenspezifisches Datenmaterial vorliegt, bedarf es einer Primärdatenerhebung. Diese wird in quantitativer Form durchgeführt und stellt explorativ, durch die Beschreibung des Ist-Zustandes, Zusammenhänge dar und leitet neue Handlungsempfehlungen ab.

---

<sup>100</sup> Brosius, H.-B. u.a. (2012), S. 2

<sup>101</sup> Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 4

<sup>102</sup> Vgl. Brosius, H.-B. u.a. (2012), S. 2 ff.

<sup>103</sup> Vgl. Diekmann, A. (2010), S. 33 ff.

## 5.1.2 Stichprobe

Für diese Erhebung wurden zunächst die Pflegefachkräfte, die derzeit im Klinikum arbeiten, als Grundgesamtheit und damit als Zielgruppe definiert. Eine Vollerhebung unter allen Pflegefachkräften hätte allerdings einen sehr großen Aufwand dargestellt. Gleichzeitig hätte die Sinnhaftigkeit in Frage gestellt werden müssen, da sich viele, die seit längerer Zeit im Klinikum angestellt sind, wahrscheinlich nicht mehr an Einzelheiten ihres Prozesses der Arbeitsplatzsuche und -findung erinnern würden. Aus diesen Gründen musste eine Teilmenge aus der Grundgesamtheit als Auswahl bzw. Stichprobe definiert werden. Diese Stichprobe kann nach Schnell u.a. theoretisch auf unterschiedliche Weise ausgewählt werden. Wenn die Auswahl nicht nach festen Regeln geschieht, spricht man von einer willkürlichen Auswahl. Ansonsten stellt sich die Frage, ob die festen Regeln auf einem Zufallsprozess basieren oder nicht. Wenn sie auf einem Zufallsprozess basieren, gibt es bei diesen Wahrscheinlichkeitsauswahlen sowohl einstufige als auch mehrstufige Auswahlen, bei denen mehrere Zufallsauswahlregeln angewendet werden. Wenn kein Zufallsprozess zugrunde liegt, spricht man von einer bewussten Auswahl. Diese kann zum Beispiel durch ein Quoten- oder Schneeballverfahren definiert werden. Neben der Auswahl nach dem Konzentrationsprinzip oder nach typischen Fällen, gibt es auch die Auswahl extremer Fälle, bei denen ein definiertes Merkmal eine „extreme“ Ausprägung besitzt.<sup>104</sup> Dies wurde auch in diesem Falle der Primärdatenerhebung angewendet. So wurden in dieser Teilerhebung alle examinierten Pflegefachkräfte in die Stichprobe eingeschlossen, die ab dem 01.01.2012 im Klinikum eingestellt wurden. Dieses Datum wurde ausgewählt, um einerseits einen klaren Stichtag und andererseits eine nicht zu geringe Anzahl an Adressaten zu haben. Diese wiederum müssten sich noch verhältnismäßig gut an ihren Prozess der Arbeitsplatzsuche und -findung erinnern können. Außerdem wurden, wie oben bereits erwähnt, in der zweiten Hälfte des Jahres 2011 bereits alle Neueinstellungen in kleinem Umfang befragt. Um darüber hinaus aus der definierten Auswahl eine möglichst homogene Zielgruppe zu definieren, wurden neben allen bereits Ausgeschiedenen auch diejenigen ausgeschlossen, die in einer besonderen Position, wie bspw. Stations- oder Pflegedienstleitung, eingestellt wurden. Entsprechend reduzierte sich die Anzahl der potentiellen Teilnehmer von ursprünglich knapp 100 auf 67. Diese starke Reduktion ist vor allem auf die relativ hohe Anzahl an Mitarbeitern zurückzuführen, deren Beschäftigungsverhältnis aus verschiedenen Gründen bereits endete. Diese Daten wurden in Form einer Excel Tabelle durch die Abteilung Personalcontrolling zur Verfügung gestellt. Durch dieses Auswahlverfahren der Teilerhebung kann, nach Brosius u.a., allerdings nicht gewährleistet werden, dass die Grundgesamtheit dadurch abgebildet wird. Ein Repräsentationsschluss ist somit nicht möglich, weshalb man auch nicht von

---

<sup>104</sup> Vgl. Schnell, R. u.a. (1999), S. 247 ff.

einer repräsentativen Umfrage sprechen kann.<sup>105</sup> Trotzdem kann durch die bewusste Auswahl ein aktuelles und umfassendes Bild erhoben werden, das als Grundlage für den Bewertungsprozess der Personalgewinnungsmethoden und zur Ableitung von Handlungsempfehlungen dienen kann.

### 5.1.3 Datenerhebungstechnik

In der quantitativen Sozialforschung gibt es grundsätzlich verschiedene Datenerhebungstechniken. Neben der Beobachtung, der Inhaltsanalyse und den nichtreaktiven Erhebungsmethoden ist vor allem die Befragung die klassische und meistverwendete Erhebungsmethode.<sup>106</sup> Dabei werden durch „verbale“ Fragen „verbale“ Antworten hervorgerufen. Diese Fragen und Antworten stellen allerdings immer nur einen Teilaspekt des Ganzen dar und unterliegen Erfahrungen und Erlebnissen. Sie sind grundsätzlich nur subjektive Meinungen bzw. Bewertungen eines Aspektes. Die Kriterien für die Wissenschaftlichkeit stellen deshalb einerseits die systematische Zielgerichtetheit und andererseits die Theorie dar. Dies unterscheidet eine alltägliche von einer wissenschaftlichen Befragung.<sup>107</sup> Aber auch wissenschaftliche Befragungen können unterschieden werden. Eine Möglichkeit der Unterteilung besteht im Grad der Strukturierung. Dabei ist die Frage, ob der Inhalt, die Reihenfolge der Fragen und auch die Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind oder nicht. So können diese entweder vollständig strukturiert bzw. standardisiert oder offen sein. Die Kombination beider Typen stellt eine Art Zwischenlösung dar. Eine andere Art der Unterteilung kann die Art der Kommunikation sein. So gibt es einerseits das mündliche Interview, das sowohl persönlich oder telefonisch geführt werden kann, und auf der anderen Seite die schriftliche Befragung.<sup>108</sup> Dabei haben die verschiedenen Erhebungstechniken ihre Vor- und Nachteile. So sind die Nachteile der schriftlichen Befragung bspw., dass die Befragungssituation kaum kontrollierbar ist. Andere Personen können auf die Beantwortung Einfluss nehmen oder die Fragen selbst beantworten, sodass die Antworten eventuell nicht unbedingt von dem eigentlich Befragten stammen. Darüber hinaus können Fragen, weil sie bspw. unverständlich sind, unsorgfältig oder unvollständig ausgefüllt werden. Außerdem ist die Rücklaufquote erfahrungsgemäß eher gering. Jedoch können mit schriftlichen Befragungen, die postalisch versandt werden, mit geringeren Kosten und geringerem Aufwand deutlich mehr Befragte erreicht werden, als mit mündlichen. Darüber hinaus werden Interviewerfehler vermieden und, da die Teilnehmenden nicht unter „Druck“ stehen, sind die Antworten oftmals ehrlicher und überlegter. Außerdem ist die Zusicherung der Anonymität glaubwürdiger, was wiederum den Rücklauf

---

<sup>105</sup> Vgl. Brosius, H.-B. u.a. (2012), S. 59 f.

<sup>106</sup> Vgl. Diekmann, A. (2010), S. 434 f.

<sup>107</sup> Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 109 ff.

<sup>108</sup> Vgl. Diekmann, A. (2010), S. 437 f.

entsprechend erhöhen kann.<sup>109</sup> Hinzu kommt, dass viele Pflegefachkräfte bei der Arbeit kein eigenes Telefon und keinen Internetzugriff besitzen und teilweise unregelmäßig zu ganz verschiedenen Zeiten arbeiten und entsprechend unterschiedlich Zeit für die Befragung haben. Aus diesen Gründen wurde in dieser Primärerhebung der Weg des postalischen Fragebogens gewählt, der größtenteils standardisiert ist und lediglich an einigen Stellen offene Antwortmöglichkeiten bietet.

## 5.1.4 Aufbau des postalischen Fragebogens

### 5.1.4.1 Gestaltung

Die Gestaltung des Fragebogens<sup>110</sup> war durch verschiedene Rahmenbedingungen vorgegeben. So betont Porst bezüglich der gestalterischen Anforderungen, dass ein Fragebogen, der von den Befragten selbst ausgefüllt werden soll, möglichst klar und übersichtlich sein muss. Dies ist nicht nur wichtig, damit der Fragebogen richtig ausgefüllt wird, sondern auch, damit der Adressat grundsätzlich positiv gestimmt ist, den Fragebogen überhaupt auszufüllen. So gilt es ein gut lesbares Schriftbild zu wählen und durch Überschriften oder Trennbalken den Fragebogen zu strukturieren. Im besten Falle sollte ein Fragebogen einfach schön sein und es sollte Spaß machen, ihn auszufüllen.<sup>111</sup> Ein postalischer Fragebogen sollte verständlich und selbst erklärend sein und gegebenenfalls kurze Hinweise zum Ausfüllen am Anfang erhalten. Die Antwortkategorien sollten in gleichbleibender Weise erkenntlich sein und Filterführungen deutlich ersichtlich.<sup>112</sup> Nach den eigenen Vorstellungen des Autors sollte der Fragebogen einerseits der Theorie entsprechend professionell gestaltet werden. Andererseits sollte aber auch ersichtlich sein, dass der Fragebogen ein persönlich wichtiges Projekt im Rahmen einer Bachelorarbeit ist und nicht eines von vielen, das vom Unternehmen ausgeht. Dies konnte jedoch nicht berücksichtigt werden, wurde aber dafür in dem begleitenden Anschreiben entsprechend ausgeführt.

Die Entscheidung fiel stattdessen auf die unternehmenskonforme Umsetzung, da der Fragebogen durch die Unterstützung der Abteilung Qualitätsmanagement in eine maschinell lesbare Form gebracht werden konnte. Die Software EvaSys ist ein automatisiertes und elektronisches Befragungssystem mit dem speziellen Schwerpunkt für Einrichtungen im Gesundheitswesen. So können anhand der Software Fragebögen erstellt werden, die danach mit automatischer Datenerfassung eingelesen und ausgewertet werden können.<sup>113</sup> Der Nachteil, der dafür in Kauf genommen werden musste, sind Einschränkungen in der graphischen Gestaltung. So konnten alle graphischen Elemen-

---

<sup>109</sup> Vgl. Atteslander, P. (2010), S. 157 und Schnell, R. u.a. (1999), S. 335 f.

<sup>110</sup> Vgl. dazu den Fragebogen in Anlage 4

<sup>111</sup> Vgl. Porst, R. (2014), S. 169 ff.

<sup>112</sup> Vgl. Schnell, R. u.a. (1999), S. 338 f.

<sup>113</sup> Vgl. o. V. (o. J.), <http://www.evasys.de/> (Stand: 29.4.2014)



te oder Überschriften nur in den von der Software vorgegebenen Möglichkeiten verwendet werden. Die Kopf- und Fußzeile gibt dafür entsprechende Leerräume an. So wurde lediglich die Überschrift „Optimierung Personalmarketing“ klein in die Kopfzeile gedruckt, sowie das Logo des Klinikums. Dieses wurde bewusst gewählt, da die Fragebögen lediglich an Pflegefachkräfte in dem einen Klinikum der Kliniken GmbH verteilt wurden und nicht auch in anderen Häusern. Ansonsten generieren sich auf dem Fragebogen durch die Software verschiedene Elemente automatisch. Neben dem Namen der Software („EvaSys“), dem entsprechenden Logo und dem Namen der Firma („Electric Paper“), sind auch die Ausfüllhinweise standardmäßig aufgedruckt, um eine optimale Datenerfassung zu ermöglichen. Der Hinweis „bitte wenden“ und die abschließende Danksagung „Vielen Dank für Ihre Teilnahme“ werden ebenfalls automatisch ergänzt. Außerdem befindet sich an jeder Ecke ein Symbol um die Grenzen des Blattes zu markieren. In der Fußzeile sind eine generierte Seriennummer der Umfrage, das Druckdatum und die Seitenzahl zu sehen. Am unteren Blatende ist außerdem eine Art Barcode aufgedruckt, damit die Software das eingescannte Blatt dem richtigen digital hinterlegten Fragebogen zuordnen kann. Allerdings führt das hin und wieder zu Verwirrung und Furcht vor möglicher Rückverfolgung bzw. persönlicher Zuordnung des Fragebogens. Um dies zu vermeiden wurde dieser Aspekt ebenfalls in dem Anschreiben aufgegriffen.

#### **5.1.4.2 Konstruktion des ersten Frageblocks**

Insgesamt ist der Fragebogen sehr kurz gehalten, sodass der Befragte maximal fünf Minuten seiner Zeit aufbringen muss, um die 13 Fragen zu beantworten. Zusammengefasst in drei Frageblöcken werden unterschiedliche Fragen zu verschiedenen Schwerpunkten gestellt.<sup>114</sup> Die Antworten sollen einerseits Stärken und Schwächen und andererseits Chancen und Risiken der Methoden der Personalgewinnung von Pflegefachkräften im Klinikum aufzeigen. Im ersten Frageblock geht es dabei um die eigene Arbeitsplatzsuche und -wahl der Befragten.

Die erste Frage ist laut Diekmann die Eröffnungsfrage des Fragebogens und wird auch „Eisbrecherfrage“ genannt. Diese soll zu dem Thema hinführen und vor allem für den Befragten interessant sein. Idealerweise erreicht man gleichzeitig noch informative Antworten.<sup>115</sup> Dies ist auch in der Befragung entsprechend umgesetzt worden mit der Frage: „Wie sind Sie auf Ihre jetzige Stelle im Klinikum [...] aufmerksam geworden?“ Wie bereits oben ausgeführt, ist die Stellenanzeige das zentrale Medium als Methode in der Personalgewinnung im Klinikum. Entsprechend gibt es vier verschiedene Antwortmöglichkeiten, die sich auf die Stellenanzeige beziehen. Allerdings ist der Schwerpunkt jeweils ein anderer. So wird differenziert nach der Stellenanzeige auf der Homepage des Klinikums, im

---

<sup>114</sup> Vgl. zum Thema Fragebogenkonstruktion und Frageformulierung Diekmann, A. (2010), S. 479 ff. und Schnell, R. u.a. (1999), S. 303 ff.

<sup>115</sup> Vgl. Diekmann, A. (2010), S. 483 f.

Internet, wie bspw. auf Jobportalen, in Zeitung oder Zeitschrift und im Intranet. Um Verwechslungen zu vermeiden und die Unterschiede der Antworten hervorzuheben, wurden die entscheidenden Schlagwörter fett gedruckt. In der Personalgewinnung des Klinikums hat die Prämie zur Gewinnung neuer Mitarbeiter durch Werbung Bekannte, Freunde und Angehörige ebenfalls einen relativ hohen Stellenwert. Dies beinhaltet die nächste Antwortmöglichkeit. Um die übernommenen Auszubildenden von der Schule für Pflegeberufe und das auf anderen Wegen gewonnene Personal getrennt darstellen zu können, wurde die „Ausbildung im Haus“ ebenfalls als separate Antwortmöglichkeit aufgelistet. Die nächsten vier Antwortmöglichkeiten auf die Frage eins sind „Praktikum im Haus“, „Arbeitsagentur“, „Vermittlungsagentur“ und „Ausbildungsmesse“. „Praktikum im Haus“ und „Ausbildungsmesse“ überschneiden sich dabei teilweise mit der Ausbildung im Klinikum, da diese zwei Methoden oft zunächst zu einer Ausbildung führen. Da sie aber auch Examierte betreffen können, wurden diese Punkte als Möglichkeit mit aufgenommen. Ein weiterer, etwas ungenauer Punkt, ist die Antwortmöglichkeit „Initiativ“. Knapp bezeichnet diese auch als Blindbewerbungen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass ein Bewerber seine Bewerbungsunterlagen an ein Unternehmen schickt, ohne dass ihm eine konkret zu besetzende Stelle bekannt ist.<sup>116</sup> Trotzdem muss er aber auf irgendeinem Wege auf das Unternehmen aufmerksam geworden sein. Diese Information kann durch diese Antwort nicht gewonnen werden, wobei der Bewerber vermutlich oft nicht exakt definieren kann, wie er genau auf das Unternehmen gekommen ist. Sollte sich der Befragte in keiner der Antwortmöglichkeiten wieder finden, gibt es die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“. Ein Alleinstellungsmerkmal der ersten Frage ist, dass Mehrfachnennungen möglich sind und dass sie andererseits durch die Frage zwei ergänzt wird. Frage zwei lautet: „Auf welchen Seiten im Internet wurden Sie auf uns aufmerksam? Welche Zeitungen oder Zeitschriften konnten Ihre Aufmerksamkeit wecken? Sonstiges?“ Da EvaSys keine Kombination von offenen und geschlossenen Fragen ermöglicht, wurde durch die zweite Frage die erste Frage nach Schnell u.a. trotzdem eine sogenannte Hybridfrage, die sowohl geschlossene, als auch optional offene Antwortvorgaben bietet.<sup>117</sup> In Frage eins ist nach den Antwortmöglichkeiten der Stellenanzeige im Internet, der Stellenanzeige in Zeitung o.a. und nach Sonstiges ein kleines Sternchen eingefügt. Dies wird am Anfang von Frage zwei aufgegriffen, um so Ausführungen zu ermöglichen und nähere Informationen zu bekommen.

Die Frage drei fragt, ob man aktiv nach einem neuen Arbeitsplatz gesucht hat oder es sich einfach so ergeben hat. Dies ist eine sehr spannende Frage, da die Personalgewinnung im Klinikum grundsätzlich eher defensiv aber in der Phase der Kontaktabbahnung stark ist. In der Phase der Kontaktaufnahme allerdings, werden Mitarbeiter anderer Häuser bzw. potentielle Bewerber nicht gezielt

---

<sup>116</sup> Vgl. Knapp, E. (2010), S. 50 f.

<sup>117</sup> Vgl. Schnell, R. u.a. (1999), S. 310

angesprochen oder aktiv abgeworben. Bei der Frage gibt es nur zwei Antwortmöglichkeiten, sodass man sich auf eine festlegen muss und nicht eine Zwischenstufe oder ähnliches angeben kann.

Die Fragen vier und fünf sind wieder zusammenhängend, da die Frage vier, nach Diekmann, eine sogenannte Filterfrage ist. Diese sollte entsprechend klar ersichtlich und logisch gegliedert sein.<sup>118</sup> Allerdings mussten auch hier softwareseitige Einschränkungen hingenommen und entsprechende Behelfslösungen verwendet werden. Die Frage vier geht auf das Thema Mobilität und die damit verbundene Frage der Sinnhaftigkeit von überregionalem Personalmarketing ein und fragt, ob für die neue Stelle ein Wohnortwechsel notwendig war. Bei „Nein“ wird darauf hingewiesen, direkt mit Frage sechs weiterzumachen. Frage fünf ist auf diejenigen ausgelegt, für die ein Wohnortwechsel notwendig war. Da das Wort „notwendig“ allerdings relativ ist, kann man hier kein hundertprozentig klar differenziertes Ergebnis erzielen. Trotzdem ist es interessant zu wissen, welche Distanzen zwischen dem vorherigen und dem aktuellen Wohnort liegen. Dies soll mit den Antwortmöglichkeiten „weniger als 25 km“, „zwischen 25 und 50 km“, „zwischen 51 und 100 km“ und „mehr als 100 km“ kategorisiert angegeben werden. Weniger als 25 km umzuziehen, wird von einigen möglicherweise als nicht notwendig angesehen. 25 bis 50 km stellt gewissermaßen die weitergefasste regionale Umgebung dar und die angrenzende Metropolregion mit einschließt. 51 bis 100 km kann grob als Landesgrenze des Bundeslandes gesehen werden und alles was darüber hinausgeht, ist mehr als 100 km.<sup>119</sup> Diese Kategorien sind allerdings nur vage Schätzungen und von vielen weiteren Faktoren abhängig. Trotzdem soll durch die Frage ein gewisses „Gefühl“ für die Thematik gewonnen werden. Nach dieser Frage kommt ein Trennstrich, der andeutet, dass der erste Frageblock bereits abgeschlossen ist und nun ein Themenwechsel folgt.

#### **5.1.4.3 Konstruktion des zweiten Frageblocks**

Nachdem nun, chronologisch gesehen, der Mitarbeiter nach dem ersten Frageblock im Unternehmen angekommen ist, geht es nun im zweiten Frageblock um sein eigenes Werbungsverhalten für das Klinikum. Er beginnt mit der Frage sechs: „Haben Sie bereits Personen aus Ihrem Umfeld auf eine Stelle als Gesundheits- und Krankenpfleger/in im Klinikum [...] aufmerksam gemacht?“ Bei „Nein“ geht es weiter mit Frage acht. Bei „Ja“, soll in Frage sieben das Ergebnis des Prozesses gezeigt werden, also ob diese Person sich daraufhin auf diese Stelle beworben hat. Da dies nicht immer für den werbenden Mitarbeiter bekannt sein muss, gibt es neben den Antwortkategorien „Ja“ und „Nein“, auch die Möglichkeit „Weiß nicht“ anzukreuzen.

---

<sup>118</sup> Vgl. Diekmann, A. (2010), S. 484

<sup>119</sup> Eine höhere Kategorie wäre zwar interessant, um den Anteil international gewonnener Mitarbeiter zu erheben, wurde aber zur Wahrung der Anonymität bewusst unterlassen.

Die Frage acht ist sehr interessant und kritisch zugleich. Da manche Befragten durch diese Frage eventuell aus Angst vor möglicher Rückverfolgung abgeschreckt werden könnten oder die Frage nur nach dem Faktor der sozialen Erwünschtheit beantwortet werden könnte, wurden die Chancen und Risiken der Frage im Voraus abgewogen. Schließlich fiel aber doch die Entscheidung für die Frage, sie solle jedoch eher im hinteren Teil der Umfrage platziert und folgendermaßen formuliert werden: „Würden Sie das Klinikum [...] als Arbeitgeber für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen weiterempfehlen?“ Die Antwortmöglichkeiten sind dieses Mal in Form einer ordinalen Skala ohne Mittelpunkt angegeben.<sup>120</sup> So können einerseits die Extrempole „Ja“ und „Nein“ angegeben werden oder die weicheren Aussagen dazwischen wie „eher Ja“ oder „eher Nein“. Die Tendenz zur Mitte ist allerdings nicht möglich, da es keinen Mittelpunkt gibt. Das interessante an der Frage ist, dass sie einerseits als in sich geschlossen gesehen werden kann. So kann der Befragte die Weiterempfehlung mit der Beantwortung der Frage als geschehen betrachten. Hinzu kommt aber, dass die Frage auch nach der Bereitschaft einer zukünftigen Aktivität fragt, also ob man das Unternehmen auch aktiv empfehlen würde. Beide Aspekte sind ineinander verwoben, werden mit dieser Frage berücksichtigt und sind interessant im Blick auf die nächste Frage.

Die Frage neun ist ebenfalls höchst informativ. Hier wird gefragt, ob man eine oder mehrere Personen kennt, die man als Gesundheits- und Krankenpfleger/in werben könnte. Dies kann man entsprechend mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten. Informativ ist die Frage deshalb, weil sie vor allem nach einem bisher nicht ausgeschöpften Potential fragt und gleichzeitig überprüft, inwieweit die Theorie, dass gute Leute gute Leute kennen, zutrifft.<sup>121</sup> Aufschlussreich ist die Frage auch in Kombination mit der Frage acht, ob man das Klinikum weiterempfehlen würde, und mit der Frage sechs, ob man schon einmal jemanden geworben hat. Außerdem ist interessant zu sehen, inwieweit Geld als Motivator eine Rolle spielen könnte.

Frage zehn lautet deshalb: „Ist Ihnen bekannt, dass das Klinikum [...] Ihnen für die erfolgreiche Anwerbung eines/r Gesundheits- und Krankenpflegers/in unter bestimmten Voraussetzungen eine Prämie bietet?“ Dies ist wieder eine Entscheidungsfrage, die lediglich ein „Ja“ oder „Nein“ als Antwort zulässt. Somit kann einerseits die Bekanntheit dieser Marketingmethode erfasst werden und andererseits überprüft werden, ob eine Korrelation zwischen dem Wissen um eine Prämie und dem Werbungsverhalten festzustellen ist. Die Frage, ob Geld eine Motivation darstellt wurde, an dieser Stelle bewusst nicht gestellt, da sie als sehr kritisch angesehen werden könnte. Dies Frag zehn schließt den zweiten Frageblock ab, was wieder durch eine Trennlinie symbolisiert wird.

---

<sup>120</sup> Vgl. Brosius, H.-B. u.a. (2012), S. 83 ff.

<sup>121</sup> Vgl. dazu das Kapitel 3.1.1

#### **5.1.4.4 Konstruktion des dritten Frageblocks**

Drei soziodemographische Angaben werden bewusst im dritten und letzten Block abgefragt. Diese sind für den Befragten leicht auszufüllen und weniger interessant. Für die Auswertung hingegen können diese Aussagen aber durchaus relevant sein und eventuell verschiedene Rückschlüsse zulassen. So stellt sich die Frage, ob Mitarbeiter, die bereits öfters den Arbeitgeber gewechselt haben, in manchen Punkten anders handeln bzw. andere Angaben machen, als Mitarbeiter, die vor noch nicht so langer Zeit ins Berufsleben gestartet sind. Deswegen fragt die elfte Frage nach der Anzahl der Arbeitgeberwechsel. Dies wurde als offene Frage gestellt, sodass lediglich eine Zahl in den vorgegebenen Kasten eingetragen werden muss. Um Verwirrungen zu verhindern, wurde zusätzlich der Hinweis gegeben, dass, wenn das Klinikum der erste Arbeitgeber des Befragten ist, eine null eingetragen werden soll, da nur nach der Anzahl der Wechsel gefragt ist, nicht nach der Anzahl der Arbeitgeber.

Die zwölfte Frage lautet: „Wie lange sind Sie bereits als examinierte[/r] Gesundheits- und Krankenpfleger/in berufstätig?“ Um die Antworten im Voraus zu kategorisieren, wurden verschiedene Zeitspannen vorgegeben, die als Antwort angekreuzt werden können. „Weniger als 5 Jahre“, „zwischen 5 und 10 Jahre“, „zwischen 11 und 15 Jahre“, „zwischen 16 und 20 Jahre“ und „mehr als 20 Jahre“. Auf eine detailliertere Aufteilung wurde bewusst verzichtet, um die Anonymität nicht zu gefährden. Genauso wurde auch die Frage nach dem Geschlecht nicht gestellt, da bei dem geringen Männeranteil im Pflegeberuf ebenfalls eventuell Rückschlüsse möglich wären, was bewusst vermieden werden sollte.

Die dreizehnte Frage ist wie die zwölfte Frage aufgebaut und fragt nach dem Alter. In dieser letzten Frage wurden ebenfalls zu konkrete Angaben vermieden und wieder lediglich verschiedene Antwortkategorien vorgegeben. „Unter 20 Jahre“, „zwischen 20 und 30 Jahre“, „zwischen 31 und 40 Jahre“, „zwischen 41 und 50 Jahre“ und „über 50 Jahre“. Mit dieser Frage ist es möglich, die Generationenunterschiede zu beleuchten und gewissermaßen die Theorie zu überprüfen.

#### **5.1.5 Pretest**

Bei einem Pretest wird, nach Porst, der Fragebogen, bevor er verschickt wird, getestet bzw. evaluiert. Dies sollte unter möglichst ähnlichen Bedingungen geschehen wie bei der tatsächlichen Haupterhebung. Die Ziele sind dabei sehr vielfältig und je nachdem, was man erfahren möchte, muss man den Pretest auslegen und gegebenenfalls in verschiedenen Arten wiederholen. Mögliche Aspekte, die man in Erfahrung bringen könnte, sind die Verständlichkeit oder Reihenfolge der Fragen, eventuelle Probleme oder Missverständnisse mit Fragen oder Antworten, Häufigkeitsverteilungen der Antworten oder die Zeitdauer der Befragung. Dazu gibt es einerseits den (klassischen) Standardbe-

obachtungspretest, bei dem die Umfrage unter Realbedingungen bei einigen, im Optimalfall per Zufallsstichproben, Ausgesuchten der Zielgruppe durchgeführt und anschließend ein Feedback zur Umfrage erbeten wird. Andererseits gibt es die kognitiven Pretests, bei denen mit verschiedenen Verfahren versucht wird herauszufinden, wie Fragen oder Begriffe verstanden werden.<sup>122</sup> Der Pretest bei der vorliegenden Umfrage musste jedoch deutlicher knapper ausfallen, als von Porst her empfohlen, da sonst, durch die Herausnahme von „Testpersonen“, die relativ kleine Zielgruppe zusätzlich verkleinert worden wäre. Aus diese Grund wurde die Umfrage, bevor sie durchgeführt wurde, lediglich an verschiedene Personen aus der Personalabteilung, dem Qualitätsmanagement, der dualen Hochschule Baden-Württemberg und aus dem privaten Umfeld des Autors vorgelegt. Dadurch kam es zu verschiedenen kleineren und größeren Änderungen und Korrekturen, bis der Fragebogen aus damaliger Perspektive optimal gestaltet war.

## 5.2 Durchführung

Bevor der Fragebogen verschickt wurde, wurde er durch ein begleitendes Anschreiben ergänzt.<sup>123</sup> Dabei lag, wie bereits erwähnt, der besondere Schwerpunkt darauf, den Befragten deutlich zu machen, dass es sich hierbei nicht nur um eine von vielen Umfragen aus dem Unternehmen handelt, sondern eine Erhebung im Rahmen einer Bachelorarbeit und diese dadurch für einen Mitarbeiter des Unternehmens von persönlicher Bedeutung ist. Deswegen beginnt das Anschreiben mit der persönlichen Vorstellung des Autors inklusive seiner Tätigkeit und seines Anliegens. Nachdem kurz die Begründung für die Umfrage dargelegt wurde, wird erklärt, wie es zur Auswahl des einzelnen Mitarbeiters gekommen ist. Daraufhin wird betont, dass der Fragebogen kurz ist und die Teilnahme maximal fünf Minuten dauern wird, diese wenige eingesetzte Zeit jedoch zur Optimierung des Personalmarketings beitragen könnte. Außerdem wird betont, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt und dass die Befragung freiwillig und anonym ist. Um eine leichte und schnelle Les- und Erfassbarkeit des Anschreibens zu ermöglichen, wurden die wichtigen Aussagen fett gedruckt. Neben dem Fragebogen und Anschreiben wurde ein bereits adressierter Rückumschlag beigelegt, um die Teilnahme so einfach wie möglich zu gestalten. In diesem Umschlag, und nicht in einer Umlaufmappe o. ä., da sonst die Anonymität nicht hundertprozentig gewährleistet wäre, soll der Fragebogen bis zu dem 28.03.2014 wieder zurückgeschickt werden. Neben den Kontaktdaten des Autors und dem Angebot, sich bei Fragen oder sonstigen Anliegen an diesen wenden zu können, wurden zusätzlich die Kontaktdaten von der Teamleiterin der Abteilung Personalservice angegeben, da sie gleichzeitig für die Betreuung des Projekts zuständig war. Das Anschreiben endete mit Dank,

---

<sup>122</sup> Vgl. Porst, R. (2014), S. 190 ff.

<sup>123</sup> Vgl. dazu das Anschreiben in Anlage 3

Grüßen und dem Namen des Autors. Ergänzt wurde jedes einzelne Anschreiben mit der persönlichen Unterschrift, um so dem Ganzen eine persönliche Note zu geben und dadurch eventuell die Rücklaufquote zu erhöhen. Aus diesem Grunde wurde außerdem sowohl die Adresse, die Anrede als auch eine namentliche Erwähnung innerhalb des Textes jedes einzelnen Adressaten mit einem Serienbriefassistenten persönlich generiert. Als Inzentiv wurde ein kleines Päckchen Gummibären in den Briefumschlag gelegt, um ebenfalls mehr zur Teilnahme anzuregen. Damit die Umfrage möglichst professionell wirkt, wurde das Anschreiben und die Umfrage auf glänzendes 100g/m<sup>2</sup> Papier gedruckt. Außerdem wurde die offizielle Kopfzeile, die das Logo und den Dokumententitel enthält, und offizielle Fußzeile des Unternehmens verwendet. In dieser wird auch die Freigabe inklusive dem Freigabe- und Ablaufdatum der Umfrage durch die namentliche Erwähnung der Projektbetreuerin und der Vorsitzenden des Betriebsrats kenntlich gemacht. Darüber hinaus haben auch der Abteilungsleiter Personal und die Direktorin für Pflege- und Prozessmanagement der Umfrage in dieser Form zugestimmt.

So wurde der Umschlag mit dem Anschreiben, der Umfrage, dem adressierten Rückumschlag und dem Päckchen Gummibären mit der Hauspost am 11.03.2014 versendet. Innerhalb weniger Tage waren bereits die ersten Antworten im Posteingang. So kamen neben einer fehlerhaften Zustellung von einer Mitarbeiterin, die ihre neue Arbeitsstelle doch nicht angetreten hatte, und zwei Zustellungen, die neu adressiert werden mussten, da die Mitarbeiter als Springer auf anderen Stationen eingesetzt waren, 29 ausgefüllte Fragebögen zurück. Zehn Tage nach dem Versand, wurde am 21.03.2014 ein Dankes- bzw. Erinnerungsschreiben<sup>124</sup> verschickt. Um einen entsprechenden Wiedererkennungseffekt hervorzurufen, wurde die Gestaltung des ersten Anschreibens größtenteils übernommen. Dieses Mal wurde allerdings auf eine persönliche Anrede verzichtet, um gewissermaßen die Unkenntnis auszudrücken, wer zu diesem Zeitpunkt schon geantwortet hat und wer nicht. Neben der Danksagung für die große Unterstützung, wurde noch einmal die Wichtigkeit und die besondere Bedeutung der Umfrage erwähnt und zur Teilnahme aufgefordert. Sollte der Fragebogen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr vorhanden sein, wurde darauf hingewiesen, dass gerne ein solcher nachgefordert werden könne. Dieses Schreiben wurde ebenfalls handschriftlich unterzeichnet und in DIN Lang Umschlägen verschickt. Bis zu dem 28.03.2014 kamen daraufhin noch einmal sieben, und in der Woche darauf drei weitere ausgefüllte Fragebögen zurück. Daraus ergibt sich folgende, in Tabelle 2 dargestellte, Rücklaufquote:

---

<sup>124</sup> Vgl. dazu das Erinnerungsschreiben in Anlage 5

Brutto-Ausgangsstichprobe	67
Abzüglich fehlerhafter/n Zustellung(en)	1
Bereinigte Stichprobengröße	66
Rücklauf	39
Rücklaufquote	59,1%

Tab. 2: Ermittlung der Rücklaufquote

Die ausgefüllten Fragebögen wurden dann im Auftrag des Autors von der Abteilung Qualitätsmanagement eingescannt und mit der Software EvaSys erfasst. Die daraus erzeugten Reports<sup>125</sup> und die Auswertung mit der Software SPSS dienen als Grundlage für die Beurteilung der Methoden der Personalgewinnung. Zusätzlich wurde nach dem Abschluss der Umfrage nach ähnlichen empirischen Studien gesucht, die als Vergleichswerte für die folgende Auswertung herangezogen werden.

### 5.3 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

Der Schwerpunkt dieser Auswertung ist deskriptiv und umfasst vor allem Grundelemente der univariaten Analyse sozialwissenschaftlicher Daten. Bei der Betrachtung univariater Verteilungen wurden, zur besseren Übersicht und leichteren Erfassbarkeit, verschiedene graphische Darstellungen, wie bspw. Säulen-, Balken- und Kreisdiagramme, herangezogen. Um Zusammenhänge und Abhängigkeiten zu erkennen, wurden darüber hinaus, im Rahmen der bivariaten Analyse, sogenannte Kreuzklassifikationen zweier Variablen durchgeführt und ebenfalls in Schaubildern dargestellt.<sup>126</sup> Dies soll ebenfalls dazu beitragen, erste Interpretationen und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen abzuleiten, um so Impulse für die Personalgewinnung von Pflegefachkräften im Klinikum zu geben. Die Unterteilung der Kapitel orientiert sich dabei an den Frageblöcken der Primärdatenerhebung und beginnt entsprechend mit dem Thema Stellensuche und Mobilität.

#### 5.3.1 Stellensuche und Mobilität

Die Eisbrecherfrage, und damit der Einstieg in den Fragebogen, wurde von allen Teilnehmenden ausgefüllt und in Ausnahmefällen wurde auch die Möglichkeit wahrgenommen, mehrere Antworten

<sup>125</sup> Vgl. dazu den Auswertungsreport aus EvaSys in Anlage 6

<sup>126</sup> Vgl. Benninghaus, H. (2005), S. 92 ff. Auf die Themen Validität (Gültigkeit), inwieweit die Forschungsmethode brauchbar ist und entsprechend das feststellt, was festgestellt werden soll, und Reliabilität (Verlässlichkeit), inwieweit die Daten verlässlich und brauchbar sind und entsprechend bei der nächsten Erhebung bestätigt werden würden, kann im Kontext dieser Bachelorarbeit nicht eingegangen werden. Vgl. dazu Atteslander, P. (2010), S. 228 f.



anzukreuzen. Wie sich die 45 Antworten auf die einzelnen Methoden verteilen, zeigt folgende Abbildung 10:

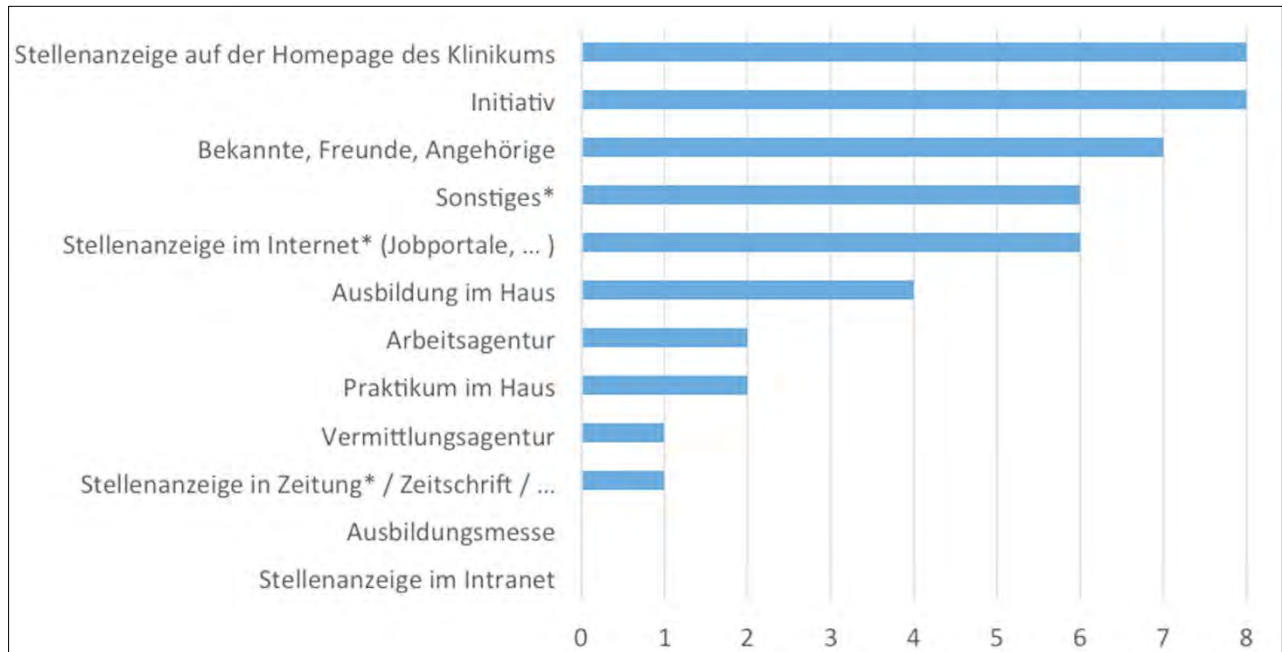


Abb. 10: Verteilung der Personalgewinnungsmethoden<sup>127</sup>

An erster Stelle stehen zwei Methoden gleichauf. Neben der Stellenanzeige auf der Homepage des Klinikums, wurde auch die Initiativbewerbung achtmal angekreuzt. Zu der Angabe der Initiativbewerbung wurde einmal parallel die Stellenanzeige auf der Homepage angekreuzt und zweimal in Frage zwei „Homepage des Klinikums“ als nähere Erläuterung geschrieben<sup>128</sup>. Hinzu kommt, dass bei der Antwort „Sonstiges“, die an vierter Stelle steht, da sie sechsmal angekreuzt wurde, zweimal die Erläuterung „Initialbewerbung“ geschrieben wurde, sodass man die Methode „Initiativ“ um zwei Punkte nach oben korrigieren müsste. Außerdem wurde bei „Sonstiges“ noch einmal „Homepage“ und einmal „PDL [eines angegliederten Hauses]“ geschrieben. Dies könnte man gegebenenfalls zu der dritten Position, der Werbung durch Freunde, Bekannte, Angehörige, hinzuzählen.<sup>129</sup> Diese Antwort wurde insgesamt siebenmal ausgewählt. Genauso oft wie „Sonstiges“ wurde auch die Stellenanzeige im Internet als Weg angegeben, die aktuelle Stelle gefunden zu haben. Neben dem Jobportal [www.monster.de](http://www.monster.de) wurde auch [www.infojobs.es](http://www.infojobs.es) angegeben. Letzteres ist ein spanisches Portal, dessen Angabe auf die Kampagne des Klinikums in Spanien hindeutet. Außerdem wurde auch [www.google.de](http://www.google.de) erwähnt und zweimal wurden in der Erläuterung lediglich Suchbegriffe angegeben, wie bspw. „Klinikum-jobs-in-[Ort]“. Dies betont erneut die Wichtigkeit des Themas Suchma-

<sup>127</sup> Eigene Darstellung

<sup>128</sup> Vgl. dazu die handschriftlichen Antworten der Frage zwei in Anlage 7

<sup>129</sup> Im weiteren Verlauf der Auswertung wurde, wenn nicht anders erwähnt, nicht mit den korrigierten Zahlen und bewusst mit der Kategorie „Sonstiges“ weiter gearbeitet, um die ursprüngliche Aussage nicht zu verändern.

schinenoptimierung. In der Mitte steht die „Ausbildung im Haus“ als Grund für die aktuelle Stelle, was zeigt, dass die Ausbildung ein wichtiger Faktor, aber nicht der Entscheidendste ist. Zwei Stimmen gehen jeweils an die „Arbeitsagentur“ und das „Praktikum im Haus“. Eine Stimme geht an die „Vermittlungsagentur“, wobei auf dem Fragebogen „Arbeits- und Vermittlungsagentur“ angekreuzt ist. Somit ist die Erklärung für diese Angabe die Gleichsetzung von den beiden Agenturen, da das Klinikum eigentlich mit keiner Vermittlungsagentur direkt zusammenarbeitet. Die „Stellenanzeige in Zeitung bzw. Zeitschrift“ hat ebenfalls nur einen Punkt erhalten. Zu dieser Angabe wurde in der ergänzenden Frage zwei darauf hingewiesen, dass die Stellenanzeige in einer Pflegezeitschrift gewesen sei. Die „Ausbildungsmesse“ und die „Stellenanzeige im Intranet“ wurden nicht angekreuzt.

Insgesamt entspricht das Ergebnis den Erwartungen. Arbeitsagentur und Vermittlungsagentur werden vom Klinikum aus nicht gefördert, Ausbildungs- bzw. Rekrutierungsmessen gibt es nicht und dass Außenstehende auf eine Stelle durch das klinikinterne Intranet aufmerksam werden, ist auch sehr unwahrscheinlich. Dafür sind 20 Prozent der Mitarbeiter durch andere Leute aufmerksam gemacht worden, was die Wichtigkeit des Themas Werbung von Mitarbeitern durch Mitarbeiter betont, was im zweiten Block des Fragebogens näher beleuchtet wird. Spannend ist, dass ein Viertel der Mitarbeiter sich initiativ beworben hat. Dies ist wirklich eine sehr hohe Anzahl und bestätigt die oben erwähnte interne Erhebung durch die Personalabteilung, bei der sogar 35 Prozent der neuen Mitarbeiter angaben, sich initiativ beworben zu haben. Dadurch wird aber auch der enorme Stellenwert der allgemeinen Bekanntheit und des positiven Images hervorgehoben. Dies weiter durch verschiedene Zeitungen, Zeitungsartikel und durch den Fort- und Weiterbildungsbereich zu fördern, stellt eine sehr große Chance dar. Zeitgleich ist der hohe Anteil an Initiativbewerbungen aber auch ein großes Risiko. Denn wenn die Beliebtheit sinkt, sinkt wahrscheinlich auch die Anzahl der eingehenden Initiativbewerbungen. Auch durch den in der Einleitung erwähnten allgemeinen Rückgang an Pflegekräften, wird vermutlich ebenfalls die Anzahl an Initiativbewerbungen sinken. Die Stärke des Mediums Stellenanzeige, das auch die zentrale Methode der Personalgewinnung darstellt, kommt deutlich zum Ausdruck, da es auch der große Gewinner dieser Umfrage ist. Knapp 40 Prozent der neuen Mitarbeiter, die an der Umfrage teilgenommen haben, sind im Zusammenhang mit einer Stellenanzeige, vor allem im Internet, auf ihre jetzige Stelle aufmerksam geworden.

Der Vergleich mit anderen empirischen Erhebungen ist an dieser Stelle sehr interessant. Krol u.a. haben 2011 in einer quantitativen empirischen Erhebung 490 Schüler, Studierende und Young Professionals, die schwerpunktmäßig zwischen 16 und 30 Jahre alt waren, befragt. Das Thema war die Relevanz von Social Media Recruiting. Bei der Frage „Wie sind Sie auf Ihren aktuellen Arbeitgeber aufmerksam geworden?“ lag der Schwerpunkt der Rückmeldungen ganz klar auf den privaten und

beruflichen Kontakten. Das Internet allgemein kam erst an dritter Stelle.<sup>130</sup> Die repräsentative Befragung von Personalverantwortlichen aus den Top-1.000-Unternehmen von Weitzel u.a. kam 2013 allerdings zu dem Ergebnis, dass, mit 37 Prozent Einstellungen zum größten Teil über Jobbörsen im Internet realisiert werden, gefolgt von den Stellenanzeigen auf der eigenen Unternehmenswebsite mit 30 Prozent. An dritter Stelle sind, mit 11 Prozent, die Printmedien und die Mitarbeiterempfehlungen kommen mit 8,3 Prozent an vierter Stelle.<sup>131</sup> Brickwedde bestätigt diese Rangfolge, sieht allerdings statt Printmedien in seinem Social Media Recruiting Report 2013 an dritter Stelle die Social Media Netzwerke unter den wichtigsten Einstellungskanälen. Diese Angaben basieren auf einer Studie, bei der ca. 650 Personalverantwortliche aus unterschiedlichen Branchen teilgenommen haben.<sup>132</sup> Buxel hat 2010 speziell Pflegekräfte befragt und bei seiner Auswertung sogar nach den unterschiedlichen Einrichtungen getrennt. Die über 3000 befragten, im Krankenhaus angestellten Pflegekräfte suchten ebenfalls vorrangig im Internet, auf der Website des Krankenhauses und auf Jobbörsen nach einer Stelle. Danach folgten die lokale Tageszeitung und die Empfehlung von persönlichen Kontakten. Über allem gaben jedoch 800 Befragte, die aktiv nach einem Arbeitsplatz gesucht haben und zu diesem Zeitpunkt nicht in einem Krankenhaus tätig waren, in der sie einen Teil ihrer Ausbildung absolviert hatten, an, sich initiativ beworben zu haben. Dies ist ein Anteil von knapp 30 Prozent aller Befragten.<sup>133</sup> Diese unterschiedlichen Erhebungen lassen erkennen, dass die unterschiedliche Bewertung der verschiedenen Personalgewinnungsmethoden einerseits vom Alter und andererseits auch von der Branche abzuhängen scheint. Branchenunabhängig ist die hohe Bedeutung der Stellenanzeigen im Internet. Hier hat zwar die Homepage des Klinikums eine gute Position, aber die Wichtigkeit und die Nutzung der Jobportale scheint noch deutliches Optimierungspotential zu haben. Speziell Pflegekräfte scheinen auch grundsätzlich noch eher in Printmedien und vor allem in die regionale Tageszeitung zu schauen, was im Klinikum als Personalgewinnungsmethode so gut wie nicht genutzt wird. Wobei der spezielle Faktor der Regionalität bzw. Mobilität in der Frage vier und fünf noch näher betrachtet wird. Ebenfalls branchenspezifisch scheint der hohe Anteil an Initiativbewerbungen zu sein, der sich mit der Erhebung im Klinikum grundsätzlich deckt. Dies spricht definitiv für das Klinikum. Für das Klinikum spricht auch die Weiterempfehlungsraten durch Mitarbeiter, die wiederum in allen Branchen ähnlich relevant zu sein scheint. Das Werbungsverhalten wird ebenfalls separat im zweiten Frageblock betrachtet.

Exakt fünfzig-fünfzig fällt das Ergebnis bei der dritten Frage aus. Die Hälfte aller Befragten hat aktiv nach einem neuen Arbeitsplatz gesucht. Bei den anderen 50 Prozent hat sich die Wahl des Arbeits-

---

<sup>130</sup> Vgl. Krol, B. u.a. (2012), S. 43 ff.

<sup>131</sup> Vgl. Weitzel, T. u.a. (2013), <http://media.newjobs.com/> (Stand: 1.5.2014)

<sup>132</sup> Vgl. Brickwedde, W. (2013), <http://www.competitiverecruiting.de/> (Stand: 1.5.2014)

<sup>133</sup> Vgl. Buxel, H. (2011), S. 87

platzes ohne aktive Suche ergeben. Wenn man die Antworten aus Frage eins aufteilt nach dem Kriterium der aktiven und passiven Arbeitsplatzsuche, ergibt sich folgendes, in Abbildung 11 dargestelltes, Bild:

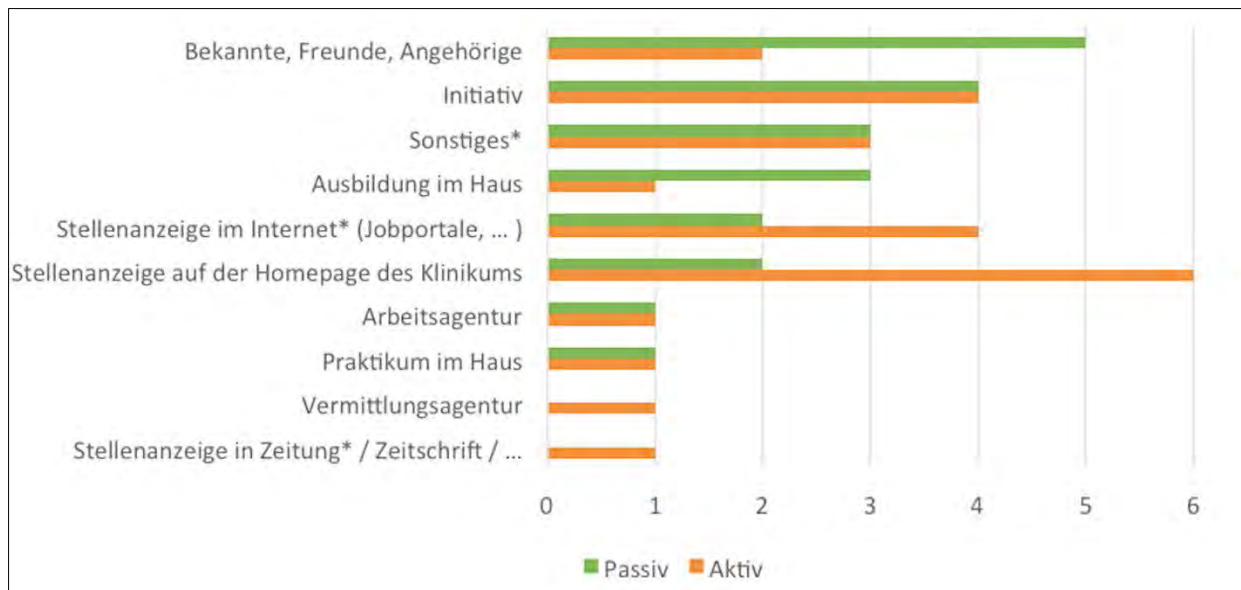


Abb. 11: Splittung der Personalgewinnungsmethoden nach aktiver und passiver Arbeitsplatzsuche<sup>134</sup>

So kann bei manchen Methoden der Kommunikationspolitik in der Personalgewinnung eine klare Tendenz festgestellt werden. Während die Werbung durch Andere oder die vorangegangene Ausbildung im Haus als eher passiver Werbungsprozess empfunden wird, müssen die Stellenanzeigen auf der Homepage oder in Jobportalen aktiv gesucht werden. So erkennt man, im Zusammenhang mit den Erkenntnissen aus Frage eins, dass das Klinikum seinen Schwerpunkt vor allem auf die aktiv suchenden Bewerber setzt. Interessant ist, dass die Initiativbewerbung von beiden Perspektiven aus betrachtet wird. Dies wird vermutlich von verschiedenen, zusätzlichen Faktoren abhängig sein, wie zum Beispiel der Anzahl der geschriebenen Initiativbewerbungen.

In der Vergleichsstudie von Buxel hat dieser eine ähnliche Frage gestellt. Allerdings hat er von vorne herein alle Teilnehmer ausgeschlossen, die eine Phase ihrer Ausbildung in dem Krankenhaus absolviert haben, in dem sie nun tätig sind. Er kommt zu dem Ergebnis, dass 80 Prozent konkret auf der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz waren. Lediglich ein Fünftel der Befragten gab an, nicht aktiv gesucht zu haben. Diese wiederum wurden zum größten Teil von Kollegen oder vom Krankenhaus direkt angesprochen und sind so, ohne selbst aktiv suchen zu müssen, zu ihrer neuen Arbeitsstelle gekommen.<sup>135</sup> Auch wenn man in der vorliegenden empirischen Studie im Klinikum den Anteil der hausinternen Ausgebildeten aus der Betrachtung herausrechnet, ist dennoch ein stärkeres Empfin-

<sup>134</sup> Eigene Darstellung

<sup>135</sup> Vgl. Buxel, H. (2011), S. 84 f.

den vorhanden, gewissermaßen passiv zum eigenen Arbeitsplatz gekommen zu sein. Dieser Faktor ist, obwohl er nicht mal aktiv gefördert wird, sehr positiv für das Klinikum. Es stellt gleichzeitig eine große Chance dar, die direkte Ansprache und damit die passiven Bewerbungen auszubauen und zu fördern.

„War für die neue Stelle im Klinikum ein Wohnortwechsel notwendig?“ In dieser dritten Frage steckt ein gewisser unscharfer Faktor, da die Tatsache der Notwendigkeit individuell verschieden definiert werden kann. So hat eine Person zwar die Antwort „Nein“ angekreuzt, aber das Kästchen eingeklammert und folgenden Kommentar dazu geschrieben: „Ich fahre täglich 35 km zur Arbeit.“ Buxel kommt anhand verschiedener ähnlicher Fragen zu dem Ergebnis, dass der Wettbewerb stark regional ist und unter den Pflegekräften grundsätzlich eher eine geringe Umzugsbereitschaft vorhanden ist. So arbeiten 55 Prozent seiner Befragten maximal 50 km entfernt von dem Ort, an dem sie aufgewachsen sind.<sup>136</sup> Dieses Bild stellt sich auch im Klinikum dar. Knapp 40 Prozent der Befragten haben einen Wohnortwechsel in Kauf genommen, die Anderen nicht. Auffällig ist allerdings, dass in der bedingten Frage fünf über die Hälfte der Befragten angaben, mehr als 100 km umgezogen zu sein. Die neuen, international gewonnenen Mitarbeiter aus Spanien können leider nicht separat betrachtet werden, stellen aber höchstwahrscheinlich die Mehrheit der Befragten dar, die dies angekreuzt haben. Trotzdem lässt sich auch feststellen, dass knapp 20 Prozent der Befragten bereit waren, einen Umzug von einer Distanz von bis zu 100 km in Kauf zu nehmen. Dies zeigt zwar einerseits im Umkehrschluss die Bedeutung der regionalen Werbung, aber auch, dass die überregionale Werbung ihre Berechtigung hat und damit beides gefördert werden muss.

An dieser Stelle ist es ebenfalls aufschlussreich, die Antworten der Frage drei mit denen der ersten Frage zu kreuzen und dadurch die Ergebnisse der Frage eins, nach der Notwendigkeit eines Umzuges aufzuschlüsseln. Wenn man für die neue Arbeitsstelle einen Wohnortwechsel in Kauf genommen hat, wie ist man dann auf diese Stelle aufmerksam geworden? Welche Methoden der Kommunikationspolitik in der Personalgewinnung sind eher regional verbunden und welche haben überregionale Auswirkungen? Antworten auf diese Frage zeigt die folgende Abbildung 12:

---

<sup>136</sup> Vgl. ebd., S. 71 ff.

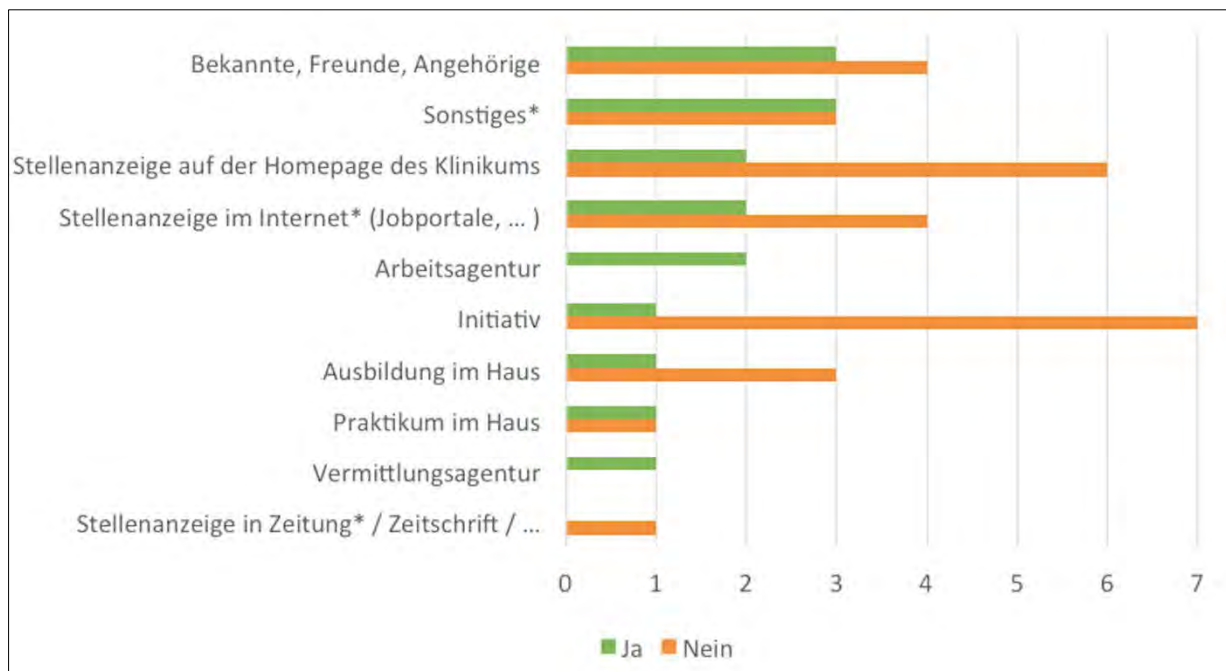


Abb. 12: Splittung der Personalgewinnungsmethoden nach der Notwendigkeit eines Wohnortwechsels<sup>137</sup>

Personalgewinnungsmethoden, die überregional stärker erfolgreich sind als regional, gibt es nach dieser Erhebung kaum. Die Vermittlung durch die Arbeitsagentur hat in zwei Fällen einen Wohnortwechsel bedingt, aber zu keiner regionalen Vermittlung geführt. Des Weiteren ist der prozentuale Anteil, was die erfolgreiche regionale und überregionale Werbung betrifft, bei der Werbung durch Bekannte etc. genauso wie auch bei der Angabe „Sonstiges“ nahezu gleich. Der Umkehrschluss ist aber viel deutlicher. So gibt es lediglich eine überregionale Initiativbewerbung, aber sieben aus der näheren Umgebung des Klinikums. Ähnlich sieht auch die Verteilung bei Bewerbungen durch die Stellenanzeigen auf der Homepage aus. Bei Stellenanzeigen auf Jobportalen ist der Unterschied zwar nicht so stark, aber doch auch deutlich ausgeprägt. Insgesamt bestätigt dies einerseits die Wichtigkeit der regionalen Werbung, zeigt aber auch, dass die überregionale Personalgewinnung ausgebaut werden muss. Denn um überregional Personal zu gewinnen, scheint es nicht auszureichen, eine gute Homepage zu haben und Stellenanzeigen im Internet zu schalten. Dies konnte durch diese Auswertung deutlich herausgestellt werden.

<sup>137</sup> Eigene Darstellung

### 5.3.2 Mitarbeiter werben

Der zweite Frageblock des Fragebogens untersucht das Werbungsverhalten der Mitarbeiter. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass alle Befragten seit maximal zwei Jahren im Klinikum beschäftigt sind und manche erst vor kurzer Zeit ihre neue Arbeitsstelle angetreten haben. Dies ist besonders auch bei der sechsten Frage zu beachten, bei der es darum geht, ob die Befragten „bereits Personen aus [i]hrem Umfeld auf eine Stelle als Gesundheits- und Krankenpfleger/in im Klinikum [...] aufmerksam gemacht“ haben. Knapp ein Drittel der 35 Pflegefachkräfte, die diese Frage beantwortet haben, haben bereits für das Klinikum geworben. Allerdings haben 24 der 35 dies bis zu dem Zeitpunkt der Befragung noch nicht getan. Da hierzu keine Vergleichswerte vorliegen, kann dies zuerst einmal lediglich als Information hingenommen werden. Grundsätzlich zeigt es aber ein sehr großes Potential für das Klinikum auf, das erschlossen werden könnte.

Die Erfolgsquote solch einer persönlichen Ansprache ist, wie Frage sieben belegt, sehr hoch. Dabei wurde jede Antwortmöglichkeit gleich oft angekreuzt. Vier Personen haben sich auf diese persönliche Ansprache aus Frage sechs hin beim Klinikum beworben, vier nicht und in weiteren vier Fällen ist es nicht bekannt. Ein handschriftlich ergänzter Kommentar gibt an, dass es „noch“ nicht bekannt sei. Mindestens ein Drittel, vermutlich eher mehr, aller persönlich, aus ihrem Umfeld angesprochenen Personen, bewerben sich daraufhin auf die vorgeschlagene Stelle. Diese Erfolgsquote ist wahrscheinlich eine der Höchsten unter den verschiedenen Methoden der Kommunikationspolitik im Personalmarketing. Dies ist, wie bereits oben aufgezeigt, eine sehr große Chance für das Klinikum, um neues Personal zu gewinnen.

Dies wird auch in Frage neun<sup>138</sup> dadurch bestärkt, dass 30 Prozent der Befragten derzeit mindestens eine Person kennen, die sie als neuen Mitarbeiter werben könnten. Dies zeigt ein faktisch vorhandenes Potential an, das lediglich darauf wartet, erschlossen zu werden. Entsprechend wird auch die Theorie bzw. Hypothese bestätigt, dass gute Leute gute Leute kennen.<sup>139</sup>

Die als kritisch deklarierte Frage acht wurde erstaunlicherweise von sehr vielen beantwortet. Trotzdem ist sie eine der am seltensten beantworteten Fragen. Erfreulicherweise haben nur vier Personen die Antworten auf der negativen Hälfte angekreuzt und davon hat wiederum nur eine Person die Frage nach der Weiterempfehlungsbereitschaft des Arbeitgebers absolut abgelehnt. Insgesamt ergibt sich folgendes, in Abbildung 13 dargestelltes, Bild:

---

<sup>138</sup> Die Betrachtung der Frage neun wurde bewusst vorgezogen, da sie inhaltlich zu den Auswertungen der Fragen sechs und sieben passt.

<sup>139</sup> Vgl. dazu Kapitel 3.1.1

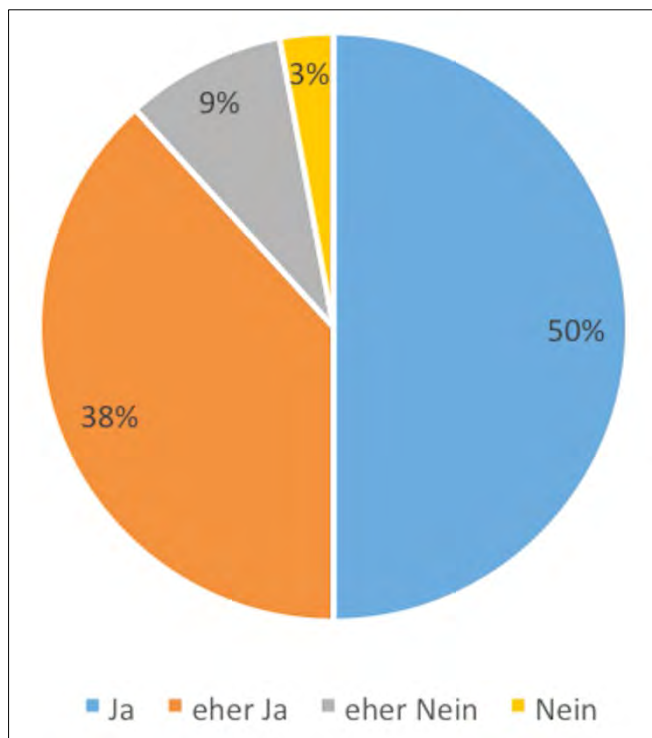


Abb. 13: Weiterempfehlungsrate des Arbeitgebers<sup>140</sup>

Knapp 90 Prozent der Befragten würden „das Klinikum [...] als Arbeitgeber für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen weiterempfehlen“. Auch wenn die Vergleichsstudie von Buxel nur teilweise herangezogen werden kann, spricht diese Bewertung sehr für das Klinikum. Buxel hat neben den zwei negativeren und zwei positiveren Bewertungsmöglichkeiten auch noch eine Möglichkeit geboten, sich unentschieden zu äußern. Diese haben 30 Prozent der befragten Pflegekräfte als Antwortmöglichkeiten gewählt. Somit kommt er zu dem Ergebnis, dass nur 43 Prozent ihren Arbeitgeber weiterempfehlen würden.<sup>141</sup> Bei einer, durch den Stern beauftragten, Forsa Umfrage im Jahr 2011 unter ca. 1000 Arbeitnehmern wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Arbeitgeber gestellt. Dabei gaben 82 Prozent an, zufrieden oder sogar sehr zufrieden zu sein.<sup>142</sup> Der Vergleich zeigt, dass das Klinikum sehr positiv bewertet wurde und mit dem Ergebnis durchaus zufrieden sein kann.

Eher nicht zufriedenstellend ist das Ergebnis der zehnten Frage. Diese fragt nach der Bekanntheit der Werbungsprämie im Mitarbeiterempfehlungsprogramm. Solche Mitarbeiterempfehlungsprogramme werden nach einer Studie im Jahr 2011 von Trost unter 145 deutschen Unternehmen unterschiedlicher Größe und Branchenzugehörigkeit in mehr als der Hälfte der befragten Unternehmen bereits eingesetzt. Ein weiteres knappes Fünftel plant dies einzuführen. Lediglich ein Viertel der Unternehmen sieht solche Empfehlungsprogramme im Gegensatz zu anderen Methoden der Perso-

<sup>140</sup> Eigene Darstellung

<sup>141</sup> Vgl. Buxel, H. (2011), S. 72

<sup>142</sup> Vgl. o. V. (2014), <http://de.statista.com/> (Stand: 2.5.2014)



nalgewinnung als nicht so wichtig an. 43 Prozent gaben sogar an, dass dies ein wichtiges Instrument sei.<sup>143</sup> Dies zeigt die Bedeutung, die solch ein Mitarbeiterempfehlungsprogramm hat bzw. haben sollte. Die vorliegende Primärdatenerhebung zeigt allerdings ein anderes Bild. 28 von 36 Befragten, das entspricht knapp 80 Prozent, kannten bzw. kennen diese Prämie des Mitarbeiterempfehlungsprogrammes nicht. Und lediglich einem knappen Fünftel der neuen Mitarbeiter scheint diese Prämie bekannt zu sein. Dieses Ergebnis deckt damit eher eine Schwäche auf, die gleichzeitig als sehr große Chance gesehen werden kann, wenn man gegen die Unbekanntheit angeht.

Aufschlussreich ist auch die kombinierte Betrachtung der Fragen sechs und zehn. Elf Mitarbeiter gaben in Frage sechs an, bereits jemanden auf eine Stelle als Gesundheits- und Krankenpfleger im Klinikum aufmerksam gemacht zu haben. Aber nur drei von diesen elf kennen die Prämie, die unter bestimmten Umständen für die erfolgreiche Anwerbung eines neuen Mitarbeiters geboten wird. Dies zeigt einerseits, dass Geld nur eine von verschiedenen Motivationen für persönlichen Werbung darstellt. Andererseits stellt dies aber, wie die allgemeine Unkenntnis über die Prämie, eine große Chance dar. Denn wenn schon ohne Kenntnis einer Prämie einige Mitarbeiter motiviert sind, in ihrem Umfeld zu werben, wäre es interessant zu wissen, inwieweit diese Motivation durch ein entsprechend anreizendes Mitarbeiterempfehlungsprogramm gesteigert werden könnte.

### 5.3.3 Soziodemographische Angaben

Der dritte Frageblock, die Fragen zu den soziodemographischen Angaben, deckt sehr interessante Hintergrundinformationen auf, die bei den gesamten Umfrageergebnissen zu berücksichtigen sind. Zwar waren diese Fragen auch etwas problembehaftet, was durch einen ausführlicheren Pretest wahrscheinlich schon im Voraus herausgekommen wäre, haben aber dadurch an Aussagekraft nicht verloren.

So kam es, dass knapp 30 Prozent der Teilnehmer, die Antwort der elften Frage nicht in den dafür vorgesehenen Kasten geschrieben haben, sondern direkt hinter die Frage. Bei einem Fragebogen fand sich sogar die handschriftliche Bemerkung: „Tut mir leid, ich verstehe nicht diese Frage.“ Da allerdings bei Mitarbeiterbefragungen die Scanfunktion von Textfeldern zur Wahrung der Anonymität standardmäßig deaktiviert ist, mussten die Daten unabhängig davon manuell eingegeben werden und können aus diesen Gründen auch nicht mit den anderen Daten korreliert werden. Aus diesen Werten ergibt sich folgendes, in Abbildung 14 dargestelltes, Diagramm:

---

<sup>143</sup> Vgl. Trost, A.; Berberich, M. (2012), <http://www.arminrost.de/> (Stand: 2.5.2014)

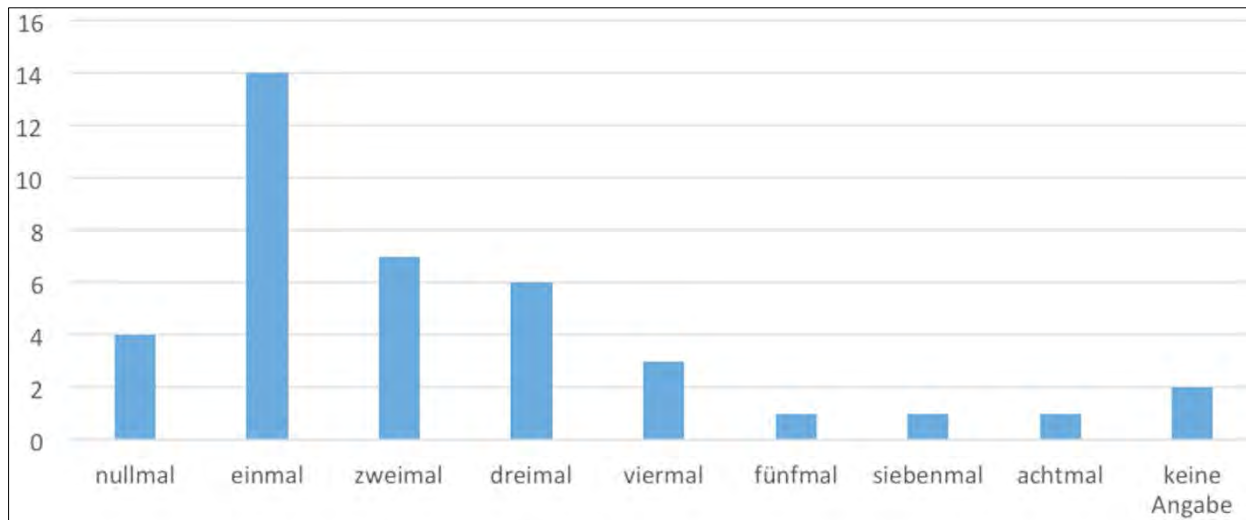


Abb. 14: Anzahl der Arbeitgeberwechsel<sup>144</sup>

Bei der Betrachtung der Angaben fällt auf, dass die Befragten schwerpunktmäßig entweder am Anfang ihres Berufslebens sind oder allgemein noch nicht oft den Arbeitgeber gewechselt haben. Zu einem gewissen Grad validiert werden können die Angabe von vier Personen, die bisher noch gar keine Wechsel hatten, mit den Angaben aus Frage eins, bei der vier Personen angaben, durch die Ausbildung im Hause zu ihrer jetzigen Stelle gekommen zu sein

Die Schlussfolgerungen aus der elften Frage werden durch Frage zwölf insofern bestätigt, dass 66 Prozent der Befragten seit maximal zehn Jahren nach ihrem Examen als Gesundheits- und Krankenpfleger/in im Berufsleben stehen. Im Umkehrschluss stellt man aber auch fest, dass zwölf Mitarbeiter bereits seit mehr als zehn Jahren als Pflegefachkraft tätig sind. Die gleiche Anzahl an Befragten gab auch an, mindestens dreimal den Arbeitgeber gewechselt zu haben. Zusätzlich bestätigt werden die Aussagen auch durch die Angaben in Frage 13. Die Ergebnisse dieser Frage, wird in der folgenden Abbildung 15, graphisch dargestellt:

<sup>144</sup> Eigene Darstellung

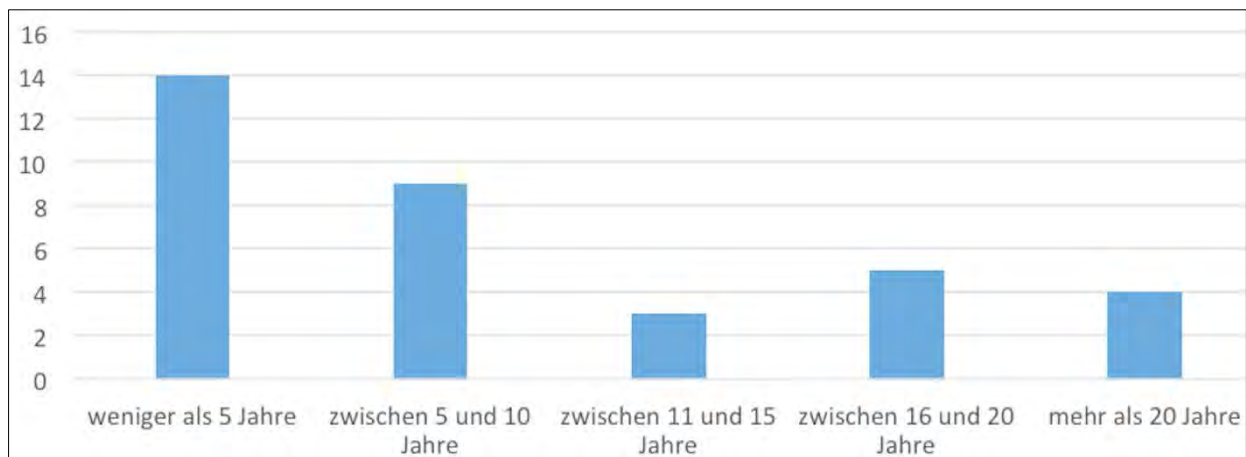


Abb. 15: Dauer der Berufstätigkeit<sup>145</sup>

Auch wenn diese Frage nur bei 34 Fragebögen angekreuzt worden ist und die Formulierung der Antwortmöglichkeiten nicht ganz exakt war, da die Altersgrenzen der einzelnen Antworten nicht explizit eingeschlossen waren. Trotzdem ist auffällig, dass 50 Prozent der Befragten zu dem Zeitpunkt der Befragung maximal 30 Jahre alt waren und weitere 32 Prozent die nächst höhere Antwortkategorie angekreuzt haben. So gaben lediglich sechs Personen an, über 40 Jahre alt zu sein. Diese Werte können einerseits dadurch begründet sein, dass zur Wahrung der Anonymität ältere Mitarbeiter dieses möglicherweise zuordenbare Merkmal nicht angegeben haben oder von vorne herein aus diesem Grund nicht an der Umfrage teilnahmen. Andererseits scheint diese markante Altersstruktur der Stichprobe darin begründet zu sein, dass die Begrenzung der Zielgruppe auf neue Mitarbeiter war. Denn in der Vergleichsstudie von Buxel gaben ein Viertel, an 21 bis 30 Jahre alt zu sein, ein weiteres Viertel 31 bis 40 und 38 Prozent 41 bis 60 Jahre alt zu sein.<sup>146</sup> Daraus lässt sich also schließen, dass neue Pflegefachkräfte im Klinikum eher jünger sind, was Vor- und Nachteile haben kann. Ob allerdings die Personalmarketingmaßnahmen vor allem jüngere Personen ansprechen oder was sonst dieser Tatsache zu Grunde liegt, kann an dieser Stelle jedoch nicht gesagt werden.

## 5.4 Zusammenfassung und Bewertung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass, auch wenn die Umfrage nur in einem eher kleineren Rahmen durchgeführt werden konnte und auch die Begrenztheit der Auswertung an mancher Stelle deutlich wurde, ihre Aussagekraft positiv zu bewerten ist. So konnten wertvolle Gegenüberstellungen mit anderen vergleichbaren Studien getroffen und aussagekräftige Verknüpfungen zwischen den Auswertungen der einzelnen Fragen hergestellt werden. Entsprechend kann nicht nur von einer

<sup>145</sup> Eigene Darstellung

<sup>146</sup> Vgl. Buxel, H. (2011), S. 49

gelungenen Vorbereitung und Durchführung der empirischen Erhebung gesprochen werden, was bspw. durch die vielfältige Unterstützung der unterschiedlichen Unternehmensbereiche und die hohe Rücklaufquote zum Ausdruck kommt, sondern auch von einer ergebnisreichen Auswertung mit hohem Potential für die zukünftige Ausrichtung und Gestaltung des Personalmarketings im Klinikum. Positiv festgehalten werden können so einerseits zum Beispiel der hohe Anteil an Initiativbewerbungen und auch die Rangfolge und Effektivität der Methoden der Personalgewinnung, die in vielem branchenintern und –extern mindestens vergleichbar gut ist oder noch besser. So ist bspw. der Erfolgsfaktor der Stellenanzeigen auf der Homepage durchaus bemerkenswert. Darüber hinaus ist auch der hohe Anteil an Befragten, die ihren Bewerbungsprozess als „passiv“ beschreiben würden, herausragend, genauso wie die überdurchschnittliche Arbeitgeberzufriedenheit bzw. Weiterempfehlungsrate. Auch der damit zusammenhängende hohe Erfolgsfaktor der Mitarbeiterempfehlungen und die große Menge an potentiell zuwerbenden Pflegefachkräften aus dem Umfeld der neuen Mitarbeiter ist sehr bemerkenswert. Dass viele der befragten neuen Mitarbeiter eher am Anfang ihres Berufslebens stehen und dazu verhältnismäßig jung sind, ist, unabhängig von anderen Faktoren, ebenfalls sehr positiv zu erwähnen. Andererseits konnten durch die Umfrage und der damit verbundenen Auswertung große Potentiale ermittelt werden, die durch das entsprechend abgeleitete Handlungskonzept im folgenden Kapitel näher ausgeführt und durch die Umsetzung dessen erschlossen werden sollen.

## **6 Abgeleitetes Handlungskonzept**

Wie im Laufe der Arbeit deutlich wurde, ist einerseits die Problematik der Personalgewinnung vorhanden und andererseits werden verschiedene Ansätze, die aus der Theorie abgeleitet werden, mehr oder weniger erfolgreich praktisch umgesetzt. Trotz allem bleibt die Herausforderung und es scheint, um langfristig besser mit dem Problem umgehen zu können, die Notwendigkeit vorhanden zu sein, ein neues Konzept und eine neue Sichtweise der Personalgewinnung zu eruiieren und zu etablieren. Es ist ein Umdenken erforderlich, weg von der einzelnen, kurzfristigen Suche von Mitarbeitern für die derzeit offenen Stellen, hin zu einem konstanten Werbeverhalten und einer beständigen Interaktion mit potentiellen Mitarbeitern. So wäre es möglich, nicht nur die derzeit offenen Stellen zu besetzen, sondern auch wieder bewusst qualifizierte Bewerber auswählen zu können. Dadurch würde auch gleichzeitig die gesamte Pflegequalität steigen, was wiederum zu einer steigenden Motivation der Mitarbeiter führen würde. Dies wäre für das Gesamtimage des Hauses förderlich, was wiederum die Bewerberlage verbessern würde. Das Ziel besteht also darin, aus dem alten Kreislauf auszubrechen und diese neue Aufwärtsspirale in Gang zu setzen.

Dazu soll das neue Handlungskonzept beitragen, das die theoretischen Ansätze mit den im vorherigen Kapitel erwähnten Erkenntnissen und Impulsen aus der Primärdatenerhebung kombiniert. Die folgende Abbildung 16 zeigt die schematische Darstellung des Konzeptes, bei dem auch die einzelnen Handlungsempfehlungen für die Gesamtsituation förderlich wären, aber die Kombination der Handlungsempfehlungen in diesem Konzept am meisten zum Gesamterfolg beitragen würde.

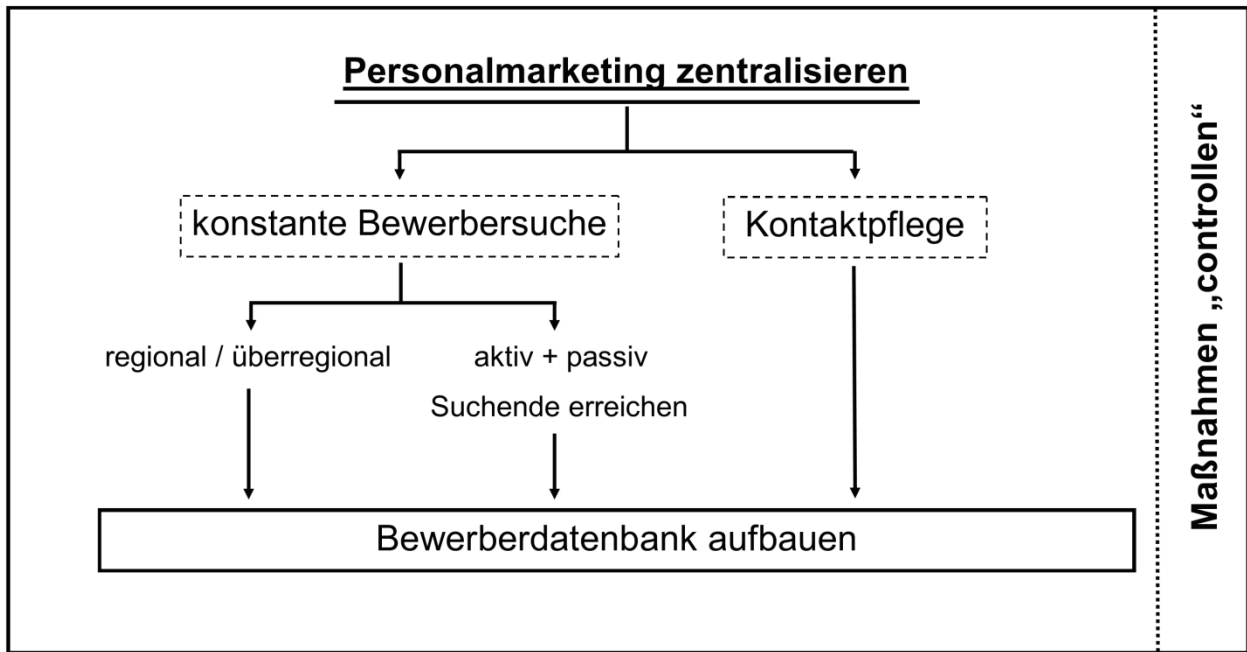


Abb. 16: Abgeleitetes Handlungskonzept<sup>147</sup>

Dieses Handlungskonzept wird nun in den folgenden Kapiteln in verschiedenen Schwerpunkten näher erläutert und vorgestellt.

## 6.1 Neue Organisation des Personalmarketings

Als erster Schritt gilt es zunächst die Organisation des Personalmarketings näher zu beleuchten. Verschiedene Argumente sprechen für die unterschiedlichen Organisationsformen. So werden bisher die Aufgaben der Personalgewinnung dezentral von jedem einzelnen Personalsachbearbeiter für seinen Bereich bearbeitet, da dieser nicht nur mit den internen Ansprechpartnern vertraut ist, sondern auch am besten den Überblick bezüglich des aktuellen Bedarfs an neuen Mitarbeitern hat. Allerdings müssen sämtliche Personalgewinnungsaktivitäten parallel bearbeitet werden, neben meist tagesaktuellen oder scheinbar dringlicheren Aufgaben. Dies kann dazu führen, dass die wichtige und zentrale Aufgabe der Personalgewinnung nur wenig Beachtung findet oder vernachlässigt wird. Außerdem besteht die Gefahr, dass die interne Koordination der verschiedenen Personalge-

<sup>147</sup> Eigene Darstellung

winnungsmaßnahmen sehr viel Aufwand erfordert, sodass diese ebenfalls zu kurz kommt. Um deshalb der Personalgewinnung wieder den gebührenden Stellenwert zukommen zu lassen, ist es erforderlich, die Aufgaben der Personalgewinnung zu zentralisieren. Die dafür benötigte Freistellung von einzelnen Mitarbeitern könnte einerseits durch eine Aufgabenumverteilung, andererseits aber vor allem durch die Einführung einer Personalverwaltungssoftware, die zu einer deutlichen Prozessoptimierung führen würde, ermöglicht werden. Die Mitarbeiter des Bereiches Personalgewinnung könnten sich dann der Aufgaben der Personalgewinnung strategisch und langfristig annehmen, was ein erster Schritt in die richtige Richtung wäre.

Konsequenterweise würde damit ein besserer Überblick über die verschiedenen, laufenden Aktivitäten einhergehen und die damit verbundene Möglichkeit, die Maßnahmen zu „controllen“. Wie in verschiedenen vorangegangenen Kapiteln deutlich gemacht wurde, ist es sehr wichtig, einerseits seine Zielgruppe zu kennen und andererseits auch den Erfolg der eigenen Methoden bestimmen zu können.<sup>148</sup> Denn nur so kann der eingesetzte finanzielle und zeitliche Aufwand überprüft und innerhalb des Unternehmens entsprechend gerechtfertigt werden. Nur so können die verschiedenen Aktivitäten effektiv und effizient angewendet und gegebenenfalls an Veränderungen angepasst werden. Denn in der heutigen schnelllebigen Zeit ist es nicht nur nötig, die aktuelle Situation zu kennen, sondern auch sich bereits abzeichnende Tendenzen rechtzeitig wahrzunehmen und einschätzen zu können, um langfristig erfolgreich zu sein.

Ein weiterer sehr großer Fortschritt in der langfristigen und strategischen Sichtweise wäre im Folgenden die Einführung einer Bewerberdatenbank. Während man bisher, um den Aufwand möglichst gering und die Personalgewinnung scheinbar einfach zu halten, vakanzorientiert arbeitet und entsprechend bei Bedarf einzelne Stellenanzeigen veröffentlicht, sollte nun umgedacht werden. So sollte nun eher allgemein und vor allem beständig um neue Mitarbeiter geworben werden. Dadurch generierte Bewerbungen sollten dann nicht wie bisher, wenn momentan keine passende Stelle frei ist, abgelehnt werden, sondern, im besten Fall auch mithilfe von EDV-Unterstützung, entweder gleich im eigenen Klinikum oder in den verbundenen Häusern vermittelt werden. Sollte dies gerade nicht möglich sein, sollte die Bewerbung, je nach Bewerberqualität, zwar zurückgeschickt, aber vorher abgespeichert werden, was natürlich die vorherige Zustimmung des Bewerbers erfordert. Sobald dann eine passende Stelle frei werden sollte, kann dieser Bewerber wieder kontaktiert werden und die Stelle so im besten Falle kurzfristig mit einem qualifizierten Mitarbeiter besetzt werden. Die EDV-Unterstützung sollte dabei einerseits ein durchsuchbares Archiv von Bewerberdaten bereitstellen, als auch die Möglichkeit, derzeit freie Stellen anzuzeigen. Diese sollten durch die verschiedenen

---

<sup>148</sup> Dazu wurden in dieser Arbeit auch in den Kapiteln 2.3.1 und 2.3.4 verschiedene praktische Möglichkeiten vorgeschlagen, auf die an dieser Stelle nur verwiesen werden soll.

Personalsachbearbeiter in das System eingestellt werden können, sodass die Mitarbeiter im Bereich Personalgewinnung stets wissen, welche Stellen vakant sind. Idealerweise sollten dann nicht nur aktuell freie Stellen, sondern auch schon in nächster Zeit, bspw. im nächsten halben Jahr, frei werdende Stellen angezeigt werden. Wenn zum Beispiel bekannt ist, dass Verträge auslaufen und nicht verlängert werden, Mitarbeiter in Mutterschutz oder in Rente gehen oder aus sonstigen Gründen vorhaben, das Haus zu verlassen, sollten diese Informationen dem Bereich Personalgewinnung übersichtlich und möglichst aktuell zur Verfügung stehen. So könnten dann derzeit suchende Bewerber auf die nächste Möglichkeit hingewiesen werden oder abgespeichert qualifizierte Kontakte angefragt und gegebenenfalls abgeworben werden. Aus der Sichtweise des Arbeitgebers wäre der große Vorteil, dass so langfristig qualifizierte Bewerber bevorzugt behandelt werden und Personalengpässe nach Möglichkeiten vermieden werden könnten, was wiederum zu einer besseren Mitarbeitermotivation beitragen würde. Wie die dafür benötigte beständige Generierung von Bewerbungen erreicht bzw. ermöglicht werden kann, wird im folgenden Kapitel vorgeschlagen.

