ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Curtius, Bernd

Book

Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen: Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile

Hamburger Schriften zur Marketingforschung, No. 10

Provided in Cooperation with:
Rainer Hampp Verlag

Suggested Citation: Curtius, Bernd (1999) : Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen: Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile, Hamburger Schriften zur Marketingforschung, No. 10, ISBN 3-87988-360-2, Rainer Hampp Verlag, München und Mering

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/116887

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Hamburger Schriften zur Marketingforschung

Michael Zerres (Hg.)

Bernd Curtius

Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen

Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile

A 220429

Rainer Hampp Verlag

EIGENTUM
DES
INSTITUTS
FÜR
WELTWIRTSCHAFT
KIEL
BIBLIOTHEK

Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen

HAMBURGER SCHRIFTEN ZUR MARKETINGFORSCHUNG

herausgegeben von Michael Zerres

Band 10

Bernd Curtius

Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen

Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile

Mit einem Geleitwort von
Herbert Rebscher, Siegburg

A 220429

881327

Rainer Hampp Verlag München und Mering 1999

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Curtius, Bernd:
Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen : Entwicklung eines marketingorientierten Konzepts zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile / Bernd Curtius. Mit Geleitw. von Herbert Rebscher - München ; Mering : Hampp, 1999
(Hamburger Schriften zur Marketingforschung ; 10)
Zugl.: Hamburg, Hochsch. für Wirtschaft und Politik, Diss. 1998
ISBN 3-87988-360-2

Hamburger Schriften zur Marketingforschung: ISSN 1430-5429

Liebe Leserinnen und Leser!
Wir wollen Ihnen ein gutes Buch liefern. Wenn Sie aus irgendwelchen Gründen nicht zufrieden sind, wenden Sie sich bitte an uns.

∞ *Dieses Buch ist auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.*

© 1999 Rainer Hampp Verlag München und Mering
Meringerzeller Str. 16 D - 86415 Mering

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Geleitwort von Herbert Rebscher

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren die rechtlichen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich verändert. Krankenkassen sehen sich heute in verstärktem Maße der Anforderung ausgesetzt, ihre Wettbewerbsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Dabei sind ihre Handlungsspielräume aufgrund restriktiver Bedingungen, etwa im Beitrags- und Leistungsrecht, begrenzt. Der Wettbewerb umfaßt daher auch die Ebene der Qualität der Dienstleistung für die Versicherten, die auch als Kunden der Krankenkassen aufgefaßt werden können.

Bei den meisten Kassen hat die Qualität der Dienstleistung traditionell einen hohen Stellenwert und es werden permanent Anstrengungen unternommen, diese Qualität weiter zu erhöhen, um eine hohe Zufriedenheit der Versicherten sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund unternimmt der Verfasser der vorliegenden Arbeit den Versuch, Ansätze des Qualitätsmanagements, die ursprünglich für sachgüterproduzierende Branchen entwickelt wurden und dort bereits zahlreich umgesetzt sind, auf den Sektor der Krankenkassen zu übertragen. Vorgeschlagen wird ein marketingorientiertes Qualitätsmanagement-Konzept, das die spezifischen Bedingungen von Krankenkassen weitgehend berücksichtigt. Dazu werden entspechende Qualitätsziele, ein Qualitätscontrolling sowie Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätsziele erarbeitet.

Insgesamt betrachtet der Verfasser die aus Kassensicht zum Teil unbefriedigenden rechtlichen Rahmenbedingungen in einer konstruktiven Perspektive. Er liefert konkrete Vorschläge, wie eine Krankenkasse trotz zahlreicher Restriktionen Wettbewerbsvorteile durch Qualitätsmanagement erzielen kann. Auch wenn die vorgelegte Konzeption etwas zu wenig zwischen den Bedingungen der verschiedenen Kassenarten differenziert, so enthält sie doch einige für die Praxis relevante Hinweise zur Ausgestaltung einer qualitätsorientierten Geschäftspolitik.

Siegburg, im Dezember 1998

HERBERT REBSCHER
- Vorsitzender des Vorstandes des VdAK/AEV -

Vorwort des Herausgebers

Das Gesundheitsstrukturgesetz hat für die Krankenkassen die Grundlagen für einen verstärkten Wettbewerb geschaffen. Vor diesem Hintergrund ist es Ziel des Verfassers der vorliegenden Untersuchung, ein Qualitätsmanagement-Konzept zu entwickeln, das es Krankenkassen ermöglicht, komparative Wettbewerbsvorteile zu erzielen.

Die Arbeit gliedert sich in zwei große Teile. Nach der Einleitung legt der Verfasser zunächst die konzeptionellen Grundlagen, wobei auch flankierende Konzepte der traditionellen Betriebswirtschaftslehre berücksichtigt werden. Im Hauptteil der Arbeit entwickelt der Verfasser ein marketingorientieres Qualitätsmanagement. Dabei werden die Ergebnisse des Grundlagenteils aufgegriffen, zum Teil weiterentwickelt und zusammengeführt. Zusätzlich wird die praktische Verwertbarkeit der Konzeption, die mit theoretischen Überlegungen allein nicht belegt werden kann, durch zwei empirische Untersuchungen induktiv abgesichert.

Die Arbeit spiegelt insgesamt eine fundierte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik wider. Die Ausführungen sind durchweg geprägt durch die hohen branchenspezifischen Kenntnisse des Verfassers. Dem vorgeschlagenen Konzeptentwurf kommt darüber hinaus wohl auch eine nicht geringe Praxisrelevanz zu.

Die Untersuchung lag der Hochschule für Wirtschaft und Politik, Hamburg, 1998 als Dissertation vor.

Hamburg, im Dezember 1998

PROF. DR. MICHAEL P. ZERRES
Lehrstuhl für Marketing
Hochschule für Wirtschaft und Politik, Hamburg

Vorwort des Verfassers

An dieser Stelle möchte ich all jenen Personen danken, die zum Gelingen des Forschungsvorhabens beigetragen haben. An erster Stelle danke ich herzlich meinem Doktorvater, Herrn PROF. DR. MICHAEL P. ZERRES, für seine große Diskussionsbereitschaft und seine wertvollen fachlichen sowie persönlichen Hinweise. Den Koreferenten, Herrn PROF. DR. KARL-JÜRGEN BIEBACK, HWP, und Herrn PROF. DR. REINHARD HÜNERBERG, Universität Gesamthochschule Kassel, danke ich für ihre Bereitschaft zu gutachterlichen Stellungnahmen. Auch gilt mein Dank Herrn PROF. DR. EBERHARD LIEBAU, HWP, der mir in zahlreichen Gesprächen wichtige Anregungen für mein Vorhaben gab, sowie Herrn PROF. DR. WILFRIED LAATZ, HWP, der mich in Fragen der empirischen Forschung beraten hat.

Die Arbeit basiert auf den Erfahrungen, die ich in der Doppelrolle eines Qualitätsmanagers und Forschers im Rahmen eines Pilotprojektes zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse sammeln durfte. In diesem Zusammenhang danke ich vor allem dem Bereichsleiter jener Kasse - der hier, um die zugesicherte Anonymität der Kasse zu wahren - namentlich leider nicht genannt werden kann, für sein Vertrauen und seine praktische Unterstützung. Darüber hinaus danke ich auch all jenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des untersuchten Fachbereiches, von denen ich viel über die spezifischen Bedingungen einer Krankenkasse, insbesondere im Hinblick auf die Implementierung eines Qualitätsmanagement-Konzeptes, lernen durfte.

Danken möchte ich auch den Vorständen, Qualitätsmanagern und anderen Experten der fünfzehn Krankenkassen, die sich bereit erklärt hatten, an der kassenartenübergreifend angelegten Expertenbefragung teilzunehmen. Sie haben mit ihren kritischen Stellungnahmen wesentlich zur Erhöhung der Praxisrelevanz meiner Forschungsergebnisse beigetragen. Wieder gebietet es die zugesicherte Anonymität, auf eine Namensnennung zu verzichten. Persönlich danken darf ich allerdings in diesem Zusammenhang Frau TANJA HEWELT, die sehr kurzfristig die Transkription der Experteninterviews übernommen hat.

Außerdem möchte ich meinen Freunden danken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit auch in schwierigen Phasen stets unterstützt haben. Namentlich hervorheben darf ich meine Freundin, Frau KATHARINA A. STEBEL sowie Herrn DR. MARKUS J. KRECHTING.

Herrn CHRISTIAN OLSEN danke ich für das zuverlässige und zügige Korrekturlesen.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meinen Eltern, die die wesentlichen Voraussetzungen für die Erstellung dieser Arbeit geschaffen haben.

Hamburg, im Dezember 1998 BERND CURTIUS

Inhaltsübersicht

Abbildungsverzeichnis XIII

1. Einleitung 1
1.1. Problemstellung 1
1.2. Zielsetzung 5
1.3. Stand der Forschung 6
1.4. Methodisches Vorgehen 8

2. Konzeptionelle Grundlagen 12
2.1. Rechtliche Grundlagen 12
2.2. Der Markt der Krankenversicherung 34
2.3. Die Dienstleistung von Krankenkassen 50
2.4. Grundzüge der Geschäftspolitik gesetzlicher Krankenkassen 57
2.5. Dienstleistungsmarketing für gesetzliche Krankenkassen 65
2.6. Grundlagen des Qualitätsmanagements 80
2.7. Verwirklichung von Qualitätsmanagement-Ansätzen in gesetzlichen Krankenkassen 139
2.8. Grundlagen ausgewählter Konzeptionen der traditionellen betriebswirtschaftlichen Forschung 165
2.9. Zusammenfassung 199

3. Entwurf eines marketingorientierten Qualitätsmanagement-Konzepts für gesetzliche Krankenkassen 201
3.1. Strategische Qualitätsziele eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements 202
3.2. Qualitätscontrolling 216
3.3. Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Qualitätsziele 244
3.4. Zwischenergebnis 286

4. Fazit 290

Anhang 292
Abkürzungsverzeichnis 317
Personen- und Institutionenverzeichnis 318
Literaturverzeichnis 323

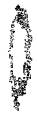
Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis XIII

1. Einleitung 1
1.1. Problemstellung 1
1.2. Zielsetzung 5
1.3. Stand der Forschung 6
1.4. Methodisches Vorgehen 8

2. Konzeptionelle Grundlagen 12
2.1. Rechtliche Grundlagen 12
2.1.1. Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bis zur Gesundheitsreform 12
2.1.2. Die Gesundheitsreform 14
2.1.3. Grundlagen des reformierten Krankenversicherungsrechts 18
2.1.3.1. Auftrag der Krankenkassen und mögliches Leistungsspektrum 19
2.1.3.2. Versicherter Personenkreis 19
2.1.3.3. Leistungen 20
2.1.3.4. Einbindung in eine Verbandsstruktur 23
2.1.3.5. Verhältnis zu den Leistungserbringern 24
2.1.3.6. Finanzierung 29
2.1.4. Folgen für eine wettbewerbsorientierte Geschäftspolitik von Krankenkassen 30
2.2. Der Markt der Krankenversicherung 34
2.2.1. Marktstruktur und -entwicklung nach Krankenversicherungsträgern 34
2.2.1.1. Ortskrankenkassen 35
2.2.1.2. Betriebskrankenkassen 37
2.2.1.3. Innungskrankenkassen 39
2.2.1.4. Ersatzkassen 41
2.2.1.5. Sonderformen der gesetzlichen Krankenversicherung 42
2.2.1.6. Private Krankenversicherung 43
2.2.2. Ökonomische Entwicklung der Krankenkassen 44
2.2.3. Entwicklung sozioökonomischer Umweltbedingungen 46
2.2.3.1. Entwicklung von Erwerbstätigkeit und Einkommen der Bevölkerung 46

2.2.3.2. Altersentwicklung der Bevölkerung 47
2.2.3.3. Wertewandel in der Gesellschaft 48
2.2.4. Notwendigkeit einer marktorientierten Geschäftspolitik von Krankenkassen 48
2.3. Die Dienstleistung von Krankenkassen 50
2.3.1. Begriff der Dienstleistung 50
2.3.2. Besonderheiten der Dienstleistung von Krankenkassen 51
2.3.3. Identifikation der Kunden als Empfänger der Dienstleistung 53
2.3.3.1. Versicherte 53
2.3.3.2. Arbeitgeber der Mitglieder 54
2.3.3.3. Leistungserbringer 55
2.3.3.4. Selbsthilfegruppen 56
2.3.4. Notwendigkeit eines krankenkassenspezifischen Dienstleistungsverständnisses 56
2.4. Grundzüge der Geschäftspolitik gesetzlicher Krankenkassen 57
2.4.1. Strategische Ziele 57
2.4.2. Kundenbegriff 58
2.4.3. Leistungs- und Servicepolitik 59
2.4.4. Öffentlichkeitsarbeit 62
2.4.5. Organisations- und Personalentwicklung 63
2.4.6. Notwendigkeit einer verstärkten geschäftspolitischen Profilierung 64
2.5. Dienstleistungsmarketing für gesetzliche Krankenkassen 65
2.5.1. Begriff des Dienstleistungsmarketing 65
2.5.2. Strategisches Dienstleistungsmarketing 65
2.5.2.1. Marktarealstrategien 66
2.5.2.2. Marktfeldstrategien 67
2.5.2.3. Marktparzellierungsstrategien 67
2.5.2.4. Marktstimulierungsstrategien 68
2.5.2.5. Verhaltensstrategien 69
2.5.2.6. Notwendigkeit einer Qualitätsstrategie in Krankenkassen 70
2.5.3. Operatives Dienstleistungsmarketing 71
2.5.3.1. Leistungsmix 71
2.5.3.2. Kontrahierungsmix 74
2.5.3.3. Distributionsmix 74
2.5.3.4. Kommunikationsmix 75
2.5.3.5. Ausrichtung des Marketing-Mix auf eine Qualitätsstrategie 78



2.5.4. Notwendigkeit einer erweiterten Management-Perspektive 78
2.6. Grundlagen des Qualitätsmanagements 80
2.6.1. Begriffsbestimmung 80
2.6.1.1. Qualität 80
2.6.1.2. Management 83
2.6.1.3. Qualitätsmanagement 84
2.6.1.4. Qualitätsmanagement in Krankenkassen 86
2.6.2. Konzeptionen zur Bewertung von Qualitätsmanagement-Systemen 87
2.6.2.1. Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 - 9003 87
2.6.2.2. Qualitätswettbewerb der European Foundation for Quality Management 88
2.6.2.3. Nutzen der Bewertungs-Konzeptionen für Krankenkassen 90
2.6.3. Dienstleistungsspezifische Qualitätsmodelle 93
2.6.3.1. Qualitätsmodell von Donabedian 93
2.6.3.2. Qualitätsmodell der DIN EN ISO 9004-2 94
2.6.3.3. Qualitätsmodell von Parasuaram/Zeithaml/Berry 95
2.6.3.4. Qualitätsmodell von Kromschröder et al 97
2.6.3.5. Qualitätsmodell von Weltz/Bollinger/Ortmann 98
2.6.3.6. Qualitätsmodell von Kailich 100
2.6.3.7. Erklärungsgehalt im Hinblick auf eine qualitätsorientierte Dienstleistungsgestaltung in Krankenkassen 101
2.6.4. Qualitätsmangement-Prinzipien 102
2.6.4.1. Kundenorientierung 102
2.6.4.2. Prozeßorientierung 103
2.6.4.3. Management-Verpflichtung 103
2.6.4.4. Mitarbeiterorientierung 104
2.6.4.5. Kontinuierliche Verbesserung 105
2.6.4.6. Übertragbarkeit von Qualitätsmanagement-Prinzipien auf Krankenkassen 105
2.6.5. Qualitätsmanagement-Instrumente 107
2.6.5.1. Marktorientierte Instrumente 107
2.6.5.1.1. Benchmarking 107
2.6.5.1.2. Testkunde 108
2.6.5.1.3. Standardisierte Kundenbefragungen 109
2.6.5.1.4. Kundenproblemanalysen 114
2.6.5.1.5. Fazit 119
2.6.5.2. Mitarbeiterorientierte Instrumente 119

2.6.5.2.1. Kooperative Führung ... 119
2.6.5.2.2. Mitarbeiterbefragung ... 120
2.6.5.2.3. Anreizsysteme ... 122
2.6.5.2.4. Fortbildung ... 123
2.6.5.2.5. Fazit ... 123
2.6.5.3. Instrumente der Qualitätssicherung ... 123
2.6.5.3.1. Instrumente der Qualitätsplanung ... 123
2.6.5.3.2. Instrumente der Qualitätslenkung ... 126
2.6.5.3.3. Instrumente der Qualitätskontrolle ... 129
2.6.5.3.4. Fazit ... 131
2.6.5.4. Organisationsstrukturorientierte Instrumente ... 131
2.6.5.4.1. Institutionen der Qualitätsplanung und -lenkung ... 132
2.6.5.4.2. Kleingruppen ... 133
2.6.5.4.3. Prozeßmanagement ... 137
2.6.5.4.4. Fazit ... 139
2.6.5.5. Übertragbarkeit von Qualitätsmanagement-Instrumenten auf Krankenkassen ... 139
2.7. Verwirklichung von Qualitätsmanagement-Ansätzen in gesetzlichen Krankenkassen ... 139
2.7.1. Methodische Grundlagen der empirischen Untersuchung ... 140
2.7.1.1. Fragestellungen und Erhebungsmethode ... 140
2.7.1.2. Auswahl der Experten ... 140
2.7.1.3. Entwicklung des Leitfadens ... 143
2.7.1.4. Durchführung der Untersuchung ... 144
2.7.2. Ergebnisse der empirischen Untersuchung ... 145
2.7.2.1. Relevanz des Qualitätsmanagements als Konzeption zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile ... 145
2.7.2.2. Einsatz von Qualitätsmanagement-Instrumenten ... 149
2.7.2.2.1. Marktorientierte Instrumente ... 149
2.7.2.2.2. Mitarbeiterorientierte Instrumente ... 152
2.7.2.2.3. Instrumente der Qualitätssicherung ... 157
2.7.2.2.4. Organisationsstrukturorientierte Instrumente ... 160
2.7.2.2.5. Zusammenfassung ... 163
2.7.3. Interpretation ... 164
2.8. Grundlagen ausgewählter Konzeptionen der traditionellen betriebswirtschaftlichen Forschung ... 165
2.8.1. Organisationsstruktur ... 166
2.8.1.1. Begriffsbestimmung ... 166
2.8.1.2. Dimensionen der Organisationsstruktur in Krankenkassen ... 166
2.8.1.2.1. Spezialisierung ... 167

2.8.1.2.2. Koordination 167
2.8.1.2.3. Konfiguration 168
2.8.1.2.4. Entscheidungsdelegation 169
2.8.1.2.5. Fazit 170
2.8.1.3. Messung von Organisationsqualität 170
2.8.1.3.1. Qualität 170
2.8.1.3.2. Kosten 172
2.8.1.3.3. Zeit 172
2.8.1.3.4. Fazit 174
2.8.1.4. Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Optimierung der Organisationsstruktur in Krankenkassen 174
2.8.2. Organisationskultur 175
2.8.2.1. Begriffsbestimmung 175
2.8.2.2. Instrumente der Organisationskulturentwicklung 177
2.8.2.2.1. Führungsverhalten 177
2.8.2.2.2. Artefakte 181
2.8.2.2.3. Anreize 181
2.8.2.2.4. Arbeitszeit 182
2.8.2.2.5. Fazit 184
2.8.2.3. Messung von Organisationskultur 184
2.8.2.3.1. Firmenrundgang 185
2.8.2.3.2. Dokumentenanalyse 185
2.8.2.3.3. Fragebogen 185
2.8.2.3.4. Interviews 189
2.8.2.3.5. Gruppendiskussionen 190
2.8.2.3.6. Teilnehmende Beobachtung 190
2.8.2.3.7. Fazit 191
2.8.2.4. Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Optimierung der Organisationskultur in Krankenkassen 191
2.8.3. Kompetenzen 192
2.8.3.1. Begriffsbestimmung 192
2.8.3.2. Instrumente der Personalentwicklung 193
2.8.3.3. Messung des Kompetenzprofils 194
2.8.3.3.1. Expertenurteil des Vorgesetzten 194
2.8.3.3.2. Dokumentenanalyse 195
2.8.3.3.3. Interview 195
2.8.3.3.4. Mitarbeiterbefragung 195
2.8.3.3.5. Psychologische Testverfahren 195
2.8.3.3.6. Assessment-Center 196
2.8.3.3.7. Fazit 198
2.8.3.4. Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Anpassung der Kompetenzen in Krankenkassen 199
2.9. Zusammenfassung 199

3. Entwurf eines marketingorientierten Qualitätsmanagement-Konzepts für gesetzliche Krankenkassen 201
3.1. Strategische Qualitätsziele eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements 202
3.1.1. Kundenorientierung 202
3.1.2. Realisierung organisationsstruktureller Voraussetzungen einer Kundenorientierung 208
3.1.3. Realisierung organisationskultureller Voraussetzungen einer Kundenorientierung 209
3.1.4. Sicherstellung adäquater Kompetenzen 211
3.1.5. Zusammenfassung 215
3.2. Qualitätscontrolling 216
3.2.1. Messung der Kundenorientierung 216
3.2.1.1. Kassenwahlentscheidung der Mitglieder 218
3.2.1.2. Kundenerwartungen 218
3.2.1.3. Kundenwahrnehmungen 221
3.2.1.4. Kundenzufriedenheit 226
3.2.1.5. Image 226
3.2.2. Messung der Organisationsstrukturqualität 228
3.2.2.1. Durchlaufzeiten der Dienstleistungserstellung 228
3.2.2.2. Durchlaufzeiten der Qualitätsförderung 228
3.2.3. Messung der Qualitätskultur 229
3.2.3.1. Artefakte der Qualitätskultur 230
3.2.3.2. Verhaltensmuster und Werte der Qualitätskultur 232
3.2.4. Messung des Kompetenzprofils 236
3.2.4.1. Fachkompetenzen 236
3.2.4.2. Soziale und konzeptionelle Kompetenzen 236
3.2.5. Zusammenfassung 243
3.3. Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Qualitätsziele 244
3.3.1. Kundenorientierung durch Optimierung der Dienstleistungsqualität 245
3.3.1.1. Spezifikation der Dienstleistung 245
3.3.1.2. Qualitätsförderung 249
3.3.2. Optimierung der Organisationsstruktur 250
3.3.2.1. Geringer Spezialisierungsgrad 251
3.3.2.2. Flexibilitätsorientierte Kombination verschiedener Koordinationsinstrumente bei tendenziell großer Entscheidungsdelegation 256
3.3.2.3. Kundenorientierte, flache Stab-Linien-Konfiguration 262

3.3.2.4. Institutionelle Verankerung des Qualitätsmanagements ... 264
3.3.3. Stärkung der Qualitätskultur ... 267
3.3.3.1. Gestaltung von Artefakten ... 267
3.3.3.2. Situativ austariertes Führungsverhalten ... 268
3.3.3.3. Kombination materieller, status- und personalentwicklungsbezogener Anreize ... 271
3.3.3.4. Flexibles Arbeitszeitsystem ... 275
3.3.4. Schließung der Kompetenzlücke ... 277
3.3.4.1. Kompetenztransfer durch Seminare ... 278
3.3.4.2. Training von Führungskompetenzen durch Einzel-Coaching ... 278
3.3.4.3. Training sozialer Kompetenzen durch Gruppen-Coaching ... 281
3.3.4.4. Kompetenztransfer durch Vorgesetzte ... 281
3.3.4.5. Kompetenztransfer durch Unternehmensberater ... 282
3.3.5. Zusammenfassung ... 285
3.4. Zwischenergebnis ... 286

4. Fazit ... 290

Anhang ... 292
Abkürzungsverzeichnis ... 317
Personen- und Institutionenverzeichnis ... 318
Literaturverzeichnis ... 323

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Determinanten der Beitragssatzhöhe 32
Abb. 2: Der Markt der Krankenversicherung 1997. Marktanteile auf Basis der versicherten Personen 35
Abb. 3: Entwicklung der Ortskrankenkassen seit 1986 37
Abb. 4: Entwicklung der Betriebskrankenkassen seit 1986 38
Abb. 5: Geöffnete Betriebskrankenkassen 1997 39
Abb. 6: Entwicklung der Innungskrankenkassen seit 1986 40
Abb. 7: Entwicklung der Ersatzkassen seit 1986 42
Abb. 8: Prognose des Alters- und Jugendquotienten bis 2030 47
Abb. 9: Marktentwicklung der Krankenversicherung 49
Abb. 10: Die vier grundlegenden marktfeld-strategischen Optionen des Unternehmens 67
Abb. 11: Die vier Basisvarianten der Marktparzellierung 68
Abb. 12: Strategische Positionsbestimmung in bezug auf Qualität und Preis 69
Abb. 13: Modell der European Foundation for Quality Management 90
Abb. 14: Qualitätskreis für Dienstleistungen gem. DIN EN ISO 9004-2 95
Abb. 15: Qualitätsmodell der Dienstleistung von Parasuaram/Zeithaml/Berry 97
Abb. 16: Qualitätsmodell der Versicherung nach Kromschröder et al. 98
Abb. 17: Qualitätsmodell der Büroarbeit von Weltz/Bollinger/Ortmann 100
Abb. 18: Dimensionen der Qualität von Beratungsleistungen nach Kailich 101
Abb. 19: SERVQUAL-Fragenkatalog 111
Abb. 20: Fragenkatalog des „Deutschen Kundenbarometers“ (Auszug) 113
Abb. 21: Krankenkassenspezifischer Fragenteil des „Deutschen Kundenbarometers“ 114
Abb. 22: Beispiel für eine zweistufige Frage bei Verwendung der Methode der kritischen Ereignisse 116
Abb. 23: Optimales Qualitätsniveau der klassischen Qualitätskostenrechung 127
Abb. 24: Optimales Qualitätsniveau der modifizierten Qualitätskostenrechung 128
Abb. 25: Auditarten 130
Abb. 26: Prozeßmanagement - mögliche Ausprägungen 138
Abb. 27: Zusammensetzung der Stichprobe 143

Abb. 28: Einsatz von Qualitätsmanagement-Instrumenten in gesetzlichen Krankenkassen ... 163
Abb. 29: Fehlerarten und Abhilfen ... 171
Abb. 30: Kulturebenen nach Schein ... 176
Abb. 31: Rollendilemmata der Führung ... 180
Abb. 32: Formen der Arbeitszeitvariation ... 184
Abb. 33: Fragebogen zur Erhebung von Organisationskultur nach Kobi/Wüthrich (Auszug) ... 187
Abb. 34: Fragebogen zur Erhebung der Organisationskultur nach Kern (Auszug I) ... 188
Abb. 35: Fragebogen zur Erhebung der Organisationskultur nach Kern (Auszug II) ... 188
Abb. 36: Fragebogen zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Qualitätskultur (Auszug) ... 189
Abb. 37: Bewertungschema (Auszug) ... 197
Abb. 38: Struktur der Qualitätsmanagement-Konzeption ... 201
Abb. 39: Einflußfaktoren der Kassenwahlentscheidung ... 203
Abb. 40: Wichtige Aufgaben einer Krankenkasse - Ranking der Experten ... 204
Abb. 41: Modell der Qualitätskultur ... 210
Abb. 42: Zusammenhang zwischen den Elementen des Qualitätsmanagement-Konzepts ... 215
Abb. 43: Modell der Qualitätsplanung in Krankenkassen ... 217
Abb. 44: Fragebogen zur Erhebung von Kundenerwartungen (Auszug) ... 218
Abb. 45: Items zur Messung der Erwartungen von Kunden ... 220
Abb. 46: Ergänzende Items zur Messung der Erwartungen von Arbeitgebern der Mitglieder ... 220
Abb. 47: Ergänzende Items zur Messung der Erwartungen von Leistungserbringern ... 220
Abb. 48: Ergänzendes Item zur Messung der Erwartungen von Selbsthilfegruppen ... 220
Abb. 49: Fragebogen zur Erhebung der Kundenwahrnehmungen (Auszug) ... 221
Abb. 50: Items zur Erhebung der Kundenwahrnehmungen ... 222
Abb. 51: Ergänzende Items zur Messung der Wahrnehmungen von Arbeitgebern der Mitglieder ... 223
Abb. 52: Ergänzende Items zur Messung der Wahrnehmungen von Leistungserbringern ... 223

Abb. 53: Ergänzende Items zur Messung der Wahrnehmungen von Selbsthilfegruppen ... 223
Abb. 54: Systematisierungschema für die Beschwerdeanalyse ... 224
Abb. 55: Methode der kritischen Ereignisse - Fragenkatalog für Krankenkassen ... 225
Abb. 56: Fragebogen zur vergleichenden Imagemessung (Auszug) ... 227
Abb. 57: Items zur vergleichenden Imagemessung ... 227
Abb. 58: Modell des Qualitätsförderungsprozesses ... 229
Abb. 59: Items zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Dienstleistungskultur ... 233
Abb. 60: Items zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Kooperationskultur ... 235
Abb. 61: Items zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Innovationskultur ... 235
Abb. 62: Zuordnung von Assessment-Center-Methoden zu Beobachtungsdimensionen ... 238
Abb. 63: Anforderungsdimensionen und beobachtbare Verhaltensmerkmale ... 243
Abb. 64: Meßinstrumentarium des Qualitätscontrolling in Krankenkassen ... 244
Abb. 65: Verhaltensstandards für den Kundenkontaktbereich in Krankenkassen ... 247
Abb. 66: Kombination von perioden- und problemorientierter Qualitätsförderung ... 250
Abb. 67: Kombination von Maßnahmen zur Schließung der Kompetenzlücke ... 285

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) hat der Gesetzgeber im Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Grundlagen für einen Wettbewerb zwischen den meisten Krankenkassen[1] geschaffen. Seit 1997 können alle Pflichtversicherten frei darüber entscheiden, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern wollen.[2] Für die wählbaren Kassen bestehen Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot.[3] Die Ersatzkassen haben damit ihre bisherige Sonderstellung, einen privilegierten Mitgliederkreis zu versichern, und die Ortskrankenkassen ihre Basis- und Auffangfunktion verloren. Beide Kassenarten mußten insoweit ihre überkommene Identität aufgeben.[4]

Die strategischen Oberziele[5] von Krankenkassen wurden vor Inkrafttreten des GSG vor allem durch den Auftrag der Kassen, der im Sozialgesetzbuch (SGB) festgeschrieben ist, determiniert. Mit der Schaffung von Wettbewerbsbedingungen veränderte sich diese Zielsetzung:

Das erste strategische Oberziel wurde die *Sicherung des Kassenfortbestandes*. Hat eine Kasse infolge der Ausübung des Wahlrechtes zahlreiche Abwanderungen zu verzeichnen, kann dies dazu führen, daß die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf Dauer nicht mehr gesichert ist. Es greifen die gesetzlichen Vorschriften zur Schließung der Kasse.

Das zweite Oberziel wurde das *Wachstum*, die positive Veränderung der Kassengröße. Zur Bestimmung der Größe einer Krankenkasse sind einerseits die Anzahl der Mitglieder, andererseits die Anzahl der Versicherten übliche Kriterien.[6] Ein wei-

---

1 Im folgenden werden die Begriffe „gesetzliche Krankenkasse", „Krankenkasse" und „Kasse" synonym verwendet.

2 Vgl. Art. 1 Ziff. 116 GSG; § 173 SGB V.

3 Vgl. Art. 1 Ziff. 112 GSG; § 168 Abs. 2 SGB V.

4 Vgl. Cassel 1992, S. 5.

5 Strategische Ziele von Organisationen beschreiben langfristig ausgerichtete Vorstellungen über erwünschte organisatorische Zustände oder Verhaltensweisen; vgl. u.a. Kürble 1991, S. 3; Staehle 1997, S. 412.

6 Versicherte sind die Mitglieder sowie die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. Zu Größenkriterien in privatwirtschaftlichen Unternehmen vgl. Kürble 1991, S. 20.

terer sinnvoller Maßstab ist der Marktanteil.[7] Diese relative Größe macht die Bedeutung der Kasse im Verhältnis zu anderen Kassen deutlich.

Ein Wachstum anzustreben ist aus verschiedenen Gründen sinnvoll.

- Erstens ist die Gesundheitsreform auf eine Straffung der „Kassenlandschaft" ausgerichtet. Wesentliches Moment ist der Wettbewerb zwischen regional und überregional bzw. bundesweit operierenden Kassen. Während die regional operierenden Kassen in ihren Beitragssätzen regionale Umweltbedingungen, insbesondere das unterschiedliche Leistungsinanspruchnahmeverhalten aufgrund einer unterschiedlichen Angebotsdichte der Leistungserbringer, zu berücksichtigen haben, können überregional operierende Kassen regionale Belastungen durch eine Mischkalkulation ausgleichen. Daher sind gerade kleinere Regionalkassen auf Wachstum angewiesen.[8]
- Zweitens hängt der Grad der Autonomie einer Kasse von ihrer Größe ab. Nach Maßgabe des SGB V wird das Verhältnis zwischen den Kassen und den Leistungserbringern in der Regel nicht kassenindividuell, sondern über deren Verbände gemeinsam und einheitlich gestaltet. Größere Kassen sind grundsätzlich besser als kleinere in der Lage, Einfluß auf die Politik ihres Verbandes auszuüben.
- Drittens ist eine hohe Mitgliederzahl günstig, weil eine größere Risikogemeinschaft stärker ist und einzelne überdurchschnittliche Risiken leichter ausgleichen kann.
- Viertens ergeben sich aus einer hohen Zahl von Versicherten Chancen der Fixkostendegression: Je mehr Versicherte zu betreuen und Versicherungsverhältnisse zu verwalten sind, desto effizienter lassen sich kostenintensive technische Einrichtungen, insbesondere Anlagen der elektronischen Datenverarbeitung und Telekommunikation, beschaffen und betreiben.

Neben diesen vier wesentlichen Aspekten, die ein Wachstum erforderlich machen, ist allerdings auch ein Gegenargument anzuführen: Je größer eine Kasse ist, desto höher sind die Anforderungen an die Koordination der Organisation.

---

7 Vgl. zur Definition des Marktanteils Meffert 1998, S. 165.

8 Vgl. Cassel 1992, S. 6. Diese Notwendigkeit wird durch den Risikostrukturausgleich erhöht. Die Ausgleichssätze werden unter Berücksichtigung bundesweit ermittelter durchschnittlicher Leistungsausgaben für die abgegrenzten Mitgliedergruppen gebildet. Da diese Leistungsausgaben regional unterschiedlich hoch sind, entspricht der Ausgleich nicht den tatsächlichen Vor- bzw. Nachteilen, die sich aus der „Risikostruktur" ergeben. Eine Kasse, die ausschließlich in einer Region mit hoher Angebotsdichte operiert, erhält im Vergleich zu einer Kasse, die bundesweit operiert, bei identischer „Risikostruktur" einen geringeren Anteil ihrer tatsächlich „risikostrukturbedingten" Mehrausgaben ersetzt; vgl. Cassel 1992, S. 6.

Die beiden oben genannten Formalziele „Sicherung des Kassenfortbestandes" und „Wachstum" sind durch das Sozialgesetzbuch an ein Sachziel gekoppelt: Die Aktivitäten der Kasse haben sich auf die *Gesundheitsversorgung* zu beziehen. Krankenkassen haben „die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern."[9] Sie haben ihren Versicherten durch „Aufklärung, Beratung und Leistungen" zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.[10]

Wollen Krankenkassen ihren Fortbestand sichern und ein Wachstum anstreben, müssen sie heute ihre Wettbewerbsfähigkeit überprüfen und ausbauen. Hierzu bedarf es einer geeigneten Wettbewerbskonzeption, die vor allem auch auf die Besonderheiten von Krankenkassen entsprechend eingeht. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang eine Berücksichtigung verwaltungsspezifischer Probleme: eine Verwaltungsorientierung der Organisation, etablierte Steuerungsprobleme aufgrund schlecht standardisierbarer Verwaltungsprozesse sowie eine institutionelle Lernschwäche.

Krankenkassen haben sich aufgrund der Bedingungen vor Einführung des Wettbewerbs überwiegend auf ein normkonformes Verwaltungshandeln ausgerichtet. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts, denen überwiegend hoheitliche Aufgaben zukamen, hatten sie überdies eine größere Ähnlichkeit mit Behörden als mit privatrechtlich organisierten Dienstleistungsunternehmen. Dadurch konnte sich eine bürokratische *Verwaltungsorientierung* herausbilden. Im Zweifel galt es vor allem, Gesetze oder interne Arbeitsanweisungen zu befolgen. „Solche Treue den Regeln gegenüber führt zu einer Umformung in absolute Werte; sie werden nicht mehr bezogen auf vorgegebene Zielsetzungen."[11] Die Erwartungen der Mitglieder und anderer Anspruchsgruppen waren eher von untergeordneter Bedeutung. Aus den neuen Wettbewerbsanforderungen ergibt sich demgegenüber die zwingende Notwendigkeit, diesen Erwartungen stärker gerecht zu werden. Die Einhaltung von Gesetzen ist zwar immer noch notwendig; darüber hinaus steht jedoch immer mehr eine Kundenorientierung im Vordergrund.

Steuerungsprobleme ergeben sich in diesem Zusammenhang daraus, daß viele Prozesse in Krankenkassen schwierig oder gar nicht zu regulieren sind. Dies gilt gerade für die zentralen Dienstleistungsbestandteile „Beratung", „Information" und „Service", aber auch für andere, intern orientierte Dienstleistungsbestandteile der

---

9 § 1 SGB V.
10 Vgl. § 1 SGB V.
11 Merton 1968, S. 269.

Prozeßkette. Insgesamt wächst dieser Anteil mit dem zunehmenden Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung, in dessen Folge standardisierte Prozesse automatisiert werden. Unregulierte Tätigkeiten gehen „häufig ungreifbar, praktisch unsichtbar und schwer bestimmbar" in das Produkt ein.[12] Es gibt bei unregulierter Büroarbeit selten die eindeutig richtige bzw. die eindeutig falsche Entscheidung. Die Qualität dieser unregulierten Prozesse kann kaum anhand der Einhaltung gegebener Regeln oder anderer objektiv meßbarer Parameter beurteilt und dokumentiert werden.[13] Bei der Leistungserstellung im Büro stehen oft weder das Ergebnis noch der optimale Weg, dieses Ergebnis zu erzielen, fest.[14] Je weniger das Verwaltungshandeln materiell faßbar erscheint, desto größer sind die Schwierigkeiten einer Effizienz- und Qualitätsmessung, und um so weniger ist eine wirksame Kontrolle möglich.

Unregulierte Verwaltungsarbeit führt aufgrund der oben aufgezeigten Standardisierungs- und Kontrollprobleme kassenintern zu einer Tendenz, auftretende Probleme zu personalisieren. Negative Erfahrungen führen dabei nur selten zu einer wirklichen Suche nach den Gründen dafür. „Man begnügt sich damit, Personen auszuwechseln."[15] Deshalb liegt es oftmals nicht im Interesse der Beschäftigten, Fehler einzugestehen, sondern im Gegenteil, Fehler eher zu verbergen, auch wenn es sich um systematische Fehler handelt, die den Akteuren bei genauer Betrachtung kaum zuzuordnen wären.[16] Der immaterielle Charakter von Verwaltungstätigkeiten führt so mittelbar zu einer Risikominimierung und fördert das Erzeugen einer Scheinkonformität, die mit einer Ausweitung von Norm- oder Kontrollverfahren kaum zu beheben ist: Es werden immer hinreichend Interpretationsspielräume bleiben, um problematische Umstände „wegzudiskutieren".[17] Dies begründet eine *institutionelle Lernschwäche* und ein tendenziell innovationsfeindliches Klima. „Das offene oder versteckte Widerstandsverhalten äußert sich nicht selten darin, daß man den Fortgang der Problemlösungsbemühungen behindert, Entscheidungen verschleppt,

---

12 Vgl. Antoni/Bartscher/Bungard 1992, S. 244.

13 Vgl. Antoni/Bartscher/Bungart 1992, S. 244 f.; Bauer 1993, S. 103 ff.

14 Vgl. Reichwald 1985; Antoni/Bartscher/Bungard 1992, S. 244. „Ein großer Teil der Büroarbeit ist grundsätzlich unbegrenzt, d.h. es gibt kein 'natürliches' Ende für bestimmte Arbeiten. Man kann sich beliebig lange informieren, man kann beliebig lange an Vorlagen 'feilen', auch für eine Kundenberatung oder die Informierung eines Kollegen gibt es oft nur das selbstgesetzte Ende"; Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 26.

15 Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 56.

16 In vielen Büros gilt das Prinzip: „Fehler machen ist gefährlich, Fehler zugeben tödlich". Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 55.

17 „Die Perfektionierung der Kunst, 'Türken zu bauen', hat noch immer der der Kontrollverfahren entsprochen." Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 55.

Realisierungsversuche unterläuft mit der geheimen Hoffnung, daß derartige Verzögerungen schließlich zu einem sanften Ende der Reformbemühungen führen."[18] Notwendig ist es aber, im Sinne einer Kundenorientierung innovativ zu agieren und auch interne Prozesse sich verändernden Anforderungen anzupassen. In diesem Zusammenhang kommt heute entsprechenden Qualitätsmanagement-Konzepten, die eine Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit unter expliziter Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Ergebnis-, Prozeß- und Strukturqualität anstreben, eine immer größere Bedeutung zu.

1.2. Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der vorliegenden Untersuchung, ein Qualitätsmanagement- Konzept zu entwickeln, das unter den Bedingungen einer noch weitgehend vorherrschenden Verwaltungsorientierung, interner Steuerungsprobleme sowie einer grundsätzlichen institutionellen Lernschwäche der Organisation geeignet ist, das Erreichen komparativer Wettbewerbsvorteile von Krankenkassen zu ermöglichen.

Im Mittelpunkt der Untersuchung wird die einzelne Krankenkasse als Unternehmen stehen. Sozialpolitische Fragestellungen werden nicht verfolgt, rechtliche Vorgaben stellen Prämissen dar. Nicht berücksichtigt werden die Möglichkeiten der Qualitätssicherung, die für Krankenkassen nach den Normen des SGB V[19] bestehen. Denn der Gesetzgeber macht mit Art. 1 Ziff. 51 2.NOG, der § 137 b in das SGB V einführt, explizit deutlich, daß eine kassen- und kassenartenübergreifend einheitliche Qualitätssicherung der Leistungserbringung gewünscht ist: „Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsge-

---

[18] Kirsch/Esser/Gabele 1979, S. 266. Vgl. auch die Beispiele für Widerstandsverhalten bei Bosetzky/Heinrich 1989, S. 221 f.

[19] Praktiker im Gesundheitswesen setzen diese Qualitätssicherung oft mit Qualitätsmanagement gleich, wobei nicht klar ist, inwieweit die Literatur zum Qualitätsmanagement überhaupt bekannt ist; vgl. z.B. die Referate anläßlich der 32. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention vom 25. - 28.9.1996 in der Unversität Witten-Herdecke zum Thema „Gesundheitswesen im Wandel". Eine Integration der medizinischen Qualitätssicherung in die Literatur zum Qualitätsmanagement beginnt allmählich. Dabei dominiert noch eine Sichtweise, die stark an die Normen der DIN EN ISO 9000 ff. angelehnt ist und das soziale System der Organisation unberücksichtigt läßt; vgl. die Beiträge in Hindringer/Rothballer/Thomann 1996.

meinschaft." Aufgrund dieser Rechtslage lassen sich komparative Wettbewerbsvorteile nicht erzielen.

Der Untersuchungsbereich dieser Arbeit erstreckt sich auf alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, mit Ausnahme der Sonderformen See-Krankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkassen und Bundesknappschaft. Diese Sonderformen werden nur insoweit berücksichtigt, als dies zur Charakterisierung des Marktes der Krankenversicherung notwendig ist. In das zu entwerfende Konzept werden sie nicht aufgenommen, weil sie, nach Maßgabe des SGB V, im Unterschied zu den anderen Krankenkassen Wettbewerbsbedingungen nicht unterliegen.

1.3. Stand der Forschung

In der umfangreichen Literatur zur gesetzlichen Krankenversicherung liegen nur wenige Beiträge vor, die darauf ausgerichtet sind, die Wettbewerbsfähigkeit von Krankenkassen zu erhöhen. Marburger/Marburger und Blumentritt setzen sich mit der Öffentlichkeitsarbeit bzw. der Imagepolitik von Krankenkassen auseinander.[20] Marburger/Marburger untersuchen außerdem Möglichkeiten der Vertriebspolitik von Krankenkassen, wobei vor allem die rechtlichen Grundlagen bzw. Restriktionen einer Vertriebspolitik herausgearbeitet werden.[21] Oppen hat eine Arbeit zum Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen vorgelegt. Die Arbeit basiert auf einer empirischen Studie, die Modernisierungsprozesse in Berliner Ortskrankenkassen Anfang bis Mitte der achtziger Jahre, also lange vor Einführung des GSG, untersucht. Diese Modernisierungsprozesse waren nicht an einem Qualitätsmanagement-Konzept ausgerichtet. „Begriffe wie TQM, Null-Fehler-Produktion oder 'Just in Time' in deutschen Verwaltungen" waren „damals noch Fremdworte".[22] Im Mittelpunkt der Modernisierung standen im wesentlichen eine horizontale und vertikale Aufgabenintegration sowie die weitgehende Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen.[23] Insoweit kann die Arbeit eher als Beitrag zur Organisationsentwicklung gewertet werden.

Abgesehen von der Arbeit Oppens hat qualitätsmanagementorientiertes Gedankengut bislang kaum Eingang in die Literatur zur gesetzlichen Krankenversicherung gefunden. Dementsprechend ist auch noch kein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement-Konzept vorgelegt worden. Daher muß im folgenden, neben ande-

---

20 Vgl. Marburger/Marburger 1992; Blumentritt 1996.
21 Vgl. Marburger/Marburger 1997.
22 Oppen 1995, S. 73.
23 Vgl. Oppen 1995, S. 80 ff.

ren Quellen, auf die allgemeine Literatur zum Qualitätsmanagement zurückgegriffen werden.

Die ersten Ansätze zum Qualitätsmanagement wurden von Staudt/Hinterwäller und Masing Anfang der achtziger Jahre vorgelegt.[24] Mitte bis Ende der achtziger Jahre erreichten die Pioniere der US-amerikanischen „TQM-Bewegung" - Crosby, Groocock und Juran - mit ihren Arbeiten den bundesdeutschen Buchmarkt.[25] In den neunziger Jahren wurden diese Ansätze dann von zahlreichen Autoren mit zum Teil unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen aufgegriffen. Diese frühen TQM-Arbeiten beziehen sich implizit oder explizit vornehmlich auf die industrielle Fertigung. In diesem Rahmen berücksichtigen sie kaum branchenspezifische Bedingungen. Derartige Arbeiten konzentrieren sich auf die Umsetzung der DIN EN ISO 9000 ff. und die Wirtschaftlichkeit der Qualitätserzeugung.[26] Erst mit Beginn der neunziger Jahre ist eine verstärkte Differenzierung zu erkennen.

Einige Autoren befassen sich dabei mit dem Qualitätsmangement des Dienstleistungsbereichs, zunächst allerdings oftmals ohne Branchenschwerpunkte zu setzen.[27] Später beziehen sich branchenspezifische Beiträge im Dienstleistungsbereich insbesondere auf Banken, Krankenhäuser und Versicherungen.[28] Nur wenige der TQM-Arbeiten können als nennenswerter Beitrag zu einer Theoriebildung gewertet werden. Gründlich theoretisch fundierte Arbeiten liegen vor allem als Dissertationen vor.[29] Die Mehrzahl der anderen Arbeiten ist durch eine sehr knappe Quellenbasis gekennzeichnet. Fast allen Arbeiten ist gemeinsam, daß Literatur zu angrenzenden Bereichen der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften nicht ausführlich rezipiert wird.

Auf das grundsätzliche Gedankengut dieser Arbeiten soll im folgenden zurückgegriffen werden, um es für das zu entwickelnde krankenkassenspezifische Qualitätsmanagement-Konzept zu adaptieren.

---

24 Vgl. Staudt/Hinterwäller 1982; Masing 1983.

25 Vgl. Crosby 1986, Groocock 1988 und Juran 1989.

26 Vgl. Horváth/Urbahn 1990; Engelhardt/Schütz 1991; Adams/Rademacher 1994; Pfitzinger/Vogel 1994.

27 Vgl. Stauss/Hentschel 1990; Hentschel 1992; Lehmann 1992; Kamiske/Malorny 1992; Werne 1994; Wolf 1994.

28 Vgl. Kromschröder et al. 1992; Schmid, D. 1992; Kaltenbach 1993; Dopfer/Dörr 1994; Werne 1994; Bätscher/Fink 1995.

29 Vgl. Dögl 1986; Kaltenbach 1993; Ortlieb 1993; Tvedt 1994; Werne 1994.

1.4. Methodisches Vorgehen

Entsprechend der oben umrissenen Zielsetzung soll versucht werden, eine normativ angelegte, wissenschaftlich fundierte Konzeption zu entwickeln, die auf die konkreten Bedingungen von Krankenkassen zugeschnitten ist.

Zur konzeptionellen Grundlegung sollen zunächst die spezifischen Bedingungen von Krankenkassen herausgearbeitet werden. Es gilt dabei, auf rechtlich determinierte Besonderheiten, die Struktur des Kassen-Marktes, die Besonderheiten der Kassen-Dienstleistung sowie die Grundzüge der Geschäftspolitiken von Krankenkassen einzugehen. Dafür wird ein deskriptiv-analytisches Vorgehen gewählt.

Zunächst werden die rechtlichen Grundlagen behandelt. Dies ist erforderlich, weil der Sektor der Krankenkassen in hohem Maße einer rechtlichen Regulierung unterliegt. Wesentliches Ziel ist es, jene Restriktionen zu identifizieren, die für eine wettbewerbsorientierte Geschäftspolitik von Krankenkassen von Bedeutung sind und daher im folgenden beachtet werden müssen. Hierfür werden die enschlägigen Rechtsnormen und ausgewählte sozialpolitische Beiträge ausgewertet (2.1).

Weitere Besonderheiten ergeben sich aus den konkreten Marktbedingungen, insbesondere im Hinblick auf die Funktion des zu generierenden Konzepts, das auf die Stärkung der Wettbewerbsposition ausgerichtet ist. Es ist daher erforderlich, auf Basis amtlicher Statistiken sowie von Datenmaterial der Kassen bzw. ihrer Verbände, den Kassen-Markt zu beschreiben. Dabei wird eine dynamische Perspektive eingenommen, die es auch erlaubt, sich abzeichnende Veränderungen aufzuzeigen. In einer analytischen Schlußfolgerung soll herausgearbeitet werden, welche Konsequenzen sich für die Kassen aus den Marktbedingungen ergeben (2.2.).

Als weiteres muß die Dienstleistung von Krankenkassen, die sich vor allem aufgrund rechtlicher Vorgaben von Dienstleistungen anderer Branchen unterscheidet, näher betrachtet werden. Hierfür wird die Literatur zum Dienstleistungsmarketing, die für die Spezifizierung des Dienstleistungsbegriffs einschlägig ist, analysiert und mit den entsprechenden rechtlichen Vorgaben konfrontiert (2.3).

Schließlich wird die Geschäftspolitik von Krankenkassen umrissen, da eine praxisrelevante Management-Konzeption bereits implementierte Geschäftspolitiken berücksichtigen muß. Für eine erste Annäherung genügt es, mittels einer Textanalyse die Geschäftsberichte von Krankenkassen diesbezüglich auszuwerten (2.4.).

Damit sind die Eigenarten des Kassensektors hinreichend herausgearbeitet. Im Rahmen der weiteren Grundlegung soll es darum gehen, Ansätze der Literatur für eine krankenkassenspezifische Konzeption zur Steigerung der Wettbewerbsfähig-

keit fruchtbar zu machen. Dafür wird jeweils die thematisch einschlägige Literatur vorgestellt, auf Krankenkassen bezogen und im Hinblick auf die später vorzunehmende Konzeptionierung des Qualitätsmanagements aufbereitet. Hierfür wird im Rahmen einer deduktiven Vorgehensweise überwiegend ein deskriptiv-analytischer Ansatz gewählt. Induktiv werden flankierend Ergebnisse einer empirischen Untersuchung einbezogen.

Zunächst wird auf die Beiträge des klassischen Dienstleistungsmarketing eingegangen, denn das Marketing hat sich in der betriebswirtschaftlich-wissenschaftlichen Diskussion im Hinblick auf Fragen einer Positionierung am Markt sowie der Steigerung von Wettbewerbsfähigkeit etabliert. Unter Rückgriff auf die wichtigsten Beiträge - darunter Arbeiten zum Versicherungsmarketing - werden die zentralen diesbezüglichen Gestaltungsvarianten dargestellt. Unter Bezugnahme auf die zuvor herausgearbeiteten rechtlichen Restriktionen wird analysiert, inwieweit diese Varianten in Krankenkassen sinnvoll eingesetzt werden können. Dabei wird sich zeigen, daß eine Erweiterung des konzeptionellen Rahmens des Dienstleistungsmarketing notwendig ist. Denn insbesondere der dominant intangible Charakter der relevanten Dienstleistungsbestandteile von Krankenkassen, sowie die noch vorherrschende Verwaltungsorientierung, machen die Optimierung kasseninterner Prozesse und Strukturen erforderlich (2.5.).

Unter diesem Blickwinkel erscheinen die Arbeiten der Qualitätsmanagement-Literatur als weiterführende konzeptionelle Grundlage ergiebig. Da diese Beiträge allerdings in erster Linie für die Bedingungen der Industrie entwickelt wurden, ist es zunächst notwendig, die Übertragbarkeit der Ansätze auf Krankenkassen zu prüfen. Dafür werden die unterschiedlichen Literatur-Beiträge im Hinblick auf TQM-Prinzipien und -Instrumente ausgewertet. Die zahlreichen, in unterschiedlicher Kombination vorgeschlagenen Elemente eines Qualitätsmanagements werden nach inhaltlichen Gesichtspunkten klassifiziert und dargestellt. Zudem werden sie unter dem Blickwinkel der Übertragbarkeit analysiert, wobei zur Beurteilung auf die zuvor geschaffenen Grundlagen zurückgegriffen werden soll (2.6.).

Die Analyse wird zeigen, daß eine Übertragbarkeit der TQM-Prinzipien und -Instrumente auf Krankenkassen weitgehend gegeben ist. Für die weitere krankenkassenspezifische Ausgestaltung der Konzeption ist nun Kenntnis darüber erforderlich, inwieweit Elemente eines Qualitätsmanagements bereits in Krankenkassen implementiert sind. Daher wurde eine repräsentative empirische Untersuchung zur Bestandsaufnahme durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden deskriptiv dargelegt und jeweils interpretiert. Wesentliches Ergebnis dieser Untersuchung ist, daß Qualitätsmanagement in Krankenkassen bislang nur vereinzelt, i.d.R.

eher sporadisch und unsystematisch betrieben wird, so daß der Bedarf nach einer krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagement-Konzeption gegeben ist (2.7.).

Bei der Entwicklung eines derartigen Konzeptes konnten die Vorschläge der TQM-Literatur nicht unmittelbar auf Krankenkassen übertragen werden. Die TQM-Literatur ist sehr stark normativ orientiert und berücksichtigt, wie bereits oben erwähnt wurde, aufgrund ihrer vornehmlich ingenieurs-wissenschaftlichen Ausrichtung überwiegend nicht die diesbezüglichen Ergebnisse der betriebswirtschaftlichen Forschung. Für die notwendige Optimierung der Organisationsstruktur und -kultur sowie die Anpassung der Kompetenzen liefern sie lediglich eine bruchstückhafte Basis und bleiben deutlich hinter den Forschungsergebnissen der traditionellen Betriebswirtschaftslehre zurück. Es ist daher notwendig, den konzeptionellen Rahmen der Untersuchung um die ensprechenden Grundlagen zu erweitern. Dazu werden die einschlägigen Beiträge der Organisationstheorie sowie des Personalmanagements ausgewertet. Das Vorgehen ist wiederum deskriptiv-analytisch orientiert (2.8.).

Nachdem die Probleme und Spezifika von Krankenkassen geklärt, die Literatur-Grundlagen aufbereitet und die grundsätzliche praktische Relevanz des Themas empirisch belegt sind, soll im dritten Abschnitt hierauf aufbauend die eigentliche Konzeptionierung erfolgen. Entsprechend dem in der Betriebswirtschaftslehre üblichen - an der Theorie der rationalen Wahl[30] orientierten - Vorgehen werden zunächst die strategischen Qualitätsziele der Konzeption benannt (3.1.). Eine handlungsorientierte Management-Konzeption erfordert es darüber hinaus, daß die Ziele operationalisiert und somit einer Meßbarkeit zugänglich gemacht werden. Deshalb wird als weiteres Element der Konzeption ein entsprechendes Qualitätscontrolling entwickelt (3.2). Außerdem werden Maßnahmen vorgeschlagen, die zur Erreichung der definierten Ziele geeignet erscheinen (3.3.).

Der Entwurf dieser Qualitätsmanagement-Konzeption basiert dabei auf den jeweiligen Ergebnissen des Grundlagenteils, die aufgegriffen, zum Teil weiterentwickelt und zusammengeführt werden. Zusätzlich wird die praktische Verwertbarkeit der Konzeption, die mit theoretischen Überlegungen allein nicht belegt werden kann, durch zwei empirische Untersuchungen induktiv abgesichert. Einerseits fließen die Ergebnisse einer bereits im Vorfeld der Untersuchung durchgeführten explorativen empirischen Studie ein, mit der ermittelt wurde, inwieweit ausgewählte TQM-Prinzipien und -Instrumente in einer gesetzlichen Krankenkasse sinnvoll einsetzbar sind.[31] Mit einer zweiten empirischen Untersuchung, deren erster Teil bereits oben

---

[30] Vgl. hierzu die Literaturübersicht bei Staehle 1997, S. 492 ff.

[31] Die Studie wird im Anhang dieser Arbeit vorgestellt.

Erwähnung fand, wurde weitergehend erhoben, inwiefern Experten von Krankenkassen die Konzeption für relevant und umsetzbar halten. Diese Expertenmeinungen werden jeweils analysiert, dargestellt, zum Teil interpretiert und im Ergebnis generalisierend in die Konzeption eingebunden.

2. Konzeptionelle Grundlagen

2.1. Rechtliche Grundlagen

Im Rahmen dieses Kapitels zu den konzeptionellen, speziell zu den rechtlichen Grundlagen sollen zunächst Ausführungen stehen, die die aktuelle Regulierungsdebatte in einen historischen Kontext stellen.

2.1.1. Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bis zur Gesundheitsreform

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Wurzeln in einer Vielzahl von kleinen Selbsthilfeorganisationen, die die medizinische Versorgung von Fabrikarbeitern und Handwerksgesellen zu sichern halfen. Zu den ältesten dieser Organisationen gehörten die Zunftkassen der Handwerker, aus denen später die Innungskrankenkassen hervorgingen, sowie die Knappschaften der Bergleute.[32] Auch Fabrikkrankenkassen, Vorläufer der heutigen Betriebskrankenkassen, waren bereits im 18. Jahrhundert bekannt. Bis Mitte des 19. Jahrhunderts hatten sich daneben zahlreiche vereinsartige Hilfs- und Unterstützungskassen gebildet.[33] Der Grundstein für die heute bekannte gesetzliche Krankenversicherung wurde durch die von Bismarck am 17.11.1881 verlesene „Kaiserliche Botschaft" gelegt.[34] Der damals offensichtlichen Erstarkung der Sozialdemokratie sollte durch eine „positive Förderung des Wohls der Arbeiter" begegnet werden.[35] Am 1.12.1884 trat das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft.[36] Wesentliche Regelungen bezogen sich auf die Ordnung der heterogenen Kassenlandschaft und die Einbeziehung breiter Schichten der Arbeiter in die Krankenversicherung. Kernelemente des Gesetzes waren Versicherungspflicht, Leistungskatalog mit Sach- und Geldleistungen, solidarische Finanzierung, Selbstverwaltung und die Gliederung nach verschiedenartigen Krankenversicherungsträgern.[37] Im Jahre 1885 existierten 7.125 Gemeindekrankenversicherungen, 3.700 Ortskrankenkassen, 5.500 Betriebs-, 101 Bau-, 224 Innungs- und 2.292 Hilfskrankenkassen, wobei die Orts- und die Betriebskrankenkassen mit 1,5 Mio. bzw. 1,3 Mio. Versicherten den größten Teil der damals 4,3 Mio. Versicherten versorg-

---

32 Vgl. Peters 1978, S. 19 ff.

33 Vgl. Tennstedt 1983, S. 297.

34 Ein Faksimile der „Kaiserlichen Botschaft" ist agedruckt in Techniker Krankenkasse 1984, S. 7.

35 Vgl. Schlenker 1994, S. 5.

36 „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter"; RGBl. S. 73.

37 Vgl. Schlenker 1994, S. 6.

ten.[38] Am 1.1.1914 trat die Reichsversicherungsordung (RVO)[39] in Kraft, die die Krankenversicherung zum Teil neu regelte, ohne jedoch mit den bisher gewachsenen Strukturen zu brechen. Wesentlich war die Abschaffung der bis dahin 8500 Gemeindekrankenversicherungen und die Veränderung des Organisationsprinzips der Allgemeinen Ortskrankenkassen von einer berufsartenspezifischen zu einer räumlichen Abgrenzung des Versichertenkreises.[40] Neu eingeführt wurden die flächendeckenden Landkrankenkassen für die in der Landwirtschaft Beschäftigten sowie für Dienstboten. Betriebs- und Innungskrankenkassen blieben als eigenständige Kassenarten erhalten. Die Baukrankenkassen wurden in die Betriebskrankenkassen integriert.[41] Hilfskassen ließ die RVO unter bestimmten Voraussetzungen als Ersatzkassen zu.[42]

Die Beziehungen zu den Leistungserbringern waren bis dahin nicht geregelt. Erst die vierte Notverordnung vom 8.12.1931 sowie die Neufassung der §§ 368 ff. RVO konstituierten ein Kollektivrecht zwischen den Kassen und den neu errichteten Zwangsorganisationen der Ärzte, den Kassenärztlichen Vereinigungen.[43] Der Einzelvertrag zwischen Arzt und Krankenkassen verlor damit an Bedeutung. Verbände der Krankenkassen als kollektive Entsprechung auf Kassenseite wurden erst 1955 gegründet.[44]

Im nationalsozialistischen Staat wurde ein konstituierendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, die Selbstverwaltung, aufgehoben und durch das „Führerprinzip" ersetzt. Gleichwohl blieb die Gliederung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Kassenarten bestehen. Die zunächst propagierte Einheitskasse wurde jedoch nicht gebildet.[45] Nach dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches konnten die Krankenkassen im Westen Deutschlands im wesentlichen wie vor dem Krieg weiterbestehen. In der sowjetischen Besatzungszone wurde die Entwicklung zur totalen Einheitsversicherung unter Beseitigung der Eigenständigkeit der Krankenkassen

---

38 Vgl. Töns 1983, S. 44.

39 RGBl. S. 509.

40 Vgl. Peters/Mengert 1988, S. E 31.

41 Vgl. Schlenker 1994, S. 11.

42 Die heute mitgliederstärksten Ersatzkassen, die Barmer Ersatzkasse, die Deutsche Angestellten Krankenkasse und die Techniker Krankenkasse, haben ihren Ursprung 1867, 1774 bzw. 1884; vgl. Rehkopf 1994, S. 49.

43 Vgl. Tennstedt, 1976, S. 402.

44 „Gesetz über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen", BGBl. I S. 524.

45 Vgl. Schlenker 1994, S. 14.

und aller anderen Versicherungsträger eingeleitet.[46] Diese Entwicklung wurde von der später gegründeten Deutschen Demokratischen Republik (DDR) weiterverfolgt. Mit dem Einigungsvertrag, der die Bedingungen der Vereinigung beider deutscher Staaten regelte, wurde das gesamte Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland auf das Gebiet der ehemaligen DDR übertragen.[47]

2.1.2. Die Gesundheitsreform

Die gesetzliche Krankenversicherung ist seit ihrem Bestehen kontinuierlich reformiert worden. Wesentliches Ziel war vor allem die Senkung der bis dahin fast kontinuierlich gestiegenen Beitragssätze zur Krankenversicherung.[48]

In den letzten Jahren wurden in direkter Folge mehrere Gesetze erlassen, die konzeptionell in einem engen Zusammenhang stehen. Als wichtigste Rechtsnormen sind zu nennen: das Gesundheitsreformgesetz (GRG), das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das Beitragsentlastungsgesetz, das 1. GKV-Neuordnungsgesetz (1.NOG) sowie das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2.NOG).[49] Für den Sektor der Krankenkassen waren folgende Maßnahmen wesentlich:

- Nivellierung des Kassenrechts,
- Modernisierung der internen Kassen-Strukturen,
- Einführung eines kassenartenübergreifenden Wettbewerbs,
- Einführung eines Risikostrukturausgleiches,
- Intervention im Hinblick auf die Beitragssatzgestaltung sowie
- Stärkung der Kontrollfunktion der Kassen im Hinblick auf die Leistungserbringer.

Diese Aspekte werden im folgenden kurz erläutert:

Die *Nivellierung des Kassenrechts* wurde vor allem mit dem GRG verfolgt.[50] Hiermit wurde erstmals ein nahezu geschlossenes Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen, das als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB) integriert wurde. Wesentlich war in diesem Zusammenhang, daß die Spielräume einzelner Kassen, die Beitragssätze und Leistungen durch Satzung festzulegen, be-

---

[46] Vgl. Peters/Mengert 1988, S. E 56 f.
[47] Vgl. Schlenker 1994, S. 35.
[48] Vgl. Bieback 1992, S. 21.
[49] GRG: BGBl I 1988, S. 2477; GSG: BGBl I 1992, S. 2266; Beitragsentlastungsgesetz: BGBl I 1996, S. 1631; 1.NOG: BGBl I 1997, S. 1518; 2.NOG: BGBl I 1997, S. 1520.
[50] Zu den Normen des GRG vgl. allgemein Bieback 1992, S. 21 ff.

schränkt wurden.[51] Die Kassen wurden darüber hinaus angehalten, Vereinbarungen mit den Leistungserbringern grundsätzlich einheitlich zu treffen.[52] Die Bedeutung dieser Nivellierung wurde mit der Einführung neuer Kontrollmechanismen, später zusätzlich mit der Einführung einer Regreßpflicht für Kassenvorstände, die Leistungen ohne Rechtsgrundlage erbrachten, unterstrichen.[53]

Eine *Modernisierung der internen Kassen-Strukturen* wurde durch eine Straffung der Führungsstruktur einzelner Kassen vorgenommen. Die Institutionen Vertreterversammlung, Vorstand und Geschäftsführung wurde durch Verwaltungsrat und Vorstand ersetzt.[54] Zugleich wurde eine Professionalisierung der Kassenführung initiiert, indem Anforderungen an die Qualifikation des geschäftsführenden Vorstandes definiert wurden.[55] Zudem wurde das in vielen Kassen geltende „Dienstordnungsrecht", das die Arbeitsverhältnisse der Mitarbeiter, insbesondere deren besoldungs- und versorgungsrechtliche Stellung, denjenigen von Beamten weitgehend gleichstellte, zum 1.1.1993 für neueingestellte Mitarbeiter abgeschafft.[56] Damit wurden die Möglichkeiten einer personalpolitischen Gestaltung erweitert.

Mit dem GSG wurden die Grundlagen für einen *kassenartenübergreifenden Wettbewerb* geschaffen, der bis dahin stark beschränkt gewesen war. Eine volle Entscheidungsfreiheit im Hinblick auf die Kassenwahl hatten lediglich jene Mitgliedergruppen gehabt, die nicht der Versicherungspflicht unterlagen und sich freiwillig hatten versichern können. Eine beschränkte Wahlfreiheit hatte außerdem für verschiedene Mitgliedergruppen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen bzw. ihrer Zugehörigkeit als Arbeitnehmer zu bestimmten Betrieben bestanden. Ungefähr die Hälfte der Versicherten hatte keinerlei Wahlfreiheit gehabt und war auf ein Versicherungsverhältnis bei den Ortskrankenkassen angewiesen gewesen, für die ein Kontrahierungszwang gegolten hatte. Das GSG erweiterte den Kontrahierungszwang auf die Ersatzkassen, die bisher aufgrund relativ hoher Ein-

---

51 Vgl. GRG; §§ 1, 2 SGB V.

52 Vgl. z.B. das Gebot gemeinsamer und einheitlicher Richtgrößen, die Bestandteil der Regelung der Vergütung von Leistungserbringern sind; Art. 1 Ziff. 42 GSG; Art. 1 Ziff. 27 2.NOG; § 84 SGB V.

53 Konkrete Möglichkeiten der aufsichtsrechtlichen Prüfung bezogen sich auf die Verpflichtung zur Vorlage von Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen bei der Aufsichtsbehörde, sowie die aufsichtsrechtliche Prüfung von Schiedsentscheidungen; vgl. GRG; § 71 Abs. 2 SGB V; Art. 1 Ziff. 47 f. GSG; § 89 Abs 5 SGB V. Zur Regreßpflicht vgl. Art 1 Ziff. 4, Art. 2 Ziff. 1 GSG; § 12 SGB V.

54 Vgl. Art. 3 GSG; §§ 31, 33, 35, 43, 44 SGB IV; § 197 Abs. 1 SGB V; Schnapp 1994, S. 1206 f.

55 Vgl. Art. 3 Ziff. 4 GSG; § 35a SGB IV.

56 Art. 5 Ziff. 1 GSG; § 358 RVO; Ebsen 1994, S. 263.

kommen ihrer Mitglieder und relativ geringer Gesundheitsausgaben ihrer Versicherten einen vergleichsweise günstigen Beitragssatz und - vor Inkrafttreten des GRG - im Vergleich zu anderen Kassen ein umfangreicheres Leistungsangebot hatten bieten können. Duch die Neuregelung konnten sich Mitglieder, die bisher bei einer Ortskrankenkasse, einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse versichert gewesen waren, bei einer Ersatzkasse versichern. Zugleich wurde Innungs- und Betriebskrankenkassen eine Öffnung für innungs- bzw. betriebsfremde Mitglieder freigestellt. Ein Kontrahierungszwang wurde für diese Kassenarten jedoch nicht eingeführt. Die Grundlagen der Sonderformen See-Krankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse und Knappschaft wurden im wesentlichen nicht verändert.[57]

Um die Ausgangsbedingungen der einzelnen Kassen am Markt zu nivellieren und einen Wettbewerb um ein attraktives Klientel („Rosinenpicken") zu verhindern, wurde ein *Risikostrukturausgleich* eingeführt. Starke Kassen, deren Mitgliederstruktur relativ hohe Einnahmen bzw. relativ geringe Leistungsinanspruchnahmen erwarten ließ, wurden gezwungen, schwächere Kassen durch Transferzahlungen zu unterstützen.[58] Zugleich wurden die meisten Kassen mit der Gefahr einer zwangsweisen Schließung oder Zusammenschließung konfrontiert.[59]

Dieses Bündel an Maßnahmen war nicht geeignet, unmittelbaren *Einfluß auf die Höhe der Beitragssätze* zu nehmen. Daher wurden mit Blick auf diese Zielsetzung ab dem 1.1.1997 die Beitragssätze durch Gesetz um 0,4% gesenkt.[60] Da die Kassen jedoch weiterhin die Beitragssatzhöhe selbst festlegen sollten, wurden zahlreiche weitere Regelungen eingeführt, die indirekt auf die Beitragssatzhöhe wirken sollten. So wurden die Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterworfen;[61] außerdem wurde das Instrument der Selbstbeteiligung zum Einsatz gebracht. Eine Erhöhung der Beitragssätze seitens der Kasse wurde mit einer Erhöhung der Selbstbeteiligung der Mitglieder bei einigen Leistungsarten verknüpft.[62] Zugleich wurden den Mitgliedern bei Beitragssatzsteigerungen die Möglichkeit gegeben, die Kasse mit einer Frist von

---

57 Vgl. zu den Normen des GSG, insbesondere zur Frage deren verfassungsrechtlichen Zulässigkeit Bieback 1993, S. 197 ff.

58 Vgl. Art. 1 Ziff. 143 GSG; § 266 SGB V.

59 Vgl. für die Ortskrankenkassen Art. 1 Ziff. 93 GSG; § 146 a SGB V. Für die meisten der anderen Kassenarten gelten ähnliche Regelungen.

60 Vgl. § 2 Beitragsentlastungsgesetz (BGBl I 1996, S. 1631 ff.).

61 Vgl. GSG; §§ 71 Abs. 1 SGB V; 85 Abs. 3 SGB V. Dieser Grundsatz gilt auch für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung; vgl. Art. 1 Ziff. 21 2.NOG; § 63 Abs. 3 SGB V.

62 Vgl. Art. 1 Ziff. 4 1.NOG; § 221 SGB V.

einem Monat zu wechseln.[63] Nach dem Vorbild der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung wurden darüber hinaus die Möglichkeiten für einen „Selbstbehalt" geschaffen: Die Mitglieder können einen Teil der entstehenden Kosten selbst tragen, die Beiträge zur Krankenversicherung können dadurch vermindert werden.[64]

Die Kassen wurden außerdem stärker in die *Kontrolle der Leistungserbringer* einbezogen. Die Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung[65] und der Qualitätssicherung[66] wurden ausgebaut. Die entsprechenden Kompetenzen wurden, soweit sie die Kassen betrafen, auf die Verbände der Kassen übertragen.[67]

Die realisierten Maßnahmen der Reform bedeuten für die Krankenkassen in erster Linie eine Intensivierung der Regulierung. In der sozialpolitischen Diskussion um die Gesundheitsreform wurden allerdings auch zahlreiche Vorschläge zu einer Deregulierung unterbreitet. Als für die Kassen wesentliche Maßnahmen können folgende genannt werden:

- Ausweitung der Wettbewerbsparameter,[68]
- Lockerung der Kollektivstrukturen,[69]
- regionale Differenzierung der Beitragssätze,[70]
- Vereinheitlichung des Arbeitgeberbeitrages[71] sowie eine
- grundsätzliche Umgestaltung des Versicherungssystems (Zuwahlmodell, Abwahlmodell, Schichtenmodell).[72]

---

63 Vgl. Art. 1 Ziff. 2 1.NOG; § 175 Abs. 4 SGB V.

64 Art. 1 2.NOG; § 53 SGB V.

65 Krankenhausbehandlung: GRG; Art. 1 Ziff. 71 GSG; § 113, 115 b SGB V; Vertragsärztliche Versorgung: GRG; Art. 1 Ziff. 63 GSG; §106 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation: Art. 1 Ziff. 40 2.NOG; § 111 a Abs. 1 Ziff. 7 SGB V. Heilmittel: Art 1 Ziff. 45 2.NOG; § 125 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 4 SGB V. Häusliche Krankenpflege: Art. 1 Ziff. 48 2.NOG; § 132 a Abs. 1 Satz 1 Ziff. 5 SGB V.

66 Krankenhausbehandlung: GRG; Art. 1 Ziff. 71, 83 GSG; Art. 1 Ziff. 51 2.NOG; §§ 113, 115 b, 137, 137 a, 137 b SGB V. Vertragsärztliche Versorgung: GRG; § 135 SGB V. Vorsorge und Rehabilitation: Art. 1 Ziff. 84 GSG; § 135 a SGB V; Art. 1 Ziff. 40 2.NOG; § 111 a Abs. 1 Ziff. 6 SGB V. Heilmittel: GRG; Art 1 Ziff. 45 2.NOG; §§ 125 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 2, 138 SGB V. Hilfsmittel: GRG; § 139 SGB V. Häusliche Krankenpflege: Art. 1 Ziff. 48 2.NOG; § 132a Abs. 1 Satz 1 Ziff. 3 SGB V.

67 Vgl. Art. 1 Ziff. 21 2.NOG; §§ 63, 64 SGB V.

68 Vgl. Paquet 1992, S. 37; Jacobs 1993, S. 600; Griesewell 1994, S. 39; Knieps 1994, S. 16 f.; Sachverständigenrat 1994; S. 34.

69 Vgl. Jacobs 1993, S. 600.

70 Vgl. Jacobs 1993, S. 601.

71 Jacobs 1993, S. 601.

72 Vgl. Sachverständigenrat 1994, S. 40 ff.

Bestrebungen, das Sozialrecht, soweit es die Krankenkassen betrifft, zu liberalisieren und den Akteuren stärkere Handlungsspielräume einzuräumen, konnten sich insgesamt nicht durchsetzen.[73]

Die weitere Entwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung hängt ab von politischen Entscheidungen und damit von den Machtverhältnissen in Bundestag und Bundesrat sowie den Einflußmöglichkeiten gesellschaftlicher Institutionen. Der parteienübergreifende Konsens, der zu einer relativ unproblematischen Verabschiedung des GSG geführt hat[74], ist mittelfristig, wie die kontroversen Diskussionen im Vorfeld der Verabschiedung des 1.NOG und 2.NOG zeigten, für einen Ausstieg aus der „klassischen" Sozialversicherung nicht zu erwarten. Ebenso unwahrscheinlich ist bis auf weiteres eine Nivellierung des Krankenversicherungsrechtes im Hinblick auf den europäischen Vereinigungsprozeß.[75] Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union verfügen über sehr unterschiedliche Krankenversicherungssysteme, die als kaum harmonisierbar gelten.[76]

Insgesamt kann festgehalten werden, daß die bislang realisierten Maßnahmen der Gesundheitsreform die Bedingungen für Krankenkassen erheblich erschwert haben: Es wurden Wettbewerbsbedingungen geschaffen, womit die Anforderung entstand, die Kassen stärker am Markt zu profilieren. Zugleich wurden aber wichtige Handlungsspielräume der Kassen beschränkt und damit eine derartige Profilierung erschwert.

Nach diesen Ausführungen zur Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gilt es nun, näher auf die Grundlagen des reformierten Rechts einzugehen.

2.1.3. Grundlagen des reformierten Krankenversicherungsrechts

Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Sektors der gesetzlichen Krankenkassen ergeben sich, wie oben schon deutlich gemacht worden ist, überwiegend aus den Rechtsnormen des SGB IV und SGB V. Im folgenden werden Regelungen vorgestellt, die für alle Kassenarten im wesentlichen übereinstimmend gelten: Auftrag der Kassen, versicherter Personenkreis, Leistungen, Einbindung in eine Verbandsstruktur, Verhältnis zu den Leistungserbringern sowie die Finanzierung der Krankenver-

---

[73] Zu den Argumenten, die für das Festhalten an einem hohen Regulierungsgrad vorgebracht wurden, vgl. z.B. Griesewell 1994, S. 28 ff.; Rebscher 1994, S. 43; Schönbach 1994, S. 20 f.

[74] Vgl. Bieback 1992, S. 197.

[75] Vgl. Sachverständigenrat 1992, Ziff. 150 ff.

[76] Vgl. Schlenker 1994, S. 46.

sicherung. Ziel der nachstehenden Ausführungen ist es dabei im wesentlichen - damit der Intention dieser Arbeit Rechnung tragend -, die geringen Spielräume deutlich werden zu lassen, die die hier untersuchten Kassen im Hinblick auf ihre Geschäftsaktivitäten besitzen. Zunächst gilt es also, auf den Autrag der Krankenkassen näher einzugehen.

2.1.3.1. Auftrag der Krankenkassen und mögliches Leistungsspektrum

Der Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist in § 1 SGB V definiert: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken." Eine Aufgabenwahrnehmung jenseits dieser Norm ist nicht zulässig. „Die Versicherungsträger dürfen nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden."[77]

2.1.3.2. Versicherter Personenkreis

Krankenkassen besitzen aufgrund des geltenden Kontrahierungszwangs nicht die Möglichkeit, den Kreis der von ihnen versicherten Personen selbst zu wählen. Der versicherte Personenkreis ist durch Gesetz definiert. Versichert sind

- pflichtversicherte Mitglieder,
- freiwillig versicherte Mitglieder sowie jeweils
- die mitversicherten Familienangehörigen.

Pflichtversicherte Mitglieder sind insbesondere Arbeiter und Angestellte bis zu einem Jahresentgelt von 75% der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Auszubildende, Behinderte, die in anerkannten Werkstätten arbeiten, Landwirte samt ihren mithelfenden Familienangehörigen, Rentner mit ausreichender Vorversicherungszeit, Arbeitslose, die eine Leistung des Arbeitsamtes

---

[77] § 30 Abs. 1 SGB IV; vgl. auch § 260 Abs. 1 SGB V, der diesen allgemeinen Mittelverwendungsgrundsatz für die Krankenversicherung konkretisiert; vgl. auch Engelhard 1994, S. 1393.

beziehen, Studenten ohne Anspruch auf Familienhilfe, Künstler und Publizisten.[78] Ausdrücklich nicht versicherungspflichtig sind z.B. hochverdienende Arbeiter und Angestellte, Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche und Lehrer.[79]

Als *freiwillig versicherte Mitglieder* können der Kasse bestimmte Personengruppen beitreten, die nicht versicherungspflichtig sind. Damit wird diesen Personen eine Alternative zur privaten Krankenversicherung ermöglicht. Freiwillig versichern können sich Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, wenn bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind. Personen, die aus der Familienversicherung ausgeschieden sind, sind ebenfalls mitgliedschaftsberechtigt. Desweiteren können höherverdienende Arbeiter und Angestellte, die nicht über entsprechende Vorversicherungszeiten verfügen, weil sie erstmalig eine Beschäftigung aufnehmen, Mitglieder werden. Außerdem gehören insbesondere Schwerbehinderte, Aussiedler und Flüchtlinge zum Kreis der versicherungsberechtigten Personen.[80]

Als *mitversicherte Familienangehörige* gelten, unter bestimmten Voraussetzungen, der Ehegatte und die Kinder des Mitgliedes. Kinder sind bis zur Vollendung des achtzehnten bzw. des zwanzigsten oder fünfundzwanzigsten Lebensjahres mitversichert. Eine Familienversicherung kommt bei einer hauptberuflichen Selbständigkeit oder bei einem Einkommen, das ein Siebtel der Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, nicht in Betracht.[81]

2.1.3.3. Leistungen

Die Leistungen konzentrieren sich, entsprechend dem Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung, auf die Erhaltung der Gesundheit sowie die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten. In diesem Rahmen sollen „Aufklärung, Beratung und Leistungen" bereitgestellt werden. Der Gesetzgeber verzichtet darauf zu definieren, was unter Gesundheit oder Krankheit zu verstehen ist. Insbesondere ist nicht beabsichtigt, den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation[82] zu übernehmen. Die Klärung dieser Begriffe wird der Praxis und der Rechtsprechung überlassen. Ein breiter Spielraum bei der Auslegung der Begriffe und somit der Gestaltung des definierten Aufgabenbereiches kann daraus aber nicht abgeleitet wer-

---

78 Vgl. § 5 SGB V; Bloch 1994, S. 490 ff.

79 Vgl. § 6 SGB V.

80 Vgl. ausführlich § 9 SGB V; Bloch 1994, S. 532 ff.

81 Vgl. § 10 SGB V; Bloch 1994, S. 536 ff.

82 Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen; vgl. Sabel 1996, Anm. zu § 1 SGB V.

den. Mit § 2 Abs. 1 SGB V werden eine wesentliche Konkretisierung und Einschränkung des Spielraums vorgenommen: „Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden." Diese Norm bringt zum Ausdruck, daß die gesetzliche Krankenversicherung nicht für alle Leistungen, die der Gesundheit dienen, als Kostenträger in Frage kommt.[83] „Die Leistungen müssen ... zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, ... dürfen ... die Krankenkassen nicht bewilligen."[84] Das Bundesversicherungsamt konkretisiert weiter: „Den Kassen ist es auch aus Wettbewerbsgründen nicht gestattet, Leistungen zu gewähren ..., die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen."[85]

Der gesetzliche Rahmen ist demnach sehr restriktiv. Um eine wettbewerbsorientierte Leistungspolitik gestalten zu können, ist es notwendig, die entsprechenden Handlungsspielräume des Leistungsrechts zu identifizieren. Im folgenden sind die Leistungen aufgeführt, die die Kassen zusätzlich zu jenen Leistungen, die alle Kassen gleichermaßen erbringen müssen, gewähren können.

- *Ambulante Versorgung:* Häusliche Krankenpflege bis zu vier Wochen je Krankheitsfall, in begründeten Ausnahmefällen für einen längeren Zeitraum, u.U. zusätzlich auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 37 SGB V); außerdem Haushaltshilfe, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist; für Verwandte und Verschwägerte können erforderliche Fahrkosten und Verdienstausfall geltend gemacht werden (§ 38 Abs. 2 u. 4 SGB V).
- *Behandlung im Ausland:* Kostenübernahme wenn eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist, sowie u. U. Kostenübernahme für eine Begleitperson (§ 18 Abs. 1 f. SGB V).
- *Erweiterung des Leistungskataloges:* Die Erweiterung ist nicht positiv definiert. Sie findet ihre Grenzen darin, daß zahlreiche Leistungen für eine Erweiterung nicht in Betracht kommen: ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Krankenhausbehandlung einschließlich Wahlleistungen, Krankengeld sowie Leistungen zur Behandlung und Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes (§ 56 SGB V).

---

[83] Vgl. Sabel 1996, Anm. zu § 2 SGB V.

[84] § 12 Abs. 1 SGB V.

[85] Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 32.

- *Modellvorhaben*: Eine befristete Erweiterung der Leistungen ist darüber hinaus zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung im Rahmen von zeitlich befristeten (max. 8 Jahre) Modellvorhaben möglich, wenn eine wissenschaftliche Begleitung erfolgt und die Bundesausschüsse (§ 91 SGB V) keine ablehnende Entscheidung zur Eignung der Leistung für ein Modellvorhaben getroffen haben (§ 63 SGB V).
- *Härtefallregelung:* Teilweise Befreiung von Fahrtkosten und Zuzahlungen (§ 62 SGB V).
- *Rehabilitation:* Kur sowie Zuschuß zur Kur, u.U. stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 SGB V), für Mütter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks (§ 41 SGB V); außerdem Förderung des Rehabilitationssports sowie ergänzende Leistungen hierzu (§ 43 SGB V).
- *Unterstützung bei Behandlungsfehlern:* Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 66 SGB V).
- *Unterstützung von Selbsthilfegruppen:* Unterstützung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse (§ 20 Abs. 3 SGB V).
- *Vorsorge:* Kur sowie Zuschuß zur Kur; u.U. Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung (§ 23 SGB V), für Mütter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks (§ 24 SGB V); außerdem Schutzimpfungen (§ 20 Abs. 2 SGB V).

Das Bundesversicherungsamt wacht streng darüber, daß die Mittel der Krankenkassen tatsächlich für Leistungen sowie für andere im Gesetz festgelegte Zwecke eingesetzt werden. Nachdem einige Kassen versucht hatten, ihre Marktstellung durch eine extensive Werbung zu verbessern, wurden auch in diesem Bereich Restriktionen erlassen. So dürfen die jährlichen Ausgaben für Werbemaßnahmen DM 6,20 je Mitglied nicht übersteigen.[86] „Die allgemeine Werbemaßnahme darf sich außerdem nicht auf eine Reklame beschränken, die lediglich auf den Namen der Kasse hinweist, sondern muß vielmehr einen sachlichen Informationsgehalt über den Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung aufweisen. Die Werbung kann die Besonderheiten der Versicherung bei der Krankenkasse herausstellen. Es ist jedoch darauf zu achten, daß nur durch eine sachliche Darstellung der eigenen Besonderheiten aufgeklärt wird."[87] Eine reine Imagewerbung ist nicht zulässig. Darüber

---

[86] Stand: 1996; vgl. Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 8 ff., Ziff. 17; Auskunft des Bundesversicherungsamtes v. 26.7.1996.

