

# **Neugestaltung der Dienstleistung „mobile Psychiater in Alten- und Pflegeheimen“**

**Bessere Leistungserbringung –  
geringere Kosten**

FH OÖ Studiengang: Sozial- und Verwaltungsmanagement, Standort Linz  
Studienzweig: Sozialmanagement

## **Bachelorarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts in Business (BA)

Eingereicht von  
Marlene Knogler

Eingereicht bei: Prof. (FH) Dr. Paul Brandl

Linz, Oktober 2014

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Marlene Knogler, erkläre an des Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Neugestaltung der Dienstleistung mobile Psychiater in Alten- und Pflegeheimen, bessere Leistungserbringung – geringere Kosten“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle, den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen, Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Linz, Oktober 2014

## **Kurzfassung**

Aufgrund des demografischen Wandels und den damit verbundenen Herausforderungen für die Gesellschaft, ist es essentiell neue Konzepte zu schaffen, welche sowohl alte Menschen unterstützen, als auch wirtschaftliche Vorteile bewirken. Im Rahmen dieser Arbeit wird der aktuelle Prozess, in dem die Bewohner zu psychiatrischen Facharztpraxen bzw. Ambulanzen gefahren werden, beleuchtet.

In weiterer Folge wird dieser Prozess vor allem unter dem Gesichtspunkt der Kundenorientierung neugestaltet. Im neugestalteten Prozess wird nun die mobile Betreuung in Alten- und Pflegeheimen durch einen Psychiater durchgeführt. Dadurch können sowohl die Kosten gesenkt, als auch das Wohlbefinden der Bewohner erhöht werden. An Hand des Praxisbeispiels „Bezirksaltenheim Hart“ werden die in den Kapiteln zwei bis vier erläuterten theoretischen Aspekte in Kapitel fünf praktisch umgesetzt.

Ziel dieser Arbeit ist einerseits das Erheben des aktuellen Prozesses und das Aufzeigen der Probleme, welche mit diesem verbunden sind, andererseits das Modellieren des neugestalteten Prozesses sowie das Erläutern der Vorteile für alle an diesem Prozess beteiligten Personengruppen.

## **Abstract**

In times of demographic change and its related challenges it is essential to develop new concepts that support elderly people as well as achieve economic advantages. In this paper, the author explores the current process in which the inhabitants are driven to the psychiatric practices or outpatient clinics.

Subsequently, the current process is restructured to improve customer satisfaction. In the redesigned process, the treatment is directly performed by a psychiatrist in the nursing home. As a result, costs would be reduced and the patient's wellbeing increased. The theoretical aspects (Ch. 2 – 4) are illustrated by the author's practical example “Bezirksaltenheim Hart” (Ch. 5).

The aim of this paper is to reveal the problems of the actual process and to design a new process all involved parties benefit from.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>6</b>
1.1. Problemstellung .....	6
1.2. Zielsetzung .....	7
1.3. Aufbau und Struktur .....	7
<b>2. Ausgangssituation im geriatrischen Bereich</b> .....	<b>8</b>
2.1. Überalterung in der österreichischen Gesellschaft .....	9
2.2. Struktur der Altenbetreuung in Österreich .....	10
2.3. Demenz .....	13
<b>3. Dienstleistungen</b> .....	<b>15</b>
3.1. Charakteristiken von Dienstleistungen .....	16
3.2. Dimensionen der Dienstleistungsqualität.....	17
3.2.1. Strukturdimension .....	19
3.2.2. Prozessdimension.....	19
3.2.3. Ergebnisdimension .....	20
3.3. Messung der Dienstleistungsqualität.....	21
3.3.1. Objektive Messansätze .....	21
3.3.2. Subjektive Messansätze .....	22
3.3.3. Narratives Interview .....	23
3.3.4. Lean Consumption.....	25
3.3.5. Service-Blueprinting.....	30
<b>4. Der Prozess</b> .....	<b>31</b>
4.1. Prozessmerkmale .....	32
4.2. Prozessarten.....	34
4.2.1. Kernprozesse.....	34
4.2.2. Unterstützungsprozesse .....	35
4.2.3. Managementprozesse.....	35
4.3. Prozesskostenrechnung.....	36

4.3.1. Ziele und Aufgaben.....	37
4.3.2. Vorgehensweise bei der Anwendung .....	38
4.3.3. Prozessoptimierung durch die Prozesskostenrechnung.....	39
<b>5. Beispiel Hart .....</b>	<b>40</b>
5.1. Bezirksaltenheim Hart .....	41
5.2. Methodik .....	42
5.3. Best Practice – Mobile geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime .....	44
5.4. Erhebung des aktuellen Prozesses .....	45
5.4.1. Darstellung des aktuellen Prozesses .....	46
5.4.2. Probleme des aktuellen Prozesses .....	48
5.4.3. Fallbeispiel.....	51
5.5. Modellierung des neugestalteten Prozesses .....	53
5.5.1. Darstellung neugestalteter Prozess.....	54
5.5.2. Vorteile des neugestalteten Prozesses .....	56
5.6. Praxisanwendung der Prozesskostenrechnung.....	58
5.6.1. Stundensatzkalkulation .....	58
5.6.2. Ergebnis der Prozesskostenrechnung.....	61
5.6.3. Grafische Darstellung der Kosten.....	64
<b>6. Resümee .....</b>	<b>65</b>

## **Literaturverzeichnis**

## **Anhang**

### **Hinweis**

Der leichten Lesbarkeit halber werden in dieser Arbeit personenbezogene Bezeichnungen in jeweils nur einer Geschlechtsform angeführt. Sie umfassen selbstverständlich gleichermaßen Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Altersentwicklung in Österreich .....	10
Abbildung 2: Versorgungsstruktur für ältere Menschen in Österreich.....	11
Abbildung 3: Pflegebetreuung in Österreich 2012.....	12
Abbildung 4: Qualitätsmodell von Avedis Donabedian (1980).....	18
Abbildung 5: wesentliche Prozessarten .....	34
Abbildung 6: Darstellung aktueller Prozess.....	47
Abbildung 7: Darstellung neugestalteter Prozess.....	55
Abbildung 8: Kostenaufstellung des aktuellen und des neugestalteten Prozesses..	64

# 1. Einleitung

In unserer heutigen Gesellschaft gibt es eine noch nie dagewesene Veränderung der Altersstruktur. Niemals zuvor hat es in der Geschichte der Menschheit so viele alte Menschen gegeben wie in der Gegenwart.<sup>1</sup> Laut Statistik Austria sind 2014 mehr als 18% der in Österreich lebenden Menschen über 65 Jahre alt. Der Anteil dieser Personengruppe wird in den nächsten Jahren noch weiter ansteigen, sodass 2030 mehr als 25% der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein werden.<sup>2</sup> Durch diese Entwicklung steht unsere Gesellschaft vor einer großen Herausforderung, welche neue Konzepte und Strategien für die Versorgung der alten Menschen erfordert um den Problematiken, die mit dieser Entwicklung verbunden sind, zu begegnen.<sup>3</sup> Zudem ergibt sich die Annahme, dass auf Grund der Veränderungen in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung, die große Zahl von pflegebedürftigen Menschen einer sinkenden Zahl von jungen Angehörigen gegenübersteht, welche die Pflege dieser alten Menschen übernehmen kann. Ohne eine Änderung der aktuellen Pflegeangebote, wird des Betreuungssystems für alte Menschen zukünftig nicht mehr bewältigbar sein.<sup>4</sup>

Um einer dieser Herausforderungen zu begegnen, hat sich die Autorin im Rahmen dieser Bachelorarbeit mit der Neugestaltung der Dienstleistung- mobile Versorgung von Psychiater in Alten- und Pflegeheimen auseinandergesetzt, es wurde versucht diese Dienstleistung für die betroffenen Bewohner von Alten- und Pflegeheimen bedürfnisgerecht zu modellieren. Zudem wurden die Kosten der aktuellen und der neugestalteten Dienstleistung anhand der Prozesskostenrechnung analysiert und gegenübergestellt, um zu belegen, dass durch den neugestalteten Prozess eine qualitativ hochwertigere Leistung zu einem geringeren Preis erzielt werden kann, als durch die aktuell angebotene Dienstleistung.

## 1.1. Problemstellung

Vor allem Bewohner mit Demenz, welche in Alten- und Pflegeheimen leben, müssen regelmäßig zu psychiatrischen Ambulanzen bzw. in die Praxis von Psychiatern fahren. Diese Situation führt bei Bewohnern mit Demenz zu einer Überforderung. Oft

---

<sup>1</sup> vgl. Gatterer (2007), 482.

<sup>2</sup> vgl. Statistik Austria (2014a)

<sup>3</sup> vgl. Gatterer (2007), 17.

<sup>4</sup> vgl. Schippinger (2013), 197.

kann vom behandelnden Arzt keine Diagnose erstellt werden, da Menschen, die an einer fortschreitenden Demenz leiden, ihren Zustand nicht mehr beschreiben können, sodass viele Termine ohne Diagnose bleiben und die Fahrt daher ohne Nutzen ist. Auch Krankenhausaufenthalte, zur Einstellung auf neue Medikamente, könnten in vielen Fällen durch eine mobile Betreuung durch Psychiater verhindert werden.

## **1.2. Zielsetzung**

1. Die Erhebung des aktuellen Prozesses anhand der aus den Befragungen erhaltenen Ergebnisse. Zudem sollen die mit dem aktuellen Prozess verbundenen Probleme aus Kundensicht aufgezeigt werden.
2. Die Neumodellierung des Prozesses durch die erhaltenen Informationen der Befragungen. Der neugestaltete Prozess soll auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet sein und somit eine kundenorientierte Dienstleistung darstellen. Des Weiteren sollen die Vorteile des neugestalteten Prozesses erörtert werden.
3. Die Erstellung der Prozesskostenrechnung für die beiden Prozesse und eine Gegenüberstellung der jeweiligen Kosten.

## **1.3. Aufbau und Struktur**

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Im Anschluss an dieses Kapitel wird in *Kapitel 2* die aktuelle Situation im geriatrischen Bereich erläutert. Im Rahmen dieses Kapitels werden sowohl die Auswirkungen der Überalterung in der österreichischen Gesellschaft, als auch die Altersstruktur in Österreich erläutert. Zudem wird das Thema Demenz, als eine der Herausforderungen im geriatrischen Bereich, beleuchtet. Durch diese eben angeführten Kapitel wird die Relevanz dieser Arbeit, unter anderem durch die Vorlage von Zahlen und Fakten, belegt.

In *Kapitel 3* und *Kapitel 4* erfolgt eine Auseinandersetzung mit theoretisch relevanten Inhalten für diese Arbeit. *Kapitel 3* beschäftigt sich mit dem Thema Dienstleistungen im Allgemeinen, zudem wird auf die Messung der Dienstleistungsqualität näher eingegangen und die Kundenorientierung bei Dienstleistungen erläutert. In *Kapitel 4* wird das Thema Prozess zuerst allgemein betrachtet. Darauf folgend wird die Prozesskostenrechnung theoretisch erörtert.



Das Praxisbeispiel Hart wird in *Kapitel 5* vorgestellt. Nach Erläuterung der Methodik der Forschung wird ein Fallbeispiel dargestellt, welches die Vorteile einer mobilen Betreuung durch Fachärzte in Alten- und Pflegeheimen belegt. Darauffolgend wird zuerst der aktuelle Prozess abgebildet und seine Nachteile erläutert. In einem weiteren Schritt wird der neugestaltete Prozess dargestellt und seine Vorteile dargelegt. Abschließend wird die Prozesskostenrechnung anhand der beiden Prozesse praktisch umgesetzt, und die erhaltenen Ergebnisse werden gegenübergestellt.

Das Resümee in *Kapitel 6* fasst die Arbeit nochmals zusammen und geht auf die zu Beginn der vorliegenden Arbeit formulierte Zielsetzung (Abschnitt 1.2.) ein. Abgerundet wird dieses durch die persönliche Stellungnahme der Autorin.

## **2. Ausgangssituation im geriatrischen Bereich**

Die Weltbevölkerung wird immer älter. Besonders in den westlichen Industrieländern ist eine Überalterung der Gesellschaft zu beobachten.<sup>5</sup> Um die Aktualität und Relevanz dieser Arbeit zu unterstreichen, ist es nötig sich mit der aktuellen Situation und den damit verbundenen Herausforderungen im geriatrischen Bereich auseinanderzusetzen. Diese hängen vor allem mit der Zunahme des Lebensalters der Bevölkerung und dem damit verbundenen Anstieg von altersbedingten Krankheiten zusammen. Folglich wird es in Zukunft immer mehr alte und pflegebedürftige Menschen geben. Bedingt durch diese Veränderung in der Bevölkerungsstruktur ist vor allem der Alten- und Pflegebereich gefordert neue, kundenorientierte Konzepte und Denkweisen zu realisieren.<sup>6</sup>

Im Rahmen dieser Arbeit wird in den nun folgenden Punkten auf zwei zentrale Herausforderungen im geriatrischen Bereich eingegangen. Zunächst werden die Zahlen und Fakten rund um die Überalterung in der österreichischen Gesellschaft erläutert, um die Zielgruppe dieser Forschungsarbeit darzustellen. Danach werden die Strukturen der Altenpflege in Österreich aufgezeigt. Des Weiteren wird das Thema Demenz, als ein zentrales Krankheitsbild von alten Menschen, behandelt, da vor allem

---

<sup>5</sup> vgl. Gatterer (2007), 3.

<sup>6</sup> vgl. Gatterer (2007), 3.

Bewohner mit Demenz von Alten- und Pflegeheimen zur psychiatrischen Ambulanz bzw. Facharztpraxis fahren müssen.

## 2.1. Überalterung in der österreichischen Gesellschaft

Die gestiegene Lebenserwartung in Österreich lässt sich auf die bessere Ernährung und auf die Fortschritte in Hygiene und Medizin zurückführen.<sup>7</sup> In den letzten 140 Jahren hat sich die Lebenserwartung der Österreicher verdoppelt. 1870 lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei etwa 35 Jahren, was unter anderem durch die hohe Kindersterblichkeit begründet werden kann.<sup>8</sup> Heute ist eine Entwicklung in Richtung Überalterung der Gesellschaft zu beobachten. Der Anteil der im Arbeitsleben stehenden Personen nimmt stetig ab und der Anteil der über 65-jährigen nimmt weiter zu.<sup>9</sup> Diese Entwicklung lässt sich vor allem auf zwei Faktoren zurückführen:

- Die Anzahl der Kinder ist seit den frühen 1970er Jahren deutlich unterhalb des „demografischen Reproduktionsniveaus“ von zwei Kindern pro Frau.<sup>10</sup> Aktuell liegt die Fertilitätsrate bei 1,44 Kindern je Frau.<sup>11</sup>
- Die Lebenserwartung steigt an und lag 2012 für Männer bei 78 Jahren und für Frauen bei 83,3 Jahren.<sup>12</sup>

Aufgrund dieser Entwicklung sind derzeit in Österreich mehr als 18% der Gesamtbevölkerung über 65 Jahre alt. Der Anteil dieser Personengruppe wird in den nächsten Jahren noch weiter ansteigen, sodass 2030 mehr als 25% der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein werden.<sup>13</sup> Der steigende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist vor allem auf ökonomisch, soziale und medizinische Fortschritte zurückzuführen.<sup>14</sup>

---

<sup>7</sup> vgl. Gatterer (2007), 482.

<sup>8</sup> vgl. Klotz (2013), 14.

<sup>9</sup> vgl. BMASK (2012), 45.

<sup>10</sup> vgl. BMASK (2012), 45.

<sup>11</sup> vgl. Statistik Austria (2014d).

<sup>12</sup> vgl. Statistik Austria (2014c).

<sup>13</sup> vgl. Statistik Austria (2014b).

<sup>14</sup> vgl. BMASK (2012), 5.

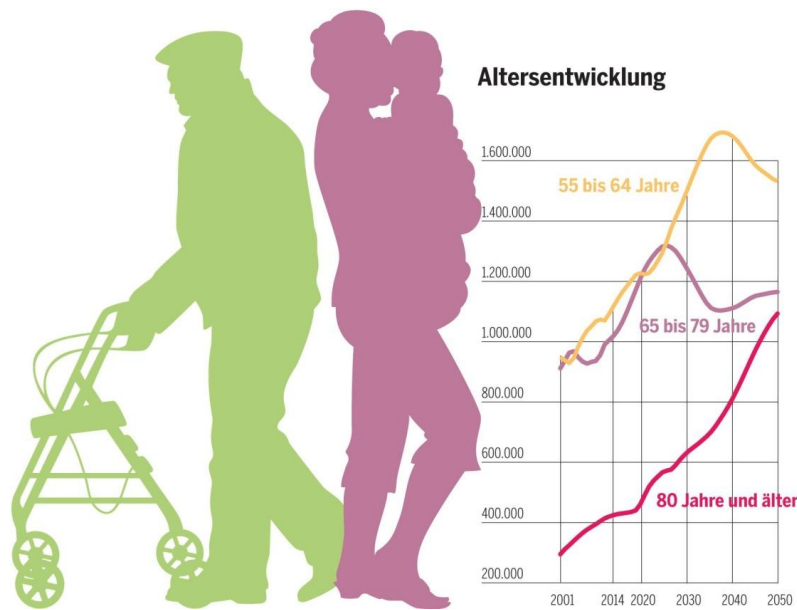


Abbildung 1: Altersentwicklung in Österreich<sup>15</sup>

Diese Abbildung zeigt in Zahlen die rapide Entwicklung der Überalterung in Österreich auf. Demzufolge werden 2020 rund eine halbe Million der Österreicher über 80 Jahre sein, 2030 steigt die Zahl dieser Personengruppe bereits auf fast 640.000 an. Anhand dieser Zahlen kann davon ausgegangen werden, dass zukünftig auch mehr Menschen in Österreich pflegebedürftig sein werden.<sup>16</sup>

Ein weiterer zentraler Punkt, in Zusammenhang mit der Überalterung der Bevölkerung, ist die Anzahl der Pflegegeldempfänger und deren Lebens- bzw. Wohnsituation. In Österreich sind derzeit rund 440.100 Menschen Empfänger von Pflegegeld.<sup>17</sup>

## 2.2. Struktur der Altenbetreuung in Österreich

Die Betreuung von älteren Menschen findet primär im eigenen Heim durch Angehörige und Nachbarn statt.<sup>18</sup> Rund 80% der pflegebedürftigen Personen werden im extramuralen Bereich gepflegt, 20% sind in stationären Einrichtungen untergebracht.<sup>19</sup> Durch die Kriterien, welche für einen Heimplatz notwendig sind, ist ein Heimeinzug nur dann möglich, wenn die zuhause verfügbaren Ressourcen für die

<sup>15</sup> Abb. Entnommen aus: Kocina/Bayrhammer (2014).

<sup>16</sup> vgl. Kocina/Bayrhammer (2014).

<sup>17</sup> vgl. Statistik Austria (2014b).

<sup>18</sup> vgl. Gatterer (2007), 33.

<sup>19</sup> vgl. Bundeskanzleramt (2014).

körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen nicht mehr ausreichend sind.<sup>20</sup> Aus diesem Grund ist es förderlich die zu Hause pflegenden Angehörigen zu entlasten, vor allem weil dadurch die älteren Menschen länger in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Eine dieser Unterstützungsmaßnahmen ist der professionelle Dienst, wie beispielsweise Hauskrankenpflege. Ergänzend dazu können soziale Dienstleistungen, wie etwa Essen auf Rädern oder Besuchsdienste, bezogen werden. Weitere Versorgungsmaßnahmen für ältere Menschen bieten teilstationäre Dienste, wie beispielsweise Tageszentren.<sup>21</sup> Die folgende Abbildung zeigt die aktuelle Struktur der Altenbetreuung in Österreich auf.

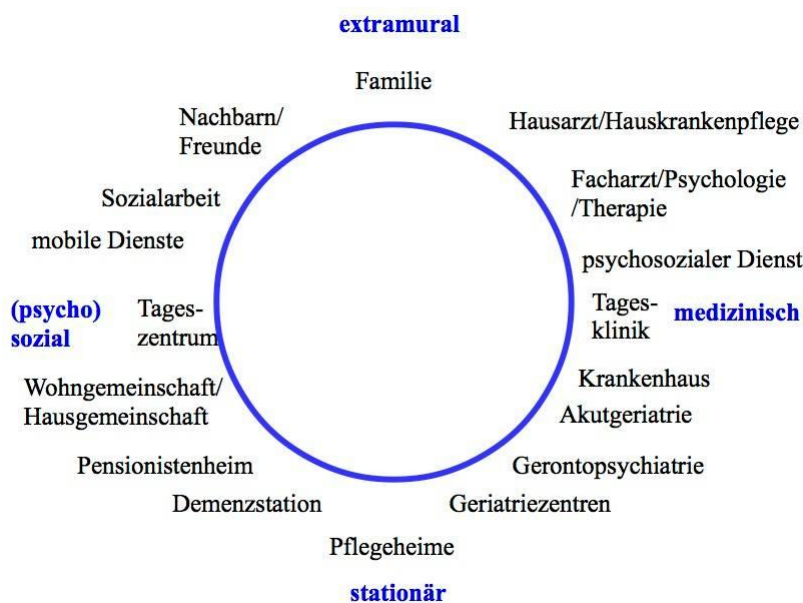


Abbildung 2: Versorgungsstruktur für ältere Menschen in Österreich<sup>22</sup>

Im Rahmen dieser Arbeit wird an dieser Stelle auf den stationären Bereich näher eingegangen, die anderen in dieser Grafik ersichtlichen Bereiche werden nicht berücksichtigt.