## **6.2 Beständige Generierung von Bewerbungen**

Die Realisierung von beständigen Bewerbungen erfolgt durch zwei Schwerpunkte. Erstens durch den Ausbau von konstanter Bewerbersuche auf verschiedenen Wegen und zweitens durch die Pflege von „Kontakten“, was vom Prinzip her an das Talent-Relationship-Management angelehnt ist. Dabei sollen zu allen Ehemaligen, die als neue Pflegefachkräfte in Frage kommen und dem nicht widersprechen, professionell und regelmäßig Kontakt gehalten werden. Ehemalige schließen, wie bereits im Klinikum in den Anfängen umgesetzt, Eltern in Elternzeit mit ein, genauso aber auch alle Mitarbeiter, die den Arbeitgeber gewechselt haben. Diesen soll bspw. zu besonderen persönlichen Anlässen ein Gruß, in Form eines kleinen Präsentes oder einer Karte, geschickt werden. So soll vermittelt werden, dass immer noch an sie gedacht wird. Hin und wieder sollen die Personen auch auf Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, besondere Veranstaltungen im Haus oder interessante Neuigkeiten aufmerksam gemacht werden. Natürlich wird dabei oder auch separat auf offene Stellen verwiesen und es werden verschiedene Wege angeboten, einen Wiedereinstieg in den Berufsalltag bzw. ins Klinikum zu ermöglichen. Ganz ähnlich sollte auch das Bindungsprogramm mit allen ehemaligen oder aktuellen Praktikanten und FSJ'lern gestaltet werden. So könnte man ihnen kleine, brauchbare Werbegeschenke des Klinikums zukommen lassen, Gutscheine für Erste-Hilfe-Kurse oder Eintrittskarten für regionale Attraktionen. Es wäre aber auch denkbar, ihnen Ermäßigungen für besondere Fortbildungen des eigenen Fort- und Weiterbildungsbereiches zu ermöglichen oder besondere Einblicke in das Klinikum zu gewähren. So wäre eine Einladung zur „Nacht der offenen Tür“ eine Attraktion der ausgefallenen Art, genauso wie ein Treffen mit einer besonderen Führungspersönlichkeit des Klinikums oder anderen Mitarbeitern. Auch ihnen könnte man zu besonderen Ereignissen Grüße

zukommen lassen. Dabei würde bereits eine systemgenerierte SMS zum Geburtstag, zu Festtagen oder, wenn bekannt, als Ermutigung zu Schulabschlussprüfungen höchstwahrscheinlich sehr positiv ankommen. Um dies alles mit möglichst wenig Aufwand zu realisieren, wäre es ebenfalls erforderlich, hierfür eine gute Software zu verwenden. So sollte möglichst viel automatisch generiert werden und lediglich durch bestimmte, entscheidende Stellen, bspw. durch die Unterschrift, sollte die persönliche Wertschätzung und Individualität zum Ausdruck gebracht werden. Alle diese Maßnahmen zur Kontaktpflege würden einerseits das positive Bild des Klinikums fördern, das die Zielgruppe wiederum in ihrem Umfeld verbreitet, und andererseits zur Beeinflussung der Berufs- und Arbeitgeberwahl, hoffentlich hin zum Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegers im Klinikum, beitragen.

Der andere, oben als erster erwähnter, Schwerpunkt ist die konstante Bewerbersuche. Dabei ist das Klinikum schon auf einem guten Weg, sodass die einzelnen Maßnahmen lediglich etwas modifiziert werden müssten. So würden weiterhin die Stellenanzeigen auf der unternehmenseigenen Homepage veröffentlicht werden, genauso wie auf Jobportalen. Dazu sollten außerdem noch in regelmäßigen Abständen die lokalen Printmedien kommen, mit einer eher kleineren und nicht zu kostenintensiven Anzeigenkampagne, die allerdings, wie auch die Onlineanzeigen, darauf hinweisen würde, dass das Klinikum ständig auf der Suche nach neuen qualifizierten Mitarbeitern ist. Wie schon das Sprichwort den stetigen Tropfen als effektiv erwähnt, könnten so einerseits manche Mitarbeiter anderer Kliniken zu dem Schritt des Arbeitgeberwechsels geführt werden. Andererseits würde man aber auch keine aktiv suchende Pflegefachkraft verpassen, die zu einem speziellen Zeitpunkt nach einer neuen Stelle sucht. Während man zu diesem Zeitpunkt gemäß dem alten Model vielleicht gar nicht geworben hätte, hat man so die Chance, qualifizierte Bewerber nach Möglichkeiten zu gewinnen oder auf einen späteren Zeitpunkt hinzuweisen und für eine spätere Einstellung bereits den Weg zu ebnen. Durch andere regelmäßige positive Berichterstattungen oder Anzeigen könnte dies verstärkt werden. Außerdem sollte, wie schon teilweise umgesetzt, das Fort- und Weiterbildungsangebot noch stärker publiziert und beworben werden und so ebenfalls die regional arbeitenden Pflegefachkräfte immer wieder auf das Klinikum bzw. auf die Krankenhaus-Holding als Arbeitgeber hinweisen. Der Kanal der sozialen Medien sollte ebenfalls weiter ausgebaut werden. Dabei geht es aber, wie bereits erwähnt, nicht darum, möglichst viel zu tun, sondern vor allem professionell aufzutreten. So gilt es den Auftritt auf Facebook weiter aktuell und interessant zu halten und sukzessive zu erweitern. Eine weitere gute Möglichkeit wäre noch der Ausbau eines ausgewählten Arbeitgeberbewertungsportals. Wie die Umfrage gezeigt hat, scheint zumindest unter den Befragten die Arbeitgeberzufriedenheit entsprechend hoch zu sein, sodass man solche Mitarbeiter auch entsprechend motivieren könnte, diese positive Meinung auf solch einem Bewertungsportal kundzutun. Zusätzlich könnte der Arbeitgeber auf schlechte Bewertungen reagieren, Kritik aufnehmen und entsprechend gegensteuern. So könnte man ebenfalls unter aktiv suchenden Bewerbern ein offenes und hoffentlich positives Bild



vermitteln. Durch all diese verschiedenen Aktivitäten würde man so, unter aktiv suchenden Bewerbern, Bewerbungen generieren. Der Schwerpunkt wäre dabei zwar regional gelegt, die verschiedenen Aktivitäten wären aber auch für überregionale Bewerber auffindbar.

Um stärker auch überregionale und/oder passiv suchende Bewerber zu erreichen, sollte, wie die empirische Erhebung klar gezeigt hat, vor allem das Mitarbeiterempfehlungsprogramm ausgebaut werden. Mitarbeiter sollten aktiv dazu aufgerufen werden, für das Klinikum zu werben. Dazu gilt es natürlich in erster Linie dafür zu sorgen, dass die derzeitigen Mitarbeiter auch zufrieden und von ihrem Arbeitgeber überzeugt sind. Wenn dies der Fall ist, können diese auch entsprechend für das Klinikum werben und argumentieren. Dann aber gilt es die Mitarbeiter über offene Stellen zu informieren. Da durch die Bewerberdatenbank qualifizierte Mitarbeiter vorgemerkt und direkt kontaktiert werden können, gilt es aber auch, den Mitarbeitern zu erklären, warum es prinzipiell immer gut ist, Bekannte, Freunde oder Angehörige zu werben, auch wenn gerade keine freie Stelle ausgeschrieben ist. Im letzten Schritt gilt es dann noch die Mitarbeiter zusätzlich zur Weiterempfehlung anzureizen. Dies kann durch attraktive Sachprämien, Gutscheine oder in Form von Bargeld geschehen. Dabei sollte der Wert der Prämie allerdings nicht zu hoch angesetzt werden, sondern stattdessen, unter nicht zu strengen Auflagen, öfters ausbezahlt werden. Der bekannte Mitarbeiter, der die Prämie einmal erhalten hat, motiviert höchstwahrscheinlich mehr, als die etwas höhere Summe der Prämie, die allerdings nur in Sonderfällen genehmigt wird. Dieses Programm sollte dann, entgegen dem aktuell erhobenen Ist-Stand, natürlich auch entsprechend bekannt gemacht werden. So könnte man bereits potentielle Mitarbeiter, bei denen sich das Beschäftigungsverhältnis gerade erst anbahnt, direkt auf die Prämie hinweisen, da diese aus ihrem vorherigen Umfeld vielleicht noch weitere gute potentielle Mitarbeiter kennen. Auf diesem Wege wäre es möglich, Leute zu erreichen und vielleicht sogar zu gewinnen, die eigentlich nicht über einen Arbeitgeberwechsel nachgedacht und vielleicht noch nie zuvor vom Klinikum gehört haben.

### **6.3 Zusätzliche Möglichkeiten**

Neben den verschiedenen, im Zusammenhang mit dem neuen Personalmarketingkonzept vorgeschlagenen, Maßnahmen der Personalgewinnung, gibt es viele weitere Möglichkeiten, um Bewerbungen zu generieren. Gerade auch in der Zusammenarbeit mit der Schule für Pflegeberufe kann so einerseits für das Klinikum als Arbeitgeber geworben werden, andererseits aber auch für den Pflegeberuf, um so auch Auszubildende zu gewinnen, die dann später übernommen werden können. Weitere Möglichkeiten und Ideen werden im Folgenden stichpunktartig vorgeschlagen:

- Gerade in der heutigen Zeit, in der zunehmend auch im Arbeitsleben die Sinnfrage gestellt wird, bietet sich die Möglichkeit, mit der Sinnhaftigkeit des Pflegeberufes zu werben.

- Entsprechend könnte die Möglichkeit ausgebaut werden, als Quereinsteiger in den Pflegeberuf zu wechseln. Dies können motivierte Arbeitssuchende sein, aber auch enttäuschte Arbeitnehmer aus anderen Branchen, die sich mehr „Sinn“ in ihrer Arbeit wünschen. Dies könnte als ein Programm zusammen mit der Arbeitsagentur gestaltet und angeboten werden.
- Um gerade auch diejenigen zu erreichen, die eigentlich nicht auf Arbeitsplatzsuche sind, wäre es wichtig, auch in Bereichen der Freizeit oder des alltäglichen Lebens mit kleinen Kampagnen präsent zu sein. So könnten Plakate in Kaufhäusern oder in Kinos aufgestellt werden, kurze Werbespots im Radio laufen oder Gratispostkarten in Restaurants ausgelegt werden.
- Auf Ausbildungs- und Rekrutierungsmessen oder auch auf allgemeinen örtlichen Festlichkeiten könnte das Klinikum mit Ständen vertreten sein. Um die Aufmerksamkeit zu erhöhen, könnten kleine Werbebeschenke verteilt werden. Eine weitere Idee wäre, solche Geschenke an ehemalige Praktikanten, FSJ'ler oder Mitarbeiter zu verteilen, denen man zuvor eine Art Gutscheine per SMS zugeschickt hat.
- Um auch an Schulen positiv bekannt zu sein, könnte man dort ebenfalls kleine Werbebeschenke verteilen, Plakate aufhängen oder kleine Anzeigen in den Schulzeitungen schalten. Eine andere kreative Möglichkeit bestände darin, den Schulen sogenannte Paten zuzuordnen, die im besten Falle früher selbst an der Schule waren und nun als Mitarbeiter oder sogar als Führungskraft des Klinikums in der Schule kleine Vorträge halten, als Ansprechpartner genannt werden und Werbung für das Klinikum machen.
- Als interne Personalgewinnungsmethode wäre es überlegenswert, Jahres- oder Lebensarbeitszeitkonten einzuführen. So würden die Mitarbeiter von der geleisteten Mehrarbeit bspw. in der Form eines längeren Jahresurlaubs, Sabbaticals oder eines früheren Ausstiegs aus dem Berufsleben profitieren können.

Darüber hinaus gibt es mit Sicherheit noch viele weitere Möglichkeiten, die Herausforderung der Personalgewinnung erfolgreich zu meistern. Dabei ist allerdings etwas Mut, Kreativität, Risikobereitschaft und Pioniergeist gefragt. Wenn dies im Unternehmen vorhanden ist und gefördert wird, sind das beste Voraussetzungen für den langfristigen Erfolg der Personalgewinnung und damit des gesamten Unternehmens.

## 7 Fazit und Ausblick

In der Literatur wird das Thema der Personalgewinnung ausführlich dargestellt und durch viele kreative Ideen und Gestaltungsmöglichkeiten ergänzt. Die praktische Umsetzung dessen hat in der heutigen Zeit, trotz Fachkräftemangel und entsprechend hohen Anforderungen an die Personalgewinnung, jedoch noch an manchen Stellen Optimierungspotential. In dieser Arbeit konnten insgesamt viele der am Anfang gestellten Fragen aufgegriffen und beantwortet werden. So konnten moderne Wege der Personalgewinnung mit dem Schwerpunkt der Kontaktaufnahme aufgezeigt werden, genauso wie der aktuelle Trend der sozialen Medien, der einerseits nicht unter-, andererseits aber auch nicht überschätzt werden darf. Durch die beschreibende Analyse konnte herausgefunden werden, welche Methoden der Personalgewinnung von Pflegefachkräften derzeit im Klinikum eingesetzt werden. Diese Personalgewinnungsmaßnahmen wurden dann im zweiten Schritt, in der Auswertung der explorativen Studie, durch den Vergleich mit anderen, teilweise branchenfremden, Studien auf ihre Effektivität und Effizienz hin beurteilt. Dadurch konnten viele Stärken, wie bspw. die erfolgreich eingesetzten Stellenanzeigen auf der Homepage des Klinikums und die überdurchschnittliche Weiterempfehlungsrate des Klinikums als Arbeitgeber, aufgezeigt werden. Gleichzeitig wurden viele Chancen deutlich wie durch die Umstrukturierung der Personalabteilung, die konstante Personalsuche, die Kontaktpflege zu Ehemaligen und den verbesserten Einsatz des Mitarbeiterempfehlungsprogramms Pflegefachkräfte gezielt erreicht und als Mitarbeiter gewonnen werden könnten. Diese und weitere Veränderungen, die von dem Unternehmen erwägt werden sollten, konnten in dem, von der Literatur und den empirischen Studien abgeleiteten, Handlungskonzept zusammengefasst werden.

Dieses Konzept, oder einzelne Maßnahmen daraus, im Klinikum praktisch umzusetzen und dann wieder kritisch zu reflektieren, stehen nun als zukünftige Aufgaben, möglicherweise als Teil einer weiteren Arbeit, an. Die Reflexion der Umsetzung wäre ebenfalls im Rahmen einer empirischen Studie denkbar. Aber auch die Weiterentwicklung des Mitarbeiterempfehlungsprogrammes und die damit verbundene Erforschung von Motiven, Motivationen und Hinderungsgründen der einzelnen Mitarbeiter in der Pflege wären es Wert, näher betrachtet zu werden. Denn die Personalgewinnung ist, wie in der vorliegenden Arbeit deutlich wurde, sowohl theoretisch beschrieben, als auch in vielen Branchen empirisch untersucht worden. Große Forschungsfelder sind aber in diesem Zusammenhang die Besonderheiten in der Pflegebranche, die in vielen Bereichen der Personalgewinnung noch nicht untersucht worden sind, aber einen sehr wichtigen Beitrag für die erfolgreiche Personalgewinnung von Pflegefachkräften in Zeiten des Fachkräftemangels leisten könnten. Wenn in dieser Arbeit auch nur manche Punkte herausgegriffen werden konnten und manche Detailfragen nicht in aller Tiefe geklärt wurden, stellt sie doch einen Schritt in eine erfolgreiche Zukunft dar, in der auch in der Personalgewinnung von Pflegefachkräften immer wieder umgedacht werden muss und neue

Wege beschrillen werden müssen, da diese Thematik für jeden Einzelnen früher oder später, bspw. durch die eigene Pflegebedürftigkeit im Alter, von Bedeutung sein kann. Diese Arbeit ist ein Teilschritt zur erfolgreichen Bewältigung der großen, auch gesellschaftlichen Herausforderung der Personalgewinnung in der Pflege, dem hoffentlich noch viele folgen.

## Quellenverzeichnis

- Arnold, H. (2012):** Personal gewinnen mit Social Media. Freiburg 2012.
- Atteslander, P. (2010):** Methoden der empirischen Sozialforschung. 13., neu bearb. und erw. Aufl., Berlin 2010.
- Bärmann, F. (2012):** Social Media im Personalmanagement. Facebook, Xing, Blogs, Mobile Recruiting und Co. erfolgreich einsetzen. Heidelberg; München; Landsberg; Frechen; Hamburg 2012.
- Bartscher, T.; Frick, J. (2009):** Ziele und Zielvereinbarungen,  
[http://www.haufe-akademie.de/downloads\\_shop/documents/4118.pdf](http://www.haufe-akademie.de/downloads_shop/documents/4118.pdf) (Stand: 9.4.2014).
- Bendel, O. (o. J.):** QR-Code,  
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/435569394/qr-code-v4.html> (Stand: 28.4.2014).
- Benninghaus, H. (2005):** Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse. 7., unv. veränd. Aufl., München 2005.
- Bernauer, D.; Hesse, G.; Laick, S.; Schmitz, B. (2011):** Social Media im Personalmarketing. Erfolgreich in Netzwerken kommunizieren. Köln 2011.
- Bettig, U. (2012):** Aufgabendifferenzierung innerhalb der Pflegeprofession. In: Bettig, U.; Frommelt, M.; Schmidt, R. (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg 2012, S. 81-91.
- Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P. (2013):** Krankenhaus Barometer. Umfrage 2013. Düsseldorf 2013.
- Brickwedde, W. (2013):** Social Media Recruiting Report 2013,  
<http://www.competitiverecruiting.de/resources/Social+Media+Recruiting+Report+2013+.pdf> (Stand: 1.5.2014).
- Bröckermann, R.; Femppel, K.; Pepels, W. (Hrsg.) (2013):** Das neue Personalmarketing - Employee Relationship Management als moderner Erfolgstreiber. Band 1: Handbuch Personalgewinnung. 2. Aufl., Berlin 2013.
- Brosius, H.-B.; Haas, A.; Koschel, F. (2012):** Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung. 6., erw. und aktual. Aufl., Wiesbaden 2012.
- Buttler, G.; Fürstenberg, F.; Herder-Dorneich, P.; Klages, H.; Oettle, K.; Schlotter, H.-G.; Winterstein, H. (1985):** Wege aus dem Pflegenotstand. Ordnungspolitische Prinzipien einer Reform der Pflegesicherung alter Menschen. Baden-Baden 1985.
- Buxel, H. (2011):** Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen. Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Münster 2011.
- Deutsche Gesellschaft für Personalführung (2006):** Erfolgreiches Personalmarketing in der Praxis. Konzepte, Instrumente, Praxisbeispiele. Bielefeld 2006.
- Deutscher Pflegerat e.V. (o. J.):** Ich will Pflege -Kampagne,  
<http://www.ichwillpflege.de/kampagne/kampagne.php> (Stand: 17. 4. 2014).

- Diekmann, A. (2010):** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 4. Aufl., Reinbek bei Hamburg 2010.
- Elberfelder Bibel (2007):** Das Evangelium nach Lukas. Kapitel 6 Vers 31. Wuppertal 2007.
- Gillenkirch, R.; Müller-Stewens, G.(2014):** Strategie,  
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/3172/strategie-v11.html> (Stand: 7.4.2014).
- Grabitz, I.; Wisdorff, F. (2011):** Der Fachkräftemangel ist die große Herausforderung,  
<http://www.welt.de/politik/deutschland/article13437999/Der-Fachkraeftemangel-ist-die-grosse-Herausforderung.html> (Stand: 11.2.2014).
- Haitzer, A. (2011):** Bewerbermagnet. 365 inspirierende Ideen, wie ihr Unternehmen Top-Bewerber magnetisch anzieht. Neubeuern 2011.
- Helmke, T. (2011):** Nachhaltiges Personalmarketing für öffentliche Verwaltungen. Strategien für ein modernes Personalmarketing im demografischen Wandel. Berlin 2011.
- Hesse, G. (2011):** 5 Thesen zum Thema Wertewandel im Kontext von Mitarbeitergewinnung und -bindung, <http://www.saatkorn.com/2011/12/07/5-thesen-zum-thema-wertewandel-im-kontext-von-mitarbeitergewinnung-und-bindung/> (Stand: 9.4.2014).
- Kampl, K. (2010):** E-Recruiting. Steigerung von Effektivität und Effizienz bei der Personalgewinnung. Saarbrücken 2010.
- Kirchgeorg, M.; Müller, J.; Stock-Homburg, R. (Hrsg.) (2013):** Handbuch Strategisches Personalmanagement. 2., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden 2013.
- Knapp, E. (2010):** Rekrutierungsmanagement. Erfolgreiche Mitarbeitergewinnung für Unternehmen. Berlin 2010.
- Kriegler, W.R. (2012):** Praxishandbuch Employer Branding. Freiburg 2012.
- Krol, B.; Fiesel, L.; Seng, A. (2012):** Erfolgreiche Wege der Rekrutierung in Social Networks. Essen 2012.
- Maier, N. (2008):** Erfolgreiche Personalgewinnung und Personalauswahl. Von der Personalsuche über die Kandidatenanalyse und Einstellung bis zur Einführung mit zahlreichen Arbeitshilfen und Vorlagen. Zürich 2008.
- Meffert, H.; Bruhn, M. (2012):** Dienstleistungsmarketing. Grundlagen - Konzepte - Methoden. 7., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden 2012.
- Meffert, H.; Burmann, C.; Kirchgeorg, M. (2012):** Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte - Instrumente - Praxisbeispiele. 11., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden 2012.
- o. V. (o. J.):** EvaSys Healthcare,  
<http://www.evasys.de/evasys-healthcare.html> (Stand: 29.4.2014).
- o. V. (2012):** Social Media Prisma,  
<http://www.ethority.de/weblog/social-media-prisma/> (Stand: 11.4.2014).
- o. V. (2013):** Opportunismus,  
<http://www.duden.de/node/691767/revisions/1275545/view> (Stand: 7.4.2014).
- o. V. (2014):** Zufriedenheit mit dem Arbeitgeber, <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/184709/umfrage/zufriedenheit-mit-dem-arbeitgeber/> (Stand: 2.5.2014).

- Porst, R. (2014):** Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erw. Aufl., Wiesbaden 2014.
- PricewaterhouseCoopers (2012):** 112 - und niemand hilft. Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann. o.O. 2012.
- Projektgruppe ARD/ZDF-Multimedia (2014):** Mobile Nutzung, <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/index.php?id=427> (Stand: 14.4.2014).
- Reimers, P. (2013):** IHK-Fachkräftemonitoring, [http://www.stuttgart.ihk24.de/linkableblob/sihk24/serviceleiste/Publicationen/Standortpolitik/1818616/.12./data/Fachkraeftemangel\\_kommt\\_und\\_bleibt-data.pdf](http://www.stuttgart.ihk24.de/linkableblob/sihk24/serviceleiste/Publicationen/Standortpolitik/1818616/.12./data/Fachkraeftemangel_kommt_und_bleibt-data.pdf) (Stand: 11.2.2014).
- Reuschenbach, B. (2004):** Personalgewinnung und Personalauswahl für die Pflege. München 2004.
- Ridder, H.-G. (1999):** Personalwirtschaftslehre. Stuttgart 1999.
- Rohrlack, K. (2012):** Personalbeschaffung. Kompakt. München und Mering 2012.
- Rosen, L. (2010):** Welcome to the iGeneration!, <http://www.psychologytoday.com/blog/rewired-the-psychology-technology/201003/welcome-the-igeneration> (Stand: 9.4.2014).
- Schnell, R.; Hill, P.B.; Esser, E. (1999):** Methoden der empirischen Sozialforschung. 6., völlig überarb. und erw. Aufl., München 1999.
- Scholz, C. (2000):** Personalmanagement. Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen. 5., neubearb. und erw. Aufl., München 2000.
- Stock-Homburg, R. (2013):** Personalmanagement. Theorien - Konzepte - Instrumente. 3., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden 2013.
- Stremlau, I.; Bartels, A. (2012):** Internationalisierung des Wettbewerbs um Pflegefachkräfte. In: Bettig, U.; Frommelt, M.; Schmidt, R. (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg 2012, S. 111-125.
- Trost, A. (2012):** Talent Relationship Management. Personalgewinnung in Zeiten des Fachkräftemangels. Berlin u.a. 2012.
- Trost, A.; Berberich, M. (2012):** Die MEP-Studie: Recruiting mit hoher Trefferquote, [http://www.armintröst.de/tl\\_files/dateien/Trost\\_Berberich\\_2012.pdf](http://www.armintröst.de/tl_files/dateien/Trost_Berberich_2012.pdf) (Stand: 2.5.2014).
- Weitzel, T.; Eckhardt, A.; Laumer, S.; Stetten, A.; Maier, C. (2013):** Recruiting Trends 2013, [http://media.newjobs.com/dege/redaktion/Recruiting\\_Trends2013.pdf](http://media.newjobs.com/dege/redaktion/Recruiting_Trends2013.pdf) (Stand: 1.5.2014).
- Witt, B.C. (2010):** Datenschutz kompakt und verständlich: eine praxisorientierte Einführung. 2., aktual. und erg. Aufl., Wiesbaden 2010.

## **Anhang**

### Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Stellenanzeige – Gesundheits- und Krankenpfleger.....	69
Anlage 2	Interne Aktennotiz – Prämie für die Gewinnung von Mitarbeitern .....	69
Anlage 3	Anschreiben zur Umfrage.....	70
Anlage 4	Fragebogen.....	70
Anlage 5	Erinnerungsschreiben zur Umfrage.....	73
Anlage 6	Datenreport aus EvaSys.....	74
Anlage 7	Handschriftliche Antworten auf die zweite Frage .....	77

**Anlage 1 Stellenanzeige – Gesundheits- und Krankenpfleger**

**Anlage 2 Interne Aktennotiz – Prämie für die Gewinnung von Mitarbeitern**

*- Die Anlagen 1 und 2 wurden aus Datenschutzgründen entfernt. -*



LOGO	<b>Anschreiben zum Fragebogen</b> Nathanael Hampp - Personalservice
Frau [REDACTED] [REDACTED] Klinikum [REDACTED]	11. März 2014
Liebe Frau [REDACTED]	
<p>mein Name ist Nathanael Hampp. Ich bin seit 2011 als Student der Dualen Hochschule in [REDACTED] tätig und zwischenzeitlich in verschiedenen Verwaltungsbereichen eingesetzt gewesen. Im Rahmen meines Studiums schreibe ich derzeit meine <b>Bachelorarbeit in der Abteilung Personalservice</b>. Dazu benötige ich Ihre Unterstützung!</p> <p>Das Klinikum [REDACTED] wirbt auf verschiedenen Wegen um neue Mitarbeiter. Unterschiedliche Methoden werden dabei eingesetzt, um Mitarbeiter für das Unternehmen gewinnen zu können. Besonders bedeutend sind dabei auch die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die einen zentralen Part des Unternehmens darstellen.</p> <p>Auch Sie, Frau [REDACTED], haben innerhalb der letzten zwei Jahre die Entscheidung getroffen ein Mitarbeiter des [REDACTED] Teams zu werden. Nun stellt sich die Frage, wie Sie auf Ihre Stelle im Klinikum [REDACTED] aufmerksam geworden sind.</p> <p>Anbei finden Sie daher einen <b>kurzen Fragebogen</b>, dessen Beantwortung maximal <b>fünf Minuten</b> in Anspruch nehmen wird. Fünf Minuten, die meine Bachelorarbeit sowie die Abteilung Personal bei der <b>Optimierung des Personalmarketings</b> weiterbringen werden. Bei der Beantwortung des Fragebogens gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, sondern Ihr eigenes Erleben ist uns wichtig! Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung <b>freiwillig</b> und findet <b>anonym</b> statt.</p> <p>Bitte beantworten Sie den beiliegenden Fragebogen und senden ihn mit dem adressierten Umschlag bis <b>spätestens zum 28.03.2014</b> an die Abteilung Personalservice z.Hd. Herr Hampp zurück.</p> <p>Bei Fragen oder sonstigen Anliegen dürfen Sie sich gerne an mich wenden. Tel.: [REDACTED]; E-Mail: nathanael.hampp@[REDACTED]</p> <p>Ansprechpartner des Projektes in der Abteilung Personalservice ist Frau [REDACTED]. Tel.: [REDACTED]; E-Mail: [REDACTED]</p> <p>Vielen Dank bereits im Voraus für Ihre Unterstützung!</p> <p>Freundliche Grüße,</p> <p>Nathanael Hampp</p>	
Dateiname: Ersteller: N. Hampp Freigabe: [REDACTED]	Seite: Erstelldatum: 27.02.14 Freigegeben am: 03.03.14 Gültig bis: 28.03.14
<small>© [REDACTED] - Nutzung, Weiterverbreitung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.</small>	

EvaSys	Optimierung Personalmarketing	Electric Paper

Markieren Sie so:      Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

**1. Fragen**

1.1 Wie sind Sie auf Ihre jetzige Stelle im Klinikum   aufmerksam geworden?  
 (Mehrfachnennungen möglich)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stellenanzeige auf der <b>Homepage des Klinikums</b> | <input type="checkbox"/> Stellenanzeige im <b>Internet*</b><br>(Jobportale, ...) | <input type="checkbox"/> Stellenanzeige in <b>Zeitung*</b> /<br>Zeitschrift / ... |
| <input type="checkbox"/> Stellenanzeige im <b>Intranet</b>                    | <input type="checkbox"/> Bekannte, Freunde,<br>Angehörige                        | <input type="checkbox"/> Ausbildung im Haus                                       |
| <input type="checkbox"/> Praktikum im Haus                                    | <input type="checkbox"/> Arbeitsagentur  | <input type="checkbox"/> Vermittlungsagentur                                      |
| <input type="checkbox"/> Ausbildungsmesse                                     | <input type="checkbox"/> Initiativ   | <input type="checkbox"/> Sonstiges*   |

1.2 \* Auf welchen Seiten im Internet wurden Sie auf uns aufmerksam?  
 Welche Zeitungen oder Zeitschriften konnten Ihre Aufmerksamkeit wecken? Sonstiges?

1.3 Sind Sie während Ihrer aktiven Suche nach einem neuen Arbeitsplatz auf Ihre jetzige Stelle aufmerksam geworden oder hat es sich so ergeben?  
 Aktiv gesucht       Hat sich so ergeben

1.4 War für die neue Stelle im Klinikum   ein Wohnortwechsel notwendig?  
 Ja (weiter mit Frage 1.5)       Nein (weiter mit Frage 1.6)

1.5 Wenn Sie Frage 1.4 mit "Ja" beantwortet haben:  
 Wie weit liegt Ihr vorheriger Wohnort entfernt?  
 weniger als 25 km       zwischen 25 und 50 km       zwischen 51 und 100 km  
 mehr als 100 km

1.6 Haben Sie bereits Personen aus Ihrem Umfeld auf eine Stelle als Gesundheits- und Krankenpfleger/in im Klinikum   aufmerksam gemacht?  
 Ja (weiter mit Frage 1.7)       Nein (weiter mit Frage 1.8)

1.7 Wenn Sie Frage 1.6 mit „Ja“ beantwortet haben:  
 Hat sich diese Person daraufhin auf diese Stelle beworben?  
 Ja       Nein       Weiß nicht

**bitte wenden**

F249U43498P1PL0V1

11.03.2014, Seite 1/2



## 1. Fragen [Fortsetzung]

1.8 Würden Sie das Klinikum \_\_\_\_\_ als Arbeitgeber für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen weiterempfehlen?

Ja  eher Ja  eher Nein  Nein

1.9 Kennen Sie eine oder mehrere Personen, die Sie als Gesundheits- und Krankenpfleger/in werben könnten?  Ja  Nein

1.10 Ist Ihnen bekannt, dass das Klinikum \_\_\_\_\_ Ihnen für die erfolgreiche Anwerbung eines/r Gesundheits- und Krankenpflegers/in unter bestimmten Voraussetzungen eine Prämie bietet?  Ja  Nein

1.11 Wie oft haben Sie in Ihrem Beruf als Gesundheits- und Krankenpfleger/in bereits den Arbeitgeber gewechselt?  
(Bitte beachten Sie: Wenn das Klinikum \_\_\_\_\_ Ihr erster Arbeitgeber ist, tragen Sie „0“ ein!)

**Anzahl der Arbeitgeberwechsel:**

1.12 Wie lange sind Sie bereits als examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/in berufstätig?  weniger als 5 Jahre  zwischen 5 und 10 Jahre  zwischen 11 und 15 Jahre

zwischen 16 und 20 Jahre  mehr als 20 Jahre

1.13 Ihr Alter:  unter 20 Jahre  zwischen 20 und 30 Jahre  zwischen 31 und 40 Jahre

zwischen 41 und 50 Jahre  über 50 Jahre

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**



## Anlage 5 Erinnerungsschreiben zur Umfrage

LOGO	<b>Erinnerungsschreiben</b> Nathanael Hampp - Personalservice
	21. März 2014
Frau [Redacted] [Redacted] [Redacted]	
Liebe Mitarbeiterinnen, liebe Mitarbeiter,	
an dieser Stelle möchte ich mich zunächst ganz herzlich bei Ihnen für Ihre <b>große Unterstützung</b> bedanken! Es hat mich sehr gefreut, in letzter Zeit regelmäßig Post zu bekommen, bei der vielleicht auch schon Ihr ausgefüllter Fragebogen mit dabei war. <b>Vielen Dank!</b>	
Noch schöner wäre es für das Gelingen meiner Arbeit, wenn sich auch diejenigen beteiligen, die dies bisher noch nicht getan haben! Je mehr sich beteiligen, umso höher ist die <b>Aussagekraft und der Nutzen</b> meiner Arbeit!	
<b>Haben Sie bereits Ihren Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt?</b>	
Wenn nicht, möchte ich Sie gerne noch einmal bitten, sich fünf Minuten Zeit dafür zu nehmen. Fünf Minuten, die meine Bachelorarbeit sowie die Abteilung Personal bei der <b>Optimierung des Personalmarketings</b> weiterbringen werden. Selbstverständlich ist und bleibt die Teilnahme an der Befragung <b>freiwillig</b> und <b>anonym</b> .	
Sollten Sie den <b>Fragebogen nicht mehr zur Hand</b> haben, können Sie sich gerne an mich wenden. Ich werde Ihnen dann umgehend einen Neuen zukommen lassen.	
Bitte beantworten Sie den Fragebogen und senden ihn mit dem adressierten Umschlag bis <b>spätestens 28.03.2014</b> an die Abteilung Personalservice z.Hd. Herr Hampp zurück.	
Bei Fragen oder sonstigen Anliegen dürfen Sie sich gerne an mich wenden. Tel.: [Redacted]; E-Mail: <a href="mailto:nathanael.hampp@[Redacted]">nathanael.hampp@[Redacted]</a>	
Ansprechpartner des Projektes in der Abteilung Personalservice ist Frau [Redacted]. Tel.: [Redacted]; E-Mail: [Redacted]	
Vielen Dank bereits im Voraus für Ihre Unterstützung!	
Freundliche Grüße,	
Nathanael Hampp	
Dateiname: Ersteller: Freigabe:	Erinnerungsschreiben zur Befragung.odt N. Hampp
Seite: Erstelldatum: Freigabedatum: Gültig bis:	1 von 1 19.03.14 20.03.14 28.03.14
[Redacted] - Nutzung, Verwilligung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung	

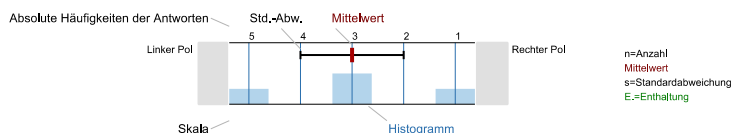
# Anlage 6 Datenreport aus EvaSys

**Berichtersteller**  
Mitarbeitermarketing gesamt  
Erfasste Fragebögen = 39

Auswertungsteil der geschlossenen Fragen

Legende

Fragetext



Fragen

1.1) Wie sind Sie auf Ihre jetzige Stelle im Klinikum [ ] aufmerksam geworden? (Mehrfachnennungen möglich) n=39

Stellenanzeige auf der Homepage des Klinikums	<input type="text" value="8"/>	8
Stellenanzeige im Internet* (Jobportale, ...)	<input type="text" value="6"/>	6
Stellenanzeige in Zeitung* / Zeitschrift / ...	<input type="text" value="1"/>	1
Stellenanzeige im Intranet	<input type="text" value="0"/>	0
Bekannte, Freunde, Angehörige	<input type="text" value="7"/>	7
Ausbildung im Haus	<input type="text" value="4"/>	4
Praktikum im Haus	<input type="text" value="2"/>	2
Arbeitsagentur	<input type="text" value="2"/>	2
Vermittlungsagentur	<input type="text" value="1"/>	1
Ausbildungsmesse	<input type="text" value="0"/>	0
Initiativ	<input type="text" value="8"/>	8
Sonstiges*	<input type="text" value="6"/>	6

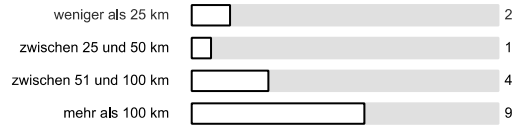
1.3) Sind Sie während Ihrer aktiven Suche nach einem neuen Arbeitsplatz auf Ihre jetzige Stelle aufmerksam geworden oder hat es sich so ergeben? n=38

Aktiv gesucht	<input type="text" value="19"/>	19
Hat sich so ergeben	<input type="text" value="19"/>	19

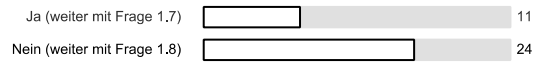
1.4) War für die neue Stelle im Klinikum [ ] ein Wohnortwechsel notwendig? n=39

Ja (weiter mit Frage 1.5)	<input type="text" value="15"/>	15
Nein (weiter mit Frage 1.6)	<input type="text" value="24"/>	24

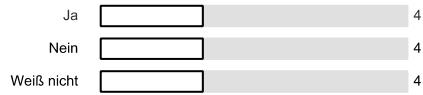
1.5) Wenn Sie Frage 1.4 mit "Ja" beantwortet haben: Wie weit liegt Ihr vorheriger Wohnort entfernt? n=16



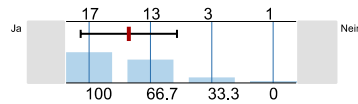
1.6) Haben Sie bereits Personen aus Ihrem Umfeld auf eine Stelle als Gesundheits- und Krankenpfleger/in im Klinikum                      aufmerksam gemacht? n=35



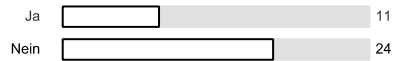
1.7) Wenn Sie Frage 1.6 mit „Ja“ beantwortet haben: Hat sich diese Person daraufhin auf diese Stelle beworben? n=12



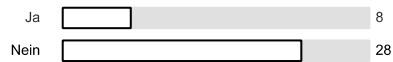
1.8) Würden Sie das Klinikum                      als Arbeitgeber für Gesundheits- und Krankenpfleger/innen weiterempfehlen? n=34  
m=30  
s=26



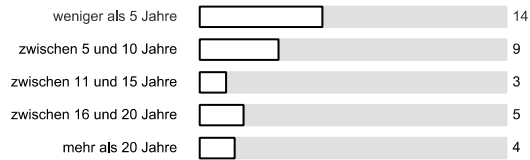
1.9) Kennen Sie eine oder mehrere Personen, die Sie als Gesundheits- und Krankenpfleger/in werben könnten? n=35



1.10) Ist Ihnen bekannt, dass das Klinikum                      Ihnen für die erfolgreiche Anwerbung eines/r Gesundheits- und Krankenpflegers/in unter bestimmten Voraussetzungen eine Prämie bietet? n=36



1.12) Wie lange sind Sie bereits als examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/in berufstätig? n=35



1.13) Ihr Alter:

n=34



## **Anlage 7 Handschriftliche Antworten auf die zweite Frage**

*- Die Anlage 7 wurde aus Datenschutzgründen entfernt. -*



**Erfolgsfaktor Patientenzufriedenheit  
am Beispiel der ambulanten  
Rehabilitation im Stauferklinikum  
Schwäbisch Gmünd**

Empirische Erhebung anhand einer schriftlichen  
Patientenbefragung

von

Ilona Herzig

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	VII
Abbildungsverzeichnis .....	VIII
Tabellenverzeichnis.....	IX
1	Hinführung zum Thema..... 78
1.1	Problemstellung und Zielsetzung..... 78
1.2	Gang der Untersuchung..... 80
2	Theoretische Grundlagen des Qualitätsmanagements..... 81
2.1	Begriffserklärungen Qualität und Qualitätsmanagement ..... 81
2.2	Gesetzliche Grundlagen für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen..... 83
3	Kundenorientiertes Qualitätsmanagement ..... 85
3.1	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen..... 85
3.2	Begriffserklärungen Kunde und Kundenorientierung..... 91
3.3	Kundenzufriedenheit ..... 92
3.3.1	Entstehung von Kundenzufriedenheit ..... 92
3.3.1.1	Basismodell ..... 92
3.3.1.2	Spezielle Ansätze..... 95
3.3.2	Auswirkungen von Kundenzufriedenheit auf das Kundenverhalten ..... 98
3.3.3	Auswirkungen von Kundenzufriedenheit auf das Unternehmen..... 99
3.4	Verfahren zur Messung von Kundenzufriedenheit ..... 101
3.5	Ableitung des Begriffs Patientenzufriedenheit..... 103
4	Theoretische Grundlagen der ambulanten Rehabilitation..... 104
4.1	Begriffserklärung und gesetzliche Grundlagen der ambulanten Rehabilitation..... 104
4.2	Rehabilitationsziele..... 107
4.3	Qualitätsmanagement in ambulanten Rehabilitationen ..... 108
4.4	Vor- und Nachteile einer ambulanten Rehabilitation..... 110
5	Optimierung des Erhebungsinstruments in der ambulanten Rehabilitation im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd..... 111
5.1	Unternehmensvorstellung..... 111
5.2	Darstellung und Analyse des bisher verwendeten Erhebungsinstruments..... 113
5.3	Konzeption sowie Daten und Methode des Erhebungsinstruments ..... 116
5.4	Gestaltung des neuen Erhebungsinstruments ..... 119

5.4.1	Analyse der ambulanten Rehabilitation im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd.....	119
5.4.2	Literaturrecherche nach validen Fragebogen.....	122
5.4.3	Gestaltung des Fragebogens .....	123
6	Messung der Patientenzufriedenheit.....	128
6.1	Darstellung der Ergebnisse.....	128
6.2	Übertragung der Ergebnisse auf die Qualitätsdimensionen nach Donabedian.....	140
6.3	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen .....	144
6.4	Vergleich der Patientenbefragungsergebnisse 2013 und 2014 .....	145
6.5	Kritische Reflexion .....	147
7	Fazit .....	148
	Literaturverzeichnis .....	150
	Verzeichnis interner Unternehmensquellen .....	155
	Anhang .....	156

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bezeichnung</b>
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
C/D-Paradigma	Confirmation/Disconfirmation
DIN EN ISO	Deutsches Institut für Normung e. V. Europäische Norm International Organization for Standardization
DRV	Deutsche Rentenversicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
QM	Qualitätsmanagement
QM-Systeme	Qualitätsmanagementsysteme
QS	Qualitätssicherung
Reha	Rehabilitation
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGD	Schwäbisch Gmünd
TQM	Total Quality Management

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Informationsökonomisches Dreieck nach Weiber/Adler 1995 .....	87
Abbildung 2:	Integrativer Bezugsrahmen der Kundenzufriedenheit .....	92
Abbildung 3:	Wirkungsbeziehungen nach C/D-Paradigma .....	94
Abbildung 4:	Ansätze zur Messung von Kundenzufriedenheit .....	101
Abbildung 5:	Prozesslandschaft im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd.....	112
Abbildung 6:	Mittelwerte der Patientenbefragung 2013 .....	116
Abbildung 7:	Relative Häufigkeit der Altersgruppen .....	130
Abbildung 8:	Relative Häufigkeit der Behandlungsgründe.....	131
Abbildung 9:	Relative Häufigkeit der Behandlungsdauer .....	132
Abbildung 10:	Mittelwerte der Zufriedenheitsbeurteilungen 2014 .....	133
Abbildung 11:	Gesamtüberblick Zufriedenheitsbeurteilungen 2014 .....	135
Abbildung 12:	Absolute Häufigkeit der Zustimmungsgrade.....	136
Abbildung 13:	Mittelwerte Strukturqualität.....	141
Abbildung 14:	Mittelwerte Prozessqualität.....	142
Abbildung 15:	Mittelwerte Ergebnisqualität .....	143
Abbildung 16:	Mittelwertvergleiche 2013/2014 .....	146

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Überblick der wichtigsten Paragraphen des SGB V Stand 2014.....	84
Tabelle 2:	Charakteristische Merkmale einer Gesundheitsdienstleistung.....	86
Tabelle 3:	Qualitätsdimensionen nach Donabedian.....	89
Tabelle 4:	Vor- und Nachteile einer ambulanten Rehabilitation .....	110
Tabelle 5:	Skalenbewertung der Auswertung 2013.....	114
Tabelle 6:	Auswertungstabelle der Patientenumfrage 2011 bis 2013.....	115
Tabelle 7:	Skalenbewertung 2014 .....	128
Tabelle 8:	Geschlechterverteilung .....	129
Tabelle 9:	Erfolg der Staufer-Reha.....	134
Tabelle 10:	Belastungen bei einer ambulanten Reha.....	135
Tabelle 11:	Mittelwerte der Zustimmungsgrade .....	137
Tabelle 12:	T-Test Gesamtzufriedenheit / Geschlecht .....	138
Tabelle 13:	Kreuztabelle Gesamtzufriedenheit / Geschlecht .....	139
Tabelle 14:	T-Test Gesamtzufriedenheit / Entfernung .....	139

# 1 Hinführung zum Thema

## 1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Das Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland basiert auf den drei Säulen Gesundheitsvorsorge (Prävention), kurative Behandlung und Rehabilitation (Reha) als Nachsorge.<sup>1</sup> Durch die Zunahme chronischer Erkrankungen bei gleichzeitig steigender Zahl älterer, meist multimorbider Menschen sowie die Tendenz zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit erhöht sich der Bedarf an rehabilitativen Leistungen.<sup>2</sup> Jedoch steht die stationäre Reha aufgrund des ansteigenden Bedarfs und den gegensätzlich begrenzten finanziellen Mitteln im Gesundheitssystem vor einer großen Herausforderung.<sup>3</sup> Diese liegt darin, dass durch den entstandenen Mehrbedarf das vorhandene stationäre medizinische Rehabilitationssystem nicht mehr gedeckt werden kann und somit der Ausbau und die Etablierung von ambulanten medizinischen Rehas in Deutschland immer wichtiger werden.<sup>4</sup> Die ambulanten Rehas sollen auf der einen Seite Kosten einsparen und auf der anderen Seite die Rehabilitationsstruktur festigen, indem sie die erforderlichen therapeutischen Angebote wohnortsnah sowie die Ansprüche des Einzelfalls flexibel und individuell angepasst anbieten können.<sup>5</sup>

Da das medizinische Versorgungsangebot letztlich dem Patientenwohl dienen soll, müssen sich die Akzeptanz und die Qualität ebenso an der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten<sup>6</sup> messen lassen.<sup>7</sup> Aufgrund der ansteigenden Wichtigkeit von ambulanten Rehas wurden auch bei dieser Versorgungsform die Rahmenbedingungen entsprechend angepasst. Seit Juni 2008 unterliegen ambulante Rehas gesetzlich der Pflicht, ein internes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln, um eine patientenorientierte Prozess- und Ergebnisoptimierung zu erreichen.<sup>8</sup>

Durch die zunehmende Bedeutung von Qualität im Gesundheitswesen, einem rasch wachsenden Kenntnisstand technischer, diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, den veränderten Wertvorstellungen der Patienten sowie den verschärften medizinischen Wettbewerb, wird der passive Patient nun zum aktiven Kunden.<sup>9</sup> „Krankenhäusern wird auferlegt, die Qualität ihrer Dienstleistungen ständig zu verbessern, sich den Anforderungen der Kundenzufriedenheit zu stellen und Kosten bei gleich bleibender oder steigender Qualität und Leistung zu senken.“<sup>10</sup> Angesichts dessen

---

<sup>1</sup> Vgl. Farin, E.; Jäckel, W.H. (2011), S. 176

<sup>2</sup> Vgl. Morfeld, M.; Strahl, A.; Koch, U. (2011), S. 420

<sup>3</sup> Vgl. Knechtel, K. (2013), S. 1

<sup>4</sup> Vgl. Morfeld, M.; Strahl, A.; Koch, U. (2011), S. 420

<sup>5</sup> Vgl. Morfeld, M.; Strahl, A.; Koch, U. (2011), S. 420; vgl. hierzu auch Zeidler, J. u.a. (2008), S. 445 f.

<sup>6</sup> Aus Vereinfachungsgründen und für eine bessere Lesbarkeit wird im weiteren Text die Bezeichnung „Patient“ oder „Patienten“ verwendet.

<sup>7</sup> Vgl. Blum, K. (1998), S. 14

<sup>8</sup> Vgl. § 135 a SGB V; vgl. hierzu auch o. V. (2014), <http://www.gkv-spitzenverband.de> (Stand: 10.02.2014)

<sup>9</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 1; vgl. hierzu ebenfalls Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 65

<sup>10</sup> Eichhorn, P.; Friedrich, P. (Hrsg.) (2007), S. 151

ist die Patientenorientierung mit dem Ziel einer hohen Patientenzufriedenheit als explizites Versorgungsziel und Erfolgsfaktor jeder Dienstleistung im Gesundheitswesen herangewachsen.<sup>11</sup> Für das QM eines Unternehmens ist entscheidend, die Zufriedenheitskriterien bei Patienten herauszuarbeiten, um diese als Erfolgsfaktor nutzen zu können.<sup>12</sup> Das Leistungsangebot muss an den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden, indem die Patienten die Gelegenheit bekommen, die Erfahrungen und Präferenzen zu artikulieren sowie Kritik und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten.<sup>13</sup> Ein mögliches Instrument zur Informationsgewinnung stellt die schriftliche Patientenbefragung dar, die in dieser Ausarbeitung vertieft betrachtet wird.

Seit 2011 wird im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd (SGD) eine ambulante orthopädische Reha nach operativen Eingriffen an Knie, Schulter, Hüfte und Wirbelsäule angeboten. Von 2011 bis 2013 verteilte die Ärztin der ambulanten Reha bei der Erstuntersuchung Patientenfragebogen zur Messung der Zufriedenheit an die Rehabilitanden<sup>14</sup>, welche dann Ende 2013 ausgewertet wurden. Hierbei wurde ersichtlich, dass der verwendete Fragebogen die Parameter speziell für die ambulante Reha nicht berücksichtigt hat, weshalb auch die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich eingeschränkt ist. Aufgrund der genannten Probleme stellen sich nun die Fragen, ob die Patienten tatsächlich mit der ambulanten Reha im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zufrieden sind und wie die Rehabilitanden die Versorgungsform „ambulant“ beurteilen.

Ziel der Ausarbeitung ist, den in der ambulanten Reha im Stauferklinikum SGD vorhanden Fragebogen anhand einer Analyse der ambulanten Reha und der dazugehörigen Literaturrecherche zu optimieren, um im Anschluss den neuen Status Quo der Patientenzufriedenheit messen zu können. Zukünftig soll das entwickelte Erhebungsinstrument durch eine kontinuierliche Zufriedenheitsmessung dazu beitragen, auf Basis der Zufriedenheitskriterien der Patienten die Dienstleistungen und deren Prozesse durch das QM gezielt zu implementieren und das Leistungsangebot an den Präferenzen der Patienten anzupassen.<sup>15</sup> "Hintergrund dieser Aktivitäten ist die Erkenntnis, dass durch zufriedene Kunden der Erfolg des Unternehmens langfristig gesichert werden kann",<sup>16</sup> weshalb darüber hinaus in dieser Ausarbeitung die Bedeutung von Patientenzufriedenheitsmessungen eine wichtige Rolle spielt.

---

<sup>11</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 1; vgl. hierzu auch Williams, B. (1994), S. 509 ff.

<sup>12</sup> Vgl. Knechtel, K. (2013), S. 26

<sup>13</sup> Vgl. Blum, K. (1998), S. 14

<sup>14</sup> Patienten werden in Reha-Einrichtungen Rehabilitanden genannt.

<sup>15</sup> Vgl. Blum, K. (1998), S. 14

<sup>16</sup> Stock-Homburg, R. (2012), S. 1



## 1.2 Gang der Untersuchung

Um die definierte Zielsetzung zu erreichen, folgen nach der Einführung in Kapitel zwei zunächst die theoretischen Grundlagen des QMs. In diesem Theorieteil werden die Begriffe „Qualität“ und „Qualitätsmanagement“ definiert sowie die gesetzlichen Grundlagen des QMs näher betrachtet. Das Kapitel drei beinhaltet eine detaillierte Erläuterung des QMs - speziell im Gesundheitswesen. Zudem legt dieses Kapitel den Fokus auf die Entstehung und Auswirkung von Kundenzufriedenheit und die daraus abgeleitete Patientenzufriedenheit. Ferner werden die verschiedenen Messverfahren von Kundenzufriedenheit dargestellt. Das Kapitel vier befasst sich mit den theoretischen Grundlagen der ambulanten Reha, welches zunächst mit einer Begriffserklärung und den gesetzlichen Grundlagen beginnt. Anschließend werden die Rehabilitationsziele der unterschiedlichen Reha-Träger beleuchtet sowie die Notwendigkeit des QMs in ambulanten Rehas erläutert. Des Weiteren werden die speziellen Vor- und Nachteile einer ambulanten Reha aufgezeigt.

Auf den Theorieteil folgt im Anschluss der Praxisteil. Das Kapitel fünf beinhaltet anfangs eine Unternehmensvorstellung des Stauferklinikums SGD. Dieser praktische Teil erläutert alle entscheidenden unternehmensinternen Determinanten, welche neben den theoretischen Grundlagen für die Durchführung einer Patientenzufriedenheitsmessung notwendig sind. Anschließend zeigt dieses Kapitel eine Darstellung und Analyse hinsichtlich der Probleme des bisherigen Erhebungsinstruments sowie die Konzeption und Gestaltung des neuen Erhebungsinstruments. Letzteres wird durch eine Analyse der ambulanten Reha im Stauferklinikum SGD und Literaturrecherche abgeleitet.

Das sechste Kapitel stellt den Kern der Ausarbeitung dar, welches die Zufriedenheitsmessung der Rehabilitanden in der ambulanten Reha im Stauferklinikum SGD beinhaltet. Ziel der empirischen Erhebung ist, mit Hilfe des erarbeiteten schriftlichen Fragebogens den Status Quo der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Reha im Stauferklinikum SGD zu messen. Es handelt sich um eine Primärdatenanalyse durch eine beschreibende Querschnittstudie, die den einmaligen Status Quo ermittelt, um im ersten Schritt die aktuellen Verbesserungspotenziale und Stärken aufzuzeigen. Zukünftig soll dann der optimierte Fragebogen als analytische Längsschnittstudie verwendet werden, um durch die kontinuierliche Befragung die Prozesse an den Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Durch eine Inhouse-Befragung werden die Rehabilitanden befragt, die bis März 2014 zur Behandlung in der ambulanten Reha sind. Darüber hinaus werden auf dem postalischen Weg die Rehabilitanden angeschrieben, die im Zeitraum März 2013 bis Februar 2014 die ambulante Reha in Anspruch genommen haben. Angesichts des begrenzten Zeitraums der vorliegenden Arbeit und einem Kostenrahmen können nicht alle Rehabilitanden der Grundgesamtheit befragt werden, weshalb die Stichprobe mit 214 Rehabilitanden in dem Zeitraum März 2013 bis März 2014 gewählt wurde. Die Datenauswertung der Fragebogen erfolgt zum größten Teil elektronisch mit dem Statistikprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS), um die Zufriedenheitsgrade der einzel-

nen Bereiche berechnen zu können. Die Auswertung der offenen Fragen findet mit dem Microsoft Office Programm Excel statt. Zu der allgemeinen Ergebnisdarstellung werden im Anschluss die Ergebnisse auf die Qualitätsdimensionen nach Donabedian übertragen sowie ein Vergleich der bisherigen und neuen Patientenbefragung unternommen. Das sechste Kapitel findet seinen Abschluss in einer Ergebniszusammenfassung und die aus den Erkenntnissen der Erhebung resultierenden Handlungsempfehlungen sowie einer kritischen Reflexion.

Das siebte und somit letzte Kapitel bildet das Fazit mit einem kurzen Ausblick künftiger Entwicklungen der ambulanten Reha im Stauferklinikum SGD.

## **2 Theoretische Grundlagen des Qualitätsmanagements**

### **2.1 Begriffserklärungen Qualität und Qualitätsmanagement**

Für den Begriff „**Qualität**“ gibt es in der Literatur eine Reihe von unterschiedlichen Definitionen. Die Gemeinsamkeit der Bedeutungen liegt darin, dass ein Vergleich zwischen den festgelegten Zielen oder Erwartungen und dem Grad der Zielerreichung hergestellt wird.<sup>17</sup> Der Ursprung des Begriffs „Qualität“ liegt im lateinischen „qualitas“, was übersetzt Beschaffenheit, Eigenschaft, Verhältnis oder Zustand bedeutet.<sup>18</sup> Allgemein anerkannt ist die Qualitätsdefinition nach der Norm<sup>19</sup> des Deutschen Instituts für Normung (Europäische Norm International Organization for Standardization) (DIN EN ISO), welche nach ihrem Namen die „Gültigkeit“ ausdrückt und Anforderungen beschreibt, denen ein Managementsystem eines Unternehmens genügen muss, um einem bestimmten Standard zu entsprechen.<sup>20</sup> In der Norm DIN EN ISO 9000 aus dem Jahr 2005<sup>21</sup> wird Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“<sup>22</sup> definiert. „Qualität ist demnach der Grad, indem untrennbar mit einer Einheit verbundene Eigenschaften bestimmte Erwartungen erfüllen.“<sup>23</sup> Aufgrund der unterschiedlichen Interessengruppen kann die Qualität für ein und dasselbe Produkt oder für dieselbe Dienstleistung unterschiedlich beurteilt werden, weshalb sich ein Unternehmen bei der Fertigung eines Produktes oder dem Angebot einer Dienstleistung möglichst nah an den Kundenwünschen orientiert.<sup>24</sup>

---

<sup>17</sup> Vgl. Blum, K. (1998), S. 34

<sup>18</sup> Vgl. Duden. Das große Wörterbuch der deutschen Sprache (1999), s.v. Qualität

<sup>19</sup> Normen sind Regeln, die der Handlungsorientierung dienen und Rahmenempfehlung darstellen; vgl. Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2002), S. 147 f.

<sup>20</sup> Vgl. Mehmet, Y. (2011), S. 43; vgl. hierzu auch Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2002), S. 147

<sup>21</sup> Die DIN EN ISO 9000:2005 erläutert die Grundlagen von QM-Systemen und definiert die Begriffe des QMs.

<sup>22</sup> o. V. (2005), S. 18

<sup>23</sup> Mehmet, Y. (2011), S. 44

<sup>24</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 6

Qualität steht im Mittelpunkt des Begriffs „**QM**“. Nach DIN EN ISO 9000:2005 wird QM als die aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität definiert, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistungen ständig zu verbessern.<sup>25</sup> Die Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität umfassen in dieser Definition die Festlegung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung.<sup>26</sup> QM ist somit der Oberbegriff für alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten, die ständig optimiert werden müssen.<sup>27</sup> Zudem ist QM in der Führungsebene angesiedelt, liegt jedoch in der Verantwortung aller Ausführungsebenen, weshalb das QM das gesamte Unternehmen betrifft.

Der Begriff „QM“ wurde bis vor wenigen Jahren **Qualitätssicherung (QS)** genannt.<sup>28</sup> Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird QS jedoch heute als ein Teil des QMs beschrieben, der durch das Erzeugen von Vertrauen dafür sorgt, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden.<sup>29</sup> Die QS wird nach internen und externen QS-Maßnahmen differenziert.<sup>30</sup> Bei internen QS-Maßnahmen legen die Unternehmen die Vorgaben und Prüfmittel selbst fest, werten die Ergebnisse aus und ziehen hieraus geeignete Konsequenzen.<sup>31</sup> Bei externen QS-Maßnahmen werden die Anforderungen, Ziele und Prüfmittel von außen vorgegeben und durch eine externe Stelle durchgeführt und ausgewertet.

Für die Umsetzung eines QMs werden verschiedene **Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme)** eingesetzt.<sup>32</sup> „Unter einem Qualitätsmanagementsystem ist die Zusammenfügung verschiedener Bausteine unter sachlogischen Gesichtspunkten zu verstehen, um unternehmensintern und –extern eine systematische Analyse, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von qualitätsrelevanten Aspekten des Leistungsprogramms eines Unternehmens sicherzustellen.“<sup>33</sup> Als Grundlage für die Etablierung eines QM-Systems können verschiedene Konzepte, wie beispielsweise die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTO), die European Foundation for Quality Management (EFQM) oder die DIN EN ISO, dienen.<sup>34</sup>

Zur Sicherung bzw. kontinuierlichen Verbesserung der Qualität von Produkten und Leistungen ist es unabdingbar, dass Führungskräfte und Mitarbeiter auf allen Unternehmensebenen gemeinsam die Verantwortung für das QM übernehmen.<sup>35</sup> Dieser Grundgedanke ist im Konzept des **umfassenden**

---

<sup>25</sup> Vgl. o. V. (2005), S. 21; vgl. hierzu ebenfalls o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014)

<sup>26</sup> Vgl. o. V. (2005), S. 21; vgl. hierzu auch Kamiske, G.; Brauer, J.-P. (2012), S. 70

<sup>27</sup> Vgl. Kamiske, G.; Brauer, J.-P. (2012), S. 70

<sup>28</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 32

<sup>29</sup> o. V. (2005), S. 21

<sup>30</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 32 f.

<sup>31</sup> Vgl. ebd., S. 34

<sup>32</sup> Vgl. Mehmet, Y. (2011), S. 70

<sup>33</sup> Bruhn, M. (2013), S. 66

<sup>34</sup> Vgl. Knechtel, K. (2013), S. 10; vgl. hierzu ebenso Mehmet, Y. (2011), S. 70

<sup>35</sup> Vgl. Bruhn, M. (2013), S. 55

**Qualitätsmanagements**, auch bekannt als Total Quality Management (TQM), enthalten.<sup>36</sup> TQM wird nach der Deutschen Gesellschaft für Qualität e. V. als auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder basierenden Führungsmethode einer Organisation definiert. Dabei wird die Qualität in den Mittelpunkt gerückt und durch die Zufriedenstellung der Kunden auf einen langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft abgezielt.<sup>37</sup> Die Umsetzung des TQMs kann mit verschiedenen Konzepten erfolgen.<sup>38</sup> Eine Möglichkeit bietet der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP). Das von Deming entwickelte Regelkreisprinzip beschreibt den KVP in vier Phasen.<sup>39</sup> Die vierstufige Unterteilung in die Qualitätsplanung (Plan), Qualitätslenkung (Do), Qualitätssicherung (Check) und Qualitätsverbesserung (Act) wird kurz gefasst auch PDCA-Zyklus genannt.<sup>40</sup> Die Planungsphase umfasst hiernach die Festlegung der Qualitätsanforderungen wie Ziele und Entscheidungen von Methoden und Strategien, welche dann in der „Do“-Phase umgesetzt und gesteuert werden, um die Anforderungen zu erreichen.<sup>41</sup> Die „Check“-Phase befasst sich mit der Überprüfung der Erreichung der Qualitätsanforderungen, während sich die vierte Phase „Act“ mit der Festlegung der zukünftigen Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen, d. h. dem Optimierungsbedarf, befasst.<sup>42</sup> Allgemein zielt der PDCA-Zyklus auf eine permanente, konsequente Verbesserung und eine schrittweise Optimierung sämtlicher Prozesse im Unternehmen ab, weshalb alle Mitarbeiter und Führungskräfte mit einbezogen werden.<sup>43</sup>

## 2.2 Gesetzliche Grundlagen für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Im Zusammenhang mit QM gibt es einige Vorschriften und Gesetze, in denen die Aspekte von Qualität geregelt werden.<sup>44</sup> Grundsätzliche Regelungen zur Qualität in der Gesundheitsversorgung stehen in Grundgesetz, Strafrecht, Haftungsrecht, Sozialrecht und Berufsrecht.<sup>45</sup> Zusätzlich werden Qualitätsstandards zu Datenschutz, Hygiene, Brandschutz, Strahlenschutz und andere Vorschriften in weiteren Gesetzen definiert. Das Sozialrecht nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), das für den ambulanten und stationären Sektor bestimmte Anforderungen hinsichtlich der Qualität vorgibt, ist eines der wichtigsten Gesetze für das QM.

---

<sup>36</sup> Vgl. Bruhn, M. (2013), S. 55

<sup>37</sup> Vgl. o. V., Lenkungsausschuss Gemeinschaftsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Qualität e. V., o.O. 1995a. Zitiert nach: Bruhn, M. (2013), S. 55

<sup>38</sup> Vgl. Bruhn, M. (2013), S. 55 ff.

<sup>39</sup> Vgl. Bruhn, M. (2013), S. 61

<sup>40</sup> Vgl. Vogg, I.; Fleßa, S. (2011), S. 45 f.; vgl. hierzu auch Bruhn, M. (2013), S. 61

<sup>41</sup> Vgl. Weigert, J. (2004), S. 70

<sup>42</sup> Vgl. Weigert, J. (2004), S. 70

<sup>43</sup> Vgl. Vogg, I.; Fleßa, S. (2011), S. 45 f.; vgl. hierzu auch Bruhn, M. (2013), S. 61

<sup>44</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 35

<sup>45</sup> Vgl. ebd., S. 35

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Vorschriften des SGB V hinsichtlich der Qualität im Gesundheitswesen:

<b>SGB V Paragraf</b>	<b>Bezeichnung</b>
2	Leistungen
70	Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
92	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
95 d	Pflicht zur fachlichen Fortbildung
112	Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung (QS nach Landesrecht)
113	Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung
135	Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
<b>135 a</b>	Verpflichtung zur QS
136	Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigungen
<b>137</b>	Richtlinien und Beschlüsse zur QS
<b>137 a</b>	Umsetzung der QS und Darstellung der Qualität
137 b	Förderung der QS in der Medizin
137 c	Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus
<b>137 d</b>	QS bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation
137 f	Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten
139 a	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Tabelle 1: Überblick der wichtigsten Paragrafen des SGB V Stand 2014<sup>46</sup>

Im SGB V spielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine wichtige Rolle. „Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.“<sup>47</sup> Zu seinen Aufgaben zählt es, im Auftrag des Gesetzgebers Behandlungsstandards, Strukturen und Abläufe für die im SGB V definierten Leistungsbereiche zu entwickeln und Anforderungen an QM- und darunter fallende QS-Maßnahmen für die verschiedenen Leistungssektoren im Gesundheitswesen zu definieren.<sup>48</sup> In diesen QM-Richtlinien sind Ziele sowie Grundelemente und Instrumente des QMs formuliert.<sup>49</sup>

<sup>46</sup> In Anlehnung an: Mehmet, Y. (2011), S. 66

<sup>47</sup> o. V. (2013d), <https://www.g-ba.de> (Stand: 08.03.2014)

<sup>48</sup> Vgl. o. V. (2013c), <https://www.g-ba.de> (Stand: 09.03.2014)

<sup>49</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 38

Die in der Tabelle 1 farblich blau hinterlegten Paragraphen werden nun im weiteren Verlauf näher erläutert. Gemäß **§ 137 SGB V** bestimmt der G-BA für die vertragsärztliche Versorgung und für die zugelassenen Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten Richtlinien, die verpflichtende Maßnahmen zur Gewährleistung der QS sowie die Einrichtung eines internen QMs festlegt. Ferner werden die vertragsärztliche Versorgung und die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, Mindestanforderungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen. **§ 135 a SGB V** verpflichtet sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen zur Einführung und Weiterentwicklung von QS sowie eines internen QMs, mit dem Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern. Die zu erbringenden Leistungen müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Laut **§ 137 a SGB V** beauftragt der G-BA eine fachlich unabhängige Institution, die für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente sowie die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende QS, unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit, entwickelt. Außerdem muss der G-BA nach **§ 137 b SGB V** den Stand der QS im Gesundheitswesen feststellen und hierzu in regelmäßigen Abständen einen Bericht erstellen, den sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf nennen und eingeführte QS-Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüfen.

Angesichts der genannten gesetzlichen Grundlagen ist zu erkennen, dass eine konsequente Patientenorientierung im Gesundheitswesen an erster Stelle steht.<sup>50</sup> „Von allen Einrichtungen im Gesundheitswesen sind regelmäßig Patientenbefragungen durchzuführen.“<sup>51</sup>

### **3 Kundenorientiertes Qualitätsmanagement**

#### **3.1 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**

Anders als in anderen Wirtschaftszweigen können Patienten im Gesundheitswesen nicht durch günstige Preise gelockt werden, weshalb die medizinische Dienstleistungsqualität und der angebotene Service in den Mittelpunkt rücken.<sup>52</sup> Die medizinische Versorgung ist als besondere Form der **Dienstleistung** zu sehen. Es handelt sich hierbei um eine personenbezogene Dienstleistung, aus der ein Nutzen für den Nachfrager resultiert.<sup>53</sup> Die durch die medizinische Versorgung entstehenden Leistungen basieren nicht nur auf einzelwirtschaftlichem Angebot und Nachfrage, sondern sind so-

---

<sup>50</sup> Vgl. Ruprecht, T. (2003), S. 10

<sup>51</sup> Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V., Beschluss über Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, Trier 1999. Zitiert nach: Ruprecht, T. (2003), S. 10

<sup>52</sup> Vgl. Clausen, C. (2010), S. 384

<sup>53</sup> Vgl. Zapp, W. u.a. (2010), S. 14

zial-politisch begründete Bedarfsdeckungen der Bundesrepublik Deutschland.<sup>54</sup> Klinikleistungen können als immaterielle Güter in Verbindung mit materiellen Gütern, z. B. durch die Gabe von Arzneimitteln oder Einbringung von Implantaten, interpretiert werden.<sup>55</sup> Die immateriellen Güter stellen hierbei die Dienstleistung dar, welche mit folgenden charakteristischen Merkmalen beschrieben wird:<sup>56</sup>

Charakteristische Merkmale	Beschreibung
<b>Immaterialität</b>	Die eigentliche Kernleistung ist nicht greifbar.
<b>Nichtlagerfähigkeit</b>	Da die Dienstleistung nicht greifbar ist, kann sie auch nicht gelagert werden.
<b>Uno-Acto-Prinzip</b>	Produktion und Konsumption fallen auf einen Zeitpunkt.
<b>Integration des externen Faktors</b>	Der Erfolg einer Dienstleistung hängt von der Zusammenarbeit mit einem externen Faktor (Kunde, Patient) ab.
<b>Individualität</b>	Die Dienstleistung wird auf den Kunden zugeschnitten.

Tabelle 2: Charakteristische Merkmale einer Gesundheitsdienstleistung<sup>57</sup>

Eines der wichtigsten charakteristischen Merkmale der medizinischen Dienstleistung ist nicht nur die Anwesenheit des Patienten, sondern auch seine aktive Mitarbeit im Behandlungsprozess.<sup>58</sup> Der Patient kann allerdings aufgrund einer Informationsasymmetrie<sup>59</sup> hinsichtlich der medizinischen Informationen nur einen geringen Teil der ihn betreffenden Qualitätsmerkmale überprüfen und beurteilen, weshalb Qualitätsindikatoren nach subjektiven Kriterien, wie die Wahrnehmung, das Wissen und die Erfahrung, herangezogen werden.<sup>60</sup> Angesichts der Informationsasymmetrie und einem demnach ausgelösten Informations- und Unsicherheitsproblem, verbinden die Patienten die Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistung mit einem Inanspruchnahmerrisiko.<sup>61</sup> Die asymmetrische Verteilung der Informationen gilt als wichtigste Annahme in der **Informationsökonomie**, bei der eine Dienstleistung durch Kunden und Patienten in Abhängigkeit des Schwierigkeitsgrades ihrer Qualitätsbeurteilung in die drei Bereiche Such-, Erfahrungs- und Vertrauenseigenschaften unterteilt

<sup>54</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 36

<sup>55</sup> Vgl. Haubrock, M.; Schär, W. (2010), S. 31

<sup>56</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 36; vgl. hierzu ebenso Bruhn, M. (2013), S. 22 ff.

<sup>57</sup> Eigene Darstellung

<sup>58</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 44; vgl. hierzu auch Haubrock, M.; Schär, W. (2010), S. 31

<sup>59</sup> Mit Informationsasymmetrie ist die ungleichmäßige Verteilung der Informationen, häufig zugunsten des anbietenden Unternehmens, gemeint; vgl. Homburg, C.; Krohmer, H. (2003), S. 81

<sup>60</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 44; vgl. hierzu auch Simon, A. (2009), S. 88

<sup>61</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 44; vgl. hierzu auch Simon, A. (2009), S. 88

wird und nach Weiber und Adler in einem informationsökonomischen Dreieck dargestellt werden kann.<sup>62</sup>

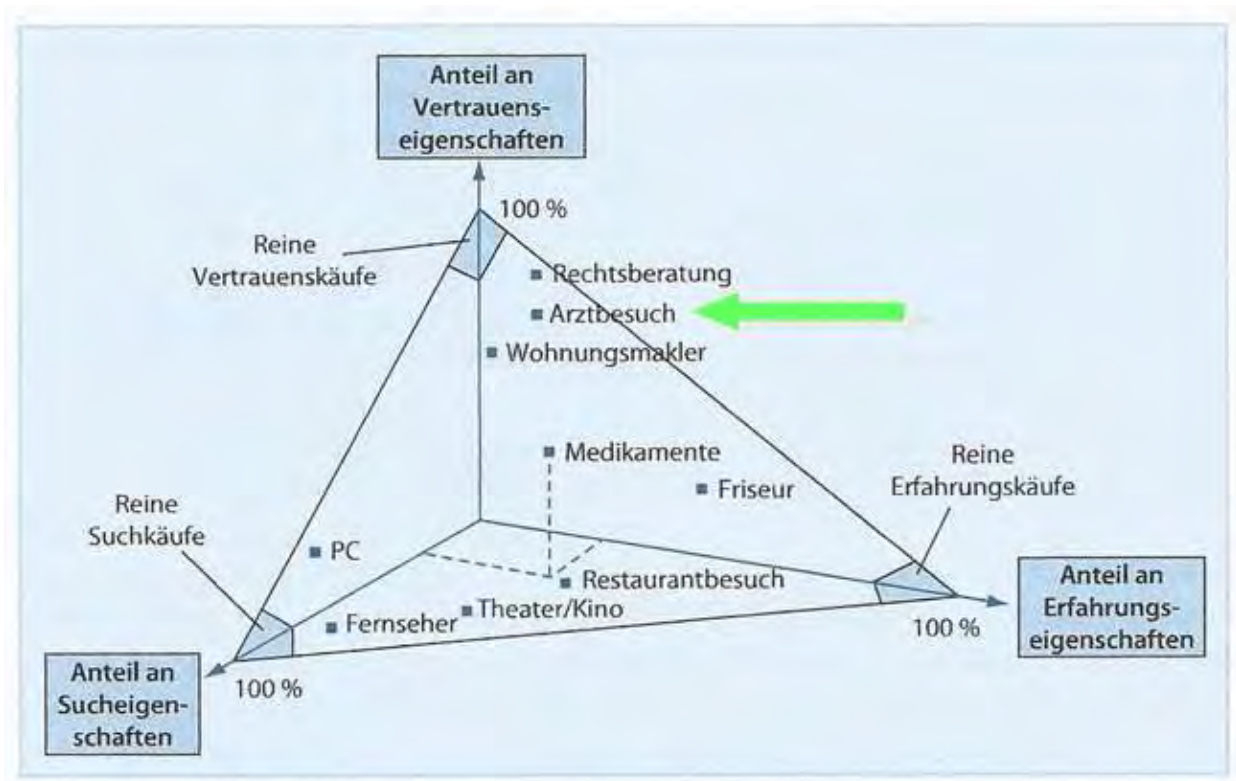


Abbildung 1: Informationsökonomisches Dreieck nach Weiber/Adler 1995<sup>63</sup>

Unter der Sucheigenschaft wird die Eigenschaft eines Gutes verstanden, die sich ohne Probleme vor dem Kauf durch Informationssuche oder Inspektion vollständig beurteilen lässt.<sup>64</sup> Die Erfahrungseigenschaft bietet erst nach dem Kauf oder während der Leistungsanspruchnahme eine Beurteilungsmöglichkeit, während sich die Vertrauenseigenschaft aufgrund kognitiver, zeitlicher oder materieller Restriktionen weder vor noch nach dem Kauf durch den Nachfrager ermitteln und beurteilen lässt.<sup>65</sup>

Wie in der Abbildung markiert, kann generell festgestellt werden, dass der Gesundheitsdienstleistung (hier Arztbesuch) ein hohes Maß an Vertrauenseigenschaften in Verbindung mit Erfahrungseigenschaften zugeordnet werden können.<sup>66</sup> Grund hierfür ist wie bereits genannt, das fehlende medizinische Fachwissen hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen des Patienten, sodass dieser eine Leistung nur schwer beurteilen kann.<sup>67</sup> Der Patient muss sich deshalb auf

<sup>62</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 50; vgl. hierzu auch Buchhester, S. (2002), S. 44

<sup>63</sup> In Anlehnung an: Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 51

<sup>64</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 51; vgl. hierzu ebenfalls Homburg, C.; Krohmer, H. (2003), S. 82

<sup>65</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 50; vgl. hierzu auch Homburg, C.; Krohmer, H. (2003), S. 82

<sup>66</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 50 ff.

<sup>67</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 44 f.



Informationen über die Behandlung und den Eingriff von den Leistungserbringern verlassen können.<sup>68</sup>

Ebenso gibt es gewisse Schwierigkeiten bei der Begriffsdefinition von medizinischer Qualität, da keine Einigkeit über diese herrscht.<sup>69</sup> Sie weist demnach eine hohe Komplexität und eine Multidimensionalität auf.<sup>70</sup> Gründe für die Definitionsschwierigkeiten liegen in den unterschiedlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen, die die unterschiedlichsten Ziele verfolgen und somit ungleiche Vorstellungen von Qualität haben. Aufgrund einer großen Anzahl heterogener Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale<sup>71</sup>, die zumeist subjektiv bewertet werden, ist es notwendig, die unterschiedlichen Anforderungen der Patienten genau zu definieren und die erbrachte Qualität exakt zu messen.<sup>72</sup> Für das Gesundheitswesen - speziell für die Pflege und Medizin - hat Avedis Donabedian den Versuch unternommen, den Qualitätsbegriff und somit die Anforderungen an die Qualität zu definieren.<sup>73</sup> Er unterscheidet die Gesundheitsdienstleistung in die drei **Qualitätsdimensionen** Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.<sup>74</sup> Unter Qualitätsdimension wird die Wahrnehmung unterschiedlicher Qualitätseigenschaften der Kunden bzw. Patienten verstanden.<sup>75</sup> In folgender Tabelle sind die drei Qualitätsdimensionen mit ihren Definitionen und Beispielen zu entnehmen:

Qualitätsdimensionen	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<b>Definition</b> <sup>76</sup>	Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen, die für eine gute Versorgungsleistung erforderlich sind.	Durchführung, Ausführung und Handhabung der Konzepte, Vorschriften und Standards im Rahmen der Patientenversorgung und alle Leistungsbereiche während der Leistungserstellung.	Beschreibt die Auswirkung der Leistung auf den Patienten.

<sup>68</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 44 f.

<sup>69</sup> Vgl. Simon, A. (2009), S. 33

<sup>70</sup> Vgl. ebd., S. 33 ff.

<sup>71</sup> Beispiele für Qualitätsmerkmale können Freundlichkeit des Personals, Schnelligkeit der Aufnahme oder Raumgestaltung sein; vgl. Bruhn, M. (2013), S. 41

<sup>72</sup> Vgl. o. V. (2010a), <http://www.aezq.de> (Stand: 28.02.2014); vgl. hierzu auch Simon, A. (2009), S. 36

<sup>73</sup> Vgl. Eichhorn, P.; Friedrich, P. (Hrsg.) (2007), S. 157

<sup>74</sup> Vgl. Donabedian, A., The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Michigan 1980, S. 86 ff.. Zitiert nach: Simon, A. (2009), S. 37

<sup>75</sup> Vgl. Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 88 f.

<sup>76</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 27; vgl. hierzu auch Simon, A. (2009), S. 37 f.

<b>Inhalt<sup>77</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal (Anzahl und Qualifikation)</li> <li>• Organisation (Struktur, Regeln, Kommunikation, Kooperationsformen)</li> <li>• Räume (Technische und bauliche Infrastruktur)</li> <li>• Material (Ausstattung, Materialien, Hilfsmittel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminvergabe</li> <li>• Diagnostik</li> <li>• Therapie</li> <li>• Behandlungsabläufe</li> <li>• Serviceleistungen</li> <li>• Freundlichkeit des Personals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitszustand</li> <li>• Behandlungsergebnisse (Heilung, Komplikation, Lebensqualität)</li> <li>• subjektive Zufriedenheit des Patienten<sup>78</sup></li> </ul>
<b>Allgemeine Beispiele<sup>79</sup> und auf eine ambulante Reha bezogen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung und Weiterbildung des Arztes</li> <li>• Ärztliche und therapeutische Betreuung</li> <li>• Zusammenarbeit mit Kollegen und Klinikmitarbeitern</li> <li>• Praxis- bzw. Klinikeinrichtung und Organisation (Gestaltung der Räume, Ruhemöglichkeiten, Aufenthaltsraum, Atmosphäre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese- und Untersuchungstechnik</li> <li>• Therapie des Arztes, Therapieviefalt</li> <li>• Gesprächsführung, Informationen über Behandlungsabläufe</li> <li>• Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit</li> <li>• Wartezeiten, Therapiedauer</li> <li>• Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besserung oder Heilung von Erkrankung</li> <li>• Patientenzufriedenheit bzw. Gesamtzufriedenheit</li> <li>• Änderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen</li> <li>• Morbidität und Letalität</li> <li>• Mittagspause, Verpflegung</li> <li>• Anreisezeit, Abholservice bzw. Fahrdienst</li> </ul>

Tabelle 3: Qualitätsdimensionen nach Donabedian<sup>80</sup>

Alle drei Qualitätsdimensionen stehen in einer Mittel-Zweck-Beziehung.<sup>81</sup> Die vorhandenen Strukturen und Ressourcen wirken sich auf die Prozesse aus, welche wiederum die Ergebnisqualität beeinflussen.<sup>82</sup> „Qualitätsmanagement hat daher die Aufgabe, die einzelnen Einflussfaktoren in ihrem Zusammenspiel in Richtung optimaler Qualität zu lenken.“<sup>83</sup> In Zusammenhang der Qualitätsdimensionen nach Donabedian und den Merkmalen einer Dienstleistung hat Manfred Bruhn auf der Grundlage von Corstens eine Definition zugrunde gelegt:

<sup>77</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 27

<sup>78</sup> Hierbei werden behandlungsassoziierte Faktoren, wie z. B. Kosten, mit einbezogen.

<sup>79</sup> Vgl. Donabedian, A., The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Michigan 1980; vgl. hierzu auch: Donabedian, A., Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44 (1966), No. 3. Zitiert nach: Gerlach, F. (2001), S. 7

<sup>80</sup> Eigene Darstellung

<sup>81</sup> Vgl. Donabedian, A., Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44 (1966), No. 3, S. 166-206. Zitiert nach: o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014)

<sup>82</sup> Vgl. Donabedian, A., Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44 (1966), No. 3, S. 166-206. Zitiert nach: o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014)

<sup>83</sup> o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014)

„Dienstleistungen sind selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung (z. B. Versicherungsleistungen) und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten (z. B. Friseurleistungen) verbunden sind (Strukturorientierung). Interne (z. B. Geschäftsräume, Personal, Ausstattung) und externe Faktoren (also solche, die nicht im Einflussbereich des Dienstleisters liegen) werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen (z. B. Kunden) und deren Objekte (z. B. Auto des Kunden) nutzenstiftende Wirkungen (z. B. Inspektion beim Auto) zu erzielen (Ergebnisorientierung).“<sup>84</sup>

Von einem **TQM** in Gesundheitseinrichtungen ist dann die Rede, wenn sich Qualitätsorientierung als zentrales Handlungsprinzip in einer Einrichtung durch alle Bereiche der Patientenversorgung zieht und in ständiger Verbesserung umgesetzt wird.<sup>85</sup> Das TQM zielt, durch eine Zufriedenstellung des Kunden, auf einen langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft ab.<sup>86</sup> Ebenfalls müssen beim TQM sowohl die Aspekte der immer wieder veränderten gesetzlichen Gesundheitsreformpolitik unter Kosten-Nutzen bzw. Effektivitäts-Effizienz-Betrachtung, als auch die Bedürfnissteigerung der Patienten und deren Genesung berücksichtigt werden.<sup>87</sup> „Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.“<sup>88</sup> Nach dieser Definition benötigt ein klinisches QM fundiertes Wissen über die Bedürfnisse, Einstellungen, Erfahrungen und Urteile sowohl von Patienten als auch des Personals.<sup>89</sup> Um die medizinische Dienstleistungsqualität messen zu können, bedarf es Messansätze, die nach kundenorientierter und unternehmensorientierter Messung unterschieden werden.<sup>90</sup> Im weiteren Verlauf der Arbeit wird nur auf das Qualitätsziel Kundenzufriedenheit in Verbindung mit Patientenzufriedenheit und demnach kundenorientierten Messansätze in Kapitel 3.4 eingegangen, weshalb die unternehmensorientierten Messansätze betreffend Mitarbeiter und Benchmarking in dieser Arbeit keine Anwendung finden.

---

<sup>84</sup> Meffert, H.; Bruhn, M. (2012), S. 17

<sup>85</sup> Vgl. o. V. (2010a), <http://www.aezq.de> (Stand: 28.02.2014)

<sup>86</sup> Vgl. Hummel, T.; Malorny, C.; Kamiske, G. (Hrsg.) (2002), S. 8 f.

<sup>87</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 65

<sup>88</sup> Ruprecht, T., Von der Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement. Entwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 69 Jg. (1993), S. 963-967. Zitiert nach: Sens, B. u.a. (2007), <http://www.egms.de> (Stand: 01.03.2014), S. 5

<sup>89</sup> Vgl. Satzinger, W. (2002), S. 104

<sup>90</sup> Vgl. Bruhn, M. (2013), S. 116

## 3.2 Begriffserklärungen Kunde und Kundenorientierung

Der Begriff des **Kunden** wird nach DIN EN ISO 9000:2005 als Organisation oder Person definiert, die ein Produkt oder eine Dienstleistung empfängt.<sup>91</sup> In Verbindung mit dem TQM und dieser Definition sind drei Kundengruppen zu unterscheiden:<sup>92</sup>

1. die eigentlichen Kunden als Patienten oder Klienten, die die Dienstleistung erhalten, die den eigentlichen Zweck der Einrichtung darstellt,
2. die Systempartner wie kooperierende Einrichtungen, Einweiser, Kostenträger und Angehörige, die zum erfolgreichen Bestehen der Einrichtung beitragen und
3. die internen Kunden, wie beispielsweise das Labor in einem Krankenhaus, die innerhalb einer Einrichtung die Arbeitsergebnisse empfangen und weiterverwenden und im QM ebenfalls einen Kundenstatus haben.

Die drei genannten Kunden definieren durch ihre individuellen Bedürfnisse und Anforderungen die Qualität in einer Einrichtung, weshalb eine konsequente **Kundenorientierung** eine wichtige Grundlage des QMs darstellt.<sup>93</sup> Ebenso sind die unternehmerischen Aktivitäten an den Kundenanforderungen auszurichten, da eine hohe wahrgenommene Dienstleistungsqualität für den Erfolg eines Dienstleistungsunternehmens entscheidend ist.<sup>94</sup> Das oberste Ziel aller Qualitätsbemühungen in einem Unternehmen besteht darin, die Dienstleistung so anzubieten, dass sich diese gegenüber dem Wettbewerb behauptet und dem Kunden positiv in Erinnerung bleibt und ihn zufrieden stellt.<sup>95</sup> Kundenorientierung ist zusammenfassend die Ausrichtung sämtlicher Tätigkeiten und Abläufe eines Unternehmens, hinsichtlich Wünschen, Anforderungen und Erwartungen der Kunden, welche generell Prozesse<sup>96</sup> genannt werden können, mit dem Ziel, langfristig stabile und ökonomisch vorteilhafte Kundenbeziehungen zu etablieren.<sup>97</sup> Als Obergriff kann hier von kundenorientierter Gestaltung der Unternehmensführung gesprochen werden, welche die Bereiche Aufbau- und Ablauforganisation, Personalführung, Informationssystem, Planung und Kontrolle sowie Unternehmenskultur beinhaltet.<sup>98</sup> Ebenfalls müssen die Schnittstellen zum Kunden kundenorientiert vollzogen und koordiniert werden.<sup>99</sup> Mit Schnittstellen sind zum einen der Preis und zum anderen die Leistungen wie Produkte, Dienstleistungen und Prozesse gemeint. Gesicherte Erkenntnisse belegen, dass Produkt- und Dienstleistungsqualität sowie die Qualität der kundenbezogenen Prozesse zentrale An-

---

<sup>91</sup> Vgl. o. V. (2005), S. 23

<sup>92</sup> Vgl. o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014); vgl. hierzu auch Piechotta, B. (2008), S. 9

<sup>93</sup> Vgl. o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014); vgl. hierzu ebenfalls Kostka, C.; Kostka, S. (2008), S. 23

<sup>94</sup> Vgl. Bruhn, M. (2013), S. 196

<sup>95</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 9

<sup>96</sup> Ein Prozess wird als „ein Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt“ definiert; o. V. (2005), S. 23

<sup>97</sup> Vgl. Kamiske, G.; Brauer, J.-P. (2012), S. 47; vgl. hierzu auch Bruhn, M. (2013), S. 196

<sup>98</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 69

<sup>99</sup> Vgl. ebd., S. 77 ff.

satzpunkte für die Steigerung der Kundenorientierung an der Schnittstelle zum Kunden und dementsprechend für die Kundenzufriedenheit sind. Wird die Kundenorientierung bei alle Kunden, extern wie auch intern, konsequent durchgeführt, entsteht ein optimales Endergebnis, nämlich ein zufriedener Kunde, der wiederum ein Unternehmen positiv weiterempfiehlt.<sup>100</sup>

Im weiteren Verlauf werden, wie in folgender Abbildung zu erkennen ist, die Entstehung der Kundenzufriedenheit und deren Auswirkungen auf das Kundenverhalten und das Unternehmen näher beleuchtet.



Abbildung 2: Integrativer Bezugsrahmen der Kundenzufriedenheit<sup>101</sup>

### 3.3 Kundenzufriedenheit

#### 3.3.1 Entstehung von Kundenzufriedenheit

##### 3.3.1.1 Basismodell

Die Kundenzufriedenheit nimmt heutzutage eine zentrale Stellung in den Unternehmen ein.<sup>102</sup> Um gezielt Kundenorientierung betreiben und Qualitätsanforderungen ermitteln zu können und demzufolge die Dienstleistungsqualität gestalten sowie verbessern zu können, sollte einem Unternehmen bewusst sein, wie Kundenzufriedenheit entsteht.<sup>103</sup> Es gibt in der Literatur unterschiedliche Theorien und Konzepte, die die Entstehung der Zufriedenheit niederlegen.<sup>104</sup> Als integrativer Rahmen und Basismodell kann das **Confirmations/ Disconfirmations-Paradigma (C/D-Paradigma)** gesehen werden, in das speziellere Ansätze zur Erklärung der Kundenzufriedenheit eingeordnet werden können.<sup>105</sup>

<sup>100</sup> Vgl. Kamiske, G.; Brauer, J.-P. (2012), S. 49; vgl. hierzu auch Clausen, C. (2010), S. 64

<sup>101</sup> In Anlehnung an: Homburg, C. (2012), S. 56

<sup>102</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 19

<sup>103</sup> Vgl. Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2002), S. 144

<sup>104</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 19

<sup>105</sup> Vgl. ebd., S. 19 ff.

Das C/D-Paradigma wird in vier Komponenten eingeteilt:

- die **Ist-Leistung** als wahrgenommenes Leistungsniveau,
- die **Soll-Leistung** als Vergleichsstandard,
- der **Vergleich** als Konfirmation und Diskonfirmation und
- die **Zufriedenheit**.

Die Kernaussage des C/D-Paradigmas beschreibt, dass Kundenzufriedenheit aus dem Vergleich der Ist-Leistung mit einer Soll-Leistung resultiert. Die **Ist-Leistung** stellt die tatsächlichen Erfahrungen bei der Inanspruchnahme einer Leistung dar, während die **Soll-Leistung** einen bestimmten Vergleichsstandard des Kunden abbildet und als Erwartungsniveau bezeichnet werden kann. Die Ist-Leistung wird nochmals unterteilt, zum einen in die objektive Leistung, welche die tatsächliche Leistung repräsentiert, die für alle Kunden gleich ist und zum anderen die subjektive Leistung, welche als die wahrgenommene Leistung bezeichnet wird und von Kunde zu Kunde aufgrund verschiedener Wahrnehmungseffekte variiert. Als Folge der subjektiven Leistung existieren für eine Leistung oder ein Objekt mehrere wahrgenommene Leistungsniveaus.