[87] Bundesversicherungsamt 1994, S. 8. Zu weiteren einschlägigen Regelungen vgl. Marburger/Marburger 1992, S. 36.

hinaus ist es den Kassen untersagt, Gegenüberstellungen oder Vergleiche von Beiträgen oder Leistungen unter Benennung anderer Kassen zu kommunizieren.[88] In diesem Kontext ist es lediglich zulässig, die Mitglieder auf die Möglichkeit eines Austritts sowie auf die bei einem Austritt aus einer anderen Krankenkasse einzuhaltende Frist und Form hinzuweisen. Kündigungshilfen, die über die „Aufklärung" hinausgehen, insbesondere die Überlassung vorgedruckter Kündigungsschreiben, ist nicht zulässig.[89] Außerdem darf die Autorität Dritter (insbesondere Unternehmen und Behörden) nicht zur Werbung eingesetzt werden.[90] Auch negative Behauptungen über andere Kassen sind nicht gestattet.[91] Die Werbung soll insgesamt in einer Form erfolgen, „die einer öffentlich-rechtlichen Institution angemessen ist."[92]

2.1.3.4. Einbindung in eine Verbandsstruktur

Krankenkassen gehören Landes- bzw. Bundesverbänden an, deren Aufgaben gesetzlich geregelt sind. Für kleinere, insbesondere regional operierende Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind grundsätzlich in jedem Bundesland *Landesverbände* vorgesehen.[93] Bundesweit operierende Kassen können analog Landesvertretungen unterhalten. Zu den wichtigsten Aufgaben der Landesverbände gehören der Abschluß von Gesamtverträgen über die vertragsärztliche Versorgung, die Errichtung eines Zulassungs- und eines Berufungsausschusses für Ärzte und Zahnärzte sowie die Festsetzung der Festbeträge für Hilfsmittel.[94]

Die Landesverbände der einzelnen Kassenarten sowie die Ersatzkassen bilden je einen *Bundesverband*.[95] Zu den wichtigsten Aufgaben der Bundesverbände gehören Grundsatzentscheidungen, die die Verbände zur Regelung der Vergütung, Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation und Erprobung für ihre Mitgliedskassen treffen.[96] Die

---

88 Vgl. Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 9.

89 Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 36-39.

90 Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 41, 42.

91 Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 10.

92 Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 16.

93 Vgl. § 207 SGB V.

94 Vgl. § 211 SGB V; Köhrer 1991, S. 25; Schnapp 1994, S. 1209. Darüber hinaus leisten die Verbände ihren Mitgliedskassen Hilfestellung, z.B. durch Bereitstellung von EDV-Einrichtungen, Unterstützung bei der Informationsbeschaffung und bei der statistischen Aufbereitung von Datenmaterial, Schulung des Personals in eigenen Bildungszentren und Vermittlung zwischen den Mitgliedskassen und dem Bundesverband.

95 Vgl. § 212 SGB V.

96 Sie können sich zudem der Forschung widmen. Außerdem sollen sie die zuständigen Behörden in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung unterstützen; vgl. § 217

Bundesverbände der Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft und die Seekrankenkassen gelten zugleich als *Spitzenverbände*. Die Spitzenverbände sollen über Fragen beschließen, die nach dem Sozialgesetzbuch „gemeinsam und einheitlich" zu regeln sind. Sie vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gesamtverträge, in denen die Vergütungen der Vertragsärzte und der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen geregelt sind.[97] Sie haben darüber hinaus die Aufgabe, Zuschüsse bei Zahnersatz und Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel festzusetzen sowie Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem medizinischen Dienst der Krankenkassen zu beschließen. Daneben sollen die Spitzenverbände Empfehlungen zum Inhalt der Verträge über die Krankenhausbehandlung, zu einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung sowie für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen für die Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln abgeben. Außerdem vereinbaren sie mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Rahmen einer „Weiterentwicklung der Krankenversicherung" Grundsätze zur Durchführung von Modellvorhaben mit Vertragsärzten.[98]

2.1.3.5. Verhältnis zu den Leistungserbringern

Das Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung ist wesentlich geprägt durch das „Sachleistungsprinzip". Danach werden die Leistungen der Kassen grundsätzlich als Dienstleistungen (z.B. Arztbehandlung) oder Sachleistungen (z.B. Medikamente) gewährt.[99] Eine Kostenerstattung ist grundsätzlich nicht vorgesehen.[100] Da die Kassen nicht in der Lage und i.d.R. auch nicht befugt sind, diese Leistungen selbst zu erbringen, sind sie gezwungen, Dritte als Leistungserbringer einzuschalten.[101] Dadurch entsteht eine „Dreiecksbeziehung" zwischen Versicherten, Kasse und Leistungserbringern. Zu den Leistungserbringern gehören dabei insbesondere

---

SGB V.

97 Vgl. § 82 SGB V.

98 Vgl. §§ 30 Abs. 2, 35 Abs. 3, 64 Abs. 2, 112 Abs. 5, 115 Abs. 5, 124 Abs. 4, 126 Abs. 2, 282 SGB V, Schnapp 1994, S. 1212.

99 Schmitt 1994, S. 813, schlägt vor, anstatt des Begriffs „Sachleistungsprinzip" die Begriffe „Naturalleistungsprinzip" oder „Sach- und Dienstleistungsprinzip" zu verwenden.

100 Ausnahmen gelten insbesondere bei der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 4 sowie bei Haushaltshilfen gem. § 38 Abs. 4 SGB V.

101 Vgl. Schmitt 1994, S. 812 f.

- Ärzte,
- Krankenhäuser,
- Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln,
- Apotheken,
- pharmazeutische Unternehmen,
- Hebammen,
- Erbringer häuslicher Plege und Haushaltshilfen sowie
- Krankentransportunternehmen.

Die Beziehungen zu den Leistungserbringern werden nach Maßgabe des SGB V durch Verträge geregelt.[102] Um auch in dieser Hinsicht Handlungsspielräume für eine Gestaltung einer wettbewerbsorientierten Geschäftspolitik, speziell einer entsprechenden Vertragspolitik gegenüber den Leistungserbringern, zu analysieren, soll im folgenden auf die Ausgestaltung dieser Beziehungen zu den wichtigsten Leistungserbringern kurz eingegangen werden.

Krankenkassen sind an der Zulassung der *Kassenärzte* beteiligt.[103] Über die Zulassung entscheidet ein Ausschuß, der zu gleichen Teilen aus Vertretern der Ärzte sowie Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen zusammengesetzt ist. Zur weiteren Ausgestaltung der Beziehungen schließen die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen Verträge. Auf Bundesebene wird der allgemeine Inhalt von Gesamtverträgen in Bundesmantelverträgen vereinbart; die Gesamtverträge werden auf Landesebene abgeschlossen. Wesentlicher Bestandteil der Bundesmantelverträge ist der „einheitliche Bewertungsmaßstab" für Leistungen, der die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr Verhältnis zueinander durch Punktwerte festlegt. Die Krankenkassen entrichten nach Maßgabe der geschlossenen Verträge für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Vertragsärzte nach Maßgabe des vereinbarten Verteilungsmaßstabes aufgeteilt wird.[104] Die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene sind zudem an der Entwicklung von Richtlinien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. Außerdem sind sie in Qualitätsprüfungen einbezogen, indem sie Einfluß auf die

---

[102] Vgl. zum Grundsatz § 2 Abs. 2 SGB V.

[103] Die Kassenärzte bilden zur Erfüllung ihrer Aufgaben für jedes Bundesland eine Kassenärztliche Vereinigung, die zusammen mit entsprechenden anderen Verbänden eine Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden; vgl. § 77 SGB V. Die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist es, gegenüber den Kassen zu gewährleisten, daß die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sichergestellt ist.

[104] Vgl. §§ 82 Abs. 2, 85, 87 SGB V; vgl. Schmitt 1994, S. 823 ff.

Stichprobenziehung nehmen.[105] Die Landesverbände der Krankenkassen können mit den Kassenärztlichen Vereinigungen „Strukturverträge" schließen, die die Koordination von Behandlungen, die durch mehrere Fachärzte erfolgen, erleichtert.[106] Außerdem können Krankenkassen und ihre Verbände zur „Weiterentwicklung der Krankenversicherung" zur „Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder ... vereinbaren."[107] Daraus ergeben sich auch für einzelne Kassen gewisse Spielräume, die allerdings aufgrund der vorgeschriebenen Befristung von Modellvorhaben nur für einen begrenzten Zeitraum wirksam sein können.

Krankenhäuser dürfen Krankenhausbehandlungen nur dann abrechnen, wenn sie zugelassen sind. Zugelassen sind Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkasse abgeschlossen haben.[108] Die Landesverbände sind damit wesentlich an der Zulassung von Krankenhäusern beteiligt.[109] Liegt eine Zulassung vor, schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit den Vereinigungen der Krankenhäuser auf Landesebene Verträge über die Leistungen, die in den Krankenhäusern erbracht werden. Insbesondere werden die allgemeinen Bedingungen der Krankenhauspflege sowie Fragen der Qualitätssicherung definiert.[110] Daneben vereinbaren „die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen" Maßnahmen zur Qualitätssicherung.[111] Eine Krankenhausbehandlung wird i.d.R. von einem Vertragsarzt verordnet. Das Krankenhaus ersucht die Krankenkasse um eine Kostenübernahmeerklärung, die in der Regel erteilt wird. Nach der Behandlung rechnet das Krankenhaus unmittelbar mit der Kasse ab.[112]

Zu den *Lieferanten von Heilmitteln* gehören z.B. Masseure, medizinische Bademeister, Krankengymnasten, Sprachtherapeuten, Logopäden und Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten.[113] Zu den *Lieferanten von Hilfsmitteln* gehören z.B. Opti-

---

105 Vgl. §§ 135-137 b SGB V.
106 Vgl. § 73 a SGB V.
107 § 63 Abs. 1 SGB V.
108 Vgl. § 108 SGB V.
109 Vgl. § 109 SGB V.
110 Vgl. § 112 SGB V.
111 § 115 b Abs. 1 SGB V.
112 Vgl. § 73 Abs. 4, 39, 112 SGB V; vgl. Schmitt 1994, S. 827 ff.
113 Vgl. Sabel 1994, Anm. zu § 124 SGB V.

ker, Hörgeräteakustiker, Lieferanten von Körperersatzstücken oder Rollstühlen.[114] Heil- und Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Die Zulassung wird erteilt von den Landesverbänden der Krankenkassen, wenn bestimmte persönliche und sachliche Voraussetzungen vorliegen.[115] Einzelheiten der Versorgung, die Preise und das Abrechnungsverfahren werden in Verträgen zwischen den Verbänden von Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt.[116] Die Verordnung neuer Heilmittel ist nur zulässig, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zuvor ihren therapeutischen Nutzen erkannt und Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat."[117] Grundsätzlich ausgeschlossen sind sächliche Mittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen sowie geringem Abgabepreis.[118]

Apotheken sind gesetzlich verpflichtet, ärztlich verordnete Arzneimittel an die Mitglieder der Krankenkassen abzugeben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Apotheken schließen einen Rahmenvertrag über die näheren Bedingungen der Arzneimittelversorgung ab. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Apotheker können ergänzende Regelungen vereinbaren.[119] Grundsätzlich ausgeschlossen von der Versorgung sind „unwirtschaftliche Arzneimittel" mit „nicht erforderlichen Bestandteilen", mit „einer Vielzahl von arzneilich wirksamen Bestandteilen" sowie mit „nicht nachgewiesenem therapeutischen Nutzen".[120]

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der *pharmazeutischen Unternehmen* auf Bundesebene können einen Vertrag über die Arzneimittelversorgung schließen. Dieser darf sich aber lediglich auf die Ausgestaltung der Verpackungen sowie auf Fragen der Datenerfassung im Hinblick auf Preis und Verbrauch beziehen. Auf Fragen der Zulassung von pharmazeutischen Unternehmen haben die Kassen keinen Einfluß.[121]

---

[114] Vgl. § 33 SGB V.

[115] Vgl. §§ 124, 126 SGB V.

[116] Vgl. §§ 125, 127 SGB V; vgl. Schmitt 1994, S. 829 ff.

[117] Vgl. § 138 SGB V.

[118] Vgl. §§ 1 f. Verordung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung (BGBl I 1995, S. 44).

[119] Vgl. zu den näheren Bedingungen § 129 SGB V; vgl. Schmitt 1994, S. 831.

[120] Vgl. §§ 1-3 Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (BGBl I 1994, S. 1416).

[121] Vgl. § 131 SGB V; Henninger 1994, S. 1103 ff.

Hebammen sind aufgrund des Hebammengesetzes, § 134 SGB V, und der Hebammenhilfe-Gebührenordnung berechtigt, an der Versorgung teilzunehmen und bestimmte Leistungen in definiertem Umfang mit den Kassen abzurechnen. Krankenkassen sind nicht berechtigt, eigene Verträge mit Hebammen zu schließen.[122]

Die Krankenkassen können *Erbringer häuslicher Pflege und Haushaltshilfen* entweder anstellen oder geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nehmen und mit ihnen Verträge über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen schließen.[123] Als Vertragspartner kommen öffentliche und private Pflegeeinrichtungen, insbesondere Sozialstationen, sowie selbständige Krankenpflegepersonen in Betracht.[124]

Mit *Krankentransportorganisationen* schließen Krankenkassen oder ihre Verbände nur Verträge, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt oder die Kassen ihre Leistungspflicht zur Kostenübernahme auf Festbeträge beschränken dürfen. Damit sind die landesweit gültigen Rettungsdienstgesetze vorrangig, die auf einheitliche Benutzungsentgelte abzielen. Die Möglichkeiten einer eigenständigen Vertragspolitik der Kassen sind stark beschränkt. Die Krankenkassen sind auch an die aufgrund Landesrecht erteilten Zulassungen zur Leistungserbringung gebunden. Ihr Einfluß auf das Zulassungsverfahren beschränkt sich auf die Möglichkeit, Bedenken gegen die Zulassung anzumelden.[125]

Dieser knappe Überblick über die Beziehungen zwischen Krankenkassen und verschiedenen Leistungserbringern läßt drei Grundsätze, die für die Beziehungen zu allen Leistungserbringern gleichermaßen gelten, deutlich werden.

Erstens sind die Kassen, mit wenigen Ausnahmen, durch ihre Landesverbände wesentlich an der Zulassung der Leistungserbringer beteiligt.

Zweitens schließen die Kassen durch ihre Landes- bzw. Bundesverbände Verträge mit den Leistungserbringern. Es werden grundsätzlich keine Verträge zwischen Leistungserbringern und einer einzelnen Kasse geschlossen, so daß die Verträge i.d.R. für alle Kassen eines Verbandes gleichermaßen gelten. Drei Ausnahmen bestehen: Mit Erbringern häuslicher Pflege und Haushaltshilfe sowie mit Lieferanten von Heil- und Hilfsmitteln können einzelne Kassen kassenspezifische (Pflege/Haushaltshilfe) bzw. kassenarten- und regionalspezifische Verträge (Heil-/Hilfsmittel) ab-

---

[122] Vgl. Henninger 1994, S. 1092.
[123] Vgl. §§ 132, 132 a SGB V.
[124] Vgl. Sabel 1996, Anm. zu § 132 SGB V; vgl. Henninger 1994, S. 1082 ff.
[125] Vgl. § 133 SGB V; Henninger 1994, S. 1086 ff.

schließen. Außerdem können einzelne Kassen mit einzelnen Vertragsärzten Verträge zur Durchführung von Modellversuchen schließen.

Drittens setzt das Sozialgesetzbuch der freien Vertragsgestaltung grundsätzlich enge Grenzen. Ist eine kassenindividuelle Vertragsschließung zulässig, sind im Gesetz die möglichen Vertragspartner sowie die Vertragsgegenstände definiert.

2.1.3.6. Finanzierung

Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt vor allem über die *Beiträge* der Mitglieder. „Die Beiträge sind so zu bemessen, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklagen decken."[126] Bei pflichtversicherten Mitgliedern ist der Beitrag i.d.R. ein Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen, für die Bemessung des Beitrages freiwillig Versicherter ist im Gesetz eine Beitragsuntergrenze festgelegt.[127]

Eine Veränderung der Beitragssätze für Pflichtversicherte ist an einige Bedingungen geknüpft: Vor einer Beitragserhöhung ist von der Kasse insbesondere nachzuweisen, daß durch eigene Bemühungen um mehr Wirtschaftlichkeit ein Defizit nicht ausgeglichen werden kann. Wird eine Beitragserhöhung vorgenommen, die nicht durch Zahlungen in den Risikostrukturausgleich zu rechtfertigen ist, sind die Kassen verpflichtet, die Zuzahlungen der Mitglieder für bestimmte Leistungen zu erhöhen.[128] Darüber hinaus haben die Kassen ohne besonderen Anlaß die Möglichkeit, die Zuzahlungen ihrer Mitglieder zu erhöhen. Bei einem Einnahmeüberschuß müssen die Beiträge gesenkt werden. Die Anlage zusätzlicher Rücklagen, die über die Deckung des Betriebsmittel- und Rücklagensolls hinausgehen, ist nicht zulässig.[129]

Eine Staffelung der Beitragssätze nach Mitgliedergruppen oder eine entsprechende Staffelung der Zuzahlungen ist ebenso grundsätzlich nicht zulässig:[130] „Den Krankenkassen ist es auch aus Wettbewerbsgründen nicht gestattet, ... Beitragseinstufungen vorzunehmen, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen."[131]

---

126 § 220 Abs. 1 SGB V.
127 Vgl. § 240 Abs. 2 u. 4 SGB V.
128 Vgl. § 221 SGB V.
129 Vgl. § 220 Abs. 2 u. 3 SGB V; Engelhard 1994, S. 1336.
130 Vgl. § 55 SGB V; §§ 20-28 SGB IV, §§ 220-258 SGB V.
131 Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 32.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt ein permanenter, bundesweiter und kassenartenübergreifender sogenannter *Risikostrukturausgleich*.[132] Ziel des Ausgleichs ist es, eine „gerechtere Beitragsbelastung der Versicherten" zu erreichen und „Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen" abzubauen.[133] Dazu werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder („Grundlöhne"), in der Zahl der beitragsfrei versicherten Familienmitglieder („Familienlast") und in der alters- sowie geschlechtsspezifischen Verteilung der Versicherten zwischen den Kassen ausgeglichen.[134] Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner werden gesondert berücksichtigt. Im Ergebnis werden Kassen mit einer relativ ungünstigen Struktur von Kassen mit einer relativ günstigen Struktur mitfinanziert. Der Ausgleich bezieht sich ausdrücklich nicht auf solche Risiken, die mit den konkreten Gesundheitszuständen der Versicherten zusammenhängen.[135] Insofern ist der Begriff „Risikostrukturausgleich" irreführend.

Der Risikostrukturausgleich bewirkt eine Angleichung der Beiträge unterschiedlicher Kassenarten. Er mindert außerdem den Anreiz, bestimmte Mitgliedergruppen bevorzugt zu behandeln bzw. zu benachteiligen.

Im nächsten Abschnitt gilt es nun, die Folgen im Hinblick auf eine wettbewerbsorientierte Geschäftspolitik von Krankenkassen aufzuzeigen, die sich aus den vorstehend dargestellten Rechtsnormen ergeben.

2.1.4. Folgen für eine wettbewerbsorientierte Geschäftspolitik von Krankenkassen

Im Zuge der Gesundheitsreform sind die Wettbewerbsbedingungen im Sektor der Krankenkassen erheblich verschärft worden. Zugleich wurde die traditionell bestehende Regulierung des Kassensektores weiter intensiviert, so daß das reformierte Recht der Krankenversicherung die Handlungsspielräume für die Entwicklung einer wettbewerbsorientierten Geschäftspolitik noch stärker einengt. Die wesentlichen Folgen dieser restriktiven Sozialgesetzgebung sind die Erschwerung

---

[132] Vgl. §§ 266 f. SGB V.

[133] BT-Drucksache 12/3608, S. 117.

[134] Zur Bewertung der Auswahl der Risikokomponenten vgl. Cassel 1992, S. 6; zu unterschiedlichen Einordnungen von „Risikogruppen" vgl. die Übersicht bei Jacobs/ Reschke 1992, S. 32 ff.

[135] Vgl. § 266 Abs. 1 SGB V.

- einer kundenorientierten Gestaltung der Dienstleistung,
- einer marktorientierten Preispolitik,
- einer wettbewerbsorientierten Zielgruppendefinition sowie
- einer wettbewerbsorientierten Kommunikationspolitik.

Eine *kundengerechte Gestaltung der Dienstleistung wird erschwert*, weil Krankenkassen gezwungen sind, ihr Angebot auf jene Leistungen zu beschränken, die im SGB V konkret genannt sind. Insgesamt bestehen in dieser Hinsicht marginale Entscheidungsfreiräume. Eine autonome Gestaltung von Art und Umfang der Kassenleistungen ist nicht möglich. Selbst die bestehenden Freiräume können nicht zur Definition eines Produktprogramms führen, denn einzelne Dienstleistungen, die so zu isolieren wären (z.B. „Rückenschule" im Rahmen eines Modellvorhabens, Gewährung einer Haushaltshilfe), können faktisch nicht isoliert „vertrieben" werden. Sie sind immer Elemente eines ganz überwiegend rechtlich determinierten Leistungsprogramms und können lediglich zu einer minimalen Akzentsetzung genutzt werden.

Die *Gestaltung einer marktorientierten Preispolitik ist nicht möglich*, da die Höhe der Beitragssätze von den Kassen kaum zu beeinflussen ist. Entscheidungen im Hinblick auf die Beitragssatzgestaltung sind an konkrete Vorgaben gebunden, die sich vor allem nach der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung einer Kasse richten. Die Ausgaben einer Kasse hängen ab von der Risikostruktur des Versichertenbestandes, der Art der Lebensführung, dem Leistungsinanspruchnahmeverhalten der Versicherten, der Leistungsgewährung der Kasse, dem Ergebnis von Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern sowie der Wirksamkeit von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Auf der Einnahmeseite ist das Beitragsaufkommen von Bedeutung. Außerdem wirken die Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleiches auf die Beitragssatzhöhe ein (Abb. 1).

Die Möglichkeiten der Kassen, Einfluß auf jene Dimensionen zu nehmen, die Auswirkungen auf die Beitragssatzhöhe haben, ist äußerst gering. Die wirksamste Maßnahme kann in Wirtschaftlichkeitsprüfungen gesehen werden, da einzelne Kassen - auch unabhängig von ihrem Verband - dieses Instrument nutzen können, um das ausgabenwirksame Verhalten von Leistungserbringern zu sanktionieren. So sind kurzfristig Kosteneinsparungen zu erzielen, die einer einzelnen Kasse zugute kommen. Werden auf dem Weg der Prüfung strukturelle Mängel aufgedeckt, die Auswirkungen auf die Vertragsverhandlungen haben, entfällt wiederum die komparative Kostenwirkung, weil das Ergebnis der Vertragsverhandlungen für alle Kassen gleichermaßen gilt. Eine wirksame Preis- bzw. Beitragssatzpolitik kann daher auf diesem Instrument nicht basieren.

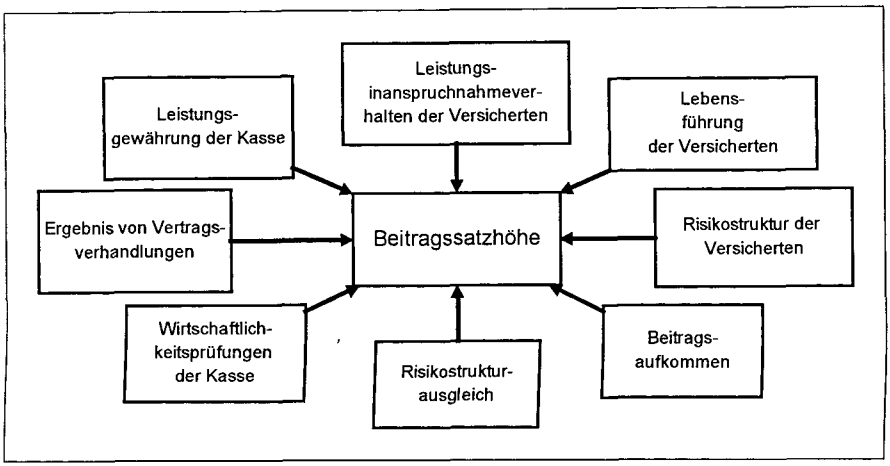


Abb. 1: Determinanten der Beitragssatzhöhe
Quelle: eigene Darstellung.

Auch eine preispolitische Differenzierung ist nicht möglich. Die Höhe der absoluten Beiträge richtet sich für die einzelnen Mitglieder im Grundsatz nach deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Eine risikoorientierte Beitragsbemessung, wie sie in der privaten Krankenversicherung üblich ist, findet nicht statt.

Problematisch ist darüber hinaus auch die *Definition einer Zielgruppe*. Der potentielle Versichertenkreis von Krankenkassen ist im SGB V definiert. Dort ist geregelt, welche Personen pflichtversichert sind, wobei sich die Zuordnung an Berufsgruppen und Einkommensgrenzen orientiert. Es ist dort auch geregelt, welche Personen berechtigt sind, der Kasse als freiwillige Mitglieder beizutreten. Insgesamt sind über 90% der deutschen Bevölkerung in gesetzlichen Krankenkassen versichert. Da die Krankenkassen einem Kontrahierungszwang unterliegen, dürfen einzelne Personengruppen nicht generell aus dem zu versichernden Personenkreis ausgeschlossen werden. Die Definition einer Zielgruppe kann daher grundsätzlich nicht zur offenen Ausgrenzung, sondern nur zur gezielten Ansprache besonderer Gruppen führen.

Im Marketing allgemein orientiert sich die Zielgruppendefinition vor allem an Konsumpräferenzen (Produktprogramm/-qualität), die regelmäßig mit einer definierten Zahlungsbereitschaft (hochpreisige/niedrigpreisige Ware) korrelieren. So kann der Markt in verschiedene Zielgruppen gegliedert werden, von denen eine oder mehrere durch ein zielgruppenspezifisches Marketinginstrumenten angesprochen und bedient werden können. Da im Sektor der Krankenkassen die Zahlungsbereitschaft

aufgrund der faktischen Fremdbestimmung der Beitragssätze ohne Relevanz ist und auch die Anpassung an verschiedene Konsumpräferenzen kaum möglich ist, weil eine Krankenkasse nur ein einziges Produkt anzubieten hat, kann eine Zielgruppendefinition nach diesen klassischen Kriterien nicht erfolgen.

Aus historischen Gründen orientieren sich die Kriterien einer Zielgruppendefinition bei Ersatz- und Innungskrankenkassen sehr deutlich an der Berufsgruppe, bei Betriebskrankenkassen an der Betriebszugehörigkeit.[136] Diese Kriterien wären sinnvoll, wenn die Leistungspolitik auf die besonderen Anforderungen der entsprechenden Gruppen zugeschnitten werden könnte. Da dies aber, mit wenigen Ausnahmen, nicht der Fall ist, besteht kein plausibler Grund, diese Kriterien beizubehalten.

Als weiteres Kriterium ist in der Praxis - trotz Risikostukturausgleich, deren dauerhafter Bestand z.T. angezweifelt wird - die Konzentration auf „gute Risiken" zu beobachten. Insbesondere die Werbung wird auf jene Personen zugeschnitten, die aus Kassensicht ein relativ günstiges Verhältnis von Beitragszahlung und Leistungsinanspruchnahmeverhalten erwarten lassen. Diese „guten" Personen sind eher jung, führen ein eher gesundheitsbewußtes Leben und gehören zu gesellschaftlichen Gruppen, deren sozioökonomischer Status eher hoch ist.[137]

Eine Zielgruppendefinition, die auf eine Selektion „guter Risiken" abhebt, ist allerdings imagepolitisch riskant. Deutliche Ausgrenzungsversuche, wie z.B. eine betont unfreundliche Behandlung, die Verschleppung oder Ablehnung berechtigter Leistungsanträge oder die offene Aufforderung zum Kassenwechsel, können zu Sanktionen der Aufsichtsbehörden und gerichtlichen Auseinandersetzungen führen und eine öffentliche Diskussion sowie die Verurteilung der Kasse in der Presse nach sich ziehen.[138] Die Selektion ist auch aus ethischen Gründen bedenklich, weil sie sich faktisch gegen die ohnehin durch Krankheitsrisiken stärker belasteten Personen wendet und ihre Lebensbedingungen insoweit zusätzlich erschwert. Wünschenswert wäre dagegen, daß gerade dieser Personengruppe besonders geholfen

---

[136] Beispielsweise sind in der Deutschen Angestellten Krankenkasse vorwiegend Angestellte, in der Techniker Krankenkasse vorwiegend Personen in technischen Berufen und in der Gärtnerkrankenkasse vorwiegend Gärtner versichert. Die Innungskrankenkassen versichern überwiegend Personen aus den Berufen der Trägerinnungen. Mit der Öffnung dieser Kassen veschwimmen diese Orientierungen.

[137] Vgl. zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit die empirischen Überblicke bei Abholz 1981, Kirchgässler 1990 und Mielck 1993 sowie den Versuch einer theoretischen Einordung von Elkeles/Mielck 1993.

[138] Ohne Risiko ist eine solche Selektion lediglich für Betriebs- und Innungskrankenkassen, wenn die Ausgrenzung dadurch erfolgt, daß auf eine Öffnung der Kasse für betriebs- bzw. innungsfremde Mitglieder verzichtet wird.

wird. Im Ergebnis kann die Konzentration auf „gute Risiken" daher nicht empfohlen werden. Die Risikostruktur muß als gegeben betrachtet werden.

Zur Zielgruppe einer Krankenkasse gehören daher alle Mitglieder und potentiellen Mitglieder des Marktareals. Nicht zur Zielgruppe gehören lediglich die Personen, die nicht pflichtversichert sind und zugleich in der privaten Krankenversicherung versichert sind, da diese in der Regel nicht berechtigt sind, als freiwillig Versicherte gesetzlichen Krankenkassen beizutreten.

Als letzte wesentliche Folge der restriktiven Sozialgesetzgebung ist *die Erschwerung einer wettbewerbsorientierten Kommunikationspolitik* zu nennen. Die Ausgaben für Werbemaßnahmen sind budgetiert. Da sich diese Budgetierung an der Zahl der versicherten Mitglieder orientiert, sind kleinere Kassen von dieser Regulierung besonders stark betroffen. Von Bedeutung ist außerdem das Verbot einer reinen Imagewerbung. Aufgrund der überwiegenden Immaterialität der Kassendienstleistungen, aus der folgt, daß mit einer bildhaften Präsentation des Produktes nicht geworben werden kann, wäre gerade eine Imagewerbung für Krankenkassen angemessen.[139]

Nachdem die rechtlichen und sozialpolitischen Grundlagen der Krankenversicherung, einschließlich der rechtlichen Restriktionen, die ein Agieren der Krankenkassen unter Wettbewerbsbedingungen erschweren, aufgezeigt wurden, gilt es nun, den Markt der Krankenversicherung in Deutschland zu charakterisieren.

2.2. Der Markt der Krankenversicherung

Als wichtigste Parameter des Marktes der Krankenversicherung sollen im folgenden die Marktstruktur und -entwicklung nach Krankenversicherungsträgern, die ökonomische Entwicklung der Krankenkassen sowie die Entwicklung sozioökonomischer Umweltbedingungen umrissen werden.

2.2.1. Marktstruktur und -entwicklung nach Krankenversicherungsträgern

In Deutschland waren 1997 99,85% der vom Statistischen Bundesamt erfaßten Bevölkerung krankenversichert. Lediglich für 105.000 Personen bestand kein Krankenversicherungsschutz.[140] Der Markt der Krankenversicherung wird durch Träger der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung abgedeckt. Die gesetzli-

---

[139] Zur Angemessenheit von Imagewerbung bei Dienstleistungen vgl. Meyer 1983, S. 98; Hilke 1989, S. 18; Meyer 1998.

[140] Vgl. Statistisches Bundesamt 1998, Fachserie 13, Reihe 1.

che Krankenversicherung ist in verschiedene Kassenarten gegliedert.[141] Die folgende Abbildung zeigt die Aufteilung des Marktes zwischen den Trägern der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. 1997 waren 91% aller Versicherten bei gesetzlichen Krankenkassen, lediglich 9% in der privaten Krankenversicherung versichert.

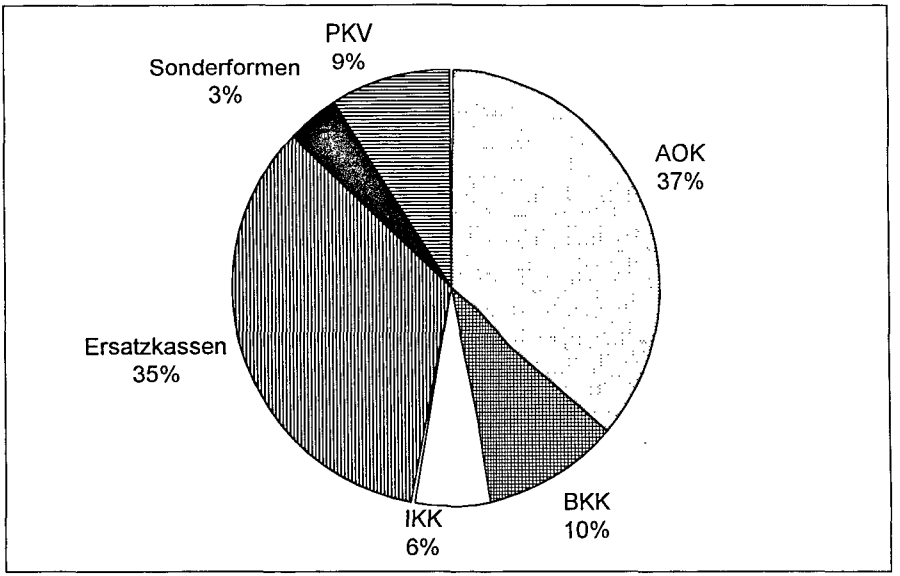


Abb. 2: Der Markt der Krankenversicherung 1997. Marktanteile auf Basis der versicherten Personen

Quelle: AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, VdAK, See-Krankenkasse, Bundesknappschaft, Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, Verband der priv. Krankenversicherung.

Im folgenden werden die einzelnen Träger der gesetzlichen Krankenkassen vorgestellt. Im Anschluß daran wird auf die Private Krankenversicherung eingegangen, die im Hinblick auf den freiwillig versicherten Personenkreis den gesetzlichen Krankenkassen konkurrierend gegenübersteht.

2.2.1.1. Ortskrankenkassen

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) sind regional gegliedert und gewährleisten eine flächendeckende Versorgung. Vor Einführung der Wahlfreiheit waren die Orts-

[141] Zur Differenzierung der Kassenarten vgl. § 4 Abs. 2 SGB V.

krankenkassen zuständig für alle versicherungspflichtigen Personen, die nicht gesetzlich den anderen Kassenarten zugeordnet waren. Eine Definitionen dieser Kassenart ist nach Inkrafttreten des GSG über notwendige Eigenschaften ihrer Mitglieder nicht mehr möglich. 1997 bestanden 17 Ortskrankenkassen mit 28,60 Mio. Versicherten bzw. 20,80 Mio. Mitgliedern:[142]

- AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,
- AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, München,
- AOK Berlin, Berlin,
- AOK für das Land Brandenburg, Teltow,
- AOK Bremen/Bremerhaven, Bremen,
- AOK - Die Gesundheitskasse für Hamburg, Hamburg,
- AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg,
- AOK Mecklenburg-Vorpommern - Die Gesundheitskasse, Schwerin,
- AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Hannover,
- AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse, Düsseldorf,
- AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, Eisenberg,
- AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland, Saarbrücken,
- AOK Sachsen - Die Gesundheitskasse, Dresden,
- AOK Sachsen-Anhalt, Magdeburg,
- AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse, Kiel,
- AOK - Die Gesundheitskasse in Thüringen, Erfurt sowie
- AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse, Dortmund.

Die Ortskrankenkassen haben infolge der deutschen Wiedervereinigung zunächst ein deutliches Wachstum ihres Versichertenbestandes realisieren können. Nach 1991 waren die Versichertenzahlen leicht rückläufig, 1996 mußte infolge der Kassenöffnung ein deutlicher Versichertenrückgang hingenommen werden. Der Marktanteil sank von 42,89% auf 35,99%. Bei den Ortskrankenkassen ist ein Konzentrationsprozeß deutlich erkennbar. Während zwischen 1985 und 1992 die Zahl der Ortskrankenkassen fast unverändert bei 270 lag, gab es 1993 251, 1994 92 und 1997 17 Ortskrankenkassen. Die Zahl der in den Ortskrankenkassen versicherten Personen veränderte sich in dieser Zeit in weit geringerem Ausmaß (Abb. 3).[143]

---

[142] Auskunft AOK-Bundesverband.

[143] Vgl. Statistisches Bundesamt 1986-1996, Statistische Jahrbücher sowie Fachserie 13, Reihe 1.

	Anzahl Kassen - AOK	Versicherte AOK insgesamt in 1000	Marktanteil in %	Durchschnittliche Kassengröße: Anzahl Versicherte je Kasse
1986	269	24.520	41,21	91.152
1987	269	24.467	41,13	90.955
1988	269	24.059	40,29	89.439
1989	268	23.891	39,70	89.146
1990	271	23.702	38,67	87.461
1991	274	33.464	42,98	122.131
1992	272	32.898	41,84	120.949
1993	251	32.577	41,25	129.789
1994	92	32.256	40,67	350.609
1995	20	32.763	41,23	1.638.150
1996	17	28.870	36,33	1.698.235
1997	17	28.600	35,99	1.682.353

Abb. 3: Entwicklung der Ortskrankenkassen seit 1986

Quelle: Statistisches Bundesamt 1986-1996, Statistische Jahrbücher sowie Fachserie 13, Reihe 1; Auskunft des AOK-Bundesverbandes; eigene Berechnung.

2.2.1.2. Betriebskrankenkassen

Betriebskrankenkassen (BKK) sind wie die Ortskrankenkassen regional, aber i.d.R. nicht flächendeckend, sondern in Orientierung auf den Sitz des Trägerunternehmens organisiert. Der Kernbestand der Mitglieder umfaßt die Mitarbeiter des Trägerunternehmens. Zu einer Öffnung für andere Mitgliedergruppen sind Betriebskrankenkassen berechtigt.

1997 bestanden 417 Betriebskrankenkassen mit 8,15 Mio. Versicherten bzw. 5,55 Mio. Mitgliedern.[144] Der Marktanteil betrug 10,26%. Die Betriebskrankenkassen haben infolge der deutschen Wiedervereinigung zunächst expandiert. 1992 waren 8,57 Mio. Personen bei Betriebskrankenkassen versichert. Ab 1994 waren sowohl die Zahl der Versicherten als auch die Zahl der Betriebskrankenkassen leicht rückläufig. Die Einbußen an Versicherten konnten bis 1997 weitgehend ausgeglichen werden. 1995 setzte ein starker Konzentrationsprozeß ein. Die durchschnittliche Kassengröße stieg von 10.605 im Jahre 1995 auf 19.547 Versicherte je BKK für das Jahr 1997 (Abb. 4).

[144] Auskunft des BKK-Bundesverbandes.

	Anzahl Kassen - BKK	Versicherte BKK insgesamt in 1000	Marktanteil in %	Durchschnittliche Kassengröße: Anzahl Versicherte je Kasse
1986	734	7.186	12,08	9.790
1987	722	6.874	11,56	9.521
1988	710	6.840	11,45	9.634
1989	696	6.915	11,49	9.935
1990	722	7.144	11,66	9.902
1991	747	8.465	10,87	11.332
1992	862	8.569	10,90	9.941
1993	749	8.455	10,71	10.731
1994	724	8.342	10,52	11.522
1995	699	7.413	9,33	10.605
1996	494	7.868	9,90	15.927
1997	417	8.151	10,26	19.547

Abb. 4: Entwicklung der Betriebskrankenkassen seit 1986

Quelle: Statistisches Bundesamt 1986-1996, Statistische Jahrbücher sowie Fachserie 13, Reihe 1; Auskunft des IKK-Bundesverbandes; eigene Berechnung.

83 Betriebskrankenkassen haben sich betriebsfremden Mitgliedern geöffnet (Abb. 5):[145]

• Bank BKK, Frankfurt	• BKK 2000, Bocholt
• BKK Adtranz, Nürnberg	• BKK Ahlmann-Rendsburg, Rendsburg
• BKK AKS, Augsburg	• BKK Bau, Stuttgart
• BKK Bauer Druck Köln, Köln	• BKK Bauknecht, Schorndorf
• BKK Bavaria, Roth	• BKK Blohm und Voss, Hamburg
• BKK Boge, Eitorf	• BKK Bohlen & Doyen GmbH, Wiesmoor
• BKK Braunschweig, Braunschweig	• BKK Burda+Partner, Offenburg
• BKK Calwer Decken, Calw	• BKK conpart, Hannover
• BKK der Thüringer Energieversorger, Erfurt	• BKK der Staatl. Bauverwaltung, Oldenburg
• BKK Der Partner, Norden	• BKK Direkt, Wolfsburg
• BKK Döllken, Essen	• BKK Dräger, Lübeck
• BKK Dyckerhoff, Wiesbaden	• BKK Flender, Bocholt
• BKK Freudenberg, Weinheim	• BKK für Heilberufe, Düsseldorf
• BKK Für Umwelt und Bauen, Berlin	• BKK futur, Mönchengladbach
• BKK Hapag-Lloyd Bremen, Bremen	• BKK Hegau-Bodensee, Singen
• BKK Henschel, Kassel	• BKK Heye, Oberkirchen
• BKK Hochrhein-Wiesental, Rheinfelden	• BKK Hoesch Dortmund, Dortmund
• BKK Iveco Magirus AG, Ulm	• BKK Junghans+Partner, Schramberg
• BKK Kassel regional, Kassel	• BKK KH DEUTZ KÖLN, Köln

[145] Eine vollständige Auflistung aller Betriebskrankenkassen findet sich in BKK 1998.

• BKK Krauss-Maffai, München	• BKK Krupp/EVAG, Essen
• BKK Medicus, Radebeul	• BKK MEM, Meuselwitz
• BKK Mittelhessen, Wetzlar	• BKK NEUN PLUS, Hannover
• BKK Niedersachsen-West, Nordhorn	• BKK NOVITAS, Duisburg
• BKK Ost-Hessen, Brachttal	• BKK Ostbayern, Altötting
• BKK Philips Medizin Systeme, Hamburg	• BKK PHOENIX, Hamburg
• BKK Rhein-Lahn, Koblenz	• BKK Rhein-Neckar, Mannheim
• BKK Rheinland, Alfter	• BKK Rieter+Partner, Ingolstadt
• BKK RWK+FANAL, Wuppertal	• BKK Sachsen-Anhalt, Wolfen
• BKK Schenck, Darmstadt	• BKK Schott-Zeiss, Oberkochen
• BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg, Trossingen	• BKK Spinnerei-Weberei Ettlingen, Ettlingen
• BKK Stadt Hamburg, Hamburg	• BKK Thyssen Industrie, Mülheim
• BKK Union, Krefeld	• BKK Unterweser, Bremen
• BKK VBU, Berlin	• BKK VITAL, Ludwigshafen
• BKK VOR ORT, Oberhausen	• BKK Werra-Meissner, Eschwege
• BKK Zollern-Alb, Balingen	• Bosch BKK, Stuttgart
• Die BKK Post HVW, Stuttgart	• Hanse BKK, Rostock
• Die Gem. BKK aus Baden-Württ., Karlsruhe	• DIE GEMEINSAME BKK, Mönchengladbach
• Kaiser´s BKK, Viersen	• Mitteldeutsche BKK, Merseburg
• PBK - Die persönliche Krankenkasse, Dachau	• Schwenninger BKK, Villingen, Schwenningen
• Rewe BKK, Frankfurt	• Preussag BKK Publik, Salzgitter
• SECURVITA BKK, Hamburg	• Voith+Partner BKK, Heidenheim
• WMF BKK, Geislingen	

Abb. 5: Geöffnete Betriebskrankenkassen 1997
Quelle: BKK 1998.

2.2.1.3. Innungskrankenkassen

Innungskrankenkassen (IKK) sind Kassen, die von einer oder von mehreren Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder gegründet werden.[146] Da die Innungen regional gegliedert sind, sind auch die Innungskrankenkassen regional gegliedert. Ihre Mitglieder sind nach berufsständischen Kriterien selektiert. Innungskrankenkassen sind ebenso wie die Betriebskrankenkassen berechtigt, aber nicht verpflichtet, sich Mitgliedern, die bei anderen Arbeitgebern beschäftigt sind und somit u.U. anderen Berufsgruppen angehören, zu öffnen.

[146] Vgl. § 157 Abs. 1 SGB V.

1997 bestanden 49 Innungskrankenkassen mit 4,47 Mio. Versicherten bzw. 3,03 Mio. Mitgliedern.[147] Der Marktanteil der IKK betrug 5,6%. Folgende Kassen haben sich innungsfremden Mitgliedern geöffnet:[148]

- Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit, Dortmund,
- IKK Braunschweig, Braunschweig,
- IKK Bremen und Bremerhaven, Bremen,
- IKK Hamburg, Hamburg,
- IKK Herzberg, Herzberg,
- IKK Ostfalen, Helmstedt,
- IKK Sachsen-Anhalt, Magdeburg sowie
- IKK Weser-Ems, Oldenburg.

Die Innungskrankenkassen haben seit 1990 ein kontinuierliches Wachstum des Versichertenbestandes realisiert, das sich auch nach der Öffnung weiter fortsetzte. Ab 1992 setzte ein Konzentrationsprozeß ein, der 1995 noch einmal deutlich an Dynamik gewann. Während 1992 in den 181 Innungskrankenkassen durchschnittlich 24.801 Personen je Kasse versichert waren, waren es im Jahre 1997 bereits 91.265 Personen in 49 Kassen (Abb. 6).

	Anzahl Kassen - IKK	Versicherte IKK insgesamt in 1000	Marktanteil in %	Durchschnittliche Kassengröße: Anzahl Versicherte je Kasse
1986	155	2.857	4,80	18.432
1987	155	2.865	4,82	18.484
1988	154	2.808	4,70	18.234
1989	153	2.852	4,74	18.641
1990	165	2.850	4,65	17.325
1991	176	3.250	4,17	18.466
1992	181	3.511	4,47	19.398
1993	169	3.752	4,75	22.201
1994	161	3.993	5,03	24.801
1995	117	4.281	5,39	36.590
1996	49	4.382	5,51	89.429
1997	49	4.472	5,63	91.265

Abb. 6: Entwicklung der Innungskrankenkassen seit 1986

Quelle: Statistisches Bundesamt 1986-1996, Statistische Jahrbücher sowie Fachserie 13, Reihe 1; Auskunft IKK-Bundesverband; eigene Berechnung.

---

147 Auskunft des IKK-Bundesverbandes.

148 Eine vollständige Auflistung aller Innungskrankenkassen findet sich in IKK 1998.

2.2.1.4. Ersatzkassen

Ersatzkassen sind Krankenkassen, bei denen die Mitgliedschaft vor Inkrafttreten des GSG nicht auf gesetzlicher Zuweisung beruhte, sondern durch Ausübung eines Wahlrechts erfolgte.[149] Aufgrund der vor Inkrafttreten des GSG geltenden Beitrittsbeschränkungen ist der Mitgliederbestand noch wesentlich durch berufsständische Kriterien geprägt.[150]

1997 existierten 7 Angestellten-Ersatzkassen mit 18,28 Mio. Mitgliedern:

- Barmer Ersatzkasse, Wuppertal (BEK),
- Deutsche Angestellten Krankenkasse, Hamburg (DAK),
- Techniker-Krankenkasse, Hamburg (TK),
- Kaufmännische Krankenkasse, Hannover (KKH),
- Hamburg-Münchener Ersatzkasse, Hamburg (HaMü),
- Hanseatische Ersatzkasse, Hamburg (HEK) sowie
- Handelskrankenkasse, Bremen (HKK).

Zudem bestanden 6 Arbeiter-Ersatzkassen mit insgesamt 1,04 Mio. Mitgliedern:

- Gmünder Ersatzkasse, Schwäbisch Gmünd (GEK),
- Gärtner-Krankenkasse, Hamburg (GKK),
- Brühler Ersatzkasse, Brühl,
- Hamburgische Zimmererkrankenkasse, Hamburg (HZK),
- Buchdrucker-Krankenkasse, Hannover (BUK) sowie
- Krankenkasse „Eintracht" Heusenstamm, Heusenstamm (KEH).

Unter Berücksichtigung der Familienangehörigen waren im Jahre 1997 27,34 Mio. Personen bei Ersatzkassen insgesamt versichert; davon entfielen 86% auf die drei großen Angestellten-Ersatzkassen BEK, DAK und TK. Die Ersatzkassen haben infolge der Öffnung ein deutliches Wachstum erzielen können, so daß sie 1997 einen Marktanteil von 34,41% erreichten. Auch Konzentrationsprozesse sind feststellbar. Zwei kleine Kassen - die Neptun Ersatzkasse, Hamburg und die Braunschweiger Kasse, Hamburg - haben ihre Tätigkeit eingestellt. Da eine Kassen - die Brühler Ersatzkasse - dem Ersatzkassenverband beigetreten ist, hat sich die durchschnittliche Kassengröße allerdings insgesamt nicht wesentlich verändert (Abb. 7).

---

[149] Vgl. § 168 Abs. 1 SGB V.

[150] Vgl. Sabel 1996, Anm. zu § 168 SGB V.

	Anzahl Kassen - Ersatzkassen	Versicherte Ersatzkassen insgesamt in 1000	Marktanteil in %	Durchschnittliche Kassengröße: Anzahl Versicherte je Kasse
1986	15	16.696	28,06	1.113.067
1987	15	16.626	27,95	1.108.400
1988	15	17.152	28,72	1.143.467
1989	15	17.268	28,69	1.151.200
1990	15	17.969	29,32	1.197.933
1991	15	22.406	28,78	1.493.733
1992	15	23.329	29,67	1.555.266
1993	15	23.882	30,24	1.592.133
1994	15	24.435	30,81	1.629.000
1995	15	24.768	31,17	1.651.200
1996	14	26.918	33,88	1.922.714
1997	13	27.339	34,41	1.952.786

Abb. 7: Entwicklung der Ersatzkassen seit 1986

Quelle: Statistisches Bundesamt 1986-1996, Statistische Jahrbücher sowie Fachserie 13, Reihe 1; Auskunft des VdAK, eigene Berechnung.

In den Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen sind rund 97% aller Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen versichert. Darüber hinaus bestehen drei Sonderformen der gesetzlichen Krankenversicherung, die hier nur der Vollständigkeit halber kurz vorgestellt werden sollen.

2.2.1.5. Sonderformen der gesetzlichen Krankenversicherung

Die für die Seeleute zuständige *See-Krankenkasse* ist eine besondere Abteilung des Rentenversicherungsträgers Seekasse. Sie ist im Unterschied zu den anderen Kassenarten keine selbständige Körperschaft.[151] Die Mitglieder der See-Krankenkasse erhalten die ihnen zustehenden Leistungen i.d.R. von einer Ortskrankenkasse.[152] 1997 waren 72.184 Versicherte bzw. 49.298 Mitglieder bei der See-Krankenkasse versichert.[153] Der Marktanteil betrug 3,43%.

Die für Landwirte zuständigen *Landwirtschaftlichen Krankenkassen* sind als selbständige Körperschaften den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zugeordnet.[154] Im Hinblick auf den versicherten Personenkreis erfolgt damit neben der berufsspezifischen eine regionale Zuordnung. Im Unterschied zu allen anderen

[151] Vgl. § 165 Abs. 1 SGB V; Schnapp 1994, S. 1204.

[152] Vgl. § 165 Abs. 4 SGB V.

[153] Auskunft der See-Krankenkasse.

[154] Vgl. § 17 Abs. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte und § 166 SGB V, der auf dieses Gesetz verweist.

Kassenarten ist die nähere Ausgestaltung der Landwirtschaftlichen Versicherung nicht im SGB V, sondern im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte geregelt. 1997 existierten 21 Landwirtschaftliche Krankenkassen mit zusammen 1,12 Mio. Versicherten bzw. 653.000 Mitgliedern.[155]

Die *Bundesknappschaft* ist eine Krankenversicherung für Bergleute. Die Berücksichtigung im Sozialgesetzbuch beschränkt sich auf den Hinweis, daß für die Bundesknappschaft die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung gelten.[156] 1997 waren 1,51 Mio. Versicherte bzw. 1,16 Mio. Mitglieder in dieser Kasse versorgt.[157]

Die Sonderformen profitierten insgesamt, wie alle anderen Kassen, zunächst von der Wiedervereinigung. In allen Folgejahren mußten sie allerdings ein deutlich negatives Wachstum hinnehmen.

2.2.1.6. Private Krankenversicherung

Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) bieten Versicherungsschutz, der die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung substituiert bzw. ergänzt. Die substitutive Krankenversicherung, die einen dem Leistungsangebot der GKV vergleichbaren Versicherungssschutz bietet, kann nur von jenen Personen in Anspruch genommen werden, die aufgrund der Regelungen des SGB nicht pflichtversichert sind. Die Zusatzversicherung, z.B. in Form der Krankenhaustagegeldversicherung, der ambulanten Zusatzversicherung oder der Auslandsreisekrankenversicherung, kann auch von in der GKV pflichtversicherten Personen in Anspruch genommen werden.[158] Die Gemeinsamkeiten von GKV und PKV sind:[159]

- gemeinsame Deckung eines ungewissen Bedarfs durch Verteilung auf eine „organisierte Vielheit",
- Ausgleich eines Bedarfs bei Krankheit,
- Leistung ohne Rücksicht auf die Ursache der Krankheit und
- keine Leistungen bei auf Vorsatz beruhenden Krankheiten.

Die konstituierenden Systemunterschiede der PKV gegenüber der GKV sind:[160]

---

155 Auskunft des Bundesverbandes der Landwirtschaftlichen Krankenkassen; zur Krankenversicherung der Landwirte Volbers 1994, S. 1425 ff.

156 Vgl. § 167 SGB V; vgl. ähnlich kurz Schnapp 1994, S. 1204.

157 Auskunft der Bundesknappschaft.

158 Vgl. im einzelnen Schirmer 1994, S. 455 ff.

159 Vgl. Schirmer 1994, 457 f.

160 Vgl. Schirmer 1994, 458 ff.

- keine Versicherungspflicht,
- risikoabhängige Vertragsgestaltung (risikoabhängige Versicherungsprämien, bestimmte Risiken können zur Antragsablehnung oder zu Wartezeiten führen),
- keine Umverteilung aufgrund eines Solidarprinzips (kein Familienlastenausgleich, kein geschlechtsspezifischer Ausgleich, kein Altersausgleich, kein Generationenausgleich, keine Abhängigkeit der Prämien von der wirtschaftlichen Situation des Versicherten),
- Leistungsgewährung nach dem Prinzip der Kostenerstattung und
- keine gesetzliche Ausgestaltung des Leistungskataloges sowie des Verhältnisses zu den Leistungserbringern.

1997 bestanden 52 Unternehmen der privaten Krankenversicherung.[161] 7,0 Mio. Personen waren in der Krankheitskostenversicherung versichert. Dies entsprach einem Marktanteil von 8,81%. Darüber hinaus waren rund 6,2 Mio. GKV-Mitglieder in der PKV zusatzversichert.[162] Das Prämienvolumen betrug für die Krankheitskostenversicherung rund 11,560 Mrd. DM, für die Zusatzversicherung 4,350 Mrd. DM.[163]

Die vorstehenden Ausführungen haben deutlich werden lassen, daß der Markt der Krankenversicherer durch wenige sehr große gesetzliche Krankenkassen - vor allem Ortskrankenkassen und drei Ersatzkassen (BEK, DAK, TK) - sowie eine Vielzahl mittlerer und kleiner Kassen gekennzeichnet ist. Die Wahlfreiheit hat zu ersten Verschiebungen von Marktanteilen geführt. Als vorläufige „Gewinner" des Wettbewerbs können dabei die Ersatzkassen, als „Verlierer" die Ortskrankenkassen bezeichnet werden. Als Ursache hierfür werden häufig Beitragssatzdifferenzen sowie Serviceaspekte angeführt. Außerdem ist bei allen Kassenarten ein Konzentrationsprozeß auszumachen.

Im Rahmen des folgenden Kapitels, das die ökonomische Entwicklung der Krankenkassen zum Inhalt hat, soll im wesentlichen auf die Ausgaben- sowie die Beitragssatzentwicklung eingegangen werden. Beide Größen sind nicht nur Determinanten der ökonomischen Entwicklung, sondern stehen auch im Mittelpunkt der aktuellen diesbezüglichen sozialpolitischen Diskussion.

2.2.2. Ökonomische Entwicklung der Krankenkassen

Die *Ausgaben im Gesundheitsbereich* sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und zwar stärker als das Bruttosozialprodukt. Die größten Zuwächse waren

---

[161] Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung 1997, S. 7.
[162] Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung 1997, S. 32.
[163] Verband der privaten Krankenversicherung 1997, S. 38.

bei der stationären Behandlung (Krankenbehandlung in Anstalten, Krankentransport), bei der ambulanten Behandlung (Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, sonstige Heilpersonen) sowie bei Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln sowie Zahnersatz zu verzeichnen.Diese Entwicklung wird häufig auf folgende Ursachen zurückgeführt:[164]

Es wird ein Überangebot an Leistungserbringern konstatiert.[165] Tatsächlich hat sich z.B. auch die Ärztedichte in den letzten 30 Jahren deutlich erhöht.[166]

Als weiterer Grund für die Ausgabenentwicklung wird genannt, daß die Handlungen von Ärzten nicht immer nur am Wohl ihrer Patienten orientiert, sondern auch an eigenen ökonomischen Interessen ausgerichtet seien.[167] Zugleich seien die Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung unzureichend und die existierenden Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung unzulänglich, was eine wirksame Einflußnahme auf das Verhalten der Leistungserbringer erheblich erschwere.[168]

Auch die Spezialisierung der Ärzteschaft wird als ursächlich für die Ausgabenentwicklung gesehen.[169] Ein zentrales Argument wird unter dem Stichwort der „Fortschrittsfalle" diskutiert. Verbesserte Technologien und Heilmethoden führten zu einer Expansion medizinischer Leistungen und besseren Heilerfolgen, aber auch zu einer erhöhten Gesamtmorbidität der Bevölkerung aufgrund einer Verlängerung der Lebenserwartung.[170]

Als weitere Determinante der ökonomischen Entwicklung soll nun noch kurz - wie oben schon angesprochen - auf die *Beitragssatzentwicklung* eingegangen werden. Die Beiträge zur Krankenversicherung steigen seit Jahren fast kontinuierlich an. Die verschiedenen Maßnahmen des Gesetzgebers, diese Entwicklung aufzuhalten, führten 1978, 1982, 1989 und 1991 jeweils kurzzeitig zu einer Beitragssenkung. In den Folgejahren stiegen die Beitragssätze regelmäßig weiter. 1997 erreichte der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung 13,81%. Dabei galt der Zuwachs nicht für alle Kassen gleichermaßen. Die tatsächlichen Beitragssätze der verschiedenen Kassen differierten erheblich. So betrug der niedrigste Satz 1995 unter 9%, der höchste über 15%. Die meisten Mitglieder und ihre Arbeit-

---

164 Eine systematisierende, sehr umfangreiche Sammlung von möglichen Ursachen findet sich bei Sachverständigenrat 1992, Ziff. 491.

165 Vgl. Seehofer 1993, S. 266; Zipperer 1993, S. 55, Schönbach 1994, S. 25.

166 Vgl. Statistisches Bundesamt 1960-1998, Fachserie 12, Reihe S.2.

167 Vgl. Jacobs 1993, S. 599; Zipperer 1993, S. 55; Griesewell 1994, S. 32; Sendler 1994, S. 70.

168 Vgl. Jacobs 1993, S. 599; Sendler 1994, S. 70.

169 Vgl. Schönbach 1994, S. 24

170 Vgl. Griesewell 1994, S. 32; Döhler 1994, S. 150

geber hatten einen Satz zwischen 12% und 14% zu entrichten.[171] Der mit dem GSG eingeführte Risikostrukturausgleich führt tendenziell zu einer Nivellierung der Beitragssatzunterschiede. Dies zeigte sich bereits 1997: Die höchsten durchschnittlichen Beiträge je Kassenart betrugen 1997 13,67% (AOK, West; Ost: 14,29%), die niedrigsten betrugen 12,66% (BKK, West; Ost: 13,03%).[172] Ob die jüngeren Reformmaßnahmen zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Beitragssätze führen können, bleibt abzuwarten.

2.2.3. Entwicklung sozioökonomischer Umweltbedingungen

2.2.3.1. Entwicklung von Erwerbstätigkeit und Einkommen der Bevölkerung

Die *Erwerbstätigkeit* ist in Deutschland seit Anfang der 90er Jahre stark rückläufig. Die Arbeitslosenquote[173], die 1990 einen relativ niedrigen Wert von 7,2% erreicht hatte, stieg seitdem fast kontinuierlich und erreichte 1996 einen historischen Höchstwert von 11,5%.[174] Aktuell ist allerdings eine gewisse rückläufige Tendenz feststellbar.

Die Entwicklung der *Einkommen* ist durch eine Absenkung realisierter Zuwächse gekennzeichnet. Wurden bei den Arbeitern und Angestellten zwischen 1960 und 1980 noch Lohn- bzw. Gehaltssteigerungen von jährlich 7% bis 13% erzielt, so betrugen die höchsten Zuwächse seit 1980 bei den Angestellten in Industrie und Handel 5,6% (1991), bei den Angestellten sowie den Arbeitern in der gewerblichen Wirtschaft und bei Gebietskörperschaften 6,1% bzw. 6,2% (1991). Nach 1991 wurden dann allerdings nur noch deutlich geringere Zuwächse erzielt, so daß die Preissteigerung kaum ausgeglichen werden konnte.[175]

Die Arbeitsmarktentwicklung im Hinblick auf Erwerbstätigkeit und Einkommen ist für den Sektor der Kassen von großer Bedeutung. Die Höhe der Versicherungsbeiträge wird in Abhängigkeit von dem versicherungspflichtigen Entgelt, das vor allem aus Einkommen aus Erwerbsarbeit besteht, ermittelt. Eine verminderte Erwerbstätigkeit sowie niedrige Lohn- und Gehaltsabschlüsse führen tendenziell zu höheren Beiträgen. Die Beitragssatzsteigerungen der letzten Jahre sind vor allem auf diesen Wirkungszusammenhang zurückzuführen.[176] Hohe Beiträge belasten auf seiten der Ar-

---

[171] Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit* 1995, S. 14.
[172] Vgl. BKK 1996, S. 19.
[173] Arbeitslose in Prozent der abhängigen Erwerbspersonen.
[174] Vgl. Statistisches Bundesamt 1998, Statistisches Jahrbuch.
[175] Vgl. Statistisches Bundesamt 1998, Lange Reihen zur Wirtschaftsentwicklung.
[176] Vgl. Deppe, H.-U. 1996, S. 12; Hoffmann, W. 1996, S. 24.

beitgeber die Lohnnebenkosten. Es ist u.a. deshalb das zentrale Ziel aller Bemühungen um eine Gesundheitsreform, einen weiteren Beitragssatzanstieg zu verhindern. Da allerdings auch in Zukunft eine hohe Arbeitslosigkeit und niedrige Lohn- und Gehaltszuwächse zu erwarten sind, werden die Beiträge zur Krankenversicherung von seiten des Arbeitsmarktes weiterhin unter Druck bleiben.

2.2.3.2. Altersentwicklung der Bevölkerung

Für Deutschland wird für die nächsten Jahre allgemein eine deutliche Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung prognostiziert. Die siebte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung kommt zu dem Ergebnis, daß der Altenquotient im Jahr 2030 72,7 betragen, während der Jugendquotient auf 35,8 zurückfallen wird (Abb. 8).[177]

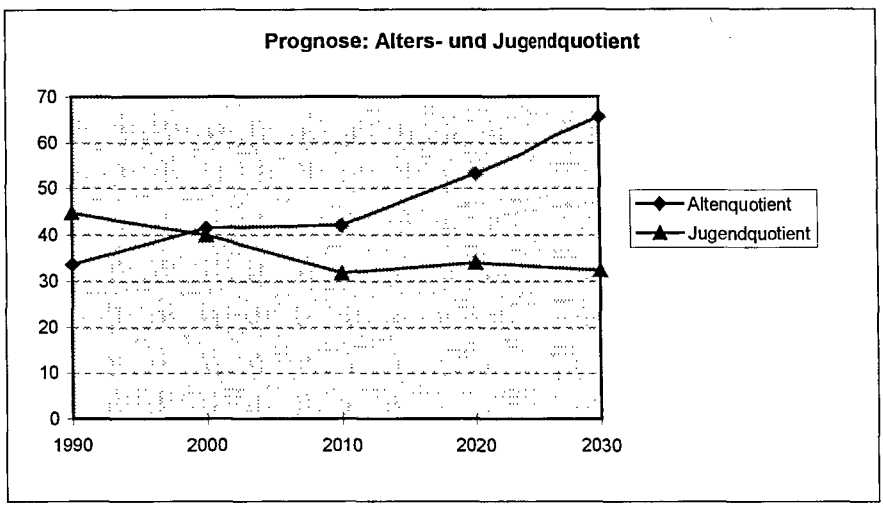


Abb. 8: Prognose des Alters- und Jugendquotienten bis 2030
Quelle: Sommer 1992, S. 217 ff.

Die Altersentwicklung der Bevölkerung hat Einfluß auf die Ausgabenentwicklung der GKV. Ältere Menschen leiden im Vergleich zu jüngeren häufiger an einer oder an mehreren Krankheiten. Damit „steigen demographisch bedingt die Gesundheitsausgaben pro Kopf in einer Gesellschaft mit einer relativen Zunahme älterer Men-

[177] Altenquotient: 60jährige und ältere je 100 20- bis unter 60jährige. Jugendquotient: unter 20jährige je 100 20- bis unter 60jährige; vgl. Sommer 1992, S. 217.

schen."[178] Bei sonst gleichbleibenden Bedingungen führt dies zu einem Anstieg der Beitragssätze zur Krankenversicherung. Es muß daher auch aufgrund der Altersentwicklung mit steigenden Beitragssätzen gerechnet werden.

2.2.3.3. Wertewandel in der Gesellschaft

Werte sind „das, was 'in den Menschen' als Wertungs-, Bevorzugungs- und Motivationspotential vorhanden ist".[179] Die sozialwissenschaftliche Literatur postuliert im wesentlichen übereinstimmend einen gesellschaftlichen Wertewandel in Deutschland. Dieser zeigte sich in der Tendenz als Abwendung von materialistischen oder auch Pflicht- und Akzeptanzwerten und als Hinwendung zu postmateriellen Werten oder auch Werten der Selbstentfaltung, wobei nicht der eine Wertetypus durch den anderen ersetzt wurde, sondern eine Mischung entstand, deren Anteile sich „atmend" veränderten.[180] Ende der achtziger Jahre kam es zu einer Stabilisierung. Sowohl die Selbstentfaltungs- als auch die Autonomiewerte blieben bedeutsam. Es verfestigte sich eine Kombination von materialistischen und postmaterialistischen Werthaltungen.[181] Die Gegensatzpaare „High-Tech-" und „High-Touch-Gesellschaft", „Instant-" und „Freizeitgesellschaft", „Cosmo-" und „lokale Gesellschaft" charakterisieren heute darüber hinaus als Schlagworte die Spannungsfelder einer marktorientierten Unternehmensführung.

Vor diesem Hintergund ist mit höheren Ansprüchen an die Dienstleistungsqualität von Krankenkassen zu rechnen. Der Typ des Kunden, der eine individuell gestaltete Beratung und einen entsprechenden Service schätzt, gewinnt an Bedeutung. Die Qualität der Dienstleistung muß deshalb, im Sinne einer Kundenorientierung, dieser Veränderung angepaßt werden.

2.2.4. Notwendigkeit einer marktorientierten Geschäftspolitik von Krankenkassen

Die vorstehenden Ausführungen haben die Notwendigkeit einer marktorientierten Geschäftspolitik von Krankenkassen deutlich werden lassen. Bei allen Kassenarten,

---

[178] Sachverständigenrat 1994, S. 26.

[179] Klages 1985, S. 12. Die Diskussion um den Begriff, insbesondere zur Frage, ob es eine Werthierarchie im Sinne der Maslowschen Bedürfnispyramide gibt, soll hier nicht nachvollzogen werden; vgl. dazu exemplarisch Klages 1985, S. 12 ff. und Gebert/ Rosenstiel 1992, S. 44 ff.

[180] Zu den Pflicht- und Akzeptanzwerten gehören z.B. Gehorsam, Pflichterfüllung, und Anpassungsbereitschaft, zu den postmateriellen Partizipation, Kreativität, Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Selbstverwirklichung; vgl. Neuner 1990, S. 26 f.

[181] Vgl. Oppolzer 1994, S. 351.

besonders deutlich bei der AOK, sind Konzentrationsprozesse feststellbar. Außerdem sind, vor allem ab 1996 infolge der Einführung der Wahlfreiheit - wie oben ausführlich dargestellt -, Verschiebungen der Marktanteile erkennbar. Dies mag noch einmal die nachstehende Graphik veranschaulichen (Abb. 9).

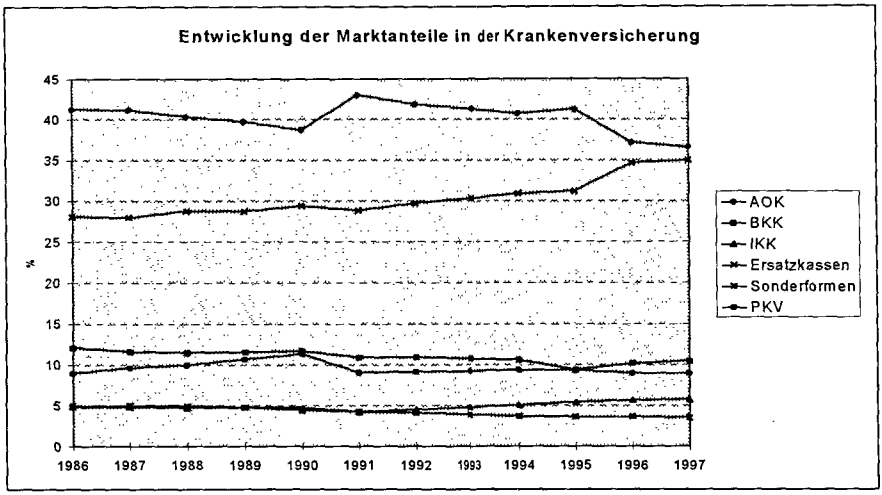


Abb. 9: Marktentwicklung der Krankenversicherung

Quellen: Statistisches Bundesamt 1986-1996 Fachserie 13, Reihe 1; 1996 und 1997: Bundesverbände der Versicherungsträger; eigene Berechnungen

Als „Gewinner" des Wettbewerbs können vor allem die Ersatzkassen (+3,24%) sowie die Betriebskrankenkassen (+0,93%) bezeichnet werden, die ihre Marktstellung zu Lasten der Ortskrankenkassen (-5,24%), deren Marktführerschaft unter den Kassenarten damit unter Druck geriet, ausbauen konnten.

Diese Entwicklung zeigt, daß der Markt der gesetzlichen Krankenkassen in Bewegung gekommen ist. Für Krankenkassen bedeutet dies, daß sie sich dieser Entwicklung offensiv stellen müssen, wenn sie ihren Fortbestand sichern bzw. ein Wachstum realisieren wollen. Notwendig ist eine Management-Konzeption, die geeignet ist, komparative Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Dabei sind die ökonomische Situation der Kassen sowie die Entwickung sozioökonomischer Umweltbedingungen als rahmensetzende Parameter zu begreifen, da sie tendenziell eine Effizienzsteigerung des Kassenhandelns sowie eine stärkere Orientierung am Kunden erforderlich machen.

Die Dienstleistung der Kasse muß entsprechend angepaßt und weiterentwickelt werden. Zur weiteren Grundlegung soll daher im folgenden auf die Besonderheiten der Dienstleistung von Krankenkassen näher eingegangen werden.

2.3. Die Dienstleistung von Krankenkassen

Als Grundlage für die weitere Auseinandersetzung wird im folgenden zunächst der Begriff der Dienstleistung allgemein geklärt. Danach werden die Besonderheiten von Krankenkassen in diesem Zusammenhang herausgearbeitet. Weitere Aufmerksamkeit wird der Identifikation der Kunden von Krankenkassen gewidmet, denn aufgrund rechtlich determinierter Spezifika muß hier ein erweiterter Kundenbegriff zugrunde gelegt werden.

2.3.1. Begriff der Dienstleistung

Dienstleistungen sind „angebotene Leistungsfähigkeiten, die direkt an externen Faktoren (Menschen oder deren Objekten) mit dem Ziel erbracht werden, an ihnen gewollte Wirkungen (Veränderung oder Erhaltung von Zuständen) zu erreichen."[182] Dienstleistungen weisen eine Potential-, eine Prozeß- und eine Ergebnisdimension auf. Nach Meffert/Bruhn sind sie „selbständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung ... und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten ... verbunden sind (Potentialorientierung). Interne (zum Beispiel Geschäftsräume, Personal, Ausstattung) und externe Faktoren (also solche, die nicht im Einflußbereich des Dienstleisters liegen) werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert (Prozeßorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren, an Menschen ... oder deren Objekten ... nutzenstiftende Wirkungen ... zu erzielen (Ergebnisorientierung)."[183] Als konstituierende Merkmale von Dienstleistungen gelten allgemein „Immaterialität" und „Integration des externen Faktors".[184] Von einzelnen Autoren werden weitere Merkmale genannt, die z.T. aus der Immaterialität und der Integration des externen Faktors

---

[182] Meyer 1991, S. 195.

[183] Meffert/Bruhn 1997, S. 27.

[184] Vgl. Kaufmann 1977, S. 55 f.; Scheuch 1982, S. 5 ff.; Meyer/Westerbarkey 1991, S. 87; Werne 1994, S. 62; Oppen 1995, S. 21; Hentschel verwendet statt des Begriffs „Immaterialität" den Begriff „Intangibilität"; vgl. Hentschel 1992, S. 25.

resultieren und insofern keine unabhängigen Merkmale sind: Absatz erfolgt vor der Produktion[185], Beratungsbedürftigkeit[186], Heterogenität[187] und Einmaligkeit[188].

2.3.2. Besonderheiten der Dienstleistung von Krankenkassen

Die Dienstleistung von Krankenkassen ergibt sich, wie oben schon ausgeführt wurde, aus dem Sozialgesetzbuch, das vorwiegend die Versicherten einer Kasse als deren Kunden begreift: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung ... dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken."[189] Aufklärung und Beratung können sowohl im persönlichen Beratungsgespräch (z.B. telefonisch oder in der Geschäftsstelle) als auch durch Informationsmittel, die nicht auf eine bestimmte Person zugeschnitten sind (z.B. Mitgliederzeitschrift, Faltblätter, Informationsbroschüren, Tagespresse, Videofilme, Audio-Cassetten, CD, Internet), erfolgen. Die im Gesetz angesprochenen „Leistungen" können gegliedert werden in die Risikoübernahme (abstrakte Dimension) und die Versicherungsleistung (konkrete Dimension).[190] Somit läßt sich die Gesamtdienstleistung von Krankenkassen differenzieren in

- Risikoübernahme,
- Versicherungsleistung,
- Beratung (persönlich),
- Information (persönlich/durch Massenmedien) und
- Service.[191]

Die Dienstleistungsbestandteile „Risikoübernahme" und „Versicherungsleistung" sind unter Wettbewerbsbedingungen von untergeordneter Bedeutung, da sie kaum von den Versicherten wahrgenommen werden. Wahrgenommen werden demge-

---

185 Vgl. Kaufmann 1977, S. 53.
186 Vgl. Kaufmann 1977, S. 54 f.; Kromschröder et al. 1992, S. 49.
187 Vgl. Oppen 1995, S. 21.
188 Vgl. Werne 1994, S. 67.
189 § 1 SGB V.
190 Vgl. Kromschröder et al 1992, S. 47.
191 Vgl. zur Differenzierung der Dienstleistungsqualität das Qualitätsmodell der Versicherung von Kromschröder et al. 1992, S. 50 f.

genüber die Dienstleistungsbestandteile „Beratung", „Information" und „Service". Sie sind deshalb für die Gestaltung der Dienstleistung gegenüber den Versicherten von herausragender Bedeutung. Diese Dienstleistungsbestandteile sind allerdings ebenfalls im Hinblick auf weitere Kundengruppen, die in Abschnitt 2.3.3. identifiziert werden, von hoher Relevanz.

Beratung, Information und Service sind durch einige Besonderheiten gekennzeichnet, die die Dienstleistungsproduktion der Krankenkassen von der Produktion industrieller Branchen unterscheidet. Im folgenden werden einige dieser Besonderheiten aufgezeigt:

- *Immaterialität:* Die Kassendienstleistung ist grundsätzlich immateriell. Dies wirkt sich auf die Struktur der von den Kassenmitarbeitern zu verrichtenden Tätigkeiten aus und erschwert die Qualitätsplanung und -kontrolle. Gegenüber der industriellen Fertigung ist die Festlegung objektiver Qualitätskriterien „sehr viel schwieriger bis unmöglich".[192]
- *Integration des extenen Faktors:* Eine Dienstleistung kann nur dann erbracht werden, wenn der Kunde sich selbst oder ein Objekt in den Dienstleistungsprozeß einbringt. Dies ist besonders relevant bei der „persönlichen Beratung und Information". Der Kunde muß unmittelbar anwesend sein, damit Beratung bzw. Information stattfinden können. Es erfolgt keine Produktion vor der Leistung. Produktion, Leistung und Konsum fallen zeitlich zusammen. Damit sind keine „Reparaturen" bzw. Korrekturen einer nicht einwandfreien Dienstleistung vor der „Auslieferung" möglich.[193] Eine Qualitätssicherung im Sinne einer End- oder Etappenkontrolle, wie sie in der industriellen Fertigung zum Einsatz kommt, ist somit nicht möglich. Die Qualität der Beratung (Ergebnisqualität) hängt nicht nur ab von der Qualität, die die Organisation leisten kann (Potentialqualität), sie hängt auch ab vom Kunden selbst, der durch die Integration als externer Faktor Einfluß auf den Dienstleistungserstellungsprozeß nimmt. Dies erschwert eine standardisierte Qualitätsbeurteilung der Dienstleistung.[194]
- *Beratungsbedürftigkeit:* Versicherungsprodukte allgemein, insbesondere auch die oben definierten zentralen Dienstleistungsbestandteile von Krankenkassen, sind aufgrund ihrer Immaterialität und Abstraktheit grundsätzlich besonders beratungsbedürftig.[195] Den Mitgliedern muß erklärt werden, welche Leistungen durch das Versicherungsverhältnis abgedeckt sind und

---

[192] Vgl. Oppen 1995, S. 21.

[193] Vgl. Kaufmann 1977, S. 38, 55; Nickel-Waninger 1987, S. 113; Werne 1994, S. 63; Oppen 1995, S. 22.

[194] Vgl. Kaufmann, 1977, S. 53 f.; Oppen 1995, S. 22.

[195] Vgl. Kaufmann 1977, S. 54 f.; Kromschröder et al. 1992, S. 49.

inwieweit sich die Dienstleistung einer Kasse von der einer anderen unterscheidet.

- *Kundenkontaktperson ist Teil der Dienstleistung:* Anders als in der industriellen Fertigung ist es den Kunden einer Krankenkasse oft wichtig, welche konkrete Person eine persönliche Beratung oder Information durchführt.[196] Dies gilt insbesondere bei Fragen, die Gesundheit bzw. Krankheit im engeren Sinne berühren, da hier i.d.R. eine besonders vertrauliche Behandlung und einfühlsame persönlich Beratung notwendig sind.
- *Heterogenes Produkt:* Die Kassendienstleistung ist, soweit sie persönlich erbracht wird, heterogen und einmalig: Die Qualität einer persönlichen Beratung bzw. Information hängt von der „Tagesform" der Kundenkontaktpersonen, den Kunden selbst und dem Verhältnis zwischen Kunden und Kundenkontaktperson ab.[197] „Konsistentes, gleichmäßiges Verhalten des Dienstleistungspersonals zur Sicherstellung einheitlicher Qualitätsstandards (uniformity) kann weder vorgeschrieben noch kontrolliert werden."[198] Die persönliche Beratung und Information kann nicht identisch wiederholt werden; Lagerung, Rückgabe und Umtausch sind nicht möglich.[199]

Eine Dienstleistung bezieht sich allgemein auf den Kunden, der die Dienstleistung nachfragt und in Anspruch nimmt. Aufgrund der Besonderheiten von Krankenkassen muß geklärt werden, welche Gruppen in Krankenkassen unter den Kundenbegriff zu subsumieren sind.

2.3.3. Identifikation der Kunden als Empfänger der Dienstleistung

2.3.3.1. Versicherte

Nach § 1 SGB V müssen die Versicherten (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) einer Krankenkasse als Kunden interpretiert werden, denn die Krankenversicherung dient explizit dem Wohl dieser Personengruppe. Dieser Kundenbegriff ist außerdem sinnvoll, da die Mitglieder mit der Ausübung ihres Wahlrechtes unmittelbar über Fortbestand und Größe einer Kasse entscheiden. Die mitversicherten Familienangehörigen können zwar kein unabhängiges Wahlrecht ausüben, beeinflussen aber die Wahlentscheidung des Mitgliedes (z.B. Mutter/Vater, Ehemann/Ehefrau).

Versicherte wollen, neben der Inanspruchnahme von Leistungen, insbesondere im Hinblick auf Möglichkeiten und Grenzen der Leistungsinanspruchnahme beraten

---

196 Vgl. Oppen 1995, S. 22.
197 Vgl. Oppen 1995, S. 21.
198 Oppen 1995, S. 22.
199 Vgl. Werne 1994, S. 67.

werden. Von größter Bedeutung sind solche Fragen, die traditionell im engsten Sinn in die Zuständigkeit der Kasse fallen. Es geht z.B. darum, welche Behandlungen inwieweit von der Kasse übernommen werden und wie hoch u.U. Eigenanteile des Mitgliedes sind. Medizinisch relevante Fragen sind von untergeordneter Bedeutung, weil diese traditionell eher mit den Leistungserbringern erörtert werden. Eine Ausnahme besteht im Hinblick auf die Rehabilitationsberatung, die traditionell von Krankenkassen durchgeführt wird. Die Dienstleistung „Information" kann sich auf dieselben Aspekte wie die Beratung beziehen. Zum „Service" gehören alle zusätzlichen Maßnahmen, die die Kasse leistet, um das Verhältnis zu den Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen zu pflegen. Dies bezieht sich z.B. auf die Gestaltung von Öffnungszeiten der Geschäftsstellen sowie die Gestaltung der Telefonsprechzeiten, die nicht deckungsgleich sein müssen.[200] Dies bezieht sich aber auch auf das Zuschicken bestimmter Formulare oder Informationsbroschüren sowie die Möglichkeit der informellen Klärung von Verwaltungsakten unter Vermeidung eines aufwendigen Schriftwechsels.

Bliebe der Kundenbegriff auf diese Kerngruppe beschränkt, ließe eine Kasse Möglichkeiten, am Markt Wettbewerbsvorteile zu erzielen, unbeachtet. Es ist sinnvoll und notwendig, auch solche Gruppen unter den Kundenbegriff zu subsumieren, zu denen die Kasse eine Dienstleistungsbeziehung unterhält und die zugleich Einfluß nehmen auf die Wahlentscheidung der Mitglieder.

2.3.3.2. *Arbeitgeber der Mitglieder*

Als zweite Kundengruppe müssen daher die Arbeitgeber der Mitglieder gelten. Diese sind verpflichtet, die Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte zu tragen und diese zusammen mit dem Arbeitnehmeranteil an die Kasse abzuführen. Damit wird eine Beziehung zwischen Arbeitgeber und Kasse begründet. Arbeitgeber haben ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen sowie an einer reibungslosen Zusammenarbeit mit der Kasse in allen Fragen, die das Versicherungsverhältnis ihrer Mitarbeiter aus Sicht der Personalabteilung betreffen. Außerdem ist es für sie - das gilt vor allem für eher kleine Betriebe - günstig, daß die Mitarbeiter bei möglichst wenigen verschiedenen Kassen versichert sind, weil die Zahl unterschiedlicher Kassen mit dem Abrechnungsaufwand korreliert.

Die Arbeitgeber haben deshalb ein Interesse daran, die Wahlentscheidung ihrer Mitarbeiter zu beeinflussen. Gelegenheiten der Einflußnahme bieten sich in der

---

[200] Beispielsweise sind Kundenkontaktpersonen der Techniker Krankenkasse montags bis freitags bis 20.00 Uhr erreichbar, während die Geschäftsstellen erheblich kürzere

Praxis, da Arbeitgeber, vertreten durch die Mitarbeiter der Personalabteilung, bei Fragen zur Kassenwahl von Mitarbeitern als Informationsquelle genutzt werden.[201] Auch überlassen Arbeitnehmer die Entscheidung über die Mitgliedschaft in einer bestimmten Kasse z.T. dem Arbeitgeber.[202] Dies zeigt sich daran, daß der Wechsel des Arbeitgebers oft mit einem Wechsel der Krankenkasse verbunden ist.[203]

Beratung, Information und Service beziehen sich bei Arbeitgebern vor allem auf verwaltungstechnische Aspekte des Versicherungsverhältnisses. Hierzu gehören z.B. Fragen der An- und Abmeldung von Mitgliedern oder die Klärung von Zuständigkeiten im Hinblick auf verschiedene Sozialversicherungsträger.

2.3.3.3. Leistungserbringer

Als dritte Kundengruppe müssen die Leistungserbringer gelten. Die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Kasse ergeben sich aus dem Beantragungs- bzw. Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren. Die Leistungserbringer haben in diesem Zusammenhang vor allem ein Interesse daran, daß Leistungen, deren Erbringung sie für erforderlich halten, von den Kassen in vollem Umfang bewilligt werden. Außerdem besteht der Anspruch, daß die Kassen den Bewilligungs- und Abrechnungsprozeß reibungslos gestalten.

Die Subsumierung der Leistungserbringer unter den Kundenbegriff ist nicht unproblematisch, denn der Gesetzgeber sieht die Leistungserbringer im Verhältnis zu den Kassen eher als „Gegner". Dies kommt insbesondere darin zum Ausdruck, daß die Kassen, wenn auch über ihre Verbände, stark in die Qualitätskontrolle der Leistungserbringung eingebunden sind. Auch im Rahmen der Vertragsverhandlungen, in denen die Vergütungen der Leistungserbringer vereinbart werden, sowie bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen tritt die Kasse eher als Anwalt des Staates sowie der Mitglieder auf. Die unterschiedlichen Interessen von Mitgliedern und Leistungserbringern werden hier deutlich.

Dennoch ist es wichtig, die Leistungserbringer als Kunden zu behandeln und sie mit Information, Beratung und Service zu versorgen, denn sie beeinflussen die Mitglie-

---

Öffnungszeiten haben; vgl. TK aktuell Nr. 2/1997, S. 25.