Pflegebedürftige Menschen werden in *stationäre Bereiche* überwiesen, wenn das Versorgungsnetz des ambulanten- und teilstationären Bereichs für die Bedürfnisse der zu pflegenden Person nicht mehr ausreichend ist, wie beispielsweise bei einer schweren Demenz. Die betreffende Person muss stationär in einem Alten- und Pfl-

<sup>20</sup> vgl. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung (2012), 3.

<sup>21</sup> vgl. Gatterer (2007), 33.

<sup>22</sup> Eigene Darstellung: Daten entnommen aus Gatterer (2007), 34.

geheim oder einem Krankenhaus untergebracht werden.<sup>23</sup> Ein anderer Grund für die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim ist die Überforderung der pflegenden Angehörigen. Auch fehlende Unterstützung durch die Familie oder überhaupt das Fehlen von Angehörigen, können Gründe für eine Unterbringung im stationären Bereich sein. Rund ein Drittel der in Alten- und Pflegeheimen untergebrachten Personen sind nicht aufgrund eigener Entscheidungen in diesen Einrichtungen.<sup>24</sup>

Der Einzug eines älteren Menschen in ein Alten- und Pflegeheim stellt oft eine psychische Belastung für die Betroffenen dar, welche sich unter anderem durch Verwirrheitszustände und Unruhe zeigt. Aus diesem Grund und auch wegen zahlreicher anderer Krankheitsbilder, wie beispielsweise Demenz, rücken psychologische Betreuungsansätze durch das Pflegepersonal sowie die Zusammenarbeit mit Psychiatern und Psychotherapeuten in Alten- und Pflegeheimen in den Vordergrund.<sup>25</sup>

### Pflegebetreuung 2012

#### betreute Personen

Mobile Dienste

139.013

Stationäre Dienste

71.821

Teilstationäre Dienste

5983

Kurzzeitpflege

4916

Alternative Wohnformen

11.140

Case- und Caremanagement

69.398

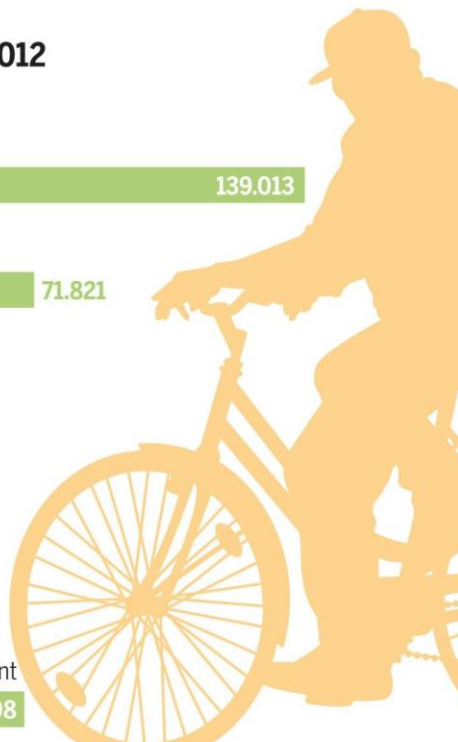


Abbildung 3: Pflegebetreuung in Österreich 2012<sup>26</sup>

Diese Abbildung stellt die Pflegesituation in Österreich in Zahlen dar. Demzufolge werden 2020 bereits rund 72.000 Menschen stationär untergebracht sein. Dies wirkt

<sup>23</sup> vgl. Gatterer (2007), 37.

<sup>24</sup> vgl. Grond (2009), 189.

<sup>25</sup> vgl. Gatterer (2007), 37f.

<sup>26</sup> Abb. Entnommen aus: Kocina/Bayrhammer (2014).

sich folglich auf das Budget der öffentlichen Hand aus. So wurden für das Jahr 2014 rund vier Milliarden Euro für Pflege budgetiert. Diese Ausgaben der öffentlichen Hand werden sich laut Prognosen auf rund fünf Milliarden Euro im Jahr 2020 erhöhen. Eine Adaptierung des derzeitigen System in der Pflege erscheint aufgrund der vorliegenden Daten sinnvoll. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass sowohl kostengünstiger als auch kundenorientierte Modelle für die Versorgung von alten Menschen geschaffen werden, da die Kosten für das Betreuungssystem dieser Personengruppe, bedingt durch den prozentuellen Anstieg dieser in der Gesellschaft, zukünftig ansteigen werden.<sup>27</sup>

In Zusammenhang mit dem demografischen Alterungsprozess gewinnen Themenbereiche, welche mit den speziellen Bedürfnissen von alten Menschen zusammenhängen, immer mehr an Bedeutung. Besonders im Gesundheitswesen ist man gefordert sich mit den Folgen von altersbedingten Erkrankungen auseinanderzusetzen.<sup>28</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird im nächsten Punkt auf die Demenzerkrankung, als eines dieser Krankheitsbilder näher eingegangen.

### **2.3. Demenz**

In Österreich leiden zurzeit rund 100.000 Menschen an Demenz, und zahlreiche demografische Studien belegen, dass sich die Zahl der Betroffenen bis 2050 nahezu verdreifachen wird. Schon heute ist eine Demenzerkrankung der häufigste Grund für die Einweisung in ein Alten- und Pflegeheim. Zwei Drittel der Erkrankten sind Frauen und ein Drittel Männer. Die häufigere Betroffenheit von Frauen lässt sich auf die Tatsache zurückführen, dass Demenz erst im höheren Lebensalter auftritt und Frauen im Durchschnitt eine längere Lebenserwartung als Männer haben.<sup>29</sup>

Bei einer Demenz handelt es sich um eine Gedächtnis- und Denkstörung welche im Verlauf der Krankheit so massiv wird, dass der Lebensalltag nicht mehr selbstständig bewältigt werden kann.<sup>30</sup> Die anfangs geringen Probleme bei alltäglichen Handlungen werden immer größer, sodass der Betroffene im fortgeschrittenen Stadium

---

<sup>27</sup> vgl. Kocina/Bayrhammer (2014).

<sup>28</sup> vgl. Gleichweit/Rossa (2009), 1.

<sup>29</sup> vgl. Gleichweit/Rossa (2009), 14f.

<sup>30</sup> vgl. Bowlby Sifton (2008), 118.

einer Demenz dauerhaft fremder Hilfe und Beaufsichtigung bedarf.<sup>31</sup> Es handelt sich dabei nicht um eine genetisch- sondern um eine altersbedingte Krankheit.<sup>32</sup>

Folgende zentrale Symptome treten bei einer Demenzerkrankung auf:<sup>33</sup>

- Gedächtnisstörungen, welche zuerst das Kurzzeit- und bei weiterem Fortschreiten der Krankheit auch das Langzeitgedächtnis betreffen
- Sprachstörungen
- Wahrnehmungsstörungen
- motorische Störungen, welche unter anderem zu Schluckstörungen führen können
- Störung des Urteilsvermögens.

Aufgrund dieser Symptome erfordert die Pflege demenzkranker Personen, dass ihre speziellen Bedürfnisse durch ihre Umgebung wahrgenommen und befriedigt werden. Diese Notwendigkeiten sind sowohl von der individuellen Person, als auch vom Stadium der Demenz abhängig. Bei Fortschreiten der Krankheit wird jedoch bei allen Betroffenen sowohl das Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit, als auch das Bedürfnis nach einem klar geregelten Alltag essentiell, damit diese sich besser im täglichen Leben orientieren können. Vor allem Veränderungen im Tagesablauf haben für Menschen mit Demenz gravierende Auswirkungen und verstärken oftmals den Verwirrtheitszustand.<sup>34</sup> Daher ist es notwendig, dass im Sinne der Kundenorientierung die ärztliche Versorgung im Alten- und Pflegeheim, wo der Lebensmittelpunkt dieser Menschen ist, stattfindet.

Um die Situation von Menschen mit Demenz zu illustrieren, wird nun folgend die Aussage einer Angehörigen einer an Demenz erkrankten Person, darzustellen.

*„Für mich ist es unbegreiflich, dass meine demente Angehörige in die psychiatrische Ambulanz fahren muss. Sie weiß doch nicht einmal mehr wie sie*

---

<sup>31</sup> vgl. Gleichweit/Rossa (2009), 5.

<sup>32</sup> vgl. Bowlby Sifton (2008), 116.

<sup>33</sup> vgl. Bowlby Sifton (2008), 116.

<sup>34</sup> vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2012).

*heißt, oder wo sie sich gerade befindet. Schon die Fahrt mit dem Rettungsauto bringt sie völlig durcheinander, sie hat Angst, weil sie nicht versteht was mit ihr passiert. Ich kann nicht verstehen warum schwer kranken Menschen, wie meiner Angehörigen, solche Strapazen zugemutet werden.*<sup>35</sup>

Diese Aussage zeigt auf, dass der aktuelle Prozess - demente Bewohner mit Demenz fahren zur psychiatrischen Ambulanz bzw. Facharztpraxis - nicht auf die Bedürfnisse von Bewohnern mit Demenz ausgerichtet ist. Hauptteil dieses Prozesses ist die Dienstleistungserbringung durch einen Psychiater- diese Dienstleistung kann aktuell aus Sicht der Patienten nicht bedürfnisgerecht erbracht werden. Aus diesem Grund geht die Autorin im nachfolgenden Kapitel auf das Thema Dienstleistungsqualität ein. Diese theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema dient nachfolgend als Basis für die Neugestaltung des bestehenden Prozesses.

### 3. Dienstleistungen

Für den Begriff Dienstleistung gibt es keine einheitliche Definition, was unter anderem durch die Heterogenität im Dienstleistungssektor begründet werden kann.<sup>36</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird die Definition von Meffert und Bruhn (2009) herangezogen:

*„Dienstleistungen sind selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung [...] und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeit [...] verbunden sind (**Potenzialorientierung**). Interne [...] und externe Faktoren [...] werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (**Prozessorientierung**). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen [...] oder deren Objekten (zum Beispiel Auto des Kunden) nutzenstiftende Wirkungen [...] zu erzielen (**Ergebnisorientierung**).“<sup>37</sup>*

In diesem Kapitel wird einerseits auf die Charakteristiken von Dienstleistungen und andererseits auf die Dimensionen der Dienstleistungsqualität eingegangen.

---

<sup>35</sup> vgl. Interview A1, am 02.10.2013.

<sup>36</sup> vgl. Haller (2012), 6.

<sup>37</sup> Meffert/Bruhn (2009), 19.



### 3.1. Charakteristiken von Dienstleistungen

Dienstleistungen haben verschiedene Charakteristiken, welche sie von Sachgütern unterscheiden. Nachfolgend werden diese Besonderheiten beschrieben.

Der Aspekt der *Immaterialität* beschreibt die Beschaffenheit der Dienstleistung. Folglich kann eine Dienstleistung nicht gelagert oder transportiert werden.<sup>38</sup> Zudem kann der Kunde im Vorfeld nicht sehen was er kauft, diese Tatsache macht den Erwerb von Dienstleistungen risikoreicher als den Kauf von Sachgütern.<sup>39</sup> Durch die Immaterialität ist eine qualitative Einschätzung der Leistung vor dem Kauf unsicher, was gegebenenfalls zu einer falschen Erwartung des Kunden führen kann.<sup>40</sup>

Ein weiteres Merkmal von Dienstleistungen ist die *Integration des externen Faktors*. Folglich kann die Produktion einer Dienstleistung nur stattfinden, wenn der Kunde oder ein ihm gehöriges Objekt am Prozess beteiligt ist, was ein zentrales Unterscheidungskriterium zum Sachgut darstellt.<sup>41</sup> Das Mitwirken des externen Faktors kann passiv als auch aktiv sein, was von der Art der Dienstleistung abhängt.<sup>42</sup> Der Nachfrager ist an der Gestaltung des Dienstleistungsprozesses beteiligt und somit beeinflusst sein Mitwirken die Qualität der Dienstleistung.<sup>43</sup>

Das „*uno-acto*“-Prinzip ist eine weitere Besonderheit von Dienstleistungen und beschreibt die meist zeitgleiche Leistungserstellung und Konsumation der Leistung.<sup>44</sup> Somit bestimmt der Kunde zu welchem Zeitpunkt die Dienstleistung stattfindet.<sup>45</sup>

Zudem sind viele Dienstleistungen *standortgebunden*, vor allem jene bei denen der Dienstleistungserbringer spezielle Utensilien oder Räumlichkeiten für die Dienstleistungserstellung benötigt.<sup>46</sup> Somit ist die einfache Erreichbarkeit und rasche Verfüg-

---

<sup>38</sup> vgl. Andeßner/Stötzer(2013), 59f.

<sup>39</sup> vgl. Haller (2012), 6.

<sup>40</sup> vgl. Andeßner/Stötzer(2013), 60.

<sup>41</sup> vgl. Haller (2012), 7.

<sup>42</sup> vgl. Andeßner/Stötzer(2013), 61.

<sup>43</sup> vgl. Haller (2012), 8.

<sup>44</sup> vgl. Haller (2012), 8.

<sup>45</sup> vgl. Andeßner/Stötzer(2013), 61.

<sup>46</sup> vgl. Haller (2012), 8.

barkeit der Dienstleistung essentiell, um vom Kunden in Anspruch genommen zu werden.

Der „Einbezug des externen Faktors“ ist beim aktuellen Prozess nur bedingt möglich. Dies ist damit begründet, dass Menschen mit Demenz ohne Unterstützung durch einen Angehörigen oder einen Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheims, nicht in der Lage sind, ihre Rolle in der Dienstleistungserbringung zu erfüllen. Dieser Aspekt wirkt sich zudem auf die Qualität der Dienstleistung aus.

### **3.2. Dimensionen der Dienstleistungsqualität**

Um die Dimensionen der Dienstleistungsqualität greifbar zu machen, wird im Vorfeld der Begriff Qualität näher erläutert. Qualität stammt aus dem Lateinischen („qualis“ = wie beschaffen) und beschreibt die Beschaffenheit oder den Wert eines Objektes.<sup>47</sup> Qualität ist nichts Absolutes, sondern bezieht sich auf gegebene und vorgegebene Erfordernisse, welche eine Dienstleistung erfüllen muss.<sup>48</sup> Diese Erfordernisse werden anhand von objektiven Merkmalen und deren subjektiver Bewertung bestimmt.<sup>49</sup> Erst die Summe der einzelnen Forderungen ergibt die Qualität der Dienstleistung.<sup>50</sup> Die heterogene und diffuse Auffassung über Qualität macht es schwer eine einheitliche Definition für den Begriff zu schaffen. Im Rahmen dieser Arbeit wird Qualität als die realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich der Anforderungen angenommen. Diese Anforderungen können sowohl aus Sicht des Unternehmens als auch aus Sicht des Kunden definiert werden.<sup>51</sup> Vor allem im Dienstleistungsbereich ist die Kundensicht für die Qualitätsbeurteilung entscheidend, was durch die Besonderheiten von Dienstleistungen begründet werden kann man spricht von der Dienstleistungsqualität.<sup>52</sup>

Folgende Definition von Bruhn (2013) beschreibt den Begriff Dienstleistungsqualität:

*„Dienstleistungsqualität ist die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung gemäß den Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau*

---

<sup>47</sup> vgl. Bruhn (2013), 30.

<sup>48</sup> vgl. Benes/Groh (2011), 38.

<sup>49</sup> vgl. Piechotta (2008), 6.

<sup>50</sup> vgl. Benes/Groh (2011), 38.

<sup>51</sup> vgl. Bruhn (2013), 30f.

<sup>52</sup> vgl. Bruhn (2013), 33.

zu erstellen. Sie bestimmt sich aus der Summe der Eigenschaften bzw. Merkmale der Dienstleistung, bestimmten Anforderungen gerecht zu werden.“

53

Kunden nehmen nur den Teil der Dienstleistung wahr, an dem sie beteiligt sind. Zudem wird die Leistung durch den Konsument differenziert betrachtet, da er individuelle Erwartungen hat. Da sich eine Dienstleistung aus einer Vielzahl von Einzelmerkmalen zusammensetzt, ist es für die Bestimmung der Dienstleistungsqualität notwendig, diese Merkmale gesamt zu betrachten. Durch die Untergliederung des Qualitätsmodells nach Donabedian (1980), können die Qualitätsmerkmale in ihrer Gesamtheit greifbar gemacht werden.<sup>54</sup> Dieses Qualitätsmodell wird in der folgenden Abbildung dargestellt und in den darauf folgenden Unterpunkten werden die einzelnen auf der Abbildung ersichtlichen Dimensionen näher erläutert.

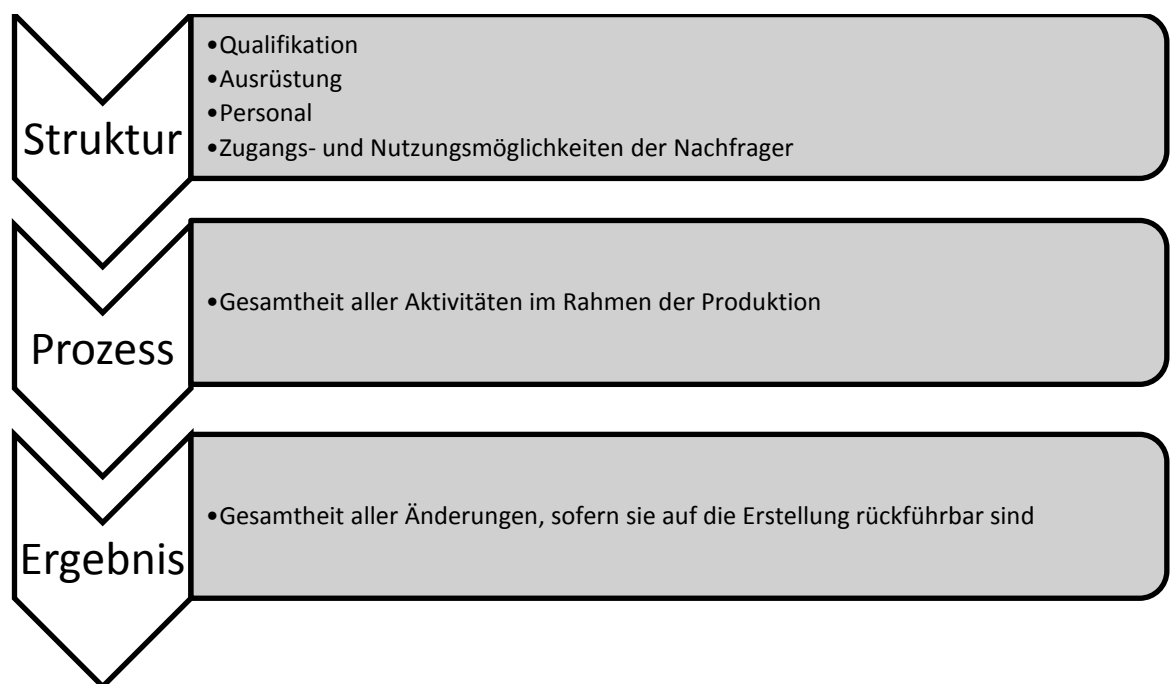


Abbildung 4: Qualitätsmodell von Donabedian (1980)<sup>55</sup>

<sup>53</sup> Bruhn (2013), 33.

<sup>54</sup> vgl. Bruhn (2013), 41.

<sup>55</sup> Eigene Darstellung: Daten entnommen aus Zollondz (2006), 161.

### 3.2.1. Strukturdimension

Bei der Struktur- oder Potentialdimension steht die Wahrnehmung des Anbieters im Vordergrund.<sup>56</sup> Voraussetzung für die Erfüllung dieser Dimension ist die Fähigkeit und Bereitschaft des Anbieters die Dienstleistung zu erbringen. Zudem fällt auch die Erreichbarkeit des Anbieters in diese Dimension, welche unter anderem die Öffnungszeiten<sup>57</sup> sowie die Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten für den Kunden beinhaltet.<sup>58</sup> Fernerhin werden in dieser Dimension auch interne Faktoren herangezogen.<sup>59</sup> Darunter fallen unter anderem die Qualifikation des Anbieters, das „Know-How“ der Mitarbeiter und verfügbare Räume samt notwendiger Ausstattung.<sup>60</sup> Durch diese Voraussetzungen wird für den Kunden ersichtlich, dass der Anbieter das nötige Potential hat um, die Dienstleistung zu erbringen.<sup>61</sup>

Umgelegt auf das Beispiel des mobilen Psychiaters ist die Dienstleistungserbringung im Alten- und Pflegeheim möglich, da Psychiater für die Behandlung nicht auf Geräte angewiesen sind. Ein Problem in Bezug auf den aktuellen Prozess, ist die Nutzungsmöglichkeit bzw. Zugangsmöglichkeit von Menschen mit Demenz, da diese die psychiatrische Facharztpraxis nicht selbstständig erreichen können.