Der **Vergleich** wird als zentrale Variable zwischen der Soll- bzw. der Ist-Komponente und dem Zufriedenheitsurteil angesehen.<sup>106</sup> Bei dem Vergleich werden drei mögliche Konstellationen als Verhältnis zwischen der Ist- und der Soll-Leistung unterschieden: positive Diskonfirmation, Konfirmation und die negative Diskonfirmation.<sup>107</sup> Von Konfirmation, auch Bestätigung genannt, ist dann die Rede, wenn die wahrgenommene Leistung dem Vergleichsstandard und demnach der Erwartung entspricht.<sup>108</sup> Die exakte Übereinstimmung der wahrgenommenen Leistung mit dem Vergleichsstandard wird Konfirmationsniveau der Zufriedenheit genannt. Übertrifft die Ist-Leistung (wahrgenommene Leistung) die Soll-Leistung (Erwartung), so entsteht ein Zufriedenheitsniveau, das über dem Konfirmationsniveau liegt, welches als positive Diskonfirmation bezeichnet wird. Demgegenüber steht die negative Diskonfirmation die dann entsteht, wenn die Erwartung (Soll) durch die wahrgenommene Leistung (Ist) nicht erfüllt wird, was folglich zur Unzufriedenheit führt und unterhalb des Konfirmationsniveaus liegt.<sup>109</sup>

Die **Zufriedenheit** als letzte Komponente wird als Ergebnis eines kognitiven<sup>110</sup> Vergleichs in Verbindung mit einem affektiven<sup>111</sup> Vergleich definiert.<sup>112</sup> Somit wird die Kundenzufriedenheit als Einstel-

---

<sup>106</sup> Vgl. Churchill, Jr.; Gilbert, A.; Surprenant, C., An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. In: Journal of Marketing Research, Vol. 19 (1982), No. 4, S. 491-504. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 22

<sup>107</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 22

<sup>108</sup> Vgl. ebd., S. 22

<sup>109</sup> Vgl. Churchill, Jr.; Gilbert, A.; Surprenant, C., An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. In: Journal of Marketing Research, Vol. 19 (1982), No. 4, S. 491-504. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 20

<sup>110</sup> Wahrnehmen, Denken, Erkennen; vgl. Duden. Das Fremdwörterbuch (2007), s.v. kognitiv

<sup>111</sup> Emotionale Verfassung, gefühlsbetonend; vgl. Duden. Das Fremdwörterbuch (2007), s.v. affektiv

lung verstanden, die auf einem Soll-Ist-Vergleich beruht.<sup>113</sup> Die Zufriedenheit wird in die drei Niveaus „auf, über oder unter dem Konfirmationsniveau“ eingeteilt, die im vorherigen Abschnitt den Vergleichskonstellationen zugeordnet wurden.

In folgender Abbildung wird der Vergleichsprozess des C/D-Paradigmas veranschaulicht:

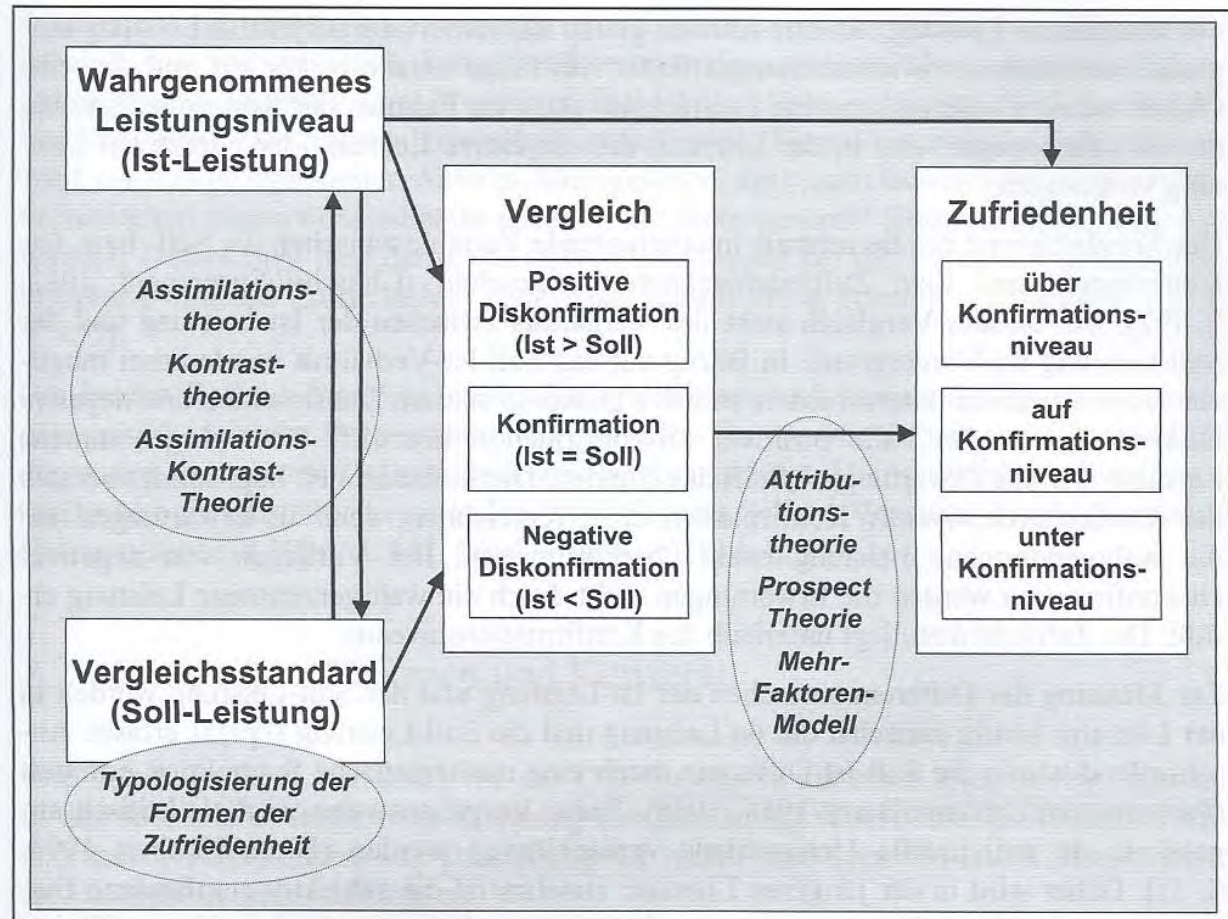


Abbildung 3: Wirkungsbeziehungen nach C/D-Paradigma<sup>114</sup>

In der Abbildung ist zu erkennen, dass die Kundenzufriedenheit nicht nur durch den Vergleich, sondern auch auf direktem Weg durch die wahrgenommene Leistung beeinflusst werden kann.<sup>115</sup> Folglich beeinflusst die wahrgenommene Leistung die Kundenzufriedenheit zum einen auf direktem Wege und zum anderen indirekt über den Vergleichsprozess.<sup>116</sup>

<sup>112</sup> Vgl. Westbrook, R.; Oliver, R. (1991), S. 84

<sup>113</sup> Vgl. Halstead, D.; Hartman, D.; Schmidt, S. (1994), S. 122

<sup>114</sup> Enthalten in: Homburg, C. (2012), S. 21

<sup>115</sup> Vgl. Szymanski, D.; Henard, D. (2001), S. 23 ff.

<sup>116</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 20

### 3.3.1.2 Spezielle Ansätze

Die spezielleren Ansätze zur Erklärung der Entstehung von Kundenzufriedenheit können in das Basismodell C/D-Paradigma eingeordnet werden.<sup>117</sup> Es gibt verschiedene Ansätze, die unterschiedlich ausgelegt werden. Beispielsweise sind die Assimilationstheorie, die Kontrasttheorie und die Assimilations-Kontrast-Theorie Ansätze, die sich auf die nachträgliche Veränderung des Vergleichsstandards (Soll-Leistung) oder der wahrgenommenen Leistung (Ist-Leistung) im Falle einer Soll-Ist-Diskrepanz konzentrieren.<sup>118</sup> Die Theorie der Typologisierung der Zufriedenheitsformen beschreibt die zeitlichen Veränderungen des Vergleichsstandards. Darüber hinaus gibt es Ansätze, die den Zusammenhang der Erwartungserfüllung und dem Niveau der Zufriedenheit ausführen und demzufolge das Grundmodell C/D-Paradigma hinsichtlich der Zuordnung eines bestimmten Maßes an Konfirmation bzw. einer Diskonfirmation zu einem bestimmten Zufriedenheitsniveau ergänzen. Die Attributionstheorie führt den Zusammenhang zwischen der Erwartungserfüllung und der Zufriedenheit durch die subjektive Wahrnehmung aus, während das Mehr-Faktoren-Modell die Beeinflussung der Zufriedenheit durch die Art der Leistung beschreibt. Aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Arbeit werden im weiteren Verlauf nur ausgewählte Theorien näher betrachtet.

Die **Assimilationstheorie** beschreibt einen Ansatz, bei dem die Personen nach kognitivem Gleichgewicht streben, das beispielsweise dann vorliegt, wenn die Erwartungen durch die wahrgenommenen Leistungen erfüllt werden (Konfirmation).<sup>119</sup> Liegt hingegen zwischen den Erwartungen und der wahrgenommenen Leistung eine Diskrepanz vor (positive oder negative Diskonfirmation), auch kognitive Dissonanz genannt, wird ein Mechanismus namens Assimilations-Effekt aktiviert, der eine nachträgliche Anpassung der Erwartungen bzw. der wahrgenommenen Realität beinhaltet, um die Diskrepanz zu reduzieren.<sup>120</sup> „Die Konsequenz aus dem Assimilations-Effekt ist die Angleichung der Zufriedenheit an das Konfirmationsniveau.“<sup>121</sup>

Im Gegensatz zu der Assimilationstheorie nimmt der Ansatz der **Kontrasttheorie** an, dass Personen im Falle einer Diskrepanz zwischen den Erwartungen und der wahrgenommenen Realität dazu neigen, die Diskrepanz zu vergrößern.<sup>122</sup> Hier wird von einem Überraschungseffekt gesprochen, der je nach positiver oder negativer Diskonfirmation dazu führt, dass Kunden die Abweichung von ihren Erwartungen extrem positiv oder negativ wahrnehmen und sich demnach die bereits oberhalb oder

---

<sup>117</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 23

<sup>118</sup> Vgl. ebd., S. 23

<sup>119</sup> Vgl. Mittal, V.; Kumar, P.; Tsiros, M., Attribute-Level Performance, Satisfaction, and Behavioral Intentions over Time: A Consumption-System Approach. In: Journal of Marketing, Vol. 63 (1999), No. 2, S. 88-101. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 24

<sup>120</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 24 f.

<sup>121</sup> Homburg, C. (2012), S. 25

<sup>122</sup> Vgl. Hovland, C.; Harvey, O.; Sherif, M., Assimilation and Contrast Effects in Reactions to Communication and Attitude Change. In: Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 55 (1957), No. 7, S. 244-252. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 25



unterhalb des Konfirmationsniveaus liegende Zufriedenheit noch weiter vom Konfirmationsniveau entfernt.<sup>123</sup>

Die **Assimilations-Kontrast-Theorie** vereint die beiden vorgenannten Theorien, wobei die Höhe der Abweichung zwischen den Erwartungen und der wahrgenommenen Realität bestimmt, ob ein Assimilations-Effekt eine Verringerung der Diskrepanz oder ein Kontrast-Effekt eine Vergrößerung der Diskrepanz herbeiführt.<sup>124</sup>

Wie oben genannt ist die **Attributionstheorie** ein Ansatz, der hinsichtlich der automatischen Zuordnung eines bestimmten Ausmaßes der Erwartungserfüllung zu einem Zufriedenheitsniveau, das C/D-Paradigma ergänzt und einen wertvollen Beitrag zur Entstehung von Kundenzufriedenheit liefert.<sup>125</sup> Die Attributionstheorie geht davon aus, dass bestimmte Bedingungen (Attributionen oder Ursachenzuschreibungen) dazu führen, dass sich trotz desselben Ausmaßes der Erwartungserfüllung das Niveau der Zufriedenheit erhöht oder verringert.<sup>126</sup> „Im Mittelpunkt attributionstheoretischer Überlegungen stehen kognitive Prozesse, auf deren Basis Individuen die Ursachen eigenen und fremden Verhaltens ableiten.“<sup>127</sup> Die Ursachen werden in die drei Dimensionen Ort, Stabilität und Kontrollierbarkeit eingeteilt.<sup>128</sup>

Der Ort beschreibt die Ursachenzuschreibung, die entweder auf die eigene Person (intern) oder auf eine andere Person (extern) zugewiesen werden kann. Im Grunde wird hier das Niveau der Zufriedenheit durch die Person beeinflusst, die der Kunde für die (Nicht-) Erfüllung seiner Erwartungen verantwortlich macht.<sup>129</sup> Wissenschaftliche Untersuchungen von Folkes (1984) und Richins (1985) haben ergeben, dass die Erwartungserfüllung zu einem besonders hohen Niveau der Zufriedenheit führt, wenn der Kunde sich selbst für ein Ereignis verantwortlich fühlt (interne Ursachenzuschreibung).<sup>130</sup> Wird die Ursache hingegen einer anderen Person zugeschrieben (externe Ursachenzuschreibung), so führt die Erwartungserfüllung zu einem weniger hohen Zufriedenheitsniveau.<sup>131</sup>

Bei der Stabilität wird die Ursache für die (Nicht-) Erfüllung von Erwartungen entweder als dauerhaft (stabil) oder als vorübergehend (instabil) empfunden.<sup>132</sup> Demensprechend führt eine hohe Stabilität, in Verbindung mit der Erwartungserfüllung, zu einer erhöhten Zufriedenheit, da zukünftig von

---

<sup>123</sup> Vgl. Blackwell, R.; Miniard, P.; Engel, J., *Consumer Behavior*, 9. Aufl., Fort Worth 2001, S. 175 f.. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 25

<sup>124</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 26

<sup>125</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 29 f.

<sup>126</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 29

<sup>127</sup> Homburg, C. (2012), S. 29

<sup>128</sup> Vgl. ebd., S. 29 f.

<sup>129</sup> Vgl. Oliver, R.; DeSarbo, W., *Response Determinations in Satisfaction Judgments*. In: *Journal of Consumer Research*, Vol. 14 (1988), No. 4, S. 495-507. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 30

<sup>130</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 30

<sup>131</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 30

<sup>132</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 30

einer gleichbleibenden hohen Stabilität ausgegangen wird.<sup>133</sup> Bei Nichterfüllen der Erwartungen und zugleich der Gegebenheit einer hohen Stabilität, entsteht erhöhte Unzufriedenheit.<sup>134</sup>

Die Kontrollierbarkeit beschreibt die Ursache, die entweder beeinflussbar und somit kontrollierbar oder nicht beeinflussbar und demnach unkontrollierbar ist.<sup>135</sup> Wenn der Kunde bei Nichterfüllung von Erwartungen davon ausgeht, dass der Anbieter die Ursache für die Nichterfüllung kontrolliert hat, so entsteht stärkere Unzufriedenheit als wenn der Kunde davon ausgeht, dass der Anbieter keine Kontrolle über die Situation hatte.<sup>136</sup>

Zuletzt wird in kurzen Zügen das **Mehr-Faktoren-Modell** dargestellt, welches auf dem Zwei-Faktoren-Modell nach Herzberg basiert.<sup>137</sup> Dieses Modell geht davon aus, dass nicht alle Leistungen gleichermaßen die Zufriedenheit der Kunden beeinflussen.<sup>138</sup> Die Erfüllung bestimmter Leistungen führt unmittelbar zu Zufriedenheit, während andere Leistungen die Unzufriedenheit vermeiden. Das Modell wird in drei Faktoren eingeteilt:<sup>139</sup>

- die Basisfaktoren, welche die Hygienefaktoren<sup>140</sup> nach Herzberg darstellen und vom Kunden als Selbstverständlich vorausgesetzt werden,
- die Leistungsfaktoren, die eine Ergänzung des Zwei-Faktoren-Modells nach Herzberg darstellen und vom Kunden ausdrücklich verlangt werden. Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der Kundenzufriedenheit und dem Erfüllungsgrad der Leistung, der besagt, dass die Kundenzufriedenheit mit Erhöhung des Ausmaßes der Leistungserfüllung steigt und
- die Begeisterungsfaktoren, welche vom Kunden nicht eingefordert und nicht erwartet werden, weshalb der Kunde hierüber keine spezifischen Erwartungen hat und demnach keine Unzufriedenheit entstehen kann.

---

<sup>133</sup> Vgl. Matzler, K., Kundenzufriedenheit und Involvement, Wiesbaden 1997, S. 57. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 30

<sup>134</sup> Vgl. Folkes, V., Consumer Reactions to Product Failure: An Attributional Approach. In: Journal of Consumer Research, Vol. 10 (1984), No. 4, S. 398-409. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 30

<sup>135</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 30

<sup>136</sup> Vgl. Folkes, V., Consumer Reactions to Product Failure: An Attributional Approach. In: Journal of Consumer Research, Vol. 10 (1984), No. 4, S. 398-409. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 30 f.

<sup>137</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 32

<sup>138</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 32

<sup>139</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 32; vgl. hierzu auch Huber, F.; Herrmann, A.; Braunstein, C. (2006), S. 71 f.

<sup>140</sup> Hygienefaktoren sind Faktoren, die Unzufriedenheit verhindern aber noch keine Zufriedenheit herstellen; vgl. Buchhester, S. (2002), S. 28

### 3.3.2 Auswirkungen von Kundenzufriedenheit auf das Kundenverhalten

Im Folgenden werden drei Erklärungsansätze dargestellt, die sich mit den Folgen der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit von Kunden beschäftigen.

Der erste Ansatz bildet die **Equity Theorie**. Der Ursprung dieser Theorie liegt in der Erklärung der Einkommensgerechtigkeit nach Adams. Die Grundannahme der Equity Theorie lautet, dass Personen dazu neigen, erhaltene Erträge als Outcome und erbrachte Aufwendungen als Input, wie beispielsweise persönlicher Einsatz sowie Informationssuche, mit dem Input-Outcome-Verhältnis anderer Personen zu vergleichen.<sup>141</sup> Stimmt das Input-Outcome-Verhältnis zwischen den Austauschpartnern überein, so liegt Gerechtigkeit (Equity) vor.<sup>142</sup> Wenn die Input-Outcome-Verhältnisse jedoch voneinander abweichen, liegt Ungerechtigkeit namens Inequity vor, die in einer Person innere Spannungen auslöst und diese wiederum Aktivitäten zur Wiederherstellung von Gerechtigkeit verursachen.<sup>143</sup> Die Gerechtigkeit kann dabei auf verschiedene Möglichkeiten wieder herbeigeführt werden.<sup>144</sup> Die Person kann entweder die kognitive Einstellung ändern, sodass die Wahrnehmung der Ungerechtigkeit reduziert wird oder die Beziehung zum Austauschpartner abrechnen, um die Ungerechtigkeit zu beseitigen.<sup>145</sup> Außerdem kann die Person den Austauschpartner beeinflussen, um hieraus eigene Vorteile zu erlangen oder als vierte Möglichkeit den Input verändern.

Der zweite Ansatz, der die Folgen der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit erklärt, stellt die **Lerntheorie** dar. Das Lernen wird als Prozess des Erlangens von Erfahrungen verstanden, der langfristig das Wissen, die Einstellung und die Verhaltensweisen verändert.<sup>146</sup> Bei der Lerntheorie sind zwei Ansätze von Relevanz, die die Auswirkungen von Kundenzufriedenheit erklären.<sup>147</sup> Die Grundannahme der Theorie des instrumentellen Konditionierens liegt darin, dass die Konsequenzen von vergangenem Verhalten eine verstärkende Wirkung für das zukünftige Verhalten einer Person ausübt.<sup>148</sup> Es werden nur die Verhaltensweisen im Bewusstsein beibehalten, die in Vergangenheit belohnt wurden und demnach zur Zufriedenheit führten.<sup>149</sup> Eine Bestrafung (Unzufriedenheit) in der Vergangenheit hingegen führt tendenziell zu zukünftigen Verhaltensänderungen.<sup>150</sup> Die Grundannahme der sozialen Lerntheorie lautet, dass Personen neue Einstellungen und Verhaltensweisen durch das Beobach-

---

<sup>141</sup> Vgl. Adams, J., Inequity in Social Exchange. In: Berkowitz, L. (Hrsg), Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 2, New York 1965, S. 278 ff. Zitiert nach Homburg, C. (2012), S. 36

<sup>142</sup> Vgl. Homans, G., Elementarformen sozialen Verhaltens, Köln 1968, S. 30. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 37

<sup>143</sup> Vgl. Adams, J., Toward an Understanding in Inequity. In: Journal of Abnormal Social Psychology, Vol. 67 (1963), No. 5, S. 422-436. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 37

<sup>144</sup> Vgl. Stock-Homburg, R. (2012), S. 68

<sup>145</sup> Vgl. ebd., S. 68

<sup>146</sup> Vgl. Blackwell, R.; Miniard, P.; Engel, J., Consumer Behavior, 9. Aufl., Fort Worth 2001, S. 487 ff.. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 39

<sup>147</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 40

<sup>148</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 41

<sup>149</sup> Vgl. Wilkie, W., Consumer Behavior, 3. Aufl., New York 1994, S. 270. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 41

<sup>150</sup> Vgl. Wilkie, W., Consumer Behavior, 3. Aufl., New York 1994, S. 270. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 41

ten von Verhaltensweisen entweder durch Imitation oder aus den Konsequenzen des Verhaltens anderer Personen, wie beispielsweise altersmäßig überlegene Personen oder statusmäßig höher stehenden Personen, erlernen.<sup>151</sup>

Als letzter Ansatz folgt die **Risikothorie**. Bauer schreibt in seiner im Jahr 1960 entwickelten Arbeit, dass das Kaufverhalten von Kunden wesentlich durch Versuche zur Reduzierung des subjektiv wahrgenommenen kaufspezifischen Risikos bestimmt wird, welches aufgrund unvollständiger Information in Bezug auf die Handlungskonsequenz entsteht.<sup>152</sup> Das Ausmaß des wahrgenommenen Risikos hängt im Wesentlichen von der empfundenen Unannehmlichkeit und der geschätzten Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Konsequenz ab.<sup>153</sup> Die Risiken werden nach der Kaufsituation in fünf Arten eingeteilt.<sup>154</sup> Das funktionale Risiko in Bezug auf die Eigenschaften oder die Funktionsfähigkeit einer Leistung, das finanzielle Risiko hinsichtlich einer Fehlinvestition, das physische Risiko im Hinblick einer körperlichen Gefährdung durch die Leistung, das soziale Risiko, d. h. eine Schädigung der sozialen Stellung und das psychologische Risiko hinsichtlich einer mangelnden Identifikation mit der Leistung.<sup>155</sup>

### 3.3.3 Auswirkungen von Kundenzufriedenheit auf das Unternehmen

Unternehmen investieren inzwischen immer mehr in die Messung und Steigerung der Kundenzufriedenheit, weil vielfach nachgewiesen werden konnte, dass durch zufriedene Kunden der Erfolg des Unternehmens langfristig gesichert werden kann.<sup>156</sup> Es wird angenommen, dass Kundenzufriedenheit die Kundenloyalität steigert und sich die Profitabilität des Unternehmens erhöht.<sup>157</sup>

Die am häufigsten betrachtete Auswirkung von Kundenzufriedenheit auf ein Unternehmen ist die **Kundenloyalität**. Unter Loyalität wird die Verhaltensweise oder Haltung eines Kunden verstanden, die sich in drei Kundendimensionen auswirken kann:<sup>158</sup>

- Wiederkaufverhalten hinsichtlich des gleichen Produktes oder der gleichen Dienstleistung,
- Zusatzkaufverhalten (Cross-Buying) betreffend weiterer Produkte oder Dienstleistungen und
- Weiterempfehlungsverhalten gegenüber anderen Kunden.

---

<sup>151</sup> Vgl. Bandura, A.; Ross, D.; Ross, S., Statusneid, soziale Macht und sekundäre Verstärkung: Eine vergleichende Untersuchung von Theorien des Identifikationslernens. In: Bandura, A., (Hrsg), Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie, Stuttgart 1976, S. 75. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 42

<sup>152</sup> Vgl. Hoyer, W.; MacInnes, D., Consumer Behavior, 3. Aufl., Boston 2004, S. 68. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 43

<sup>153</sup> Vgl. Peter, J.; Olson, J. (1996), S. 90; vgl. hierzu auch Homburg, C. (2012), S. 43

<sup>154</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 43

<sup>155</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 43

<sup>156</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 55

<sup>157</sup> Vgl. ebd., S. 55

<sup>158</sup> Vgl. Duden. Das Fremdwörterbuch (2007), s.v. Loyalität; vgl. hierzu auch Homburg, C.; Giering, A.; Hentschel, F., Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenbindung. In: Die Betriebswirtschaft, 59. Jg. (1999), Heft 2, S. 173-195. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 56

Im Grunde kann festgestellt werden, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität besteht, denn je größer die Zufriedenheit einer Leistung ist, desto stärker ist die Bindung des Kunden.<sup>159</sup> Die Stärke dieses Zusammenhangs variiert je Kunde aufgrund der Beeinflussungen in den Bereichen Marktumfeld, Anbieter, Produkt, Dienstleistung und Geschäftsbeziehung.<sup>160</sup> Demzufolge strebt jedes Unternehmen loyale Kunden an, die aufgrund der Zufriedenheit ein Produkt oder eine Dienstleistung mehrfach in Anspruch nehmen und weiterempfehlen, denn loyale Kunden wirken sich auf ein Unternehmen kostengünstiger aus, als neue Kunden zu werben. Es gibt hinsichtlich der Zusammenhänge von Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität unterschiedliche empirische Studien verschiedener Autoren, auf die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen werden kann.<sup>161</sup>

Ebenfalls existieren unterschiedliche Zusammenhangstheorien die belegen, dass sich Kundenzufriedenheit über die Kundenloyalität und Markterfolg positiv auf den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens auswirkt.<sup>162</sup> Die Auswirkung von Kundenzufriedenheit auf den **Erfolg eines Unternehmens** wird in den Markterfolg und den wirtschaftlichen Erfolg aufgegliedert.<sup>163</sup> Der Markterfolg stellt hierbei beispielsweise den Marktanteil, das Wachstum des Marktanteils und die Gewinnung von Kunden dar, während der wirtschaftliche Erfolg die ökonomischen Erfolgsgrößen, wie z. B. die Umsatzrendite, darstellt.

Ferner ist das **Image** eines Unternehmens von großer Bedeutung, welches von einem zufriedenen oder unzufriedenen Kunden- bzw. Patiententamm ausgeht.<sup>164</sup> Demnach ist die Kundenzufriedenheit mit einem positiven Image gleichzusetzen.<sup>165</sup> Bei unzufriedenen Patienten werden beispielsweise die negativen Erfahrungen häufiger kommuniziert als die Erfahrungen von zufriedenen Patienten.<sup>166</sup> Jedoch wird durch einen zufriedenen Kunden bzw. Patienten eine Bindung an das Unternehmen oder Krankenhaus erreicht, der durch frühere gute Erfahrungen sich sehr wahrscheinlich für dasselbe Unternehmen bzw. Krankenhaus wieder entscheiden wird, wenn sich die Möglichkeit hierzu bietet.<sup>167</sup>

---

<sup>159</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 80

<sup>160</sup> Vgl. ebd., S. 80

<sup>161</sup> Einen Überblick über die unterschiedlichen Studien liefert Homburg, C. (2012), S. 58 ff.

<sup>162</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 80

<sup>163</sup> Vgl. ebd., S. 64 f.

<sup>164</sup> Vgl. Döhr, R. (2002), S. 305 f.

<sup>165</sup> Vgl. Von Rosenstiel, L.; Neumann, P. (2012), S. 34

<sup>166</sup> Vgl. Helmig, B., Patientenzufriedenheit messen und managen. In: führen & wirtschaften, 14. Jg. (1997), Heft 2, S. 112-120. Zitiert nach: Döhr, R. (2002), S. 306

<sup>167</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 10

### 3.4 Verfahren zur Messung von Kundenzufriedenheit

Um die in dem vorherigen Kapitel genannte Kundenzufriedenheit messen zu können, bedarf es **kundenorientierter Messansätze**. Einen Überblick bietet die folgende Abbildung:

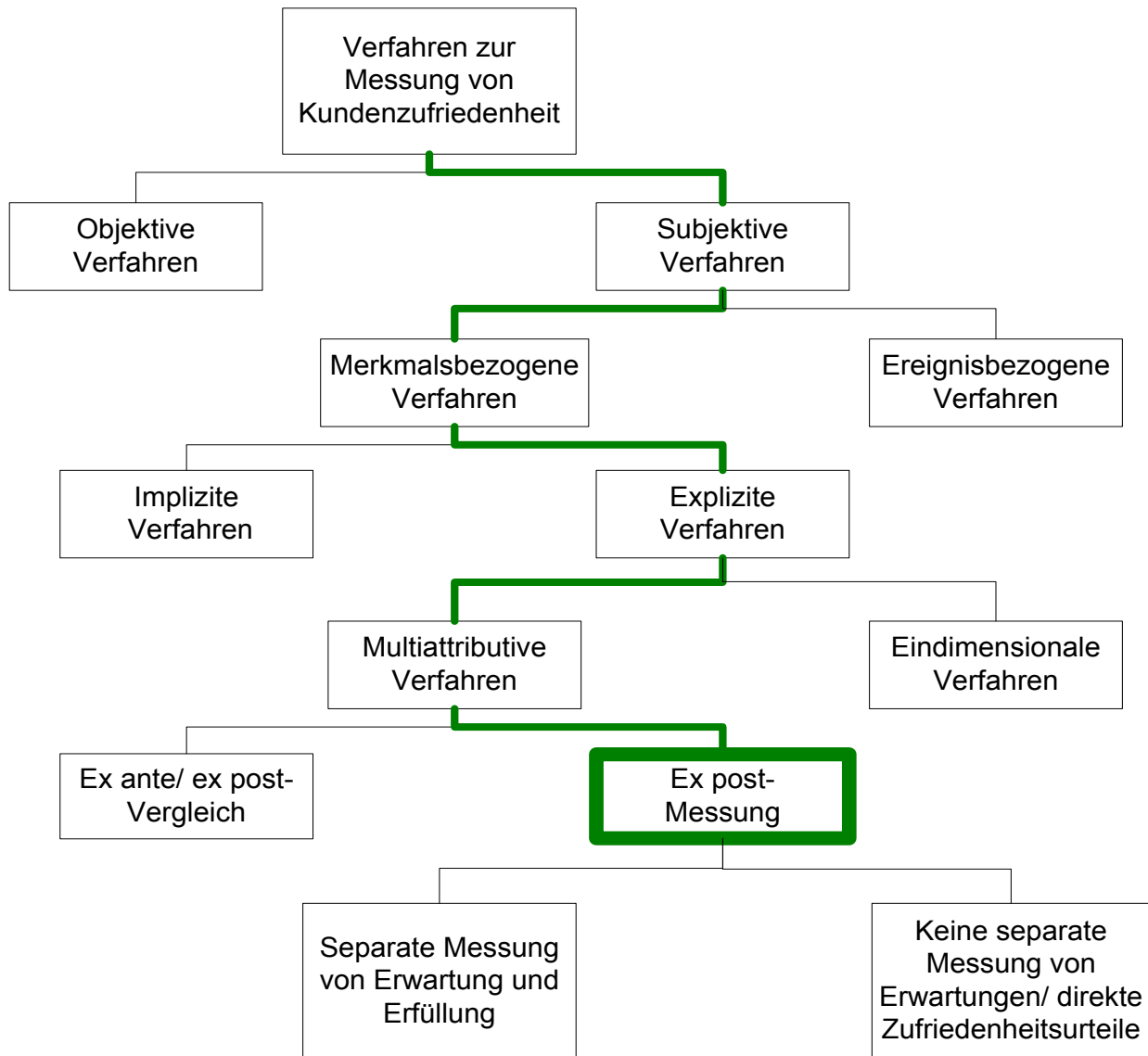


Abbildung 4: Ansätze zur Messung von Kundenzufriedenheit<sup>168</sup>

Zu erkennen ist, dass Messansätze in objektive Verfahren und subjektive Verfahren unterteilt werden. Objektive Verfahren sind Messgrößen wie z. B. Entwicklung des Umsatzes, Marktanteil oder Gewinn.<sup>169</sup> Die subjektiven Verfahren hingegen beschreiben die subjektiv empfundene Zufriedenheit, die entweder ergebnisbezogen, welche nur ein bestimmtes für wichtig empfundenes Kundenereignis beleuchten, oder merkmalsbezogen, für ein breites Spektrum an Produkt-, Service- oder

<sup>168</sup> In Anlehnung an: Homburg, C. (2012), S. 127

<sup>169</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 126

Interaktionsmerkmalen, entstehen können.<sup>170</sup> Die merkmalsbezogene Verfahren werden wiederum in implizite (Analyse der Kundenbeschwerden) oder in explizite Verfahren unterteilt. Das explizite Verfahren stellt die direkte Befragung der Kunden dar, mit welchem die Kundenzufriedenheit durch den Einsatz geeigneter Befragungsinstrumente ermittelt werden kann. Da direkte Befragungen auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden können, wird das explizite Verfahren in eindimensional oder mehrdimensional (multiattributiv) aufgegliedert. Eindimensional ist eine Befragung dann, wenn lediglich eine einzige inhaltliche Dimension, z. B. ein Produkt oder nur eine Frage, die Kundenzufriedenheit messen soll. Ein multiattributives Verfahren kennzeichnet eine Vielzahl von Einzelaspekten, die die Zufriedenheit messen. Dieses Verfahren kann entweder durch einen Vorher-Nachher-Vergleich oder eine direkte Erhebung von Zufriedenheitsurteilen, ohne vorherige Messung von Erwartungen, durchgeführt werden, wovon letzteres als valideste Form der Messung gilt. Grundsätzlich liefert eine Kunden- bzw. Patientenbefragung Informationen über die Leistungsqualität aus Kunden- bzw. Patientensicht, die Stärken und Schwächen eines Unternehmens, konkrete Verbesserungspotentiale, Kundenbedürfnisse und das Unternehmensimage.<sup>171</sup> Allgemein ist eine Befragung ein kontinuierlicher Prozess zur Messung und Verbesserung der Qualität.<sup>172</sup> Häufig werden, größtenteils durch Fragebogen, die Gesamtzufriedenheit mit dem Unternehmen und die Zufriedenheit hinsichtlich der einzelnen Qualitätsmerkmale abgefragt.<sup>173</sup>

In der vorliegenden Arbeit spielt das in der Abbildung farblich grün gekennzeichnete explizite multiattributive Verfahren als ex Post-Messung eine wesentliche Rolle, weshalb im weiteren Verlauf die zentralen Entscheidungsfelder bei einer Kundenzufriedenheitsmessung als **Konzeption der Messung** dargelegt werden:<sup>174</sup>

- a. Auswahl der Zielgruppe
- b. Design (Auswahl und Anzahl) der Stichprobe
- c. Formen und Verfahren der Befragung
- d. Ort und Erhebungszeitpunkt der Befragung
- e. Erhebungszeitraum
- f. Gestaltung des Fragebogens
- g. Abklärung mit Personalrat
- h. Pretest
- i. Datenerhebung

---

<sup>170</sup> Vgl. ebd., S. 127 ff.

<sup>171</sup> Vgl. Vogg, I.; Fleßa, S. (2011), S. 96; vgl. hierzu ebenfalls Lüttschwager, F. (2012), S. 189

<sup>172</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 81 f.

<sup>173</sup> Vgl. Bruhn, M. (2013), S. 257

<sup>174</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 132; vgl. hierzu auch Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 11

Eine detaillierte Darstellung dieser Entscheidungsfelder findet sich in den Kapiteln 5.3, 5.4.3 und 6, mit Angaben der in der vorliegenden Arbeit durchzuführenden empirischen Untersuchungen, wieder.

### 3.5 Ableitung des Begriffs Patientenzufriedenheit

Patienten können im Grunde als **externe Kunden** einer Einrichtung im Gesundheitswesen gesehen werden, welche die medizinischen Dienstleistungen in Anspruch nehmen und Waren, wie beispielsweise Arzneimittel, erhalten.<sup>175</sup> Darüber hinaus muss jedoch berücksichtigt werden, dass der Patient aufgrund seiner speziellen Situation eines besonderen Schutzes bedarf.<sup>176</sup> In einer Notfallsituation ist der Patient als „Kranker“ in seiner Auswahlentscheidung hinsichtlich des Leistungsumfanges, des Arztes und des Zeitraums eingeschränkt, weshalb die Leistungserbringer die Erwartungen und Wünsche des Patienten besonders berücksichtigen sollten.<sup>177</sup> Es wird hier von einer krankheitsbedingten Beschränkung der Fähigkeit zur Interessenwahrnehmung gesprochen.<sup>178</sup> Aus diesem Grund ist die Patientenorientierung im Gesundheitswesen hinsichtlich Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen der Patienten unbedingt erforderlich.<sup>179</sup> Es ist unabdingbar, Versorgungsabläufe patientengerecht zu gestalten und Patienten hinsichtlich möglicher Verbesserungen aktiv zu befragen.<sup>180</sup> Die Mitarbeit des Patienten bei vielen Interventionen gilt zunehmend als entscheidende Größe für das Behandlungsergebnis, weshalb medizinische Entscheidungen und Behandlungen als interaktiver Prozess gestaltet werden.<sup>181</sup> Hierdurch ist der Patient mit seinem subjektiven Krankheitsverständnis aktiv beteiligt und trägt damit wesentlich zum Behandlungserfolg bei. Die Patientenorientierung umfasst gezielte Maßnahmen zur bedarfsgerechten Patienteninformation, zur Schulung chronisch kranker Menschen und zur Mitbestimmung der Patienten an der Versorgungsgestaltung.

Die Bedeutung der Patientenorientierung für das QM wird in den QM-Richtlinien der G-BA mit Unterpunkten und Instrumenten aufgegriffen.<sup>182</sup> Eines der genannten Instrumente ist die Patientenbefragung als multiattributives Verfahren,<sup>183</sup> die die Patientenbedürfnisse, Erwartungen, Wünsche und den Zufriedenheitsgrad ermittelt und am häufigsten zur Messung von Krankenhausqualität verwendet wird.<sup>184</sup>

---

<sup>175</sup> Vgl. o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014)

<sup>176</sup> Vgl. Etgeton, S. (2009), S. 241 f.

<sup>177</sup> Vgl. o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014); vgl. hierzu ebenfalls Clausen, C. (2010), S. 43

<sup>178</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 29

<sup>179</sup> Vgl. o. V. (2010a), <http://www.aeqz.de> (Stand: 28.02.2014)

<sup>180</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 29

<sup>181</sup> Vgl. ebd., S. 29 f.

<sup>182</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 30

<sup>183</sup> Detaillierte Erläuterung in Kapitel 3.4

<sup>184</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1997), S. 164; vgl. hierzu auch Zapp, W.; Oswald, J. (2010), S. 37



Die Qualitätzufriedenheit entsteht durch eine Vielzahl von Einzelmerkmalen der Wahrnehmung, die zusammengefasst werden.<sup>185</sup> Die in Kapitel 3.3.1 erläuterten Theorien und Konzepte, die die Entstehung der Kundenzufriedenheit darlegen, ebenso die in 3.3.2 und 3.3.3 dargestellten Auswirkungen der Kundenzufriedenheit, können auf die Patienten übertragen werden.

## 4 Theoretische Grundlagen der ambulanten Rehabilitation

### 4.1 Begriffserklärung und gesetzliche Grundlagen der ambulanten Rehabilitation

„Rehabilitative Medizin beschreibt die Gesamtheit aller medizinischen Maßnahmen der rehabilitativen Diagnostik und rehabilitativen Intervention bei Krankheit, angeborene Leiden und äußerer Schädigung (Verletzung) zur Verhinderung oder Kompensation einer funktionellen Einschränkung oder sozialen Beeinträchtigung.“<sup>186</sup> Die **medizinische Reha** ist ein Teil der rehabilitativen Medizin und umfasst neben der Erkennung, Behandlung und Heilung einer Krankheit, die Verhütung einer Verschlimmerung, die Linderung der Krankheitsbeschwerden sowie die Sicherung und Festigung eines in der Krankenhausbehandlung erzielten Behandlungserfolgs.<sup>187</sup> Eine Reha verfolgt unter anderem die Ziele, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.<sup>188</sup> Überdies hinaus werden die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen einer Person und ihren Kontextfaktoren in Bezug auf personenbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren berücksichtigt, um einen bestmöglichen Reha-Erfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen.<sup>189</sup> Gesundheitsprobleme beschreiben hierbei Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität sowie deren Teilhabe.<sup>190</sup> Die Definition der medizinischen Reha stellt einen ganzheitlichen Ansatz dar, welcher unter Berücksichtigung des Einzelfalls die Anwendung von komplexen Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren und die Verzahnung der ärztlichen, pflegerischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen, diätetischen und psychotherapeutischen Versorgung erfordert.<sup>191</sup> Leistungen einer medizinischen Reha können mobil<sup>192</sup>, ambulant oder stationär durchgeführt wer-

---

<sup>185</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1997), S. 164

<sup>186</sup> o. V., Konsensuskonferenz Physikalische Medizin und Rehabilitation, o.O. 1998. Zitiert nach: Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 16

<sup>187</sup> Vgl. § 11 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 107 Abs. 2 Nr. 1 b SGB V

<sup>188</sup> Vgl. § 11 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 107 Abs. 2 Nr. 1 b SGB V

<sup>189</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 7 ff.

<sup>190</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 12

<sup>191</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 12

<sup>192</sup> Bei der mobilen Reha finden die rehabilitativen Maßnahmen im häuslichen Umfeld des Patienten statt; vgl. Knechtel,

den.<sup>193</sup> Da für die vorliegende Arbeit jedoch nur die ambulante Versorgungsform entscheiden ist, wird diese folgend näher betrachtet.

Von einer **ambulanten medizinischen Leistung** wird dann gesprochen, wenn die Diagnostik oder Therapie an einem Tag stattfindet, sodass der Patient nicht über Nacht in der medizinischen Einrichtung bleiben muss und am selben Tag nach Hause kann.<sup>194</sup> Nach § 12 Abs. 1 des SGB V müssen ambulante Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Leistungen die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.<sup>195</sup> Zur Zusammenarbeit im ambulanten Sektor werden Verträge abgeschlossen.<sup>196</sup> Vertragspartner stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesverbände der ambulanten Leistungserbringer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) dar.<sup>197</sup>

Unter einer ganztägigen **ambulanten Reha** wird eine wohnortsnaher Reha verstanden, die mithilfe rehabilitativer Interventionsmethoden und –mittel unter ambulanten Bedingungen durchgeführt wird.<sup>198</sup> Die Rehabilitanden befinden sich ausschließlich tagsüber in der Reha-Einrichtung.<sup>199</sup> Eine rehabilitative Intervention ist die Planung, Führung und Bewertung von Reha-Prozessen mittels geeigneter Instrumentarien und –verfahren in Abhängigkeit von dem Reha-Potential und unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes.<sup>200</sup> Allgemein soll eine ambulante Reha eine stationäre Reha aufgrund wohnortsnaher flexiblerer Gestaltung ergänzen.<sup>201</sup>

Die **Reha-Richtlinie** des G-BAs soll das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Reha fördern und die Reha demnach frühzeitig einleiten.<sup>202</sup> In diesen Reha-Richtlinie sind die Grundbegriffe, wie beispielsweise Teilhabe oder Kontextfaktoren der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), verankert.<sup>203</sup> Für die ambulante Reha geltende **Rahmenempfehlungen** der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) haben einen rechtlich unverbindlichen Charakter, dienen aber als einheitliche Anwendung der Zulassung von ambulanten Reha-Einrichtungen und deren QS.<sup>204</sup>

---

K. (2013), S. 10

<sup>193</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 45 ff.; vgl. hierzu auch o. V. (o. J. c), <http://www.aok-gesundheitspartner.de> (Stand: 19.03.2014)

<sup>194</sup> Vgl. o. V. (o. J. b), <https://www.gbe-bund.de> (Stand: 26.03.2014)

<sup>195</sup> Vgl. Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2002), S. 48

<sup>196</sup> Vgl. Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2002), S. 37

<sup>197</sup> Vgl. Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2002), S. 141 f.

<sup>198</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

<sup>199</sup> Vgl. o. V. (2013b), S. 9

<sup>200</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 45

<sup>201</sup> Vgl. Bengel, J.; Koch, U. (Hrsg.) (2000), S. 145

<sup>202</sup> Vgl. § 1 Abs. 2 Reha-Richtlinie des G-BAs

<sup>203</sup> Vgl. o. V. (2013a), <http://www.dimdi.de> (Stand: 27.03.2014)

<sup>204</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

**Medizinische Voraussetzungen** für eine ambulante Reha sind die Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und eine positive Reha-Prognose.<sup>205</sup>

Eine Reha-Bedürftigkeit besteht dann, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung die Bewältigung des Alltags eingeschränkt wird oder in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Alltag droht.<sup>206</sup> Zudem muss über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Reha erforderlich sein.<sup>207</sup>

Wenn der Versicherte somatisch und psychisch in der Verfassung ist, die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung der medizinischen Reha notwendige Belastbarkeit und Motivation aufzubringen, so ist eine Reha-Fähigkeit gewährleistet.<sup>208</sup>

Die Reha-Prognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg einer Reha, auf Basis der Erkrankung oder Behinderung, den bisherigen Verlauf, die Rückbildungsfähigkeit, in einem notwendigen Zeitraum.<sup>209</sup>

Neben den oben genannten medizinischen Voraussetzungen sind für eine ambulante Reha zusätzlich **individuelle Voraussetzungen** zu beachten.<sup>210</sup> Die Reha-Einrichtung muss in einer für den Rehabilitanden zumutbaren Fahrzeit erreichbar sein. Hervorzuheben ist hierbei, dass die zumutbare Fahrzeit eine subjektive Einschätzung ist, welche je nach Rehabilitand variiert. In diesem Zusammenhang steht die dafür erforderliche Mobilität der Rehabilitanden.<sup>211</sup> Zusätzlich ist eine häusliche Versorgung des Rehabilitanden sicherzustellen.<sup>212</sup>

Auf Basis der Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit und Reha-Prognose sowie den individuellen Voraussetzungen plant der behandelnde Arzt des Patienten oder im Falle einer Reha im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt (Anschlussrehabilitation) der Sozialdienst des jeweiligen Krankenhauses die Reha.<sup>213</sup> Im Rahmen einer Verordnung durch den behandelnden Arzt oder Beantragung durch den Sozialdienst und einem Antrag des Versicherten werden die Leistungen zur medizinischen Reha erbracht.<sup>214</sup> Gemäß § 111 Abs. 1 SGB V dürfen Krankenkassen medizinische Reha-Leistungen nur in Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag<sup>215</sup> besteht.

---

<sup>205</sup> Vgl. § 7 Abs. 1 Reha-Richtlinie des G-BAs

<sup>206</sup> Vgl. § 8 Reha-Richtlinie des G-BAs

<sup>207</sup> Vgl. § 8 Reha-Richtlinie des G-BAs

<sup>208</sup> Vgl. § 9 Reha-Richtlinie des G-BAs

<sup>209</sup> Vgl. § 10 Reha-Richtlinie des G-BAs

<sup>210</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 15

<sup>211</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 15

<sup>212</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 15

<sup>213</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 31; vgl. hierzu auch o. V. (2013b), S. 5 f.

<sup>214</sup> Vgl. § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und § 7 SGB V i. V. m. § 19 Satz 1 SGB IV

<sup>215</sup> Mit einem Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus bzw. die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Behandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtungen sind im Rahmen des Versorgungsauftrags zur Behandlung der Versicherten verpflichtet (§ 39 SGB V); vgl. o. V. (o. J. e),

Ambulante Reha-Angebote werden auf Grundlage des § 40 Abs. 1 SGB V in der Fassung des gesetzlichen Krankenversicherungsmodernisierungsgesetzes (GMG) zwischen den Kostenträgern, welche die gesetzlichen Krankenkassen darstellen, und den Leistungserbringern abgeschlossen.<sup>216</sup> „Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen.“<sup>217</sup> Die Anerkennung der medizinischen Reha-Leistung durch die Rentenversicherung wird gemäß § 9 SGV VI ausgesprochen und ist nur dann gewährleistet, wenn nach den §§ 10 und 11 des SGB VI die persönliche und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Patienten erfüllt sind. Eine persönliche Voraussetzung wäre beispielsweise eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, während eine versicherungsrechtliche Voraussetzung etwa die Abgabe von Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit darstellt.<sup>218</sup>

## 4.2 Rehabilitationsziele

Das **gemeinsame Hauptziel** für alle an der Reha beteiligten Leistungsträger, Rehabilitanden und Leistungserbringer ist die Vermeidung einer Verschlechterung, Erhaltung oder Verbesserung der funktionalen Gesundheit in den Bereichen Körperfunktionen<sup>219</sup>, Körperstrukturen<sup>220</sup>, Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe) und Kontextfaktoren.<sup>221</sup> Das Haupthandlungsprinzip „ambulant vor stationär“ bedeutet nicht nur, dass eine ambulante Reha wirtschaftlicher als eine stationäre Reha ist, sondern sie unterstützt den Rehabilitanden bei der Erreichung seiner Hauptziele und verstärkt seine Integration im sozialen Umfeld.<sup>222</sup>

Die **Träger der Rehas** können je nach Bereich (medizinische, berufliche, soziale oder pädagogische Reha) gesetzliche Krankenversicherungen (GKV), Deutsche Rentenversicherung (DRV), gesetzliche Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Träger der Sozialhilfe und öffentliche Jugendhilfe sein.<sup>223</sup> Jeder dieser Träger verfolgt andere Ziele und erbringt andere Leistungen. Je nachdem, ob

---

<http://mdk.de> (Stand: 01.05.2014)

<sup>216</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

<sup>217</sup> § 40 Abs. 3 SGB V

<sup>218</sup> Vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 11 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI

<sup>219</sup> Körperfunktionen bezeichnen physiologische und psychologische Funktionen von Körpersystemen, wie beispielsweise Sehvermögen; vgl. o. V. (2004), S. 9

<sup>220</sup> Unter Körperfunktionen werden anatomische Teile des Körpers, wie beispielsweise Organe und Gliedmaßen, verstanden; vgl. o. V. (2004), S. 9

<sup>221</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 33; vgl. hierzu auch o. V. (2004), S. 7 ff.

<sup>222</sup> Vgl. Lauber, A.; Schmalstieg, P. (2007), S. 40 f.

<sup>223</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 21 ff.

der Versicherte berufstätig ist oder berentet wird, wird die Reha unterschiedlich finanziert.<sup>224</sup> Bei Rehabilitanden mit Rentenbezug übernimmt die GKV die Kosten.<sup>225</sup>

Die **GKV** verfolgt das Ziel „Reha vor Pflege“, weshalb die Leistungen der medizinischen Reha die Behinderung des § 2 Abs. 1 SGB IX einschließlich Pflegebedürftigkeit gemäß SGV XI abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen und die Verschlimmerung verhüten sowie die Folgen mildern sollen.<sup>226</sup>

Die **DRV** hat das Ziel „Reha vor Rente“, weshalb sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder diese komplett zu überwinden.<sup>227</sup> Hierdurch soll eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert bzw. eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erreicht werden.<sup>228</sup>

Die Reha-Ziele der Rehabilitanden und die der Leistungserbringer unterscheiden sich von den Zielen der Leistungsträger hinsichtlich Erwerbsfähigkeit, Behinderung und Pflege generell nicht.<sup>229</sup> Zusätzliche Ziele der Rehabilitanden können eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit, Anpassung von Umweltbedingungen und Lebensbereichen an die bestehenden Einschränkungen sowie Einleitung von Maßnahmen zur Sicherung des Reha-Erfolgs sein.<sup>230</sup> Die Leistungserbringer stehen bei der Durchführung rehabilitativer Interventionen hinsichtlich der Belegungssituation unter einem erheblichen ökonomischen Spannungsfeld, welche durch viele Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Personalsituation, Kostensätze, Vertragsgestaltung und Gesetzgeber, beeinflusst werden. Aufgrund dessen spielt das QM bei den Leistungserbringern eine stetig anwachsende Rolle.

### 4.3 Qualitätsmanagement in ambulanten Rehabilitationen

Zum einen sind, wie bereits in der theoretischen Erläuterung betrachtet, die Erbringer von Reha-Maßnahmen nach dem SGB V gesetzlich zu externen sowie internen QS-Maßnahmen verpflichtet. Nach § 137 d Abs. 1, 2 und 4 SGB V sind ambulante und stationäre Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen durch einen vorgegebenen Selbstbewertungsbogen in dreijährigen Abständen verantwortlich, ein einrichtungsinternes QM durchzuführen.

---

<sup>224</sup> Vgl. Knechtel, K. (2013), S. 8

<sup>225</sup> Vgl. Knechtel, K. (2013), S. 8

<sup>226</sup> Vgl. § 11 Abs. 2 SGB V

<sup>227</sup> Vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI

<sup>228</sup> Vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGV VI

<sup>229</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 35 f.

<sup>230</sup> Vgl. ebd., S. 35 f.

Zum anderen sind die Reha-Einrichtungen verpflichtet, an einem QS-Programm der Reha-Träger teilzunehmen, das als Grundlage für ein effektives QM und zur Sicherung sowie Weiterentwicklung der rehabilitativen Leistungsspektren der Reha-Einrichtungen dienen soll.<sup>231</sup> Diese Verpflichtung soll hauptsächlich dazu beitragen, eine Verbesserung der Patientenversorgung, der Patientenzufriedenheit, der Mitarbeiterzufriedenheit und der Zuweiserzufriedenheit zu erreichen sowie die Qualität der Leistungen zu sichern.<sup>232</sup> Die BAR regelt in den Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Reha genaue Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität umfasst alle in der Rahmenempfehlung gestellten Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der ambulanten Reha-Einrichtung.<sup>233</sup> Die Prozessqualität muss den Vorgaben eines qualitätsgesicherten Verlaufs der ambulanten Reha entsprechen.<sup>234</sup> Hierunter fällt das Reha-Konzept der Einrichtung und der individuelle Therapie- bzw. Behandlungs-Plan<sup>235</sup> der Rehabilitanden. Im Rahmen der Zwischen- und Abschlussuntersuchung ist zu überprüfen, ob und in welchem Ausmaß das im individuellen Therapieplan definierte Reha-Ziel erreicht wurde. Dieser Ablauf stellt die Angabe zur Ergebnisqualität dar. Aufgrund umfangreicher Darbietung in den BAR-Rahmenempfehlungen wird auf ein näheres Eingehen der Anforderungen in der vorliegenden Arbeit verzichtet.

---

<sup>231</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 28; vgl. hierzu auch Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 65

<sup>232</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 66

<sup>233</sup> Vgl. o. V. (2004), S. 28

<sup>234</sup> Vgl. ebd., S. 28

<sup>235</sup> Ein Therapieplan beinhaltet die Anamnese, Diagnostik, Therapieziel und die jeweilige Therapie; vgl. Dorenburg, U. (1999), S. V

#### 4.4 Vor- und Nachteile einer ambulanten Rehabilitation

In nachfolgender Tabelle werden die, von der Verfasserin subjektiv ausgewählten, wichtigsten Vor- und Nachteile einer ambulanten Reha aufgelistet:

Vorteile	Nachteile
Der Rehabilitand verbleibt in seinem sozialen, häuslichen Umfeld. <sup>236</sup>	Hohe Mobilität erforderlich. <sup>237</sup>
Daraus resultiert eine erweiterte Möglichkeit der Inanspruchnahme durch den Rehabilitanden. <sup>238</sup>	Hohe Belastung durch die täglichen Hin- und Rückfahrten.
Flexible Anpassung an die Anforderungen des Einzelfalls. <sup>239</sup>	Hohe Motivation des Rehabilitanden notwendig. <sup>240</sup>
Positiver Einfluss der Angehörigen und Bekannte auf den Reha-Prozess. <sup>241</sup>	Häusliche Versorgung muss gewährleistet sein. <sup>242</sup>
Neu Erlerntes kann unmittelbar im Alltag umgesetzt werden. <sup>243</sup>	Belastungen bei der Versorgung des Haushalts.

Tabelle 4: Vor- und Nachteile einer ambulanten Rehabilitation<sup>244</sup>

Hauptsächlich werden in dieser Tabelle die Vor- und Nachteile seitens der Rehabilitanden genannt. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass ebenfalls Vorteile aber auch Nachteile für die ambulante Einrichtung entstehen. Beispielsweise müssen keine Betten und Zimmer zur Verfügung gestellt werden, da die Rehabilitanden nicht über Nacht bleiben. Dennoch nennt, wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert, die BAR in ihren Rahmenempfehlungen bestimmte Anforderungen, die eine ambulante Reha zu erfüllen hat.

Ebenfalls bietet eine ambulante Reha aus volkswirtschaftlicher Sicht dieselben Leistungen wie eine stationäre Reha, jedoch zu günstigeren Kosten, da Serviceleistungen, wie beispielsweise Übernachtungen, wegfallen.<sup>245</sup>

<sup>236</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

<sup>237</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

<sup>238</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

<sup>239</sup> Vgl. o. V. (o. J. a), <http://www.aok-gesundheitspartner.de> (Stand: 20.03.2014)

<sup>240</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

<sup>241</sup> Vgl. Lauber, A.; Schmalstieg, P. (2007), S. 41

<sup>242</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 47

<sup>243</sup> Vgl. o. V. (2013b), S. 9

<sup>244</sup> Eigene Darstellung

<sup>245</sup> Vgl. Zeidler, J. u.a. (2008), S. 447

## 5 Optimierung des Erhebungsinstruments in der ambulanten Rehabilitation im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

### 5.1 Unternehmensvorstellung

Das Stauferklinikum SGD ist ein Eigenbetrieb des Ostalbkreises und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm.<sup>246</sup> Die Betriebsleitung, welche der Krankenhausdirektor, Pflegedirektor und Ärztlicher Direktor bildet, leitet das Stauferklinikum SGD eigenverantwortlich.<sup>247</sup> Mit über 1000 Mitarbeitern und 401 Betten ist das Stauferklinikum SGD ein Klinikum der Akutversorgung.<sup>248</sup> Jährlich werden rund 20.000 stationäre und rund 70.000 ambulante Patienten behandelt.

Das Klinikum bietet Patienten die Fachabteilungen Zentrum für Innere Medizin, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Zentrum für Traumatologie und Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulenzentrum, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Intensivmedizin, Anästhesiologie und Radiologie. Zudem gibt es Belegabteilungen und andere Einrichtungen, wie es beispielsweise die seit 2011 unter dem Namen Staufer-Reha eingeführte ambulante Reha darstellt.

Ein zentrales Anliegen des Stauferklinikums SGD ist das Streben nach höchster Qualität, welche sich an dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik als Basis einer optimalen Versorgung der Patienten orientiert.<sup>249</sup> Um eine hohe Behandlungsqualität anbieten zu können, werden Abläufe und Prozesse sorgfältig geplant, dokumentiert, regelmäßig überprüft und optimiert.<sup>250</sup> Im gesamten Stauferklinikum SGD werden die Kernprozesse, Führungsprozesse und Unterstützungsprozesse durch die Abteilung Qualitätsmanagement anhand der folgenden Prozesslandschaft gesteuert und kontrolliert:

---

<sup>246</sup> o. V. (o. J. d), <http://www.stauferklinikum.de> (Stand: 03.04.2014)

<sup>247</sup> Vgl. o. V. (2013e), S. 7

<sup>248</sup> Vgl. ebd., S. 7

<sup>249</sup> Vgl. Leiter Qualitätsmanagement (2013), S. 1

<sup>250</sup> Vgl. Leiter Qualitätsmanagement (2013), S. 1



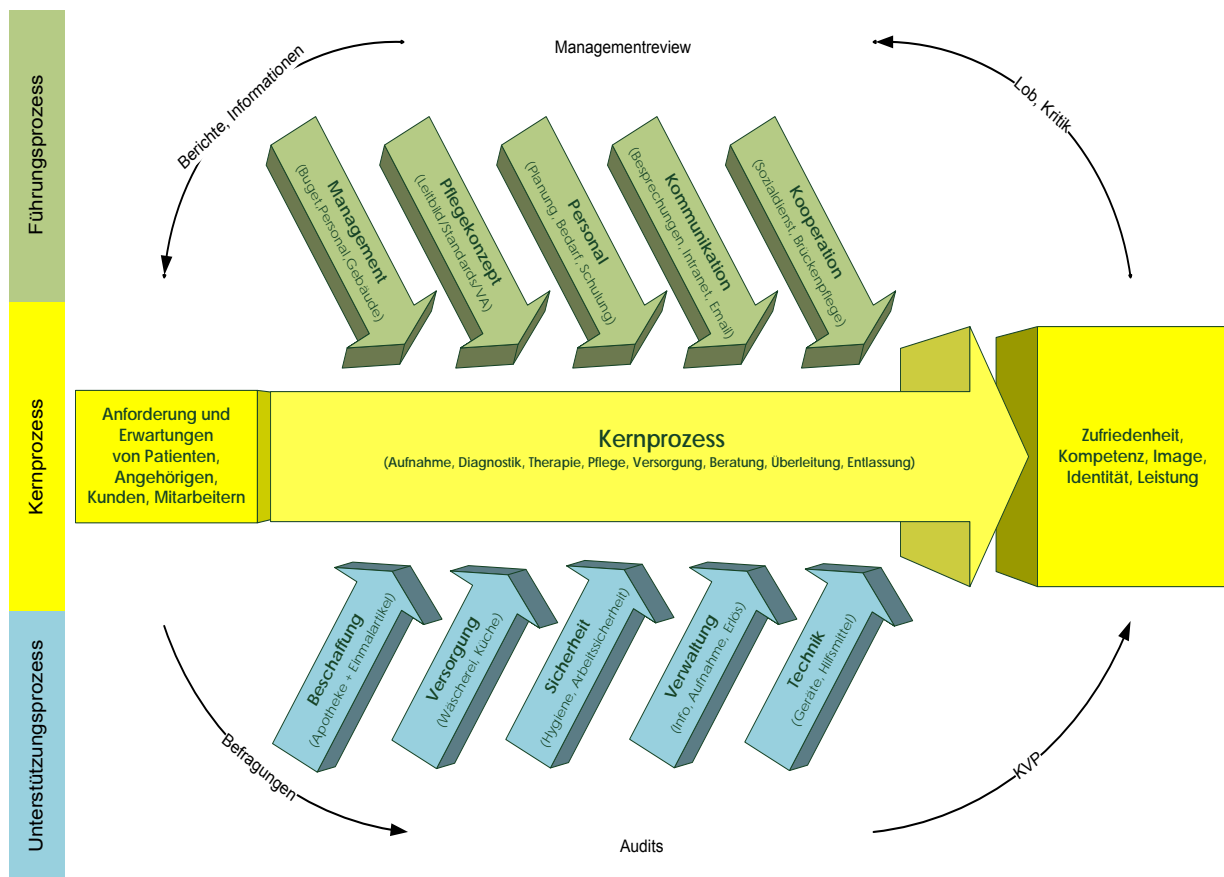


Abbildung 5: Prozesslandschaft im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd<sup>251</sup>

Im Grunde stellt die Prozesslandschaft einen Kreislauf dar, der die Kernprozesse, d. h. die Anforderungen und Erwartungen der Patienten, Angehörigen, Kunden und Mitarbeiter, bezugnehmend auf die Prozesse, von der Aufnahme bis zur Entlassung in Abhängigkeit von den Führungs- und Unterstützungsprozessen, kontinuierlich überwacht, analysiert, optimiert und informiert. Die Prozesse werden anhand von internen sowie externen Audits<sup>252</sup> geprüft, deren Umsetzung auf Basis des PDCA-Regelkreises erfolgt. Wird bei den Audits eine Abweichung festgestellt, wird diese in eine KVP-Liste zur Überwachung und Überprüfung eingetragen. Ziel ist es, eine hohe Zufriedenheit bei Patienten, Angehörigen, Kunden und Mitarbeitern zu erreichen, das Image sowie die Kompetenzen ständig zu verbessern und die Leistungen nach optimalem Standard zu vollbringen. Außerdem soll sich der genannte Personenkreis mit dem Stauferklinikum SGD identifizieren können. Das strategische Hauptziel ist demnach, das Stauferklinikum SGD für die Patienten und Mitarbeiter kontinuierlich weiter zu entwickeln und folglich die Qualitätsansprüche zu erfüllen.<sup>253</sup>

<sup>251</sup> Enthalten in: Leiter Qualitätsmanagement (2011), S. 5

<sup>252</sup> Das Qualitätsaudit stellt einen systematischen, unabhängigen und dokumentierten Prozess zur Erlangung von Nachweisen und deren objektiver Auswertung dar. Es ermittelt, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind und prüft, ob Verbesserungspotentiale vorhanden sind; vgl. Gielt, G.; Lobinger, W.; Kamiske, G. (2003), S. 7 f.

<sup>253</sup> Vgl. Leiter Qualitätsmanagement (2013), S. 2

Im weiteren Verlauf wird die Befragungsphase des Kreislaufes anhand der ambulanten Staufer-Reha – speziell für Rehabilitanden – näher beleuchtet.

## 5.2 Darstellung und Analyse des bisher verwendeten Erhebungsinstruments

Seit Einführung der ambulanten orthopädische Staufer-Reha im Stauferklinikum SGD im Jahr 2011 fand eine Patientenzufriedenheitsmessung anhand eines schriftlichen Fragebogens statt, die Ende 2013 erstmals ausgewertet wurde.<sup>254</sup> Der Fragebogen kann dem Anhang entnommen werden.<sup>255</sup> Befragt wurden 390 Rehabilitanden, die die Leistungen der Staufer-Reha im oben genannten Zeitraum in Anspruch genommen haben.<sup>256</sup> Bei der Durchführung der Erstuntersuchung teilte die Ärztin den schriftlichen Fragebogen aus, welcher in der Regel am letzten Tag des Reha-Aufenthalts abgegeben wurde.<sup>257</sup> 240 Rehabilitanden füllten die Fragebogen aus, was einer Rücklaufquote von 61,54 % entspricht. Diese Fragebogen wurden von den Mitarbeitern der Staufer-Reha in einer Excel-Tabelle erfasst und ausgewertet.

Erst durch die Auswertung wurde ersichtlich, dass der kurzfristig für die Staufer-Reha erstellte und verwendete Fragebogen die speziellen Parameter einer ambulanten Reha nicht berücksichtigt hatte, weshalb die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich eingeschränkt ist. Daneben enthält der Fragebogen teilweise Parameter, die bei einer Unzufriedenheit nicht eindeutig ausgewertet werden können. Beispielsweise ist in den Ergebnissen über die räumliche Gestaltung deutlich erkennbar, dass eine Unzufriedenheit besteht, die jedoch aufgrund der ungenauen Beschreibung nicht näher definiert werden kann. Auch fehlen in dem bisher verwendeten Fragebogen Fragen, die die Gesamtzufriedenheit wiedergeben können. Aus den genannten Gründen resultiert, dass sich die folgende Ausarbeitung explizit mit der Analyse der Staufer-Reha, mit einer umfassenden Literaturrecherche und darauf aufbauend mit der Entwicklung eines neuen Erhebungsinstruments, beschäftigt. Es stellt sich die Frage, ob die Rehabilitanden tatsächlich mit der ambulanten Staufer-Reha im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zufrieden sind und wie die Rehabilitanden die Versorgungsform „ambulant“ beurteilen.

Um am Ende mit der neuen Auswertung Vergleiche vornehmen zu können, wurden von der Verfasserin, trotz ordinalem Skalenniveau, Mittelwerte mit dem Programm Microsoft Excel berechnet. Um überhaupt einen Vergleich gewährleisten zu können, müssen die Skalenbewertungen des bisherigen sowie neuen Patientenfragebogens gleich gehandhabt werden, weshalb der Bewertungsindex nach Punkten aufgegliedert ist. Der Durchschnitt bzw. Mittelwert > 3 ist demnach für die Staufer-Reha

---

<sup>254</sup> Vgl. Mitarbeiterin der Staufer-Reha (2013), S. 79 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

<sup>255</sup> s. Anlage 1

<sup>256</sup> Vgl. Mitarbeiterin der Staufer-Reha (2013), S. 79 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

<sup>257</sup> Vgl. ebd., S. 79 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

positiv und zufriedenstellend. Die nachfolgende Tabelle bringt die Skalenbewertung hinsichtlich der Antwortkategorien und deren Bedeutung zum Ausdruck.

Antwortkategorien	Punkte	Bedeutung
Sehr gut	5	sehr zufriedenstellend
Gut	4	recht zufriedenstellend
Befriedigend	3	zufriedenstellend
Weniger gut	2	weniger zufriedenstellend
Schlecht	1	nicht zufriedenstellend

Tabelle 5: Skalenbewertung der Auswertung 2013<sup>258</sup>

Die Auswertung zeigt einen Gesamtdurchschnitt von 4,61 Punkten, was für die Stauer-Reha ein recht zufriedenstellendes Ergebnis darstellt. Der in der anschließenden Tabelle rot markierte, zweitniedrigste Mittelwert bildet die räumliche Gestaltung mit 4,29. Die blau markierten Beurteilungen über die Freundlichkeit des Personals sowie die ärztliche und therapeutische Betreuung haben mit einem Mittelwert von 4,87 am besten abgeschnitten. Im Grunde bildet dies für die Stauer-Reha ein sehr zufriedenstellendes Ergebnis. Die schlechteste Bewertung zeigt die Beurteilung der Einbeziehung der Angehörigen, die trotz durchschnittlichen 4,23 Punkten recht zufriedenstellend ist. Der folgenden Tabelle können die Häufigkeiten sowie Mittelwerte der Zufriedenheitsbeurteilungen entnommen werden:

---

<sup>258</sup> Eigene Darstellung

Beurteilung des Aufenthalts							
	sehr gut	gut	befriedigend	weniger gut	schlecht	Summe	Mittelwert
Freundlichkeit des Personals	208	32	0	0	0	240	4,87
Ärztliche und Therapeutische Betreuung	415	59	1	0	0	475	4,87
Zusammenarbeit des Personals	150	80	0	0	0	230	4,65
Information über Krankheit und Behandlung	146	85	3	0	0	234	4,61
Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	151	77	5	0	0	233	4,63
Beratungsangebote	116	104	8	0	0	228	4,47
Einbeziehung der Angehörigen	52	65	13	4	0	134	4,23
Planung der Entlassung	124	76	5	0	0	205	4,58
Schutz der Privatsphäre / Intimsphäre	118	85	9	0	1	213	4,50
Sauberkeit der Räume	171	64	2	0	0	237	4,71
Räumliche Gestaltung	98	104	21	5	0	228	4,29
Gesamt							4,61

Tabelle 6: Auswertungstabelle der Patientenumfrage 2011 bis 2013<sup>259</sup>

Um einen besseren Überblick der Mittelwerte zu ermöglichen, werden diese sortiert in einem Balkendiagramm dargestellt. Die blauen Balken repräsentieren die besten Mittelwerte, während die orange farbigen Balken die niedrigsten Mittelwerte präsentieren. Die schwarze Linie bildet den Gesamtdurchschnitt (4,61) ab.

<sup>259</sup> Eigene Darstellung; aufgrund des Datenschutzes wurden die Tabelle und der dazugehörige Text verändert. Die Fragen zur ärztlichen und therapeutischen Betreuung sind in der Originalversion getrennt ausgewiesen und werden hier zusammengefasst dargestellt.

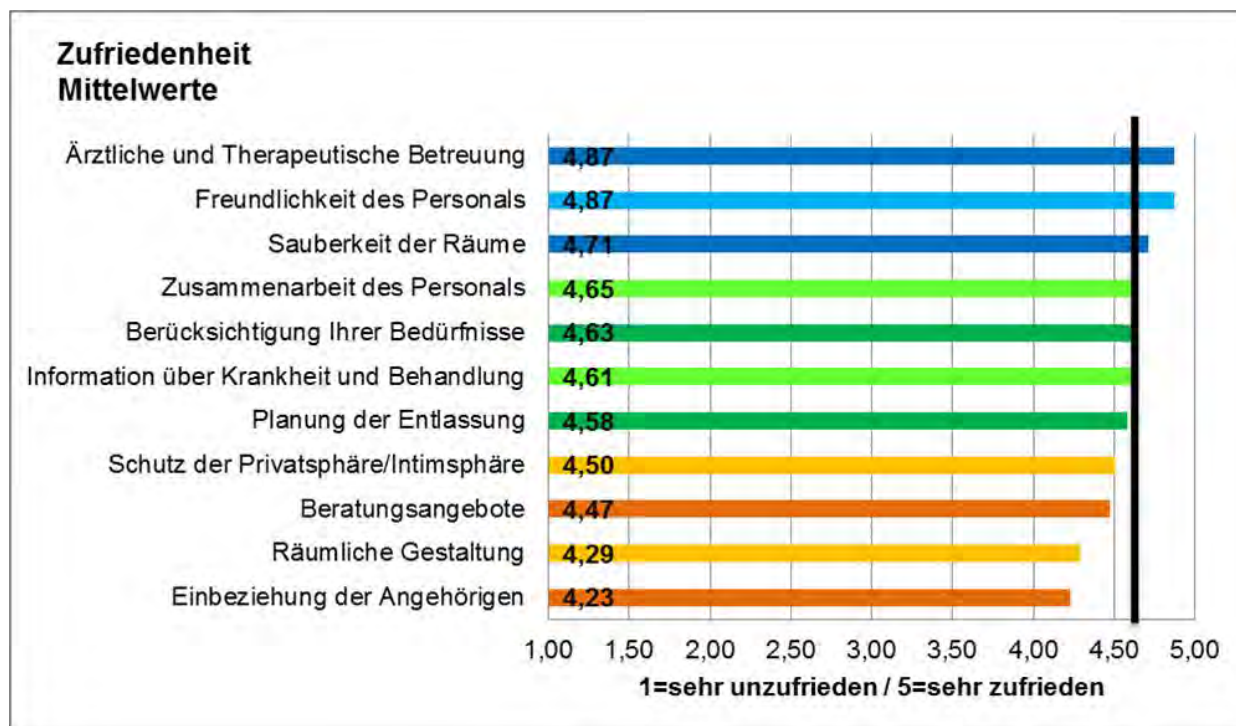


Abbildung 6: Mittelwerte der Patientenbefragung 2013<sup>260</sup>

### 5.3 Konzeption sowie Daten und Methode des Erhebungsinstruments

Wie schon in Kapitel 3.4 angemerkt, werden nun im weiteren Verlauf die zentralen Entscheidungsfelder bei einer Kundenzufriedenheitsmessung als Konzeption bzw. Methodik der Messung dargestellt:

Zu Beginn findet die **Auswahl der Zielgruppe** statt. Als Zielgruppe oder Population (Grundgesamtheit) wird die Summe aller Personen bezeichnet, die grundsätzlich für eine Patientenbefragung in Frage kommt.<sup>261</sup> Im Falle der Erhebung am Beispiel der ambulanten Stauer-Reha im Stauferklinikum SGD kommen demnach alle Patienten in Betracht, die rehabilitativ in der Stauer-Reha behandelt wurden.

Der zweite Schritt stellt die Auswahl des **Designs hinsichtlich Anzahl und Auswahl der Stichprobe** dar. Die Stichprobe ist eine Untermenge der Grundgesamtheit, die für die Befragung tatsächlich ausgewählt wird.<sup>262</sup> Die Anzahl der Stichprobe hängt von der Art der Stichprobenziehung, von der geplanten Differenzierung der Auswertung sowie von dem Aufwand der Datenerhebung ab.<sup>263</sup> Die Stichprobe der Stauer-Reha setzt sich aus allen Rehabilitanden zusammen, die in einem bestimm-

<sup>260</sup> Eigene Darstellung; aufgrund des Datenschutzes wurde das Diagramm verändert. Die Fragen zur ärztlichen und therapeutischen Betreuung sind in der Originalversion getrennt ausgewiesen und werden hier zusammengefasst dargestellt.

<sup>261</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 13

<sup>262</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 14

<sup>263</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 15

ten Zeitraum rehabilitative Leistungen in Anspruch genommen haben. Die Anzahl bezieht sich demnach auf den Erhebungszeitraum von einem Jahr mit Beachtung des organisatorischen und finanziellen Aufwands.

Patientenbefragungen können durch unterschiedliche **Formen und Verfahren** erfolgen, welche sich zum einen aus persönlichen oder telefonischen Interviews und zum anderen aus schriftlichen Befragungen, zu denen auch die Onlinebefragung zählt, zusammensetzt.<sup>264</sup> Jedes dieser Verfahren weist Vor- aber auch Nachteile auf.<sup>265</sup> Für die Zufriedenheitsmessung in der Staufer-Reha wurde ein schriftlicher Patientenfragebogen entwickelt, da dieser zum einen gegenüber einem persönlichen, mündlichem Interview kostengünstiger ist, weniger Zeit in Anspruch nimmt und die Fragen durch die Patienten besser durchdacht werden können.<sup>266</sup> Ebenso sollte das Verfahren des bisherigen Fragebogens beibehalten und bei Folgebefragungen nicht verändert werden.

Bei der Auswahl von **Ort und Erhebungszeitpunkt der Befragung** ist zu entscheiden, ob die Rehabilitanden während des Reha-Aufenthalts oder nach Verlassen der Reha befragt werden.<sup>267</sup> Ersteres wäre eine Befragung, die auch als Inhouse-Befragung bezeichnet werden kann.<sup>268</sup> Vorteile solcher Befragungen sind zum einen die greifbare Nähe der Rehabilitanden, denen bei Fragen leichter geholfen werden kann und zum anderen die Verteilung der Fragebogen durch das Personal. Ein großer Nachteil ergibt sich jedoch aus der Präsenz des Personals, welches die Rehabilitanden bei der Beantwortung der Fragen beeinflussen kann.

Zu berücksichtigen sind außerdem bei Zufriedenheitsbefragungen in Reha-Einrichtungen oder Krankenhäusern die Einflussfaktoren, die eine Zufriedenheit höher scheinen lassen, als sie gegebenenfalls in Wahrheit ist.<sup>269</sup> Beispielsweise tendiert die Antwort prinzipiell in Richtung sozialer Erwünschtheit, d. h. dass die Patienten die Fragen nach sozialen Normen und Erwartungen beantworten, weshalb negative Kritik seltener offen geäußert wird als Lob.<sup>270</sup> Außerdem beurteilen Patienten zumeist positiver, da die Angst vor Nachteilen hinsichtlich des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen den Patienten und dem Arzt während der Behandlung zu groß ist.<sup>271</sup> Ebenso trägt der Dankbarkeitseffekt, der aussagt, dass Patienten über jede Heilung der Krankheit oder Linderung der Schmerzen dankbar sind, dazu bei, dass diese positiver bewerten.<sup>272</sup> Zusätzlich können allgemeine

---

<sup>264</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 15; vgl. hierzu auch Homburg, C. (2012), S. 133

<sup>265</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 15

<sup>266</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 15; vgl. hierzu auch Homburg, C. (2012), S. 134

<sup>267</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 16

<sup>268</sup> Vgl. ebd., S. 17 f.

<sup>269</sup> Vgl. Ruprecht, T. (2003), S. 26

<sup>270</sup> Vgl. Raab-Steiner, E.; Benesch, M. (2012), S. 62

<sup>271</sup> Vgl. Ruprecht, T. (2003), S. 26

<sup>272</sup> Vgl. Ruprecht, T. (2003), S. 26

Faktoren wie Gesundheitszustand, Bildungsgrad, Alter und Geschlecht die Zufriedenheitsbeurteilung beeinflussen.<sup>273</sup>

Der zweite genannte Ort nach Verlassen des Krankenhauses ist eine Befragung in der gewohnten Umgebung der Patienten durch eine postalische Zusendung des Fragebogens. Sie ermöglicht den Patienten ein Gefühl der freien Beantwortung, da sie keinerlei Zeitdruck ausgesetzt sind. Ebenso können in diesem Fall Fragen über die Zeit nach der Entlassung gestellt werden. Die Nachteile einer postalischen Befragung sind meist eine geringe Rücklaufquote, zusätzliche Kosten für den Versand sowie Rückantwortschein und die Hilflosigkeit der Patienten bei Verständnisproblemen, weshalb auf eine einfache Gestaltung des Fragebogens ganz besonders geachtet werden muss.<sup>274</sup> Außerdem kann nicht nachvollzogen werden, wer den Fragebogen letztendlich ausgefüllt hat.<sup>275</sup>

Bei der Befragung der Staufer-Reha wurden hauptsächlich die Umfragebogen nach der Entlassung der Rehabilitanden mit der Post versendet, während ein geringer Anteil an Fragebogen von den Mitarbeitern der Staufer-Reha bei der Aufnahme an die Rehabilitanden ausgeteilt wurden, mit der Bitte, diese am Ende des Reha-Aufenthalts abzugeben.

Die Kombination von Inhouse und postalischer Befragung wurde im Hinblick des **Erhebungszeitraums von März 2013 bis März 2014** gewählt. Im März 2014 befragte die Verfasserin alle Rehabilitanden, die im genannten Erhebungszeitraum in der Staufer-Reha rehabilitativ behandelt wurden. Die Auswahl des Erhebungszeitraums ist vom Kostenrahmen sowie von zeitlichen Gründen der vorliegenden Arbeit abhängig. Ein Großteil der Rehabilitanden hat bereits vor März 2014 ihre Behandlung in der Staufer-Reha abgeschlossen, weshalb dieser nicht persönlich erreicht werden konnte (postalische Zusendung). Alle anderen Rehabilitanden, deren Behandlung bis März 2014 nicht abgeschlossen war, bekamen den Fragebogen persönlich ausgehändigt (Inhouse-Befragung). Um ein vergleichbares Ergebnis zu erzielen, sollten ferner ehemalige sowie aktuelle Rehabilitanden mit einbezogen werden.<sup>276</sup> Zu den postalisch versendeten Fragebogen wurde jeweils ein frankierter und adressierter Rückantwortumschlag beigelegt, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen.<sup>277</sup>

Die Gestaltung des Erhebungsinstruments, die Genehmigung des Personalrats, den Pretest und die durchführende Datenerhebung werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

---

<sup>273</sup> Vgl. Blum, K. (1998), S. 86 ff.

<sup>274</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 514 f.

<sup>275</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 515

<sup>276</sup> Vgl. DeSouza, G., Designing a Customer Retention Plan. In: The Journal of Business Strategy, Vol. 13 (1992), No. 2, S. 24-28. Vgl. hierzu auch Hauser, J.; Simester, D.; Wernerfelt, B., Customer Satisfaction Incentives. In: Marketing Science, Vol. 13 (1994), No. 4, S. 327-350. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 132

<sup>277</sup> Porst, R. (2001), S. 6

## 5.4 Gestaltung des neuen Erhebungsinstruments

### 5.4.1 Analyse der ambulanten Rehabilitation im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Um den bisherigen Fragebogen optimieren zu können, bedarf es einer Analyse der Staufer-Reha, durch welche herausgefunden werden kann, was die Rehabilitanden während der Behandlung durchlaufen bzw. mit wem sie in Kontakt treten.

Im August 2011 startete nach einer arbeitsintensiven Vorbereitung die ambulante Staufer-Reha im Stauferklinikum SGD.<sup>278</sup> Die Staufer-Reha ist eine Einrichtung des Stauferklinikums SGD und dem Zentrum für Traumatologie und Orthopädische Chirurgie zugeordnet.<sup>279</sup> Aus der ursprünglichen, bereits sehr großen physiotherapeutischen Abteilung gewachsen, können Patienten nach orthopädischen operativen Eingriffen an Knie, Schulter, Hüfte und Wirbelsäule im Stauferklinikum SGD oder auch außerhalb, ambulant rehabilitiert werden.<sup>280</sup> Schätzungsweise 1 Prozent (%) der Rehabilitanden nehmen die Staufer-Reha aufgrund diverser Rückenleiden in Anspruch. Ziel der rehabilitativen Therapie in der Staufer-Reha ist die Wiederherstellung von körperlichen Funktionen und die Steigerung der Belastbarkeit im Alltag sowie die Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit.<sup>281</sup>

**Vorteile** entstehen hierbei auch für das Stauferklinikum SGD. Die Patienten erhalten ein ganzheitliches Konzept von der Operation bis hin zur klinikeigenen ambulanten Reha, was zum einen die Patientenbindung fördert und zum anderen das Image des Stauferklinikums SGD verbessert.<sup>282</sup> Die Staufer-Reha bildet ein Highlight, welches das Stauferklinikum SGD von der Konkurrenz abhebt und differenziert.<sup>283</sup>

Patienten, die sich für eine ambulante Einrichtung entscheiden, sind zumeist Patienten nach endoprothetischen<sup>284</sup> Eingriffen und nach Abschluss der stationären Behandlung.<sup>285</sup> Voraussetzung für die Verordnung und Beantragung von Leistungen zur medizinischen Reha durch den behandelnden Arzt (z. B. Orthopäde) oder durch Beantragung des Sozialdienstes, ist das Vorliegen der medizinischen

---

<sup>278</sup> Vgl. Sachbearbeiterin der Krankenkasse A im Fachbereich Versorgungsmanagement; Assistent des Krankenhausdirektors (2011), S. 10

<sup>279</sup> Vgl. Assistent des Krankenhausdirektors (2014), S. 80 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 3)

<sup>280</sup> Vgl. o. V. (2012), S. 70

<sup>281</sup> Vgl. o. V. (2011b), S. 2

<sup>282</sup> Vgl. o. V. (2012), S. 71; Vgl. Mitarbeiterin der Staufer-Reha (2014), S. 76 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

<sup>283</sup> Vgl. o. V. (2012), S. 70

<sup>284</sup> Als Endoprothese werden in der Medizin Implantate bezeichnet, die natürliche Körperstrukturen ersetzen (z. B. Gelenke) und in der Regel dauerhaft im Körper verbleiben; vgl. Pschyrembel (2009), s.v. Endoprothetik

<sup>285</sup> Vgl. o. V. (2012), S. 70



Indikation.<sup>286</sup> Nach der Kostenübernahmeerklärung durch die Kostenträger, stellt das interdisziplinäre Behandlungsteam in Abstimmung mit dem Rehabilitanden einen individuellen, auf die medizinische Vorgeschichte abgestimmten Therapieplan zusammen, den jeder Rehabilitand als eine Art Tagesplanung erhält.<sup>287</sup>

Die **Behandlungsdauer** beträgt in der Regel 15 Behandlungstage.<sup>288</sup> Je Kostenträger kann aber auch eine Behandlungsdauer von zehn, 20 oder 25 Behandlungstagen genehmigt werden.<sup>289</sup> Diese Behandlungstage müssen nicht hintereinander stattfinden, sondern können auf mehrere Wochen gesplittet werden.

Täglich werden die Rehabilitanden auf Wunsch per Abholservice durch das Deutsche Rote Kreuz morgens von zu Hause abgeholt und abends wieder nach Hause gefahren. Die Anwendungen finden zwischen 9:00 Uhr und 15:00 Uhr statt. Die **Therapien** beinhalten Bewegungsbad, Bewegungsschiene, Krankengymnastik, Lymphdrainage, manuelle Therapie, Massagen, medizinische Trainingstherapie mit Trainingsgeräten, Physiotherapie, physikalische Therapie (Elektrotherapie, Fango, Ultraschall und bei Schwellungen auch Eis-Therapie), Ergotherapie<sup>290</sup>, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Orthopädietechnik, psychologische Beratung, Entspannungstherapie, Stressbewältigung und Sozialberatungen. Die Therapien werden vorwiegend in Einzeltherapien durch die Reha-Ärztin, Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister, Diplom Sportlehrer, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter, Diätassistenten und Psychologen durchgeführt, während in manchen Fällen, beispielsweise bei Vorträgen, Gangschule sowie Atemgymnastik, Gruppentherapien stattfinden.<sup>291</sup> Zusätzlich untersucht eine Reha-Schwester Diabetes-Rehabilitanden, um die Ärzte teilweise zu entlasten.<sup>292</sup> Während des meist 15-tägigen Behandlungszeitraums finden eine Erst-, Zwischen- und Enduntersuchung sowie eine tägliche Therapiebesprechung statt. Diese werden durch die behandelnde Ärztin durchgeführt.

In der **Mittagszeit** wird den Rehabilitanden ein Tisch in der hauseigenen Cafeteria reserviert, in der sie kostenfrei mit Essenskarten aus dem Tagesmenü, der Salattheke und den Nachspeisen auswählen können. Außerdem steht den Rehabilitanden rund um die Uhr Mineralwasser, Obst sowie andere Kleinigkeiten im Aufenthaltsraum zur Verfügung. Die **räumliche Ausstattung** beinhaltet Bäderbe-

---

<sup>286</sup> Vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 37; vgl. hierzu ebenfalls Sachbearbeiterin der Krankenkasse A im Fachbereich Versorgungsmanagement; Assistent des Krankenhausdirektors (2011), S. 4

<sup>287</sup> Vgl. o. V. (2011b), S. 2; vgl. hierzu auch Sachbearbeiterin der Krankenkasse A im Fachbereich Versorgungsmanagement; Assistent des Krankenhausdirektors (2011), S. 2

<sup>288</sup> Vgl. Mitarbeiterin der Staufer-Reha (2014), S. 77 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

<sup>289</sup> Vgl. ebd., S. 77 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

<sup>290</sup> Ergotherapie ist eine funktionsorientierte Bewegungstherapie; vgl. Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007), S. 57

<sup>291</sup> Vgl. Mitarbeiterin der Staufer-Reha (2014), S. 77 f. (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

<sup>292</sup> Vgl. ebd., S. 77 f. (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

reich, Gymnastikraum, Ruhe- und Entspannungsraum, Aufenthaltsraum sowie Umkleieräume und Therapieräume.

Maximal stehen in der Staufer-Reha 20 **Therapieplätze** zu Verfügung, welche vorwiegend durch die operativ versorgten Patienten aus dem Stauferklinikum SGD besetzt werden.<sup>293</sup> In der Staufer-Reha werden jährlich rund 190 Rehabilitanden ambulant behandelt. Die Resonanz ist ausgesprochen positiv und tendenziell steigend.

Die ambulante Reha wird über den Sozialdienst des Stauferklinikums SGD bei den Kostenträgern beantragt.<sup>294</sup> Wenn sich ein Patient in einem anderen Krankenhaus operieren lässt, die ambulante Anschlussheilbehandlung jedoch in der Staufer-Reha durchführen möchte, nimmt der Sozialdienst des dortigen Krankenhauses mit dem Sozialdienst des Stauferklinikums SGD Kontakt auf, um die Beantragung vorzunehmen.<sup>295</sup> In der Regel werden zwischen den Kostenträgern der GKV und der DRV Versorgungsverträge abgeschlossen, auf deren Basis die Patienten rehabilitativ behandelt werden. Die Kostenträger erteilen die Zulassung (GKV) bzw. Anerkennung (DRV) erst, wenn die Kriterien der BAR-Rahmenempfehlungen erfüllt sind. Da bei einem Großteil der Therapeuten der Staufer-Reha zur Gründung 2011 die in den BAR-Rahmenempfehlungen geforderte zweijährige Reha-Erfahrung in einer anerkannten Reha-Einrichtung noch nicht vorlag, wurde mit der Krankenkasse A am 01.08.2011 eine Vereinbarung über die Erbringung von ergänzenden ambulanten Leistungen zur Reha nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V abgeschlossen.<sup>296</sup> Die Vereinbarung regelt hierzu die Durchführung, Abrechnung und Vergütung. In diesem „Modellprojekt“ soll die medizinische Erfahrung in der eigenen Einrichtung gesammelt werden, um nach zwei Jahren einen Versorgungsvertrag gemäß § 40 SGB V abschließen zu können.<sup>297</sup> Vom 01.08.2011 bis 31.12.2013 fand die Behandlung der Krankenkassen A-Patienten deshalb auf Basis dieses Vertrages statt.<sup>298</sup> Die anderen Krankenkassen gaben ihre Kostenzusage währenddessen auf Basis von Einzelfallentscheidungen.