201 Vgl. die empirischen Ergebnisse bei Produkt + Markt 1992a, Tab. 19-6 und 19-9; zit. bei Blumentritt 1996, S. 215.

202 Viele Mitglieder sind nicht umfassend über ihre Wahlrechte informiert und glauben, der Arbeitgeber entscheide über die Kassenwahl; vgl. die empirischen Ergebnisse bei Alber/Ryll 1990, S. 172.

203 Vgl. die empirischen Ergebnisse bei Sinus 1983, Tab. 0019-001; zit. bei Blumentritt 1996, S. 215.

der im Hinblick auf die Kassenwahl. Dies gilt vor allem für die Ärzte.[204] Viele Mitglieder glauben außerdem, eine Mitgliedschaft bei einer bestimmten Kasse habe Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Behandlung.[205]

Die Berücksichtigung der Leistungserbringer wird durch die verbandsmäßige Struktur des Gesundheitswesens erleichtet, da Verhandlungen hinsichtlich Qualitätssicherung und Vergütungen überwiegend von den Verbänden wahrgenommen werden. Da das Dienstleistungsangebot der Kasse nicht mit dem Auftrag der Verbände identisch sein muß, ist eine Profilierung einzelner Kassen in diesem Zusammenhang realistisch.

2.3.3.4. Selbsthilfegruppen

Als vierte Gruppe sollen Selbsthilfegruppen in den Kundenbegriff einbezogen werden. Selbsthilfegruppen sind Gruppen, in denen Personen zusammengeschlossen sind, die von gleichartigen Gesundheitsbeeinträchtigungen betroffen sind und einander unterstützen wollen. Ein Kontakt zur Kasse wird seitens der Gruppe dann gesucht, wenn eine Unterstützung der Selbsthilfeaktivitäten gewünscht ist. Die Mitglieder von Selbsthilfegruppen haben entweder selbst ein Kassenwahlrecht oder haben die Möglichkeit, auf die Kassenwahl von Mitgliedern Einfluß zu nehmen. Selbsthilfegruppen werden von Kassen bislang vor allem finanziell unterstützt.[206]

2.3.4. Notwendigkeit eines krankenkassenspezifischen Dienstleistungsverständnisses

Der Dienstleistungsbegriff von Krankenkassen unterscheidet sich vor allem durch Immaterialität und Notwendigkeit der Integration eines externen Fakors von dem Produktbegriff sachgüterpoduzierender Branchen. Im Hinblick auf andere Dienstleistungsbranchen unterscheidet er sich erstens aufgrund des geringen Umfanges möglicher Dienstleistungsbestandteile. Er unterscheidet sich zweitens durch den geringen tangiblen Anteil, der überwiegend eine persönliche, unmittelbar am Kunden erbrachte Dienstleistung erfordert.

---

[204] Vgl. die empirischen Ergebnisse bei Produkt + Markt 1992b, Tab. 27-1; zit. bei Blumentritt 1996, S. 208.

[205] Vgl. die empirischen Ergebnisse bei Sinus 1983, Tab. 0023-001; Produkt + Markt 1992a, Tab. 51-5 und 51-6, Abb. 2; beide zit. bei Blumentritt 1996, S. 206.

[206] Nur bei sehr kleinen Kassen erscheint es nicht angemessen, Selbsthilfegruppen als spezielle Kundengruppe zu definieren, da kleine Kassen aufgrund ihrer geringen Versichertenzahlen eine selbsthilfegruppenspezifische Dienstleistungspolitik kaum wirksam realisieren können.

Die wesentlichen Dienstleistungsbestandteile von Krankenkassen sind Beratung, Information und Service. Mit der kundenorientierten Gestaltung dieser Dienstleistungsbestandteile können grundsätzlich komparative Wettbewerbsvorteile erzielt werden. Dabei ist der Kundenbegriff weit zu fassen. Einzubeziehen sind, neben den Mitgliedern und ihren mitversicherten Familienangehörigen, auch jene Gruppen, die - wie oben ausführlich dargelegt - Einfluß auf die Wahlentscheidung von Mitgliedern ausüben: Arbeitgeber der Mitglieder, Leistungserbringer sowie Selbsthilfegruppen. Dabei ist der Dienstleistungsbegriff im Hinblick auf alle Kundengruppen grundsätzlich identisch; ihren Bedürfnissen muß mit entsprechender Beratung, Information und Service begegnet werden.

Die herausgearbeiteten Besonderheiten müssen bei der Übertragung und Weiterentwicklung von Management-Konzepten für Krankenkassen berücksichtigt werden. Im folgenden gilt es nun, die Grundzüge der Geschäftspolitik gesetzlicher Krankenkassen aufzuzeigen, um ein diesbezügliches Bild der Praxis zu gewinnen und vor allem um Ansätze für das zu entwickelnde Konzept auszumachen.

2.4. Grundzüge der Geschäftspolitik gesetzlicher Krankenkassen

Die Grundzüge der Geschäftspolitik gesetzlicher Krankenkassen werden im folgenden auf Basis veröffentlichter Geschäftsberichte des Jahres 1996 dargestellt. Im Hinblick auf Ersatzkassen werden, soweit Berichte zur Verfügung gestellt wurden, Geschäftsberichte einzelner Kassen hinzugezogen.[207] Es sind die Berichte der BEK, DAK, GEK, HKK, KKH und HZK. Im Hinblick auf die Ortskrankenkassen, die Innungs- sowie die Betriebskrankenkassen werden die Geschäftsberichte der jeweiligen Bundesverbände ausgewertet. Geschäftsberichte einzelner Kassen sind zum Teil nicht erhältlich oder enthalten keine Angaben zur Geschäftspolitik, so daß die Veröffentlichungen der Bundesverbände in dieser Hinsicht aufschlußreicher sind.

2.4.1. Strategische Ziele

Die meisten Kassen verpflichten sich in übergeordneten Leitsätzen einer Kunden- sowie einer Innovationsorientierung. „Interessen von über acht Millionen Versicherten vertreten, neue Ideen aufgreifen und flexibel anpassen - kurz, die Zukunft gestalten - gehören zu den Herausforderungen der DAK."[208] „Wer neue Herausforde-

---

[207] Die HEK, die HaMü, die Brühler Ersatzkasse sowie die KEH veröffentlichten 1996 nach eigenen Angaben keine Geschäftsberichte. Die Berichte der BUK und GKK werden nicht einbezogen, weil sie keine Angaben zur Geschäftspolitik enthalten; vgl. BUK 1996; GKK 1996.

[208] DAK 1996, S.9.

rungen meistern will, muß oft auch neue Wege gehen. ... Das kaufmännische Handeln, verstanden als Dienst am Kunden, steht dabei im Mittelpunkt."[209] Die GEK hat diese Orientierungen in einem Leitbild festgeschrieben: „Wir sind das moderne Dienstleistungsunternehmen in Sachen Gesundheit - die GEK. ... Wir richten uns konsequent auf unsere Kunden aus. Wir betreuen unsere Kunden individuell."[210] Einige Kassen sind eher dem gesetzlichen Auftrag des SGB V verpflichtet. So formuliert die HZK: „Unser Ziel ist es, unseren öffentlichen Auftrag fair und solidarisch zu erfüllen."[211] Auch die Leitlinien der BEK rücken eine Kundenorientierung nicht in den Vordergrund: „Die Leitlinien sind an der Tradition der BARMER ausgerichtet. Das heißt, an eine durch gegenseitige Solidarität getragene Gemeinschaft, die sich zur Absicherung des Krankheitsrisikos eine Selbsthilfeeinrichtung auf der Basis gegenseitiger Unterstützung geschaffen hat. Entsprechend der sich daraus ergebenden humanitären und sozialen Verpflichtung wird der Mensch in den Mittelpunkt allen Handelns gestellt."[212] Ähnlich, wenn auch nicht auf den solidarischen Gedanken der GKV abhebend, formuliert die BKK: „Vorrangiges Ziel der Betrieblichen Krankenversicherung ist es, die Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung der BKK-Versicherten stetig zu verbessern."[213] Als Formalziel kann in vielen Fällen das Wachstum identifiziert werden.[214] Die AOK hat sich zum Ziel gesetzt, ihre Position als Marktführer zu halten.[215]

2.4.2. Kundenbegriff

Von allen Kassen werden die Versicherten als Kunden identifiziert. Konkrete Angaben über Zielgruppen werden lediglich von der DAK gemacht: „Die größte Gruppe der Solidargemeinschaft DAK bilden die 25- bis 29jährigen. Sie beeinflussen die Mitgliederstruktur positiv: ... Damit die DAK für junge Menschen weiterhin attraktiv bleibt, werden wir auf die gesundheitlichen Interessen dieser Gruppe auch künftig besonders eingehen."[216] In den Berichten der BKK, GEK und KKH wird ebenfalls deutlich, daß vor allem junge Menschen als besonders umworbene Zielgruppe gelten. Neben den Versicherten werden von den meisten Kassen (AOK, BEK, BKK,

---

209 KKH 1996, S. 5.
210 GEK 1996, S. 9.
211 HZK 1996, S. 6.
212 BEK 1996, S. 11.
213 BKK 1996, S. 10.
214 Vgl. DAK 1996, S. 23; KKH 1996, S. 16; IKK 1996, S. 2. Die HKK hat ihren Wirkungsbereich auf Niedersachsen ausgeweitet; vgl HKK 1996, S. 8 f.
215 „Marktführerschaft mit Tradition und Zukunft", AOK 1996, S. 21.
216 DAK 1996, S. 31.

DAK, GEK, HZK, IKK) zusätzlich die Arbeitgeber der Mitglieder als Kunden betrachtet. AOK und DAK beziehen außerdem die Leistungserbringer in den Kundenbegriff ein.[217] Die AOK sowie die IKK betreuen darüber hinaus Selbsthilfegruppen.

2.4.3. Leistungs- und Servicepolitik

Die Leistungs- und Servicepolitik richtet sich - entsprechend dem zugrundegelegten Kundenbegriff - überwiegend an die Versicherten und die Arbeitgeber der Mitglieder, nur zum Teil an Leistungserbringer und Selbsthilfegruppen.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen werden von allen Kassen, mehr oder weniger umfangreich in der Auswahl, Informationsbroschüren bereitgehalten. Die Schriften richten sich an Kinder, Jugendliche, Studenten, Erwachsene und ältere Versicherte. Behandelt werden Themen um Gesundheit und Krankheit: „Schwangerschaft", „Alkoholismus", „Allergien", „Ernährung", „Herpes", „Krebs" und vieles mehr. Ein besonders breites Informationsangebot in dieser Hinsicht hält die AOK vor.[218] Die großen Ersatzkassen BEK, DAK und TK haben ebenfalls ein umfangreiches Informationsangebot, das Angebot der kleineren Kassen ist geringer. Weitere Informationsbroschüren beziehen sich auf sozialversicherungsrechtliche Fragen wie Informationen über die Versicherung als Student oder freiwillig Versicherter. Darüber hinaus werden Mitgliederzeitschriften sowie zielgruppenspezifische Magazine - wie die Jugendmagazine „jo" der AOK, „!Look" der BEK, „!AHA" der DAK, „Gecko" der GEK oder „IKK-spleens" der IKK herausgegeben. Die BEK gibt darüber hinaus ein Studentenmagazin „Unicare" heraus. Weiteres Informationsmaterial betrifft Themen, die nur am Rande Gesundheit bzw. Krankheit betreffen, die sich eher auf allgemein sozialversicherungsrechtliche Themen beziehen und die Kasse als „universellen Problemlöser" profilieren sollen. So geben die AOK und die TK einen „Uni-Planer" bzw. „Unitimer" für Studenten heraus, bei der DAK und der KKH sind ein „Berufsstarter-Set" bzw. „Start-Infos für Berufseinsteiger" erhältlich. Das Informationsangebot wird vor allem über Printmedien angeboten. Außerdem bietet die GEK die Möglichkeit eines Fax-Abrufes zu bestimmten Themen, die BEK, BKK, GEK und die TK haben eine Homepage im Internet realisiert, über die weitere Informationen eingeholt werden können.

---

[217] „Der Grundgedanke, daß zufriedene Versicherte, Arbeitgeber und Vertragspartner das beste Werbeargument für die DAK sind, hat nach wie vor Gültigkeit." DAK 1996, S. 23.

[218] In einer Hamburger AOK-Geschäftsstelle lagen im März 1998 41 unterschiedliche Informationsbroschüren zu medizinisch relevanten Themen zur freien Mitnahme aus.

Neben diesem anonymen Informationsangebot rücken die meisten Kassen die persönlich durchgeführte Beratung und Information in den Vordergrund: Herausgehoben wird die „individuelle Betreuung durch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter".[219] Einige Kassen profilieren sich durch lange Öffnungs- bzw. Sprechzeiten. So haben die „AOK-City-Geschäftsstellen" samstags geöffnet, und die DAK, die HZK sowie die TK ermöglichen Beratungstermine außerhalb regulärer Sprechzeiten nach Absprache. Die IKK bietet eine telefonische Erreichbarkeit „rund um die Uhr".[220] Mitarbeiter der AOK, DAK und HZK machen auch Hausbesuche, und die AOK unterhält eine Geschäftsstelle in Palma de Mallorca.[221] Diese Beratungsmöglichkeiten werden z. T. durch ein „Versichertentelefon" (IKK: 0130-7474) oder eine „HZK-Versicherten-Hotline" (HZK: 0180-230 56 57) ergänzt.

Die AOK bietet, über dieses Angebot hinausgehend, das Konzept des „AOK-Gesundheitsmanagements" an. 1998 nehmen etwa 970 AOK-Mitarbeiter in 90 Beratungszentren und weitere 34 Gesundheitsberater in großen Kliniken vorwiegend organisatorische Aufgaben wahr, die in Zusammenhang mit der Behandlung stehen.[222] Sie unterstützen damit einerseits die Versicherten, die sich persönlich betreut fühlen und deren Verweildauer durch organisatorische Lösungen verkürzt werden kann, und andererseits die Leistungserbringer, in deren Verantwortung die Klärung dieser organisatorischen Fragen fällt. Zugleich werden durch eine bessere Organisation der Behandlung Kosten gesenkt.[223] Ansatzpunkte des „AOK-Gesundheitsmanagements" sind erstens das „Netzwerkmanagement" mit den Bausteinen „Gesundheitsmanagement für Langzeitkranke", „Vernetzte Praxen" und „Kodex-Vereinbarung" sowie zweitens das „Fallmanagement" mit den Bausteinen „AOK-Hausarztmodell" („Hausarztzirkel", Analyse von Patientenströmen bei weiterhin freier Arztwahl) und „AOK-Gesundheitsberater".[224]

Als weitere Leistungen, die über den gesetzlichen Pflichtkatalog hinausgehen, nutzen die AOK, die IKK und die TK die Spielräume des SGB V und bieten Unterstützung bei ärztlichen Fehlbehandlungen.[225] Die HZK sowie die IKK bieten im Rahmen

---

219 DAK 1996, S. 19.

220 IKK 1996, S. 3.

221 Vgl. AOK 1996, S. 69.

222 Vgl. AOK 1998a, S. 10.

223 Die AOK führt Einsparungen beim Krankengeld 1997 gegenüber 1996 in Höhe von „fast drei Milliarden Mark" (28%) auf den Einsatz dieses Modells zurück; vgl. AOK 1998b, S. 15.

224 Vgl. AOK 1996, S. 20 ff. Die BKK bietet ein ähnliches Konzept an, das allerdings noch nicht sehr weit entwickelt scheint; vgl. BKK 1996, S. 12 f.

225 Vgl. AOK 1996, S. 62; IKK 1996, S. 33.

der Gesundheitsförderung bauspezifische Rückenschulkurse.[226] Einige Krankenkassen stellen zudem die Mitwirkung an Modellprojekten zur Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung heraus. Dabei geht es z.B um „Fallmanagement bei Schlaganfall", „Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg", „Vernetzte Praxen", „Akupunktur", „Homöopathie", „Kieferanomalien" und „Ambulante Balneo-Phototherapie".[227]

Für die Arbeitgeber der Mitglieder werden, wie für die Versicherten, vor allem Informationsbroschüren bereitgehalten. Diese beziehen sich auf alle relevanten Fragen des Sozialversicherungsrechts.[228] Die DAK setzt in diesem Zusammenhang neue Medien ein. So sind das Arbeits- und Steuerrecht auf CD-Rom verfügbar.[229] Eine persönliche Beratung wird von der HZK durch eine „HZK-Arbeitgeber-Hotline" (040-65 66 22 66), von der IKK durch ein „IKK-Service-Telefon" (0130-28 22) und von anderen Kassen durch Benennung konkreter Ansprechpartner in der Kasse gewährleistet. Die BKK bietet gebührenfreie Fachseminare für Führungskräfte und Sachbearbeiter des Personalwesens zu jeweils aktuellen Regelungen der Sozialgesetzgebung.[230]

Die IKK führt zum Zwecke der Kostensenkung ein „IKK-Gesundheitsmanagement" durch, das sich von dem oben vorgestellten Gesundheismanagement der AOK unterscheidet. Kernpunkte des Konzeptes sind erstens die Intensivierung von Kooperationsprojekten mit Betrieben, Innungen, Berufsgenossenschaften und arbeitsmedizinischen Diensten, zweitens der Einsatz von Analyseinstrumenten zur Ermittlung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, drittens die Gesundheitsberatung (z.B. Krankenstandsanalyse), viertens ein teilnehmerfinanziertes Kursangebot im Rahmen der Gesundheitsförderung.[231] Im Mittelpunkt der Maßnahmen steht die Vermeidung berufsspezifischer Erkrankungen. Die AOK und de GEK bieten ähnliche Konzepte an. Kernpunkte sind eine betriebsbezogene Arbeitsunfähigkeitsdatenauswertung, Krankengeldstudien, Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkel, Bewegungs-

---

[226] Vgl. HZK 1996, S. 8; IKK 1996, S. 32.

[227] Vgl. AOK 1996, S. 30, 60; BEK 1996, S. 36 ff.; IKK 1996, S. 33; TK 1996, S. 9.

[228] Z.B.: BEK: „Barmer Briefe" für Personalbüros und Ausbildung, „Barmer Lexikon"; „BKK*Top*Service"; BKK: „BKK Service", „BKK*Top*Service"; DAK: „Praxis+Recht"; HZK: „HZK-Arbeitgeber-Information".

[229] Vgl. DAK 1996, S. 25.

[230] Vgl. BKK 1996, S. 19.

[231] Vgl. IKK 1996, S. 32.

analysen am Arbeitsplatz, Arbeitssituationsanalysen, Prozeßbegleitung sowie Vermittlung von Spezialisten.[232]

Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen werden vor allem von der AOK und der IKK herausgestellt. Die AOK weist auf die Unterstützung einer Selbsthilfegruppe für Diabetiker hin, die IKK auf die Unterstützung von 60 nicht näher benannten Selbsthilfeorganisationen.[233] „Dem IKK-Bundesverband ist es dabei gelungen, auf der Basis einer Kooperationsvereinbarung die Selbsthilfeorganisationen durch einen Förderpool zusammen mit vier anderen Krankenkassen-Spitzenverbänden für das Jahr 1997 zu unterstützen."[234]

Als Grundlage für die Gestaltung der Produkt- und Servicepolitik werden von einigen Kassen Instrumente der Marktforschung eingesetzt. So berichtet die IKK über eine Befragung zur Bedeutung der Wettbewerbsparameter „Service", „Beitragssatz" und „Leistungsumfang". Eine Kundenzufriedenheitsanalyse wird ab 1997 systematisch durchgeführt. Die AOK, die BEK und die TK greifen auf Daten des „Deutschen Kundenbarometers" zurück.[235] Ein „Beschwerdetelefon" wird von der AOK (0180-224 64 65) und der TK (0180-22717) eingesetzt.[236]

2.4.4. Öffentlichkeitsarbeit

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden von den Krankenkassen in vielerlei Hinsicht durchgeführt. Zum Standard gehört die Teilnahme an Messen, Ausstellungen und Informationsveranstaltungen. Darüber hinaus wird über verschiedene öffentlichkeitswirksame Aktionen berichtet. Die DAK untersucht in Zusammenarbeit mit einem Meinungsforschungsinstitut Fragen zu Gesundheitsthemen, speziell zur Gesundheitspolitik und veröffentlicht die Ergebnisse in einem „DAK-Gesundheitsbarometer".[237] Journalisten werden mit aufbereiteten Informationen versorgt.[238] Die GEK und die IKK führen Foren zu Gesundheitsthemen durch.[239] Die AOK veranstaltet in Zusammenarbeit mit der Berliner Ärztekammer einen Ideenwettbewerb um den „Berliner Gesundheitspreis".[240] BEK, DAK und IKK stellen

---

232 Vgl. AOK 1996, S. 65 ff.; GEK 1996, 13.
233 Vgl. AOK 1996, S. 26; IKK 1996, S. 34.
234 IKK 1996, S. 37.
235 Vgl. AOK 1996, S. 61; BEK 1996, S. 26.
236 Vgl. AOK 1996, S. 62 f.
237 Vgl. DAK 1996, S. 27.
238 Vgl. DAK 1996, S. 27.
239 Vgl. GEK 1996, S. 16 f.; IKK 1996, S. 37.
240 Vgl. AOK 1996, S. 58.

Schulen Projektideen, Lehrmaterial bzw. einen „Medienservice für Lehrer und Schüler" zur Verfügung.[241]

2.4.5. Organisations- und Personalentwicklung

Die DAK, die BKK und die IKK führten kundenorientierte Fortbildungsmaßnahmen durch. So nahmen z.B. 1996 über 300 Mitarbeiter aus dem Vertragsbereich der DAK an Seminaren zum Thema „Kundenorientierte Beratung" teil.[242] Die BKK hebt hervor, daß Marketing, Kommunikation und Kooperation bei der Aus- und Fortbildung höher als bisher gewichtet werde.[243] Die IKK glich ihr Aus- und Fortbildungsprogramm dem „Leitbild des unternehmerisch denkenden und handelnden Mitarbeiters" an.[244] Neu eingeführt wurde die Ausbildung zum „Krankenkassenbetriebswirt".[245]

Schulungsmaßnahmen zur Organisationsentwicklung werden von der DAK, der GEK und der IKK durchgeführt. Bei der DAK nahmen im Jahre 1996 878 Mitarbeiter an Schulungsmaßnahmen zur „Umsetzung der Organisationskonzeption Bezirksgeschäftsstelle" und 140 Teilnehmer an Maßnahmen zur „Umsetzung der Organisationskonzeption Hauptgeschäftsstelle" teil.[246] Die Gmünder Ersatzkasse hat einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß initiiert. „Die GEK hat sich nicht nur schlank und fit gemacht, die Mitarbeiter der GEK haben diese Notwendigkeit der Flexibiität und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses erkannt. Sie leben und arbeiten danach."[247] In diesem Zusammenhang wurden verschiedene Weiterbildungsmaßnahmen und ein Projekt „Schlanke GEK" durchgeführt. Die IKK bietet ein Seminar zum Thema „Standortbestimmung und Neuorientierung - Coaching für Führungskräfte" an. Vorstandsmitgliedern und Regionaldirektoren wird mit dieser Maßnahme „eine rollen- und personenzentrierte Beratung mit individuellen Lern-, Entwicklungs- und Arbeitszielen ermöglicht."[248] Darüber hinaus führt die IKK Mitarbeiterbeurteilungen durch, hat im Landesverband Sachsen modellhaft ein Konzept „Führen durch Zielvereinbarung" eingeführt und auf der Ebene des Bundesverbandes eine

---

241 Vgl. BEK 1996, S. 25; DAK 1996, S. 27; IKK 1996, S. 32.
242 Vgl. DAK 1996, S. 21.
243 Vgl. BKK 1996, S. 21.
244 IKK 1996, S. 16.
245 Vgl. IKK 1996, S. 16.
246 Vgl. DAK 1996, S. 21.
247 GEK 1996, S. 8.
248 IKK, S. 15.

„Arbeitsebene Organisations- und Personalentwicklung" geschaffen. Außerdem werden systematisch Assessment-Center durchgeführt.[249]

2.4.6. Notwendigkeit einer verstärkten geschäftspolitischen Profilierung

Die Auswertung der Geschäftsberichte der einzelnen Kassen bzw. derer Verbände zeigt, daß die veränderten Wettbewerbsbedingungen bereits ihren Niederschlag in den Geschäftspolitiken gefunden haben. Einige Kassen bringen zum Ausdruck, daß sie mit einer Kunden- und einer Innovationsorientierung Wettbewerbsvorteile anstreben.

Als Kunden der Kassen werden vor allem die Versicherten sowie die Arbeitgeber der Mitglieder betrachtet. Leistungserbringer sowie Selbsthilfegruppen werden überwiegend nicht in den Kundenbegriff einbezogen. Ein Grund hierfür kann darin gesehen werden, daß die Geschäftspolitik der Kassen noch sehr stark an den traditionellen Normen des Sozialgesetzbuches orientiert ist, die Leistungserbringer nicht als Kunden erkennen und Selbsthilfegruppen erst neuerdings eine stärkere Bedeutung beimessen.

Die wenigen Besonderheiten einer wettbewerbsorientieren Produkt- und Servicepolitik konzentrieren sich im wesentlichen auf die Verbreitung von Printmedien, eine „kompetente Betreuung" sowie verlängerte Öffnungszeiten der Geschäftsstellen und werden durch klassische Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit flankiert. Damit wird der traditionelle Rahmen der Dienstleistungspolitik nicht wesentlich erweitert. Außerdem sind die Maßnahmen im Hinblick auf die verschiedenen Kassen sehr ähnlich. Der restriktive Charakter der Sozialgesetzgebung kommt hierin zum Ausdruck, denn - wie oben gezeigt wurde - haben die Kassen tatsächlich kaum die Möglichkeit, sich durch „neue" oder „besonders ausgestaltete" Dienstleistungen zu profilieren.

Kassenintern haben einige Kassen mit Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung auf die Herausforderungen des Wettbewerbs reagiert. Im Vordergrund stehen dabei Schulungen jener nichtleitenden Mitarbeiter, die in unmittelbarem Kontakt zu den Kunden stehen. So wird dem stark personenbezogenen Charakter der Kassendienstleistung Rechnung getragen.

Insgesamt ist eine „Aufbruchsstimmung" in vielen Geschäftsberichten ablesbar. Die Herausforderung des Wettbewerbs wird überwiegend erkannt und führt zu Maßnahmen, mit denen eine Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit angestrebt wird. Da-

---

[249] Vgl. IKK 1996, S. 15.

bei bleiben die Differenzen der Geschäftspolitiken verschiedener Kassen allerdings so gering, daß die Kassen aus Kundensicht im wesentlichen als eine homogene Gruppe erscheinen müssen. Zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile ist daher eine stärkere Profilierung notwendig.

Im folgenden wird untersucht, inwieweit das Dienstleistungsmarketing für eine entsprechende Profilierung genutzt werden kann.

2.5. Dienstleistungsmarketing für gesetzliche Krankenkassen

Das Dienstleistungsmarketing setzt sich traditionell mit dem Problem der Schaffung komparativer Wettbewerbsvorteile im Dienstleisungsbereich auseinander. Daher wird im folgenden die Literatur zum Dienstleistungsmarketing im Hinblick auf für Krankenkassen verwertbare Vorschläge analysiert. Bezug genommen wird auf das strategische und das operative Dienstleistungsmarketing. Nicht thematisiert wird die Frage der Informationsbeschaffung als Gundlage der Marketing-Planung. Mit dieser Thematik befassen sich sowohl die Literatur zum Marketing- als auch die zum Qualitätsmanagement. Um Wiederholungen zu vermeiden, werden Fragen der Informationsbeschaffung bei den Grundlagen des Qualitätsmanagements untersucht.

2.5.1. Begriff des Dienstleistungsmarketing

Dienstleistungsmarketing, als eine Konzeption der Unternehmensführung, ist ausgerichtet auf die Planung, Koordination und Kontrolle aller auf die aktuellen und potentiellen Märkte ausgerichteten Aktivitäten eines Dienstleistungsunternehmens. Dabei sollen durch eine dauerhafte Befriedigung der Kundenbedürfnisse die Unternehmensziele verwirklicht werden.[250]

2.5.2. Strategisches Dienstleistungsmarketing

Die Literatur zu Marketing, Marketing-Management und Dienstleistungsmarketing hat einige Strategien hervorgebracht, mit denen Unternehmen am Markt positioniert werden können. Die folgende Untersuchung verschiedener Wettbewerbsstrategien orientiert sich wesentlich an den grundlegenden Arbeiten von Becker und Meffert/Bruhn. Becker hat zahlreiche Wettbewerbsstrategien systematisiert und als „integrativen Strategieansatz"[251] präsentiert.[252] Obgleich die Systematisierung nicht

---

[250] Meffert/Bruhn 1997; Zerres 1997; Meffert 1998.

[251] Meffert 1994, S. 118.

[252] Vgl. Becker 1993. Auf eine dezidierte Diskussion oder einen Vergleich mit anderen integrativen Ansätzen soll in dieser Arbeit verzichtet werden; vgl. dazu Meffert 1994, S. 120 ff.

vollständig und nicht ganz überschneidungsfrei ist,[253] kann sie für die vorliegende Arbeit doch als geeignet gelten, da Becker die wichtigsten diesbezüglichen Strategie-Ansätze einbezogen hat; die Überschneidungen führen zu keiner Beeinträchtigung des Aussagengehaltes.[254] Meffert/ Bruhn haben große Teile dieses Ansatzes auf den Dienstleistungsbereich übertragen.[255]

2.5.2.1. Marktarealstrategien

Marktarealstrategien können grundsätzlich differenziert werden in teilnationale/ nationale und übernationale Gebietestrategien.[256]

- *Teilnationale/nationale Strategien* haben ihren Ursprung oft in einer lokalen Marktabdeckung (z.B. ein Ort oder Landkreis), die schrittweise regional (z.B. ein Bundesland), überregional (z.B. mehrere Bundesländer) bzw. national (gesamtes Bundesgebiet) ausgebaut wird.[257]
- *Übernationale Strategien* zielen darauf ab, den Marktraum über die nationalen Grenzen hinweg auszudehnen.[258]

Die Marktarealstrategien setzen voraus, daß die Entscheidung über die Auswahl des zu bearbeitenden Marktareals dem Management obliegt. Diese Voraussetzung ist in Krankenkassen nur bedingt gegeben. Für alle Kassen gilt, daß sich das Marktareal nur innerhalb der innerdeutschen Grenzen erstrecken darf. Das Areal der Ortskrankenkassen als Gesamtheit erstreckt sich bereits auf das gesamte Bundesgebiet. Es kann somit nicht vergrößert werden. Es kann jedoch auch nicht verkleinert werden, da in jeder Region eine AOK vertreten sein muß. [259] Die Veränderung des Marktareals einzelner Ortskrankenkassen ist nur zu Lasten einer anderen Ortskrankenkasse möglich. Innungs- und Betriebskrankenkassen sind überwiegend regional organisiert. Die Kassen dieser Art können, im Sinne des Zieles „Wachstum", eine Ausdehnung des Marktareals anstreben. Die Ersatzkassen sind überwiegend bundesweit organisiert. Nur wenige Kassen sind auf Regionen beschränkt.

---

[253] Zur Kritik vgl. ausführlich Weiber/Adler 1996, S. 157. Die Kritik mangelnder Überschneidungsfreiheit bezieht sich auf die Marktareal- und die Marktfeldstrategie. Eine Marktfeldstrategie kann auch arealspezifisch erfolgen.

[254] Das Werk „kann im Hinblick auf die strategische Planungsphase im Marketing-Managementprozeß als umfassend bezeichnet werden." Weiber/Adler 1996, S. 169.

[255] Vgl. Meffert/Bruhn 1997, S. 151 ff.

[256] Vgl. Becker 1993, S. 260.

[257] Vgl. Becker 1993, S. 261.

[258] Vgl. ausführlich Becker 1993, S. 272 ff.

[259] Vgl. Schnapp 1994, S. 1196.

2.5.2.2. Marktfeldstrategien

Marktfeldstrategien heben auf Entscheidungen hinsichtlich der zu bearbeitenden Märkte sowie der anzubietenden Produkte ab. „Jedes Unternehmen muß dabei eine Entscheidung über die Wahl einer oder mehrerer dieser auch als Wachstumsvektoren ... bezeichneten Basiskombinationen treffen".[260] Entschieden werden soll, inwieweit sich das Engagement auf gegenwärtig bearbeitete oder auf neue Märkte beziehen soll und inwieweit das Marketing auf bestehenden oder neuen Produkten basieren soll. Aus der Kombination von Markt- und Produktentscheidungen ergeben sich vier Strategievarianten: die Strategie der Marktdurchdringung, der Marktentwicklung, der Produktentwicklung und der Diversifikation (Abb. 10).[261]

Märkte **Dienstleistungen**	***gegenwärtig***	***neu***
gegenwärtig	Marktdurchdringung	Marktentwicklung
neu	Dienstleistungsentwicklung/ -innovation	Diversifikation

Abb. 10: Die vier grundlegenden marktfeld-strategischen Optionen des Unternehmens
Quellen: Ansoff 1966, S. 13 ff.; Meffert/Bruhn 1997, S. 162.

Die marktfeldbezogenen Wettbewerbsstrategien setzen - soweit sie sich auf „neue" Märkte bzw. „neue" Produkte bzw. Dienstleistungen beziehen - voraus, daß die Ausgestaltung des Produkt- bzw. Dienstleistungsprogramms bzw. die Wahl des Marktes Managemententscheidungen unterliegen. Beides ist in der gesetzlichen Krankenversicherung kaum gegeben. Der zu bearbeitende Markt im Sinne der Marktfeldstrategie ist durch die Bestimmungen des SGB V, nach denen der zu versichernde Personenkreis festgeschrieben ist, ganz überwiegend festgelegt. Auch eine autonome Gestaltung von Art und Umfang der Kassenleistung ist aufgrund rechtlicher Normen nicht möglich.[262]

2.5.2.3. Marktparzellierungsstrategien

Marktparzellierungsstrategien kombinieren Entscheidungen über die Differenzierung des Marketingprogramms und die Vollständigkeit der Marktabdeckung.[263] Das *Mar-*

---

[260] Becker 1993, S. 123.
[261] Vgl. Becker 1993, S. 125 ff.
[262] Vgl. Abschnitt 2.1.4.
[263] Vgl. zum folgenden, auch zu den verwendeten Beispielen, Becker 1993, S. 216 ff.

ketingprogramm kann in seinen extremen Ausprägungen differenziert oder undifferenziert gestaltet sein.[264] Ein undifferenziertes Marketingprogramm zielt auf die Befriedigung durchschnittlicher Massenbedürfnisse, ein differenziertes Marketing berücksichtigt die Bedarfe spezieller Käufergruppen (Segmente). Die *Marktabdeckung* kann vollständig oder teilweise erfolgen. Erfolgt sie vollständig, wird der Gesamtmarkt bearbeitet, erfolgt sie teilweise, wird ein Marktausschnitt bearbeitet. Aus der Kombination beider strategischer Stoßrichtungen ergeben sich vier Marktparzellierungsstrategien (Abb. 11).

Abdeckung des Marktes **Differenzierung des Marketingprogramms**	**vollständig (total)**	**teilweise (partial)**
undifferenziert	undifferenzierte Marktbearbeitung	konzentrierte Marktbearbeitung
differenziert	differenzierte Marktbearbeitung	selektiv-differenzierte Marktbearbeitung

Abb. 11: Die vier Basisvarianten der Marktparzellierung
Quelle: in Anlehnung an Becker 1993, S. 217.

Die Strategien setzen voraus, daß Entscheidungen über die Vollständigkeit der Marktabdeckung sowie über die Differenzierung des Marketingprogramms dem Management obliegen. Beide Dimensionen beziehen sich auf eine Definition von Zielgruppen, die vom Gesetzgeber nicht gewollt und imagepolitisch sowie ethisch bedenklich ist.[265]

2.5.2.4. Marktstimulierungsstrategien

Marktstimulierungsstrategien versuchen, die Kaufentscheidungen der Kunden über eine Preis- bzw. eine Qualitätslenkung zu beeinflussen, wobei ein produktbezogener Qualitätsbegriff zugrundegeigt wird. Aus der Kombination von Preis und Qualität leitet Becker sieben Strategien ab (Abb. 12).[266]

Alle Strategien setzen Entscheidungsfreiräume im Hinblick auf die Preis- und die Qualitätsgestaltung voraus.

Eine freie Preisgestaltung ist den Kassen nicht möglich. Sie sind zwar - wie oben dargelegt - berechtigt, ihre Beitragssätze selbst festzulegen, das Verfahren ist allerdings eng an rechtliche Normen gebunden. Insbesondere Sonderkonditionen für

---

[264] Vgl. Scheuch 1993, S. 274 f.; Kotler/Bliemel 1995, S. 453 ff.
[265] Vgl. die Überlegungen zur Zielgruppendefinition in Abschnitt 2.1.4.
[266] Vgl. zum folgenden Becker 1993, S. 153 ff.

einzelne Mitgliedergruppen sind, soweit diese nicht n Gesetz vorgesehen sind, nicht gestattet. Daher kann lediglich versucht werden, ıit gezielten Maßnahmen eine Stabilisierung oder ein Absenken der Beitragssätze u erreichen.[267]

Preis / Qualität	niedrig	mittel	hoch
hoch	Aktionsstrategien		Reine Präferenzstrategie
mittel	Nicht-reine Preis-Mengen-Strategie	Mittellagen-Strategi	Nicht-reine Präferenz-Strategie
niedrig	Reine Preis-Mengen-Strategie	Raubau-Strategien	

Abb. 12: Strategische Positionsbestimmung in bezug af Qualität und Preis
Quelle: Becker 1993, S. 155.

Gestaltungsmöglichkeiten liegen dagegen im Hinblick ıuf die Qualität der Dienstleistung vor, die - im Rahmen der oben aufgezeigten Grenzen - kundenorientiert optimiert werden kann. Eine Qualitätsstrategie ist somit realistisch, diese ist aber nicht, wie es die Systematisierung der Marktstimulierungsstrategien vorsieht, mit einer bestimmten Preispolitik zu kombinieren.

2.5.2.5. Verhaltensstrategien

Verhaltensstrategien bestimmen den Stil des Verhaltens gegenüber den Wettbewerbern. Becker unterscheidet in Anlehnung an Kotler, Hinterhuber und Porter vier Stilprinzipien.[268]

- Ein *friedlicher Konkurrenzstil* steht für wirtschaftsfriedliches Verhalten.
- Ein *kooperativer Konkurrenzstil* zielt auf die Zusammenarbeit mit Wettbewerbern ab. Als Beispiel für eine punktuelle Kooperation wird eine Zusammenarbeit in Forschung und Entwicklung genannt.
- Ein *aggressiver Konkurrenzstil* ist geprägt durch ein offensives Angriffsverhalten gegenüber den Wettbewerbern.
- Mit einem *konfliktären Konkurrenzstil* werden bei der Verfolgung eigener Ziele bewußt Konflikte in Kauf genommen, die u. U. auch rechtliche Auseinandersetzungen zur Folge haben können.

---

[267] Ein Beispiel hierfür ist das Konzept des „Gesundheitsmanagements" der Ortskrankenkassen; vgl. Abschnitt 2.4.3.

[268] Becker 1993, S. 341 ff.

Aus diesen vier Stilen, die nicht ganz überschneidungsfrei sind, weil der kooperative Stil als Sonderform des friedlichen Stils und der konfliktäre Stil als Sonderform des aggressiven Stils betrachtet werden können, werden verschiedene Verhaltensstrategien abgeleitet.

- Die *Kooperationsstrategie* setzt auf eine Zusammenarbeit mit Konkurrenten. Diese kann sich z.B. auf einzelne Funktionen oder auch die Bearbeitung unterschiedlicher Marktareale beziehen.
- Die *Strategie des Direktangriffs* setzt auf eine Erschütterung der Marktstellung des Wettbewerbers, indem der Kernproduktbereich des Konkurrenten durch offensive Maßnahmen (z.B. neue oder verbesserte Produkte, aggressive Preispolitik) angegriffen wird.
- Mit der *Umzingelungsstrategie* wird versucht, von mehreren Seiten aus die Marktstellung des Konkurrenten aufzuweichen. Es werden z.B. zugleich ein verbessertes Produkt und eine Zweitmarke plaziert.
- Mit der *Strategie des Flankenangriffs* wird versucht, schwache bzw. ungeschützte Stellen des Konkurrenten anzugreifen. Beispielsweise soll mit einer modifizierten Produktpolitik, die aber nicht auf den Kernproduktbereich des Konkurrenten abzielt, in das Marktfeld des Konkurrenten eingebrochen werden.
- Die *Guerillastrategie* setzt auf eine Zermürbung des Konkurrenten, indem alle wettbewerbsrechtlichen Aktivitäten des Konkurrenten zum Anlaß genommen werden, juristische Auseinandersetzungen anzustrengen.

Alle diese Strategien setzen Entscheidungsmöglichkeiten im Hinblick auf ein offensives Verhalten voraus. Diese sind im Sektor der Krankenkassen grundsätzlich gegeben. Lediglich die Umzingelungsstrategie setzt voraus, daß mehrere wirksame Wettbewerbsparameter vorliegen, die für eine „Umzingelung" genutzt werden können.

2.5.2.6. Notwendigkeit einer Qualitätsstrategie in Krankenkassen

Die Auswertung der verschiedenen Wettbewerbsstrategien hat gezeigt, daß jene Strategien und Strategievarianten, die in der privaten Wirtschaft von wesentlicher Bedeutung sind, in Krankenkassen kaum anwendbar sind. Bedingt möglich sind eine Gestaltung des Marktareals, die Auswahl einer oder auch mehrerer Verhaltensstrategien sowie die Entwicklung einer Qualitätsstrategie.

Mit Marktareal- und Verhaltensstrategien lassen sich jedoch komparative Wettbewerbsvorteile nur sehr schwer realisieren. Eine wachstumsorientierte Marktarealstrategie kommt grundsätzlich nur für kleine Kassen, die nicht bereits überregional

oder bundesweit organisiert sind, in Betracht. Da das Marketing-Budget jedoch gesetzlich an die Anzahl der Mitglieder gekoppelt, und damit für kleine Kassen auf relativ niedrigem Niveau fixiert ist, kann eine areale Expansion nur sehr langsam erfolgen. Zudem erfordert die weitgehende Marktsättigung, daß den wahlberechtigten Mitgliedern deutliche Anreize für einen Kassenwechsel geboten werden müssen. Daraus folgt, daß mit der Umsetzung einer Marktarealstrategie allein keine Wettbewerbsvorteile zu erzielen sind.

Auch mit den Verhaltensstrategien allein können keine Wettbewerbsvorteile erzielt werden. Sie beschreiben lediglich, wie offensiv andere Strategien umgesetzt und in welcher Form sie auf die Strategien im Wettbewerb stehender Kassen bezogen werden.

Im Ergebnis kann daher vor allem nur eine Qualitätsstrategie als wirksame Wettbewerbsstrategie betrachtet werden. Sie ist rechtlich zulässig, durch Entscheidungen des Kassenmanagements detailliert zu gestalten und geeignet, das Wahlverhalten von Kassenmitgliedern zu beeinflussen. Im Rahmen des operativen Dienstleitungsmarketing muß eine derartige Qualitätsstrategie konkretisiert werden.

2.5.3. *Operatives Dienstleistungsmarketing*

Das operative Dienstleistungsmarketing wird mit den Instrumenten des Marketing-Mix ausgestaltet: Leistungsmix, Distributionsmix, Kommunikationsmix und Kontrahierungsmix.[269] Im folgenden wird untersucht, inwieweit eine Übertragung auf den Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung möglich und sinnvoll ist.

2.5.3.1. Leistungsmix

Im Rahmen des Leistungsmix wird festgelegt, welche Dienstleistungen in welcher Qualität und in welcher Weise am Markt angeboten werden sollen. Zu den leistungspolitischen Instrumenten gehören auch die Marken- und Servicepolitik.[270] Die Ausgestaltung des Leistungsmix setzt voraus, daß eine Gestaltung dem Kassenma-

---

[269] Vgl. z.B. Krechting 1998, S. 198. Zur Übertragbarkeit dieser klassischen Systematisierung auf Dienstleistungsbranchen, insbesondere auf die Branche privater Versicherungen, vgl. Puschmann 1986; Nickel-Wanirger 1987; Kurtenbach/Kühlmann/Käßer-Pawelka 1992. Die Übersetzung des „Produkmix" in „Leistungsmix" wird erst in jüngeren Arbeiten vorgenommen; vgl. z.B. Meffert/Bruhn 1997, S. 194. Vor allem in der angelsächsischen Literatur findet man darüberhinaus eine Ergänzung des Marketing-Mix-Kanons um weitere drei Instrumente: „personnel", „physical facilities" sowie „process management"; vgl. Magrath 1986, S 45.

[270] Vgl. Meffert/Bruhn 1997, S. 194. Aufgrund der Immaterialität von Dienstleistungen sind z.B. Entscheidungen über das Design oder die Verpackung nicht zu treffen.

nagement obliegt. Eine solche Einflußnahme ist aber - wie bereits oben herausgearbeitet wurde - kaum gegeben. Insbesondere ist ein innovatives Leistungsangebot, das sich grundlegend von dem Angebot anderer Kassen unterscheiden und somit eine Profilierung ermöglichen könnte, ausgeschlossen.

Neben der Ausschöpfung verbleibender Ermessens- und Satzungsleistungen ergeben sich Profilierungsmöglichkeiten vor allem aus der kundengerechten Gestaltung von Beratung, Information und Service.[271] Unter anderem sind kundenfreundliche Öffnungs- bzw. Sprechzeiten von Bedeutung.[272] Dabei kann es notwendig sein, daß eine bestimmte Person für den Kunden verläßlich erreichbar ist. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn ein Versicherter eine sensible Frage hinsichtlich seines Gesundheitszustandes mit einer bestimmten Kundenkontaktperson, zu der bereits ein Vertrauensverhältnis besteht, erörtern will. In vielen anderen Fällen ist dies nicht notwendig, und eine Funktion kann dann von verschiedenen Mitarbeitern gleicher Qualifikation erfüllt werden. Dies ist bei den meisten standardisierten Prozessen der Fall. Von Bedeutung ist auch die Frage, an welchem Ort die Dienstleistung erbracht wird. So kann eine Beratung in der Geschäftsstelle, telefonisch oder an den Orten, an denen sich der Kunde aufhält (z.B. zuhause, im Krankenhaus, am Arbeitsplatz), durchgeführt werden.

Eine Markierung der Kassendienstleistung ist grundsätzlich sinnvoll, weil sie die Voraussetzung für weitere Marketing-Aktivitäten ist, insbesondere im Hinblick auf die Kommunikationspolitik.[273] Aufgrund der überwiegenden Immaterialität der Kassenleistung ist eine unmittelbare Markierung der Dienstleistung allerdings nicht möglich. Als Träger einer Markierung kann alles Gegenständliche, das Kunden mit der Kassenleistung in Verbindung bringen, genutzt werden (z.B. Gebäude der Kasse, Beratungsräume, Briefpapier oder Prüfsiegel auf angepaßten Gehhilfen).[274] Außerdem können die Kundenkontaktpersonen als Träger dienen. In einigen Dienstlei-

---

[271] Zwischen diesen Begriffen besteht ein enger Zusammenhang. So ist eine Beratung ohne eine Information kaum denkbar; Beratung und Information können zusammen als Bestandteil des Services vestanden werden. Dennoch soll an der begrifflichen Trennung festgehalten werden, da diese eine differenzierte Untersuchung ermöglicht. Während die Beratung ein kommunikativer Prozeß ist, der einen unmittelbaren Kontakt zwischen Kunde und Kundenkontaktperson voraussetzt, ist die Information eher einseitig orientiert und setzt den persönlichen Kontakt nicht zwingend voraus. Beratung und Information gehören zum Kerngeschäft von Krankenkassen, während der Service auf die Schaffung eines Zusatznutzens zielt.

[272] Vgl. Cassel 1992, S. 7; Paquet 1992, S. 39; Jacobs 1993, S. 600; Seehofer 1993, S. 266.

[273] Vgl. Meffert 1998, S. 784 ff.

[274] Vgl. Meyer 1983, S. 97; Meyer 1998.

stungsbranchen werden hierfür Uniformen verwendet. Dies erscheint für den Sektor der Kassen allerdings unpassend, da Uniformen kulturell eher Mitarbeitern von Transportunternehmen oder behandelndem medizinischen Personal (Ärzte, Apotheker) vorbehalten sind. Ein markiertes Namensschild erscheint demgegenüber sinnvoll, weil es die Markierung mit einem individuellen Erscheinungsbild der Kundenkontaktperson verbindet. Als Markenname bietet sich in aller Regel der Name der Krankenkasse an.[275] Darüber hinaus kann ein Slogan etabliert werden.[276]

Als erweiterte, wenn auch weniger konkrete Form der Markierung, erscheinen für Krankenkassen eine einheitliche Gestaltung und Darstellung von Kassensubjekten (äußeres Erscheinungsbild der Kundenkontaktpersonen in einem gewissen Rahmen) und Objekten (einheitliche Gestaltung von Geschäftsbriefen, Broschüren, Beratungsräumen) im Sinne eines Corporate Design sinnvoll.[277] Dies kann extern die eigentliche Markierung unterstützen, den Wiedererkennungswert erhöhen und dadurch Verläßlichkeit und Sicherheit symbolisieren; intern kann es zu einer starken Organisationskultur beitragen.[278] Die Qualität dieser Gestaltung kann, wenn sie mit der Kommunikationspolitik abgestimmt ist, zu einem Image-Gewinn der Kasse beitragen.[279]

Da - wie in Abschnitt 2.1.4. herausgearbeitet wurde - eine nach unterschiedlichen Zielgruppen differenzierte Gestaltung nicht sinnvoll ist, muß die Markierung die Mitglieder des Gesamtmarktes gleichermaßen ansprechen. Es wäre also beispielsweise verfehlt, ein besonders dynamisches oder besonders konservatives Erscheinungsbild zu unterstützen. Ausnahmen sind lediglich in Geschäftsstellen denkbar, die überwiegend von einer bestimmten Mitgliedergruppe (z.B. Studenten) aufgesucht werden. Die Markierung muß grundsätzlich allgemeinen Anforderungen genügen, wobei insbesondere ein „positives" Image angestrebt werden sollte, das durch Werte wie „Zuverlässigkeit" und „Sicherheit" geprägt ist. Außerdem muß, entsprechend den Wettbewerbsgrundsätzen des Bundesversicherungsamtes, eine Form gewählt werden, „die einer öffentlich-rechtlichen Institution angemessen" ist.[280]

---

275 Vgl. Meyer 1983, S. 98; Meyer 1998.

276 Z.B. „TK - anspruchsvoll versichert"; „AOK - Die Gesundheitskasse".

277 Vgl. Puschmann 1986, S. 75

278 Vgl. Wiedemann 1988, S. 236 ff., Meffert 1994, S. 85 ff.

279 Unter einem Image wird die subjektiv gefärbte Vorstellung von Krankenkassen verstanden, die nicht durch eigene Erfahrungen gestützt sein muß; vgl. Apitz/Benad/Poth 1987, S. 23.

280 Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 16, das sich auf Werbemaßnahmen bezieht.

2.5.3.2. Kontrahierungsmix

Im Rahmen des Kontrahierungsmix wird festgelegt, zu welchen Preisen und Konditionen die Dienstleistungen am Markt angeboten werden. Im Dienstleistungsbereich, speziell bei Banken, sind Instrumente der ökonomischen Kundenbindung üblich, die eine Kundenfluktuation durch zusätzliche Gebühren erschweren.[281] In Krankenkassen sind jedoch die Instrumente des Leistungsmix aufgrund der oben geschilderten rechtlichen Restriktionen kaum einsetzbar.

2.5.3.3. Distributionsmix

Der Distributionsmix bezieht sich auf alle Entscheidungen hinsichtlich des logistischen Systems sowie des Systems der Absatzkanäle.[282] In Krankenkassen haben distributionslogistische Entscheidungen, vor allem solche über Transportwege, -mittel, -träger und Lagerhaltung, aufgrund der Immaterialität der Dienstleistung eine untergeordnete Bedeutung.[283] Die Instrumente des Distributionsmix sind daher vor allem auf Anforderungen des Abschlusses von Mitgliedschaften auszurichten.[284] Dies kann grundsätzlich durch eigene Distributionsorgane der Kasse oder durch Absatzmittler geschehen. Als Distributionsorgane der Kasse können Geschäftsstellen, die i.d.R. dort angesiedelten Außendienstmitarbeiter, sowie ehrenamtliche Mitarbeiter fungieren.[285] Faktisch hat der Außendienst die größte Bedeutung, weil dieser räumlich und zeitlich flexibel und somit offensiv agieren kann. Professionelle Absatzmittler bzw. Makler, wie sie aus der Branche der privaten Versicherung bekannt sind, werden in der gesetzlichen Krankenversicherung traditionell nicht eingesetzt.[286] Als Absatzmittler können aber auch die Arbeitgeber potentieller Mitglieder gelten, die z.B. neueingestellte Mitarbeiter bei der Kassenwahl beraten und sie bei einer bestimmten Kasse anmelden. Aufgabe des Außendienstes muß es daher sein, diese faktischen Absatzmittler in ihrer Funktion wirksam zu unterstützen.

Ein besonders günstiger Zeitpunkt für die Mitgliederwerbung liegt dann vor, wenn ein potentielles Mitglied mit Beginn einer Versicherungspflicht gezwungen ist, sich für eine bestimmte Kassenmitgliedschaft zu entscheiden. Dies ist insbesondere mit

---

281 Vgl. Meffert/Bruhn 1997, S. 194.

282 Vgl. Meffert 1998, S. 582.

283 Vgl. Blumentritt 1993, S. 147.

284 Meffert/Bruhn 1997, S. 194 f., schlagen vor, zusätzlich Entscheidungen über die Form der Integration des externen Faktors dem Wirkungsfeld des Distributionsmix zuzuordnen. Solche Entscheidungen werden jedoch im Rahmen der Leistungspolitik getroffen.

285 Zu den Implikationen dieser Optionen vgl. Blumentritt 1993, S. 151 ff.

286 Vgl. Blumentritt 1993, S. 154.

der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bzw. einer betrieblichen Berufsausbildung der Fall.[287] Für nicht erwerbstätige Versicherte, die bisher im Rahmen der Familienversicherung mitversichert waren, ergibt sich die Entscheidung für eine eigenständige Mitgliedschaft bei einer Kasse mit Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, für Schüler und Studenten mit Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres.[288] Bei Beginn einer Versicherungspflicht kann von einem relativ großen Interesse an einer Beratung über die Mitgliedschaft bei der Kasse ausgegangen werden, und eine Mitgliedschaft kann relativ leicht erzielt werden.

Der Ort der Mitgliederwerbung richtet sich nach der konkret anzusprechenden Personengruppe. 25jährige Studenten können z.B. vor Hochschulen kontaktiert werden. Für die Ansprache von Personen, die in Kürze eine betriebliche Berufsausbildung beginnen, bieten sich Informationsveranstaltungen in Schulen an. Potentielle Mitglieder können auch zuhause angesprochen werden, wenn es dem Außendienst gelingt, aussagekräftiges Datenmaterial (Adresse, Alter, Ausbildungssituation usw.) einzuholen.[289] Gelingt die Datenbeschaffung, sind Hausbesuche sinnvoll und möglich.[290] Diese Daten liegen der Kasse bereits vor, wenn das potentielle Mitglied im Rahmen der Familienversicherung bei der Kasse versichert ist. Diese Personen können im persönlichen Gespräch für einen Verbleib in der Kasse als selbständige Mitglieder gewonnen werden.

2.5.3.4. Kommunikationsmix

Die Unternehmenskommunikation zielt auf eine bewußte und abgestimmte Gestaltung der auf die Unternehmensumwelt gerichteten Informationen zum Zweck der

---

[287] Vgl. § 5 Abs.1 SGB V. In den meisten Fällen endet dann auch eine etwaige Mitversicherung im Rahmen der Familienversicherung; vgl. im einzelnen § 10 SGB V.

[288] Vgl. ausführlich § 10 Abs. 2 SGB V.

[289] Erschwert wird dies durch datenschutzrechtliche Vorschriften. Die Krankenkassen sind „bei allen Werbeaktivitäten" gehalten, „die jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen strikt einzuhalten." Nach den Wettbewerbsgrundsätzen des Bundesversicherungsamtes ist es „insbesondere unzulässig, Adressenmaterial für Werbung und Aufklärung entgegenzunehmen und zu verwenden, das unter Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen offenbart wurde. Um einen Verstoß gegen Datenschutzbestimmungen auszuschließen, sind die Krankenkassen verpflichtet, jedem Verdacht nachzugehen, der auf die unrechtmäßige Weitergabe oder Erlangung hindeutet"; vgl. Bundesversicherungsamt 1994, Ziff. 44.

[290] Vgl. Hilke 1989, S. 32. Hausbesuche sind allerdings nur zulässig, wenn diese vereinbart oder schriftlich angekündigt wurden; vgl. Bundesversicherungsamt 1994, Ziff.13.

Meinungs- und Verhaltenssteuerung.[291] Zu den Instrumenten des Kommunikationsmix gehören vor allem die Öffentlichkeitsarbeit und die Werbung.

Unter dem Begriff der *Öffentlichkeitsarbeit* wird das „bewußte und legitime Bemühen um Verständnis sowie um Aufbau und Pflege von Vertrauen in der Öffentlichkeit auf der Grundlage systematischer Erforschung" verstanden.[292] Dabei hat sich die Öffentlichkeitsarbeit auf die Anspruchsgruppen von Krankenkassen zu beziehen. Dies sind die Kunden der Kasse, die bereits oben definiert wurden, außerdem die private Krankenversicherung, der Verband der Krankenkasse, die Verbände der Leistungserbringer, andere Kassen und ihre Verbände, Arbeitgeberverbände, Parteien, Gewerkschaften, staatliche Institutionen sowie die Medien.[293] Neben den Kunden sind drei weitere Gruppen von besonderer Bedeutung:

- Die Medien können mit ihrer Berichterstattung das Image der Kasse beeinflussen.
- Staatliche Institutionen können eine Kasse unmittelbar mit Sanktionen belegen, falls sie ihre Ansprüche nicht hinreichend berücksichtigt sehen.
- Der Kassenverband übernimmt einige Aufgaben der Kasse, die die Öffentlichkeit u.U. mit der einzelnen Kasse in Verbindung bringt.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit müssen die Beziehungen zu den Anspruchsgruppen aktiv gestaltet werden. Öffentlichkeitsarbeit darf sich nicht auf die Schaffung und Erhaltung eines positiven Unternehmensimages beschränken.[294] Dafür ist es notwendig, die Anspruchsgruppen sowie das Image der Kasse bei diesen Anspruchsgruppen zu kennen. Es muß zudem verfolgt werden, wie die Anspruchsgruppen agieren.

---

[291] Meffert 1998, S. 664.

[292] Jung 1982, S. 106; vgl. ähnliche Definitionen bei Schineis 1986, S. 117; Nickel-Waninger 1987, S. 262.

[293] Vgl. die differenzierte Auflistung unterschiedlicher Anspruchsgruppen privatwirtschaftlicher Unternehmen bei Meffert 1994, S. 189.

[294] Schierenbeck 1993, S. 290, sieht die Imagebildung und -pflege als Hauptziel der Öffentlichkeitsarbeit. Als Unterziele zur Erreichung eines positiven Images und Vertrauens in der Öffentlichkeit werden genannt: gesellschaftspolitische Arbeit, Informationen über Vorgänge, Planungen und Entscheidungen des Unternehmens, Durchführen vorbeugender Maßnahmen, Geschäftsförderung, Koordinierung, persönliche Kontaktpflege, Abwehren von Angriffen; vgl. Lentz 1978, S. 37 ff.; Jung 1982, S. 108; Marburger/Marburger 1992, S. 13.

Als Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit kommen in Betracht:[295]

- Lobbyarbeit,
- Geschäftsberichte,
- Pressearbeit,
- Broschüren,
- Telefonaktionen,
- eigene Veranstaltungen und Beteiligung an Veranstaltungen Dritter,
- „Tag der offenen Tür" sowie
- Seminare bzw. Vorträge.

Von der Öffentlichkeitsarbeit ist die *Werbung* abzugrenzen. Die Werbung umfaßt die dem Zweck der Mitgliedergewinnung und -bindung dienende, absichtliche und zwangfreie Beeinflussung von Mitgliedern und potentiellen Mitgliedern mit Hilfe spezieller Kommunikationsmittel.[296] Unterschieden werden die Wahrnehmungs-, Emotions-, Informations, Einstellungs-, Gedächtnis- und Verhaltenswirkungen der Werbung.[297] Da der ganz überwiegende Teil der Kassenleistungen aufgrund der Immaterialität nicht abbildbar ist, kann nicht mit der bildhaften Präsentation der Dienstleistung geworben werden.[298] Daher ist bei Krankenkassen die Imagewerbung, mit der Sympathie für die Kasse erzeugt bzw. verstärkt werden soll, von besonderer Bedeutung.[299] Die Imagewerbung kann mit der Herausstellung von Leistungsvorteilen der Kasse verbunden werden.[300] Eine Kombination von leistungs- und imageorientierter Werbung ist zudem angemessen, weil eine reine Imagewerbung rechtlich nicht zulässig ist.[301] Beim Einsatz von Imagewerbung ist darauf zu achten, daß die Außendarstellung mit den tatsächlichen Möglichkeiten der Kasse übereinstimmt. „Die Vermittlung vom Imageinhalten, die nach Meinung der Versi-

---

295 Vgl. Marburger/Marburger 1992, S. 183 ff.

296 Vgl. Meffert 1998, S. 664.

297 Vgl. Meffert/Bruhn 1997, S. 359.

298 Dies ist ein grundsätzliches Problem der Dienstleistung; vgl. Hilke 1989, S. 18.

299 Vgl. Hilke 1989, S. 18.

300 Vgl. Meyer 1983, S. 98; Meyer 1998. Im Hinblick auf die Imagewerbung sind definitionslogisch Überschneidungen mit den entsprechenden Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit vorhanden.

301 „Die allgemeine Werbemaßnahme darf sich nicht auf eine Reklame beschränken, die lediglich auf den Namen der Kasse hinweist, sondern muß vielmehr einen sachlichen Informationsgehalt über den Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung aufweisen. Die Werbung kann die Besonderheiten der Versicherung bei der Krankenkasse herausstellen. Es ist jedoch darauf zu achten, daß nur durch eine sachliche Darstellung der eigenen Besonderheiten aufgeklärt wird." Bundesversicherungsamt 1994, S. 8. Zu weiteren einschlägigen Regelungen vgl Marburger/Marburger 1992, S. 36.

cherten nicht der Wirklichkeit entsprechen, führt .. zur Unglaubwürdigkeit der Krankenkasse und zu Vertrauensverlusten bei den Zielgruppen."[302]

Als Werbeträger kommen in Betracht:[303]

- Plakate,
- Fernseh- und Kinospots,
- Broschüren und andere Printmedien,
- Videofilme und Audiocassetten,
- Beschilderung von Veranstaltungsorten,
- Kundenkontaktbereich (Symbolwirkung durch Raumgestaltung, Farben etc.) und
- Arbeitskleidung der Kundenkontaktpersonen.

2.5.3.5. Ausrichtung des Marketing-Mix auf eine Qualitätsstrategie

Die vorstehenden Ausführungen haben gezeigt, daß Instrumente des Leistungs-, des Distributions- und des Kommunikationsmix in Krankenkassen einsetzbar sind. Lediglich die Instrumente des Kontrahierungsmix sind i.d.R. nicht gestaltbar. Weitere Restriktionen ergeben sich aus der rechtlichen Regulierung der Werbemaßnahmen, die vor allem die Ausgestaltung der Kommunikationspolitik kleiner Kassen erschweren.

Die Instrumente müssen auf die Anforderung einer Qualitätsstrategie zugeschnitten werden. In diesem Zusammenhang kommt dem Leistungsmix die größte Bedeutung zu. Die Qualität entsteht mit der Dienstleistungserstellung. Die Kommunikationspolitik muß die Leistungspolitik flankieren, indem einerseits die Leistungsvorteile einer Kasse kommuniziert werden und andererseits ein positives Image geschaffen wird. Im Rahmen der Distributionspolitik muß auf die Leistungsvorteile, die als Verkaufsargument dienen, verwiesen werden können.

2.5.4. Notwendigkeit einer erweiterten Management-Perspektive

Der Literatur des Marketing bzw. Dienstleistungsmarketing sind zahlreiche Optionen zu entnehmen, die in privatwirtschaftlich organisierten Märkten genutzt werden können, um Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Diese Optionen sind in Krankenkassen aufgrund der rechtlichen Regulierung aber nur zum Teil einsetzbar.

---

[302] Blumentritt 1996, S. 222.

[303] Vgl. Scheuch 1982, S. 176. Dabei sind definitionslogisch Überschneidungen mit Instrumenten einer Verkaufsförderung erkennbar.

Auf strategischer Ebene erscheint vor allem eine Qualitätsstrategie sinnvoll zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen. Dies gilt auch für Betriebs- und Innungskrankenkassen, die, anders als Ersatz- oder Ortskrankenkassen, mit der Abschottung gegenüber betriebs- bzw. innungsfremden Mitgliedern Einfluß auf ihre Risikostruktur und somit - in einem gewissen Rahmen - auf den Beitragssatz nehmen können: Einerseits besteht auch bei einer Abschottung die Gefahr, daß Mitglieder zu anderen Kassen wechseln, weil sie eine höhere Dienstleistungsqualität in Anspruch nehmen wollen; andererseits ist der Beitragssatz trotz Abschottung nicht vollständig zu beeinflussen, so daß der Verlust des Preisvorteils mittel- oder langfristig nicht ausgeschlossen werden kann.

Im Rahmen des operativen Dienstleistungsmarketing muß die Qualitätsstrategie ausgestaltet werden. Die Marketing-Literatur bietet hierzu zahlreiche Möglichkeiten, die auch in Krankenkassen anwendbar sind. Diesbezügliche Konkretierungen wurden oben vorgenommen.

Entsprechend dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Dienstleistungsbegriff muß sich die Qualitätsstrategie insbesondere auf die Gestaltung von Beratung, Information und Service beziehen. Planung, Umsetzung und Kontrolle einer solchen Strategie erfordern eine ganzheitliche Führungskonzeption.[304] Anders als in Sachgüter-Branchen finden in Krankenkassen Produktion, Vertrieb und Konsum nicht in einer phasenweisen Abfolge statt. Vielmehr werden die relevanten Dienstleistungsbestandteile aufgrund der Integration des Kunden als externem Faktor überwiegend zeitgleich „erstellt" und in Anspruch genommen. Die Qualität der Dienstleistung wird dabei ganz erheblich von den Mitarbeitern der Kasse, die die Dienstleistung persönlich erstellen, beeinflußt.

Der Bedeutung dieser Mitarbeiter wird heute zum Teil schon im Rahmen der Herausstellung des oben angesprochenen zusätzlichen Instruments eines Dienstleistungsmarketing - „personnel" - versucht entsprechend Rechnung zu tragen. Ebenfalls versuchen aktuelle Beiträge unter dem Blickwinkel eines „internen Marketing" diesbezügliche Ansätze zu generieren.[305] Intensiv diskutiert wird zur Zeit auch das Konzept eines „Qualitätsmanagements", das international bereits eine weite Verbreitung gefunden hat. Aufgrund der ganzheitlichen Ausrichtung dieser Konzeption und des bereits im Begriff deutlich werdenden hohen Stellenwertes von Qualität er-

---

[304] Ganzheitlichkeit meint „ein Denken in mehreren Dimensionen und damit ein Kampf gegen Reduktionismus und gegen das Spezialistentum, das geradezu als das Reduzieren des Denkens auf eine spezielle Dimension definiert werden kann." Ulrich 1985, S. 14; zit. n. Strasser 1993, S. 3.

[305] Vgl. z.B. Bruhn 1995; Meyer 1998.

scheint eine entsprechende Übertragung auf den Sektor der gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich erfolgversprechend. Im folgenden gilt es daher, näher auf ein derartiges Qualitätsmanagement einzugehen.

2.6. Grundlagen des Qualitätsmanagements

Ziel der folgenden Ausführungen ist es, zu bewerten, inwieweit Qualitätsmanagement-Ansätze sinnvoll auf Krankenkassen zu übertragen sind. Hierzu werden - nach der Begriffsbestimmung - die Konzeptionen zur Bewertung von Qualitätsmanagement-Systemen, die wichtigsten dienstleistungsspezifischen Qualitätsmodelle sowie Prinzipien und Instrumente des Qualitätsmanagements vorgestellt und analysiert.

2.6.1. Begriffsbestimmung

2.6.1.1. Qualität

Qualität ist eine „bewertete Beschaffenheit".[306] Die Bewertung erfordert Kriterien, einen Maßstab, der „außerhalb des Betrachtungsobjektes" liegt.[307] Unterschiedliche Qualitätsbegriffe lassen sich danach differenzieren, welche Dimensionen einer Bewertung unterzogen werden und wer diese Bewertung vornimmt.[308] Vorgestellt werden im folgenden

- der transzendente Ansatz,
- der produktbezogene Ansatz,
- der kundenorientierte Ansatz,
- der herstellungsorientierte Ansatz,
- der wertorientierte Ansatz sowie
- der ganzheitliche Ansatz.

Nach dem *transzendenten (transcendent) Ansatz* wird Qualität gleichgesetzt mit „innate excellence". Es ist ein absoluter Begriff und betrachtet Qualität an sich bereits als Ausdruck einer hervorragenden Beschaffenheit. In der betriebswirtschaftlichen Literatur kommt dieser Ansatz nicht zur Anwendung. Er wird aber in der Praxis, insbesondere in der Werbung, verwendet.

Im Gegensatz zum transzendenten Ansatz orientiert sich der *produktbezogene (product-based) Ansatz* an objektiv meßbaren Eigenschaften. Dieser Ansatz ist fe-

---

306 Hentschel 1992, S. 351.
307 Hentschel 1992, S. 36.
308 Zur Systematik der Ansätze vgl. Garvin 1984, S. 40 ff.; Haller 1993, S. 20.

ster Bestandteil des Qualitätsverständnisses auf der Konsumentenseite.[309] Auch die Qualität von Leistungen einer Krankenkasse werden aus Konsumentensicht oft produktorientiert bewertet. So wird die Qualität eines Versicherungsverhältnisses umso höher bewertet, je umfangreicher die gewährten Leistungen sind. Der produktbezogene Ansatz impliziert unendliche Qualitätsanforderungen und läßt dabei die Bedürfnisse und Erwartungen der Kunden einer Krankenkasse unberücksichtigt. Dies kann kostentreibend wirken, ohne daß diesen Kosten ein adäquater Nutzen gegenübersteht.[310] In der betriebswirtschaftlichen Literatur findet dieser Ansatz keine Beachtung.

Nach dem *kundenorientierten (user-based) Ansatz* sind die Bedürfnisse der Kunden Maßstab für die Qualitätsbeurteilung. Ein Qualitätsmaximum ist dann erreicht, wenn die Bedürfnisse des Kunden maximal erfüllt sind. Dieser Ansatz ist sehr stark subjektiv geprägt. Sehr viele Autoren der betriebswirtschaftlichen, insbesondere der TQM-Literatur, verwenden diesen Ansatz. So definiert Juran: „Quality is fitness for use".[311] Siegwart/Seghezzi verstehen unter Produktqualität „entweder den Grad der Erfüllung eines Kundenbedürfnisses oder den Grad der Eignung für den vorgesehenen Verwendungszweck".[312] Für Corsten stellt Qualität „die Eignung eines Gutes zur Bedürfnisbefriedigung eines Leistungsnehmers dar."[313] Weltz/Bollinger/Ortmann verwenden diese Sichtweise für die Qualitätsbeurteilung im Büro, wobei die Orientierung auf den „internen Kunden" deutlich wird: „Qualität der Büroarbeit heißt Gewährleistung einer möglichst hohen Verwertbarkeit der erbrachten Leistungen, also eine dem Verwendungszweck angemessene, ziel- und situationsgerechte Leistungserstellung und -verwertung."[314]

Nach dem *herstellungsorientierten (manufacturing-based) Ansatz* wird Qualität definiert als Einhaltung vorgegebener Standards, die als objektive Bewertungsmaßstäbe dienen. Jede Abweichung von der Spezifikation, unabhängig von der Richtung der Abweichung, bedeutet eine Minderung der Qualität.[315] Der herstellungsorientierte Ansatz hat eine lange Tradition und findet insbesondere durch die Normung im Rahmen der DIN EN ISO 9000 ff. Verwendung: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit bezüglich ihrer

---

309 Der Ansatz liegt auch den Qualitätsurteilen der „Stiftung Warentest" zugrunde.

310 Vgl. Oess 1991, S. 32.

311 Juran 1991, S. 14.

312 Siegwart/Seghezzi 1983, zit. n. Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 34; ähnlich Staudt/Hinterwäller 1982, S. 135.

313 Corsten 1985, zit. n. Weltz/Bollinger/Ortmann1989, S. 34.

314 Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 36.

315 Vgl. Oess 1991, S. 33.

Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen".[316] Der Maßstab für die Qualitätsbeurteilung wird durch das Management festgelegt, das im Idealfall auf Informationen über die Bedürfnisse von Kunden verfügt und diese für den Leistungserstellungsprozeß übersetzt.

Nach dem *wertorientierten (value-based) Ansatz* bemißt sich Qualität am Preis-Leistungs-Verhältnis, wobei der Preis sowohl monetärer als auch nicht-monetärer Art sein kann. Der Ansatz findet in der Literatur insoweit Beachtung, als die Zulässigkeit der Berücksichtigung des Preises bei der Qualitätsbeurteilung diskutiert wird. Seghezzi argumentiert gegen die Einbeziehung, da ein Preis weder ein Merkmal noch eine Eigenschaft sei, die die Beschaffenheit kennzeichneten.[317] Die Gegenauffassung vertritt z.B. Haller: Der Preis für den Anbieter sei ein zentrales Merkmal des Dienstleistungsdesigns, da er aus Kundensicht häufig als Qualitätsindikator genutzt werde. Außerdem beweise „die hohe Zahl existierender Generica oder No-Name-Produkte, daß die Wahrnehmung hoher Leistungsqualität nicht unbedingt zu einer Kaufentscheidung führen muß."[318] Das letzte Argument überzeugt nicht. Die Tatsache, daß viele Kunden sich für No-Name-Produkte entscheiden, kann in vielerlei Hinsicht interpretiert werden. Möglich ist, daß bei diesen Produkten eine ebenso hohe Qualitätswahrnehmung (i.S.v. Bedürfnisbefriedigung) wie bei teureren Produkten vorliegt und die Kaufentscheidung deshalb vom Preis abhängt.

Der *ganzheitliche Ansatz* erweitert die kundenorientierte Perspektive. Qualität wird definiert als „die Eignung der Unternehmensgesamtleistung zur Erfüllung aller an sie gerichteten Anforderungen."[319] Dieses Verständnis, das einigen Beiträgen zum Qualitätsmanagement zugrundeliegt, ist zu kritisieren, wenn keine Prioritätensetzungen vorgenommen werden. Da die Anforderungen unterschiedlicher Gruppen zum Teil konkurrierend sind, ist eine gleichgewichtige Berücksichtigung aller Anforderungen i.d.R. nicht zweckmäßig.

---

316 DIN EN ISO 55350-11 1994. Ähnlich bereits Crosby 1984: „The definition of quality is conformance to requirements"; zit. nach Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 34.

317 Vgl. Seghezzi 1994, S. 7.

318 Haller 1993, S. 35.

319 Horváth/Urbahn 1990, S. 4.

2.6.1.2. Management

In der betriebswirtschaftlichen Literatur wird allgemein zwischen einer funktionalistischen und einer institutionellen Betrachtung des Begriffs „Management" unterschieden. Im folgenden werden diese beiden Sichtweisen kurz vorgestellt.[320]

Management im *funktionalistischen* Sinne bezieht sich auf Funktionen und Prozesse einer Organisation.[321] Diese können differenziert werden in sachbezogene Aufgaben wie Planung, Organisation und Kontrolle und personenbezogene Aufgaben im Sinne einer „Beeinflussung des Mitarbeiterverhaltens zur Erreichung gemeinsam akzeptierter Ziele und der damit zusammenhängenden Probleme", also Mitarbeiterführung.[322] Management umfaßt dann „alle Steuerungsvorgänge, die notwendig sind, die verschiedenen Einzelaktivitäten in einer Unternehmung auf ein übergeordnetes Ziel zu koordinieren."[323] Die prozessuale Betrachtung von Management im funktionalistischen Sinne nimmt eine dynamische Perspektive ein. Es wird untersucht, wie der Management-Prozeß im Hinblick auf die Erreichung angestrebter Ziele zu gestalten ist. Dazu werden die Management-Funktionen weiter aufgefächert und zueinander in Beziehung gesetzt.[324]

Management im *institutionellen* Sinne bezieht sich auf ein „strukturelles Subsystem der Unternehmung", das diejenigen Personen umfaßt, die dispositive Tätigkeiten wahrnehmen.[325] Diese Personen besitzen aufgrund rechtlicher oder organisatorischer Regelungen Weisungsbefugnis gegenüber anderen Mitarbeitern.[326]

Die spezialisierte Managementliteratur, die sich mit Teilgebieten der Betriebswirtschaft beschäftigt, bezieht sich vielfach auf die funktionalistische Perspektive und verknüpft den Managementbegriff mit ihrem Forschungsgegenstand. Dieser orientiert sich oft an den Funktionen, die in der betrieblichen Praxis ihren Niederschlag in konkreten Organisationseinheiten finden. Gegenstand der Untersuchungen ist z.B. die Ausgestaltung der Funktionen „Personal" oder „Marketing", wobei die Planung,

---

320 Eine Diskussion soll nicht geführt werden. Vgl. dazu ausführlich Staehle 1997, S. 21 ff.

321 Vgl. Staehle 1997, S. 69.

322 Hopfenbeck 1991, S. 409; vgl. auch Staehle 1997, S. 79 f., und die dort angegebene Literatur.

323 Corsten 1995, S. 598.

324 Vgl. Schierenbeck 1993, S. 83. Zum „Managementzyklus" auch Wild 1982, insbesondere S. 37.

325 Vgl. Corsten 1995, S. 598.

326 Vgl. Hahn 1985, S. 21.

Organisation, Führung bzw. Kontrolle dieser Funktionen thematisiert werden.[327] Die Literatur zum Qualitätsmanagement kann in diesen Kontext kaum eingeordnet werden, da „Qualität" nicht als Funktion bezeichnet werden kann.

2.6.1.3. Qualitätsmanagement

Bevor im folgenden die Begriffe „Qualität" und „Management" zusammengeführt werden, soll zunächst - einem besseren Verständnis der Gesamtzusammenhänge dienend - die historische Entwicklung des Qualitätsmanagements nachgezeichnet werden.

Als Vorläufer des modernen Qualitätsmanagements gelten die Qualitätskontrolle und die Qualitätssicherung, die zuerst in der arbeitsteiligen Organisation Industrie zum Einsatz kamen. Die *Qualitätskontrolle* war ausschließlich ergebnisorientiert. Fehlerhafte Produkte wurden aussortiert, und die Fehlleistungen wurden nachgearbeitet oder vernichtet. Bald wurde erkannt, daß eine Qualitätskontrolle allein wenig wirtschaftlich ist.[328] Im Rahmen der *Qualitätssicherung* wurde daher, zusätzlich zur Kontrolle, die Qualität der Produktionsprozesse in die Betrachtung einbezogen. Erkannte Fehler konnten damit auch zu einer Optimierung der Prozesse führen. Zur Prozeßsteuerung wur-den Qualitätskosten eingeführt, die die Kosten entstandener Fehler, Prüfkosten sowie Kosten der Fehlerverhütung auswiesen.[329] Damit konnten zugleich Fehlerraten und Herstellungskosten gesenkt werden. Den Konzepten „Qualitätskontrolle" und „Qualitätssicherung" liegt, wie oben gezeigt wurde, der herstellungsorientierte Qualitätsbegriff zugrunde, wonach Qualität als Einhaltung vorgegebener Spezifikationen, die als objektive Bewertungsmaßstäbe dienen, definiert ist.[330] Diese Spezifikationen werden durch das Management festgelegt. Den Mitarbeitern wird die Funktion übertragen, diese Spezifikationen zu erfüllen.

Die Entwicklung von der Qualitätssicherung zum *Qualitätsmanagement* oder Total Quality Management (TQM) erfolgte, indem eine weitere Perspektive eingenommen wurde.[331] Qualitätskontrolle und -sicherung blieben weiterhin von großer Bedeutung. Der bislang herstellungsorientierte Qualitätsbegriff wurde aber um den kundenori-

---

[327] Vgl. beispielhaft Kotler/Bliemel 1995 (Marketingmanagement); Scholz, Chr. 1993 (Personalmanagement).

[328] Vgl. Seghezzi 1994, S. 25.

[329] Zur klassischen Qualitätskostenrechnung vgl. insbesondere Horváth/Urbahn 1990, S. 117 ff.

[330] Vgl. Oess 1991, S. 33.

[331] Die Begriffe „Qualitätsmanagement" und „Total Quality Management" werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

entierten Begriff ergänzt. Dabei hat der kundenorientierte Begriff die größere Bedeutung. Zu den Funktionen des Qualitätsmanagements gehören die Ermittlung von Kundenbedürfnissen, die Übersetzung dieser Bedürfnisse in interne Spezifikationen, die Qualitätssicherung in bezug auf den Produktions- bzw. Dienstleistungsprozeß sowie, am Ende des „Qualitätskreises", die Kontrolle mittels Feststellung der Kundenzufriedenheit.[332] Mit der Ermittlung von Kundenbedürfnissen und Kundenzufriedenheit wird dem kundenorientierten Qualitätsverständnis Rechnung getragen, während der Übersetzung der Bedürfnisse in interne Spezifikationen das herstellungsorientierte Begriffsverständnis zugrunde liegt.

Mit der Fokussierung auf eine kundenorientierte Perspektive bewegt sich die Qualitätskonzeption aus der Produktion heraus und tritt in „Konkurrenz" zum Marketing, das schon viel früher eine kundenorientierte Perspektive einnahm. Ein Teil der Qualitätsmanagement-Protagonisten nimmt eine weitere Expansion des Wirkungsbereiches organisationsintern vor und legt ein ganzheitliches Qualitätsverständnis zugrunde. Organisationsmitglieder werden nun stärker in den Qualitätsmanagement-Prozeß integriert. Es wird an die Führungskräfte aller Ebenen und an die nichtleitenden Mitarbeiter appelliert, Qualitätsmanagement offensiv zu betreiben und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß einzuleiten. Als Voraussetzung hierfür wird ein „neues Denken", eine „Qualitätskultur", für erforderlich gehalten.[333] Einige Autoren setzen sich damit auseinander, wie ein qualitätsorientiertes Denken gefördert werden kann. Es werden z.B. ein kooperativer Führungsstil, Qualitätszirkel, Qualitätssteuerungsteams, ein qualitätsorientiertes Anreizsystem usw. vorgeschlagen. Damit tritt Qualitätsmanagement in „Konkurrenz" zu den Disziplinen Personalwesen und Organisation, zu deren Aufgaben die Gestaltung der Arbeitsbeziehungen gehören. Der Grund für die extern und intern orientierte Expansion - von der Qualitätskontrolle, die zunächst ausschließlich die Produktqualität betrachtet, über die Qualitätssicherung, die die technischen Prozesse optimiert und dazu Elemente der Kostenrechnung integriert, zum Qualitätsmanagement, das zusätzlich Funktionen des Marketing, des Personalwesens und der Organisationsgestaltung übernimmt - kann darin gesehen werden, daß das überkommene arbeitsteilige Management von Qualität in der Praxis zu Schnittstellenproblemen geführt hat. TQM operiert als Querschnittsfunktion und behebt die Schnittstellenprobleme, indem es sie partiell auflöst.[334]

---

[332] Vgl. z.B. Seghezzi 1994, S. 26.

[333] Vgl. Kamiske/Malorny 1992, S. 278.

[334] Vgl. hierzu Kamiske/Malorny 1992, S. 275 ff

Die Entwicklung des Qualitätsmanagements läßt sich auch anhand verschiedener Begriffsdefinitionen nachzeichnen. Die Unterschiede sollen beispielhaft an zwei Definitionen aufgezeigt werden:

Bei der Definition Crosbys ist die Nähe zur Qualitätssicherung unverkennbar:

> *„Qualitätsmanagement ist nichts anderes als eine systematische Form der Garantie, daß organisatorische Handlungen planmäßig ablaufen. Es ist ein Teilbereich des Managements, wo es darum geht, Probleme schon vor dem Entstehen zu verhindern, indem die richtigen Einstellungen und Kontrollen geschaffen werden"*[335]

Die Definition der Deutschen Gesellschaft für Qualität ist demgegenüber stärker ganzheitlich orientiert:

> *„Total Quality Management ist eine auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder beruhende Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenheit der Kunden auf den langfristigen Geschäftserfolg sowie auf den Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt."*[336]

Beide Begriffsdefinitionen stellen die Funktion des Qualitätsmanagements in den Vordergrund. Mit der Einbindung des Qualitätsmanagements in die Organisation - z.B. durch Qualitätsmanager - wird neben dieser funktionalistischen auch eine institutionelle Management-Perspektive eingenommen.

2.6.1.4. Qualitätsmanagement in Krankenkassen

Die oben angeführte Definition der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) wird heute von zahlreichen Autoren zugrunde gelegt.[337] Im Hinblick auf Krankenkassen ist der Begriff allerdings insoweit zu kritisieren, als er Geschäftserfolg, Nutzen für die Mitglieder der Organisation sowie die Gesellschaft als gleichrangige Ziele des Qualitätsmanagements betrachtet. Diese Sichtweise ist für den Sektor der Krankenkassen nicht sinnvoll:

Gemäß den oben herausgearbeiteten strategischen Zielen von Krankenkassen muß das Qualitätsmanagement vor allem zur Sicherung des Kassenfortbestandes bzw. zu einem Wachstum beitragen. Dafür ist eine Kundenorientierung notwendig, die in Krankenkassen aufgrund der Besonderheiten der relevanten Dienstleistungsbestandteile „Beratung", „Information" und „Service" eine Mitarbeiterorientierung be-

---

335 Crosby 1986, S. 18.

336 Deutsche Gesellschaft für Qualität 1995.

337 Vgl. z.B. Kamiske/Malorny 1994, S. 11; Meffert/Bruhn 1997, S. 248.

dingt. Mitarbeiterorientierung und Kundenorientierung sind somit wesentliche Ursachen für den Geschäftserfolg. Es ist aber, entgegen dem Begriff der DGQ nicht notwendig, zusätzlich eine Nutzenstiftung für die Mitarbeiter als Ziel des Qualitätsmanagements zu begreifen. Auch ein Nutzen für die Gesellschaft muß in Krankenkassen nicht explizit als Ziel formuliert werden, denn dieses Ziel ergibt sich bereits aus den sozialrechtlichen Normen, die es zu beachten gilt. Deshalb wird den weiteren Ausführungen die folgende Begriffsdefinition zugrunde gelegt:

Qualitätsmanagement ist eine auf der Mitwirkung der Mitarbeiter aller hierarchischen Ebenen beruhende Führungskonzeption, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch die Zufriedenheit der Kunden ein langfristiges Wachstum einer Krankenkasse anstrebt.