### 3.2.2. Prozessdimension

Sind die Voraussetzungen für die Strukturdimension gegeben, beginnt der Prozess der Leistungserstellung mit der Inanspruchnahme der Dienstleistung durch den Kunden oder eines ihm gehörenden Objekts.<sup>62</sup> Dementsprechend beschreibt die Prozessdimension die Gesamtheit aller Aktivitäten, welche im Rahmen der tatsächlichen Leistungserbringung erbracht werden.<sup>63</sup> Der Grad der Qualitätserfüllung ist maßgeblich vom Einfluss des externen Faktors abhängig.<sup>64</sup> Die Prozessqualität ist enger mit der Qualität des Ergebnisses verknüpft als die strukturellen Gegebenheiten. Funktionierende Prozesse fördern maßgeblich die Ergebnisse, optimal aufein-

---

<sup>56</sup> vgl. Bruhn (2013), 41.

<sup>57</sup> vgl. Haller (2012), 10.

<sup>58</sup> vgl. Zollondz (2006), 161.

<sup>59</sup> vgl. Haller (2012), 10.

<sup>60</sup> vgl. Zollondz (2006), 161.

<sup>61</sup> vgl. Haller (2012), 10.

<sup>62</sup> vgl. Haller (2012), 10.

<sup>63</sup> vgl. Zollondz (2006), 161.

<sup>64</sup> vgl. Haller (2012), 10.

ander abgestimmte Prozessschritte führen zu einer effizienten und effektiven Dienstleistung.<sup>65</sup>

Am Beispiel des aktuellen Prozesses fehlt der Einbezug des externen Faktors, was die Qualitätserfüllung maßgeblich beeinflusst. Bei der mobilen Betreuung durch einen Psychiater, wird dieses Problem durch den Einbezug der dortigen Mitarbeiter behoben.

### **3.2.3. Ergebnisdimension**

Nach Beendigung des Prozesses beginnt die Phase der Ergebnisdimension.<sup>66</sup> Die Ergebnisqualität beurteilt die erfolgte Leistung der Dienstleistung<sup>67</sup> und ist die Summe aus den Prozessen und strukturellen Voraussetzungen, welche für die Erstellung der Leistung aufgewendet werden. Somit ist das Ergebnis der Indikator für die Qualität der Dienstleistung.<sup>68</sup> Das Ergebnis der Dienstleistung ist eng mit den Erwartungen des Kunden verknüpft, was die Messung der Ergebnisqualität erschwert.<sup>69</sup> Denn wer kann beispielsweise beurteilen, wie viel Gesundheit einem Patienten vermittelt worden ist. Zudem liegen vor allem im Gesundheitsbereich oft lange Zeitspannen zwischen der Leistungserbringung und dem endgültigem Ergebnis, was die Beurteilung der Leistungsqualität zusätzlich erschwert.<sup>70</sup> Ein weiterer Aspekt, welcher im Rahmen dieser Dimension betrachtet, wird ist die Wirtschaftlichkeit der Dienstleistung. Durch den geringsten Mitteleinsatz, soll das bestmögliche Ergebnis erzielt werden. Die Messung dieses Aspekts erfolgt dabei über diverse Instrumente der Kostenrechnung.<sup>71</sup>

Der neugestaltete Prozess führt im Vergleich zum Aktuellen sowohl aus Sicht der Kundenorientierung als auch in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit zu besseren Ergebnissen (siehe Kapitel 5).

---

<sup>65</sup> vgl. Haeske-Seeberger (2008), 145.

<sup>66</sup> vgl. Haller (2012), 11.

<sup>67</sup> vgl. Bruhn (2013), 41.

<sup>68</sup> vgl. Haeske-Seeberger (2008), 145.

<sup>69</sup> vgl. Bruhn (2013), 42.

<sup>70</sup> vgl. Haller (2012), 12.

<sup>71</sup> vgl. Haeske-Seeberger (2008), 144.

### 3.3. Messung der Dienstleistungsqualität

Bei der Messung der Dienstleistungsqualität kann grundsätzlich zwischen zwei Vorgehensweisen unterschieden werden. Die Erfassung mittels kundenorientiertem Messansatz, welche aus Kundensicht vorgenommen wird und die Messung mittels unternehmensorientiertem Ansatz, welche aus Sicht des Unternehmens erfolgt.<sup>72</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird nachfolgend auf die Kundensicht näher eingegangen, welche wiederum in objektive und subjektive Verfahren unterteilt werden kann. Zudem werden in diesem Abschnitt Instrumente zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität erläutert.

#### 3.3.1. Objektive Messansätze

Mittels objektiver Messansätze wird die Zufriedenheit des Kunden über nachprüfbarere Indikatoren bewertet.<sup>73</sup>

- *Kennzahlen*: qualitative Daten, welche die komplexe Realität von Tätigkeiten, Abläufen und Zusammenhängen in absoluten Zahlen oder Verhältniszahlen darstellen. Durch Kennzahlen können sowohl „hard-facts“ (z. B. Kosten je Dienstleistungserstellung) als auch „soft-facts“ (z. B. Kundenzufriedenheit) dargestellt werden.<sup>74</sup> Bei richtiger Auswahl sind sie äußerst aussagekräftig. Verwendung finden sie in der Analyse, der Zielvorgabe und der Kontrolle.<sup>75</sup>
- *Expertenbeobachtungen*: dabei handelt es sich um Beobachtungen von geschulten Experten, welche den Leistungserstellungsprozess analysieren, um so offensichtliche Mängel herauszufinden. Nachteil dieses Verfahrens ist der sogenannte Beobachtungseffekt (Leistungserbringer ändert sein Verhalten unter dem Einfluss der Beobachtung), wodurch die Leistungserbringung sowohl positiv als auch negativ verzerrt werden kann.<sup>76</sup>
- *Silent-Shopper-Verfahren* oder auch teilnehmende Beobachtung: ist ein Verfahren bei dem sogenannte Testkäufer, welche für die Mitarbeiter nicht

---

<sup>72</sup> vgl. Bruhn (2013), 115.

<sup>73</sup> vgl. Bruhn (2013), 117.

<sup>74</sup> vgl. Ehrmann (2007), 60f.

<sup>75</sup> vgl. Ehrmann (2007), 202.

<sup>76</sup> vgl. Bruhn (2013), 117.

erkennbar sind, die Dienstleistung real konsumieren, und anhand dieser Erfahrung Mängel im Dienstleistungsprozess identifizieren können. Vorteil dieses Instrumentes ist, dass das Ergebnis, im Vergleich zu den Expertenbeobachtungen, unverfälscht ist.<sup>77</sup>

### 3.3.2. Subjektive Messansätze

Im Gegensatz zu den objektiven Verfahren steht bei den subjektiven Verfahren die Qualitätswahrnehmung der Leistung aus Sicht einzelner Kunden im Mittelpunkt. Die subjektiven Messansätze können in die merkmalsorientierten, ergebnisorientierten und die problemorientierten Ansätze unterteilt werden.<sup>78</sup>

Bei den *merkmalsorientierten Messverfahren* basiert die Beurteilung der gesamten Leistung auf der Bewertung von einzelnen Leistungselementen.<sup>79</sup> Bei dieser Verfahrensgruppe wird davon ausgegangen, dass generelle Qualitätseinschätzungen von Dienstleistungsempfängern auf der Einschätzung von einzelnen Merkmalen des Gesamtprozesses beruhen. Eine globale Qualitätsbewertung kann folglich nur über die Summe einer Vielzahl von bewerteten Qualitätsmerkmalen erfolgen.<sup>80</sup> Die benötigten Informationen werden meist über Kundenbefragungen ermittelt.<sup>81</sup> Die dabei eingesetzten quantitativen Befragungen können zu einer positiven Verfälschung der Ergebnisse führen, wenn die im Fragebogen ausgewählten Merkmale nicht die Problemfelder aus Kundensicht beinhalten. Zudem bestimmt der Dienstleistungsanbieter die zu erfragenden Qualitätsmerkmale, daraus kann sich eine Unvollständigkeit dieser ergeben. Um dies zu vermeiden, müssen im Vorfeld Studien, wie beispielsweise Expertenbefragungen, gemacht werden, welche wiederum den Aufwand beim Einsatz von merkmalsorientierten Messverfahren erhöhen. Merkmalsorientierte Verfahren sind folglich nur sinnvoll, wenn sie mit einem der anderen beiden Messverfahren kombiniert eingesetzt werden.<sup>82</sup>

*„Die Ergebnismessung basiert auf der Überlegung, dass Kunden aus der Vielzahl von Situationen während eines Dienstleistungsprozesses bestimmte Standard- oder*

---

<sup>77</sup> vgl. Bruhn (2013), 118ff.

<sup>78</sup> vgl. Bruhn (2013), 123.

<sup>79</sup> vgl. Bruhn (2013), 123.

<sup>80</sup> vgl. Meffert/Bruhn (2009), 199.

<sup>81</sup> vgl. Bruhn (2013), 123.

<sup>82</sup> vgl. Bruhn (2013), 152f.

*Schlüsselerlebnisse als besonders qualitätsrelevant wahrnehmen*“.<sup>83</sup> Bei den *ergebnisorientierten Ansätzen* wird auf die prozessualen Charakteristiken der Dienstleistungserstellung eingegangen. Der Erstellungsprozess wird aus Sicht des Kunden beurteilt. Um diese Informationen zu erhalten kann das sogenannte „Story Telling“ eingesetzt werden, bei dem die Kunden ohne konkrete Fragestellungen ihre Erlebnisse beim Konsum der Dienstleistung dem Dienstleistungsanbieter erläutern. Die erhaltenen Ergebnisse können durch das Instrument des „Blueprinting“ ausgewertet werden, welches nachfolgend näher erläutert wird.<sup>84</sup> Der Vorteil der ergebnisorientierten Ansätze ist die Möglichkeit, Kriterien für eine hohe Dienstleistungsqualität aus Kundensicht, zu bestimmen. Nachteil dieser Messmethodengruppe ist der hohe Zeitaufwand der bei der Auswertung der Informationen entsteht, da diese sich nicht quantifizieren lassen.<sup>85</sup>

Bei *Problemorientierten Ansätzen* werden die Problemfelder aus Kundensicht im Rahmen der Leistungserstellung betrachtet. Zu den Instrumenten dieses Ansatzes zählen unter anderem die Beschwerdeanalyse und die Analyse von „Kunden-zu-Kunde-Kommunikation“ im Internet (Web 2.0).<sup>86</sup>

### **3.3.3. Narratives Interview**

*„Im narrativen Interview wird von den Befragten eine Erzählung erwartet, in welcher einerseits die Orientierungsmuster ihres Handelns deutlich werden und zugleich rückblickend Interpretationen dieses Handelns erzeugt werden.*“<sup>87</sup> Der Interviewer ist dabei in Bezug auf das befragte Thema ein Laie, der Erzähler ist der Experte und bekommt die Gelegenheit über das ihn betreffende befragte Thema zu erzählen. Die Erfahrungen werden in chronologischer Reihenfolge vom Experten erzählt, der Abfolge der dargestellten Aktivitäten entsprechend. Des Weiteren erzählt der Befragte nicht nur über sich selbst, sondern über alle Personen und Geschehnisse welche in Zusammenhang mit dem Thema stehen.<sup>88</sup>

---

<sup>83</sup> Meffert/Bruhn (2009), 206.

<sup>84</sup> vgl. Bruhn (2013), 153.

<sup>85</sup> vgl. Bruhn (2013), 164.

<sup>86</sup> vgl. Bruhn (2013), 164f.

<sup>87</sup> Halbmayr/Salat (2006).

<sup>88</sup> vgl. Bamberger (2006), 92.



Voraussetzung für diese Interviewform ist die Bereitschaft des Befragten, über das Thema zu berichten.<sup>89</sup> Um das Erzählen für die interviewte Person zu erleichtern, bietet es sich an, die Befragung in einer dem Erzähler vertrauten und freundschaftlichen Atmosphäre zu vollziehen<sup>90</sup> „Small Talk“ zu Beginn des narrativen Interviews hilft dabei, das Vertrauen des Befragten zu gewinnen. Danach beginnt die eigentliche Befragung,<sup>91</sup> welche *„durch einen Informationsbedarf auf der einen Seite und durch einen Informationsbestand auf der anderen Seite aktiviert wird.“*<sup>92</sup> Mit einer Einstiegsfrage beginnt der Interviewer die Befragung, diese Frage muss so spezifisch formuliert sein, dass der Befragte dem Interviewer für die Untersuchung relevante Informationen geben kann.<sup>93</sup> Der Interviewer gibt zwar den Rahmen für die Erzählung vor, indem er dem Interviewten erklärt, welche Informationen er aus welchem Grund haben möchte, jedoch kann die interviewte Person danach frei über ihre Erfahrungen zum Thema erzählen.<sup>94</sup> Wichtig für die Qualität des narrativen Interviews ist, dass der Interviewer der befragten Person keine bewertenden Interventionsfragen stellt. Der Einsatz von Signalen, welche auf das aktive Zuhören des Befragenden hindeuten, ist förderlich.<sup>95</sup> Der zweite Teil des narrativen Interviews wird Nachfragephase genannt.<sup>96</sup> *„Durch das narrative Nachfragen sollen vom Forscher bereits thematische Aspekte der Lebensgeschichte des Erzählenden aufgegriffen werden und damit weitere Erzählsequenzen generiert werden.“*<sup>97</sup> Diese Phase dient dazu, Unklarheiten und Widersprüche aus Interviewersicht durch den Befragten erklärt zu bekommen. In der letzten Phase des narrativen Interviews, der „Bilanzierungsphase“, wird die Befragung mit „Warum-Fragen“ des Interviewers, welche auf Erklärungen abzielen, beendet.<sup>98</sup>

Damit die Qualität des narrativen Interviews gegeben ist, muss der Befragte die Erzählung zu Ende bringen (Gestaltungszwang), die Erzählung so strukturieren, dass der Interviewer dieser auch folgen kann (Kondensierungszwang) und die Geschich-

---

<sup>89</sup> vgl. Bamberger (2006), 83.

<sup>90</sup> vgl. Halbmayr/Salat (2006).

<sup>91</sup> vgl. Bamberger (2006), 83f.

<sup>92</sup> Bamberger (2006), 83.

<sup>93</sup> vgl. Institut für Medien und Bildungstechnologie der Universität Augsburg (2014).

<sup>94</sup> vgl. Bamberger (2006), 85f.

<sup>95</sup> vgl. Institut für Medien und Bildungstechnologie der Universität Augsburg (2014).

<sup>96</sup> vgl. Bamberger (2006), 89.

<sup>97</sup> Bamberger (2006), 89.

<sup>98</sup> vgl. Institut für Medien und Bildungstechnologie der Universität Augsburg (2014).

te vollständig erzählen, damit das Gegenüber die Geschichte versteht (Detaillierungszwang).<sup>99</sup>

Ein Nachteil dieser Interviewmethode ist die Tatsache, dass nicht jeder Befragte in der Lage ist, seine Erfahrungen zum Thema der Befragung zu verbalisieren (Bsp. demenzkranke Person). Eine weitere Problematik von narrativen Befragungen ist die Tatsache, dass Erinnerungen ein subjektives Konstrukt sind und es obliegt dem Interviewer jene Interpretationen entsprechend guter wissenschaftlicher Praxis objektiv zu kategorisieren. Folglich ergibt sich daraus ein Validitätsproblem, da der Interviewer nicht mit Fakten, sondern mit Interpretationen von diesen Fakten, durch die befragte Person, konfrontiert wird.<sup>100</sup>

### 3.3.4. Lean Consumption

Durch den Lean Consumption Ansatz können Dienstleistungsanbieter die Bedürfnisse ihrer Kunden verstehen lernen und diese somit in den Unternehmensprozessen umsetzen.<sup>101</sup> Den Ursprung hat dieser Ansatz im Prinzip der Lean Production.<sup>102</sup> Darunter wird ein sowohl sparsamer als auch zeiteffizienter Einsatz von Produktionsfaktoren verstanden.<sup>103</sup> Bei Lean Consumption wird dieser Produktionsansatz auf Dienstleistungsprozesse umgelegt.<sup>104</sup>

Ursprung der Überlegungen rund um das Thema Lean Consumption ist die Tatsache, dass der Konsum von Dienstleistungen aus Verbrauchersicht oft nicht zufriedenstellend und zeitaufwändig ist, was Unzufriedenheit bei den Kunden schafft.<sup>105</sup> Dies wird mit der Tatsache begründet, dass Unternehmen oftmals das Verständnis für Konsumprozesse der Kunden fehlt und Anbieter zu wenig auf die Erwartungen und Wünsche der Kunden eingehen.<sup>106</sup> Zudem wird von den Anbietern in vielen Fällen angenommen, dass sie durch das Abladen von diversen Arbeiten auf den Kunden Zeit und Geld sparen.<sup>107</sup> „Dass das ein Trugschluss ist, erkennen mitt-

---

<sup>99</sup> vgl. Institut für Medien und Bildungstechnologie der Universität Augsburg (2014).

<sup>100</sup> vgl. Institut für Medien und Bildungstechnologie der Universität Augsburg (2014).

<sup>101</sup> vgl. Hafner (2005), 1.

<sup>102</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 21.

<sup>103</sup> vgl. Gabler Wirtschaftslexikon (2014b).

<sup>104</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 21.

<sup>105</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 21.

<sup>106</sup> vgl. Hafner (2005) 1.

<sup>107</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 21.

*lerweile immer mehr Unternehmer.*<sup>108</sup> Durch den Einsatz von Lean Consumption können diese Probleme behoben werden, weil dieser Ansatz die Unternehmen befähigt, die von ihnen angebotenen Dienstleistungen insofern zu optimieren, dass sowohl für die Kunden als auch für die Anbieter der Zeitaufwand als auch die Kosten verringert werden. Folglich können Dienstleistungen mit der größtmöglichen Effizienz und dem geringsten Aufwand angeboten werden. Dies wirkt Zeit- und Ressourcenverschwendung sowohl von Unternehmen als auch von Kunden entgegen, was folglich die Kundenzufriedenheit stärkt.<sup>109</sup>

*„Das Schlüsselwort in diesem Zusammenhang lautet „Prozess“. Wir dürfen Konsum nicht als isolierten Moment der Entscheidung ansehen, ein bestimmtes Produkt zu kaufen, sondern müssen ihn als kontinuierlichen Prozess begreifen, der viele Produkte und Dienstleistungen miteinander verknüpft, um ein bestimmtes Kundenproblem zu lösen.*<sup>110</sup> Wenn ein Kunde beispielsweise eine Physiotherapie in Anspruch nimmt, hat sich der Kunde auf den Prozess eingelassen der mit der Suche nach den für ihn passenden Therapeuten beginnt. Als nächsten Prozessschritt absolviert der Kunde die Therapie beim Anbieter und in weiterer Folge integriert er die ihm aufgetragenen Übungen in sein tägliches Leben. Dieser Prozess sollte vom Therapeuten so gestaltet sein, dass die Bedürfnisse vom Kunden im Prozess befriedigt werden und Zeit, Aufwand und Ressourcen aller am Prozess Beteiligten geschont werden.<sup>111</sup>

Damit der Ansatz des effizienten Konsumprozesses verwirklicht werden kann, können die nun folgenden sechs Grundsätze des Lean Consumption angewendet werden.<sup>112</sup>

1. *Lösen sie Kundenprobleme vollständig.* Kunden erwerben Produkte oder Dienstleistungen um Probleme zu lösen. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass die angebotenen Produkte und Dienstleistungen funktionieren und untereinander kompatibel sind. Beim Kauf eines Computers beispielsweise legen die Käufer ihr Augenmerk darauf, dass das Gerät mit

---

<sup>108</sup> Jones/Womack (2005), 22.

<sup>109</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 22.

<sup>110</sup> Jones/Womack (2005), 22.

<sup>111</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 22.

<sup>112</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 23.

dem Drucker, der Kamera und dem Handy kompatibel ist und weniger auf die einzelnen Eigenschaften des Produkts, wie oftmals von Unternehmen angenommen wird. Um die Kundenprobleme vollständig zu lösen, empfiehlt der Ansatz des Lean Consumption, Lean Providern den Einsatz von hoch qualifizierten Mitarbeitern, die nicht nur die singulären, immer wieder auf dieselbe Art auftretenden Kundenprobleme lösen, sondern die grundlegende Ursache des Problems identifizieren und in weiterer Folge dafür sorgen dieses Problem ein für alle Mal zu beheben, was dazu führt, dass sich weniger Kunden beschweren.<sup>113</sup>

2. *Verschwenden Sie nicht die Zeit des Kunden.* Anbieter von Dienstleistungen senden oft die Botschaft an den Kunden: „Ihre Zeit ist nichts wert.“ Typische Beispiele dafür sind die Wartezeit bei einem Arzt oder bei einer Autowerkstatt, trotz vereinbarten Termins. Lean Provider betrachten dieses Problem aus der Sicht des Kunden indem sie ein Konsumdiagramm erstellen. Dieses Diagramm stellt die Teilschritte des Konsumprozesses dar, in denen der Kunde Zeit aufwenden muss, ohne dafür eine Gegenleistung zu erhalten. Anhand dieser Informationen modelliert der Anbieter die Abläufe so um, dass die Zeitverschwendung für den Kunden vermieden wird. Diese Neugestaltung der Prozesse hat in der Regel auch für die Kostenstruktur des Anbieters einen positiven Effekt, weil durch die Verknüpfung von effizienten Lieferketten mit ebenso effizienten Konsumprozessen die Kosten des Anbieters gesenkt werden und folglich dem Kunden niedrigere Preise angeboten werden können.<sup>114</sup>

3. *Berücksichtigen Sie was der Kunde will.* Das Schlüsselwort in diesem Zusammenhang ist Warenverfügbarkeit. Die von einem Unternehmen angebotenen Produkte sollen genau jenen entsprechen, welche der Kunde auch haben will. In der Realität bekommen Kunden oft nicht die Produkte, welche sie tatsächlich nachfragen. Um diese Problematik zu lösen, wenden Lean Provider das sogenannte „Pull-Prinzip“ an. Bei diesem Prinzip bestellt das Unternehmen die Waren nicht anhand der globalen Prognosen bezüglich kommender Trends, da diese oft nicht zutreffen, sondern sorgt schnell für Nachschub von Produkten, welche der Kunde konsumiert hat.