Leider wurde die Vereinbarung mit der Krankenkasse A seit 2014 nicht verlängert, weshalb seitdem die Behandlung in der Staufer-Reha kassenübergreifend auf Einzelfallentscheidungsbasis stattfindet. Durch die DRV gab es bisher weder Vereinbarungen noch Einzelfallentscheidungen, weshalb hauptsächlich ältere Patienten in der Staufer-Reha rehabilitativ behandelt werden. Gründe hierfür sind, wie bereits in den theoretischen Erläuterungen betrachtet, die unterschiedlichen Ziele von

---

<sup>293</sup> Vgl. Mitarbeiterin der Staufer-Reha (2014), S. 76 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 2)

<sup>294</sup> Vgl. Assistent des Krankenhausdirektors (2014), S. 81 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 3)

<sup>295</sup> Vgl. ebd., S. 80 f. (s. Gesprächsprotokoll Anlage 3)

<sup>296</sup> Vgl. Sachbearbeiterin der Krankenkasse A im Fachbereich Versorgungsmanagement; Assistent des Krankenhausdirektors (2011), S. 2. Aufgrund des Datenschutzes wurde im Text die Krankenkasse mit dem Begriff „Krankenkasse A“ anonymisiert.

<sup>297</sup> Vgl. Assistent des Krankenhausdirektors (2014), S. 80 (s. Gesprächsprotokoll Anlage 3)

<sup>298</sup> Vgl. ebd., S. 80 f. (s. Gesprächsprotokoll Anlage 3)

GKVen und der DRV. Auf die Ende 2013 erneut an die Kostenträger der GKV und DRV versandten Antragsunterlagen gibt es bislang keine Rückmeldung.

#### 5.4.2 Literaturrecherche nach validen Fragebogen

Die Literaturrecherche stellt grundsätzlich den Einstieg einer Erhebungsinstrument-Gestaltung dar.<sup>299</sup> Es schafft einen Überblick über vorhandene Fragebogen und falls notwendig vielfältige Anregungen für einzelne Fragen.<sup>300</sup>

Bei der Auswahl eines passenden Erhebungsinstruments müssen die **Güterkriterien** Reliabilität, Validität und Objektivität beachtet werden.<sup>301</sup> Die Reliabilität stellt die Zuverlässigkeit eines Instruments dar.<sup>302</sup> Sie ist gegeben, wenn bei der Befragung zum wiederholten Mal dasselbe Ergebnis erzielt wird. Die Validität ist die Gültigkeit eines Erhebungsinstruments, die dann gegeben ist, wenn ein Erhebungsinstrument das misst, was es messen soll. Die Objektivität eines Messinstruments bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß die Ergebnisse unabhängig vom Anwender und der Vorgehensweise sind.<sup>303</sup> Nur durch diese drei Güterkriterien sind Erhebungsinstrumente qualitätsgesichert und können eine mögliche Qualitätssteigerung bewirken.<sup>304</sup>

Um ein für die Untersuchung der vorliegenden Arbeit angemessenes Erhebungsinstrument zu entwickeln, wurden unterschiedliche Fragebogen recherchiert und auf Fragen zur Zufriedenheitsmessung hin untersucht. Alle dazu verwendeten Fragebogen finden sich im Anhang der vorliegenden Arbeit.

Die **DRV** hat 2010 einen Fragebogen zur medizinischen Reha speziell für eine ganztägige ambulante Reha bei somatischen Indikationen entwickelt, der kostenfrei zur Verfügung steht.<sup>305</sup> Die 29 sehr umfangreichen Fragen ziehen sich über 17 Seiten, weshalb nicht auf den kompletten Fragebogen zurückgegriffen werden kann. Er beinhaltet sowohl Fragen zur Messung der Zufriedenheit als auch zur Messung der Lebensqualität, welche im Großen und Ganzen für das Befragungsinstrument verwendet werden können. Zu Validität und Reliabilität gibt die DRV keine Informationen.

Das **Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin** erarbeitet Fragebogen über die Indikatoren des Reha-Status (IRES-Fragebogen).<sup>306</sup> Diese IRES-Fragebogen stellen rehabilitations-spezifische, generische Erhebungsinstrumente dar, welche den subjektiven Gesundheitszustand, die

---

<sup>299</sup> Vgl. Porst, R. (1998), S. 6

<sup>300</sup> Vgl. Porst, R. (1998), S. 6

<sup>301</sup> Vgl. Wüthrich-Schneider, E. (2000), S. 1117

<sup>302</sup> Vgl. ebd., S. 1117

<sup>303</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 249

<sup>304</sup> Vgl. Pfaff, H.; Brinkmann, A.; Bentz, J. (2007), S. 18

<sup>305</sup> Vgl. o. V. (2010b), <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (Stand: 09.04.2014); s. Anlage 4

<sup>306</sup> s. Anlage 5

psychosozialen Krankheitsfolgen und die berufliche Leistungsfähigkeit erfassen und demzufolge nicht für die Zufriedenheitsmessung in der Stauer-Reha geeignet sind.

Ebenfalls entwickelten Schmidt und Wittmann im Jahre 2002 einen Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (**ZUF-8**), welcher bei stationären Behandlungen in Reha-Kliniken oder Krankenhäusern, auch stationäre Physiotherapien bzw. psychosomatische Rehas bei Patienten ab 16 Jahre eingesetzt werden kann.<sup>307</sup> Der ZUF-8 besteht aus acht Items, die als Fragen formuliert sind und jeweils vier Antwortmöglichkeiten aufweisen.<sup>308</sup> Die Güterkriterien Validität, Reliabilität sowie Objektivität sind gegeben. Grundsätzlich liefert dieser Fragebogen Anregungen für einzelne Fragen.

Durchaus gibt es andere Erhebungsinstrumente die jedoch kostenpflichtig sind und aufgrund des begrenzten Budgets nicht weiter beachtet werden können. Eine führende Rolle bei der Durchführung von Patientenbefragungen stellt der Picker-Fragebogen dar, welcher die Problemhäufigkeiten in sieben für Patienten wichtigen Qualitätsdimensionen feststellt.<sup>309</sup>

### 5.4.3 Gestaltung des Fragebogens

Da kein geeigneter Fragebogen in der Literaturrecherche gefunden wurde, entwickelte die Verfasserin in Zusammenarbeit mit der Stauer-Reha, dem QM des Stauferklinikums SGD, dem Beauftragten der ambulanten Reha sowie dem Zentrum für empirische Forschung der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Stuttgart einen Fragebogen. Dabei wurde hauptsächlich darauf geachtet, den Fragebogen mit validen Fragen zu gestalten, jedoch ist es im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich, Validität und Reliabilität sowie Objektivität nachzuweisen.

Wie in der Analyse festgestellt wurde, kennzeichnet ein ambulanter Reha-Aufenthalt eines Rehabilitanden administrative Leistungen, beispielsweise bei der Aufnahme, diverse ärztliche Maßnahmen durch Untersuchungen und Therapiebesprechungen, vielfältige, über den Tag verteilte therapeutische Aktivitäten sowie Hoteldienstleistungen wie Verköstigung und zusätzlichen Service durch Cafeteria und seelsorgerischen Angeboten.<sup>310</sup> Ferner beurteilen die Patienten nach subjektiven Kriterien, was ebenfalls bei der Gestaltung des Fragebogens berücksichtigt werden muss.

Vor der Ausgestaltung des Fragebogens müssen bestimmte **Kriterien** beachtet werden, die sich aus Frageninhalt, Gleichgewicht zwischen geschlossenen und offenen Fragen, Skalierung, Formulierung sowie Reihenfolge der Fragen zusammensetzen. Außerdem wird vor der Datenerhebung der Perso-

---

<sup>307</sup> Vgl. o. V. (2011a), <http://www.gfqg.de> (Stand: 09.04.2014); s. Anlage 6

<sup>308</sup> Vgl. ebd., (Stand: 09.04.2014)

<sup>309</sup> Vgl. Gerlach, F. (2001), S. 94

<sup>310</sup> Vgl. Simon, A. (2009), S. 32

nalrat hinsichtlich seines Mitbestimmungsrechts einbezogen und anschließend ein Pretest durchgeführt.

Der **Frageninhalt** ist von der Kompetenz und der Antwortbereitschaft der befragten Kunden bzw. Patienten abhängig.<sup>311</sup> Neben Sachfragen zur Zufriedenheit, persönlichen Daten und dem Unternehmen können auch Kontrollfragen, die zur Überprüfung der Sorgfältigkeit der Beantwortung dienen, verwendet werden.<sup>312</sup> Als zweites muss ein geeignetes **Gleichgewicht zwischen geschlossenen und offenen Fragen** gefunden werden. Offene Fragen dienen der detaillierten Ermittlung von individuellen Wünschen, Trends, Problemen aber auch positiven Erfahrungen. Die geschlossenen Fragen enthalten vorgegebene Antwortkategorien die erschöpfend und präzise sein müssen.<sup>313</sup> Hierbei spielt die **Skalierung** eine wichtige Rolle, welche in die Messniveaus Nominalskala, Ordinalskala und metrische Skala eingeteilt werden.<sup>314</sup> Je höher das Messniveau, desto höher das Niveau der Datenauswertung. Es gibt unterschiedliche Skalentypen, die jeweils ihre Vor- und Nachteile mit sich bringen. Ein Beispiel bildet die numerische Skala, die nur die Endpunkte verbalisiert und deren Skalenwerte entweder durch Ziffern repräsentiert werden oder leer bleiben.<sup>315</sup> Ebenfalls ist die Anzahl der Skalenpunkte von großer Bedeutung.<sup>316</sup> Skalen mit einer ungeraden Anzahl von Skalenpunkten bilden eine Mittelkategorie, während gerade Anzahlen von Skalenpunkten eine Mittelkategorie ausschließen und der Befragte sich für die positive oder negative Seite entscheiden muss.

Die Fragen eines Fragebogens müssen **angemessen formuliert** werden.<sup>317</sup> Sie sollten kurz, verständlich, präzise und eindimensional, durch Vermeidung von mehreren Aspekten in einer Frage, gestellt werden.<sup>318</sup> Darüber hinaus sollte darauf geachtet werden, dass der Fragebogen keine Suggestivfragen beinhaltet, die auf eine bestimmte Antwort abzielen und in eine Richtung lenken. Ein wichtiger Punkt stellt außerdem die Vermeidung von Doppelverneinungen dar, die eine Frage unnötig verkompliziert. Ein Beispiel hierzu bildet die Frage „Sind Sie nicht unzufrieden?“. Ferner ist zu beachten, dass die Fragen in der richtigen **Reihenfolge** angeordnet sind.<sup>319</sup> Am Anfang sollte immer eine Einleitungsfrage stehen, die zum eigentlichen Thema hinführt und Interesse weckt, während die Fragen zu persönlichen Daten immer am Ende gestellt werden sollten, da diese uninteressant und nicht motivierend sind.<sup>320</sup> Auch zu klären ist, ob die Fragen zu den Zufriedenheiten mit den

---

<sup>311</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 134

<sup>312</sup> Vgl. ebd., S. 134

<sup>313</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 480

<sup>314</sup> Vgl. ebd., S. 290 f.

<sup>315</sup> Vgl. Porst, R. (1998), S. 29

<sup>316</sup> Vgl. ebd., S. 29

<sup>317</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 479

<sup>318</sup> Vgl. ebd., S. 479 ff.

<sup>319</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 135

<sup>320</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 483 ff.

einzelnen Leistungsparametern (detaillierte Ebene) vor oder nach der Frage zur Gesamtzufriedenheit (globale Ebene) gestellt werden.<sup>321</sup> Hierzu gibt es unterschiedliche empirische Untersuchungen, Ergebnisse und Empfehlungen.<sup>322</sup>

Der neu entwickelte Fragebogen kann dem Anhang der vorliegenden Arbeit entnommen werden.<sup>323</sup> Der Fragebogen startet mit einem **Begleitschreiben**, welches die Zielpersonen motivieren und die Sinnhaftigkeit sowie Wichtigkeit der Teilnahme an der Befragung verdeutlichen soll.<sup>324</sup> Es beinhaltet den Zweck der Befragung und Informationen über das durchführende Unternehmen, den befragten Personenkreis, die Einschätzung der durchschnittlichen benötigten Beantwortungszeit, die anonyme Teilnahme sowie die Verfasserin mit Angabe einer hierfür angelegten E-Mail-Adresse. Aufgrund der Kombination von Inhouse-Befragung und postalischer Befragung wurden zwei Anschreiben entworfen. Beide beinhalten die Angaben zum Endabgabetermin, während die postalisch Befragten zusätzlich auf den beiliegenden frankierten und adressierten Rückantwortschein hingewiesen werden.

Grundsätzlich wird versucht, sämtliche Kriterien für eine Fragebogengestaltung zu berücksichtigen. Durchweg umfasst der Fragebogen zehn Teilabschnitte mit insgesamt 46 Fragen, wovon zwei Teilabschnitte offene Fragen darstellen. Hauptsächlich sind die Fragen in metrischen endpunktbasiereten Fünf-Punkte-Skalen von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ oder von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“ eingeteilt, welche auch Ratingskalen oder Likert-Skalen genannt werden.<sup>325</sup> Es wurde bewusst eine Fünf-Punkte-Skala ausgewählt, um den Rehabilitanden eine Mittelkategorie zu bieten. Zudem verlangt eine Frage die Antworten nach einer Ordinalskala mit den fünf Kategorien „nein“, „eher nein“, „teils, teils“, „eher ja“ und „ja“. Der Bereich der persönlichen Daten ist mit Multiple-Choice-Fragen versehen, die in Nominalskalen oder Ordinalskalen aufgeteilt sind. Im Großen und Ganzen sind diese Fragen aus den Erhebungsinstrumenten der DRV<sup>326</sup>, dem ZUF-8<sup>327</sup> und dem bisher verwendeten Fragebogen, im Hinblick auf die Analyse der Staufer-Reha, übernommen oder umformuliert worden.

Zuerst wird die detaillierte Ebene der einzelnen Zufriedenheitsmerkmale und danach die globale Ebene der Gesamtzufriedenheit abgefragt. Die **einzelnen Merkmale** umfassen die Zufriedenheitsbeurteilungen

---

<sup>321</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 130 ff.

<sup>322</sup> Vgl. Auh, S.; Salisbury L. C.; Johnson, M. D., Order Effects in Customer Satisfaction Modelling. In: Journal of Marketing Management, Vol. 19 (2003), No. 3, S. 379-400. Vgl. hierzu auch Meffert, H.; Schwetje, T., Messprobleme der Kundenzufriedenheit: Erfahrungen aus einem Marktforschungsprojekt. In: Erichson, B.; Hildebrandt, L. (Hrsg.), Probleme und Trends in der Marketing-Forschung, Stuttgart 1998, S. 1340-1351. Zitiert nach: Homburg, C. (2012), S. 135

<sup>323</sup> s. Anlage 7

<sup>324</sup> Vgl. Porst, R. (2001), S. 4

<sup>325</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 471 f.

<sup>326</sup> s. Anlage 4: (Fragen 5, 7, 11, 13, 18, 23 und 24)

<sup>327</sup> s. Anlage 6: (Frage 7)

- der **Behandlung** (Information, Berücksichtigung der Bedürfnisse, Therapieviefalt und -dauer, Besprechung des Therapieplans),
- der **Organisation** (Information, Abläufe der Therapien, Länge der Wartezeit, Einbeziehung der Angehörigen, Zusammenarbeit des Personals),
- der **Einrichtung** (Atmosphäre, Behandlungs- und Funktionsräume, Aufenthaltsraum, Umkleieräume, Sauberkeit der Räume, Gestaltung der Räume),
- des **Personals** (Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, fachliche Beratung, therapeutische Betreuung, ärztliche Betreuung) und
- der **Infrastruktur** (Abholservice, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Fahrdienstes, Anreisezeit, Mittagspause, Verpflegung).

Außerdem wird nach der Zufriedenheit mit dem **Erfolg** der Stauer-Reha bezüglich des veränderten Gesundheitszustandes und der verbesserten Leistungsfähigkeit im Alltag sowie in der Freizeit gefragt.

Bevor die globalen Fragen über die Gesamtzufriedenheit anschließen, beinhaltet der Fragebogen die Frage nach **Belastungen**, die speziell in einer ambulanten Reha entstehen, betreffend die täglichen Hin- und Rückfahrten, das Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen, die Versorgung des Haushalts und die Betreuung von Angehörigen und Kindern.

Die **globalen Fragen** bestehen zum einen aus der Zufriedenheitsbeurteilung der gesamten Stauer-Reha und zum anderen aus dem Zustimmungsggrad einer erneuten Entscheidung für eine ambulante Reha und für die Stauer-Reha sowie deren Weiterempfehlung. Anschließend folgen zwei offene Fragen nach positiven Erfahrungen und Verbesserungsvorschlägen.

Des Weiteren werden in das Instrument einige Fragen zu **sozialdemografischen Variablen** integriert, um eine Korrelation der Ergebnisse mit einigen Persönlichkeitsvariablen und die sich evtl. daraus ergebenden Zusammenhänge ermitteln zu können. Es muss aufgrund der Literaturrecherche davon ausgegangen werden, dass Abhängigkeiten hinsichtlich der Zufriedenheit vom Alter und vom Geschlecht der Patienten bestehen.<sup>328</sup>

Inhaltlich berücksichtigt der Fragebogen die Qualitätsdimensionen nach Donabedian.<sup>329</sup> Die verschiedenen Komponenten teilen sich auf in die **Strukturqualität**, bestehend aus den Teilabschnitten „Einrichtung“, „Personal“ (fachliche Beratung, therapeutische Betreuung, ärztliche Betreuung) und „Organisation“ (Zusammenarbeit des Personals) sowie die **Prozessqualität**, bestehend aus den

---

<sup>328</sup> Vgl. Brudermanns, R., Fühlt sich der Patient im Krankenhaus als Kunde? – Eine Befragung im Katharinen-Hospital Willich. In: ku, 64. Jg. (1995), Heft 6, S. 522-528. Zitiert nach: Buchhester, S. (2002), S. 81

<sup>329</sup> Die inhaltliche Abgrenzung der Qualitätsdimensionen ist der Tabelle 2 zu entnehmen.

Teilabschnitten „Behandlung“, „Organisation“, „Personal“ (Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft) und Infrastruktur (Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Fahrdienstes). Die **Ergebnisqualität** beinhaltet die Frage nach dem Erfolg der Stauer-Reha, den Teilabschnitt „Infrastruktur“ (Abholservice, Anreisezeit, Mittagspause, Verpflegung) sowie die Gesamtzufriedenheit.

Nach Gestaltung des Fragebogens wird der **Personalrat** infolge seines Mitbestimmungsrechts einbezogen. Da die Frage hinsichtlich des Personals die Zufriedenheitsbeurteilung der ärztlichen Betreuung beinhaltet und diese auf die alleinige Ärztin der Stauer-Reha zurückzuführen wäre, wurde mit dem Personalrat besprochen, dass im Zuge einer Veröffentlichung der Ergebnisse keine Einzelergebnisse bekannt gemacht werden dürfen. Stattdessen werden die fünf Fragen über das Personal zu einem Block zusammengefasst. Dadurch sind Rückschlüsse auf eine bestimmte Person ausgeschlossen.

Als letztes sollte vor der eigentlichen Durchführung der Befragung bei ausgewählten Rehabilitanden ein **Pretest**<sup>330</sup> des Fragebogens stattfinden.<sup>331</sup> Durch diesen kann die Art und Qualität des Instruments, die Eignung und Verständlichkeit der Fragestellung sowie die praktische Umsetzung überprüft und festgestellt werden.<sup>332</sup> Ebenfalls kann überprüft werden, ob die Skalierung verständlich und die Beantwortung in der vorgesehenen Bearbeitungszeit realisierbar ist.<sup>333</sup> Insgesamt wurden fünf willkürliche Rehabilitanden in der Stauer-Reha darum gebeten, den Fragebogen durchzulesen und hinsichtlich der oben genannten Kriterien einen Kommentar abzugeben. Die Ergebnisse des Pretests erforderten keine erneute Ausarbeitung des Erhebungsinstruments, sodass als letzter Schritt die **Datenerhebung** im nächsten Kapitel stattfinden kann.

Grundsätzlich handelt es sich bei der Datenerhebung um eine Primärdatenanalyse durch eine beschreibende Querschnittstudie<sup>334</sup>, die den einmaligen Status Quo ermittelt, um im ersten Schritt die aktuellen Verbesserungspotenziale und Stärken aufzuzeigen. In Zukunft soll der optimierte Fragebogen als analytische Längsschnittstudie verwendet werden, um durch die kontinuierliche Befragung die Prozesse an den Bedürfnissen der Rehabilitanden anzupassen. Die **Datenauswertung** der Fragebogen erfolgte mit dem computergestützten Statistikprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS), mit dem die Häufigkeiten, Zufriedenheitsgrade der einzelnen Bereiche sowie die Gesamtzufriedenheit berechnet wurden. Die Auswertung der offenen Fragen fand mit dem Microsoft Office Programm Excel statt. Die Antworten wurden in Kategorien eingeteilt und in einer Pivottabelle ausgewertet.

---

<sup>330</sup> Pretest kann auch Testlauf eines noch nicht ausgereiften Fragebogens genannt werden; vgl. Porst, R. (1998), S. 34

<sup>331</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 135

<sup>332</sup> Vgl. Porst, R. (1998), S. 9

<sup>333</sup> Vgl. Homburg, C. (2012), S. 135

<sup>334</sup> Einmalig zu einem bestimmte Zeitpunkt durchgeführte empirische Untersuchung; vgl. Diekmann, A. (2013), S. 315



## 6 Messung der Patientenzufriedenheit

### 6.1 Darstellung der Ergebnisse

Die Datenerhebung fand, wie bereits ausführlich erläutert, vom 01.03.2014 bis einschließlich 28.03.2014 statt. Befragt wurden die im Zeitraum vom März 2013 bis März 2014 rehabilitativ behandelten Patienten in der Staufer-Reha. Im Befragungszeitraum behandelte die Staufer-Reha 214 Rehabilitanden, wovon 190 postalisch befragt wurden und 24 den Fragebogen in der Staufer-Reha persönlich bei der Aufnahme ausgehändigt bekamen. Letztere wurden gebeten, den Fragebogen am Ende der Behandlung bzw. bis spätestens 28.03.2014 abzugeben. Die Datenanalyse beruht auf den Angaben von zusammenfassend 134 Rehabilitanden, die den Fragebogen ausfüllten. Die Rücklaufquote beträgt demnach 62,62 %.<sup>335</sup>

Gewertet wurden alle gültigen Antworten. Bei Mehrfachkreuzen der Zufriedenheitsgrade zählt die schlechtere Bewertung, während bei der Frage nach dem „Grund der Behandlung“ Mehrfachantworten nach der dichotomen Methode analysiert wurden.

Die Fragen werden entsprechend ihres Wertes mit „1“ als ungünstigste Ausprägung bis „5“ als positivste Ausprägung gewertet, weshalb der Bewertungsindex wie folgt aufgliedert ist:

Fragen	Antwortkategorie	Punkte	Bedeutung
<b>1, 2 und 4</b>	Sehr unzufrieden	1	nicht zufriedenstellend
	Offene Kategorie	2	weniger zufriedenstellend
	Offene Kategorie	3	zufriedenstellend
	Offene Kategorie	4	recht zufriedenstellend
	Sehr zufrieden	5	sehr zufriedenstellend
<b>5, 6 und 7</b>	Stimme gar nicht zu	1	nicht zufriedenstellend
	Offene Kategorie	2	weniger zufriedenstellend
	Offene Kategorie	3	zufriedenstellend
	Offene Kategorie	4	recht zufriedenstellend
	Stimme voll zu	5	sehr zufriedenstellend

Tabelle 7: Skalenbewertung 2014<sup>336</sup>

<sup>335</sup> s. Anlage 8

<sup>336</sup> Eigene Darstellung

Nach diesem Bewertungsindex ist der Durchschnitt bzw. Mittelwert > 3 positiv und zufriedenstellend. Je höher die Punktzahl, desto besser und zufriedenstellender das Ergebnis.

Die Stichprobe umfasst die **Geschlechterverteilung** von 103 männlichen und 111 weiblichen Rehabilitanden. Insgesamt haben 60 Männer und 72 Frauen an der Umfrage teilgenommen, was einer Aufteilung, hinsichtlich der Stichprobe, von 58,25 % Männer zu 64,86 % Frauen entspricht. Zusammenfassend haben überwiegend Frauen an der Umfrage teilgenommen wie in folgender Tabelle nochmals ersichtlich wird:

Teilnahme Geschlechter der gesamten Stichprobe			
	Gesamte Stichprobe	Teilnahme	Teilnahme in %
männlich	103	60	58,25
weiblich	111	72	64,86
Fehlend	-	2	-
Gesamt	214	134	62,62

Tabelle 8: Geschlechterverteilung<sup>337</sup>

---

<sup>337</sup> Eigene Darstellung

In nachfolgendem Balkendiagramm wird deutlich, dass genau 50 % der gültigen Fälle in der **Altersgruppe** „71 bis 80 Jahren“ waren. Am wenigsten ist die Altersgruppe „41 bis 50 Jahre“ vertreten was evtl. daran liegt, dass bisher nur die Krankenkassen durch Einzelfallentscheidungen die Stauer-Reha zugelassen haben.

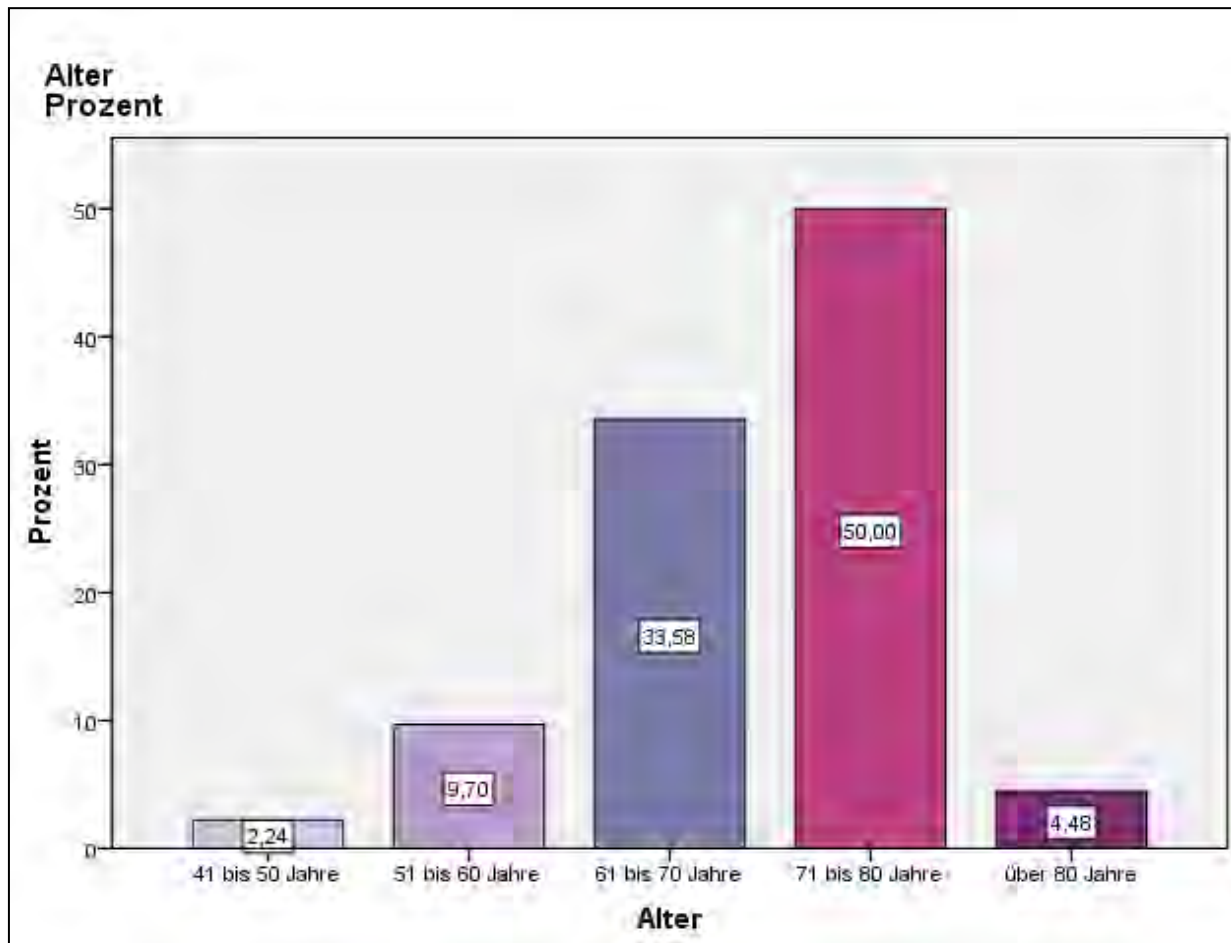


Abbildung 7: Relative Häufigkeit der Altersgruppen<sup>338</sup>

<sup>338</sup> Eigene Darstellung

Überwiegend war der **Grund der Behandlung** die Hüfte mit einer relativen Häufigkeit von 31,76 %. An zweiter Stelle befinden sich die Kniebeschwerden mit 25,68 %. Wie schon im Kapitel 5.4.1 an-gemerkt, werden schätzungsweise 1 % Patienten aufgrund diverser Rückenleiden rehabilitativ be-handelt, was die Auswertung mit ermittelten 4 % (6 Rehabilitanden) kaum wiederlegt.

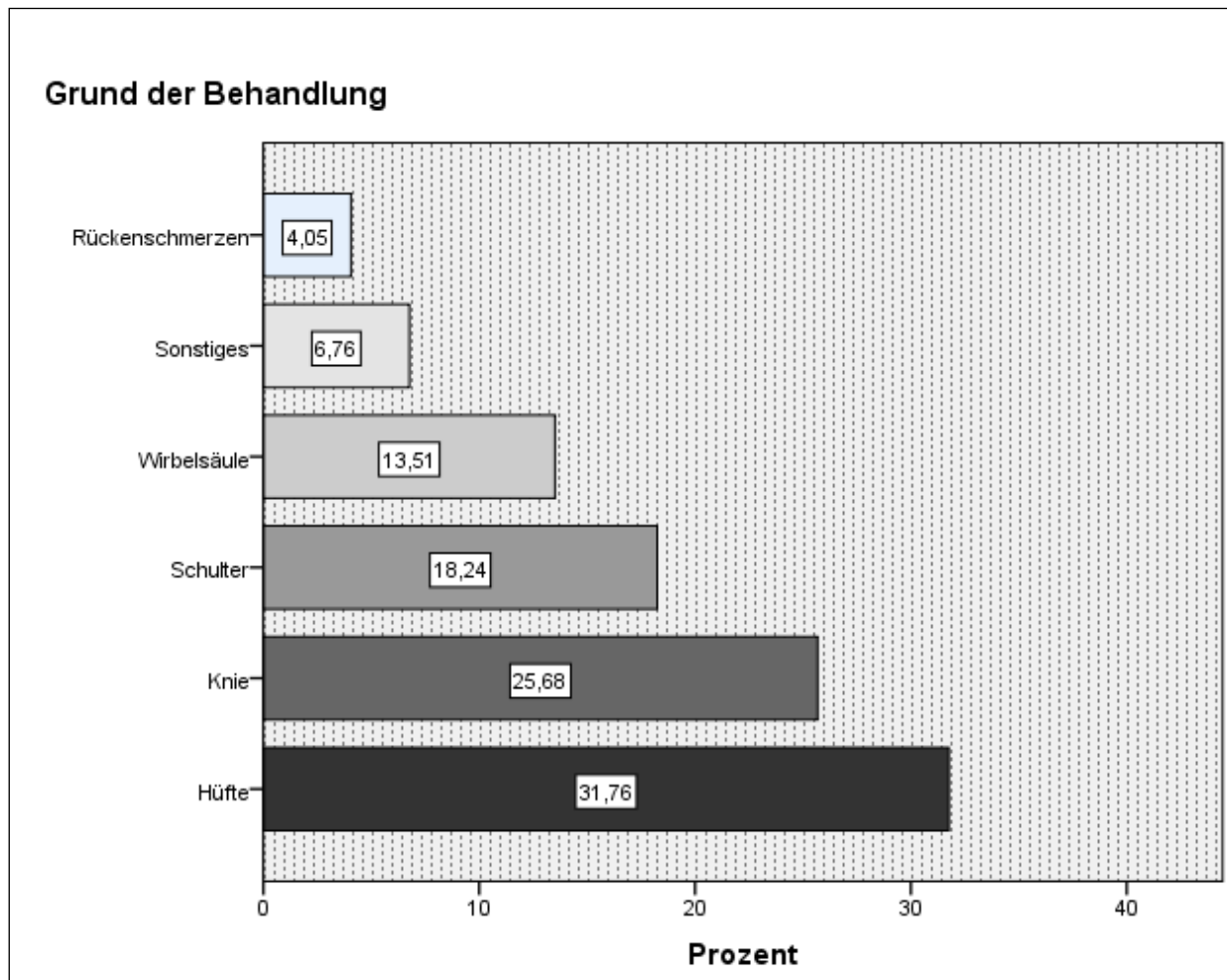


Abbildung 8: Relative Häufigkeit der Behandlungsgründe<sup>339</sup>

<sup>339</sup> Eigene Darstellung

Bei der Frage nach der **Dauer der Behandlung** wird durch ein Häufigkeitsdiagramm sichtbar, dass in der Regel mit 47,76 % 15 Behandlungstage genehmigt werden. Deutlich zu erkennen ist, dass zehn Behandlungstage mit 2,24 % nur eine Ausnahme darstellen.

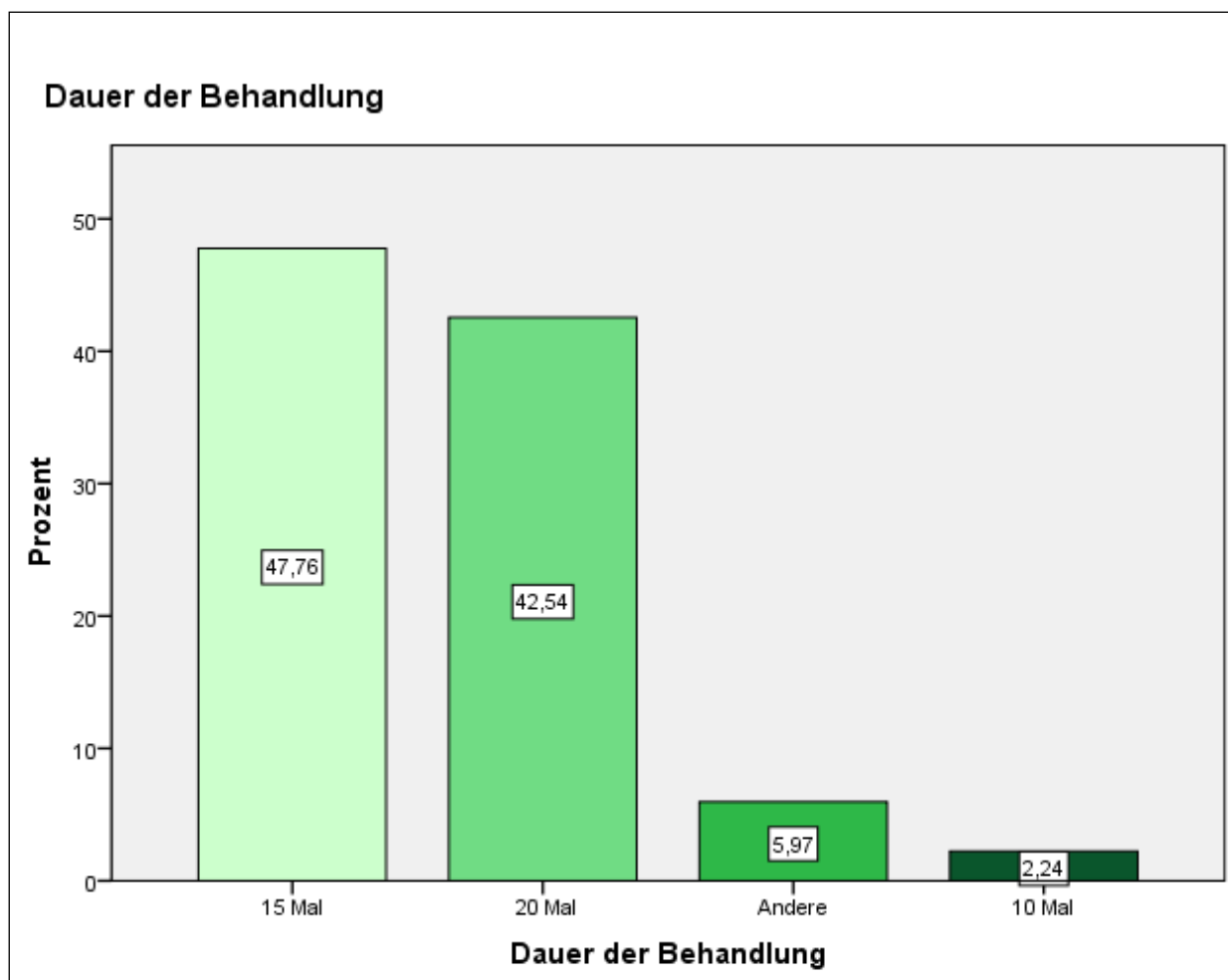


Abbildung 9: Relative Häufigkeit der Behandlungsdauer<sup>340</sup>

47 Rehabilitanden (35,07 %) wohnen 11 bis 20 Kilometer von der Staufer-Reha **entfernt**, dicht gefolgt von 36 Rehabilitanden (26,87 %), die 6 bis 10 Kilometer entfernt wohnen.<sup>341</sup> Von den 132 gültigen Antworten haben 113 Rehabilitanden (84,33 %) den **Fahrdienst der Staufer-Reha** in Anspruch genommen, während nur ein geringer Anteil mit dem Auto fährt oder zu Fuß in die Staufer-Reha kommt.<sup>342</sup>

<sup>340</sup> Eigene Darstellung; s. Anlage 9

<sup>341</sup> s. Anlage 10

<sup>342</sup> s. Anlage 11

Die einzelnen **Zufriedenheitsmerkmale** der ersten Frage des Fragebogens sowie die Gesamtzufriedenheit der Frage 4 werden mit ihren Mittelwerten in folgendem Balkendiagramm dargestellt. Die rote Linie repräsentiert mit 4,54 Punkten den gesamten Mittelwert aller Zufriedenheitsmerkmale. Die Merkmale, die sich unterhalb der roten Linie befinden, müssen aufgrund des nicht erreichten Mittelwertes näher betrachtet und optimiert werden.

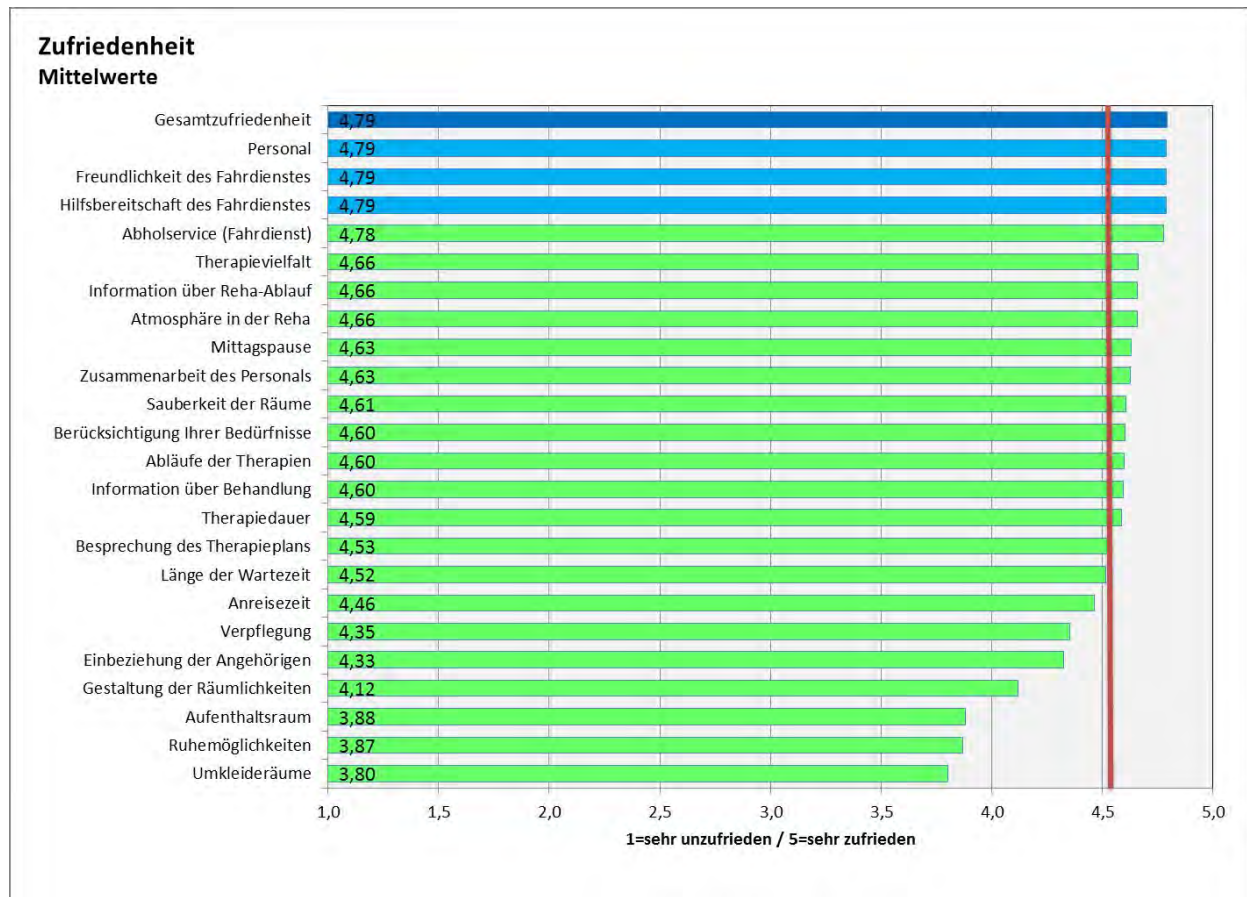


Abbildung 10: Mittelwerte der Zufriedenheitsbeurteilungen 2014<sup>343</sup>

Zu erkennen ist eine extreme Abweichung in Richtung Unzufriedenheit im Bereich der Räumlichkeiten, bei dem die Mittelwerte bei rund 4,0 Punkten liegen, während die personelle Bewertung mit 4,79 Punkten gemeinsam mit der Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit des Fahrdienstes am besten abgeschnitten hat. Die Einbeziehung der Angehörigen hat deshalb etwas schlechter abgeschnitten, da dieser Bereich in der Stauer-Reha noch nicht in vollem Umfang berücksichtigt wurde.

<sup>343</sup> Eigene Darstellung; s. Anlage 12; aufgrund des Datenschutzes wurden das Diagramm und der dazugehörige Text sowie die Anlage 12 verändert. Die Fragen zur Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, fachlichen Beratung, ärztlichen und therapeutischen Betreuung sind in der Originalversion getrennt ausgewiesen und werden hier zusammengefasst als Personal dargestellt.

Bei der Zufriedenheitsbeurteilung hinsichtlich des **Erfolgs der Staufer-Reha** zeigten sich folgende Ergebnisse:

		1	2	3	4	5	Gesamt	Mittelwert
<b>Veränderter Gesundheitszustand</b>	N %	1 0,75 %	1 0,75 %	11 8,21 %	39 29,10 %	80 59,70 %	132 100,00 %	4,48
<b>Verbesserte Leistungsfähigkeit</b>	N %	3 2,24 %	2 1,53 %	9 6,72 %	44 32,84 %	73 54,48 %	131 100,00 %	4,39
<b>Gesamt Mittelwert</b>								4,44

Tabelle 9: Erfolg der Staufer-Reha<sup>344</sup>

Von 132 gültigen Antworten bewerteten 80 Rehabilitanden den veränderten Gesundheitszustand mit „sehr zufrieden“, wobei von kaum abweichenden gültigen Antworten 73 Rehabilitanden die Zufriedenheitsbeurteilung der verbesserten Leistungsfähigkeit ebenfalls mit „sehr zufrieden“ bewerteten. Insgesamt hat die Frage nach dem Erfolg einen Mittelwert von 4,44 Punkten erreicht, was von dem repräsentierenden Mittelwert aller Zufriedenheitsmerkmale (4,54) um 0,1 Punkte negativ abweicht.

Um die Zufriedenheitsmerkmale nochmals zu verdeutlichen und übersichtlicher zu gestalten, werden die einzelnen Dimensionen, wie schon in Kapitel 5.4.3 der vorliegenden Arbeit erläutert, in ihren Blöcken dargestellt. Hier wird abermals sichtbar, dass, wie oben genannt, die Einrichtung hinsichtlich der Räumlichkeiten den schlechtesten Mittelwert mit 4,22 Punkten aufweist. Zudem liegt der Erfolg um 0,1 Punkten unterhalb des repräsentierenden Mittelwertes. Im Grunde kann gesagt werden, dass der gesamte Mittelwert mit 4,54 Punkten ein recht zufriedenstellendes Ergebnis darstellt und die Rehabilitanden mit der Staufer-Reha sehr zufrieden sind.

<sup>344</sup> Eigene Darstellung

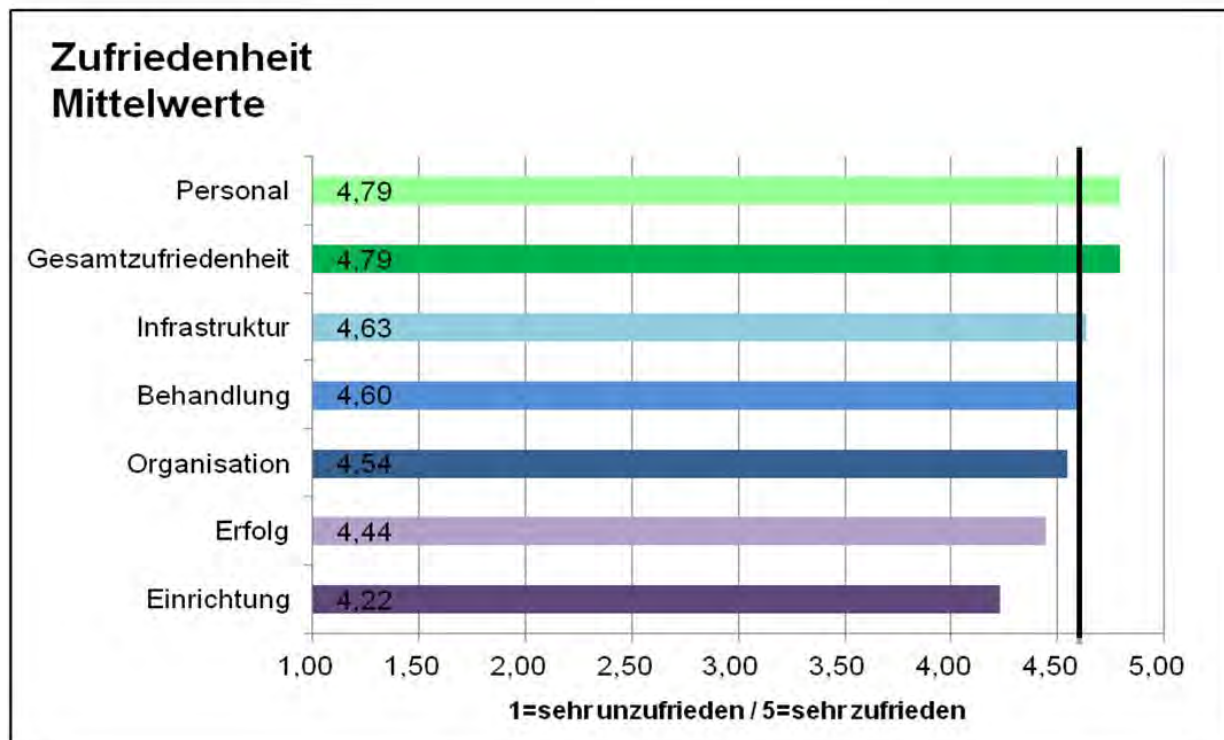


Abbildung 11: Gesamtüberblick Zufriedenheitsbeurteilungen 2014<sup>345</sup>

Bei der Frage nach den **Belastungen speziell bei einer ambulanten Reha** war die Auswertung aufgrund einer hohen Anzahl an fehlenden Werten beeinträchtigt. Im Durchschnitt sehen die Rehabilitanden jedoch keine hohen Belastungen in der ambulanten Versorgungsform, da über 60 % der Rehabilitanden alle hierzu gestellten Fragen mit der Antwortmöglichkeit „nein“ ankreuzten.

		nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	Gesamt
<b>Tägliche Hin- und Rückfahrten</b>	N %	83 64,84 %	17 13,28 %	14 10,94 %	5 3,91 %	9 7,03 %	128
<b>Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen</b>	N %	86 67,72 %	24 18,90 %	4 3,15 %	7 5,51 %	6 4,72 %	127
<b>Versorgung des Haushalts</b>	N %	68 66,02 %	22 21,36 %	4 3,88 %	3 2,91 %	6 5,83 %	103
<b>Betreuung von Angehörigen und Kindern</b>	N %	60 72,29 %	14 16,87 %	2 2,41 %	1 1,20 %	6 7,23 %	83

Tabelle 10: Belastungen bei einer ambulanten Reha<sup>346</sup>

<sup>345</sup> Eigene Darstellung

<sup>346</sup> Eigene Darstellung



Bei den globalen Fragen hinsichtlich der **Zustimmungsgrade** einer erneuten Entscheidung für eine ambulante Reha und für die Staufer-Reha sowie die Weiterempfehlung der Staufer-Reha haben alle 134 befragten Rehabilitanden ein Urteil abgegeben. Zu erkennen ist, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine ambulante Reha und die Staufer-Reha wiederholt in Anspruch genommen werden würden. Auch empfehlen 122 (91,04 %) Rehabilitanden die Staufer-Reha sehr wahrscheinlich und neun (6,72 %) Rehabilitanden mit hoher wahrscheinlich weiter. Drei (2,24 %) Rehabilitanden legen sich in der Mittelkategorie fest. Unter 1,0 % stimmen vereinzelt einer wiederholten Entscheidung in eine ambulante Reha und in die Staufer-Reha nicht zu. Insgesamt kann das Ergebnis aber als eine sehr positive und recht zufriedenstellende Rückmeldung gewertet werden, wie in folgendem Diagramm nochmals ersichtlich wird.

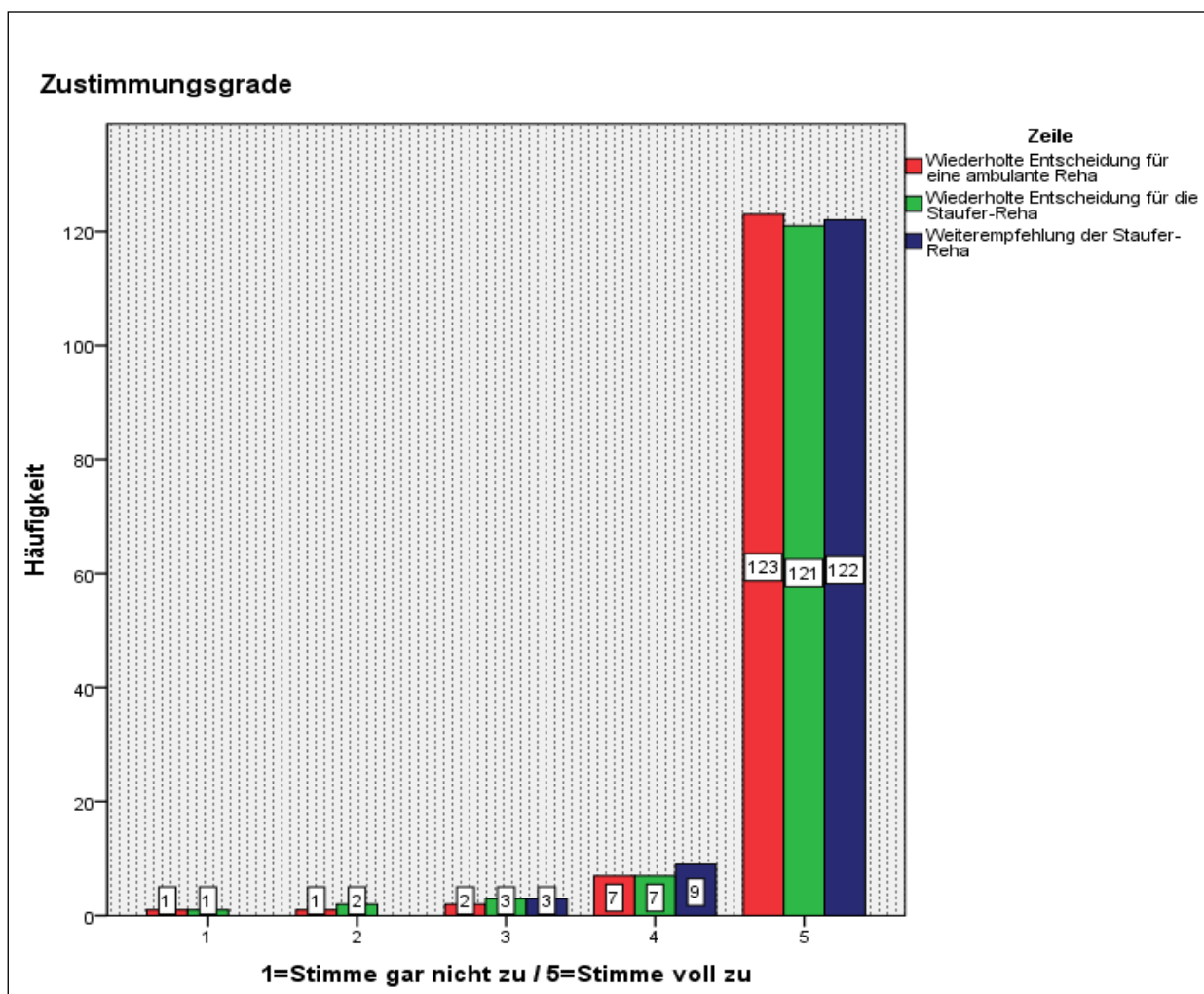


Abbildung 12: Absolute Häufigkeit der Zustimmungsgrade<sup>347</sup>

<sup>347</sup> Eigene Darstellung; s. Anlage 13

Der zusammengefasste Mittelwert mit 4,86 liegt höher, als der Mittelwert der einzelnen Zufriedenheitsmerkmale und der globalen Zufriedenheit mit 4,54. Die Weiterempfehlung wurde mit 4,89 beurteilt und stellt deshalb ein nahezu sehr zufriedenstellendes Ergebnis für die Staufer-Reha dar.

### Zustimmung

	Mittelwert	Gesamtanzahl	Fehlend
<b>Wiederholte Entscheidung für eine ambulante Reha</b>	4,87	134	0
<b>Wiederholte Entscheidung für die Staufer-Reha</b>	4,83	134	0
<b>Weiterempfehlung der Staufer-Reha</b>	4,89	134	0
<b>Gesamt Mittelwert</b>	<b>4,86</b>		

Tabelle 11: Mittelwerte der Zustimmungsggrade<sup>348</sup>

Bei **intervallskalierten Variablen** kommen Mittelwertvergleiche zum Einsatz, die die Zusammenhänge, beispielsweise von Gesamtzufriedenheit mit den unabhängigen Stichproben Alter oder Geschlecht, zeigen. In dieser empirischen Erhebung können die Zusammenhänge nur bedingt abgefragt werden. Gewisse Probleme stellt das Alter dar, da hauptsächlich die Altersgruppe „71 bis 80 Jahre“ vertreten war. Demnach kann nicht überprüft werden, ob die jüngeren Rehabilitanden kritischer bewertet haben als die älteren Rehabilitanden, wie es verschiedene Studien belegen.<sup>349</sup>

Die Mittelwertvergleiche bei intervallskalierten Variablen, wie es die Gesamtzufriedenheit darstellt, werden auf eine Normalverteilung hin untersucht und diese bestätigt.<sup>350</sup> Der T-Test setzt eine solche Normalverteilung voraus. Aufgrund verschiedener Studien im Bereich der Patientenzufriedenheit wurde festgestellt, dass Männer und Frauen die medizinische Dienstleistung unterschiedlich bewerten.<sup>351</sup> In folgendem T-Test wird überprüft, ob signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Patientenzufriedenheit bestehen. Die Tabelle verdeutlicht, dass Männer die Gesamtzufriedenheit mit geringer Differenz besser bewerteten als Frauen. Die Mittelwerte liegen bei den Männern bei

<sup>348</sup> Eigene Darstellung

<sup>349</sup> Vgl. Aust, B. (1994), S. 28 f.; vgl. hierzu auch Freter, H.; Glasmacher, C. (1996), S. 439

<sup>350</sup> s. Anlage 14

<sup>351</sup> Vgl. Bruderermanns, R., Fühlt sich der Patient im Krankenhaus als Kunde? – Eine Befragung im Katharinen-Hospital Willich. In: ku, 64. Jg. (1995), Heft 6, S. 522-528. Zitiert nach: Buchhester, S. (2002), S. 91; vgl. hierzu auch Wüthrich-Schneider, E., Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Diss., o.O. 1998, S. 88. Zitiert nach: Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 22

4,80 Punkten, während bei den Frauen ein Mittelwert von 4,78 Punkten zu verzeichnen ist. Die Stichprobe beinhaltet mehr Frauen als Männer.

#### Gruppenstatistiken

	Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
<b>Gesamtzufriedenheit</b>	weiblich	72	4,78	0,58676	0,06915
	männlich	60	4,80	0,40338	0,05208

Tabelle 12: T-Test Gesamtzufriedenheit / Geschlecht<sup>352</sup>

Ob diese Unterschiede jedoch signifikant sind, zeigen folgende Tests:<sup>353</sup>

Der Levene-Test zeigt durch die Signifikanz  $0,382 > 0,1$  eine Gleichheit der Varianzen. Der T-Test für die Mittelwertgleichheit weist eine hohe Signifikanz von  $0,804$  auf, weshalb die Ergebnisse zufällig entstanden sein könnten und demnach nicht auf die Gesamtheit übertragbar sind. Folglich sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede erkennbar. In der anschließenden Kreuztabelle können die geschlechtsspezifischen Zufriedenheitsbeurteilungen entnommen werden. Die Antwortkategorie 1 und demnach „sehr unzufrieden“ wurde nicht genannt. Zu erkennen ist, dass die Männer hauptsächlich im zufriedenen Bereich, die die Antwortkategorien 5 und 4 darstellen, bewerteten. Im Gegensatz zu den Männern beurteilten die Frauen auch in den kritischeren Bereichen 3 und 2. Dennoch ist deutlich sichtbar, dass die Mehrheit (über 80 %) der Frauen und Männer zusammengefasst sehr zufrieden sind.

<sup>352</sup> Eigene Darstellung

<sup>353</sup> s. Anlage 15

Gesamtzufriedenheit * Geschlecht Kreuztabelle					
			Geschlecht		Gesamt
			weiblich	männlich	
Gesamtzufriedenheit 1=sehr unzufrieden 5=sehr zufrieden	2	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb von Geschlecht	1,39%	0,00%	0,76%
	3	Anzahl	3	0	3
		% innerhalb von Geschlecht	4,17%	0,00%	2,27%
	4	Anzahl	7	12	19
		% innerhalb von Geschlecht	9,72%	20,00%	14,39%
	5	Anzahl	61	48	109
		% innerhalb von Geschlecht	84,72%	80,00%	82,58%
	Gesamt	Anzahl	72	60	132
		% innerhalb von Geschlecht	100,00%	100,00%	100,00%

Tabelle 13: Kreuztabelle Gesamtzufriedenheit / Geschlecht<sup>354</sup>

Die Korrelation zeigt einen schwachen linearen Zusammenhang (0,022) mit der gleichen hohen Signifikanz von 0,804 und demnach dasselbe Ergebnis wie bei den Mittelwertvergleichen.<sup>355</sup>

Interessant war herauszufinden, ob die Mittelwerte der Gesamtzufriedenheit der Rehabilitanden in Anhängigkeit der Entfernung und somit der Fahrzeit Unterschiede aufweist. Hierzu wurden die Mittelwerte der Rehabilitanden verglichen, die über oder unter elf Kilometer entfernt wohnen.

#### Gruppenstatistiken

	Entfernung	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gesamtzufriedenheit	>= 11,00	70	4,76	,57573	,06881
	< 11,00	62	4,84	,41265	,05241

Tabelle 14: T-Test Gesamtzufriedenheit / Entfernung<sup>356</sup>

Nach dieser Tabelle sind die Rehabilitanden, die näher an der Staufer-Reha wohnen, mit einem Mittelwert von 4,84 Punkten zufriedener, als die Rehabilitanden, die über 11 Kilometer entfernt wohnen. Die Signifikanz des Levene-Tests liegt bei 0,064, was größer 0,1 ist und demnach der

<sup>354</sup> Eigene Darstellung

<sup>355</sup> s. Anlage 16

<sup>356</sup> Eigene Darstellung

Voraussetzung einer Varianzgleichheit nicht gerecht wird.<sup>357</sup> Der T-Test für die Mittelwertgleichheit zeigt eine Signifikanz, die mit 0,348 größer als das allgemeine Signifikanzniveau von 0,05 ist und demnach das Ergebnis zufällig entstanden sein könnte.

Die **offene Frage**, bei der die Rehabilitanden die **positiven Erfahrungen** mit der Staufer-Reha angeben konnten, wurde von 87 Rehabilitanden, was circa 65 % ausmacht, beantwortet.<sup>358</sup> Insgesamt entspricht dies einer Aufteilung von 69,44 % (50) Frauen zu 61,67 % (37) Männern.<sup>359</sup> Im Einzelnen nannten die Rehabilitanden 17 Mal die Antwort „Sehr gute, positive Erfahrungen“ und 13 Mal das „hervorragende, freundliche, zuvorkommende Fachpersonal“. Des Weiteren nannten acht Rehabilitanden die hervorragende und sehr gute Betreuung sowie sieben Mal die ruhige, freundliche, persönliche und angenehme Atmosphäre in der Staufer-Reha.<sup>360</sup> Auch wiesen acht Rehabilitanden nochmals auf die Vorteile einer ambulanten Reha hin, vor allem hinsichtlich der Abend- und Wochenendgestaltung mit der Familie und der Wohnortsnähe.

**Verbesserungsvorschläge** nannten 64 Rehabilitanden, was einer Beteiligung von 47,76 % entspricht und ein gutes Ergebnis darstellt.<sup>361</sup> Die Teilnahme der weiblichen (48,61 %) sowie männlichen (48,33 %) Rehabilitanden weichen kaum voneinander ab. Es ist lediglich eine Abweichung um 0,28 % zu erkennen, die den Frauen im positiven Sinne zuzuschreiben sind.<sup>362</sup> An erster Stelle steht mit 25 Angaben der Aufenthaltsraum, der zu klein und ohne Fenster ist. An zweiter Stelle wird darauf hingewiesen, dass die Umkleieräume ebenfalls zu klein sind. Ferner erwähnten vier Rehabilitanden die Öffentlichkeitsarbeit, die mit Pressearbeit, mit einem Tag der offenen Tür oder einem Internetauftritt verbessert werden könnte. Einen weiteren Hinweis bieten vier Rehabilitanden, die sich bei schönem Wetter Sitzgelegenheiten im Außenbereich wünschen.

## 6.2 Übertragung der Ergebnisse auf die Qualitätsdimensionen nach Donabedian

Als Ergebnis einer medizinischen Dienstleistung nimmt der Patient bzw. Rehabilitand neben dem Heilungserfolg unter anderem auch die Struktur durch beispielsweise medizinische Ausrüstung und den Prozess durch den Therapieverlauf wahr, die er mit seinen Erwartungen vergleicht.<sup>363</sup> Wie schon in Kapitel 4.3 erwähnt, regelt die BAR in den Rahmenempfehlungen genaue Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Aus diesen Gründen wird ein Großteil der ausgewerteten Erkenntnis-

---

<sup>357</sup> s. Anlage 17

<sup>358</sup> s. Anlage 18

<sup>359</sup> s. Anlage 18/1

<sup>360</sup> Aufgrund des Datenschutzes wurde der Satz verändert.

<sup>361</sup> s. Anlage 19

<sup>362</sup> s. Anlage 19/1

<sup>363</sup> Vgl. Eichhorn, P.; Friedrich, P. (Hrsg.) (2007), S. 159

se nachfolgend den jeweiligen Qualitätsdimensionen zugeordnet, um deren Zufriedenheiten festzustellen.<sup>364</sup>

Die **Strukturqualität** bildet die funktionellen Rahmenbedingungen für eine hochwertige Leistungserbringung. Im Durchschnitt wurden die Strukturmerkmale mit 4,41 bewertet. Dies wird durch die rote Linie dargestellt. Wie bereits erwähnt, schnitten die Räumlichkeiten schlechter als 4,0 ab, weshalb der gesamte Mittelwert von allen drei Qualitätsdimensionen am schlechtesten ist. Den besten Mittelwert unter den Strukturmerkmalen erzielten die ärztliche und therapeutische Betreuung sowie hierin begriffen die fachliche Beratung.

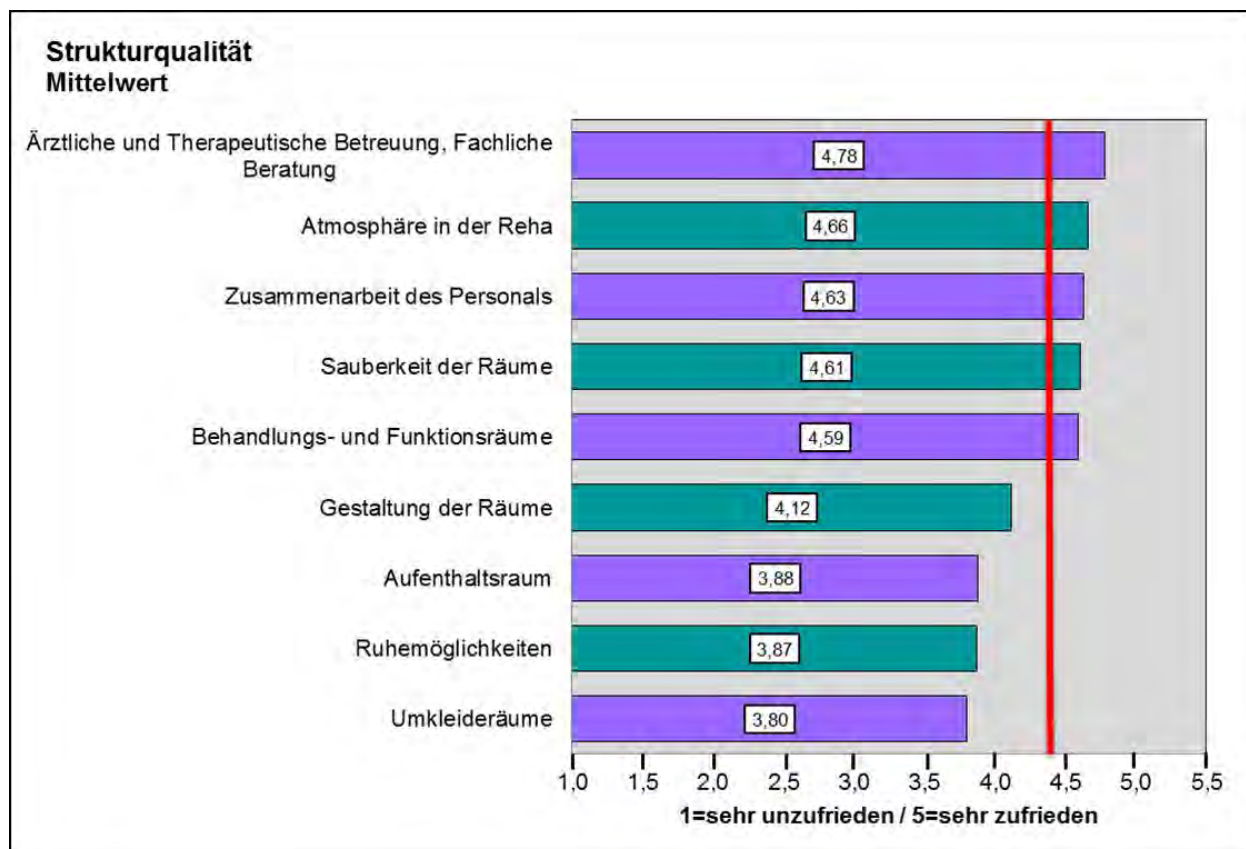


Abbildung 13: Mittelwerte Strukturqualität<sup>365</sup>

Die **Prozessqualität** beinhaltet behandlungsabhängige Eigenschaften und steht im Mittelpunkt der Qualitätsevaluation seitens der Rehabilitanden.<sup>366</sup> Sie stellt demnach die größte Dimension in der Erhebung dar, da strukturelle Versorgungsmängel erst über die Evaluation von Prozessqualität er-

<sup>364</sup> siehe hierzu Tabelle 3 und nähere Erläuterungen im Kapitel 5.4.3

<sup>365</sup> Eigene Darstellung; aufgrund des Datenschutzes wurden das Diagramm und der dazugehörige Text verändert. Die Fragen zur ärztlichen und therapeutischen Betreuung sowie zur fachlichen Beratung sind in der Originalversion getrennt ausgewiesen und werden hier zusammengefasst dargestellt.

<sup>366</sup> Vgl. Blum, K. (1998), S. 42

geschlossen werden können sowie die Ursachen von Defiziten der Ergebnisqualität meist in Mängeln der Prozessqualität zu finden sind.<sup>367</sup>

Im Durchschnitt wurde die Prozessqualität mit 4,64 bewertet, was folglich die am höchsten bewertete Qualitätsdimension darstellt und für die Staufer-Reha nahezu sehr zufriedenstellend ist. Am besten wurde die Hilfsbereitschaft des Personals (4,82) gewichtet. Demgegenüber steht die Einbeziehung der Angehörigen, mit einem trotzdem recht zufriedenstellenden Mittelwert von 4,33.

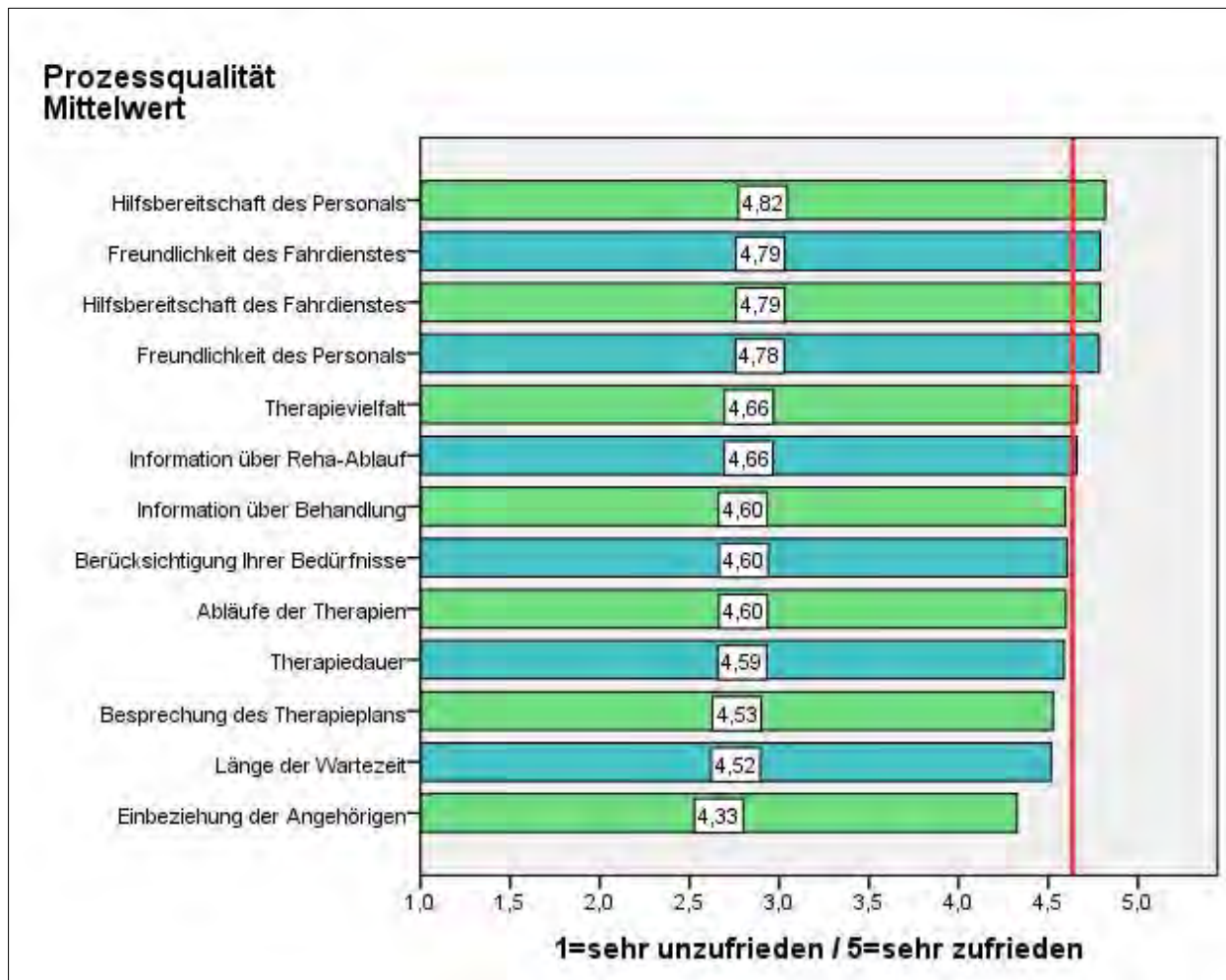


Abbildung 14: Mittelwerte Prozessqualität<sup>368</sup>

Die **Ergebnisqualität** beschreibt die Auswirkung der Leistung auf den Rehabilitanden, was den Erfolg der Versorgung und die Effekte der medizinischen Behandlung betrifft und demzufolge von dem individuellen subjektiven Wohlbefinden abhängt.<sup>369</sup> Der Durchschnittswert der Ergebnismerkmale erzielte 4,55. Die besten Ergebnisse zeigen sich in der Gesamtzufriedenheit und dem Ab-

<sup>367</sup> Vgl. Blum, K. (1998), S. 42

<sup>368</sup> Eigene Darstellung

<sup>369</sup> Vgl. Knechtel, K. (2013), S. 58



holservice (Fahrdienst). Mit dem Mittelwert 4,35 bewerteten die Rehabilitanden die Verpflegung, was den schlechtesten Wert darstellt, allerdings immer noch recht zufriedenstellend ist.

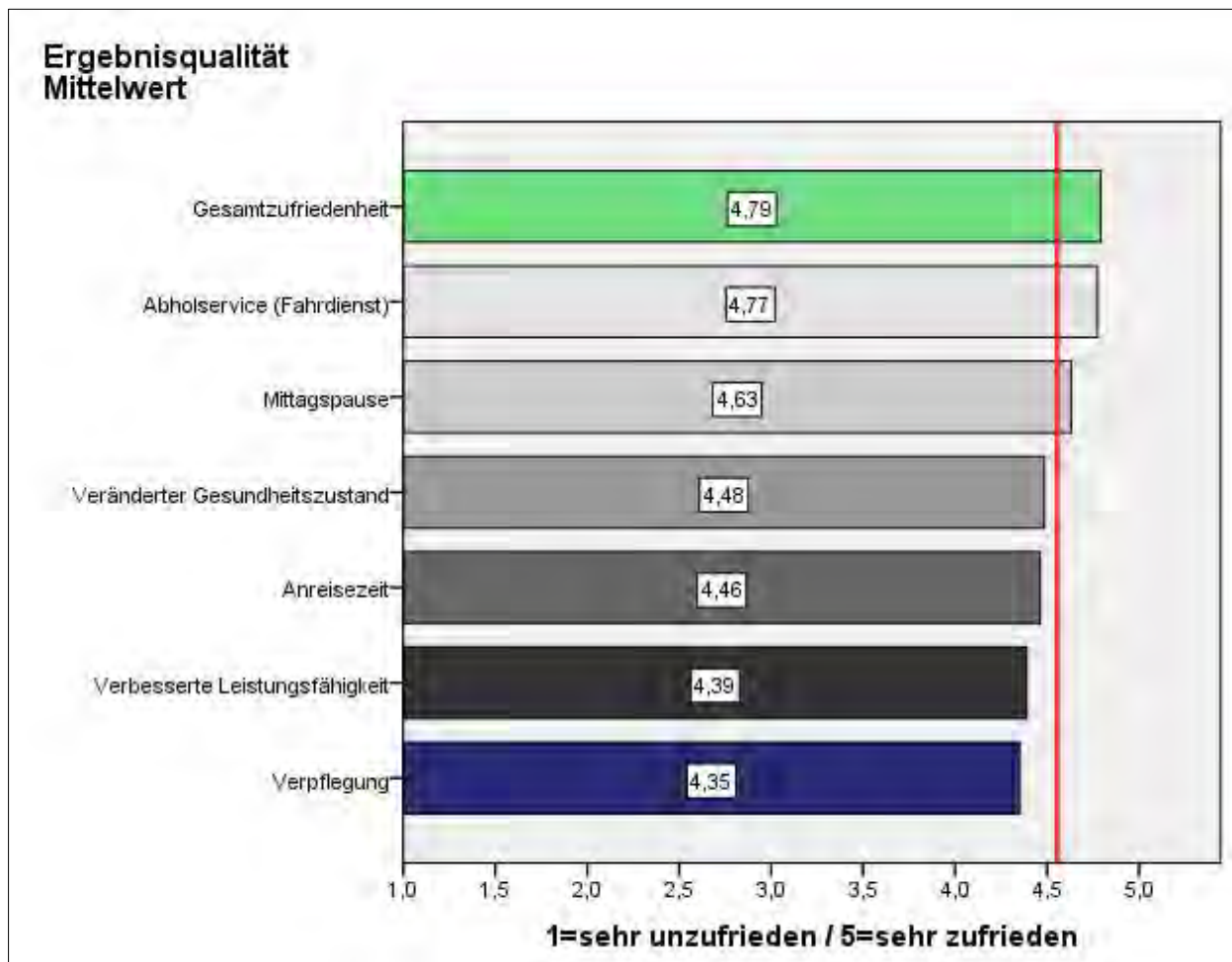


Abbildung 15: Mittelwerte Ergebnisqualität<sup>370</sup>

Wenn die Bestimmungen der Qualität durch die Anwendung des Donabedian-Modells konkreter werden sollen, dann muss anhand von Zielvorgaben beschrieben werden, welche Ergebnisqualität die Stauer-Reha erzielen will, welche Voraussetzungen der Strukturqualität dafür notwendig sind und wie die Prozesse ablaufen müssen, damit die angestrebte Ergebnisqualität erreicht werden kann.<sup>371</sup>

<sup>370</sup> Eigene Darstellung

<sup>371</sup> Vgl. Piechotta, B. (2008), S. 27



### 6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend sind die Rehabilitanden mit der Staufer-Reha im Stauferklinikum SGD im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität generell sehr zufrieden. In Teilbereichen, insbesondere betreffend die Strukturqualität hinsichtlich der Räumlichkeiten, besteht leichte Unzufriedenheit.

Die Ergebnisse wurden mit ihren relativen oder absoluten Häufigkeiten ausgewiesen. Zudem wurden bei den Ratingskalen von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ und von „stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“ die Mittelwerte (arithmetisches Mittel) dokumentiert, die sich als Durchschnittspunkte interpretieren lassen.<sup>372</sup> Zukünftig können diese als Referenzwerte für Untersuchungen verwendet werden.<sup>373</sup>

Die Rehabilitanden bewerteten die Versorgungsform „ambulant“ mit dem am höchsten ausfallenden Mittelwert von 4,87 Punkten, was darauf schließen lässt, dass die Rehabilitanden die Vorteile einer ambulanten Reha erkennen und eine ambulante Reha einer stationären Reha vorziehen. Zum Teil nannten Rehabilitanden auch in der offenen Frage nach positiven Erfahrungen eine ambulante Reha als sehr positiv, was das Ergebnis zusätzlich unterstreicht. Es gab jedoch vereinzelt Rehabilitanden, die Belastungen in den täglichen Hin- und Rückfahrten sehen, weshalb die Nachteile nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

Die **Resultate der Mittelwertvergleiche** hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit in Verbindung mit den Geschlechtern verdeutlichen, dass keine geschlechtsspezifischen Unterschiede vorliegen, weshalb die Überlegungen zu vernachlässigen sind.

Durch die **Verbesserungsvorschläge und Anregungen** aus Sicht der Rehabilitanden können bisher noch nicht identifizierte Schwachstellen vermindert und die Patientenzufriedenheit erhöht werden. Wie bereits genannt steht an erster Stelle der Aufenthaltsraum, der keine Fenster und demnach kein Tageslicht hat. Ebenfalls wurden der Umkleideraum und der Ruheraum als sehr klein beschrieben. Vier Rehabilitanden nannten die an dritter Stelle stehende Öffentlichkeitsarbeit, mit den Lösungsvorschlägen mehr Pressearbeit zu betreiben oder eine Internetseite einzurichten.

Grundsätzlich können Kundenzufriedenheitsanalysen ihre Wirkung nur dann entfalten, wenn aus den Ergebnissen konkrete **Handlungsempfehlungen** abgeleitet werden.<sup>374</sup> Hinsichtlich der Mängel im Bereich der Räumlichkeiten kann aufgrund von Platzproblemen im Stauferklinikum SGD nicht auf

---

<sup>372</sup> Vgl. Mehmet, Y. (2011), S. 123

<sup>373</sup> Vgl. Mehmet, Y. (2011), S. 123

<sup>374</sup> Vgl. Lüttschwager, F. (2012), S. 199

andere Räumlichkeiten zurückgegriffen werden. Für das Hauptproblem mit dem Aufenthaltsraum wird seitens des Stauferklinikums SGD sowie der Staufer-Reha eine patientengerechte Lösung gesucht. Um die Öffentlichkeitsarbeit auszubauen und sich von der Konkurrenz abzuheben wird noch dieses Jahr eine Homepage für die Staufer-Reha eingerichtet. Diese soll einen Überblick über die gesamte Staufer-Reha und des Ablaufes einer ambulanten Reha darlegen. Darüber hinaus gehende Marketingaktivitäten, durch einen Tag der offenen Tür und Pressemitteilungen, befinden sich ebenfalls in Planung. Die Anregung, bei Sonnenschein im Freien zu sitzen, wird von der Staufer-Reha ernst genommen. Im Laufe des Jahrs soll die gesamte Außenanlage des Stauferklinikums SGD mit Bänken und anderen Sitzgelegenheiten ausgestattet werden.

Weiterhin wurden nicht nur Verbesserungsvorschläge abgegeben, sondern auch **positive Erfahrungen und Eindrücke** geschildert. Häufig wurde auf das freundliche Personal sowie die gute ärztliche Betreuung hingewiesen. Zudem nannten acht Rehabilitanden die positive Seite und Vorteile einer ambulanten Reha.

Die gesamten Ergebnisse werden in einer Zusammenfassung der Staufer-Reha und dem QM des Stauferklinikums SGD weitergeleitet, welche ebenso die Verbesserungsvorschläge und Anmerkungen beinhaltet, um diese mit geeigneten Lösungen in die Praxis umzusetzen.<sup>375</sup>

#### **6.4 Vergleich der Patientenbefragungsergebnisse 2013 und 2014**

Das folgende Diagramm zeigt die Mittelwertvergleiche von den Auswertungen der Jahre 2013 und 2014. Die blauen Säulen stellen hierbei die Mittelwerte des Jahres 2013 und die grünen Säulen die Mittelwerte des Jahres 2014 dar.

---

<sup>375</sup> s. Anlage 20

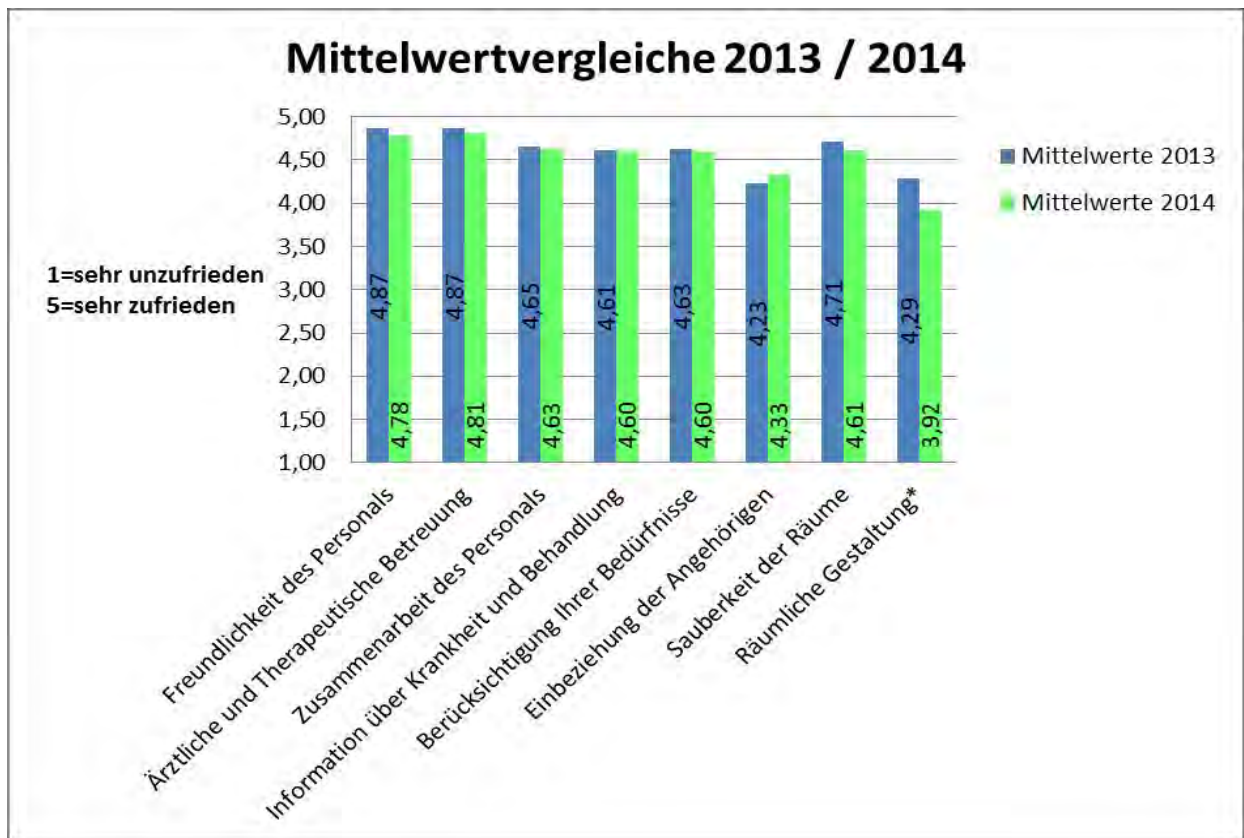


Abbildung 16: Mittelwertvergleiche 2013/2014<sup>376</sup>

Im Vergleich zu den bisherigen Ergebnissen im Jahre 2013 können nun mit dem neuen Fragebogen detailliertere und eindeutige Antworten geliefert werden.<sup>377</sup> Das Problem der Räumlichkeiten bestand schon in der alten Befragung, jedoch kann nun genau gedeutet werden, dass dieses Problem den Aufenthaltsraum ohne Fenster und Tageslicht sowie die Umkleieräume betrifft.

Die Einbeziehung der Angehörigen hatte sowohl in der alten (4,23) als auch in der neuen Umfrage (4,33) niedrige Mittelwerte. Ebenfalls ist zu erkennen, dass die Freundlichkeit des Personals sowie die ärztliche und therapeutische Betreuung in beiden Zufriedenheitsmessungen die höchsten Mittelwerte erreichten. Insgesamt betrachtet weichen die gesamten Durchschnitte um 0,93 Punkte voneinander ab, wovon die Auswertung 2013 besser abgeschnitten hat. Es muss jedoch beachtet werden, dass in dieser Zufriedenheitsmessung, wie bereits in den vorherigen Kapitel erläutert, die Fragenproblematik sowie eine höhere Anzahl an gültigen Fällen in die Gesamtbetrachtung mit einfließen und demzufolge ein genauer Vergleich nicht möglich ist.

<sup>376</sup> Eigene Darstellung; s. Anlage 21; aufgrund des Datenschutzes wurden das Diagramm und der dazugehörige Text sowie die Anlage 21 verändert. Die Fragen zur ärztlichen und therapeutischen Betreuung sind in der Originalversion getrennt ausgewiesen und werden hier zusammengefasst dargestellt.

<sup>377</sup> Nähere Erläuterungen sind dem Kapitel 5.2 zu entnehmen

## 6.5 Kritische Reflexion

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass ein Großteil der Rehabilitanden das Anliegen des im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelten Fragebogens verstanden hat und ihre Zufriedenheit sowie Zustimmung mittels der Fragen zum Ausdruck bringen konnte.<sup>378</sup> Der Fragebogen bietet demnach die Möglichkeit, die Zufriedenheit der Rehabilitanden zu erfassen und deren aktuellen Standpunkt darzustellen.<sup>379</sup> Dennoch haben sich im Rahmen der Auswertung Probleme aufgetan, bei denen die Einsatzfähigkeit des Fragebogens an seine Grenzen stieß. In zukünftigen Befragungen könnten Überlegungen angestellt werden, wie folgende Punkte optimiert werden können:

Bei der Datenauswertung wurde ersichtlich, dass die endpunktbasierte Skalengestaltung Probleme aufwies. Es wird davon ausgegangen, dass das Wort „unzufrieden“ überlesen wurde. Ein Beispiel bietet ein Fragebogen eines Rehabilitanden, der alle Fragen im unzufriedenen Bereich bewertete, die Gesamtzufriedenheit jedoch mit der positivsten Ausprägung beurteilte.<sup>380</sup> Möglicherweise war die Gestaltung für die meist älteren Rehabilitanden irritierend, weshalb diese durch eine andere ersetzt bzw. ergänzt werden sollte. Lösungen bieten beispielsweise Smileys oder eine verbale Endbezeichnung mit numerischer Skalenbewertung, um einen genaueren Überblick zu schaffen.

Ebenfalls gab es Verständnisprobleme hinsichtlich der Skalenbeschriftung von „unzufrieden“ bis „zufrieden“.<sup>381</sup> Trotz wissenschaftlichen Belegen in der Literatur angesichts der Richtungsweise des Denkens von links nach rechts und demnach der Beginn der Skalenbeschriftung beim niedrigsten Skalenwert, also Unzufriedenheit, wurde in der Auswertung ersichtlich, dass zum Teil die Rehabilitanden im unzufriedenen Bereich Kreuze setzten, diese jedoch wieder entfernt haben.<sup>382</sup> Möglicherweise wirkt die Anordnung vom niedrigsten zum höchsten Skalenwert verwirrend, da die meisten nach dem Notensystem bewerten, das mit der Antwortkategorie „sehr gut“ startet und mit „ungenügend“ endet.

Darüber hinaus ist es problematisch, den Erfolg der Stauer-Reha valide zu messen, da dieser stets von der individuellen Selbsteinschätzung und dem subjektiven Wohlbefinden bzw. Gesundheitszustand der Rehabilitanden abhängig ist.<sup>383</sup> Je höher die wahrgenommene Verbesserung der subjektiven Verfassung, desto höher die Zufriedenheit.<sup>384</sup> Zu beachten ist, dass die Bewertung des Erfolgs auch in die Dimension Ergebnisqualität mit einfließt.

---

<sup>378</sup> Vgl. Buchhester, S. (2002), S. 135

<sup>379</sup> Vgl. ebd., S. 135 f.

<sup>380</sup> s. Anlage 22

<sup>381</sup> s. Anlage 23

<sup>382</sup> Vgl. Spielmann, B. (2012), S. 229; vgl. hierzu ebenfalls Diekmann, A. (2013), S. 241 f.