Qualitätsmanagement hat in Deutschland vor allem durch zwei Konzeptionen zur Bewertung von Qualitätsmanagement-Systemen Bekanntheit erlangt. Zu nennen sind vor allem die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff. sowie der Qualitätswettbewerb der European Foundation for Quality Management. Beide Konzeptionen werden im folgenden vorgestellt.

2.6.2. Konzeptionen zur Bewertung von Qualitätsmanagement-Systemen

2.6.2.1. Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 - 9003

Die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff. stellt eine Form der Dokumentation der Qualitätsfähigkeit eines Unternehmens dar. Sie ist die „Prüfung des Dienstleistungsunternehmens durch einen unabhängigen Dritten zum Erhalt eines Zertifikats, das die Übereinstimmung (Konformität) des Unternehmens oder einzelner Unternehmensbereiche mit bestimmten Anforderungen oder Normen ausdrückt."[338] 1985 wurde in Deutschland die erste Zertifizierungsstelle eingerichtet: die „Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Qualitätssicherungssystemen (DQS)".[339] Grundlage der Prüfung sind die Normen der DIN EN ISO 9000-9003, die unverändert auch in das europäische Normensystem EN 29 000 ff. übernommen wurden.[340] Die Normen enthalten Definitionen von Grundbegriffen der Qualitätssicherung und einen Leitfa-

---

[338] Bruhn 1997, S. 250.

[339] Vgl. Jahn 1988, S. 928. Später kamen weitere Zertifizierungsgesellschaften hinzu; vgl. die Liste mit 16 Gesellschaften bei Malorny/Kassebohm 1994, S. 246.

[340] Zur historischen Entwicklung der DIN EN ISO 9000 ff. und deren Integration in die EN 29 000 ff. vgl. Malorny/Kassebohm 1994, S. 221 ff.

den zur Anwendung der Normen.[341] Ihnen liegt folgender Qualitätsbegriff zugrunde: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen."[342]

Auf Dienstleistungen bezieht sich die DIN EN ISO 9004-2. Diese Norm wird aber nicht der Zertifizierung zugrunde gelegt, sondern soll „allen Organisationen einen Leitfaden zum Zwecke des Qualitätsmanagements" geben.[343]

2.6.2.2. Qualitätswettbewerb der European Foundation for Quality Management

Das Qualitätsmanagement-Modell der European Foundation for Quality Management ist eng an den US-amerikanischen „Malcom Baldridge National Quality Award"[344] angelehnt. Die European Foundation ermöglicht es interessierten Organisationen, eine Selbstbewertung ihres Qualitätsmanagement-Systems auf Basis vorgegebener Kategorien durchzuführen. Darüber hinaus können Organisationen an einem Wetbewerb um den „European Quality Award" teilnehmen.[345]

Das Qualitätsmanagement-Modell beruht auf folgenden Prämissen:

> *„Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und positive gesellschaftliche Verantwortung/Image werden durch ein Managementkonzept erzielt, welches durch eine spezifische Politik und Strategie, eine geeignete Mitarbeiterorientierung sowie das Management der Ressourcen und Prozesse zu herausragenden Geschäftsergebnissen führt."*[346]

Folgende Dimensionen sind in diesem Zusammenhang zu betrachten:[347]

- *Führen:* Gemeint ist „das Verhalten aller Führungskräfte, um die Organisation zu umfassender Qualität zu führen."[348] Dazu gehören insbesondere ein sichtbares Engagement, die gelebte Vorbildfunktion und das rechtzeitige Anerkennen und Würdigen der Anstrengungen und Erfolge von Einzelpersonen und Teams.

---

341 Vgl. DIN EN ISO 9000; DIN EN ISO 9001; DIN EN ISO 9000.

342 DIN EN ISO 55350-11 1994.

343 DIN EN ISO 9000 1994, Ziff. 6.

344 Die Grundannahmen und Bewertungskriterien des Malcom Baldridge National Quality Award sind abgedruckt bei Meffert/Bruhn 1997, S. 279 ff.

345 Vgl. European Foundation for Quality Management 1998, S. 9 ff.

346 Vgl. European Foundation for Quality Management 1998, S. 11.

347 Vgl. European Foundation for Quality Management 1998, S. 14 ff.

348 European Foundation for Quality Management 1998, S. 14

- *Politik und Strategie:* Von Bedeutung ist, wie „die Politik und Strategie der Organisation das Konzept der umfassenden Qualität widerspiegeln und dessen Grundsätze bei der Festlegung, Umsetzung, Überprüfung und Verbesserung der Politik und der Strategie angewandt werden."[349]
- *Mitarbeiterorientierung:* Relevant ist, wie mit den Mitarbeitern in der Organisation umgegangen wird. Besondere Aspekte sind z.B., inwieweit Mitarbeiterressourcen, speziell die Kompetenzen der Mitarbeiter, geplant und verbessert und die Beteiligung aller Mitarbeiter im Prozeß der ständigen Verbesserung gefördert werden.[350]
- *Ressourcen:* Interessant ist, wie „die Ressourcen der Organisation wirksam zur Unterstützung der Organisationspolitik und -strategie entfaltet werden."[351] Gemeint ist der Umgang mit finanziellen Ressourcen, Informations-Ressourcen, Materialien, Gebäuden und Ausrüstungsgütern sowie die Anwendung von Technologie.
- *Prozesse:* Hier geht es darum, wie „Prozesse identifiziert, überprüft und gegebenenfalls geändert werden, um eine ständige Verbesserung der Geschäftstätigkeit zu gewährleisten.[352]
- *Kundenzufriedenheit:* Von Bedeutung ist, was die Organisation im Hinblick auf die Kundenzufriedenheit leistet und inwieweit eine kundenorientierte Informationsbeschaffung (insbes. Kundenzufriedenheit) in dieser Hinsicht realisiert ist.[353]
- *Mitarbeiterzufriedenheit:* Gefragt wird, was im Hinblick auf die Mitarbeiterzufriedenheit und eine mitarbeiterientierte Informationsbeschaffung geleistet wird.[354]
- *Gesellschaftliche Verantwortung/Image:* Hier wird betrachtet, „wie erfolgreich die Organisation bei der Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen der Öffentlichkeit insgesamt ist."[355] Die angegebenen Beispiele verweisen auf den Handlungsrahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen).
- *Geschäftsergebnisse:* Interessant ist, was „die Organisation im Hinblick auf die geplanten Geschäftsziele und die Erfüllung der Bedürfnisse und Erwartungen aller finanziell an der Organisation Beteiligten leistet."[356]

---

349 European Foundation for Quality Management 1998, S. 17.
350 Vgl. European Foundation for Quality Management 1998, S. 20 f.
351 European Foundation for Quality Management 1998, S. 22
352 Vgl. European Foundation for Quality Management 1998, S. 25.
353 Vgl. European Foundation for Quality Management 1998, S. 28 f.
354 Vgl. European Foundation for Quality Management 1998, S. 30 f.
355 European Foundation for Quality Management 1998, S. 32.
356 European Foundation for Quality Management 1998, S. 34

Die einzelnen Dimensionen werden für die Gesamtbewertung unterschiedlich gewichtet. Dabei werden die „Befähiger", die treffender „Voraussetzungen" genannt werden können, in der Summe ebenso stark gewichtet wie die Ergebnisse. Die folgende Abbildung verdeutlicht dies. Zudem werden die implizierten Wirkungszusammenhänge des Modells deutlich (Abb. 13).

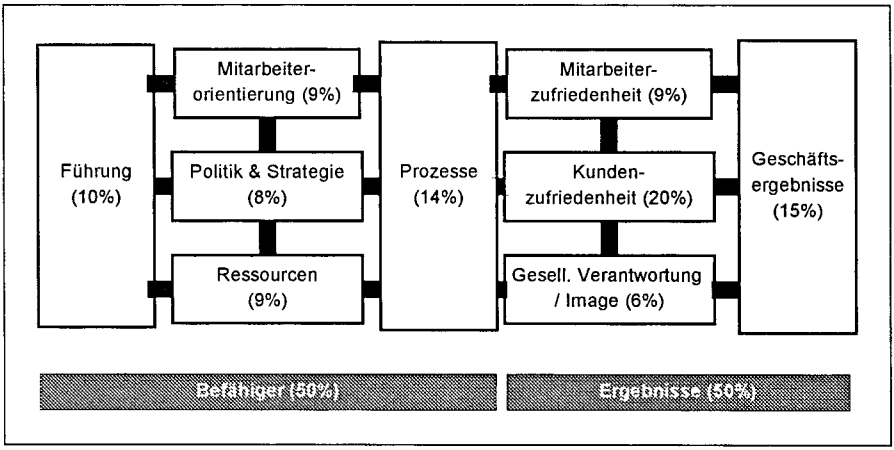


Abb. 13: Modell der European Foundation for Quality Management
Quelle: European Foundation for Quality Management 1998, S. 11.

2.6.2.3. Nutzen der Bewertungs-Konzeptionen für Krankenkassen

Zur Bewertung der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 f. kann auf die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zurückgegriffen werden, die sich als schriftliche Befragung an 800 Leiter des Qualitätswesens zertifizierter Unternehmen in Deutschland richtete. Der Anteil der Dienstleistungsunternehmen betrug 11%. Nach diesen Ergebnissen wird der Nutzen einer Zertifizierung in der Praxis in folgenden Punkten gesehen:[357]

- Der Kunde verzichtet auf ein eigenes Audit (60%),
- das Zertifikat kann in der Werbung und bei Vertragsverhandlungen erfolgreich verwendet werden (56%),
- das Verhältnis zum Kunden wird stabilisiert (45%) und
- das Vertauensverhältnis unter den Mitarbeitern wird verbessert (29%).

[357] Die Untersuchung wurde 1993 vom RWTÜV und dem TÜVCERT in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Berlin durchgeführt. Die Ergebnisse sind bei Malorny/ Kassebohm 1994, S. 229 f., dokumentiert.

Außerdem werden folgende Beiträge zur Wertschöpfung auf die Zertifizierung zurückgeführt:[358]

- höhere Kundenzufriedenheit (31%),
- geringere Fehlerkosten (32%),
- niedrigere Durchlaufzeiten (17%) und
- höhere Prozeß- und Produktqualität (48%).

Insgesamt ist die Eignung einer Zertifizierung zur Bewertung des Qualitätsmanagements umstritten. Folgende konkrete Kritikpunkte werden angeführt:

- Zertifizierung wird vor allem durchgeführt, um das Zertifikat im Rahmen der Kommunikationspolitik zu nutzen, nicht aber, um damit Qualitätsvorteile zu erzielen.[359] Das starke Interesse an einer Zertifizierung kann daher nicht als Beleg dafür betrachtetet werden, daß sich mit der Einhaltung der Normen Qualitätsvorteile erzielen lassen.
- Die Normen sind schwer verständlich.[360]
- Die Normen berücksichtigen strukturelle und unternehmensspezifische Gegebenheiten nicht.[361]
- Die Normen sind statisch. Sie berücksichtigen nicht das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung.[362]
- Die Ermittlung, Präzisierung, Umsetzung und Weiterverarbeitung von Kundenwünschen sowie der Einbezug der Mitarbeiter in Verbesserungsaktivitäten haben ein sehr geringes Gewicht.[363]
- Die Normen der DIN EN ISO 9000 ff. verlangen vor allem eine schriftliche Dokumentation. Sie fordern aber keine generelle Meßbarkeit wirtschaftlich

---

[358] Die folgenden Prozentzahlen geben an, wieviele Prozent der Befragten eine Veränderung im Hinblick auf die jeweilige Dimension erkennen. Die erzielten Vorteile sind überwiegend nicht quantifiziert; vgl. Malorny/Kassebohm 1994, S. 231 ff. Die Aussagekraft gerade der letztgenannten Ergebnisse wird von Malorny/Kassebohm angezweifelt, da die Angaben überwiegend auf Schätzungen beruhen: „Im Hinblick auf wirtschaftlich funktionsfähige QM-Systeme läßt sich danach konstatieren, daß nur ein geringer Teil der zertifizierten Unternehmen ökonomisch relevante Kennzahlen über die Entwicklung und Verbesserung des QM-Systems und damit des Unternehmens ermittelt und verfolgt. Nutzeffekte von QM-Systemen können oft nur vermutet werden." Malorny/Kassebohm 1994, S. 233.

[359] Vgl. Malorny/Kassebohm 1994, S. 226.

[360] Vgl. Oess 1991, S. 63.

[361] Vgl. Malorny/Kassebohm 1994, S. 226.

[362] Oess 1991, S. 67.

[363] Vgl. Oess 1991, S. 65 f.

relevanter Daten.[364]

- Die Normen 9000 bis 9003, nach denen die Zertifizierung vorgenommen wird, sind sachgüterspezifisch und lassen sich auf auf Dienstleistungen mit einem geringen tangiblen Anteil kaum übertragen. Die dienstleistungsspezifische DIN EN ISO 9004-2 hat Leitfadencharakter und ist nicht als Grundlage einer Zertifizierung vorgesehen.[365]
- Die starke Dokumentationsorientierung führt zu einem bürokratisch-technischen Qualitätsmanagement-System.[366]

Die genannten Kritikpunkte sind insgesamt plausibel. Für die Beurteilung der Zertifizierung als Konzeption für ein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement sind gerade die beiden letztgenannten Argumente von Bedeutung. Da die wesentlichen Dienstleistungsbestandteile von Krankenkassen immaterieller Art sind, erscheint eine Zertifizierung für Krankenkassen kaum geeignet. Die Zertifizierung würde einen erheblichen Dokumentationsaufwand mit sich bringen und die grundsätzlich knappen Ressourcen an die Optimierung bürokratischer Strukturen binden. Eine bürokratische Verwaltungsorientierung würde auf diese Weise gestärkt, ohne daß damit ein erheblicher Beitrag zur Erreichung der Qualitätsziele zu erreichen wäre. Die Zertifizierung könnte lediglich eingesetzt werden, um - in Verbindung mit entsprechenden kommunikationspolitischen Maßnahmen - beim Kunden eine Qualitätsvermutung zu initiieren bzw. zu verstärken.

Das Qualitätsmanagement-Modell der European Foundation for Quality Management ist im Unterschied zu den Normen der DIN EN ISO 9000 ff. sehr viel stärker den Grundsätzen eines modernen Total-Quality-Managements verpflichtet. Alle Kritikpunkte, die zu den DIN EN ISO-Normen angeführt werden, treffen bei dieser Konzeption nicht zu. Die Vorgaben der Konzeption sind allgemein gehalten, aber hinreichend konkretisiert, um Ansätze für eine Verbesserung des Qualitätsmanagement-Systems aufzuzeigen. Das Modell ist auch nicht als Norm konzipiert, die die Erfüllung konkreter Bedingungen erfordert. Vielmehr ist es den Organisationen freigestellt, wie sie die Anforderungen an das Qualitätsmanagement-System unter den spezifischen Bedingungen der Branche und der Organisation realisieren wollen. Damit ist die Konzeption sehr viel dynamischer angelegt und erscheint auch praktikabel für den Einsatz in gesetzlichen Krankenkassen. Für die Konzeptionierung ei-

---

[364] Vgl. Malorny/Kassebohm 1994, S. 233.
[365] Vgl. Oess 1991, S. 65; Meffert/Bruhn 1997, S. 279.
[366] Vgl. Oess 1991, S. 63.

nes Qualitätsmanagements sind allerdings krankenkassenbezogene Spezifizierungen notwendig.[367]

Den Ansätzen der DIN EN ISO 9000 ff. sowie des European Foundation for Quality Management ist gemeinsam, daß nicht ausgewiesen wird, inwieweit sie sich auf Erkenntnisse der Literatur zum Qualitätsmanagement oder zu anderen Feldern der betriebswirtschaftlichen Forschung beziehen. Zur weiteren Grundlegung werden daher im folgenden dienstleistungsspezifische Qualitätsmodelle vorgestellt.

2.6.3. Dienstleistungsspezifische Qualitätsmodelle

Von den zahlreichen Modellen der Literatur werden jene vorgestellt, auf die in der Qualitätsmanagement-Diskussion häufig Bezug genommen wird: Dies sind

- das Qualitätsmodell von Donabedian,
- das Qualitätsmodell der DIN EN ISO 9004-2 sowie
- das Qualitätsmodell von Parasuaram/Zeithaml/Berry.

Außerdem werden Modelle vorgestellt, die besondere Aspekte der Qualität betrachten, die - zumindest teilweise - für Krankenkassen einschlägig sind:

- das Qualitätsmodell von Kromschröder et al., das sich auf Versicherungen bezieht,
- das Qualitätsmodell von Weltz/Bollinger/Ortmann, das die Qualität von Büroarbeit untersucht sowie
- das Qualitätsmodell von Kailich, das beratungsspezifisch angelegt ist.

Im Anschluß an die Präsentation wird der Erklärungsgehalt dieser Modelle im Hinblick auf eine qualitätsorientierte Dienstleistungsgestaltung in Krankenkassen herausgearbeitet.

2.6.3.1. Qualitätsmodell von Donabedian

Das Qualitätsmodell von Donabedian bezieht sich auf medizinische Dienstleistungen; es wird aber heute vielen Ansätzen, auch außerhalb des medizinischen Bereichs, zugrunde gelegt. Das Wesentliche des Modells besteht in der Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. Zur Struktur („structure") gehören die Fähigkeiten des Dienstleisters, die technische Ausrüstung, die Arbeitsbedingungen sowie die Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten der Nachfrager im

---

[367] Für Unternehmen - auch für Krankenkassen - die sukzessiv ein Qualitätsmanagement implementieren wollen, bietet der St. Galer Ansatz ein entsprechendes Phasenmodell an.

Hinblick auf die Dienstleistung. Unter dem Prozeß („process") wird der gesamte Dienstleistungsentstehungsprozeß verstanden. Das Ergebnis („outcome") bezeichnet das Resultat des Dienstleistungserstellungsprozesses, das der Nachfrager nutzen kann.[368]

2.6.3.2. Qualitätsmodell der DIN EN ISO 9004-2

Die DIN EN ISO 9004-2 beschreibt die organisierte Entstehung von Qualität im Sinne von „Übereinstimmung mit Erfordernissen" in einem Qualitätskreis. Wie oben bereits dargelegt, dient sie nicht der Zertifizierung.[369] Sie stellt somit eine eigenständige Konzeption dar. Das Modell geht davon aus, daß „Dienstleistungsqualität, wie sie der Kunde sieht", durch einen drei Stadien umfassenden Prozeß (Marketing, Design, Erbringen der Dienstleistung) sowie durch Maßnahmen aufgrund von Rückmeldungen über die Dienstleistungsqualität entsteht.[370] An der Schnittstelle zum Kunden werden vom Marketing die Dienstleistungserfordernisse ermittelt und in einem „Lastenheft/ Pflichtenheft der Dienstleistung" in Form „einer Zusammenfassung von Forderungen und Anweisungen" festgelegt.[371] Damit ist die Grundlage für das Design einer Dienstleistung gelegt. Im Rahmen des Designprozesses werden die Anforderungen des Lastenheftes/Pflichtenheftes konretisiert. Es werden Spezifikationen abgeleitet, die sich auf die Ausgestaltung der Dienstleistung, die „Mittel und Methoden" für das Erbringen der Dienstleistung sowie Verfahren zur Bewertung und Lenkung der Dienstleistungsqualität beziehen.[372] Die Dienstleistungserstellung wird nach diesem Modell sowohl durch den Kunden als auch durch die Organisation, die als Lieferant bezeichnet wird, beurteilt. Dabei ist die Beurteilung durch den Kunden „das endgültige Maß für die Qualität einer Dienstleistung".[373] Interne und externe Beurteilungen werden analysiert und zu einer Verbesserung der Dienstleistungsqualität genutzt, indem sie in den Marketing- und den Designprozeß einfließen (Abb. 14).[374]

---

368 Vgl. Donabedian 1980.
369 Vgl. Abschnitt 2.6.2.1.
370 DIN EN ISO 9004 1994-2, Nr. 5.4.2.
371 DIN EN ISO 9004 1994-2, Nr. 6.1.3.
372 DIN EN ISO 9004 1994-2, Nr. 6.2.1.
373 DIN EN ISO 9004 1994-2, Nr. 6.3.3.
374 DIN EN ISO 9004 1994-2, Nr. 6.4.

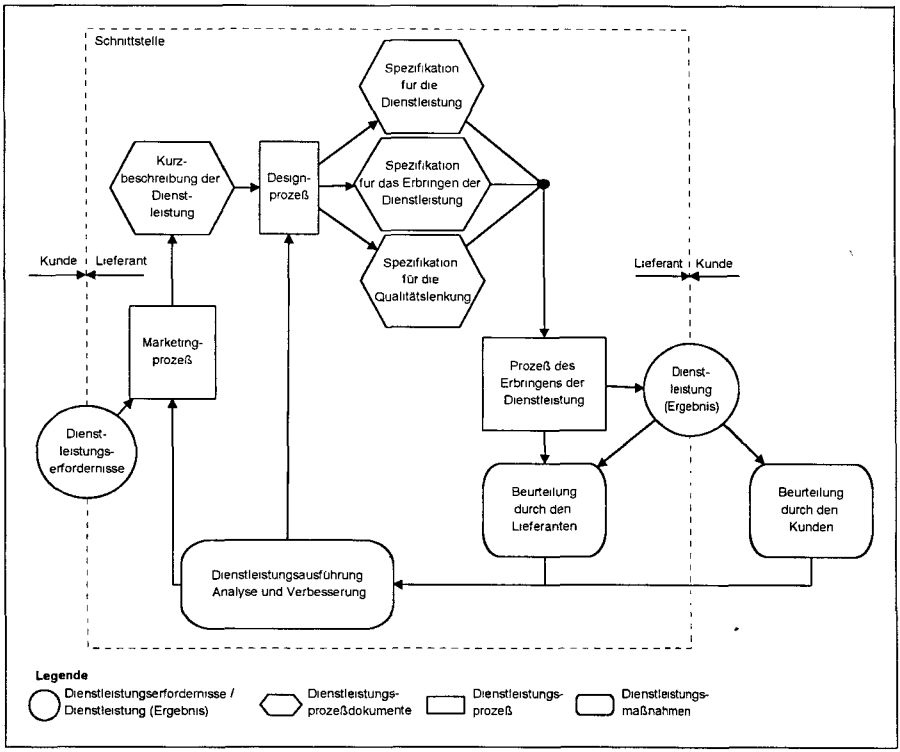


Abb. 14: Qualitätskreis für Dienstleistungen gem. DIN EN ISO 9004-2
Quelle: DIN EN ISO 9004-2 1994.

2.6.3.3. Qualitätsmodell von Parasuaram/Zeithaml/Berry

Das Qualitätsmodell der Dienstleistung von Parasuaram/Zeithaml/Berry stellt die Entstehung von Qualität dar. Dabei werden sowohl die Sphäre des Dienstleisters als auch die des Kunden betrachtet. Der Dienstleister nimmt zunächst die Kundenerwartungen wahr, setzt sie in Spezifikationen um und erstellt die Dienstleistung. Die Qualität dieser Leistungserstellung wird vom Kunden wahrgenommen und mit seinen Erwartungen abgeglichen. Diese Erwartungen resultieren aus Mund-zu-Mund-Kommunikation, individuellen Bedürfnissen und Erfahrungen sowie der wahrgenommenen Kommunikation des Dienstleisters über die Dienstleistung. Das Mo-

dell konzentriert sich auf fünf „Gaps" (Diskrepanzen), denen ein maßgeblicher Einfluß auf die Qualitätswahrnehmung des Kunden zugesprochen wird (Abb. 15):[375]

- *Gap 1:* Diskrepanz zwischen den Kundenerwartungen und deren Wahrnehmung durch das Management, die begründet sein kann in einer mangelhaften Berücksichtigung der Marktforschung, einer mangelhaften „Aufwärts"-Kommunikation oder einer überzogen ausdifferenzierten Hierarchie.
- *Gap 2:* Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der Kundenerwartungen durch das Management und ihrer Umsetzung in Spezifikationen der Dienstleistungsqualität. Die Ursachen können in einer mangelhaften Verpflichtung des Managements gegenüber dem Prinzip der Dienstleistungsqualität, einer unklaren Zielformulierung, einer nicht angemessenen Standardisierung von Aufgaben oder einer falschen Einschätzung über die Durchführbarkeit qualitätssichernder Maßnahmen liegen.
- *Gap 3:* Diskrepanz zwischen den Spezifikationen der Dienstleistungsqualität und der tatsächlich erstellten Leistung. Als mögliche Ursachen hierfür werden genannt: mangelhafte Teamarbeit, ungenügende Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Entsprechung, ungenügende Technologie-Arbeitsplatz-Entsprechung, mangelhafte Kontrolle des Arbeitsprozesses, unklare Rollenverständnisse sowie Rollenkonflikte.
- *Gap 4:* Diskrepanz zwischen erstellter Dienstleistung und der an den Kunden gerichteten Kommunikation über diese Dienstleistung, die in Problemen der horizontalen Kommunikation oder einer Neigung zu übertriebenen Versprechungen begründet liegen kann.
- *Gap 5:* Diskrepanz zwischen den Kundenerwartungen in bezug auf die Dienstleistungen und die wahrgenommene Dienstleistungsqualität. Gap 5 stellt das Ergebnis der Gaps 1-4 dar.

Die Autoren nennen fünf Dimensionen von Dienstleistungsqualität:

- *Annehmlichkeit des tangiblen Umfeldes,* also des physischen Umfeldes wie z.B. der Geschäftsräume,
- *Zuverlässigkeit:* Fähigkeit des Dienstleisters, die versprochene Leistung zuverlässig und akkurat auszuführen,
- *Reaktionsfähigkeit:* Fähigkeit, problemadäquat und flexibel zu ragieren,
- *Leistungskompetenz* im Sinne von Wissen, Höflichkeit und Vertrauenswürdigkeit und
- *Einfühlungsvermögen* als Fähigkeit, dem Kunden Aufmerksamkeit entgegenzubringen und die Bedürfnisse des Kunden zu erkennen.

---

[375] Zeithaml/Berry/Parasuaram 1991, 108 ff.

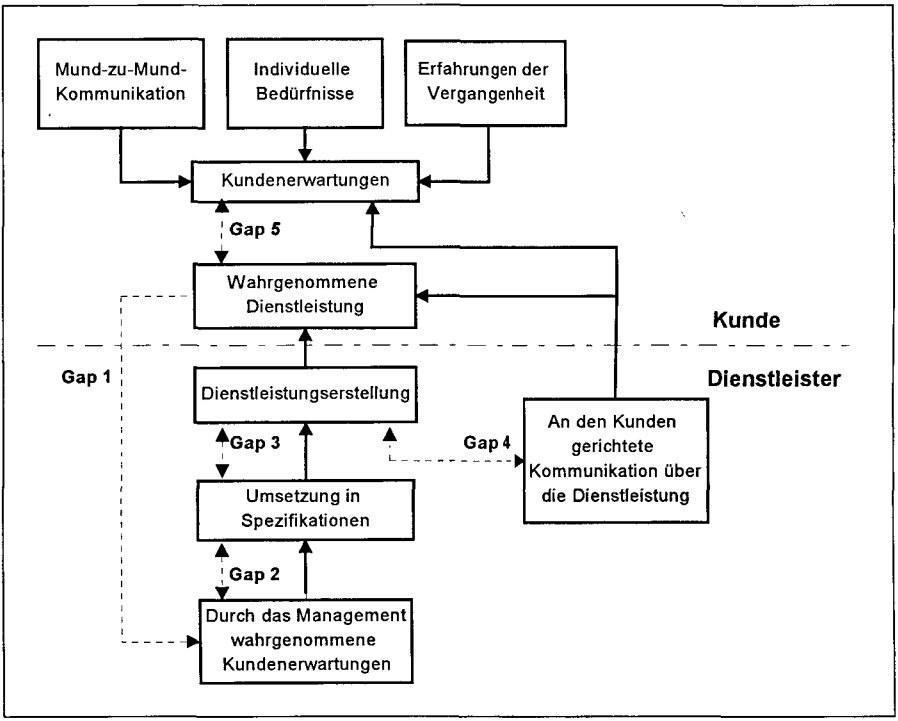


Abb. 15: Qualitätsmodell der Dienstleistung von Parasuaram/Zeithaml/Berry
Quelle: Zeithaml/Berry/Parasuraman 1991, S. 111.

Diese Dimensionen sind Grundlage für ein Instumentarium zur Messung von Kundenerwartungen und Kundenzufriedenheit. Das Instrumentarium wird unten in Kapitel 2.6.5.1.3. vorgestellt.

2.6.3.4. Qualitätsmodell von Kromschröder et al.

Das Qualitätsmodell von Kromschröder et al. bezieht sich auf die Branche der der privaten Versicherungen. Qualität bedeute in dieser Branche, „daß eine angestrebte Risikoreduktion durch Übertragung eines oder bestimmter (reiner) Einzelrisiken auf den Versicherer möglichst vollständig und in der gewünschten Art und Weise möglich ist und daß die Entschädigungszahlung (Versicherungsleistung) im Schadensfall sicher, vereinbarungsgemäß, problemlos und zeitgerecht erfolgt."[376] Kern des

[376] Kromschröder et al 1992, S. 50.

Qualitätsmodells ist eine Übersicht über die Art der versicherungsspezifischen Dienstleistung sowie über deren Eigenschaften (Abb. 16).

Eigenschaften	Versicherungsschutz (Produkt, Dimension)		
	Risikoübernahme	**Schadenzahlung**	**Nebenleistungen**
Verfügbarkeit	bedarfsgerechtes Angebot, insbes. Vollständigkeit	Zahlungshöhe und Zahlungszeitpunkt	bedarfsgerechte Information, Beratung und Betreuung
Sicherheit	Bedingungssicherheit	Erfüllungssicherheit	Informationssicherheit
Flexibilität	zeitraumbezogene Anpassungsfähigkeit des Vertragswerkes	Anpassungsfähigkeit der Versicherungsleistung	Anpassungsfähigkeit des Nebenleistungsspektrums
Transparenz	Transparenz der Versicherungsbedingungen	Verständlichkeit der Schadensregulierung	Klarheit und Verständlichkeit der Information

Abb. 16: Qualitätsmodell der Versicherung nach Kromschröder et al.
Quelle: Kromschröder et al. 1992, S. 51.

Die Produkte einer Versicherung sollen danach folgende Eigenschaften haben:[377]

- *Verfügbarkeit:* Der Versicherungsbedarf des Versicherungsnehmers soll nach Art und Höhe gedeckt werden.
- *Sicherheit:* Die Leistungserwartung des Versicherungsnehmers und die tatsächliche Leistung des Versicherungsunternehmens sollen im Hinblick auf die Bedingungs-, die Erfüllungs- sowie die Informationssicherheit übereinstimmen.
- *Flexibilität:* Das Vertragswerk soll eine Anpassung an veränderte Umweltzustände erlauben.
- *Transparenz:* Die Versicherungsbedingungen sollen verständlich und vergleichbar gestaltet sein.

2.6.3.5. Qualitätsmodell von Weltz/Bollinger/Ortmann

Das Modell von Weltz/Bollinger/Ortmann betrachtet die Qualität von Büroarbeit. Es differenziert diesbezüglich die materielle, die prozedurale und die finale Ebene.

Auf der *materiellen Ebene* geht es um die Qualität von Unterlagen, Dokumenten oder Datenzusammenstellungen, auf die sich Informationsverarbeitung konkret bezieht: Texte, Statistiken, Graphiken, Dateien und so weiter. „'Qualität' heißt hier vor

[377] Kromschröder et al 1992, S. 51 ff.

allem: Übersichtlichkeit, Fehlerfreiheit, gute graphische Gestaltung, gutes Schriftbild, Aufbereitung von Zahlenmaterial (z.B. Bildung von Kennziffern, Indizes), Eindeutigkeit der Zuordnung (etwa in Ablagen, Dateien), leichte Zugänglichkeit."[378]

Auf der *prozeduralen Ebene* konkretisieren sich die Qualitäten der Kommunikation, Information, Abstimmung, Kooperation, Entscheidungsvorbereitung, Aktenbearbeitung und so weiter. „'Qualität' heißt hier vor allem Ausschaltung von Reibungsverlusten und Mißverständnissen, Reduzierung von Doppelarbeit und Durchlaufzeiten, 'adressatengerechte' Informierung ('Die relevante Information an den richtigen Empfänger.'), Ergebnissicherheit (geringe Anfälligkeit gegenüber Störungen, Fehlern) und Datensicherheit (d.h. Sicherung der Daten vor unautorisiertem Gebrauch)."[379]

Die *finale Ebene* bezieht sich auf die geschäftspolitischen Zielsetzungen. Als Beispiele werden Wirtschaftlichkeit, Reaktions- und Innovationsfähigkeit, Marktpräsenz, Reduzierung von Risiken usw. genannt. „'Qualität' heißt hier Sicherstellung gesetzter Zielsetzungen und kann nur gemessen werden an der Erreichung dieser Ziele."[380] (Abb. 17).

Als eines der Hauptprobleme wird benannt, daß die Beziehungen der Qualitätsebenen zueinander nicht eindeutig, zum Teil widersprüchlich seien: „Aus Verbesserungen der 'Qualität' auf der materiellen Ebene kann keineswegs ohne weiteres auf Verbesserungen auf der prozeduralen Ebene geschlossen werden, und selbst diese müssen sich nicht notwendigerweise in Verbesserungen auf der finalen Ebene niederschlagen."[381] Maßstab für die Bestimmung der Qualität von Büroarbeit müsse letztlich die finale Ebene sein. Es solle geprüft werden, inwieweit eine Leistung zur Zielerreichung beizutragen vermag. Problematisch sei, daß die Effekte nur schwer unmittelbar meßbar und direkt zuzuordnen seien. Häufige Folge dieser Schwierigkeit sei, daß sich Maßnahmen der materiellen und prozeduralen Ebene verselbständigten: „Die Verbesserung des Schriftbildes von Texten oder der Qualität von Graphiken wird zum Ziel an sich, ungeachtet der Anforderungen, die sich aus dem jeweiligen Verwendungszweck ergeben."[382] Im Ergebnis gelte es, dieses Problem-

---

[378] Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 63.

[379] Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 64.

[380] Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 64.

[381] Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 84. Dieses Problemfeld ist allerdings nicht spezifisch für den Bürobereich. Auch in der Fertigung führt beispielsweise die Verwendung modernster Maschinen (materielle Ebene) nicht automatisch zur Erfüllung von Spezifikationen (prozedurale Ebene), zur Befriedigung der Kundenbedürfnisse und damit zu Umsatz und Erfolg (finale Ebene). Auch hier kommt es, wie im Bürobereich, auf die Qualität der Koordination an.

[382] Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 66.

feld bewußt zu halten, der Verselbständigung der materiellen und prozeduralen Ebene entgegenzuwirken und den finalen Leistungsbezug zu stärken.

(Prozeß-)Ebene	Produkte	Bewertungskriterien
Materielle Ebene	(Werkzeuge) - Texte - Graphiken - Statistiken - Dateien - Ablagen	- Zugänglichkeit - Übersichtlichkeit - Fehlerfreiheit - Aufbereitung - Darstellung - Datensicherheit
Prozedurale Ebene	(Tätigkeiten) - Information - Kommunikation - Kooperation - Abstimmung - Entscheidungsvorbereitung und -vollzug - Vorgangsbearbeitung	- Durchlaufzeiten - Arbeitsaufwand - Ergebnisaufwand - Termingerechtigkeit - Informationsgehalt
Finale Ebene	(Ziele) - Reaktions- und Innovationsfähigkeit - Risikoreduzierung - Marktpräsenz -"Wirtschaftlichkeit" - Wettbewerbsfähigkeit	- Erreichung der definierten (Unternehmens-)ziele

Abb. 17: Qualitätsmodell der Büroarbeit von Weltz/Bollinger/Ortmann
Quelle: Weltz/Bollinger/Ortmann 1989, S. 65.

2.6.3.6. Qualitätsmodell von Kailich

Das Modell von Kailich bezieht sich auf Beratungen. Kailich differenziert zunächst - in Anlehnung an Donabedian - Qualität in eine Potential-, eine Prozeß- und eine Ergebnisdimension.[383] Nach dem Modell zeigt sich die *Potentialqualität* in sämtlichen zeitlich stabilen Voraussetzungen, die für die Produktion der Beratungsleistung notwendig sind; die *Prozeßqualität* zeigt sich in alle Aktivitäten, die während der Leistungserstellung stattfinden. Die *Ergebnisqualität* schließlich wird als Grad der Erreichung der Leistungsziele bezeichnet.

Als beratungsmerkmalsorientierte Dimensionen werden folgende Qualitätsmerkmale herausgearbeitet:[384]

---

[383] Vgl. Kailich 1990, S. 32 ff.; Donabedian 1980.
[384] Vgl. Kailich 1990, S. 36 ff., und die dort angegebene Literatur.

- Der *sachliche Gehalt* der Beratung bezieht sich auf die Vollständigkeit, die Genauigkeit sowie die Richtigkeit der Beratung und hängt wesentlich von der Qualifikation des Beraters ab. Maßstab für die Beurteilung dieses Kriteriums ist die Brauchbarkeit bzw. Realisierbarkeit der Beratungsinhalte im Hinblick auf die kundenindividuelle Problemstellung.
- Als zweites Merkmal wird die *Aktualität bzw. Rechtzeitigkeit* der Beratungsinhalte genannt, die abhängig ist vom Übermittlungszeitpunkt und der Geltungsdauer der Information.
- Wichtig sind außerdem die *Verständlichkeit der Beratung* und die *Vertrauenswürdigkeit des Beraters*, die zum einen von seinen fachlichen und sozialen Kompetenzen und zum anderen von den Eigenschaften des Kunden abhängen.
- Als letztes Merkmal wird die *Erreichbarkeit* genannt, die vor allem von organisatorischen Rahmenbedingungen, aber auch von situativen Kontextfaktoren abhängt.

Kailich stellt die Dimensionen beider Betrachtungsebenen voneinander getrennt dar und verweist auf Zusammenhänge zwischen diesen Ebenen. Mit der folgenden Abbildung soll deutlich gemacht werden, daß prinzipiell jede Beratungsdimension mit jeder der drei Qualitätsdimensionen bewertet werden kann (Abb. 18).

Beratungsdimension	**Qualitätsdimension**		
	Potential-dimension	Prozeß-dimension	Ergebnis-dimension
Sachlicher Gehalt der Beratung			
Aktualität bzw. Rechtzeitigkeit der Beratungs-inhalte			
Verständlichkeit			
Vertrauenswürdigkeit			
Erreichbarkeit			

Abb. 18: Dimensionen der Qualität von Beratungsleistungen nach Kailich
Quelle: Kailich 1990, S. 32 ff.

2.6.3.7. Erklärungsgehalt im Hinblick auf eine qualitätsorientierte Dienstleistungsgestaltung in Krankenkassen

Die oben vorgestellten Qualitätsmodelle betrachten das Phänomen der Qualität aus unterschiedlicher Perspektive. Ihr wesentlicher Nutzen kann darin gesehen werden, daß sie durch systematisierende Differenzierungen eine systematische Auseinandersetzung mit Qualitätsfragen erleichtern. Es werden Teilqualitäten, wie z.B. die „Strukturqualität" (Donabedian), „Spezifikation für die Dienstleistung" (DIN EN ISO 9004-2), „Zuverlässigkeit" (Parasuaram/Zeithaml/Berry), „Verfügbarkeit" (Krom-

schröder et al.), „Zugänglichkeit von Texten" (Weltz/Bollinger/Ortmann) oder „sachlicher Gehalt der Beratung" (Kailich) identifiziert, die damit einer näheren Untersuchung bzw. Optimierung zugänglich gemacht werden. Der Qualitätskreis der DIN EN ISO 9004-2 sowie das Qualitätsmodell von Parasuaram/Zeithaml/Berry ordnen darüber hinaus das Entstehen von Teilqualitäten in Prozeßschemata, womit eine Analyse der Prozeßschritte einer Dienstleistungserstellung erleichtert wird.

Der Erklärungsgehalt im Hinblick auf die Entstehung einer kundenorientierten Dienstleistungsqualität in Krankenkassen ist allerdings begrenzt, da der Abstraktionsgrad der Modelle relativ hoch ist. So werden zwar Fragen der Mitarbeiterorientierung, denen im Dienstleistungsbereich eine herausragende Bedeutung zukommt, sowie Fragen der Qualitäts- bzw. Innovationsförderung, die unter Wettbewerbsbedingungen entscheidend sind, grundsätzlich berücksichtigt. Die Modelle enthalten aber keine spezifischen Hinweise darauf, wie diese Handlungsfelder konkret auszugestalten sind.

Diese werden eher geleistet von Beiträgen zum Qualitätsmanagement, die weniger modellhaft angelegt sind. Die Qualitätsmanagement-Prinzipien, die diesen Beiträgen zugrunde liegen, werden im folgenden vorgestellt.

2.6.4. Qualitätsmangement-Prinzipien

Die vorliegenden Arbeiten zum Qualitätsmanagement sind in ihrer Ausrichtung zum Teil sehr unterschiedlich. Insgesamt können jedoch fünf Qualitätsmanagement-Prinzipien identifiziert werden:

- Kundenorientierung,
- Prozeßorientierung,
- Managementverpflichtung,
- Mitarbeiterorientierung sowie
- kontinuierliche Verbesserung.[385]

Diese Prinzipien werden im folgenden umrissen.

2.6.4.1. Kundenorientierung

Die Kundenorientierung entspricht weitgehend dem Postulat des Marketing-Managements, nach dem die Bedürfnisse und die Zufriedenheit der Kunden syste-

---

[385] Die „kontinuierliche Verbesserung" bezieht sich insbesondere auf die Kunden- sowie die Prozeßorientierung und ist daher keine unabhängige Dimension. Sie ist allerdings von besonderer Bedeutung und soll deshalb gesondert berücksichtigt werden.

matisch ermittelt und berücksichtigt werden sollen.[386] Im Ergebnis sollen sich alle Funktionen der Organisation vor allem an den Bedürfnissen der Kunden orientieren.[387] Zum Teil wird vorgeschlagen, sowohl Kunden als auch Lieferanten in den Verbesserungsprozeß zu integrieren.[388]

2.6.4.2. Prozeßorientierung

Die Prozeßorientierung wird z.B. unter dem Schlagwort „Prinzip des internen Kunden/Lieferanten" diskutiert. Damit ist gemeint, daß jede vorgelagerte Phase in der Wertschöpfungskette als Lieferant, jede nachgelagerte Phase als Kunde betrachtet werden soll.[389] Die Qualität der eigenen Leistung wird im Vergleich zu eigenen Anforderungen sowie nach Maßgabe nachgelagerter Phasen der Wertschöpfungskette definiert.[390] Verbesserungsbemühungen erfolgen in Zusammenarbeit mit den internen Kunden und Lieferanten. Damit wird auf die große Bedeutung von Kooperation und Kommunikation im Leistungserstellungsprozeß verwiesen.[391] Insgesamt ist damit - analog zu den Überlegungen zur Kundenorientierung - auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter angesprochen.[392] Dies gilt insbesondere für den Kundenkontaktbereich. Die Zufriedenheit von Kundenkontaktpersonen wird als Voraussetzung für deren kundengerechtes Verhalten betrachtet. Deshalb „sollen unter normativem Aspekt alle unternehmerischen Entscheidungen konsequent an den Bedürfnissen der Mitarbeiter ausgerichtet werden."[393] Allerdings sollen die Bedürfnisse der externen Kunden Priorität erhalten.[394]

2.6.4.3. Management-Verpflichtung

Mit der Management-Verpflichtung wird betont, daß die Verantwortung für das unternehmensweite Qualitätsmanagement von der obersten Leitung übernommen

---

386 Vgl. Oppen 1995, S. 73.

387 Vgl. Ishikawa 1983, S. 91; Mollenhauer/Ring 1989, S. 121; Oess 1991, S. 89 ff.; Dale/Cooper 1992, S. 19; Schmid, D. 1992, S. 17; Kaltenbach 1993, S. 180; Malorny/Kassebohm 1994, S. 94 f.; Ortlieb 1993, S. 49; Dopfer/Dörr 1994, S. 890; Striening 1994, S. 177 ff.; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 42; Zink 1994, S. 30; Bätscher/Fink 1995, S. 12 f.

388 Vgl. Dale/Cooper 1992, S. 19.

389 Vgl. Ishikawa 1983, S. 91; Brackrock 1993; Oess 1991, S. 89, 92; Dale/Cooper 1992, S. 19; Dopfer/Dörr 1994, S. 890; Seghezzi 1994, S. 25; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 22.

390 Vgl. Töpfer/Mehdorn 1994, S. 22.

391 Vgl. Oess 1991, S. 94; Brackrock 1993, S. 378; Oppen 1995.

392 Vgl. Kaltenbach 1993, S. 182.

393 Stauss 1991, S. 232.

394 Vgl. Stauss 1991, S. 233.

werden soll.[395] Die Geschäftsführung hat Qualität zum wesentlichen Unternehmensziel zu erklären, in diesem Sinne eine Vision zu entwickeln und eine klare Unternehmens- und Qualitätspolitik zu formulieren.[396] Alle Führungskräfte sind in die Verbesserungsbemühungen zu involvieren und gelten als die Prozeßverantwortlichen sowie die eigentlichen „Motoren der Bewegung".[397] „Alle Führungskräfte, beim Vorstand beginnend, leben exzellente Kundenorientierung glaubhaft vor."[398]

2.6.4.4. Mitarbeiterorientierung

Eine Mitarbeiterorientierung läßt sich als Partizipations- sowie als Qualifikationsorientierung erkennen.

Die *Partizipationsorientierung* bezieht sich einerseits auf die Verpflichtung aller Ebenen, aktiv an einer Qualitätsverbesserung mitzuwirken,[399] woraus sich Mitwirkungsmöglichkeiten ergeben. Andererseits wird für einen partizipativen Führungsstil und ein hohes Maß an Eigenverantwortung plädiert.[400] „Mehr Freiräume, mehr Verantwortung, mehr Vertrauen für die Ideen und die Kreativität sollen letztendlich die Qualität sichern."[401] Ishikawa empfiehlt ein Modell der „industriellen Demokratie", das allerdings nicht wieder aufgegriffen wird.[402]

Die *Qualifikationsorientierung* findet ihren Niederschlag in Schulungsmaßnahmen, die sich bei den meisten TQM-Ansätzen vor allem auf die Erlernung von TQM-spezifischen Inhalten, in einigen Fällen zusätzlich auf soziale Kompetenzen beziehen. Heidack fordert ein „Total Qualification Management" und ein „lebenslanges Lernen".[403]

---

395 Vgl. Mollenhauer/Ring 1989, S. 122; Ortlieb 1993, S. 48; Frehr 1993, 209 ff.; Malorny/Kassebohm 1994.

396 Vgl. Bergholz 1991, S. 391; Oess 1991, S. 96; Seghezzi 1994, S. 41 f.; Zink 1994, S. 29; Oppen 1995, S. 67.

397 Vgl. Schmid, D. 1992, S. 18; Frehr 1993, S. 2; Striening 1994, S. 164 ff.; Bätscher/Fink 1995, S. 16

398 Dopfer/Dörr 1994, S. 893.

399 Vgl. Schmid, D. 1992, S. 17, 18.

400 Vgl. Ishikawa 1983, S. 91; Oess 1991, S. 89, 105 f.; Dale/Cooper 1992, S. 19; Dopfer/Dörr 1994, S. 890; Ortlieb 1993, S. 49; Striening 1994, S. 164; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 42; Bätscher/Fink 1995, S. 16; Oppen 1995, S. 81 ff.

401 Dopfer/Dörr 1994, S. 894.

402 Vgl. Ishikawa 1983, S. 91.

403 Heidack 1995, S. 87, 101.

2.6.4.5. Kontinuierliche Verbesserung

Prozesse und Ergebnisse sollen einer kontinuierlichen Verbesserung - „KAIZEN"[404] - unterzogen werden.[405] Ein Klima der Verbesserung, eine Innovationsorientierung, die kontinuierliche Verbesserung von Qualität, Effektivität und Effizienz müßten gefördert und ein hohes Qualitätsbewußtsein müsse geschaffen werden.[406] Wichtig seien in diesem Zusammenhang Ehrlichkeit, Sicherheit, Vertrauen, ein offenes Klima und Umsicht.[407]

In neueren Beiträgen wird der Begriff des KAIZEN von dem der Innovation getrennt. Dabei wird der Begriff der Innovation auf die kurzzeitig wirkende, in großen Schritten durchgeführte, technik-zentrierte Bedeutung des Begriffs reduziert. KAIZEN beschreibt demgegenüber eine mitarbeiterorientierte, in kleinen Schritten kontinuierlich durchgeführte Verbesserung. Einige Autoren plädieren für Innovationen[408], andere für KAIZEN[409]. In den neueren Beiträgen scheint sich unter dieser Perspektive eine Synthese durchzusetzen.[410]

2.6.4.6. Übertragbarkeit von Qualitätsmanagement-Prinzipien auf Krankenkassen

Abschließend soll nun herausgearbeitet werden, inwieweit diese Prinzipien auf Krankenkassen übertragbar sind.

Die Prinzipien können dann als übertragbar gelten, wenn sie mit krankenkassenspezifischen Besonderheiten, die in den vorstehenden Kapiteln herausgearbeitet wurden, nicht kollidieren. Diese Besonderheiten sind

- die verschiedenen rechtlichen Restriktionen,
- der spezielle Dienstleistungsbegriff, der Beratung, Information und Service in den Vordergrund stellt,
- der immaterielle Charakter dieser Dienstleistung sowie
- der besondere Kundenbegriff, der Versicherte, Arbeitgeber, Leistungserbringer sowie Selbsthilfegruppen einbezieht.

---

[404] Der Begriff KAIZEN wurde geprägt von Imai 1986; vgl. auch Dopfer/Dörr 1994; Frick/Schmid, B. 1994, Otala 1994.

[405] Vgl. Frehr 1993, S. 209 ff.; Dopfer/Dörr 1994, S. 892; Malorny/Kassebohm 1994, S. 79; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208; Heidack 1995, S. 103; Oppen 1995, S. 73.

[406] Vgl. Bergholz 1991, S. 391; Oess 1991, S. 108; Ortlieb 1993, S. 53; Seghezzi 1994, S. 39; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 42.

[407] Vgl. Dale/Cooper 1992, S. 19; Oess 1991, S. 109.

[408] Z.B. Davenport 1993; Hammer/Champy 1993.

[409] Z.B. Haist/Fromm 1991.

[410] Vgl. Gaitanides/Scholz/Vrohlings 1994, S. 11; Österle 1995, S. 23; Ferk 1996, S. 2.

Diese Besonderheiten harmonieren mit den genannten Qualitätsmanagment-Prinzipien; damit erscheint insoweit eine Übertragbarkeit gegeben.

Darüber hinaus ist es aber auch erforderlich, daß sich die Prinzipien auf relevante Problemlagen von Krankenkassen - die ebenfalls oben herausgearbeitet wurden - beziehen:

- das Bestandssicherungs- bzw. das Wachstumsziel,
- verwaltungsspezifische Probleme (Verwaltungsorientierung, Steuerungsprobleme, institutionelle Lernschwäche),
- geringe Profilierung der Kassen am Markt sowie
- die faktische Unmöglichkeit einer autonomen Dienstleistungs- und Preisgestaltung.

Eine Übertragbarkeit ist daher auch unter Berücksichtigung dieser Kriterien zu prüfen.

Das Bestandssicherungs- bzw. das Wachstumsziel erfordert das Prinzip der Kundenorientierung, denn Bestandssicherung und Wachstum können nur erreicht werden, wenn die Kunden von der Qualität der Kassendienstleistung überzeugt sind. Dies setzt voraus, daß diese Qualität an den Bedürfnissen der Kunden orientiert wird.

Die verwaltungsspezifischen Probleme erfordern zunächst eine Management-Verpflichtung, denn Führungskräften kommt eine zentrale Funktion bei der Behebung dieser Probleme zu. Auch das Prinzip der Prozeßorientierung ist - gerade in größeren Kassen - in diesem Zusammenhang von Bedeutung, denn dieses zielt auf die Behebung von Steuerungsproblemen. Die Mitarbeiterorientierung ist ebenfalls wichtig, denn die verwaltungsspezifischen Probleme sind ohne Einbezug der Mitarbeiter nicht nachhaltig zu entschärfen. Zudem ist auch das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung relevant, da es unmittelbar auf die Förderung einer „lernenden Organisation" abhebt.

Die geringe Profilierung der Kassen am Markt erfordert eine Profilstärkung, die aufgrund der faktischen Unmöglichkeit einer freien Dienstleistungs- und Preisgestaltung vor allem im Hinblick auf die Qualität von Beratung, Information und Service zu erfolgen hat. Aufgrund der geringen Handlungsspielräume ist es dabei besonders wichtig, auch sehr kleine Innovationspotentiale zu erschließen. In diesem Zusammenhang ist - neben der Kunden- und der Mitarbeiterorientierung - vor allem das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung ein sinnvoller Ansatz für die Weiterentwicklung der Dienstleistungsqualität, weil damit die Innovationsgeschwindigkeit erhöht und Wettbewerbsvorteile erzielt werden können.

Im Ergebnis sind also die Qualitätsmanagement-Prinzipien auf gesetzliche Krankenkassen übertragbar. Im folgenden gilt es nun, auf die wichtigsten Instrumente eines Qualitätsmanagements, die in der vornehmlich praxisorientierten Literatur zur Verfolgung dieser Prinzipien vorgeschlagen werden, einzugehen.

2.6.5. Qualitätsmanagement-Instrumente

Die Qualitätsmanagement-Instrumente lassen sich vier Kategorien zuordnen:

- marktorientierte Instrumente,
- mitarbeiterorientierte Instrumente,
- Instrumente der Qualitätssicherung sowie
- organisationsstrukturorientierte Instrumente.

Im folgenden werden die verschiedenen Instrumente entsprechend geordnet, vorgestellt und auf Krankenkassen bezogen. Abschließend werden sie im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf Krankenkassen untersucht. Zunächst soll also auf die marktorientierten Instrumente eingegangen werden.

2.6.5.1. Marktorientierte Instrumente

Die marktorientierten TQM-Instrumente dienen vornehmlich der Informationsgewinnung. Vorgeschlagen werden

- das Benchmarking[411],
- der „Testkunde"[412],
- standardisierte Kundenbefragungen[413] und
- Verfahren der Kundenproblemanalyse[414].

Im folgenden wird näher auf diese Instumente eingegangen.

2.6.5.1.1. Benchmarking

Benchmarking ist ein Analyseinstrument, bei dem kontinuierlich ein detaillierter Vergleich mit wichtigen Organisationen hinsichtlich der Qualität von Produkten bzw.

---

411 Vgl. Herter 1993; Runge 1994, S. 94.

412 Vgl. Lehmann 1993, S. 85; als weitere Bezeichnung für dieses Verfahren ist „Mystery Shopping" gebräuchlich.

413 Vgl. Stauss/Hentschel 1990; Lehmann 1993, S. 85; Runge 1994, S. 94.

414 Vgl. Groocock 1988; Stauss/Hentschel 1990, S. 244 ff.; Lehmann 1993, S. 85.

Dienstleistungen oder Prozessen vorgenommen wird. Ziel ist es, die Qualitätsposition zu bewerten und von der „Excellence" erfolgreicher Organisationen zu lernen.[415] Diese Organisationen sollen jeweils die „Klassenbesten" sein, die eine bestimmte Methode oder einen Prozeß hervorragend beherrschen.[416] Dabei unterscheidet man ein unternehmensinternes, ein brancheninternes und ein branchenübergreifendes Benchmarking.

Mit Benchmarking können Krankenkassen der Gefahr vorbeugen, daß Wettbewerber unbemerkt Wettbewerbsvorteile erzielen. Die genauere Betrachtung der Dienstleistungen bzw. Prozesse zeigt außerdem, welche Qualitätsniveaus in anderen Kassen oder anderen Organisationen zu realisieren sind. So wird ein externer Maßstab zur Beurteilung der eigenen Prozesse und Dienstleistungen geschaffen. Dabei ist der Vergleich mit anderen Kassen vor allem im Hinblick auf die Beurteilung der eigenen Konkurrenzfähigkeit, der Vergleich mit Organisationen anderer Branchen (z.B. Banken) insbesondere im Hinblick auf die Initiierung strategisch relevanter Überlegungen und Lernerfahrungen von Bedeutung.

Die Nachteile des Benchmarking beziehen sich vor allem auf zwei Aspekte: Erstens ist es schwierig, detaillierte, vollständige, relevante Informationen über andere Kassen bzw. andere Organisationen zu erhalten. Dies gilt vor allem für Informationen über interne Prozesse. Zweitens stellt sich z.T. das Problem der Vergleichbarkeit. So bedeutet z.B. die Tatsache, daß ein erfolgreiches Versandhandelsunternehmen einen telefonischen Bestellservice „rund um die Uhr" anbietet nicht unbedingt, daß eine maximale telefonische Erreichbarkeit auch von den Mitgliedern einer Krankenkasse gewünscht wird und ihre Zufriedenheit entsprechend erhöhen würde.[417]

2.6.5.1.2. Testkunde

Das Instrument des „Testkunden" erhebt Daten durch Personen, die als Kunden auftreten.[418] Übertragen auf gesetzliche Krankenkassen bedeutet dies, daß als potentielle Versicherte, Arbeitgeber oder Leistungserbringer getarnte Testkunden (z.B. Mitarbeiter einer Marktforschungsgesellschaft oder einer Organisationseinheit Qualitätsmanagement) mit Kundenkontaktpersonen in Kontakt treten und bestimmte

---

[415] Vgl. Herter 1993, S. 32; Runge 1994, S. 94; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 76, 208.

[416] Vgl. Herter 1993, S. 32; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 76 f.

[417] Benchmarking als Managementkonzept umfaßt neben dieser hier vornehmlich angesprochenen Informationsfunktion auch eine initiierende Schwachstellenanalyse sowie adaptierende und implementierende Aspekte.

[418] Für den Bankensektor findet dieses Instrument auch in Form des „Testkontos" Anwendung; vgl. Lehmann 1993, S. 85; Werne 1994, S. 170.

Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Die Qualität der Dienstleistung wird üblicherweise anhand eines Kriterienkataloges bewertet.

Der Einsatz des „Testkunden" ist in Krankenkassen problematisch. Beratung, Information und Service setzen in Krankenkassen oft - vor allem im Hinblick auf Versicherte sowie Arbeitgeber - eine tatsächliche Kundenbeziehung voraus, die kaum zu simulieren ist. Der Einsatz des „Testkunden" kann zu skurrilen Kontrollsituationen führen, die der Akzeptanz des Instruments und dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung, die insbesondere vom Engagement nichtleitender Mitarbeiter getragen wird, widersprechen. Das Instrument kann daher nur für den Test solcher Dienstleistungsprozesse sinnvoll eingesetzt werden, in denen eine Kundenbeziehung nicht zwingend besteht. Dies ist z.B. im Hinblick auf die Beratung potentieller Neukunden der Fall.

2.6.5.1.3. Standardisierte Kundenbefragungen

Von den standardisierten Instrumenten der Kundenbefragung sind SERVQUAL und das „Deutsche Kundenbarometer" von besonderer Bedeutung. SERVQUAL findet in der TQM- sowie der Marketing-Literatur eine große Beachtung, während das „Deutsche Kundenbarometer" eher in der Praxis - auch in Krankenkassen - diskutiert und eingesetzt wird.[419] Beide Instrumente werden im folgenden vorgestellt.

SERVQUAL

SERVQUAL dient der branchenunabhängigen Messung von Erwartungen und Zufriedenheit der Kunden. Die Qualität der Dienstleistung wird in fünf Dimensionen gegliedert und anhand von 22 Items gemessen. Zu jedem Item werden zwei Aussagen formuliert, die jeweils die Qualitätserwartung und die Qualitätsbewertung messen. Unten wird der Fragenkatalog dokumentiert. Die verwendeten Auslassungszeichen (...) sollen bei Anwendung des Instruments durch die jeweilige Branche bzw. durch den Namen der zu untersuchenden Kasse ersetzt werden.

Die befragten Kunden werden gebeten, ihre Erwartung und ihre Beurteilung in einer Rating-Skala zum Ausdruck zu bringen. Im Rahmen der Auswertung soll die Differenz zwischen den Erwartungen und den Qualitätsbewertungen errechnet werden. Aus den Durchschnittswerten der Items einer Qualitätsdimension kann eine Aussa-

---

[419] Vgl. Frehr 1993, S. 215; Herter 1993, S. 30; Lehmann 1993, S. 85; Runge 1994, S. 94; Striening 1994, S. 177.

ge über diese Dimension, aus den Durchschnittswerten aller Qualitätsdimensionen eine Aussage über die Gesamtqualität der Dienstleistung emittelt werden.[420]

1. Annehmlichkeit des physischen Umfeldes der Dienstleistung:
   - Die technische Ausrüstung von ... sollte dem neuesten Stand entsprechen.
   - Die Geschäftsräume von ... sollten ansprechend gestaltet sein.
   - Die Angestellten sollten ordentlich angezogen sein und einen sympathischen Eindruck machen.
   - Die Gestaltung der Geschäftsräume von ... sollte der Art der Dienstleistung angemessen sein.
2. Fähigkeit des Dienstleisters, die versprochene Leistung zuverlässig und akkurat auszuführen:
   - Wenn ... die Fertigstellung eines Auftrags zu einem bestimmten Zeitpunkt versprechen, sollten sie diesen auch einhalten.
   - Kundenprobleme sollten ernstgenommen und mitfühlend und beruhigend behandelt werden.
   - Man sollte sich auf ... verlassen können.
   - Die Dienstleistung sollte zu dem Zeitpunkt ausgeführt sein/werden, zu dem sie versprochen wurde.
   - ... sollten eine ordentliche Auftragsbuchführung besitzen.
3. Fähigkeit, problemadäquat zu reagieren:
   - Man sollte von ... nicht erwarten, daß sie den Kunden genau darüber Auskunft geben, wann die Leistung ausgeführt sein wird.
   - Es ist unrealisitisch, als Kunde prompten Service von den Angestellten in ... zu erwarten.
   - Die Angestellten müssen nicht permanent gewillt sein, den Kunden zu helfen.
   - Es ist in Ordnung, wenn die Angestellten zu beschäftigt sind, um Kundenwünsche unmittelbar zu erfüllen.
4. Leistungskompetenz im Sinne von Wissen, Höflichkeit, Vertrauenswürdigkeit:
   - Kunden sollten den Angestellten von ... vertrauen können.
   - Kunden sollten sich während des Kontakts zu den Angestellten sicher fühlen können.
   - Die Angestellten von ... sollten höflich sein.
   - Die Angestellten sollten angemessene Unterstützung im Unternehmen erhalten, um ihre Tätigkeiten gut ausführen zu können.
5. Einfühlungsvermögen:
   - Von ... sollte nicht erwartet werden, daß sie jedem Kunden individuelle Aufmerksamkeit widmen.
   - Von den Angestellten dieser Firmen kann nicht erwartet werden, daß sie sich persönlich um die Kunden kümmern.
   - Es ist unrealistisch, von den Angestellten zu erwarten, daß sie die Bedürfnisse ihrer Kunden kennen.

[420] Vgl. Hentschel 1990, S. 232.

- Es ist unrealistisch zu erwarten, daß ... nur das Interesse ihrer Kunden im Auge haben.
- Man sollte von ... nicht erwarten, daß ihre Öffnungszeiten angenehm für alle Kunden sind.

Abb. 19: SERVQUAL-Fragenkatalog

Quelle: Parasuaram/Zeithaml/Berry 1988, S. 38 ff., Übersetzung von Hentschel 1990, S. 231.

In der Literatur werden einige Kritikpunkte zu SERVQUAL angeführt:[421]

- Das Verfahren stelle hohe Ansprüche an die Urteilsbereitschaft und -fähigkeit der Konsumenten, weil konkrete Erfahrungen mit verschiedenen Aspekten der Dienstleistung nachträglich in eine relativ abstrakte Erwartungs- und eine Wahrnehmungskomponente zu zerlegen sind.
- Der Aussagewert der Erwartungsskala sei wegen des Phänomens der „Anspruchsinflation" beschränkt.
- Die Differenzbildung könne zu wenig plausiblen Aussagen führen.
- Die Sinnhaftigkeit des branchenübergreifenden Meßanspruchs wird aufgrund der großen Heterogenität des Dienstleistungssektors bezweifelt.
- Die gewonnenen Informationen seien aufgrund der standardisierten Erhebung relativ abstrakt. Konkrete Probleme könnten daher nicht erfaßt werden.
- Die Dringlichkeit vorliegender Probleme bleibe unbekannt.
- Aufgrund der geschlossenen Antwortmöglichkeiten würden viele Probleme überhaupt nicht aufgezeigt.

Trotz dieser Kritikpunkte wird SERVQUAL von Theorie und Praxis als ein geeignetes Instrument zur Qualitätsmessung bezeichnet.[422] Zur Verbesserung des Verfahrens schlägt Hentschel vor, die „problembeladene Doppelskala" durch eine „sinnvolle Einfachskala" zu ersetzen,[423] die den Vorteil habe, daß die Qualitätsdimensionen unmittelbar bewertet würden, was die Gefahr von Fehlinterpretationen mindere. Außerdem werde der Erhebungsaufwand verringert, weil die Befragten weniger Fragen lesen und beantworten müßten. Gegen die Einfachskala wird jedoch eingewendet, daß Informationen darüber verloren gehen, wie wichtig den Kunden die abgefragten Dimensionen sind. Diese Informationen sind dann von Bedeutung, wenn aus Kassensicht die abgefragten Dimensionen nicht in selbem Maße durch eine ho-

---

421 Vgl. Hentschel 1990, S. 235 f.; Stauss/Hentschel 1990, S. 236.

422 Vgl. Witte 1993, S. 84. Vgl. die Dokumentation praktischer Anwendungserfahrungen bei Hentschel 1990, S. 236 und Hentschel 1992, S. 233 ff.

423 Vgl. Hentschel 1990, S. 238 f.

he Qualität gekennzeichnet sein sollen. Wenn man allerdings den SERVQUAL-Fragenkatalog (Abb. 19) unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, erscheint es wenig sinnvoll, einzelne Dimensionen geringer zu gewichten.

Als weitere Modifikation schlagen Stauss/Hentschel vor, das Instrument um Verfahren der Problementdeckung und -analyse zu ergänzen.[424] Lehmann schlägt vor, SERVQUAL an unternehmensspezifische Qualitätsdimensionen anzupassen und ausschließlich positiv formulierte Items zu verwenden.[425]

„Das Deutsche Kundenbarometer"

„Das Deutsche Kundenbarometer" ist, wie SERVQUAL, ebenfalls branchenübergreifend angelegt und mißt Erwartungen und Zufriedenheit von Kunden. Das EMNID-Institut, Bielefeld, führt, unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Dr. Anton Meyer, Ludwig-Maximilians-Universität München, mit diesem Instrument jährlich eine telefonische Befragung von 3.000 bis 12.000 Kunden in Deutschland durch.[426] Die Befragungsergebnisse können auf Branchen sowie auf größere Unternehmen bezogen und käuflich erworben werden. Die gestellten Fragen sind dabei auf folgende Kernbereiche ausgerichtet:

- „Die soziodemographischen Strukturdaten der Befragten.
- Die Erwartungshaltung von rund 6.000 zufällig ausgewählten Personen der deutschsprachigen Bevölkerung über 16 Jahre.
- Die Einschätzung der Kunden- und Mitarbeiterorientierung aus der Sicht von rund 5.000 zufällig ausgewählten Berufstätigen aus allen Wirtschaftszweigen und Unternehmensgrößen. ...
- Penetration (Kundenanteile einer Branche bzw. eines Anbieters im Bereich der privaten Endverbraucher).
- Kundenzufriedenheit (global und im Detail über verschiedene Leistungsmerkmale, Beschwerdezufriedenheit).
- Kundenbindung (z.B. Weiterempfehlungs- und Wiederwahlabsichten).
- Kundenbeziehungen (z.B. Cross-Buyingabsichten, Dauer, Häufigkeit der Nachfrage, Wechselbereitschaft).
- Beschwerdemanagement".[427]

---

[424] Vgl. zur Begründung ausführlich Stauss/Hentschel 1990, S. 235 ff.
[425] Vgl. Lehmann 1993, S. 86 f.
[426] Vgl. Meyer/Dornach 1997, S. 149 ff.
[427] Meyer/Dornach 1997, S. 156.

Es werden Fragen gestellt, die für Unternehmen aller Branchen gleichermaßen relevant sind. Zusatzfragen beziehen sich auf Besonderheiten einzelner Branchen. Die folgende Abbildung zeigt den entsprechenden Katalog im Überblick.[428]

1. Themenkomplex „Zufriedenheit":
   - Globalzufriedenheit (Erstanbieter): Wie zufrieden sind Sie mit den Leistungen dieses (hauptsächlich genutzten) Anbieters insgesamt?"
   - Ausschlaggebender Grund für Zufriedenheitsurteil: „Nennen Sie uns bitte den ausschlaggebenden Grund für Ihre Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit diesem Anbieter?"
   - Zufriedenheit mit einzelnen Leistungsmerkmalen: „Wie zufrieden sind Sie mit dem Leistungsmerkmal XY dieses Anbieters?"
2. Themenkomplex „Kundenbindung bzw. Konsequenzen für die zukünftige Kundenbeziehung":
   - Weiterempfehlungsabsicht: „Werden Sie diesen Anbieter an Freunde und Bekannte weiterempfehlen?"
   - Wiederkauf-/Wiederwahlabsicht: „Werden Sie bei Bedarf wieder bei diesem Anbieter Leistungen nachfragen?"
   - Zukünftiges Nutzungsverhalten (Anbieter): „Wenn Sie an die nächsten zwölf Monate denken, welchen Anbieter werden Sie hauptsächlich nutzen?"
3. Themenkomplex „Beschwerdemanagement":
   - „Hatten Sie seit Anfang 1996 eine Reklamation oder Beschwerde bei diesem Anbieter, und, wenn ja, wie zufrieden waren Sie mit der Reaktion auf diese Reklamation oder Beschwerde?"
4. Themenkomplex „Branchenspezifische Zusatzfragen":
   - „Falls Sie zumindest ab und zu telefonisch Kontakt zu diesem Anbieter haben, wie zufrieden sind Sie mit der telefonischen Erreichbarkeit?"
   - „Falls Sie zumindest ab und zu telefonisch Kontakt zu diesem Anbieter haben, wie zufrieden sind Sie mit der Freundlichkeit am Telefon?"
   - „Falls Sie die Absicht haben, innerhalb der nächsten zwei Jahre ihre Krankenkasse bzw. -versicherung zu wechseln, bei welcher Krankenkasse bzw. Krankenversicherung werden Sie Ihre Vollversicherung abschließen?"

Abb. 20: Fragenkatalog des „Deutschen Kundenbarometers" (Auszug)
Quelle: Meyer/Dornach 1997, S. 157 ff.

1997 bezogen sich die speziellen Fragen im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Dienstleistung von Krankenkassen auf folgende Aspekte:

---

[428] Der umfangreiche Fragenkatalog ist vollständig abgedruckt bei Meyer/Dornach 1997, S. 157-160.

- Freundlichkeit der Mitarbeiter in der Geschäftsstelle,
- Zuverlässigkeit bzw. Richtigkeit der Aussagen der Mitarbeiter,
- Leistungsumfang,
- Schnelligkeit in der Bearbeitung von Leistungsansprüchen,
- Preis-Leistungs-Verhältnis und
- Verständlichkeit der schriftlichen Unterlagen bzw. der Korrespondenz.

Abb. 21: Krankenkassenspezifischer Fragenteil des „Deutschen Kundenbarometers"
Quelle: Deutsche Marketing-Vereinigung 1997, Summary 17.

Im Unterschied zu SERVQUAL ist das Instrumentarium des „Kundenbarometers" weniger statisch angelegt. So sind die (hier nicht dokumentierten) Fragen zur Erhebung von Erwartungen der Kunden nicht unmittelbar auf die Dimensionen der abgefragten Zufriedenheit bezogen.[429] Außerdem sind die Fragen stärker auf branchenspezifische Besonderheiten zugeschnitten. Darüber hinaus nimmt das „Kundenbarometer" eine breitere Perspektive ein, da neben der Zufriedenheit auch Fragen der Kundenbindung von Interesse sind. Der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Kundenbindung wird so transparent. Auch läßt das Instrument z.T. frei zu formulierende Antworten zu, die differenziertere Verbesserungspotentiale offenlegen können. Trotz dieser Unterschiede ist eine deutliche Ähnlichkeit beider Instrumente unverkennbar.

2.6.5.1.4. Kundenproblemanalysen

Die TQM-Literatur verweist an einigen Stellen auf Instrumente der Kundenproblemanalyse.[430] Folgende Gründe sprechen dafür, sich mit Kundenproblemen systematisch zu beschäftigen:[431]

- Probleme werden aus Kundensicht zumeist als Ärger wahrgenommen. Es kommt darauf an, diese Probleme auf ein Mindestmaß zu reduzieren, um negative Kundenreaktionen (Abwanderung, negative Mund-zu-Mund-Kommunikation) so gering wie möglich zu halten.
- Es gilt, schnelle, unbürokratische Lösungen für Kundenprobleme zu schaffen. Nach einer individuellen und großzügigen Problembewältigung wird seitens des Kunden das Ärgernis weit weniger gewichtet als die positiven Empfindungen der Genugtuung über die kompensatorische Unternehmensreaktion.

---

[429] Meyer/Dornach 1997, S. 41 ff.
[430] Vgl. Töpfer/Mehdorn 1994, S. 109, 208; Groocock 1988, S. 96 ff.; Lehmann 1993, S. 85 ff.; Seghezzi 1994, S. 33.
[431] Vgl. zum folgenden Stauss/Hentschel 1990, S. 233.

- Informationen über Kundenprobleme bieten differenzierte Hinweise bezüglich der Angemessenheit des fixierten Qualitätsniveaus und können Ausgangspunkt für eine Modifikation der Qualitätsplanung sein.
- Erkenntnisse über wahrgenommene Konsumprobleme sind für die Qualitätskontrolle relevant, da sie anzeigen, ob und in welchem Ausmaß Qualitätsstandards eingehalten werden.
- Hinter jedem geäußerten Kundenproblem stehen zahlreiche ähnliche Probleme anderer Kunden, die nicht geäußert werden.

Im folgenden werden die „Beschwerdeanalyse", die „Methode der Kritischen Ereignisse", das „Blueprinting" und die „Problem Detecting Method" vorgestellt.

Beschwerdeanalyse

Die Beschwerdeanalyse untersucht „Artikulationen von Unzufriedenheit, die gegenüber dem Unternehmen vorgebracht werden, um auf ein kritikwürdiges Verhalten der Unternehmung aufmerksam zu machen, Wiedergutmachung für erlittene Beeinträchtigungen zu erreichen und/oder eine Änderung des kritisierten Verhaltens zu bewirken".[432] Das Beschwerdeverhalten kann beispielsweise durch ein „Beschwerdetelefon", „Kundenkummerkästen", oder „comment cards" stimuliert werden. Die im Gespräch oder durch Auswertung von Beschwerdeschreiben erhobenen Daten können dokumentiert und kategorisiert werden. Hinsichtlich der Bildung von Problemkategorien ist darauf zu achten, daß zwischen den Vorteilen einer übersichtlichen Datenpräsentation in wenigen Kategorien und einem hohen Differenzierungsgrad der Problemvermittlung anhand einer Fülle von Teilkategorien abzuwägen ist.[433] Liegen Kategorien vor, können Häufigkeiten ermittelt werden.

Grundsätzlich spricht für den Einsatz der Beschwerdeanalyse in Krankenkassen, daß die inhaltliche Relevanz der mit anderen Instrumenten erhobenen Qualitätsdimensionen sichergestellt werden kann. Aufgrund des relativ hohen Aufwandes für den Beschwerdeführer kann davon ausgegangen werden, daß eine Beschwerde nur bei einer subjektiv hohen Problemgewichtung vorgenommen wird. Außerdem sind die genannten Probleme in der Regel eindeutig, weil ihnen konkrete Sachverhalte zugrunde liegen. Darüber hinaus ist die Datenerhebung bei dieser Methode relativ kostengünstig. Als Nachteil der Beschwerdeanalyse kann benannt werden, daß die gewonnenen Daten nicht vollständig sind, denn es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Beschwerdeführer eine repräsentative Gruppe aller unzufriedenen

---

[432] Stauss/Hentschel 1990, S. 238.

[433] Vgl. Bergmann 1995, S. 101.

Kunden darstellen. Außerdem führt nur ein Bruchteil der tatsächlich wahrgenommenen Unzulänglichkeiten zu Beschwerden. Es wird also nur ein kleiner Teil der tatsächlich von Kunden der Krankenkasse wahrgenommenen Probleme mit der Beschwerdeanalyse erhoben.[434] Das Instrument muß daher mit anderen Instrumenten der Informationsgewinnung kombiniert werden.

Methode der Kritischen Ereignisse

Bei der Methode der Kritischen Ereignisse wird eine Auswahl von Kunden veranlaßt, sich an Vorfälle zu erinnern, die ihnen im Rahmen von Interaktionsprozessen mit dem Dienstleistungsanbieter besonders positiv oder negativ in Erinnerung geblieben sind.[435] Die Datenerfassung erfolgt - nachstehend für eine Krankenkasse beispielhaft ausgeführt - mittels zweistufiger Fragen (Abb. 22).

Denken Sie bitte an ein besonderes negatives Erlebnis bei einem Ihrer Besuche bei der Geschäftsstelle der Krankenkasse X! Beschreiben Sie diesen Vorfall genau! Geben Sie bitte alle Einzelheiten an, damit ich mir ein klares Bild machen kann (Hilfsfragen: Wer tat was? Wer sagte was?).

Abb. 22: Beispiel für eine zweistufige Frage bei Verwendung der Methode der kritischen Ereignisse
Quelle: in Anlehnung an Stauss/Hentschel 1990, S. 241.

Die Datenauswertung erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst werden die gültigen kritischen Ereignisse ausgewählt.[436] Danach ist ein Bezugsrahmen für die Kodifizierung und Klassifikation der Ereignisse zu bestimmen, mit dessen Hilfe die vorliegenden Daten verdichtet werden können. Wie bei der Beschwerdeanalyse können danach Häufigkeiten ermittelt werden.

Die Tatsache, daß bei der Methode der Kritischen Ereignisse nicht nur negativ, sondern auch positiv bewertete Ereignisse erhoben werden, kann als Stärke des Verfahrens gelten. Beide Ereignisarten sind wichtig für die Qualitätsplanung in Krankenkassen. Im Vergleich zur Beschwerdeanalyse werden nicht nur solche Probleme erfaßt, die eine Beschwerde auslösen, sondern auch die weniger stark gewichteten Probleme, die keine Beschwerde verursacht haben. Dabei wird im Hinblick auf die erfaßten Problemkategorien keine Beschränkung auf abstrakt formulierte Qualitätskriterien, wie dies z.B. bei SERVQUAL der Fall ist, vorgenommen.

---

[434] Vgl. auch Bergmann 1995, S. 101, der Vor- und Nachteile der Beschwerdeanalyse im Hinblick auf den Bankensektor zusammenfaßt.

[435] Vgl. Stauss/Hentschel 1990, S. 240; Werne 1993, S. 167.

[436] Zu den Auswahlkriterien vgl. Stauss/Hentschel 1990, S. 241.

Die Informationen werden vielmehr aus der freien Rede der Kunden erhoben, die die Erlebnisse mit ihren eigenen Worten beschreiben. Damit ist das Instrument sehr genau. Die Auswahl der Befragten kann repräsentativ gehalten werden, da sie von der Kasse vorgenommen wird und nicht, wie bei der Beschwerdeanalyse, vom Beschwerdeverhalten einzelner Kunden abhängig ist. Außerdem ist es eine Stärke des Verfahrens, daß differenziert werden kann zwischen Ereignissen, die aktuell bzw. nicht aktuell sind. Die anderen Instrumente beschränken sich auf die Erhebung aktueller Daten (Beschwerdeanalyse) oder differenzieren nicht in zeitlicher Hinsicht (SERVQUAL). Gerade bei Kunden von Krankenkassen, die relativ selten Kontakt zu ihrer Kasse aufnehmen, basieren Qualitätsurteile weniger auf aktuellen Wahrnehmungen, sondern eher auf Erinnerungen. Daher sind gerade Informationen über zurückliegende Ereignisse hilfreich für die Qualitätsplanung. Nachteilig ist allerdings, daß die Methode diese zurückliegenden Begebenheiten nicht exakt erfassen kann. Das Erinnerungsvermögen der Befragten reicht hierzu oft nicht aus. Außerdem verursacht das Instruments erhebliche Kosten.[437] Wie die Beschwerdeanalyse, sollte die Methode der Kritischen Ereignisse in Krankenkassen ebenfalls nur im Verbund mit anderen Instrumenten eingesetzt werden.

Blueprinting

Im Rahmen des Blueprinting werden der Dienstleistungsproduktions- und der Dienstleistungskonsumtionsprozeß in einem Ablaufdiagramm („Blueprint") abgebildet. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Erfassung der Kundenkontaktsituationen gelegt. Das Blueprinting soll die interne Problementdeckung und die Aufdekkung struktureller Problemursachen fördern. Die problemerzeugenden Mängelpunkte werden durch Beobachtung, mündliche Kundenbefragung oder statistische Auswertungen erkannt.[438] Im Falle der Kundenbefragung wird das Instrument als „Sequentielle Ereignismethode" bezeichnet.[439] In diesem Fall werden die Befragten gebeten, den Kontakt gedanklich-emotional zu reflektieren und dieses Erleben ausführlich zu schildern. Das Blueprinting kann kaum als eigenständiges Instrument zur Problementdeckung bezeichnet werden. Da lediglich die Verwendung von Ablaufdiagrammen für das Instrument charakteristisch ist, kann es eher als Strukturierungshilfe für Beobachtungen oder statistische Auswertungen gelten. Im Falle der mündlichen Kundenbefragung ist es der Methode der Kritischen Ereignisse sehr ähnlich. Der wesentliche Unterschied besteht darin, daß nicht nach besonderen Er-

---

[437] Vgl. Bergmann 1995, S. 105.

[438] Vgl. Shostack 1982, S. 49 ff.

[439] Vgl. Stauss/Hentschel 1990, S. 245f.; Werne 1993, S. 168; Bergmann 1995, S. 102 f.

eignissen gefragt, sondern ein kompletter Bericht über die Kundenkontaktsituation initiiert wird. Im Rahmen der Auswertung werden danach oder auch bereits während der Befragung die besonderen Ereignisse selektiert. Da aus dem Einsatz des Blueprinting in Krankenkassen im Vergleich zu den bisher vorgestellten Instrumenten kein wesentlicher Zusatznutzen zu erwarten ist, wird es im folgenden nicht weiter berücksichtigt.

Problem Detecting Method

Bei der Problem Detecting Method werden Kunden mittels standardisierter Fragebögen mit geschlossenen Antwortmöglichkeiten zu problemhaften Ereignissen befragt. So wird ermittelt, wie sich im Prinzip bekannte Problemfelder aus Kundensicht darstellen.[440] Erhoben wird, wie häufig bestimmte Probleme erfahren werden, welche Relevanz diesen Problemen beigemessen wird und wie die Problemlösungseffektivität des Anbieters eingeschätzt wird.

Die Problem Detecting Method ermöglicht die Beschaffung von Qualitätsinformationen, die vorab systematisiert sind und unmittelbar durch die Befragten gewichtet werden. Dadurch bleibt der Auswertungs- und Interpretationsaufwand begrenzt. Der Krankenkasse entstehen damit relativ geringe Kosten. Die Repräsentativität der Daten kann durch die Auswahl der befragten Kunden gewährleistet werden.

Insgesamt ist das Instrument der Methode der Kritischen Ereignisse ähnlich, weil es durch Befragung Probleme aus Kundensicht erhebt; es ist ihr jedoch in dieser Hinsicht nicht überlegen, denn die Bandbreite der erfaßten Probleme ist aufgrund des begrenzenden Einsatzes von standardisierten Erhebungsbögen geringer. Außerdem wird die Problemerfassung nur auf bekannte Problemfelder beschränkt. Die Problem Detecting Method ist außerdem SERVQUAL ähnlich, weil sie über standardisierte Fragebögen die Kundenwahrnehmung erfaßt. Anders als bei SERVQUAL bezieht sich die Datenerhebung aber nicht auf die Dienstleistungsqualität insgesamt, sondern ausschließlich auf bekannte Problemfelder. Dies ist problematisch, weil der Kunde praktisch auf Probleme der Dienstleistung der Krankenkasse hingewiesen wird, die er ohne diesen Hinweis vielleicht gar nicht erkannt hätte. Für die Krankenkasse kann das Instrument daher sogar imageschädigend wirken.

Insgesamt kann der Nutzen, der mit dem Einsatz der Problem Detecting Method in Krankenkassen zu erzielen wäre, bereits mit den oben vorgestellten Instrumenten der Informationsgewinnung erzielt werden. Der Einsatz der Problem Detecting Method bringt daher in Krankenkassen keinen wesentlichen zusätzlichen Nutzen.

---

[440] Vgl. Bruhn/Henning 1993, S. 248; Stauss/Hentschel 1990, S. 247.

2.6.5.1.5. Fazit

Das Instrument „Testkunde" ist in Krankenkassen - wie oben begründet wurde - nur in wenigen Fällen geeignet. Nicht empfohlen werden kann der Einsatz des „Blueprinting" sowie der „Problem Detecting Method".

Alle anderen der oben vorgestellten marktorientierten Instrumente sind in Krankenkassen sinnvoll einsetzbar, um relevante Informationen für die kundenorientierte Qualitätsplanung zu gewinnen. Aufgrund unterschiedlicher Ausrichtungen ist dabei die Kombination verschiedener Instrumentarien sinnvoll. Notwendig ist außerdem eine krankenkassenspezifische Ausgestaltung.

2.6.5.2. Mitarbeiterorientierte Instrumente

Zu den mitarbeiterorientierten Instrumenten des Qualitätsmanagements gehört die kooperative Führung im weiteren Sinne; diese findet ihre flankierende Ausgestaltung in Mitarbeiterbefragungen, Anreizsystemen sowie Fortbildungsmaßnahmen.

2.6.5.2.1. Kooperative Führung

Der Führungsstil wird von zahlreichen TQM-Autoren thematisiert. Generell wird ein hoher Partizipationsgrad empfohlen, wobei die Mitarbeiter, insbesondere kundennahe Mitarbeiter, in allen Phasen einbezogen werden sollen.[441] Darüber hinaus sei eine „Belobigungskultur"[442] nützlich, um den kontinuierlichen Verbesserungsprozeß zu fördern. Wichtig sei, daß den Mitarbeitern diese Motivation „vorgelebt" wird.[443] Den Führungskräften wird eine erhebliche Vorbildfunktion zugesprochen.

Als ein Instrument der kooperativen Führung wird die Zielvereinbarung vorgeschlagen. Dabei wird ein klares Zielsystem gefordert, das insbesondere auch Qualitätsziele enthalten soll.[444] In diesem Zusammenhang wird teilweise auf das Konzept „Management by Objectives" verwiesen.[445] Ein Vorteil der vereinbarenden Instrumente wird darin gesehen, daß die Verknüpfung von unternehmensbezogenen Lei-

---

[441] Vgl. Kromschröder et al. 1992; Pfitzinger/Vogel 1994; Heidack 1995, S. 95.