---

<sup>113</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 23f.

<sup>114</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 24ff.

Somit kann das Unternehmen genau die Produkte anbieten, welche der Abnehmer wirklich haben will. Die Umsetzung dieses Prinzips verhalf beispielsweise dem britischen Einzelhändler Tesco zur Marktführerschaft unter den Lebensmittelhändlern in Großbritannien.<sup>115</sup>

4. *Berücksichtigen Sie, wo der Kunde das Produkt kaufen will.* Es ist ein Irrglaube, dass Kunden gesuchte Artikel in nur einem einzigen Geschäft erhalten. Konsumenten wählen eine Menge verschiedener Geschäftstypen vorwiegend nach den Kriterien Preis der angebotenen Ware und Verbraucherefreundlichkeit aus. Den aktuellen Lebensumständen entsprechend, nutzen die Kunden die vorab definierten Einkaufsmöglichkeiten um Kosten zu minimieren. Jedoch verhält sich der Preis normalerweise umgekehrt proportional zu der aufgewendeten Zeit und Mühe um Produkte zu erwerben. Dieses Problem lösen Lean Provider indem sie durch effiziente Logistikketten eine vollständige Palette von unterschiedlichen Produktformaten mit einheitlichen Preisen anbieten. Zudem ist es essentiell den Kunden „dort abzuholen, wo er gerade steht“. Der Lebensmittelhändler Tesco hat nach diesem Motto ein umfassendes Angebot an unterschiedlichen Einkaufsmöglichkeiten entwickelt, damit die Kunden das, was sie wollen, dort bekommen, wo sie es wollen.<sup>116</sup>

5. *Berücksichtigen Sie, wann der Kunde das Produkt kaufen will.* Kunden kaufen nur kleine Produkte, wie beispielsweise neue DVDs, ungeplant. Der Kauf von großen Gebrauchsgegenständen, wie beispielsweise Autos, für welche die Kunden viel Geld ausgeben, werden im Voraus geplant, dennoch soll es zu einem bestimmten Zeitpunkt für sie bereit stehen. Jedoch bestrafen Händler ihre Kunden, welche den Kauf von Produkten lange vorher planen, oft mit hohen Preisen anstatt sie dafür zu belohnen. Dieses Verhalten der Unternehmer hat zur Folge, dass Kunden ihre Wünsche nicht mehr im Vorfeld an die Händler bekannt geben. Lean Provider belohnen ihre Kunden dafür, wenn sie ihre Produktwünsche frühzeitig bekanntgeben, mit niedrigen Preisen und einem ihren Wünschen angepassten Produkt. Dies setzt jedoch voraus, dass Lean Provider die Bedürfnisse der, an der Beschaffungskette beteiligten Unternehmen, mit den Interessen des Kunden

---

<sup>115</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 28ff.

<sup>116</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 30f.

in Einklang bringen, was uns zum letzten Grundsatz des „Lean Consumption“ führt.<sup>117</sup>

6. *Integrieren Sie Lösungen kontinuierlich in den Gesamtprozess, um den Zeitaufwand und die Mühen des Kunden zu minimieren.* Kunden müssen oft eine Vielzahl von Anbietern nutzen, um ein einziges Problem zu lösen. *„Warum kann ein einziger Anbieter nicht beispielsweise Ihre Computer- und Kommunikationsprobleme lösen, indem er Ihre speziellen Bedürfnisse analysiert und dann die besten Geräte, die beste Software und die besten Dienstleistungen bestimmt?“*<sup>118</sup> Die Antwort auf diese Frage liegt in den Konsumprozessen, welche von Lean Providern angewandt werden. Zudem bieten sie Produkt- und Dienstleistungspakete mit transparenten Preisen, gepaart mit klaren Regeln im Umgang mit den Daten der Verbraucher. Letzen Endes ist es unumgänglich, dass Anbieter und Kunden über passende Kommunikationswege lernen gemeinsam langfristig zu planen.<sup>119</sup>

Es ist davon auszugehen, dass die Verbraucher, sobald sie die Vorteile des Produktes erkennen, ihre Rolle im Konsumprozess nach Lean Consumption rasch einnehmen, weil dadurch ihre Konsumprobleme vollständig gelöst werden indem *„die gewünschten Produkte zum geplanten Zeitpunkt am Ort ihrer Wahl“*<sup>120</sup> und zu einem attraktiven Preis zur Verfügung stehen. Ein weiterer Vorteil für die Abnehmer ist die Tatsache, dass es nur mehr eine geringe Anzahl von verlässlichen Anbietern braucht, um das gewünschte Produkt oder die gewünschte Dienstleistung zu erwerben, was eine Zeitersparnis für die Konsumenten bedeutet. Die Herausforderung liegt bei der Anbieterseite, die es nicht gewohnt ist, die Gesamtkosten aus Kundensicht zu sehen und mit den Kunden im Konsumprozess zusammen zu arbeiten.<sup>121</sup>

---

<sup>117</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 32f.

<sup>118</sup> Jones/Womack (2005), 34.

<sup>119</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 33f.

<sup>120</sup> Jones/Womack (2005), 34.

<sup>121</sup> vgl. Jones/Womack (2005), 34.

### 3.3.5. Service-Blueprinting

Service Blueprinting ist ein Instrument zur Steigerung der Dienstleistungsqualität,<sup>122</sup> welches zu den ergebnisorientierten Ansätzen gehört.<sup>123</sup> Durch Service Blueprinting werden die Dienstleistungsprozesse sowie die einzelnen Teilaktivitäten dargestellt. Das Konzept basiert auf der Tatsache, dass eine Dienstleistung nicht ohne den Kunden stattfinden kann. Der Kunde muss am Prozess entweder selbst teilnehmen, zum Beispiel bei der Diagnoseerstellung durch einen Arzt, oder er muss einen ihm gehörenden Gegenstand einbringen, wie zum Beispiel sein Auto. Demzufolge können Serviceanbieter ihre Prozesse nie alleine gestalten.<sup>124</sup>

Zudem geht aus dem Konzept des Service Blueprinting hervor, dass in jeden Dienstleistungsprozess die individuellen Wünsche des einzelnen Kunden integriert werden müssen, damit die Leistungserbringung bestmöglich erbracht werden kann. Außerdem leidet die Dienstleistungsqualität - wenn der Kunde nicht ausreichend mitarbeitet - oder es wegen seines aktuellen Befindens bzw. Zustandes (wie beispielsweise bei einer Demenzerkrankung) nicht kann, was heißt, dass der Leistungsempfänger maßgeblich die Effizienz und Effektivität der Leistungserstellung beeinflusst. Wenn der Kunde nicht in der Lage ist am Prozess ausreichend mitzuarbeiten, führt dies oft zu Reklamationen, Nachbesserungswünschen, steigenden Kosten und zur Unzufriedenheit des Leistungsempfängers.<sup>125</sup>

Bei der Anwendung des Instrumentes werden im ersten Schritt die Stärken und Schwächen des Dienstleistungsprozesses dargestellt. Um diese Informationen aus Kundensicht zu erhalten, werden diese über die Stärken und Schwächen des Dienstleistungsprozesses befragt.<sup>126</sup> Im nächsten Schritt werden die Dienstleistungsprozesse nach den Anforderungen der Kunden strukturiert (siehe Abschnitt 5.5.1.), indem die aus den Befragungen erhaltenen Informationen in einen neugestalteten Prozess integriert werden.<sup>127</sup> Zusätzlich wird bei Service Blueprinting der Prozess durch die „Line of Visible“ in - für den Kunden sichtbare und unsichtbare - Prozesse unterteilt.<sup>128</sup> Auf diesen Aspekt wird im Rahmen dieser Arbeit nicht näher

---

<sup>122</sup> vgl. Kleinaltenkamp, (1999), 33.

<sup>123</sup> vgl. Bruhn (2013), 153.

<sup>124</sup> vgl. Kleinaltenkamp (1999), 33.

<sup>125</sup> vgl. Kleinaltenkamp (1999), 33ff.

<sup>126</sup> vgl. Bruhn (2013), 153f.

<sup>127</sup> vgl. Kleinaltenkamp (1999), 35ff.

<sup>128</sup> vgl. Bieger (2008), 148.

eingegangen, da er für die Neugestaltung des in dieser Forschung bearbeiteten Prozesses nicht relevant ist.

Die Prozesserstellung durch Blueprinting kann auch als Basisinformation für die Kostenrechnung dienen, indem die einzelnen Aktivitäten über Kosten erfasst werden. Dies wird anhand der Prozesskostenrechnung möglich,<sup>129</sup> welche im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

## 4. Der Prozess

Im Rahmen dieser Arbeit wird nun folgend versucht, das Wort Prozess zu definieren, da es das Basiswissen für dieses Kapitel darstellt. Bei einem Prozess handelt es sich nach dem Gabler Wirtschaftslexikon (2014) um *„die Gesamtheit aufeinander einwirkenden Vorgänge innerhalb eines Systems. So werden mittels Prozessen Materialien, Energie oder auch Informationen zu neuen Formen transformiert, gespeichert oder aber allererst transportiert.“*<sup>130</sup>

Ein Prozess hat immer einen definierten Anfang und ein definiertes Ende. Das Hauptziel eines Prozesses ist es, durch den Einsatz von Ressourcen, wie beispielsweise Personaleinsatz, den bestmöglichen Output, wie Wertschöpfung und Kundenzufriedenheit, zu erlangen.<sup>131</sup>

Um die wirtschaftliche Wertschöpfung eines Prozesses zu messen kann unter anderem das Instrument der Prozesskostenrechnung angewendet werden, welches in Rahmen dieses Kapitels noch genauer beschrieben wird.

---

<sup>129</sup> vgl. Kleinaltenkamp (1999), 37.

<sup>130</sup> Gabler Wirtschaftslexikon (2014a).

<sup>131</sup> vgl. Peemöller (2005),304.



## 4.1. Prozessmerkmale

Über die folgenden Merkmale kann der Prozess näher definiert werden:<sup>132</sup>

- *strukturierte Folge*: hierbei handelt es sich um sachliche, zeitliche und räumliche Folge von einzelnen Tätigkeiten und Aktivitäten. Diese sind miteinander verknüpft und stehen direkt in einem ziel- und sinnorientierten Zusammenhang.
- *Verrichtungen zur Aufgabenerfüllung*: bei Prozessen handelt es sich um eine Form der Verrichtungen, welche die Art der Tätigkeiten beschreiben, mit denen Aufgaben ausgeführt werden.
- *Ziel- und sinnorientierte Beziehungen*: bei Prozessen richtet sich das Handeln und Denken auf die Ziel- und Sinnorientierung (z.B.: alte Menschen in Alten- und Pflegeheimen betreuen).
- *Aufgabenerfüllung*: sowohl materielle als auch immaterielle Leistungen können Teil der Aufgabenerfüllung bei einem Prozess sein.
- *Definierte Ein- und Ausgangsgrößen*: bei einem Prozess gibt es eine definierte und messbare Eingangs- und Ausgangsgröße. Die jeweiligen Kundenanforderungen sind der Ausgangspunkt für den Prozessbeginn.
- *Wertzuwachs*: der Erfüllungsgrad der Kundenerwartungen ist maßgeblich für den Erfolg des Unternehmens.
- *Zeitperiode*: jeder Prozess ist zeitlich befristet. Folgende Begrifflichkeiten spielen in Zusammenhang mit der Zeitperiode bei Prozessen eine Rolle:
  - die Durchlaufzeit, der Zeitraum vom Prozessstart bis zum Prozessende,
  - der Anfangszeitpunkt, Termin bei dem der Mensch oder das Sachmittel, welches für den Prozess benötigt wird, zum ersten Mal aktiv wird und
  - der Endzeitpunkt, Termin an dem die Übergabe des Outputs erfolgt.
- *Kundenorientierung*: Prozesse müssen sich an den Bedürfnissen der Kunden orientieren.

---

<sup>132</sup> vgl. Peemöller (2005),304.

Da die Kundenorientierung für diese Arbeit von zentraler Relevanz ist, wird dieser Aspekt folgend näher erläutert.

Die Normreihe ISO 9000 definiert Kundenorientierung wie folgt:<sup>133</sup>

- Erfordernisse und Erwartungen der Kunden verstehen,
- Ziele der Organisation auf die Erfordernisse und Erwartungen der Kunden ausrichten,
- Erfordernisse und Erwartungen der Kunden in der gesamten Organisation kommunizieren,
- Kundenzufriedenheit messen und auf Ergebnisse reagieren,
- Kundenbeziehungen systematisch pflegen.

In Unternehmen müssen die jeweils angebotenen Produkte und Dienstleistungen die Bedürfnisse und Erwartungen der Kunden erfüllen, damit sie wirtschaftlichen Erfolg erlangen. Folglich müssen die Anforderungen der Kunden in wertschöpfende Aktivitäten umgesetzt werden um so eine optimale Leistung für den Kunden erbringen zu können.<sup>134</sup> Sowohl der Start- als auch der Endpunkt von Prozessen ist der Kunde. Ausgangspunkt bilden die Kundenanforderungen, Endpunkt des Prozesses ist die Bereitstellung der gewünschten Leistung am Kunden. Infolgedessen werden diese als End-to-End-Prozesse (vom Kunden zum Kunden) bezeichnet. Das Endprodukt kann sowohl die Erstellung von Produkten, die Erbringung von Dienstleistungen als auch eine Kombination aus beiden sein.<sup>135</sup>

Um die Existenz und die Zukunft eines Unternehmens sicherzustellen, muss es das oberste Ziel eines Betriebes sein, Kundenzufriedenheit zu schaffen indem er die Probleme des Kunden zu lösen versucht, was durch die richtige Umsetzung von Prozessen erreicht wird.<sup>136</sup>

---

<sup>133</sup> vgl. ISO 9004 (2009), Anhang B.2.

<sup>134</sup> vgl. Schmelzer / Sesselmann (2010), 62.

<sup>135</sup> vgl. Schmelzer / Sesselmann (2010), 64.

<sup>136</sup> vgl. Schmelzer / Sesselmann (2010), 67.

## 4.2. Prozessarten

Es kann grundsätzlich zwischen mehreren Arten von Prozessen unterschieden werden. Es werden nur die für den Zweck dieser Arbeit relevanten Prozessarten erläutert:

- Kernprozesse,
- Unterstützungsprozesse,
- Managementprozesse.



Abbildung 5: wesentliche Prozessarten<sup>137</sup>

### 4.2.1. Kernprozesse

Kernprozesse sind alle Prozesse, welche direkt auf den Kunden ausgerichtet sind. Sie stellen die Kernkompetenz des Unternehmens dar.<sup>138</sup> Es handelt sich um den Hauptprozess bei der Erstellung der durch das Unternehmen angebotenen Ware oder Dienstleistung.<sup>139</sup> Über Kernprozesse erfolgt die Wertschöpfung eines Unternehmens. Diese sollten immer durch das Unternehmen selbst und nicht durch externe Unternehmen erbracht werden, da somit internes Firmen Know-how preisgegeben wird, was langfristig die Innovationskraft und die Wettbewerbsfähigkeit schwächt.<sup>140</sup> Zudem ist die Kernkompetenz eines Unternehmens mit dem Hauptprozess verbunden. Bei der Kernkompetenz handelt es sich um die Fähigkeit, die durch

<sup>137</sup> Abb. Entnommen aus: Meurer (2011).

<sup>138</sup> vgl. Wirtschaftslexikon (2014a).

<sup>139</sup> vgl. Staud (2006), 11.

<sup>140</sup> vgl. Wirtschaftslexikon 24 (2014a).

einzelne Mitarbeiter oder durch die Zusammenarbeit von mehreren Mitarbeitern oder Abteilungen eines Unternehmens entsteht.<sup>141</sup>

#### 4.2.2. Unterstützungsprozesse

Die Aktivitäten des Unterstützungs- oder Supportprozess sind zwar aus Kundensicht nicht wertschöpfend, jedoch unerlässlich für die optimale Ausführung des Kernprozesses.<sup>142</sup> Die Aufrechterhaltung der Supportprozesse ist ebenso wichtig wie die Erhaltung der Kernprozesse, da sie nur durch den Einsatz von Unterstützungsprozessen ausgeführt werden können.<sup>143</sup> Der Übergang zwischen Kern- und Unterstützungsprozess ist fließend.<sup>144</sup> Bei Supportprozessen handelt es sich beispielsweise um folgende Ausführungsprozesse:<sup>145</sup>

- Finanzcontrolling,
- Dokumentationsprozesse,
- Wäscheversorgungsprozesse,
- Reinigung.

#### 4.2.3. Managementprozesse

Bei den Management- oder Führungsprozessen handelt es sich um übergeordnete Prozesse, welche für die strategische Ausrichtung eines Unternehmens essentiell sind. Mittels Managementprozessen wird der Rahmen für die Kern- und Unterstützungsprozesse geschaffen.<sup>146</sup> Zu den Managementprozessen zählen die Festlegung der Qualitätspolitik, der Ziele und der Kundenorientierung.<sup>147</sup> *„Dafür ist es notwendig, dass bestimmte materielle, sächliche und personelle Mittel durch die Leitung einer Einrichtung zur Dienstleistungserbringung zur Verfügung gestellt werden.“*<sup>148</sup> Die Managementprozesse sollten strukturell an den Managementkreislauf gebunden sein, welcher auch als Problemlösungsprozess bezeichnet wird. Der Managementkreislauf ist die Abfolge in vier Phasen unterteilt: Zielsetzung, Planung, Steuerung der Umsetzung und Kontrolle. Anhand dieser Vorgehensweise, bei der

---

<sup>141</sup> vgl. Staud (2006), 12.

<sup>142</sup> vgl. Wirtschaftslexikon 24 (2014b).

<sup>143</sup> vgl. Weigert (2004), 164.

<sup>144</sup> vgl. Wirtschaftslexikon 24 (2014b).

<sup>145</sup> vgl. Weigert (2004), 164.

<sup>146</sup> vgl. MT1b (2011).

<sup>147</sup> vgl. Weigert (2004), 164.

<sup>148</sup> Weigert (2004), 164.

Umsetzung von Managementprozessen, werden auch die Geschäfts- und Unterstützungsprozesse verbessert.<sup>149</sup>

Für Dienstleistungsunternehmen gehören Personalmanagement, -gewinnung und -entwicklung zu den zentralen Managementprozessen, darunter fallen unter anderem die Schulung, die Qualifizierung und die Weiterbildung des Personals.<sup>150</sup>

### 4.3. Prozesskostenrechnung

Die Prozesskostenrechnung wurde von den Harvard-Professoren Cooper und Kaplan entwickelt, weil die klassische Kostenrechnung für Dienstleistungsbetriebe oft nicht aussagekräftig ist. Bei der klassischen Kostenrechnung werden die Gemeinkosten anhand der angefallenen Einzelkosten auf die Kostenstellen über Zuschlagssätze verteilt. Diese Vorgehensweise ist für Dienstleistungsunternehmen nicht sinnvoll weil die Gemeinkosten höher sind als die Einzelkosten. Auch kann bei der Erbringung der Dienstleistung nicht immer zwischen den einzelnen Kostenstellen unterschieden werden, weil diese meist sehr verzahnt sind bzw. von verschiedenen Kostenstellen erbracht werden. Darum ist eine isolierte Betrachtung in den meisten Fällen nicht geeignet.<sup>151</sup> Die Gemeinkosten werden nicht pauschal einem Produkt oder einer Dienstleistung zugerechnet, sondern in Form von Prozesskosten verrechnet.<sup>152</sup>

In die Prozesskostenrechnung werden demzufolge nicht nur die Herstellungskosten für ein Produkt oder eine Dienstleistung herangezogen, sondern die Kosten für den gesamten Prozess, wie beispielsweise Arbeitszeit des Mitarbeiters für die Terminvereinbarung, für den Bewohner beim Psychiater oder die Abwicklung einer Reklamation. Die Kosten werden also dem Hauptprozess zugerechnet und nicht wie in der klassischen Kostenrechnung den Gemeinkosten. Aus diesem Grund fließen beispielsweise Reklamationskosten stärker in die Herstellungskosten von Produkten oder Dienstleistungen, bei denen häufig Reklamationen anfallen, ein. Diese Tatsache macht die Kosten für ein Produkt oder eine Dienstleistung genauer.<sup>153</sup>

---

<sup>149</sup> vgl. Wirtschaftslexikon 24 (2014c).