<sup>383</sup> Vgl. Bengel, J.; Koch, U. (Hrsg.) (2000), S. 457 f.

<sup>384</sup> Vgl. Neugebauer, B.; Porst, R. (2001), S. 22; vgl. hierzu ebenfalls Charles, C. u.a. (1994), S. 1820

Probleme gab es außerdem bei der Frage nach den Belastungen speziell bei der Versorgungsform „ambulant“. Durch einen Richtungswechsel der Skalenbeschriftung von der positiven Ausprägung zur negativen Ausprägung wird ein genaues Lesen vorausgesetzt. Bei der Auswertung wurde ersichtlich, dass ein geringer Anteil an Rehabilitanden alles mit „sehr zufrieden“, jedoch die Frage nach den Belastungen mit der schlechtesten Ausprägung beurteilt haben. Dies kann unter Umständen daran liegen, dass die Rehabilitanden die ersten Fragen mit einer Skalenbeschriftung vom niedrigsten Skalenwert zum höchsten Skalenwert beantworteten und demnach automatisch von einem Beibehalten des Schemas ausgegangen wird.

Da zukünftig die Öffentlichkeitsarbeit der Staufer-Reha optimiert werden soll, könnte bei der Verbesserung des Fragebogens eine Frage zu diesem Thema eingearbeitet werden. Ein Beispiel bietet die Frage nach dem Grund für die Entscheidung der ambulanten rehabilitativen Einrichtung im Stauferklinikum SGD. Mögliche Antwortkategorien wären die Empfehlung durch den Arzt, auf Anraten der Familie, aufgrund Empfehlung von Bekannten und Verwandten, aufgrund Erfahrung aus vorherigen Behandlungen und Operation im Stauferklinikum SGD.

Durch kontinuierliche Durchführungen von Zufriedenheitsmessungen können mittels genauer Vergleichswerte die gesamten Potentiale erkannt, optimiert und das Leistungsangebot an den Präferenzen der Patienten bzw. Rehabilitanden angepasst werden.<sup>385</sup> Ebenfalls kann weiterhin bestimmt werden, ob eingeleitete Maßnahmen, durch beispielsweise mehr Öffentlichkeitsarbeit oder zur Verfügung stellen von Sitzgelegenheiten im Außenbereich, zu den erwarteten Veränderungen der Patientenzufriedenheit führen, denn durch zufriedene Kunden kann der Erfolg eines Unternehmens langfristig gesichert werden.<sup>386</sup> Durch Überarbeitung des erstellten Fragebogens und gegebenenfalls nochmaligen Ergänzung durch valide Fragen, soll in naher Zukunft dieses Instrument auf Validität und Reliabilität überprüft werden.

## 7 Fazit

Eine ambulante Reha stellt eine alternative Behandlungsform dar, deren Bedeutung infolge zunehmender chronischer Erkrankungen und steigender Zahl älterer Menschen stetig zunimmt.<sup>387</sup> Ebenso wird aufgrund der Entwicklungen in Dienstleistungsunternehmen die Kunden- bzw. Patientenorientierung und demnach die Zufriedenheit immer wichtiger.<sup>388</sup> Meist ist diese von einem reibungslosen, fehlerfreien Prozessablauf abhängig, denn Zufriedenheit entsteht durch den Vergleich der wahrge-

---

<sup>385</sup> Vgl. Thill, K.-D. (2008), S. 109

<sup>386</sup> Vgl. Thill, K.-D. (2008), S. 109; vgl. hierzu auch Stock-Homburg, R. (2012), S. 1

<sup>387</sup> Vgl. Morfeld, M.; Strahl, A.; Koch, U. (2011), S. 420

<sup>388</sup> Vgl. Becker, F. (2012), S. 313

nommen Leistung mit einem von Patient zu Patient unterschiedlich festgelegten Vergleichsstandard (Soll-Leistung), der je nach Ausmaß zu verschiedenen Zufriedenheitsniveaus führt.<sup>389</sup> Folglich weicht die Patientenzufriedenheit aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse der Menschen voneinander ab, weshalb objektiv gleiche Angebote bzw. Dienstleistungen bei manchen Kunden zu positiven, bei anderen hingegen zu negativen Einstellungen führen können.<sup>390</sup> Aus diesem Grund ist die Kundenzufriedenheit eine Einstellung gegenüber verschiedenen Facetten der Produkte bzw. Dienstleistungen, weshalb folglich die Bedeutung des QMs wächst.<sup>391</sup>

Als Fazit kann gesagt werden, dass für die Umsetzung des QMs und der Patientenorientierung Patientenbefragungen unabdingbar sind. Durch die detaillierte Ermittlung von individuellen Wünschen, Trends und Problemen sowie positiven Aspekten aus Sicht der Patienten können sowohl Stärken als auch Schwächen im Hinblick auf die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen erkannt und gezielt behoben werden.<sup>392</sup> Durch die gegebene Anonymität einer schriftlichen Befragung können die Rehabilitanden Kritik äußern, die sie im direkten Kontakt nicht äußern würden. Demnach sind Kundenzufriedenheitsbefragungen wichtige Instrumente für den anhaltenden ökonomischen Erfolg von Unternehmen.<sup>393</sup> „Werden sie professionell umgesetzt und handlungsorientiert konzipiert, bieten sie großes Potential, um den wirtschaftlichen Erfolg auch in Zukunft zu gewährleisten.“<sup>394</sup> Durch das Erreichen von Patientenzufriedenheit steigt die Patientenloyalität, was wiederum durch eine langfristige Patientenbindung im positiven Sinne die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens erhöht.<sup>395</sup>

Zusammenfassend eröffnet die Einführung der ambulanten Staufer-Reha als wohnortnahe Versorgungsform neue Möglichkeiten für verschiedene Patientengruppen.<sup>396</sup> Der Status Quo zeigt mit einem Gesamtmittelwert von 4,54 eine hohe Zufriedenheit auf Seiten der Rehabilitanden. Die ebenfalls hohe Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgungsform sowie die jährlich steigende Anzahl an Rehabilitanden verstärkt diese Tendenz zusätzlich.

Trotz ermittelten zufriedenen Rehabilitanden und zunehmenden Reha-Anfragen steht die Staufer-Reha des Stauferklinikums SGD unter extremen Druck, da derzeit die Zulassung bzw. Anerkennung bei den GKVn und der DRV beantragt ist. Es ist abzuwarten, ob die Staufer-Reha von den Kostenträgern die Zulassung bzw. Anerkennung als anerkannte ambulante Rehabilitationseinrichtung bekommen werden. Fraglich ist weiterhin ob bei einer negativen Entscheidung seitens der Kostenträger das bisherige System der Einzelfallentscheidungen aufrechterhalten werden kann.

---

<sup>389</sup> Vgl. Vogg, I.; Fleßa, S. (2011), S. 46

<sup>390</sup> Vgl. Von Rosenstiel, L.; Neumann, P. (2012), S. 17

<sup>391</sup> Vgl. Von Rosenstiel, L.; Neumann, P. (2012), S. 17

<sup>392</sup> Vgl. Mehmet, Y. (2011), S. 87

<sup>393</sup> Vgl. Lüttschwager, F. (2012), S. 199

<sup>394</sup> Lüttschwager, F. (2012), S. 199

<sup>395</sup> Vgl. Döhr, R. (2002), S. 305

<sup>396</sup> Vgl. Augurzky, B.; Reichert, A.; Scheuer, M. (2011), S. 75

## Literaturverzeichnis

- Augurzky, B.; Reichert, A.; Scheuer, M.; Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2011):** Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Heft 66, Essen 2011.
- Aust, B. (1994):** Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin 1994.
- Becker, F. (2012):** Zeitwende. Kunde im Wandel: Was heute gilt und morgen kommt. In: Künzel, H. (Hrsg.): Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit. Handbuch für Strategie und Umsetzung. 2. Aufl., Berlin u.a. 2012, S. 303-314.
- Bengel, J.; Koch, U. (Hrsg) (2000):** Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin u.a. 2000.
- Blum, K. (1998):** Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Weinheim u.a. 1998.
- Bruhn, M. (2013):** Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Grundlagen - Konzepte - Methoden. 9. Aufl. Heidelberg 2013.
- Buchhester, S. (2002):** Der Patient als Kunde. Patientenzufriedenheit als Dienstleistung im Gesundheitsmanagement. Düsseldorf 2002.
- Charles, C.; Gauld, M.; Chambers, L.; O'Brien, B.; Haynes, R.; Labelle, R. (1994):** How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. In: Canadian Medical Association Journal, Vol. 150 (1994), No. 11, S. 1813-1822.
- Clausen, C. (2010):** Wertorientiertes Kundenmanagement im Gesundheitswesen. Eine empirische Konzeption zur Optimierung des Wertbeitrages von Patienten für Krankenhausunternehmen. Wiesbaden 2010.
- Diekmann, A. (2013):** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg 2013.
- Döhr, R. (2002):** Die Patientenzufriedenheit als Einflussfaktor – Bericht über die Befragung in einer Klinik. Begriffsbestimmung Patientenzufriedenheit. In: Zapp, W. (Hrsg.): Prozessgestaltung im Krankenhaus. Heidelberg 2002, S. 301-314.
- Dorenburg, U. (1999):** Instrumente zur Qualitätssicherung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation, 38. Jg. (1999), S. I-VIII.
- Duden. Das Fremdwörterbuch (2007):** s.v. affektiv; kognitiv; Loyalität, Band 5, 9. Aufl., Mannheim 2007.
- Duden. Das große Wörterbuch der deutschen Sprache (1999):** s.v. Qualität, Band 7, 3. Aufl., Mannheim 1999.
- Eichhorn, P.; Friedrich, P. (Hrsg.) (2007):** Betrifft Krankenhausmanagement: Mitarbeiterbindung, Qualitätssicherung, Prozessoptimierung und Risikosteuerung. Schriftenreihe zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Band 207, Berlin 2007.
- Eichhorn, S. (1997):** Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. Stuttgart u.a. 1997.

- Etgeton, S. (2009):** Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen – Anforderungen an die Gesundheits- und Verbraucherpolitik. In: Klusen, N.; Fließgarten, A.; Neblich, T. (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Band 24, Baden-Baden 2009, S. 241-250.
- Farin, E.; Jäckel, W.H. (2011):** Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt, 54. Jg. (2011), Heft 2, S. 176-184.
- Freter, H.; Glasmacher, C. (1996):** Messung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. In: führen & wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg. (1996), Heft 5, S. 436-441.
- Gerlach, F. (2001):** Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Stuttgart u.a. 2001.
- Gielt, G.; Lobinger, W.; Kamiske, G. (2003):** Qualitätsaudit. Planung und Durchführung von Audits nach DIN EN ISO 9001:2000. München u.a. 2003.
- Halstead, D.; Hartman, D.; Schmidt, S. (1994):** Multisource Effects on the Satisfaction Formation Process. In: Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 22 (1994), No. 2, S. 114-129.
- Haubrock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2002):** Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 3. Aufl. Bern 2002.
- Haubrock, M.; Schär, W. (2010):** Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Betriebswirtschaftliche Grundlagen der Pflege. 4. Aufl. Brandenburg 2010.
- Homburg, C. (2012):** Kundenzufriedenheit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen. 8. Aufl. Wiesbaden 2012.
- Homburg, C.; Krohmer, H. (2003):** Marketingmanagement. Strategie – Instrumente – Umsetzung – Unternehmensführung. Wiesbaden 2003.
- Huber, F.; Herrmann, A.; Braunstein, C. (2006):** Der Zusammenhang zwischen Produktqualität, Kundenzufriedenheit und Unternehmenserfolg. In: Hinterhuber, H.; Matzler, K. (Hrsg.): Kundenorientierte Unternehmensführung Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung. 5. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 68-83.
- Hummel, T.; Malorny, C.; Kamiske, G. (Hrsg.) (2002):** Total Quality Management. Tipps für die Einführung. 3. Aufl., München u.a. 2002.
- Kamiske, G.; Brauer, J.-P. (2012):** ABC des Qualitätsmanagements. 4. Aufl. München 2012.
- Knechtel, K. (2013):** Patientenzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation als Erfolgsfaktor für das Qualitätsmanagement. Norderstedt 2013.
- Kostka, C.; Kostka, S. (2008):** Der Kontinuierliche Verbesserungsprozess. Methoden des KVP. 4. Aufl., München 2008.
- Lauber, A.; Schmalstieg, P. (2007):** Prävention und Rehabilitation. 2. Aufl., Stuttgart 2007.
- Lüttschwager, F. (2012):** Marktforschung. Kundenzufriedenheitsmessung in der Praxis. In: Künzel, H. (Hrsg.): Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit. Handbuch für Strategie und Umsetzung. 2. Aufl., Berlin u.a. 2012, S. 189-199.



- Meffert, H.; Bruhn, M. (2012):** Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte - Methoden. 7. Aufl., Wiesbaden 2012.
- Mehmet, Y. (2011):** Qualitätsurteile in Patientenbefragungen. Von der Zufriedenheit zum reflektierten Urteil. Wiesbaden 2011.
- Morfeld, M.; Strahl, A.; Koch, U. (2011):** Ambulante Rehabilitation in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Perspektiven der Weiterentwicklung. In: Bundesgesundheitsblatt, 54. Jg. (2011), Heft 4, S. 420-428.
- Neugebauer, B.; Porst, R. (2001):** Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. Mannheim 2001.
- o. V. (o. J. a):** Ambulante/mobile Reha, [https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/leistungen/reha\\_vorsorge/ambulant\\_mobil/index.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/leistungen/reha_vorsorge/ambulant_mobil/index.html) (Stand: 20.03.2014).
- o. V. (2004):** Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vom 22. Januar 2004. o.O. 2004.
- o. V. (2010a):** Definitionen und Konzepte des Qualitätsmanagements, [http://www.aeqz.de/aezq/kompodium\\_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-des-qualitaetsmanagements#2.5](http://www.aeqz.de/aezq/kompodium_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-des-qualitaetsmanagements#2.5) (Stand: 28.02.2014).
- o. V. (2013a):** Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. ICF, <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/> (Stand: 27.03.2014).
- o. V. (2010b):** Deutsche Rentenversicherung. Rehabilitandenfragebogen für die somatischen Indikatoren in der ganztägigen ambulanten Rehabilitation, [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Fachbereiche/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/quali\\_rehabilitandenbefragung/fragebogen\\_ganztaegig\\_ambulante\\_reha\\_2010.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehabilitandenbefragung/fragebogen_ganztaegig_ambulante_reha_2010.html) (Stand: 09.04.2014).
- o. V. (2013b):** Deutsche Rentenversicherung Sicherheit für Generationen, Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft. 8. Aufl., Heft 2, Berlin 2013.
- o. V. (2005):** DIN EN ISO 9000:2005. Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe. Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2005. Berlin 2005.
- o. V. (2013c):** Gemeinsamer Bundesausschuss. Aufgabe, Arbeitsweise, Finanzierung, <https://www.g-ba.de/institution/aufgabe/> (Stand: 09.03.2014).
- o. V. (2013d):** Gemeinsamer Bundesausschuss. Aufgabe, <https://www.g-ba.de/institution/aufgabe/aufgabe/> (Stand: 08.03.2014).
- o. V. (2011a):** Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG). ZUF-8, [http://www.gfqg.de/assessment\\_zuf8.htm#PIX&p=27580&s=38167&a=53271&kdntuid=1](http://www.gfqg.de/assessment_zuf8.htm#PIX&p=27580&s=38167&a=53271&kdntuid=1) (Stand: 09.04.2014).

- o. V. (o. J. b):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Ambulante ärztliche Behandlung, [https://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc\\_tab?fid=7971&suchstring=ambulant&query\\_id=&sprache=D&fund\\_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page\\_ret=0&seite=&p\\_lfd\\_nr=9&p\\_news=&p\\_sprachkz=D&p\\_uid=gasts&p\\_aid=41433037&hlp\\_nr=3&p\\_janein=J#SEARCH=%2522ambulant%2522](https://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=7971&suchstring=ambulant&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=9&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gasts&p_aid=41433037&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522ambulant%2522) (Stand: 26.03.2014).
- o. V. (2014):** Qualitätsmanagement, [http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/rehabilitation\\_qualitaetsmanagement/rehabilitation\\_qualitaetsmanagement.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/rehabilitation_qualitaetsmanagement/rehabilitation_qualitaetsmanagement.jsp) (Stand: 10.02.2014).
- o. V. (o. J. c):** Stationäre Vorsorge / Reha / Anschlussreha. Rehabilitation, [https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/leistungen/reha\\_vorsorge/stationaer/index.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/reha/leistungen/reha_vorsorge/stationaer/index.html) (Stand: 19.03.2014).
- o. V. (o. J. d):** Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd. Wir über uns, <http://www.stauferklinikum.de/de/wirueberuns/index.php> (Stand: 03.04.2014).
- o. V. (o. J. e):** Versorgungsvertrag, <http://mdk.de/906.htm> (Stand: 01.05.2014).
- Peter, J.; Olson, J. (1996):** Consumer Behavior and Marketing Strategy. 4. Aufl., Chicago u.a. 1996.
- Pfaff, H.; Brinkmann, A.; Bentz, J. (2007):** Patientenbefragung in der Arztpraxis. Quadratur des Kreises. In: Deutsches Ärzteblatt – Praxis, (2007), Heft 4, S. 16-19.
- Piechotta, B. (2008):** PsyQM. Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Heidelberg 2008.
- Porst, R. (1998):** Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. ZUMA Arbeitsbericht Nr. 2, Mannheim 1998.
- Porst, R. (2001):** Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. ZUMA How-To-Reihe Nr. 9, Mannheim 2001.
- Pschyrembel (2009):** s.v. Endoprothetik, 4. Aufl., Berlin 2009.
- Raab-Steiner, M.; Benesch, M. (2012):** Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 3. Aufl., Wien 2012.
- Ruprecht, T. (2003):** Studienbrief Qualitätsmanagement. Kundenbefragung. Hamburg 2003.
- Satzinger, W. (2002):** Informationen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: zur Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen. In: Medizinische Klinik, 97. Jg. (2002), Heft 2, S. 104-110.
- Sens, B.; Fischer, B.; Bastek, A.; Eckardt, J.; Kaczmarek, D.; Paschen, U.; Pietsch, B.; Rath, S.; Ruprecht, T.; Thomeczek, C.; Veit, C.; Wenzlaff, P. (2007):** Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V.. GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement in der Medizin. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, 3. Aufl., <http://www.egms.de/static/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml> (Stand: 01.03.2014).

- Simon, A. (2009):** Der Informationsbedarf von Patienten hinsichtlich der Krankenhausqualität. Eine empirische Untersuchung zur Messung des Involvements und der Informationspräferenzen. Diss., Wiesbaden 2010.
- Spielmann, B. (2012):** Parameter und erfahrungsbasierte Erhebungen zum Theorem Selbstkonzept nach Stanley I. Greenspan 1999 – 2008. Eine Studie zur Bedeutung des SELBST im Rahmen didaktischer Interaktion. Diss., München 2012.
- Stock-Homburg, R. (2012):** Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit. Direkte, indirekte und moderierende Effekte. 5. Aufl., Wiesbaden 2012.
- Szymanski, D.; Henard, D. (2001):** Customer Satisfaction: A Meta-Analysis of the Empirical Evidence. In: Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 29 (2001), No. 1, S. 16-35.
- Thill, K.-D. (2008):** Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis. Die Voraussetzung für eine erfolgreiche unternehmerische Praxisführung. o.O. 2008.
- Uhlemann, C.; Lange, U.; Seidel, E. (2007):** Grundwissen Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren. Bern 2007.
- Vogg, I.; Fleßa, S. (2011):** Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Leitfaden zur Einführung eines QM-Systems in Arztpraxen. Wiesbaden 2011.
- Von Rosenstiel, L.; Neumann, P. (2012):** Psychologie. Mehr als ein Käufer: Der Kunde, das unbekannte Wesen. In: Künzel, H. (Hrsg.): Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit. Handbuch für Strategie und Umsetzung. 2. Aufl., Berlin u.a. 2012, S. 15-38.
- Weigert, J. (2004):** Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagementsystem. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. Hannover 2004.
- Westbrook, R.; Oliver, R. (1991):** The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction. In: Journal of Consumer Research, Vol. 18 (1991), No. 1, S. 84-91.
- Williams, B. (1994):** Patient Satisfaction: a valid concept? In: Social Science and Medicine, Vol. 38 (1994), No. 4, S. 509-516.
- Wüthrich-Schneider, E. (2000):** Patientenzufriedenheit – Wie verstehen? In: Schweizerische Ärztezeitung, 81. Jg. (2000), Heft 21, S. 1116-1119.
- Zapp, W.; Beckmann, A.; Bettig, U.; Torbecke, O. (2010):** Prozesse in Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitswirtschaft. Dienstleistungen als Ausgangspunkt der Untersuchung. In: Zapp, W. (Hrsg.): Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen. Von der Analyse zum Controlling. 2. Aufl., Heidelberg u.a. 2010, S. 3-31.
- Zapp, W.; Oswald, J. (2010):** Betrachtung von Prozessen. Lebensqualität der Patienten und Kundenzufriedenheit. In: Zapp, W. (Hrsg.): Prozessgestaltung in Gesundheitseinrichtungen. Von der Analyse zum Controlling. 2. Aufl., Heidelberg u.a. 2010, S. 36-46.
- Zeidler, J.; Mittendorf, T.; Vahldiek, G.; Graf von der Schulenburg, J.-M. (2008):** Kostenvergleichsanalyse der ambulanten und stationären kardiologischen Rehabilitation. In: Herz – Cardiovascular Diseases, 33. Jg. (2008), Heft 6, S. 440-447.

## Verzeichnis interner Unternehmensquellen

- Sachbearbeiterin der Krankenkasse A im Fachbereich Versorgungsmanagement; Assistent des Krankenhausdirektors (2011):** Vereinbarung über die Erbringung, Abrechnung und Vergütung von ergänzenden ambulanten Leistungen zur Rehabilitation. Firmeninterne Vereinbarung, Schwäbisch Gmünd 2011.
- Assistent des Krankenhausdirektors (2014):** Assistent des Krankenhausdirektors, Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd, persönliches Gespräch am 07.04.2014 in Schwäbisch Gmünd.
- Leiter Qualitätsmanagement (2011):** Qualitätsmanagementhandbuch (QMH) des Gesundheits- und Krankenpflagedienst. Firmeninternes QM-Handbuch, Schwäbisch Gmünd 2011.
- Leiter Qualitätsmanagement (2013):** Qualitätspolitik im Stauferklinikum. Firmeninternes Schreiben, Schwäbisch Gmünd 2013.
- Mitarbeiterin der Staufer-Reha (2014):** Bürokauffrau (Rezeption und Management der Staufer-Reha), Staufer-Reha Servicegesellschaft, Schwäbisch Gmünd Mutlangen, persönliches Gespräch am 05.02.2014 in Schwäbisch Gmünd.
- o. V. (2011b):** Ergänzende ambulante Leistungen zur Rehabilitation. Flyer des Stauferklinikums SGD. Schwäbisch Gmünd 2011.
- o. V. (2012):** Geschäftsbericht 2011. Zentrum für Traumatologie und Orthopädische Chirurgie. Ambulante Rehabilitation. Schwäbisch Gmünd 2012.
- o. V. (2013e):** Geschäftsbericht 2012. Struktur des Krankenhauswesens im Ostalbkreis. Schwäbisch Gmünd 2013.


## Anhang

### Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Bisheriges Patientenbefragungsinstrument mit Ergebnissen.....	157
Anlage 2	Expertengesprächsprotokoll Mitarbeiterin der Staufer-Reha .....	158
Anlage 3	Expertengesprächsprotokoll Assistent des Krankenhausdirektors .....	158
Anlage 4	Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation (DRV).....	159
Anlage 5	IRES-Fragebogen.....	165
Anlage 6	ZUF-8 Fragebogen .....	174
Anlage 7	Neu entwickelter Fragebogen für die Staufer-Reha .....	175
Anlage 8	Rücklauf der Datenerhebung.....	181
Anlage 9	Häufigkeitstabelle Behandlungsdauer.....	181
Anlage 10	Häufigkeitstabelle und Diagramm Entfernung.....	182
Anlage 11	Häufigkeitstabelle Verkehrsmittel .....	183
Anlage 12	Mittelwerttabelle Zufriedenheitsbeurteilungen.....	184
Anlage 13	Häufigkeitstabelle Zustimmungsgrade.....	185
Anlage 14	Häufigkeitstabelle und Histogramm mit Normalverteilungskurve .....	185
Anlage 15	T-Test Gesamtzufriedenheit / Geschlecht.....	187
Anlage 16	Korrelation Gesamtzufriedenheit / Geschlecht.....	187
Anlage 17	T-Test Gesamtzufriedenheit / Entfernung.....	188
Anlage 18	Häufigkeitstabelle Positive Erfahrungen.....	189
Anlage 18/1	Häufigkeitstabelle Positive Erfahrungen / Geschlecht .....	189
Anlage 19	Häufigkeitstabelle Verbesserungsvorschläge .....	189
Anlage 19/1	Häufigkeitstabelle Verbesserungsvorschläge / Geschlecht.....	189
Anlage 20	Ergebnisübersicht der Patientenbefragung 2014 .....	190
Anlage 21	Mittelwertvergleich der Patientenbefragungen 2013/2014.....	194
Anlage 22	Fragebogenbeispiel (Skalengestaltung).....	195
Anlage 23	Fragebogenbeispiel (Skalenbeschriftung) .....	198

# Anlage 1 Bisheriges Patientenbefragungsinstrument mit Ergebnissen

Patientenbefragung – Physikalische Therapie



STAUFERKLINIKUM  
Schwäbisch Gmünd

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten besser eingehen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Persönliche Daten:  Reha  EAP

Wie lange waren Sie bei uns? ..... Tage

2. Wie beurteilen Sie die Aufnahme?

	sehr gut	gut	befriedigend	weniger gut	schlecht
- Länge der Wartezeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Freundlichkeit des Personals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Information durch das Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Information durch die/den Ärztin/Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Wie beurteilen Sie den Aufenthalt?

	sehr gut	gut	befriedigend	weniger gut	schlecht
- Freundlichkeit des Personals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Betreuung durch die/den Ärztin/Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Betreuung durch Therapeuten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Zusammenarbeit des Personals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Information über Krankheit und Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Beratungsangebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Einbeziehung der Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Planung der Entlassung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schutz der Privatsphäre / Intimsphäre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sauberkeit der Räume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Räumliche Gestaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Was können wir Ihrer Meinung nach noch verbessern?

.....  
 .....  
 .....

5. Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

.....  
 .....  
 .....

Besten Dank für Ihre Rückmeldung und alles Gute!

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd – Dr. Tegl / erstellt 04.2011 / geändert 07.2012 / Formular-Nr. 29 - 611

-Die Anlage 1 wurde aus Datenschutzgründen gekürzt-

## **Anlage 2    Expertengesprächsprotokoll Mitarbeiterin der Staufer-Reha**

Expertengespräch Mittwoch, 05.02.2014 um 9.30 Uhr in der Staufer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd mit einer Mitarbeiterin der Staufer-Reha (Bürokauffrau: Rezeption und Management der Staufer-Reha)

## **Anlage 3    Expertengesprächsprotokoll Assistent des Krankenhausdirektors**

Expertengespräch Montag, 07.04.2014 um 10.00 Uhr MediCenter Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd mit dem Assistenten des Krankenhausdirektors

*- Die Anlagen 2 und 3 wurden aus Datenschutzgründen entfernt-*

## Anlage 4 Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation (DRV)

Reha - Qualitätssicherung  
der Deutschen Rentenversicherung

# Rehabilitandenbefragung

- Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation
- Somatische Indikationen
- Ganztägig ambulante Rehabilitation
- Stand: Februar 2010



Deutsche  
Rentenversicherung  
Rehabilitation -  
mit Sicherheit Qualität

Anonymisierungsnummer:



## II. Fragen zu Ihrer ambulanten Rehabilitation

### 3 Frühere Rehabilitationen

Haben Sie in den letzten 3 Monaten vor der ambulanten Rehabilitation eine stationäre Rehabilitation abgeschlossen? G15

nein                       ja

1                                      2

### 4 Wie groß war die Entfernung zwischen Ihrem Wohnort und der ambulanten Reha-Einrichtung?

Angaben in km erforderlich G16

≤ 5 km     ≤ 10 km     ≤ 25 km     ≤ 50 km     > 50 km

1                      2                      3                      4                      5

### 5 Mit welchem Verkehrsmittel kamen Sie zur ambulanten Reha?

zu Fuß                       Auto                       öffentliche Verkehrsmittel                       Transport durch Reha-Einrichtung                       mehrere Verkehrsmittel notwendig G17

1                      2                      3                      4                      5

### 6 Am Anfang der ambulanten Reha wurde ich ausreichend darüber informiert, ...

... wie der Ablauf der Behandlung ist G18

nein     eher nein     teils, teils     eher ja     ja

... wer meine Ansprechpartner sind G19

nein     eher nein     teils, teils     eher ja     ja

... wie Termine festgelegt und Terminverschiebungen bekannt gegeben werden G20

nein     eher nein     teils, teils     eher ja     ja

... wie ich meine Behandlungsräume finde G21

nein     eher nein     teils, teils     eher ja     ja

1                      2                      3                      4                      5

## Rahmenbedingungen während der ambulanten Reha

**7** Bitte bewerten Sie:

Die Atmosphäre in der Reha-Einrichtung war .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G22
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Behandlungs- und Funktionsräume in der Reha waren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G23
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Aufenthalts-, Ruhe- und Entspannungsmöglichkeiten in der Reha-Einrichtung waren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G24
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und die Toiletten in der Reha-Einrichtung waren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G25
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
Die Möglichkeiten, Kritik an den Abläufen in der Reha-Einrichtung und der Organisation der Behandlung zu äußern, waren .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G26
	sehr schlecht	schlecht	teils, teils	gut	sehr gut	
	1	2	3	4	5	

## Planung und Ziele Ihrer ambulanten Rehabilitation

**8** Abstimmung mit Ärzten und Therapeuten über die Ausgestaltung der Reha-Maßnahme

Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben gleich am Anfang die Ziele meiner Reha mit mir abgesprochen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G27
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mit mir besprochen, durch welche Behandlungen meine Reha-Ziele am besten zu erreichen sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G28
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mich dazu angeregt, mich mit den Folgen meiner Erkrankung für mein privates und berufliches Leben zu beschäftigen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G29
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
Die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele meiner Behandlung wurden im Verlauf der Behandlung mit mir besprochen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G30
	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja	
	1	2	3	4	5	

### Therapeutische Betreuung während der Reha

**11** Betreuung durch Krankengymnasten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten ...

Von den Therapeuten fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G38
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Therapeuten waren einfühlsam und verständnisvoll .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G39
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	
Die Behandlung durch die Therapeuten war auf meine persönlichen Probleme zugeschnitten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G40
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	

1            2            3            4            5

### Qualität der Angebote der Reha-Klinik

**12** Wie beurteilen Sie die Qualität und Güte der Angebote (Betreuungen, Behandlungen und Beratungen) während der Reha?

Für meine Beschwerden hatte die Reha-Einrichtung die <b>richtigen</b> Betreuungen, Behandlungen und Beratungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G41
	nein	eher nein	teils ja, teils nein	eher ja	ja	

1            2            3            4            5

### Umfang der Angebote der Reha-Einrichtung

**13** Wie beurteilen Sie den Umfang und die Anzahl der Angebote (Betreuungen, Behandlungen und Beratungen) während der Reha?

Die Betreuung und meine Behandlungen in der Reha-Einrichtung waren mir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G42
	viel zu wenig	zu wenig	genau richtig	zu viel	viel zu viel	

1            2            3            4            5



**17 Therapieablauf (Fortsetzung)**  
**Bitte geben Sie an:**

Wie häufig kam es vor, dass zwischen zwei Behandlungsterminen zu lange oder zu kurze Ruhezeiten waren? .....  nie  1-mal  2-mal  3-mal  mehr als 3-mal G63

Wie häufig wechselten die Mitarbeiter, die/der Sie hauptsächlich während Ihrer Reha betreuten? .....  nie  1-mal  2-mal  3-mal  mehr als 3-mal G64

1 2 3 4 5

**Belastungen durch die Besonderheiten der ambulanten Reha**

**18 Bitte geben Sie an, ob die Besonderheiten der ambulanten Rehabilitation (z.B. Übernachtung zu Hause) für Sie Belastungen darstellten:**

Die täglichen Hin- und Rückfahrten .....  nein  eher nein  teils, teils  eher ja  ja G65

Das Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen .....  nein  eher nein  teils, teils  eher ja  ja G66

Die Versorgung des Haushaltes während der Reha-Maßnahme .....  nein  eher nein  teils, teils  eher ja  ja G67

Die Versorgung und Betreuung von Kindern oder Angehörigen während der Reha-Maßnahme .....  nein  eher nein  teils, teils  eher ja  ja G68

Die Versorgung / Betreuung von Haustieren während der Reha-Maßnahme .....  nein  eher nein  teils, teils  eher ja  ja G69

1 2 3 4 5

**III. Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha**

**19 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen:**

Ich wurde in der Reha-Einrichtung insgesamt gut auf die Zeit nach der Reha vorbereitet .....  nein  eher nein  teils ja, teils nein  eher ja  ja G70

1 2 3 4 5

**23** Fragen zu Ihren gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag – Heute:  
In welcher Weise hat sich...

...Ihr Gesundheitszustand insgesamt durch die Reha geändert? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G95
	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
...Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit durch die Reha geändert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G96
	stark verschlechtert	etwas verschlechtert	gleich geblieben	etwas verbessert	stark verbessert	
	1	2	3	4	5	

**24** Erfolg der Reha

Wie beurteilen Sie den Erfolg der Reha-Behandlung insgesamt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G97
	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet	
	1	2	3	4	5	

## VII. Erwerbstätigkeit

**25** Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation am ehesten zu?  
**WICHTIG:** Kreuzen Sie bitte jeweils nur ein Kästchen an!

G98

Ich bin zur Zeit ...

1	<input type="checkbox"/> berufstätig	→ Bitte machen Sie mit Frage 26 weiter.
2	<input type="checkbox"/> arbeitslos mit A1o-Geld-I-Bezug	→ Bitte machen Sie mit Frage 26 weiter.
3	<input type="checkbox"/> arbeitslos mit A1o-Geld-II-Bezug (Hartz IV)	→ Bitte machen Sie mit Frage 26 weiter.
4	<input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann oder nicht erwerbstätig	→ Bitte machen Sie mit Frage 27 weiter.
5	<input type="checkbox"/> Rentner(in), Pensionär(in), im Vorruhestand	→ Bitte machen Sie mit Frage 27 weiter.
6	<input type="checkbox"/> Schüler (z.B. Meisterschule u. a.)	→ Bitte machen Sie mit Frage 27 weiter.

## Anlage 5 IRES-Fragebogen

Reha-Ende

**Reha-Ende**

**Indikatoren des Reha-Status – IRES  
Version 3.2**

---

# **Fragebogen zu Ihrer Gesundheit in Beruf und Alltagsleben**

---

Alle Rechte der Fragebogengestaltung:  
Dr. N. Gerdes, Dr. B. Bührten, Prof. Dr. W.H. Jäckel  
Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung  
Bergseestr. 61, D-79713 Bad Säckingen



## Ihre Gesundheit

1. Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

Sehr stark	Stark	Ziemlich	Etwas	Wenig	Gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

Sehr viel	Viel	Einiges	Etwas	Wenig	Nichts
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

4. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht		
Rauchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	
Übergewicht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	
Falsche Ernährung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	
Bewegungsmangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	
Stress und Hektik .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	
Alkoholkonsum .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	
	1	2	3	4	5		
	Stark erhöht	Ziemlich erhöht	Mäßig erhöht	Ein wenig erhöht	Gar nicht erhöht	Weiß nicht	
Cholesterin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Blutzucker (Diabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Blutdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
	1	2	3	4	5	6	

<b>5. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?</b> <input style="width: 80px; height: 20px; margin-left: 10px;" type="text"/> Kilogramm	13
--	----

<b>6. Wie groß sind Sie?</b> <input style="width: 80px; height: 20px; margin-left: 10px;" type="text"/> Zentimeter	14
---	----

<b>7. Wie häufig haben Sie <u>in der letzten Zeit</u> unter Schmerzen gelitten?</b>	15																								
<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">So gut wie nie</td> <td style="width: 16.6%;">Selten</td> <td style="width: 16.6%;">Manchmal</td> <td style="width: 16.6%;">Ziemlich oft</td> <td style="width: 16.6%;">Meistens</td> <td style="width: 16.6%;">Immer</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> </table>	So gut wie nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
So gut wie nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer																				
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>																				
1	2	3	4	5	6																				
↓	↓	↓	↓	↓	↓																				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%; border: 1px solid black; padding: 2px;">           Bitte weiter mit Frage 12!         </div> <div style="width: 50%; text-align: center;">           Weiter mit der nächsten Frage!         </div> </div>																									

**Fragen 8 bis 11 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!**

<b>8. Wo hatten Sie diese Schmerzen? (bitte eintragen)</b> <input style="width: 95%; height: 25px; margin-top: 10px;" type="text"/>	16
--	----

<b>9. Wie stark waren diese Schmerzen?</b>	17																		
<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Ich hatte keine Schmerzen</td> <td style="width: 16.6%;">Sehr leicht</td> <td style="width: 16.6%;">Leicht</td> <td style="width: 16.6%;">Mäßig</td> <td style="width: 16.6%;">Stark</td> <td style="width: 16.6%;">Sehr stark</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Ich hatte keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	
Ich hatte keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark														
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>														
1	2	3	4	5	6														

<b>10. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?</b>	18																		
<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Nicht beeinträchtigt</td> <td style="width: 16.6%;">Wenig beeinträchtigt</td> <td style="width: 16.6%;">Etwas beeinträchtigt</td> <td style="width: 16.6%;">Ziemlich beeinträchtigt</td> <td style="width: 16.6%;">Stark beeinträchtigt</td> <td style="width: 16.6%;">Sehr stark beeinträchtigt</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Etwas beeinträchtigt	Ziemlich beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt	Sehr stark beeinträchtigt	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	
Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Etwas beeinträchtigt	Ziemlich beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt	Sehr stark beeinträchtigt														
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>														
1	2	3	4	5	6														

<b>11. An wie vielen Tagen in den <u>letzten 7 Tagen</u> hatten Sie starke oder störende Schmerzen?</b> An <input style="width: 60px; height: 20px; margin-left: 10px;" type="text"/> Tagen in den letzten 7 Tagen	19
---	----

**Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!**



**12. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in der letzten Woche unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:**

**Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
	1	2	3	4	5	

**13. Wie stark haben Sie in der letzten Woche unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?**

**Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
	1	2	3	4	5	

**14. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
	1	2	3	4	5	

**Nachbefragung**

**Indikatoren des Reha-Status – IRES  
Version 3.3**

---

**Fragebogen  
zu Ihrer Gesundheit  
in Beruf und Alltagsleben**

---

Alle Rechte der Fragebogengestaltung:  
Dr. N. Gerdes, Dr. B. Bührlen, Prof. Dr. W.H. Jäckel  
Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung  
Bergseestr. 61, D-79713 Bad Säckingen

## Ihre Gesundheit

1. Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

Sehr stark  
  
1

Stark  
  
2

Ziemlich  
  
3

Etwas  
  
4

Wenig  
  
5

Gar nicht  
  
6

1

2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

Sehr viel  
  
1

Viel  
  
2

Einiges  
  
3

Etwas  
  
4

Wenig  
  
5

Nichts  
  
6

2

3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut  
  
1

Gut  
  
2

Zufrieden-  
stellend  
  
3

Weniger gut  
  
4

Schlecht  
  
5

Sehr schlecht  
  
6

3

4. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

Kilogramm

4

5. Wie groß sind Sie?

Zentimeter

5

6. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 6 Monaten so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

An keinem Tag   
0

oder:

An ca.  Tagen

6

7. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht		
Rauchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	
Übergewicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	
Falsche Ernährung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	
Bewegungsmangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	
Stress und Hektik.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	
Alkoholkonsum .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	
	1	2	3	4	5		
	Stark erhöht	Ziemlich erhöht	Mäßig erhöht	Ein wenig erhöht	Gar nicht erhöht	Weiß nicht	
Cholesterin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Blutzucker (Diabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
	1	2	3	4	5	6	

8. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?

So gut wie nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6
↓	↓	↓	↓	↓	↓

Weiter mit Frage 13!

Weiter mit der nächsten Frage!

Fragen 9 bis 12 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

9. Wo hatten Sie diese Schmerzen?



**10. Wie stark waren diese Schmerzen?** 18

Ich hatte keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

**11. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?** 19

Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Etwas beeinträchtigt	Ziemlich beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt	Sehr stark beeinträchtigt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

**12. An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?** 20

An  Tagen in den letzten 7 Tagen

**Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!**

**13. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:**

**Bitte in jede Zeile ein Kreuz!**

**Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...**

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**12. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in der letzten Woche unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:**

**Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
	1	2	3	4	5	

**13. Wie stark haben Sie in der letzten Woche unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?**

**Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
... beim Bücken, Strecken und längerem Stehen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
	1	2	3	4	5	

**14. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz!*

	Meis- tens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie	
Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
	1	2	3	4	5	

## Anlage 6 ZUF-8 Fragebogen

### Z U F - 8 – Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?			
ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	weniger gut <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	im Allgemeinen ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?			
sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen <input type="checkbox"/>	sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen <input type="checkbox"/>
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?			
ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>	leidlich oder leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	sehr zufrieden <input type="checkbox"/>
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?			
ja, sie half eine ganze Menge <input type="checkbox"/>	ja, sie half etwas <input type="checkbox"/>	nein, sie half eigentlich nicht <input type="checkbox"/>	nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht <input type="checkbox"/>
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?			
sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	weitgehend zufrieden <input type="checkbox"/>	leidlich oder leicht unzufrieden <input type="checkbox"/>	ziemlich unzufrieden <input type="checkbox"/>
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?			
eindeutig nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube nicht <input type="checkbox"/>	ich glaube ja <input type="checkbox"/>	eindeutig ja <input type="checkbox"/>

## Anlage 7 Neu entwickelter Fragebogen für die Stauer-Reha

Anschreiben für Inhouse-Befragung



**Patientenbefragung**  
**-Ambulante Rehabilitation-**

**Ihre Meinung hilft uns besser zu werden!**

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

um auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten noch besser eingehen zu können, führt die Stauer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd im Zeitraum 01.03. bis 28.03.2014 eine Umfrage bei den Patienten durch.

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich einen Moment (ca. 10 Minuten) Zeit nehmen, um den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Auch möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme anonym ist und die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit betreue ich als Studentin der Verwaltung des Stauferklinikums Schwäbisch Gmünd diese Patientenbefragung und stehe Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Ilona Herzig  
E-Mail: mail-an-patientenbefragung@web.de

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen **bis spätestens 28.03.2014** in den Briefkasten der Stauer-Reha direkt vor dem Eingang der Abteilung ein.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Starten Sie bitte auf der nächsten Seite...**

Ambulante Reha Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd erstellt am 11.02.2014 Herzig

1



## Anschreiben für postalische Befragung

<div data-bbox="973 376 1340 459" data-label="Image"></div> <div data-bbox="595 448 957 517" data-label="Section-Header"><p><b>Patientenbefragung -Ambulante Rehabilitation-</b></p></div> <div data-bbox="411 600 1144 645" data-label="Text"><p><b>Ihre Meinung hilft uns besser zu werden!</b></p></div>
<p><b>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,</b></p> <p>um auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patienten noch besser eingehen zu können, führt die Stauer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd im <u>Zeitraum 01.03. bis 28.03.2014</u> eine Umfrage durch. Befragt werden die Patienten, die im Zeitraum März 2013 bis Februar 2014 in der Stauer-Reha behandelt wurden.</p> <p>Wir würden uns freuen, wenn Sie sich einen Moment (ca. 10 Minuten) Zeit nehmen, um den beiliegenden Fragebogen auszufüllen.</p> <p>Auch möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme <u>anonym</u> ist und die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.</p> <p>Im Rahmen meiner Bachelorarbeit betreue ich als Studentin der Verwaltung des Stauferklinikums Schwäbisch Gmünd diese Patientenbefragung und stehe Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.</p> <p>Ilona Herzig E-Mail: mail-an-patientenbefragung@web.de</p> <p>Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen <b>bis spätestens 28.03.2014</b> mit dem beiliegenden frankierten Rückantwortkuvert an die Stauer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd zurück.</p> <p>Vielen Dank für Ihre Unterstützung!</p> <p style="text-align: right;"><b>Starten Sie bitte auf der nächsten Seite...</b></p>

Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen und entscheiden Sie sich für eine der Antwortmöglichkeiten.  
 Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese aus.

**1. Wie zufrieden sind Sie mit der Staufer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd?**

<b>1.1 Zufriedenheit mit der „Behandlung“: In Bezug auf...</b>	<b>sehr unzufrieden</b>				<b>sehr zufrieden</b>
...die Information über Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Therapieviefalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Therapiedauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Besprechung des Therapieplans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>1.2 Zufriedenheit mit der „Organisation“: In Bezug auf...</b>	<b>sehr unzufrieden</b>				<b>sehr zufrieden</b>
...die Information über den Reha-Ablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Abläufe der Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Länge der Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Einbeziehung der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Zusammenarbeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>1.3 Zufriedenheit mit der „Einrichtung“: In Bezug auf...</b>	<b>sehr unzufrieden</b>				<b>sehr zufrieden</b>
...die Atmosphäre in der Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Behandlung- und Funktionsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Aufenthaltsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Ruhemöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Umkleieräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Sauberkeit der Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Gestaltung der Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Zufriedenheit mit dem „Personal“: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die fachliche <i>Beratung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die therapeutische <i>Betreuung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die ärztliche <i>Betreuung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 Zufriedenheit mit der „Infrastruktur“: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...den Abholservice (Fahrdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Freundlichkeit des Fahrdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Hilfsbereitschaft des Fahrdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Anreisezeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Mittagspause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Verpflegung (Mittagessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg der Stauer-Reha?

In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...den veränderten Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die verbesserte Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Sehen Sie Belastungen in einer ambulanten Reha?

In Bezug auf...	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja
...die täglichen Hin- und Rückfahrten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...das Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Versorgung des Haushalts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Betreuung von Angehörigen (oder Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**4. Wie zufrieden sind Sie im Großen und Ganzen mit der Staufer-Reha?**

<b>sehr unzufrieden</b>				<b>sehr zufrieden</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Ich würde mich wieder für eine ambulante Reha entscheiden.**

<b>Stimme gar nicht zu</b>				<b>Stimme voll zu</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Ich würde mich heute noch einmal für die Staufer-Reha entscheiden.**

<b>Stimme gar nicht zu</b>				<b>Stimme voll zu</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Ich würde die Staufer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd weiterempfehlen.**

<b>Stimme gar nicht zu</b>				<b>Stimme voll zu</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Welche positiven Erfahrungen haben Sie mit der Staufer-Reha gemacht?**

.....

.....

.....

**9. Was können wir Ihrer Meinung nach noch verbessern?**

.....

.....

.....

## 10. Persönliche Daten:

Wie alt sind Sie?  bis 30 Jahre  31 – 40 Jahre  41 – 50 Jahre  51 – 60 Jahre  
 61 – 70 Jahre  71 – 80 Jahre  über 80 Jahre

Ihr Geschlecht?  weiblich  männlich

Wie weit wohnen Sie vom Stauer-Reha entfernt?  bis 5 km  6 – 10 km  
 11 – 20 km  über 20 km

Weshalb wurden Sie rehabilitativ behandelt?  Knie  Schulter  
 Hüfte  Wirbelsäule  
 Rückenschmerzen  
 Sonstiges

Mit welchem Verkehrsmittel kamen Sie zur Stauer-Reha?  zu Fuß  Auto  
 öffentliche Verkehrsmittel  
 Fahrdienst der Stauer-Reha  
 Sonstiges

Wie lange waren Sie in der Stauer-Reha?  10 Mal  15 Mal  
 20 Mal

---

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen bis **spätestens 28.03.2014**  
in den Briefkasten der Stauer-Reha direkt vor dem Eingang der Abteilung ein.

**Mit besten Wünschen für Ihre Gesundheit und vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Anlage 8 Rücklauf der Datenerhebung

	Postalisch	Inhouse	Gesamt
<b>Insgesamt</b>	190	24	214
<b>Rücklauf Anzahl</b>	109	22	134
<b>Rücklauf %</b>	57,37	91,67	62,62

## Anlage 9 Häufigkeitstabelle Behandlungsdauer

### Statistiken

#### Dauer der Behandlung

N	Gültig	132
	Fehlend	2

#### Dauer der Behandlung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	15 Mal	64	47,76	48,48
	20 Mal	57	42,54	43,18
	Andere	8	5,97	6,06
	10 Mal	3	2,24	2,27
	Gesamt	132	98,51	100,00
Fehlend	System	2	1,49	
Gesamt		134	100,0	

## Anlage 10 Häufigkeitstabelle und Diagramm Entfernung

### Statistiken

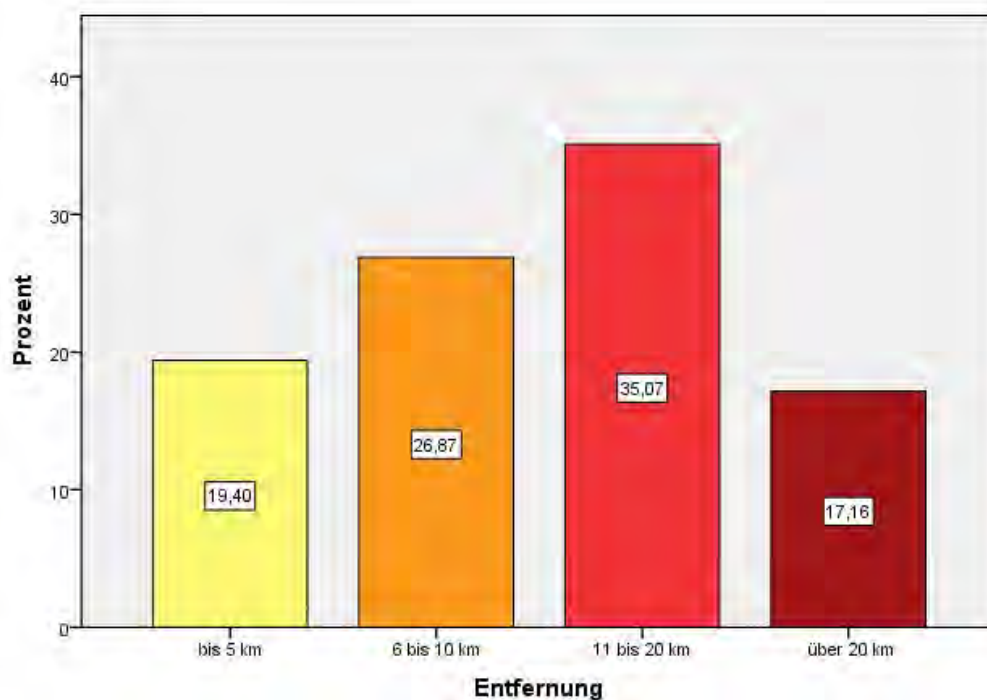
#### Entfernung

N	Gültig	132
	Fehlend	2

#### Entfernung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 5 km	26	19,40	19,70
	6 bis 10 km	36	26,87	46,97
	11 bis 20 km	47	35,07	82,58
	über 20 km	23	17,16	100,00
	Gesamt	132	98,51	100,00
Fehlend System	2	1,49		
Gesamt	134	134	100,0	

#### Entfernung



## Anlage 11 Häufigkeitstabelle Verkehrsmittel

### Statistiken

#### Anreise bzw. Verkehrsmittel

N	Gültig	132
	Fehlend	2

#### Anreise bzw. Verkehrsmittel

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Pro- zente
Gültig	zu Fuß	6	4,48	4,55
	Auto	10	7,46	12,12
	Fahrdienst der Staufer-Reha	113	84,33	97,73
	Sonstiges	3	2,24	100,00
	Gesamt	132	98,51	
Fehlend	System	2	1,49	
Gesamt		134	134	100,0



## Anlage 12 Mittelwerttabelle Zufriedenheitsbeurteilungen

### Zufriedenheit

	Mittelwert	Gesamtanzahl	Fehlend
Umkleideräume	3,80	134	1
Ruhemöglichkeiten	3,87	134	8
Aufenthaltsraum	3,88	134	4
Gestaltung der Räume	4,12	134	4
Einbeziehung der Angehörigen	4,33	134	51
Verpflegung	4,35	134	3
Anreisezeit	4,46	134	13
Länge der Wartezeit	4,52	134	4
Besprechung des Therapieplans	4,53	134	3
Therapiedauer	4,59	134	3
Information über Behandlung	4,60	134	3
Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	4,60	134	3
Abläufe der Therapien	4,60	134	2
Sauberkeit der Räume	4,61	134	2
Mittagspause	4,63	134	4
Zusammenarbeit des Personals	4,63	134	3
Therapievelfalt	4,66	134	1
Information über Reha-Ablauf	4,66	134	2
Atmosphäre in der Reha	4,66	134	2
Abholservice (Fahrdienst)	4,77	134	14
Freundlichkeit des Fahrdienstes	4,79	134	15
Hilfsbereitschaft des Fahrdienstes	4,79	134	15
Personal	4,79	134	11
<b>Gesamtzufriedenheit</b>	<b>4,79</b>	<b>134</b>	<b>0</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>4,54</b>		

- Die Anlage 12 wurde aus Datenschutzgründen verändert<sup>397</sup>

<sup>397</sup> Die Fragen zur Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, fachlichen Beratung, ärztlichen und therapeutischen Betreuung sind in der Originalversion getrennt ausgewiesen und werden hier zusammengefasst als Personal dargestellt.

## Anlage 13 Häufigkeitstabelle Zustimmungsgrade

### Zustimmungsgrade

	1	2	3	4	5	Gesamt
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Wiederholte Entscheidung für eine ambulante Reha	1	1	2	7	123	134
Wiederholte Entscheidung für die Staufer-Reha	1	2	3	7	121	134
Weiterempfehlung der Staufer-Reha	0	0	3	9	122	134

## Anlage 14 Häufigkeitstabelle und Histogramm mit Normalverteilungskurve

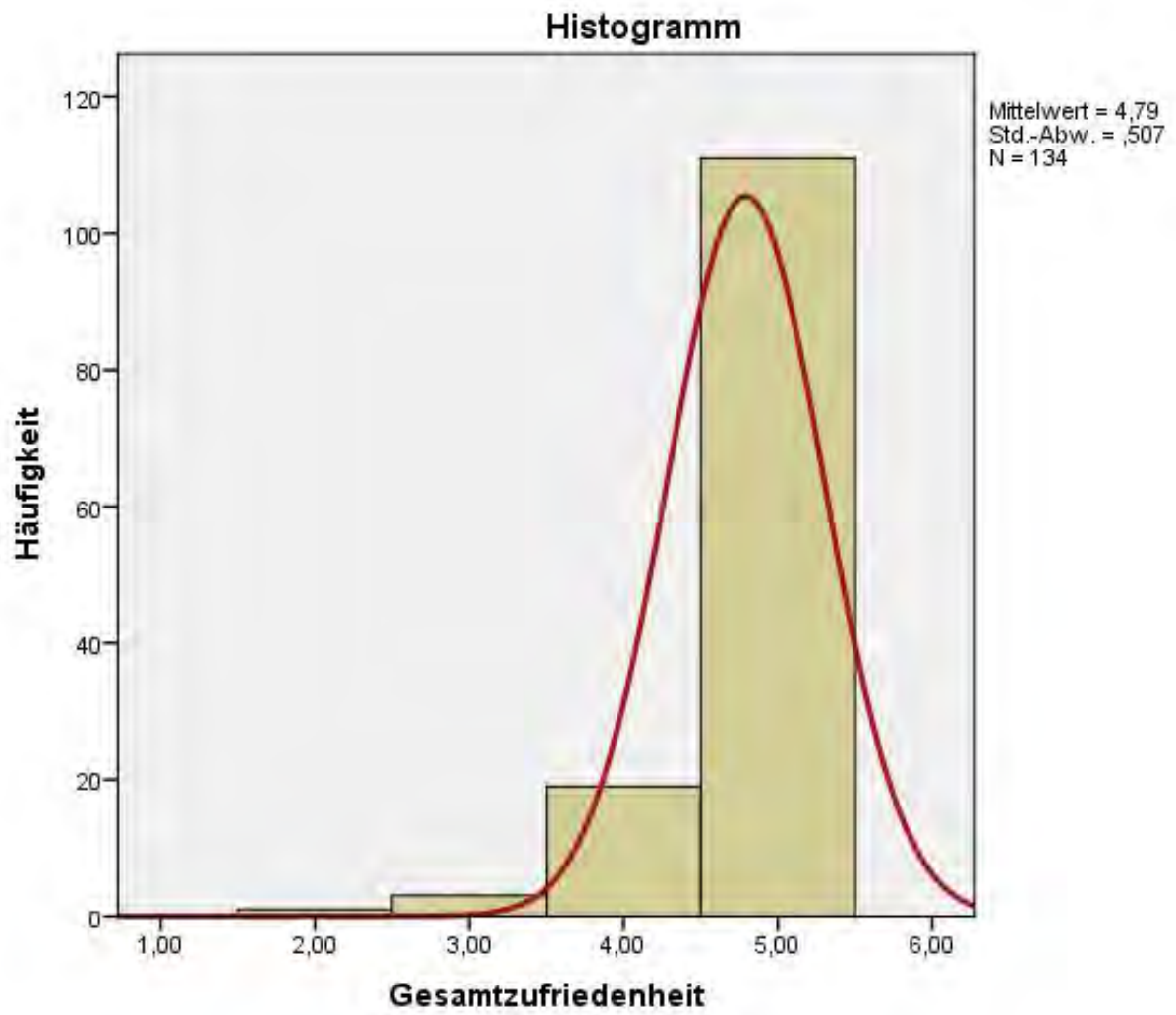
### Statistiken

#### Gesamtzufriedenheit

N	Gültig	134
	Fehlend	0
Mittelwert		4,79
Standardabweichung		0,50672
Varianz		0,257

#### Gesamtzufriedenheit

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2	1	0,75	0,75	0,75
3	3	2,24	2,24	2,99
Gültig 4	19	14,18	14,18	17,16
5	111	82,84	82,84	100,00
Gesamt	134	100,00	100,00	



## Anlage 15 T-Test Gesamtzufriedenheit / Geschlecht

		Levene-Test der Varianzgleichheit	
		F	Signifikanz
Gesamtzufriedenheit	Varianzen sind gleich	,769	,382
	Varianzen sind nicht gleich		

		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
							Untere	Obere
Gesamtzufriedenheit	Varianzen sind gleich	-,248	130	,804	-,02222	,08945	-,19919	,15475
	Varianzen sind nicht gleich	-,257	125,711	,798	-,02222	,08657	-,19354	,14909

## Anlage 16 Korrelation Gesamtzufriedenheit / Geschlecht

### Korrelationen

		Gesamtzufriedenheit	Geschlecht
Gesamtzufriedenheit	Korrelation nach Pearson	1	0,022
	Signifikanz (2-seitig)		0,804
	N	134	132
Geschlecht	Korrelation nach Pearson	0,022	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,804	
	N	132	132

## Anlage 17 T-Test Gesamtzufriedenheit / Entfernung

		Levene-Test der Varianzgleichheit	
		F	Signifikanz
Gesamtzufriedenheit	Varianzen sind gleich	3,484	,084
	Varianzen sind nicht gleich		

		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
							Untere	Obere
Gesamtzufriedenheit	Varianzen sind gleich	-,925	130	,357	-,08157	,08821	-,25608	,09295
	Varianzen sind nicht gleich	-,943	124,773	,348	-,08157	,08650	-,25276	,08962

## **Anlage 18 Häufigkeitstabelle Positive Erfahrungen**

### **Anlage 18/1 Häufigkeitstabelle Positive Erfahrungen / Geschlecht**

*- Die Anlagen 18 und 18/1 wurden aus Datenschutzgründen entfernt-*

## **Anlage 19 Häufigkeitstabelle Verbesserungsvorschläge**

### **Anlage 19/1 Häufigkeitstabelle Verbesserungsvorschläge / Geschlecht**

*- Die Anlagen 19 und 19/1 wurden aus Datenschutzgründen entfernt-*

## Anlage 20 Ergebnisübersicht der Patientenbefragung 2014



### Ergebnisse der Patientenbefragung

„Staufer-Reha“

März 2013 bis März 2014

In dem oben genannten Zeitraum wurden 214 Patienten in der Staufer-Reha rehabilitativ behandelt, die alle befragt wurden.  
Hiervon füllten **134 Patienten** den Fragebogen aus.

#### Rücklaufquote:

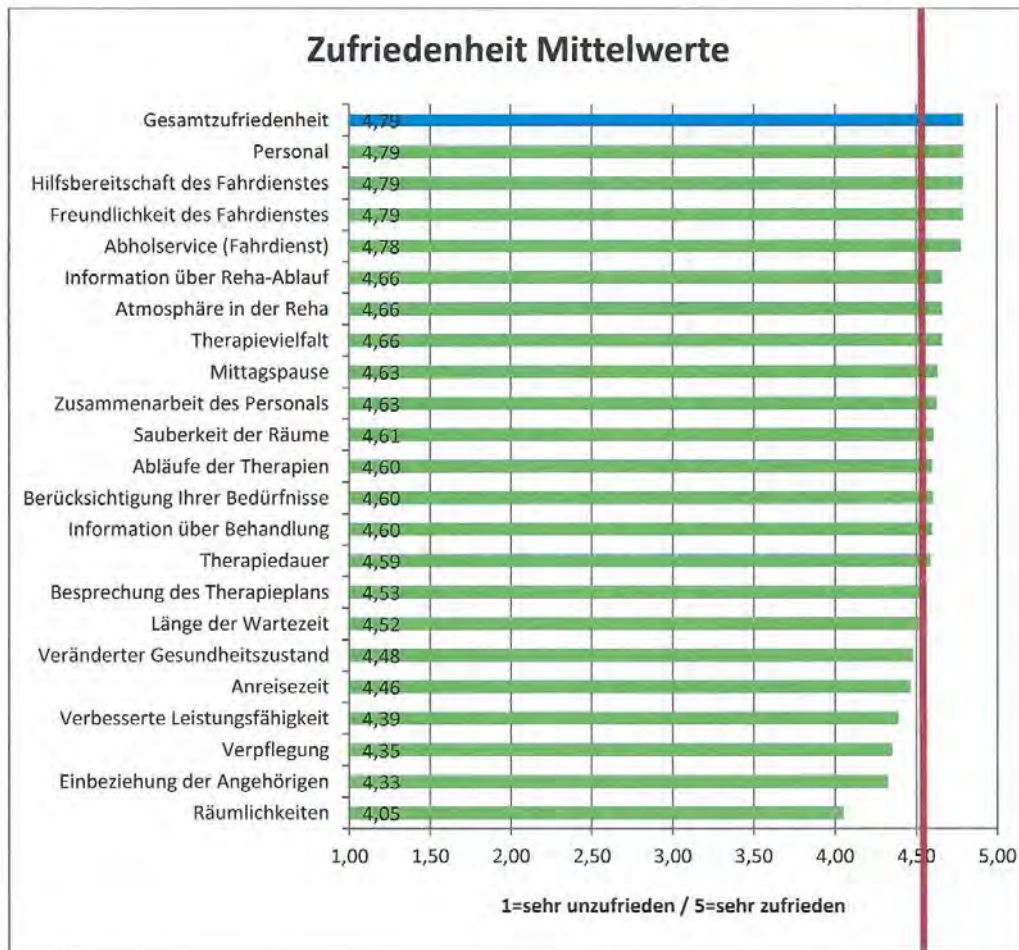
	Postalisch	Inhouse	Gesamt
Insgesamt	190	24	214
Rücklauf Anzahl	109	22	134
Rücklauf %	57,37	91,67	62,62

#### Skalenbewertung:

Antwortkategorien	Punkte	Bedeutung
Sehr unzufrieden / Stimme gar nicht zu	1	nicht zufriedenstellend
Offene Kategorie	2	weniger zufriedenstellend
Offene Kategorie	3	zufriedenstellend
Offene Kategorie	4	recht zufriedenstellend
Sehr zufrieden / Stimme voll zu	5	sehr zufriedenstellend

→ Je höher die Punktzahl, desto besser und zufriedenstellender das Ergebnis.

## Ergebnisse der Zufriedenheitsbeurteilungen



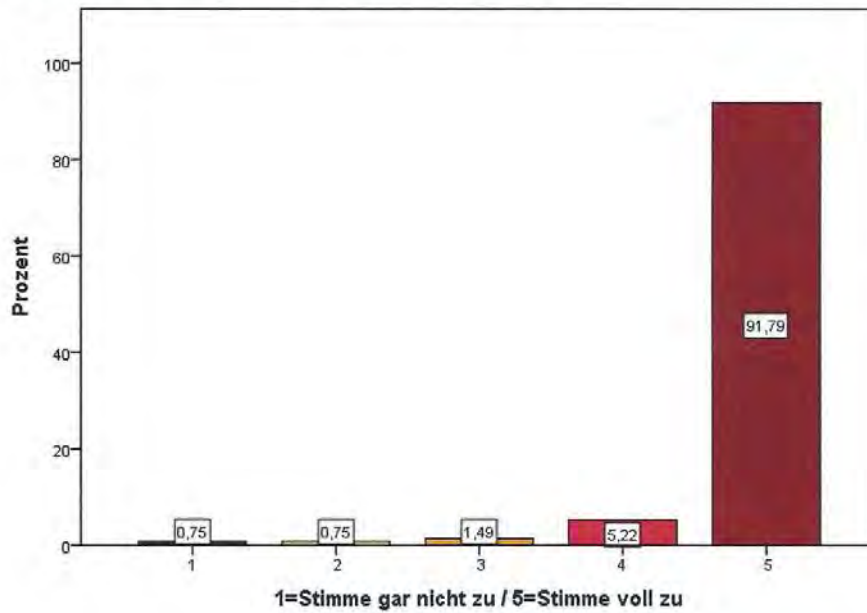
**Gesamtdurchschnitt (rote Linie): 4,54**

Ränge	
Rang 1	Personal: Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft, fachliche Beratung, therapeutische Betreuung, ärztliche Betreuung
Rang 2	Hilfsbereitschaft des Fahrdienstes
Rang 3	Freundlichkeit des Fahrdienstes
3. letzter Rang	Abholservice
2. letzter Rang	Information über Reha-Ablauf
Letzter Rang	Verpflegung
	Einbeziehung der Angehörigen
	Räumlichkeiten



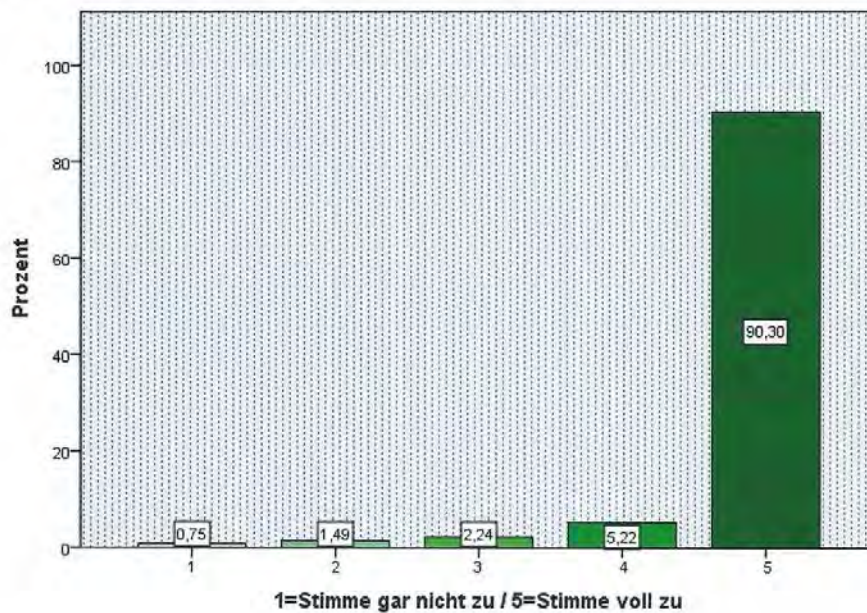
**Ich würde mich wieder für eine ambulante Reha entscheiden.**

Wiederholte Entscheidung für eine ambulante Reha



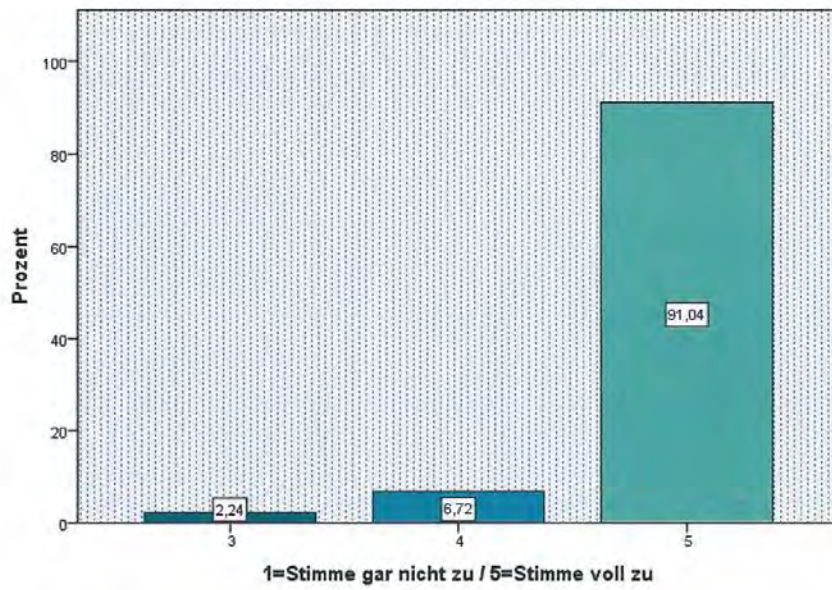
**Ich würde mich heute noch einmal für die Stauer-Reha entscheiden.**

Wiederholte Entscheidung für die Stauer-Reha



Ich würde die Stauer-Reha im Stauferklinikum SGD weiterempfehlen.

Weiterempfehlung der Stauer-Reha



## Anlage 21 Mittelwertvergleich der Patientenbefragungen 2013/2014

	Mittelwerte 2013	Mittelwerte 2014	Abweichung von 2013
Freundlichkeit des Personals	4,87	4,78	-0,09
Ärztliche und Therapeutische Betreuung	4,87	4,81	-0,06
Zusammenarbeit des Personals	4,65	4,63	-0,02
Information über Krankheit und Behandlung	4,61	4,60	-0,01
Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	4,63	4,60	-0,03
Einbeziehung der Angehörigen	4,23	4,33	0,10
Sauberkeit der Räume	4,71	4,61	-0,10
Räumliche Gestaltung*	4,29	3,92	-0,37
<b>Gesamt</b>	<b>4,61</b>	<b>4,54</b>	<b>-0,07</b>

\* Betreffend 2014: Gestaltung der Räume, Aufenthaltsraum, Umkleieräume, Ruhemöglichkeiten

-Die Anlage 21 wurde aus Datenschutzgründen verändert-<sup>398</sup>

---

<sup>398</sup> Die Fragen zur ärztlichen und therapeutischen Betreuung sind in der Originalversion getrennt ausgewiesen und werden hier zusammengefasst dargestellt.



## Anlage 22 Fragebogenbeispiel (Skalengestaltung)

Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen und entscheiden Sie sich für eine der Antwortmöglichkeiten.

62

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese aus.

### 1. Wie zufrieden sind Sie mit der Stauer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd?



1.1 Zufriedenheit mit der „Behandlung“: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Information über Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Therapieviefalt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Therapiedauer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Besprechung des Therapieplans	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Zufriedenheit mit der „Organisation“: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Information über den Reha-Ablauf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Abläufe der Therapien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Länge der Wartezeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Einbeziehung der Angehörigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Zusammenarbeit des Personals	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Zufriedenheit mit der „Einrichtung“: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Atmosphäre in der Reha	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Behandlung- und Funktionsräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...den Aufenthaltsraum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Ruhemöglichkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Umkleieräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Sauberkeit der Räume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Gestaltung der Räume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Zufriedenheit mit dem „Personal“: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Freundlichkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Hilfsbereitschaft	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die fachliche <i>Beratung</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die therapeutische <i>Betreuung</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die ärztliche <i>Betreuung</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.5 Zufriedenheit mit der „Infrastruktur“: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...den Abholservice (Fahrdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Freundlichkeit des Fahrdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Hilfsbereitschaft des Fahrdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Anreisezeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Mittagspause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Verpflegung (Mittagessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg der Stauer-Reha?

In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...den veränderten Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die verbesserte Leistungsfähigkeit im Alltag und in der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Sehen Sie Belastungen in einer ambulanten Reha?

In Bezug auf...	nein	eher nein	teils, teils	eher ja	ja
...die täglichen Hin- und Rückfahrten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...das Gefühl, nicht richtig Abstand und Ruhe zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Versorgung des Haushalts	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Betreuung von Angehörigen (oder Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Wie zufrieden sind Sie im Großen und Ganzen mit der Stauer-Reha?



sehr unzufrieden				sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5. Ich würde mich wieder für eine ambulante Reha entscheiden.

Stimme gar nicht zu				Stimme voll zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Ich würde mich heute noch einmal für die Stauer-Reha entscheiden.

Stimme gar nicht zu				Stimme voll zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7. Ich würde die Stauer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd weiterempfehlen.

Stimme gar nicht zu				Stimme voll zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

8. Welche positiven Erfahrungen haben Sie mit der Stauer-Reha gemacht?

.....

.....

.....

9. Was können wir Ihrer Meinung nach noch verbessern?

.....

.....

.....

## Anlage 23 Fragebogenbeispiel (Skalenbeschriftung)

### Beispiel 1

Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen und entscheiden Sie sich für eine der Antwortmöglichkeiten.

97

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese aus.

#### 1. Wie zufrieden sind Sie mit der Stauer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd?

1.1 Zufriedenheit mit der „ <u>Behandlung</u> “: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Information über Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Therapieviefalt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Therapiedauer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Besprechung des Therapieplans	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1.2 Zufriedenheit mit der „ <u>Organisation</u> “: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Information über den Reha-Ablauf	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Abläufe der Therapien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Länge der Wartezeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Einbeziehung der Angehörigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Zusammenarbeit des Personals	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1.3 Zufriedenheit mit der „ <u>Einrichtung</u> “: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Atmosphäre in der Reha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Behandlung- und Funktionsräume	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...den Aufenthaltsraum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Ruhemöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Umkleieräume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Sauberkeit der Räume	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Gestaltung der Räume	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

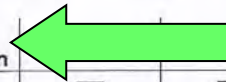


## Beispiel 2

Sie machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen und entscheiden Sie sich für eine der Antwortmöglichkeiten.  
Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie diese aus.

### 1. Wie zufrieden sind Sie mit der Stauer-Reha im Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd?

1.1 Zufriedenheit mit der „ <u>Behandlung</u> “: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Information über Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Therapieviefalt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Therapiedauer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Besprechung des Therapieplans	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



1.2 Zufriedenheit mit der „ <u>Organisation</u> “: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Information über den Reha-Ablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Abläufe der Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Länge der Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Einbeziehung der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Zusammenarbeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1.3 Zufriedenheit mit der „ <u>Einrichtung</u> “: In Bezug auf...	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
...die Atmosphäre in der Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Behandlung- und Funktionsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...den Aufenthaltsraum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Ruhemöglichkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Umkleieräume	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Sauberkeit der Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
...die Gestaltung der Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



# **Analyse und Optimierung der telefonischen Erreichbarkeit in der Telefonzentrale einer gesetzlichen Krankenkasse**

von

Christina Fahrner

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	XII
Abbildungsverzeichnis .....	XIII
Tabellenverzeichnis.....	XIV
1 Einleitung.....	200
1.1 Problem- und Fragestellung .....	200
1.2 Zielsetzung.....	201
1.3 Vorgehensweise - Methode und Aufbau .....	201
2 Grundlagen .....	202
2.1 Definition Callcenter .....	203
2.1.1 Definition „Telefonzentrale“ .....	204
2.1.2 Ist die Telefonzentrale der auftraggebenden Krankenkasse ein Callcenter?.....	205
2.2 Definition „telefonische Erreichbarkeit“ in der auftraggebenden Krankenkasse .....	206
2.3 Strukturen von Callcentern.....	207
2.3.1 Inbound-Callcenter .....	207
2.3.2 Outbound-Callcenter .....	207
2.3.3 Inhouse-Callcenter.....	208
2.3.4 Dienstleistungs-Callcenter.....	208
2.3.5 Die Callcenterstruktur in der auftraggebenden Krankenkasse.....	209
3 Aufbauorganisation .....	209
3.1 Organigramm der Telefonzentrale .....	212
3.1.1 Die Abteilungsleitung der Telefonzentrale .....	213
3.1.2 Die Teamleitung der Telefonzentrale .....	213
3.1.3 Die Kundenbetreuer der Telefonzentrale .....	214
3.2 Ablauforganisation .....	214
3.2.1 Prozess in der Telefonzentrale .....	215
3.2.1.1 Prozess bis Februar 2014.....	215
3.2.1.2 Prozess ab März 2014.....	219
3.3 Das externe Callcenter.....	219
3.3.1 Die Inhalte des am 17.02.2011 geschlossenen Vertrags.....	221
4 Analyse .....	222
4.1 Analyse der telefonischen Erreichbarkeit in der auftraggebenden Krankenkasse .....	222

4.1.1	Durchführung .....	223
4.1.2	Aufbau der Zeitaufnahme.....	223
4.1.3	Ergebnisse .....	225
4.2	Beobachtung.....	228
4.2.1	Aufbau der Beobachtung.....	229
4.2.2	Durchführung .....	230
4.2.3	Ergebnisse .....	230
4.3	Experteninterviews zum Thema „telefonische Erreichbarkeit“ .....	238
4.3.1	Aufbau des Experteninterviews .....	239
4.3.2	Durchführung .....	241
4.3.3	Ergebnisse .....	243
5	Optimierungsvorschläge für die Telefonzentrale und die gesamte auftraggebende Krankenkasse.....	251
5.1	Optimierungsvorschläge für die Telefonzentrale .....	251
5.1.1	Elektronisches Adressbuch optimieren .....	251
5.1.2	Dienstanweisung Telefon und Kommunikation beachten.....	256
5.1.3	Zentraldruck nutzen .....	257
5.1.4	Anschaffung von zusätzlichen Faxgeräten .....	257
5.1.5	Einheitlicher Einlernprozess .....	258
5.1.6	Arbeitsplatzgestaltung.....	260
5.2	Strategische Optimierungsvorschläge .....	261
5.2.1	Räumliche Zentralisierung.....	261
5.2.2	Servicezeiten anpassen .....	262
5.2.3	Fallabschlussquote erhöhen.....	263
5.2.4	Überlaufgestaltung.....	264
5.2.5	Bearbeitungszeiten verlängern.....	265
6	Schlussbetrachtung .....	266
	Quellenverzeichnis.....	270
	Verzeichnis interner Unternehmensquellen .....	271
	Gesprächsverzeichnis.....	271
Anhang	.....	272

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bezeichnung</b>
ACD	Automatic Call Distribution
DA TUK	Dienstanweisung Telefon und Kommunikation
DHBW	Duale Hochschule Baden-Württemberg
KC	Kompetenzcenter
MKE	Mitarbeiterkapazitätseinheiten

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausschnitt aus dem Organigramm: Die Region 1 mit der Telefonzentrale .....	212
Abbildung 2:	Ausschnitt aus dem Organigramm: Die Telefonzentrale .....	213
Abbildung 3:	Maske in 21c, der Software für gesetzliche Krankenkassen .....	216
Abbildung 4:	Das elektronische Adressbuch .....	217
Abbildung 5:	Der zuständige Mitarbeiter im elektronischen Adressbuch .....	217
Abbildung 6:	Das Kontaktformular des externen Dienstleisters .....	221
Abbildung 7:	Quotenvergleich .....	226
Abbildung 8:	Weiterleitungen.....	226
Abbildung 9:	Allgemeiner Partnereinstieg in 21c .....	231
Abbildung 10:	Versicherte Person bearbeiten in 21c .....	232
Abbildung 11:	Verhältnis Zentraldruck zu manuellen Druck.....	234
Abbildung 12:	Das elektronische Adressbuch findet den gesuchten Mitarbeiter nicht .....	235
Abbildung 13:	Auszug aus der Sammelnummernliste .....	236
Abbildung 14:	Standort und Nebenstandort sind nicht identisch (Versicherte ist eine Testperson) .....	237
Abbildung 15:	Fehlende Telefonnummer .....	252
Abbildung 16:	Änderungsvorschlag 1 im elektronischen Adressbuch .....	254
Abbildung 17:	Änderungsvorschlag 2 im elektronischen Adressbuch .....	255
Abbildung 18:	Eingefügte Sammelnummer.....	255
Abbildung 19:	Arbeitsweise 1.....	259
Abbildung 20:	Arbeitsweise 2.....	259

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Die Segmente im Organigramm.....	210
Tabelle 2:	Auszug Zeitermittlungsprotokoll.....	224
Tabelle 3:	Start und Ende der Einzelzeitmessung in den jeweiligen Abschnitten eines Anrufs .....	225
Tabelle 4:	Weiterleitungsfehlversuche .....	227
Tabelle 5:	Belegt- und Durchklingelfälle in den Bereichen der Kundenbetreuung .....	228
Tabelle 6:	Zentraldruck vs. manuellem Druck.....	233
Tabelle 7:	Dauer der Fallschilderung oder der Annahmeverweigerung im Bereich .....	237
Tabelle 8:	Dauer beim Weiterverbinden oder Durchklingeln .....	238
Tabelle 9:	Einleitungsfrage und Antwortmöglichkeiten mit Alternativen.....	240
Tabelle 10:	Allgemeine Angaben .....	240
Tabelle 11:	Antworten zu Frage 1 im Block A.....	243
Tabelle 12:	Antworten zu Frage 2 im Block A.....	244
Tabelle 13:	Antworten zu Frage 3 im Block A.....	244
Tabelle 14:	Antworten zu Frage 4 im Block A.....	245
Tabelle 15:	Antworten zu Frage 1 im Block B.....	245
Tabelle 16:	Antworten zu Frage 2 im Block B.....	246
Tabelle 17:	Antworten zu Frage 3 im Block B.....	246
Tabelle 18:	Antworten zu Frage 4 im Block B.....	247
Tabelle 19:	Antworten zu Frage 5 in Block B.....	248
Tabelle 20:	Antworten zu Frage 1 im Block C.....	248
Tabelle 21:	Antworten zu Frage 2 im Block C.....	249
Tabelle 22:	Antworten zu Frage 3 im Block C.....	249
Tabelle 23:	Antworten zu Frage 4 im Block C.....	250
Tabelle 24:	Antworten zu Frage 5 im Block C.....	250
Tabelle 25:	Antworten zu Frage 6 im Block C.....	251
Tabelle 26:	Excelliste für Systemadministrator .....	253
Tabelle 27:	Weiterleitungsdauer bei Adressbuchproblemen.....	254
Tabelle 28:	Verhältnis Versicherte zu Callcenter-Mitarbeitern.....	265

# 1 Einleitung

Seit der Kassenwahlfreiheit 1996 sowie der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes 2009 und durch die Prämienausschüttung an die Versicherten in den letzten zwei Jahren sind die Krankenkassen einem stärkeren Wettbewerbsdruck ausgesetzt.<sup>1</sup> Versicherte vergleichen aufgrund des einheitlichen Beitragssatzes den Service und die Leistungen der verschiedenen Krankenkassen vermehrt miteinander. Der Service - unter anderem die telefonische Erreichbarkeit sowie die Qualität der Beratung - ist sehr wichtig für die Kunden. Bei Servicemängeln, wie Erreichbarkeitsproblemen oder suboptimaler Beratung bei Gesundheitsproblemen, sinkt die Kundenzufriedenheit und es kann zu einem unerwünschten Krankenkassenwechsel kommen.<sup>2</sup>

## 1.1 Problem- und Fragestellung

Die Versicherten der auftraggebenden Krankenkasse können bei Fragen telefonisch, per Skype-Chat, WhatsApp, Facebook, Twitter oder per E-Mail Kontakt zum Unternehmen aufnehmen. Das Telefon ist jedoch der bevorzugte Kontaktweg, die Anrufe steigen stetig. Waren es 2010 noch 436.578<sup>3</sup> Anrufe, stieg deren Anzahl in 2013 auf 579.304<sup>4</sup>, die alle in der Telefonzentrale der Krankenkasse eingingen. 41<sup>5</sup> Mitarbeiter kümmern sich um die Anliegen der Versicherten, der Leistungserbringer sowie der Arbeitgeber. Wenn die Fragen jedoch zu fachspezifisch sind, werden die Telefonanrufe in die Servicecenter, die Fachbereiche der Kundenbetreuung, weitergeleitet.

Täglich werden in der Telefonzentrale bis zu 2.400 Telefonanrufe entgegen genommen. Pro Telefonanruf inklusive der Nachbearbeitung werden drei Minuten einkalkuliert. Die telefonische Erreichbarkeit liegt derzeit bei 71 %. Jedoch wäre eine Erreichbarkeit zwischen 80 % und 90 % für die auftraggebende Krankenkasse am wirtschaftlichsten.<sup>6</sup> Die Anrufe, die nicht von den Mitarbeitern der Telefonzentrale entgegen genommen werden konnten, die sogenannten Abwürfe, wurden bis Ende Februar an ein externes Callcenter weitergeleitet. Durch die Zusammenarbeit mit dem externen Dienstleister wurde eine Gesamterreichbarkeit von ca. 94 % erzielt.<sup>7</sup>

Die Mitarbeiter der Telefonzentrale sollen möglichst schnell in die Servicecenter verbinden und wenig am Telefon beraten, um die telefonische Erreichbarkeit zu erhöhen. Ab März 2014 werden die Überläufe nicht mehr an den externen Dienstleister, sondern direkt an die Servicecenter weitergelei-

---

<sup>1</sup> Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.) (o. J.), <http://www.aok-bv.de> (Stand: 27.01.2014)

<sup>2</sup> Vgl. Schümann, F.; Tisson, H. (2006), S. 111

<sup>3</sup> Interne Daten der Krankenkasse

<sup>4</sup> Ebd.

<sup>5</sup> Ebd.

<sup>6</sup> Vgl. o. V. (o. J.): Aktennotiz, Einschätzung Erreichbarkeit und Personalbedarf der Telefonzentrale

<sup>7</sup> Vgl. Interne Daten der Krankenkasse

tet. Sind die Kundenbetreuer in den Servicecentern oder die Sammler nicht erreichbar, ertönt das Belegtzeichen und der Anruf wird beendet. Das externe Callcenter wird im neuen Modell nur noch nach Geschäftsschluss genutzt, da die externen Anrufe doppelt so teuer und qualitativ schlechter sind, wie die in der Telefonzentrale entgegen genommenen.<sup>8</sup>

Nun stellen sich folgende Fragen: Steigert das neue System im Vergleich zum alten die Erreichbarkeit und ist es wirtschaftlicher oder wird das Erreichbarkeitsproblem nun auf die Servicecenter verlagert? Wie kann die telefonische Erreichbarkeit in der Telefonzentrale gesteigert werden, ohne die Servicecenter mit zusätzlichen Anrufen zu belasten? Und schließlich: Reichen drei Minuten für einen Telefonanruf aus, um eine qualitativ hochwertige Beratung zu gewährleisten?

## **1.2 Zielsetzung**

Wenn die Erreichbarkeit nicht gewährleistet werden kann, sind viele Versicherte betroffen, da das Telefon als Hauptkontaktweg zur auftraggebenden Krankenkasse genutzt wird. Nachfolgend wird die telefonische Erreichbarkeit nur am Standort L. beleuchtet. Das Ziel der Arbeit ist es, durch Beobachtung und Zeitermittlung die Probleme zu analysieren, die die telefonische Erreichbarkeit negativ beeinflussen und schlussendlich die Erreichbarkeit zu optimieren.

Zugleich werden Experten (Leiter von anderen Telefonzentralen großer Krankenkassen) zu dem Thema „Telefonische Erreichbarkeit“ interviewt. Ziel ist es, aus den Expertengesprächen sowie aus den oben genannten Beobachtungen, Zeitermittlungen und der Telefonprozessanalyse neue Erkenntnisse zu gewinnen und Handlungsempfehlungen für die auftraggebende Krankenkasse abzuleiten, um die bestehenden Probleme zu minimieren, damit eine hohe Kundenzufriedenheit gewährleistet werden kann.

## **1.3 Vorgehensweise - Methode und Aufbau**

In dem zweiten Kapitel werden Begrifflichkeiten wie Telefonzentrale - in anderen Krankenkassen auch Callcenter genannt - und die telefonische Erreichbarkeit definiert. Außerdem werden die verschiedenen Arten von Callcentern und deren Merkmale kurz beleuchtet.

Kapitel drei beschreibt die Struktur der Telefonzentrale der auftraggebenden Krankenkasse. Es werden die Aufbau- und Ablauforganisation der Telefonzentrale sowie die Leistungen des externen Callcenters dargestellt. Außerdem wird der neue Anrufprozess der auftraggebenden Krankenkasse dem alten gegenüber gestellt.

---

<sup>8</sup> Vgl. (o. V.) (o. J.): Aktennotiz, Neuer Call-Flow



Die Erreichbarkeitssituation in der auftraggebenden Krankenkasse wird im vierten Kapitel thematisiert. Dazu werden Experteninterviews und Zeitmessungen, kombiniert mit Beobachtungen, durchgeführt. Die erste Überlegung war, eine telefonische Befragung durchzuführen. Nach einer Anfrage bei 30 Krankenkassen erklärten sich nur drei bereit, an einer solchen teilzunehmen. Als Grund für die große Ablehnung nannten die Vertreter dieser Kassen, dass sie keine Unternehmensinterna preisgeben wollen. Die Verfasserin entschied sich dann für ein Experteninterview, da diese Methode der quantitativen Sozialforschung stärker in die Tiefe geht und sich „nicht nur auf statistische Kennwerte“<sup>9</sup> bezieht. Im selben Kapitel wird der Aufbau des Leitfadens für das leitfadengestützte offene Interview, sowie die Durchführung mit drei Experten großer Krankenkassen und die Analyse der Ergebnisse beschrieben. Außerdem werden der Aufbau und die Durchführung der Zeitermittlung mit der kombinierten Beobachtung erläutert. Es wird zudem auf die Vor- und Nachteile der Methoden eingegangen.<sup>10</sup>

Im fünften Kapitel werden für die auftraggebende Krankenkasse Optimierungsvorschläge ausgesprochen. Diese basieren einerseits auf der Zeitermittlung und den Beobachtungen, andererseits auf den Experteninterviews. In Kapitel sechs wird die Arbeit kurz zusammengefasst, ein Fazit gezogen sowie ein Ausblick gegeben.

## 2 Grundlagen

Der Begriff Callcenter stammt aus den USA, denn dort wurden erstmals Callcenter zur Ticketreservierung und zur Vermittlung von Informationen eingesetzt. Ende der 80er-Jahre wurden Callcenter in Deutschland im Bankensektor zum Telefonbanking, in Versandhandelsunternehmen zum Telefonshopping und für Vertriebszwecke zum Telefonmarketing eingeführt.<sup>11</sup> Aufgrund der rasanten Entwicklung der Kommunikationstechnik wuchs die Branche in den letzten Jahren sehr und ist mittlerweile ein bedeutender Wirtschaftszweig. 2001 gab es in Deutschland ca. 265.000 Callcenter-Arbeitsplätze,<sup>12</sup> 2010 waren es bereits 520.000.<sup>13</sup> Jedoch werden in der Gesellschaft die Callcenter, trotz des stetigen Wachstums, eher abwertend angesehen. Die mangelhafte Qualifikation der Mitarbeiter, schlechte Arbeitsbedingungen oder die Bezahlung nach Mindestlohniveau führen zu diesen Sichtweisen, obwohl ein Callcenter eine wichtige Schnittstelle zwischen dem Unternehmen und dem Kunden darstellt. Die Mitarbeiter im Callcenter übernehmen beispielsweise die Erstberatung, Informationen und Bestellungen von Produkten bis hin zum Notfallservice.