[442] Vgl. Adams/Rademacher 1994, S. 131.

[443] Vgl. Kromschröder et al. 1992, S. 68.

[444] Vgl. Oess 1991, S. 98; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208. Einige Autoren schlagen eine top-down-orientierte Zielvorgabe durch das Management vor; vgl. Juran 1989/1991; Herter 1993; Frehr 1993, S. 209 ff.

[445] Vgl. zu „Management by Objectives" Scholz, Chr. 1993, S. 479; Staehle 1997, S. 805 ff.

stungszielen und persönlichen Entwicklungszielen im Zuge einer partizipativen Umsetzung arbeitsbezogene Entfaltungsanreize bei den Mitarbeitern schaffe.[446]

Die Sinnhaftigkeit einer kooperativen Führung in Krankenkassen erscheint zunächst unmittelbar plausibel. Sie ist erstens notwendig, weil aufgrund der herausragenden Bedeutung des Personals bei der Dienstleistungserstellung eine Mitarbeiterorientierung geboten ist. Zweitens basiert die Erstellung der Dienstleistung auf Kooperationsbeziehungen, so daß die Führung gehalten ist, die Qualität dieser Beziehungen zu fördern. Drittens ist die kooperative Führung als Voraussetzung für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß in Krankenkassen zu sehen.[447] In diesem Zusammenhang ist die Zielvereinbarung als flankierendes Instrument einer kooperativen Führung in Krankenkassen zu werten, wobei darauf hinzuweisen ist, daß deren Einsatzmöglichkeiten aufgrund der Immaterialität von Beratung, Information und Service begrenzt sind.

Allerdings kann aus einer überzogenen Mitarbeiterorientierung der Führung folgen, daß die Ziele der Kasse mit reduziertem Engagement verfolgt und dadurch nicht erreicht werden. Es ist daher notwendig, den Begriff der Kooperation in diesem Zusammenhang näher zu klären und im Hinblick auf die Anforderungen eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements zu konkretisieren.[448]

2.6.5.2.2. Mitarbeiterbefragung

Für den Einbezug der Mitarbeiter in die TQM-Aktivitäten wird von einigen Autoren das Instrument der Mitarbeiterbefragung vorgeschlagen. Für Braun/ Lawrence stellt dieses Instrument eine Alternative zum Workshop dar, wenn es sich um eine größere Anzahl von meinungsbildenden Betroffenen handelt. Sie möchten eine Selbstverpflichtung auf die TQM-Werte erreichen und wollen den Mitarbeitern mittels der Befragung die Möglichkeit geben, die zielbegleitenden und -fördernden Werte selbst zu erarbeiten. Dabei sollen die gemeinsamen Grundüberzeugungen ermittelt werden. Aus den so gewonnenen Daten sollen Verfahrensregeln unternehmensübergreifend gefunden werden. Danach sei "im Sinne der Selbstverpflichtung eine permanente Betonung nach innen und gegenüber dem externen Unternehmensumfeld

---

[446] Vgl. Braun/Lawrence 1993, S. 79, ähnlich Oess 1991, S. 106 f.

[447] Im Rahmen des Pilotprojektes zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse zeigte sich, daß Mitarbeiter nur unter Bedingungen einer kooperativen Führung bereit waren, sich aktiv an Verbesserungsmaßnahmen zu beteiligen. Wesentlich war dabei, daß sich die Mitarbeiter als Experten ihres Arbeitsumfeldes ernstgenommen fühlen wollten. Wichtig war insbesondere, daß in Kleingruppen erarbeitete Problemlösungen auch umgesetzt wurden; vgl. Anhang I.

[448] Vgl. hierzu Abschnitt 2.8.2.2.1.

nötig".[449] Auf diese Weise wird den weitgehend im Verborgenen liegenen Werten der Mitarbeiter Geltung verschafft.

Töpfer/Mehdorn verstehen das Instrument der Mitarbeiterbefragung eher als Zufriedenheitsbefragung. „Wer als Mitarbeiter mit anderen Unternehmensmitgliedern Probleme hat, ist kaum bereit, sich mit den Problemen der Kunden auseinanderzusetzen."[450] Daher sei eine Mitarbeiterorientierung besonders wichtig. „Mit einer Mitarbeiterbefragung wird das Ziel verfolgt, Probleme und Reibungsverluste in der Arbeits- und Führungssituation sowie in der Zusammenarbeit umfassend und zutreffend zu analysieren."[451] Die Fragen beziehen sich nicht nur auf „harte" Erfolgsursachen, wie Strukturen und Abläufe, sondern auch auf weiche, wie Motivation und Verhalten, um so eine Qualitätsverbesserung der Kundenorientierung jeder Person und Abteilung zu erreichen.[452] Striening schlägt anhand eines Praxisbeispiels eine im Zwei-Jahres-Rhythmus stattfindende Mitarbeiterbefragung mit vergleichbarer Zielsetzung vor.[453]

Die Integration der Mitarbeiter in den Qualitätsmanagement-Prozeß einer Krankenkasse ist, wie bereits mit den vorstehenden Ausführungen deutlich wurde, notwendig. Mitarbeiterbefragungen, wie sie oben vorgestellt wurden, können diese Integration grundsätzlich fördern. Allerdings erscheinen diese Befragungskonzepte nur bedingt für den Einsatz in einem krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagement geeignet. Das Konzept von Braun/Lawrence hebt stärker auf die Wertorientierungen der Mitarbeiter ab und verweist damit auf das Konzept der Organisationskultur, auf das unten näher eingegangen wird. Dies ist im Prinzip sinnvoll; allerdings bleiben die abgefragten Dimensionen abstrakt, und der Zusammenhang zur Qualität der zu erstellenden Dienstleistung ist nicht immer erkennbar. Dagegen heben die Ansätze von Töpfer/Mehdorn und Strienig unmittelbar auf Verbesserungsmöglichkeiten ab, indem sie die Zufriedenheit der Mitarbeiter zentrieren. Problematisch ist allerdings, daß die Autoren pauschal einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Leistung bzw. Qualitätsmotivation zugrunde legen. Es ist möglich, daß Mitarbeiter gerade mit solchen Dimensionen unzufrieden sind, die für die Erreichung einer Kundenzufriedenheit notwendig sind (z.B. „Verlängerung der Öffnungszeiten"). Auch ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter nicht in jedem Fall die Voraussetzung für

---

449 Braun/Lawrence 1993, S. 81 f.
450 Töpfer/Mehdorn 1994, S. 185 f.
451 Töpfer/Mehdorn 1994, S. 186 f.
452 Vgl. Töpfer/Mehdorn 1994, S. 187.
453 Vgl. Striening 1994, S. 177.

eine hohe Prozeß- oder Ergebnisqualität. Im Gegenteil kann oftmals eine konstruktive Unzufriedenheit als Voraussetzung für innovatives Engagement gelten.[454]

2.6.5.2.3. Anreizsysteme

Die Motivation, sich aktiv an den Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu beteiligen, wird in vielen Arbeiten zum TQM als zentrale Voraussetzung für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß erkannt. Als Instrumente der Motivationsförderung schlagen einige Autoren ein qualitätsorientiertes Entgeltsystem vor.[455] Dazu sollen der Qualitätsprämienlohn, die Erfolgsbeteiligung sowie ein Qualitätsbonus, u.U. im Rahmen eines Betrieblichen Vorschlagswesens, gehören.[456] Die TQM-Literatur empfiehlt darüber hinaus gezielte Aktionen: Motivationsprogramme und Qualitäts-Aktionen zur Sensibilisierung und zur Erhöhung des Qualitäts-Bewußtseins, Qualitäts-Gespräche, Informationsveranstaltungen, Plakate, Artikel in Mitarbeiterzeitschriften sowie Videos.[457]

Anreize sind auch in Krankenkassen sinnvoll, um einen mitarbeiterorientierten, kontinuierlichen Verbesserungsprozeß zu fördern.[458] Problematisch ist allerdings, daß insbesondere monetäre Anreize disfunktional wirken können, weil sie aufgrund ihrer inhärenten Möglichkeiten der exakt bemessenen Belohnung in hohem Maße den Anschein äquivalenter Anerkennung erwecken. Eine exakte Äquivalenz von Leistung und Belohnung läßt sich aber in Krankenkassen, insbesondere aufgrund der Immaterialität von Dienstleistungen und Verwaltungsprozessen, oft nicht herstellen.

---

[454] Im Rahmen des Pilotprojektes zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse war ein Zusammenhang zwischen Innovationsbereitschaft und Zufriedenheit der Mitarbeiter nicht eindeutig erkennbar. Die praktischen Erfahrungen im Verbesserungsprozeß zeigten, daß innovative Anregungen oft gerade von Mitarbeitern ausgingen, die sich eher unzufrieden zeigten; vgl. Anhang I.

[455] Vgl. Stauss 1991, S. 236; Kromschröder et al. 1992, S. 68; Seghezzi 1994, S. 42; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208.

[456] Vgl. Kromschröder et al. 1992; Ortlieb 1993, S. 136; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208.

[457] Vgl. Mollenhauer/Ring 1989, S. 127; Stauss 1991; Schmid, D. 1992; Ortlieb 1993, S. 206; Seghezzi 1994, S. 33; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208; Zink 1994, S. 35.

[458] Im Rahmen des Pilotprojektes, auf das oben bereits mehrfach eingegangen wurde, nannten Mitarbeiter konkrete Anreize als wesentliche Voraussetzung dafür, sich stärker als bisher an innovativen Prozessen zu beteiligen. Allerdings fanden sich bei direkter Ansprache zu jeder Problemstellung auch dann Mitarbeiter, die sich freiwillig und mit großem Engagement an Problemlösungen beteiligten, wenn keine konkreten Anreize bereitgestellt wurden; vgl. Anhang I. Dies weist einerseits darauf hin, daß Qualitätsmotivation einen insbesondere intrinsischen Charakter hat. Andererseits wirkt die direkte Aufforderung zur Mitwirkung an Problemlösungen motivierend, ist also für sich bereits als Anreiz zu werten.

2.6.5.2.4. Fortbildung

Übereinstimmend wird für eine Fortbildung der Mitarbeiter plädiert. Die zu vermittelnden Themenbereiche beziehen sich vor allem auf TQM-spezifische Fähigkeiten, speziell im Hinblick auf die Anwendung der TQM-Instrumente.[459]

Diese Forderungen sind auch für Krankenkassen grundsätzlich sinnvoll. Allerdings ist es notwendig, Qualifizierungsmaßnahmen nicht auf einzelne TQM-Instrumente zu beschränken. Es kommt vielmehr darauf an, die Kompetenzen der Organisationsmitglieder insgesamt sicherzustellen. Dafür sind aus allen Elementen der Qualitätsmanagement-Konzeption entsprechende Qualifizierungsbedarfe abzuleiten.

2.6.5.2.5. Fazit

Die oben vorgestellten Instrumente lenken den Blick auf wesentliche Gestaltungsfelder, auf die es im Rahmen eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements näher einzugehen gilt: persönliche Führung, Informationsgewinnung unter Einbezug der Mitarbeiter, Anreize und Qualifikation. Die konkreten Vorschläge scheinen aber, wie gezeigt wurde, überwiegend nicht unmittelbar auf Krankenkassen übertragbar zu sein, denn aus einer pauschalen Übertragung kann kaum ein Beitrag zur Erreichung von Qualitätszielen erwartet werden. Für ein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement müssen die Instrumente daher zielbezogen durch Modifikation adaptiert werden.

2.6.5.3. Instrumente der Qualitätssicherung

Einer effizienten Qualitätssicherung dienen eine entsprechende Qualitätsplanung, -lenkung und -kontrolle. Die hier grundsätzlich jeweils zum Einsatz kommen könnenden Instrumente sollen im folgenden näher betrachtet werden.

2.6.5.3.1. Instrumente der Qualitätsplanung

Als Instrumente der Qualitätsplanung werden im folgenden das „Quality Funktion Deployment", die „Dokumentation" sowie die „Fehler-Möglichkeits- und Einfluß-Analyse" vorgestellt und im Anschluß daran kurz bewertet.

---

[459] Vgl. Masing 1983; Crosby 1986, S. 65; Dögl 1986 S. 151; Oess 1991, S. 102; Kromschröder et al. 1992, S. 68; Brackrock 1993, S. 378; Frehr 1993, S. 209 ff ; Kaltenbach 1993; Adams/Rademacher 1994, S. 33 ff.; Runge 1994; Seghezzi 1994, S. 33; Striening 1994, S. 169; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 189; Werne 1994, S. 236; Kraft/Kring/Bosshard 1997, S. 224 ff.

Quality Function Deployment

Die Planung im Rahmen des Quality Function Deployment (QFD) verläuft folgendermaßen:[460]

- Erfassung und verbale Beschreibung von Kundenbedürfnissen und -erwartungen,
- Umsetzung der verbal beschriebenen Bedürfnisse in Anforderungen an die Qualität der zu erbringenden Leistung, Niederlegung in einer technischen Fachsprache in einem Pflichtenheft,
- Entwicklung und Gestaltung der Leistung,
- Festlegung der Anforderungen an die Qualität der Prozesse, die der Erstellung der Leistungen dienen, Niederlegung in einem Prozeßpflichtenheft und
- Planung, Entwicklung und Gestaltung der Prozesse zur Herstellung der Leistung.

Werne bezieht das QFD auf den Banksektor. Auch er beginnt mit der Ermittlung von Kundenbedürfnissen, fügt dann aber als weiteren Schritt die Auswahl des zu bedienenden Kundensegments hinzu.[461] Zur Klassifizierung der erhobenen Qualitätsanforderungen schlägt er das „Kano-Modell" vor, mit dessen Hilfe Aussagen über die Auswirkung von Erfordernissen auf die Gesamtzufriedenheit der Kunden systematisiert werden können.

Dokumentation

Der Dokumentation wird von einigen Autoren eine große Bedeutung beigemessen. Zum Teil wird ein Qualitäts- bzw. Qualitätssicherungs-Handbuch empfohlen. Dies soll die festgelegten Qualitätsziele, die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche sowie Hinweise über die Rolle und Bedeutung der eingesetzten Methoden und Instrumente enthalten, so daß das gesamte TQM-System nachvollziehbar ist.[462] Außerdem wird empfohlen, in diesem Rahmen „Qualitäts-Standards im Sinne der schriftlichen Fixierung von Abläufen"[463] oder „die Beschreibung aller Abläufe im Unterneh-

---

[460] Vgl. Seghezzi 1994, S. 19 ff. Zum Einsatz des QFD im Rahmen eines Qualitätsmanagements vgl. Juran 1989/1991, S. 309; Pfeifer 1993, S. 19 ff.; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 72, 208; Tvedt 1994, S. 58; Werne 1994; Zink 1994, S. 43.

[461] Vgl. Werne 1993, S. 160.

[462] Vgl. Oess 1991, S. 98.

[463] Vgl. Zink 1994, S. 43.

men“[464] vorzunehmen. Eine umfassende Dokumentation sehen die - oben bereits vorgestellten - Normen der DIN EN ISO 9000 ff. vor: Danach kombiniert das Dokumentationssystem ein Qualitätssicherungs-Handbuch, einen Qualitätssicherungsplan, Verfahrensanweisungen und Qualitätsaufzeichnungen.[465]

- Das Qualitätssicherungs-Handbuch weist die Qualitätspolitik, die Qualitätsziele, die Struktur der Organisation einschließlich Verantwortlichkeiten, eine Beschreibung des Qualitätssicherungssystems, die Qualitätspraktiken der Organisation sowie die Struktur und den Verteiler der Dokumentation des Qualitätssicherungssystems aus.
- Der Qualitätssicherungsplan soll die spezifischen Qualitätspraktiken, die Mittel und die Reihenfolge von Tätigkeiten für eine spezielle Tätigkeit beschreiben.
- Verfahrensaufzeichnungen legen fest, wie die Dienstleistungs-Tätigkeiten durchzuführen und zu lenken und wie darüber Aufzeichnungen zu führen sind.
- Qualitätsaufzeichnungen enthalten Informationen über den Grad der Zielerreichung und das Ergebnis von Reviews.

Neben QFD und Dokumentation verweist die TQM-Literatur auf einige Analyseverfahren. Als bedeutsamstes dieser Instrumente kann die „Fehler-Möglichkeits- und Einfluß-Analyse“ gelten.[466]

Fehler-Möglichkeits- und Einfluß-Analyse

Die Fehler-Möglichkeits- und Einfluß-Analyse (FMEA) (engl.: Failure Mode and Effekts Analysis) ist ein Instrument der präventiven Qualitätssicherung.[467] Es sieht eine Risikoanalyse und -bewertung sowie die Optimierung des Untersuchungsgegenstandes vor. Im Rahmen der Risikoanalyse wird systematisch nach Fehlerpotentialen im Hinblick auf den Produktionsprozeß sowie die spätere Nutzung des Produktes gesucht. In einer Risikobewertung wird abgeschätzt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, daß ein Fehler auftritt und entdeckt wird, und welche Bedeutung der Fehlers für den Kunden hat. Diese Bewertungen werden als Kennzahlen ausge-

---

[464] Vgl. Pfitzinger/Vogel 1994, S. 924.

[465] Vgl. DIN EN ISO 9001 bis 9004-2 1994; siehe auch oben Abschnitt 2.6.2.1.

[466] Weitere Instrumente, die hier nicht untersucht werden, sind: Pareto-Analyse, Department Activity Analysis, Information System Study, Process Analysis Technique, Prozeßdefinition, Schnittstellenidentifikation, Business System Planning; vgl. dazu Striening 1994, S. 169, 172; Dale/Cooper 1992, und die dort angegebene Literatur.

[467] Vgl. Dale/Cooper 1992; Pfeifer 1993; Seghezzi 1994, S. 48; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208; Zink 1994, S. 44.

drückt, die durch multiplikative Verknüpfung eine „Risikoprioritätskennzahl" ergeben. Je höher diese Zahl ausfällt, desto bedeutsamer sind Problemvermeidungsmaßnahmen.[468]

Die vorgestellten Instrumente der Qualitätssicherung sind in Krankenkassen nur bedingt einsetzbar. Sie setzen überwiegend voraus, daß eine Standardisierbarkeit der Prozesse möglich ist. Dies gilt insbesondere für die Instrumente QFD und FMEA, teilweise aber auch für die Dokumentation nach DIN EN ISO 9000 ff. Da in Krankenkassen ein großer Teil der Prozesse nicht standardisierbar ist, können diese Instrumente nicht immer sinnvoll eingesetzt werden. Sie bergen einerseits die Gefahr einer Überregulierung in sich und lassen andererseits aber Teile des Prozesses, die sich der Standardisierung entziehen, unbetrachtet.

2.6.5.3.2. Instrumente der Qualitätslenkung

Als Instrumente der Qualitätslenkung werden im folgenden Qualitätskennzahlen vorgestellt. Diese dienen dazu, bestimmte gemessene Qualitätswerte in konzentrierter Form abzubilden.[469] „Die dabei wissentlich vorgenommene Informationsverkürzung soll die Komplexität der darzustellenden Gegebenheiten reduzieren und eine einfache und schnelle Informationsversorgung ermöglichen."[470] Zunächst wird im folgenden auf Qualitätskosten eingegangen, deren Erhebung von vielen Autoren der Qualitätsmanagement-Literatur empfohlen wird.[471] Danach werden unternehmensspezifische Kennzahlen betrachtet.

Qualitätskosten

Qualitätskosten sind definiert als „Kosten, die vorwiegend durch Qualitätsanforderungen verursacht sind."[472] Die *klassische Qualitätskostenrechnung* unterscheidet dabei drei Qualitätskostenarten:

- Zu den Fehlerverhütungskosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten für das Qualitätswesen (FMEA, Benchmarking, Prüfplanung usw.) sowie Kosten für qualitätsbezogene Schulungen.[473]

---

[468] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 67 ff.

[469] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 58 ff.; Kaltenbach 1993, S. 243 ff.; Zink 1994, S. 43 ff.

[470] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 58 ff.

[471] Vgl. Crosby 1986; Dögl 1986, S. 151; Groocock 1988; Horváth/Urbahn 1990, S. 117 ff.; Engelhardt/Schütz 1991, S. 398; Oess 1991, S. 98, 311 ff.; Dale/Cooper 1992; Herter 1993; Pfeifer 1993; Adams/Rademacher 1994, S. 33 ff.; Pfitzinger/Vogel 1994; Seghezzi 1994, S. 43; Werne 1994, S. 128 (Nichtqualitätskosten).

[472] Vgl. DIN EN ISO 55 350, Teil 11 1994.

- Prüfkosten beziehen sich vor allem auf Personalkosten sowie Sachkosten, die für die Bereitstellung von Prüf- und Meßinstrumenten anfallen.[474]
- Fehlerkosten sind Kosten für Maßnahmen, die das Ziel haben, Fehler zu beseitigen. Unterschieden werden interne und externe Fehlerkosten. Zu den internen Fehlerkosten zählen Kosten des Ausschusses, der Nacharbeit und der qualitätsbedingten Ausfallzeit, während zu den externen Fehlerkosten insbesondere Gewährleistungskosten und Kulanzkosten zu rechnen sind.[475]

Ziel der Qualitätskostenrechnung ist es, die Qualitätskosten zu optimieren. Die folgende Abbildung zeigt schematisch die Zusammenhänge zwischen den Qualitätskostenarten.

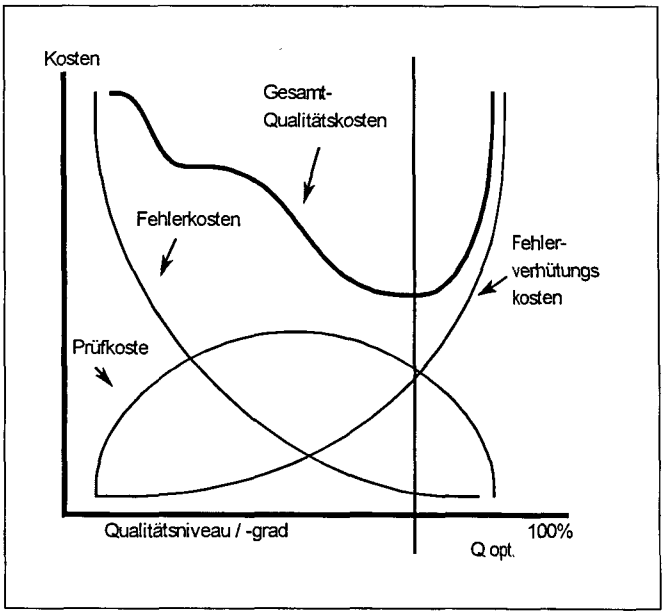


Abb. 23: Optimales Qualitätsniveau der klassischen Qualitätskostenrechung
Quelle: Werne 1993, S. 125.

[473] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 117 ff.; Werne 1993, S. 124.
[474] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 123; Werne 1993, S. 124.
[475] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 124ff.; Werne 1993, S. 124.

Nicht enthalten in der klassischen Qualitätskostenrechnung sind die Fehlerfolgekosten, die zusätzlich zu den Fehlerkosten anfallen. Hierzu gehören z.B. Kosten, die im Zusammenhang mit der Produkthaftung entstehen.[476]

Eine Weiterentwicklung der traditionellen Qualitätskostenrechnung verzichtet auf den isolierten Ausweis der Prüfkosten, weil diese zum Teil den Fehlerverhütungskosten und zum Teil den Fehlerkosten zugerechnet werden können. Vorgeschlagen wird die Unterscheidung von Kosten der Konformität und Kosten der Nicht-Konformität.[477] In diesem Zusammenhang wird die Optimierungsüberlegung aufgegeben und stattdessen die Minimierung der Qualitätskosten gefordert, die mit zunehmender Prozeßbeherrschung auf Basis einer Null-Fehler-Philosophie zu realisieren sei. Minimale Qualitätskosten werden nach diesem Modell bei einem maximalen Vollkommenheitsgrad erreicht (Abb. 24).

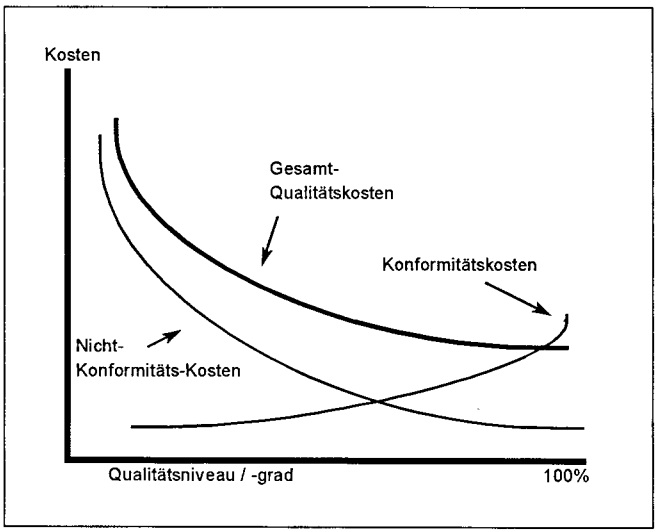


Abb. 24: Optimales Qualitätsniveau der modifizierten Qualitätskostenrechung
Quelle: Werne 1993, S. 127.

Die Vertreter dieses Ansatzes sehen die wesentliche Aufgabe der Qualitätskostenrechnung darin, die Nicht-Konformitätskosten zu erfassen und zu minimieren. Hierzu werden verschiedenene Systematisierungen vorgelegt. Diese unterscheiden sich

[476] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 125.
[477] Vgl. Werne 1993, S. 126 ff.

von den Kostenarten der klassischen Qualitätsrechnung vor allem darin, daß auch Kosten destruktiv unzufriedener oder ungewollt verlorener Mitarbeiter sowie fehlerbedingte Opportunitätskosten berücksichtigt werden.[478]

Das Instrument der Qualitätskosten ist in Krankenkassen kaum sinnvoll einsetzbar, da es in nur wenigen Fällen möglich ist, die entsprechenden Kostenarten, wie z.B. Fehlerkosten oder Nicht-Konformitäts-Kosten, konkret zu erfassen und als Kennzahlen systematisch der Qualitätslenkung zugrundezulegen. Qualitätskosten könnten in Krankenkassen teilweise über die kostenmäßige Bewertung anderer Kennzahlen, wie Durchlaufzeiten oder der Anzahl abgewanderter Kunden, ermittelt werden. Dies kann allerdings in vielen Fällen nur mit einer Schätzung realisiert werden. Deshalb sind derart ermittelte Qualitätskosten keine exakten, objektiven Daten und führen zu einer „Scheinobjektivität". Lediglich die Philosophie des Qualitätskostenansatzes ist auf Krankenkassen übertragbar, denn auch hier gilt, daß mit der Optimierung der Prozeßqualität eine Kostenminimierung einhergehen kann.

Unternehmensspezifische Kennzahlen

Neben den Qualitätskosten schlagen einige Autoren den Einsatz unternehmensspezifischer Kennzahlen vor, die mit statistischen Verfahren ausgewertet werden sollen.[479] Diskutiert wird z.B. der Einsatz von „Statistical Prozeß Control"[480] und „Computer Aided Quality Control"[481]. Diese Instrumente sind für die Prozesse der Industrie vorgesehen und auf Krankenkassen kaum übertragbar. Anders verhält es sich mit der Idee, spezifische Kennzahlen als relevante Indikatoren für die Prozeßqualität zu generieren und diese einer Qualitätslenkung zugrunde zu legen. Problematisch ist grundsätzlich eine Kennzahlenbildung, die aufgrund der Immaterialität der Dienstleistung nicht in allen Phasen des Dienstleistungserstellungsprozesses sinnvoll und möglich ist.

2.6.5.3.3. Instrumente der Qualitätskontrolle

Zur Qualitätskontrolle im Rahmen eines TQM werden umfassende Audits verschiedener Ausprägung sowie relativ einfache Dokumentations-Instrumente - wie Check-

---

[478] Vgl. Werne 1993, S. 126 ff.; Seghezzi 1994, S. 43 ff.

[479] Vgl. Ishikawa 1983; Oess 1991, S. 98; Brackrock 1993, S. 379; Kaltenbach 1993, S. 243; Lehmann 1993, S. 85; Adams/Rademacher 1994, S. 33 ff.; Striening 1994, S. 169; Wolf 1994.

[480] Vgl. Juran 1989/1991, S. 312; Horváth/Urbahn 1990, S. 56 ff.; Dale/Cooper 1992; Herter 1993; Pfeifer 1993; Runge 1994, S. 94; Seghezzi 1994, S. 48.

[481] Vgl. Horváth/Urbahn 1990, S. 59 ff.; Tvedt 1994.

listen, Diagramme, Fehlerhäufigkeits- und Fehlerursachenstrichlisten sowie die Qualitätsregelkarte - vorgeschlagen.[482] Im folgenden wird auf Audits näher eingegangen.[483]

Die Begriffe *„Audit" oder „Qualitätsaudit"* bezeichnen eine Prüfung, die sich auf unterschiedliche Dimensionen des Unternehmens beziehen kann. Die Begriffe haben sich gegenüber Bezeichnungen wie Fähigkeitsuntersuchungen, Qualitätsrevision, Design Reviews, Qualitätsreview und Qualitätsüberwachung durchgesetzt.[484] Von den meisten TQM-Autoren werden Audits als Standardinstrument des Qualitätsmanagements bezeichnet.[485] Das Audit hat in Westeuropa und insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland ganz wesentlich durch die oben angesprochende Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff., die eine besondere Fom des Audits ist, an Bedeutung gewonnen.[486] Frehr unterscheidet drei Audit-Arten:

Merkmal	**Auditart**		
	Managementaudit	**QS-Systemaudit**	**Produktaudit**
Ziel	Unterstützung TQM-Prozeß	Ermittlung von Abweichungen im QS-System	Erkennung von Abweichungen zur Spezifikation
Initiator	Top-Management	Q-Manager	Q-Manager Produktionsleiter
Team	Top-Management Q-Manager	Mitarbeiter Linienmanager	Mitarbeiter Prüfabteilung
Bereich	Management-Team	Abteilungen	Endprüfungen
Dauer	1 Tag	2-3 Tage	nach Bedarf
Frequenz	1/Jahr	1/Jahr in allen Bereichen	1/Monat
Ergebnis	Bewertete Checkliste	Auditbericht	Protokoll

Abb. 25: Auditarten

Quelle: Frehr 1993, S. 52.

Audits sind in Krankenkassen grundsätzlich sinnvoll einsetzbar.

---

[482] Vgl. Staudt/Hinterwäller 1982; Dale/Cooper 1992; Werne 1994, S. 176 ff.

[483] Die Listen und Diagramme werden hier nicht einzeln erläutert, weil sie als allgemein bekannt vorausgesetzt werden können. Ihre gemeinsame Funktion liegt darin, Meßwerte bzw. das Ergebnis von Soll-Ist-Vergleichen numerisch oder graphisch zu dokumentieren und zu visualisieren.

[484] Vgl. Dögl 1986, S. 146.

[485] Vgl. Ishikawa 1983; Masing 1983; Dögl 1986, S. 146; Juran 1989/1991, S. 317; Mollenhauer/Ring 1989, S. 127; Oess 1991, S. 98; Frehr 1993, S. 52; Pfeifer 1993; Adams/Rademacher 1994, S. 33 ff.; Malorny/Kassebohm 1994, S. 81 ff; Seghezzi 1994, S. 33; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 195; Wolf 1994.

[486] Vgl. Engelhardt/Schütz 1991, S. 397; Pfeifer 1993; Seghezzi 1994, S. 33, 48.

- Das Managementaudit kann zur Unterstützung der Qualitätsmanagement-Aktivitäten herangezogen werden. Mit dessen Einsatz können der Kassenvorstand sowie die nachgeordneten Managementebenen Schwerpunkte weiterer Aktivitäten aufzeigen und festhalten. Darüber hinaus wird der Wille zur Implementierung eines Qualitätsmanagements dokumentiert.
- Ein Systemaudit erscheint geeignet, die Funktionsfähigkeit der zugrunde liegenden Qualitätsmanagement-Konzeption regelmäßig zu überprüfen. Es gilt, diese Konzeption im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang werden sog. Self-Assessments heute große Erfolgschancen eingeräumt.
- Ein Produktaudit erscheint nicht unmittelbar auf Krankenkassen übertragbar, da es stark auf die Bedingungen der sachgüterproduzierenden Industrie zugeschnitten ist. So gibt es in Krankenkassen i.d.R. weder Endprüfungen noch eine Prüfabteilung. In Krankenkassen erscheint es allerdings sinnvoll, ein Qualitätsaudit durchzuführen, in dem die wichtigsten Ergebnisse der Qualitätsmanagement-Aktivitäten zusammengefaßt sind.[487]

2.6.5.3.4. Fazit

Die Instrumente der Qualitätsplanung, -lenkung und -kontrolle sind, im Unterschied zu den zuvor dargestellten markt- und mitarbeiterorientierten Instrumenten des Qualitätsmanagements, relativ schwer auf Krankenkassen zu übertragen, da diese auf die Bedingungen der Industrie zugeschnitten sind. Wie gezeigt wurde, lassen sich dennoch einige Instrumente erfolgsversprechend in Krankenkassen anwenden, wenn eine entsprechende Anpassung vorgenommen worden ist.

2.6.5.4. Organisationsstrukturorientierte Instrumente

Als organisationsstrukturorientierte Instrumente des Qualitätsmanagements werden im folgenden die Institutionen der Qualitätsplanung und -lenkung, die Kleingruppen sowie das Prozeßmanagement vorgestellt.

---

[487] Die Notwendigkeit von Qualitätsmessungen und einer entsprechenden Dokumentation zeigte sich im Rahmen des Pilotprojektes zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse; vgl. Anhang I. Da aussagefähige Daten zur Beurteilung der Prozeß- bzw. Ergebnisqualität kaum vorlagen, erwiesen sich Problemdefinitionen, Zielformulierungen sowie -kontrollen oft als schwer durchführbar. Dies behinderte den Prozeß der kontinuierlichen Verbesserung zum Teil erheblich. Messungen und entsprechende Audits wären hier sinnvoll gewesen. Zusätzlich zeigte sich, daß das Interesse der Organisationsmitlgieder an oft langwierigen Verbesserungsmaßnahmen nicht immer dauerhaft zu halten war. Einem Audit kann in diesem Zusammenhang auch die Funktion zukommen, regelmäßig über Fortschritte im Hinblick auf den Verbesserungsprozeß zu informieren.

2.6.5.4.1. Institutionen der Qualitätsplanung und -lenkung

Zu den Institutionen der Qualitätsplanung und -lenkung gehören die Unternehmensleitung, der TQM-Steuerungskreis und der Qualitätsmanager.

Unternehmensleitung

Nach übereinstimmender Auffassung der TQM-Literatur obliegt es der Unternehmensleitung, die Verantwortung für die Qualitätssicherung nicht einer Abteilung, sondern der gesamten Linie zu übertragen. Die Unternehmensleitung hat Strategie- und Ressourcenentscheidungen zu treffen, die Ziele festzulegen und deren Erreichung zu kontrollieren.[488] Die Qualitätsführungsaufgaben und die Verantwortung für für das Qualitätskonzept dürfen vom Top-Management nicht delegiert werden, da ansonsten das gesamte TQM-Konzept an Glaubwürdigkeit verliert.[489]

TQM-Steuerkreis

Dem TQM-Steuerkreis, der auch als Qualitätsteam, Quality Council, Steuerungsteam, Qualitätsbeirat, Qualitätslenkungsrat, Qualitätslenkungsgruppe oder TQM-Commitée bezeichnet wird, obliegt die Umsetzung und Koordination der Qualitätsmaßnahmen auf Basis der Qualitätspolitik, die Überprüfung des Fortschritts und die Durchführung von Audits.[490] Der Steuerkreis wird entweder vom Leiter des Unternehmens oder vom Qualitätsmanager geführt. Mitglieder sind die Leiter der wichtigsten Unternehmensfunktionen. Nach Zink sollen „alle relevanten Machtpromotoren der Organisation" Mitglieder sein. Dazu gehört nach seiner Auffassung auch der Betriebsrat bzw. dessen Vorsitzender.[491]

Qualitätsmanager

Als weitere Institution wird der „Qualitätsmanager" vorgeschlagen, wobei der Begriff des Qualitätsmanagers unterschiedlich verwendet wird. Zum einen gilt der Qualitätsmanager als Mitglied des Top-Managements, der damit wesentlicher Macht-, aber auch Fachpromotor ist.[492]

---

[488] Vgl. Oess 1991, S. 176, Crosby 1986, S. 54.

[489] Vgl. Werne 1993, S. 189.

[490] Vgl. Mollenhauer/Ring 1989, S. 127; Engelhardt/Schütz 1991, S. 397; Oess 1991, S. 176 f.; Kaltenbach 1993, S. 224; Werne 1993, S. 189; Striening 1994, S. 169.

[491] Vgl. Zink 1994, S. 35.

[492] Vgl. Crosby 1986, S. 56, Oess 1991; Kaltenbach 1993, S. 224 ff. Werne empfiehlt, daß diese Funktion vom Vorsitzenden der Geschäftsleitung oder einem anderen Geschäftsleitungsmitglied bekleidet wird, „um die Bedeutung des Qualitätsmanagements hervorzuheben"; Werne 1993, S. 189.

Zum anderen gilt der Qualitätsmanager als Inhaber einer Stabsstelle, der der Unternehmensleitung oder dem TQM-Steuerkreis zugeordnet ist. Ein Qualitätsmanager dieser Prägung fungiert vor allem als Fachpromotor. Er beherrscht das Instrumentarium des Qualitätsmanagements und unterstützt Führungskräfte wie nichtleitende Mitarbeiter in Qualitätsfragen. Er sammelt und aggregiert Informationen, macht Vorschläge in bezug auf die Qualitätspolitik, Ziele und Audits.[493] Er koordiniert die Qualitätszirkel bzw. Qualitätsverbesserungs-Teams, die Qualitätsaktivitäten auf den mittleren und unteren Führungsebenen sowie die qualitätsbezogene Aus- und Weiterbildung.[494]

Die Institutionen der Qualitätsplanung und -lenkung sind unmittelbar auf Krankenkassen übertragbar. Ein Mitglied des Vorstandes der Kasse kann die Verantwortung für das Qualitätsmanagement übernehmen und den TQM-Steuerungskreis leiten. Auf diese Weise kann die hohe Bedeutung eines Qualitätsmanagements symbolisiert werden. Auch der Einsatz eines Qualitätsmanagers - bei größeren Kassen mehrerer Qualitätsmanager - ist möglich und sinnvoll, da aufgrund der noch vielfach vorherrschenden institutionellen Lernschwäche eine gezielte Koordination und Förderung der Qualitätsmanagement-Aktivitäten erfolgen sollte.

Für die operative Qualitätsarbeit schlägt die TQM-Literatur verschiedene Kleingruppenkonzepte vor, die im folgenden vorgestellt werden.

2.6.5.4.2. Kleingruppen

Da sich die TQM-Autoren in ihren Ausführungen i.d.R. auf die Nennung von Konzepten beschränken und nicht klären, wie diese jeweils auszugestalten sind, wird im folgenden jeweils von Idealtypen ausgegangen. Behandelt werden vor allem Qualitätszirkel, zusätzlich Problemlösungsgruppen, Workshops und Teilautonome Arbeitsgruppen. Nicht näher eingegangen wird auf Kreativitäts- und Visualisierungstechniken, die von den TQM-Autoren für die Arbeit in Kleingruppen vorgeschlagen werden, da diese als bekannt vorausgesetzt und grundsätzlich als auf Krankenkassen übertragbar gelten können.[495]

---

[493] Vgl. Bergholz 1991, S. 394; Oess 1991, S. 175; Kaltenbach 1993.

[494] Vgl. Kaltenbach 1993, S. 224; Werne 1993, S 189.

[495] Vgl. zum Einsatz solcher Techniken Staal 1987, S. 62 ff.; Deppe, J. 1992, S. 71 f.; Curtius 1993, S. 83; Zerres 1994, S. 27 ff.; Zink 1994, S. 44.

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel „sind auf Dauer angelegte (1) Kleingruppen (2), in der Mitarbeiter einer hierarchischen Ebene (3) mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage (4) in regelmäßigen Abständen (5) auf freiwilliger Basis (6) zusammenkommen, um Themen des eigenen Arbeitsbereiches zu analysieren (7) und unter Anleitung eines geschulten Moderators (8) mit Hilfe spezieller, erlernter Problemlösungs- und Kreativitätstechniken (9) Lösungsvorschläge zu erarbeiten und zu präsentieren (10), diese Vorschläge selbständig oder im Instanzenweg umzusetzen (11) und eine Ergebniskontrolle vorzunehmen (12), wobei die Gruppe als Bestandteil in den organisatorischen Rahmen des Qualitätszirkel-Systems eingebunden ist und zu den anderen Elementen Kommunikationsbeziehungen unterhält (13)".[496] Für den Einsatz im Rahmen eines Qualitätsmanagements werden Qualitätszirkel von vielen Autoren empfohlen.[497]

Die Literatur spricht dem Qualitätszirkelkonzept viele Vorteile zu, die für sachgüterproduzierende Bereiche zum Teil empirisch bestätigt wurden.[498]

- Danach ist die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich in diesen Gruppen zu engagieren, sehr hoch.[499]
- Die Gruppen fördern die Kreativität. Problemlösungsgruppen vergrößern das Bewußtsein über Probleme anderer Mitarbeiter.[500]
- Probleme werden früher erkannt und beseitigt, und die Implementation von Vorschlägen wird erleichtert.[501]

Problemlösungsgruppen

Problemlösungsgruppen oder „Quality Improvement Teams" sind im Vergleich zu Qualitätszirkeln weniger konkret definiert. Ein wesentliches Merkmal ist, daß die Gruppe zeitlich befristet - also projektbezogen - tätig ist. In der Praxis variiert die je-

---

496 Deppe, J. 1992, S. 42.

497 Vgl. Ishikawa 1983; Mollenhauer/Ring 1989, S. 126 f.; Horváth/Urbahn 1990, S. 53 ff.; Oess 1991, S. 98; Dale/Cooper 1992; Kaltenbach 1993, S. 227; Kromschröder et al. 1992, S. 68; Schmid, D. 1992; Ortlieb 1993, S. 149; Seghezzi 1994, S. 42; Striening 1994, S. 172; Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208; Tvedt 1994 S. 88; Zink 1994.

498 Zu den Bedingungen, an die diese Vorteile geknüpft sind vgl. Ackermann 1992, S. 233, 236; Antoni 1990, S. 156; Bednarek 1985, S. 225; Beriger 1986, S. 223 f.; Bungard/Wiendieck 1992, S. 173; Hackstein/Heeg 1985, S. 154.

499 Vgl. Bednarek 1985, S. 222.

500 Vgl. Antoni 1990, S. 154, 171.

501 Vgl. Beriger 1986, S. 224; Antoni 1990, S. 154, 174.

weilige Konzeptionalisierung im Hinblick auf den zeitlichen Rahmen, die Zusammensetzung, die Unterstützung durch eine Moderation, die Gruppengröße, das Themenspektrum und den Kompetenzrahmen.[502]

Workshops

Workshops sind Problemlösungsgruppen sehr ähnlich. Allerdings dienen Workshops eher der Problemdefinition oder der knappen Entwicklung einer Gruppenmeinung. Sie sind weniger auf die kontinuierliche und systematische Lösung bereits definierter Probleme ausgerichtet. Im Rahmen eines TQM werden Workshops z.B. für die Sensibilisierung für Qualitätsfragen sowie für die Wertvereinbarung vorgeschlagen.[503]

Teilautonome Arbeitsgruppen

Teilautonome Arbeitsgruppen sind im Unterschied zu Qualitätszirkeln, Problemlösungsgruppen und Workshops auf Dauer angelegt. Da diese Gruppen eigenverantwortlich relativ ganzheitlich strukturierte Aufgaben bearbeiten, werden ihnen, zumindest teilweise, viele „klassische" Führungsfunktionen - wie Planung, Koordination und Kontrolle - übertragen. Die Gruppen sind „teilautonom", weil sie in unterschiedlich starkem Maße durch die Definition von „Grenzbedingungen" - wie elementare Fragen der Produktionsmethode, des Produkts selbst und des Personalbereichs - von außen gesteuert werden. Dabei erfolgt diese Steuerung i.d.R. durch Vorgabe quantifizierter Produktionsziele.[504]

Die Stärke von Kleingruppenkonzepten liegt darin, daß sie einen organisatorischen Rahmen für kommunikative Prozesse der Qualitätsförderung schaffen. In Krankenkassen können sie daher sehr gut als Instrument zur Konkretisierung einer Mitarbeiterorientierung zum Einsatz kommen. Zugleich erscheinen sie grundsätzlich geeignet, in Krankenkassen den Rahmen für einen Prozeß der kontinuierlichen Verbesserung zu schaffen.

Empirische Untersuchungen zum Einsatz von Qualitätszirkeln in der Verwaltung zeigen jedoch, daß die positiven Erfahrungen, die in der Industrie mit Kleingruppenkonzepten gesammelt werden konnten, nicht ohne weiteres auf verwaltungsspezifi-

---

[502] Vgl. Crosby 1986, S. 32; Bergholz 1991, S. 394; Brackrock 1993, S. 378; Kaltenbach 1993, S. 243; Pfeifer 1993; Dopfer/Dörr 1994; Runge 1994, S. 94; Striening 1994, S. 172; Werne 1994, S. 179.

[503] Vgl. Braun/Lawrence 1993.

[504] Vgl. Breisig 1990a, S. 56 f. Zum Einsatz im Rahmen eines Qualitätsmanagements vgl. Töpfer/Mehdorn 1994, S. 208; Zink 1994, S. 45; Heidack 1995, S. 93.

sche Sachverhalte - und damit auf die Arbeit in Krankenkassen - übertragbar sind. So kommen Antoni/Bartscher/Bungard in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß die Attraktivität von Qualitätszirkeln in der Verwaltung aus Sicht der Mitarbeiter und Vorgesetzten geringer ist als in der Fertigung.[505] Dies wird damit begründet, daß die Tätigkeiten in der Verwaltung oft weiter angelegt seien als in der Produktion und dadurch der „Reiz des Nicht-Alltäglichen" geringer ausgeprägt sei. Kommunikative Klärungs- und Koordinationsprozesse seien in der Verwaltung - in Form von Sitzungen und Besprechungen - bereits bekannt. Daneben gebe es zahlreiche Möglichkeiten der privaten Kommunikation. Somit werden Qualitätszirkel nicht als Instrument wahrgenommen, die der Ausweitung von Kommunikationschancen dienen können. Auch wird die Auffassung vertreten, daß in der Verwaltung allein eher etwas bewegt werden könne, als dies in der Gruppe der Fall sei. Wichtig sei in diesem Zusammenhang auch die Art der Tätigkeiten. Unregulierte Tätigkeiten werden oft nach „Versuch und Irrtum" - somit wenig methodisch - erledigt. Dadurch fehle ein Maßstab der Kritik an Arbeitsabläufen. Die regulierten Tätigkeiten seien außerdem sehr stark durch EDV-Konfigurationen determiniert, die für den einzelnen Mitarbeiter nur schwer zu durchschauen seien. Somit seien eigenverantwortliche Veränderungen von Prozessen kaum zu realisieren. Außerdem unterstützten die Führungskräfte in der Verwaltung die Zirkelaktivitäten weniger, als dies in der Produktion der Fall ist. Qualitätszirkel werden von den Führungskräften oft als Kritik an der eigenen Problemlösungsfähigkeit und damit als „Karrieregefahr" betrachtet. Demgegenüber werde eine gute Zirkellösung in der Produktion weniger als Kritik am Vorgesetzten und mehr als Kritik an den Experten verstanden. „Mangelnde Unterstützung durch das Umfeld, insbesondere durch die Vorgesetzten", sowie „fehlende Zeit für die QZ-Arbeit ..., hinter der sich jedoch häufig wiederum der Widerstand der Vorgesetzten ... verbirgt", erschweren eine Etablierung von Qualitätszirkeln in der Verwaltung.[506]

Da die Spezifika von Verwaltungstätigkeiten keine variable Größe darstellen, muß im Ergebnis vor allem die Bedeutung des Führungsverhaltens für den Erfolg von Kleingruppenkonzepten hervorgehoben werden. Das Führungsverhalten muß, will

---

505 Die Ergebnisse resultieren aus einer empirischen Untersuchung, die sich auf 16 Leitfadeninterviews mit QZ-Koordinatoren und QZ-Beauftragten stützt. Vgl. zum folgenden Antoni/Bartscher/Bungard 1992, S. 252 ff.

506 Antoni/Bartscher/Bungard 1992, S. 255. Die von den Autoren herausgearbeiteten Hauptprobleme von Qualitätszirkeln in der Verwaltung decken sich mit den Ergebnissen, die im Rahmen des Pilotprojektes im Vorfeld dieser Untersuchung erzielt wurden; vgl. Anhang I.

es die Arbeit in Kleingruppen fördern, auf eine Mitarbeiterorientierung sowie das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung ausgerichtet sein.[507]

2.6.5.4.3. Prozeßmanagement

Viele TQM-Autoren stellen die Organisationsform des Prozeßmanagements als eine wichtige Basis zur Unterstützung der TQM-Aktivitäten dar.[508] Unter dem Begriff Prozeßmanagement wird im funktionalen Sinne die zielgerichtete Gestaltung der Prozesse einer Unternehmung verstanden. „Im institutionellen Sinne kann das Prozeßmanagement als Summe der Personen verstanden werden, die für einen Prozeß Verantwortung tragen."[509] Im Unterschied zu einer funktionsorientierten Organisationsstruktur orientiert sich die Ablauforganisation nicht an Funktionen mit Funktionsverantwortlichen, sondern an Prozessen mit Prozeßverantwortlichen. Prozeßmanagement wird in der organisationswissenschaftlichen Literatur insbesondere für administrative Bereiche empfohlen.[510] Es kann als zusätzliches Strukturelement oder alternatives Organisationskonzept zum Einsatz kommen, Die Prozeßverantwortlichen können nebenamtlich oder hauptamtlich tätig sein.[511] Wird Prozeßmanagement als zusätzliches Strukturelement eingeführt, kann dies zeitlich befristet (als Projekt) und unbefristet geschehen. Die Projektvariante kommt vor allem im Rahmen eines Reengineering-Prozesses zum Einsatz und wird von externen Beratern betreut.[512] Die zeitlich unbefristete Variante kann zu einer Matrix-Organisation ausgebaut werden, so daß die einzelnen Mitarbeiter und Führungskräfte eine mehrdimensionale Anbindung erhalten (Abb. 26).[513] In diesem Fall sind Kompetenzüberschneidungen zwischen Prozeß- und Funktionsverantwortlichen möglich, die allerdings innovative Folgen nach sich ziehen können. Zur Unterstützung des Prozeßmanagements wird die Prozeßkostenrechnung empfohlen.[514]

---

[507] Die Erfahrungen mit Kleingruppen im Rahmen des Pilotprojektes stützen diese Aussage. Kleingruppen waren nur dann erfolgreich, wenn diese in jeder Phase von den Führungskräften unterstützt wurden; vgl. Anhang I.

[508] Vgl. Herter 1993, S. 30; Frehr 1993, S. 212; Runge 1994, S. 94; Striening 1994, S. 169; Tvedt 1994, S. 62; Zink 1994, S. 33; Oppen 1995, S. 80; Heidack 1995, S. 95.

[509] Vgl. Franz 1995, S. 119.

[510] Vgl. Gaitanides 1993, Sp. 192; Franz 1995, S. 118.

[511] Vgl. Striening 1994, S. 164; Zink 1994, S. 32; Franz 1995, S. 120.

[512] Vgl. Franz 1995, S. 122; vgl. zur Kombination von Projek-, Produkt- und Prozeßmanagement Reiß 1992, S. 25 ff.

[513] Vgl. Striening 1994, S. 164.

[514] Vgl. Franz 1995, S. 122 ff. Zur Prozeßkostenrechnung allgemein vgl. Franke 1994, S. 239 ff.

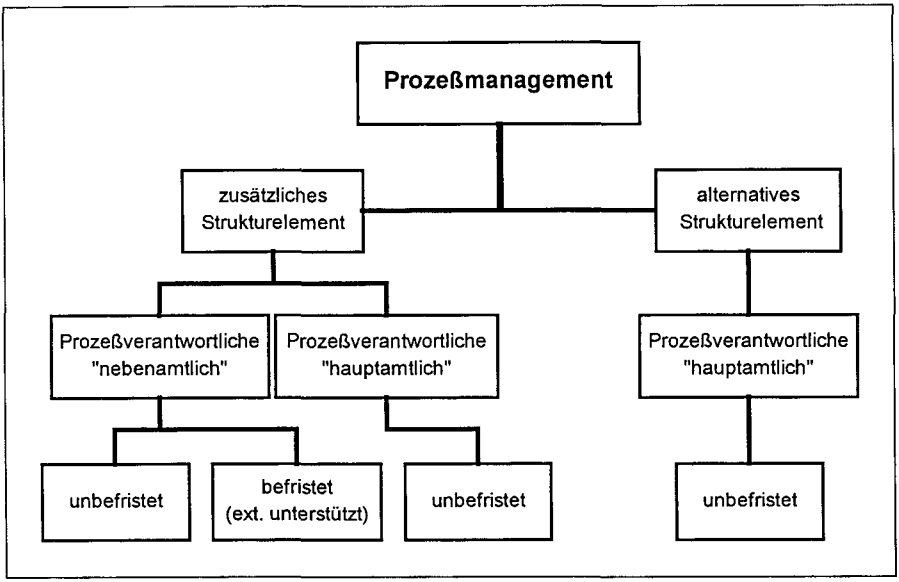


Abb. 26: Prozeßmanagement - mögliche Ausprägungen
Quelle: eigene Darstellung.

Das Prozeßmanagement kann in Krankenkassen zum Einsatz kommen, um den Anforderungen einer Kundenorientierung in ihrer internen und externen Variante organisatorisch zu unterstützen. Oppen hat dies in einer empirischen Untersuchung bestätigt. „Die Mehrzahl der zuvor gesondert bearbeiteten Sachgebiete des Leistungsbereiches (wie die Bewilligung von Heil- und Hilfsmitteln, Zahnersatz, Mutterschutz oder Krankengeld) sind zusammengefaßt worden und liegen 'in einer Hand'. Die vertikale Arbeitsteilung zwischen Bearbeitern und Sachbearbeitern, deren Zuständigkeit traditionell nach der Höhe finanzieller Auswirkungen fragmentiert war, ist aufgehoben. ... Ziel war hierbei ..., den Versicherten den Besuch mehrerer Schalter bei komplexeren Anliegen zu ersparen."[515]

Insgesamt bietet ein Prozeßmanagement vor allem Chancen zur Behebung von Schnittstellenproblemen. Wo immer sich diese Probleme in der Praxis einer Krankenkasse zeigen, kann das Instrument zur deren Minimierung herangezogen werden.

[515] Vgl. Oppen 1995, S. 80.

2.6.5.4.4. Fazit

Die betrachteten organisationsstrukturorientierten Instrumente sind grundsätzlich alle auf gesetzliche Krankenkassen übertragbar. Jedes dieser Instrumente bietet dabei in diesem Zusammenhang einen spezifischen Nutzen für die erfolgreiche Implementierung eines Qualitätsmanagements.

- Die Institutionen der Qualitätsplanung und -lenkung sind vor allem dazu geeignet, die entsprechenden Funktionen in der Organisation der Kasse zu verankern.
- Kleingruppen bieten einen organisatorischen Rahmen für die notwendige Mitarbeiterorientierung.
- Das Prozeßmanagement hebt speziell auf die Minimierung von Schnittstellenproblemen ab.

Daher erscheint es angemessen, die Instrumente in Krankenkassen kombiniert zum Einsatz zu bringen.

2.6.5.5. Übertragbarkeit von Qualitätsmanagement-Instrumenten auf Krankenkassen

Die vorstehenden Ausführungen zeigten, daß die meisten TQM-Instrumente auf Krankenkassen übertragbar sind. Insbesondere harmonieren sie mit den Besonderheiten gesetzlicher Krankenkassen.[516] Lediglich einige Instrumente der Qualitätsicherung sind kaum übertragbar, da sie standardisierte Prozesse voraussetzen, die in Krankenkassen aufgrund der Immaterialität der Dienstleistung nicht in dem Maße realisiert werden können.

Ein adäquater Einsatz dieser Instrumente erfordert eine entsprechende Kombination sowie eine Anpassung an die spezifischen Bedingungen von Krankenkassen. Außerdem muß - damit die Instrumente zur Erreichung der Qualitätsziele beitragen können - geklärt werden, wie eine Integration in das bestehende Führungssystem realisiert werden kann.

2.7. Verwirklichung von Qualitätsmanagement-Ansätzen in gesetzlichen Krankenkassen

Im folgenden Abschnitt soll aufgezeigt werden, inwieweit Elemente eines Qualitätsmanagements bereits heute in Krankenkassen umgesetzt sind. Dazu wurde eine Expertenbefragung durchgeführt. Im folgenden wird auf deren Grundlagen einge-

---

[516] Vgl. zu den Besonderheiten Abschnitt 2.6.4.6.

gangen; danach werden die erzielten Ergebnisse vorgestellt und abschließend interpretiert.

2.7.1. Methodische Grundlagen der empirischen Untersuchung

Als Grundlagen der empirischen Untersuchung gilt es, auf die Fragestellungen, die Erhebungsmethode, die Auswahl der befragten Experten und die Entwicklung des Leitfadens einzugehen sowie schließlich die Durchführung der Untersuchung zu beschreiben.

2.7.1.1. Fragestellungen und Erhebungsmethode

Mit der empirischen Untersuchung wurde zwei Fragestellungen nachgegangen:

- Der erste Teil der Befragung erforschte, inwieweit Elemente eines Qualitätsmanagements bereits heute Eingang in die Geschäftspolitik von Krankenkassen gefunden haben bzw. welche Pläne im Hinblick auf die Umsetzung entsprechender Konzepte vorliegen.
- Mit einem zweiten Teil wurde erhoben, wie das in der vorliegenden Arbeit zu entwerfende krankenkassenspezifische Qualitätsmanagement-Konzept im Hinblick auf die praktische Relevanz und Akzeptanz beurteilt wird.

Zur Klärung beider Fragen wurde eine weitgehend repräsentative, leitfadengestützte Expertenbefragung durchgeführt, mit der grundsätzlich - bei einem vertretbaren Erhebungsaufwand - relativ genaue Ergebnisse zu erzielen sind. Im Hinblick auf die erste Fragestellung erlaubt die Methode das Hinterfragen der von den Experten gegebenen Antworten. Im Hinblick auf die zweite Fragestellung ermöglicht sie eine vertiefende Diskussion einzelner Aspekte, so daß die Positionen der Experten klarer werden, als dies z.B. bei Verwendung einer standardisierten schriftlichen Befragung möglich wäre. Die Verwendung eines Leitfadens erleichtert darüber hinaus die systematische Auswertung der Befragungsergebnisse.[517]

2.7.1.2. Auswahl der Experten

Zur Auswahl der Experten mußte zunächst eine Auswahl unter den Krankenkassen getroffen werden. Die Stichprobenbildung orientierte sich an den Kriterien

- Kassenart,
- Kassengröße sowie
- Öffnung der Kasse.

---

[517] Vgl. Laatz 1993, S. 105.

Die *Kassenart* ist als differenzierendes Kriterium relevant, da die verschiedenen Kassen aufgrund ihrer unterschiedlichen historischen Entwicklung gewisse Unterschiede aufweisen.[518] In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Stichworte „Erfahrung mit Wettbewerbsbedingungen", „Nähe zu Arbeitgebern", „Image eines kundenorientierten Dienstleisters" sowie „Marktentwicklung seit Einführung der Wahlfreiheit" verwiesen. Daher war es notwendig, Orts-, Ersatz-, Innungs- sowie Betriebskrankenkassen in die Untersuchung einzubeziehen.

Die Berücksichtigung der *Kassengröße* ist von Bedeutung, weil - wie in Abschnitt 1.1. bereits erwähnt - mit der Größe der Kasse die Koordinationsanforderungen steigen. Außerdem steht größeren Kassen absolut ein höherer Betrag für Verwaltungsausgaben zur Verfügung, so daß tendenziell in stärkerem Maße, als dies bei kleineren Kassen möglich ist, Management-Know-How finanziert werden kann. Größere Kassen haben damit grundsätzlich eher die Möglichkeit, innovative Management-Konzeptionen, die oft gerade auf die Lösung des Koordinationsproblems abzielen, umzusetzen. Es war daher erforderlich, systematisch relativ große sowie kleine Kassen zu unterscheiden. Dabei wurde jeweils die Anzahl der Mitglieder einer Kasse zugrunde gelegt. Die relative Größe bezieht sich dabei auf die Kassen einer Kassenart.

Im Hinblick auf die Betriebs- und Innungskrankenkassen ist es darüber hinaus sinnvoll, Kassen danach zu unterscheiden, ob sie sich betriebs- bzw. innungsfremden Mitgliedern *geöffnet* haben. Es steht zu vermuten, daß die Geschäftspolitiken geöffneter Kassen innovativer und - stärker als die Politik geschlossener Kassen - auf die Bedingungen des Wettbewerbs ausgerichtet sind. Daher war es notwendig, große und kleine Innungskrankenkassen zusätzlich nach dem Kriterium der Öffnung zu differenzieren.

Unter dem Blickwinkel der Repräsentativität erscheint es zunächst hinreichend, jeweils eine der so diffenzierten Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen auszuwählen. Orts- und Innungskrankenkassen stellen jeweils weitgehend homogene Gruppen dar, da die jeweiligen Kassenverbände einen erheblichen Einfluß auf die Geschäftspolitiken ihrer Mitgliedskassen nehmen. Dies unterstützt eine kassenartenspezifische Vereinheitlichung. Der Einfluß der Verbände von Betriebskrankenkassen ist demgegenüber geringer. Dennoch erscheint eine weitgehende Repräsentativität bei dieser Auswahl gegeben, denn ein anderer Aspekt unterstützt die Homogenisierung der Betriebskrankenkassen. Vor allem die relativ große Nähe zu den BKK-Trägerunternehmen ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Die Ziele

[518] Vgl. nochmals die Abschnitte 2.2.1.1. bis 2.2.1.4.

dieser Unternehmen stimmen unternehmensübergreifend bezüglich der jeweils „eigenen" Betriebskrankenkasse weitgehend überein. Außerdem sind die Differenzierungsmöglichkeiten der zahlreich vorhandenen sehr kleinen Betriebskrankenkassen aufgrund knapper Ressourcen - speziell im Personalbereich - besonders beschränkt.

Auch die Verbände der Ersatzkassen üben keinen starken Einfluß auf ihre Mitgliedskassen aus. Die Verbände werden von den größeren Ersatzkassen dominiert, die ihrerseits eine weitgehend autonome Geschäftspolitik anstreben. Ersatzkassenverbände wirken daher nicht auf eine Vereinheitlichung der Ersatzkassen hin. Da ein anderes vereinheitlichend wirkendes Element von erheblicher Relevanz - wie z.B. der Einfluß der Arbeitgeber bei den Betriebskrankenkassen - bei Ersatzkassen nicht auszumachen ist, wurde die Stichprobe diesbezüglich erweitert. Es wurden die drei mitgliederstärksten sowie zwei kleinere Ersatzkassen in die Untersuchung einbezogen. Dabei wurden sowohl Arbeiter- als auch Angestellten-Ersatzkassen berücksichtigt.

Als Experten waren zunächst ausschließlich die Vorstände der ausgewählten Kassen vorgesehen. Diese Auswahl ließ sich - vor allem im Hinblick auf größere Kassen - nicht immer realisieren. In einem Drittel der Fälle benannten die Vorstände jeweils einen anderen Experten, der dem Vorstand unmittelbar - in Stabs- oder in Linienfunktion - untergeordnet war. Folgende Personen wurden befragt:

10 x Vorstand,
2 x Leiter Stabsstelle Qualitätsmanagement,
1 x Leiter Unternehmensentwicklung,
1 x Leiter Marketing sowie
1 x Leiter medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen.

In vier Kassen wurde die Befragung mit je einem weiteren Experten durchgeführt. Diese Experten waren in folgenden Organisationseinheiten tätig:

2 x Stabsbereich Unternehmensentwicklung sowie
2 x Abteilung Marketing.

Insgesamt sind damit 19 Experten aus 15 Krankenkassen befragt worden. Da den Experten Vertraulichkeit zugesichert wurde, sollen hier weder die Namen der Experten noch die der Kassen ausgewiesen werden. Auch eine Dokumentation der exakten Kassengrößen soll nicht erfolgen, da diese in Verbindung mit den im folgenden verwendeten Kennzeichnungen eine eindeutige Identifikation erlauben würde.

Der nächsten Abbildung ist die Zusammensetzung der Stichprobe zu entnehmen (Abb. 27). Die jeweiligen Kennzeichnungen werden auch in den nachstehenden Ausführungen verwendet, damit einzelne Ergebnisse durchgängig den jeweiligen Kassen zugeordnet werden können. So bleiben die Bedeutung von Kassenart, -größe und -öffnung transparent.

Kassenart	Öffnung	Größe	
		relativ groß	relativ klein
AOK		AOK-groß	AOK-klein
Ersatzkasse		Ersatzkasse-groß-X Ersatzkasse-groß-# Ersatzkasse-groß-Q	Ersatzkasse-klein-Y Ersatzkasse-klein-Z
IKK	nein	IKK-geschlossen-groß	IKK-geschlossen-klein
	ja	IKK-geöffnet-groß	IKK-geöffnet-klein
BKK	nein	BKK-geschlossen-groß	BKK-geschlossen-klein
	ja	BKK-geöffnet-groß	BKK-geöffnet-klein

Abb. 27: Zusammensetzung der Stichprobe
Quelle: eigene Darstellung.

2.7.1.3. Entwicklung des Leitfadens

Zur Unterstützung einer systematischen Befragung sowie zur Erleichterung einer Auswertung der Untersuchungsergebnisse wurde ein Leitfaden verwendet, dessen Aufbau im folgenden begründet werden soll.[519]

Nach Analyse der Geschäftsberichte konnte davon ausgegangen werden, daß die meisten Kassen den hohen Stellenwert einer Kundenorientierung erkannt haben. Es wurde aber überwiegend nicht deutlich, inwieweit diese Kundenorientierung mit Hilfe eines Qualitätsmanagements versucht wurde zu erreichen. Auch die Zeitschriften der Kassenverbände sowie die empirische Untersuchung von Schildknecht zur Verbreitung von Qualitätsmanagement in der Praxis wiesen nicht auf eine größere Verbreitung des Qualitätsmanagement-Ansatzes in Krankenkassen hin.[520] Daraus ergab sich die Hypothese, daß in Krankenkassen Qualitätsmanagement nicht systematisch betrieben wird. Um zu klären, inwieweit Elemente eines Qualitätsmanagements bereits Eingang in die Geschäftspolitiken von Krankenkassen gefunden haben, wurden die Experten befragt,

---

[519] Der Leitfaden ist im Anhang dokumentiert.

[520] Zur allgemeinen Verbreitung des Qualitätsmanagements in Deutschland vgl. Schildknecht 1992; ein Hinweis zur Realisierung einer Qualitätsmanagement-Konzeption in einer Krankenkassen findet sich bei Platzer 1998, S. 255.

- welches die wesentlichen Maßnahmen der Kasse zur Profilierung am Markt sind (Frage 1-1),
- inwieweit sich die Kasse mit Qualitätsmanagement beschäftigt (Frage 1-2) und
- in welchem Umfang konkret benannte Qualitätsmanagement-Prinzipien und -Instrumente bereits in die Geschäftspolitik der Kasse einfließen (Frage 1-3).

Weitere Fragen wurden im Hinblick auf die zweite Fragestellung formuliert: Zur Prüfung der praktischen Relevanz und Akzeptanz der in dieser Arbeit entwickelten Qualitätsmanagement-Konzeption wurde diese den Experten vorgestellt, wobei nach und nach entsprechende Übersichten übergeben wurden. Die Experten wurden jeweils um Stellungnahmen gebeten. Die Präsentation - und somit die Stellungnahmen der Experten - konzentrierten sich auf Ziele und Maßnahmen im Hinblick auf

- die Realisierung einer Kundenorientierung (Frage 2-1),
- die Optimierung der Organisationsstruktur (Frage 2-2),
- die Stärkung der Qualitätskultur (Frage 2-3) sowie
- die Schließung der Kompetenzlücke (Frage 2-4).

Zusätzlich waren einige Fragen vorgesehen, aus deren Antworten speziell auf die Akzeptanz des zentralen strategischen Qualitätsziels der Kundenorientierung geschlossen werden kann. Diese Fragen bezogen sich auf

- die Veränderung der strategischen Ziele aufgrund der Gesundheitsreform (Frage 2-5),
- die Bedeutung einzelner wichtiger Aufgaben von Krankenkassen (Frage 2-6),
- den Kundenbegriff von Krankenkassen (Frage 2-7),
- den angenommenen Zusammenhang zwischen Kundenorientierung und Erfolg (2-8) sowie
- die Schwierigkeiten bei der Realisierung einer Kundenorientierung (Frage 2-9).

2.7.1.4. Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde konzeptionalisiert, nachdem die Explorativstudie[521] zur grundsätzlichen Anwendbarkeit von Elementen eines Qualitätsmanagements in ei-

[521] Hierbei handelt es sich um das oben erwähnte zweijährige Pilotprojekt, das in einer Krankenkassen durchgeführt wurde; siehe Anhang I.

ner Krankenkasse ausgewertet, der konzeptionelle Rahmen der vorliegenden Arbeit gelegt und die Grundzüge eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements ausgearbeitet waren.

Zunächst wurden bei den Kassenverbänden sowie bei einzelnen Kassen Informationen zur Größe und Öffnung eingeholt und - entsprechend der oben genannten Kriterien - eine Auswahl für die Stichprobe vorgenommen. Danach wurden die Vorstände der ausgewählten Kassen angeschrieben und um eine Teilnahme an der Untersuchung gebeten. Im nächsten Schritt sind telefonisch Gesprächstermine vereinbart worden. Dies gelang in den meisten Fällen problemlos, was auf eine hohe praktische Relevanz des Themas verweist. Lediglich eine kleinere Innungskrankenkasse sowie zwei kleinere Betriebskrankenkassen waren zu einer Befragung nicht bereit.

Zur Absicherung der Validität und zur Einübung eines adäquaten Verhaltens im Rahmen der Befragungssituation erfolgten drei Pre-Tests,[522] zu denen sich fünf Experten der empirischen Sozialforschung bzw. des Marketing sowie ein ehemaliger Vorstand einer Krankenkasse bereit erklärten. Die eigentlichen Expertengespräche wurden zwischen dem 15.04. und dem 18.05.1998 in den Räumen der einzelnen Kassen durchgeführt. Die Gespräche dauerten im Durchschnitt ca. zwei Stunden und wurden mit einem Tonband aufgezeichnet. Die Transkription der entsprechenden Mitschnitte erfolgte im Anschluß.

2.7.2. Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Im folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur ersten Fragestellung, der Verbreitung des Qualitätsmanagements in Krankenkassen, referiert. Die Ergebnisse zur zweiten Fragestellung, der Realisierbarkeit der entworfenen Qualitätsmanagement-Konzeption, werden in die Ausführungen des dritten Abschnitts integriert.

2.7.2.1. Relevanz des Qualitätsmanagements als Konzeption zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile

Die wesentlichen Maßnahmen der Krankenkassen zur Profilierung am Markt konzentrieren sich auf

- besondere Leistungsangebote,
- besondere Serviceangebote,
- die Intensivierung der Akquisition am Markt sowie
- Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Senkung des Beitragssatzes.

---

[522] Vgl. Laatz 1993, S. 76 ff., 204.

Im Hinblick auf das *Leistungsangebot* haben Modellvorhaben eine große Bedeutung. Diese werden z.B. von den Innungskrankenkassen genutzt, um Leistungen der Gesundheitsförderung, trotz der erheblichen Einschränkung entsprechender Möglichkeiten nach § 20 SGB V, weiterhin gewähren zu können. Eine Besonderheit der Leistungspolitik war bei einer Betriebskrankenkasse vorfindbar, die den Schwerpunkt ihrer Leistungspolitik auf „ein gleichberechtigtes Nebeneinander von Schulmedizin und Alternativmedizin" legt.[523] Dabei wird nicht, wie dies in diesem Zusammenhang z.T. bei anderen Kassen üblich ist, die Möglichkeit genutzt, Modellvorhaben durchzuführen, sondern vielmehr der Gestaltungsrahmen des § 2 SGB V ausgeschöpft.

Als Besonderheiten des *Services* wurde von den meisten Kassen auf jene Aspekte verwiesen, die bereits den Geschäftsberichten zu entnehmen waren: Verlängerung der Öffnungszeiten, Hausbesuche. Zudem wurde von einer Ersatzkasse hervorgehoben, daß sie eine Service-Garantie gewähre: Danach habe ein Kunde die Antwort auf einen Brief „am dritten Tag im Briefkasten", Krankengeld werde „am gleichen Tag gutgeschrieben".[524] Eine andere Ersatzkasse hat die Aufbauorganisation dahingehend verändert, daß operative Aufgaben, die bisher zentral in der Hauptverwaltung angesiedelt waren, in die Geschäftsstellen verlagert wurden, womit insbesondere die Flexibilität der Verwaltung gesteigert werden sollte.[525] Als weitere Maßnahmen wurden genannt, daß für Arbeitgeber Untersuchungen zur Krankheitsstruktur der Mitarbeiter durchgeführt und für Versicherte Studien, z.B. über Auswirkungen einer Zuzahlungserhöhung bei Zahnersatz, erstellt würden.[526] Die Betriebskrankenkassen hoben in diesem Zusammenhang ihre Nähe zu den Arbeitgebern und auch zu den Versicherten hervor:

> *„Wir können natürlich auch Dinge 'mal machen bei wirklich Schwerkranken hier in Zusammenarbeit mit Betriebsrat, medizinischer Abteilung und ähnlichen - daß man da ein Paket schnürt für denjenigen. Das ist unser Vorteil, den wir bis heute haben."*[527]

Eine Ersatzkasse strebt für die nähere Zukunft an, ihr Beratungsangebot um medizinische Aspekte zu erweitern:

> *„Wir werden uns ganz eindeutig positionieren als eine Kasse, bei der Patientenschutz und Patienteninformation sehr hoch geschrieben ist: Das heißt: Wo*

---

523 BKK-geöffnet-klein.
524 Ersatzkasse-klein-Y.
525 Ersatzkasse-groß-Q.
526 Ersatzkasse-klein-Y.
527 BKK-geschlossen-klein.

nehme ich welche Leistung in Anspruch, wo haben wir Qualitätsindikatoren, die unterstützen, daß wir Versicherte in bestimmte Einrichtungen leiten? Welche Informationen geben wir z.B. bei der Fragestellung: Was tue ich bei einem Bandscheibenvorfall - operieren? Oder gibt es andere Möglichkeiten? Was tue ich bei Krebserkrankungen, wenn jemand eine immununterstützende Therapie haben möchte? Welche Ratschläge gebe ich dort? Wir werden also ganz gezielt uns auf bestimmte, immer wieder nachgefragte, medizinische Fragen ausrichten und hier auch Kompetenz in unserer Kasse zusammenbringen, um tatsächlich dem Versicherten deutlich zu machen: Hier bekommt Ihr etwas, was keine Kasse sonst in diesem Sinne hat."[528]

Die starke Bedeutung *akquisitorischer Maßnahmen* wurde von einigen Kassen betont.[529] Zum Teil wurde auf die Optimierung des Geschäftsstellennetzes, zum Teil auf den Ausbau der personellen Ressourcen für akquisitorische Maßnahmen verwiesen. Auch die Kompetenzen wurden entsprechend angepaßt. Besonders deutlich zeigte sich dies bei folgender Ortskrankenkasse:

„Wir bieten dem Kunden neuen Service, z.B. Beratung zuhause, Beratung im Betrieb, wenn er es wünscht. ... Und deswegen hat sich die Mannschaft hier im Hause ganz schön verändert. Was früher ein normaler Sozialversicherungsfachangestellter war, der hier auch im Vertrieb tätig war - das ist heute nicht mehr Priorität, das hat heute nicht mehr so die erste Bedeutung. Da geht es mehr in Richtung Kundenberater, der gut Kunden betreuen kann und halt auch verkaufen kann."[530]

Der *Beitragssatz* war für alle Kassen von großer Bedeutung und wurde hinsichtlich seiner Relevanz im Vergleich zu Service-Aspekten überwiegend gleich bewertet, zum Teil höher[531], zum Teil niedriger[532]. Alle Kassen streben einen stabilen Beitragssatz bzw. eine Absenkung an, sind sich aber den Schwierigkeiten der aktiven Gestaltung bewußt. Eine der Betriebskrankenkassen hat ein konkretes Ziel im Hinblick auf die Höhe ihres Beitragssatzes formuliert, nämlich „immer ein Prozent unter dem hauptstrategischen Gegner TK" zu liegen.[533] Eine der Ersatzkassen versucht engagiert Wettbewerbsvorteile damit zu erzielen, daß sie sich für die Optimierung des Gesundheitswesens einsetzt, um in Folge die Beiträge senken zu können. Der Experte verdeutlicht dies an einem Beispiel:

---

528 Ersatzkasse-groß-X.

529 AOK-groß; Ersatzkasse-groß-Q; IKK-geschlossen-groß; IKK-geöffnet-klein.

530 AOK-groß.

531 Z.B. Ersatzkasse-groß-X; IKK-geschlossen-groß.

532 Z.B. IKK-geschlossen-klein.

533 BKK-geschlossen-groß.

„Wir haben es heute nach wie vor so, daß Allgemeinärzte lieber ins Krankenhaus einweisen als zu einem Spezialisten, weil die Allgemeinärzte wissen, aus dem Krankenhaus kommt der Patient zurück, während bei dem Spezialisten vielleicht der Spruch gilt: 'Vom Feindflug nicht zurückgekehrt'. Das heißt, der Spezialist behält den Patienten. ... Wenn ich aber sehe, daß das Krankenhaus derzeit unser größter Ausgabenblock ist - 78 Mrd. -, daß wir nach Studien des medizinischen Dienstes mit 22% Fehlbelegung rechnen müssen, daß wir nach Angaben der OECD 23 Mio. Krankenhaustage zu viel in der Bundesrepublik haben, was etwa 85.000 Betten entspricht, dann müssen wir versuchen, diese merkwürdige Einweisungspraxis von niedergelassenen Ärzten zu beenden. Wir müssen im ambulanten Bereich einen Schwerpunkt der Versorgung ansiedeln, weil wir auch wissen, daß vieles von dem, was im stationären Bereich gemacht wird, im ambulanten Bereich passieren kann. ... Das heißt, ich muß Kooperationen bilden, ich muß eine Kooperation von Allgemeinärzten und Spezialisten bilden, ich muß stärker die Behandlungsabläufe der Patienten koordinieren, und ich muß sozusagen ein integratives System von Angeboten machen. Darum sind für die Qualitätssicherung auch diese drei Wörter ganz wesentlich: Kooperation, Koordination und Integration. Und das ist etwas, was fehlt. Wir machen dies mit unseren neuen Modellen, wir machen dies im Rahmen unserer neuen vertraglichen Möglichkeiten. ... Wir sagen, diese Stärkung des ambulanten Bereiches muß auf Dauer den stationären Bereich entlasten, das heißt, die Kosten in diesem stationären Bereich, der 1/3 unserer Ausgaben ausmacht, werden heruntergehen. Ich werde sozusagen Leistungen kostengünstiger und auch sicherlich letzten Endes effizienter erbringen können. Und diese Effizienzsteigerung sollte sich dann letzten Endes auch im Sinne der Beitragsabsenkung deutlich machen. Das ist genau unsere Strategie."[534]

Insgesamt lassen diese Ergebnisse vermuten, daß Qualitätsmanagement derzeit noch nicht explizit als Konzeption zur Erzielung komparativer Qualitäts- bzw. Wettbewerbsvorteile genutzt wird. Auf die Frage „Welches sind die wesentlichen Maßnahmen der Kasse zur Profilierung am Markt?" wurde in keinem Fall auf ein Qualitätsmanagement verwiesen.

Entsprechend antworteten einige Kassen auf die Frage „Beschäftigt sich Ihre Kasse mit Qualitätsmanagement" mit einem klaren „Nein". Allerdings zeigte sich im Laufe der Befragung, daß zum Teil doch einige Qualitätsmanagement-Instrumente implementiert sind.[535] Die meisten Experten antworteten auf die Frage mit einem sehr zurückhaltenden „Ja". Die Relevanz eines Qualitätsmanagements sei ihnen bewußt; es werde auch überlegt, ein Qualitätsmanagement einzuführen. Planungen oder Umsetzungen befänden sich aber noch in sehr frühen Stadien:

---

[534] Ersatzkasse-groß-X.

[535] Z.B. BKK-geöfnet-groß.

„Es gibt ganz unterschiedliche Aspekte, wo wir merken, hier müssen wir etwas tun. Das fängt bei der EDV an und hört bei den Köpfen vieler Mitarbeiter auf. ... Das heißt, wir sind ja sozusagen noch fernab jedes Change-Managements oder was auch immer. Wir sind sozusagen auf der Ebene, überhaupt mal auf der Führungsebene der Kasse diese Ideen zu verankern."[536]

Einige Kassen haben erste Ansätze unternommen, ein Qualitätsmanagement institutionell zu verankern. In einem Fall wurde eine Stabsstelle Qualitätsmanagement eingerichtet, deren Aufgabe es ist, ein Qualitätsmanagement zu konzeptionalisieren.[537] In zwei anderen Fällen erfolgte die Durchführung zahlreicher Qualitätsmanagement-Maßnahmen, wobei das Qualitätsmanagement aber nicht institutionell eingebunden war.[538]

Lediglich zwei aller befragten Kassen, beides Ersatzkassen, haben ein Qualitätsmanagement seit mehreren Jahren institutionalisiert.[539]

2.7.2.2. Einsatz von Qualitätsmanagement-Instrumenten

Im folgenden soll nun aufgezeigt werden, welche Qualitätsmanagement-Instrumente bereits - u.U. unabhängig von der expliziten Einbindung in eine Qualitätsmanagement-Konzeption - implementiert bzw. inwieweit eine entsprechende Einführung geplant ist. Die nachstehend dokumentierten Ergebnisse werden - analog zu der Untersuchung im Grundlagenteil oben - differenziert nach markt- und mitarbeiterorientierten Instrumenten, Instrumenten der Qualitätssicherung sowie organisationsstrukturorientierten Instrumenten.

2.7.2.2.1. Marktorientierte Instrumente

Die Experten wurden zum Einsatz folgender Instrumente befragt:

- Beschwerdemanagement,
- Kundenbefragung,
- Benchmarking sowie
- Testkunde.

---

536 Ersatzkasse-groß-X.

537 IKK-geöffnet-klein.

538 AOK-groß; Ersatzkasse-groß-#.

539 Ersatzkasse-groß-Q, Ersatzkasse-klein-Y.

Beschwerdemanagement

Es zeigte sich, daß das Beschwerdemanagement in Krankenkassen von relativ großer Bedeutung ist. 67% der befragten Kassen, vor allem Orts- und Ersatzkassen sowie geöffnete Innungskrankenkassen, haben ein Beschwerdemanagement bereits umgesetzt. Weitere 27% der befragten Kassen planen dessen Einführung. In kleineren Kassen wird das Beschwerdemanagement oft gar nicht organisatorisch unterstützt, sondern vom Vorstand nur nebenbei betreut.[540] In größeren Kassen werden Beschwerden durch ein „Beschwerdetelefon" und entsprechende Werbemaßnahmen in den Publikationen der Kasse angeregt und von einer zentralen Stelle ausgewertet und systematisiert.[541] Zwei Ersatzkassen erfassen die Beschwerden in einer speziellen Datenbank.[542] Überwiegend wird Beschwerdemanagement als Servicefunktion betrachtet, bei der die Datensammlung als Ausgangspunkt für einen Verbesserungsprozeß im Vordergrund steht. Lediglich in einer der kleineren Ortskrankenkassen hat das Instrument eine eher disziplinarische Funktion:

> *„Das Beschwerdemanagement ist verantwortlich, gegenüber dem Vorstand bestimmte Dinge, Mißstände, ganz klar und deutlich aufzuzeigen, also im Falle eines Falles natürlich mit Namensnennung des Sachbearbeiters oder des Bereichs, wo bestimmte Dinge nicht so gelaufen sind, wie sie hätten laufen sollen. Dann kann reagiert werden, abgestellt werden. Ich muß es so deutlich sagen: bis hin zu personellen Konsequenzen, die sich daraus im Einzelfall ergeben können."*[543]

Kundenbefragung

Von ebenfalls großer Bedeutung ist die Kundenbefragung. 67% der befragten Kassen, vor allem Orts-, Ersatz- und Innungskrankenkassen, haben dieses Instrument implementiert. Bei den Betriebskrankenkassen wird es noch wenig verwendet. Lediglich die große, nicht geöffnete BKK führt systematisch Kundenbefragungen durch. Die Ausgestaltung der Kundenbefragung zeigt einige Unterschiede. In der Regel beziehen sich die Befragungen auf die Versicherten der Kasse, wobei deren Erwartungen und Zufriedenheit relevant sind. Eine Ähnlichkeit zu SERVQUAL ist erkennbar. Eine der Befragungskonzeptionen zielt demgegenüber auf die Analyse der Kundenbindungswirkung einzelner Dienstleistungsbestandteile,[544] eine andere

---

[540] Z.B. BKK-geöffnet-klein.
[541] Z.B. AOK-groß; Ersatzkasse-groß-Q; Ersatzkasse-klein-Y.
[542] Ersatzkasse-groß-Q; Ersatzkasse-klein-Y.
[543] AOK-klein.
[544] BKK-geschlossen-groß.

konzentriert sich auf die Akzeptanz „neuer Leistungsprogramme".[545] Allen Konzeptionen ist gemeinsam, daß sie schriftlich und in standardisierter Form durchgeführt werden. In der Regel werden diese Befragungen in einem jährlichen Zyklus durch externe Berater, zum Teil aber auch von den Kassen selbst durchgeführt.[546] Dabei profitieren die Innungskrankenkassen stark von ihrem Verband, der seinen Mitgliedskassen ein Befragungskonzept zur Verfügung stellt, womit unter anderem eine kassenübergreifende Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht wird.

Als besondere Form der Kundenbefragung setzen zwei Innungskrankenkassen zusätzlich „Kundenzirkel" ein, in denen Versicherte über ihre Erwartungen und Erfahrungen im Hinblick auf die Kassendienstleistung befragt werden. Bei einer der Betriebskrankenkassen ist dieses Instrument in Planung.[547] Ein ähnliches Instrument wird auch für die Befragung der Arbeitgeber eingesetzt:

> *„Wir holen dann 25 Innungsobermeister zusammen oder ein bißchen weniger. Oder die Geschäftsführer der Handwerkerschaften, die für uns auch als Absatzmittler bzw. Multiplikatoren dienen. Die holen wir zusammen und sagen: Paßt mal auf, sagt 'mal Eure Anforderungen. Dann nennen die ab und zu auch ein paar Anforderungen, oder wir sagen denen, was wir meinen und dann bewerten wir das Ganze. ... Das machen wir dann viermal im Jahr mit denen."*[548]

Benchmarking

Von etwas geringerer Bedeutung ist das Benchmarking, das von 40% der Kassen - zumindest Ansatzweise - eingesetzt, von weiteren 13% geplant ist. Unter dem Benchmarking wird in Krankenkassen vor allem ein Vergleich mit Kassen derselben Kassenart verstanden. Nur wenige Kassen führen Vergleiche mit Kassen anderer Art durch.[549] Als Methode, die es erlaubt, im Hinblick auf einzelne Aspekte von den Erfolgen der „Klassenbesten", die auch anderen Branchen angehören können, zu lernen, wird es nicht genutzt.