<sup>150</sup> vgl. Weigert (2004), 164.

<sup>151</sup> vgl. Griga / Kosiol / Krauleidis (2011), 89f.

<sup>152</sup> vgl. Allweyer (2005), 239.

<sup>153</sup> vgl. Allweyer (2005), 239.

Die Berechnung des Dienstleistungspreises ist folglich über die klassische Kalkulation verfälscht und bringt nicht das gewünschte Ergebnis. Darum werden durch die Prozesskostenrechnung die Kosten für die einzelnen Prozessschritte der Dienstleistung addiert. Kostenträger, die nicht unmittelbar an der Erstellung des Prozesses beteiligt sind, müssen über Zuschlagssätze berücksichtigt werden (z.B. Overheadkosten). Eine separate Unterscheidung zwischen fixen- und variablen Kosten wird durch die Prozesskostenrechnung nicht vorgenommen.<sup>154</sup>

#### 4.3.1. Ziele und Aufgaben

Die Ziele und Aufgaben der Prozesskostenrechnung lehnen sich inhaltlich an Peemöller(2005), Allweyer(2005) und Preißner(2010) an.

- Schaffung von *Transparenz* über
  - Verbrauch von Ressourcen der einzelnen Prozesse<sup>155</sup>
  - Kosten der einzelnen Leistungen und Aktivitäten<sup>156</sup>
- Steigerung der *Effizienz* des Unternehmens durch
  - Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Prozesse
  - Verbesserung der abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit durch prozessorientiertes Denken
  - Optimierung der einzelnen Prozesse eines Unternehmens
- Verbesserung der *Kalkulationsgrundlage*<sup>157</sup>
- *Kostentreiber* und ihren mittel- bis langfristigen Einfluss auf die Kosten des Prozesses sichtbar machen
- *Ursachen-Wirkungs-Zusammenhänge* zwischen Prozessen sichtbar machen<sup>158</sup>
- Schärfung des *Prozessbewusstseins* der Mitarbeiter
- *Prozesskosten* vergleichbar machen<sup>159</sup>

---

<sup>154</sup> vgl. Preißner (2010), 137f.

<sup>155</sup> vgl. Preißner (2010), 138.

<sup>156</sup> vgl. Peemöller (2005), 305.

<sup>157</sup> vgl. Preißner (2010), 138.

<sup>158</sup> vgl. Peemöller (2005), 305f.

<sup>159</sup> vgl. Allweyer (2005), 239f.

### 4.3.2. Vorgehensweise bei der Anwendung

Im folgenden Abschnitt wird die Vorgehensweise der Prozesskostenrechnung erläutert. Die folgenden Schritte lehnen sich inhaltlich an Allweyer (2005) an:<sup>160</sup>

1. *Ermittlung der Prozesse:* Grundlage der Prozesskostenrechnung ist die Kenntnis der einzelnen Prozesse zur Erstellung eines Produktes oder einer Dienstleistung in einem Unternehmen. Dafür müssen die einzelnen Prozessschritte und die wechselseitige Abhängigkeit zueinander eruiert werden, dies kann anhand von Befragungen und Beobachtungen durchgeführt werden.
2. *Analyse der einzelnen Prozesse:* Die Bearbeitungszeit, die daran beteiligten Mitarbeiter sowie der Ressourcenverbrauch für die einzelnen Prozessschritte müssen ermittelt werden.
3. *Festlegung der Kostentreiber und Bezugsgrößen für die einzelnen Prozessschritte:* Bei den Kostentreibern handelt es sich um jene Funktionen im Prozess, welche die Kosten in Bewegung bringen, wie beispielsweise die Bestellung von Rohstoffen bei der Rohstoffbeschaffung. Zudem muss fixiert werden, von welcher Bezugsgröße die Kosten abhängen, wie beispielsweise die Zahl der bearbeiteten Aufträge.
4. *Ermittlung der Kostensätze:* Durch die Analyse der Kostenstellen werden die anzuwendenden Kostensätze ermittelt. Bei Dienstleistungsunternehmen können beispielsweise die Personalkosten der Mitarbeiter herangezogen werden. Im Produktionsbereich können zusätzlich Maschinenstunden oder Materialkosten mit berücksichtigt werden.
5. *Ermittlung und Verrechnung leistungsmengenneutraler Kosten:* In diesem Schritt werden die Kosten ermittelt, welche zwar in einer der definierten Kostenstellen anfallen jedoch nicht einem einzelnen Prozess zugeordnet werden können, da sie nicht von der Menge der erbrachten Leistung abhängig sind. Diese Kosten werden über einen geeigneten Schlüssel auf die einzelnen Prozesse umgelegt.
6. *Ermittlung der durchschnittlichen Inanspruchnahme der einzelnen Prozesse.*

---

<sup>160</sup> vgl. Allweyer (2005), 240f.

Anhand dieser Daten lassen sich die Kosten je Prozess und damit die Kosten für die Dienstleistung oder das Endprodukt ermitteln.<sup>161</sup>

Die Datenerhebung stellt die wesentliche Hauptaufgabe der Prozesskostenrechnung dar und ist die Basis für ein richtiges Ergebnis. Wie für nahezu jedes Kosten-system gilt auch für die Prozesskostenrechnung, dass durch die unterschiedliche Untergliederung von Prozessen verschiedene, jedoch korrekte, Ergebnisse möglich sind. Es gibt somit keine objektiv richtigen Kosten für einen Prozess. Darum ist beim Vergleich von Prozesskosten darauf zu achten, wie bei der Ermittlung der Kosten vorgegangen, wurde.<sup>162</sup>

### **4.3.3. Prozessoptimierung durch die Prozesskostenrechnung**

Ein weiterer Vorteil der Prozesskostenrechnung ist, dass die Kosten für die Prozesse zur Erstellung einer Dienstleistung oder eines Produktes transparent sind. Dieses Wissen ist eine gute Basis um Prozesse zu optimieren. Unnötige und teure Prozessschritte können schneller aufgespürt und verbessert werden. Wichtig ist das Verbesserungsbestreben anhand der Strategie der Unternehmen zu gestalten, wofür es notwendig ist, den grundsätzlichen Zusammenhang zwischen den Prozessen und den unternehmerischen Zielen zu erkennen.<sup>163</sup>

Im folgenden Kapitel werden die erläuterten Theorieinhalte am Beispiel Hart praktisch angewandt. Zuerst wird der Prozess „Mobiler geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime (GEKO)“ beschrieben. Darauf folgend wird zunächst der aktuelle Prozess dargestellt und folgend werden die Nachteile für die am Prozess beteiligten Personengruppen erläutert. Nachfolgend wird der neugestaltete Prozess mit seinen Vorteilen für die beteiligten Personengruppen aufgezeigt. Die Prozesskostenrechnung für die beiden Prozesse, welche die wirtschaftliche Sicht beleuchtet und eine Gegenüberstellung der Kosten der jeweiligen Prozesse, schließen das Praxisbeispiel ab.

---

<sup>161</sup> vgl. Allweyer (2005), 242.

<sup>162</sup> vgl. Allweyer (2005), 242.

<sup>163</sup> vgl. Hauke / Holzer / Reich (2010), 258ff.



## 5. Beispiel Hart

Die Autorin hat im Rahmen des Berufspraktikums für die FH-OÖ von Juli 2013 bis Februar 2014 an dem Projekt „Neugestaltung einer Dienstleistung - Mobile Psychiater in Alten- und Pflegeheimen“ gearbeitet. Auftraggeber dieses Projekts ist der Sozialhilfverband Linz-Land. Die Forschung wurde im Bezirksaltenheim Hart durchgeführt. Zudem wurden Pflegedienstleiterinnen von Alten- und Pflegeheimen befragt, welche bereits mit einem mobilen Psychiater zusammenarbeitet. Basis dieser Forschung war der im Juni 2013 erstellte Projektvertrag, welcher von der Autorin in Zusammenarbeit mit Frau Renate Aumayr (Heimleiterin des Bezirksaltenheims Hart), Frau Sabine Meßlehner (Pflegedienstleiterin des Bezirksaltenheims Hart) und Herrn Paul Brandl (Praktikumsbetreuer), erstellt wurde. Durch diesen Vertrag, welcher im Anhang ersichtlich ist, wurde schon im Vorfeld dieser Forschung die Vorgehensweise definiert, die nun folgend näher beschrieben wird.

Hauptziel des Projektes war das Aufzeigen der Vorteile einer mobilen Betreuung durch einen mobilen Psychiater in Alten- und Pflegeheimen. Fernerhin sollten durch die vorliegende Forschung die positiven Auswirkungen auf die Bewohner dargestellt werden. Zudem sollte durch die Prozesskostenrechnung aufgezeigt werden, dass der aktuelle Prozess kostenintensiver als der neugestaltete Prozess ist.

Weniger Strapazen für die Bewohner des Alten- und Pflegeheims, weil ihnen die Fahrt zur Ambulanz und die dadurch entstehenden Belastungen erspart bleiben und die Entlastung der Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheims waren der definierte Nutzen, welcher der neugestaltete Prozess aufweisen sollte.

Wichtig für die Projektgeber war zudem, dass der neugestaltete Prozess nicht Mehrarbeit für die Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheims bedeutet und dass nicht die Kostenersparnis, sondern die Bedürfnisse der Bewohner im Vordergrund stehen.

Im Rahmen des Praxisbeispiels wird zuerst das Bezirksaltenheim Hart vorgestellt. Danach wird die Methodik dieser Forschung erläutert. Anschließend wird das Fallbeispiel „Geriatrischer Konsiliardienst“ nachfolgend kurz GEKO, beschrieben, welches die Vorteile einer mobilen Betreuung durch Fachärzte in Alten- und Pflegeheimen aufgezeigt. Darauf folgend wird zuerst der aktuelle Prozess dargestellt und seine

Nachteile erläutert. Zudem wird der neugestaltete Prozess abgebildet und seine Vorteile dargelegt und anschließend wird die Prozesskostenrechnung anhand der beiden Prozesse praktisch umgesetzt und die Ergebnisse gegenübergestellt.

## 5.1. Bezirksaltenheim Hart

Das Bezirksaltenheim Hart, ist eines der 61 Alten- und Pflegeheime des Sozialhilfeverbands Oberösterreich,<sup>164</sup> liegt am Stadtrand von Leonding und bietet 92 Langzeit- und drei Kurzzeitpflegeplätze. Frau Renate Aumayr ist die Heimleiterin des Bezirksaltenheims Hart, Frau Sabine Meßlehner die Pflegedienstleiterin. Das Haus verfügt über 76 Einzelzimmer und acht Doppelzimmer, welche voll möbliert und behindertengerecht sind.<sup>165</sup> Die Gartenanlage des Bezirksaltenheims Hart beinhaltet einen Demenz- bzw. Sinnesgarten. Auch eine hauseigene Kapelle und ein Kaffeehaus stehen den Bewohnern zur Verfügung.<sup>166</sup> Die Mitarbeiter sind bemüht für die Bewohner einen abwechslungsreichen Ablauf zu kreieren, was unter anderem durch Feste und Veranstaltungen im Jahreskreis, Ausflüge und monatliche Kinobesuche umgesetzt wird.<sup>167</sup>

Von den 92 Bewohnern des Bezirksaltenheims Hart sind 90% Bewohner Menschen mit Demenz. Zudem leben im Bezirksaltenheim auch Bewohner mit Multiple Sklerose, Parkinson oder Schizophrenie. 15 Bewohner, welche an diesen psychiatrischen Krankheiten leiden, müssen mindestens zwei Mal im Jahr zur psychiatrischen Ambulanz oder in die Facharztpraxis fahren, um die Einstellung der Medikamente zu überprüfen. Dies ergibt für das Bezirksaltenheim Hart 30 geplante Fahrten im Jahr, und zusätzlich eine variable Anzahl von Fahrten bei akut auftretenden psychischen Problemen von Bewohnern. Diese Fahrten könnten durch den Einsatz eines mobilen Psychiaters im Bezirksaltenheim verhindert werden.<sup>168</sup>

---

<sup>164</sup> vgl. Sozialhilfeverband (2014).

<sup>165</sup> vgl. Sozialhilfeverband Linz-Land (2014a).

<sup>166</sup> vgl. Sozialhilfeverband Linz-Land (2014b).

<sup>167</sup> vgl. Sozialhilfeverband Linz-Land (2014c).

<sup>168</sup> vgl. Interview H1, am 17.07.2013.

## 5.2. Methodik

Zu Beginn dieser Forschung wurden Literaturrecherchen zum Thema mobile Betreuung durch Fachärzte in Alten- und Pflegeheime durchgeführt. Die daraus erhaltenen Informationen aus unterschiedlichen Quellen stellen die Basis für die weitere Vorgehensweise dieses Projektes dar. Im Rahmen dieser Recherchen ist die Autorin auf das Praxisbeispiel GEKO aufmerksam geworden, welches folgend unter Punkt 5.3 näher erläutert wird. Die darin enthaltenen Informationen waren der zentrale Input für die vorliegende Forschung.

Zur Erhebung des aktuellen Prozesses und dessen Nachteilen und zur Erstellung des neugestalteten Prozesses und dessen Vorteilen, wurde die Methodik des Experteninterviews angewandt. Die Interviews wurden für die jeweiligen Personengruppen durch einen Interviewleitfaden teilweise strukturiert, es wurde aber auch Raum für zusätzliche Informationen seitens der befragten Personen gelassen, um zusätzliche Auskünfte zu erlangen.

Im Bezirksaltenheim Hart wurden drei Interviews mit Mitarbeitern geführt. Diese wurden über den Ablauf und Dauer sowie die Nachteile des aktuellen Prozesses befragt. Des Weiteren wurden sie zum Zustand der Bewohner während und nach dem aktuellen Prozess befragt. Zudem war es im Rahmen des vorliegenden Projektes zentral zu erfragen, was aus Sicht der Mitarbeiter die Vorteile einer mobilen Betreuung sein würden.

Zwei vom aktuellen Prozess betroffene Bewohner wurden ebenso befragt. Die Autorin hat den Bewohnern Fragen zum Ablauf des aktuellen Prozesses und ihrem körperlichen und psychischen Befinden während und nach dem Prozess gestellt. Aufgrund ihres aktuellen Gesundheitszustandes konnten diese jedoch nicht ausreichend auf die durch die Autorin gestellten Fragen eingehen.

Zudem wurde eine Angehörige einer Bewohnerin, welche den aktuellen Prozess begleitet hat, interviewt. Die Angehörige wurde, wie die Mitarbeiter und die Bewohner, zum aktuellen Prozess befragt. Vertiefend wurden ihr Fragen zum Ablauf des aktuellen Prozesses in der psychiatrischen Facharztpraxis bzw. in der Ambulanz gestellt.

Nach der Beendigung der Befragungen im Bezirksseniorenheim Hart, wurden die vier Hausärzte, welche mobil ins Bezirksaltenheim kommen und der Psychiater, welcher die „Mini-Mentaltests“ durchführt, befragt. Die Ärzte wurden ebenfalls zum aktuellen Prozess befragt, zusätzlich wurden noch Fragen bezüglich der Abrechnung bei mobilen Behandlungen und der Umsetzung hinsichtlich des neugestalteten Prozesses dargestellt. Überdies wurde nach einer Einschätzung des körperlichen und geistigen Zustandes der Bewohner während und nach dem aktuellen Prozess gefragt.

Abschließend wurden noch zwei Pflegedienstleiterinnen von Bezirksaltenheimen interviewt, welche bereits eine mobile Betreuung durch einen Psychiater haben. Diese Personen wurden zum Ablauf des Prozesses der mobilen Betreuung befragt. Zudem wurden ihnen Fragen bezüglich der Vorteile dieser Betreuungsform für die beteiligten Personengruppen gestellt.

Die Autorin hat, als teilnehmende Beobachterin, am aktuellen Prozess teilgenommen, indem sie eine Bewohnerin des Bezirksaltenheims Hart zu einer psychiatrischen Praxis begleitet hat. Das Teilnehmen am Prozess für das Projekt war insofern wichtig, da die Autorin dadurch die Möglichkeit hatte, die durch die Interviews erhaltenen Informationen, in der Praxis zu überprüfen.

Im Anschluss an diese Interviews und die teilnehmende Beobachtung wurden die Nachteile für den aktuellen Prozess und die Vorteile für den neugestalteten Prozess in eine Tabelle eingetragen. Zudem wurden sowohl die Vorteile als auch die Nachteile den jeweils betroffenen Personengruppen zugeteilt. Anhand der erhaltenen Information wurde anschließend der aktuelle Prozess erhoben und der Neugestaltete modelliert.

Ergänzend zu der oben beschriebenen Soft-Facts-Analyse wurden die Kosten des aktuellen und des neugestalteten Prozesses anhand der Prozesskostenrechnung erhoben und abschließend gegenübergestellt.

### 5.3. Best Practice – Mobile geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime

Die nun folgende Zusammenfassung wurde für diese Arbeit frei aus dem Artikel „Mobiler geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime – Untersuchungen der Effektivität eines internistisch-fachärztlichen Konsiliardienstes zur medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern“ aus der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie von Schippinger u.a. (2012) übernommen. Der Input aus diesem Artikel war für die Erstellung dieser Bachelorarbeit wichtig, da er die Vorteile eines mobilen Ärzteteams in Alten- und Pflegeheimen anhand eines Praxisbeispiels dargestellt.

Das Projekt GEKO wurde in Graz durchgeführt und basierte darauf, dass Fachärzte zu Patienten ins Alten- und Pflegeheim kommen. Zehn Monate wurde ein Alten- und Pflegeheim in Graz durch GEKO betreut und danach durch folgende Parameter mit einem gleichwertigen Grazer Alten- und Pflegeheim ohne GEKO-Versorgung verglichen.<sup>169</sup>

- Häufigkeit der akuten Krankheitsereignisse und erforderliche Akutversorgung durch Ärzte
- Häufigkeit von akuten Krankenhauseinweisungen aus Alten- und Pflegeheimen
- Häufigkeit von nicht akuten Krankenhaus- und Facharztzuweisungen aus Alten- und Pflegeheimen

Zudem wurden nach Projektende im GEKO- Pflegeheim qualitative Befragungen mit den Bewohnern und deren Angehörigen, den Mitarbeitern und den behandelnden Hausärzten durchgeführt.<sup>170</sup> Einer der Hauptgründe für das Projekt GEKO war das Ergebnis einer Studie (2012), welche belegt, dass in Pflegeheimen lebende Personen häufiger stationär im Krankenhaus aufgenommen werden, was darauf hindeutet, dass die medizinische Versorgung den Bedürfnissen der Bewohner nicht entspricht. Ziel von GEKO war das Belegen der Vorteile einer mobilen Betreuung durch Fachärzte in Alten- und Pflegeheimen.<sup>171</sup>

---

<sup>169</sup> vgl. Schippinger (2012), 735.

<sup>170</sup> vgl. Schippinger (2012), 735f.

<sup>171</sup> vgl. Schippinger (2012), 735.

Das sich aus diversen Fachärzten zusammensetzende Team von GEKO, stand während des zehnmonatigen Projekts den Bewohnern des Alten- und Pflegeheims wochentags von 8:00 bis 16:00 für Visiten und andere fachärztliche Tätigkeiten zur Verfügung. Zusätzlich erfolgte einmal pro Woche eine fachärztliche Visite im Alten- und Pflegeheim.<sup>172</sup>

### *Ergebnisse*

Im GEKO-Pflegeheim wurde eine signifikant niedrigere Anzahl von akuten Krankenhauseinweisungen nachgewiesen. Zudem waren auch die geplanten Krankenhausaufenthalte im GEKO-Pflegeheim seltener als im Vergleichspflegeheim. Des Weiteren konnten auch die Fahrten zu Facharztpraxen durch den Einsatz des GEKO-Teams verringert werden.<sup>173</sup> Auch die qualitativen Befragungen zum Projekt-GEKO der Heimbewohner und deren Angehörigen, der Mitarbeiter und Hausärzte des GEKO-Pflegeheims ergaben durchwegs positive Ergebnisse.<sup>174</sup>

### *Fazit*

Das Projekt GEKO hat aufgezeigt, dass mit geringem Personal- und Zeitaufwand die medizinische Versorgung der Bewohner in Alten- und Pflegeheimen durch mobile Fachärzte optimiert werden kann und dass Krankenhauseinweisungen seltener notwendig werden.

## **5.4. Erhebung des aktuellen Prozesses**

Aus den Ergebnissen der Befragungen, der Experteninterviews und der teilnehmenden Beobachtung hat die Autorin die Prozessschritte für den aktuellen Prozess erarbeitet. Bei der Darstellung des Prozesses werden sowohl die am jeweiligen Schritt beteiligte Person als auch die Aktivität abgebildet. Dies war für die weitere Vorgehensweise des Projektes essentiell, weil dadurch unter anderem die Kostentreiber des aktuellen Prozesses identifiziert werden konnten. In dem nun folgenden Punkt wird der aktuelle Prozess grafisch dargestellt, darauffolgend werden die Probleme für die beteiligten Personengruppen des aktuellen Prozesses erläutert und abschließend durch ein Fallbeispiel die Problematik dieses Prozesses unterstrichen.