---

<sup>9</sup> Diekmann, A. (2009), S. 532

<sup>10</sup> Vgl. Mayer, H. O. (2013), S. 37-57 ff.

<sup>11</sup> Vgl. Grewenig, I. (2002), S. 2

<sup>12</sup> Helber, S.; Stolletz R. (2004), S. 3

<sup>13</sup> Statista GmbH (Hrsg.) (o. J.), <http://de.statista.com> (Stand: 18.03.2014)

## 2.1 Definition Callcenter

In der Praxis und in der Fachliteratur sind zahlreiche unterschiedliche Definitionen für Callcenter verbreitet. Diese Beschreibungen sind einerseits sehr praxisbezogen, andererseits sehr theoretisch. Der englische Begriff Callcenter bedeutet wörtlich übersetzt „Anrufzentrale“. Dieser Begriff ist im Deutschen nicht so geläufig und im allgemeinen Sprachgebrauch wird die Anrufzentrale entweder Callcenter, Telefonzentrale oder Kundenservice genannt.<sup>14</sup>

Ein Callcenter ist auf den ersten Blick „eine Abteilung, in der eingehende Telefonanrufe entgegen genommen und beantwortet werden“.<sup>15</sup> Dies ist sehr allgemein gehalten und thematisiert nur eingehende und nicht ausgehende Telefonanrufe in Callcentern. Florian Schümann und Horst Tisson definieren Callcenter als „Dienstleistungsunternehmen oder Funktionsbereiche innerhalb von Unternehmen, die eine Reihe von Kommunikationsaufgaben und anderen Dienstleistungen übernehmen“.<sup>16</sup> Schümann und Tisson legen den Schwerpunkt dabei nicht auf den Anrufeingang bzw. -ausgang, sondern auf die Organisationsform. Unternehmen können einen externen Dienstleister hinzuziehen, um die Dienstleistung Kundenkommunikation mittels eines Callcenters einzukaufen oder innerhalb des Unternehmens ein Callcenter selbst betreiben, wenn die nötigen Ressourcen vorhanden sind. Zudem gehen die Autoren auf die Arbeitsaufgaben Kundenkommunikation oder andere Dienstleistungen in einem Callcenter ein. Unter Kundenkommunikation fällt beispielsweise die Informations- und Produktberatung, andere Dienstleistungen sind beispielsweise Bestellvorgänge.

Die Arbeitsgruppe „Call Center im Deutschen Direktmarketingverband“ definiert ein Callcenter als „... ein Instrument zur Organisation der Kunden- und Marktkommunikation mit Mitteln der Telekommunikation“.<sup>17</sup> Der Schwerpunkt liegt hier auf den Kommunikationsmitteln und nicht auf der Organisationsform. Bodo Böse und Erhard Flieger bezeichnen ein Callcenter als „... organisatorische Zusammenfassung von Telefonarbeitsplätzen mit dem Ziel der Erhöhung des Servicegrades (z. B. durch Verbesserung der Erreichbarkeit) und der Optimierung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen“.<sup>18</sup> Dies beschreibt das klassische Callcenter mit ausschließlich Telefonarbeitsplätzen. In der heutigen Zeit werden in Callcentern nicht nur Telefonanrufe angenommen und ggf. weitergeleitet, sondern beispielsweise auch Internet- und Faxanfragen bearbeitet. Unter der „Zusammenfassung von Telefonarbeitsplätzen“ wird, wie in den vorangegangenen Definitionen, einerseits ein internes Callcenter im Unternehmen oder ein externes Dienstleistungs-Callcenter gesehen. Zugleich

---

<sup>14</sup> Ammermann, C. u.a. (2010), S. 36

<sup>15</sup> Arbeitskreis „Interne Revision in der Versicherungswirtschaft“ des Deutschen Instituts für Interne Revision (Hrsg.) (2000), S. 50

<sup>16</sup> Schümann, F.; Tisson, H. (2006), S. 17

<sup>17</sup> Henn, H.; Kruse, J.; Strawe, O. (1998), S. 15

<sup>18</sup> Böse, B.; Flieger E. (1999), S. 5

soll mit einem Callcenter der Servicegrad und die Wirtschaftlichkeit optimiert werden. Das bedeutet, dass ein Unternehmen mit einem gut organisierten Callcenter einen hohen Kundenservice gewährleisten kann. In einem Unternehmen ohne Callcenter oder mit einem schlecht organisierten Callcenter, in dem beispielsweise die Telefone der Kundenbetreuer immer besetzt sind, kann kein hoher Servicegrad gewährleistet werden. Der Einsatz von Callcentern ist wirtschaftlich sinnvoll, da der Kundenbetreuer sein Tagesgeschäft ohne permanentes Telefonklingeln schneller erledigen kann, denn die Mitarbeiter im Callcenter erledigen einen Großteil von Aufgaben selbst, ohne diese weiterleiten zu müssen.

Wolfgang Wiencke und Dorothee Koke bezeichnen Callcenter als „Unternehmensabteilungen oder eigenständige Firmen, die unter Wahrung von Unternehmens- und Marketingzielen und mit Hilfe modernster Informations- und Telekommunikationstechnik einen serviceorientierten und telefonischen Dialog des Unternehmens mit Kunden, Interessenten und Lieferanten gewährleisten“.<sup>19</sup> In dieser Definition wird der Schwerpunkt zum ersten Mal auf die Beteiligten im Telefonprozess sowie auf die Technik gelegt. Die wichtige Schnittstelle zwischen Unternehmen und Kunden ist das Callcenter, denn die Mitarbeiter vermitteln den ersten Eindruck vom Unternehmen nach außen. Wenn die Mitarbeiter beispielsweise unfreundlich sind, ist dieser nicht gut. Werden die Kunden ausführlich beraten oder hat der Kunde das Gefühl, dass ihm zugehört und sein Anliegen ernst genommen wird, dann vermittelt dies einen positiven Eindruck und man kann möglicherweise den Kunden an das Unternehmen binden. Die Kommunikationstechnik ist wichtig und sollte nicht veraltet sein, um effizient und effektiv arbeiten zu können.

Wenn man die aufgeführten Beschreibungen betrachtet, dann sind meistens folgende Elemente enthalten: Organisation, Personal, Serviceorientierung, Technik zur Kommunikation und die Adressaten. Zusammenfassend kann ein guter Kundenservice nur durch ein strukturiertes und organisiertes Callcenter mit qualifiziertem Personal und einer modernen technischen Ausrüstung gewährleistet werden.

### **2.1.1 Definition „Telefonzentrale“**

In der auftraggebenden Krankenkasse gibt es keine einheitliche Definition des Begriffes. Die Mitarbeiter der Abteilung Strategie und die Leiter der Kompetenzcenter der auftraggebenden Krankenkasse verstehen unter den Aufgaben der Telefonzentrale etwas anderes als die Abteilung selbst. Diese unterschiedlichen Sichtweisen haben enorme Auswirkungen. Auf diese Probleme wird im Kapitel vier genauer eingegangen. Die Abteilung Strategie und das Kompetenzcenter sehen die Tele-

---

<sup>19</sup> Wiencke, W.; Koke, D. (1999), S. 11

fonzentrale als Callcenter, das den Erstkontakt mit der auftraggebenden Krankenkasse gewährleisten und einfache Vorgänge bearbeiten soll. Die Mitarbeiter sollen dem Kunden nur allgemeine Anfragen, die auch auf der Homepage sowie in den Broschüren ersichtlich sind, beantworten. Wenn der Kunde jedoch eine individuelle Frage hat, dann wird aus einer Information (Unterrichtung) eine Beratung (Erteilung eines Rates).<sup>20</sup> Der Mitarbeiter in der Telefonzentrale soll aus der Sichtweise der Abteilung Strategie und des Kompetenzzentrums keine ausführliche Beratung durchführen, sondern so schnell wie möglich das Gespräch in den Fachbereich weiterleiten.<sup>21</sup> Gründe für diese Aussage sind: Die meisten Mitarbeiter der Telefonzentrale hätten keine abgeschlossene Berufsausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte. Aufgrund dieser fehlenden Qualifikationen könnten im Beratungsgespräch Falschaussagen getroffen werden und dies hätte möglicherweise rechtliche Konsequenzen. Dagegen sehen die Mitarbeiter der Telefonzentrale dies anders: Sie seien das Frontoffice, das möglichst viele Dinge beantworte, Kunden berate und nur bei Fällen, in denen Expertenwissen verlangt werde, weiterverbinde.<sup>22</sup> Welche Herangehensweise nun für das Unternehmen förderlich ist, wird im Kapitel fünf erörtert.

### **2.1.2 Ist die Telefonzentrale der auftraggebenden Krankenkasse ein Callcenter?**

Die Telefonzentrale ist eine Organisationseinheit in der auftraggebenden Krankenkasse. Nach der Definition von Wolfgang Wiencke und Dorothee Koke ist die Telefonzentrale eine Unternehmensabteilung, die den Dialog mit Kunden, sprich Versicherten, Leistungserbringern im Gesundheitswesen, Interessenten und Arbeitgebern mit Hilfe von Telekommunikationstechnik führen. Damit dürften damals in erster Linie Telefonie und beginnend E-Mails gemeint gewesen sein.

Die meisten Unternehmen sowie einige Krankenkassen, unter anderem auch die auftraggebende Krankenkasse, bieten ihren Kunden weitere Kontaktmöglichkeiten im Social Media Bereich an, um einen guten Kundenservice zu gewährleisten. Die Telefonzentrale der auftraggebenden Krankenkasse ist keine Abteilung mehr in der nur „eingehende Telefonanrufe entgegen genommen werden und beantwortet werden“,<sup>23</sup> sondern zwischenzeitlich gehen außer Telefonaten regelmäßig E-Mails und Anfragen über andere Kommunikationskanäle ein. Durch den rasanten technischen Fortschritt im Kommunikationsbereich hat sich der Callcenter-Begriff in den letzten Jahren gewandelt: Typische

---

<sup>20</sup> Vgl. Wiencke, W.; Koke, D. (1999), S. 11

<sup>21</sup> (o. V.) (2014): Fachbereichsleiter Qualitätsmanagement, auftraggebende Krankenkasse, L., persönliches Gespräch am 24. Februar 2014

<sup>22</sup> (o. V.) (2014): Teamleitung Telefonzentrale, auftraggebende Krankenkasse, L., persönliches Gespräch am 14. März 2014

<sup>23</sup> Arbeitskreis „Interne Revision in der Versicherungswirtschaft“ des Deutschen Instituts für Interne Revision (Hrsg.) (2000), S. 50

Callcenter, die nur Telefonie bearbeiten, gibt es fast nicht mehr. Die Bereiche, die multimediale Kundenanfragen beantworten, werden in der Literatur auch Communication Center genannt, da durch multifunktionale Arbeitsplätze „die gesamte Kundenkommunikation mit optimalem Servicegrad und optimalen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ abgedeckt werden soll.<sup>24</sup> Ein Communication Center, auch Contact Center genannt, ist eine Erweiterung des Fachbegriffs Callcenter. Dies sieht man deutlich an der oben genannten Callcenter-Definition und an der Communication Center-Definition, denn es gibt keinen wesentlichen Unterschied.

Die Telefonzentrale der auftraggebenden Krankenkasse ist noch kein Communication Center, obwohl es außer der Telefonie, wie bereits geschildert, noch andere Kommunikationskanäle gibt. Die Bearbeitung der Anfragen über diese Kommunikationskanäle gehört nicht zu den Hauptaufgaben der Abteilung. Während nur sechs Mitarbeiter sich überwiegend um E-Mailanfragen kümmern, telefonieren die restlichen 35 Mitarbeiter ausschließlich und bilden damit den Schwerpunkt. Die Einteilung erfolgt nach einem rotierendem System. Die Abteilung deckt auch nicht alle Kommunikationskanäle ab. Facebook und Twitter werden nicht in der Telefonzentrale, sondern in der Marketingabteilung bearbeitet. Die Telefonzentrale ist damit noch ein klassisches Callcenter. Dieses kann sich aber in den nächsten Jahren, beispielsweise durch organisatorische und technische Umstrukturierungen und der zunehmenden Nutzung neuer Medien, zu einem Communication Center entwickeln.

## **2.2 Definition „telefonische Erreichbarkeit“ in der auftraggebenden Krankenkasse**

Jeder Mitarbeiter soll nach der Dienstanweisung Telefon und Kommunikation (DA TUK) mit dem Arbeitsbeginn die telefonische Erreichbarkeit an seinem Arbeitsplatz gewährleisten. Dies bedeutet, das Telefon muss entsperrt werden, damit Anrufe auf den Apparat eingehen können und nicht mehr an andere Mitarbeiter oder Bereiche umgeleitet werden. In den Fachbereichen muss täglich einen Erreichbarkeit von 8 bis 17 Uhr gewährleistet sein, um die telefonische Erreichbarkeit für die Versicherten, Leistungserbringer und Arbeitgeber sicherzustellen. Die Telefonzentrale muss von 8 bis 18 Uhr erreichbar sein. In Fachbereichen, die eine Sammelnummer haben, muss sich jeder Mitarbeiter in den Sammler einschalten, um bei Nichterreichbarkeit anderer Mitarbeiter den Anruf entgegennehmen zu können. Wenn ein Mitarbeiter abwesend ist, dann muss er das Telefon auf einen Mitarbeiter innerhalb seines Fachbereiches umleiten. Sollte der ganze Fachbereich oder Standort abwesend sein, kann auf einen anderen Fachbereich oder auf die Telefonzentrale umgeleitet werden. Die

---

<sup>24</sup> Böse, B.; Flieger E. (1999), S. 5

Umleitung auf die Telefonzentrale darf erst nach Abstimmung, spätestens zehn Tage vor der Umleitung erfolgen. Wenn ein Anruf von einem Fachbereich in einen anderen Fachbereich weitergeleitet wird, dann ist dieser von den Mitarbeitern anzunehmen und nicht zu verweigern. Wenn ein Anruf verweigert wird, dann ist der Versicherte sehr lange in der Warteschleife und sein Anliegen kann nicht zügig bearbeitet werden.<sup>25</sup>

## **2.3 Strukturen von Callcentern**

Callcenter treten in verschiedenen Strukturen auf. Es wird zwischen Inbound und Outbound unterschieden. Beide Callcenter können eine Organisationsform im Unternehmen sein oder von Dienstleistungs-Callcentern extern betrieben werden. In den folgenden Unterpunkten werden die Unterschiede sowie deren Vor- und Nachteile genauer erläutert.

### **2.3.1 Inbound-Callcenter**

Unter Inbound-Anrufen versteht man alle von außen eingehenden Anrufe von Kunden, Leistungserbringern, Arbeitnehmern und Interessenten, die von den Mitarbeitern im Callcenter angenommen werden. Diese Organisationsform findet man beispielsweise bei der Annahme von Telefonbestellungen in Unternehmen, in Kunden- und Informations- sowie Notfall- und Supporthotlines.<sup>26</sup> Üblicherweise sind 80 % der eingehenden Anrufe Standardanrufe, die am Telefon bearbeitet werden können. Die restlichen 20 % sind an die Fachbereiche weiterzuleiten. Die Fachbereiche werden durch ein vorgeschaltetes Callcenter entlastet, da der Mitarbeiter im Callcenter selbstständig die meisten Aufgaben erledigt. Das Problem dieser Organisationsform ist, dass es schwierig ist, den Zeitraum der eingehenden Telefonate sowie die Telefondauer zu bestimmen.<sup>27</sup> Dies kann beispielsweise Auswirkung auf die Personaleinsatzplanung haben. An manchen Tagen sind alle Mitarbeiterkapazitäten ausgelastet, an anderen wiederum nicht.

### **2.3.2 Outbound-Callcenter**

Outbound-Calls sind aus dem Unternehmen ausgehende Anrufe die von den Mitarbeitern im Callcenter geführt werden. Outbound-Calls werden in der Marktforschung, Kundenzufriedenheitsbefragungen und beim Telefonverkauf eingesetzt. Auch hier ist es schwierig die Anrufdauer, sowie die

---

<sup>25</sup> Vgl. Interne Dienstanweisung Telefon und Kommunikation

<sup>26</sup> Verein der Förderer des Fachbereichs Versicherungswesen an der Fachhochschule Köln e.V. (Hrsg.) (1999), S. 8

<sup>27</sup> Vgl. Helber, S.; Stollitz, R. (2004), S. 4 ff.

Erreichbarkeit zu kalkulieren, da man nicht weiß, ob der Angerufene ans Telefon geht und wie lange das Telefonat dauert.<sup>28</sup>

### 2.3.3 Inhouse-Callcenter

Inhouse-Callcenter werden intern als unternehmenseigene Abteilung betrieben. Die Unternehmen können beziehungsweise müssen mit ihrem eigenen Callcenter und dessen Mitarbeiter das Anrufaufkommen ohne ein externes Callcenter bewältigen, da es beispielsweise „spezielle Kenntnisse der Agenten erfordert, die Tätigkeit der Agenten über sehr komplexe Schnittstellen mit den übrigen Leistungsprozessen des Unternehmens verwoben ist oder Know-how-Abfluss aus dem Unternehmen verhindert werden soll“<sup>29</sup> oder die Mitarbeiter das Anrufaufkommen selbst erledigen können. Auch in den Randzeiten wird die Erreichbarkeit vom internen Callcenter gewährleistet und nicht von einem externen Dienstleister. Die Qualität ist in einem hauseigenen Callcenter wesentlich höher, als bei einem externen Unternehmen. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass die Mitarbeiter das Unternehmen kennen und bessere Auskünfte geben können, als ein Mitarbeiter in einem Dienstleistungs-Callcenter, der das Unternehmen nicht kennt. Zudem ist ein Inhouse-Callcenter wirtschaftlicher als ein externes Dienstleistungs-Callcenter, da die Dienstleistung nicht eingekauft werden muss und diese teurer ist, als die Kosten für das Inhouse-Callcenter. Zum anderen besteht die Gefahr, dass in Stoßzeiten einige Anrufe verloren gehen können, da kein externes Callcenter hinzugeschaltet ist, um die Überläufe abzufangen, wenn die eigenen Inhouse-Mitarbeiterkapazitäten nicht ausreichen. Außerdem kann bei technischen Ausfällen gar kein Kundenkontakt gewährleistet werden und dies wirkt sich negativ auf den Service aus.<sup>30</sup>

### 2.3.4 Dienstleistungs-Callcenter

Externe Anbieter übernehmen als Dienstleistungsanbieter die Telefonie. Manche Unternehmen outsourcen das komplette Callcenter aufgrund organisatorischer und finanzieller Aspekte. Andere wiederum gliedern einzelne Aufgaben die beispielsweise zeitlich begrenzt sind oder standardisierte Prozesse aus. Außerdem gibt es Unternehmen, die zu ihrem Inhouse-Callcenter zusätzlich ein Dienstleistungs-Callcenter hinzuziehen. Dies geschieht, wenn bei schwankenden Anrufvolumina die Kapazitäten nicht ausreichen, um alle Anrufe entgegenzunehmen. Ein externer Dienstleister kann auch nur außerhalb der Öffnungszeiten des internen Callcenters hinzugezogen werden.<sup>31</sup> Ein externer Dienstleister ist von Vorteil, wenn sich ein Inhouse-Callcenter aus wirtschaftlichen oder perso-

---

<sup>28</sup> Vgl. ebd., S. 4

<sup>29</sup> Helber, S.; Stölletz R. (2004), S. 4

<sup>30</sup> Vgl. Helber, S.; Stölletz R. (2004), S. 6

<sup>31</sup> Vgl. Ammermann, C. u.a. (2010), S. 40 ff.

nellen Faktoren nicht rentiert. Auch ist ein externes Dienstleistungs-Callcenter nützlich, um Überläufe oder Randzeiten abzudecken.

Die Entscheidung, welche Callcenter-Form gewählt wird, hängt von verschiedenen Faktoren, wie beispielsweise finanziellen, arbeitsrechtlichen oder organisatorischen Aspekten ab.

### **2.3.5 Die Callcenterstruktur in der auftraggebenden Krankenkasse**

Die auftraggebende Krankenkasse hat ein internes Inhouse-Callcenter sowie ein externes Dienstleistungs-Callcenter. Die Anrufe auf die zentrale Rufnummer oder die Nummern der einzelnen Geschäftsstellen gehen in den verschiedenen Standorten der Telefonzentrale ein. Dem Anrufer bleibt die räumliche Distanz der einzelnen Callcenter verborgen. Diese Form nennt man auch virtuelles Callcenter. Das externe Dienstleistungs-Callcenter wurde bis Februar 2014 für Überläufe und Randzeiten genutzt, die nicht von den Mitarbeitern der Telefonzentrale abgedeckt werden konnten. Ab März decken die Servicecenter die Überläufe selbst ab. Der externe Dienstleister wird nur noch in den Randzeiten wochentags von 7 Uhr bis 8 Uhr sowie von 17 Uhr bis 20 Uhr, sowie an den Samstagen von 10 Uhr bis 13 Uhr genutzt.

## **3 Aufbauorganisation**

Organisation bezeichnet das „Schaffen einer Ordnung durch dauerhafte Regelungen“.<sup>32</sup> Ohne Organisation in einem Unternehmen wäre keine „Transparenz, Berechenbarkeit und Kontinuität“<sup>33</sup> gewährleistet und die Mitarbeiter würden nicht wissen, was sie tun sollen und dies könnte folglich zu Doppelarbeiten und vielleicht sogar zu einem Chaos führen. Dieser Zustand wäre für die Unternehmung nicht effektiv und nicht effizient. Sogar die Erreichung des Unternehmensziels wäre in Gefahr. Der Aufbau einer Organisation orientiert sich immer am „unternehmerischen Oberziel“.<sup>34</sup> In den meisten Fällen ist dies die Gewinnmaximierung. In der auftraggebenden Krankenkasse geht es jedoch nicht um Gewinnmaximierung, sondern darum, mit den vorgegebenen Mitteln aus dem Gesundheitsfonds eine optimale Gesundheitsversorgung für die Versicherten zu gewährleisten.

Die Gesamtaufgabe des Unternehmens kann in Tätigkeiten, beispielsweise einkaufen, herstellen und verkaufen oder in Objekte, beispielsweise Produkte, zerlegt werden. Wenn man die Gesamtaufgabe zergliedert entstehen viele kleine Aufgaben, die in Summe wieder das Oberziel oder die Gesamtaufgabe ergeben. Diesen Vorgang der Zergliederung nennt man Aufgabenanalyse. Eine Aufgabe ist die

---

<sup>32</sup> Wöhe, G.; Döring, U. (2010), S.108

<sup>33</sup> Ebd., S. 109

<sup>34</sup> Wöhe, G.; Döring, U. (2010), S.109



„Zielsetzung für eine zweckgebundene menschliche Handlung“.<sup>35</sup> Die Aufgabe besteht immer aus Objekt und Verrichtung. Die Maschine ist das Objekt und der Vorgang des Herstellens ist die Verrichtung. Ohne die Verrichtung würde dies nicht stattfinden. Die einzelnen Teilaufgaben werden dann zu „verteilungsfähigen Aufgabenkomplexen“<sup>36</sup> zusammengefasst. Diese Zusammenfassung bezeichnet man als Aufgabensynthese. Durch diese Synthese entstehen Stellen. Diese bilden die „kleinste organisatorische Einheit eines Unternehmens“.<sup>37</sup> Die Stelle ist der Aufgabenbereich einer Person. Mehrere Stellen können wiederum zu Abteilungen zusammengefasst werden und dann den Organisationsaufbau strukturieren. Die Aufbauorganisation beschreibt die „Gliederung in Stellen und Abteilungen, sowie die Regelung der Leitungs-, Stabs-, Kommunikationsbeziehungen und der Kollegien...“<sup>38</sup>

Im Folgenden wird auf die Aufbauorganisation der auftraggebenden Krankenkasse eingegangen. Dort wird die Aufbauorganisation als „hierarchisches Gerüst“<sup>39</sup> gesehen, das „Rahmenbedingungen zur dauerhaften Regelung von Rechten und Pflichten“ festlegt. Ziel ist, „eine sinnvolle arbeitsteilige Gliederung und Ordnung der betrieblichen Handlungsprozesse durch die Bildung und Verteilung von Aufgaben“.<sup>40</sup>

Die auftraggebende Krankenkasse ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie ist in vier Segmente unterteilt: Vorstand, Kunde, Planung und Mitarbeiter. Im Segment Vorstand befinden sich die Bereiche Revision, Justizariat sowie Human Resources Development. Die Bereiche Versicherungenservice, Vertrieb sowie Versorgungsmanagement befinden sich im Segment Kunde. Im Segment Planung sind die Abteilungen Finanzen, Strategie und Marketing eingeordnet. Im Segment Mitarbeiter befindet sich die Abteilung Interner Service (siehe Organigramm im Anhang 1). Die beschriebenen Organisationseinheiten stehen auf der Organisationsebene 1.

Segment Vorstand	Segment Kunde	Segment Planung	Segment Mitarbeiter
Revision Justizariat Human Resources Development	Versicherungenservice Vertrieb Versorgungsmanagement	Marketing Finanzen Strategie	Interner Service

Tabelle 1: Die Segmente im Organigramm<sup>41</sup>

<sup>35</sup> Weidner, W.; Freitag, G. (1998), S. 32

<sup>36</sup> Wöhe, G.; Döring, U. (2010), S.112

<sup>37</sup> Ebd., S.112

<sup>38</sup> Weidner, W.; Freitag, G. (1998), S. 31

<sup>39</sup> (o. V.) (2014), Personalbedarfsplanung

<sup>40</sup> (o. V.) (2014), Personalbedarfsplanung

<sup>41</sup> Eigene Darstellung

Der Bereich Versicherungenservice besteht aus drei Regionen und fünf Kompetenzcentern. Eine Region ist „innerhalb des Erstreckungsgebietes der [auftraggebende] Krankenkasse“<sup>42</sup>. Die Bundesländer Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland gehören zur Region 1, Bayern, Hessen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg zur Region 2. Die anderen Bundesländer Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen sowie die Stadtstaaten Hamburg und Bremen gehören zur Region 3. In den Regionen soll die „Betreuung der Kunden sowie die Kundengewinnung durch die zugeordneten Servicecenter und deren Standorte sichergestellt“<sup>43</sup> sein. Die Aufgabe des Servicecenters ist, „den Kundendialog im Servicecentergebiet sicher zu stellen“.<sup>44</sup> In den Servicecentern soll zu den Themen Leistungen, Privatkunden, Firmenkunden und Forderungsmanagement beraten werden. Die Kompetenzcenter und die Regionen stehen auf der Organisationsebene 2. Kompetenzcenter sollen die „zentrale und operative Bearbeitung bestimmter Themen innerhalb der auftraggebenden Krankenkasse sicherstellen“<sup>45</sup> und die „darauf abgestimmte Dienstleistungen und Produkte anbieten“<sup>46</sup>. Kompetenzcenter sind für Entgeltersatzleistungen, Privatkunden, Krankenhausabrechnungen, Hilfsmittel und die Pflegekasse zuständig (siehe Organigramm im Anhang). In der Region 1 ist die Telefonzentrale angesiedelt. Die Servicecenter stehen auf der Organisationsebene 3.

Die Telefonzentrale des Unternehmens ist im Segment Kunde unter dem Bereich Versicherungenservice angesiedelt. Im darauffolgenden wird nur noch das Segment Kunde näher beleuchtet.

---

<sup>42</sup> Vgl. (o. V.) (2013), Organigramme

<sup>43</sup> Vgl. ebd.

<sup>44</sup> Vgl. (o. V.) (2013), Organigramme

<sup>45</sup> Vgl., ebd.

<sup>46</sup> Vgl., ebd.

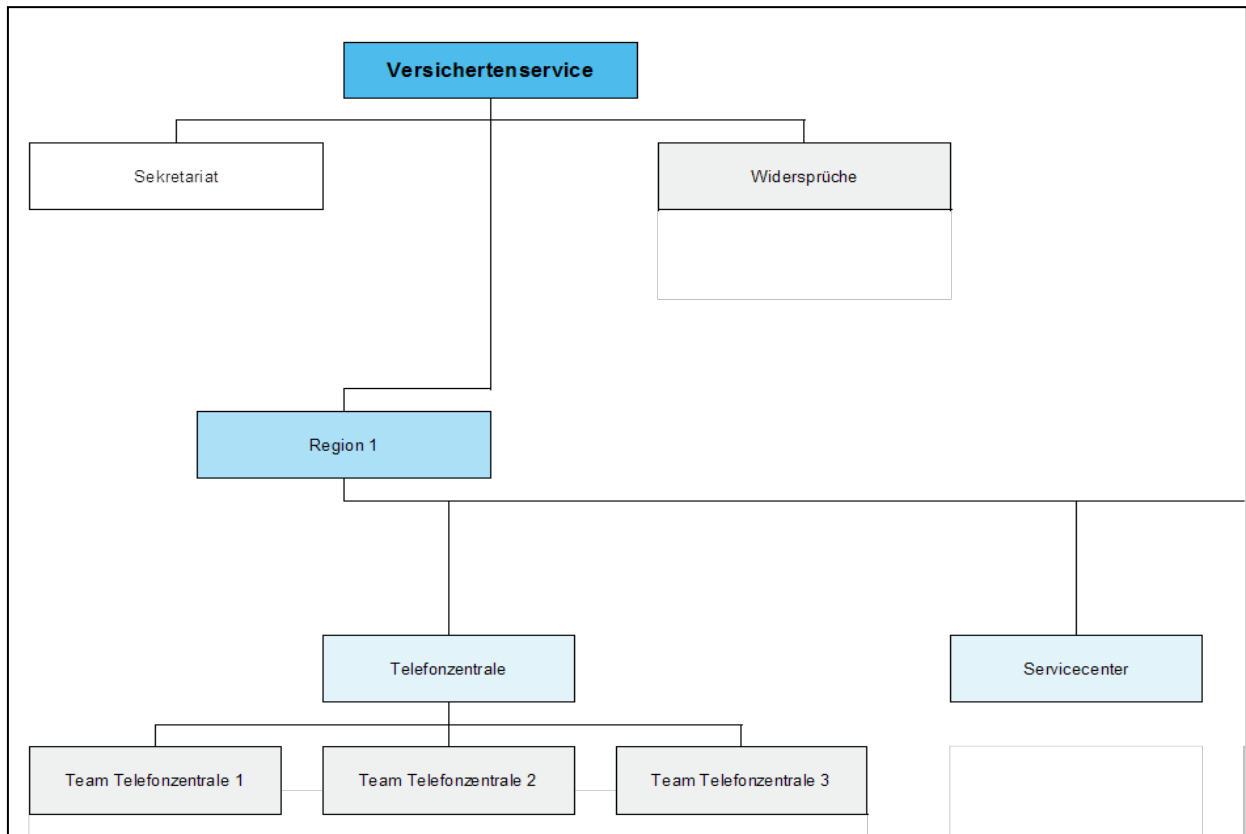


Abbildung 1: Ausschnitt aus dem Organigramm: Die Region 1 mit der Telefonzentrale<sup>47</sup>

### 3.1 Organigramm der Telefonzentrale

Die Telefonzentrale wird von einem Abteilungsleiter geleitet. Die Telefonzentrale ist in drei Teams unterteilt. Ein Team ist ein „Zusammenschluss von verschiedenen Fachkräften, die Arbeitsaufgaben in einem bestimmten Zeitkorridor bearbeiten“. <sup>48</sup> Es gibt vier Teamleiter. Im Team 1 arbeiten 14 Mitarbeiter, Team 2 ist das größte mit 18 Mitarbeitern. Beide Teams sind in L.. Die anderen neun Mitarbeiter sind dem Team 3 zugeordnet. Das Team 3 wird, im Gegensatz zu den Teams 1 und 2, von zwei Teamleitern (Halbtagskräfte) geleitet, denn das Team 3 befindet sich an den drei Standorten M., B. und R.. In B. und M. arbeitet jeweils ein Mitarbeiter in der Telefonzentrale. Die Einmann-Besetzung ist historisch bedingt. Diese Standorte hat man nach Fusionen beibehalten, da die Mitarbeiter in keinen anderen Fachbereich eingegliedert werden konnten. Ob ein Einmann-Callcenter sinnvoll ist oder nicht, wird in Kapitel fünf erörtert. <sup>49</sup>

<sup>47</sup> Enthalten in: (o. V.) (2013), Organigramme

<sup>48</sup> Vgl. (o. V.) (2013), Organigramme

<sup>49</sup> Vgl. (o. V.) (2013), Organigramme

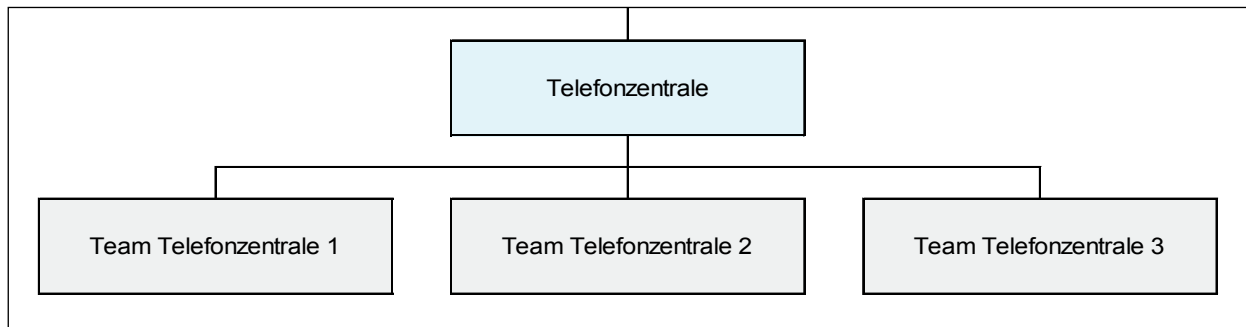


Abbildung 2: Ausschnitt aus dem Organigramm: Die Telefonzentrale<sup>50</sup>

### 3.1.1 Die Abteilungsleitung der Telefonzentrale

Die Abteilungsleitung übernimmt die „operative und strategische Steuerung [der Abteilung]“.<sup>51</sup> Darunter fallen beispielsweise die fachliche Beratung sowie die Mitarbeiterführung. Zudem sind die Abteilungsleiter mit einer „Entscheidungs-/Weisungskompetenz ausgestattet und haben Ergebnisverantwortung“.<sup>52</sup> Die Abteilungsleitung muss nicht nur die Telefonzentrale steuern, sondern gleichzeitig mit dem externen Dienstleistungs-Callcenter in Kontakt stehen. Die Telefonie muss mit dem Dienstleister abgestimmt und geplant werden. Die Aufgabe des Abteilungsleiters ist es zudem, die internen Geschäftsprozesse sowie die Arbeitsabläufe zu optimieren, da der externe Dienstleister pro Telefonanruf bezahlt wird. Daher müssen die internen Prozesse reibungslos ablaufen, um eine hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten. Es sollen aus wirtschaftlichen Gründen so wenige Anrufe wie möglich an den externen Dienstleister weitergeleitet werden. Der Abteilungsleiter evaluiert und analysiert die hausinternen Telefondaten sowie die vom Dienstleister zur Verfügung gestellten Daten, um bei gravierenden Abweichungen gegensteuern zu können. Für diese Führungsposition werden gewisse Qualifikationen, wie beispielsweise ein abgeschlossenes Hochschulstudium oder eine Fortbildung als Krankenkassenbetriebswirt gefordert. Zugleich sind Sozial-, Fach- und Methodenkompetenz gefragt. Die Arbeit im Callcenter ist sehr komplex und als Führungskraft muss man auch auf die Probleme und Belange der Mitarbeiter eingehen, um Lösungen zu finden.<sup>53</sup>

### 3.1.2 Die Teamleitung der Telefonzentrale

Die Teamleitung leitet ein Team von ca. 15 Mitarbeitern. Die Führungskraft ist für fachliche und organisatorische Dinge verantwortlich. Sie übernimmt beispielsweise die Schicht- und Urlaubsplanung. Die Teamleitung ist der direkte Ansprechpartner für die Mitarbeiter. Zugleich arbeitet die Teamleitung in Projektgruppen mit, um die Telefonie zu optimieren. Zu den Aufgaben gehört es

<sup>50</sup> Enthalten in: (o. V.) (2013), Organigramme

<sup>51</sup> (o. V.) (2013), Stellenbeschreibung Telefonzentrale Abteilungsleitung

<sup>52</sup> (o. V.) (2014), Personalbedarfsplanung

<sup>53</sup> Vgl. (o. V.) (2013), Stellenbeschreibung Telefonzentrale Teamleitung

auch, die Teamziele, wie beispielsweise eine hohe telefonische Erreichbarkeit und die Kassenziele, unter anderem einen guten Kundenservice mit dem Team gemeinsam zu erreichen. Die Teamleitung erledigt bei einer schlechten telefonischen Erreichbarkeit auch Aufgaben des Kundenbetreuers, wenn alle zur Verfügung stehenden Ressourcen ausgenutzt sind. Ein Teamleiter sollte über eine mehrjährige Berufserfahrung im Krankenkassenbereich verfügen und einen Krankenkassenbetriebswirt oder eine vergleichbare Ausbildung vorweisen können.<sup>54</sup> Die Teamleitung ist der nächsthöheren Führungsebene, dem Abteilungsleiter, unterstellt und ist weisungsbefugt gegenüber den Kundenbetreuern.

### **3.1.3 Die Kundenbetreuer der Telefonzentrale**

Ein Kundenbetreuer sollte über eine abgeschlossene Berufsausbildung im kaufmännischen Bereich, Erfahrungen im Callcenter oder über mehrjährige Berufserfahrung im Sozialversicherungsbereich verfügen. In der Telefonzentrale haben wenige Mitarbeiter eine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten oder zum Kaufmann im Gesundheitswesen. Der Großteil der Mitarbeiter ist fachfremd. Sie haben beispielsweise eine Ausbildung als Kaufmann für Bürokommunikation oder als Industriekaufmann. Die fehlende Qualifikation kann jedoch erlernt werden. Wichtig ist, dass der Mitarbeiter auf den Kunden eingehen kann. Dazu braucht es eine gewisse Kommunikationsfähigkeit. Auch diese kann trainiert werden. Die Kundenbetreuer beraten den Anrufer am Telefon zum Thema Leistungs-, Versicherungs- und Beitragsrecht und verbinden ggf. an die zuständigen Kundenbetreuer in den Abteilungen.<sup>55</sup>

## **3.2 Ablauforganisation**

Unter der Ablauforganisation versteht man den „Prozess der Aufgabenerfüllung unter Beachtung sach-logischer, personaler und räumlich-zeitlicher Aspekte“.<sup>56</sup> Die Aufbau- und Ablauforganisation knüpft in diesem Punkt ineinander. In der Aufbauorganisation werden aus dem Unternehmensziel und durch die Aufgabenanalyse und -synthese die Stellen sowie deren Interaktionen aufgezeigt.<sup>57</sup> In der Ablauforganisation wird geschaut, welcher Stelleninhaber welche Aufgabe wann, wo und in welcher Geschwindigkeit an einem Objekt verrichtet. In der Ablauforganisation sollen „Arbeitszeitbeziehungen, Zeitbeziehungen und Raumbeziehungen“<sup>58</sup> dargestellt, analysiert und optimiert werden. Die Arbeitsprozesse sollen so gestaltet werden, dass diese zeitlich und räumlich optimiert und

---

<sup>54</sup> Vgl. (o. V.) (2013), Stellenbeschreibung Telefonzentrale Abteilungsleitung

<sup>55</sup> Vgl. (o. V.) (2013), Stellenbeschreibung Telefonzentrale Kundenbetreuung

<sup>56</sup> Weidner, W.; Freitag, G. (1998), S. 233

<sup>57</sup> Vgl. Wöhe, G.; Döring, U. (2010), S.124

<sup>58</sup> Weidner, W.; Freitag, G. (1998), S. 233

wirtschaftlich ablaufen. Der Telefonprozess der auftraggebenden Krankenkasse soll beispielsweise in möglichst kurzer Zeit durchgeführt werden. Der Mitarbeiter der Telefonzentrale verrichtet seine Arbeit am Objekt „Kunde“. Dieser Mitarbeiter versucht die Anliegen des Kunden zu beantworten und zu bearbeiten. Gleichzeitig sollen die Mitarbeiter der Telefonzentrale durch die Telefonie so ausgelastet sein, dass keine Leerzeiten entstehen. Das heißt, es soll eine hohe Kapazitätsauslastung gewährleistet werden. Im Folgenden wird der Telefonprozess allgemein beschrieben. Auf die Probleme wird in Kapitel vier und fünf näher eingegangen.

### **3.2.1 Prozess in der Telefonzentrale**

#### **3.2.1.1 Prozess bis Februar 2014**

Ein Versicherter, ein Leistungserbringer oder ein Arbeitgeber eines Versicherten ruft unter der einheitlichen Servicenummer oder der Festnetznummer der einzelnen Standorte an. Die Anrufe werden über eine Anrufwolke an die Standorte B., L., R. oder M. geleitet. Wenn ein Mitarbeiter in der Telefonzentrale frei ist, wird der Telefonanruf nach einer bestimmten Systematik durch die Automatic Call Distribution-Anlage (ACD) automatisch an den freien Mitarbeiter geleitet. Das Gespräch sollte nach 3-maligem Klingeln entgegen genommen werden. Der Mitarbeiter begrüßt den Anrufer mit der Grußformel: „Guten Morgen/Tag/Abend... Krankenkassenname... Vorname, Nachname“. Danach erfragt der Mitarbeiter den Grund des Anrufs. Der Anrufer schildert daraufhin sein Anliegen. Um den Gesprächspartner identifizieren zu können, fragt der Mitarbeiter der Telefonzentrale nach der Versichertennummer oder bei einem Arbeitgeber die Betriebsnummer ab. Falls der Versicherte die Nummer nicht nennen kann, wird nach dem Namen und aus Datenschutzgründen zusätzlich nach dem Geburtsdatum gefragt. Der Mitarbeiter ruft im 21c, der Software für gesetzliche Krankenkassen, den Kunden mit Hilfe der genannten Versichertennummer/Betriebsnummer oder dem Namen auf. Wenn der Mitarbeiter die allgemeine Frage des Anrufers beantworten kann, tut er dies.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Eigene Beobachtung

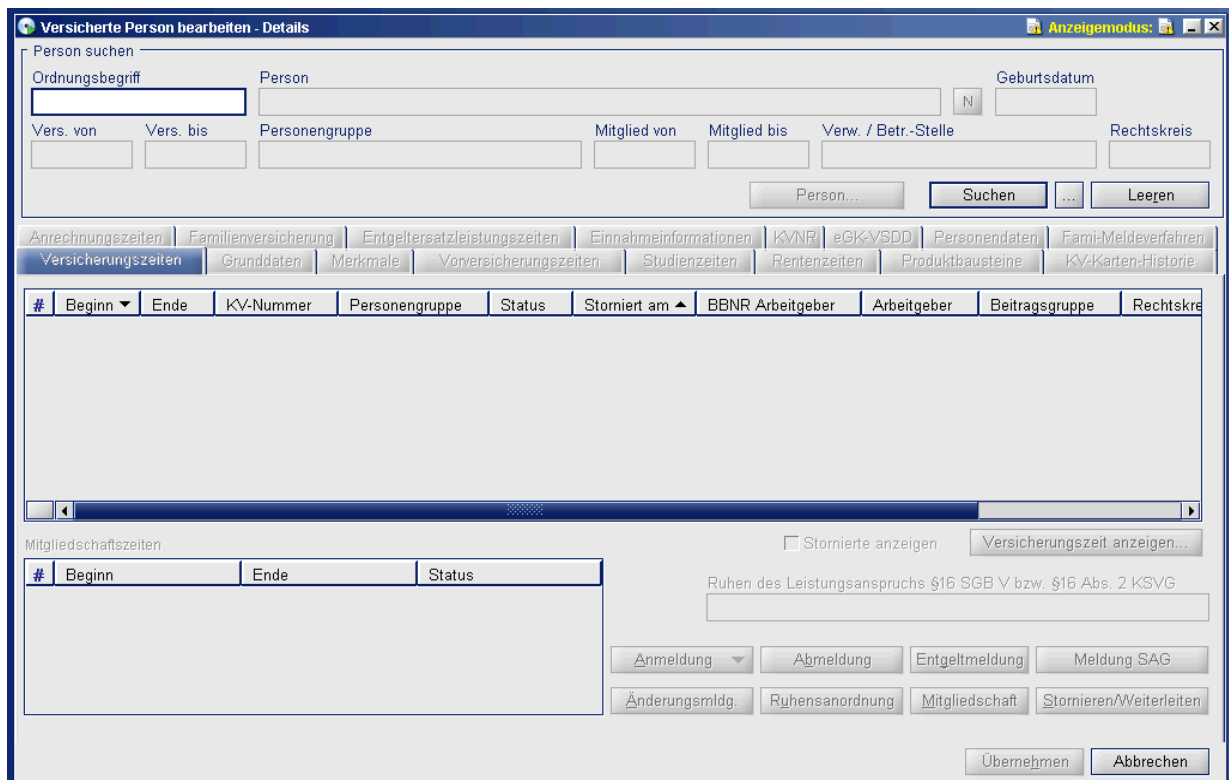


Abbildung 3: Maske in 21c, der Software für gesetzliche Krankenkassen<sup>60</sup>

Wenn er die Frage nicht beantworten kann oder eine Beratung erforderlich ist, wird im elektronischen Adressbuch des Unternehmens, unter dem Reiter „Mitglied“ die Versichertennummer des Versicherten oder die Betriebsnummer des Arbeitgebers unter dem Reiter „Arbeitgeber“ eingetragen. Im unteren Feld Aufgabengebiet wird der gesuchte Bereich eingegeben und auf „Suche“ geklickt.

<sup>60</sup> Bildschirmkopie

## Suche

KVNR

Name

Vorname

RV-Nummer

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Aufgabengebiet 

- Kurzeittherapie
- KM 6
- Krankengeld
- Kündigung
- Kinderkrankengeld
- Künstliche Befruchtung
- Kinderverletztengeld
- Künstlersozialkasse

Abbildung 4: Das elektronische Adressbuch<sup>61</sup>

Im nächsten Fenster erscheinen dann der zuständige Kundenbetreuer sowie dessen Telefonnummer.

## Zuständige Mitarbeiter

Mitgliedersuche ändern | Gewählt: **Tester** | **Maria** | **01.01.2001** | **V285908133**

Standort	Organisationseinheit	Anrede	Name	Telefon	von-bis	Aufgabengebiet
Musterstadt		Herr	Mustermann, Maximilian	01234/ 5678 910	iPECI-TOC	Privatkunden

1 von 1 Mitarbeiter

Abbildung 5: Der zuständige Mitarbeiter im elektronischen Adressbuch<sup>62</sup>

<sup>61</sup> Bildschirmkopie  
<sup>62</sup> Bildschirmkopie



Der Versicherte wird daraufhin informiert, dass er nun zu dem für ihn zuständigen Kundenbetreuer weitergeleitet wird. Der Mitarbeiter verabschiedet sich von dem Kunden. Dem daraufhin angerufenen Kundenbetreuer wird die Versichertennummer des Kunden genannt und dessen Anliegen kurz geschildert. Danach verabschiedet sich der Mitarbeiter aus der Telefonzentrale und das Telefonat ist für ihn beendet. Falls der Anrufer noch eine Broschüre wünscht, so wird ihm diese nach dem Telefonat zugesandt. Abschließend wird der Anruf im 21c dokumentiert und der Telefonprozess startet wieder von Anfang an.

Andererseits kann es auch sein, dass der Mitarbeiter aus der Telefonzentrale einen zuständigen Bereich anwählt und sich eine kurze Information holt, da er sich bei seiner Aussage nicht ganz sicher ist und diese dann an den Kunden weitergibt, ohne diesen an den Bereich weiterzuleiten. Am Ende des Gesprächs fasst der Mitarbeiter die relevanten Dinge des Gesprächs kurz zusammen und bedankt sich für das Gespräch und verabschiedet sich. Die Anruferdokumentation und ggf. der Versand von Unterlagen kann auch hier erfolgen. Das Telefonat ist nach Abschluss dieser Tätigkeit beendet.

Wenn der zuständige Mitarbeiter in der Kundenbetreuung nicht erreichbar ist, dann wird die Sammelnummer des Bereiches angewählt. Die Sammelnummern können nicht im elektronischen Adressbuch abgerufen werden, sondern stehen auf einer Liste, die jeder Mitarbeiter auf seinem Platz liegen hat. Wenn auf der Sammelnummer niemand erreichbar ist, dann wird dem Kunden ein Rückruf angeboten oder die direkte Durchwahl des Kundenbetreuers durchgegeben.

In Stoßzeiten kommt es immer wieder vor, dass alle Mitarbeiter der Telefonzentrale im Gespräch sind. Das Telefonat wird dann an das externe Callcenter nach P. weitergeleitet. Die Mitarbeiter des externen Dienstleisters melden sich mit der oben genannten Begrüßungsformel. Danach erfolgt derselbe Ablauf, wie eingangs geschildert. Kann der Mitarbeiter die Frage beantworten, beendet er das Telefonat mit der Verabschiedung. Wenn der Mitarbeiter die Frage nicht beantworten kann und auch nach einem Wählversuch den Bereich nicht erreichen kann, schreibt er eine E-Mail an [info@auftraggebende.krankenkasse.de](mailto:info@auftraggebende.krankenkasse.de). In der E-Mail schildert er den Anrufgrund, die ersten drei Postleitzahlstellen und die Telefonnummer des Versicherten sowie dessen Versichertennummer. Die E-Mail wird dann durch den Mitarbeiter der Telefonzentrale bearbeitet oder ggf. an den Bereich weitergeleitet. Der Vorgang ist daraufhin abgeschlossen und es kann wieder telefoniert werden.

Wenn das externe Callcenter auch nicht erreichbar ist, dann kann der Kunde auf einen Anrufbeantworter im Dienstleistungs-Callcenter sprechen. Daraufhin wird ein Kontaktbericht per E-Mail an die auftraggebende Krankenkasse gesendet. Die Mitarbeiter in der Telefonzentrale bearbeiten dann den entgangenen Telefonanruf entweder selbst oder leiten die Mail an den zuständigen Kundenbetreuer

weiter. Spricht der Versicherte jedoch nicht auf den Anrufbeantworter und wartet weiter, dann wird das Telefonat automatisch beendet.<sup>63</sup>

### **3.2.1.2 Prozess ab März 2014**

Ein Telefonanruf eines Versicherten, Leistungserbringers oder Arbeitgebers geht in der Telefonzentrale ein. Wenn alle Mitarbeiter im Gespräch sind, wird der Anruf nicht mehr an das externe Callcenter in P., sondern nach ca. 40 bis 50 Sekunden direkt an die Servicecenter der auftraggebenden Krankenkasse weitergeleitet. Wenn das Servicecenter erreichbar ist, dann begrüßt der Mitarbeiter den Versicherten mit der oben genannten Begrüßungsformel. Der Anrufer schildert das Anliegen. Nach der Nennung der Versichertennummer, des Namens oder der Betriebsnummer wird der Anrufer im 21c aufgerufen. Der Mitarbeiter kann entweder sofort eine Antwort auf die Frage des Versicherten geben oder er muss im elektronischen Adressbuch den zuständigen Kundenbetreuer suchen und das Gespräch weiterleiten. Dann muss dem anderen Mitarbeiter das Anliegen geschildert und die Versichertennummer genannt werden. Bei Nichterreichbarkeit wird ein Rückruf angeboten oder es wird die Telefonnummer des zuständigen Kundenbetreuers an die Versicherten weitergegeben. Danach verabschiedet sich der Mitarbeiter und beendet das Telefonat. Damit übernehmen die angewählten Kundenbetreuer in den Servicecentern von Anfang an Aufgaben der Telefonzentrale. Ob dies sinnvoll ist, wird in Kapitel fünf erörtert.<sup>64</sup>

## **3.3 Das externe Callcenter**

Das externe Callcenter ist unter anderem Dienstleister für Unternehmen im Gesundheitswesen. Die Dienstleistung im Kundendialog umfasst beispielsweise die Inbound-Telefonie, das Telefonmarketing, das E-Mailmanagement, das Beschwerdemanagement sowie das Versenden von Formularen und Broschüren. Außerdem betreibt der Dienstleister zwei Contact- und Servicecenter in B. und P..<sup>65</sup>

In P. arbeiten ca. X Mitarbeiter im Contact- und Servicecenter. Dort betreuen rund X Mitarbeiter, die in Teil- oder Vollzeit beschäftigt sind, die Überläufe sowie die Anrufe in Randzeiten für die auftraggebende Krankenkasse. Ein Mitarbeiter ist für bis zu drei Projekte zuständig. Dies bedeutet, dass er neben der auftraggebenden Krankenkasse noch für zwei andere Unternehmen Anrufe entgegen nimmt. Die Projekte werden dem Mitarbeiter themenbezogen zugeordnet. Ein Mitarbeiter betreut zum Beispiel eine Versandapotheke, einen Medizingerätehersteller und eine Krankenversicherung, jedoch nicht zusätzlich eine Baumarkt- und Drogeriekette. Die Mitarbeiter im Contact- und Service-

---

<sup>63</sup> Eigene Beobachtung

<sup>64</sup> Eigene Beobachtung

<sup>65</sup> Vgl. (o. V.) (2014), Unternehmenshomepage externer Dienstleister (Stand: 31.03.2014)

center haben entweder eine Ausbildung im Gesundheitswesen absolviert oder sind fachfremde Quereinsteiger. Damit diese fachfremden Mitarbeiter in kurzer Zeit auf den gleichen Wissenstand gebracht werden, wie diejenigen, die aus der Gesundheitsbranche stammen, bekommen die neu eingestellten Mitarbeiter in den ersten Tagen der Einarbeitungszeit einen 4-tägigen Crash-Kurs zum Thema „Basiswissen in der gesetzlichen Krankenversicherung“. Die auftraggebende Krankenkasse möchte keine ausführliche Beratung, sondern eine kurze Erstinformation und dann - wie oben beschrieben - eine schnelle Weiterleitung in den Bereich. Nach der Beendigung der Einarbeitungszeit telefonieren die Mitarbeiter vorerst nur für ein Unternehmen. Im Laufe der Zeit können dann zwei weiteren Projekte hinzukommen. Für einen Anruf, der die auftraggebende Krankenkasse betrifft, werden drei Minuten, sowie eine Minute Nacharbeitszeit eingeplant. Im Unterschied zur Telefonzentrale dürfen die Mitarbeiter des externen Callcenters keine Adressänderungen vornehmen oder Broschüren zusenden. Wenn ein Versicherter einen Postversand wünscht oder eine Adressänderung vorgenommen werden muss, dann wird eine E-Mail an [info@auftraggebende.Krankenkasse.de](mailto:info@auftraggebende.Krankenkasse.de) gesendet, mit der Bitte, das Anliegen des Kunden zu bearbeiten. Außerdem versucht der Dienstleister bei Kundenanfragen, bei denen eine Beratung durch den Bereich erforderlich ist, den im Bereich Kundenbetreuung zuständigen Mitarbeiter einmal telefonisch zu erreichen. Wenn der gewünschte Mitarbeiter nicht erreichbar ist, wird nicht versucht, über die Sammelnummer einen anderen Bereich anzuwählen. Dem Versicherten wird dann ein Rückruf angeboten und ein Callback an die Bereiche gesendet. Die vier Minuten reichen aus, um eine Erstinformation zu geben und den Mitarbeiter im zuständigen Bereich einmal anzuwählen und das Anliegen zu schildern oder ggf. einen Kontaktbericht zu schreiben.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> (o. V.) (2014): Projektleiter, externer Dienstleister, P., persönliches Gespräch am 30. April 2014

Ein Versicherter bittet um weitere Informationen

---

Versicherter: 123456789

PLZ: 123

Arbeitgeber:

Telefon:

Fax:

Mobil:

**\*Neue Anschrift\***

Straße: Musterstraße 1

PLZ: 12345

Ort: Musterstadt

Ab Wann: ab sofort

Sachverhalt

Adressänderung betrifft ganze Familie

---

**Details:**

KVK

- neue KVK zusenden: ja
- Grund: Umzug

Abbildung 6: Das Kontaktformular des externen Dienstleisters<sup>67</sup>

### 3.3.1 Die Inhalte des am 17.02.2011 geschlossenen Vertrags

Das externe Callcenter übernimmt für die auftraggebende Krankenkasse als Dienstleistungs-Callcenter die Anrufannahme, die Durchführung von Rückrufen, die telefonische Kurzinformation und die Datenerfassung. Die angenommenen oder angebotenen Anrufe sowie die Anzahl der Kontaktberichte müssen täglich erfasst werden und am Folgetag an die auftraggebende Krankenkasse weitergeleitet werden. Angebotene Anrufe sind Anrufe, die ins Callcenter nach P. weiter geleitet werden, aber dort nicht angenommen werden. Das externe Callcenter soll ca. 2.200 Anrufe im Monat annehmen. Zudem soll eine Annahmquote von 80 % montags bis freitags und 90 % an baden-württembergischen Feiertagen, die nicht bundesweit begangen werden, gewährleistet werden. Liegt die Anrufquote 5 % unter den vorgegebenen 80 % bzw. 90 % hat die auftraggebende Krankenkasse das Recht, einen Rechnungsabzug vorzunehmen. Die interne telefonische Erreichbarkeit wird von Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr gewährleistet. Der Dienstleister ist für die auftraggebende Krankenkasse montags bis freitags von 7 bis 20 Uhr, sowie samstags von 10 bis 13 Uhr erreichbar. Außerhalb dieser Servicezeiten wird im externen Dienstleistungs-Callcenter ein Anrufbeantworter

<sup>67</sup> Bildschirmkopie

eingeschaltet. Wenn ein Versicherter in diesem Zeitraum anruft, wird er gebeten, eine Nachricht zu hinterlassen, diese Nachricht wird am nächsten Tag abgehört. Der Versicherte wird dann entweder von dem externen Callcenter direkt zurückgerufen oder einer der Mitarbeiter leitet den Grund des Anrufs mittels E-Mail an die auftraggebende Krankenkasse weiter. Der externe Dienstleister verpflichtet sich, für seine angebotene Dienstleistung fachkundiges Personal zur Verfügung zu stellen. Diese Mitarbeiter ersetzen jedoch keine Beratung durch qualifizierte Fachkräfte der auftraggebenden Krankenkasse. Computer, Telefone und Headsets werden von dem Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung gestellt. Das Personal wird zudem geschult. Einmal im Quartal werden durch den Dienstleister Monitoring Calls durchgeführt. Es wird geschaut, ob der Mitarbeiter die Versicherten mit der Krankenkassen-Begrüßungsformel begrüßt und die gestellten Kundenanfragen qualifiziert und angemessen beantwortet. Es ist vertraglich vereinbart, dass die auftraggebende Krankenkasse Mystery Calls, auch Testanrufe genannt, durchführen darf. Der externe Dienstleister berechnet pro Anruf 2,30 Euro. In dieser Pauschale sind die Weiterleitung und die Kontakterfassung im System enthalten. Für die Bereitstellung der technischen Infrastruktur, die Konfiguration der Telefonanlage sowie die Mitarbeiterschulungen waren an den Dienstleister einmalig 3.200,00 Euro zu entrichten. Die Durchführung von Anrufbeantworter-Rückanrufen kostet die auftraggebende Krankenkasse 27,50 Euro die Stunde. Liegt das Anrufaufkommen unter 6.050 Anrufen pro Quartal, beträgt die Mindestumsatzpauschale 13.920,00 Euro.<sup>68</sup>

## **4 Analyse**

### **4.1 Analyse der telefonischen Erreichbarkeit in der auftraggebenden Krankenkasse**

Im Jahr 2013 gingen 579.304 Anrufe in der Telefonzentrale ein. Davon konnten 414.716 Anrufe direkt angenommen werden, 164.588 Anrufe wurden an den externen Dienstleister weitergeleitet. Dort gingen 35.015 Anrufe verloren. Das bedeutet, dass entweder der Anrufer aufgelegt hat oder im externen Callcenter, nachdem alle Berater besetzt waren, nicht auf den Anrufbeantworter gesprochen hat und das Telefonat somit beendet wurde. Die Gesamterreichbarkeit der Telefonzentrale und des externen Dienstleisters lag im Jahr 2013 bei 93,9 %, das heißt, die interne Erreichbarkeit lag bei lediglich 71,5 %. Pro Telefonanruf wurden inklusive Nachbearbeitungszeit drei Minuten von der Abteilung Strategie festgesetzt. Die Telefonzentrale empfindet dies als zu knapp bemessen. Im Folgenden soll mit der Zeitaufnahme ermittelt werden, wie lange ein Telefonanruf durchschnittlich dauert und ob die drei Minuten ausreichend sind.

---

<sup>68</sup> Vgl. (o. V.) (2011), Vertrag externer Dienstleister

### 4.1.1 Durchführung

Die Zeitermittlung wurde mit einer Unterbrechung vom 03.02.2014 bis zum 14.03.2014 durchgeführt. In der Kalenderwoche 6 (17.02.2014 - 21.02.2014) wurde keine Erhebung durchgeführt, da eine universitäre Veranstaltung besucht wurde. Die Mitarbeiter wurden von den Teamleitern gefragt, ob sie mit der Zeitermittlung einverstanden wären. Der Personalrat wurde über das Vorgehen in Kenntnis gesetzt. Es gab einige Mitarbeiter, die die Zeitermittlung ablehnten, da es ihnen unangenehm wäre, dass ihnen jemand über die „Schulter schaue“ und mithöre. Von den insgesamt 32 Mitarbeitern erklärten sich schließlich elf bereit, an der Zeitermittlung teilzunehmen. Einige dieser Mitarbeiter zögerten zunächst, da sie nicht wussten, was auf sie zukommt. Nachdem sie aber bei den anderen Mitarbeitern mitbekommen hatten, dass die Zeitermittlung nicht zur Kontrolle, sondern zur Verbesserung der Situation dienen kann, erklärten sie sich auch bereit, daran teilzunehmen. Die Zeitermittlung wurde nur am Standort L. durchgeführt, da dies nicht so zeit- und kostenintensiv war und zudem die meisten Mitarbeiter der Telefonzentrale am Standort L. tätig sind. Die Mitarbeiter wurden vor der Zeitmessung darüber aufgeklärt, was ermittelt und beobachtet wird. Nach deren nochmaligem Einverständnis wurde mit der anonymen Ermittlung begonnen, das heißt, die Namen der an der Zeitermittlung teilgenommenen Mitarbeiter wurden nicht erfasst. Es wurde unterschiedlich lange beobachtet, da in der Telefonzentrale ein Schichtsystem herrscht und zudem Teilzeit- und Vollzeitkräfte beschäftigt sind. Alle wurden außerdem gefragt, wie lange sie an der Zeitermittlung teilnehmen wollen. Den Wünschen wurde entsprechend nachgekommen. Dies bedeutet, dass bei manchen ein ganzer Tag oder nur ein paar Stunden gestoppt wurden. Die Zeitermittlung erfolgte mittels Stoppuhr und der Zeitanzeige am Telefon.

### 4.1.2 Aufbau der Zeitaufnahme

Die Zeitaufnahme bezeichnet das „Ermitteln von Soll-Zeiten durch das Messen und Auswerten von Ist-Zeiten“.<sup>69</sup> Unter Ist-Zeiten versteht man „tatsächlich vom Menschen und Betriebsmittel gebrauchte Zeiten für die Ausführung bestimmter Ablaufschritte“.<sup>70</sup> Die Zeitermittlung erfolgt nicht durch den Mitarbeiter selbst, sondern durch eine Fremdperson. Dies bedeutet, dass ein außenstehender Beobachter die Zeiten während eines Arbeitsprozesses ermittelt. Bei der Einzelzeitenmessung werden von einzelnen Arbeitsabschnitten die Zeiten gemessen, beispielsweise Anrufannahme, Erstkontakt oder Weiterleitung. Der Vorteil der Methode Zeitmessung ist, dass genaue Messergeb-

---

<sup>69</sup> REFA- Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung (Hrsg.) (2013), S. 81

<sup>70</sup> Ebd., S. 61

nisse erzielt werden können. Auf der anderen Seite ist der Zeitaufwand der Durchführung sehr hoch und die Beobachteten müssen mit der Zeitmessung einverstanden sein.<sup>71</sup>

Bei der Zeitaufnahme in der Telefonzentrale sollte die Dauer des kompletten Telefonprozesses ermittelt werden, das heißt, vom Anrufeingang bis zur Beendigung sowie der Nacharbeit. Die Zeitaufnahme erfolgte in Einzelzeitmessung, da so die Zeiten der einzelnen Teilprozesse im Gesamtprozess betrachtet werden konnten. Die Ergebnisse der Zeitermittlung wurden in eine Excel-Tabelle eingetragen.

Der Telefonprozess wurde zuerst in die Ablaufschritte Weiterleitung, Dauer, Nachbearbeitung und Anmerkung unterteilt. Außerdem wurden noch die Anrufzahl und der Grund des Anrufes aufgeschrieben. Der Pretest erfolgte am 03.02.2014. Es stellte sich rasch heraus, dass diese Untergliederung nicht ausreichte. Der Telefonprozess wurde weiter untergliedert in: Nummerierung, Grund des Anrufs, Dauer bis zur Annahme des Anrufs, Dauer der Fallschilderung durch den Anrufer, Weiterleitungsanzahl bzw. Versuche, Fallschilderung des Telefonzentralenmitarbeiters, Letztkontakt, Nachbearbeitung und Anmerkung.

Anrufzahl	Abnahme	Erstkontakt	Grund	Weiterleitung	Fallschilderung	Letztkontakt	Nachbearbeitung	Anmerkung
				Bereich				
				Weiterleitungsversuche				

Tabelle 2: Auszug Zeitermittlungsprotokoll<sup>72</sup>

Die fortlaufende Nummerierung der Anrufe diente zur Kontrolle, damit man sehen konnte, wie viele Anrufe überhaupt angenommen wurden. Die Dauer bis zur Abnahme des Anrufs sollte ermitteln, wie lange ein Telefon klingelte, bis ein Anruf angenommen wurde. Der Anrufgrund wurde erfasst, um am Ende der Beobachtung zu sehen, warum die Versicherten angerufen haben. Die Fallschilderung sollte die Erstkontaktzeit von der Anrufannahme bis zur Beendigung des Erstkontakts messen, das bedeutet, wie lange ein Versicherter brauchte, um sein Anliegen zu schildern. Unter den Weiterleitungen sollten die zuständigen Bereiche sowie die Anzahl und die Dauer der Weiterleitungen erfasst werden. Die Messung der Weiterleitung startete bei Beendigung des Erstkontaktes und endete bei der Annahme des Telefonats durch die zuständigen Bereiche. Zudem sollte vermerkt werden, in welche Bereiche weiterverbunden wurde, um Belegtzeichen sowie das Durchklingeln in Abteilungen aufzuzeigen. Die Fallschilderung in dem zuständigen Bereich wurde von der Anrufannahme im Bereich bis zum Auflegen des Bereiches gestoppt. So konnte ermittelt werden, wie lange der Mitarbeiter aus der Telefonzentrale brauchte, um dem zuständigen Kundenbetreuer den Anrufgrund zu schildern sowie die Versichertennummer bzw. die Betriebsnummer durchzugeben. Der Letztkontakt startete, wenn der zuständige Mitarbeiter im Bereich nach dem Informationsaustausch mit dem

<sup>71</sup> Vgl. REFA- Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung (Hrsg.) (2013), S. 87

<sup>72</sup> Eigene Darstellung

zuständigen Telefonzentralenmitarbeiter auflegte und dieser die Auskunft des zuständigen Bereiches an den Kunden weitergab. Dieser Teilprozess endete mit der Verabschiedung des Kunden und des Hörerauflegens. Die Nachbearbeitung startete mit dem Hörerauflegen und endete mit dem Fallabschluss. Wenn der Kunde eine Broschüre anforderte, dann wurde gestoppt, wie lange es dauerte, bis die Broschüre verpackt war, im Postkorb lag und der Mitarbeiter für das nächste Telefonat bereit war. Unter den Anmerkungen wurde festgehalten, was ggf. neben der Zeitaufnahme beobachtet wurde.

Abnahme	Erstkontakt	Weiterleitung	Fallschilderung	Letztkontakt	Nachbearbeitung
Start: Telefonklingeln Ende: Anrufannahme in der Telefonzentrale	Start: Anrufannahme in der Telefonzentrale Ende: Beendigung Erstkontakt	Start: Beendigung Erstkontakt Ende: Anrufannahme Bereich	Start: Anrufannahme Fachbereich Ende: Auflegen durch Bereich	Start: Auflegen durch Bereich Ende: Auflegen durch den Mitarbeiter der Telefonzentrale	Start: Auflegen durch den Mitarbeiter der Telefonzentrale Ende: Telefonklingeln

Tabelle 3: Start und Ende der Einzelzeitmessung in den jeweiligen Abschnitten eines Anrufs<sup>73</sup>

### 4.1.3 Ergebnisse

Im Beobachtungszeitraum wurde bei 1.469 Anrufen die Anrufdauer gemessen. Die Gesamtdauer einen Anrufes inklusive Annahme, Fallschilderung, Weiterleitung, Letztkontakt und Nachbearbeitung dauerte durchschnittlich 3:46 Minuten. Der Anruf wurde nach ca. 5 Sekunden angenommen, das heißt, nach zweimaligem Klingeln. In der DA TUK steht, dass der Anruf bis zu dreimaligem Klingeln anzunehmen ist<sup>74</sup>. Der Erstkontakt dauerte durchschnittlich 2:01 Minuten. Die 1.021 Weiterleitungen in die zuständigen Bereiche dauerten je ca. 20 Sekunden, die Fallschilderung im Bereich dauerte durchschnittlich 44 Sekunden. In 160 Fällen fand ein Letztkontakt statt. Dieser dauerte im Schnitt 2:20 Minuten. In 284 Fällen musste für durchschnittlich 3:55 Minuten nachgearbeitet werden (siehe Anhang 2). Damit reichen drei Minuten inklusive Nachbearbeitung nicht für ein Telefonat aus. Wie viele Minuten für ein Telefonat veranschlagt werden sollen, wird in Kapitel fünf beschrieben.

Auffallend ist, dass von 1.469 Anrufen, 1.021 Anrufe in den zuständigen Bereich der Kundenbetreuung weitergeleitet werden mussten. Das bedeutet, dass nur 30 % der Kundenanliegen in der Telefonzentrale fallabschließend bearbeitet wurden. Im Vergleich zu anderen Krankenkassen ist diese Fallabschlussquote gering. Sie liegt dort bei 80 %.<sup>75</sup> In der auftraggebenden Krankenkasse ist es gewünscht, dass die Kunden während eines Anrufs in der Telefonzentrale nicht beraten, sondern lediglich informiert werden. Ob diese geringe Fallabschlussquote sinnvoll ist, wird ebenfalls in Kapitel fünf erörtert.

<sup>73</sup> Eigene Darstellung

<sup>74</sup> (o. V.) (2013), Dienstweisung Telefon und Kommunikation

<sup>75</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7





Abbildung 7: Quotenvergleich<sup>76</sup>

Weiter ist zu beobachten, dass nur 840 Anrufe (82 %) beim ersten Weiterleitungsversuch im zuständigen Bereich angenommen wurden, 137 Anrufe (14 %) erst beim zweiten Weiterleitungsversuch und 4 % der Anrufe erst beim dritten bis sechsten Versuch.



Abbildung 8: Weiterleitungen<sup>77</sup>

<sup>76</sup> Eigene Darstellung

<sup>77</sup> Eigene Darstellung

Das liegt zum einen daran, dass die Bereiche in der Kundenbetreuung in 91 Fällen belegt waren, in 24 Fällen das Telefonat nicht angenommen wurde, da es durchklingelte und in fünf Fällen die Annahme des Gesprächs sogar verweigert wurde. In drei Fällen kam das Gespräch wieder in der Telefonzentrale an, weil der Mitarbeiter im Bereich sein Telefon ohne vorherige Ankündigung auf die Telefonzentrale umgestellt hatte. Die Vorgehensweise ist nach DA TUK nicht rechtens. Zudem wurden ab März 2014 die Überläufe von der Telefonzentrale, wie bereits unter 3.2.1.2 erwähnt, nicht mehr an das externe Callcenter, sondern direkt an die Servicecenter weitergeleitet.

<b>Von 123 Fällen waren / wurden:</b>	
91	belegt
24	klingelten durch
3	wurden auf die Telefonzentrale umgeleitet
5	Anrufe verweigert

Tabelle 4: Weiterleitungsfehlversuche<sup>78</sup>

Manche Mitarbeiter im Bereich der Kundenbetreuung wollten das Gespräch auch nicht annehmen. Dies lag daran, dass der eigentlich Zuständige nicht am Platz war und das Telefonat auf einen Anderen umgeleitet wurde. Dieser Mitarbeiter ging dann ans Telefon und hörte sich den von dem Telefonzentralenmitarbeiter geschilderten Sachverhalt an. Nachdem er die Versichertennummer oder die Betriebsnummer in die 21c Maske eingegeben hatte, stellte er fest, dass dies nicht der von ihm zu betreuende Buchstabenbereich war und er lehnte das Telefonat ab. Die Mitarbeiter der Telefonzentrale mussten den Kollegen dann entsprechend der DA TUK bitten, trotzdem das Telefonat anzunehmen. Wenn der zuerst kontaktierte Mitarbeiter das Gespräch dennoch nicht annehmen wollte, dann musste es in einen anderen Bereich weiterverbunden werden, in der Hoffnung, dass es dort angenommen werden würde. Die Weiterleitungsversuche kosteten Zeit und die Erreichbarkeit von 80 % konnte nicht gewährleistet werden, da der Telefonanruf so lange dauerte und der Kunde zudem so lange warten musste.

Außerdem fiel auf, dass die Bereiche Sonstige Leistungen, Privatkunden und Krankengeld sowie Hilfsmittel am meisten angerufen wurden. Dort waren die belegten Anschlüsse und Durchklingelanzahl höher als bei den anderen Bereichen.

---

<sup>78</sup> Eigene Darstellung

Bereich	Anzahl	davon belegt	Prozent	davon klingelten durch	Prozent
Sonstige Leistungen	318	14	4%	15	5%
Privatkunden	294	15	5%	1	0%
Krankengeld	118	13	11%	2	2%
Hilfsmittel	102	12	12%	1	1%
Zahn	68	16	24%	4	6%
Firmenkunden	49	5	10%		0%
Pflege	23	2	9%		0%
Vertrieb	23	1	4%		0%
ÜZR	13	3	23%		0%
Sonstiges	13	1	8%		0%

Tabelle 5: Belegt- und Durchklingelfälle in den Bereichen der Kundenbetreuung<sup>79</sup>

## 4.2 Beobachtung

Unter einer Beobachtung versteht man das „systematische Erfassen, Festhalten und Deuten sinnlich wahrnehmbaren Verhaltens zum Zeitpunkt seines Geschehens“.<sup>80</sup> In der Sozialforschung werden Handlungen von Menschen, deren Äußerungen sowie deren Reaktionen beobachtet. Beobachtungen können wenig bzw. teilweise bis hochstrukturiert sein. Mit strukturierten Beobachtungsschemata, beispielsweise Leitfäden, soll die Objektivität des Beobachters erhöht werden. Die Beobachtungen werden nicht durch subjektive Einflüsse verzerrt. Bei unstrukturierten Beobachtungen wird die Selektion, beispielsweise die Entscheidung, was protokolliert wird, dem Beobachter überlassen. Dadurch können auch spontane Beobachtungen, die nicht vorhersehbar waren, protokolliert werden. Gleichzeitig kann es zu einer Verzerrung führen, wenn der Beobachter nur Dinge protokolliert, welche die festgelegte Hypothese bestätigen.<sup>81</sup>

Hochstrukturierte Beobachtungen werden beispielsweise in Laboren durchgeführt. Nicht so stark strukturierte Beobachtungen werden in der Feldforschung angewendet. Das bedeutet, dass die Beobachtung in einem nicht künstlich erzeugten, sondern in einem natürlichen Lebensraum stattfindet. Beispielsweise werden Menschen an ihrem Arbeitsplatz beobachtet. Manche Hypothesen lassen sich nur in einer Laborsituation überprüfen, andere wiederum nur in der Feldforschung. Verhaltensweisen von Menschen können im Labor nicht künstlich erzeugt werden, dazu muss man die Menschen in ihrem sozialen Umfeld beobachten. Chemische Prozesse können im Labor besser beobachtet werden, als in der freien Natur. In der Forschung können die Feldbeobachtung und das Experiment im Labor jedoch kombiniert werden.<sup>82</sup>

<sup>79</sup> Eigene Darstellung

<sup>80</sup> Atteslander, P. (2003), S. 79

<sup>81</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 567 ff.

<sup>82</sup> Vgl. ebd., S. 567 f.

Beobachtungen können in verschiedene Methoden gegliedert werden: offen, verdeckt, teilnehmend und nicht-teilnehmend. Bei der offenen Beobachtung wissen die zu beobachteten Personen, dass sie vom Forscher beobachtet werden. Bei einer verdeckten Beobachtung ist, im Gegensatz dazu, den Beobachteten die Beobachtung nicht bewusst. Bei der teilnehmenden Beobachtung nimmt der Beobachter aktiv am Beobachtungsprozess teil, das heißt er übernimmt beispielsweise eine Alltagsrolle im Feld. Wenn er dagegen keine Alltagsrolle annimmt und nur beobachtet, dann spricht man von einer nicht-teilnehmenden Beobachtung. Außerdem gibt es in der Praxis verschiedene Mischformen.<sup>83</sup>

Bei jeder der genannten Methoden gibt es Vor- und Nachteile. Eine offene Beobachtung kann zu Verzerrungen führen, da die Beobachteten beispielsweise schneller arbeiten. Ein Nachteil der verdeckten Beobachtung ist, dass diese Methode, im Gegensatz zu der offenen Beobachtung, forschungsethisch bedenklich ist, da die Beobachteten sich bei einer Offenlegung ausspioniert fühlen können. Bei einer teilnehmenden Beobachtung bekommt der Forscher zum Beispiel einen genaueren Einblick in die Arbeitsabläufe. Andererseits kann durch die aktive Mitarbeit nicht sofort protokolliert werden. Durch diese Zeitverzögerung kann es sein, dass manche Dinge vergessen werden, die vielleicht wichtig gewesen wären. Bei der nicht-teilnehmenden Beobachtung kann sofort protokolliert werden und es kommt nicht zu Zeitverzögerungen und zu Verlusten von wichtigen Informationen, da der Beobachter kein Akteur im Feld ist. Möglicherweise können jedoch bestehende Probleme während der Arbeitsabläufe nicht erkannt werden.<sup>84</sup>

#### **4.2.1 Aufbau der Beobachtung**

Die Verfasserin entschied sich, in der Telefonzentrale eine offene, nicht-teilnehmende Beobachtung durchzuführen. Die offene Methode wurde bewusst gewählt, da alle Mitarbeiter wussten, dass die Bachelorarbeit zum Thema „Analyse und Optimierung der Telefonzentrale“ geschrieben und die Verfasserin eine Zeitaufnahme durchführen und zugleich den Telefonprozess beobachten würde. Zugleich konnten die Mitarbeiter auch von den bestehenden Problemen bei der Telefonie berichten, die einem Fachfremden nicht auf den ersten Blick aufgefallen wären. Es bestand nicht die Schwierigkeit, keine subjektiven Eindrücke mit in die Arbeit einfließen zu lassen, da durch die Fachfremdheit die Gefahr nicht gegeben war. Nicht-teilnehmend war die Beobachtung, da nicht selbst telefoniert wurde.

---

<sup>83</sup> Vgl. Diekmann, A. (2013), S. 562 ff.

<sup>84</sup> Vgl. ebd., S. 564 ff.

## 4.2.2 Durchführung

Die Beobachtung wurde parallel mit der Zeitermittlung durchgeführt. In der Spalte „Anmerkung“ wurden in Stichworten Auffälligkeiten protokolliert. Da ein unbekanntes Aufgabengebiet erschlossen werden sollte, wurde die Beobachtung unstrukturiert durchgeführt, um die Wahrnehmung nicht einzuschränken. Auf folgenden Fragen basierte die Beobachtung: Wie läuft der Telefonprozess in der auftraggebenden Krankenkasse ab? Gibt es Schnittstellenprobleme und wenn ja, wo? Wie ist die Arbeitsweise der Mitarbeiter? Was gibt es für sonstige Probleme? Die erste Frage diente dazu, den Ablauf des Telefonprozesses zu verstehen. In der auftraggebenden Krankenkasse wird behauptet, das Erreichbarkeitsproblem liegt allein an der Telefonzentrale. Daraufhin wurde geprüft, ob nicht eventuelle Schnittstellenprobleme zwischen der Telefonzentrale und der Kundenbetreuung bestehen. Und die letzte Frage wurde für sonstige Beobachtungen eingefügt. Wie bereits erwähnt, konnte nicht die Grundgesamtheit von 41 Mitarbeitern an allen Standorten erhoben werden. Von den 32 Mitarbeitern des Standorts L. erklärten sich elf Mitarbeiter bereit, an den Beobachtungen teilzunehmen. Der Zeitraum betrug fünf Wochen.

## 4.2.3 Ergebnisse

Während der Beobachtung dieser elf Mitarbeiter fiel auf, dass sie unterschiedlich arbeiten. Es kristallisierten sich zwei Arbeitsweisen heraus. Bei der Arbeitsweise 1 wurde bei einem Anruf nicht wie in Kapitel 3.2.1 beschrieben, die 21c-Software, sondern gleich das elektronische Adressbuch geöffnet. Der Mitarbeiter fragte nach der Versicherten- bzw. Betriebsnummer. Diese gab er in das Adressbuch ein und suchte den zuständigen Mitarbeiter der Kundenbetreuung heraus. Wenn der Anrufer jedoch ein Anliegen hatte, dass von dem Mitarbeiter der Telefonzentrale selbst bearbeitet werden konnte, öffnete er anschließend die 21c-Software unter „Versicherte Person beauskunften / bearbeiten“ und schloss den Vorgang ab. Da die Fallabschlussquote in der Telefonzentrale bei 30 %, sprich 448 Fällen lag, war die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass in den zuständigen Bereich weitergeleitet werden musste. Somit konnte bei dieser Arbeitsweise in 70 % der Fälle ein Arbeitsschritt erspart werden.

Bei der Arbeitsweise 2 rief der Mitarbeiter zuerst die Maske „Allgemeiner Partnereinstieg“ in 21c auf. Dort wurde im Feld „Ordnungsbegriff“ die Versichertennummer bzw. die Betriebsnummer des Anrufers eingegeben. Das Problem bei dieser Maske ist, dass sie nur als Suchfunktion dient und darin keine Bearbeitung erfolgen kann. Wenn der Anrufer ein Anliegen hatte, dass durch den Mitarbeiter der Telefonzentrale bearbeitet werden konnte, musste zusätzlich eine zweite Maske „Versicherte Person beauskunften / bearbeiten“ geöffnet werden, um Bearbeitungen vorzunehmen. Falls der Anruf in den Bereich weitergeleitet werden musste, dann war als nächster Schritt das Adress-

buch zu öffnen und nochmals die Versicherten- bzw. die Betriebsnummer einzugeben. Diese Arbeitsweise dauerte länger, da mindestens zwei Masken im 21c und anschließend ggf. das Adressbuch der auftraggebenden Krankenkasse geöffnet werden musste.

#	VIP	Name	Ordnungsbegriff	Straße / Hausnummer	Land	Postleitzahl	Ort	Rollen
---	-----	------	-----------------	---------------------	------	--------------	-----	--------

Abbildung 9: Allgemeiner Partnereinstieg in 21c<sup>85</sup>

<sup>85</sup> Bildschirmkopie

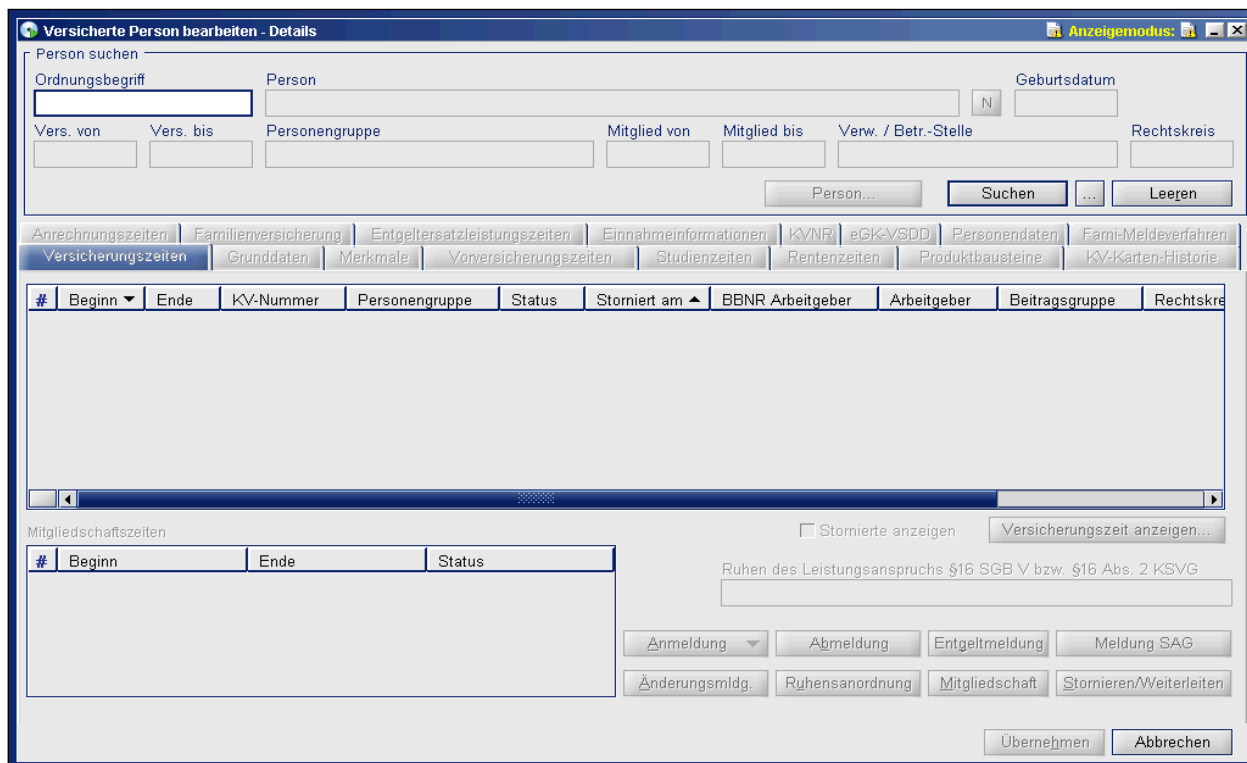


Abbildung 10: Versicherte Person bearbeiten in 21c<sup>86</sup>

Zudem ist aufgefallen, dass manche Mitarbeiter die Bearbeitung des Anliegens schon während des Gesprächs vornahmen. Durch die parallele Bearbeitung hatten sie eine kürzere Nacharbeitszeit und konnten rasch das nächste Gespräch annehmen. Die meisten Mitarbeiter schalteten sich jedoch nach dem Gespräch aus der Telefonanlage aus, um die besprochenen Dinge nachzuarbeiten. Diese Vorgehensweise kann man nicht vereinheitlichen, da in der Telefonzentrale Mitarbeiter sitzen, die unterschiedlich arbeiten. Sie benötigen auch unterschiedlich lange Pausen, diese sollten ihnen auch gewährt werden, um die Stimme zu schonen. Allerdings könnte eine Optimierung der verschiedenen Arbeitsweisen erfolgen. Ein Vorschlag wird in Kapitel fünf vorgestellt.

Des Weiteren fiel auf, dass die Mitarbeiter beim Postversand oder bei der Faxversendung nicht den vorgegebenen Zentraldruck verwenden. Zentraldruck bedeutet, dass der externe Dienstleister die Briefe und Faxe für die auftraggebende Krankenkasse zentral druckt bzw. faxt. Von 111 Dokumenten wurden nur 16 zentral gedruckt, obwohl bei weiteren 72 die Möglichkeit bestanden hätte. Die restlichen Dokumente mussten manuell gedruckt werden, da ein Zentraldruck bzw. -fax nicht möglich war.

<sup>86</sup> Bildschirmkopie

Brief-/Faxvorlage	Anzahl	Manuell gedruckt obwohl Zentraldruck-/Fax möglich gewesen wäre	Möglichkeiten des zentral- oder manuellen Druckes genutzt
Dokument 1	46	36	10
Dokument 2	12	4	8
Dokument 3	9	4	5
Dokument 4	9	3	6
Dokument 5	5	5	0
Dokument 6	4	4	0
Dokument 7	4	4	0
Dokument 8	3	3	0
Dokument 9	3	0	3
Dokument 10	3	3	0
Dokument 11	2	1	1
Dokument 12	2	0	2
Dokument 13	2	0	2
Dokument 14	1	1	0
Dokument 15	1	1	0
Dokument 16	1	1	0
Dokument 17	1	1	0
Dokument 18	1	0	1
Dokument 19	1	0	1
Dokument 20	1	1	0
<b>Summe</b>	<b>111</b>	<b>72</b>	<b>39</b>

Tabelle 6: Zentraldruck vs. manuellem Druck<sup>87</sup>

Ein Zentraldruck dauerte durchschnittlich 2:27 Minuten, ein manueller Druck dagegen 4:04 Minuten. Auf die Frage, warum nicht mehr zentral gedruckt bzw. gefaxt würde, antworteten die Mitarbeiter, dass es beim Zentraldruck des Öfteren zu technischen Problemen komme. Bei einem manuellen Druck habe man die Sicherheit, „dass der Brief beim Kunden ankomme“, so die Mitarbeiter. Beim Zentraldruck kann es zu Zeitverzögerungen kommen, jedoch kann immer nachverfolgt werden, ob der Brief gedruckt wurde oder nicht. Möglicherweise nutzten die Mitarbeiter den manuellen Druck vermehrt, um sich Sprechpausen und Erholzeiten zu nehmen, da diese in die vorgegebene Prozesszeit von drei Minuten nicht eingerechnet werden. Eigentlich soll der Zentraldruck als Arbeitshilfe dienen und die tägliche Arbeit erleichtern, aber nach den Aussagen der Mitarbeiter ist er eher ein Erschwernis. Ob jedoch mehr Erholzeiten helfen würden, um den Zentraldruck vermehrt zu nutzen, kann nicht gesagt werden. In Kapitel fünf werden jedoch Möglichkeiten aufgezeigt, damit die Mitarbeiter den Zentraldruck in der Zukunft vielleicht häufiger nutzen.