Testkunde

Das Instrument des „Testkunden" ist von eher untergeordneter Bedeutung. 20% der Kassen, darunter die Ortskrankenkassen und eine kleine Ersatzkasse, setzen dieses ein. Eine der großen Ersatz- und eine der großen Innungskrankenkassen pla-

---

545 Ersatzkasse-groß-X.
546 Z.B. Ersatzkasse-groß-Q; IKK-geöffnet-groß.
547 IKK-geschlossen-klein; IKK-geöffnet-klein; BKK-geöffnet-klein.
548 IKK-geschlossen-klein.
549 Z.B. BKK-geschlossen-groß.

nen die Umsetzung.[550] In den Betriebskrankenkassen und den kleineren Innungskrankenkassen soll das Instrument nicht eingeführt werden. Zum Teil berichteten die Experten von Umsetzungsschwierigkeiten, da der Personalrat dem Instrument nicht habe zustimmen wollen.[551]

Fazit

Somit kommen die marktorientierten Qualitätsmanagement-Instrumente in Krankenkassen bereits in hohem Maße zum Einsatz. Besonders intensiv werden sie von den Ortskrankenkassen sowie den geöffneten Innungskrankenkassen eingesetzt. Bei den Ersatzkassen zeigt sich ein sehr uneinheitliches Bild. Intensiv werden die Instrumente vor allem von zwei dieser Kassen genutzt. Am geringsten ist die Bedeutung marktorientierter Instrumente bei den Betriebskrankenkassen. Insgesamt scheint die Intensität des Einsatzes sowohl von der Kassengröße als auch - bei Innungs- und Betriebskrankenkassen - von der Kassenöffnung unabhängig zu sein.

2.7.2.2.2. Mitarbeiterorientierte Instrumente

Folgende mitarbeiterorientierte Instrumente wurden abgefragt:

- kooperativer Führungsstil,
- qualitätsbezogene Fortbildung,
- Zielvereinbarung,
- Mitarbeiterbefragung sowie
- qualitätsorientiertes Anreizsystem.

Kooperativer Führungsstil

Die Befragung ergab, daß der kooperative Führungsstil ein etabliertes mitarbeiterorientiertes Instrument ist. Alle Kassen gaben an, diesen Stil umgesetzt zu haben, wobei einige Experten darauf hinwiesen, daß der Stil bereits seit vielen Jahren existiere:

> *„Demokratisch-kooperativ heißt unser Führungsstil. Den haben wir aber sehr lange, deswegen heißt der so. Heute würde ihn niemand mehr demokratisch nennen."*[552]

---

[550] Ersatzkasse-groß-Q; IKK-geöffnet-groß.
[551] IKK-geschlossen-klein.
[552] Ersatzkasse-groß-#.

„Den haben wir verwirklicht. Nicht vollständig, aber X[553] hat ja einen institutionalisierten kooperativen Führungsstil mit Vereinbarungen zwischen den dortigen Gremien. Da wir einen Anschlußtarifvertrag haben, der alles eins in eins überträgt, haben wir das. Und da wir lange bei X waren und dieser Führungsstil seit 15 Jahren etwa formal eingeführt ist und auch so praktiziert wird, haben wir den."[554]

Einige Experten erläuterten den praktizierten Stil mit Beispielen aus der Führungspraxis:

„Die Türen sind immer offen. ... Da kann auch jeder 'reinkommen, ohne sich einen Termin geben zu lassen. Es wird hier auch nicht geklopft - im Hause generell nicht. Wenn jemand klopft weiß ich, das ist ein Externer. Die Leute gehen sonst einfach rein in das Zimmer. Das geht hier aber vom ganz normalen Sachbearbeiter bis zum Vorstand hoch."[555]

„Ich nehme natürlich hin und wieder an den Mitarbeiterbesprechungen teil. Also an Abteilungsbesprechungen nehme ich teil, damit die Leute auch direkt Sachen mit mir besprechen können, wo sie vielleicht meinen, nicht direkt über den Ressortleiter gehen zu wollen, oder nicht möchten, weil sie dann denken, das hat mit der Person zu tun, oder meinen, das nimmt er nicht ernst. Also es gibt schon eine direkte Kommunikation auch zu den Sachbearbeitern."[556]

Zwei Experten arbeiten auf ganz unterschiedliche Weise heraus, daß der Führungsstil in ihrer Kasse nicht durchgängig kooperativ ist:

„Ich vertrete klar und deutlich die Meinung: Sie können „kooperativ" nicht generell durchhalten. Ich sage, vom Grundsatz her hat er Gültigkeit und auch für unsere Häuser. Ansonsten, individuell auf den Mitarbeiter bezogen, muß man in dem einen oder anderen Fall ein bißchen von der Kooperation abweichen. Ich pflege immer zu sagen, einige brauchen die Peitsche und andere brauchen ein wenig Zuckerbrot."[557]

„In den Kassen spiegelt sich die Struktur wider, die wir draußen in der Versorgungsstruktur sehen. Das heißt, wir haben in den Kassen Abteilungen für ambulante, für stationäre Versorgung, für Heil- und Hilfsmittel - also ganz klar sektoral. Das heißt, wir haben auch im Prinzip eine vertikale Diskussionskultur und keine horizontale. Es war völlig untypisch in Kassen, also nicht nur bei uns, sondern überall, daß man zwischen diesen Sektoren überhaupt auf der mittle-

---

553 Um die Anonymität dieser Betriebskrankenkasse zu wahren, wird das hier angesprochene Trägerunternehmen mit „X" bezeichnet.

554 BKK-geschlossen-groß.

555 BKK-geschlossen-klein.

556 BKK-geöffnet-klein.

557 AOK-klein.

ren Ebene diskutiert hat. Das mußte immer nach oben gehen, und dann kam es wieder herunter - oder auch nicht. Und insofern sind dies auch neue Führungsziele, die sich hier langsam entwickeln, nämlich einer verstärken Horizontalisierung der Sachebenen, die eben miteinander in Kontakt sind.[558]

Qualitätsorientierte Fortbildung

Neben dem Führungsstil hat die Fortbildung als mitarbeiterorientiertes Instrument ebenfalls eine herausragende Bedeutung. 87% der Kassen führen Fortbildungsmaßnahmen durch, die auf die Erhöhung der Dienstleistungsqualität ausgerichtet sind. Der Umfang ist dabei sehr unterschiedlich. So gab ein Experte an, daß drei Jahre zuvor lediglich zwei Mitarbeiter an einer Maßnahme teilgenommen hätten.[559] Für viele andere Kassen ist die Fortbildung von größerer Relevanz. Im Gespräch war die Ernsthaftigkeit erkennbar, mit der die Anpassung von Kompetenzen an die Bedingungen des Wettbewerbs betrieben wird. So bietet eine Ersatzkasse 1998 - neben anderen Maßnahmen - allein acht Seminare zum Thema „beschwerdefreundliche Krankenkasse" an.[560] Eine Ortskrankenkasse hat ihr Fortbildungsbudget in den letzten Jahren verfünffacht.[561]

Zielvereinbarung

Auch die Zielvereinbarung ist von hoher Relevanz. 73% der Kassen setzen dieses Instrument ein, 13% planen dies. Oft beziehen sich die Ziele ausschließlich auf den Außendienst,[562] seltener auf alle Organisationseinheiten[563]. Teilweise handelt es sich um echte Vereinbarungen:

„Wir leisten uns wirklich den Prozeß - der zum Teil recht schwierig ist -, eine Zielvereinbarung unter Beteiligung der Mitarbeiter aufzustellen. Unter Beteiligung der Zielnehmer. Wir machen es aber ganz konsequent, daß wir eben auch eine Entwurfsfassung, eine zweite, dritte oder vierte Entwurfsfassung vorher diskutieren und nachher dann die Ziele echt vereinbaren. Mit Unterschrift der Zielnehmer und Zielgeber."[564]

Vielfach werden die Ziele den Mitarbeitern auch vorgegeben:

---

558 Ersatzkasse-groß-X.
559 BKK-geschlossen-klein.
560 Ersatzkasse-groß-Q.
561 AOK-klein.
562 Z.B. Ersatzkasse-groß-#.
563 Z.B. Ersatzkasse-klein-Y.
564 AOK-groß.

„1996 ist unser neues Leitbild entstanden und seitdem haben wir dann begonnen, ganz konkret jedes Jahr Ziele zu planen. Also globale Unternehmensziele, Abteilungsziele und Mitarbeiterziele. Konsequent jedes Jahr, top-down."[565]

Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung ist von ebenso großer Bedeutung wie die Zielvereinbarung. 73%, vor allem die Orts-, Ersatz- und Innungskrankenkassen, haben diesbezügliche Erfahrungen. Auch dieses Instrument wird in ganz unterschiedlicher Weise und Intensität genutzt. Zum Teil wird es nur punktuell eingesetzt, beispielsweise um die Zufriedenheit mit der Kantine abzufragen.[566] In einer Kasse dient es der Ermittlung von Änderungsbedarfen.[567] Einige Kassen nutzen es systematisch, um die Integration der Mitarbeiter zu erhöhen.[568] Bei zwei Ersatzkassen ist die Mitarbeiterbefragung im Rahmen eines Pilotprojektes zur Einführung eines Qualitätsmanagements eingesetzt worden.[569] Eine weitere Ersatzkasse nutzt die Mitarbeiterbefragung als Element eines etablierten Qualitätsmanagements. Der Experte dieser Kasse verwies auf die Bedeutung, einer Befragung auch Maßnahmen folgen zu lassen:

„Wir haben vor Jahren 'mal eine Mitarbeiterbefragung gemacht, die hat darin geendet, daß in den Geschäftsstellen und Abteilungen, wo es nicht so gut lief, der Personalrat und ein Diplompsychologe einer Unternehmensberatung konkret in die Geschäftsstellen gereist sind und dort, zunächst einmal im Kreis der Mitarbeiter, dann mit den Führungskräften diskutiert haben. Es wurde da auch 'mal vorsichtig versucht, den Führungskräften zu sagen, was gegen die alles vorgebracht wurde, und andersherum. Natürich anonym alles. Und das hat in einigen Bereichen auch wirklich eine Verbesserung gebracht. Daß die endlich 'mal wieder miteinander gesprochen haben."[570]

Entsprechend wurde von einer kontraproduktiven Wirkung einer Befragung berichtet, der keine Maßnahmen folgten:

„1993 wurde hier eine Mitarbeiterbefragung gemacht. Alle Mitarbeiter waren total begeistert, daß so etwas 'mal läuft, alle haben mächtig ausgefüllt und haben auch Kritik aufgeführt. Das wurde ausgewertet, Ergebnisse kamen dann, wurden verteilt, und dann war es das. Es wurde nichts gemacht. ... Es war un-

---

565 Ersatzkasse-klein-Y.
566 AOK-klein.
567 BKK-geöffnet-groß.
568 Z.B. AOK-groß
569 Ersatzkasse-groß-#; Ersatzkasse-groß-Q.
570 Ersatzkasse-klein-Y.

ter dem netten Kollegen. Der war einfach von der Kraft her nicht mehr in der Lage, das zu leisten. Oder auch von der ganzen Erfahrung und von der ganzen Erziehung her und von der Ausbildung letztendlich auch her war der nicht in der Lage zu sehen, ob man das umsetzen muß. ... So, und mit der Folge: Jetzt wurde wieder eine Mitarbeiterbefragung angeregt, an der ich dann auch als Kasse gesagt habe, da müssen wir unbedingt daran teilnehmen. ... So, aber Tatsache ist, daß ich schon erst 'mal Probleme hatte, die Mitarbeiter zu motivieren, überhaupt erst 'mal daran teilzunehmen. Die hatten gar keine Lust mehr, die haben gesagt: Hör' 'mal, ich mach' doch nicht noch 'mal mit, ich bin doch nicht dumm."[571]

Qualitätsorientiertes Anreizsystem

Im Unterschied zu Führungsstil, Fortbildung, Zielvereinbarung und Mitarbeiterbefragung ist ein qualitätsorientiertes Anreizsystem bislang weniger häufig umgesetzt. 47% der befragten Kassen, vor allem relativ große Kassen, nutzen dieses Instrument zur Innovationsförderung. Insbesondere bei Ersatz- und Innungskrankenkassen sprechen tarifvertragliche Regelungen gegen die Einführung eines entsprechenden Anreizsystems. Daher beschränkt sich das qualitätsorientierte Anreizsystem überwiegend auf das Betriebliche Vorschlagswesen. Besonders erfolgreich ist dieses Instrument in einer Ersatzkasse:

„Das Betriebliche Vorschlagswesen hat im letzten Jahr erstmalig sein Geld auch verdient, was es gekostet hat. In diesem Jahr wird es nur noch ein Drittel dessen kosten, was es einbringt. ... Im letzten Jahr war es gerade pari, in diesem Jahr wird es ungefähr 300.000 DM kosten und eine Million DM an Ersparnis bringen. Das zeichnet sich jetzt schon ab."[572]

Fazit

Die mitarbeiterorientierten Instrumente haben insgesamt eine hohe Bedeutung in Krankenkassen. Differenziert nach Kassenarten, werden sie besonders intensiv von den Innungskrankenkassen verwendet. Im Hinblick auf die Ersatzkassen fällt eine starke Heterogenität der Befragungsergebnisse auf. Während eine große sowie eine kleine Ersatzkasse kaum derartige Instrumente zum Einsatz bringen, verwenden zwei andere große und eine kleine Ersatzkasse nahezu alle Instrumente sehr intensiv. Die Betriebskrankenkassen nutzen diese Instumente im Vergleich zu den anderen Kassen - mit einer Ausnahme - am wenigsten.

---

571 IKK-geöffnet-klein.

572 Ersatzkasse-groß-Q.

2.7.2.2.3. Instrumente der Qualitätssicherung

Folgende Instrumente der Qualitätssicherung wurden abgefragt:

- Quality Function Deployment,
- Fehler-Möglichkeits- und Einfluß-Analyse,
- Qualitätskosten,
- Qualitätskennzahlen,
- computergestützte Qualitätssteuerung,
- Qualitätsbericht,
- Qualitätsstandards sowie
- Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff.

Die Befragung ergab, daß einige dieser Instrumente in Krankenkassen ohne Bedeutung sind: Das *Quality Function Deployment*, die *Fehler-Möglichkeits- und Einfluß-Analyse* sowie *Qualitätskosten* werden nicht eingesetzt.

Qualitätskennzahlen und computergestützte Qualitätssteuerung

Im Vergleich zu anderen Instrumenten der Qualitätssicherung sind Qualitätskennzahlen von einer gewissen Relevanz. 20% der befragten Kassen setzen diese bereits ein,[573] weitere 20% planen ihre Einführung[574]. Zum Teil beschränken sich die umgesetzten Kennzahlen auf Daten des Außendienstes, wie Kontakthäufigkeit, Erfolg des Kontakts oder Umgangsweisen mit Kunden.[575] Zum Teil werden auch Ergebnisse von Befragungen in das Kennzahlensystem integriert.[576]

Ein bereits ausgereiftes Kennzahlensystem wurde von einer kleinen Ersatzkasse entwickelt: Zu zahlreichen Dimensionen wurden Kennzahlen gebildet und Ziele formuliert. Ein Management-Informationssystem ermöglicht es allen Mitarbeitern der Kasse, die Zielerreichungsgrade verschiedener Organisationseinheiten differenziert auszuwerten und miteinander zu vergleichen. Zu Auswahl und Auswertung der Kennzahlen machte der Experte folgende Angaben:

> *„Ja, das ist total unterschiedlich, je nach Thema. Beschwerden zum Beispiel ist eben 'Anzahl je 100.000 Mitglieder' oder bei Abgängen ist natürlich derjenige der beste, der wenig hat, es ist total unterschiedlich. ... Ich kann Ihnen das nachher 'mal zeigen, zumindest 'mal das Menü dazu. Da haben wir eine Informationsschicht. Da sind 50-60 Auswertungen drin, die man nach allem mögli-*

---

573 AOK-groß; Ersatzkasse-klein-Y; IKK-geschlossen-groß.

574 Ersatzkasse-groß-X; Ersatzkasse-groß-Q; BKK-geöffnet-klein.

575 IKK-geschlossen-groß.

576 AOK-groß.

chen anklicken kann. Wo Grafiken drin sind, die man herausnehmen kann und dann in Excel einfügen kann, um Präsentationen zu gestalten. Und darüber die Controlling-Schicht, die diese Daten in der Informationsschicht zusammenführt und mit den Zielen vergleicht und dann einen Soll-/Ist-Abgleich macht in Form von einer Ampel, da sieht man auch die Zahlen. Also, man klickt dann drauf, und dann kommt ein Bundesland, da kommt die Karte von Deutschland, und da sind alle Ampeln drauf, und Zahlen sind auch drauf. Zu jedem Ziel haben wir das. Also z.B. bei Beschwerden, Beschwerdeanzahl, Beeinflußbarkeit, Zufriedenheit mit der Beschwerdebearbeitung. Oder Vorschläge: Wieviele Vorschläge haben die gemacht? Oder Vermögensschäden: Wieviele Vermögensschäden je Mitglied haben sie gemacht? Oder Kundenzufriedenheit, auch das. Das ist aber nur der Bereich Qualität, im Personal haben wir das, im Finanzbereich, und natürlich beim Kundenbereich, da sind die meisten Anbindungen drin."[577]

Dieses Management-Informationssystem führt computergestützt einen permanenten Soll-Ist-Abgleich qualitativer Ziele durch. So ist ein status quo ablesbar, und es können Maßnahmen auf die Zielerreichung ausgerichtet werden. Das Instrument ähnelt damit stark einer computergestützten Qualitätssteuerung.

Qualitätsberichte

Qualitätsberichte werden von 13% der Kassen eingesetzt. Eine weitere Kasse will Qualitätsberichte zukünftig erstellen.[578] In den realisierten Qualitätsberichten werden die Qualitätsziele, die Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele sowie die Zielerreichungsgrade zusammengefaßt. Die Berichte werden einerseits als Instrument der Qualitätsführung begriffen. Andererseits dienen sie der Information der Selbstverwaltung.[579]

Qualitätsstandards

Auch Qualitätsstandards haben ansatzweise Verbreitung gefunden. 13% der befragten Kassen verfügen über Erfahrungen mit Standards, ebenso viele planen deren Einsatz. Die Standardisierung bezieht sich vor allem auf die Tätigkeiten jener Personen, die in unmittelbarem Kontakt zum Kunden stehen, insbesondere auf die Mitarbeiter des Außendienstes.[580] Diesbezüglich bestehen Standards im Hinblick auf die Ausbildung. Zusätzlich sind Verhaltens- und Bearbeitungsstandards festgelegt worden:

---

577 Ersatzkasse-klein-Y.
578 Ersatzkasse-groß-Q.
579 AOK-groß; BKK-geschlossen-groß.
580 AOK-groß; IKK-geschlossen-groß.

„Wir sagen, gewisse Grundvoraussetzungen sind im Hause zu erfüllen. Die also auch Auswirkungen wieder nach draußen haben. Also, es kann nicht sein, daß das Telefon 20-mal klingelt, ehe so eine Figur 'rangeht. Das gibt es nicht. Es gibt also gewisse Standards des Verhaltens, die ein Niveau und eine Unternehmenskultur darstellen."[581]

Zertifizierung

Eine Zertifizierung ist bislang von keiner der befragten Kassen durchgeführt worden. Einige Ersatzkassen haben sich mit der Thematik beschäftigt und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß eine Zertifizierung für sie nicht sinnvoll sei. Argumentiert wurde:

- Zertifizierung führe zu einer weiteren Regulation der Sozialversicherung, die ohnehin bereits an einer Überregulierung leide;[582]
- die mit einer Zertifizierung verbundenen Dokumentationen und Anweisungen harmonierten nicht mit einer Kundenorientierung;[583]
- es sei nicht erkennbar, daß eine Krankenkasse durch Zertifizierung einen Wettbewerbsvorteil erzielen könne;[584]
- eine Zertifizierung führe nicht zwingend zu einer höheren Dienstleistungsqualität: „Man kann auch einen Schwimmring aus Beton zertifizieren, Hauptsache, das Handbuch ist ausreichend beschrieben."[585] Der Beginn eines Qualitätsmanagement-Ansatzes dürfe deshalb nicht darin bestehen, „Handbücher zu schreiben." Von Bedeutung seien vielmehr „Einstellungs- und Verhaltensänderungen der Mitarbeiter".[586]

Zwei Kassen halten eine Zertifizierung allerdings für sinnvoll. Eine Betriebskrankenkasse vertrat die Auffassung, daß eine Zertifizierung zu einer Vereinheitlichung der Sachbearbeitung beitragen könne, was vor dem Hintergrund eines starken Wachstums ein echter Vorteil sei.[587] Eine Ersatzkasse argumentierte, daß eine Zertifizierung der Kasse die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung erleichtere:

„Wir haben über eine Zertifizierung nachgedacht, weil wir das auch von vielen Krankenhäusern fordern. ... Wenn wir es von anderen fordern, ist es eigentlich auch sinnvoll, selber darüber nachzudenken. Daß wir eben auch als Beispiel

---

581 AOK-groß.
582 Ersatzkasse-groß-#.
583 Ersatzkasse-klein-Y
584 Ersatzkasse-groß-#; Ersatzkasse-klein-Y.
585 Ersatzkasse-groß-Q.
586 Ersatzkasse-groß-Q.
587 BKK-geöffnet-klein.

vorangehen, sonst ist es immer schwierig, etwas zu fordern, was wir, aus welchen Gründen auch immer, nicht tun."[588]

Fazit

Im Vergleich zu den markt- und den mitarbeiterorientierten Instrumenten sind die Instrumente der Qualitätssicherung in Krankenkassen insgesamt von weit geringerer Bedeutung. Überlegungen zur internen Qualitätssicherung erfolgen vor allem in den größeren Kassen, insbesondere den Ersatzkassen. Umgesetzt worden sind derartige Instrumente ebenfalls eher von den größeren Kassen, wobei bei allen Kassenarten einzelne Ansätze auszumachen sind.

2.7.2.2.4. Organisationsstrukturorientierte Instrumente

Zu den organisationsstrukturorientierten Instrumenten, die im Rahmen der Erhebung abgefragt wurden, gehören:

- Qualitätsverantwortung auf Vorstandsebene,
- TQM-Steuerungskreis,
- Qualitätsmanager,
- Kleingruppen/Qualitätszirkel sowie
- Prozeßmanagement.

Qualitätsverantwortung auf Vorstandsebene

Die Frage nach der Qualitätsverantwortung auf Vorstandsebene wurde von allen Kassen bejaht. Allerdings ordnete keine der befragten Kassen die Funktion „Qualitätsmanagement" explizit - und somit für alle Organisationsmitglieder deutlich erkennbar - einem Vorstand zu.

TQM-Steuerungskreis

Auch ein TQM-Steuerungskreis ist in keiner Kasse verankert. Allerdings beschrieben zwei Experten Steuerungskreise in ihrer Kasse, die aufgrund ihrer Aufgabenstellung und Zusammensetzung als TQM-Steuerungskreise bezeichnet werden können.[589]

---

[588] Ersatzkasse-groß-X.

[589] IKK-geschlossen-groß; BKK-geöffnet-groß.

Qualitätsmanager

Qualitätsmanager sind in 20% der Kassen eingesetzt. In zwei dieser Kassen - beides Ersatzkassen - wird die Koordination bzw. Durchführung der Qualitätsmanagement-Maßnahmen durch personell sehr gut ausgestattete Stabsstellen unterstützt.[590] Eine Innungskrankenkasse hatte zum Zeitpunkt der Befragung eine Stabsstelle „Qualitätsmanagement" gerade eingerichtet.[591] Eine weitere Ersatzkasse, deren Qualitätsmanagement-Erfahrungen sich bislang auf die Durchführung eines Pilotprojektes beschränken, läßt die Qualitätsmanagement-Maßnahmen durch die Abteilung „Marketing" koordinieren. Die Funktion eines Qualitätsmanagers wird hier durch einen Mitarbeiter wahrgenommen, der für den Bereich „Kundenbindung" zuständig ist.[592]

Kleingruppen/Qualitätszirkel

Die umfangreichsten Erfahrungen mit organisationsstrukturorientierten Instrumenten des Qualitätsmanagements liegen im Hinblick auf Kleingruppen bzw. Qualitätszirkel vor. 60% der befragten Kassen haben bereits entsprechende Konzepte realisiert, bei weiteren 13% ist eine entsprechende Einführung geplant. Die realisierten Konzepte werden überwiegend sporadisch, zur Lösung einzelner Probleme oder abteilungsübergreifender Fragestellungen, eingesetzt.[593] Anspruchsvollere Konzeptionen werden vor allem von Ersatzkassen, aber auch von einer großen Ortskrankenkasse angewendet. Dabei geht es nicht unbedingt um die Lösung von Problemen. Zum Teil steht - dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung folgend - die Erhöhung der Prozeßqualität im Vordergrund, zum Teil treffen sich Mitarbeiter zu einem Erfahrungsaustausch.[594] Qualitätszirkel im engeren Sinne arbeiten in zwei Ersatzkassen.[595] Im Hinblick auf Qualitätszirkel wurde von unterschiedlichen Qualitäten der Zirkelarbeit berichtet, die wesentlich mit der Unterstützung durch die jeweiligen Vorgesetzten zusammenhingen.

---

590 Ersatzkasse-groß-Q; Ersatzkasse-klein-Y.

591 IKK-geöffnet-klein.

592 Ersatzkasse-groß-#.

593 Z.B. BKK-geschlossen-klein; BKK-geschlossen-groß; IKK-geöffnet-klein; IKK-geschlossen-klein.

594 Z.B. AOK-groß; Ersatzkasse-klein-Y; Ersatzkasse-groß-#; Ersatzkasse-groß-Q.

595 Ersatzkasse-groß-#; Ersatzkasse-groß-Q.

Prozeßmanagement

Das Prozeßmanagement wird bislang von keiner Kasse systematisch betrieben. Zwei Kassen planen eine Einführung, wobei sich die Experten Impulse aus dem gerade im Aufbau befindlichen Controlling erhoffen.[596]

Fazit

Insgesamt ist eine organisatorische Verankerung des Qualitätsmanagements relativ schwach ausgeprägt. Den höchsten Organisationsgrad haben zwei Ersatzkassen realisiert, wobei dort insbesondere den Stabsabteilungen „Qualitätsmanagement" eine hohe Bedeutung zukommt. Die anderen Kassen beschränken sich weitgehend auf den Einsatz von Arbeitsgruppen.

[596] Ersatzkasse-groß-#; IKK-geschlossen-klein.

2.7.2.2.5. Zusammenfassung

Die folgende Übersicht faßt die wesentlichen Ergebnisse der Befragung zusammen (Abb. 28):

Qualitätsmanagement-Instrumente	AOK-groß	AOK-klein	Ersatzkasse-groß-X	Ersatzkasse-groß-#	Ersatzkasse-groß-Q	Ersatzkasse-klein-Y	Ersatzkasse-klein-Z	IKK-geschlossen-groß	IKK-geöffnet-groß	IKK-geschlossen-klein	IKK-geöffnet-klein	BKK-geschlossen-groß	BKK-geöffnet-groß	BKK-geschlossen-klein	BKK-geöffnet-klein
Marktorientierte Instrumente															
· Beschwerdemanagement	■	■	■	⇗	■	■	■	⇗	■	⇗	■	■	⇗		■
· Kundenbefragung	■	■	◆	■	■	■		■	■	■	■	■	◆		
· Benchmarking	■	■			⇗	■		⇗	■		■	■			
· Testkunde	■	■			⇗	■			⇗						
Mitarbeiterorientierte Instrumente															
· Kooperativer Führungsstil	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
· Qualitätsbezogene Fortbildung	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		■	■
· Zielvereinbarung	■		■	■	■	■	■	⇗	■	■	■	■	⇗	■	
· Mitarbeiterbefragung	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■		■		
· Qualitätsorient. Anreizsystem	■	■	■	■	■	◆		⇗	■				■	◆	
Instrumente der Qualitätssicherung															
· Quality Function Deployment															
· FMEA															
· Qualitätskosten															
· Qualitätskennzahlen	■		⇗		⇗	■		■							⇗
· Comp.-gestützte Q-Steuerung						◆									
· Qualitätsaudit / -bericht	■				⇗							■			
· Qualitätsstandards	■			⇗	⇗			■							
· Zertifizierung			⇗												⇗
Organisationsstrukturorientierte Instrumente															
· Q-Verantwortung Vorstand															
· TQM-Steuerungskreis								■					■		
· Qualitätsmanager				◆	■	■					■				
· Kleingruppen/Qualitätszirkel	■			■	■	■	⇗	⇗	■	■	■	■	■		
· Prozeßmanagement				⇗						⇗					

Legende: ■ = eingesetzt; ◆ = ähnliches Instrument eingesetzt; ⇗ = Einsatz geplant.

Abb. 28: Einsatz von Qualitätsmanagement-Instrumenten in gesetzlichen Krankenkassen

Quelle: eigene Darstellung.

2.7.3. Interpretation

Qualitätsmanagement wird derzeit nur von sehr wenigen Kassen als umfassende Konzeption zur Erzielung komparativer Wettbewerbsvorteile gesehen und entsprechend realisiert. Obwohl viele Kassen Qualitätsmanagement-Instrumente einsetzen, werden diese oft nur sporadisch genutzt, um Einzelproblemen nachzugehen.

Von großer Bedeutung sind die marktorientierten Instrumente. Dies zeigt, daß die Krankenkassen überwiegend die Qualität der Dienstleistung als wesentliche Erfolgsursache begreifen und eine kundenorientierte Geschäftspolitik anstreben. Lediglich die Betriebskrankenkassen, die marktorientierte Instrumente in weit geringerem Maße einsetzen, scheinen noch ihren traditionell niedrigen Beitragssatz als wesentlichen Wettbewerbsparameter zu begreifen.

Von ebenfalls hoher Relevanz sind die mitarbeiterorientierten Instrumente. Die relativ hohe Verbreitung läßt sich vor allem damit erklären, daß die meisten Instrumente bereits lange vor der Einführung von Wettbewerbsbedingungen in den Kassen bekannt waren. Dies gilt insbesondere für den kooperativen Führungsstil, die Fortbildung oder Arbeitsgruppen. Infolge wettbewerbsorientierter Überlegungen haben diese Instrumente teilweise eine neue Ausrichtung erfahren. Die Implementierung ganz neuartiger Instrumente war aber nicht notwendig.

Dieser Zusammenhang gilt bei den Instrumenten der Qualitätssicherung so nicht. Da diese Instrumente ursprünglich für die Industrie geschaffen wurden, lassen sie sich nicht ohne weiteres auf Krankenkassen übertragen. Sie fügen sich daher nicht problemlos in die bestehende Struktur ein, sondern müssen zunächst den Bedingungen von Krankenkassen angepaßt werden. So erscheint die vergleichsweise geringe Verbreitung dieser Instrumente erklärbar.

Auch die organisationsstrukturorientierten Instrumente sind noch nicht stark verbreitet. Qualitätsmanagement wird eher „nebenbei" betrieben und zum Teil an mehreren Stellen der Organisation angesiedelt. Dies ist verständlich, da Qualitätsmanagement eine Querschnittsfunktion darstellt, die verschiedene der traditionellen Funktionen berührt. Die geringen Bemühungen um eine organisatorische Verankerung belegen, daß die hohe Bedeutung eines koordinierten und integrierten Qualitätsmanagements bislang nur von wenigen Kassen erkannt wurde.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß Konzeptionen eines Qualitätsmangements in Krankenkassen kaum vorhanden sind. Es fehlt ganz überwiegend an einer systematischen Kombination verschiedener Qualitätsmanagement-Instrumente sowie deren Ausrichtung auf strategische Qualitätsziele.

Eine entsprechende krankenkassenspezifische Konzeption soll im dritten Abschnitt der vorliegenden Arbeit entworfen werden. Dazu wird, neben den Ergebnissen dieser empirischen Untersuchung, vor allem auf die oben herausgearbeiteten, vornehmlich theoriegeleiteten Erkenntnisse zurückgegriffen. Es ist deutlich geworden, daß die hier herangezogene TQM-Literatur in erster Linie praxisorientierten Ansprüchen gerecht zu werden vermag; eine Berücksichtigung traditioneller betriebswirtschaftlicher Forschung ist kaum zu erkennen:

- Insbesondere werden nur ansatzweise die Gestaltungsvarianten der Organisationsforschung diskutiert.
- Auch das Konzept der Organisationskultur findet, obwohl zum Teil auf eine „Qualitätskultur" eingegangen wird, kaum Beachtung.
- Die Überlegungen zur Qualifikation der Organisationsmitglieder beschränken sich auf wenige TQM-spezifische Fertigkeiten.

Da die bestehende TQM-Literatur also relativ isoliert argumentiert und Aspekte möglicherweise ergänzender Konzepte der traditionellen Betriebswirtschaftslehre i.d.R. kaum Berücksichtigung finden, gilt es im folgenden, im Sinne eines „Brückenschlages" hier den Versuch einer entsprechenden Integration vorzunehmen, um vor allem auch weitere Anregungen für die zu entwickelnde Konzeption zu erhalten.

2.8. Grundlagen ausgewählter Konzeptionen der traditionellen betriebswirtschaftlichen Forschung

Die Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Forschungsfelder „Organisationsstruktur", „Organisationskultur" und „Kompetenzen" werden im folgenden insoweit umrissen, als dies für die weitere Qualitätsmanagement-Konzeptionalisierung notwendig ist. Dabei ist die Untersuchung nicht in jeder Hinsicht gleichermaßen detailliert, da betriebswirtschaftliches Grundlagenwissen nicht ausdifferenziert dargestellt werden soll.

Nicht eingegangen wird auf die Ansätze des Public Managements, die sich explizit mit der Modernisierung des öffentlichen Sektors auseinandersetzen. Ziel dieser Beiträge ist es, zum Wohl der Bürger die Effizienz der öffentlichen Verwaltung zu erhöhen.[597] Dabei gelten rechtliche Rahmenbedingungen grundsätzlich als gestaltbar. Entsprechend werden kreativ Vorschläge erarbeitet, deren Umsetzungen jedoch regelmäßig Anpassungen des Rechts erfordern. Im Unterschied dazu zielt die vorliegende Arbeit - wie bereits in Abschnitt 1.2. ausgeführt wurde - auf die Erhö-

[597] Vgl. z.B. Budäus 1994; Damkowski/Precht 1995.

hung der Wettbewerbsfähigkeit von Krankenkassen. Eine Bürger- bzw. Kundenorientierung hat damit einen stärker instrumenteilen Charakter. Zudem wird geltendes Recht als gegebener Rahmen betrachtet und entsprechend berücksichtigt. Da den Ansätzen des Public Management in dieser Perspektive eine nur geringe Relevanz zukommt, werden diese im folgenden nicht systematisch rezipiert.

2.8.1. Organisationsstruktur

Im Hinblick auf die Organisationsstruktur gilt es zunächst, eine Begriffsklärung vorzunehmen. Danach wird näher auf die Dimensionen der Organisationsstruktur in Krankenkassen eingegangen, indem die wesentlichen Dimensionen beschrieben und auf Krankenkassen bezogen werden. Dazu werden Ergebnisse der beiden empirischen Untersuchungen herangezogen. Abschließend wird aufgezeigt, wie die Qualität der Organisationsstruktur meßbar gemacht werden kann.

2.8.1.1. Begriffsbestimmung

Die Organisationsstruktur bildet die formalen Beziehungen zwischen den Organisationsmitgliedern ab, mit deren Hilfe die Aktivitäten der Organisationsmitglieder auf das verfolgte Ziel ausgerichtet werden sollen.[598] Die Aufgabe des Organisierens besteht darin, die Organisationselemente Aufgaben, Informationen und Macht gedanklich auf die Strukturträger Mensch und Arbeitsmittel zu verteilen (Differenzierung) und deren zielentsprechende Koordination sicherzustellen (Integration).[599]

2.8.1.2. Dimensionen der Organisationsstruktur in Krankenkassen

Nach Kieser/Kubicek läßt sich die Organisationsstruktur mit den Dimensionen Spezialisierung, Koordination, Konfiguration und Entscheidungsdelegation beschreiben.[600]

---

[598] Vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 4.

[599] Vgl. Staehle 1997, S. 641.

[600] Nicht untersucht wird die Dimension der Formalisierung. Dabei geht es um die schriftliche Fixierung organisatorischer Regeln. Kieser/Kubicek trennen diesen Aspekt von der Koordination durch formale Koordinationsinstrumente, welche nicht notwendig auch formalisiert sein müssen (Programme müssen nicht niedergeschrieben, sie können auch „allgemein üblich" sein); vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 160. Diese nachvollziehbare Differenzierung rechtfertigt keinen eigenen Gliederungspunkt in der vorliegenden Arbeit und soll daher vernachlässigt werden.

2.8.1.2.1. Spezialisierung

Als Spezialisierung wird die Form der Arbeitsteilung bezeichnet, bei der Teilaufgaben entstehen.[601] Unterschieden wird in diesem Zusammenhang zwischen Arten- und Mengenteilung.

In Krankenkassen - vor allem in größeren - ist zum Teil eine stark ausdifferenzierte Spezialisierung im Sinne einer Artenteilung vorzufinden. Damit wird die Durchführung einer inhaltlich korrekten und einheitlichen Sachbearbeitung unterstützt. Gleichzeitig werden oft relativ lange Durchlaufzeiten in Kauf genommen, weil die mit einer Spezialisierung verbundenen Anforderungen an die Koordination nicht immer adäquat bewältigt werden. Besonders problematisch wirkt sich dies auf Prozesse der Innovations- bzw. Qualitätsförderung aus.[602]

2.8.1.2.2. Koordination

Koordination wird durch Arbeitsteilung bzw. Spezialisierung notwendig. „Die Leistungen der einzelnen Organisationsmitglieder müssen auf die Organistionsziele ausgerichtet werden."[603] Kieser/Kubicek systematisieren die Instrumente der Koordination in vier Kategorien:[604]

- Koordination durch persönliche Weisung,
- Koordination durch Selbstabstimmung,
- Koordination durch Programme und
- Koordination durch Pläne.

In größeren Krankenkassen ist eine Tendenz zur Betonung der Koordination durch Programme - in der Gestalt von Dienstanweisungen oder Durchführungsbestimmungen - feststellbar. Damit wird eine kasseneinheitliche Sachbearbeitung sichergestellt. Zugleich wird allerdings auch die Verwaltungsorientierung der Organisation gestärkt, denn die Fähigkeiten der Mitarbeiter, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen, werden, soweit konkrete Vorgaben gelten, nicht gefordert und bedingen

---

601 Vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 76.

602 Zu Vor- und Nachteilen der Spezialisierung allgemein vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 78; Staehle 1997, S. 646 f.

603 Kieser/Kubicek 1992, S. 95.

604 Vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 103 ff. Die Instrumente der Koordination werden von Kieser/Kubicek den strukturellen Instrumenten zugeordnet. Darüber hinaus behandeln die Autoren nicht-strukturelle Instrumente: Koordination durch organisationsinterne Märkte und Koordination durch Unternehmenskultur; vgl. S. 117 ff. In dieser Arbeit wird der Unternehmenskultur aufgrund ihrer besonderen Bedeutung ein eigenes Kapitel gewidmet.

tendenziell immer genauere Regelungen. Daher ist es praktisch kaum möglich, eine ausdifferenzierte Koordination durch Programme zu implementieren und damit dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung gerecht zu werden. Es überrascht nicht, daß Programme in einigen großen Kassen oft als Behinderung der Sachbearbeitung empfunden werden.[605] In kleineren Kassen ist demgegenüber eher eine Dominanz der Koordination durch persönliche Weisung und Selbstabstimmung vorzufinden. Da die Spezialisierung aufgrund der niedrigen Gesamtzahl von Stellen relativ gering ist, wird der Einsatz von Programmen oft nicht für erforderlich gehalten. Dies erleichtert eine kundenorientierte, individuelle Sachbearbeitung, erschwert jedoch die Gleichbehandlung der Kunden sowie eine systematische Qualitätsförderung. Im Aufbau befindet sich in vielen Kassen die Koordination durch Pläne. Eine Tradition in dieser Hinsicht besteht lediglich im Hinblick auf die nicht schriftlich fixierte Variante dieses Koordinationsinstruments, deren Nachteile vor allem in der geringen Konkretisierung und Nachprüfbarkeit bestehen.

2.8.1.2.3. Konfiguration

Unter der Konfiguration wird die äußere Form des Stellengefüges, das Leitungssystem einer Organisation, verstanden.[606] Als wichtigste Idealtypen der Konfiguration gelten[607]

- die Einlinienorganisation, die nach dem Verrichtungs-, dem Objekt- bzw. nach dem Regionalmodell gegliedert [608] sowie um Stäbe (Stab-Linienorganisation) ergänzt sein kann,
- die Mehrlinienorganisation, insbesondere die Matrixorganisation,
- das Projektmanagement,
- das Prozeßmanagement sowie
- das Produktmanagement.

In Krankenkassen wird vorwiegend eine Einlinienorganisation, in größeren Kassen eine Stab-Linienorganisation eingesetzt. Damit werden eindeutige Kompetenzabgrenzungen und klare Kommunikationswege erzielt. Auch das Projektmanagement wird, z.B. bei der Planung und Implementierung größerer innovativer Vorhaben - wie der Einführung einer neuen Datenverarbeitung - eingesetzt. So werden Schnittstel-

---

[605] Zu Vor- und Nachteilen der Instrumente vgl. allgemein Kieser/Kubicek 1992, S. 105 f., 110, 111 f.

[606] Vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 126.

[607] Vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 138 ff.; Gaitanides/Scholz/Vrohlings 1994, S. 1 ff.; Staehle 1997, S. 723 ff.

[608] Vgl. im einzelnen Staehle 1997, S. 707 ff.

lenprobleme projektbegleitend berücksichtigt. Demgegenüber ist das Produktmanagement in Krankenkassen ohne Relevanz, denn das Leistungsprogramm von Krankenkassen umfaßt lediglich eine einzige abgrenzbare Dienstleistung. Weitgehend unbekannt ist auch das Prozeßmanagement. Wie bereits oben herausgearbeitet wurde, ist diese Organisationsform in Krankenkassen grundsätzlich einsetzbar und kann erheblich zur Optimierung der Prozeßqualität beitragen. Entsprechend bestehen gerade in größeren Kassen im Hinblick auf die Prozeßqualität z.T. erhebliche Verbesserungspotentiale. Da horizontale Kommunikationswege überwiegend auf Führungsebenen beschränkt sind und die Prozesse i.d.R. horizontal und somit quer zur Stab-Linienorganisation verlaufen, wird die Führung mit koordinierenden Tätigkeiten stark belastet und tendenziell überlastet. Zugleich wird eine flexible Koordination durch Selbstabstimmung erschwert. Dies führt zu Koordinationsproblemen und belastet die Innovationsfähigkeit der Kasse.[609]

2.8.1.2.4. Entscheidungsdelegation

Mit der Dimension der Entscheidungsdelegation wird die „umfangmäßige Verteilung der Entscheidungsbefugnisse in einer Organisation betrachtet."[610] Es wird festgelegt, auf welcher hierarchischen Ebene Entscheidungen gefällt werden. „Die Entscheidungsdelegation ist um so größer, je mehr Entscheidungsbefugnisse aufgrund genereller Regelungen offiziell auf die unteren Hierarchieebenen verteilt werden."[611]

Das Problem der Entscheidungsdelegation stellt sich vor allem in größeren Kassen. Vielfach besteht ein niedriger Delegationsgrad. Beispielsweise verfügen einige Leiter von Geschäftsstellen über sehr geringe Entscheidungsbefugnisse, weil sie überwiegend an Weisungen (Koordination durch Programme) der Hauptverwaltung und die dort angeordneten Fachabteilungen gebunden sind. Dieser niedrige Delegationsgrad gewährleistet einerseits kasseneinheitliche Entscheidungen, reduziert aber andererseits die Eigenständigkeit von Führungskräften und erschwert kundenindividuelle Entscheidungen, die im Sinne einer Kundenorientierung angemessen

---

609 Zu den Vor- und Nachteilen der Konfigurations-Modelle vgl. allgemein Hill/Fehlbaum/Ulrich 1974, S. 213 ff.; Kieser/Kubicek 1992, S. 128 ff., 139 ff.; Schierenbeck 1993, S. 100 ff.; Staehle 1997, S. 668 ff.

610 Kieser/Kubicek 1992, S. 155.

611 Kieser/Kubicek 1992, S. 157. Die Autoren umgehen mit dem Begriff der Entscheidungsdelegation das Begriffspaar Zentralisierung/Dezentralisierung, das sie im Zusammenhang mit der Dimension „Spezialisierung" unabhängig von Weisungsbefugnissen verwenden.

sein können. Zugleich wird die Verwaltungsorientierung der Organisation gestärkt und die Umsetzung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses erschwert.[612]

2.8.1.2.5. Fazit

Damit sind, entlang der Dimensionen der Organisationsstrukur, einige zentrale Probleme der organisatorischen Gestaltung benannt worden. Die Relevanz der Organisationsstruktur für ein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement ist deutlich geworden. Dabei zeigte sich, daß die Aufgabe der Organisationsgestaltung in größeren Kassen anspruchsvoller ist als in kleineren.

Im folgenden soll nun untersucht werden, wie die Qualität der Organisationsstruktur gemessen werden kann. Eine Messung erscheint sinnvoll, um die Qualität der Organisationsstruktur sowie den Erfolg organisatorischer Veränderungen beurteilen zu können.

2.8.1.3. Messung von Organisationsqualität

Die Qualität einer Organisation muß grundsätzlich daran gemessen werden, inwieweit Differenzierung und Integration zur Zielerreichung der Organisation beitragen. Die Vorschläge der Literatur zur Beurteilung von Organisationsqualität lassen sich den Dimensionen „Qualität" „Kosten" und „Zeit" zuordnen.[613]

2.8.1.3.1. Qualität

Folgende Indikatoren der Dimension „Qualität" werden in der Literatur genannt:

- optimale Qualität der Arbeitsergebnisse[614], insbes. Fehlerfreiheit[615], maximale Abstimmungsqualität[616],
- kundengerechte Problemlösungen[617] und
- humane Arbeitsbedingungen[618].

Der Zusammenhang zwischen den genannten Ausprägungen und der Organisationsstruktur ist nicht immer hoch. Dies wird besonders deutlich beim Kriterium

---

[612] Zu Vor- und Nachteilen der Entscheidungsdelegation vgl. allgemein Staehle 1997, S. 669.
[613] Vgl. Österle 1995, S. 109.
[614] Vgl. Zangl 1987, S. 57.
[615] Vgl. Ferk 1996, S. 3.
[616] Vgl. Scholz, R. 1995, S. 195.
[617] Vgl. Freitag/Weidner 1996, S. 234.
[618] Vgl. Zangl 1987, S. 57.

„optimale Qualität der Arbeitsergebnisse". Juran differenziert vier Fehlerarten und ordnet diesen mögliche Abhilfen zu. Die Übersicht zeigt, daß nicht allein die Organisationsstruktur für die Qualität der Arbeitsergebnisse maßgeblich ist (Abb. 29).

FEHLERART	ABHILFE
Fehlinterpretationen	• Einführung/Verbesserung von Programmen und Plänen • präzise Begriffsdefinitionen, Glossar • Checklisten • Schulung der Mitarbeiter
Flüchtigkeitsfehler	• Eignungstests • Abbau der Spezialisierung (Schaffung abwechslungsreicherer Arbeitsplätze) • „narrensichere" Gestaltung • automatisierte Prozesse
Mangelnde Fähigkeiten	• Schulung der Mitarbeiter
Bewußte oder unbewußte Verfälschungen	• Überprüfung der Datengewinnung • Atmosphäre der Schuldzuweisung vermeiden • Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Berechenbarkeit herstellen • Wettbewerb stärken, Anreiz schaffen

Abb. 29: Fehlerarten und Abhilfen

Quelle: in Anlehnung an Juran 1991, S. 121.

Auch die anderen Indikatoren weisen einen schwachen Zusammenhang zur Strukturqualität auf. So können nicht-kundengerechte Problemlösungen auf eine ungenügende Erhebung von Kundenerwartungen oder -zufriedenheit oder auf unzureichende Kompetenz der Mitarbeiter zurückzuführen sein. Humane Arbeitsbedingungen sind Folge einer gelungenen Gestaltung der Organisationsstruktur; mit ihnen allein lassen sich jedoch noch keine kundenorientiert definierten Qualitätsziele erreichen.

Die drei untersuchten Indikatoren können wertvolle Hinweise für Verbesserungspotentiale in Krankenkassen liefern. Zum Teil werden sie an anderer Stelle der vorliegenden Arbeit als Indikatoren für die Beurteilung der Realisierung einer Kundenorientierung sowie der Angemessenheit der Organisationskultur herangezogen. In der Praxis kann zusätzlich, soweit Problemhäufungen feststellbar sind, eine Erhebung anderer Indikatoren, insbesondere die Fehlermessung ergiebig sein. Für die systematische Beurteilung der Qualität der Organisationsstruktur sind jedoch alle vorgeschlagenen Indikatoren nicht geeignet.

2.8.1.3.2. Kosten

Folgende Indikatoren zur Bewertung der Qualität einer Organisationstruktur, die unter der Dimension „Kosten" zu subsumieren sind, werden in der Literatur genannt:

- minimale Kosten[619],
- maximale Kapazitätsauslastung von Mensch und Maschine[620] und
- minimale Lagerbestände[621].

Die Betrachtung von Kosten erscheint in Krankenkassen grundsätzlich sinnvoll. Kosten, vor allem Kostenveränderungen, liefern Anhaltspunkte für Verbesserungspotentiale im Hinblick auf die Prozeßqualität. Dabei sind Qualitätskosten - wie oben gezeigt werden konnte - allerdings kaum geeignet, da ihre konkrete in Krankenkassen in nur wenigen Fällen praktikabel ist. Eine Kostenbetrachtung sollte sich daher auf die Kosten der Prozesse beziehen und den Prozeßkostenansatz zugrunde legen. Prozeßkosten können als Indikatoren für die Prozeßqualität, die u.a. von der Qualität der Organisationsstruktur determiniert wird, gelten.

Die sonst üblicherweise herangezogenen Indikatoren „maximale Kapazitätsauslastung von Mensch und Maschine" sowie „minimale Lagerbestände" sind demgegenüber für Krankenkassen nicht geeignet. Einerseits ist, wie die empirischen Untersuchungen ergaben, in Krankenkassen von einer permanenten Kapazitätsaus- und -überlastung der Mitarbeiter auszugehen. Andererseits sind Maschinen sowie Lagerbestände, anders als in der sachgüterproduzierenden Industrie, in Krankenkassen kaum vorhanden.

2.8.1.3.3. Zeit

In der Literatur werden folgende Indikatoren der Dimension „Zeit" vorgeschlagen:

- minimale Durchlaufzeit[622],
- Termintreue[623] und
- optimale Flexibilität zur Anpassung an Veränderungen[624].

---

619 Vgl. Scholz, R. 1995, S. 195; Ferk 1996, S. 3.

620 Vgl. Zangl 1987, S. 57; Freitag/Weidner 1996, S. 234.

621 Vgl. Freitag/Weidner 1996, S. 234

622 Vgl. Zangl 1987, S. 57; Scholz, R. 1995, S. 195; Freitag/Weidner 1996, S. 234.

623 Vgl. Ferk 1996, S. 3; Freitag/Weidner 1996, S. 234

624 Vgl. Schein 1965, S. 97; Strubl 1993, S. 205. Zangl 1987, S. 57, benennt darüber hinaus die „optimale Stabilität im Gefüge einer Organisation" als Kriterium. Dieses kommt allerdings in der Formulierung „optimale Flexibilität" bereits zum Ausdruck.

„Termintreue" sowie „optimale Flexibilität" stehen in engem Zusammenhang zur „minimalen Durchlaufzeit": Werden Termine nicht eingehalten, liegt dies an Verzögerungen im Prozeßverlauf, die sich in der Durchlaufzeit niederschlagen; die „optimale Flexibilität" ist an Durchlaufzeiten erkennbar. Es erscheint daher sinnvoll, hier die Durchlaufzeit als einzig relevanten Indikator der Dimension „Zeit" zu betrachten.[625]

Durchlaufzeiten in Krankenkassen lassen sich allgemein in folgende Teilzeiten gliedern:[626]

- *Kontaktaufnahmezeiten* fallen an, wenn sich ein Kunde entscheidet, den Kontakt zur Kasse aufzunehmen. Es sind die Zeiträume zwischen dem Prozeßanstoß (Wahl der Telefonnummer der Kasse, Fahrtantritt zur Geschäftsstelle) und dem ersten Kontakt mit einem zuständigen Mitarbeiter der Kasse.
- *Kontaktzeiten* fallen einerseits an, wenn ein Kunde seinen Beratungs-, Informations- bzw. Servicebedarf formuliert. Die Bedarfsermittlung ist beendet, wenn die Kontaktperson den Bedarf vollständig erfaßt und verstanden hat. Andererseits fallen Kontaktzeiten an, wenn die Kontaktperson den formulierten Bedarf durch persönliche Beratung, Information oder persönlichen Service befriedigt.
- *Bearbeitungszeiten* sind die Zeiten, die notwendig sind, um die Dienstleistung in ihrer Substanz zu erstellen. Hierzu gehört auch die Informationsbeschaffung.
- *Transformationszeiten* werden zur Umwandlung einer Information von einem Informationsträger in einen anderen benötigt. Sie fallen z.B. beim Übertragen von Formulareinträgen in die elektronische Datenverarbeitung an.
- *Abstimmungszeiten* sind die Zeiten, die für Abstimmungen mit Prozeßbeteiligten anfallen. Sie sind insbesondere im Rahmen der Innovations- bzw. Qualitätsförderung von Bedeutung.
- *Transportzeiten* werden benötigt, um die Leistung am gewünschten Ort verfügbar zu machen.
- *Rüstzeiten* dienen der technischen Arbeitsvorbereitung.
- *Liegezeiten* fallen an, wenn eine Leistung „auf Lager" liegt, weil sie nicht unmittelbar weiterverarbeitet wird.

---

625 Die Durchlaufzeit ist definiert als „Zeitdifferenz zwischen dem Prozeßanstoß und der Fertigstellung der Leistung (Information)"; Zangl 1987, S. 52.

626 Vgl. Zangl 1987, S. 85 ff.

Zwischen den einzelnen Bestimmungsgrößen der Durchlaufzeit bestehen Zielkonflikte. Die „Minimierung einer Bestimmungsgröße führt nicht automatisch zur Minimierung der Durchlaufzeit."[627] Voneinander abhängig sind die Bearbeitungs-, die Transformations- und die Rüstzeiten. So kann die Bearbeitungszeit verkürzt werden, indem ein Brief diktiert und von einer weiteren Person ausgefertigt wird. Dies erhöht zugleich die Transformationszeit. Die Rüstzeit kann verkürzt werden, indem auf das Erstellen von Textbausteinen für häufig verwendete Formulierungen verzichtet wird, wodurch die Bearbeitungszeit erhöht wird. Es ist daher notwendig, Bearbeitungs-, Transformations- und Rüstzeiten gemeinsam, unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen, zu minimieren.[628]

2.8.1.3.4. Fazit

Grundsätzlich können Indikatoren der Dimensionen „Qualität", „Kosten" und „Zeit" zur Messung der Qualität der Organisationsstruktur herangezogen werden. Dabei ist es allerdings kaum möglich, Indikatoren zu entwickeln, die vollständig mit der Qualität der Organisationsstruktur korrelieren und insofern eine maximale Güte aufweisen. Es wurde herausgearbeitet, daß es sinnvoll ist, systematisch auftretende Fehler sowie Kostenveränderungen als Grundlage für Strukturverbesserungen heranzuziehen. Indikatoren der Qualität und der Kosten werden dennoch in den weiteren Überlegungen dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. Im Hinblick auf Indikatoren der Qualität erscheint es kaum möglich, ohne Berücksichtigung organisationsspezifischer Bedingungen sinnvolle Vorschläge zu erarbeiten. Die Entwicklung einer Prozeßkostenrechnung für Krankenkassen im Rahmen eines prozeßorientierten Controllings stellt eine weitere notwendige Herausforderung für die Zukunft dar.

Als zentraler Indikator für die Qualität der Organisationsstruktur gilt im folgenden die Durchlaufzeit, die einen deutlichen Zusammenhang zur Strukturqualität aufweist.

2.8.1.4. Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Optimierung der Organisationsstruktur in Krankenkassen

Die Qualität der Organisationsstruktur ist für die Funktionsfähigkeit eines Qualitätsmanagements von großer Bedeutung. Gerade in größeren Kassen ist die Organisationsstruktur oft nicht optimal. Sie führt, wie beispielhaft gezeigt werden konnte, zu qualitätsrelevanten Konsequenzen. Daher ist eine Optimierung der Organisationsstruktur grundsätzlich geboten. Spezialisierung, Koordination, Konfiguration und Entscheidungsdelegation müssen so ausgestaltet werden, daß sie im Ergebnis zur

---

[627] Zangl, 1987, S. 104.
[628] Vgl. Zangl 1987, S. 96.

Erreichung der Qualitätsziele beitragen. Um Synergieeffekte nutzbar zu machen, ist es dabei notwendig, daß die optimierte Organisationsstruktur mit den weiteren Elementen der Qualitätsmanagement-Konzeption harmoniert. In diesem Zusammenhang ist auch die Organisationskultur von Bedeutung.

2.8.2. Organisationskultur

Im folgenden wird zunächst eine Begriffsklärung vorgenommen. Danach werden Instrumente der Organisationskulturentwicklung vorgestellt und auf den Einsatz in Krankenkassen bezogen. Abschließend wird diesbezüglich auf das Problem der Messung eingegangen.

2.8.2.1. Begriffsbestimmung

Organisationskultur ist ein System gemeinsam geteilter Werte, Normen, Einstellungen, Überzeugungen und Ideale.[629] Es ist somit das „implizite Bewußtsein eines Unternehmens, das sich aus dem Verhalten der Unternehmensmitglieder ergibt und das umgekehrt formale wie informale Verhaltensweisen der Individuen steuert."[630] „Kultur ist ... jener Teil der selektiven Ansichten der Wirklichkeit, der von einer Mehrheit geteilt und als grundlegend für die Zusammenarbeit erachtet wird."[631] Eine Organisationskultur ist immer vorhanden.[632] Sie kann sehr verschiedene Ausprägungen annehmen. Eine Kultur kann mehr oder weniger stark in der Organisation verankert sein (Verankerungsgrad). Die Organisationsmitglieder können über ähnliche, aber auch über ganz unterschiedliche Werte- und Normenkonstellationen verfügen (Homogenitätsmaß). Damit kann eine organisationskulturelle Desintegration, eine Subkulturen- oder eine Einheitskultur vorliegen.[633] Schein entwickelte ein Drei-Ebenen-Modell, auf das sich die meisten Arbeiten zur Kultur beziehen (Abb. 30):

- Die erste Kulturebene bilden *Artefakte und Schöpfungen* wie Gebäude und sicht- bzw. hörbare Verhaltensmuster. Diese sind wahrnehmbar, aber bei

---

629 So der von Staehle 1997, S. 472, extrahierte gemeinsame Nenner verschiedener Ansätze; vgl. auch Dill 1987, S. 100; Schein 1991, S. 24, und Morgan 1997, S. 17. Die Begriffe Unternehmenskultur, Organisationskultur und Kultur werden im folgenden synonym verwendet. Grundsätzlich kann die Unternehmenskultur als Spezialfall der Organisationskultur bezeichnet werden; vgl. Scholz, Chr. 1993, S. 489.

630 Scholz, Chr. 1993, S. 489.

631 Staehle 1997, S. 490; vgl. auch Breisig 1990b, S. 93; Hanft 1991, S. 178.

632 Der Auffassung von Heinen 1987, S. 31, daß auch „kulturlose" Unternehmungen möglich sind, wird nicht gefolgt. Dies erscheint allenfalls bei einer Unternehmensneugründung realistisch.

633 Vgl. Heinen 1987, S. 26 ff., der zur Bestimmung der Homogenität den Begriff des Übereinstimmungsmaßes verwendet.

isolierter Betrachtung nicht zu dechiffrieren. Sie können Hinweise liefern, die keineswegs eindeutig in ihrem Aussagengehalt sind. So können z. B. gut ausgestattete Besprechungsräume in einer Krankenkasse als Hinweis auf eine hohe Wertschätzung innerbetrieblicher Kommunikation gedeutet werden, obgleich sie ausschließlich für persönliche Anweisungen in einer strikten Hierarchie genutzt werden.

- *Werte* bilden die zweite Ebene des Kulturmodells. Sie beeinflussen die Wahl möglicher Verhaltensweisen, Handlungsalternativen und -ziele.[634] Werte werden in einer mittleren Stufe des Bewußtseins verortet und sind an der Realität sowie intersubjektiv überprüfbar.
- Die dritte Ebene des Kulturmodells bezieht sich auf die *grundlegenden Annahmen* der Organisationsmitglieder über die Realität. Diese Annahmen sind in der Regel unbewußt.

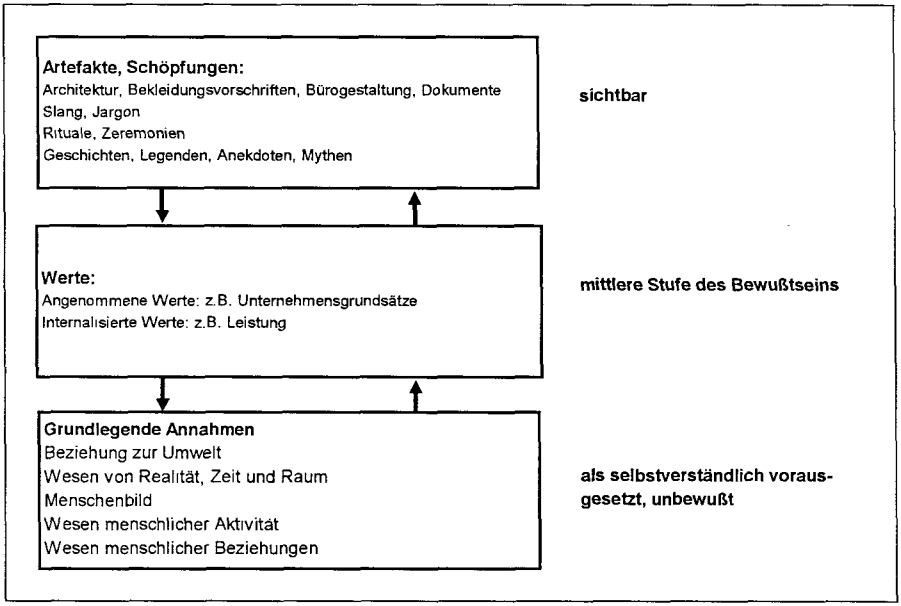


Abb. 30: Kulturebenen nach Schein

Quelle: Schein 1985, S. 14; Übersetzung von Scholz, Chr. 1993, S. 493.

In der Literatur herrscht Übereinstimmung darüber, daß auf Organisationskulturen Einfluß genommen werden kann. Im folgenden wird untersucht, welche Instrumente hierfür in Krankenkassen einsetzbar sind.

---

634 Vgl. Klages 1985, S. 12.

2.8.2.2. Instrumente der Organisationskulturentwicklung

Die Literatur mißt dem Verhalten der Führungskräfte die größte Bedeutung im Hinblick auf die Kulturentwicklung bei. Deshalb gilt es zunächst, näher auf das Führungsverhalten in diesem Zusammenhang einzugehen. Aufgezeigt werden außerdem Möglichkeiten, Artefakte, das Anreiz- sowie das Arbeitszeitsystem kulturbezogen zu verändern.

2.8.2.2.1. Führungsverhalten

Unterschiedliche Auffassungen bestehen darüber, inwieweit eine Führungskraft die Organisationskultur unmittelbar beeinflussen kann. Die Auffassungen können einem rationalistischen und einem evolutionären Ansatz zugeordnet werden. Beide werden zunächst kurz charakterisiert und anschließend bewertet.

Nach Deal/Kennedy, den prominentesten Vertreten des *rationalistischen Ansatzes*, sorgen die „Symbolischen Manager" für eine planmäßige Gestaltung der Organisationskultur: Ihnen gelinge es, Helden, Riten und Rituale zu schaffen. Sie befaßten sich „mit den von ihnen verkörperten Grundsätzen und Werten und sehen zu, daß sie ihren Leuten eingeimpft werden."[635] Hahl bezieht diese Sichtweise auf die Qualitätssicherung: „Qualitätssicherung ist eine unternehmerische Aufgabe, die in die Köpfe der Mitarbeiter implantiert werden muß, damit sie sich lohnt".[636] Gegen diesen Ansatz formuliert Breisig insbesondere ethisch-moralische Bedenken: „Wenn das 'Machen' von Unternehmenskultur im Endeffekt heißt, daß eine kleine Minderheit der Mehrheit 'ihre' Wertvorstellungen aufzwingt, daß die Kultur der Herrschenden die alleine herrschende Kultur wird, daß die Beeinflussungsversuche auf unterschwellige Art und Weise erfolgen, daß es zu 'Werte-Drill' ... oder gar zu 'brainwashing' ... kommt, daß der einzelne ... nur die Möglichkeit hat, sich mit Leib und Seele einzufügen oder das Unternehmen zu verlassen, dann verletzt der Unternehmenskulturansatz die Persönlichkeitssphäre des arbeitenden Menschen, ist zutiefst zynisch und moralisch verwerflich."[637] Andere Autoren betonen eher die Unmöglichkeit der Umsetzung dieser Strategie. Der Ansatz wird als „eindimensionale Logik funktional-führungsorientierten Managements"[638] oder als „struktur-funktionalistische Sichtweise"[639] bewertet und abgelehnt.

---

635 Deal/Kennedy 1987, S. 113; Wollert 1986, S. 201.
636 Hahl 1988, S. 361.
637 Breisig 1990b, S. 99.
638 Vgl. Greipel 1988, S. 72 ff.
639 Vgl. Hanft 1991, S 161.

Dem *evolutionären Ansatz* liegt demgegenüber ein Verständnis zugrunde, das eine Organisationskultur im wesentlichen als System von Ideen versteht, das in den Köpfen der Organisationsmitglieder existiert und als Ergebnis gemeinsam konstruierter Wirklichkeit erscheint: Die dem rationalistischen Ansatz zugrundeliegende Annahme, Kulturen ließen sich planmäßig verändern, wird relativiert: „Neue Werte lassen sich nicht befehlen".[640] Eine Kulturentwicklung müsse vielmehr „zu einem gewissen Maß evolutionär und ungeplant" verlaufen und bleibe ein riskanter und offener Prozeß.[641] Außerdem würden Bedeutungen „nicht für alle Zukunft festgelegt, sondern ständig überprüft und gegebenenfalls korrigiert."[642] Organisationskulturen „sind zwar Konstrukte, aber nicht konstruierbar."[643] Zur Veränderbarkeit einer so verstandenen Organisationskultur wird von Hoffmann folgender Vorschlag unterbreitet: Zunächst sollen adäquate Werte, Normen und Symbole selektiert werden, die die anzustrebende Organisationskultur zum Ausdruck bringen. Danach sind geeignete Vorbilder zu bestimmen, die jene Werte und Normen als dominante Kulturträger verkörpern, sowie geeignete Mitarbeiter, deren Überzeugungen und Wertvorstellungen den organisationskulturellen Idealen am besten entsprechen. Mit „geeigneten Sanktionsinstrumenten" soll schließlich die gewünschte Verhaltensweise kenntlich gemacht und verstärkt werden.[644] Die zentrale Rolle kommt dabei dem Management zu, das „mit innerer Überzeugung" die erwünschten Verhaltensweisen vorleben soll, damit entsprechende Verhaltensänderungen eintreten.[645] Nach Greipel soll der „kulturbewußte Manager" drei Prinzipien befolgen: das „Dialogprinzip" (Grundprinzip der sog. Partizipationsphilosophie), das „Prinzip behutsamer Traditionspflege" und das „Prinzip des kulturellen Prozeßlernens".[646] Greipel plädiert für eine Kulturentwicklung „von innen heraus". Wichtig sei die „Interaktion der am strategischen Managementprozeß beteiligten Unternehmensangehörigen". In der „behutsamen Moderation interaktiver Prozesse im Kontext strategischen Managements" liege „eine echte Perspektive kulturbewußten Managementhandelns".[647] Ähnlich zurückhaltend empfiehlt Schreyögg, Anstöße zu einer „Kurskorrektur" zu geben. Verkrustete Muster sollen mit dem Verweis auf ihre problematische Wirkung

---

640 Schreyögg 1991, S. 211.

641 Vgl. Heinen 1987, S. 33; Hoffmann, F. 1989, S. 172; Schreyögg 1991, S. 212; Hanft 1991, S. 178; Staehle 1988, S. 161. Vgl. auch die Beispiele für ungeplante Folgen eines gezielten Versuchs der Kulturveränderung bei Brüggmann 1991, S. 117.

642 Hanft 1991, S. 178.

643 Türk 1989, S. 110; siehe auch Schreyögg 1991, S. 211.

644 Vgl. Hoffmann, F. 1989, S. 172.

645 Hoffmann, F. 1989, S. 172; ähnlich auch Kobi/Wüthrich 1986, S. 146.

646 Vgl. Greipel 1988, S. 280.

647 Greipel 1988, S. 325.

als solche deutlich gemacht und durch eine „Gegenkultur" aufgelockert werden. Es soll für neue Werte plädiert und die Fruchtbarkeit neuer Sichtweisen demonstriert werden. Es sei eine breite Partizipation notwendig, um die Kultur verändern zu können.[648] Auch Wollnik kommt zu dem Ergebnis, daß ein Einfluß auf die Organisationskultur „vor allem von kommunikativen Maßnahmen" ausgehen könne, „die Handlungsweisen und Perspektiven nachhaltig transformieren".[649]

Für Krankenkassen erscheint der evolutionäre dem rationalistischen Führungsansatz überlegen. Die Ergebnisse der im Rahmen des Pilotprojektes durchgeführten empirischen Untersuchung, die im Anhang dokumentiert sind, zeigen auch deutlich, daß eine rationalistische Veränderungsstrategie nicht praktikabel ist. In der untersuchten Organisationseinheit sollte die vorgefundene institutionalisierte Lernschwäche aufgegriffen und zu einer Kultur der eigenständig organisierten, kontinuierlichen Verbesserung weiterentwickelt werden. Sehr deutlich wurden dabei die Beharrungstendenzen der Organisation, die sich insbesondere in einem abwartenden Mißtrauen der Organisationsmitglieder gegenüber Interventionsversuchen von Vorgesetzten zeigte. Eine Entwicklung der Organisationskultur war nur dort erfolgreich, wo die Akteure von der Sinnhaftigkeit alternativer Werte und Verhaltensmuster überzeugt werden konnten. Die gewachsene Kultur konnte durch Anordnung nicht verändert werden.

Deshalb erscheint also für Krankenkassen eher der evolutionäre Ansatz geeignet. Die betont zurückhaltende Wortwahl einiger Autoren bei der Beschreibung von Umsetzungsempfehlungen („behutsame Interaktion interaktiver Prozesse", „Dialogprinzip", „behutsame Prozeßpflege", Anstöße zu einer „Kurskorrektur") läßt allerdings etwas zu sehr in den Hintergrund treten, daß es aus betriebswirtschaftlicher Sicht tatsächlich darum gehen muß, konkret formulierte Qualitätsziele zu erreichen. Die empirische Untersuchung zeigte außerdem zum einen, daß ein Kulturveränderungsprozeß zunächst sehr instabil ist.[650] Eine zielorientierte Evolution bedarf deshalb der permanenten Förderung durch das Management. Zum anderen wurde erkennbar, daß einzelne Akteure versuchen können, das teilweise Aufbrechen der überkommenen Kultur für die Verfolgung eigener Ziele zu nutzen, die nicht mit den Zielen der Kasse harmonieren müssen. Daher ist es - damit der Kulturentwicklungsprozeß zur Erreichung definierter Qualitätsziele beitragen kann - notwendig, daß die Führungskräfte die Ziele eines kulturellen Wandels deutlich vertreten.

---

[648] Vgl. Schreyögg 1991, S. 211 f.
[649] Wollnik 1991, S. 85.
[650] Siehe Anhang.

Insgesamt ist damit eine Richtschnur für einen „kulturorientierten Führungsstil" erkennbar. Ein Bezug dieser Empfehlungen auf die konkrete Führungssituation in einer Krankenkasse erfordert es, daß die Führungskraft die konkreten situativen Bedingungen berücksichtigt. Dies ist im Einzelfall nicht leicht, da die Situationen oft widersprüchlich sind und damit hohe Anforderungen an die Führung stellen. „Die innere Zwiespältigkeit des Führens fordert Kompromisse zwischen Alternativen, die jeweils beide unverzichtbar sind."[651] Neuberger zeigt dies sehr anschaulich mittels dreizehn allgemeiner „Führungsdilemmata", von denen einige im folgenden kurz vorgestellt werden (Abb. 31). In dritten Abschnitt dieser Arbeit wird, im Rahmen der Konzeptionalisierung des krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements, auf eine Auswahl dieser Dilemmata zurückgegriffen.

Mittel Betrachtung des einzelnen als „Kostenfaktor", „Instrument", „Leistungsträger"	↔	**Zweck** Selbstverwirklichung und Bedürfnisbefriedigung: „Mensch im Mittelpunkt"
Distanz Unnahbarkeit, hierarchische Überlegenheit, Statusbetonung	↔	**Nähe** Wärme, Betonung der Gleichberechtigung, Freundschaft, Einfühlung
Fremdbestimmung Gängelung, Reglementierung, Lenkung, Unterordnung, Durchsetzung, Strukturierung, Zentralisierung, enge Kontrolle	↔	**Selbstbestimmung** Autonomie, Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Entfaltungsmöglichkeiten, Dezentralisierung, Selbständigkeit
Gesamtverantwortung Wenig Verantwortung delegieren, die Zuständigkeit an sich ziehen.	↔	**Einzelverantwortung** Verantwortung und Aufgabengebiete aufteilen, bei Versagen Rechenschaft fordern
Bewahrung Stabilität, Tradition, Vorsicht, Regeltreue, Konformität, Kalkulierbarkeit	↔	**Veränderung** Flexibilität, Innovation, Toleranz, Nonkonformität, Unberechenbarkeit
Konkurrenz Rivalität, Wettbewerb, Konfrontation, Aggressivität, Konflikt	↔	**Kooperation** Harmonie, Hilfeleistung, Solidarität, Ausgleich
Aktivierung Antreiben, drängen, motivieren, begeistern	↔	**Zurückhaltung** Sich nicht einmischen, Entwicklungen abwarten
Zielorientierung Lediglich Ziele oder Ergebnisse vorgeben und kontrollieren	↔	**Verfahrensorientierung** Die „Wege zum Ziel" vorgeben und kontrollieren

Abb. 31: Rollendilemmata der Führung

Quelle: nach Neuberger 1990, S. 91.

---

[651] Vgl. Neuberger 1990, S. 90.

Neben dem Führungsverhalten bestehen weitere Möglichkeiten der Kulturveränderung in der Gestaltung von Artefakten.

2.8.2.2.2. Artefakte

Artefakte haben, wie das Führungsverhalten, eine Doppelfunktion. Zum einen kommt durch sie Organisationskultur zum Ausdruck, zum anderen können sie durch bewußte Gestaltung als Instrumente der Kulturveränderung eingesetzt werden. Mit einer kulturbewußten Gestaltung von Artefakten wird die Soll-Kultur symbolisch zum Ausdruck gebracht. Relevante Artefakte in Krankenkassen sind insbesondere

- die Geschäftsräume sowie deren Ausstattungen,
- schriftlich fixierte Führungsgrundsätze und Arbeitsanweisungen sowie
- Informations- und Werbematerialien aller Art.

Die Veränderung von Artefakten ist allerdings allein nicht geeignet, um die Kultur zielgerichtet zu beeinflussen. Da der Symbolgehalt der Veränderung nicht eindeutig ist, muß er durch die Führung interpretiert und erläutert werden.[652]

2.8.2.2.3. Anreize

Anreize werden üblicherweise eingesetzt, um die Motivation von Organisationsmitgliedern zielgerichtet zu beeinflussen. Ihre Wirkung kann mit der Anreiz-Beitrags-Theorie erklärt werden, nach der Individuen einen Gleichgewichtszustand zwischen Anreiz und Beitrag anstreben. Je größer der Anreiz ist, desto mehr ist das Individuum zur Leistung eines Beitrages bereit.[653] Da Soll-Kultur-konformes Verhalten als Leistung interpretiert werden kann, sind Anreize prinzipiell auch für die Kulturentwicklung einsetzbar.[654] Grundsätzlich können materielle, statusbezogene, personalentwicklungs- und flexibilitätsbezogene Anreize unterschieden werden.[655]

Die Problematik der kulturorientierten Anreizgestaltung in Krankenkassen liegt dabei in folgendem:

- Das größte Problem stellt die *Bewertung der Leistung* dar. Gerade in Krankenkassen und im Hinblick auf eine qualitätsbezogene Organisationskultur ist es oft nicht möglich, einen objektiven Bewertungsmaßstab zu entwikkeln. Dies erschwert vor allem den Einsatz materieller Anreize. Monetäre Anreize erwecken aufgrund ihrer inhärenten Möglichkeit der differenzierten

---

652 Vgl. Neuberger/Kompa 1987, S. 235 ff.; Neuberger 1990, S. 256.
653 Vgl. Staehle 1997, S. 407 ff., und die dort angegebene Literatur.
654 Vgl. Hoffmann, F. 1989, S. 172.
655 Vgl. Staudt et al. 1990.

und exakt bemessenen Belohnung in hohem Maß den Anschein äquivalenter Anerkennung. Bei geringwertigen Geld- oder Sachprämien besteht die Gefahr einer nachhaltigen Enttäuschung einzelner Mitarbeiter, weil die Gleichsetzung einer guten Idee mit einer „Ware" oder „Sache" gegen deren individuelles Wertesystem verstoßen kann[656] oder weil die Mitarbeiter für die zur Auswahl stehenden Sachprämien keine Verwendung haben. In Krankenkassen muß die Anreizbemessung oft auf Basis einer subjektiven Bewertung erfolgen. Dabei besteht allerdings immer die Gefahr, daß die Bewertung als willkürlich und ungerecht empfunden wird.[657]

- Ein zweites grundsätzliches Problem ist die *Zurechnung der Leistung*. Eine Belohnung ist - unter sonst gleichbleibenden Bedingungen - gerade dann wirksam, wenn sie dem verursachenden Mitarbeiter direkt zugeordnet werden kann. Dies ist aber in einer Krankenkasse in vielen Fällen nicht möglich, denn oft ergibt sich Qualität als Folge einer gelungenen Kooperation. Um diesem Problem zu begegnen, kann eine Gruppenleistung gewürdigt werden. In diesem Fall stellt sich allerdings das Problem, daß das einzelne Gruppenmitglied den Zusammenhang zur eigenen Leistung nicht mehr herstellen kann.
- Eine dritte Schwierigkeit ergibt sich aus Problemen der *Kontrollierbarkeit von Nebenwirkungen*. Je mehr die Mitarbeiter ihr Denken und Handeln an Anreizsystemen orientieren, desto mehr sind sie ihrer Verantwortung für das eigene Aufgabengebiet enthoben. Das Ziel ihrer Überlegungen und Handlungen orientiert sich im Extremfall nicht mehr an dem, was in Kenntnis von Situation und Hintergründen angemessen erscheint, sondern an den Anreizen, die das Kassenmanagement vorgesehen hat. Somit ist einem Anreizsystem das Problem immanent, daß tendenziell die Eigenverantwortung, die es im Rahmen eines Qualitätsmanagements zu fördern gilt, behindert werden kann.

Ein krankenkassenspezifisches Anreizsystem, das geeignet sein soll, Einfluß auf die Organisationskultur zu nehmen, muß daher sehr sensibel auf die Bedingungen in der Krankenkasse abstellen. Notwendig ist es darüber hinaus, daß regelmäßig der Symbolgehalt der Anreize durch die Führung vermittelt wird.

2.8.2.2.4. Arbeitszeit

Die Regelungen über die Arbeitszeit sind, wie die zuvor thematisierten Größen, Ausdruck der Organisationskultur und können zugleich als Instrumente zur Kulturentwicklung verwendet werden. Die Arbeitszeit ist eine wesentliche Determinante

---

[656] „Alle Begeisterung für die Idee löst sich im Säurebad der Prämie in nichts auf." Sprenger 1992, S. 68.

[657] Vgl. zum Problem der Lohngerechtigkeit grundsätzlich Zerres/Zerres 1997, S. 102 ff.

der Arbeitssituation und hat daher einen großen Einfluß auf die kulturelle Wahrnehmung der Mitarbeiter. Der Zusammenhang zwischen Arbeitszeitgestaltung und Organisationskultur läßt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen:

Führt eine Kasse verlängerte Öffnungszeiten ein, muß dies i.d.R. mit einer Flexibilisierung der Arbeitszeit einhergehen. Beide Maßnahmen können einerseits als Symbole für eine stärkere Kundenorientierung gelten. Mit einer Flexibilisierung der Arbeitszeit wird - eine entsprechende Organisation vorausgesetzt - zugleich der Dispositionsspielraum der Mitarbeiter erhöht. Daher können die Maßnahmen andererseits auch als Symbole einer Mitarbeiterorientierung der Kasse gesehen werden. Die Veränderung an sich symbolisiert darüber hinaus eine Realisierung des Prinzips der kontinuierlichen Verbesserung.

Somit kann die Gestaltung der Arbeitszeit kulturrelevant sein. Ein gezielter kulturbezogener Einsatz setzt allerdings eine entsprechende symbolische Führung voraus.

Arbeitszeitmodelle lassen sich allgemein mittels der Dimensionen Dauer, Lage und Dispositionsspielraum beschreiben.[658] Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über verschiedene Arbeitszeitmodelle (Abb. 32).[659]

In Krankenkassen dominieren heute die Gleitzeit mit Kernarbeitszeit sowie die Teilzeitarbeit. Im Rahmen der kulturorientierten Arbeitszeitgestaltung müssen die kulturbezogenen Interessen der Kasse sowie die Interessen der Mitarbeiter austariert werden, so daß im Ergebnis ein Arbeitszeitmodell entsteht, das auf die Bedürfnisse beider Parteien abstellt. Unternehmenskulturelle Relevanz erhält die Arbeitszeitgestaltung vor allem - wie oben beispielhaft erläutert - durch die Erklärung des Symbolgehaltes der Veränderungen.

---

[658] Vgl. Schuh/Schultes-Jaskolla/Stitzel 1987, S. 91 ff.

[659] Erläutert sind diese Modelle in Schuh/Schultes-Jaskolla/Stitzel 1987, S. 91 ff.; Scholz, Chr. 1993, S. 339 ff. sowie Staehle 1997, S. 785 f.

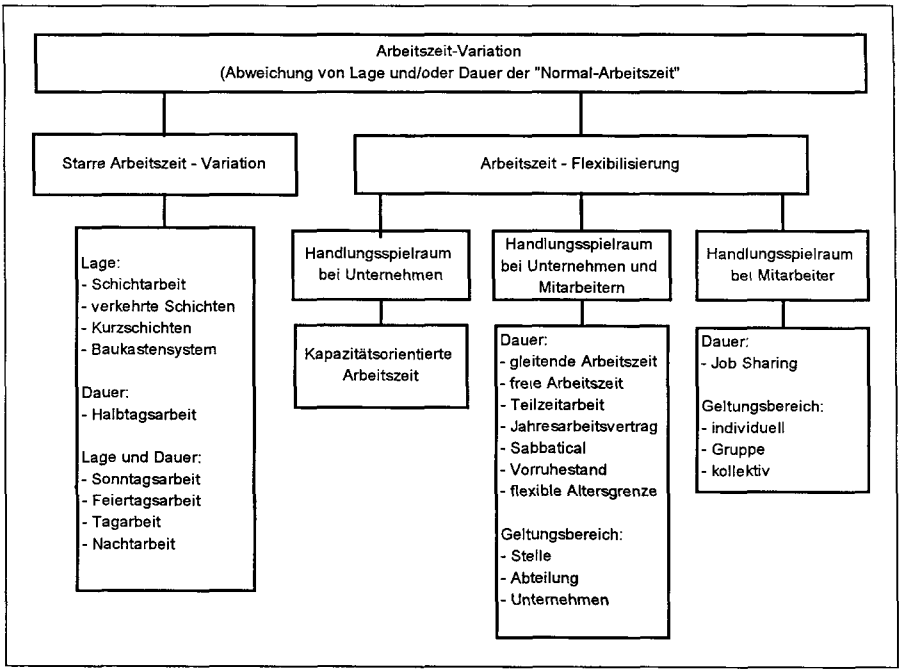


Abb. 32: Formen der Arbeitszeitvariation
Quelle: Scholz, Chr. 1993, S. 339.

2.8.2.2.5. Fazit

Für die Entwicklung der Organisationskultur erscheint es sinnvoll, vor allem das Führungsverhalten und zusätzlich ausgewählte Artefakte, das Anreiz- sowie das Arbeitszeitsystem kulturorientiert zu gestalten. Für eine spezifische Veränderung der vier Größen ist es zunächst notwendig, eine Soll-Kultur aus den Zielen des Qualitätsmanagements abzuleiten. Die Maßnahmen der Kulturentwicklung sind an dieser Soll-Kultur auszurichten. Wichtig ist dabei, daß der Symbolgehalt der durchgeführten Änderungen durch das Management erläutert wird.

2.8.2.3. Messung von Organisationskultur

Zur Beurteilung der Organisationskultur ist es notwendig, diese zu messen. Die Literatur zur Organisationskulturforschung hat hierzu einige Überlegungen sowie konkrete Meßverfahren vorgelegt. Im folgenden werden die wichtigsten Meßverfahren

vorgestellt. Außerdem wird herausgearbeitet, inwieweit die Verfahren zur Erhebung einer Organisationskultur in Krankenkassen geeignet erscheinen.

2.8.2.3.1. Firmenrundgang

Mit einem kulturbewußten Firmenrundgang können das äußere Erscheinungsbild der Kasse, der Besucherempfang, die Eindrücke über das Mitarbeiterverhalten, die Atmosphäre und die Stimmung während des Rundganges anhand einer Checkliste registriert werden.[660] Diese Methode zielt vor allem auf die Erfassung der Artefakte. Sie erscheint für Krankenkassen praktikabel.