---

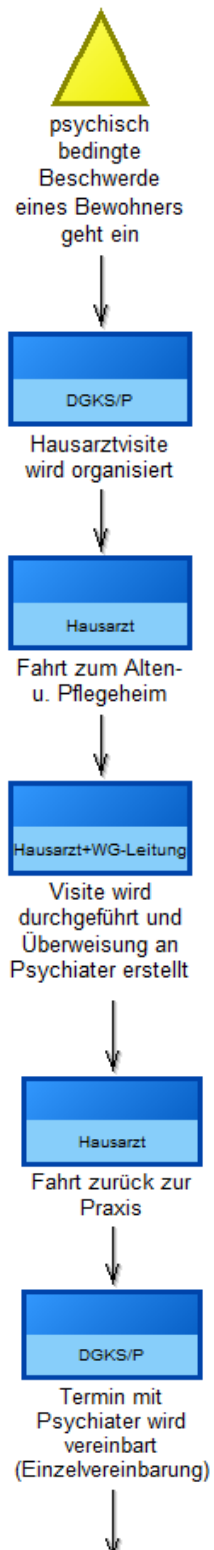
<sup>172</sup> vgl. Schippinger (2012), 736.

<sup>173</sup> vgl. Schippinger (2012), 737.

<sup>174</sup> vgl. Schippinger (2012), 738ff.

### 5.4.1. Darstellung des aktuellen Prozesses

Die Aufarbeitung des aktuellen Prozesses erfolgt in Zusammenarbeit mit Frau Meßlehner erstellt. Zudem wurden Mitarbeiter und Bewohner des Bezirksaltenheims Hart bezüglich des Ablaufs des aktuellen Prozesses befragt und eine teilnehmende Beobachtung durchgeführt.



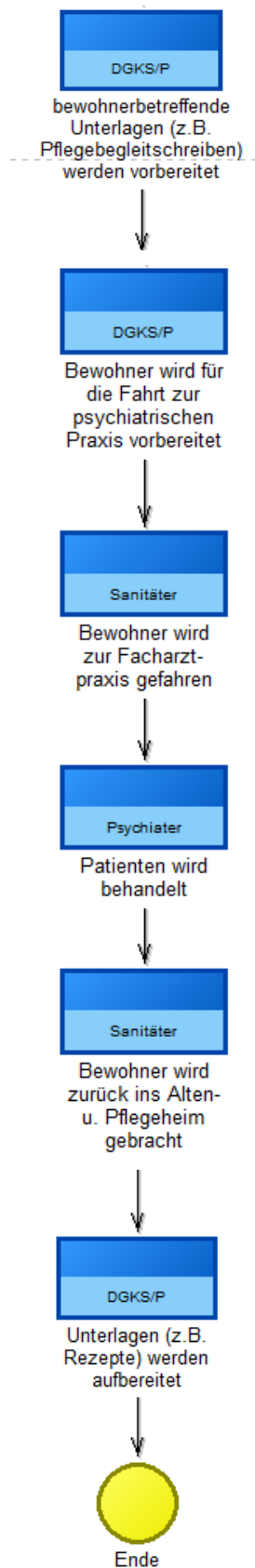


Abbildung 6: Darstellung aktueller Prozess<sup>175</sup>

<sup>175</sup> Abb. Eigene Darstellung (2014).



### **5.4.2. Probleme des aktuellen Prozesses**

Die Probleme des neugestalteten Prozesses wurden in folgende, für den Prozess relevanten, Personengruppen untergliedert:

- Bewohner von Alten- und Pflegeheimen
- Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen
- betroffene Ärzte (vor allem Hausärzte und Psychiater).

Die Daten für die folgenden Punkte wurden nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet und überarbeitet. Anhand der Auswertungen konnten keine Vorteile des aktuellen Prozesses identifiziert werden. Aus diesem Grund wurde die nun folgende Auflistung gewählt.

#### **5.4.2.1. Bewohnerbezogene Probleme des aktuellen Prozesses**

Zusammenfassend konnten aus den Befragungen und der teilnehmenden Beobachtung folgende Probleme des aktuellen Prozesses für die Bewohner ermittelt werden:

- unbekannte Personen (z.B. Sanitäter) im Laufe des Prozesses und der Ortswechsel führen zu zusätzlicher Verwirrung der Bewohner
- Bewohner mit Demenz müssen ihre gewohnte Umgebung verlassen, was zu großen Unsicherheiten führt
- der Tagesablauf der Bewohner wird gestört, für Bewohner mit Demenz ist ein immer gleicher Tagesablauf jedoch essentiell, denn sie fühlen sich dadurch sicher
- Bewohner sind den unterschiedlichen Witterungen ausgesetzt
- vor allem für nicht mehr mobile Bewohner ist der Prozess körperlich sehr anstrengend, da sie während des Prozesses sitzen müssen
- Bewohnern muss oft ein Beruhigungsmittel vor der Fahrt verabreicht werden, damit sie die Fahrt mental bewältigen können
- Fahrt mit der Rettung ist ein zusätzlicher Stress für die Bewohner, da sie die Rettung meist mit etwas Negativem verbinden

- Ambulanzen und Facharztpraxen sind nicht für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet
  - niemand fühlt sich verantwortlich für die Bewohner, diese brauchen aber eine Betreuung
  - Bewohner sind auf sich alleine gestellt
  - Bewohner können oft ihre Bedürfnisse nicht mehr äußern und bekommen folglich nichts zu Essen und zu Trinken
  - fehlende Unterstützung beim WC-Besuch
  - Windeln der Bewohner werden nicht gewechselt
  - Bewohner sind oft mit den Anzeigen in den Ambulanzen überfordert und wissen nicht wann sie an der Reihe sind
  - lange Wartezeiten machen die Bewohner unruhig und unsicher
- erhöhte Sturzgefahr für die Bewohner im Laufe des gesamten Prozesses
- viele sinnlose Fahrten, da oft vom behandelnden Arzt keine Diagnose erstellt werden kann, weil Bewohnern mit Demenz teilweise ihren Zustand nicht beschreiben können
- die Gefahr des Weglaufens der Bewohner im Laufe des Prozesses ist sehr groß
- nach der Fahrt sind die Bewohner sowohl körperlich, als auch mental erschöpft, was unter anderem an der fehlenden Verpflegung liegt
- Bewohner erholen sich oft erst nach einigen Tagen von den Strapazen des aktuellen Prozesses
- fehlende mobile Versorgung führt oft zu Krankenhauseinweisungen, die durch eine mobile psychiatrische Betreuung durch einen Psychiater verhindert werden könnte (z.B. Einstellen auf neue Medikamente)
- Bewohner kommen nach den Aufenthalten in Krankenhäusern immer in einem schlechteren Zustand ins Alten- und Pflegeheim zurück und müssen mehr Medikamente nehmen als vor dem Aufenthalt. Als möglicher Grund dafür wurde von den Befragten die Vermutung angestellt, dass es im Krankenhaus an Zeit und Ressourcen für die entsprechende Pflege fehlt.

#### **5.4.2.2. Mitarbeiterbezogene Probleme des aktuellen Prozesses**

Auch aus Mitarbeitersicht gibt es vor allem bei der Vor- und Nachversorgung im Rahmen des aktuellen Prozesses Probleme. Inhaltlich konnten aus den Befragungen und der teilnehmenden Beobachtung folgende Probleme des aktuellen Prozesses für die Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen eruiert werden:

- organisatorischer Aufwand
- Mehraufwand für die Mitarbeiter, da der betroffene Bewohner nach dem aktuellen Prozess mehr Betreuung benötigt
- Mitarbeiter haben nicht die Zeitkapazitäten um die Bewohner bei der Fahrt zum Psychiater zu begleiten, de facto ist es jedoch in manchen Fällen unumgänglich
- wenn ein Mitarbeiter zum Psychiater mitfahren muss, fehlt eine Arbeitskraft im Alten- und Pflegeheim
- das Mitfahren zum Psychiater ist für den betreffenden Mitarbeiter sehr anstrengend, weil der Bewohner mehr Aufmerksamkeit und Betreuung braucht, als im Alten- und Pflegeheim
- Mitarbeiter wissen teilweise nicht, wie sie mit den Bewohnern, welche psychiatrische Beschwerden aufweisen, in der Zeit zwischen Auftreten der Beschwerde und Termin beim Facharzt bzw. in der Ambulanz umgehen sollen

#### **5.4.2.3. Ärztebezogene Probleme des aktuellen Prozesses**

Zusammenfassend konnten aus den Befragungen und der teilnehmenden Beobachtung folgende Probleme des aktuellen Prozesses für die behandelnden Ärzte eruiert werden:

- für den Arzt ist es schwer herauszufinden, was den Bewohnern fehlt, vor allem wenn diese alleine (ohne Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheims oder Angehörigen ) in die Ambulanz oder zur Facharztpraxis kommen
- fehlende Arzt-Patientenbeziehung (vor allem in Ambulanzen) erschwert das Erstellen einer richtigen Diagnose

- Hausärzte; die Visiten in Alten- und Pflegeheimen ohne mobile Betreuung von Psychiatern machen, müssen oft psychiatrische Diagnosen stellen und passende Medikamente verschreiben, was jedoch nicht ihren Fachgebiet entspricht
- Hausärzten fehlt oft die Kompetenz in psychiatrischen Notfällen eine Diagnose zu stellen, sie sind jedoch die ersten Ärzte welche in solchen Situationen hinzugezogen werden

Abschließend führt die Autorin exemplarisch einige Aussagen, der von ihr befragten Personen in Bezug auf die Probleme des aktuellen Prozesses, an:

*„Die Ambulanz ist für Menschen mit normalen Bedürfnissen ausgerichtet, nicht für Menschen mit speziellen Bedürfnissen.“<sup>176</sup>*

*„Die Sturzgefahr ist größer, wenn die Bewohner auf die Reise geschickt werden.“<sup>177</sup>*

*„Demente Patienten können unmöglich alleine zur Ambulanz fahren, weil sie nie dorthin bzw. zurück kommen.“<sup>178</sup>*

*„Wenn sich Bewohner in der Facharztpraxis nicht der Norm entsprechend verhalten, bekommen sie meist keinen Folgetermin mehr. Oft reicht es schon, wenn die Bewohner aufs Klo gehen müssen und dabei Hilfe brauchen oder wenn sie die Einlage voll haben.“<sup>179</sup>*

#### **5.4.3. Fallbeispiel**

Um die Nachteile des aktuellen Prozesses zu unterstreichen, wird im Rahmen dieser Arbeit das Beispiel einer Bewohnerin des Bezirksaltenheim Hart, Frau E., dargestellt. Dieser Fall wurde für diese Arbeit beispielhaft gewählt, weil die Autorin Frau E. sowohl persönlich kennen gelernt hat, als auch ihre Angehörige Frau K. befragt hat, was ihr einen umfassenden Einblick in diese Causa verschafft hat. Dieser Fall

<sup>176</sup> vgl. Interview A1, am 02.10.2013.

<sup>177</sup> vgl. Interview HA2, am 03.10.2013.

<sup>178</sup> vgl. Interview HA1, am 20.09.2013.

<sup>179</sup> vgl. Interview L1, am 10.12.2013.

spiegelt die Realität von in Alten- und Pflegeheimen lebenden Menschen mit Demenz und deren sich durch den aktuellen Prozess ergebenden Strapazen wieder.

**Frau E.:**

*Fr. E. leidet an Alzheimer und ist 2008 mit ihrem Lebensgefährten (mittlerweile verstorben) ins Bezirksaltenheim Hart gekommen, sie war damals 65 Jahre alt. Bevor sie ins Altenheim gekommen ist hat sie zu Hause nicht mehr gekocht, hat oft nicht mehr nach Hause gefunden, was mitunter Gründe waren, warum sie ins Bezirksaltenheim Hart gekommen ist. Am Anfang ihres Aufenthaltes im Altenheim konnte sie auf Fragen sinnvolle Antworten geben. Auch ist sie zu Beginn ihres Aufenthaltes öfter mit Fr. K. ins Kaffeehaus und alleine zum Frisör gegangen. Zu diesem Zeitpunkt war sie noch mobil. Seit dem Tod ihres Lebensgefährten hat sich ihr Zustand rapide verschlechtert. Fr. A. (Wohngruppenleiterin im Bezirksalteneheim Hart) ist davon überzeugt, dass auch die Aufenthalte im Wagner-Jauregg Krankenhaus zur Verschlechterung ihres Zustandes beigetragen haben. Ab 2010 wurden die Aufenthalte im Wagner-Jauregg Krankenhaus immer belastender für Frau E., da sie die örtliche Änderung immer mehr verwirrt hat. Nach den Aufenthalten im Wagner-Jauregg Krankenhaus war sie mindestens zwei Tage total verwirrt, was einen Mehraufwand für das Personal nach sich zog. 2012 hatte sie einen sehr starken Bewegungsdrang, sie wollte immer gehen, am liebsten 12 Stunden am Tag. Sie war total desorientiert. Frau E. ist so lange und oft ins Bett gehüpft, bis ihre Knie zu bluten begonnen haben. Das Personal hat daraufhin einen Hausarzt angerufen, der ihnen lediglich über das Telefon einige Tipps gegeben hat, welche jedoch keine Besserung ihres Zustands bewirkt haben. Laut Frau Meßlehner ist auch nach dem zweiten Anruf beim Arzt niemand ins Altenheim gekommen um sich den Zustand von Frau E. vor Ort anzusehen. Aus diesem Grund ist sie stationär ins Wagner-Jauregg Krankenhaus eingeliefert worden. Im Krankenhaus hat sie sich anders verhalten als im Altenheim, sie war total verwirrt, hat nicht gewusst wo sie ist, warum sie dort ist und wer die Personen rund um sie sind. Sie ist im Krankenhaus viel herumgelaufen und wurde daher festgeschnallt und mit Medikamenten gedämpft, was laut Meinung von Frau A. eine sehr fragliche Behandlung-/Verfahrensweise ist.*

*Mittlerweile kann Fr. E. nicht mehr alleine essen, gehen usw. De fakto kann sie alleine gar nichts mehr machen, und liegt den ganzen Tag im Bett. Sie reagiert nahezu auf keine Einflüsse der Außenwelt. Die Aufenthalte im Wagner-Jauregg Krankenhaus haben inzwischen keine psychischen Auswirkungen mehr auf sie (sie bekommt es gar nicht mehr mit, dass sie dort ist), jedoch ist sie danach körperlich total geschafft.<sup>180</sup>*

Für die Autorin scheint die derzeit gängige Praxis, dass Frau E. trotz ihres Zustandes in die psychiatrische Ambulanz fahren muss und nicht mobil von einem Psychiater betreut wird, nicht kundenorientiert. Als Schlussfolgerung kann gelten, dass eine mobile Betreuung durch einen Psychiater für viele Bewohner von Alten- und Pflegeheimen eine große Erleichterung bringen würde.

## **5.5. Modellierung des neugestalteten Prozesses**

Der aktuelle Prozess wurde nach Aussagen einer befragten Person, welche den Prozess schon mehrmals begleitet hat, bereits optimiert, beispielsweise wurde die Wartezeit in den Ambulanzen für die Bewohner verkürzt, da sie wie Notfallpatienten behandelt werden. Auch die dadurch noch verbleibende Wartezeit wurde für die Bewohner durch separierte und bedürfnisgerechtere Wartebereiche, in denen sie mehr Betreuung durch die Mitarbeiter des Krankenhauses bekommen, verbessert.<sup>181</sup> Diese Optimierung hat jedoch nach Erfahrungsberichten der befragten Personen nicht das gewünschte Ergebnis gebracht, da der Prozess einerseits für die Bewohner noch immer sowohl körperlich als auch psychisch sehr anstrengend ist, und andererseits nach wie vor mindestens jede zehnte Fahrt ohne Ergebnis (also die Erstellung einer Diagnose) bleibt.<sup>182</sup> Aus diesem Grund wurde der aktuelle Prozess im Rahmen dieser Arbeit nicht optimiert sondern neugestaltet. Nun folgend wird der neugestaltete Prozess grafisch dargestellt. Anschließend werden die Vorteile des neugestalteten Prozesses für die beteiligten Personengruppen erläutert.

---

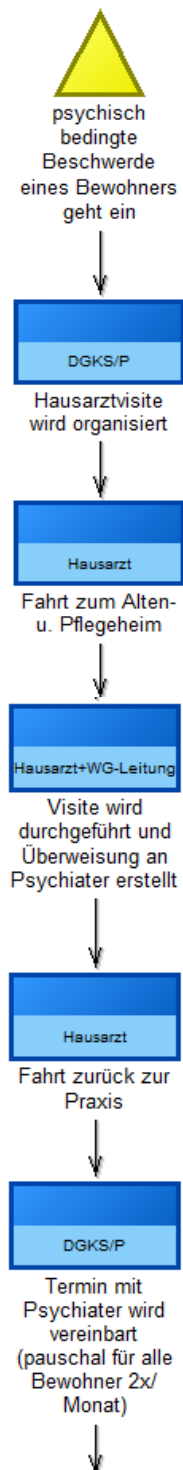
<sup>180</sup> vgl. Interview H1 und H2, am 17.07.2013.

<sup>181</sup> vgl. Interview A1, am 02.10.2013.

<sup>182</sup> vgl. Interview H1, am 17.07.2013.

### 5.5.1. Darstellung neugestalteter Prozess

Zur Neumodellierung, wurden Befragungen mit Pflegedienstleiterinnen aus Alten- und Pflegeheimen durchgeführt, die bereits von einem mobilen Psychiater betreut werden. Zudem wurden die, bei den Befragungen erhaltenen, Informationen in Zusammenarbeit mit Frau Meßlehner zum neugestalteten Prozess verarbeitet.



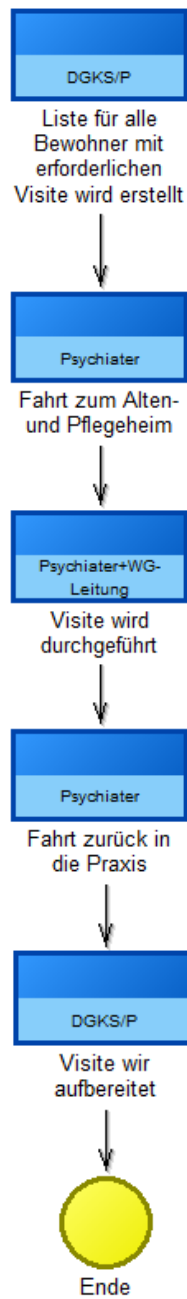


Abbildung 7: Darstellung neugestalteter Prozess<sup>183</sup>

<sup>183</sup> Abb. Eigene Darstellung (2014).



### **5.5.2. Vorteile des neugestalteten Prozesses**

Die Vorteile des neugestalteten Prozesses wurden in folgende, für den Prozess relevanten, Personengruppen untergliedert:

- Bewohner von Alten- und Pflegeheimen
- Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen
- betroffene Ärzte (vor allem Hausärzte und Psychiater).

Die Daten für die folgenden Punkte wurden nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet und überarbeitet. Des Weiteren sei angemerkt, dass bei den Auswertungen keine Nachteile für den neugestalteten Prozess herausgefunden wurden und daher folgende Auflistung gewählt wurde.

#### **5.5.2.1. Bewohnerbezogene Vorteile des neugestalteten Prozesses**

Zusammenfassend konnten aus den Befragungen und der teilnehmenden Beobachtung folgende Vorteile des neugestalteten Prozesses aus Bewohnersicht ermittelt werden.