<sup>87</sup> Eigene Darstellung



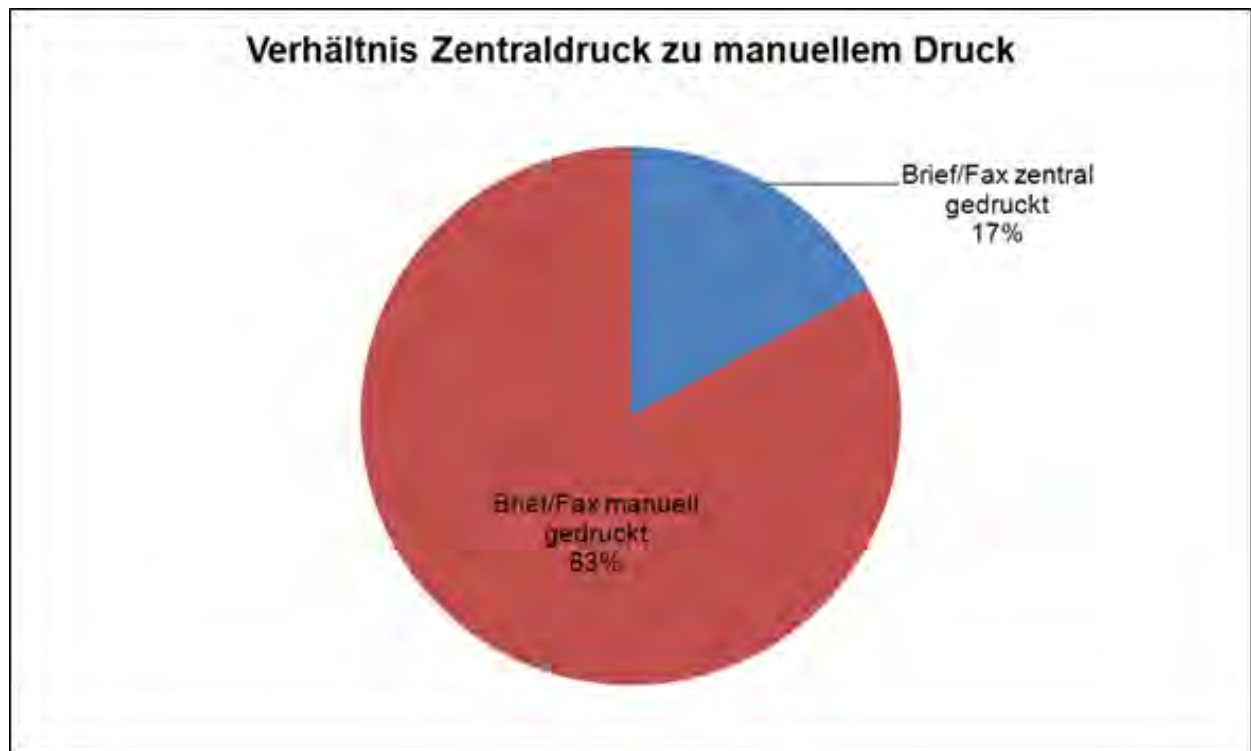


Abbildung 11: Verhältnis Zentraldruck zu manuellen Druck<sup>88</sup>

Es wurde festgestellt, dass in dem elektronischen Adressbuch manche Mitarbeiter nicht angezeigt werden. Das bedeutet, dass der zuständige Mitarbeiter der Kundenbetreuung erst mühsam aus einer papierenen Sammelnummernliste herausgesucht werden muss. Derweilen ist der Kunde sehr lange in der Warteschleife. Wie dieser Nummernsuchprozess funktioniert, wird im nächsten Beispiel genauer gezeigt.

---

<sup>88</sup> Eigene Darstellung

# Suche

KVNR	<input style="width: 60%;" type="text" value="123456789"/>
Name	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 60%;" type="text"/>
RV-Nummer	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Geburtsdatum	<input style="width: 60%;" type="text"/>
PLZ	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Ort	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Aufgabengebiet	<input style="width: 60%;" type="text"/> <span style="float: right;">☰</span>
<input style="width: 15%; background-color: #4a86e8; color: white;" type="button" value="Suchen"/> <input style="width: 15%; background-color: #d9d9d9;" type="button" value="Zurücksetzen"/>	

Abbildung 12: Das elektronische Adressbuch findet den gesuchten Mitarbeiter nicht<sup>89</sup>

Das Adressbuch zeigt bei manchen Mitarbeitern wohl ihren Namen, jedoch keine Telefonnummer an. Dies ist im Bereich Privatkunden, Vertrieb, Sonstige Leistungen und Leistungen der Fall. Auch in diesen Fällen muss, wie zuvor beschrieben, der zuständige Mitarbeiter über die Sammelnummer angerufen werden. Zuerst ist auf der Sammelnummernliste der Standort des Mitarbeiters, beispielsweise L., herauszufinden. Daraufhin wird der Bereich, beispielsweise Privatkunden, auf der Liste gesucht. Da es in L. drei Privatkundenteams gibt, ist anschließend noch eine Auswahl des zuständigen Buchstabenbereichs und dessen Durchwahl, beispielsweise RAIT-Z, zu treffen. Die Sammelnummer wäre im Beispiel dann 111-250. Dieser Suchvorgang dauerte ca. 20 Sekunden.

---

<sup>89</sup> Bildschirmkopie

Sammelnummern			Sammelnummern		
GS	Team	Nummer	GS	Team	Nummer
Standort L.	AHB	9290	Standort	FK (FS-FK-FK3)	638
*111	Buchh. (FS-FBFB)	970	M.	FK (FS-FK-FK4)	637
	DMP / HZV (VG-VVVP)	680	*114	Himi RF (VS-LE2-HM)	*113
	FK (FS-FK-FK1+2)	206		KG A-FRITZA (VS-LE1-EL6)	630
	FM/Insolvenz(FS-FR-FM)	310 / 380		KG FRITZB-LANGA(VS-LE1-EL7)	672
	Himi RF (VS-LE2-HM)	*113		KG LANGb-SAUERA(VS-LE1-EL8)	673
	KG; A-Jaec (VS-LE1-EL1)	150		KG SAUERB - Z (VS-LE1-EL9)	674
	KG; Jaed-Oberl (VS-LE1-EL2)	130		Pflege LB (VS-LE2-PF1)	*11470
	KG RF ; Oberm-T	*113253		PK A-GEH(VS-PK-PK4)	632
	KG RF ; Weir-Z ; AA-AS	*113252		PK GEI - LN (VS-PK-PK5)	633
	KH (VS-LE3-KH1)	9960		PK HOLD-JURK BN (VS-PK-PK11-13)	*1178510
	KH (VS-LE3-KH2)	9770		PK LO-SCHU (VS-PK-PK6)	635
	KH (VS-LE3-KH3)	9960		PK SCHV-Z (VS-PK-PK7)	639
	KI (VS-RB1-KI)	350 / 9750		SC+ ZE A-KIR (VS-RB2-MKSC1)	6051
	Mitarbeiterk. (VS-LE2-MK)	9808		SC+ZE KIRI-Z (VS-RB2-MKSC2)	631
	Personal	300		VT (VT-RBS-SOPF)	636
	PK; A-HAUSE (VS-PK-PK1)	260	Standort	FK LB (FS-FK-FK1+2)	*111206
	PK; HAU5F - RAIS (VS-PK-PK2)	240	R. *113	FM A-KO (FS-FR-FM3)	261
	PK; RAIT - Z (VS-PK-PK3)	250		FM KP-Z (FS-FR-FM4)	260
	Pflege (VS-LE2-PF1)	470		Himi; A-HERL(VS-LE2-HM1)	265
	RG Unfallfrgb. (FS-FR-RG1)	180		Himi; HERM-POPO(VS-LE2-HM2)	266
	RG sons. EA (FS-FR-RG2)	370		Himi ; POPP-Z (VS-LE2-HM3)	267
	SC A-KRAEM(VS-RB1-LBSC1+2)	120		KG OBERM-T (VS-LE1-EL3)	253
	SC KRAEN-WACH(VS-RB1-LBSC3+4)	140		KG A-KIEF ; U-Z (VS-LE1-EL4)	252
	SC Metz.; WACHU-Z(VS-RB1-LBSC4)	*123		KG KIEG-Z (VS-LE1-EL5)	256
	- Herr Langer	-11		Pflege LB (VS-LE2-PF1)	470
	- Frau Pfeiffer	-12		PK GTH (VS-PK-PK8-10)	*116
	- Frau Schober	-17		SC A-Z + Zahn(VS-RB1-RFSC1)	255
	VT (VT-VSVS)	940		VT (VT-RBS-NORD)	250
	Zahn (VS-RB1-LBSC1)	170	L. *119	Himi RF (VS-LE2-HM)	*113
	ÜZR (VS-LE2-KÜ)	9790		KG GT (VS-LE1-EL10+11)	*116760

Abbildung 13: Auszug aus der Sammelnummernliste<sup>90</sup>

Es wurde entdeckt, dass bei manchen Mitarbeitern L. als Standort angegeben ist, diese aber an einem anderen Standort beschäftigt sind. Dies liegt in diesen Fällen daran, dass das Kompetenzcenter Krankengeld auf die Standorte M., R. und L. verteilt ist. Unter dem „Standort“ wird lediglich der Hauptstandort und nicht der Nebenstandort angegeben. Die Mitarbeiter in der Telefonzentrale meinen in diesen Fällen beim schnellen Blick in das Adressbuch, dass der zuständige Mitarbeiter am Standort L. beschäftigt sei und wählen dann automatisch die interne Vorwahl des Standorts. Erst bei nochmaligem Blick auf die direkte Vorwahl, z. B. „01234“, bemerken sie, dass dies nicht die Vorwahl für L., sondern für R. ist. Der Wählvorgang muss daraufhin abgebrochen werden und der Mitarbeiter komplett neu angewählt werden. Dies kostet Zeit und der Kunde weilt währenddessen in der Warteschleife.

<sup>90</sup> Erhalten in: Datenbank Telefonzentrale

Zuständige Mitarbeiter						
Mitgliedersuche ändern   Gewählt: <b>Tester</b>   <b>Maria</b>   <b>01.01.2001</b>   <b>V285908133</b>						
Standort	Organisationseinheit	Anrede	Name	Telefon	von-bis	Aufgabengebiet
Musterstadt		Frau	Mustermann, Erika	Vorwahl Musterhausen	STF-T	Krankengeld
1 von 1 Mitarbeiter						

Abbildung 14: Standort und Nebenstandort sind nicht identisch (Versicherte ist eine Testperson)<sup>91</sup>

In der Beobachtung fiel genauso wie in der Zeitermittlung auf, dass die Mitarbeiter in den Bereichen Privatkunden, Krankenhausabrechnung und Sonstige Leistungen manche Telefonate nicht annehmen wollen, da sie meinen, für den angewählten Buchstabenbereich nicht zuständig zu sein. Dies geschah bereits beim ersten Weiterleitungsversuch und nicht erst bei weiteren Weiterleitungen, wenn das Telefon wie in 4.1.3 beschrieben durchklingelte oder belegt war. Das Problem ist, dass in den Bereichen manchmal die Buchstabenzuständigkeiten geändert werden. Diese Änderungen müssen im Adressbuch vom Systemadministrator eingetragen werden. Jedoch kommt es zwischen der Änderung im Bereich und dem Eintrag im elektronischen Adressbuch zu Zeitverzögerungen. Im unten genannten Beispiel sieht man deutlich, dass die Fallschilderung zwischen 31 - 48 Sekunden dauerte. Eine Diskussion, ob das Gespräch angenommen werden soll oder nicht, wirkte sich dann mit 2 Minuten und 21 Sekunden auf die Erreichbarkeit aus. Erstens war der Kunde so lange in der Leitung und zweitens hätte in dieser Zeit wieder ein Anruf entgegen genommen werden können. Die Verweigerung, ein Telefonat anzunehmen, kommt sehr häufig in den Bereichen Privatkunden und Sonstige Leistungen vor.

Anrufgrund	Weiterverbinden	Bereich	Dauer Weiterverbinden	2. Versuch	3. Versuch	Fallschilderung
Auskunft	1	Privatkunden	0:18			0:31
Auskunft	1	Privatkunden	1:10			0:48
Auskunft	2x belegt, 1	Privatkunden	0:05	0:03	0:19	2:21
Auskunft	1	Privatkunden	0:18			0:36

Tabelle 7: Dauer der Fallschilderung oder der Annahmeverweigerung im Bereich<sup>92</sup>

Des Weiteren klingelte in den Bereichen Sonstige Leistungen, Hilfsmittel, Privatkunden und Krankengeld das Telefon öfters durch. Dies geschah, wie in 4.1.3 beschrieben, in 24 Fällen. Das bedeutete, es ging kein Mitarbeiter des Bereiches an das Telefon. Nach der DA TUK muss bei Abwesenheit eines Mitarbeiters auf den Sammler oder sollte der ganze Bereich abwesend sein, auf einen anderen Bereich umgestellt werden. Diese Anweisung wurde in den oben genannten

<sup>91</sup> Bildschirmkopie

<sup>92</sup> Eigene Darstellung

Bereichen nicht befolgt. Die Konsequenz war, dass der Mitarbeiter der Telefonzentrale einen anderen Bereich in einer anderen Geschäftsstelle anwählen musste. Dabei war der Kunde die ganze Zeit in der Leitung und das Gespräch konnte nicht abgegeben werden. Der Mitarbeiter der Telefonzentrale konnte nur hoffen, dass der andere Standort annahm oder er bot dem Kunden einen Rückruf an oder er gab die Durchwahl des Kundenbetreuers heraus. Das Durchklingeln dauerte im unteren Beispiel 40 Sekunden, normalerweise wurde ein Telefonanruf in durchschnittlich 20 Sekunden angenommen.

Anrufgrund	Weiterverbinden	Bereich	Dauer Weiterverbinden
Anfrage Kieferorthopädische Behandlung	1-mal	Zahn	0:20
Anfrage Kieferorthopädische Behandlung	1-mal	Zahn	0:13
Anfrage Kieferorthopädische Behandlung	1-mal	Zahn	0:10
Anfrage Kieferorthopädische Behandlung	klingelte durch	Zahn	0:40

Tabelle 8: Dauer beim Weiterverbinden oder Durchklingeln<sup>93</sup>

### 4.3 Experteninterviews zum Thema „telefonische Erreichbarkeit“

Sozialforschung wird definiert als „Untersuchungen, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zur Weiterentwicklung von Theorien beizutragen“. <sup>94</sup> Die Sozialforschung kann in quantitative und qualitative Methoden unterschieden werden. Die quantitative Sozialforschung wird auch als theoriegenerierend bezeichnet, da Hypothesen überprüft werden. Bei dieser Forschungsmethode werden die Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung untersucht. Die Häufigkeiten, sowie die Interpretation dieser, resultiert auf Zahlen. Dazu werden standardisierte Datenerhebungen verwendet, um große Stichproben zu untersuchen. <sup>95</sup> In der qualitativen Sozialforschung werden Ursache-Wirkungsmechanismen gesucht, das heißt, Hypothesen werden entwickelt. Die sozialen Sachverhalte werden nicht durch Zahlen, sprich statistische Auswertungen, sondern durch verbale Beschreibungen interpretiert. Die untersuchte Gruppe besteht nur aus wenigen Personen. Die Repräsentativität ist im Gegensatz zur quantitativen Forschung nicht gegeben. <sup>96</sup>

In der qualitativen Sozialforschung wird die Methode der Befragung zur „sozialwirtschaftsstatistischer Datenerhebung“ <sup>97</sup> eingesetzt. Im Rahmen einer Befragung, unter anderem durch Interviews, können Meinungen und Einstellungen erforscht werden. Dies kann persönlich, telefonisch oder schriftlich erfolgen. Ein Interview ist eine Befragung und beschreibt das „planmäßi-

<sup>93</sup> Eigene Darstellung

<sup>94</sup> Gläser, J.; Laudel, G. (2010), S. 23

<sup>95</sup> Vgl. ebd., S. 24 ff.

<sup>96</sup> Vgl. ebd., S. 26 ff.

<sup>97</sup> Diekmann, A. (2013), S. 434

ge Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Information veranlasst werden soll“.<sup>98</sup>

Interviews können strukturiert oder unstrukturiert durchgeführt werden. Strukturierte Interviews werden in einer festgelegten Reihenfolge und mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten durchgeführt. Bei unstrukturierten Interviews wird häufig nur das Thema vorgegeben. Bei einem persönlichen oder telefonischen Interview kann der Befragte durch den Interviewer beeinflusst werden. Fragestellung, Tonlage, Mimik sowie Alter und Geschlecht können den Befragten beeinflussen, indem er beispielsweise nach sozialer Erwünschtheit oder aus Angst vor Konsequenzen nicht wahrheitsgemäß antwortet. Bei schriftlichen Interviews kann diese Beeinflussung ausgeschlossen werden. Um ehrliche Antworten zu erhalten, muss der Interviewte bereit sein, den Interviewer zu unterstützen, indem er zum einen überhaupt und zum anderen wahrheitsgetreu auf die Fragen antwortet. Das Interview muss so aufgebaut sein, dass der Befragte die Fragen versteht und folglich darauf antworten kann.<sup>99</sup>

Das Experteninterview gehört in der qualitativen Sozialforschung zu den nicht-standardisierten Forschungsmethoden. Ein Experte hat die „spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte“.<sup>100</sup> Experteninterviews können telefonisch durchgeführt werden. Die telefonische Befragung ist stark verbreitet, da diese nicht so zeit- und kostenintensiv wie eine persönliche Befragung ist, da der Interviewer nicht an den Interviewort fahren muss. Der Nachteil dieser Methode ist, dass der Interviewer Störungen oder Nebentätigkeiten des Interviewten bei einem Telefongespräch nicht beeinflussen kann. Bei einem direkten Gespräch ist der Interviewte dagegen auf den Gesprächspartner konzentriert.<sup>101</sup>

### 4.3.1 Aufbau des Experteninterviews

Für das Interview wurde ein Leitfaden entwickelt, an dem sich der Interviewer während des Gesprächs orientieren konnte. Im Gegensatz zu einem unstrukturierten Interview wurde somit die Vergleichbarkeit der Fragen und Antworten gewährleistet. Der Leitfaden wurde aus Zeitgründen auf 15 Fragen beschränkt.

Das drei Seiten lange Interview ist in drei Abschnitte „Allgemeiner Überblick“, „Erreichbarkeit“ und „Organisation“ untergliedert sowie in einen kurzen Einleitungssatz und einen Schlusssatz. Im Einleitungssatz wurde dem Interviewpartner für die Teilnahme gedankt und kurz das Thema sowie der

---

<sup>98</sup> Diekmann, A. (2013), S. 437

<sup>99</sup> Vgl. ebd., S. 437 f.

<sup>100</sup> Gläser, J.; Laudel, G. (2010), S. 12

<sup>101</sup> Vgl. ebd., S. 153 ff.

Aufbau des Interviews vorgestellt. Zudem wurde gefragt, ob die Aufzeichnung auf Tonträger in Ordnung sei. Gleichzeitig wurden vom Interviewer Alternativen aufgezeigt, falls der Interviewte die Aufzeichnung verweigern sollte.

<i>Ich möchte dieses Gespräch gerne auf Tonträger aufzeichnen, ist dies für Sie in Ordnung?</i>		
<b>Ja</b>	<b>Unentschlossenheit</b>	<b>Nein</b>
<i>Vielen Dank!</i>	<p><i>Ich kann Ihnen die Textpassagen vor der Veröffentlichung zukommen lassen. Wären Sie dann mit einer Aufzeichnung einverstanden?</i></p> <p><b>Ja:</b> <i>Vielen Dank!</i></p> <p><b>Nein:</b> <i>In Ordnung, dann werde ich mitschreiben.</i></p>	<p><i>Ich kann Ihnen die Textpassagen vor der Veröffentlichung zukommen lassen. Wären Sie dann mit einer Aufzeichnung einverstanden?</i></p> <p><b>Ja:</b> <i>Vielen Dank!</i></p> <p><b>Nein:</b> <i>In Ordnung, dann werde ich mitschreiben.</i></p>

Tabelle 9: Einleitungsfrage und Antwortmöglichkeiten mit Alternativen<sup>102</sup>

In den „Allgemeinen Angaben“ war der Unternehmensname, Name des Interviewers, seine Position im Unternehmen, das Datum sowie nach den Interviews die Dauer einzutragen.

<b>Unternehmensname:</b>	
<b>Name des Interviewpartners:</b>	
<b>Position im Unternehmen:</b>	
<b>Datum des Interviews:</b>	
<b>Dauer:</b>	

Tabelle 10: Allgemeine Angaben<sup>103</sup>

Beim Entwurf des Interviewleitfadens wurde zuerst ein Fragenkatalog erstellt. Die Fragen basierten zum einen auf den sechswöchigen Beobachtungen in der Telefonzentrale. Zum anderen brachte der Abteilungsleiter zusätzliche Fragen ein, die ihn interessierten. Nachdem ursprünglich 25 Fragen vorgesehen waren, blieben schließlich 15 übrig.

Der Frageblock A. „Allgemeiner Überblick“ beinhaltet vier Fragen. Die erste Frage, auch Eröffnungsfrage genannt, diente dazu, dass der Interviewte die Frage einfach beantworten konnte und nicht überfordert wurde. Gleichzeitig diente die Frage dazu, dass der Interviewer einen groben Überblick über die Callcenterstruktur im anderen Unternehmen bekam und im Folgenden möglichst keine Verständnisprobleme auftreten sollten.

<sup>102</sup> Eigene Darstellung

<sup>103</sup> Eigene Darstellung

In den weiteren Fragen wurde der Experte zu den Themen Outsourcing und Zentralisierung von Standorten sowie zu seinen Meinungen befragt. Im Fragenblock B. „Erreichbarkeit“ wurde er zu den Themen Servicezeiten, Tätigkeit im Callcenter, Servicelevel und zu Möglichkeiten, die zur Erreichbarkeitssteigerung im Callcenter dienen, interviewt. Im letzten Block C. „Organisation“ wurden sechs Fragen zum Thema Personalbedarfsplanung, Arbeitszeitmodelle, ausführliche Beratung oder Erstinformation sowie Zeitbemessung für einen Telefonanruf und Gesundheit am Arbeitsplatz gestellt. Zum Schluss wurde dem Interviewten nochmals für die Teilnahme gedankt und er wurde zudem gefragt, ob man ihn bei Rückfragen ggf. kontaktieren könne und unter welcher Telefonnummer man ihn erreichen könne. Der komplette Interviewleitfaden befindet sich im Anhang 4 der Arbeit.

### **4.3.2 Durchführung**

Der Verfasser entschied sich für das Experteninterview, da qualitative Daten und Erfahrungen anstatt statistischer Kennzahlen erhoben werden sollten. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte folgendermaßen: Die auftraggebende Krankenkasse hat ca. X Versicherte. Es wurden vergleichbare Kassen, also solche mit mehr als X Versicherten gesucht. Die verbleibenden X Krankenkassen wurden dann innerhalb von zwei Tagen angerufen. In den Telefonaten wurde über das Ziel der Untersuchung sowie das Mitwirken der Interviewpartner informiert und zum Schluss wurde die Teilnahmebereitschaft am Interview erfragt. Daraufhin wurden die Kontaktdaten gegenseitig ausgetauscht, um eine erneute Kontaktaufnahme für die Vereinbarung des Interviewtermins ein paar Wochen später zu gewährleisten. Es wurde bewusst der Erstkontakt per Telefon gewählt, da so die persönliche Beziehung zum Interviewpartner aufgebaut werden konnte. Von den infrage kommenden X Kassen erklärten sich am Ende sechs Kassen bereit, am Interview teilzunehmen. Die Möglichkeit einer schriftlichen Kontaktaufnahme wurde aus Zeitgründen nicht verfolgt. Außerdem waren die direkten Kontaktdaten der Callcenterleiter im Internet nicht ersichtlich und es wurde unter den Servicenummern, die im Internet zu finden waren, in den Callcentern angerufen und sich immer weiter durchgefragt. Als Dank für die Bereitschaft am Interview teilzunehmen, wurde den Teilnehmern im Gegenzug ein Exemplar der Bachelorarbeit versprochen. Nach der Vorabanfrage wurde drei Wochen vor dem Interviewzeitraum in der Kalenderwoche 12 eine E-Mail an die sechs Kassen geschrieben, mit der Bitte, einen Terminvorschlag sowie das Einverständnis zu einer Tonbandaufzeichnung zu geben. Drei Krankenkassen, die Krankenkasse A, die Krankenkasse B und eine Kasse (Krankenkasse C), die anonym bleiben möchte, meldeten sich zurück.

In der Vorab-E-Mail (siehe Anhang 3) wurden dreißig Minuten für ein Interview eingeplant. Es wurde bewusst nicht länger veranschlagt, um den Experten nicht von anderen Terminen abzuhalten und ihn auch nicht zu überanstrengen. Das Telefoninterview wurde dem persönlichen Interview vorgezogen, da die räumliche Nähe nicht gegeben war. Das Interview wurde auf Tonband aufgezeichnet,



da so „Informations- und Gedächtnisverlusten“<sup>104</sup> vorgebeugt werden sollte. Die Interviews wurden zwischen dem 19.03.2014 und dem 21.03.2014 durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 40 Minuten.

Bevor die Experteninterviews in der Kalenderwoche 12 durchgeführt wurden, erfolgte ein Pretest. Dies bedeutet, dass der Leitfaden in einem Probeinterview getestet wurde. Der Test wurde mit fünf Testpersonen, die teilweise aus der Callcenterbranche stammen, andererseits mit fachfremden Personen durchgeführt. Es wurden bewusst branchenfremde Personen gewählt, um zu analysieren, ob die Fragestellung verständlich sei. Unverständliche und komplexe Formulierungen konnten dadurch erkannt und rechtzeitig umformuliert werden. Danach wurde der Leitfaden in das Zentrum für empirische Forschung der Dualen Hochschule gegeben und dort auf Nichtvorhandensein von indirekten oder suggestiven Fragen und solchen mit doppelter Verneinung überprüft. Außerdem wurde die Sinnhaftigkeit der Fragen kontrolliert. Es wurde darauf geachtet, dass die Fragen kurz, verständlich und präzise formuliert waren. Nach weiteren Verbesserungen wurde der fertige Leitfaden auf Wunsch an zwei Experten zur Vorbereitung auf das Interview gesandt.

Zur Durchführung der Interviews wurde ein ruhiger Raum gewählt. Das Telefon wurde auf laut gestellt, damit das Gespräch auf einem Diktiergerät aufgenommen werden konnte. Nach der Begrüßung und einem kurzen Smalltalk wurden die Experten nochmals gefragt, ob eine Aufzeichnung des Gesprächs in Ordnung sei. Alle drei Experten stimmten zu. Zum einen diente diese Frage zur nochmaligen Vergewisserung, zum anderen zur Information, dass das Tonband läuft und das Gespräch aufgenommen wird. Danach wurden den Experten die Fragen aus dem Leitfaden gestellt. Es wurde nicht strikt nach Reihenfolge vorgegangen, da die Experten in manchen Antworten schon die nächste Frage mitbeantworteten. Diese (bereits beantwortete) Frage wurde dann nicht nochmals gestellt, um den Experten nicht das Gefühl zu geben, dass man nicht richtig zugehört habe. Bei Unklarheiten in den Aussagen konnte der Interviewer nochmals nachfragen, um diese zu beseitigen. Die Experten wurden bei ihren Ausführungen nicht unterbrochen, auch wenn diese in die falsche Richtung gingen, da eine Wertschätzung vermittelt werden sollte. Am Ende des Gesprächs wurden die Experten noch zu ihrer Position im Unternehmen befragt. Daraufhin folgten das weitere Vorgehen und die Verabschiedung.

Nach dem jeweiligen Interview wurde der Text transkribiert, das bedeutet, dass der auf Diktiergerät aufgenommene Text abgehört und dann wörtlich abgeschrieben wurde. Grammatikalische Fehler und Wiederholungen wurden angeglichen. Der Sinn des Textes wurde durch die Angleichung nicht verändert.

---

<sup>104</sup> Gläser, J.; Laudel, G. (2010), S. 157

### 4.3.3 Ergebnisse

In der ersten Frage im Fragenblock „Allgemeiner Überblick“ wurden die Experten gefragt, ob sie ihre Kundenanrufe in ihre eigene Telefonzentrale oder ein externes Callcenter leiten würden. Herr B., Abteilungsleiter des Servicecenters der Krankenkasse A, erklärte, dass in der Krankenkasse A „zwei zentrale Hotlines geschaltet“ seien. Während den Geschäftszeiten beantworte ein internes Callcenter die Kundenanliegen. Ein externes Dienstleistungs-Callcenter sei in den Randzeiten und für Überläufe zugeschaltet. Im internen Callcenter seien X Mitarbeiter beschäftigt. Bei der Krankenkasse B, gibt es dagegen X Servicecenter, so wird dort ein Callcenter genannt, mit insgesamt X Mitarbeitern, die die Kundenanliegen beantworten. Man komme ohne ein externes Callcenter aus, so die Auskunft von Herrn T., Referatsleiter. Die dritte Krankenkasse, die anonym bleiben möchte, hat ein externes Dienstleistungs-Callcenter und ein internes Callcenter mit X Mitarbeitern. Die Überläufe und Randzeiten werden auch hier über das externe Callcenter abgedeckt. Die auftraggebende Krankenkasse hat ein internes Callcenter, in dem ca. 40 Mitarbeiter arbeiten. Der externe Dienstleister ist an Samstagen und Randzeiten zugeschaltet. Die Überläufe werden seit März 2014 durch die Bereiche Kundenbetreuung abgefangen.<sup>105</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Internes Callcenter und externes Callcenter (Überläufe und Randzeiten)	Internes Callcenter und <b>kein</b> externer Dienstleister	Internes und externes Callcenter, externer Dienstleister (Randzeiten)	Internes Callcenter und externes Callcenter (Randzeiten), Überläufe werden im Fachbereich abgefangen

Tabelle 11: Antworten zu Frage 1 im Block A<sup>106</sup>

Auf die Frage, ob die Experten zusätzlich zur internen Telefonzentrale ein externes Callcenter hinzuschalten würden, empfahl Herr B. (Krankenkasse A), ein externes Callcenter als Unterstützung hinzuzuschalten. In dieser Kasse werde unter der Woche von 18 bis 20 Uhr, sowie samstags von 9 bis 15 auf einen externen Dienstleister zugegriffen. Der Experte der Krankenkasse B sah dazu keine Notwendigkeit, da die Kasse selbst einen 24-Stunden-Service durch eigene Mitarbeiter gewährleiste und daher kein externes Callcenter benötige. Der Vertreter der anonymen Krankenkasse würde wiederum ein externes Callcenter zuschalten, um Randzeiten (u. a. Nachtzeiten) oder Anrufspitzen abzudecken. Zusätzlich merkte dieser Interviewpartner an, dass im internen Callcenter immer eine höhere Qualität gewährleistet werde und daher der Hauptanruferstrom intern abzudecken sei. Die auftraggebende Krankenkasse nutzt das externe Callcenter für Randzeiten in den Abend- und Mor-

<sup>105</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>106</sup> Eigene Darstellung

genstunden sowie an Samstagen. Zudem wird versucht, die Überläufe intern abzufangen, um eine gute Beratung in den Bereichen zu gewährleisten.<sup>107</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Durch ein externes Callcenter können Randzeiten und Spitzenzeiten bzw. Nachtstunden und Wochenenden abgedeckt werden, die Qualität ist dort geringer	Kein externes Callcenter, da die Kundenbetreuung aufgrund der Unternehmensphilosophie inhouse bleiben soll	Die Randzeiten und Wochenendzeiten sollen durch einen externen Dienstleister abgedeckt werden	Das externe Callcenter wird genutzt, um Randzeiten abzudecken

Tabelle 12: Antworten zu Frage 2 im Block A<sup>108</sup>

In der dritten Frage wurden die Experten gefragt, ob Sie einer Krankenkasse mit einem 40 Mitarbeiter großen Callcenter zu einem kompletten Outsourcing raten würden. Der Experte der Krankenkasse A riet davon ab, da ein externer Dienstleister „kein so großes Expertenwissen aufbauen“ könne, wie es die eigenen Mitarbeiter hätten. Der Interviewpartner der Krankenkasse B merkte dabei an, dass es zu geringeren „Reibungsverlusten“ komme, wenn nur die eigenen Mitarbeiter die Telefonie übernehmen würden. Externe Dienstleister müssten in die Prozesse eingebunden werden. Der Vertreter der anonymen Krankenkasse sah das auch so, da die eigenen Mitarbeiter „mehr Qualität und Loyalität“ vorweisen würden. Dagegen könne es bei einem externen Dienstleister zu „hohen Qualitätseinbußen“ kommen. Die auftraggebende Krankenkasse hat nur die Randzeiten ausgelagert, da dies am wirtschaftlichsten ist, da der externe Dienstleister pro Anruf bezahlt und zugleich eine gewisse Qualität gewährleistet werden soll.

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Kein komplettes Outsourcing, da die externen Dienstleister nicht die gewünschte Qualität erbringen	Outsourcing kann zu Reibungsverlusten im Prozessablauf führen. Intern ist zudem die Qualität besser	Externe Mitarbeiter können das Expertenwissen nicht aufbauen, interne Mitarbeiter haben mehr Loyalität, Qualität und Intensität	Die Kundeninformation ist nicht komplett outgesourct, Randzeiten werden durch einen externen Dienstleister abgedeckt

Tabelle 13: Antworten zu Frage 3 im Block A<sup>109</sup>

In der letzten Frage des ersten Frageblocks wurden die Experten gefragt, ob sie einem Unternehmen mit mehreren kleinen Inbound-Callcenter-Standorten zu einer Zentralisierung raten würden. Herr B. von der Krankenkasse A würde dies bejahen, da die Mitarbeiter besser geführt werden könnten, wenn die Führungskraft vor Ort sei. Zudem sei durch eine zentrale Organisation eine geringere Führungsspanne notwendig und man brauche weniger Führungskräfte. Der Experte der Krankenkasse B gab zu bedenken, dass eine Zentralisierung Standortschließungen zur Folge haben könne und die dortigen Mitarbeiter umgesiedelt werden und dazu vergleichbare Arbeitsplätze zur Verfügung ste-

<sup>107</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>108</sup> Eigene Darstellung

<sup>109</sup> Eigene Darstellung

hen müssten. Der Vertreter der dritten Krankenkasse findet eine Zentralisation „eine schöne Form der Zusammenarbeit“. Jedoch würde sie die Organisation noch weiter dezentralisieren und aufgrund des hohen Fachkräftemangels an den Standorten möglicherweise Homeoffice-Lösungen anbieten. Der Nachteil dabei sei, dass die Mitarbeiter sich nicht unter der „direkten Kontrolle“ des Teamleiters befinden würden. Die auftraggebende Krankenkasse hat vier Standorte, wobei zwei Einmann-Standorte sind. Der größte Standort mit über 30 Mitarbeitern ist in L..<sup>110</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Zentralisierung, da die Mitarbeiterführung einfacher ist und die Führungsspanne nicht so groß ist	Schwierig, da bei einer Standortschließung die Mitarbeiter woanders beschäftigt werden müssen	Ablehnung der Zentralisierung, da durch den Fachkräftemangel nicht mehr möglich	Dezentralisierung: 4 Standorte, wovon zwei Standorte nur mit einer Person besetzt sind

Tabelle 14: Antworten zu Frage 4 im Block A<sup>111</sup>

Im zweiten Fragenblock „Erreichbarkeit“ wurden die Experten zuerst gefragt, welche Servicezeiten Sie empfehlen würden, um einen guten Kundenservice zu gewährleisten. Der Vertreter der Krankenkasse A hält unter der Woche die Servicezeiten 8 bis 20 Uhr für „absolut angemessen“. Jedoch solle der Samstag nicht „außen vor“ gelassen werden, denn bei der Krankenkasse A würden an Samstagen rund X Anrufe eingehen. Jedoch rät Herr B. davon ab, die Telefonie sonntags und nachts anzubieten, da dies sich bei ihnen nicht bewährt habe. Der Interviewpartner der Krankenkasse B empfiehlt dagegen einen 24-Stunden-Service. Nachts seien bei der Krankenkasse B, laut Herrn T., immer zwei Mitarbeiter erreichbar und am Wochenende gäbe es rotierende Dienste. Der Experte der anonymen Kasse schlug 7 Uhr bzw. 7:30 Uhr bis 19 Uhr oder 20 Uhr als Hauptzeiten vor. Die telefonischen Servicezeiten der auftraggebenden Krankenkasse werden von 7 bis 20 Uhr unter der Woche und am Samstag von 10 bis 13 Uhr gewährleistet.

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Servicezeiten von 8 bis 20 Uhr sind zu empfehlen, auch samstags (sonntags und nachts hat sich nicht bewährt)	24-Stunden-Service	7 Uhr / 7:30 Uhr bis 19 Uhr / 20 Uhr sollten die Hauptzeiten sein	Die auftraggebende Krankenkasse hat folgende Servicezeiten: Montag bis Freitag 7 bis 20 Uhr, sowie am Samstag von 10 bis 13 Uhr

Tabelle 15: Antworten zu Frage 1 im Block B<sup>112</sup>

In der zweiten Frage wurde den Experten die momentane Erreichbarkeitssituation in der Krankenkasse geschildert: „Stellen Sie sich vor, in einer Krankenkasse sind die Mitarbeiter in den Bereichen täglich bis 17 Uhr erreichbar. Die Telefonzentrale ist eine Stunde länger erreichbar. Der Kunde wird ab 17 Uhr gebeten, am nächsten Tag zwischen 8 und 17 Uhr wieder anzurufen. Würden Sie diesen

<sup>110</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>111</sup> Eigene Darstellung

<sup>112</sup> Eigene Darstellung

Zustand ändern? Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht?“ Alle drei Experten rieten dazu, die Servicezeiten auszudehnen. Laut der Interviewpartner der Krankenkasse A und der anonymen Krankenkasse sollen die Fachabteilungen bis 18 Uhr mit einer Notbesetzung zusätzlich zum internen Callcenter zur Verfügung stehen, um Kundenanfragen zu beantworten. Der Experte der Krankenkasse B würde zudem die Servicezeiten ausdehnen, jedoch aufgrund der unterschiedlichen Kassengröße nicht wie bei ihnen im Umfang von 24 Stunden.<sup>113</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Die Fachabteilungen sollen auch bis 18 Uhr telefonisch erreichbar sein	Die Servicezeiten sollen ausgedehnt werden, jedoch kein 24-Stunden-Service	Die Fachabteilungen sollen mit einer Notbesetzung bis 18 Uhr erreichbar sein	Die Fachabteilungen sind bis 17 Uhr erreichbar, die Telefonzentrale ist bis 18 Uhr erreichbar

Tabelle 16: Antworten zu Frage 2 im Block B<sup>114</sup>

In der nächsten Frage wurden die Leiter der Callcenter gefragt, ob sie die Mitarbeiter im Callcenter weitere Aufgaben zusätzlich zur Telefonie erledigen lassen würden. Dies bejahte der Interviewpartner der Krankenkasse A, da die E-Mailkommunikation beispielsweise als „Regenerationsprozess“ genutzt werden könne. Außerdem könnten zusätzlich leichte Prozesse, die einfach unterbrochen werden können, integriert werden, wenn das Telefon klingelt. Die Krankenkasse B setzt die E-Mailbearbeitung ein, um die Mitarbeiter vollständig auszulasten. Die anonyme Krankenkasse nutzt das Bearbeiten von E-Mails, Chatanfragen oder Social Media Anträgen, wie die Krankenkasse A, um Sprechpausen zu füllen. In der auftraggebenden Krankenkasse werden E-Mails nur auf Anweisung von den Mitarbeitern in der Telefonie bearbeitet. Dies geschieht beispielsweise, wenn sehr viele Mails im Postkorb lagern. Zusätzlich bearbeiten manche Mitarbeiter zeitweise E-Mails. Das bedeutet, dass der Großteil der Telefonie jedoch keine E-Mails erledigt. Die oben genannten Sprechpausen sind bei der auftraggebenden Krankenkasse die Nacharbeitszeiten.<sup>115</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
E-Mails als Regenerationsprozess nutzen, leichte Prozesse (die bei Telefonklingeln leicht unterbrochen werden können) in die Servicetelefonie integrieren, um die Stimme schonen	Mitarbeiter können durch E-Mailbearbeitung konsequent ausgelastet werden	Andere Aufgaben entlasten den Stimmapparat, Sprechpausen können durch E-Mails ausgefüllt werden	Die meisten Mitarbeiter machen keine E-Mailbearbeitung, um die Stimme zu schonen (Sprechpausen werden nur in der Nacharbeitszeit gewährt)

Tabelle 17: Antworten zu Frage 3 im Block B<sup>116</sup>

<sup>113</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>114</sup> Eigene Darstellung

<sup>115</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>116</sup> Eigene Darstellung

In der vierten Frage wurden die Experten zum Thema Servicelevel befragt. In der Literatur wird ein Level von 80/20 empfohlen. Das bedeutet, dass 80 % der Anrufe in den ersten 20 Sekunden des Klingelns angenommen werden sollen. Die Experten wurden gefragt, ob dies mit 40 Mitarbeitern realisiert werden könne und welche Maßnahmen zur Realisierung ergriffen werden sollten. Herr B. von der Krankenkasse A meinte, dass dies mit dem vorgegebenen Personalschlüssel nicht erreicht werden könne. Ihre Kasse arbeite nicht mit einem Servicelevel, sondern habe ein Hauptziel. Dieses beträgt 90 % telefonische Erreichbarkeit, um die Kunden zufrieden zu stellen. Der Vertreter der Krankenkasse B hält das Erreichen dieser Zielvorgabe auch für sehr schwierig, da dafür immer freie Mitarbeiter verfügbar sein müssten und empfehle eher eine Tendenz von 70/30. Der Experte der anderen Krankenkasse glaubt, dass das genannte Ziel (80/20) mit einer „vernünftigen Personalplanung“ zu schaffen sei. Die auftraggebende Krankenkasse hat zwei Ziele. Zum einen in 20 Sekunden 80 % der Anrufe anzunehmen und zum anderen eine 80 bis 90 %ige Erreichbarkeit zu gewährleisten.<sup>117</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Vorschlag eines Gesamtziels von 90 %, keine Orientierung am Servicelevel	Es ist schwierig dieses mit einer so geringen Mitarbeiterzahl zu erreichen	Das Level kann mit einer vernünftigen Personaleinsatzplanung erreicht werden	Eine Erreichbarkeit von 80 % und ein Servicelevel von 80/20 wird angestrebt

Tabelle 18: Antworten zu Frage 4 im Block B<sup>118</sup>

In der letzten Frage im Block „Erreichbarkeit“ wurden die Experten gefragt, welche Maßnahmen sie ergreifen würden, um die Erreichbarkeit zu steigern. Herr B. von der Krankenkasse A empfiehlt, Ziele zu setzen, wie beispielsweise sieben Calls pro Stunde und eine 90 %ige Gesamterreichbarkeit. Der Vertreter der Krankenkasse B würde die Mitarbeiter so trainieren, damit sie ein Fachwissen hätten, um qualitativ hochwertige Gespräche führen zu können. Außerdem müsse die Telefonie gut organisiert sein. Beispielsweise müssten interne Überlaufsznarien gebildet werden. Der Interviewpartner der anonymen Krankenkasse legte seinen Schwerpunkt auf die Prozessoptimierung und Personaleinsatzplanung sowie auf Mitarbeiterschulungen. Die auftraggebende Krankenkasse hat keine einzelnen Unterziele. Die Mitarbeiter erhalten spezielle Schulungen zur Telefonie. Die Überläufe werden in die Servicecenter weitergeleitet.

<sup>117</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>118</sup> Eigene Darstellung

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Oberziele (90 % Gesamterreichbarkeit) und Unterziele (sieben Calls pro Stunde) müssen festgesetzt werden	Mitarbeiter trainieren, Überlaufszenarien bilden und eine gute Mitarbeiterorganisation	Prozessoptimierung, Personalplanung, Schulungen	Die auftraggebende Krankenkasse hat keine Unterziele, die Überläufe gehen an die Servicecenter, die Mitarbeiter erhalten eine Telefonschulung

Tabelle 19: Antworten zu Frage 5 in Block B<sup>119</sup>

Im letzten Block „Organisation“ wurden die Experten gebeten, Tipps für die Personalbedarfsplanung zu geben. Der Interviewpartner der Krankenkasse A rät zu einem Schichtplan mit zwei bis drei Wochen Vorlauf. Die Kasse habe sich ein Tool gekauft, um dies in der Zukunft gewährleisten zu können. Momentan hätten sie noch einen Vorlauf von sechs Wochen. Herr T. von der Krankenkasse B. rät auch zu professionellen Tools. Der Schichtplan habe einen Vorlauf von sechs Wochen. Dem Mitarbeiter gehe der Schichtplan drei Wochen vor Beginn der Schicht zu. Eine Woche vor dem Start des Schichtsystems werde er nochmals feinjustiert, um auf Veränderungen in der Telefonie eingehen zu können. Die anonyme Krankenkasse mache vier Wochen im Voraus ihre Schichtplanung und die Schicht werde mindestens vier Tage vor dem Schichtbeginn dem Mitarbeiter bekannt gegeben. Um eine gute Schichtplanung zu gewährleisten, werden die „Kundeneingangsströme“ gemessen. In der auftraggebenden Krankenkasse gibt es einen Basisschichtplan. Dieser gilt drei Monate. Auf kurzfristige Änderungen wird spontan eingegangen. Zur Planung wird kein professionelles Tool, sondern eine Exceltabelle verwendet.<sup>120</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Der Schichtplan hat einen Vorlauf von sechs Wochen, das neue Schichtplanungstool soll die Vorlaufzeit auf zwei bis drei Wochen verkürzen	Professionelles Tool mit sechs Wochen Vorlauf, Mitarbeiter erhalten den Plan drei Wochen vor Schichtbeginn, eine Woche vor Inbetriebnahme wird dieser feinjustiert	Schichtplanung vier Wochen im Voraus	Basisschichtplan der drei Monate gilt, Änderungen werden spontan eingetragen

Tabelle 20: Antworten zu Frage 1 im Block C<sup>121</sup>

In der nächsten Frage ging es um sinnvolle Arbeitsmodelle im Callcenter. Der Vertreter der Krankenkasse A empfiehlt keine unterschiedlichen Teilzeitmodelle, wie beispielsweise 18, 22 oder 24 Stunden, sondern nur zwei gleiche Teilzeitmodelle. Zudem werde ein Mix aus Vollzeit- und Teilzeitkräften angestrebt. Herr T. von der Krankenkasse B würde die Anruferkurve mit 4- oder 8-Stunden-Diensten abdecken. Der Interviewpartner der anderen Kasse behauptete, dass im Callcenter keine Gleitzeit genommen werden könne und man deswegen Teilzeitkräfte brauche. Die auftraggebende Krankenkasse hat Vollzeit- und Teilzeitkräfte eingestellt. Durch Alt- und Neuverträge kommt es zu

<sup>119</sup> Eigene Darstellung

<sup>120</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>121</sup> Eigene Darstellung

Stundenschwankungen. Die Mitarbeiter nutzen ihre Gleitzeitmöglichkeit, um länger oder kürzer zu arbeiten, je nachdem, ob viele oder wenige Anrufe eingehen.

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Verschiedene Schichtvarianten mit einem Mix aus Voll- und Teilzeitkräften	Schichtplanung mit langen und kurzen Diensten, um Anrufspitzen abzudecken	Feste Schichtzeiten für die Mitarbeiter, Gleitzeit ist nicht möglich	Teilzeit- und Vollzeitkräfte in verschiedenen Schichtvarianten, Gleitzeit ist möglich

Tabelle 21: Antworten zu Frage 2 im Block C<sup>122</sup>

Als nächstes wurden die Experten gefragt, ob Sie in der Telefonie Aushilfen einstellen würden, um die Erreichbarkeit zu verbessern. Alle drei Experten würden es nicht tun bzw. vermeiden. Der Interviewpartner der Krankenkasse A würde einen Erreichbarkeitsengpass durch hausinterne Möglichkeiten lösen. Herr T. von der Krankenkasse B würde diesen durch Backofficeeinheiten abfangen, da die Einarbeitungszeit für Aushilfen zu lange dauere. Der Experte der anonymen Krankenkasse würde Aushilfen nur für nachgelagerte Tätigkeiten, wie E-Mailbearbeitung einsetzen. In der auftraggebenden Krankenkasse werden keine Aushilfen eingesetzt.

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Vermeidung von Aushilfen, da die Qualifizierung für einen kurzen Zeitraum zu lange dauert, zuerst sollten hausinterne Möglichkeiten ausgeschöpft werden	Engpässe werden durch hausinternes Personal und nicht durch Aushilfen abgedeckt	Keine Aushilfen für Engpässe, da qualitativ hochwertige Antworten erwünscht sind und diese nur durch Fachpersonal gewährleistet werden können	Teilzeit- und Vollzeitkräfte, keine Aushilfen für Engpässe

Tabelle 22: Antworten zu Frage 3 im Block C<sup>123</sup>

In der vierten Frage wurde den Experten folgende Situation vorgestellt: In manchen Krankenkassen-Callcentern werden die Kunden ausführlich beraten, in anderen wiederum weniger (sogenannte Erstinformation), um möglichst schnell in die Bereiche weiter zu verbinden, damit eine hohe Erreichbarkeit gewährleistet wird. Die Experten wurden jetzt gefragt, welche der beschriebenen Situationen sie bevorzugen würden. Herr B. von der Krankenkasse A rät zu einer abschließenden Beratung. Bei ihnen würden 80 % der Fälle im Callcenter abgeschlossen werden, denn der Kunde nehme es wahr, wenn er gleich abschließend beraten werden würde. Die Krankenkasse B habe ebenso eine Fallabschlussquote von 80 % und empfehle auch eine ausführliche Beratung. Die anonyme Kasse rät von einem schnellen Weiterverbinden ab, da die Bereiche mit den hohen Anrufrufen überfordert seien, da diese zusätzlich zum Tagesgeschäft anfallen würden. Die Mitarbeiter sollten so quali-

<sup>122</sup> Eigene Darstellung

<sup>123</sup> Eigene Darstellung



fiziert werden, um fallabschließend beraten zu können. Die auftraggebende Krankenkasse hat die Variante mit der Erstinformation gewählt und leitet 70 % der Anrufe weiter.<sup>124</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Abschließende Beratung, da der Kunde dies positiv wahrnimmt	Durch eine Zwei-Level-Organisation wird die Weiterleitungsquote so gering wie möglich gehalten, eine hohe Fallabschlussquote kann gewährleistet werden	Es sollen wenige Anrufe in den Fachbereich geroutet werden, da dies die Mitarbeiter stört. Callcenter-Mitarbeiter werden so qualifiziert, um eine hohe Anzahl an Anrufen fallabschließend zu bearbeiten	30 % der Kundenanliegen werden in der Telefonzentrale fallabschließend bearbeitet, 70 % werden in den Bereichen der Kundenbetreuung abgeschlossen, hohe Weiterleitungsquote

Tabelle 23: Antworten zu Frage 4 im Block C<sup>125</sup>

In der vorletzten Frage wurden die Experten gefragt, wie viele Minuten sie für einen Call veranschlagen würden. Herr B. von der Krankenkasse A geht bei einer Erstinformation von bis zu 3,5 Minuten inklusive Nacharbeitszeit aus. Der Interviewpartner der Krankenkasse B rät zu fünf Minuten Beratung, der Vertreter der dritten Kasse findet dafür fünf bis sechs Minuten als angemessen. Es geht jedoch nicht hervor, ob die Experten die Brutto oder Nettoarbeitszeit meinten. Netto bedeutet, dass noch keine Erholzeiten eingerechnet sind. Es kann nur vermutet werden, dass sie netto veranschlagt haben, da ihre Fallabschlussquoten sehr hoch sind und dies brutto nicht zu erreichen wäre. Das analysierte Unternehmen hat netto drei Minuten inklusive Nachbearbeitung veranschlagt.

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
2,5 bis 3,5 Minuten für eine Erstinformation	5 Minuten für eine durchschnittliche Beratung	3 Minuten für eine Erstinformation, 5 bis 6 Minuten für eine ausführliche Beratung	3 Minuten für eine Erstinformation inklusive Nacharbeit

Tabelle 24: Antworten zu Frage 5 im Block C<sup>126</sup>

In der letzten Frage ging es um die Einrichtung von Arbeitsplätzen im Hinblick auf gesunde Arbeitsbedingungen. Der Interviewpartner der Krankenkasse A empfiehlt höhenverstellbare Tische und genügend Abstand zum Nachbarn, um den Geräuschpegel gering zu halten. Die Akustik solle außerdem durch schallschluckende Wände gedämmt werden. Der Vertreter der Krankenkasse B würde außerdem die Lichtverhältnisse anpassen, damit die Mitarbeiter nicht geblendet würden. Der Experte der dritten Krankenkasse rät zu Stimmschulungen und ausreichend Frischluftzufuhr. In der auftraggebenden Krankenkasse sind die Arbeitsplätze in der Telefonzentrale wie normale Büros

<sup>124</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>125</sup> Eigene Darstellung

<sup>126</sup> Eigene Darstellung

ausgestattet und bei der Einrichtung wurden keine für ein Callcenter spezifischen gesundheitlichen Aspekte beachtet.<sup>127</sup>

Krankenkasse A	Krankenkasse B	Krankenkasse C	Auftraggebende Krankenkasse
Höhenverstellbare Tische, niedriger Geräuschpegel, max. 10 Arbeitsplätze in einem Raum	Höhenverstellbare Tische und Stühle, Lichtverhältnisse anpassen, ausreichend Frischluft, Schall durch Blumenkonzept mindern	Lichtverhältnisse anpassen, ausreichende Luftfeuchtigkeit, höhenverstellbare Tische und Stühle sowie Headsets	Vereinzelt höhenverstellbare Tische, keine Luftfeuchtigkeitsregulierung, hoher Geräuschpegel

Tabelle 25: Antworten zu Frage 6 im Block C<sup>128</sup>

Bei den einzelnen Kassen lassen sich viele Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede feststellen. Im Kapitel fünf wird auf einzelne Punkte der Ergebnisse nochmals genauer eingegangen, um aus den Unterschieden mögliche Handlungsempfehlungen abzuleiten.

## 5 Optimierungsvorschläge für die Telefonzentrale und die gesamte auftraggebende Krankenkasse

In Kapitel vier wurden die Ergebnisse der Zeitermittlung, die Beobachtungen der Telefonie und die Experteninterviews beschrieben. Die nachgehenden elf Optimierungsvorschläge betreffen im Wesentlichen nur den Standort L. und basieren auf den dort gewonnenen Erkenntnissen.

### 5.1 Optimierungsvorschläge für die Telefonzentrale

#### 5.1.1 Elektronisches Adressbuch optimieren

Bei der fünfwöchigen Beobachtung fiel auf, dass im elektronischen Adressbuch die Telefonnummern bei einzelnen Mitarbeitern nicht angezeigt wurden. Das kann daran liegen, dass die Mitarbeiter zum einen ihre Telefonnummer nicht im Adressbuch eingetragen haben oder zum anderen keinen eigenen Telefonanschluss haben. Dies ist beispielweise bei Auszubildenden der Fall.

<sup>127</sup> Vgl. Experteninterviews im Anhang 5-7

<sup>128</sup> Eigene Darstellung

## Zuständige Mitarbeiter

[Mitgliedersuche ändern](#) | Gewählt: **Tester** | **Maria** | **01.01.2001** | **V285908133**

Standort	Organisationseinheit	Anrede	Name	Telefon	von-bis	Aufgabengebiet
Musterstadt		Frau	Mustermann, Erika		STF-T	Krankengeld

1 von 1 Mitarbeiter

Abbildung 15: Fehlende Telefonnummer<sup>129</sup>

Alle Mitarbeiter der auftraggebenden Krankenkasse sollten von den zuständigen Vorgesetzten dazu aufgefordert werden, die eigene Telefonnummer im Adressbuch zu überprüfen und ggf. nachzutragen oder zu ändern. Die Führungskraft sollte dies in einem engen Zeitraum überwachen. Wenn die Mitarbeiter der Telefonzentrale die Telefonnummer nicht sehen können, dauern die Wähl- und Suchvorgänge sehr lange und der Kunde muss währenddessen in der Leitung warten. Folglich kann das nächste Telefonat nicht angenommen werden und die Erreichbarkeit von 80 bis 90 % kann nicht gewährleistet werden.

Zudem fiel auf, dass der zuständige Buchstabenbereich bei manchen Mitarbeitern nicht mehr aktuell ist. Eine Änderung kann jedoch vom Mitarbeiter nicht selbst vorgenommen werden, sondern nur vom zuständigen Systemadministrator. Auch hier sollten die Vorgesetzten die Mitarbeiter dazu anhalten, den Buchstabenbereich regelmäßig zu überprüfen. Wenn der Buchstabenbereich geändert wird, könnten die Änderungen des ganzen Bereiches in eine Exceltabelle eingetragen werden. Diese Liste sollte dann gesammelt an den Systemadministrator zur Änderung übergeben werden. In die Liste hat der Mitarbeiter seinen vollständigen Namen sowie den bisherigen und den neuen Buchstabenbereich einzutragen. Die Exceltabelle könnte folgendermaßen aussehen:

<sup>129</sup> Bildschirmkopie

<b>Name der Abteilung:</b>			
<b>Vorgesetzter:</b>			
<b>Datum:</b>			
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Bisheriger Buchstabenbereich</b>	<b>Neuer Buchstabenbereich</b>
Mustermann	Max	K-M	K-N
Tester	Maria	SCHNED-SOE	STF-T

Tabelle 26: Excelliste für Systemadministrator<sup>130</sup>

Des Weiteren wurde während der Beobachtung bemerkt, dass die Mitarbeiter beim Suchen des zuständigen Mitarbeiters im elektronischen Adressbuch beim Wählen zuerst auf den „Standort“ und nicht auf die Telefonnummer schauen. Für Maria Tester, die Testperson für das Adressbuch, ist ein Mitarbeiter beispielsweise am Standort R. zuständig, jedoch ist dieser Standort dem Hauptstandort L. zugeordnet. Der Mitarbeiter wählt dann den „Standort“ L. an, da er vermutet, dass der Mitarbeiter dort beschäftigt ist und schaut in diesem Moment nicht zusätzlich auf die Vorwahl. Mit der Hausvorwahl „L.“ und der Durchwahl des Mitarbeiters in R. kommt jedoch keine Verbindung zustande. Daraufhin wird auf die Telefonnummer bzw. Vorwahl geschaut und es wird erst jetzt realisiert, dass dieser Bereich nicht in L. ansässig ist, sondern in R.. Folglich muss der Wählvorgang nochmals von vorn starten. Dies kann statt durchschnittlich 20 Sekunden auch 43 Sekunden dauern, jedenfalls deutlich mehr, als bei direktem Weiterverbinden. Gleichzeitig muss auch bedacht werden, dass in dieser Zeit der Kunde in der Leitung wartet und mit seinem zuständigen Kundenbetreuer verbunden werden möchte. Zugleich dauert das Telefonat dadurch länger und die gewünschte Erreichbarkeit des Unternehmens kann nicht gewährleistet werden.

<sup>130</sup> Eigene Darstellung

Bereich	Weiterleitungsdauer bei Icebergproblemen
Privatkunden	00:24
Privatkunden	00:35
Vertrieb	00:43
Prävention	00:27
Privatkunden	00:40
Sonstige Leistungen	00:25
Leistungen	00:40

Tabelle 27: Weiterleitungsdauer bei Adressbuchproblemen<sup>131</sup>

Eine Veränderung der Eintragung des (Haupt-) Standorts ist ausgeschlossen, da die Poststelle auch mit dem elektronischen Adressbuch arbeitet und nach den Hauptstandorten die Post verteilt wird. Es gibt jedoch zwei Änderungsvorschläge: Erstens könnte die Standort- mit der Telefonnummernposition vertauscht werden. Dann würde das Augenmerk der Mitarbeiter sofort auf die Telefonnummer fallen und nicht zuerst auf den vermeintlichen Standort, der in Wirklichkeit der Hauptstandort ist.

### Zuständige Mitarbeiter

Mitgliedersuche ändern | Gewählt: **Tester** **Maria** | 01.01.2001 | V285908133

Standort	Organisationseinheit	Anrede	Name	Telefon	von-bis	Aufgabengebiet
Musterstadt		Frau	Mustermann, Erika	01234 5678-910	STF-T	Krankengeld

1 von 1 Mitarbeiter 

Abbildung 16: Änderungsvorschlag 1 im elektronischen Adressbuch<sup>132</sup>

Die zweite Änderungsmöglichkeit wäre, dass in diesen Fällen vor dem „Standort“ ein Symbol, z. B. ein roter Punkt eingefügt wird, damit der Mitarbeiter der Telefonzentrale sofort sehen kann, dass Haupt- und Nebenstandort nicht identisch sind. Dies könnte dann so aussehen (siehe nächste Seite):

<sup>131</sup> Eigene Darstellung

<sup>132</sup> Bildschirmkopie

Zuständige Mitarbeiter						
Mitgliedersuche ändern   Gewählt: <b>Tester</b>   <b>Maria</b>   <b>01.01.2001</b>   <b>V285908133</b>						
Standort	Organisationseinheit	Anrede	Name	Telefon	von-bis	Aufgabengebiet
● Musterstadt		Frau	Mustermann, Erika	01234 5678-910	STF-T	Krankengeld
1 von 1 Mitarbeiter						

Abbildung 17: Änderungsvorschlag 2 im elektronischen Adressbuch<sup>133</sup>

Im Kapitel vier wurde zudem die Problematik beobachtet, dass manche Mitarbeiter nicht erreichbar sind und 16 % der Anrufe über die Sammelnummernwahl zu einem anderen Mitarbeiter weitergeleitet werden müssen. Dazu muss auf der Papierliste die Sammelnummer des zuständigen Bereiches gesucht werden, da diese nicht im Adressbuch hinterlegt ist. Die Sammelnummer könnte unter der Telefonnummer des zuständigen Betreuers eingefügt werden. Dies würde den Suchvorgang minimieren:

Zuständige Mitarbeiter						
Mitgliedersuche ändern   Gewählt: <b>Tester</b>   <b>Maria</b>   <b>01.01.2001</b>   <b>V285908133</b>						
Standort	Organisationseinheit	Anrede	Name	Telefon	von-bis	Aufgabengebiet
Musterstadt		Frau	Mustermann, Erika	01234 5678-910	STF-T	Krankengeld
				<b>Sammelnummer: 113-253</b>		
1 von 1 Mitarbeiter						

Abbildung 18: Eingefügte Sammelnummer<sup>134</sup>

Manche Mitarbeiter sind im elektronischen Adressbuch nicht zu finden. Dies liegt zum einen daran, dass beispielsweise neue Mitarbeiter, die schon Kundenanliegen im 21c bearbeiten, noch nicht im Adressbuch eingetragen sind, da der Systemadministrator die Neueintritte und Abgänge sammelt und nicht einzeln in das Adressbuch einfügt. Es sollte angestrebt werden, dass die Neueintritte oder Austritte zeitnah in das Adressbuch eingetragen bzw. gelöscht werden, um die Wählversuche zu minimieren. Zum anderen kommt dieser Fall auch vor, wenn für Versicherte mit ausländischem Wohnsitz der zuständige Mitarbeiter gesucht wird. Das elektronische Adressbuch kann dann den

<sup>133</sup> Bildschirmkopie

<sup>134</sup> Eigene Darstellung

Versicherten keinem Mitarbeiter zuordnen. Nach Rücksprache mit der IT-Abteilung kann dieser Mangel derzeit noch nicht behoben werden. Dies sollte baldmöglichst geändert werden.

Allein durch die Fehlerbehebung im Adressbuch kann die Erreichbarkeit erhöht werden, da das Weiterleiten in die Bereiche problemloser und schneller ablaufen könnte. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Optimierung dazu führen soll, dass die Mitarbeiter dann noch schneller telefonieren sollen als bisher, sie könnten in dieser „eingesparten Zeit“ die Kunden qualitativ hochwertiger informieren oder beraten.

### **5.1.2 Dienstanweisung Telefon und Kommunikation beachten**

Außerdem fiel zudem auf, dass die Bereiche in manchen Fällen die Annahme verweigerten, das Telefon durchklingelte oder auf die Telefonzentrale umgestellt war. Dieser Zustand führt in der Telefonzentrale zu erheblichen Problemen. Der Kunde wartet zu lange in der Leitung auf seinen Ansprechpartner und der Anruf muss dann über den Sammler zu einem anderen Mitarbeiter geleitet werden, in der Hoffnung, dass dieser das Gespräch annimmt, wenn dieser Anschluss nicht belegt, falsch umgestellt ist oder durchklingelt. Die Vorgesetzten aller Bereiche sollten nochmals auf die DA TUK verweisen, dass bei Abwesenheit oder bei komplexer Fallbearbeitung das Telefon umgestellt werden muss und nicht durchklingeln darf, denn „bei Abwesenheit ist das Telefon innerhalb des eigenen Bereiches umzuleiten“<sup>135</sup> und ein „Telefonanruf, der in den Bereich vermittelt wird, darf vom entgegennehmenden Mitarbeiter nicht weitergeleitet und die Annahme des Gespräches nicht verweigert werden“<sup>136</sup>. Den Mitarbeitern sollten auch die Auswirkungen des Durchklingelns oder des Verweigerns auf die Telefonzentrale klar gemacht werden. Wenn sich alle Mitarbeiter in die Sammelnummer einschalten, dann werden die Anrufe gleichmäßig auf die verfügbaren Mitarbeiter verteilt und in der Summe sind es nicht so viele Anrufe, die bei den Mitarbeitern eingehen, als wenn nur wenige Kollegen über die Sammelnummern erreichbar sind. Falls den Mitarbeitern der Telefonzentrale nach diesem Hinweis der Vorgesetzten weiterhin auffällt, dass bei manchen Mitarbeitern das Telefon regelmäßig durchklingelt oder die Annahme des Gesprächs verweigert wird, sollte der Abteilungsleiter bzw. die Teamleiter der Telefonzentrale dies dem Vorgesetzten des Bereiches melden. Das Gleiche gilt auch bei unangemeldeten Umleitungen auf die Telefonzentrale. Auch hier könnte durch richtiges Umstellen und direktes Annehmen des Telefonats die Weiterleitungsversuche minimiert und zügig ein neues Telefonat angenommen werden.

---

<sup>135</sup> (o. V.) (2013), Dienstanweisung Telefon und Kommunikation

<sup>136</sup> Ebd.

### 5.1.3 Zentraldruck nutzen

Es wurde während der Zeitermittlung beobachtet, dass die Mitarbeiter meistens manuell drucken oder faxen. Der Zentraldruck bzw. das Zentralfax wurde aufgrund von angeblich technischen Problemen nur wenig genutzt. Jedoch ist es vom Unternehmen gewünscht, möglichst viel zentral zu faxen oder zu drucken. Die Teamleitung der Telefonzentrale sollte die Mitarbeiter nochmals fragen, warum sie dieses Hilfsmittel nicht nutzen und eine gemeinsame Lösung finden. Falls technische Probleme bei der Nutzung auftreten, sollten diese den Teamleitern gemeldet werden. Die Teamleiter sollen diese dann überprüfen und an den externen Dienstleister weiterleiten. Jedoch muss beachtet werden, dass nicht alle Briefe zentral gedruckt bzw. gefaxt werden können, da die Telefonzentrale auch Broschüren verschickt, welche die anderen Bereiche nicht verwenden. Diese Sonderdrucke wären, da sie über einen externen Dienstleister laufen, aufgrund der geringen Menge sehr teuer. Es kommt noch hinzu, dass manche Bescheinigungen auch manuell gefaxt werden müssen, da diese vom Kunden oder von einem Leistungserbringer sofort benötigt werden. Jedoch sollte der Zentraldruck so oft wie möglich genutzt werden, um die Nacharbeitszeit zu minimieren, um eine hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten.

### 5.1.4 Anschaffung von zusätzlichen Faxgeräten

Durch die oben genannte Nicht-Nutzung von Zentraldruck- oder fax kommt es zu Warteschlangen am Multifunktionsdrucker. Nun könnte man sagen, dass die Mitarbeiter vermehrt den Zentraldruck nutzen sollen und es dann nicht zu Warteschlangen käme. Allerdings wird, wie oben beschrieben, in manchen Fällen der Multifunktionsdrucker benötigt. Mit einem Multifunktionsdrucker kann gescannt, gefaxt, gedruckt und kopiert werden. Für 32 Mitarbeiter steht nur ein Gerät zur Verfügung. Bei einem technischen Defekt kann in der gesamten Telefonzentrale nicht mehr kopiert, gedruckt, gescannt oder gefaxt werden und somit die Kundenanliegen nicht mehr sofort bearbeitet werden. Alle Faxe und Briefe müssen dann von den Kundenbetreuern in den Bereichen zu 100 % abgeschlossen werden. Außerdem gibt es noch zwei separate Drucker, die von ca. 15 Personen, die am weitesten vom Multifunktionsgerät entfernt sitzen, genutzt werden. Wenn diese 15 Mitarbeiter jedoch kopieren, scannen oder faxen müssen, kommt es am Multifunktionsdrucker zu den genannten Wartezeiten. Ein Multifunktionsgerät kostet ca. 7.000,00<sup>137</sup> Euro, ein normales Faxgerät dagegen nur höchstens 600,00<sup>138</sup> Euro. Da in der Telefonzentrale wenig gescannt und kopiert wird, wäre die Anschaffung von zwei Faxgeräten sinnvoller und wirtschaftlicher. Weitere Multifunktionsgeräte würden sich somit erübrigen. Der Kauf dieser zwei Faxgeräte könnte einen möglichen technischen Defekt

---

<sup>137</sup> Interne Daten Abteilung Interner Service

<sup>138</sup> Ebd.



am Multifunktionsdrucker ausgleichen und es würde nicht zu Überlastungen in den Bereichen kommen.

Außerdem steht das Multifunktionsgerät in der Mitte des Raumes. Das bedeutet, dass manche Mitarbeiter, um dorthin zu gelangen, Wege bis zu zweimal 15 Metern zurücklegen müssen. In dieser Zeit können sie nicht telefonieren. Durch die zwei Faxgeräte wäre die gewünschte Erreichbarkeit besser gewährleistet.

### **5.1.5 Einheitlicher Einlernprozess**

Zudem wurde festgestellt, dass die Mitarbeiter unterschiedlich arbeiten und die zur Verfügung stehenden Programme unterschiedlich nutzen. Die verschiedenen Arbeitsweisen entstehen dadurch, dass die Mitarbeiter von mehreren Kollegen eingelernt werden. Im Folgenden wird nochmals genauer auf die Arbeitsweisen eingegangen, um die Vor- und Nachteile zu erläutern, um dann eine einheitliche Arbeitsweise vorzuschlagen.

Der eine Teil der Mitarbeiter öffnet zuerst den „Allgemeine Partnereinstieg“. Wie in Kapitel vier bereits erwähnt, kann dort nur nach dem Versicherten bzw. dem Arbeitgeber gesucht werden. Daraufhin muss die Versichertennummer in der Maske „Versicherte Person beaskunften / bearbeiten“ eingetragen werden, um das Anliegen zu bearbeiten. Wenn jedoch das Anliegen in den zuständigen Bereich geleitet werden muss, muss als dritter Schritt das elektronische Adressbuch geöffnet und der zuständige Kundenbetreuer herausgesucht werden.

Die anderen Mitarbeiter öffnen zuerst das Adressbuch und rufen nach der Eingabe der Versicherten- bzw. Betriebsnummer den zuständigen Mitarbeiter auf, um dann das Telefonat in den zuständigen Bereich weiter zu verbinden. Wenn der Anrufer jedoch ein Anliegen hat, das bereits durch den Mitarbeiter in der Telefonzentrale bearbeitet werden kann, muss nicht das Adressbuch, sondern das 21c „Versicherte Person beaskunften / bearbeiten“ mit den Versichertendaten geöffnet werden. Es stellt sich die Frage, welche Arbeitsweise effektiver ist.

Bei der ersten Arbeitsweise müssen mindestens zwei Masken geöffnet werden. Dies ist sehr zeitintensiv, da in dem Prozess bis zu drei Schritte benötigt werden, um den Kunden ggf. in den Bereich weiter zu verbinden.

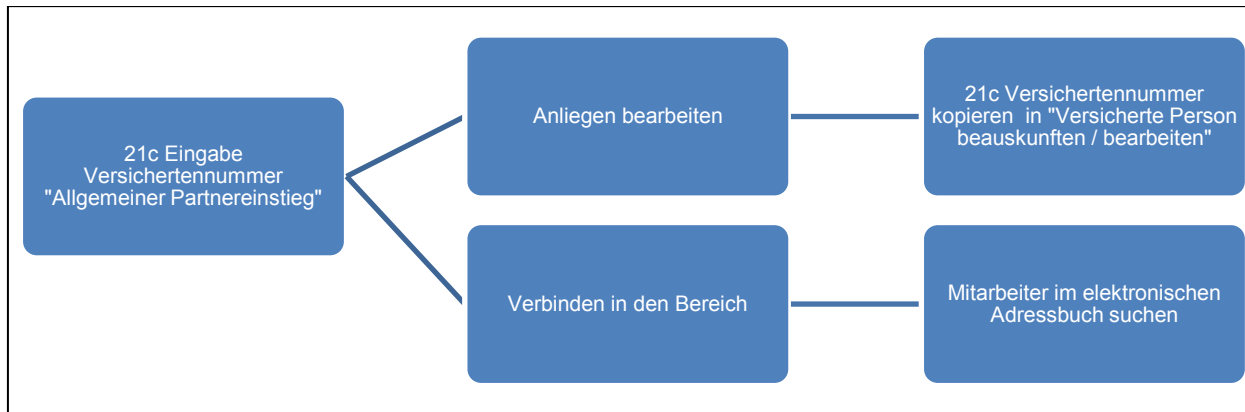


Abbildung 19: Arbeitsweise 1<sup>139</sup>

Bei der zweiten Arbeitsweise müssen höchstens zwei Masken geöffnet werden. Das Adressbuch und „Versicherte Person beauskunften / bearbeiten“. Durch die wenigen Arbeitsschritte und durch die Fallabschlussquote von 30 % wird der Anruf zu 70 % weitergeleitet. Daher ist diese Arbeitsweise weniger zeitintensiv und effektiver als Arbeitsweise 1. Jedoch muss beachtet werden, dass bei zwei verschiedenen Kundenanliegen nicht nur die Arbeitsweise 2 genutzt werden kann und mit der Arbeitsweise 1 kombiniert werden muss.

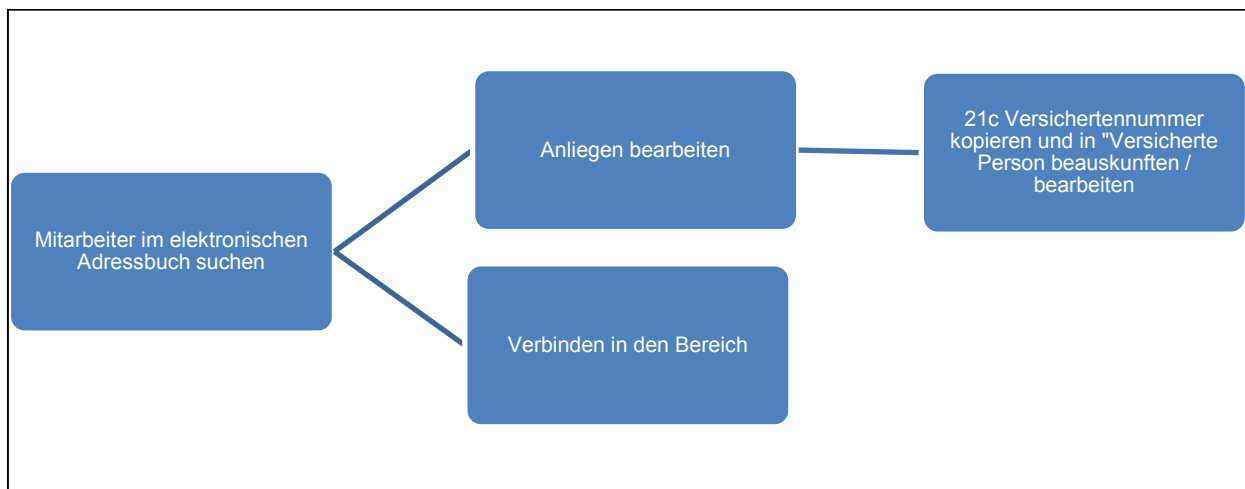


Abbildung 20: Arbeitsweise 2<sup>140</sup>

Zukünftige Mitarbeiter sollten generell nach der Arbeitsweise 2 eingelernt werden, um weniger Prozessschritte anzuwenden und den Kunden zügiger an den Bereich weiterverbinden zu können. Damit würde der Telefonprozess auch vereinheitlicht werden. Zugleich ist es auch für die neuen Mitarbeiter einfacher, das Telefonieren zu erlernen, da sie in der Einlernphase von mehreren Mitarbeitern eingelernt werden und durch einheitliche Schritte, bei jedem Mitarbeiter nachvollziehen

<sup>139</sup> Eigene Darstellung

<sup>140</sup> Eigene Darstellung

können. Man muss zugleich auch beachten, dass die Mitarbeiter keine Maschinen sind, die alle gleich arbeiten. Für die Mitarbeiter, die schon länger im Bereich tätig sind, wird es schwierig sein, sich an die andere Arbeitsweise zu gewöhnen. Daher sollte die neue Arbeitsweise 2 nur von den Neuzugängen angewendet werden. Mit der Zeit würde ein Großteil der Mitarbeiter entsprechend dieser arbeiten, da die Fluktuationsrate im Callcenter sehr hoch ist, denn zurzeit werden nur Zweijahresverträge angeboten.

Da die Zeitermittlung anonym verlief, konnte nachträglich nicht mehr festgestellt werden, bei welchem Telefonanruf welche Arbeitsweise angewendet wurde. Jedoch kann angenommen werden, dass bei einer Einsparung von einem Arbeitsschritt dieser Prozess verkürzt werden kann, was zu einer Reduzierung der Anrufdauer führt.

### 5.1.6 Arbeitsplatzgestaltung

Die Telefonzentrale ist in L. in zwei Großraumbüros aufgeteilt. In dem einen Büro sitzen sechs Mitarbeiter und in dem anderen 24, die sich auf sechs Tischgruppen verteilen. An manchen davon gibt es Trennwände, um den Lärmpegel zu reduzieren, andere haben auf eigenen Wunsch der Mitarbeiter keine Trennwände. Zwischen den einzelnen Tischgruppen stehen Aktenschränke. Diese Schränke sowie die Trennwände reduzieren den Lärmpegel nur wenig. Die Räume sind zwar mit Teppichboden ausgestattet, jedoch ist es trotzdem noch sehr laut. Der Vorschlag eines geänderten Raumkonzepts würde den Umfang dieser Arbeit sprengen. Als minimale Verbesserung könnten allerdings, wie auch die Experten rieten, Arbeitsplätze mit höhenverstellbaren Tischen und ergonomische Stühlen sowie eine bestimmte, gleichmäßige Luftfeuchtigkeit zu einer gesundheitsförderlichen Arbeitsweise verhelfen.

Ein höhenverstellbarer Schreibtisch kostet ca. 900,00<sup>141</sup> Euro und ist damit doppelt so teuer wie ein normaler Schreibtisch. Eine Umrüstung der Telefonarbeitsplätze würde das Unternehmen 27.000,00 Euro kosten. Die Mitarbeiter müssten nicht mehr die ganze Zeit sitzen, sondern könnten abwechselnd im Sitzen oder im Stehen arbeiten. Darüber hinaus kämen ergonomische Stühle der Wirbelsäule zu Gute. Des Weiteren fehlt den Mitarbeitern durch den gewünschten Zentraldruck ausreichend Bewegung. Die Luftfeuchtigkeit sollte in einem Callcenter zwischen 45 und 60 %<sup>142</sup> liegen. Ist sie geringer, kann es vermehrt zu Infektionskrankheiten der Atemwege kommen.<sup>143</sup> Dazu kommt die erhöhte Ansteckungsgefahr in einem Großraumbüro. Luftbefeuchter könnten für eine gleichmäßige Luftfeuchtigkeit sorgen.

---

<sup>141</sup> Interne Daten Abteilung Interner Service

<sup>142</sup> Vgl. Giesel, D. (2009), <http://www.callcenterprofi.de> (Stand: 16.04.2014)

<sup>143</sup> Vgl. ebd.

Lärm, der damit verbundene Stress und nicht ergonomisches Mobiliar kann die Krankheitsquote fördern. Bei krankheitsbedingten Fehltagen kann die gewünschte Erreichbarkeit nur schwer gewährleistet werden. Daher sollte die auftraggebende Krankenkasse den Mitarbeitern bessere Arbeitsplätze zur Verfügung stellen, um die Gesundheit zu gewährleisten, da die Mitarbeiter die wichtigste Ressource sind. Ohne sie kann das Tagesgeschäft nicht ausreichend bearbeitet werden und dies führt zu einer eingeschränkten Erreichbarkeit.

## **5.2 Strategische Optimierungsvorschläge**

Während der Durchführung der Beobachtung sind nicht nur Optimierungsvorschläge für die Telefonzentrale aufgefallen, welche die Erreichbarkeit verbessern könnten, sondern auch einige strategische Änderungsansätze, welche die auftraggebende Krankenkasse als solche betreffen. Im Folgenden werden diese kurz erläutert.

### **5.2.1 Räumliche Zentralisierung**

Wie in Kapitel 3.1.1 bereits erwähnt, ist die Telefonzentrale an vier Standorten vertreten. In L. arbeiten 32, in R. sieben, in M. und B. jeweils ein Mitarbeiter. In den Experteninterviews wurden die Experten zu ihrer Meinung über die Zentralisierung von kleinen Standorten befragt. Zum einen wurde die Zentralisierung befürwortet, da man so eine geringere Führungsspanne habe und es zudem wichtig sei, die Mitarbeiter persönlich zu sehen. Zum anderen wurde eine Dezentralisierung aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels vorgeschlagen. Einmann-Standorte erscheinen aufgrund der Beobachtung nicht sinnvoll, da der fachliche Austausch zwischen den Kollegen und den Führungskräften nur erschwert stattfinden kann. Zudem findet auch keine Teamentwicklung zwischen den Mitarbeitern statt, wenn der Bereich an verschiedenen Standorten angesiedelt ist. Des Weiteren kann nur über die ACD-Anlage kontrolliert werden, ob der Mitarbeiter telefoniert oder nicht. Die Führungskraft kann nicht persönlich zu dem Mitarbeiter hingehen und nachfragen, warum er nicht telefoniert. Während in L. 14 bis 18 Mitarbeiter von einem Teamleiter betreut werden, sind für neun Mitarbeiter an den drei anderen Standorten zwei Teamleiter zuständig. Eine komplette Zentralisierung am Hauptstandort L. ist nicht zu empfehlen, denn bei einer technischen Störung könnte im schlimmsten Fall die komplette Telefonie ausfallen und die auftraggebende Krankenkasse wäre für die Kunden nicht erreichbar. Es wäre ratsam, dass man im Laufe der Zeit die Einmann-Standorte schließt und als Standorte nur noch R. und L. beibehält. Den beiden Mitarbeitern an den beiden Einmann-Standorten könnte entweder eine vergleichbare Arbeit an ihrem bisherigen Standort angeboten werden oder man könnte bei Freiwerden dieser Stellen, beispielsweise bei Kündigung durch den Mitarbeiter oder bei einem Stellenwechsel innerhalb der Firma, diese nicht nachbesetzen. Diese

freien Stellen könnten dann nach L. oder R. verlagert werden, dadurch würde theoretisch ein Teamleiter weniger benötigt werden. Jedoch sollte die Teamleiterstelle nicht eingespart werden, um die Führungsspanne zu verschlanken, sondern in eine Referentenstelle umgewandelt werden. Dies wäre möglich, da die Teamleiterstelle auf derselben Organisationsebene wie die Referentenstelle ist. Der Referent könnte beispielsweise für die Prozessoptimierung und die Pflege der Wissensdatenbank eingesetzt werden.

### **5.2.2 Servicezeiten anpassen**

Den Experten wurden in den Interviews die jetzigen Servicezeiten der auftraggebenden Krankenkasse geschildert. Wie bereits erwähnt, sind diese von Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr intern. Darüber hinaus ist das externe Callcenter an diesen Tagen für die Kunden von 7 bis 8 Uhr und von 17 bis 20 Uhr da, an Samstagen von 10 bis 13 Uhr (seit März 2014). Jedoch sind die Bereiche, die für die Kundenbetreuung zuständig sind, nur bis 17 Uhr erreichbar. Alle drei Experten fanden die Zeitlücke von Montag bis Freitag zwischen 17 und 18 Uhr nicht kundenorientiert, wenn ab 17 Uhr sinngemäß gesagt wird: „Bitte rufen Sie morgen zwischen 8 und 17 Uhr wieder an, da sind die zuständigen Bereiche wieder erreichbar.“ Es wird in dem Unternehmen derzeit überlegt, die Erreichbarkeit der Telefonzentrale um eine Stunde zu verkürzen. Das erscheint jedoch nicht wirklich serviceorientiert, da die Mitarbeiter im externen Callcenter dann bereits ab 17 Uhr noch weniger informieren können als die Telefonzentrale. Zudem ist die Beratungsqualität beim externen Dienstleister geringer. Im Gegensatz dazu wäre auch möglich, dass parallel zu der Telefonzentrale alle Bereiche in der Kundenbetreuung bis 18 Uhr erreichbar sind. Dazu müssten nicht alle Beschäftigten bis 18 Uhr bleiben, sondern eine Notbesetzung von zwei Mitarbeitern eines jeden Bereiches der Kundenbetreuung würde ausreichen. Nach 18 Uhr sollte das externe Callcenter den Service wie bisher übernehmen. Zudem wäre es wirtschaftlicher, das externe Callcenter, abends nur zwei statt drei Stunden hinzuzuziehen, da der Dienstleister pro Anruf bezahlt wird.

Die Krankenkasse A empfahl unter der Woche Servicezeiten von 8 bis 20 Uhr und damit auch samstags. Die Krankenkasse B riet sogar zu einem 24-Stunden-Service. Die dritte Kasse schlug eine telefonische Erreichbarkeit von 7 bis 20 Uhr vor. Wenn man diese Servicezeiten mit der auftraggebenden Krankenkasse vergleicht, dann erscheint eine Erreichbarkeit montags bis freitags von 7 bis 20 Uhr bzw. an Samstagen von 10 bis 13 Uhr angemessen. Für eine interne Servicezeit von 7 bis 20 Uhr würde mehr Personal als bisher benötigt werden, was mit der momentanen Einstellpolitik der auftraggebenden Krankenkasse nicht konform wäre. Ein 24-Service ist nicht notwendig, da ab 20 Uhr bis 7 Uhr morgens ein Anrufbeantworter zugeschaltet ist und die Kunden darauf sprechen können.

Die Empfehlung geht dahin, dass einzelne Mitarbeiter der Bereiche der Kundenbetreuung bis 18 Uhr erreichbar sind. Dazu müsste die Dienstvereinbarung der auftraggebenden Krankenkasse geändert werden, da die Kernarbeitszeit um 9 Uhr beginnt, für einen Dienst bis 18 Uhr jedoch um 9:30 Uhr beginnen müsste. Wenn der Vorschlag einer Erreichbarkeit der Bereiche in der Kundenbetreuung bis 18 Uhr nicht umgesetzt werden kann, könnte die bereits in der auftraggebenden Krankenkasse angestellte Überlegung zum Tragen kommen, die Servicezeit der Telefonzentrale bereits um 17 Uhr enden zu lassen. Jedoch muss gesehen werden, dass der Kunde der auftraggebenden Krankenkasse wichtigstes Kapital ist und ohne diesen das Unternehmen nicht bestehen könnte und daher die Servicezeiten eigentlich den Kundenwünschen angepasst werden sollten.

### **5.2.3 Fallabschlussquote erhöhen**

In der Zeitmessung wurde festgestellt, dass nur 30 % der Kundenanliegen fallabschließend in der Telefonzentrale bearbeitet werden. Dies ist von der auftraggebenden Krankenkasse so gewünscht, da manche Mitarbeiter durch die fehlende Qualifikation als Sozialversicherungsfachangestellte, nach Ansicht der Strategieabteilung und des Kompetenzcenters, angeblich nicht ausführlich beraten könnten. In den anderen Krankenkassen werden von fachfremden Mitarbeitern 80 % fallabschließend im Callcenter bearbeitet. Diese Mitarbeiter werden von diesen Unternehmen so qualifiziert, um diese Beratungsqualität zu gewährleisten. Die auftraggebende Krankenkasse sollte ihren Mitarbeitern in der Telefonzentrale diese Beratung zutrauen und ihnen die Möglichkeit zur Weiterbildung bieten. Die Mitarbeiter in der Telefonzentrale brachten in Gesprächen zum Ausdruck, nicht nur weiterverbinden, sondern auch beraten zu wollen. Die jetzige Arbeitsweise sei für sie demotivierend. Zudem muss immer beachtet werden, dass der Kunde ein Anliegen hat, dass er möglicherweise sofort bearbeitet haben möchte, was durch ein Weiterleiten des Anrufs verzögert wird. Durch die Schnittstellenprobleme kann es dann dazu kommen, dass der Kunde lange in der Leitung ist und möglicherweise mehrfach weiterverbunden wird. Es sollte überlegt werden, ob das Unternehmen, um einen guten Service gewährleisten zu können, die Fallabschlussquote erhöht.

Die jetzige Fallabschlussquote könnte natürlich nicht sofort verdoppelt werden, aber vielleicht in einem ersten Schritt auf 40 bis 45 % erhöht werden. Aus den Bereichen könnten einfache Aufgaben ohne komplexen Prozessverlauf auf die Telefonzentrale übertragen werden. Die Mitarbeiter könnten für diese Aufgaben - entweder durch interne Schulungen durch die Mitarbeiter aus den Bereichen oder durch externe Schulungen - qualifiziert werden. Die Sorge von der Strategieabteilung und dem Kompetenzcenter, dass durch die mangelnde Qualifikation der Mitarbeiter in der Telefonzentrale Falschaussagen getroffen würden, würde somit hinfällig. Außerdem darf auch nicht vergessen werden, dass in den Bereichen auch nicht alle Fälle richtig bearbeitet werden und es normal ist, dass Fehler passieren. Außerdem wäre durch die Erhöhung der Fallabschlussquote die Überlastung der

Bereiche, beispielsweise durch Telefonate, gemindert. Möglicherweise würden dann auch weniger Gespräche verweigert werden und es würde auch weniger durchklingeln. Durch die Erhöhung der Fallabschlussquote müsste der Kunde nicht zu lange warten und ggf. weiterverbunden werden. Er würde sofort im Firstlevel eine vernünftige Auskunft bekommen und das Telefonat könnte früher beendet werden, um ein neues anzunehmen. Gleichzeitig würde dem Kunden auch das Gefühl vermittelt werden, dass sein Anliegen sofort angenommen und bearbeitet wird.

#### 5.2.4 Überlaufgestaltung

Bis Februar 2014 wurden die Überläufe, die in der Telefonzentrale nicht angenommen werden konnten, an das externe Dienstleistungs-Callcenter weitergeleitet. Seit März werden diese nicht an den Dienstleister, sondern an die Servicecenter weitergeleitet. Bei der Beobachtung fiel nicht auf, dass dies dazu führte, dass es häufiger durchklingelte oder belegt war. Die Servicecenter bekommen ca. 325<sup>144</sup> Überläufe am Tag. Wenn alle Mitarbeiter im Sammler eingeschaltet wären, wären dies 1,6<sup>145</sup> Telefonate pro Mitarbeiter mehr. Jedoch schalteten sich nicht alle Mitarbeiter in den Sammler und so kam es vor, dass manche Mitarbeiter 5 bis 7 Telefonate pro Tag mehr zu bearbeiten hatten. Ein Telefonanruf im externen Callcenter kostet 2,30 Euro, wird ein Telefonat dagegen in der Telefonzentrale bearbeitet, lediglich 1,20 Euro<sup>146</sup> und im Bereich der Kundenbetreuung 1,25 Euro<sup>147</sup>. Daher ist die Überlegung, die Überläufe an die Bereiche zu routen, aus Wirtschaftlichkeitsgründen der auftraggebenden Krankenkasse richtig. Jedoch muss beachtet werden, dass in den Bereichen der Kundenbetreuung zu den täglich 1.680<sup>148</sup> aus der Telefonzentrale weitergeleiteten Telefonaten noch ca. 325 Überläufe hinzukommen und die Mitarbeiter ihr eigentliches Tagesgeschäft nicht mehr erledigen können und dadurch mehr belastet werden. Daher sollten die Überläufe vorerst wieder an das externe Callcenter weitergeleitet werden. Wenn die Mitarbeiter der Telefonzentrale künftig möglicherweise mehr beraten dürften und somit die Fallabschlussquote erhöht werden würde und die Schnittstellenprobleme im Bereich gelöst wären, dann könnten die Überläufe wieder an die Bereiche der Kundenbetreuung geleitet werden. Bei einer 45 %igen Fallabschlussquote müssten dann beispielsweise nur 1.645<sup>149</sup> anstatt 2.005<sup>150</sup> Telefonate angenommen werden.

---

<sup>144</sup> Interne Daten der Krankenkasse

<sup>145</sup> Ebd.

<sup>146</sup> Ebd.

<sup>147</sup> Ebd.