2.8.2.3.2. Dokumentenanalyse

Schein und Kobi/Wüthrich schlagen eine Dokumentenanalyse vor, die sich auf alle Dokumentenarten der Organisation beziehen soll. Interessant seien z.B. Jubiläumsbroschüren, Geschäftsberichte, Organigramme, Einführungsschriften für neue Mitarbeiter, interne Mitteilungen und Werbematerial.[661] Die Dokumentenanalyse beleuchtet einen Teil der Artefakte der Organisation. Grundsätzlich ist problematisch, daß Dokumente, wie beispielsweise Geschäftsberichte, auch im Hinblick auf ihre Werbewirkung konzipiert sind und daher vor allem Rückschlüsse auf die Kultur einzelner Abteilungen zulassen, die für die Erstellung dieser Schriften verantwortlich sind. Da allerdings diese Abteilungen einen Teil der Gesamtorganisation ausmachen und insofern auch einen mehr oder weniger starken Einfluß auf die Kultur anderer Organisationseinheiten haben, spricht die begrenzte Reichweite der erzielbaren Ergebnisse dieses Instruments nicht gegen dessen Einsetzbarkeit. Ein Einsatz in Krankenkassen erscheint sinnvoll, da gerade dort Dokumenten eine hohe Bedeutung zukommt und somit die Kultur hierin relativ deutlich zum Ausdruck kommt.

2.8.2.3.3. Fragebogen

Von verschiedenen Autoren werden Fragebogenkonzepte vorgeschlagen. Im folgenden wird auf Basis der Konzeptionen von Kobi/Wüthrich, Bosetzky/Heinrich und Kern analysiert, welche Dimensionen mit den Befragungen erhoben werden und wie die Befragungen operationalisiert sind.

Kobi/Wüthrich beziehen sich inhaltlich auf folgende Punkte: Grundorientierung der Kultur, unternehmerische Leitideen, betriebliche Hauptstärken und -schwächen, Zusammenarbeit, Information/Kommunikation, Merkmale des typischen Mitarbeiters,

---

[660] Vgl. Kobi/Wüthrich 1986, S. 78 f.

[661] Vgl. Schein 1985, S. 114 ff.; Kobi/Wüthrich 1986, S. 76 f.

Karrieremechanismen, Betriebsklima und das Bild des Vorgesetzten.[662] Bosetzky/Heinrich thematisieren in ihrem 46 Fragen umfassenden Bogen Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima, Zusammenarbeit und Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten, Einstellung zur Arbeit, Geschlechterverhältnis, Kommunikationsformen und Pausengestaltung.[663] Der Bogen von Kern erhebt mit 33 Fragen Beurteilungen der Chancengleichheit, der Atmosphäre, des Führungsverhaltens, der Information, Kommunikation, Eigeninitiative der Mitarbeiter, Kreativitätsförderung, Unternehmensführung, Leistungsbereitschaft, des Umweltbewußtseins, der Kundenorientierung, Organisationsstruktur und Unternehmensethik.[664] Die Vielfalt und Heterogenität der abgefragten Dimensionen, die willkürlich ausgewählt erscheinen, weisen auf die Schwierigkeiten einer allgemeinen Kulturmessung hin.

Für die Operationalisierung des Befragungskonzeptes verwenden Kobi/Wüthrich neben Fragen mit offenen Antwortmöglichkeiten vor allem Fragen, die mit einer siebenstufigen Rating-Skala zu beantworten sind. Die abgefragten Dimensionen sind als Thesen über den Ist-Zustand in der Organisation formuliert, denen abgestuft zugestimmt werden kann (Abb. 33). Hier können Zweifel an der Kostruktvalidität angemeldet werden. Wenn sich Organisationskultur im wesentlichen auf die Werte der Organisationsmitglieder bezieht, kann mit dieser Frageform die Kultur nicht erhoben werden. Die völlige Zustimmung zur Aussage „Bei uns wird ein angenehmer Führungsstil gepflegt" sagt nichts über die Werthaltung des Befragten im Hinblick auf den Führungsstil aus, sondern zeigt, inwieweit der Befragte mit dem Führungsstil zufrieden ist. Für die Kulturerhebung ist der Fragebogen daher kaum geeignet.

Bosetzky/Heinrich verwenden sehr unterschiedliche Frageformen zur Operationalisierung der Fragestellung. Oft wird auf ordinalem Skalenniveau gemessen, indem drei-, vier- oder fünfstufige Rating-Skalen Verwendung finden, teilweise wird auch auf Nominal-, Intervall- oder Rationalskalenniveau gemessen.[665] Einige Fragen fordern zu einer Beschreibung objektiver Bedingungen der Organisation auf[666], andere beziehen sich auf die Nutzung eigener Spielräume[667] oder auf die Arbeitszufrieden-

---

662 Vgl. Kobi/Wüthrich 1986, S. 81 ff.

663 Vgl. Bosetzky/Heinrich 1988, S. 256 ff.

664 Vgl. Kern 1991, S. 284 ff.

665 Vgl. Bosetzky/Heinrich 1988, S. 256 ff.

666 Z.B.: „In welchem Maße wiederholt sich tagtäglich derselbe Ablauf in der Pausengestaltung?"

667 Z.B.: „Wie nutzen Sie Ihre Pausen? Zum Essen / Zu Gesprächen mit Kollegen / ..."

heit[668]. Werte werden, wie bei Kobi/Wüthrich, nicht erhoben. Damit erscheint auch diese Konzeption kaum zur Kulturmessung geeignet.

Nehmen Sie bitte zu folgenden Aussagen über die Firma _____
Stellung. Kreuzen Sie dazu pro Linie ein Kästchen an.

	stimmt völlig	stimmt weitgehend	stimmt eher	unentschieden	stimmt eher nicht	stimmt weitgehend nicht	stimmt überhaupt nicht
	7	6	5	4	3	2	1
Bei uns wird ein angenehmer Führungsstil gepflegt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 33: Fragebogen zur Erhebung von Organisationskultur nach Kobi/Wüthrich (Auszug)
Quelle: Kobi/Wüthrich 1986, S. 82.

Kern läßt die verschiedenen Dimensionen auf einer vierstufigen Rating-Skala beurteilen. Er fragt nach der individuellen Beurteilung ausgewählter Werte und nach der angenommenen mehrheitlichen Beurteilung im Unternehmen (Abb. 34). In einem zweiten Teil (Abb. 35) wird nach demselben Prinzip nach der Verwirklichung dieser Werte im Unternehmen gefragt. Die Frage nach der individuellen Beurteilung erscheint sinnvoll, da sie unmittelbar auf das individuelle Wertsystem verweist. Die zweite Frage nach der mehrheitlichen Beurteilung im Unternehmen trägt nicht zur Klärung der Organisationskultur bei. Welche Werte von der Mehrheit der Organisationsmitglieder geteilt werden, läßt sich im Rahmen der Auswertung der ersten Frage bereits statistisch ermitteln. Die zweite Frage erhebt die Einschätzung der Befragten im Hinblick auf die Organisationskultur. Der Nutzen dieser Information wird kaum deutlich. Die dritte Frage, die sich auf die Verwirklichung der Werte bezieht, beleuchtet den Ist-Zustand in der Organisation, der Ausgangspunkt für konkrete Verbesserungsbemühungen sein kann.

Der Bogen von Kern ist im Vergleich zu den beiden anderen oben diskutierten Bögen sehr viel gründlicher theoretisch fundiert. Er kann als brauchbarer Ansatz zur Erhebung zentraler Werte der Organisationsmitglieder angesehen werden. Für die Erhebung der Qualitätskultur einer Krankenkasse eignet er sich dennoch so nicht, weil die abgefragten Dimensionen nicht einschlägig sind.

---

[668] Z.B.: „Sind Sie mit dem Ausblick aus Ihrem Fenster eher zufrieden / eher unzufrieden?"

Wie beurteilen Sie selbst folgende Werte, Grundsätze etc., bzw. wie werden selbige mehrheitlich in Ihrem Unternehmen beurteilt?									-2 = absolut ablehnenswert -1 = eher ablehnenswert +1 = eher anstrebenswert +2 = absolut anstrebenswert
	Ihre persönliche Beurteilung				Mehrheitliche Beurteilung im Unternehmen				
	-2	-1	+1	+2	-2	-1	+1	+2	
Direkte Weitergabe von Information (informelle Kommunikation)	□	□	□	□	□	□	□	□	
Förderung von Kreativität.....	□	□	□	□	□	□	□	□	

Abb. 34: Fragebogen zur Erhebung der Organisationskultur nach Kern (Auszug I)
Quelle: Kern 1991, S. 285 ff.

Wie sehr sind diese Werte in Ihrem Unternehmen in der Praxis verwirklicht?					0 = überhaupt nicht 1 = etwas 2 = weitgehend 3 = absolut verwirklicht
	Ihre persönliche Einschätzung				
	0	1	2	3	
Direkte Weitergabe von Information (informelle Kommunikation)	□	□	□	□	
Förderung von Kreativität.....	□	□	□	□	

Abb. 35: Fragebogen zur Erhebung der Organisationskultur nach Kern (Auszug II)
Quelle: Kern 1991, S. 288 f.

Für die Messung der Organisationskultur in einer Krankenkasse ist es nicht notwendig zu versuchen, alle Facetten der Kultur zu betrachten. Es genügt eine Beschränkung auf jene Dimensionen, die im Rahmen eines Qualitätsmanagements wesentlich sind. Wünschenswert ist es, mit einer schriftlichen Befragung Informationen über die Ausprägungen von Kulturdimensionen, den Verankerungsgrad sowie das Homogenitätsmaß zu erzielen.[669] Dies läßt sich mit folgender Fragebogen-Architektur erreichen: Im Fragebogen sind Aussagen formuliert, die Ausdruck einer Soll-Kultur sind. Dabei wird, in Anlehnung an Kern, zwischen Werten und Verhaltensmustern differenziert, womit zugleich zwei Ebenen der Organisationskultur betrachtet werden. Die Befragten sollen mit Hilfe einer fünfstufigen Rating-Skala angeben, inwieweit wahrgenommene Verhaltensmuster sowie eigene Werte mit der jeweiligen Aussage übereinstimmen (Abb. 36).

[669] Vgl. Heinen 1987, S. 26 ff.

	(Verhaltensmuster)	(Werte)
	Inwieweit ist dies aus Ihrer Sicht verwirklicht? voll verwirklicht ... gar nicht verwirklicht	Inwieweit soll dies Ihrer Ansicht nach angestrebt werden? soll unbedingt angestrebt werden ... soll keinesfalls angestrebt werden
Unsere Kasse gewährleistet unseren Kunden eine hervorragende Information und Beratung	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
...	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □

Abb. 36: Fragebogen zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Qualitätskultur (Auszug)
Quelle: eigene Darstellung.

Je größer jeweils die Zustimmung ist, desto höher ist der Verankerungsgrad der Soll-Kultur. Das Homogenitätsmaß der Kultur kann mit statistischen Verfahren ermittelt werden. Aus den Häufigkeitsverteilungen geht hervor, welche Werte von der Mehrheit der Befragten geteilt werden; aus der Standardabweichung ergibt sich die Homogenität der Organisationskultur. Neben den Fragen zur Erhebung von Werten und Verhaltensmustern sind Items zur Lokalisierung der Befragten aufzunehmen. Angaben zur Abteilungszugehörigkeit, zur Stellung in der Hierarchie und zur Geschlechtszugehörigkeit ermöglichen die Benennung von Subkulturen der Kasse.[670]

Diese hier vorgestellte Fragenmethodik gilt es, im anschließend zu entwerfenden Konzept entsprechend Berücksichtigung finden zu lassen.

2.8.2.3.4. Interviews

Als weitere Methoden der Informationsgewinnung schlägt die Literatur leitfadengestützte Einzelgespräche bzw. narrative Interviews vor.[671] Kobi/Wüthrich sehen den Vorteil von Einzelgesprächen darin, daß man „wesentlich tiefer gehen" könne als in einer schriftlichen Befragung, da Antworten hinterfragt und Widersprüche geklärt werden könnten. Als Gesprächspartner empfehlen sie vor allem Personen, die in der informalen Hierarchie des Unternehmens eine bedeutende Rolle spielen.[672] Interviews zielen, wie Fragebögen, insbesondere auf die Beleuchtung der Werte-

[670] Dabei muß allerdings die Anonymität der Befragten gesichert bleiben.
[671] Vgl. Schein 1985, S. 114 ff.; Kobi/Wüthrich 1986, S. 85 ff.; Schaper 1992, S. 160 ff.
[672] Vgl. Kobi/Wüthrich 1986, S. 85 ff.

Ebene der Kultur. Sie sind dabei besser geeignet, die Kultur differenziert zu erfassen. Ein Nachteil besteht darin, daß das Führen von Interviews sowie die Auswertung des gewonnenen Datenmaterials sehr aufwendig sind, so daß eine Befragung aller Organisationsmitglieder in großen Kassen schon aus Kostengründen unrealistisch ist. Ein weiterer Nachteil ist, daß die Ergebnisse der Interviews sehr stark von der Person des Interviewers abhängt, wodurch die Ergebnisse subjektiv gefärbt sein können. „Es besteht die Gefahr, daß die Befragung mehr über das Sinnsystem des oder der Befragenden aussagt als über das des oder der Befragten."[673] Dies kann eine Zeitreihenanalyse erschweren und sich negativ auf die Verwendung der Daten für die Zwecke der Organisationsentwicklung auswirken, weil den Interpretationen des Analytikers widersprochen wird. In Krankenkassen ist es deshalb sinnvoll, Interviews als Ergänzung zu Fragebögen einzusetzen, um die Ergebnisqualität der schriftlichen Befragung zu verbessern. Die Interviews sollten sich auf dieselben Dimensionen beziehen wie die schriftliche Befragung und erst nach der Auswertung der schriftlichen Befragung durchgeführt werden, damit die gewonnenen Ergebnisse zur Interpretation der Fragebogenergebnisse herangezogen werden können.

2.8.2.3.5. Gruppendiskussionen

Auch Gruppendiskussionen können in Krankenkassen eingesetzt werden und bringen einen ähnlichen Nutzen wie Interviews. Sie bieten gegenüber dem Einzelinterview den Vorteil, daß kollektive Meinungsmuster besser erkannt werden können. Ein Nachteil ist, daß sich die Teilnehmer u.U. ausschließlich innerhalb des Gruppenkonsenses äußern.[674] Wenn Führungskräfte anwesend sind, kann dies darüber hinaus die Diskussionsbereitschaft beeinträchtigen, weil u.U. Nachteile aus gemachten Äußerungen erwartet werden.

2.8.2.3.6. Teilnehmende Beobachtung

Eine weitere Erhebungsmethode, die einen Zugang zu den Werten der Organisationsmitglieder ermöglicht und insbesondere Rückschlüsse auf die Systemvereinbarkeit der Qualitätskultur zuläßt, ist die „Teilnehmende Beobachtung". Dabei geht es darum, durch „Teilnahme an der Situation der Handelnden zu ihren symbolischen Aktivitäten Zugang zu gewinnen".[675] Das Hauptproblem dieses Instruments dürfte die Verhaltensbeeinflussung durch den Beobachter sein. Nach Kluckhohn müßten

---

673 Schaper 1992, S. 74.

674 Vgl. Kern 1982, S. 273.

675 Aktouf 1985, S. 34; vgl. zum Einsatz des Instruments auch Schein 1985, S. 114 ff., und Schaper 1992, S. 160 f.

idealerweise sämtliche Gruppenmitglieder den teilnehmenden Beobachter für ein Mitglied der Gruppe halten.[676] Wollte man dies gewährleisten, wäre eine verdeckte Untersuchung vorstellbar, die allerdings bei einer späteren Enttarnung des Beobachters zu einer Vertrauenskrise führen und die weiteren Qualitätsmanagement-Aktivitäten der Kasse belasten würde. Ein weiterer Nachteil besteht, wie bei Interview und Gruppendiskussion, darin, daß die Erhebungsergebnisse stark subjektiv durch den Beobachter gefärbt sind und damit die Zeitreihenanalyse erschweren sowie die Überzeugungskraft der Daten beeinträchtigen. Darüber hinaus ist das Verfahren bei großflächiger Anwendung sehr teuer. Kobi/Wüthrich schlagen deshalb eine reduzierte Variante, die „Sitzungsbeobachtung", vor. Deren Einsatz erscheint in Krankenkassen als Ergänzung zu schriftlicher Befragung und zu Interviews bzw. Gruppendiskussionen sinnvoll.

2.8.2.3.7. Fazit

Die vorgeschlagenen Instrumente zur Messung der Organisationskultur beziehen sich auf die Ebenen der Artefakte, Verhaltensmuster und Werte der Organisationskultur. Eine Erhebung der grundlegenden Annahmen erfolgt nicht; der wichtigste Grund hierfür dürfte darin liegen, daß dies äußerst aufwendig und damit teuer wäre. Außerdem sind die Operationalisierungsprobleme auf dieser Ebene besonders groß, weil die grundlegenden Annahmen weitgehend unbewußt vorliegen. Der Verzicht auf die Erhebung führt allerdings nicht zu einem wesentlichen Erkenntnisverlust.

Die Instrumente erscheinen im Prinzip für die Kulturmessung geeignet und in Krankenkassen einsetzbar. Lediglich die Fragebogenkonzeptionen überzeugen so nicht, können aber in modifizierter Form einen wichtigen Beitrag zur Kulturmessung in Krankenkassen leisten. Insgesamt ist es notwendig, die Instrumente kombiniert zum Einsatz zu bringen. Für die Anpassung an die Erfordernisse eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements ist es vor allem notwendig, die qualitätsbezogenen Dimensionen einer Organisationskultur in Krankenkassen zu identifizieren.

2.8.2.4. Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Optimierung der Organisationskultur in Krankenkassen

Die Organisationskultur hat einen wesentlichen Einfluß auf die Dienstleistungsqualität von Krankenkassen. So hängt die Qualität von Beratung, Information und Service davon ab, inwieweit insbesondere Werte einer Kundenorientierung in der Or-

---

[676] Vgl. Kluckhohn 1965, S. 97 ff.

ganisationskultur verankert sind. Auch die Qualität der kasseninternen Kundenbeziehungen (Kooperationsbeziehungen) sowie die Innovationsfähigkeit sind zu großen Teilen von entsprechenden Werten abhängig. Es ist deshalb notwendig, eine Soll-Kultur zu definieren, die Ist-Kultur zu messen und einen Prozeß der Kulturentwicklung einzuleiten. Ansatzpunkte dafür wurden oben aufgezeigt.

Für die Konzeptionalisierung einer qualitätsorientierten Kulturentwicklung, die integrativer Bestandteil eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements ist, bedarf es allerdings der Spezifizierung relevanter Kulturdimensionen. Diese erfolgt - im Rahmen der eigentlichen Konzeptionalisierung des krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements - im dritten Abschnitt.

Neben der Gestaltung der Organisationskultur und -struktur ist es erforderlich, die Kompetenzen der Organisationsmitglieder an die Erfordernisse des Qualitätsmanagements anzupassen. Die Grundlagen hierzu werden im folgenden Abschnitt gelegt.

2.8.3. Kompetenzen

Analog zum Vorgehen in den beiden vorigen Abschnitten wird zunächst der Begriff der Kompetenzen geklärt. Im Anschluß werden die wichtigsten Instrumente der Personalentwicklung, denen in diesem Zusammenhang Beachtung zu schenken ist, vorgestellt, und das Problem der Kompetenzmessung behandelt.

2.8.3.1. Begriffsbestimmung

Unter dem Begriff der Kompetenzen soll im Rahmen dieser Ausführungen das Wissen und Können verstanden werden, das den Organisationsmitgliedern die Verfolgung und Erreichung von Zielen ermöglicht. Dabei umfaßt Wissen theoretische und praktische Kenntnisse und Erfahrungen, während Können die Fähigkeit ist, Wissen bei einer geistigen oder manuellen Tätigkeit anzuwenden.[677] Im folgenden wird zwischen Fachkompetenzen, sozialen und konzeptionellen Kompetenzen unterschieden.[678]

- Fachkompetenzen beziehen sich auf rein fachliche Fragen.
- Soziale Kompetenzen beziehen sich auf die von Verantwortungsbewußtsein und Selbstsicherheit getragene Interaktion mit internen bzw. externen Kunden.

---

[677] Vgl. Mentzel 1994, S. 166, 186.

[678] Vgl. zu diese Unterscheidung Anton 1993, S. 23; Schanz 1994, S. 434; Horn 1996, S. 27.

- Konzeptionelle Kompetenzen ermöglichen es Organisationsmitgliedern, Fachkompetenzen und soziale Kompetenzen anforderungsspezifisch zu kombinieren und zielgerichtet anzuwenden.

In der personalwirtschaftlichen Literatur wird die Entwicklung von Kompetenzen unter dem Begriff der Personalentwicklung diskutiert.[679] „Personalentwicklung umfaßt im weitesten Sinne Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung sowie generell Mitarbeiterförderung. Personalentwicklung wird immer dann erforderlich, wenn Diskrepanzen zwischen Fähigkeiten und Anforderungen nicht über Personalbeschaffung beziehungsweise -freisetzung ausgeglichen werden können oder sollen."[680] Die wichtigsten Instrumente werden im folgenden Abschnitt erörtert.

2.8.3.2. Instrumente der Personalentwicklung

Folgende Instrumente der Personalentwicklung werden üblicherweise unterschieden:

- *Seminare* sind Qualifikationsmaßnahmen, in denen eine größere Anzahl von Teilnehmern zu denselben Inhalten unterrichtet wird. Überwiegend werden Fachkompetenzen vermittelt.[681]
- *Coaching* wird als ein Prozeß verstanden, innerhalb dessen Mitarbeiter, insbesondere einzelne Führungskräfte, von einem psychologisch geschulten Berater unterstützt werden.[682] Mit Coaching können soziale und konzeptionelle Kompetenzen ausgebaut werden, indem das Handlungskompetenzspektrum erweitert und die Persönlichkeit entwickelt wird.[683] Dabei ist zwischen Einzel- und Gruppen-Coaching zu unterscheiden.[684]
- Die *Anleitung durch den Vorgesetzten* wird „on the job" durchgeführt. Sie ist insbesondere wenig geeignet zur Vermittlung von Wissen, das für die Organisation neu ist, da ein Kompetenzvorsprung des Vorgesetzten u.U. nicht gegeben ist.[685]
- Die *Unternehmensberatung* kann vor allem dazu eingesetzt werden, Führungskräfte zu unterstützen. Dabei stehen der Wissenstransfer, die Kapazitätserweiterung sowie die Risikominimierung bei strategischen Entschei-

---

679 Vgl. Staehle 1997, S. 823 ff.

680 Scholz, Chr. 1993, S. 251.

681 Vgl. Mentzel 1994, S. 188 ff.

682 Vgl. Huck 1989, S. 413. Zur Entwicklung des Coaching-Begriffs und der Coaching-Varianten Böning 1994, S. 172 ff.

683 Vgl. Huck 1989, S. 413; Böning 1994, S. 176; Mentzel 1994, S. 156.

684 Böning 1990, S. 23, und Mentzel 1994, S. 157, verwenden für das Gruppen-Coaching den Begriff „System-Coaching".

685 Vgl. Mentzel 1994, S. 186.

dungen im Vordergrund.[686] Eine Kompetenzerweiterung des Managements erfolgt in diesem Zusammenhang quasi als „Nebenprodukt".[687]

In Krankenkassen gehören Seminare sowie die Anleitung durch den Vorgesetzten zu den Standardinstrumenten der Personalentwicklung. Einige Kassen haben darüber hinaus erste Erfahrungen mit einem Coaching gesammelt. Unternehmensberater werden verstärkt seit der Einführung von Wettbewerbsbedingungen im Kassensektor eingesetzt, wobei sich die Beratungen vorwiegend auf organisatorische Umstrukturierungsprozesse beziehen.

Im Rahmen eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements gilt es, diese im Prinzip bekannten und allgemein bewährten Instrumente der Personalentwicklung so auszugestalten und zu kombinieren, daß sie zur Erreichung der Qualitätsziele beitragen. Für einen zielgerichteten Einsatz ist es in diesem Zusammenhang notwendig, das Kompetenzprofil zu bestimmen. Mit diesem Problem befaßt sich der folgende Abschnitt.

2.8.3.3. Messung des Kompetenzprofils

Zur Messung des Kompetenzprofils sind verschiedene Instrumente entwickelt worden.[688] Die wichtigsten werden in diesem Abschnitt kurz vorgestellt.

2.8.3.3.1. Expertenurteil des Vorgesetzten

Ein Vorteil des Expertenurteils des Vorgesetzten besteht darin, daß die Bewertung auf im betrieblichen System erbrachten Leistungen des Mitarbeiters beruht. Problematisch ist, daß die Bewertung des Mitarbeiters überwiegend intuitiv erfolgt.[689] Es fließen somit zahlreiche Dimensionen ein, die nicht unbedingt Ausdruck der zu bewertenden Kompetenzen sind. Problematisch ist außerdem die Bewertung von Kompetenzen, die bislang im Unternehmen nicht gefordert waren, da hierzu u.U. keine Erfahrungen vorliegen.

---

[686] Zur Wissenstransfer-, Kapazitätserweiterungs-, Neutralitäts- und Managementexkulpationsfunktion von Beratern vgl. Vogelsang 1992, S. 50 ff.

[687] Schrädler, 1995, S. 204, vertritt die Auffassung, daß Unternehmensberatung immer darauf abzielen solle, daß das Klientsystem lerne. Ein Management auf Zeit sei nicht erstrebenswert.

[688] Vgl. die Übersicht bei Scholz, Chr. 1993, S. 239 ff. Zur Kontrolle von Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung vgl. insbesondere Klusen 1985.

[689] Vgl. Scholz, Chr. 1993, S. 254.

2.8.3.3.2. Dokumentenanalyse

Die Dokumentenanalyse ist vor allem bei der Neueinstellung von Personal gebräuchlich. Sie bezieht sich insbesondere auf Lebensläufe und Zeugnisse und erlaubt vor allem Rückschlüsse auf Fachkompetenzen, die in Schule, Berufsausbildung, Universität bzw. beruflicher Praxis erworben wurden.[690] Wenig aussagekräftig ist sie im Hinblick auf soziale und konzeptionelle Kompetenzen.

2.8.3.3.3. Interview

Das Interview kommt ebenfalls vor allem bei der Neueinstellungen zum Einsatz. Es ist nur bedingt geeignet, Informationen über Fachkompetenzen zu erheben. Problematisch ist, daß der Bewerber ein „geschöntes" Bild seiner Kompetenzen zeichnen kann, das in der Interviewsituation oft nicht objektivierbar ist. Die Bewertung des Verhaltens in der Interaktionssituation des Interviews erlaubt außerdem die Messung einiger sozialer Kompetenzen. Auch in dieser Hinsicht besteht allerdings ein Objektivitätsproblem, da das Ergebnis stark von den subjektiven Wertschätzungen des Interviewers abhängt.[691] Aufgrund der aufgezeigten Probleme ist die Prognosevalidität von Interviews relativ gering. In empirischen Untersuchungen wurden Validitätswerte von 0.00 bis 0.25 ermittelt.[692]

2.8.3.3.4. Mitarbeiterbefragung

Durch eine Mitarbeiterbefragung kann erhoben werden, wie das Führungsverhalten der Führungskräfte von den Mitarbeitern erlebt wird.[693] Dies läßt Rückschlüsse auf die Führungskompetenzen zu.

2.8.3.3.5. Psychologische Testverfahren

Psychologische Testverfahren zielen darauf ab, individuelle Verhaltensmerkmale zu erfassen, um daraus auf Eigenschaften oder Leistungen zu schließen. Dabei werden Persönlichkeits- und Fähigkeitstests unterschieden.[694] Psychologische Testverfahren sind vor allem aufgrund ihrer geringen Prognosevalidität umstritten. Empirische Untersuchungen ermittelten Werte zwischen 0.10 und 0.50.[695]

---

690 Vgl. Horn 1996, S. 47 f.

691 Vgl. Kompa 1984, S. 159 ff.

692 Vgl. Stehle 1980, S. 95; Reilly/Chao 1982, S. 15. Zu den Gründen mangelnder Validität vgl. Horn 1996, S. 51.

693 Vgl. Töpfer/Mehdorn 1994, S. 186 f.

694 Vgl. die Übersicht bei Scholz, Chr. 1993, S. 240.

695 Vgl. Stehle 1980, S. 95; Reilly/Chao 1982, S. 15; Cascio 1987, S. 316, 320.

2.8.3.3.6. Assessment-Center

Das Assessment-Center ist ein komplexes Verfahren zur Messung von Verhaltensleistungen, das verschiedene Verfahren, wie In-basket-test („Postkorb-Übung"), Gruppendiskussion mit oder ohne Rollenvorgabe, Interviews, Fallstudienanalysen, Präsentationsverfahren und schriftliche Übungen, kombiniert. Mehrere Kandidaten werden über mehrere Tage hinweg von mehreren Beurteilern beobachtet und bewertet.[696] Das Assessment-Center ist vor allem geeignet, soziale und konzeptionelle Kompetenzen zu erheben. Es hat eine hohe Prognosevalidität. In empirischen Studien wurden Validitätswerte zwischen 0.40 und 0.71 ermittelt.[697] Da in Abschnitt 3.2.4. dieser Arbeit ein Assessment-Center für die Messung qualitätsmanagementspezifischer Kompetenzen entwickelt wird, soll im folgenden auf die Grundlagen der Konstruktion der Übungen sowie der Beobachtung und Bewertung näher eingegangen werden.

Für die *Konstruktion der Übungen* werden in der Literatur folgende Anforderungen genannt: Die Übungen sollen anforderungsbezogen, realitätsnah und im Hinblick auf das evozierte Verhalten ergiebig sein. Die Bearbeitung soll von spezifischem Fachwissen unabhängig, die Komplexität und Schwierigkeit sollen angemessen, und die Auswertung soll einfach sein. Außerdem wird eine Standardisierung der Übungen empfohlen, damit eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist.[698]

Zunächst müssen Dimensionen festgelegt werden, die der Beobachtung und Bewertung unterliegen sollen. Es ist außerdem sicherzustellen, daß die Beobachter eine weitgehend übereinstimmende Auffassung davon haben, an welchen Verhaltensweisen die Dimensionen zu erkennen sind. Dies setzt einen entsprechenden Verständigungsprozeß der Beobachtergruppe voraus.[699] Die folgende Abbildung zeigt beispielhaft ein Schema zur Bewertung der Probanden. Die „Interaktionskompetenz" soll an vier Dimensionen beobachtet und insgesamt bewertet werden, wobei eine differenzierte Bewertung der einzelnen Dimensionen unterbleibt. Durch diese Vereinfachung wird die Validität des Assessment-Centers nicht beeinträchtigt: Da die Bewertung einer Anforderungsdimension intuitiv erfolgt, erscheint es nicht

---

696 Vgl. Heitmeyer/Thom 1982; Klimoski/Brickner 1987.

697 Vgl. die Dokumentation mehrerer Untersuchungen bei Stehle 1980, S. 95; Cascio 1987, S. 316, 320. Trotz zahlreicher empirischer Untersuchungen ist unklar geblieben, wie die hohe Prognosevalidität von Assessment-Centers zu erklären ist; vgl. Klimoski/Brickner 1987, S. 246; Schuler 1989, S. 223 ff.; Lammers 1992, S. 21.

698 Vgl. Iten/Müller, M. 1989, S. 64 f.

699 Vgl. Jeserich 1989, S. 128; Heitmeyer/Thom 1988, S. 18.

sinnvoll, zunächst konkrete Teilergebnisse zu ermitteln und diese dann rechnerisch zusammenzuführen.

	Merkmal vorhanden: sehr deutlich gar nicht
Interaktionskompetenzen • Widmet sich konzentriert dem Interaktionspartner. • Vergewissert sich, das Problem des Kunden verstanden zu haben. • Bleibt auch in schwierigen Situationen höflich. • Informiert/berät widerspruchsfrei, wirkt vertrauenswürdig.	□ □ □ □ □

Abb. 37: Bewertungsschema (Auszug)

Quelle: in Anlehnung an Jeserich 1989, S. 86.

Im Hinblick auf die Beobachtung im Rahmen eines Assessment-Centers sind folgende Fehler bekannt:

- *Halofehler:* Ein Gesamteindruck, den ein Beobachter von dem Kandidaten gewonnen hat, schlägt sich auf alle Beobachtungsdimensionen nieder.[700] „Die Beobachter beurteilen also keine abstrakten Fähigkeiten, Eigenschaften oder Charakterzüge, sondern das Gesamtverhalten in einer bestimmten Situation."[701]
- *Milde-/Strengefehler:* Die Stärken bzw. die Schwächen einer Person werden überbewertet.[702]
- *Tendenz zur Mitte:* Die Extremwerte der zur Verfügung stehenden Beurteilungsskala werden auch dann gemieden, wenn sie angezeigt sind. Der Beobachter bevorzugt die Mitte der Skala.[703]
- *Fehler des ersten Eindrucks:* Der erste Eindruck des Kandidaten überlagert alle weiteren Eindrücke und verfälscht so das Gesamturteil.[704]
- *Ähnlichkeitsphänomen:* „Es basiert auf der Beobachtung, daß Menschen, die uns mehr ähneln als andere, in unserer Beurteilung besser abschneiden als andere."[705] Dies führt zu der Tendenz, daß die Beobachter „sich selbst" in der Organisation multiplizieren. Dies ist gerade dann problematisch,

---

[700] Vgl. Lammers 1992, S. 26 f.

[701] Neubauer 1989, S. 202.

[702] Vgl. Lammers 1992, S. 31; Neubauer 1996, S. 167.

[703] Vgl. Lammers 1992, S. 32 f.

[704] Vgl. Lammers 1992, S. 34 f.; Neubauer 1996, S. 167.

[705] Vgl. Lammers 1992, S. 36 f.; vgl. den „Sympathie-Fehler" bei Heitmeyer/Thom 1988, S. 26.

wenn die bisherigen Anforderungen an die Kompetenzen nicht den aktuellen entsprechen.

- *Kontrasteffekt:* Die Beurteilung wird durch die Beurteilung des vorhergehenden Kandidaten beeinflußt.[706]

Diese Probleme treten vor allem dann auf, wenn die Beobachter für die Beobachtung und Bewertung in Assessment-Centers weniger qualifiziert sind. Die Schulung der Beobachter, insbesondere das Vertrautmachen mit den Beobachtungsfehlern, ist daher von großer Bedeutung.[707] Außerdem kann durch die Zusammensetzung der Beobachtergruppe auf die Qualität von Beobachtung und Bewertung Einfluß genommen werden. So kann insbesondere den problematischen Folgen des Ähnlichkeitsphänomens begegnet werden, indem vor allem solche Führungskräfte als Beobachter eingesetzt werden, von denen vermutet werden kann, daß deren Kompetenzprofil dem Anforderungsprofil weitgehend entspricht. Außerdem kann der Anteil psychologisch vorgebildeter Berater in der Beobachtungsgruppe relativ hoch gehalten werden. Eher traditionell geprägte Führungskräfte sollten allerdings nicht konsequent ausgegrenzt werden, denn erstens dürfte dies zu unfruchtbaren Widerständen in der Organisation führen, und zweitens sind die Beobachtung und Bewertung der Kandidaten sowie die darauf vorbereitende Schulung auch Lernsituationen für die Beobachter, in denen qualitätsmanagement-relevante Kenntnisse vermittelt werden.[708] Traditionell geprägte Führungskräfte dürfen die Beobachtungsgruppe aber nicht dominieren.[709] Objektivierend wirken die Grundsätze des Assessment-Centers, nach denen die Beobachtung und Bewertung von mehreren Personen vorgenommen werden und zeitlich getrennt voneinander stattfinden soll.[710]

Liegen Bewertungen durch alle Beobachter vor, müssen diese zusammengeführt werden. Hierzu ist es sinnvoll, nach dem Konsensprinzip, u.U. infolge einer Diskussion im Kreis der Beobachter, zu einem gemeinsamen Ergebnis zu gelangen. Einzelbewertungen können so noch einmal korrigiert werden, und die Gefahr, daß sich Beobachtungsfehler im Bewertungsergebnis niederschlagen, wird minimiert.

2.8.3.3.7. Fazit

Die vorgestellten Verfahren zur Messung des Kompetenzprofils fokussieren jeweils unterschiedliche Schwerpunkte. Grundsätzlich geeignet für die qualitätsorientierte

---

706 Vgl. Lammers 1992, S. 37
707 Vgl. Heitmeyer/Thom 1988, S. 22; Schulz 1989, S. 96; Lammers 1992, S. 7.
708 Vgl. Fischer 1989, S. 132.
709 Vgl. Küpper 1994, S. 125.
710 Vgl. Heitmeyer/Thom 1988, S. 21.

Kompetenzmessung in Krankenkassen erscheinen die Dokumentenanalyse, das Interview, die Mitarbeiterbefragung sowie insbesondere das Assessment-Center. Diese Instrumente müssen auf die Anforderungen eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements zugeschnitten werden. Eher ungeeignet erscheint, zumindest solange noch keine Qualitätsmanagement-Erfahrungen vorliegen, das Expertenurteil durch Vorgesetzte, das einschlägige Erfahrungen voraussetzt. Grundsätzlich abzulehnen sind psychologische Tests, die insbesondere durch eine geringe Prognosevalidität gekennzeichnet sind.

2.8.3.4. Notwendigkeit einer qualitätsorientierten Anpassung der Kompetenzen in Krankenkassen

Die Realisierung einer hohen Qualität der Dienstleistung, einer optimalen Organisationsstruktur sowie einer starken qualitätsbezogenen Organisationskultur erfordern eine entsprechende Anpassung der Kompetenzen. Welche Instrumente hierfür in Krankenkassen grundsätzlich geeignet erscheinen und wie das Kompetenzprofil der Organisationsmitglieder gemessen werden kann, wurde oben herausgearbeitet. Damit sind die Grundlagen für eine qualitätsorientierte Personalentwicklung geschaffen worden. Für die weitere Konkretisierung von Maßnahmen ist es vor allem notwendig, im Hinblick auf qualitätsmanagementsspezifische Kompetenzen ein Anforderungsprofil zu erarbeiten. Dazu bedarf es einer Konkretisierung der Qualitätsmanagement-Konzeption im Hinblick auf „Kundenorientierung", „Organisationsstruktur" und „Organisationskultur", denn das Anforderungsprofil muß auf diese Elemente ausgerichtet werden.

2.9. Zusammenfassung

Seit der Einführung von Wettbewerbsbedingungen im Sektor der Krankenkassen ist dieser Markt in eine Bewegung geraten, die ihren Ausdruck vor allem in einer Verschiebung von Marktanteilen findet. Einige kleinere Kassen sind sogar bereits aus dem Markt ausgeschieden, und deutliche Konzentrationsprozesse zeichnen sich ab. Fortbestand und Wachstum der einzelnen Kassen hängen davon ab, inwieweit es ihnen gelingt, komparative Wettbewerbsvorteile zu realisieren.

Die Krankenkassen haben die Herausforderungen des Marktes weitgehend erkannt; wesentliche Unterscheidungen im Hinblick auf eine entsprechende Profilierung konnten jedoch bislang kaum realisiert werden. Ein wesentlicher Grund hierfür besteht in dem hohen Grad der rechtlichen Regulierung: Der Gesetzgeber läßt den Kassen einen nur sehr kleinen Spielraum zur Ausgestaltung des Wettbewerbs. So sind die wichtigsten Strategien zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen aus rechtli-

chen Gründen nicht anwendbar. Strategisch relevante wettbewerbsbezogene Entscheidungen können insbesondere vor allem im Hinblick auf die Qualität der Dienstleistung getroffen werden. Daher sind in Krankenkassen komparative Wettbewerbsvorteile in erster Linie - allerdings auch hier unter restriktiven Bedingungen - komparative Qualitätsvorteile. Ihre Erzielung setzt eine konsequente Kundenorientierung voraus.

Eine qualitätsorientierte Wettbewerbskonzeption ist - unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben - konsequent an den Bedürfnissen der Kunden zu orientieren. Dabei sind - wie oben gezeigt wurde - ein enger Dienstleistungsbegriff sowie ein weiter Kundenbegriff zugrundezulegen. In diesem Zusammenhang sind darüber hinaus einige verwaltungsspezifische Probleme zu berücksichtigen: die Verwaltungsorientierung der Organisation, etablierte Steuerungsprobleme sowie eine institutionelle Lernschwäche. Deshalb muß die externe Perspektive, die mit einer Kundenorientierung verbunden ist, um eine interne Perspektive erweitert werden, so daß insgesamt ein ganzheitliches Qualitätsverständnis zugrundezulegen ist.

Hierzu bieten moderne Qualitätsmanagement-Ansätze zahlreiche Anregungen, die auch - wie die Untersuchung oben zeigte - überwiegend auf Krankenkassen übertragbar sind. Qualitätsorientiertes Gedankengut hat teilweise auch bereits Eingang in die Geschäftspolitik von Krankenkassen gefunden. Entsprechende Bemühungen werden allerdings bislang - wie die empirische Untersuchung gezeigt hat - vorwiegend nur vereinzelt, oftmals eher zufällig und nicht als Elemente einer systematischen Gesamtkonzeption eines Qualitätsmanagements genutzt.

Die vorgestellten Konzepte müssen an die Bedingungen von Krankenkassen angepaßt werden. Darüber hinaus gilt es in diesem Zusammenhang, neben der Qualität der Dienstleistung die Qualität der Organisationsstruktur und -kultur zu optimieren und die Kompetenzen der Organisationsmitglieder entsprechend anzupassen. Vor diesem Hintergrund ist nun ein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement-Konzept zu entwerfen.

3. Entwurf eines marketingorientierten Qualitätsmanagement-Konzepts für gesetzliche Krankenkassen

Nachdem in den vorstehenden Abschnitten der Rahmen für ein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement gelegt wurde, soll es nun darum gehen, ein entsprechendes Konzept zu entwerfen. Dabei erfolgt die Ausarbeitung in drei Schritten: Zunächst werden die strategischen Qualitätsziele im Hinblick auf vier Konzept-Elemente definiert. Danach erfolgt die Ausarbeitung eines Qualitätscontrolling, das eine Steuerung und Erfolgskontrolle der Qualitätsmanagement-Aktivitäten ermöglichen soll. Mit der in diesem Zusammenhang notwendigen Operationalisierung werden die Qualitätsziele zugleich weiter konkretisiert. Darauf aufbauend werden schließlich Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele vorgeschlagen (Abb. 38).

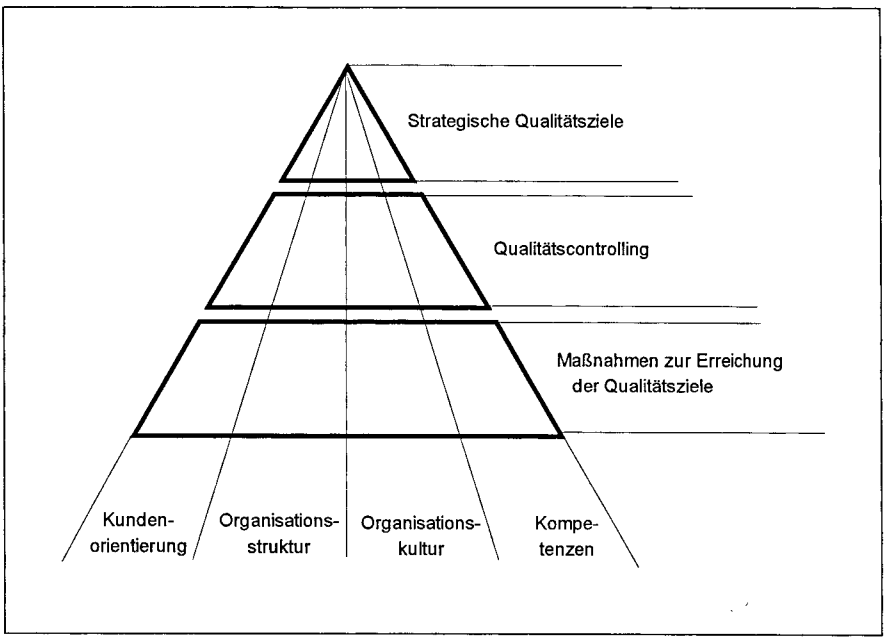


Abb. 38: Struktur der Qualitätsmanagement-Konzeption
Quelle: eigene Darstellung.

Die praktische Relevanz und Akzeptanz der strategischen Qualitätsziele sowie der entsprechenden Maßnahmen werden - wie bereits oben erwähnt - mit Ergebnissen der durchgeführten empirischen Untersuchung, die jeweils in die folgenden Ausführungen integriert werden, belegt.[711] Dabei liegt der Auswertung der Interviews eine hermeneutische Methode zugrunde.[712] Die im folgenden verwendeten Zitate aus den Expertengesprächen sollen beispielhaft die vertretenen Auffassungen verdeutlichen.

3.1. Strategische Qualitätsziele eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements

Die hier zu betrachtenden strategischen Qualitätsziele beziehen sich auf die Realisierung

- einer Kundenorientierung,
- organisationsstruktureller Voraussetzungen,
- organisationskultureller Voraussetzungen sowie
- eines adäquaten Kompetenzprofils der Organisationsmitglieder.

Auf diese Ziele gilt es im folgenden nun näher einzugehen.

3.1.1. Kundenorientierung

Das Ziel der Kundenorientierung ist unmittelbar aus den strategischen Oberzielen der Kasse abgeleitet. Sicherung des Kassenfortbestandes sowie Wachstum erfordern es, die Wahlentscheidung der Mitglieder zu beeinflussen, die im wesentlichen vom Grad der Zufriedenheit der Mitglieder mit der Dienstleistung der Kasse abhängt. Dabei ist die Zufriedenheit das Resultat des Abgleiches diesbezüglicher Erwartungen und Wahrnehmungen. Zusätzlich beeinflußt das Image der Kasse die Zufriedenheit.

Die Wahlentscheidung der Mitglieder hängt außerdem ab von der Beeinflussung durch jene Gruppen, die in Abschnitt 2.3.3. unter den Kundenbegriff subsumiert wurden, wobei die Richtung dieser Beeinflussung ebenfalls von der Zufriedenheit mit der Kassendienstleistung abhängt. Die folgende Abbildung verdeutlicht diesen Zusammenhang (Abb. 39).

---

[711] Zu den methodischen Grundlagen dieser Untersuchung vgl. Abschnitt 2.7.1.

[712] Vgl. zu dieser Methode grundsätzlich Laatz 1993, S. 215 ff.

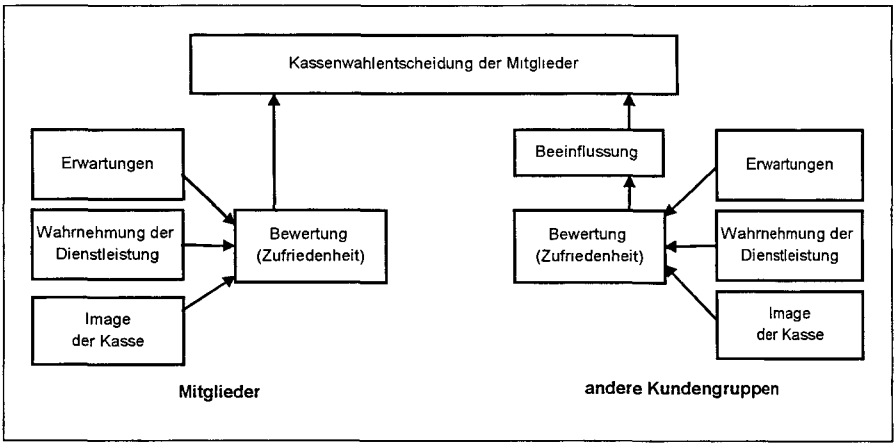


Abb. 39: Einflußfaktoren der Kassenwahlentscheidung
Quelle: eigene Darstellung.

Mit dem Ziel der Kundenorientierung wird zum Ausdruck gebracht, daß die Kasse ihre Geschäftspolitik an der Zufriedenheit ihrer Kunden, also an den dienstleistungsbezogenen Erwartungen und Wahrnehmungen der Versicherten, der Arbeitgeber der Mitglieder, der Leistungserbringer sowie der Selbsthilfegruppen, ausrichten will.

Die befragten Experten bestätigten übereinstimmend die herausragende Bedeutung einer Kundenorientierung. Drei Zitate sollen dies beispielhaft belegen:

„Da ist ein ganz enger Zusammenhang. Also, Erfolg habe ich dann, wenn ich genau den Bedarf und die Wünsche der Kunden treffe und genauso schnell verliere ich auch diesen Erfolg wieder, wenn ich diesen Bedarf nicht abdekke."[713]

„Ein zwingender Zusammenhang: Der Erfolg kann sich nur einstellen, wenn eine Kundenorientierung des Unternehmens da ist."[714]

„Ist doch klar, wir haben nur Erfolg, wenn wir kundenorientiert sind - mit Haut und Haaren. Wenn wir wissen, was unsere Kunden wollen. Wenn wir das auch erfüllen, was unsere Kunden wollen, dann haben wir auch Erfolg. Der Erfolg

713 BKK-geöffnet-klein.
714 IKK-geöffnet-groß.

multipliziert sich, der Mißerfolg multipliziert sich doppelt und dreifach, im negativen Sinne."[715]

Um die Akzeptanz einer Kundenorientierung als strategisches Ziel näher zu prüfen, wurden die Befragten gebeten, mit einem Ranking die Bedeutung von sieben „wichtigen Aufgaben einer Krankenkasse" zu bewerten.[716] Die folgende Übersicht zeigt die Ergebnisse:

Wichtige Aufgaben einer Krankenkasse	Rang (arithm. Mittel)	Standard-abweichung
• Persönliche Beratung und Information der Kunden	2,53	1,09
• Service gegenüber den Kunden	2,53	1,82
• Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung	3,33	1,62
• Maßnahmen der Gesundheitsversorgung	3,53	1,41
• Ordnungsmäßige Verwaltung, Einhaltung der • rechtlichen Vorschriften	4,27	1,88
• Beratung des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung	5,33	1,49
• Information der Kunden durch Massenmedien	6,33	0,87

Abb. 40: Wichtige Aufgaben einer Krankenkasse - Ranking der Experten
Erklärung: Rang 1 = von größter Wichtigkeit, Rang 7 = weniger wichtig
Quelle: eigene Darstellung

Die Experten gewichteten die Aufgaben „persönliche Beratung und Information der Kunden" sowie „Service" am höchsten. Sie benannten somit jene Aufgaben, in denen eine Kundenorientierung am stärksten zum Ausdruck kommen kann. Den dritten Rang nimmt die „Qualtitätssicherung in der medizinischen Versorgung" ein, wobei vor allem größere Kassen diesen Aspekt als besonders wichtig nannten.[717] Da der Einfluß einzelner Kassen auf die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung - wie in Abschnitt 1.2. detailliert begründet wurde - sehr klein ist, wurden jene Experten, die diesen Aspekt mit Rang eins als den wichtigsten bezeichneten, nach dem Grund für diese Prioritätensetzung befragt. Die Antworten verwiesen vor allem auf das Selbstverständnis der Kassen, wonach die Qualitätssicherung „zum Kerngeschäft" gehöre. Wettbewerbsvorteile werden in diesem Zusammenhang indirekt

---

[715] AOK-groß.

[716] Bei Vorlage des Bogens wurde vom Interviewer hervorgehoben, daß alle diese Aufgaben wichtig sind. Die Befragten bestätigten dies und betonten jeweils, daß eine Reihung nur schwer durchführbar sei.

[717] Rang 1 wurde von folgenden Kassen vergeben: Ersatzkasse-groß-X; BKK-geschlossen-groß; IKK-geöffnet-groß; IKK-geschlossen-klein.

angestrebt. Dies kommt besonders deutlich bei einer großen Ersatzkasse zum Ausdruck:

> *„Sie haben natürlich völlig Recht, wenn ich dies jetzt mache und dies ansteuere oder sozusagen anschiebe, dann wird insgesamt das gesamte GKV-System befördert und weitentwickelt werden, was auch positiv ist. Ich denke, wenn wir uns grundsätzlich zur Solidarität positiv stellen, zu solidarischen Finanzierungen, zur solidarischen Absicherung, dann müssen wir ein Interesse daran haben, daß wir das gesamte System stabilisieren, unter den sicherlich schwieriger werdenden ökonomischen Bedingungen. ... Also, wenn wir hier etwas tun, dann heißt das erstens, die X-Kasse[718] ist ein innovatives Unternehmen, erkennt Notwendigkeiten im System. Sie geht vor, sie ist also ein aktives Unternehmen. Und das dritte ist, sie setzt sich für die Versicherten ein im Sinne einer qualitativen Versorgung."*[719]

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, daß das hier vorgeschlagene strategische Qualitätsziel „Kundenorientierung" von den Experten der Krankenkassen akzeptiert wird. Allerdings teilen - wie sich bereits oben aus der Auswertung der Geschäftsberichte andeutete - nicht alle Experten den in dieser Arbeit zugrunde gelegten Kundenbegriff. Übereinstimmung herrscht lediglich bezüglich der Versicherten und der Arbeitgeber, die alle Kassen als Kunden betrachten. Unterschiedliche Begriffe sind im Hinblick auf Leistungserbringer und Selbsthilfegruppen auszumachen.

Leistungserbringer werden zum Teil statt als Kunden eher als „Absatzmittler" bezeichnet.[720] Problematisch sei der Einbezug der Leistungserbringer in den Kundenbegriff außerdem vor dem Hintergrund eines Selbstverständnisses der Kasse als „Anwalt der Versicherten":

> *„Wir haben natürlich ein Problem: Anwalt der Versicherten - gegen wen geht das denn? Das geht natürlich automatisch gegen die Leistungserbringer. ... Von daher ist es momentan schwierig, die als unsere Kunden zu bezeichnen, weil wir ganz klar gegen Ärzte, gegen Zahnärzte richtig hart vorgehen. Gegen Apotheker: Wir sagen, das Monopol muß fallen. Wir müssen endlich direkt importieren können."*[721]

In diesen Einwänden wird auf das besondere und keineswegs eindeutige Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Kasse, aus dem sich eine Rollenvielfalt der Leistungserbringer ergibt, verwiesen. Sie sind zugleich Absatzmittler, Verursacher von

---

718 Um die Anonymität des Experten zu wahren, wird der Kassenname hier wieder verfremdet.

719 Ersatzkasse-groß-X.

720 IKK-geschlossen-klein; IKK-geöffnet-klein.

721 Ersatzkasse-klein-Y, ähnlich Ersatzkasse-groß-X.

Kosten und Vertragspartner hinsichtlich der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Eine für die einzelne Kasse unter Wettbewerbsbedingungen wesentliche Rolle bleibt jedoch die des Kunden, da Leistungserbringer, wie in Abschnitt 2.3.3.3. herausgearbeitet wurde, Einfluß auf die Kassenwahlentscheidung der Mitglieder nehmen.

Die Selbsthilfegruppen werden von den meisten Kassen nicht ausdrücklich als Kundengruppe bezeichnet. Zum Teil werden sie, wenn die Gruppenmitglieder auch Versicherte der Kasse sind, als Teilgruppe der Versicherten betrachtet.[722] Einige Experten arbeiteten in diesem Zusammenhang die überwiegend kritisch bewertete Anspruchshaltung von Selbsthilfegruppen sowie den erheblichen Aufwand, mit der die Beurteilung der Förderungswürdigkeit von Selbsthilfegruppen verbunden sei, heraus:

„Die Selbsthilfegruppen, da berühren Sie ein ganz schwieriges Problem. ... Wir merken bei manchen Selbsthilfegruppen, daß sie eine gewisse Begehrlichkeit von Anbietern erzeugt haben. Also zum Beispiel von pharmazeutischen Herstellern, von Apparate-Industrieherstellern. Selbsthilfegruppen sind in der Regel besonders gut informiert, aus erster Quelle. Nicht nur, weil sie ihr Krankheitsgeschehen selber gut kennen, sondern weil sie auch als wesentliche Multiplikatoren von Anbietern benutzt werden. Und wir wissen, daß einige Selbsthilfegruppen tatsächlich vor allen Dingen auch Fördergelder aus dem Bereich der pharmazeutischen Industrie bekommen, und das macht sozusagen den Umgang mit Selbsthilfegruppen im medizinischen Versorgungssystem insgesamt nicht einfacher, weil dann natürlich auch Forderungen nach Leistungen erhoben werden, die aus Sicht des Anbieters verständlich sind, aus Sicht der medizinischen Versorgung aber nun sehr kritisch betrachtet werden müssen. Also dies passiert immer wieder, und das ist auch deutlich zu machen."[723]

„Sie müssen ja auch bei Selbsthilfegruppenförderung sehr genau darauf achten: Wer ist das eigentlich, wer steckt dahinter. Und Sie müssen heute auch immer noch analysieren: Ist das möglicherweise ein Objekt von Scientology oder irgendwelchen Leuten? Das heißt, Sie müssen da sehr sehr genau aufpassen, wie sie damit umgehen. Sehr vorsichtig zu handelndes Instrument. Wir machen es noch immer, aber es ist sehr schwierig, weil es einen unglaublichen Prüfaufwand bedarf, und den können wir personell kaum sicherstellen."[724]

„Wir haben festgestellt, daß manche Selbsthilfegruppen manchmal recht radikale Positionen vertreten, die für diesen Kreis durchaus gerechtfertigt sind. Nur muß die Kasse halt die ganzen Kreise ihrer Versicherten anschauen. In unse-

---

722 Z.B. IKK-geöffnet-groß.

723 Ersatzkasse-groß-X.

724 Ersatzkasse-groß-Q.

rer Größenordnung wären das Exoten. Das sind Einzelpersonen, Einzelschicksale, die wir dann nicht unbedingt insgesamt haben wollen."[725]

Diese Einwände machen deutlich, daß die Subsumtion von Selbsthilfegruppen unter den Kundenbegriff mit einem relativ hohen Aufwand verbunden ist. Dies spricht aber nicht grundsätzlich gegen die besondere Berücksichtigung dieser Gruppen, da dem Aufwand - wie in Abschnitt 2.3.3.4. herausgearbeitet wurde - auch ein Nutzen gegenüberstehen kann.

Darüber hinaus wiesen einige Experten darauf hin, daß Selbsthilfegruppen im Hinblick auf die Kassenzugehörigkeit der Mitglieder oft sehr heterogen seien und der Wirkungsgrad, der mit einer Unterstützung erzielt werden könne, damit gering ausfalle.[726] Dieses Argument überzeugt nicht, da es nicht einziges Ziel der Förderung sein soll, ausschließlich die Versicherten der Kasse zu unterstützen. Selbsthilfegruppen können zugleich als Mittel zur Profilierung der Kasse genutzt werden. Dabei ist es gerade von Vorteil, daß auch Versicherte anderer Kassen von der Unterstützung profitieren und so von der Qualität der Kassendienstleistung überzeugt werden können. Dabei muß allerdings darauf geachtet werden, daß die Unterstützung von Selbsthilfegruppen nicht überwiegend als Profilierungsinstrument genutzt wird. Da die weitgehende Reduzierung von Möglichkeiten der Gesundheitsförderung gem. § 20 SGB V aus einer derartigen extensiven Auslegung des Rechts resultierte, kann davon ausgegangen werden, daß bei einer entsprechenden Nutzung von Selbsthilfegruppen mittelfristig auch diese Möglichkeit der Profilierung entfallen wird.

Schließlich wird von einigen Expterten darauf hingewiesen, daß für kleine, bundesweit agierende Kassen, die regional über sehr geringe Marktanteile verfügen, eine wirksame Unterstützung von Selbsthilfegruppen aufgrund knapper Ressourcen kaum realisierbar sei.[727] Zunächst überzeugt dieses Argument, denn kleinen bundesweit organisierten Kassen ist es nur schwer möglich, diesem weiten Kundenbegriff zu entsprechen. Dennoch ändert der Einwand nichts an der grundsätzlichen Position, Selbsthilfegruppen als Kunden zu betrachten. Als Lösungsmöglichkeiten für das Problem kleiner Kassen bieten sich insbesondere entsprechende Kooperationen mit anderen Kassen sowie regionale und thematische Schwerpunktsetzungen an. Auf Unterstützung von Selbsthilfegruppen zu verzichten, hieße jedoch, eine Chance zur Profilierung am Markt zu vergeben.

---

[725] BKK-geöffnet-klein.

[726] Z.B. IKK-geschlossen-groß.

[727] Z.B. Ersatzkasse-klein-Y; Ersatzkasse-klein-Z.

Insgesamt können somit die praktische Relevanz sowie die Akzeptanz des strategischen Qualitätsziels „Kundenorientierung" als bestätigt gelten. Der dieser Arbeit zugrunde liegende Kundenbegriff, der im Hinblick auf Leistungserbringer und Selbsthilfegruppen in der Praxis nicht voll akzeptiert wird, soll weiterhin gelten, da die Einwände zwar Relativierungen notwendig machen, die grundsätzliche Sinnhaftigkeit dieser Begriffsabgrenzung jedoch nicht in Zweifel ziehen.

Im folgenden Abschnitt ist auf eine Voraussetzung für die Realisierung einer Kundenorientierung, die Gestaltung der Organisationsstruktur, einzugehen.

3.1.2. Realisierung organisationsstruktureller Voraussetzungen einer Kundenorientierung

Die Organisationsstruktur hat insbesondere Einfluß auf die Geschwindigkeit der Verwaltungsprozesse, die sich in Durchlaufzeiten niederschlägt. Kurze Durchlaufzeiten tragen grundsätzlich zur Kundenzufriedenheit bei, denn Kunden, die eine persönliche Beratung oder Information suchen, möchten in der Regel unmittelbar betreut werden. Für die Dienstleistung „Service" gilt dies entsprechend.

Anzustreben sind kurze Durchlaufzeiten darüber hinaus im Hinblick auf die Innovationsfähigkeit der Kasse, die eine Voraussetzung für die kundenorientierte Anpassung der Dienstleistung an sich verändernde Kundenerwartungen und -bedürfnisse ist. Eine hohe Innovationsfähigkeit kommt darin zum Ausdruck, daß Verbesserungspotentiale erkannt und in einem angemessenen Zeitraum tatsächlich zu Verbesserungen führen.

Die Experten der Krankenkassen bestätigten übereinstimmend die Relevanz dieses Qualitätsziels. Teilweise wurde die Verkürzung von Durchlaufzeiten bereits angestrebt; dies manifestierte sich bei einigen kleineren Kassen in Soll-Durchlaufzeiten für bestimmte Prozesse.[728] Zum Teil wurde allerdings betont, daß durch externe Vorgaben Belastungsspitzen entstehen können, so daß kurze Durchlaufzeiten nicht immer realisierbar erscheinen:

> *„Für mich an der ganzen Geschichte ist entscheidend: Wie haben sich die Rahmenbedingungen verändert? Was ist auf gesetzgeberische Maßnahmen zurückzuführen, und wo gehen auch 'mal große Institutionen etwas in die Knie? Wenn der Gesetzgeber heute kommt und sagt, für den Risikostrukturausgleich müßt ihr bundesgebietsweit alle Mitglieder befragen, ob sie dann und dann Kinder hatten in der Familienversicherung, dann hat der Gesetzgeber einfach einen Deckel auf die Krankenkassen gesetzt, und dann müssen die wühlen wie die Weltmeister. Deswegen werden die aber nicht, weil es eine ad-hoc-*

[728] Z.B. BKK-geschlossen-groß; Ersatzkasse-klein-Y; IKK-geschlossen-klein.

Maßnahme ist, bundesgebietsweit 5.000 Leute neu einstellen. Das wird keiner tun in der heutigen Zeit. Also muß da irgendwo eine Mehrarbeit geleistet werden, und dann führt es zwangsläufig zu Engpässen."[729]

Damit ist das grundlegende Ziel einer optimalen Organisationsstruktur allerdings nicht in Frage gestellt. Unterschiedliche Auffassungen zeigten sich hinsichtlich der Maßnahmen einer organisationsstrukturellen Optimierung. Hierauf wird in Abschnitt 3.3.2. näher einzugehen sein.

Die Optimierung der Organisationsstruktur kann infolge eines rationalen Entscheidungsprozesses verändert werden. Die Minimierung der Durchlaufzeiten allein ist jedoch nicht ausreichend, um die organisationsinternen Voraussetzungen für eine Kundenorientierung der Kasse zu schaffen. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Organisationskultur, die in einer Krankenkasse eine bedeutsame Koordinationsfunktion übernimmt und daher ebenfalls einer Optimierung unterzogen werden muß.

3.1.3. Realisierung organisationskultureller Voraussetzungen einer Kundenorientierung

In dieser Arbeit wird die Auffassung vertreten, daß es für eine Qualitätsmanagement-Konzeption ausreicht, die Betrachtung auf eine Teilmenge der Organisationskultur zu konzentrieren. Diese relevante Teilmenge, die sich in Artefakten, Verhaltensmustern und Werten zeigt, wird als „Qualitätskultur" bezeichnet und in drei Elemente aufgeschlüsselt: die Dienstleistungs-, die Kooperations- sowie die Innovationskultur (Abb. 41).

In der Ausprägung der *Dienstleistungskultur* zeigt sich, inwieweit die Organisation als soziales System darauf ausgerichtet ist, die Kunden zufriedenzustellen. Da die Dienstleistungen „Beratung", „Information" und „Service" nicht vollständig zu spezifizieren sind und die Kontrolle im Hinblick auf eine normkonforme Erstellung kaum zu realisieren ist, bedarf es eines eigenverantwortlichen Agierens der Mitarbeiter. Insbesondere die Kundenkontaktpersonen müssen aus sich selbst heraus Verantwortung für die Belange ihrer Kunden übernehmen. Dabei müssen die Erwartungen der Kunden einen mindestens ebenso hohen Stellenwert wie die rechtlichen Normen haben. So wirkt die Entwicklung einer Dienstleistungskultur dem Problem der Verwaltungsorientierung entgegen.

---

[729] AOK-groß.

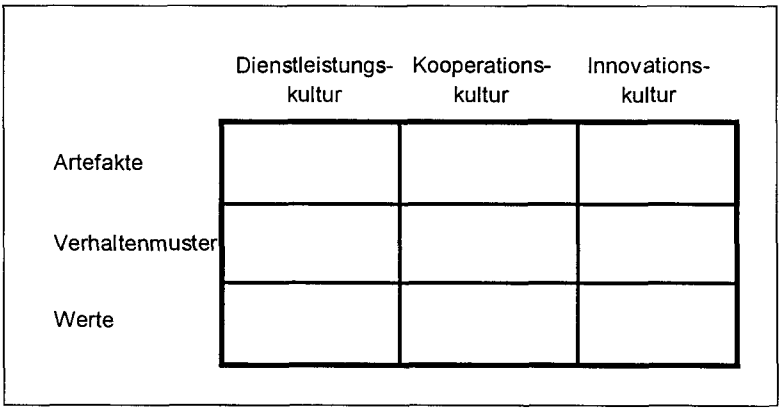


Abb. 41: Modell der Qualitätskultur
Quelle: eigene Darstellung.

In der Ausprägung der *Kooperationskultur* zeigt sich, inwieweit die Organisationsmitglieder konstruktiv miteinander arbeiten. Die Stärkung der Kooperationskultur ist notwendig, weil viele der Verwaltungsprozesse in Krankenkassen kaum zu spezifizieren sind. Kurze Durchlaufzeiten können deshalb nicht allein Ergebnis einer rationalen Planung sein. Es bedarf der eigenverantwortlichen Zusammenarbeit, die vom Wert einer reibungslosen Zusammenarbeit getragen ist. Eine starke Kooperationskultur kann in vielen Fällen schriftlich fixierte Programme, aber auch die Koordination durch persönliche Weisung ersetzen, denn es gelingt den Organisationsmitgliedern dann, eine effektive Koordination der horizontalen und vertikalen Zusammenarbeit mit hohen Anteilen der Selbstabstimmung und Selbstkontrolle zu erreichen. Dabei gewährleistet ein kontinuierlicher Vereinbarungsprozeß die Herausbildung adäquater Qualitätsmaßstäbe. Eine starke Kooperationskultur kann somit das Steuerungsproblem bei unregulierten Verwaltungsprozessen beheben.

In der Ausprägung der *Innovationskultur* zeigt sich, wie die Organisation mit Innovationen und Innovationsversuchen von Organisationsmitgliedern umgeht und inwieweit innovatives Verhalten gefordert und gefördert wird. Bei einer starken Innovationskultur sind die Organisationsmitglieder bereit und in der Lage, Verbesserungspotentiale zu erkennen, einen kreativen Lösungsprozeß zu initiieren und durchzuführen sowie Lösungen zu erarbeiten und zu implementieren. Die Innovationskultur ist daher die entscheidende Bedingung einer hohen Innovationsfähigkeit und kann das Problem der institutioneilen Lernschwäche von Krankenkassen beheben.

In den Expertengesprächen wurde bestätigt, daß die Optimierung der Qualitätskultur, wie sie hier definiert ist, von großer Bedeutung ist. Dies zeigte sich unter anderem darin, daß einige Experten die angesprochenen Dimensionen einer Qualitätskultur spontan aufgriffen und weiterentwickelten.[730] Der Vorstand einer Ortskrankenkasse kommentierte:

> *„Entwicklung einer Qualitätskultur und die Dinge, die Sie hier jetzt aufgezeigt haben: eines unser heißesten Themen. Die haben wir uns auf die Fahnen geschrieben."*[731]

Zum Teil wurde allerdings zu bedenken gegeben, daß die tatsächliche diesbezügliche Einflußnahme sehr schwierig sei.[732]

Als viertes Element der Qualitätsmanagement-Konzeption wird im folgenden auf die entsprechende Anpassung der Kompetenzen der Organisationsmitglieder eingegangen.

3.1.4. Sicherstellung adäquater Kompetenzen

Zur Entwicklung einer Kundenorientierung, einschließlich der Optimierung der Organisationsstruktur sowie der Entwicklung einer Qualitätskultur, ist - wie oben bereits herausgearbeitet wurde - die Sicherstellung relevanter Kompetenzen erforderlich. Daher soll mit den nachstehenden Ausführungen - bezogen auf Führungskräfte, Spezialisten der Qualitätsförderung sowie nichtleitende Mitarbeiter - konkret aufgezeigt werden, welche Kompetenzen sich aus den Anforderungen eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements ergeben und unter Umständen - je nach Ausgangslage - ausgebaut werden müssen. Dabei wird wieder zwischen drei Kompetenzarten unterschieden:

- Fachkompetenzen,
- sozialen Kompetenzen sowie
- konzeptionellen Kompetenzen.

Fachkompetenzen orientierten sich vor der Einführung von Wettbewerbsbedingungen im wesentlichen am traditionellen Berufsbild des Sozialversicherungsfachangestellten und bezogen sich in Führungs- sowie Ausführungsbereichen somit vor allem auf das Sozialrecht. Diese Kompetenzen sind auch unter Wettbewerbsbedingungen von großer Bedeutung, wobei die relativ häufigen sozialrechtlichen Änderungen ei-

---

730 AOK-groß; BKK-geöffnet-klein.

731 AOK-klein.

732 IKK-geschlossen-groß.

ne kontinuierliche Anpassung erforderlich machen. Fachkompetenzen müssen darüber hinaus jedoch um weitere Aspekte ergänzt werden.

Führungskräfte sind unter Bedingungen eines Qualitätsmanagements der Anforderung ausgesetzt, die Daten, die im Rahmen der Qualitätsmessung gewonnen wurden, zu interpretieren. Diese Anforderung ist notwendig, um die Akzeptanz der Meßergebnisse sicherzustellen, die Chancen einer adäquaten Ableitung von Verbesserungen zu erhöhen sowie die Optimierung des Meßinstrumentariums unter Mitwirkung der Führungskräfte zu erleichtern. Führungskräfte müssen daher zumindest über diesbezügliche Grundkenntnisse der empirischen Sozialforschung bzw. der Statistik verfügen.

Weitere Anforderungen ergeben sich aus der Notwendigkeit, die Organisationsstruktur zu optimieren. Dies gilt grundsätzlich für die Vorstandsebene, die für die Grundstruktur der Aufbauorganisation verantwortlich ist. Die Kombination von Instrumenten der Koordination mit den Zielen der Minimierung der Durchlaufzeiten und der Erhöhung von Innovationsfähigkeit setzt auch bei Führungskräften niedrigerer hierarchischer Ebenen voraus, daß Kenntnisse der Organisationsgestaltung vorliegen. Nur wenn die Möglichkeiten des Organisierens mit ihren Vor- und Nachteilen bekannt sind, erscheint eine adäquate Kombination der Koordinationsinstrumente realistisch.

Die notwendigen Fachkompetenzen der Mitglieder des Steuerkreises beziehen sich, neben den für die herkömmliche Aufgabenstellung notwendigen sozialversicherungsrechtlichen Kenntnissen, auf alle Aspekte des in dieser Arbeit zu entwickelnden Qualitätsmanagement-Konzeptes. Da der Steuerkreis das wesentliche Koordinationsgremium für den Qualitätsförderungsprozeß ist, muß die Konzeption von diesem Gremium mit allen interdependenten Zusammenhängen begriffen werden.

Alle Führungskräfte, und nicht nur die Mitglieder des Steuerungskreises, müssen außerdem über Kompetenzen hinsichtlich der Qualitätskultur verfügen. Sie müssen, um Einfluß auf die Qualitätskultur nehmen zu können, über das Konzept der Qualitätskultur und die Möglichkeiten und Grenzen der Kulturentwicklung informiert sein.

Die Spezialisten der Qualitätsförderung müssen über ausgeprägte Kenntnisse der empirischen Sozialforschung bzw. Statistik verfügen, damit sie die im Rahmen des Qualitätsmanagements notwendigen Messungen durchführen, die Kassenführung sowie den Steuerkreis über die Meßergebnisse informieren und das Meßinstrumentarium optimieren können. Außerdem ist ein breites betriebswirtschaftliches, insbesondere qualitätsmanagementspezifisches Wissen erforderlich, damit sie Füh-

rungskräfte und nichtleitende Mitarbeiter bei ihren Qualitätsmanagement-Aktivitäten beratend unterstützen können.

Die Fachkompetenzen der nichtleitenden Mitarbeiter beziehen sich auch unter Bedingungen eines Qualitätsmanagements vor allem auf sozialversicherungsrechtliche Kenntnisse. Werden im Rahmen der Optimierung der Organisationsstruktur ein geringerer Spezialisierungsgrad, eine höhere Entscheidungsdelegation sowie ein höherer Anteil der Koordination durch Selbstabstimmung erreicht, werden die Anforderungen an die Fachkompetenzen der nichtleitenden Mitarbeiter erhöht. Der Rahmen des Berufsbildes des Sozialversicherungsfachangestellten wird dadurch aber nicht verlassen.

Soziale Kompetenzen waren in Krankenkassen - bei einer bisher dominierenden Verwaltungsorientierung - im Hinblick auf die Erreichung der Organisationsziele von untergeordneter Bedeutung. Für die Erreichung der Qualitätsziele im Rahmen eines Qualitätsmanagements sind jedoch soziale Kompetenzen notwendig. So sind Führungskräfte aufgrund der Anforderungen einer flachen Hierarchie und stärkerer Anteile der Koordination durch Selbstabstimmung gefordet, weniger konkrete Anweisungen zu geben. Stattdessen sollen sie eher unterstützend tätig werden und die Eigenständigkeit ihrer Mitarbeiter fördern. Dies gilt besonders unter dem Gesichtspunkt der mitarbeiterorientierten Qualitätsförderung. Führungskräfte sollen kooperativ führen und die Arbeit von Problemlösungsgruppen bzw. Qualitätszirkeln unterstützen. Dafür sind zum Teil widersprüchliche Rollenanforderungen auszutarieren; dies wiederum erfordert ausgeprägte Führungskompetenzen.

Auch die Spezialisten der Qualitätsförderung bedürfen ausgeprägter sozialer Kompetenzen. Sie sind beauftragt, den Innovationsprozeß zu fördern, verfügen aber über keinerlei Weisungsbefugnisse. Damit sind sie immer dem Risiko ausgesetzt, von den Linienverantwortlichen nicht ernstgenommen zu werden. Da sie also darauf angewiesen sind, ihre kasseninternen Kunden zu überzeugen, müssen sie Sachverhalte gut vermitteln können und bedürfen eines großen Verhandlungsgeschickes.

Für Mitarbeiter der Ausführungsebene, die über Kundenkontakte verfügen, ergibt sich die Notwendigkeit sozialer Kompetenzen zunächst aus den Anforderungen einer hohen Qualität der Beratung und Information. Von ihnen sind gefordert: Höflichkeit, Vertrauenswürdigkeit, die Fähigkeit, den Kunden individuelle Aufmerksamkeit zu widmen, die Bedürfnisse der Kunden zu erkennen und Beratung bzw. Information darauf abzustellen. Hierzu sind ausgeprägte Interaktionskompetenzen, insbesondere Empathie notwendig, denn die Qualität von Beratung und Information entsteht im Zusammenwirken mit dem Kunden.

Soziale Kompetenzen sind in Krankenkassen auch von solchen Mitarbeitern gefordert, die keinen unmittelbaren Kundenkontakt haben. Eine stärkere Gewichtung der Koordination durch Selbstabstimmung sowie die Erhöhung der Entscheidungsdelegation machen Kompetenzen zur Entscheidung von Sachfragen und zur Abstimmung mit anderen Prozeßteilnehmern stärker notwendig als bisher. Weitere Anforderungen ergeben sich aus dem Ziel der Innovationsförderung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, der auch von den Mitarbeitern der Ausführungsebene getragen wird. Problemlösungsfähigkeiten, insbesondere Kreativität, sind wichtig. Außerdem sind Kompetenzen notwendig, die nichtleitenden Mitarbeiter, die Leitung bzw. Moderation von Kleingruppen ermöglichen. Hierzu gehört die Anwendung von Kreativitäts- und Visualisierungstechniken.

Konzeptionelle Kompetenzen sind vor allem für Führungskräfte höherer Leitungsebenen, zu denen das Top-Management sowie die Mitglieder des Steuerkreises gehören, aber auch für alle anderen Führungskräfte sowie für die Spezialisten der Qualitätsförderung, die konzeptionell beratend tätig sind, notwendig. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, auf Widerstände der Organisation gegen Innovationen vorbereitet zu sein. Diese Widerstände resultieren zum Teil aus einer Verunsicherung, aus diffusen Ängsten gegen das Neue.[733] Zum Teil resultieren sie aber auch aus konkreten Bedrohungen, denn Veränderungen können das formale und informelle Machtgefüge in der Organisation erheblich in Bewegung bringen.[734] Da erfolgreiche Innovationen selten ausschließlich Ergebnis rationaler Entscheidungsprozesse, sondern auch Ergebnis mikropolitischer Aushandlungsprozesse sind, ist es eine bedeutsame konzeptionelle Kompetenz, auf der mikropolitischen Ebene zu agieren.[735]

Die vorstehenden Ausführungen zeigen, daß eine Qualitätsmanagement-Konzeption umfangreiche fachliche, soziale und konzeptionelle Kompetenzen erfordert, die zum Teil einander bedingen. Die hohe Bedeutung adäquater Kompetenzen wurde von den Experten in den Interviews einstimmig bestätigt. Sie wird auch dadurch belegt, daß - wie bereits oben erwähnt - die meisten Kassen infolge der Einführung von Wettbewerbsbedingungen die Personalentwicklung erheblich ausgebaut sowie auf entsprechende Anforderungen ausgerichtet haben.[736]

---

[733] Vgl. Watson 1975, S. 417; Staehle 1979, S. 29; Kobi 1993, S. 47.
[734] Kobi 1993, S. 47.
[735] Zur Mikropolitik vgl. Friedberg 1988, S. 39 ff.; Ortmann 1988, S. 18 ff.
[736] Vgl. Abschnitt 2.7.2.2.2.

3.1.5. Zusammenfassung

Die vorstehenden Ausführungen haben die vier Elemente eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagement-Konzeptes deutlich werden lassen: Es ist kassenextern eine Kundenorientierung anzustreben, und es sind kassenintern im Hinblick auf die Organisationsstruktur, die Qualitätskultur sowie die Kompetenzen der Organisationsmitglieder wesentliche Voraussetzungen zu schaffen. Dabei können - nach den Ergebnissen der Expertenbefragung - die praktische Relevanz sowie die Akzeptanz dieser vier Qualitätsziele als bestätigt gelten. Der Zusammenhang zwischen den vier Konzept-Elementen wird in der nachstehenden Abbildung verdeutlicht (Abb. 42).

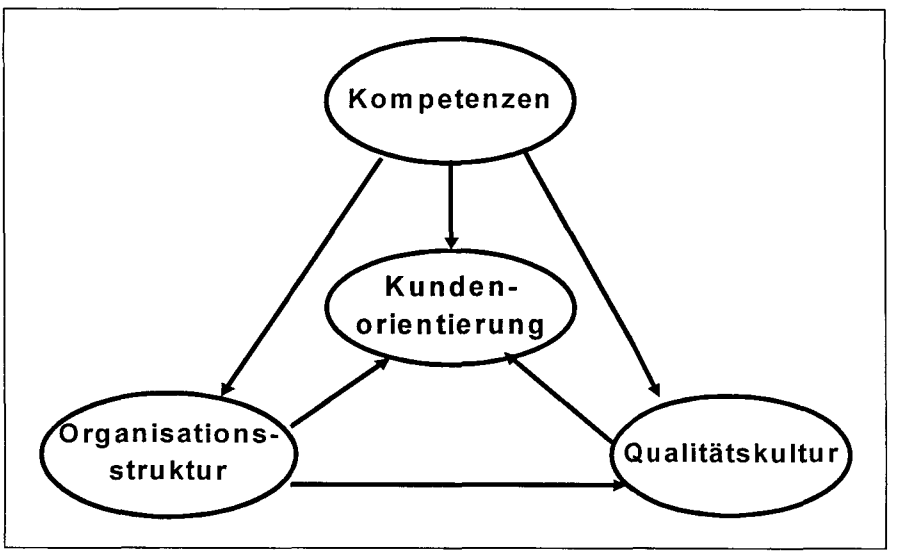


Abb. 42: Zusammenhang zwischen den Elementen des Qualitätsmanagement-Konzepts
Quelle: eigene Darstellung.

Um aus den strategischen Qualitätszielen konkrete Maßnahmen ableiten und einen praxisorientierten Maßnahmenkatalog zusammenstellen zu können, ist es notwendig, einen Soll-Zustand zu definieren und Informationen über den jeweiligen Ist-Zustand zu gewinnen. Dafür müssen die Ziele weiter konkretisiert und operationalisiert werden. Auf diesbezügliche Ansätze eines krankenkassenspezifischen Qualitätscontrolling wird im folgenden Abschnitt näher einzugehen sein.

3.2. Qualitätscontrolling

Qualitätscontrolling wird in dieser Arbeit verstanden als Konzeption zur Qualitätssteuerung.[737] Es soll leitenden und nichtleitenden Mitarbeitern ermöglichen, die Qualität der Dienstleistung, die Prozesse der Dienstleistungserstellung sowie die Potentialqualität zu bestimmen und zielgerichtet weiterzuentwickeln. In den nachstehenden vier Teilabschnitten wird - auf Basis der Ausführungen des zweiten Abschnitts - zu jedem der oben aufgezeigten strategischen Qualitätsziele ein entsprechendes Controlling-Instrumentarium vorgeschlagen. Dabei sollen die diesbezüglichen Informationsversorgungsaspekte im Vordergrund stehen.

3.2.1. Messung der Kundenorientierung

Im folgenden wird ein prozeßorientiertes Modell der Qualitätsplanung in Krankenkassen vorgestellt, das an die Modelle von Parasuaram/Zeithaml/Berry sowie die DIN EN ISO 9004-2, die in Abschnitt 2.6.3. vorgestellt wurden, angelehnt ist (Abb. 43). Anhand dieses Modells soll die Entstehung einer Kundenorientierung deutlich gemacht werden.

Zur Planung der Dienstleistungsqualität nach diesem Modell ist zunächst eine Informationsammlung notwendig, wobei jeweils nach Kundengruppen zu differenzieren ist. Aus den gewonnenen Größen müssen - soweit dies möglich ist - Spezifikationen abgeleitet werden, an denen sich die Dienstleistungserstellung - die stark von der Ausgestaltung der Organisationsstruktur, der Ausprägung der Qualitätskultur sowie den Kompetenzen der Mitarbeiter beeinflußt wird - zu orientieren hat.

Zusätzlich ist eine Kommunikationspolitik zu planen und zu realisieren, die geeignet ist, die Erwartungen und Wahrnehmungen der Kunden sowie das Image der Kasse positiv zu beeinflussen.

Als Indikatoren einer Kundenorientierung können nach diesem Modell gelten:

- die Kassenwahlentscheidung der Mitglieder,
- die Kundenerwartungen,
- die Kundenwahrnehmungen,
- die Kundenzufriedenheit sowie
- das Image der Kasse bei den Kunden.

---

[737] Zum Qualitätscontrolling vgl. ausführlich Fischer/Schmitz 1996, S. 809 ff. sowie Bauer/Zerres 1998, S. 169 ff. Zum Controlling-Begriff allgemein vgl. Horváth 1996, S. 141, sowie die Übersicht verschiedener Begriffe bei Seidenschwanz 1992, S. 38.

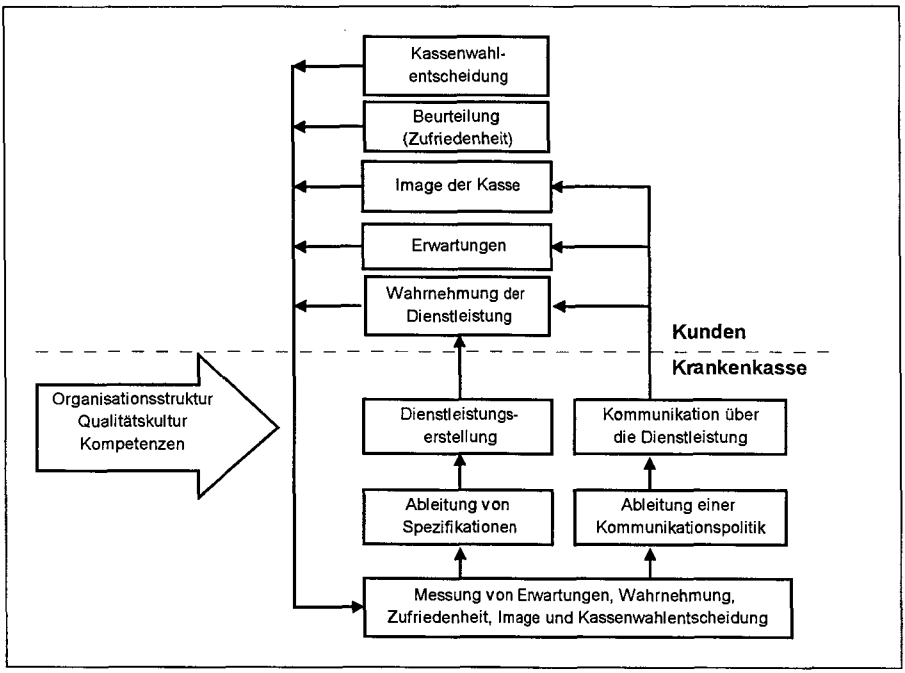


Abb. 43: Modell der Qualitätsplanung in Krankenkassen

Quelle: in Anlehnung an DIN EN ISO 9004-2 1994, Zeithaml/Berry/Parasuaram 1991, S. 111.