- Krankenhausaufenthalte wegen psychiatrischer Beschwerden könnten in den meisten Fällen verhindert werden, vor allem die Einstellung auf neue Medikamente könnte durch die mobile Betreuung durch einen Psychiater abgedeckt werden
- mobiler Psychiater hat einen persönlichen Bezug zu den Bewohnern
- schnellere psychiatrische Versorgung, da der mobile Psychiater in Notfällen auch telefonisch zur Verfügung steht
- bessere und stabilere psychiatrische Versorgung
- die Bewohner müssen nicht mehr zur Praxis des Psychiaters bzw. in die psychiatrische Ambulanz fahren
- die bewohnerbezogenen Nachteile aus Punkte 5.4.2.1., wie beispielsweise die Strapazen der Fahrt, würden wegfallen, was eine Erleichterung für die Bewohner bedeuten würde

### **5.5.2.2. Mitarbeiterbezogene Vorteile des neugestalteten Prozesses**

Inhaltlich konnten aus den Befragungen und der teilnehmenden Beobachtung folgende Vorteile, für die Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen, des neugestalteten Prozesses eruiert werden:

- weniger organisatorischer Aufwand
- Zeitersparnis
- bei akuten psychiatrischen Problemen der Bewohner können die Mitarbeiter beim mobilen Psychiater entweder um eine sofortige Visite ansuchen oder sie können sich telefonisch Tipps geben lassen, was sie mit den betroffenen Bewohnern tun können, damit sich deren Zustand bessert
- zufriedenerer Bewohner verbessern das Arbeitsklima
- bessere Kommunikation zwischen Mitarbeitern und den mobilen Ärzten („man kennt sich“)

### **5.5.2.3. Ärztebezogene Vorteile des neugestalteten Prozesses**

Zusammenfassend konnten aus den Befragungen und der teilnehmenden Beobachtung folgende ärztebezogene Vorteile des neugestalteten Prozesses ermittelt werden:

- mobiler Psychiater kann mit den Mitarbeitern den Zustand des zu behandelnden Bewohners besprechen, was die Erstellung einer Diagnose vor allem bei Bewohnern mit Demenz erleichtert
- Arzt hat Zugang zum altenheimeigenen Krankenblatt des Bewohners, welches wichtige Informationen für die Erstellung der Diagnose und über den gesundheitlichen Zustand des Bewohners liefert
- Ordination wird entlastet
- leicht umsetzbar, da der Psychiater wenig/bis keine medizinischen Apparate für die Visite braucht
- Arzt kennt das Umfeld und die Umgebung der Bewohner

Abschließend führt die Autorin exemplarisch einige Aussagen der von ihr befragten Personen in Bezug auf die Vorteile des neugestalteten Prozesses an:

*„Den Bewohnern und dem Personal würde die Betreuung durch einen mobilen Psychiater nur helfen.“<sup>184</sup>*

*„Ein mobiler Psychiater ist die optimale Lösung.“<sup>185</sup>*

*„Bewohner würden der Einführung einer mobilen Betreuung durch einen Psychiater sicher positiv gegenüberstehen, da es eine zusätzliche Bezugsperson für sie wäre.“<sup>186</sup>*

*„Eine mobile Betreuung von Fachärzten im Altenheim sollte es für jeden medizinischen Spezialbereich geben, denn es funktioniert sehr gut“<sup>187</sup>*

## **5.6. Praxisanwendung der Prozesskostenrechnung**

Die bereits unter Punkt 4.4 theoretisch erläuterte Prozesskostenrechnung wird folgend für das Beispiel Hart praktisch angewandt. Durch die Berechnung der Kosten für den aktuellen und den neugestalteten Prozess anhand der Prozesskostenrechnung wird unter diesem Punkt ein Kostenvergleich der beiden Prozesse erstellt. Diese Gegenüberstellung der Kosten soll belegen, dass der neugestaltete Prozess kostengünstiger ist als der Aktuelle.

### **5.6.1. Stundensatzkalkulation**

Die Arbeitszeit der beteiligten Mitarbeiter des Alten- und Pflegeheims bei den einzelnen Prozessschritten, wurde in Zusammenarbeit mit Frau Meßlehner, erarbeitet. Am Prozess sind sowohl Wohnungsgruppenleiter als auch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger kurz DGKS/P und Fachsozialbetreuer Altenarbeit kurz FSBA beteiligt. Die für die Berechnung herangezogenen Gehälter wurden von der GD-Einstufung – Stand 1.1.2013 übernommen. Als Gehaltsgrundlage wurde die Stufe 75% angenommen, da diese laut Frau Meßlehner das Durchschnittsgehalt der einzelnen Berufsgruppen am ehesten widerspiegelt.

---

<sup>184</sup> vgl. Interview H2, am 17.07.2013.

<sup>185</sup> vgl. Interview H3, am 17.07.2013.

<sup>186</sup> vgl. Interview H3, am 17.07.2013.

<sup>187</sup> vgl. Interview L1, am 10.12.2013.

### 5.6.1.1. Tatsächliche Jahresarbeitszeit

Um die Stundensatzkalkulation so praxisgetreu wie möglich zu gestalten, wurde zuvorderst die tatsächliche Jahresarbeitszeit der Mitarbeiter eruiert. Nach den Erfahrungswerten von Frau Meßlehner werden folgende Werte für die Errechnung der tatsächlichen Jahresarbeitszeit angenommen:

- Urlaubsdauer 5 Wochen
- Krankenstandsdauer 2 Wochen
- Weiterbildungsdauer 0,5 Wochen
- sonstige Verhinderungen 0,8 Wochen

Einen Wert für Feiertage gib es in dieser Rechnung nicht, da Feiertage für pflegende Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen grundsätzlich nicht arbeitsfrei sind. Auf das Einrechnen von Feiertagszuschlägen wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet.

Anhand der angeführten Durchschnittswerte wurde die tatsächliche Jahresarbeitszeit in Wochen je Mitarbeiter nach dem Berechnungsschema aus dem Skriptum „Kosten- und Leistungsrechnung“ von Furtner und Lumplecker (2013) ermittelt.<sup>188</sup>

Jahresarbeitszeit GESAMT (in Wochen)	52
- Urlaub	- 5
- Krankenstand	- 2
- Weiterbildung	- 0,5
- sonstige Verhinderungen	- 0,8
<b>=tatsächliche Jahresarbeitszeit</b>	<b>43,7</b>

Anhand der tatsächlichen Jahresarbeitszeit wird im nächsten Schritt die Stundensatzkalkulation für die einzelnen Berufsgruppen bei einer 40-Stunden-Woche, mit einem Prozentsatz für den Dienstgeberanteil von 33% (inklusive 21,82% Sozialversicherungsbeitrag, entnommen von der Homepage der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse<sup>189</sup>), mit Lohnnebenkosten von 11% und mit 14 Bruttomonatsgehältern (12 Monatsgehälter inkl. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) nach oben angeführtem Berechnungsschema vorgenommen.<sup>190</sup>

<sup>188</sup> vgl. Furtner / Lumplecker (2013), 17f.

<sup>189</sup> vgl. Furtner / Lumplecker (2013), 18f.

<sup>190</sup> vgl. OÖGKK (2014).

#### 5.6.1.2. Stundensatzkalkulation Wohngruppenleitung

Bruttojahresgehalt (€ 1.679,48 x 14)	€ 23.512,72
+ Dienstgeberanteil (33%)	€ 7.759,20
= Jahresgehalt	€ 31.271,92
/ tatsächliche Jahresarbeitszeit in Wochen	43,70
= Gehalt pro Woche	€ 715,60
/ gearbeitet Stunden pro Woche	40
= Gehalt pro Stunde	€ 17,89
/ 60 (Minuten)	60
<b>=Gehalt pro Minute</b>	<b>€ 0,30</b>

#### 5.6.1.3. Stundensatzkalkulation DGKS/P

Bruttojahresgehalt (€ 1.587,60 x 14)	€ 22.226,40
+ Dienstgeberanteil (33%)	€ 7.334,71
= Jahresgehalt	€ 29.561,11
/ tatsächliche Jahresarbeitszeit in Wochen	43,70
= Gehalt pro Woche	€ 676,46
/ gearbeitet Stunden pro Woche	40
= Gehalt pro Stunde	€ 16,91
/ 60 (Minuten)	60
<b>=Gehalt pro Minute</b>	<b>€ 0,28</b>

#### 5.6.1.4. Stundensatzkalkulation FSBA

Bruttojahresgehalt (€ 1.472,48 x 14)	€ 20.614,72
+ Dienstgeberanteil (33%)	€ 6.802,86
= Jahresgehalt	€ 27.417,58
/ tatsächliche Jahresarbeitszeit in Wochen	43,70
= Gehalt pro Woche	€ 627,40
/ gearbeitet Stunden pro Woche	40
= Gehalt pro Stunde	€ 15,69
/ 60 (Minuten)	60
<b>=Gehalt pro Minute</b>	<b>€ 0,26</b>

### 5.6.2. Ergebnis der Prozesskostenrechnung

Anhand des Minutengehalts der einzelnen im Alten- und Pflegeheim am Prozess beteiligten Berufsgruppen wird nun im letzten Schritt die Prozesskostenrechnung erstellt.

Die benötigte Arbeitszeit je Mitarbeiter für die einzelnen Prozessschritte wurde in Zusammenarbeit mit Frau Meßlehner erarbeitet. Die Kosten für Visite und Diagnose durch Psychiater und Hausärzte, für die Fahrt mit der Rettung und für das amtliche Kilomergeld bei der mobilen Betreuung von Ärzten, hat die Autorin durch ein Experteninterview mit einem Mitarbeiter der OÖGKK (zuständig für die Verrechnung und Abrechnung mit Ärzten) erhalten. Diese Kostensätze sind auf zwei Kommastellen gerundet:

- Honorar für die Untersuchung durch einen Vertragsarzt (u.a. Psychiatern und Hausärzte) beträgt € 26,92
- Honorar für die erste Visite eines Vertragsarzt in Alten- und Pflegeheimen beträgt € 28,81, für jede weitere am selben Tag zu behandelnde Person im Alten- und Pflegeheim erhält der Vertragsarzt einen Zuschlag von € 6,48
- Amtliches Kilomergeld je Kilometer beträgt € 0,42
- Fahrt mit der Rettung (einfache Strecke) kostet € 33,20

Für die Berechnung des Kilomergeldes bei einer Behandlung durch einen Hausarzt wurde exemplarisch die Entfernung zu einer Hausarztpraxis, welche sich einen Kilometer vom Bezirksaltenheim Hart entfernt befindet, herangezogen. Für die Berechnung der Fahrtkosten in Bezug auf die psychiatrische Behandlung, wurde für diese Arbeit exemplarisch die Entfernung zwischen dem Bezirksaltenheim Hart und der Praxis einer in der Nähe angesiedelten Psychiaterin angenommen, welche fünf Kilometer beträgt.

Bei einer Visite in Alten- und Pflegeheimen werden laut Frau Meßlehner im Durchschnitt zehn Bewohner betreut, nur in Ausnahmesituationen wird eine Akutvisite für einzelne Bewohner durchgeführt. Aus diesem Grund wurden für die Berechnung des neugestalteten Prozesses die Kosten für zehn Bewohner herangezogen. Um die Berechnungen für den neugestalteten Prozess mit den Berechnungen für den

aktuellen Prozess vergleichbar zu machen, galt es auch hier die Kosten für zehn Bewohner anzunehmen. Da nach den Aussagen von Frau Meßlehner jedoch mindestens jede zehnte Fahrt sinnlos (Arzt konnte beispielsweise keine Diagnose erstellen) ist, nimmt die Autorin beim aktuellen Prozess eine Leerfahrt in die Berechnung auf, was folglich eine Summierung der Kosten für zehn Bewohner für elf Fahrten ist.

#### 5.6.2.1. Prozesskostenrechnung aktueller Prozess

Die nun folgende Tabelle stellt die Prozesskostenrechnung für den aktuellen Prozess dar. Die Prozessschritte wurden stichwortartig von Abschnitt 5.4.1. übernommen.

Prozessschritt	Rechenweg	Kosten
1. MA (DGKS/P) organisiert Hausarztvisite	1 min * 11 * € 0,28	€ 3,08
2. Visite Hausarzt (inklusive Kilometergeld)	(1 km * € 0,42) + (11 * € 26,92) + € 28,81 + (10 * € 6,48)	€ 390,15
3. MA (Wohngruppenleitung) begleitet den Hausarzt bei der Visite	10 min * 11 * € 0,30	€ 33,00
4. MA (DGKS/P) macht einen Termin beim Psychiater aus	10 min * 11 * € 0,28	€ 30,80
5. MA (DGKS/P) bereitet die Unterlagen vor	15 min * 11 * € 0,28	€ 46,20
6. Fertigmachen des Bewohners (FSBA) für die Fahrt	15 min * 11 * € 0,26	€ 42,90
7. Fahrt mit der Rettung zum Psychiater	11 * € 33,20	€ 365,20
8. Behandlung durch den Psychiater	11 * € 26,92	€ 296,12
9. Fahrt mit Rettung zurück zum Altenheim	11 * € 33,20	€ 365,20
10. Ausarbeitung der Unterlagen durch MA (DGKS/P)	15 min * 11 * € 0,28	€ 46,20
<b>Summe Kosten des aktuellen Prozesses für 10 Bewohner</b>		<b>€ 1.618,85</b>
<b>Kosten des neugestalteten Prozesses je Bewohner</b>		<b>€ 161,89</b>

### 5.6.2.2. Prozesskostenrechnung neugestalteter Prozess

Die nun folgende Tabelle stellt die Prozesskostenrechnung für den neugestalteten Prozess dar. Die Prozessschritte wurden stichwortartig von Abschnitt 5.5.1. übernommen.

Prozessschritt	Rechenweg	Kosten
1. MA (DGKS/P) organisiert Hausarztvisite	1 min * 10 * € 0,28	€ 2,80
2. Visite Hausarzt (inklusive Kilometergelt)	(1 km * € 0,42) + (10 * € 26,92) + € 28,81 + (9 * € 6,48)	€ 356,75
3. MA (Wohngruppenleitung) begleitet den Hausarzt bei der Visite	10 min * 10 * € 0,30	€ 30,00
4. MA (DGKS/P) macht einen Termin beim Psychiater aus	1 min * 10 * € 0,28	€ 2,80
5. MA (DGKS/P) erstellt Liste für Visite des Psychiater	1 min * 10 * € 0,28	€ 2,80
6. Behandlung durch den Psychiater (inklusive Kilometergeld)	(5 km * 0,42) + (10 * € 26,92) + € 28,81 + (9 * € 6,48)	€ 358,43
7. MA (Wohngruppenleitung) begleitet den Psychiater bei der Visite	10 min * 10 * € 0,30	€ 30,00
8. Ausarbeitung der Unterlagen durch MA (DGKS/P)	15 min * 10 * 0,28	€ 42,00
<b>Summe Kosten des neugestalteten Prozesses für 10 Bewohner</b>		<b>€ 825,58</b>
<b>Kosten des neugestalteten Prozesses je Bewohner</b>		<b>€ 82,56</b>



### 5.6.3. Grafische Darstellung der Kosten

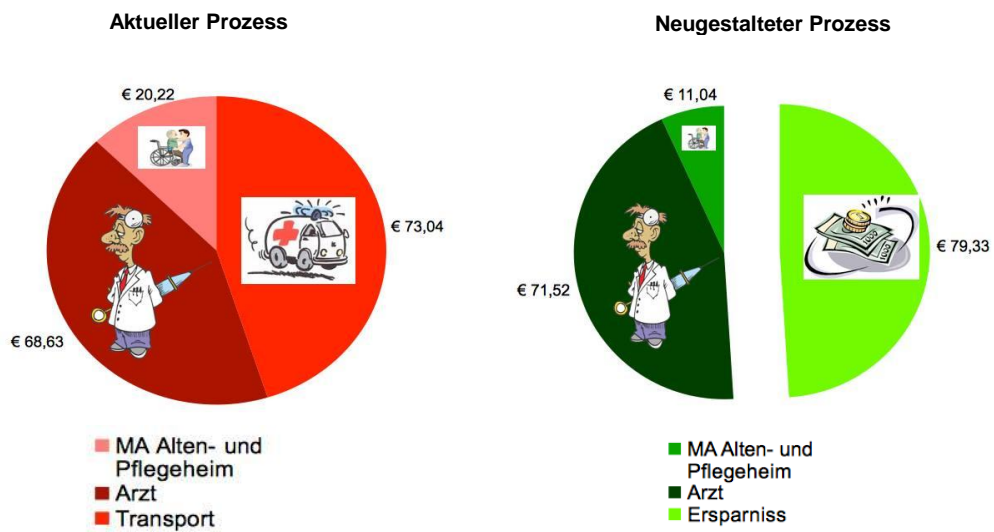


Abbildung 8: Kostenaufstellung des aktuellen (links) und des neugestalteten Prozesses (links)<sup>191</sup>

Diese Kostenaufstellung zeigt, dass der neugestaltete Prozess halb so viel kostet wie der Aktuelle. Umgelegt auf das Beispiel des Bezirksaltenheims Hart, welches jährlich rund 30 geplante Fahrten zu psychiatrischen Facharztpraxen bzw. Ambulanzen verzeichnet, bedeutet das ein jährliches Ersparnis von € 2.380. Die ungeplanten Fahrten konnten mangels Verfügbarkeit der diesbezüglichen Daten nicht erhoben werden.

Der neugestaltete Prozess weist ein weiteres - Potential, das der Zeitersparnis der Mitarbeiter - auf. So fällt der erhöhte Betreuungsaufwand, welcher sich durch den Zustand der Bewohner nach der Fahrt( sind verwirrt, benötigen mehr Aufmerksamkeit), ergibt, weg.

<sup>191</sup> Abb. Eigene Darstellung (2014).

## 6. Resümee

Diese Arbeit belegt, dass im Vergleich zur aktuell angebotenen Leistung durch den neugestalteten Prozess der mobilen Betreuung durch einen Psychiater in Alten- und Pflegeheimen, eine Leistung von höherer Qualität zu einem geringeren Preis angeboten werden kann.

Aufgrund der Überalterung in unserer Gesellschaft und den damit verbundenen Herausforderungen, ist es unumgänglich neue Konzepte und Strategien für die Versorgung alter Menschen zu entwickeln. Im *Kapitel 2* wurden vor allem Zahlen und Fakten in Bezug auf die aktuelle Situation im geriatrischen Bereich erläutert, welche die Notwendigkeit von Prozessoptimierung im Bereich der Altenpflege und -betreuung unterstreicht. Des Weiteren wurde das Thema Demenz aufgegriffen, um eines der zentralen Krankheitsbilder der am aktuellen Prozess beteiligten Bewohner zu definieren und aufzuzeigen, dass Personen mit Demenz nicht in der Lage sind an diesem Prozess teilzunehmen.

Aus der Analyse des aktuellen Prozesses geht hervor, dass dessen Qualität nicht den Anforderungen der Kunden gerecht wird, da er nicht an deren Bedürfnissen ausgerichtet ist. Diese Schlussfolgerung stützt sich auf die theoretischen Ausführungen aus *Kapitel 3*. Vor allem der Einbezug des externen Faktors bei Dienstleistungen kann von Menschen mit Demenz ohne Unterstützung durch Dritte nicht erfüllt werden. Bei der Neumodellierung des Prozesses wurden die Dimensionen der Dienstleistungsqualität und das Fallbeispiel GEKO (*Kapitel 5*), einbezogen. Dadurch wurde der neugestaltete Prozess im Vergleich zum Aktuellen sowohl in der Struktur als auch in der Prozessdimension verbessert und führt zu einem bessern Ergebnis im Sinne der Kundenorientierung.

Die Arten und Eigenschaften von Prozessen wurden im *Kapitel 4* erörtert. Diese Informationen dienen als Basis für die Prozesskostenrechnung, welche in jenem Kapitel theoretisch erläutert wurde. Die Prozesskostenrechnung wurde als Instrument zur Bewertung der Kosten für den aktuellen und neugestalteten Prozess herangezogen, da diese im Gegensatz zur klassisch Kostenrechnung eine realistische Abbildung der Kosten erlaubt.

Im „Praxisbeispiel Hart“, welches in *Kapitel 5* dargestellt wird, wurden einerseits die theoretischen Aspekte aus den vorhergehenden Kapiteln, praktisch umgesetzt und andererseits wurden auf die in der Einleitung formulierten Zielsetzungen eingegangen. Durch die Erhebung des aktuellen Prozesses wurden die damit verbundenen Probleme für die beteiligten Personengruppen ersichtlich. Obwohl der aktuelle Prozess in der Vergangenheit bereits optimiert worden ist, konnten die damit verbundenen Probleme nicht vollständig behoben werden. Aus diesem Grund wurde im Rahmen dieser Forschung eine Neugestaltung vorgenommen.

Im Rahmen dieser Neumodellierung wurden die, anhand der Analyse des aktuellen Prozesses, aufgezeigten Nachteile hinsichtlich Kundenorientierung der beteiligten Personengruppen aus dem Prozess eliminiert. Nachfolgend wurden diese durch kundenorientiertere Praktiken ersetzt.

Zusätzlich wurde eine Prozesskostenrechnung für beide Prozesse erstellt und diese gegenübergestellt. Die daraus erhaltenen Ergebnisse belegen, dass der neugestaltete Prozess aus Sicht der daran beteiligten Personengruppen attraktiver und kostengünstiger ist. Der aktuelle Prozess kostet je Bewohner € 161,89, der neugestaltete Prozess kostet je Bewohner € 82,56. Dies ergibt im Vergleich zum aktuellen Prozess eine Einsparung von € 79,33 je Bewohner. Der neugestaltete Prozess verursacht daher ca. 51% der Kosten des Aktuellen. Dieses Ergebnis ist im Hinblick auf die Zielsetzung der Arbeit und die praktische Umsetzbarkeit vorteilhaft, da dadurch belegt werden kann, dass die im Laufe des Projektes gesammelten Argumente der Mitarbeiter und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen für den neugestalteten Prozess auch wirtschaftliche Vorteile bringen, was für eine praktische Umsetzung des Projektes essentiell ist.

Mit dem vorliegenden Projekt soll der Anstoß für eine mobile Betreuung in Alten- und Pflegeheimen gegeben werden, was durch die verbesserte Kundenorientierung der neugestalteten Prozesses einerseits und die Kostenersparnis andererseits begründet werden kann. Ein erster Schritt zur Umsetzung dieser Forschung wurde bereits gesetzt, da die Autorin die Ergebnisse dieses Projekts bei der OÖGKK präsentiert hat.