<sup>148</sup> 70 % von 2.400 durchschnittlichen Anrufen am Tag

<sup>149</sup> 55 % von 2.400 durchschnittlichen Anrufen am Tag plus 325 Überleitungen

<sup>150</sup> 70 % von 2.400 durchschnittlichen Anrufen am Tag plus 325 Überleitungen

## 5.2.5 Bearbeitungszeiten verlängern

In der Zeitermittlung wurde festgestellt, dass der komplette Telefonprozess ca. 3:46 Minuten dauert. Jedoch stellt sich die Frage, ob diese Zeit ausreicht, um den Kunden serviceorientiert zu informieren. Dies ist nicht der Fall, da 70 % der Kundenanliegen weitergeleitet werden. Nun muss man sich fragen, was will der Kunde? Der Kunde wünscht eine fallabschließende Beratung. Die Experten sehen dies auch so und raten von einer kurzen Erstinformation ab und würden für eine Beratung fünf bis sechs Minuten veranschlagen. Auffallend ist auch, dass der externe Dienstleister vier Minuten für einen Anruf einplant, obwohl keine Zusatzarbeiten anfallen, d. h. weder Adressänderungen vorgenommen werden noch Broschüren verschickt werden. Obwohl der externe Dienstleister pro Anruf bezahlt wird, setzt er die Gesprächszeit höher an.

Die auftraggebende Krankenkasse sollte daher die Beratungszeiten auf ein Minimum von vier Minuten ausbauen, besser wären fünf Minuten. Zudem muss man auch sehen, dass bei den befragten Krankenkassen ein Callcenter-Mitarbeiter zwischen X und X Versicherte betreut. Das analysierte Unternehmen hat über X Versicherte. In der Telefonzentrale arbeiten 41 Mitarbeiter, das heißt, auf einen Mitarbeiter kommen X Versicherte. Das bedeutet, dass man für einen besseren Kundenservice mehr Personal benötigen würde.

Name der Krankenkasse	Versicherte	Mitarbeiter im Callcenter	Versicherte pro Mitarbeiter im Callcenter
Krankenkasse A			
Krankenkasse B			
Krankenkasse C			
Unternehmen		41	

Tabelle 28: Verhältnis Versicherte zu Callcenter-Mitarbeitern<sup>151</sup>

Nun stellt sich die Frage, wie viel Personal für eine Bearbeitungszeit von fünf Minuten netto eingesetzt werden müssten, um eine Erreichbarkeit von 80 % zu gewährleisten. Wenn man das Jahresanrufvolumen von 2013 mit 579.304 Anrufen mit einer Gesprächszeit von 5 Minuten multipliziert und dann in Stunden umrechnet, erhält man 48.275 Gesamtstunden, die für die Telefonate benötigt würden.

Bei 250 Arbeitstagen pro Jahr multipliziert mit 8 Stunden ergeben sich 2.000 Arbeitsstunden pro Jahr. Ein Mitarbeiter hat einen Urlaubsanspruch von 30 Tagen. Des Weiteren sind Sonderkapazitätsschwänerungen, wie Personalratstätigkeiten o.ä., Sonderaufgaben, wie Projekte, Rückfragen an Mitarbeiter, Krankheitstage, Nebenarbeitszeiten und die persönlichen Verteilzeiten, wie persönliche Gespräche oder Toilettengänge zu berücksichtigen. Dies macht ca. 30 % der Arbeitszeit aus. Im

<sup>151</sup> Eigene Darstellung



Ergebnis verbleiben daher 1.400 Stunden reine Arbeitszeit bei einer 40-Stunden-Vollzeitkraft. Somit würden 34,48 Mitarbeiterkapazitätseinheiten (MKE) benötigt. Auf einen Mitarbeiter fallen 1,04 MKE. Diese Zahlen würden nur bei 100 %iger Erreichbarkeit gelten. Da die Anrufe in der Telefonzentrale nicht gleichmäßig eingehen, muss noch eine Schwankungsrate von 35 %<sup>152</sup> eingerechnet werden. Dies bedeutet, dass im Endeffekt 37,24 MKE benötigt würden, um eine Erreichbarkeit von 80 % bei einer Gesprächsdauer von je fünf Minuten zu gewährleisten. Um eine 90 %-Quote zu erreichen, bräuchte man bei fünf Minuten je Gespräch schon 41,90 MKE. Momentan hat die Telefonzentrale ca. 30 MKE nur für die Telefonie (siehe Personalberechnung Anhang 8).

Durch die Minutenerhöhung würde eine bessere Qualität gewährleistet, zudem könnte mehr beraten werden, die Mitarbeiter wären motivierter, die Kunden zufriedener und die Bereiche der Kundenbetreuung wären entlastet. Zudem könnten den Mitarbeitern durch die Erhöhung der durchschnittlichen Gesprächszeit auch mehr Sprechpausen gewährt werden. Allerdings sollten, nach Meinung der Experten, keine Aushilfen eingestellt werden, da die Einlernzeit zu lange dauere und zudem Qualitätseinbußen zu erwarten seien. Es sollte daher auf Vollzeit- oder Teilzeitkräfte zurückgegriffen werden.

Abschließend kann man sagen, dass die Telefonzentrale die Visitenkarte der auftraggebenden Krankenkasse ist, da der bevorzugte Kontaktweg das Telefon ist. Der erste Eindruck ist für den Kunden entscheidend. Bei schlechter Erreichbarkeit, unfreundlichem Auftreten, mangelhafter Beratung und häufigem Weiterverbinden besteht die Gefahr, dass der Kunde möglicherweise die Kasse wechselt oder gar nicht erst Mitglied werden möchte. Jedoch besteht die Möglichkeit, durch die Optimierungsvorschläge die Schnittstellen- und Technikprobleme zu minimieren und die telefonische Erreichbarkeit zu steigern. Bei der Verbesserung dürfen die Belange der Mitarbeiter nicht vergessen werden. Dies erfordert Mitarbeiterpflege, z. B. durch ergonomische Ausgestaltung der Arbeitsplätze. Daher ist in dem Optimierungsprozess außer der Kunden- auch die Mitarbeiterseite einzubeziehen.

## **6 Schlussbetrachtung**

Das Ziel der Arbeit war es, die telefonische Erreichbarkeit in der auftraggebenden Krankenkasse zu analysieren und ggf. Vorschläge zur Optimierung darzulegen. Um eine Erreichbarkeit von 80 bis 90 % zu gewährleisten, sollten die Probleme in der Telefonzentrale minimiert werden. Als Analyseinstrumente wurden die Zeitermittlung mit einer kombinierten Beobachtung sowie Experteninterviews mit Callcenterleitern anderer großer Krankenkassen gewählt. Bei der Zeitermittlung wurde gestoppt, ob die von der Abteilung Strategie vorgegebenen drei Minuten für ein Telefonat angemessen

---

<sup>152</sup> Interne Daten der Krankenkasse

sen sind. Bei der gleichzeitigen Beobachtung sollten die Probleme erkannt werden, welche die Erreichbarkeit während des Telefonprozesses negativ beeinflussen. Die darauf basierenden Experteninterviews dienen dazu, Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Die Hauptfrage bei der Zeitermittlung war: „Reichen drei Minuten für ein Telefonat inklusive Nacharbeit aus?“ Der reine Telefonprozess dauert 3:46 Minuten. Daraufhin wurde die Überlegung angestellt, ob diese Zeitdauer ausreicht und serviceorientiert ist. Bisher werden nur 30 % der Kundenanliegen fallabschließend in der Telefonzentrale bearbeitet. Es wurde festgestellt, dass die vorgegebene Zeitdauer zu kurz bemessen ist, da der Kunde beraten und nicht nur informiert und dann weitergeleitet werden möchte. Dies wurde auch von den befragten Experten einstimmig bestätigt.

Bei der Beobachtung fiel auf, dass es Probleme, sowohl an den Schnittstellen als auch in der Technik gibt. In den Bereichen der Kundenbetreuung kam es vor, dass die aus der Telefonzentrale weitergeleiteten Anrufe nicht angenommen wurden oder das Telefon aus verschiedenen Gründen durchklingelte. Auffallend war, dass die Einträge im elektronischen Adressbuch teilweise fehlerhaft waren, indem manche Mitarbeiter und deren Telefonnummer sowie der Buchstabenbereich gar nicht oder falsch angezeigt wurden.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass in der Telefonzentrale zwei Arbeitsweisen herrschen und die Mitarbeiter sehr wenig mit dem Zentraldruck oder -fax arbeiten. Durch die unterschiedlichen Arbeitsweisen und den wenig genutzten Zentraldruck bzw. -fax kommt es zu einer Verlängerung der Dauer des Telefonprozesses, da teilweise lange Wegzeiten zum Drucker zurückzulegen sind und es dann in Einzelfällen auch noch zu einer Warteschlange am Drucker kommt.

Bei den Experteninterviews fiel auf, dass es viele Gemeinsamkeiten im Aufbau sowie beim Hinzuziehen von externen Dienstleistern und der Organisation im Callcenter gibt. Jedoch gibt es bei der Beratungslänge eines Telefonats sowie bei der Fallabschlussquote und bei den Servicezeiten deutliche Unterschiede. Die Experten rieten zu einer ausführlichen Beratung mit einer Dauer von vier bis sechs Minuten. In den befragten Krankenkassen werden bis zu 80 % der Kundenanliegen im Callcenter der Krankenkasse fallabschließend bearbeitet. Bei den Servicezeiten rieten die Experten, sich an den Kundenbedürfnissen zu orientieren und die Servicetelefonie auf einen Zeitraum zwischen 7 und 20 Uhr auszuweiten.

Auf den drei Bausteinen Zeitermittlung, Beobachtung und Experteninterviews wurden die Handlungsempfehlungen aufgebaut. Zu allererst sollte das elektronische Adressbuch optimiert werden, damit der Suchprozess nicht so lange dauert. Gleichzeitig sollten alle Mitarbeiter darauf hingewiesen werden, die DA TUK zu beachten, um das Durchklingeln, die Anrufverweigerungen oder das fehlerhafte Umstellen in den Bereichen der Kundenbetreuung zu minimieren. Die Mitarbeiter der

Telefonzentrale sollten einheitlich nach einer effizienten Arbeitsweise eingelernt werden. Das würde bedeuten, dass die Mitarbeiter den Zentraldruck bzw. das Zentralfax mehr nutzen sollten. Die Wegezeiten und Wartezeiten könnten durch die Anschaffung weiterer Faxgeräte minimiert werden. Die technischen Verbesserungen, der einheitliche Bearbeitungsprozess oder die Minimierung der Schnittstellenprobleme könnten die Dauer des Telefonprozesses verkürzen. Jedoch sollte die eingesparte Zeit nicht dazu führen, die vorgegebene Zeitdauer des Telefonats zu verringern, sie sollte vielmehr dem Mitarbeiter die Möglichkeit geben, den Kunden ausführlicher, das heißt möglichst fallabschließend zu beraten.

Um ausführlicher beraten zu können, muss die Fallabschlussquote in einem ersten Schritt von 30 % auf mindestens 45 % erhöht werden. Eine Erhöhung auf 80 %, wie bei den anderen befragten Kassen üblich, erscheint bei den vorhandenen Ressourcen erst mittelfristig möglich. Erst wenn die oben genannten Probleme behoben sind, kann daran gedacht werden, die Fallabschlussquote kontinuierlich zu steigern. Gleichzeitig sollte dazu auch die vergebene Zeit eines Telefongesprächs von drei Minuten auf mindestens vier oder sogar fünf Minuten erhöht werden, um eine gute Beratung zu gewährleisten.

Außerdem sollten die jetzigen Überläufe aus der Telefonzentrale nicht in die Bereiche der Kundenbetreuung geleitet werden, sondern vorerst wieder ins externe Callcenter, um die Bereiche zu entlasten. Dies ist allerdings nicht wirtschaftlich, da ein intern bearbeiteter Anruf wesentlich günstiger ist, als ein an den externen Dienstleister weitergeleiteter Anruf. Sollten die genannten Schnittstellenprobleme minimiert worden sein und die Bereiche der Kundenbetreuung durch eine höhere fallabschließende Beratung durch die Telefonzentrale entlastet worden sein, dann können schließlich die Überläufe wieder an die Bereiche der Kundenbetreuung geleitet werden.

Zudem sollte das Ende der Servicezeit in der auftraggebenden Krankenkasse abends von 17 Uhr auf 18 Uhr ausgedehnt werden. Sollte dies strategisch nicht gewünscht sein, dann sollte die Erreichbarkeit der Telefonzentrale auch nur bis 17 Uhr gewährleistet sein. Zur Förderung des Teamgeistes der Mitarbeiter wäre zu überlegen, die vier Callcenterstandorte auf zwei Standorte zu zentralisieren und dabei die zwei Einmann-Standorte aufzulösen und den dortigen Mitarbeitern eine andere vergleichbare Arbeit anzubieten. Zudem sollten die Arbeitsplätze in der Telefonzentrale gesundheitsförderlicher gestaltet werden, damit die Mitarbeiter keine gesundheitlichen Schäden erleiden, da Stress und Lärm krank machen können.

Bei den Optimierungsvorschlägen muss bedacht werden, dass der Kunde der wichtigste Akteur in der auftraggebenden Krankenkasse ist und dieser sollte geachtet und geschätzt werden. Man muss auf seine Bedürfnisse eingehen und sollte daher von einer einfachen Information zu einer echten Beratung ohne Weiterleitung übergehen.

Die beobachtete Gruppe war nicht repräsentativ. Um dies gewährleisten zu können, hätten alle Mitarbeiter der Telefonzentrale beobachtet und gestoppt werden müssen. Dies war zum einen aus Zeit- und Kostengründen nicht möglich, zum anderen wollten nicht alle Mitarbeiter daran teilnehmen. Jedoch kann man aus der 11-köpfigen Gruppe viele Erkenntnisse für die gesamte Telefonzentrale ableiten. Außerdem war es schwierig, keine subjektiven Einflüsse bei der Beobachtung und den Interviews einfließen zu lassen. Um diese Gefahr gänzlich zu umgehen, hätten externe Interviewer und Beobachter eingesetzt werden müssen.

Durch die Arbeit konnte auch nur ein Teil des Telefonprozesses in der Telefonzentrale beobachtet werden. Es könnte in einer folgenden Analyse untersucht werden, wie der Telefonprozess in den Bereichen Kundenbetreuung weiter abläuft. Dazu wären jedoch mehr Beobachtungen erforderlich. Diese hätten den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Außerdem könnte vor Umsetzung der Optimierungsvorschläge ein Testlauf gemacht werden, um zu schauen, wie sich die geänderten Servicezeiten sowie die ausführlichen Beratungen auf die telefonische Erreichbarkeit auswirken. Danach wäre von der Unternehmensleitung eine Entscheidung zu treffen, ob künftig der Weg einer ausführlichen Beratung oder der einer bisherigen Kurzinformation gegangen werden soll. Diese strategische Entscheidung kann vom Verfasser nicht getroffen werden, jedoch muss bedacht werden, dass das Telefon der Hauptkontaktweg zur auftraggebenden Krankenkasse ist und die Telefonzentrale somit die Visitenkarte des Unternehmens ist.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei dem Abteilungsleiter der Telefonzentrale für seine Betreuung bei dieser Arbeit sowie den beiden Teamleiterinnen für die Datenbereitstellung und die Auskünfte. Mein Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen der Telefonzentrale für ihre Hilfsbereitschaft und Unterstützung bei der Zeitermittlung, Beantwortung von Fragen sowie die aufmunternden Worte. Zudem möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern bedanken, die mich während des Schreibens der Arbeit unterstützt haben.

## Quellenverzeichnis

- Ammermann, C. u.a. (2010):** Callcenter-Controlling. Konzepte, Modifikationen und Handlungsempfehlungen. Stuttgart 2010.
- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (o. J.):** Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, [http://www.aok-bv.de/lexikon/w/index\\_00054.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/w/index_00054.html) (Stand: 27.01.2014).
- Arbeitskreis „Interne Revision in der Versicherungswirtschaft“ des Deutschen Instituts für Interne Revision (Hrsg.) (2000):** Revision von Call Centern. Ein Prüfungsleitfaden. Berlin 2000.
- Atteslander, P. (2003):** Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. Aufl., Berlin 2003.
- Böse, B.; Flieger, E. (1999):** Call Center Mittelpunkt der Kundenkommunikation. Planungsschritte und Entscheidungshilfen für das Erfolgreiche Zusammenwirken von Mensch, Organisation und Technik. 1. Aufl., Braunschweig/Wiesbaden 1999.
- Diekmann, A. (2009):** Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 20. Aufl., Reinbek bei Hamburg 2009.
- Giesel, D. (2009):** Zu trockene Luft im Callcenter macht krank, [http://www.callcenterprofi.de/binary/Draabe\\_LuftALLES.pdf](http://www.callcenterprofi.de/binary/Draabe_LuftALLES.pdf) (Stand: 16.04.2014).
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010):** Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl., Wiesbaden 2010.
- Grewenig, I. (2002):** Multimedia- und Call-Center. Ein Praxishandbuch. Heidelberg 2002.
- Helber, S.; Stolletz R. (2004):** Call Center Management in der Praxis. Strukturen und Prozesse betriebswirtschaftlich optimieren. Heidelberg 2004.
- Henn, H.; Kruse, J.; Strawe, O. (1998):** Handbuch Call Center Management. 2.Aufl., Hannover 1998.
- Mayer, H. O. (2013):** Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Aufl., München 2013.
- REFA- Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung (Hrsg.) (1997):** Methodenlehre der Betriebsorganisation. Teil Datenermittlung. 1. Aufl., München 1997.
- Schümann, F.; Tisson, H. (2006):** Call Center Controlling. Ein Modell für die Planung, Kontrolle und Steuerung von Kundenservice-Centern. Wiesbaden 2006.
- (o. V.) (2014):** Daten und Fakten, Unternehmenshomepage externer Dienstleister (Stand: 31.03.2014).
- (o. V.) (2014):** Über uns, Unternehmenshomepage externer Dienstleister (Stand: 31.03.2014).
- (o. V.) (2014):** Themen, Unternehmenshomepage externer Dienstleister (Stand: 31.03.2014).
- Statista GmbH (Hrsg.) (o. J.):** Anzahl der Beschäftigten bei großen Call Center-Unternehmen in Deutschland im Jahr 2012, <http://de.statista.com/themen/865/call-center> (Stand: 18.03.2014).

**Verein der Förderer des Fachbereichs Versicherungswesen an der Fachhochschule Köln e.V. (Hrsg.) (1999):** Prozess- und aufbauorganisatorische Gestaltung von Call-Centern in Versicherungsunternehmen. Karlsruhe 1999.

**Weidner, W.; Freitag, G. (1998):** Organisation in der Unternehmung. Aufbau- und Ablauforganisation, Methoden und Techniken praktischer Organisationsarbeit. 6. Aufl., München u.a. 1998.

**Wermke, M. u.a. (Hrsg.) (2013):** Kunde,  
[https://www.duden.de/rechtschreibung/Kunde\\_-Abonnent\\_Kerl](https://www.duden.de/rechtschreibung/Kunde_-Abonnent_Kerl) (Stand: 18.03.2014).

**Wiencke, W.; Koke, D. (1999):** Call-Center-Praxis. Den telefonischen Kundenservice erfolgreich organisieren. 2. Aufl., Stuttgart 1999.

**Wöhe, G.; Döring, U. (2010):** Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. 24. Aufl., München 2010.

## **Verzeichnis interner Unternehmensquellen**

**(o. V.) (o. J.):** Homepage der auftraggebenden Krankenkasse (Stand: 27.01.2014).

**(o. V.) (2013):** Geschäftszahlen 2012, Homepage der auftraggebenden Krankenkasse (Stand: 27.01.2013).

**(o. V.) (2013):** Interne Daten der Telefonzentrale. L. 2013.

**(o. V.) (2013):** Aktennotiz. Einschätzung Erreichbarkeit und Personalbedarf. L. 2013.

**(o. V.) (2013):** Dienstanweisung Telefon und Kommunikation. L. 2013.

**(o. V.) (2013):** Aktennotiz. Neuer Call-Flow. L. 2013.

**(o. V.) (o. J.):** Organigramme. L. 2013.

**(o. V.) (2014):** Personalbedarfsplanung. L. 2014.

**(o. V.) (2013):** Stellenbeschreibung Telefonzentrale Abteilungsleitung. L. 2013.

**(o. V.) (2013):** Stellenbeschreibung Telefonzentrale Teamleitung. L. 2013.

**(o. V.) (2013):** Stellenbeschreibung Telefonzentrale Kundenbetreuung. L. 2013.

**(o. V.) (2011):** Vertrag Externer Dienstleister. L. 2013.

## **Gesprächsverzeichnis**

**Fachbereichsleitung (2014):** Fachbereichsleiter Qualitätsmanagement, , L., persönliches Gespräch am 24. Februar 2014.

**Teamleitung (2014):** Teamleitung Telefonzentrale, Ludwigsburg, persönliches Gespräch am 14. März 2014.

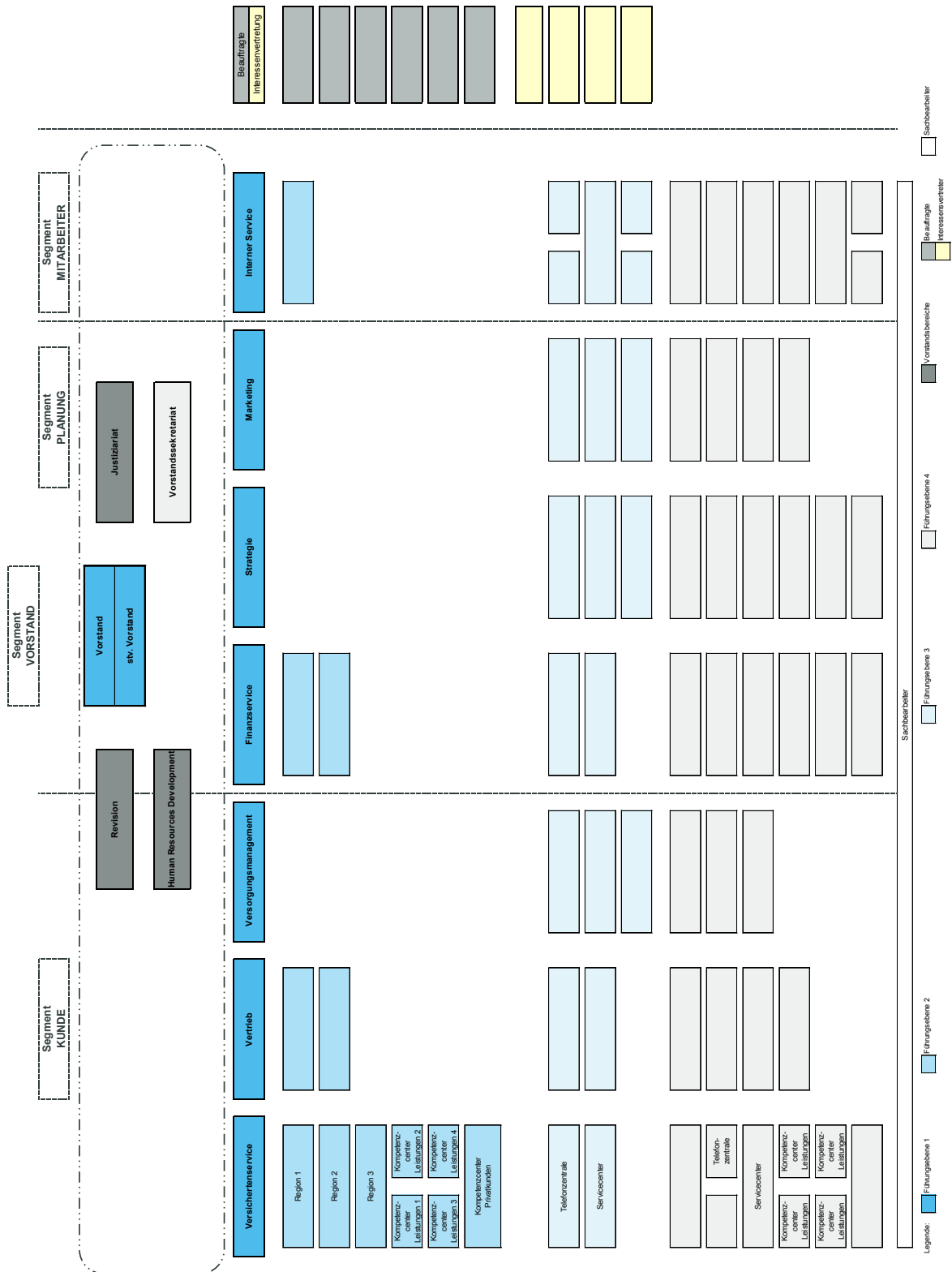
**Projektleiter (2014):** Projektleiter, externer Dienstleister, P., persönliches Gespräch am 30. April 2014.

## Anhang

### Anlagenverzeichnis

Anhang 1 Organigramm.....	273
Anhang 2 Prozesszeiten.....	274
Anhang 3 Einladung zum Experteninterview .....	275
Anhang 4 Experteninterview-Leitfaden.....	276
Anhang 5 Experteninterview 1.....	278
Anhang 6 Experteninterview 2.....	281
Anhang 7 Experteninterview 3.....	284
Anhang 8 Personalberechnung.....	287

# Anhang 1 Organigramm<sup>153</sup>



<sup>153</sup> Enthalten in: (o. V.) (2013), Organigramme



## Anhang 2 Prozesszeiten

	Anzahl	Durchschnittliche Dauer
<b>Gesamtanzahl Anrufe</b>	1.469	
<b>Durchschnittliche Gesamtdauer</b>		03:46
<b>Durchschnittliche Abnahmedauer</b>		
		00:05
<b>Durchschnittlicher Erstkontakt</b>		
		02:01
<b>Gesamtanzahl Weiterleitungen</b>		
	1.021	
<b>Weiterleitungsversuch 1</b>	840	
<b>Weiterleitungsversuch 2</b>	137	
<b>Weiterleitungsversuch 3</b>	33	
<b>Weiterleitungsversuch 4</b>	8	
<b>Weiterleitungsversuch 5</b>	1	
<b>Weiterleitungsversuch 6</b>	2	
<b>Durchschnittliche Dauer Weiterleitung</b>		00:20
<b>Anzahl Fallschilderung Fachbereich</b>		
	779	
<b>Durchschnittliche Dauer Fallschilderung</b>		00:44
<b>Anzahl Letztkontakte</b>		
	160	
<b>Durchschnittliche Dauer Letztkontakte</b>		02:20
<b>Anzahl Nachbearbeitungen</b>		
	284	
<b>Durchschnittliche Dauer Nachbearbeitungen</b>		03:55

Tabelle 29 - Prozesszeiten<sup>154</sup>

<sup>154</sup> Eigene Darstellung

## Anhang 3 Einladung zum Experteninterview

Guten Tag, Herr/Frau XY,

vor ein paar Wochen habe ich Sie und einige Vertreter anderer gesetzlicher Krankenkassen bezüglich eines Experteninterviews kontaktiert. Vielen Dank, dass Sie mir zu diesem Vorhaben Ihre Mithilfe angeboten haben, denn es wollten nur sehr wenige Kassen daran teilnehmen.

Kurz zu meiner Person: Ich studiere im 5. Semester BWL-Gesundheitsmanagement an der Dualen Hochschule Stuttgart. In den Praxisphasen werde ich von einer Krankenkasse betreut. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema: Analyse und Optimierung der Telefonzentrale einer gesetzlichen Krankenkasse.

Ich würde Sie gerne in einem ca. halbstündigen, telefonischen Experteninterview zu Ihren Erfahrungen im Callcenter-Management befragen. Ich werde Sie nicht zu Unternehmensinterna befragen. Ich kann Ihnen gerne den Leitfaden vor dem Interview zuschicken.

Damit ich mich auf das Gespräch mit Ihnen konzentrieren kann, möchte ich dieses gerne aufzeichnen. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, kann ich Ihnen gerne die aufgezeichneten Textpassagen vor der Veröffentlichung zukommen lassen oder Ihre Antworten anonymisieren. Wären Sie dann mit einer Aufzeichnung einverstanden?

Das Telefon-Interview führe ich in der Kalenderwoche 12 durch. Können Sie mir in diesem Zeitraum einen Telefontermin geben?

Es wäre hilfreich zur Planung, wenn Sie mir in Ihrer E-Mail wegen des Termins auch Ihre Telefonnummer sowie das Einverständnis zur Aufzeichnung mitteilen würden.

Vielen Dank, dass Sie mich bei einem Teil meiner Bachelorarbeit unterstützen! Ich wünsche Ihnen einen guten Arbeitstag!

Mit freundlichem Gruß

Christina Fahrner

## Anhang 4 Experteninterview-Leitfaden

### Experteninterview-Leitfaden

*Vielen Dank, dass Sie sich für das Experteninterview zum Thema „Telefonische Erreichbarkeit in Krankenkassen“ Zeit nehmen. Das Interview besteht aus drei Blöcken. Ich möchte dieses Gespräch gerne auf Tonträger aufzeichnen, ist dies für Sie in Ordnung?*

Ja	Unentschlossenheit	Nein
<i>Vielen Dank!</i>	<p><i>Ich kann Ihnen die Textpassagen vor der Veröffentlichung zukommen lassen. Wären Sie dann mit einer Aufzeichnung einverstanden?</i></p> <p><b>Ja:</b> <i>Vielen Dank!</i></p> <p><b>Nein:</b> <i>In Ordnung, dann werde ich mitschreiben.</i></p>	<p><i>Ich kann Ihnen die Textpassagen vor der Veröffentlichung zukommen lassen. Wären Sie dann mit einer Aufzeichnung einverstanden?</i></p> <p><b>Ja:</b> <i>Vielen Dank!</i></p> <p><b>Nein:</b> <i>In Ordnung, dann werde ich mitschreiben.</i></p>

### Allgemeine Angaben

<b>Unternehmensname:</b>	
<b>Name des Interviewpartners:</b>	
<b>Position im Unternehmen:</b>	
<b>Datum des Interviews:</b>	
<b>Dauer:</b>	

### A. Allgemeiner Überblick

1. Viele Krankenkassen haben eine Telefonzentrale oder ein externes Callcenter, in der/dem die Anrufe der Kunden eingehen. Wie haben/würden Sie die Anrufe auf die zentralen Rufnummern organisiert/organisieren?
2. Würden Sie zusätzlich zu einer internen Telefonzentrale ein externes Callcenter hinzuziehen? *Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?*
3. Würden Sie einem Krankenkassen-Callcenter mit 40 Mitarbeitern zu einem kompletten Outsourcing raten? *Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?*
4. Stellen Sie sich vor, ein Unternehmen hätte mehrere kleine Inbound-Callcenter Standorte. Würden sie dem Unternehmen zu einer Zentralisierung raten? *Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?*

## B. Erreichbarkeit

1. Welche Servicezeiten empfehlen Sie im Callcenter, um einen guten Kundenservice zu gewährleisten?
2. Stellen Sie sich vor, in einer Krankenkasse sind die Mitarbeiter in den Fachbereichen täglich bis 17 Uhr erreichbar. Die Telefonzentrale ist eine Stunde länger erreichbar. Der Kunde wird ab 17 Uhr gebeten, am nächsten Tag zwischen 8 und 17 Uhr anzurufen. Würden Sie diesen Zustand ändern? *Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht?*
3. Würden Sie die Mitarbeiter im Callcenter weitere Aufgaben zusätzlich zur Telefonie erledigen lassen? *Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?*
4. In der Literatur wird ein Servicelevel von 80/20 empfohlen. Kann solch ein Level in einem internen Callcenter mit 40 Mitarbeitern realisiert werden? *Wenn ja, wie? Wenn nein, welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um dieses umzusetzen?*
- 4a. Was für ein Servicelevel würden Sie für ein 40 Mitarbeiter großes Callcenter empfehlen?
5. Welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um die telefonische Erreichbarkeit in Krankenkassen-Callcentern zu steigern?

## C. Organisation

1. Welche Tipps können Sie mir für die Personalbedarfsplanung geben, um eine hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten?
2. Welche Arbeitszeitmodelle erachten Sie für sinnvoll im Callcenter und warum?
3. Würden Sie Aushilfen einstellen, um die Erreichbarkeitssituation zu verbessern? *Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?*
4. In manchen Krankenkassen-Callcentern werden die Kunden ausführlich beraten, in anderen wiederum weniger, um möglichst schnell in die Fachbereiche weiter zu verbinden, damit eine hohe Erreichbarkeit gewährleistet wird. Welchen der beschriebenen Situationen würden Sie bevorzugen und warum?
5. Wie viele Minuten würden Sie pro Call und Nacharbeitszeit veranschlagen, um einem Kunden eine gute Erstinformation zu geben?
6. Wie würden Sie einen Arbeitsplatz im Callcenter einrichten, um gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen?

## Anhang 5 Experteninterview 1

### Allgemeine Angaben

<b>Unternehmensname:</b>	<b>Krankenkasse A</b>
<b>Name des Interviewpartners:</b>	<b>Herr B.</b>
<b>Position im Unternehmen:</b>	
<b>Datum des Interviews:</b>	<b>21.03.2014</b>
<b>Dauer:</b>	<b>33 Minuten</b>

### A. Allgemeiner Überblick

- 1. Viele Krankenkassen haben eine Telefonzentrale oder ein externes Callcenter, in der/dem die Anrufe der Kunden eingehen. Wie haben/würden Sie die Anrufe auf die zentralen Rufnummern organisiert/organisieren?**

Wir haben hier im Haus der Krankenkasse A zwei zentrale Hotlines. Das ist eine Hotline für Leistungen und Produkte. Das ist zum zweiten eine Hotline für Versicherung und Beiträge. Beide Hotlines werden über meine Abteilung abgebildet. Wir sind über fünf Standorte in Deutschland organisiert. Ca. X Mitarbeiter bedienen diese Hotlines. In der Hotline Leistungen werden die klassischen Versichertenthemen wie Krankengeld, Fahrtkosten, ärztliche Behandlung und Krankenhausbehandlung beraten. Da rufen Vertragspartner wie Sanitätshäuser an, um für ihre Kunden, sprich für die Versicherten der Krankenkasse A, Dinge zu hinterfragen und zu besprechen. Auf der anderen Hotline Versicherung und Beiträge, die vom Volumen wesentlich kleiner ausfällt, rufen die Versicherten an, um ihre Mitgliedschaft mit uns abzustimmen. Sie fragen beispielsweise: Bin ich bei Ihnen versichert? Wie bin ich versichert? Was zahle ich dafür? Da rufen auch Arbeitgeber an, die für ihre Arbeitnehmer beitragsrechtliche Dinge abklären. Zum Beispiel die Abführung von Beiträgen.

- 2. Würden Sie zusätzlich zu einer internen Telefonzentrale ein externes Callcenter hinzuziehen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Wir haben ein externes Callcenter als Unterstützung. Wir stehen unseren Kunden intern von Montag bis Freitag in der Zeit von 8 bis 18 Uhr zur Verfügung. Wir glauben, dass nach 18 Uhr auch noch Beratungsbedarf besteht. Ein Callcenterunternehmen telefoniert von Montag bis Freitag von 18 bis 20 Uhr für uns. Dieser externe Dienstleister telefoniert auch am Sonnabend von 9 bis 15 Uhr für uns. Vor langer Zeit waren wir jeden Tag 24 Stunden erreichbar. Das hat sich nach unserer Erfahrung nicht bewährt. Das Klientel der gesetzlichen Krankenversicherung ruft nicht bis in die Nacht an. Insofern haben wir die 24-Stunden-Erreichbarkeit auf 8 bis 20 Uhr reduziert. Das ist ein Korridor, in dem wir 99 % aller Fragen eigenständig abwickeln können. Wenn ein ärztlicher Notfall bestehen sollte, dann kann ich als Verwaltungsangestellter ohnehin nicht helfen. Dann kann man nur die Feuerwehr, das Krankenhaus oder eine ärztliche Hotline anrufen. Diese bieten wir auch an. Die externe ärztliche Hotline ist 24 Stunden erreichbar. Die dortigen Ärzte können mit Rat und Tat zur Seite stehen.

- 3. Würden Sie einem Krankenkassen-Callcenter mit 40 Mitarbeitern zu einem kompletten Outsourcing raten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Ich würde das komplette Callcenter nicht outsourcen, egal wie groß eine Kasse ist. Wir haben hier einen Dienstleister. Dieser kann kein so großes Expertenwissen aufbauen, wie meine Mitarbeiter es haben. Ich habe in den beiden Hotlines mehr als 95 % Sozialversicherungsfachangestellte angestellt. Das Niveau kann kein externer Dienstleister erbringen. Wir legen Wert darauf, dass „Sofas“ mit unseren Kunden telefonieren und diese beraten. Fest angestellte Mitarbeiter haben eine höhere Loyalität zum Unternehmen als der externe Dienstleister. Die Mitarbeiter haben mehr Beratungsqualität und Intensität. Für bestimmte Kundenanfragen müssen die Prozessabläufe relativ gut beherrscht werden. Das bedeutet: Wer macht was in welcher Abteilung? Mit welchen Anteilen sind die Mitarbeiter beteiligt? Wie lange dauert es, bis Dinge abgearbeitet sind? Das können Sie einem Dienstleister nicht vermitteln. Insofern ist es gut, dies über eigenes Personal zu organisieren. Ich ziehe nur für Randzeiten einen externen Dienstleister, nämlich von 18 bis 20 Uhr, hinzu. In diesem Zeitraum rufen wenige Kunden an und die Fragen sind auch nicht so anspruchsvoll.

- 4. Stellen Sie sich vor, ein Unternehmen hätte mehrere kleine Inbound-Callcenter Standorte. Würden Sie dem Unternehmen zu einer Zentralisierung raten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Eindeutig ja! Vor ein paar Jahren hatten wir X Telefoniestandorte. Jetzt haben wir nur noch X Standorte. Dezentrales Führen ist ein Stichwort: Es ist nicht einfach, Dinge nicht persönlich vermitteln zu können. Sie müssen zu Alternativen wie Mail und Telefonat greifen. Persönlich geht aber vieles besser. Man hat eine andere Qualität und Intensität in der Vermittlung. Die Mitarbeiter kann man anhand ihrer Reaktionen viel besser einschätzen. Es ist ein gewisser Aufwand, X Standorte in Deutschland persönlich zu betreuen. Das heißt 20- bis 30-mal im Jahr unterwegs sein, um die Standorte zu besuchen. Das hat man alles nicht, wenn man weniger Standorte hat. Ein anderer Punkt ist die Führungsspanne. Je weniger Standorte ich habe, desto weniger Führungspersonal, sprich Teamleiter, brauche ich. Insofern spricht alles für eine möglichst zentrale Organisation. Das muss nicht ein Standort sein. Ein bis drei Standorte sind eine optimale Größe.

## B. Erreichbarkeit

### 1. Welche Servicezeiten empfehlen Sie im Callcenter, um einen guten Kundenservice zu gewährleisten?

Von 8 bis 20 Uhr halte ich für absolut angemessen. Den Sonnabend, dies betrifft zumindest unser Klientel, sollte man nicht außer Acht lassen. Wir haben am Sonnabend X eingehende Calls. Das ist eine Menge und diese muss man ernst nehmen. Deswegen haben wir am Sonnabend einen externen Dienstleister beauftragt, um diese Anrufe abzufangen. Ich rate Ihnen dringend ab, sonntags Dienst zu machen. Es hat sich nicht bewährt, das Telefon sonntags und nachts anzubieten.

### 2. Stellen Sie sich vor, in einer Krankenkasse sind die Mitarbeiter in den Fachbereichen täglich bis 17 Uhr erreichbar. Die Telefonzentrale ist eine Stunde länger erreichbar. Der Kunde wird ab 17 Uhr gebeten, am nächsten Tag zwischen 8 und 17 Uhr anzurufen. Würden Sie diesen Zustand ändern? *Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht?*

Das geht gar nicht in meinen Augen! Das gibt es bei uns nicht. Wenn wir als Kasse mit eigenem Personal von 8 bis 18 Uhr erreichbar sind, dann muss es auch der Anspruch sein, dass die Fachabteilungen zumindest mit einer Notbesetzung bis 18 Uhr verfügbar sind. Genauso haben wir es auch organisiert.

### 3. Würden Sie die Mitarbeiter im Callcenter weitere Aufgaben zusätzlich zur Telefonie erledigen lassen? *Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?*

Früher war die Servicetelefonie gepaart mit ganz normaler Filialarbeit: Zahnersatz bearbeiten, Fahrtkostenanträge... Davon würde ich immer abraten, da beide Blöcke für sich wichtig sind. Wir telefonieren und daneben liegt noch ein Stapel Post, der erledigt werden muss. Das sorgt für Unruhe und verunsichert den Mitarbeiter. Dies führt erfahrungsgemäß zu Defiziten in der Qualität, der Bearbeitung und der Beratung. Insofern sehe ich eine klare Trennung zwischen persönlicher Beratung über die Filialen und der telefonischen Beratung durch die Servicetelefonie. Dennoch kann man sehr wohl in der Servicetelefonie Regenerationsprozesse anbieten. Da empfiehlt sich die E-Mail-Kommunikation. info@Krankenkasse A ist ein Medium mit einem Volumen von X Mails täglich. Dies zieht Leute ab, die tageweise oder stundenweise E-Mails bearbeiten. Anträge rauszuschicken gehört zu unserer Beratung. Wir bearbeiten nicht, wir beraten. Der Kunde, der bei uns anruft und sich nach Zahnersatzmöglichkeiten erkundigt, bekommt vermittelt, was an Leistungen möglich ist, beispielsweise Zusatzprodukte und Informationen zum Heil- und Kostenplan. Wir schicken dann die gewünschten Unterlagen raus. Die eigentliche Bearbeitung, die Rückkopplung, läuft dann in den Filialen ab. So halte ich das auch für richtig. Wenn wir uns mit der Bearbeitung von Anträgen auseinandersetzen würden, dann würde das die Einsatzplanung der Servicetelefonie sehr stören. Davon halte ich nichts! Das muss klar getrennt werden. Insofern sollte man leichte Prozesse, die man auch sofort abrechnen kann, wenn's Telefon klingelt, in der Servicetelefonie installieren. Ich denke da an E-Mail-Kommunikation. E-Mails bearbeiten heißt, ich kann ein Stück weit regenerieren und muss nicht telefonieren und kann die Stimme schonen. Das empfinden die Mitarbeiter als sehr angenehm. Das muss ich ganz klar sagen.

### 4. In der Literatur wird ein Servicelevel von 80/20 empfohlen. Kann solch ein Level in einem internen Callcenter mit 40 Mitarbeitern realisiert werden? *Wenn ja, wie? Wenn nein, welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um dieses umzusetzen?*

Ich habe X Mitarbeiter und ein Callvolumen von täglich X Calls. Wir sind relativ stramm aufgestellt, und wir haben weniger Personal als zum Beispiel Erlang C für uns berechnet. 40 Mitarbeiter und 2.000 Calls: Das klappt nie im Leben mit 80/20. Man muss auch andere Dinge, wie beispielsweise die Wochenarbeitszeiten, prüfen. Ein Mitarbeiter, der 50 Stunden arbeitet, schafft mehr Calls als einer, der 37,5 Stunden arbeitet. Dennoch denke ich, mit 40 Mitarbeitern und 2.000 Calls erreichen Sie kein Servicelevel mit 80/20. Das ist meine feste Überzeugung. Nicht mit diesem Personalschlüssel.

### Was für ein Servicelevel würden Sie für ein 40 Mitarbeiter großes Callcenter empfehlen?

Es ist die Frage, was mein Ziel ist. Man muss ein Ziel haben und sich daran orientieren. Also, ich glaube, es ist nicht der richtige Weg zu sagen, ich habe X Personal, mehr bekomme ich nicht und daraus ermittle ich meine Ziele. Das wäre der andere Weg. Wir haben ein zentrales Ziel: 90 % Erreichbarkeit. Wir kalkulieren unser Personal so, unter Beachtung von Gesprächsdauer, von Nacharbeit, von Recherchezeiten, von Coachingeinheiten... dass wir glauben, wir können 90 % der Calls annehmen. Das ist unser zentrales Ziel. Das entspricht nicht solchen Schlüsselwörtern wie 80/20, 90/10, 70/30, sondern unser Ziel ist, 90 % abzuarbeiten und daran richten wir unsere zweimal jährliche Personalmittlung aus. Wenn die Gesprächsdauer oder die Nacharbeit nach oben geht, dann bekomme ich auch mehr Personal. Da gibt's keine Diskussion. Wenn Sie eine 90 % Erreichbarkeit nicht erreichen, dann führt das zu Unmut bei den Kunden. Diese weichen auf alternative Zugangskanäle der Kasse aus und lassen da ihren Unmut ab. Wir wissen aus unserer Erfahrung heraus, wenn Sie 90 % Erreichbarkeit oder mehr haben, dann haben Sie Ruhe im Versichertenstand und die Kunden weichen nicht auf alternative Kanäle aus, sondern sind mit uns sehr zufrieden.

### 5. Welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um die telefonische Erreichbarkeit in Krankenkassen-Callcentern zu steigern?

Eine zentrale Rolle spielen natürlich die Mitarbeiter. Wenn Sie sagen, 90 %ige Erreichbarkeit ist das elementare Ziel der Krankenkasse A, dann ist das die Überschrift, die über allem steht. Das setzt natürlich voraus, dass die Mitarbeiter eine gewisse „Einlockdisziplin“ haben und dass sie eine gewisse Menge an Calls produzieren. Es gibt zwei Unterziele für die 90 %ige Erreichbarkeit: Wir erwarten, dass unsere Mitarbeiter im Bereich Leistung X Calls in der Stunde produzieren. Das heißt, von jemand der 6 Stunden da ist, erwarten wir X Calls. Im Bereich Versicherung und Beiträge ist das Ziel etwas geringer, weil dort die Gesprächsdauer und Nacharbeitszeit erfahrungsgemäß höher ausfällt. Da reden wir von X Calls pro Stunde. Das ist das eine Unterziel. Das zweite Unterziel ist, die Mitarbeiter müssen 60 % ihrer Anmeldezeit in der ACD entweder im Gespräch, bereit sein für ein

Gespräch oder im Status Nacharbeit sein. Das ist über die ACD alles auswertbar. Diese Dinge erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine 90 %ige Erreichbarkeit gewährleistet wird. Das sind Instrumente, die man ansetzen muss, um ein Callcenter effektiv, produktiv organisieren zu können. Ich kenne Krankenkassen, die haben keine Ziele, weder zur Erreichbarkeit, zur Einlernedisziplin noch zum Callvolumen des Mitarbeiters. Die telefonieren so vor sich hin. Dies macht wenig Sinn, es sei denn, Sie haben Geld ohne Ende und Sie können es sich leisten. Wenn Sie aber betriebswirtschaftlich vernünftig organisieren wollen, dann brauchen Sie solche Ziele.

## C. Organisation

- 1. Welche Tipps können Sie mir für die Personalbedarfsplanung geben, um eine hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten?**

Bis vor kurzem war es so, dass wir unseren Mitarbeitern einen Schichtplan mit einem Vorlauf von sechs Wochen übersandt haben. Die Planung für den Juni 2014 würde unseren Mitarbeitern Mitte April zur Verfügung stehen. Nun haben wir ein Workforcemanagementtool eingeführt. Mit diesem wollen wir in der Personaleinsatzplanung flexibler werden. Mein Ziel ist es, den Mitarbeitern die Schichtplanung mit einem zwei bis drei Wochenvorlauf bekannt zu geben. Das sollte ausreichend sein, denn so eine Flexibilität sollte man den Mitarbeitern des Servicecenters abverlangen können.

- 2. Welche Arbeitszeitmodelle erachten Sie für sinnvoll im Callcenter und warum?**

Optimaler Weise habe ich gerne Mitarbeiter, die von 8-18 Uhr da sind. Das wären 10 Stunden. Von Montag bis Freitags wären das 50 Stunden. Da unsere Vollzeitkräfte X Stunden angestellt sind, können Sie den Korridor so nicht abdecken. Die Vollzeitkräfte haben verschiedene Schichten zu belegen. Sie fangen um 8 Uhr, 8:30 Uhr, 9:00 Uhr, 9:30 Uhr oder 10 Uhr an. Wir haben eine Menge X an Teilzeitkräften mit ganz verschiedenen Schichtvarianten. Da gibt es Damen, die haben genau die Hälfte, sprich X Stunden. Es gibt auch andere, sehr exotische, individuelle Modelle, wo Mitarbeiter X, X Stunden arbeiten. Das ist historisch bedingt. Wenn ich es heute neu planen müsste, dann würde ich mich für zwei Modelle im Bereich Teilzeit entscheiden. Sie brauchen einen Mix aus Vollzeitkräften und Teilzeitkräften, um auf Spitzen reagieren zu können. Es gibt auch Teilzeitkräfte, die um 14 Uhr gehen, da um 14/15 Uhr das Geschäft nachlässt.

- 3. Würden Sie Aushilfen einstellen, um die Erreichbarkeitssituation zu verbessern? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Wenn es zu vermeiden ist, dann würde ich es vermeiden. Wenn eine Person ein halbes Jahr die Telefonie unterstützen soll und Sie vier Wochen für die Qualifizierung benötigen, dann ist diese Person nur noch fünf Monate im Einsatz. Insofern würde ich immer versuchen, dies über hausinterne Möglichkeiten zu lösen. Das haben wir auch schon gemacht. Ich habe auch schon gute Erfahrungen mit Leiharbeitnehmern von der Firma P. gemacht. Diese Firma fokussiert sich auf „Sofas“. Diese Leute zu integrieren ist wesentlich einfacher.

- 4. In manchen Krankenkassen-Callcentern werden die Kunden ausführlich beraten, in anderen wiederum weniger, um möglichst schnell in den Fachbereich weiter zu verbinden, damit eine hohe Erreichbarkeit gewährleistet wird. Welche der beschriebenen Situationen würden Sie bevorzugen und warum?**

Ich bin ein Freund von einer abschließenden Beratung im ersten Level. Ich halte nichts von Callcentern, die „Guten Tag“ sagen und weiterleiten. Wir als Abteilung haben den Anspruch, 80 % aller eingehenden Anrufe abschließend zu beraten. Das heißt, ohne Weiterleitung an die Fachabteilungen. Welche Themen sind es denn, die die 80 % ausmachen? Wir haben ein Schnittstellenpapier erstellt. Das beschreibt, welche Themen wir abschließend beraten und welche wir in die Fachabteilungen abgeben. Wenn das Leistungswesen beispielsweise eine Leistung ablehnt und es zu einem Widerspruchsverfahren kommt, wäre es Irrsinn, dies in der Servicetelefonie beraten zu wollen, da die Entscheider für diesen Fall in der Filiale sitzen. Wir geben Widerspruchsfälle durchgängig weiter. In anderen Bereichen der Krankenkasse haben wir einen gewissen Kostendruck. Im Bereich Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld gibt es ein Fallmanagement. Immer wenn der Kunde das Wort Arbeitsunfähigkeit und Fallmanagement in den Mund nimmt, leiten wir den Kunden weiter in die Kompetenzzentren. Die anderen Kunden beraten wir selbst. Der Kunde nimmt sehr wohl wahr, dass er im ersten Level kompetent beraten wird, ohne 20 Leute durchlaufen zu müssen.

- 5. Wie viele Minuten würden Sie pro Call und Nacharbeitszeit veranschlagen, um einem Kunden eine gute Erstinformation zu geben?**

Die Kundenberater sollen das Gespräch steuern, ohne den Kunden abzuwürgen. Was will der Kunde? Es muss bedarfsorientiert beraten werden. Die Gesprächsdauer beträgt bei uns im Bereich Leistung ca. 210 Sekunden/3,5 Minuten. Im Bereich Versicherung und Beiträge fällt diese Beratung mit 230 Sekunden etwas höher aus. Die Nacharbeit beträgt im Bereich Leistung und Produkte um die 150 Sekunden/2,5 Minuten. Im Bereich Versicherung und Beiträge werden 160 Sekunden einkalkuliert.

- 6. Wie würden Sie einen Arbeitsplatz im Callcenter einrichten, um gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen?**

Ganz wichtig ist für mich, dass der Tisch höhenverstellbar ist. Um den Geräuschpegel möglichst gering zu halten, sollten Sie die Plätze weit auseinander ziehen. Ich halte nichts davon, wenn die Mitarbeiter in Boxen sitzen, die ein Meter breit sind. Unsere Schreibtische sind im Callcenter 1,80 m bis 2 m breit. Unsere Großraumbüros haben maximal 10 Arbeitsplätze. Die Akustik kann über Schirme, d. h. Wände, die mit entsprechenden Stoffen überzogen sind, gedämmt werden. Es gibt viele Techniken, die für Entspannung sorgen können.

## Anhang 6 Experteninterview 2

### Allgemeine Angaben

Unternehmensname:	Krankenkasse B
Name des Interviewpartners:	Herr T.
Position im Unternehmen:	
Datum des Interviews:	20.03.2014
Dauer:	25 Minuten

### A. Allgemeiner Überblick

1. **Viele Krankenkassen haben eine Telefonzentrale oder ein externes Callcenter, in der/dem die Anrufe der Kunden eingehen. Wie haben/würden Sie die Anrufe auf die zentralen Rufnummern organisiert/organisieren?**

Wir haben mehrere Servicecenter in Deutschland. Wir nennen diese absichtlich nicht Callcenter, weil das ein bisschen mehr ist als ein klassisches Callcenter. Es gibt X große Standorte und X kleine. Diese sind von der Größe durchaus unterschiedlich. Die Servicecenter bedienen die Rufnummer, die wir zentral kommunizieren. Die Sachbearbeiter in den Fachbereichen kommunizieren ihre persönliche Rufnummer. Wenn der Kunde von einem Sachbearbeiter Post bekommt, dann steht dort die Rufnummer des Sachbearbeiters drauf. Im Internet oder in der Mitgliederzeitung wird die zentrale Rufnummer kommuniziert. So kann man zwischen allgemeiner Telefonie und fallbezogener Telefonie steuern. In unserer Servicecenterorganisation haben wir X Mitarbeiter beschäftigt. Wir haben letztes Jahr knapp X Anrufe gemeldet. Das ist aufs Jahr gesehen ein ganzer Batzen.

2. **Würden Sie zusätzlich zu einer internen Telefonzentrale ein externes Callcenter hinzuziehen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Würden wir nicht! Wir lassen die Kundenbetreuung Inhouse. Das ist unsere Unternehmensphilosophie. Wir ziehen externe Partner hinzu. Alles, was mit einer klassischen Anfrage des Kunden an seine Krankenkasse zu tun hat, bleibt bei uns im Haus.

3. **Würden Sie einem Krankenkassen-Callcenter mit 40 Mitarbeitern zu einem kompletten Outsourcing raten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Das ist eine Philosophiefrage. Ich kenne Krankenkassen, die das Geschäft outgesourct haben und dann wieder zurückgeholt haben. Wir haben gleich den richtigen Weg gewählt. Es gibt weniger Reibungsverluste, wenn eigene Mitarbeiter die Telefonie übernehmen. Bei uns stand das mal zur Disposition, als wir unsere Servicezeit ausgeweitet haben. Da kam folgende Frage auf: „Ja, wer macht denn jetzt nachts und am Wochenende die Betreuung?“ Die Überlegung, das extern zu vergeben war da. Es gibt genug Anbieter, die sich mit dem Metier ganz gut auskennen. Aber auch da haben wir gesagt: „Das kriegen wir intern besser hin.“ Wir wollen die bestmögliche Fallabschlussquote haben. Wir bearbeiten 80 % der Anfragen fallabschließend. Wenn Sie diese Abschlussquote mit einem externen Dienstleister gewährleisten wollen, dann muss dieser sehr genau in Ihre Prozesse eingebunden sein.

4. **Stellen Sie sich vor, ein Unternehmen hätte mehrere kleine Inbound-Callcenter Standorte. Würden Sie dem Unternehmen zu einer Zentralisierung raten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Das ist eine tolle Frage, wir haben nämlich genau diese Situation. In einem kleinen Standort arbeiten X Mitarbeiter. Wenn man einen Standort schließt, dann muss man den Mitarbeitern woanders eine vernünftige Beschäftigung bieten. Aufbauen würden wir so kleine Einheiten nicht, aber sagen wir so, es läuft bei uns auch mit kleinen Einheiten. Also es kann funktionieren.

### B. Erreichbarkeit

1. **Welche Servicezeiten empfehlen Sie im Callcenter, um einen guten Kundenservice zu gewährleisten?**

Rund um die Uhr, 7 mal 24 Stunden. Wir haben tatsächlich Leute, die nachts arbeiten. Immer X Mitarbeiter sind nachts da. Außerdem haben wir rotierende Dienste am Wochenende. Es ist immer ein ausgebildeter Sozialversicherungsfachangestellter anwesend.

2. **Stellen Sie sich vor, in einer Krankenkasse sind die Mitarbeiter in den Fachbereichen täglich bis 17 Uhr erreichbar. Die Telefonzentrale ist eine Stunde länger erreichbar. Der Kunde wird ab 17 Uhr gebeten, am nächsten Tag zwischen 8 und 17 Uhr anzurufen. Würden Sie diesen Zustand ändern? Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht?**



(Zögert) Man muss sich in den Kunden hineinversetzen. Was würde ich als Kunde tun, wenn ich ab 17 Uhr gebeten werde, morgen wieder anzurufen? Da frage ich mich, warum geht da überhaupt noch jemand ans Telefon? Mit dieser Philosophie haben wir seinerzeit die Servicezeiten ausgedehnt auf rund um die Uhr. Vorher hatten wir Servicezeiten von 7 bis 22 Uhr gehabt. Wir haben das Problem, dass unsere Fachzentren am Wochenende nicht erreichbar sind. Man muss deswegen viel Kompetenz in das Callcenter stecken. Das erreichen Sie mit einer einfachen Telefonzentrale, die fachlich nichts sagen kann, natürlich nicht. Bei einer kleinen Telefonzentrale, wie bei Ihnen, würde ich Ihnen nicht zu einem 24-Stunden-Service raten. Bei 40 Mitarbeitern hätten Sie das Problem, dass Sie dann keine Mitarbeiter fürs Tagesgeschäft hätten.

**3. Würden Sie die Mitarbeiter im Callcenter weitere Aufgaben zusätzlich zur Telefonie erledigen lassen? Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?**

Bei uns machen die Mitarbeiter nebenbei E-Mailbearbeitung. Wir bearbeiten X Mails im Jahr. Diese haben wir anfangs als Lückenfüller in die Telefonie reingesteuert. Inzwischen planen wir auch Mitarbeiter für die E-Mail-Bearbeitung ein. Das heißt, es ist kein Lückenfüller-Geschäft mehr. Die zweite wichtige Aufgabe, welche wir in letzter Zeit erproben, sind Sachbearbeitungstätigkeiten, beispielsweise eine neue Versicherungskarte bestellen. Wir versuchen dies mitreinzusteuern, um eben Auslastungslücken zu stopfen. Es ist schon möglich, Mitarbeiter konsequent auszulasten. Diese machen die komplette Endbearbeitung der Telefonie. Wenn per Mail oder Telefon eine Bescheinigung angefordert wird, dann machen die schon die Endbearbeitung. Arbeitgeberwechsel und solche Geschichten werden dann auch gleich erfasst.

**4. In der Literatur wird ein Servicelevel von 80/20 empfohlen. Kann solch ein Level in einem internen Callcenter mit 40 Mitarbeitern realisiert werden? Wenn ja, wie? Wenn nein, welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um dieses umzusetzen?**

Dieses Servicelevel ist bei der Krankenkasse B auch immer ein spannender Punkt. Wir haben eigentlich ein Servicelevel von 80/20, was wir erreichen wollen. Das ist aber ein sehr sportliches Ziel, weil Sie mit einer guten Auslastung der Mitarbeiter arbeiten müssen, um wirtschaftlich zu bleiben. Mit 40 Mitarbeitern stellt ich mir das sehr schwierig vor, denn für ein Servicelevel von 80/20 brauchen Sie immer freie Mitarbeiter. Das ist also sehr sportlich, das würde ich nicht anstreben. Wenn man sich so in der Callcenter-Branche umschaute, dann ist 80/20 immer noch sehr der Grundsatz. Die Tendenz geht zu 70/30. 80/20 bei 40 Mitarbeitern, da müssen die Anrufe sehr verteilt über den Tag kommen. Da darf kein Piek dazwischen sein und Sie können es sich nicht erlauben, den Servicelevel nicht länger zu erreichen. Sonst ist es auf Tagessicht verloren. Auch wenn Sie eine sehr gute Erreichbarkeit haben von über 90 %, das kann aber auch mit einem Servicelevel von 60/20 gewährleistet werden. Das ist sehr zahlenabhängig, aber darauf haben wir unser Hauptaugenmerk gerichtet.

**5. Welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um die telefonische Erreichbarkeit in Krankenkassen-Callcentern zu steigern?**

So weit es geht Mitarbeiter trainieren. Wir haben sehr viel in das Know-how unserer Mitarbeiter investiert. Beispielsweise in gute Gesprächsführung und Analyse der Kundenfrage. Damit kann man viel Zeit im Gespräch sparen. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Verfügbarkeit der Mitarbeiter aus. Wir haben an der einen oder anderen Stelle im Sachbearbeitungs-Backofficebereich angefangen, Überlauf-Szenarien zu bauen. Das ist aber ein bisschen schwierig, da das sehr gerecht organisiert werden muss. Ein guter Hebel ist immer eine gute Organisation der Mitarbeiter, um eine wirklich gute Fallabschlussquote zu erreichen.

## C. Organisation

**1. Welche Tipps können Sie mir für die Personalbedarfsplanung geben, um eine hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten?**

Man muss sehr genau auf die historischen Verläufe der Anrufe schauen. Wir sind relativ professionell aufgestellt. Anhand unserer hohen Anzahl an Anrufen haben wir dies in der Hautverwaltung dementsprechend organisiert. Neun Mitarbeiter in unserer Cockpitsteuerung kümmern sich um die Steuerung unserer Servicecentren Telefonie und Mail. Diese machen die Personaleinsatzplanung und die Tagessteuerung. Personaleinsatzplanung bedeutet, Anrufe für den Tag sowie den Mitarbeiterbedarf dafür zu prognostizieren. Mit 40 Mitarbeitern ist dies noch relativ überschaubar. Bei einer Planung von X Mitarbeitern brauchen Sie professionelle Tools. Den Schichtplan machen wir immer im drei Wochen Rhythmus. Dieser ist immer drei Wochen davor beim Mitarbeiter. Letztendlich hat er sechs Wochen Vorlauf. Eine Woche vorher wird dann nochmals feinjustiert. Wenn sich ein veränderter Bedarf ergibt, dann gehen die Teamleiter nochmals auf die Mitarbeiter zu und schauen nochmals, ob die Schichten verschoben werden können. Mitarbeiter können auch Pluszeiten aufbauen. Über die Jahre sind wir professioneller geworden. Wir haben auch in unseren Prognosen relativ geringe Abweichungen. Die einschlägige Literatur geht immer von 5 % Schwankungsbreite zum Vortag der Anrufe aus. Das bewegt sich auch immer so in dem Rahmen.

## 2. Welche Arbeitszeitmodelle erachten Sie für sinnvoll im Callcenter und warum?

Das kommt darauf an, wo Ihre Anrufspitzen liegen. Ich gehe jetzt einfach von der Krankenkassen B-Welt aus: Wir haben sehr viele Mitarbeiter, die um X Stunden herum arbeiten, entweder X, X oder X Stunden. Wir verplanen diese Mitarbeiter mit langen Diensten. Die langen Dienste für Telefon- und E-Mail-Dienste sind X und X Stunden lang. Kurze Dienste, diese sind Regelfall X Stunden lang, um die Mitarbeiter gezielt in die Anrufspitzen einzubauen. Das kann man sich wie Tetris vorstellen. Die Anruferkurve sollte möglichst gut abgedeckt sein. Es bringt uns nichts, wenn wir Mitarbeiter haben, die X Stunden arbeiten und täglich X bis X Stunden am Telefon sind. Wir sind sehr stark teilzeitlastig. Wir haben auch Vollzeitmitarbeiter in den Centren. Diese Mitarbeiter bearbeiten E-Mails, wenn es um die Mittagszeit am Telefon ein bisschen ruhiger wird. Das hängt sehr stark davon ab, was Sie in das Servicecenter mit reinsteuern.

## 3. Würden Sie Aushilfen einstellen, um die Erreichbarkeitssituation zu verbessern? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Das würden wir nicht tun, weil unser Einarbeitungsaufwand in dem Fall zu hoch ist. Wenn wir Anrufspitzen haben, zum Beispiel durch Aktionen, versuchen wir diese durch andere Krankenkassen B-Einheiten, Backofficeeinheiten, abzufangen. Die Einarbeitungszeit beträgt 4 bis 6 Wochen.

## 4. In manchen Krankenkassen-Callcentern werden die Kunden ausführlich beraten, in anderen wiederum weniger, um möglichst schnell in den Fachbereich weiter zu verbinden, damit eine hohe Erreichbarkeit gewährleistet wird. Welchen der beschriebenen Situationen würden Sie bevorzugen und warum?

Wir arbeiten ausschließlich mit Fachkräften, das heißt, wir haben eine 2-Level-Organisation. Der 2nd-Level besteht ausschließlich aus ausgebildeten Sozialversicherungsfachangestellten. Im 1st-Level haben wir auch Kaufleute im Gesundheitswesen oder Kräfte mit anderen Qualifikationen, die dann entsprechend eingearbeitet werden. Wir versuchen, die Weiterleitung in die Fachabteilungen so gering wie möglich zu halten. Für diese Verhältnisse haben wir eine relativ hohe Fallabschlussquote mit 80 %. Wir geben nur Telefonate weiter, die hochfachspezifisch sind. Ansonsten beraten unsere Mitarbeiter sehr ausführlich und umfassend. Das geht auch über Einfachstanlagen hinaus. Es ist schon so, als ob Sie persönlich in die Geschäftsstelle kommen.

## 5. Wie viele Minuten würden Sie pro Call und Nacharbeitszeit veranschlagen, um einem Kunden eine gute Erstinformation zu geben?

Unsere durchschnittlichen Bearbeitungszeiten inklusive Nachbearbeitung liegen so bei 300 Sekunden, also 5 Minuten. 250 bis 300 Sekunden müssen Sie für einen Telefonanruf investieren.

## 6. Wie würden Sie einen Arbeitsplatz im Callcenter einrichten, um gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen?

Das ist immer wieder ein gern genommenes Thema, wo wir auch schon viel ausprobiert haben. Letztendlich haben wir noch nicht den idealen Arbeitsplatz gefunden. Das Thema Lärmbelästigung ist immer wieder im Fokus, Lichtverhältnisse und vor allen Dingen auch das Thema Klima, Wärme und Kälte. Die Räumlichkeit wird oft als zu trocken empfunden, weil die Mitarbeiter viel sprechen. Wir haben Luftbefeuchter angeschafft, teilweise Installationen in den Decken vorgenommen, damit so eine Art Nebel in den Raum kommt. Das sind die Handlungsfelder, wo wir bei der Raumausstattung auch immer schauen, wenn ein Zentrum umzieht oder wenn man umbaut. Solche Dinge sollten nach Möglichkeit eingebaut werden. Durch Deckenfluter statt Deckenlicht kann man Lichtverhältnisse möglichst ideal schaffen. Pflanzen unterbrechen die Stellwandatmosphäre, die man so von Callcentern kennt. Wir haben auch viele höhenverstellbare Tische im Einsatz, allerdings nicht durchgängig. Teilweise wechseln die Mitarbeiter die Arbeitsplätze, da wir viele Teilzeitkräfte an einigen Standorten haben. Diese teilen sich einen Arbeitsplatz. Bei den Stühlen gibt es auch verschiedene Varianten. Alle Mitarbeiter sind mit einem schnurgebundenen Headset ausgestattet. Lieber ein Funksignal weniger und dafür eine etwas längere Schnur.

## Anhang 7 Experteninterview 3

### Allgemeine Angaben

Unternehmensname:	Anonyme Kasse (Krankenkasse C)
Name des Interviewpartners:	
Position im Unternehmen:	
Datum des Interviews:	19.03.2014
Dauer:	40 Minuten

### A. Allgemeiner Überblick

1. **Viele Krankenkassen haben eine Telefonzentrale oder ein externes Callcenter, in der/dem die Anrufe der Kunden eingehen. Wie haben/würden Sie die Anrufe auf die zentralen Rufnummern organisiert/organisieren?**

Wir haben ein internes Callcenter (Servicecenter genannt), das wir gerade noch weiter ausbauen. Wir sind im Moment etwas mehr als X Mitarbeiter. Wir haben auch noch ein externes Callcenter mitaufgeschaltet. Die telefonische Rufbereitschaft wird zwischen 7:30 Uhr und 18 Uhr gewährleistet. Von Montag bis Freitag stellen wir dafür überwiegend interne Mitarbeiter sicher. Falls diese Mitarbeiter nicht ausreichen, haben wir einen Überlauf organisiert. Wenn wir um 8:30 Uhr 48 Mitarbeiter in der Telefonie haben und 60 Kunden anrufen, gehen 12 Gespräche in den Überlauf. Diesen schicken wir dann in ein externes Callcenter, bevor dieser in unsere Fachbereiche geht. Aber unsere Fachbereiche, sprich die klassischen Beitrags- und Leistungsmitarbeiter, beteiligen sich bei Überläufen an der Telefonie. Die Wochentage zwischen 18:00 Uhr und 7:30 Uhr, die Wochenenden und die Feiertage werden über ein externes Callcenter abgebildet.

2. **Würden Sie zusätzlich zu einer internen Telefonzentrale ein externes Callcenter hinzuziehen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Also das interne Callcenter hat immer die höhere Qualität! Es ist unmöglich, einem externen Callcenter diese Informationen zukommen zu lassen und den Mitarbeiterstamm so zu qualifizieren, dass dieser die gleiche Leistung wie ein internes Callcenter erbringen könnte. Sofern rate ich dazu, den Hauptanruferstrom über ein internes Callcenter abzudecken. Die Kundenberatung ist das A und O bei einer gesetzlichen Krankenkasse. Wenn es da Probleme gibt, dann werden die Kunden, egal wie gut das Leistungsportfolio ist, sicherlich nicht dauerhaft bei dieser Krankenkasse bleiben. Ein externes Call Center muss eingeschaltet werden, um Spitzen abzudecken. Diese können Sie nie so genau planen. Diese sind von externen Faktoren abhängig. Wenn beispielsweise die Politik etwas sagt oder wenn die Bildzeitung eine neue Schlagzeile macht oder auch durch die Wetterverhältnisse. Wenn es schönes Wetter ist, bekommen wir weniger Anrufe als an vergleichbaren Wochenenden mit schlechtem Wetter. Wenn ein Fußballländerspiel angesetzt ist, haben Sie ab 16 Uhr nicht mehr so viel Telefonie. Das sind alles externe Faktoren, die die Telefonie beeinflussen. Insofern ist es schwierig, die Mitarbeiter zu 100 % auszulasten und dadurch keinen Überlauf zu haben. Außerdem ist es ineffizient, die Abend- und Nachtstunden bzw. die Wochenendzeiten intern abzudecken. Eine Krankenkasse mit 40 Mitarbeitern kann dies nicht gewährleisten. Deshalb empfehle ich, mit externen Anbietern zusammenzuarbeiten, um Randzeiten bzw. Spitzenzeiten abzudecken, wenn Sie die anderen Mitarbeiter nicht mit Telefonaten fluten wollen.

3. **Würden Sie einem Krankenkassen-Callcenter mit 40 Mitarbeitern zu einem kompletten Outsourcing raten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Nein, nein ganz bestimmt nicht! Wenn Sie die Manpower haben, um 40 Mitarbeiter in einem Callcenter zu beschäftigen, dann haben Sie dort definitiv, im Gegensatz zum externen Callcenter, mehr Qualität und Loyalität. Ich rate Ihnen dringend davon ab, dies auszugliedern. Wir hatten dies mal und durften Erfahrungen mit einem externen Callcenter sammeln. Das war ganz, ganz unglücklich. Wir merken auch heute, dass wir mit dem externen Dienstleister, mit dem wir seit Jahren zusammenarbeiten, hohe Qualitätseinbußen haben. Ich kann dazu nicht raten. Die Leute im Callcenter werden um den Mindestlohn herum bezahlt. Dort können Sie nie die Qualität bekommen.

4. **Stellen Sie sich vor, ein Unternehmen hätte mehrere kleine Inbound-Callcenter Standorte. Würden Sie dem Unternehmen zu einer Zentralisierung raten? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?**

Es ist eine sehr schöne Form der Zusammenarbeit, wenn Führungskräfte ihre Mitarbeiter regelmäßig sehen. Wenn das an einem Standort ablaufen könnte und das gebündelt an einem Ort wäre, aber in der heutigen Zeit ist das nicht mehr machbar. Das hängt damit zusammen, dass wir einen Fachkräftemangel haben. Wir beschäftigen uns nicht mit der Frage: Wie bekommen wir alle Mitarbeiter an einen Standort, sondern wir wollen Personalaquise betreiben. Das können Sie nicht, wenn Sie sich auf einen Standort limitieren. Wir suchen Fachkräfte, die Krankenkassenvorerfahrung haben und am besten noch eine Ausbildung in dem Bereich haben und die auch noch kommunikativ in der Lage sind, auf hohem Niveau die Kunden zu beraten. Solche Mitarbeiter sind sehr, sehr rar. Ich tendiere eher zu einem anderen Extrem hin: Die Organisation des Callcenters dezentral zu lösen und Homeoffice als eine sehr ernsthafte Alternative zu prüfen. Homeoffice funktioniert nur dann, wenn der Teamleiter die Kennzahlen bekommen darf, die er zur Führung seines Callcenters benötigt. Wenn ein Mitarbeiter im Homeoffice arbeiten möchte, ent-

zieht er sich der direkten Kontrolle durch den Teamleiter. Der Teamleiter kann nicht mehr sehen, was der Mitarbeiter macht. Ich rate dringend davon ab, das alles an einem Standort zu machen, wenn Sie nicht die Sicherheit haben, immer neues Personal zu bekommen. In Callcentern und Servicecentern haben Sie eine höhere Fluktuation. Bei uns sind das hausintern auch gern gesehene Mitarbeiter in anderen Bereichen. Unsere höchste Fluktuation ist in andere Bereiche hinein, und das können wir nicht auffangen.

## B. Erreichbarkeit

### 1. Welche Servicezeiten empfehlen Sie im Callcenter, um einen guten Kundenservice zu gewährleisten?

Das mag von Haus zu Haus unterschiedlich sein. Wir messen die Kundenströme. Wir schauen uns an, wann die Kunden anrufen. Bei uns liegen die Servicezeiten an den Wochentagen zwischen 7:30 Uhr und 18 Uhr bis 19 Uhr. Das mag bei anderen Krankenkassen anders sein. Bei kleinen Krankenkassen mögen andere Dinge Vorrang haben. Ich empfehle individuell zu schauen, wann die Kunden Sie in der Beratung brauchen, dann die Servicezeiten auch so auszubauen wie der Kunde diese wünscht und nicht hausinternen Belangen Vorrang geben. 7 Uhr/7:30 Uhr bis 19/20 Uhr sollten die Hauptzeiten sein.

### 2. Stellen Sie sich vor, in einer Krankenkasse sind die Mitarbeiter in den Fachbereichen täglich bis 17 Uhr erreichbar. Die Telefonzentrale ist eine Stunde länger erreichbar. Der Kunde wird ab 17 Uhr gebeten, am nächsten Tag zwischen 8 und 17 Uhr anzurufen. Würden Sie diesen Zustand ändern? *Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht?*

Ich würde das ganz bestimmt ändern! Ich verstehe diese Regelung nicht. Wenn Sie feststellen, dass zwischen 17 Uhr und 18 Uhr noch Kunden anrufen, die eine fachliche Beratung wünschen, dann rate ich Ihnen, Ihren Fachbereich und Ihr Callcenter bis 18 Uhr da zu haben. In der heutigen Zeit ist zumutbar, dass ein Mitarbeiter bis 18 Uhr arbeitet. Eine Telefonzentrale mit Erstinformationen empfinde ich nicht mehr als zeitgemäß. Ich würde dringend empfehlen, das Callcenter bis 18 Uhr da zu lassen. Wer in einem Callcenter arbeitet, muss damit leben, dass er andere Arbeitszeiten hat als andere Mitarbeiter. Das ist einfach so. Man könnte überlegen, ob man einen kleinen Spätzuschlag gewährleistet. Zwischen 17 und 18 Uhr könnten Sie ein Sprachportal nehmen. Dieses wäre wesentlich effizienter, als ein externes Callcenter oder eine Telefonzentrale zu haben. Ein Sprachportal oder sogar eine Bandansage, die sagt: "Bitte rufen Sie morgen zwischen 8 und 17 Uhr nochmals an." Ich halte es nicht für zeitgemäß, dafür ein externes Callcenter oder Mitarbeiter zu nehmen, die nur Minimalauskünfte geben. Die Kunden werden mit Sicherheit enttäuscht sein. 60 bis 70 % aller Anfragen sollten beantwortet werden können und, wenn es die absolute Spezialanfrage ist, dann können Sie dem Kunden einen Rückruf anbieten.

### 3. Würden Sie die Mitarbeiter im Callcenter weitere Aufgaben zusätzlich zur Telefonie erledigen lassen? *Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?*

Also, das würde ich ganz bestimmt so machen! Wir bekommen durch das Mobile Internet immer mehr Kundenkommunikation auf dem Textkanal, sowohl E-Mails, Chats oder Social Mediaeinträge. Für einen Agenten ist es sehr, sehr anstrengend, 8 Stunden am Tag zu telefonieren. Das belastet den ganzen Stimmapparat. Der Agent braucht Sprechpausen. Diese würde ich durch E-Mails ausfüllen. Ich würde mir überlegen, in den Chat oder Social Media Kanal einzusteigen, da dort die Zukunft liegt. Viele Krankenkassen liegen da noch weit zurück. Ich nehme uns da auch nicht aus. Die Bearbeitung von Textanfragen ist ein absolutes Muss. Für den Agenten ist es sehr sinnvoll, wenn er eine Sprechpause bekommt und eine E-Mail, ein Chat oder eine Social Media-Antrag bearbeiten kann.

### 4. In der Literatur wird ein Servicelevel von 80/20 empfohlen. Kann das Level in einem internen Callcenter mit 40 Mitarbeitern realisiert werden? *Wenn ja, wie? Wenn nein, welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um dieses umzusetzen?*

Für diese Frage bräuchte ich mehr Informationen. 40 Mitarbeiter sind der gesetzte Fakt. Das Verhältnis der anwesenden Mitarbeiter zu den eingehenden Anrufen ist das Entscheidende. Sie können in einem Servicecenter mit 40 Mitarbeitern dieses Servicelevel einhalten, wenn Sie die entsprechende Anzahl an Anrufen haben. Sie müssen diese Kennzahlen abgleichen. Beispielsweise, wie viel Überlauf haben Sie und wohin geht der Überlauf und welche Nacharbeitszeiten kommen auf Sie zu? Ab welchem Punkt stellt der Mitarbeiter das Gespräch weiter? Man kann es einhalten, wenn Sie eine vernünftige Personaleinsatzplanung haben und wenn der Mitarbeiter weiß, wann er ein Gespräch durchstellen muss. Im Januar rufen mehr Leute an, als dies im Dezember der Fall ist. Im Dezember beschäftigen sich die Leute mit den Feiertagen, gehen auf den Weihnachtsmarkt und kaufen Geschenke ein. Im Dezember werden Sie wahrscheinlich einen Mitarbeiter zu viel haben, während Sie im Januar, wenn es eine Gesetzesänderung gibt, mit 40 Mitarbeitern nicht auskommen werden. Sofern muss dieses Servicelevelagreement 80/20 über einen längeren Zeitraum betrachtet werden, zum Beispiel über ein halbes Jahr.

### 5. Welche Maßnahmen würden Sie ergreifen, um die telefonische Erreichbarkeit in Krankenkassen-Callcentern zu steigern?

Da geht es um Prozessoptimierung. Das bedeutet, die Prozesse so zu gestalten, dass diese schnell zugänglich sind. Wie lange brauche ich, um einen Kunden zu identifizieren? Wie schnell ist der Zugriff auf den Kunden? Wie schnell bekommt der Kunde die Informationen? Wie hoch ist die Nacharbeit? Um die Erreichbarkeit zu steigern, muss eine vernünftige Personaleinsatzplanung betrieben werden. Gleizeit geht im Callcenter nicht. Der Mitarbeiter muss dann arbeiten, wenn der Kunde ihn braucht. Gesprächsschulungen sind auch sehr wichtig, das, eine stringente Gesprächsführung durch den Mitarbeiter. Beispielsweise Schulungen mit eskalierenden Gesprächen. Der Mitarbeiter bekommt mehr Sicherheit, wenn ein Gespräch problematischer wird. Das sind so die wesentlichen Bausteine, die ich sehe.

## C. Organisation

### 1. Welche Tipps können Sie mir für die Personalbedarfsplanung geben, um eine hohe Erreichbarkeit zu gewährleisten?

Sie müssen eine Vorhersage machen, wann wie viele Gespräche eingehen. Wir machen das über eine Personaleinsatzplanungs-Software. Das heißt, wir messen die Kundeneingangsströme der vergangenen sechs Wochen und bilden dann eine Vorhersage, wie die anstehende Woche kommen wird. Das ist relativ realistisch. Natürlich haben Sie auch mal 30 Anrufe mehr in einem 15-minütigen Intervall geplant und dann kommen 15 Anrufe weniger rein. Wenn Sie eine solche Vorhersage gemacht haben, dann müssen Sie den Mitarbeiterstand danach ausrichten. Das bedeutet, dem Mitarbeiter mitzuteilen, zu welchen Zeiten er arbeiten muss. Wenn ich von 8 bis 17 Uhr als Arbeitszeit habe, dann ist die Planung nicht so komplex. Wenn Sie die Servicezeiten auf 7 bis 19, maximal 20 Uhr ausweiten, dann wird das Ganze komplexer. Sie müssen dem Mitarbeiter feste Zeiten vorgeben, d. h. von wann bis wann er arbeiten soll. Natürlich müssen die Mitarbeiterbelange berücksichtigt werden. So können Sie eine einigermaßen bedarfsgerechte Planung durchführen und vermeiden hohe Überläufe in den Kundenservice. Es macht keinen Sinn, wenn Sie um 8 Uhr mit der Telefonie beginnen und um 8 Uhr (bereits) 30 von 40 Mitarbeitern da sind. Diese werden sich langweilen, da die Haupttelefonie ab 9 Uhr losgeht. Insofern müssen einige Mitarbeiter erst um 9 anfangen. Die Schichtplanung machen wir vier Wochen im Voraus. Wir haben uns in einer Dienstvereinbarung verpflichtet, dass der Schichtplan im vier Wochen Intervall mindestens vier Arbeitstage vor Beginn der ersten Schicht bekannt gegeben wird. Der Mitarbeiter kann sich so darauf einstellen und seine privaten Termine um die Arbeitszeiten herumplanen. Wir haben außerdem noch eine Tauschbörse eingerichtet. Das heißt, wenn der Mitarbeiter eine Arbeitsschicht bekommt, die ihm an dem Tag nicht passt, dann hat er die Möglichkeit zu tauschen. Das setzt natürlich voraus, dass der Mitarbeiter von einem anderen Kollegen eine Schicht übernehmen muss, die ihm vielleicht nicht passt. Die vier Wochen Planungszeit kann man durchaus verkürzen. Natürlich kommt es zu Ungenauigkeiten, weil Sie nicht ganz genau sagen können, was in vier bis fünf Wochen ist. Eine 100 %ige Planung werden Sie ohnehin nicht hinbekommen. Sie müssen sich die Frage stellen: Was mache ich in Zeiten, in denen mehr Mitarbeiter da sind als Anrufe eingehen und was mache ich in Zeiten, in denen ich einen Überlauf habe, wenn mehr Anrufe da sind als Mitarbeiter?

### 2. Welche Arbeitszeitmodelle erachten Sie für sinnvoll im Callcenter und warum?

Da kann es nur Schichtzeiten geben. Im Callcenter ist eine Gleitzeit unmöglich, denn dann würden alle oder der überwiegende Teil der Mitarbeiter um 7:30 Uhr starten und um 15:30 Uhr gehen wollen. Das geht nicht. Der Mitarbeiter muss anteilig fest eingeplant sein. Wenn um 8 Uhr die Telefonie beginnt, dann müssen um 8 Uhr zehn Mitarbeiter anwesend sein. Das muss planerisch sichergestellt werden. Sie müssen auch gewährleisten, dass bis 17 Uhr mindestens acht oder neun Kollegen für die Telefonie anwesend sind. Dazwischen mag es einen Korridor geben. Von den restlichen 18 Mitarbeitern sind acht nicht da. Die anderen zehn dürfen dann gleiten. Es ist mit einer guten Planung machbar, aber es ist immer abhängig von den Anruferströmen. Bei uns ist das sehr stringent gehalten. Dies geht auch zu Lasten der Worklife-Performance der Mitarbeiter. Bei ungefähr X Anrufen im Monat und einer x-stelligen Anzahl an E-Mails brauchen Sie eine gute Planung. Hauptsächlich geht es um die Qualität der Mitarbeiter. Sie kommen um Teilzeitkräfte nicht herum. Den Teilzeitkräften muss klar sein, dass sie auch mal bis 18 Uhr oder 20 Uhr arbeiten müssen. Man kann nicht sagen, ich bin Teilzeitkraft und ich arbeite nur von 8 bis 12 Uhr. Das ist im Callcenter nicht organisierbar. Wenn Sie eine gute Teilzeitkraft haben, dann müssen Sie versuchen, dies möglich zu machen. Ich empfehle, auch diese Mitarbeiter aus Gründen der Gerechtigkeit einen Tag die Woche bis 18 Uhr, bzw. 19 Uhr arbeiten zu lassen. Das lässt sich im Familienkreis einrichten.

### 3. Würden Sie Aushilfen einstellen, um die Erreichbarkeitssituation zu verbessern? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

Aushilfen in der Telefonie unterstütze ich nicht, denn Sie brauchen in diesem Bereich qualitativ hochwertige Aussagen. Aushilfen können nachgelagerte Prozesse, wie z. B. die Nachbearbeitung oder die Bearbeitung von E-Mails, machen. Damit haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht, aber Aushilfen in die Telefonie reinzunehmen, da tun Sie sich keinen Gefallen mit. Das Entscheidende sind die Lernfähigkeit und eine gute kommunikative Grundlage. Ich würde keine Mitarbeiter unter einem guten Realschulabschluss einstellen. Eine abgeschlossene Ausbildung als Bürokaufmann, Versicherungskauffrau, Kaufleute im Gesundheitswesen, Dialogmarketing-Kaufleute sind geeignete Berufe, in denen auch kommunikativ geschult wird. Die kommunikativen Fähigkeiten prüft man in einem Vorstellungsgespräch, in einem Telefoninterview oder in einer Hospitation ab. Ohne fachliche und kommunikative Fähigkeiten würde ich niemanden einstellen. Wir lassen unsere Mitarbeiter ein bis zwei Tage hospitieren.

### 4. In manchen Krankenkassen-Callcentern werden die Kunden ausführlich beraten, in anderen wiederum weniger, um möglichst schnell in den Fachbereich weiter zu verbinden, damit eine hohe Erreichbarkeit gewährleistet wird. Welche der beschriebenen Situationen würden Sie bevorzugen und warum?

Wir haben die langjährige Erfahrung gemacht, dass, wenn Sie viele Anrufe in die Fachbereiche routen, die Mitarbeiter erhebliche Schwierigkeiten haben, komplexe Vorgänge zu bearbeiten. Wenn Sie gerade eine KVdR-Vorversicherungszeit errechnen oder wenn Sie einen komplizierten Krankengeldfall bearbeiten wollen und dann alle acht bis zehn Minuten einen Anruf bekommen, stört das den Arbeitsablauf enorm. Insofern ist unsere Strategie, die Fachbereiche möglichst von der Telefonie zu entlasten. Die Telefonie sollte in einem hohen Grad im eigenen Servicecenter abgebildet werden. Deshalb qualifizieren wir die Mitarbeiter in einem hohen Maß. Auch ungelernte Kräfte, die keine Krankenkassenerfahrung haben, werden in einer 2- bis 3-monatigen Einarbeitungsphase mit fachtheoretischen und praktischen Unterweisungen eingelernt. Ich akzeptiere auch, dass es andere Geschäftsmodelle geben kann. Das muss jedes Haus selbst entscheiden. Ein Callcenter macht nur Sinn, wenn eine hohe Anzahl von Anrufen fallabschließend bearbeitet werden kann.

**5. Wie viele Minuten würden Sie pro Call und Nacharbeitszeit veranschlagen, um einem Kunden eine gute Erstinformation zu geben?**

Für eine Erstinformation würde ich drei Minuten inklusive Nacharbeitszeit veranschlagen. Ein kurzer Vermerk im Programm dürfte in drei bis vier Minuten erledigt sein. Für eine umfassendere Beratung brauchen Sie eine durchschnittliche Bearbeitungszeit inklusive Nacharbeitszeit von ungefähr fünf bis sechs Minuten.

**6. Wie würden Sie einen Arbeitsplatz im Callcenter einrichten, um gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen?**

Wir haben eine ausführliche Stimmbildungsschulung dazu erhalten. Natürlich ist ein angemessener Sitzplatz sehr wichtig, beispielsweise mit höhenverstellbaren Stühlen und höhenverstellbaren Tischen. Das finde ich sehr wichtig. Der Rechner muss in einem angemessenen Verhältnis zum Lichteinfall stehen. Frischluftzufuhr ist sehr, sehr wichtig, da Callcenter überwiegend in Großraumbüros organisiert sind. Im Sommer darf der Hitzeeinfall nicht über 25-26 Grad liegen. Die Luftfeuchtigkeit ist eine sehr wichtige Sache, da gibt es sogar berufsgenossenschaftliche Vorgaben. Insofern sollte die Luftfeuchtigkeit in den trockenen Wintermonaten und in den heißen Sommermonaten nicht unter 40 bis 45 % betragen. Wie reagiere ich da? Mache ich eine Luftbefeuchtung? Kann ich Wasserkübel aufstellen oder stelle ich ein Blumenkonzept auf, das durch ständiges Blumen gießen für Luftfeuchtigkeit sorgt? Die Schallentwicklung ist noch sehr wichtig. Das bedeutet, wenn 40 Mitarbeiter in einem Großraumbüro sitzen, werden Sie automatisch einen höheren Geräuschpegel haben. Es ist sehr wichtig, dass die Mitarbeiter auf Zimmerlautstärke sprechen. Das muss mit ihnen trainiert werden. Auch andere Mitarbeiter, die zum Beispiel durch die Gänge gehen, müssen auf Zimmerlautstärke sprechen. Schalldämmende Maßnahmen, z. B. schallschluckende Wände, Teppiche und Lamellenvorhänge sind sehr wichtig. Sogar Blumenkonzepte schlucken den Schall. Eines der wichtigsten Arbeitsmittel ist der Sprachapparat. Durch häufiges Sprechen, Rauchen oder Erkältungsinfekte wird der Sprachapparat belastet. Bei einem aufsteigenden Infekt sollten dem Mitarbeiter idealerweise ein bis zwei Tage andere Aufgaben übertragen werden als acht Stunden am Tag zu telefonieren. Sie haben eine hohe Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeitern, dass diese auch Sprechpausen einhalten.

## Anhang 8 Personalberechnung

<b>Jahresanrufvolumen * Gesprächsdauer in Minuten/60 = Gesamtstunden pro Jahr</b>		
579.304	*	/60 = 48.275
<b>Gesamtstunden im Jahr/ Nettoarbeitszeit = X MKE</b>		
48.275	/ 1.400	= 34,48 MKE
<b>MKE * Schwankungsrate 35 % = Gesamt MKE (100 %) inklusive Schwankungen</b>		
34,48 MKE * 35 % = 46,55		
<b>MKE bei 80% Erreichbarkeit/ MKE bei 90 % Erreichbarkeit</b>		
37,24 / 41,90		

Tabelle 30 - Personalberechnung<sup>155</sup>

<sup>155</sup> Eigene Darstellung