# Literaturverzeichnis

## Bücher und Fachbeiträge

- Allweyer**, Thomas: Geschäftsprozessmanagement. Strategie, Entwurf, Implementierung, Controlling, Herdeckt 2005
- Andeßner**, René Clemens / **Stötzer** Sandra: Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre, FH OÖ Skriptum, Linz 2013
- Becker**, Jörg / **Kahn**, Dieter: Der Prozess im Fokus, in: Becker, Jörg u.a. (Hrsg.): Prozessmanagement. Ein Leitfaden zur prozessorientierten Organisationsgestaltung, 7. Auflage, Berlin Heidelberg 2012
- Benes**, Geor M. E. / **Groh**, Peter E.: Grundlagen des Qualitätsmanagements, München 2011
- Bieger**, Thomas: Dienstleistungsprozesse im Modell – Von Service Blueprint, in: Fueglistaller, Urs (Hrsg.): Dienstleistungskompetenz. Strategische Differenzierung durch konsequente Kundenorientierung, Zürich, 2008, 141-157
- Bowlby Sifton**, Carol: Das Demenz-Buch. Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten, (Hrsg.): Rüsing, Detlef, Bern 2008
- Bruhn** Manfred: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement. Grundlagen, Konzepte, Methoden, 9. Auflage, Berlin Heidelberg 2013
- ISO 9004**: 2009, in Deutsches Institut für Normierung e.V. (Hrsg.): DIN EN ISO 9001: 2009, Leiten und Lenken für den nachhaltigen Erfolg einer Organisation – Ein Qualitätsmanagementansatz, Berlin 2009
- Ehrmann**, Harald: Kompakt-Training. Balanced Scorecard, 4. Auflage, Ludwigshafen 2007
- Furtner**, Sabine / **Lumplecker**, Elke: Kosten- und Leistungsrechnung, FH OÖ Skriptum, Linz 2013
- Gatterer**, Gerald: Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, 2. Auflage, Wien 2007
- Griga**, Michael / **Kosiol** Arthur / **Krauleidis** Raymund: Controlling für Dummies, 2. erweiterte und aktualisierte Auflage, Weinheim 2011

- Grond**, Erich: Die Pflege verwirrter und dementer alter Menschen. Demenzkranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander, Freiburg im Breisgau 2009
- Haller**, Sabine: Dienstleistungsmanagement. Grundlagen, Konzepte, Instrumente, 5. Auflage, Wiesbaden 2012
- Haeske-Seeberger**, Heidemarie: Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Strategie, Analyse, Konzept, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2008
- Hauke**, Eugen / **Holzer**, Elke / **Reich**, Martin: Controlling. Ein Managementinstrument für die erfolgreiche Steuerung von Gesundheitsbetrieben, Wien 2010
- Jones**, Daniel T., **Womack**, James P.: Lean Consumption, in: Harvard Business manager, Juni/2005, 21-34
- Kleinaltenkamp**, Michael: Service-Blueprinting - Nicht ohne einen Kunden. Ein Instrument zur Steigerung der Effektivität und der Effizienz von Dienstleistungsprozessen, in: Technischer Vertrieb, 2/1999, 33-39
- Klotz**, Johannes: Steigende Lebenserwartung – länger gesund oder krank, in: Pinter, Georg u.a. (Hrsg.): Geriatrische Notfallversorgung. Strategie und Konzept, Wien 2013
- Meffert**, Heribert / **Bruhn**, Manfred: Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden, Wiesbaden 2009
- Peemöller**, Volker H.: Controlling. Grundlagen und Einsatzgebiete, 5. Auflage, Herne/Berlin 2005
- Piechotta**, Beatrice: Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen, Berlin 2008
- Preißner**, Andreas: Praxiswissen Controlling. Grundlagen, Werkzeuge, Anwendungen, 6. Auflage, München 2010
- Schippinger**, Walter u.a.: Geriatrischer Konsiliardienst - GEKO, in: Pinter, Georg u.a. (Hrsg.): Geriatrische Notfallversorgung. Strategie und Konzept, Wien 2013
- Schippinger**, Walter. u.a., Mobiler geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime – Untersuchung der Effektivität eines internistisch-fachärztlichen Konsiliardienstes zur medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 8/2012, 735 - 741

**Schmelzer**, Hermann J. / **Sesselmann**, Wolfgang: Geschäftsprozessmanagement in der Praxis. Kunden zufriedenstellen, Produktivität steigern, Wert erhöhen, 7. überarbeitete und erweiterte Auflage, München 2010

**Staud**, Josef L.: Geschäftsprozessanalyse: Ergebnisgesteuerte Prozessketten und objektorientierte Geschäftsprozessmodellierung für Betriebswirtschaftliche Standardsoftware, 3. Auflage, Berlin Heidelberg 2006.

**Weigert**, Johann: Der Weg zum leistungsstraken Qualitätsmanagementsystem. Ein praktischer Leitfaden für die ambulant, teil- und vollstationäre Pflege, Hannover, 2004

**Womack**, James P. / **Jones**, Daniel T.: Lean Consumption, in: Harvard Business manager, Juni/2005, 21-34

**Zapp**, Winfried / **Dorenkamp**, Annette: Anwendungsorientierte Prozessgestaltung im Krankenhaus – Bericht über ein Forschungsprojekt, in: Zapp, Winfried (Hrsg.): Prozessgestaltung im Krankenhaus, Heidelberg 2002, 1-136.

**Zollondz** Hans-Dieter: Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme, 2. Auflage, München 2006

## Internetquellen

**Amt der Oberösterreichischen Landesregierung. Direktion für Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales:** Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich. Bericht, Entwicklung November 1994 bis Jänner 2011, Linz 2012, [http://www.landoberoesterreich.gv.at/files/publikationen/so\\_apb\\_bericht2011.pdf](http://www.landoberoesterreich.gv.at/files/publikationen/so_apb_bericht2011.pdf) (Stand: 23.06.2014)

**Bamberger**, Stefan: Holocaust und Lebenslauf: Autobiografisch-narrative Interviews mit Überlebenden des Konzentrationslagers Theresienstadt, Uni Heidelberg, Dissertation, Heidelberg 2006, [http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/7789/16/7\\_Das\\_narrative\\_Interview.pdf](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/7789/16/7_Das_narrative_Interview.pdf) (Stand 24.07.2014)

**Bundeskanzleramt:** Allgemeines zum Thema Pflegende Angehörige, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360524.html> (Stand: 23.06.2014)

**Bundesministerium für Alter, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK):** Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Wien 2012,

[http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/7/6/CH2229/CMS1218014040042/bundesseniorenplan\\_kompl.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/7/6/CH2229/CMS1218014040042/bundesseniorenplan_kompl.pdf) (Stand: 23.06.2014)

**Gabler Wirtschaftslexikon (2014b):** Definition Lean Produktion,  
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/lean-production.html> (Stand 22.07.2014)

**Gabler Wirtschaftslexikon (2014a):** Definition Prozess,  
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/prozess.html> (Stand 15.01.2014)

**Gleichweit, Sonja / Rossa, Martina:** Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung, (Hrsg.): Wiener Gebietskrankenkasse, Wien 2009,  
<http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/content/contentWindow?&contentid=10008.595154&action=b&cacheability=PAGE&version=1391231137> (Stand 23.06.2014)

**Hafner, Nils:** Lean Consumption – Kundenbedürfnisse verstehen und in Unternehmensprozesse umsetzen, in: PIDAS, 2/2005, 1-2, <http://www.marketing-boerse.de/tools/download/?type=article&id=278> (Stand 22.07.2014)

**Halbmayer, Ernst / Salat, Jana:** Qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie. (Hrsg.): Universität Wien,  
<http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-46.html> (Stand 24.07.2014)

**Institut für Medien und Bildundtechnologien der Universität Augsburg:** Narratives Interview, <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/512> (Stand 24.07.2014)

**Kocina, Erich / Bayrhammer, Bernadette:** Engpass bei Altenpflege droht, in Die Presse, 04.07.2014, <http://diepresse.com/home/99ideen/3833166/Engpass-bei-Altenpflege-droht?from=suche.intern.portal> (Stand 11.06.2014)

**Meurer, Elke:** Projektmanagement, Qualitätsmanagement, 2011,  
<http://blog.emeurer.com/2011/02/die-pizza-im-prozess/> (Stand 04.10.2014)

**MT1b:** Prozessbeschreibungen, 2011,  
<http://mt2011.npage.de/qmh/forderungen.html> (Stand 22.08.2013)

**Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs:** Menschen mit Demenz verstehen, 2012, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/demenz-betroffene-verstehen.html> (Stand 25.06.2014)

**OÖGKK:** Beitragssätze. Beiträge und Umlagen in Prozent,

[http://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=6&p\\_menuid=2778&action=2&p\\_pubid=77581](http://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=6&p_menuid=2778&action=2&p_pubid=77581) (Stand 20.01.2014)

**Sozialhilfeverband:** Alten- und Pflegeheime, <http://shv.at/gs/05aph.php> (Stand 19.02.2014)

**Sozialhilfeverband Linz-Land (2014a):** Bezirksaltenheim Hart:

<http://www.shvll.at/heim5/index.php> (Stand 19.02.2014)

**Sozialhilfeverband Linz-Land (2014c):** Sonstige,

<http://www.shvll.at/heim5/02sonstiges.php> (Stand 19.02.2014)

**Sozialhilfeverband Linz-Land (2014b):** Wohnen,

<http://www.shvll.at/heim5/02wohnen.php> (Stand 19.02.2014)

**Statistik Austria (2014a):** Bevölkerung nach Alter und Geschlecht,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/) (Stand 19.06.2014)

**Statistik Austria (2014b):** Bundespflegegeld,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundespflegegeld/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html) (Stand 23.06.2014)

**Statistik Austria (2014c):** Demographische Indikatoren,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_indikatoren/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html) (Stand 23.04.2013)

**Statistik Austria (2014d):** Sterbetafel,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/sterbetafeln/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbetafeln/index.html)  
(Stand 23.03.2014)

**Wirtschaftslexikon 24 (2014a):** Kernprozesse,

<http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/kernprozess/kernprozess.htm> (Stand 22.08.2014)

**Wirtschaftslexikon 24 (2014c):** Managementprozesse,

<http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/managementprozess/managementprozess.htm> (Stand 05.09.2014)

**Wirtschaftslexikon 24 (2014b):** Supportprozesse,

<http://www.wirtschaftslexikon24.com/e/supportprozess/supportprozess.htm>  
(Stand 05.09.2014)



# Anhang

<p><b>Projektvertrag</b>          Mobiler Neurologe/Psychiater für das Altenpflegeheim</p>
--

<b>Zeitliche Abgrenzung</b>	
<b>Beginn:</b> Juli 2013	<b>Ende:</b> Oktober 2013
<b>Startereignis:</b> Vertragsunterzeichnung	<b>Endereignis:</b> Vorstellen des Projektes beim SHV Linz-Land
<p><b>Vorprojektphase (Ausgangssituation)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstkontakt mit Frau Aumayr und Frau Meßlehner</li> <li>• Problem wurde geschildert: Bewohner müssen oft wegen neurologischen/psychiatrischen Erkrankungen zur Ambulanz gebracht werden, was eine große physische und psychische Belastung für sie ist. Es dauert oft Tage bis sich die Bewohner davon erholen haben.</li> <li>• Überlegung ob etwas gespart werden kann, wenn ein mobiler Neurologe/Psychiater ins Altenpflegeheim kommt</li> </ul>	
<p><b>Erwartungen an die Nachprojektphase (Folgeaktivitäten und –projekte)</b>            Projekt soll umgesetzt werden – regelmäßige Visiten eines Neurologen/Psychiater im Altenpflegeheim.</p>	

<b>Sachliche Abgrenzung</b>	
<p><b>Projekthauptziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Belegen der Vorteile, wenn ein Neurologe/Psychiater regelmäßige Visiten im Altenpflegeheim macht.</li> <li>• Steigerung des Wohlbefindens der Bewohner im Altenpflegeheim</li> <li>• Sparpotential aufzeigen</li> </ul>	
<p><b>Projektnebenziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trend der mobilen Fachärzte aufzeigen (u.a. Politik)</li> </ul>	
<p><b>Hauptaufgaben (Meilensteine):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationssammlung im APH – u.a. wie viele Betroffene im letzten Jahr (%-Sätze), wie laufen die Fahrten zur Ambulanz ab, usw.</li> <li>• Prozess im APH selbst anschauen und dokumentieren (selbst mitfahren – einmal mit Bewohner der besser mit der Situation umgehen kann und einmal mit Bewohner den die Situation mehr fordert/überfordert)</li> <li>• Informationssammlung in einem weiteren APH des SHV Linz-Land (ist die Situation am Land anders?)</li> <li>• Informationen darüber sammeln wie sich die MA des APH die Organisation der mobilen Fachärzte vorstellen</li> <li>• Fragenkatalog für die Befragung der Ärzte erstellen</li> <li>• Befragung der Ärzte (5 im APH tätige Hausärzte, mobilen</li> </ul>	<p><b>Termine:</b> ab KW 28</p>

Zahnarzt, mobilen Neurologen) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung eines Ergebnisprotokolls der Ärztebefragung</li> <li>• Informationen von der GKK einholen bzgl. rechtlicher Grundlagen für mobile Fachärzte und Honorarnoten</li> <li>• Ist-Kosten-Analyse</li> <li>• Errechnung der Zielkosten</li> <li>• Gegenüberstellung der Ist- und Ziel-Kosten</li> <li>• Ermittlung des S-ROI des Projektes (Wirkungsorientierung)</li> <li>• Endpräsentation des Projektes</li> </ul>	ab KW 38
<b>Kritische Erfolgsfaktoren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit mit GKK und Hausärzte der Bewohner</li> </ul>	
<b>Nutzen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlastung der Mitarbeiter (da Bewohner nach dem Ambulanzbesuch oft desorientiert sind, was einen zusätzlichen Pflege-/Aufmerksamkeitsbedarf der Bewohner verursacht)</li> <li>• Weniger Strapazen für die Bewohner, da ihnen das Fahren in die Ambulanz und dadurch entstanden Belastungen erspart bleiben</li> </ul>	
<b>Nicht-Ziele des Projekts:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehrarbeit für die Mitarbeiter (durch den mobilen Neurologen/Psychiater)</li> <li>• Soll kein Projekt für GKK sein, sondern für die Bewohner</li> <li>• Befugnisse ändern (Hausarzt soll keine neurologischen Aufgaben bekommen)</li> </ul>	

<b>Soziale Abgrenzung</b>	
<b>Projektauftraggeber:</b> SHV Linz-Land Renate Aumayr	<b>Projektbeauftragter:</b> Marlene Knogler
<b>Projektrelevante Umwelten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachhochschule Campus Linz</li> <li>• Bezirksaltenheim Hart</li> <li>• Bezirksseniorenheim Neuhofen/Hörsching</li> <li>• GKK</li> <li>• Ordination div. Haus- und Fachärzte</li> <li>• Privater Arbeitsplatz</li> </ul>	

## **Interviewleitfaden für die Mitarbeiterbefragung**

1. Wie läuft der Prozess ab, wenn die Bewohner zur psychiatrischen Ambulanz fahren?
2. Wie lange dauert der Prozess (inkl. Vor- und Nacharbeiten)?
3. Wie viele Personen sind am Prozess beteiligt?
4. Wie oft sind die Bewohner im letzten Jahr zur Ambulanz gefahren?
5. Welche Nachteile des aktuellen Prozesses sehen Sie für die beteiligten Personengruppen?
6. Wie geht es den Bewohnern nach der Ambulanz?
7. Sind auch nicht demente Bewohner betroffen?
8. Welche Vorteile sehen Sie für die beteiligten Personengruppen in Bezug auf eine mobile Betreuung durch einen Psychiater?
9. Wie stellen Sie sich die optimale Lösung bezüglich mobilen Psychiaters vor?
10. Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Fragen an die Ärzte?

## **Interviewleitfaden für die Bewohnerbefragung**

1. Wie läuft der Prozess ab? (Vorbereitung – Hinfahrt zur Ambulanz – Aufenthalt in der Ambulanz – Rückfahrt zum Altenheim)
2. Wie lange dauert der ganze Prozess?
3. Wie geht es Ihnen beim Prozess? (Bedingungen in der Ambulanz – Fahrt usw.)
4. Wie geht es Ihnen danach?
5. Würden Sie lieber im Heim von einem mobilen Psychiater behandelt werden? Warum?
6. Wie stellen Sie sich die optimale Lösung bezüglich eines mobilen Psychiaters vor?

## Interviewleitfaden für Psychiater

1. Wie läuft der Prozess im Alten- und Pflegeheim ab, wenn Sie dort die mobile Betreuung machen?
2. Welche Personen sind an diesem Prozess beteiligt?
3. Wie lange dauert der Prozess pro Patient durchschnittlich für Sie?
4. Wie viele Patienten behandeln Sie im Durchschnitt pro Fahrt ins Alten- und Pflegeheim?
5. Wie bzw. mit wem wird die Fahrt abgerechnet?
6. Was sehen Sie als Vorteile des Systems der mobilen Betreuung für die Bewohner?
7. Gibt es Ihrer Meinung nach auch Nachteile des Systems? Für die Bewohner?
8. Sind Sie der Meinung, dass stationäre Aufenthalte durch die mobile Betreuung verringert bzw. verhindert werden können?
9. Welche Dokumente der Bewohner schauen sie sich im Alten- und Pflegeheim an?
10. Ist es Ihrer Meinung nach von Vorteil, dass Sie der mobilen Betreuung auch mit den Mitarbeitern des Alten- und Pflegeheimes über den Zustand der Patienten reden können?
11. Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den Hausärzten im Alten- und Pflegeheimen? Was sind Gründe warum es gut bzw. weniger gut funktioniert?
12. Welche negativen Auswirkungen kann eine Fahrt zur Ambulanz für die Bewohner haben?
13. Würden Sie das System weiterempfehlen? Warum?

## Interviewleitfaden für die Ärztebefragung

1. Wie gestaltet sich der Ablauf bei der mobilen Betreuung von der Vorbereitung bis zu den Nacharbeiten?
2. Wie lange dauert dieser Ablauf im Durchschnitt je Patient bzw. für alle Patienten?
3. Welche Rahmenbedingungen und Patientenaufzeichnungen benötigen Sie, um in der mobilen Betreuung gut arbeiten zu können?
4. Sind Sie der Meinung, dass eine Fahrt zur Ambulanz und in weiterer Folge auch der Aufenthalt in der Ambulanz für demente PatientInnen eine Überforderung bzw. eine Gefahr darstellt? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
5. Was können Ihrer Meinung nach mögliche Folgen einer solchen Fahrt bzw. eines Aufenthalts in der Ambulanz für die physische und psychische Gesundheit der PatientInnen sein?
6. Finden Sie es sinnvoll/zweckmäßig wenn tee PatientInnen alleine in die Ambulanz fahren? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
7. Wie stellen Sie sich die optimale Lösung bezüglich der mobilen Betreuung durch PsychologInnen für die PatientInnen vor?
8. Würde es Ihrer Meinung nach weniger Krankenhausaufenthalte geben, wenn mehr FachärztInnen mobil in Alten- und Pflegeheime kommen würden? Bitte begründen Sie Ihre Antwort.
9. Gibt es Umstände, die dazu führen, dass die mobile Betreuung für ÄrztInnen nicht attraktiv ist, um welche handelt es sich bzw. welche Bedingungen wären notwendig, damit eine Besserung eintreten kann?
10. Kennen Sie noch weitere Projekte oder Arbeiten, die sich mit dem Thema der mobilen Betreuung durch ÄrztInnen in Alten- und Pflegeheimen beschäftigen?

## **Interviewleitfaden die Befragung der Pflegedienstleiterinnen**

1. Wie läuft es für die mobile Betreuung durch den Psychiater für die beteiligten Personengruppen ab? (Prozess beschreiben)
2. Wie lange dauert die mobile Betreuung des Psychiaters pro Bewohner im Durchschnitt?
3. Gibt es trotzdem noch Fahrten in die psychiatrische Ambulanz? Wenn Ja wie oft und warum?
4. Haben sich die Krankenhausaufenthalte der Bewohner wegen psychiatrischer Probleme durch die mobile Betreuung der Neurologin minimiert?
5. Können Einstellungen auf neue Medikamente durch den mobilen Psychiater abgedeckt werden? (früher KH-Aufenthalt)
6. Wie funktioniert die Abrechnung dieses mobilen Dienstes?
7. Was sehen Sie als Vorteile dieser mobilen Betreuung?
8. Was hat sich durch die mobile Betreuung des Psychiaters für die Bewohner verbessert (verschlechtert), was für die Mitarbeiter?
9. Welche Rahmenbedingungen sind notwendig, damit die Zusammenarbeit mit der mobilen Neurologin gut funktioniert?

## **Interviewleitfaden für die Angehörigenbefragung**

1. Wie gestaltet sich der Ablauf wenn Sie mit Ihrer Angehörigen zur psychiatrischen Ambulanz bzw. zur Praxis eines Psychiaters fahren?
2. Wie lange dauert dieser Ablauf im Durchschnitt?
3. Wie geht es Ihrer Angehörigen bei der Fahrt und in der Ambulanz bzw. wie sind die Bedingungen?
4. Glauben Sie, dass die Fahrt und der Aufenthalt in der Ambulanz für ihre Angehörige ohne Ihre Begleitung schaffbar sind? Bitte begründen Sie Ihrer Antwort.
5. Wie schätzen sie den Zustand Ihrer Angehörigen nach der Fahrt ein?
6. Wie stellen Sie sich die optimale Lösung bezüglich eines mobilen Psychiaters für Ihre Angehörige vor?