Diese Indikatoren liegen systematisch nicht auf derselben Ebene. Wie bereits oben in der Abbildung 39 deutlich gemacht wurde, ist die Kassenwahlentscheidung der Mitglieder Folge einerseits ihrer Bewertung der Dienstleistungsqualität sowie andererseits der Beeinflussung anderer Kundengruppen. Die Bewertung der Dienstleistungsqualität resultiert aus den Erwartungen im Hinblick auf die Dienstleistung, aus der Wahrnehmung der Dienstleistung sowie aus dem Image der Kasse. Die Kundenorientierung kann daher bereits vornehmlich an der Kassenwahlentscheidung der Mitglieder abgelesen werden. Eine derartige Konzentration der Informationsgrundlage ist jedoch für eine operative Qualitätsplanung unzureichend, da auf diese Weise kaum konkrete Ansatzpunkte für eine Qualitätsförderung erkennbar werden. Es ist daher notwendig, auch die Gründe für die Kassenwahlentscheidung sowie die Gründe für die Kundenzufriedenheit im Hinblick auf die Dienstleistungsqualität zu ermitteln. Neben der Kassenwahlentscheidung sind somit auch die verschiedenen Einflußfaktoren zu messen. Hierauf wird im folgenden näher eingegangen.

3.2.1.1. Kassenwahlentscheidung der Mitglieder

Die Kassenwahlentscheidung von Mitgliedern bzw. potentiellen Mitgliedern ist sehr leicht über eine Zählung der Mitgliederzugänge und -abgänge zu erfassen. Notwendig ist es außerdem, die Gründe diese kennenzulernen. Dafür sollte eine hinreichend große Auswahl der betreffenden Mitglieder persönlich befragt werden. Die Ergebnisse dieser Befragung müssen systematisiert und der weiteren Qualitätsplanung zugänglich gemacht werden.

3.2.1.2. Kundenerwartungen

Die Grundzüge der Erwartungen der unterschiedlichen Kundengruppen wurden in Abschnitt 2.3.3. im Zusammenhang mit der Identifikation der Kunden herausgearbeitet. Da diese Ausführungen nur zum Teil auf Ergebnissen empirischer Untersuchungen beruhen und Erwartungen sich zudem im Zeitverlauf verändern können, müssen entsprechende Erhebungen in regelmäßigen Abständen vorgenommen werden. Dazu eignen sich Interviews mit einzelnen Kunden der verschiedenen Gruppen sowie mit Mitarbeitern der Kasse, die in Kontakt zu den Kunden stehen. Darüber hinaus können im Rahmen einer Dokumentenanalyse Pressemeldungen und Publikationen von Kundengruppen, wie Zeitschriften von Arbeitgeberverbänden bzw. von Verbänden der Leistungserbringer, ausgewertet werden.

Die Messung der Erwartungen sollte außerdem mit einer schriftlichen Befragung vorgenommen werden. Dazu eignet sich im Prinzip die oben vorgestellte SERVQUAL-Methode, die speziell auf die Bedingungen von Krankenkassen anzupassen ist. Auf einer fünfstufigen Rating-Skala sollen dabei die Kunden angeben, wie wichtig ihnen verschiedene Aspekte sind (Abb. 44).

	Dieser Aspekt ist mir... gar nicht wichtig				sehr wichtig
1. Die Geschäftsstellen sollten gut zu erreichen sein.	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 44: Fragebogen zur Erhebung von Kundenerwartungen (Auszug)
Quelle: in Anlehnung an Parasuaram/Zeithaml/Berry 1988, S. 38 ff.

Dabei sind folgende Dimensionen relevant:

- Annehmlichkeit des physischen Umfeldes in der Geschäftsstelle,
- Fähigkeit der Kasse, die versprochene Leistung zuverlässig und akkurat auszuführen,
- Fähigkeit, problemadäquat zu reagieren,

- Freundlichkeit und Vertrauenswürdigkeit,
- Einfühlungsvermögen und
- anderes.

Für alle Kundengruppen ergeben sich daraus folgende Items (Abb. 45):

Annehmlichkeit des physischen Umfeldes in der Geschäftsstelle

1. Die Geschäftsstellen sollten gut zu erreichen sein.
2. Die Geschäftsräume der Kasse sollten ansprechend gestaltet sein.
3. Die Angestellten sollten ordentlich angezogen sein.
4. Die Gestaltung der Geschäftsräume sollte eine vertrauliche Information und Beratung ermöglichen.

Fähigkeit der Kasse, die versprochene Leistung zuverlässig und akkurat auszuführen

5. Sachfragen sollten kompetent beantwortet werden.
6. Leistungen oder Informationen, die von der Kasse zu einem bestimmten Zeitpunkt versprochen werden, sollten pünktlich ausgeführt werden.
7. Die Arbeitsweise der Kasse sollte unbürokratisch sein.
8. Meine/Unsere Probleme sollten ernstgenommen werden.
9. Auf die Kasse sollte man sich verlassen können.
10. Persönliche Beratungen oder Informationen sollten verständlich durchgeführt werden.
11. Schriftliche Unterlagen bzw. die Korrespondenz der Kasse sollten verständlich verfaßt sein.

Fähigkeit, problemadäquat zu reagieren

12. Die Angestellten sollten permanent gewillt sein, mir/uns zu helfen.
13. Meine/Unsere Wünsche sollten von den Angestellten zügig erfüllt werden.
14. Das Leistungsangebot der Kasse sollte an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert sein.
15. Die Öffnungszeiten der Kasse sollten angenehm sein.
16. Die telefonische Erreichbarkeit der jeweils zuständigen Mitarbeiter sollte gewährleistet sein.

Freundlichkeit und Vertrauenswürdigkeit

17. Den Angestellten der Kasse sollte man vertrauen können.
18. Während des Kontakts zu den Angestellten sollte man sich sicher fühlen.
19. Die Angestellten sollten freundlich sein.

Einfühlungsvermögen
20. Eine individuelle Aufmerksamkeit der Angestellten sollte gewährleistet sein.
21. Die Angestellten sollten sich persönlich um mich/uns kümmern.
22. Die Angestellten sollten meine/unsere Bedürfnisse kennen.

Anderes
Außerdem ist mir folgendes wichtig:

Abb. 45: Items zur Messung der Erwartungen von Kunden
Quelle: in Anlehnung an Parasuaram/Zeithaml/Berry 1988, S. 38 ff.

Zusätzlich müssen

- die Arbeitgeber befragt werden zum Informationsverhalten der Kasse (Abb. 46),
- die Leistungserbringer zur Kulanz der Leistungserbringung sowie zur Transparenz und Zuverlässigkeit des Abrechnungssystems (Abb. 47) und
- die Selbsthilfegruppen zur Qualität der spezifischen Beratung und Information (Abb. 48).

Informationsverhalten

23. Informationen der Kasse, die wir für unsere Arbeit benötigen, sollten rechtzeitig und kontinuierlich bereitgestellt werden.

24. Informationen der Kasse, die wir für unsere Arbeit benötigen, sollten ausreichend bereit gestellt werden.

Abb. 46: Ergänzende Items zur Messung der Erwartungen von Arbeitgebern der Mitglieder
Quelle: eigene Darstellung.

Kulanz der Leistungserbringung
23. Die X-Kasse sollte bei der Bewilligung von Leistungen kulant sein.

Qualität der Abrechnung
24. Das Abrechungssystem der X-Kasse sollte transparent sein.
25. Die Abrechnungspraxis der X-Kasse sollte zuverlässig sein.

Abb. 47: Ergänzende Items zur Messung der Erwartungen von Leistungserbringern
Quelle: eigene Darstellung.

Beratung und Information
23. Die X-Kasse sollte uns durch spezifische Beratung und Information helfen, die Mitglieder unserer Selbsthilfegruppe zu unterstützen.

Abb. 48: Ergänzendes Item zur Messung der Erwartungen von Selbsthilfegruppen
Quelle: eigene Darstellung.

Um die Aussagekraft der Daten zu erhöhen, muß auch bei jenen Fragen, die sich auf alle Kundengruppen beziehen, eine Differenzierung nach Kundengruppen möglich sein. Dies ist gewährleistet, wenn je nach Gruppe unterschiedliche Fragebögen ausgegeben werden.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, einige Sozialdaten zu erheben. Von Bedeutung sind insbesondere

- bei den Versicherten: Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Dauer der Mitgliedschaft, Einkommenshöhe und Wohnort (Region);
- bei den Arbeitgebern: Branche, Größe (Anzahl der Mitarbeiter);
- bei den Leistungserbringern: Fachrichtung, Größe (Anzahl der Mitarbeiter) und
- bei den Selbsthilfegruppen fachlicher Schwerpunkt sowie Größe (Anzahl der Mitglieder).

3.2.1.3. Kundenwahrnehmungen

Die Erhebung der Kundenwahrnehmungen muß - wie die Befragung nach der SERVQUAL-Methode dies vorsieht - analog zur Erhebung der Kundenerwartungen durchgeführt werden, da die Ermittlung der Zufriedenheitswerte auf beiden Erhebungen basiert. Hierfür müssen die Befragten gebeten werden, auf einer fünfstufigen Rating-Skala anzugeben, inwieweit sie verschiedenen, positiv formulierten Leistungsmerkmalen zustimmen (Abb. 49).

	Diese(r) Meinung ...				
	stimme ich völlig zu				lehne ich entschieden ab
1. Eine Geschäftsstelle ist für mich gut zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 49: Fragebogen zur Erhebung der Kundenwahrnehmungen (Auszug)
Quelle: in Anlehnung an Parasuaram/Zeithaml/Berry 1988, S. 38 ff.

Die Items entsprechen jenen, die oben zur Erhebung der Erwartungen vorgesehen wurden und sind in ihren Formulierungen entsprechend angepaßt (Abb. 50).

Annehmlichkeit des physischen Umfeldes in der Geschäftsstelle

1. Eine Geschäftsstelle ist für mich/uns gut zu erreichen.
2. Die Geschäftsräume der Kasse sind ansprechend gestaltet.
3. Die Angestellten sind ordentlich angezogen.
4. Die Gestaltung der Geschäftsräume ermöglicht eine vertrauliche Information und Beratung.

Fähigkeit der Kasse, die versprochene Leistung zuverlässig und akkurat auszuführen

5. Sachfragen werden immer kompetent beantwortet.
6. Leistungen oder Informationen, die von der Kasse zu einem bestimmten Zeitpunkt versprochen werden, werden pünktlich ausgeführt.
7. Die Arbeitsweise der Kasse ist unbürokratisch.
8. Meine/Unsere Probleme werden ernstgenommen.
9. Man kann sich auf die Kasse verlassen.
10. Persönliche Beratungen oder Informationen werden verständlich durchgeführt.
11. Schriftliche Unterlagen bzw. die Korrespondenz der Kasse sind verständlich verfaßt.

Fähigkeit, problemadäquat zu reagieren

12. Die Angestellten sind permanent gewillt, mir/uns zu helfen.
13. Meine/Unsere Wünsche werden von den Angestellten zügig erfüllt.
14. In Anbetracht der rechtlichen Möglichkeiten ist das Leistungsangebot der Kasse stark an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert.
15. Die Öffnungszeiten der Kasse sind angenehm.
16. Die telefonische Erreichbarkeit der jeweils zuständigen Mitarbeiter ist gewährleistet.

Freundlichkeit, Vertrauenswürdigkeit

17. Den Angestellten der Kasse kann man vertrauen.
18. Während des Kontaktes zu den Angestellten fühle ich mich sicher.
19. Die Angestellten sind freundlich.

Einfühlungsvermögen

20. Mir/Uns wird individuelle Aufmerksamkeit gewidmet.
21. Die Angestellten kümmern sich persönlich um mich/uns.
22. Die Angestellten kennen meine/unsere Bedürfnisse.

Anderes

Außerdem bin ich mit folgendem zufrieden/unzufrieden:

Abb. 50: Items zur Erhebung der Kundenwahrnehmungen

Quelle: in Anlehnung an Parasuaram/Zeithaml/Berry 1988, S. 38 ff.

Für die Arbeitgeber der Mitglieder (Abb. 51), die Leistungserbringer (Abb. 52) sowie die Selbsthilfegruppen (Abb. 53) müssen ergänzend folgende Items zur Anwendung kommen:

Informationsverhalten
23. Informationen der Kasse, die wir für unsere Arbeit benötigen, werden rechtzeitig und kontinuierlich bereit gestellt.
24. Informationen der Kasse, die wir für unsere Arbeit benötigen, werden ausreichend bereit gestellt.

Abb. 51: Ergänzende Items zur Messung der Wahrnehmungen von Arbeitgebern der Mitglieder
Quelle: eigene Darstellung.

Kulanz der Leistungserbringung
23. Die X-Kasse ist kulant bei der Bewilligung von Leistungen

Transparenz und Zuverlässigkeit des Abrechnungssystems
24. Das Abrechungssystem der X-Kasse ist transparent.
25. Die Abrechnungspraxis der X-Kasse ist zuverlässig.

Abb. 52: Ergänzende Items zur Messung der Wahrnehmungen von Leistungserbringern
Quelle: eigene Darstellung.

Beratung und Information
23. Die X-Kasse hilft uns durch spezifische Beratung und Information, die Mitgliedern unserer Selbsthilfegruppe zu unterstützen.

Abb. 53: Ergänzende Items zur Messung der Wahrnehmungen von Selbsthilfegruppen
Quelle: eigene Darstellung.

Flankierend sollten weitere Wahrnehmungen erhoben werden, die sich auf besondere Ereignisse beziehen. Die so erzielten Ergebnisse sind im Verhältnis zu jenen, die auf Basis der SERVQUAL-Methode zu gewinnen sind, konkreter und bieten damit zusätzliche Ansatzpunkte für die Qualitätsförderung. Im folgenden werden zwei ereignisorientierte Instrumente auf den krankenkassenspezifischen Einsatz zugeschnitten:

- die Beschwerdeanalyse sowie
- die Methode der kritischen Ereignisse.

Da die *Beschwerdeanalyse* notwendigerweise voraussetzt, daß entsprechend aussagekräftige Beschwerden vorliegen, sollte das Beschwerdeverhalten der Kunden angeregt werden. Dafür ist es vorteilhaft, daß ein zentrales, kostenfreies „Beschwerdetelefon" eingerichtet wird. Außerdem sollte eine zentrale Adresse für schriftliche Beschwerden oder Beschwerden per E-mail geschaffen werden. Für die Nutzung beider Kommunikationswege muß in Publikationen der Kasse (u. a. Mit-

gliederzeitschrift, Informationsbroschüre für andere Kundengruppen) gezielt geworben werden.

Die im Rahmen der Beschwerdeanalyse erhobenen Daten müssen systematisiert und verdichtet werden. Als erste Systematisierungsebene bietet sich die Kundengruppe an. Da das Instrument als Ergänzung zur Befragung nach der SERVQUAL-Methode und somit zur Konkretisierung allgemeiner Qualitätswahrnehmungen eingesetzt werden soll, erscheint es sinnvoll, zur weiteren Systematisierung die fünf oben zugrunde gelegten Dimensionen, die weiter zu untergliedern sind, Verwendung finden zu lassen (Abb. 54). Dies erscheint inhaltlich angemessen und erleichtert es außerdem, die Daten zu den nach der SERVQUAL-Methode erhobenen Daten in bezug zu setzen.

Annehmlichkeit des physischen Umfeldes in der Geschäftsstelle
1. Standort der Geschäftsstelle.
2. Gestaltung der Geschäftsstelle.
3. Kleidung und Eindruck der Angestellten.

Fähigkeit der Kasse, die versprochene Leistung zuverlässig und akkurat auszuführen
4. Fachkompetenz.
5. Zeitgerechte Einhaltung von Zusagen.
6. Ernstnehmen von Kundenproblemen.
7. Verläßlichkeit.
8. Leistungsangebot der Kasse.

Fähigkeit, problemadäquat zu reagieren
9. Prompter Service.
10. Öffnungszeiten der Geschäftsstelle.
11. Telefonische Erreichbarkeit zuständiger Mitarbeiter.
12. Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter.

Freundlichkeit, Vertrauenswürdigkeit
13. Vertrauen in die Angestellten.
14. Freundlichkeit der Angestellten.

Einfühlungsvermögen
15. Individuelle Aufmerksamkeit.
16. Berücksichtigung von Kundenbedürfnissen.

Anderes
17. ...

Abb. 54: Systematisierungschema für die Beschwerdeanalyse
Quelle: eigene Darstellung.

Als weiteres Instrument sollte für die Messung der Kundenwahrnehmungen die Methode der kritischen Ereignisse zum Einsatz gelangen. Dabei ist es sinnvoll, eine allgemeine Frage sowie ergänzend Fragen nach der Qualität von Beratung, Information und Service an die Kunden zu richten (Abb. 55). Mit der allgemeinen Frage kann erreicht werden, daß der Kunde - weitgehend unbeeinflußt von einem Forscher - jene Ereignisse benennt, die aus seiner individuellen Perspektive wichtig sind. Mit der zusätzlichen Fokussierung auf Beratung, Information und Service wird der Bedeutung dieser Dienstleistungsbestandteile Rechnung getragen. Dabei können Aussagen zur Qualität von Beratung und Information mit gemeinsamen Fragen erhoben werden, weil eine Differenzierung beider Kategorien durch die Kunden kaum vorgenommen wird.

1. Gesamteindruck

- Denken Sie bitte an ein besonders positives Erlebnis im Zusammenhang mit Ihrer Krankenkasse.
- Beschreiben Sie diesen Vorfall genau! Geben Sie bitte alle Einzelheiten an, damit ich mir ein klares Bild machen kann (Hilfsfragen: Wer tat was? Wer sagte was?).[738]
- Denken Sie bitte an ein besonders negatives Erlebnis im Zusammenhang mit Ihrer Krankenkasse.

2. Qualität von Beratung und Information

- Denken Sie bitte an ein besonders positives Erlebnis im Zusammenhang mit einer Situation, in der Sie von einer Sachbearbeiterin Ihrer Krankenkasse beraten oder informiert wurden.
- Denken Sie bitte an ein besonders negatives Erlebnis im Zusammenhang mit einer Situation, in der Sie von einer Sachbearbeiterin Ihrer Krankenkasse beraten oder informiert wurden.

3. Servicequalität

- Denken Sie bitte an ein besonders positives Erlebnis im Zusammenhang mit dem Service Ihrer Krankenkasse.
- Denken Sie bitte an ein besonders negatives Erlebnis im Zusammenhang mit dem Service Ihrer Krankenkasse.

Abb. 55: Methode der kritischen Ereignisse - Fragenkatalog für Krankenkassen
Quelle: in Anlehnung an Stauss/Hentschel 1990, S. 241.

Die Durchführung der Methode der kritischen Ereignisse sollte nicht konsequent an den oben der Kundenbefragung zugrunde gelegten Dimensionen ausgerichtet wer-

[738] Diese Aufforderung zur Konkretisierung wird bei jeder Hauptfrage vorgenommen. Um Wiederholungen in diesem Katalog zu vermeiden, wird auf den Ausweis im folgenden verzichtet.

den. Fragen, die sich daraus ergäben, wären erstens zu zahlreich und zweitens von den Befragten kaum differenzierbar; dies würde die Herstellung einer akzeptablen Befragungssituation erschweren. Allerdings sollten sich die Auswertung und Dokumentation der Befragung analog zum Vorgehen bei der Beschwerdeanalyse (Abb. 54) an diesen Dimensionen orientieren, so daß die gewonnenen Daten mit denen der anderen zum Einsatz gebrachten Instrumente kompatibel werden.

3.2.1.4. Kundenzufriedenheit

Die Kundenzufriedenheit kann - wie oben ausgeführt wurde - aus den Daten über die Erwartungen und Wahrnehmungen der Kunden nach der SERVQUAL-Methode ermittelt werden.[739]

Für die Erhebung der Kundenzufriedenheit sollte außerdem grundsätzlich auf die Daten des „Deutschen Kundenbarometers" zurückgegriffen werden, denn eine Stärke dieses Instrumentes ist es, daß es vergleichbare Ergebnisse bezüglich verschiedener Kassen bereitstellt, so daß - im Sinne eines Benchmarking - eine kassen- und sogar eine branchenübergreifende Beurteilung möglich werden. Problematisch ist allerdings, daß das Kundenbarometer aufgrund des begrenzten Stichprobenumfangs nur Daten größerer Kassen bereitstellt. Kleinere Kassen müssen daher eine eigene Erhebung - zumindest zur „Globalzufriedenheit" und zu den krankenkassenspezifischen Kategorien - durchführen.[740]

Auch im Hinblick auf große Kassen können die Daten des Kundenbarometers eine krankenkassenspezifische Ermittlung der Kundenzufriedenheit nicht ersetzen, denn das Instrument begreift lediglich Versicherte, nicht aber Arbeitgeber, Leistungserbringer und Selbsthilfegruppen als Kunden von Krankenkassen.

3.2.1.5. Image

Die Imagemessung kann mit einer schriftlichen Befragung und ergänzenden Interviews vorgenommen werden. Befragt werden müssen Personen aller Kundengruppen. Dabei bietet es sich an, Einschätzungen zur Dienstleistung einer speziellen Kasse im Vergleich zur Dienstleistung anderer Kassen abzufragen (Abb. 56). Die „anderen" Kassen sollten im Hinblick auf ihre Bedeutung im Wettbewerb ausgewählt werden. Die in der untenstehenden Abbildung aufgeführten Kassen sind beispielhaft gewählt.

---

[739] Vgl. zur Ermittlung der Zufriedenheit nach dieser Methode Abschnitt 2.6.5.1.3.

[740] Vgl. hierzu nochmals Abb. 21.

Das Image der X-Kasse
Schätzen Sie bitte die Dienstleistung der X-Kasse im Vergleich zu den anderen Kassen ein.

1. Preis-/Leistungsverhältnis

Die X-Kasse ist im Vergleich zur...	erheblich besser		gleich		erheblich schlechter
Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK)	☐	☐	☐	☐	☐
Barmer Ersatzkasse (BEK)	☐	☐	☐	☐	☐
Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK)	☐	☐	☐	☐	☐
Techniker Krankenkasse (TK)	☐	☐	☐	☐	☐
Betriebskrankenkasse X	☐	☐	☐	☐	☐
Innungskrankenkasse Y	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 56: Fragebogen zur vergleichenden Imagemessung (Auszug)
Quelle: eigene Darstellung.

Die Image-Messung sollte sich inhaltlich an den Kundenerwartungen orientieren. Dabei können alle Kundengruppen nach dem oben angegebenen Muster zu den untenstehend genannten Dimensionen befragt werden (Abb. 57):

Neben der Erfassung dieser Daten muß deren Zuordnung zu den verschiedenen Kundengruppen gewährleistet sein. In einem weiteren Schritt bieten sich Interviews zur Konkretisierung der Imagemessung an.

Angemessenheit des Beitragssatzes
1. Preis-/Leistungsverhältnis.
2. Sparsamer Umgang mit den Versicherungsbeiträgen.

Dienstleistungsqualität
3. Medizinische Versorgung der Versicherten.
4. Beratung und Information.
5. Öffnungs- und Servicezeiten.
6. Einsatz für die Belange der Versicherten.
7. Verläßlichkeit.
8. Fachliche Kompetenz.
9. Prompter Service.
10. Schnelle Reaktion auf veränderte Anforderungen.
11. Vertrauenswürdigkeit der Angestellten.

Abb. 57: Items zur vergleichenden Imagemessung
Quelle: eigene Darstellung.

Mit einer Kombination dieser verschiedenen Meßinstrumente und -methoden kann ein relativ differenziertes Bild darüber gewonnen werden, inwieweit eine Kundenorientierung realisiert ist. Im folgenden gilt es nun, auf die Messung der Qualität der Organisationsstruktur einzugehen.

3.2.2. Messung der Organisationsstrukturqualität

Die Organisationsstruktur soll - entsprechend der oben vorgenommenen Zielbestimmung - im Hinblick auf die Verkürzung von Durchlaufzeiten optimiert werden. Daher sind die Durchlaufzeiten der Dienstleistungserstellung einerseits sowie die der Qualitätsförderung andererseits als relevante Indikatoren zu messen.

3.2.2.1. Durchlaufzeiten der Dienstleistungserstellung

Für die Messung von Durchlaufzeiten der Dienstleistungserstellung ist es erforderlich, daß die relevanten Prozesse definiert werden, denn dies ist eine Voraussetzung dafür, die Zeitdifferenz zwischen Prozeßanstoß und der Fertigstellung der Leistung zu bestimmen. Dabei sollte die Betrachtung auf jene Prozesse fokussieren, die in einem Zusammenhang zu Beratung, Information und Service stehen. Zum Beispiel sind beim Beratungsprozeß alle Teilprozesse der Entscheidungsfindung, Informationsweitergabe und -verarbeitung in die Betrachtung einzubeziehen. Insgesamt ist es wichtig, daß die Meßreihen so angeordnet werden, daß sie Zeitreihenanalysen erlauben und der Ort der Zeitenentstehung (Abteilung, Instanz, Stelle) zurechenbar bleibt.

3.2.2.2. Durchlaufzeiten der Qualitätsförderung

Prozesse der Qualitätsförderung gehen grundsätzlich von einem Verbesserungspotential aus. Der erste Schritt besteht darin, das Verbesserungspotential als solches zu erkennen. Idealtypisch wird danach das Problem definiert, es werden Lösungsvarianten entwickelt, von denen die günstigste ausgewählt und implementiert wird. Schließlich ist eine Kontrolle im Hinblick auf die Lösungsfähigkeit vorzunehmen (Abb. 58).

Von Bedeutung ist dabei, wie lange es dauert, bis ein Problem einer bestimmten Kategorie erkannt und gelöst und eine Innovation implementiert ist. Für eine adäquate Erfassung müssen verschiedene Arten von Innovationsprozessen definiert werden. In diesem Zusammenhang können als Differenzierungskriterien insbesondere gelten:

- Problemart,
- Bedeutung des Problems für die Kassenwahlentscheidung von Mitgliedern (hoch/niedrig),
- Bedeutung des Problems für die Kundenzufriedenheit (hoch/niedrig),
- Orte der Problementstehung sowie
- Orte der Problementdeckung.

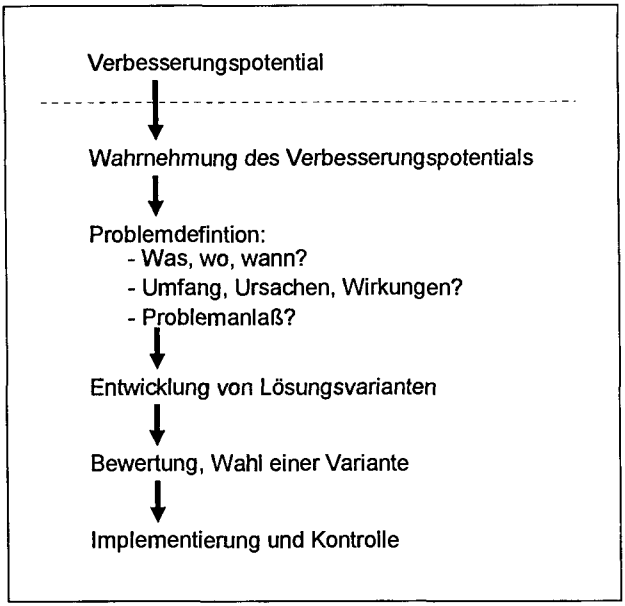


Abb. 58: Modell des Qualitätsförderungsprozesses
Quelle: in Anlehnung an Staehle 1997, S. 276.

Ein grundsätzliches Problem des Kriteriums „Durchlaufzeit" ist, daß Innovationsprozesse ex ante oft schwer zu definieren sind. Da Verbesserungspotentiale oft nicht mit bekannten Methoden zu erschließen sind, ist die Identifikation von Prozeßschritten nicht immer möglich. Ein weiteres Problem ist, daß Durchlaufzeiten nicht eindeutig zu interpretieren sind. So erfaßt die Durchlaufzeit nicht, inwieweit ein Verbesserungspotential ernsthaft untersucht wird. Die Beschwerde eines Kunden, die nach kurzer Beratung nicht weiter berücksichtigt wird, führt auch dann zu einem günstigen Wert in der Durchlaufzeiten-Statistik, wenn damit eine wertvolle Chance der Qualitätsförderung ungenutzt bleibt. Das Kriterium der Durchlaufzeit ist daher nur im Verbund mit anderen Kriterien, insbesondere jenen, die sich auf die Zufriedenheit von Kunden beziehen, aussagekräftig.

3.2.3. Messung der Qualitätskultur

Zur Messung der Qualitätskultur sollten vorteilhafterweise die Instrumente „Firmenrundgang", „Dokumentenanalyse", „Fragebogen" sowie „Sitzungsbeobachtung" kombiniert werden. Im folgenden wird aufgezeigt, wie diese Instrumente für den Ein-

satz in Krankenkassen auszugestalten sind. Dabei ist - entsprechend der Begriffsbestimmung in Abschnitt 2.8.2.1. - zu unterscheiden zwischen

- den Artefakten sowie
- den Werten und Verhaltensmustern einer Qualitätskultur.

Differenziert wird zusätzlich im Hinblick auf die drei Dimensionen der Qualitätskultur:

- Dienstleistungskultur,
- Kooperationskultur sowie
- Innovationskultur.

3.2.3.1. Artefakte der Qualitätskultur

Die Artefakte der *Dienstleistungskultur* können zunächst mit einem Firmenrundgang erhoben werden. Relevant sind das äußere Erscheinungsbild der Kasse, der Besucherempfang, die Eindrücke über das Mitarbeiterverhalten allgemein und die Stimmung während des Rundganges. Inwieweit sind die Geschäftsstellen so ausgestattet, daß ein vertrauensvolles Gespräch in angenehmer Atmosphäre möglich erscheint? Inwieweit sind organisatorische Maßnahmen erkennbar, die eine angemessene Bearbeitung von Kundenproblemen ermöglichen?

Die Dokumentenanalyse eröffnet einen weiteren Zugang. Sie sollte auf alle Dokumentarten bezogen werden, die sich an die Kunden der Kasse wenden: unter anderem also Informationsbroschüren und -blätter, Eintragungen im örtlichen Telefonbuch, die Mitgliederzeitschrift, das Unternehmensleitbild und die Führungsgrundsätze. Relevant sind auch Standardbriefe sowie eine Auswahl individuell verfaßter Briefe der Kasse, die einen sehr deutlichen Eindruck von der Dienstleistungskultur in sachbearbeitenden Bereichen, ohne unmittelbaren persönlichen Kundenkontakt, vermitteln können. Die Dokumente können nach folgenden Kriterien ausgewertet werden:

- Gesamteindruck (ansprechend/weniger ansprechend),
- Verständlichkeit/Übersichtlichkeit,
- Präsentation der Leistungskompetenz der Kasse,
- Signalisierung der Wertschätzung der Kunden sowie
- Einfühlungsvermögen in die Bedürfnis-/Problemlagen der Kunden.

Zur Messung der Artefakte einer *Kooperationskultur* kann mit dem Firmenrundgang ein Eindruck davon gewonnen werden, inwieweit die Organisation die Kommunikation - eine zentrale Voraussetzung von Kooperation im Büro - unterstützt. Zu erhe-

ben ist, inwieweit in den Gebäuden Möglichkeiten der persönlichen Kommunikation bestehen. Der Blick richtet sich also auf Anzahl, Größe, Ausstattung und Besetzung von Büroräumen - insbesondere Besprechungsräumen - und andere Orte der Kommunikation, wie z.B. „Kommunikationsecken" oder auch Pausenräume oder die Kantine.

Die Dokumentenanalyse sollte sich vor allem auf schriftlich fixierte Programme beziehen. Inwieweit wird der Versuch unternommen, „möglichst alles" zu normieren? Inwieweit beziehen sich die Regelungen eher auf Rahmensetzungen, die von den Organisationsmitgliedern weitgehend eigenverantwortlich zu füllen sind? Inwieweit wird in Unternehmensleitbild und Führungsgrundsätzen die Notwendigkeit von Kommunikation und Kooperation herausgearbeitet? Die Auswertung anderer interner Dokumente, wie Aktennotizen oder der schriftlichen Kommunikation zwischen Mitarbeitern unterschiedlicher Abteilungen, ist kaum praktikabel, da eine angemessene Interpretation nur mit einem erheblichen Aufwand möglich wäre, der aus Kostengründen wenig realistisch erscheint.

Zur Messung der *Innovationskultur* auf der Artefakte-Ebene kann der Firmenrundgang eingesetzt werden, um zu erfassen, inwieweit sich der Gedanke der Qualitätsförderung in der Kasse sichtbar niederschlägt. Relevant sind die Ausstattung von Besprechungsräumen mit innovationsfördernden Hilfsmitteln (Flip-chart, Pinwand, Overhead-Projektor usw.) sowie Plakate am „Schwarzen Brett" oder andere Hilfsmittel, mit denen für innovatives Verhalten in der Kasse geworben wird. Die Dokumentenanalyse muß auf alle Dokumentarten bezogen werden, die sich auf Innovationen der Kasse beziehen. Hierzu gehören Statistiken, die etwas über die Anzahl und den Erfolg von Verbesserungsvorschlägen aussagen, Rundschreiben zur Durchführung von Arbeitsgruppen, das Bildungsangebot der Personalentwicklung (z.B. Kreativitätstechniken), Abschlußprotokolle von Arbeitsgruppen und Berichte in der Mitarbeiterzeitschrift über Verbesserungsbemühungen. Die Dokumente können danach ausgewertet werden, inwieweit sie erkennbar innovatives Verhalten oder dessen Voraussetzungen fördern.

Konkrete Daten über bereits erfolgte Innovationen lassen sich aus der Statistik des Betrieblichen Vorschlagswesens gewinnen. Dafür sollte das Vorschlagswesen folgende Kennzahlen bereitstellen:

- Anzahl der eingereichten Vorschläge je Mitarbeiter. Diese Kennzahl sagt etwas aus über die Wahrnehmungs- und Problemlösungsfähigkeit.
- Verhältnis von umgesetzten zu allen eingereichten Verbesserungsvorschlägen. Die Kennzahl läßt Rückschlüsse auf die Fähigkeit der Kasse, In-

novationen zu implementieren, zu. Sie ist zudem abhängig von der Verwertbarkeit der Vorschläge.

- Volumen der ausgeschütteten Prämien. Diese Kennzahl sagt etwas aus über den Wert, den die Kasse den anerkannten Vorschlägen beimißt.

Alle drei Kennzahlen sind keineswegs eindeutig. So werden im Rahmen des Betrieblichen Vorschlagswesens grundsätzlich nur solche Vorschläge erfaßt, die auch entsprechend an die zuständige Organisationseinheit weitergeleitet wurden. Da die Anreizstruktur des Vorschlagswesens von Kassenmitarbeitern oft nicht als attraktiv empfunden wird, werden nicht alle Vorschläge eingereicht, die Statistik bleibt unvollständig.[741] Auch sind Führungskräfte und bestimmte Spezialisten in der Regel nicht berechtigt, Prämien des Vorschlagswesens zu erhalten, so daß Verbesserungen dieser Gruppen ebenfalls nicht in die Statistiken eingehen. Zudem sind die Daten auch nicht eindeutig zu interpretieren, denn sie sind stark ergebnisorientiert und lassen kaum Rückschlüsse auf die Gründe hoher oder niedriger Werte zu. Insgesamt können die Kennzahlen des Vorschlagswesens daher nur flankierend zur Gewinnung eines Eindruckes über die Innovationskultur genutzt werden.

3.2.3.2. Verhaltensmuster und Werte der Qualitätskultur

Die Verhaltensmuster einer *Dienstleistungskultur* beziehen sich darauf, wie mit Erwartungen oder Problemen von Kunden umgegangen wird, während die entsprechenden Werte ausdrücken, wie nach allgemeiner Auffassung mit Erwartungen oder Problemen von Kunden umgegangen werden soll.

Einige Verhaltensmuster können wieder mit dem Instrument des Firmenrundgangs gemessen werden. Anhand einer Checkliste werden Eindrücke, die sich auf das Verhalten von Kontaktpersonen beziehen, festgehalten und bewertet. Dazu ist es notwendig, daß sich der Beobachter in die Lage des Kunden versetzt und darauf achtet, inwieweit er sich in dieser Rolle ernstgenommen und gut betreut fühlt. Als Kriterien für die Bewertung bieten sich im Prinzip dieselben Kriterien an, die oben in Abschnitt 3.2.1. für die Befragung der Kunden hinsichtlich ihrer Erwartungen und Zufriedenheit herangezogen wurden.

Mit dem Fragebogen, als weiterem Instrument, können Verhaltensmuster und Werte bezüglich des Umgangs mit Kundenwünschen, der Reaktion auf Kundenprobleme sowie der internen Unterstützung der extern gerichteten Dienstleistungserstellung

---

[741] Dies wurde im Rahmen des Pilotprojektes zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse deutlich; vgl. Anhang I.

erhoben werden.[742] Unter der Voraussetzung, daß die Befragten über den Kundenbegriff, wie er in dieser Untersuchung verwendet wird, informiert sind, können folgende Items verwendet werden (Abb. 59).[743]

	Umgang mit Kundenwünschen
1.	Unsere Kasse gewährleistet unseren Kunden eine hervorragende Information und Beratung.
2.	Unsere Kasse gewährleistet einen hervorragenden Kundenservice.
3.	Die Angestellten sind permanent gewillt, den Kunden zu helfen.
4.	Die Wünsche von Kunden haben grundsätzlich einen größeren Stellenwert als interne Vorschriften.
	Reaktion auf Kundenprobleme
5.	Die Probleme von Kunden werden ernstgenommen.
6.	Bei der Lösung von Kundenproblemen versetzen wir uns in die Lage der Mitglieder.
7.	Über Versicherte, ihre Wünsche und Probleme wird immer respektvoll gesprochen.
8.	Kundenbeschwerden werden zur Auswertung an eine zentralen Stelle weitergegeben.
	Interne Unterstützung
9.	Wir erhalten intern eine angemessene Unterstützung, um unsere Arbeit mitgliedergerecht erfüllen zu können.
10.	Informationen über die Zufriedenheit der Kunden mit der Kasse werden den Mitarbeitern zugänglich gemacht.

Abb. 59: Items zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Dienstleistungskultur
Quelle: eigene Darstellung.

Die Befragungsergebnisse sind in Gruppendiskussionen und Einzelgesprächen zu konkretisieren. In Sitzungsbeobachtungen sollte darüber hinaus ermittelt werden, wie mit Kundenerwartungen, -wünschen, -zufriedenheit und -problemen umgegangen wird.

Die Verhaltensmuster und Werte einer *Kooperationskultur* beziehen sich auf die Kooperation zwischen Organisationsmitgliedern und ihren

---

[742] Vgl. zur methodischen Anlage des zu verwendenden Fragebogens Abschnitt 2.8.2.3., insbesondere Abb. 36.

[743] Die Formulierung der Items - auch im Hinblick auf die Erhebung der Kooperations- und der Innovationskultur, die im Anschluß thematisiert wird - erfolgt zum Teil unter Rückgriff auf die Fragebögen bzw. Kriterienlisten bei Kobi/Wüthrich 1986, S. 72 ff.; Parasuaram/Zeithaml/Berry 1988, S. 38 ff.; Kern 1991, S. 247 ff., Bartel-Lingg 1996, S. 319 ff, und European Foundation for Quality Management 1998, S. 43.

- Vorgesetzten,
- Kollegen der eigenen Abteilung sowie
- Kollegen anderer Abteilungen.

Von Bedeutung ist außerdem, inwieweit eine Eigenständigkeit der Mitarbeiter gefordert und gefördert wird und wie das Informationsverhalten in der Organisation ausgeprägt ist.

Ein Eindruck von den Verhaltensmustern der Kooperationskultur kann wiederum im Rahmen des Firmenrundgangs gewonnen werden, indem die Atmosphäre der Kasse, die zum Beispiel als eher still oder aber kommunikativ wahrgenommen werden kann, erlebt wird. Dies ist kein sicherer Indikator für die Kooperationskultur, denn eine muntere Kommunikation kann sich auf außerdienstliche Belange beziehen und eine stille Atmosphäre kann Ausdruck konzentrierter Arbeitsverrichtung und guter Arbeitsorganisation sein.

Ein genaueres Bild läßt sich mit der schriftlichen Befragung, die um Einzelinterviews und Gruppendiskussionen ergänzt wird, erzielen. Dabei sind folgende Items zu verwenden (Abb. 60):

Kooperation mit Vorgesetzten

1. Mein Vorgesetzter nimmt mich im Gespräch ernst.
2. Mein Vorgesetzter verhält sich im Gespräch aufgeschlossen.
3. Mit meinem Vorgesetzten kann ich auch persönliche Probleme besprechen.
4. Mein Vorgesetzter nimmt Kritik von seinen Mitarbeitern an.

Kooperation mit Kollegen der eigenen Abteilung

5. Wir unterstützen uns in unserer Abteilung.
6. Wir sprechen in unserer Abteilung oft über die Qualität der Zusammenarbeit.
7. Wir gehen Probleme in unserer Abteilung gemeinsam an.

Kooperation mit anderen Abteilungen

8. Zwischen den Abteilungen werden interne Aufträge gewissenhaft bearbeitet.
9. Unsere Abteilung setzt sich detailliert mit den Wünschen anderer Abteilungen auseinander.
10. Einen Bereichsegoismus, der die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen erschwert, gibt es nicht.

Eigenständigkeit

11. Die Führungskräfte lassen ihre Mitarbeiter weitgehend selbständig arbeiten.
12. Schwierigkeiten im unmittelbaren Arbeitsfeld oder Konflikte zwischen Kollegen werden überwiegend ohne Vorgesetzte gelöst.

Information
13. Die Ziele der eigenen Abteilung sind bei uns jedem klar.
14. Es werden genügend Hintergrundinformationen, die man für ein zielgerichtetes Arbeiten benötigt, zur Verfügung gestellt.

Abb. 60: Items zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Kooperationskultur

Quelle: eigene Darstellung.

Mit dem Instrument der Sitzungsbeobachtung kann außerdem ein Eindruck davon gewonnen werden, welche Themen als „Führungssachen" deklariert und welche in Selbstabstimmung geklärt werden sollen. Daraus kann geschlossen werden, inwieweit eine eigenverantwortliche Tätigkeit gefordert und gefördert wird. Diese Erhebung setzt allerdings einen gewissen Sachverstand über die zu klärenden Themen voraus, da sonst eine adäquate Deutung kaum möglich ist.

Die Verhaltensmuster und Werte einer *Innovationskultur* zeigen sich im Hinblick auf die Innovationsbereitschaft der Organisation. Wichtig ist außerdem ein innovationsförderndes Verhalten der Führungskräfte. Eine Innovationskultur kommt außerdem in der Arbeitsatmosphäre zum Ausdruck, die von den Organisationsmitgliedern als mehr oder weniger innovationsfördernd erlebt wird. Der entsprechende Fragebogen zur Erhebung der Verhaltensmuster und Werte fokussiert folgende Dimensionen (Abb. 61).

Innovationsbereitschaft der Organisation
1. Bei uns ist ständiges Lernen eine Selbstverständlichkeit.
2. Auch Bewährtes wird bei uns immer wieder in Frage gestellt.
3. Wenn Verbesserungsmöglichkeiten entdeckt werden, werden diese zügig umgesetzt.
Innovationsfördernde persönliche Führung
4. Der Führungsstil in unserer Abteilung macht es einem leicht, Ideen zu entwickeln und Verbesserungsvorschläge zu machen.
5. Unsere Führungskräfte verhalten sich Neuerungen gegenüber aufgeschlossen.
6. Wer sich bei uns um Verbesserungen bemüht, wird in jeder Phase von Führungskräften unterstützt.
7. Unsere Führungskräfte unterstützen die Einrichtung von Problemlösungsgruppen.
Innovationsfördernde Atmosphäre
8. Bei uns herrschen Offenheit und Toleranz gegenüber ungewohnten Ideen und unkonventionellen Meinungen.
9. Die Atmosphäre am Arbeitsplatz macht es uns leicht, Ideen zu entwickeln und Verbesserungsvorschläge zu machen.
10. Wenn man bei uns etwas Neues ausprobieren will, ist es gestattet, Fehler machen.

Abb. 61: Items zur Erhebung von Verhaltensmustern und Werten der Innovationskultur

Quelle: eigene Darstellung.

Die Sitzungsbeobachtung sollte sich auf Sitzungen des Steuerkreises und der Qualitätszirkel sowie auf andere Sitzungen, in denen innovationsrelevante Fragen verhandelt werden, beziehen. So kann erhoben werden, wie mit erkannten Innovationspotentialen umgegangen wird. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, wie über Implementierungsmöglichkeiten von Lösungen diskutiert wird.

3.2.4. Messung des Kompetenzprofils

Die Messung des Kompetenzprofils ist erforderlich, um die Kompetenzlücke - die Differenz zwischen dem Anforderungsprofil, das sich aus den strategischen Qualitätszielen ergibt (Soll-Zustand), und dem Kompetenzprofil (Ist-Zustand) - bestimmen zu können. Im folgenden werden die in Abschnitt 2.8.3.3. untersuchten Verfahren zur Messung des Kompetenzprofils auf die Anforderungen eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements zugeschnitten. Dabei wird wiederum grundsätzlich zwischen der Messung von Fachkompetenzen einerseits und der Messung von sozialen und konzeptionellen Kompetenzen andererseits unterschieden.

3.2.4.1. Fachkompetenzen

Fachkenntnisse sind von den Organisationsmitgliedern im Rahmen der Berufsausbildung, des Studiums bzw. in Weiterbildungsveranstaltungen erworben worden. Hierüber liegen der Personalabteilung der Kasse in der Regel Zeugnisse oder andere Bescheinigungen vor, die im Rahmen einer Dokumentenanalyse ausgewertet werden können. So ist zu ermitteln, inwieweit insbesondere Grundkenntnisse über die empirische Sozialforschung bzw. Statistik, Organisationsgestaltung, Qualitätskulturstärkung sowie allgemeine Fragen des Qualitätsmanagements erworben wurden.

Ergänzend sollten Interviews durchgeführt werden, mit deren Hilfe die Analyse-Ergebnisse differenziert werden können. In den Interviews müssen die Organisationsmitglieder nach den relevanten Fachkompetenzen befragt werden. Dabei muß, um die Chance von wahrheitsgemäßen Antworten zu erhöhen, betont werden, daß der Zweck der Interviews darin bestehe, Informationen für die Planung von Personalentwicklungsmaßnahmen zu gewinnen.

3.2.4.2. Soziale und konzeptionelle Kompetenzen

Im Hinblick auf die Messung sozialer und konzeptioneller Kompetenzen ist es notwendig, zu unterscheiden zwischen

- Führungskräften,
- Spezialisten der Qualitätsförderung sowie
- nichtleitenden Mitarbeitern.

Für die Ermittlung des Kompetenzprofils im Hinblick auf das Führungsverhalten der *Führungskräfte* kann zunächst auf die Ergebnisse der Befragung zur Messung der Qualitätskultur, mit der erhoben wurde, wie das Führungsverhalten bisher von den Mitarbeitern erlebt wurde, zurückgegriffen werden.[744] Werden die so gewonnenen Ergebnisse mit den jeweils bewerteten Führungskräften diskutiert, können Rückschlüsse auf die Führungskompetenzen gezogen werden.

Mit Assessment-Centers können weitere Informationen erhoben werden. In diesem Zusammenhang ist es insbesondere möglich, festzustellen, inwieweit die Führungskräfte in der Lage sind, widersprüchliche Rollenanforderungen auszutarieren sowie Strategien zu entwickeln und umzusetzen. Die Anforderungen „Sachverhalte gut vermitteln können" und „Verhandlungsgeschick", die an die *Spezialisten der Qualitätsförderung* gestellt werden, sowie die Anforderungen „Interaktionskompetenz" und „Leitung/Moderation von Kleingruppen" sowie „Präsentation von Gruppenergebnissen", die an *nichtleitende Mitarbeiter* gestellt werden, lassen sich ebenfalls mit Hilfe eines Assessment-Centers ermitteln.

Assessment-Centers sollen dabei für alle drei zu beurteilenden Gruppen unterschiedlich durchgeführt werden. Dies ist notwendig, weil erstens die Anforderungen an diese Gruppen unterschiedlich sind und zweitens nicht für alle Gruppen ein gleichermaßen hoher Erhebungsaufwand sinnvoll ist. Am gründlichsten zu untersuchen sind die Kompetenzen der Führungskräfte, da deren Einfluß auf den Erfolg von Qualitätsmanagement-Aktivitäten sehr hoch ist.

Im folgenden wird daher ein Assessment-Center konzipiert, das zur Erhebung der oben dargestellten Anforderungsdimensionen geeignet ist. Die untenstehende Abbildung enthält eine Zuordnung verschiedener situativer Methoden zu den relevanten Anforderungsdimensionen (Abb. 62).

In Interviews können die Probanden grundsätzlich zu allen sozialen und konzeptionellen Kompetenzen um Selbsteinschätzungen gebeten werden. Problematisch ist, daß die Beobachter in der Regel kaum Möglichkeiten haben, diese Angaben zu überprüfen. Dies erscheint allenfalls ansatzweise möglich, wenn den Beobachtern

---

[744] Relevant sind folgende Aspekte: „Interne Unterstützung" (Dienstleistungskultur, Abb. 59), „Kooperation mit Vorgesetzten", „Eigenständigkeit" (Kooperationskultur, Abb. 60) und „Innovationsfördernde persönliche Führung" (Innovationskultur, Abb. 61).

Informationen über bisher in der Kasse gezeigtes Verhalten vorliegt. Zum Beispiel wird eine Führungskraft, die in der Kasse für einen besonders autoritären Führungsstil bekannt ist, den Beobachter im Interview nur schwer davon überzeugen können, sich künftig problemlos auf die Anforderungen an eine kooperative Führung einzustellen.

Zu beobachtende Personen	Beobachtungsdimensionen	Assessment-Center-Methoden					
		Interview	In-Basket-Test	Gruppendiskussion mit Rollenvorgabe, Präsentation	Beratungssimulation mit Rollenvorgabe	Gruppendiskussion ohne Rollenvorgabe, Präsentation	Fallösung mit Präsentation
Führungskräfte	Kooperativ führen			●		●	
	Widersprüchliche Rollenanforderungen austarieren			●		●	
	Delegieren		●				
	Strategien entwickeln und umsetzen	●	●	●		●	●
Spezialisten der Qualitätsförderung	Sachverhalte vermitteln	●		●		●	
	Verhandlungsgeschick			●		●	
nichtleitentende Mitarbeiter	Interaktionskompetenzen	●		●	●		
	Kleingruppen/ Qualitätszirkel leiten/moderieren			●			
	Gruppenergebnisse präsentieren			●			

Abb. 62: Zuordnung von Assessment-Center-Methoden zu Beobachtungsdimensionen

Quelle: eigene Darstellung, formal in Anlehnung an Heitmeyer/Thom 1988, S. 17 und Jeserich 1989, S. 123.

Neben der Möglichkeit, die Probanden direkt auf das Vorliegen von Kompetenzen zu befragen, bietet das Interview einen Rahmen, das Verhalten des Probanden zu beobachten. Dazu sind die Interviews vorteilhafterweise halbstrukturiert durchzuführen. Dies läßt einerseits hinreichend Freiraum, auf situative Faktoren eingehen zu

können, andererseits erhöht es im Vergleich zum freien Interview die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen anderer Probanden.[745]

- Führungskräfte sollten insbesondere im Hinblick auf ihre Kompetenz, Strategien entwickeln und umsetzen zu können, befragt werden. Dazu müssen sie aufgefordert werden, darzulegen, wann sie zuletzt eine Strategie für die Lösung eines bedeutsamen Problems entwickelt haben und wie sie vorgegangen sind, um diese Strategie dann umzusetzen.
- Spezialisten der Qualitätsförderung können über ein Projekt der Qualitätsförderung befragt werden und so ihre Fähigkeit, Sachverhalte vermitteln zu können, unter Beweis stellen.
- Die nichtleitenden Mitarbeiter können zum Beispiel zu den an ihrem Arbeitsplatz bisher wahrgenommenen Veränderungen befragt werden, die den Reformen des Gesundheitswesens zuzurechnen sind. Dies bietet die Möglichkeit, die Interaktionskompetenzen zu bewerten.

Der In-Basket-Test soll ausschließlich für Führungskräfte zum Einsatz kommen. Das Verfahren verlangt, schnell und zielbezogen Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen. Die Aufgabenstellung ist in der Simulation, die unter hohem zeitlichen Druck durchgeführt wird, nur dadurch zu erreichen, daß andere Personen mit der Lösung von Teilproblemen beauftragt werden. Dies erlaubt es, das Verhalten des Probanden im Hinblick auf die Kompetenzen, Strategien entwickeln und umsetzen zu können und zu delegieren, zu bewerten. Beide Kompetenzen erfordern es nicht, einen krankenkassenspezifischen Test zu entwickeln. Da diese Kompetenzen zu wichtigen Schlüsselkompetenzen von Führungskräften allgemein gehören, lassen sie sich mit bereits ausgearbeitet vorliegenden Tests erheben.[746]

In der Gruppendiskussion mit Rollenvorgabe diskutieren vier bis acht Teilnehmer in Gegenwart ebenso vieler Beobachter über ein vorgegebenes Thema.[747] Für Führungskräfte sowie Spezialisten der Qualitätsförderung erscheint zum Beispiel folgendes Thema geeignet:[748]

- „Es wird Ihnen folgender Vorschlag unterbreitet: 'Die Erreichbarkeit der Kasse soll künftig vor allem telefonisch und schriftlich gewährleistet werden. Eine neue Telefontechnik macht dies technisch möglich. Viele Geschäftsstellen werden von der Aufgabe entbunden, Öffnungszeiten sicher-

---

[745] Vgl. König 1969, S. 73 ff.; Jeserich 1989, S. 23.

[746] Vgl. z.B. einen vollständig mit Auswertungshinweisen abgedruckten In-Basket-Test bei Jeserich 1989, S. 172 ff.

[747] Vgl. Horn 1996, S. 53.

[748] Vgl. ein vollständig dokumentiertes Beispiel für eine Gruppendiskussion mit Rollenvorgabe bei Lammers 1992, S. 152-158.

zustellen. Viele kleine Geschäftsstellen können außerdem zu wenigen großen zusammengeschlossen werden.' Erarbeiten Sie zu diesem Vorschlag eine Stellungnahme!"

Die zu vergebenden Rollen sollen realistische Interessenkonstellationen im Kassenalltag widerspiegeln. Für eine fünfköpfige Diskussionsrunde mit Führungskräften kommen zum Beispiel folgende Rollen in Betracht:

- „Frau Riecken, 35, ledig, keine Kinder: Sie sind Leiterin einer kleineren Geschäftsstelle. Sie lieben den unmittelbaren Kontakt zu den Mitgliedern. Bereits heute kommt dieser aus Ihrer Sicht viel zu kurz, weil Sie sich um andere Dinge zu kümmern haben. Sie sind deshalb gegen den Vorschlag."
- „Herr Ludwig, 33, ledig, keine Kinder: Sie sind Leiter einer mittelgroßen Geschäftsstelle. Zuhause haben Sie einen Internet-Zugang, über den Sie auch Einkäufe tätigen. Privat sind Sie seit längerem Kunde bei einer Bank, die auf „telephone-banking" spezialisiert ist. Für Sie ist die Abwicklung von Geschäften am Telefon sehr praktisch und modern. Sie sind daher für den Vorschlag."
- „Frau Müller, 50, verheiratet, keine Kinder: Sie sind Leiterin einer größeren Geschäftsstelle. Sie nehmen an, daß Sie von einer Zusammenlegung kleinerer Geschäftsstellen statusmäßig und finanziell profitierten. Sie sind deshalb für den Vorschlag."
- „Herr Siel, 35, verheiratet, zwei schulpflichtige Kinder: Sie sind Leiter einer kleineren Geschäftsstelle. Sie befürchten, daß Sie umziehen müssen, wenn Geschäftsstellen zusammengelegt werden. Dies wollen Sie Ihren Kindern nicht zumuten. Außerdem bauen Sie gerade ein Haus. Sie sind daher gegen den Vorschlag."
- „Herr Schmidt, 45, verheiratet, zwei erwachsene Kinder: Sie sind Leiter einer größeren Geschäftsstelle. Sie befürchten, daß gerade ältere Menschen, die den persönlichen Kontakt in einer Geschäftsstelle bevorzugen, mit dem Vorschlag benachteiligt werden. Aus sozialen Gründen sind Sie daher gegen den Vorschlag."

Für die *nichtleitenden Mitarbeiter* ist ebenfalls eine Gruppendiskussion mit Rollenvorgabe sinnvoll. Die Konstruktion der Übung sollte allerdings stärker auf die operative Ebene zugeschnitten sein, als dies bei Führungskräften und Spezialisten der Qualitätsförderung der Fall ist. Die oben vorgeschlagene Themenstellung kann übernommen werden. Die zu vergebenden Rollen müssen insofern angepaßt werden, als die Personen nicht Leiter bzw. Leiterinnen einer Geschäftsstelle, sondern Sachbearbeiter bzw. Sachbearbeiterinnen in einer Geschäftsstelle sind.

Nichtleitende Mitarbeiter sollten darüber hinaus eine Beratungssimulation mit Rollenvorgabe durchführen. Dies ist sinnvoll, da sich die Situation „Beratung" deutlich von der Situation „Gruppendiskussion" unterscheidet. Die Beratungssimulation hebt stärker auf die beratungsspezifische Interaktionskompetenzen ab. Es sollten je Kandidat zwei Simulationen durchgeführt werden, wobei jeder Kandidat einmal die Rolle des Beratenden übernehmen soll. Im folgenden ist beispielhaft eine Rollenkonstellation beschrieben:

- „Frau Huber, verheiratet, ein Sohn: Sie sind Mitglied einer Krankenkasse und ärgern sich über drei Dinge: Erstens haben Sie erfahren, daß Ihre Beiträge zur Krankenversicherung erhöht worden sind. Sie haben gehört, daß dies aufgrund des Risikostrukturausgleichs erfolgt sei, wissen aber nicht so recht, wie das zusammenhängt. Sie fühlen sich ungerecht behandelt. Zweitens haben Sie vor einigen Tagen ein Schreiben erhalten, das an Rentner gerichtet war. Da Sie keine Rentnerin sind, fühlen Sie sich ein wenig beschämt. Drittens hat Ihr Sohn, der bei derselben Kasse versichert ist, nach einem Arbeitsunfall Ärger mit der Berufsgenossenschaft. Sie wissen auch nicht so genau, worum es geht, finden aber, daß Ihre Krankenkasse sich darum kümmern sollte. Insgesamt sind Sie ziemlich ärgerlich und zugleich froh, Ihre Sorgen endlich einmal aussprechen zu können."
- „Frau Jansen: Sie sind Sachbearbeiterin. Um 10.45 Uhr haben Sie einen Gesprächstermin mit Ihrem Vorgesetzten, der großen Wert auf Pünktlichkeit legt. Es ist 10.35 Uhr. Frau Huber, ein Mitglied, für das Sie zuständig sind, kommt in die Geschäftsstelle und möchte Sie sprechen. Beraten Sie Frau Huber!"

Führungskräfte und *Spezialisten der Qualitätsförderung* sollten zusätzlich eine Gruppendiskussion ohne Rollenvorgabe durchführen. Folgendes Thema könnte Verwendung finden:

- „In Krankenkassen ist es oft schwierig, Verbesserungspotentiale zu erschließen. Zum Teil werden diese Potentiale gar nicht erkannt. Oft sind Probleme offensichtlich; dennoch scheitern Bemühungen, diese Probleme wirksam zu lösen. Das eine Mal gelingt es nicht, die Probleme konkret mit ihren Auswirkungen zu benennen, das andere Mal scheitern die Bildung von Lösungsalternativen oder die Auswahl der besten Variante. Oder eine gefundene Lösung wird nicht umgesetzt. Diskutieren Sie bitte die Ursachen dieses Phänomens, und erarbeiten Sie einen Maßnahmenkatalog zur Erhöhung der Innovationsfähigkeit! Im Anschluß an ihre Beratung soll dieser Katalog präsentiert werden."

Führungskräfte und *Spezialisten der Qualitätsförderung* sollen zusätzlich eine Fallösung erarbeiten, um ihre Kompetenz, Strategien zu entwickeln und umzusetzen, unter Beweis zu stellen. Bei einem mehrtägigen Assessment-Center kann der zu lö-

sende Fall am Ende eines Tages vergeben und die Lösung am Folgetag präsentiert werden. Folgendes Thema erscheint geeignet:

- „Sie sind Geschäftsstellenleiter. Eine Kundenbefragung und die Beschwerdeanalyse haben ergeben, daß eine größere Anzahl von Kunden mit der Dienstleistung ihrer Geschäftsstelle unzufrieden ist. Die Hauptkritikpunkte sind: zu hohe Beiträge, unzureichende Leistungen bei Zahnersatz, ungünstige Öffnungszeiten, schlechte Erreichbarkeit per Telefon, unfreundliches Personal. Ihr Vorgesetzter vertritt die Auffassung, daß die Kundenzufriedenheit für den Fortbestand der Kasse von größter Bedeutung sei. Er bittet Sie, bis morgen eine Strategie zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit auszuarbeiten. Berücksichtigen Sie bei Ihrer Fallösung, daß der Leiter des Rechnungswesens Sie darauf aufmerksam gemacht hat, daß das Budget Ihrer Geschäftsstelle für den Haushalt des betreffenden Jahres bereits ausgeschöpft sei."

Die Beobachtung und Bewertung der zu messenden Dimensionen müssen sich an beobachtbaren Merkmalen orientieren. Im folgenden sind den im Rahmen eines Qualitätsmanagements relevanten Dimensionen des Anforderungsprofils Beobachtungsdimensionen zugeordnet. Diese sind hier lediglich als Vorschlag zu werten, denn sie müssen in der Praxis vom Kreis der Beobachter festgelegt werden.

Kooperativ führen[749]
- Erkennt Probleme/Gefühle anderer.
- Respektiert Probleme/Gefühle anderer.
- Versucht zu überzeugen, setzt Machtmittel dosiert ein.

Widersprüchliche Rollenanforderungen austarieren[750]
- Verfolgt Ziele der Organisation und berücksichtigt zugleich die Interessen anderer.
- Zeigt Emotionen und bleibt sachlich.
- Fördert Innovationen und bewahrt Traditionen.

Delegieren
- Unterscheidet Wichtiges von Unwichtigem.
- Gibt Aufgaben an Mitarbeiter weiter.

Strategien entwickeln und umsetzen
- Argumentiert langfristig.
- Argumentiert zielbezogen.
- Entwickelt Alternativen.
- Berücksichtigt mikropolitische Interessenkonstellationen.

[749] Vgl. Jeserich 1989, S. 128.
[750] Vgl. Abschnitt 3.3.3.2.

Sachverhalte vermitteln
- Geht auf Verständnisfragen und Einwände ein.
- Formuliert flüssig.
- Läßt einen „roten Faden" der Argumentation erkennen.
- Visualisiert.

Verhandlungsgeschick
- Berücksichtigt Interessen des Verhandlungspartners.
- Bleibt auch in schwierigen Verhandlungssituationen zielorientiert.
- Reagiert aufgeschlossen auf Kritik.
- Erzielt konstruktive Kompromisse.

Interaktionskompetenzen[751]
- Widmet sich konzentriert dem Interaktionspartner.
- Vergewissert sich, das Problem des Kunden verstanden zu haben.
- Bleibt auch in schwierigen Situationen höflich.
- Informiert/berät widerspruchsfrei, wirkt vertrauenswürdig.

Kleingruppen/Qualitätszirkel moderieren[752]
- Unterstützt einen kreativen Gruppenprozeß.
- Erinnert bei Abschweifungen an das Ziel der Gruppenarbeit.
- Faßt Zwischenergebnisse oder Ergebnisse zusammen.

Gruppenergebnisse präsentieren
- Geht auf Verständnisfragen und Einwände ein.
- Formuliert flüssig.
- Läßt einen „roten Faden" der Argumentation erkennen.
- Visualisiert.

Abb. 63: Anforderungsdimensionen und beobachtbare Verhaltensmerkmale
Quelle: eigene Darstellung.

3.2.5. Zusammenfassung

Mit den vorstehenden Ausführungen ist ein Meßinstrumentarium für das Qualitätscontrolling in Krankenkassen vorgelegt worden. Es wurde herausgearbeitet, welche Instrumente zur Messung der Ist-Zustände im Hinblick auf die vier in Abschnitt 3.1. definierten Qualitätsziele einzusetzen und wie diese zu kombinieren sind. Hierzu bietet die folgende Abbildung eine Zusammenfassung (Abb. 64). Darüber hinaus ist konkret gezeigt worden, wie das Instumentarium auszugestalten ist, um den speziellen Anforderungen eines krankenkassenspezifischen Qualitätscontrolling gerecht zu werden.

---

751 Vgl. Abschnitte 3.1.2.2. und 3.1.3.1.
752 Vgl. Deppe, J. 1992, S. 59.

Qualitätsziel-Dimensionen	Indikatoren	Meßinstrumentarium
Kundenorientierung	Kassenwahlentscheidung der Mitglieder	- Bestandszählung
	Kundenerwartungen	- Befragung nach SERVQUAL
	Kundenwahrnehmungen	- Befragung nach SERVQUAL - Beschwerdeanalyse - Methode der kritischen Ereignisse
	Kundenzufriedenheit	- Ermittlung nach SERVQUAL-Methode - „Deutsches Kundenbarometer" - weitere schriftliche Befragung - Interviews
	Image der Kasse	- schriftliche Befragung - Interviews
Organisations-strukturqualität	Durchlaufzeiten - Dienstleistungserstellung - Qualitätsförderung	- Zeitmessungen
Qualitätskultur	Artefakte	- Firmenrundgang - Dokumentenanalyse
	Werte und Verhaltensmuster	- Firmenrundgang - schriftliche Befragung - Gruppendiskussion - Interviews - Sitzungsbeobachtung
Kompetenzen	Fachkompetenzen	- Dokumentenanalyse - Interviews
	Soziale und konzeptionelle Kompetenzen	- Assessmentcenter

Abb. 64: Meßinstrumentarium des Qualitätscontrolling in Krankenkassen
Quelle: eigene Darstellung

Im folgenden Abschnitt gilt es nun herauszuarbeiten, wie die strategischen Qualitätsziele konkret verfolgt werden können.

3.3. Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Qualitätsziele

Die Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Qualitätsziele werden im folgenden - analog zur Vorgehensweise in den beiden vorigen Abschnitten - gegliedert nach den Handlungsfeldern

- Kundenorientierung,
- Organisationsstruktur,
- Qualitätskultur und
- Kompetenzen.

Zunächst gilt es herauszuarbeiten, wie mit einer Optimierung der Dienstleistungsqualität eine Kundenorientierung erreicht werden kann.

3.3.1. Kundenorientierung durch Optimierung der Dienstleistungsqualität

Die Optimierung der Dienstleistungsqualität erfordert eine Spezifikation der Dienstleistung sowie die Qualitätsförderung.

3.3.1.1. Spezifikation der Dienstleistung

Spezifikationen für die Erstellung der Dienstleistung müssen unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben aus den Daten des Qualitätscontrolling, die im Hinblick auf die Dienstleistungsqualität gewonnen werden konnten, abgeleitet werden.[753] Dabei können die Spezifikationen - wie bereits in den Abschnitten 2.3.2. und 2.6.5.3.1. herausgearbeitet wurde - aufgrund der Immaterialität von Beratung, Information und Service überwiegend nicht exakt formuliert werden.

Da Spezifikationen vor allem auf die Erwartungen der Kunden bezogen werden müssen, können diese im Rahmen der hier vorzunehmenden Konzeptionalisierung aus dem obenstehenden Item-Katalog zur krankenkassenspezifischen Messung von Kundenerwartungen abgeleitet werden.[754]

Zunächst müssen Strukturspezifikationen definiert werden, die sich auf die Größe, die räumliche Verteilung und Gestaltung von Geschäftsstellen sowie die personelle Ausstattung beziehen.[755] Außerdem sind die Öffnungszeiten und die telefonischen Sprechzeiten, die nicht mit den Öffnungszeiten übereinstimmen müssen, festzulegen.

Für die Mitarbeiter, vor allem im Kundenkontaktbereich, müssen zusätzlich Spezifikationen festgelegt werden, die in Verhaltensstandards umzusetzen sind. Im folgenden sind solche Standards aufgeführt, die in der Praxis an die situativen Bedingungen anzupassen sind (Abb. 65). Für die Gestaltung der internen Kunden-Lieferanten-Beziehungen sind entsprechende Verhaltensstandards zu formulieren.

---

[753] Vgl. hierzu nochmals das Modell der Qualitätsplanung in Krankenkassen, Abb. 43, S. 217.

[754] Vgl. Abb. 45, S. 219.

[755] Vgl. Abb. 45, dort „Annehmlichkeit des physischen Umfeldes in der Geschäftsstelle".

1. Unsere Kunden sollen mit ihren Anliegen ernstgenommen werden. Vergewissern Sie sich in schwierigen Fällen, ob Sie die Anliegen eines Kunden verstanden haben. Nehmen Sie den Kunden auch dann ernst, wenn Ihnen sein Anliegen überzogen oder unangemessen vorkommen sollte. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang Beschwerden zu. Es ist wichtig, daß jeder Beschwerdeführer möglichst zufriedengestellt wird, und daß jede Beschwerde zu einer Weiterentwicklung der Dienstleistungsqualität beitragen kann. Sorgen Sie daher, wenn möglich, dafür, daß der Kunde zufriedengestellt wird und leiten Sie eine Beschwerde zur Auswertung an die Abteilung „Qualitätsmanagement" weiter.
2. Zeigen Sie permanent Hilfsbereitschaft.
3. Seien Sie freundlich zu unseren Kunden. Dies ist auch dann wichtig, wenn die Situation dies aus Ihrer Sicht erschwert.
5. Persönliche Beratungen und Informationen sollen verständlich durchgeführt werden. Gehen Sie auf die Eigenarten des Kunden ein. Beantworten Sie jede seiner Fragen und Nachfragen, und vergewissern Sie sich am Ende des Gespräches, ob der Kunde zufriedengestellt ist.
6. Die Korrespondenz unserer Kasse soll für den Kunden verständlich verfaßt sein. Versuchen Sie daher, Ihre Korrespondenz allgemeinverständlich zu formulieren. Gehen Sie im Zweifelsfall eher davon aus, daß der Kunde kaum über sozialversicherungsrechtliche Kenntnisse verfügt. Insbesondere sind pauschale Verweise auf sowie unkommentiertes Zitieren von Rechtsnormen zu vermeiden.
7. Sachfragen unserer Kunden sollen kompetent beantwortet werden. Vergewissern Sie sich in Zweifelsfällen lieber, als daß Sie eine ungenaue oder falsche Auskunft geben.
8. Es soll ein prompter Service geleistet werden. Einfache Anfragen, Informationsmaterial- oder Formularanforderungen sind möglichst sofort zu bearbeiten. Aufwendigerer Schriftwechsel soll innerhalb einer Woche beantwortet werden. Ist eine prompte Bearbeitung nicht möglich, soll der Kunde hierüber mit Verweis auf die jeweiligen Gründe informiert werden.
9. Leistungen oder Informationen, die von der Kasse zu einem bestimmten Zeitpunkt versprochen werden, sollen pünktlich ausgeführt werden. Achten Sie also bei Terminzusagen darauf, daß diese realistisch sind. Sollte ein Termin nicht eingehalten werden können, ist der Kunde - mit einer angemessenen Entschuldigung - darüber zu informieren.
10. Die Arbeitsweise der Kasse soll von unseren Kunden als unbürokratisch wahrgenommen werden. Versuchen Sie daher, einen Schriftwechsel zu vermeiden und möglichst viel im direkten Kontakt zu klären. Falls bestimmte Regeln dies erschweren: Prüfen Sie, ob diese Regeln sinnvoll sind, und führen Sie gegebenenfalls eine Änderung dieser Regelungen herbei.
12. Die telefonische Erreichbarkeit jeweils zuständiger Mitarbeiter soll für unsere Kunden gewährleistet sein. Nehmen Sie spätestens nach dem dritten Klingeln den Anruf entgegen. Falls Sie für das Anliegen des jeweiligen Kunden nicht zuständig sind, finden Sie heraus, wer zuständig ist, und verbinden Sie. Sie sind für die zügige und korrekte Weiterleitung des Anrufes verantwortlich.

13. Die Kleidung im Kundenkontaktbereich soll sauber, ordentlich und in der Stoff- und Farbwahl dezent sein. Insgesamt soll ein seriöses Erscheinungsbild gewahrt werden.
14. Das Leistungs- und Serviceangebot der Kasse soll an den Bedürfnissen der Kunden orientiert sein. Falls Sie im Kundenkontakt erkennen, daß die Kundenbedürfnisse nicht vollständig befriedigt sind, übermitteln Sie die entsprechenden Informationen Ihrem Vorgesetzten, so daß die Qualität der Dienstleistung weiterentwickelt werden kann.

Abb. 65: Verhaltensstandards für den Kundenkontaktbereich in Krankenkassen
Quelle: eigene Darstellung

In diesem Zusammenhang kann es sinnvoll sein, auf einige Standards ganz zu verzichten. So ist es beispielsweise dann nicht notwendig, Fragen der Bekleidung (Punkt 13) zu regeln, wenn diese bereits allgemein zufriedenstellend gelöst sind. Für die Erarbeitung von Standards sind Mitarbeiter, die als Kontaktpersonen tätig sind, einzubeziehen, damit die situativen Anforderungen der Praxis hinreichend berücksichtigt werden können.

Neben Verhaltensstandards sind zusätzlich Spezifikationen im Hinblick auf trägergebundene Masseninformationen vorzunehmen. Dies kann im Vergleich zu den soeben beschriebenen Standards konkreter erfolgen, da die Integration des externen Faktors hier weniger intensiv ist. Spezifiziert werden muß die äußere Gestaltung im Hinblick auf Logo, Schriftformat sowie verwendete Farben. Außerdem sind die zu behandelnden Themen festzulegen.

Spezifikationen bzw. Standards sind in Krankenkassen im Grundsatz bekannt. Sie finden ihren Niederschlag in Arbeits- oder Dienstanweisungen, die sich allerdings überwiegend nicht an Kundenerwartungen, sondern eher an rechtlichen Vorschriften orientieren.[756]

Ein Experte berichtete von ersten Erfahrungen mit Verhaltensstandards:[757]

„Wir schaffen einheitliche Standards, wir nennen sie Qualitätsleitlinien, die den Mitarbeitern draußen ein Mehr an kundenorientiertem Qualitätsverständnis

---

[756] In diesem Zusammenhang wird derzeit verstärkt diskutiert, inwieweit die Prozesse einer Kasse detailliert geregelt und einheitlich vorgeschrieben werden sollten. Auf diese Frage wird unten im Hinblick auf den Aspekt der Koordination vertiefend eingegangen.

[757] Vgl. auch die Ergebnisse der empirischen Untersuchung oben, S. 158, zur Verbreitung von Qualitätsstandards in Krankenkassen

bieten, als es bisher der Fall war, und die auch ein einheitliches Verständnis von Dienstleistungsqualität herstellen oder herstellen sollen."[758]

Er erläuterte den Unterschied dieser „Qualitätsleitlinien" zur herkömmlichen Arbeitsanweisung:

„Sie (die Qualitätsleitlinien) haben mit der Anweisung[759] *gar nichts zu tun. Sie befassen sich auch mit solchen Dingen, die man früher der Meta-Ebene zugeordnet hätte - beispielsweise freundlich sein. Was heißt eigentlich 'freundlich sein' in einer AI-Zone (Allgemeine Informations-Zone)? Was bedeutet das? Was heißt 'guter Service' in konkreto für einen Mitarbeiter am Telefon? Das alles finden Sie in der Anweisung nicht. Die Anweisung ist ja mehr ein Regelwerk, um Sozialrecht nahezubringen und weitere Dinge. Nehmen Sie z.B. einen Flyer, einen Leitfaden über kundenorientiertes Verhalten am Telefon. Dann finden Sie das nicht in der Anweisung, und Sie würden auch in der Anweisung so etwas nicht regeln können. Jeder Mitarbeiter hat einen Flyer bekommen, aus dem sich ergibt, was für Erwartungen das Haus an seine Fähigkeit hat, zu telefonieren, und wie telefonischen Kontakt mit Kunden umgehen soll."*[760]

In einer der Ortskrankenkassen bestehen ähnliche Standards:

„Wir haben für uns interne Standards entwickelt: wie unsere Beratungsqualität aussieht, was unsere Leute können müssen, was sie zu beachten haben und daß sie also eine hochwertige Beratung abliefern bei einem einzelnen noch-nicht-AOK-Kunden oder auch beim AOK-Kunden. So, das ist also ein Qualitätsstandard, den wir für unsere Leute definieren, wie sie draußen sich zu bewegen haben, damit also auch der Einzelne, der meinetwegen zur AOK will, weiß, da sitzt mir eine kompetente Figur gegenüber. ... Dann haben wir intern, wenn man das 'mal von innen nach außen sieht, Bearbeitungsstandards. Wir sagen, gewisse Grundvoraussetzungen sind im Hause zu erfüllen. ... Also, es kann nicht sein, daß das Telefon 20-mal klingelt, ehe so eine Figur 'rangeht. ... Es gibt also gewisse Standards des Verhaltens, die ein Niveau und eine Unternehmenskultur darstellen."[761]

Diese Ausführungen zeigen, daß Standards in einigen Krankenkassen bereits zusätzlich zu den herkömmlichen internen Anweisungen eingesetzt werden. Standards

---

758 Ersatzkasse-groß-Q.

759 Der Experte verwandte einen anderen Begriff, der Rückschlüsse auf die Kasse zuläßt. Um die Anonymität des Experten zu wahren, wird der Begriff hier durch eine neutrale Variante ersetzt.

760 Ersatzkasse-groß-Q.

761 AOK-groß.

können daher - mit den genannten Einschränkungen im Hinblick auf den Konkretisierungsgrad - als praktikabel gelten.

3.3.1.2. Qualitätsförderung

Im Rahmen der Qualitätsförderung ist es neben der Kontrolle der Einhaltung von Standards notwendig, die entsprechenden Spezifikationen weiterzuentwickeln, da sich Kundenerwartungen und -zufriedenheit aufgrund von Aktivitäten der Kasse selbst oder anderer Kassen sowie aufgrund weiterer Umwelteinflüsse verändern können.

Die Qualitätsförderung ist zunächst im Rahmen der periodischen Planung durchzuführen. Dabei basiert die Planung einer Periode *n* insbesondere auf den Ergebnissen der Kontrolle der Periode *n-1*. Der Planungs- und Kontrollprozeß erfolgt zyklisch.

Außerdem muß eine potentialorientierte Qualitätsförderung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KAIZEN) angestrebt werden, mit der - zeitlich unabhängig von Perioden - Verbesserungspotentiale erschlossen werden.

Perioden- und potentialorientierte Qualitätsförderung müssen kombiniert eingesetzt werden. Einerseits sind jene Verbesserungen der problemorientierten Qualitätsförderung, die nach Analyse erkannter Probleme umgesetzt werden konnten, in die Planung der periodenorientierten Qualitätsförderung einzubeziehen. Andererseits muß bei der Erarbeitung der Verbesserungen im Rahmen der problemorientierten Qualitätsförderung die Planung der periodenorientierten Qualitätsförderung berücksichtigt werden (Abb. 66).

Dieses Nebeneinander von perioden- und problemorientierter Qualitätsförderung wurde von den befragten Experten übereinstimmend bejaht. Die weite Verbreitung der Instrumente „Zielvereinbarung", „Beschwerdemanagement" und „Betriebliches Vorschlagswesen" kann ebenfalls als Hinweis darauf gelten, daß in der Praxis der Krankenkassen eine derartige Kombination im Prinzip auch vollzogen wird.

Dennoch besteht Handlungsbedarf im Hinblick auf die Erhöhung der Lern- und Innovationsfähigkeit von Krankenkassen. Ansatzpunkte für eine entsprechende Qualitätsförderung liegen vor allem darin, die Voraussetzungen für eine Kundenorientierung in Krankenkassen zu optimieren. Entsprechende Maßnahmen werden - zunächst im Hinblick auf die Optimierung der Organisationsstruktur - im folgenden aufgezeigt.

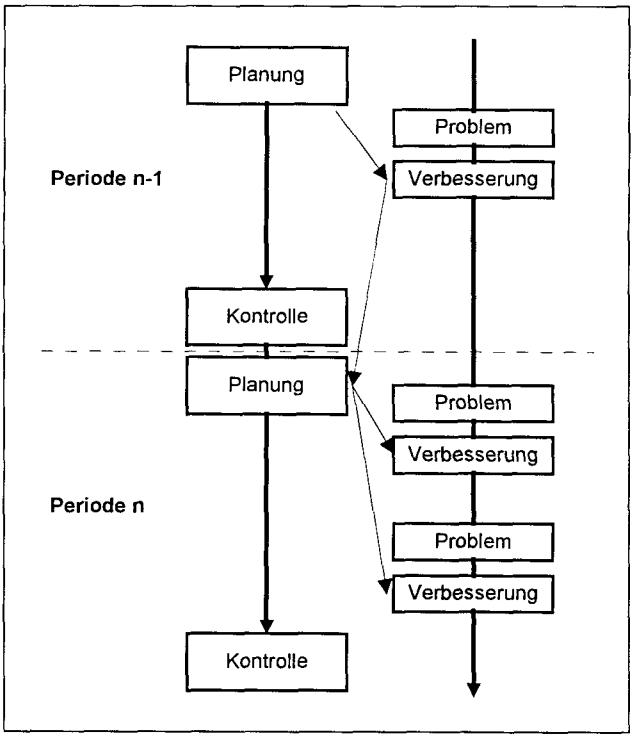


Abb. 66: Kombination von perioden- und problemorientierter Qualitätsförderung
Quelle: eigene Darstellung.

3.3.2. Optimierung der Organisationsstruktur

In den nachstehenden Ausführungen wird aufgezeigt, wie die Organisationsstruktur im Hinblick auf relativ kurze Durchlaufzeiten optimiert werden kann. Gemäß der auch in Abschnitt 2.8.1.2. zugrundegelegten Systematik werden entsprechende Strukturierungsprinzipien bezüglich der Dimensionen

- Spezialisierung,
- Koordination,
- Konfiguration und Entscheidungsdelegation sowie
- institutioneile Verankerung des Qualitätsmanagements

herausgearbeitet. Der letztgenannte Aspekt ließe sich systematisch auch jeweils im Zusammenhang mit den drei vorgenannten Dimensionen behandeln; er wird aufgrund seiner Bedeutung aber gesondert erörtert.

In den nachstehenden Ausführungen gilt es grundsätzlich, zwischen einer allgemeinen Sachbearbeitung, die insbesondere Beratung, Information und Service beinhaltet, sowie Aspekten der Qualitätsförderung zu unterscheiden. Lediglich die Betrachtung der institutionellen Verankerung des Qualitätsmanagements erfolgt aufgrund der spezifischen Ausrichtung ausschließlich unter dem Blickwinkel der Qualitätsförderung.

3.3.2.1. Geringer Spezialisierungsgrad

Grundsätzlich können kurze Durchlaufzeiten der allgemeinen, kundennahen Sachbearbeitung mit einem niedrigen Spezialisierungsgrad erzielt werden:

- Kontaktaufnahmezeiten bleiben relativ kurz, da Kunden leichter die für ihre Anliegen zuständige Kontaktperson erreichen können.
- Auf die Liegezeiten kann ein niedrigerer Spezialisierungsgrad verkürzend wirken. Erstens werden die möglichen Folgen eines zu hohen Spezialisierungsgrades - ein hoher Krankenstand sowie eine hohe Fluktuation - vermieden, womit Unterbrechungen des Prozesses entfallen.[762] Zweitens kann eine geringere Spezialisierung zu einer stärkeren Identifikation mit der Tätigkeit und einem höheren Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Bearbeitung von Vorgängen führen. So wird tendenziell die Motivation der Mitarbeiter, Unterbrechungen des Prozeßflusses zu vermeiden, erhöht.
- Auch die Transformationszeiten können mit einem niedrigeren Spezialisierungsgrad verkürzt werden. So können bei Verzicht auf einen zentralisierten Schreibdienst Transformationszeiten entfallen.
- Abstimmungszeiten werden bei geringerem Spezialisierungsgrad verkürzt, weil die Anzahl der Schnittstellen, die eine Abstimmung erforderlich machen, relativ gering ist.[763]
- Für Transportzeiten gilt derselbe Zusammenhang: Je geringer der Spezialisierungsgrad ist, desto weniger sind verschiedene Stelleninhaber in die Bearbeitung eines Vorganges involviert und desto seltener ist ein Transport notwendig.

Neben diesen Argumenten, die eine eher geringe Spezialisierung rechtfertigen, sind zwei Gegenargumente anzuführen:

---

[762] Vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 78.
[763] Vgl. Kieser/Kubicek 1992, S. 78.

- Rüstzeiten werden bei niedrigem Spezialisierungsgrad tendenziell erhöht. Je geringer der Spezialisierungsgrad ist, desto unterschiedlicher ist im Prinzip die Art der zu verrichtenden Tätigkeit. Da allerdings Rüstzeiten bei Beratung, Information und Service, aber auch im Hinblick auf alle anderen Verwaltungsprozesse einer Krankenkasse, nur einen geringen Anteil der gesamten Durchlaufzeit ausmachen, ist dieses Argument zu vernachlässigen. Schwerer wiegt ein anderes:
- Lern- und Trainingseffekte können bei einem niedrigen Spezialisierungsgrad in relativ geringem Ausmaß erzielt werden.[764] Auch wird der Zeitbedarf der Informationssuche und -auswertung erhöht, weil in Relation zu den Anforderungen weniger Routinewissen vorgehalten wird. Dies führt - unter der Prämisse einer identischen Ergebnisqualität - zu einer Verlängerung der Bearbeitungszeit. Diese kann allerdings mit einer Höherqualifikation der betroffenen Mitarbeiter vermieden werden.

Ein tendenziell niedriger Spezialisierungsgrad macht allerdings Spezialisten nicht überflüssig. Gerade in Krankenkassen bestehen zahlreiche Funktionen, die ein sehr umfangreiches Fachwissen erfordern und einer Senkung des Spezialisierungsgrades kaum zugänglich sind, da insbesondere eine weitere Erhöhung der Kompetenzen kaum möglich erscheint.

Auch im Hinblick auf die Qualitätsförderung ist eine tendenziell niedrige Spezialisierung sinnvoll. Zunächst kann dies die Wahrnehmung von Verbesserungspotentialen fördern, denn die Kompetenzen der Organisationsmitglieder beziehen sich bei einem niedrigen Spezialisierungsgrad auf einen vergleichsweise größeren Prozeßabschnitt, womit ihr Verständnis vom Gesamtprozeß ebenfalls groß ist. Daher sind prozeßorientierte Verbesserungspotentiale leichter wahrzunehmen. Unabhängig davon, ob die Initiierung einer Verbesserung „bottom-up" oder „top-down" erfolgt, sind auch die Problemdefinition sowie die Bildung und Bewertung von Lösungsvarianten bei einem geringen Spezialisierungsgrad leichter. Wenn ein Einbezug der Ausführungsebenen in den Innovationsprozeß erfolgt, können Kenntnisse über die Bedingungen vor Ort die Qualität der Innovation erhöhen.

Es ist allerdings im Hinblick auf die Qualitätsförderung flankierend auch eine partiell hohe Spezialisierung notwendig, damit die Wahrnehmungsfähigkeit der Kasse im Hinblick auf Verbesserungspotentiale gewährleistet und durch Bereitstellung und adäquate Anwendung geeigneter Verfahren gefördert werden kann. Auf diesen Aspekt wird im Zusammenhang mit der institutionellen Verankerung des Qualitätsmanagements in Abschnitt 3.3.2.4. näher eingegangen.

---

[764] Kieser/Kubicek 1992, S. 78.

In den Expertengesprächen maßen die Befragten dem Ausmaß der Spezialisierung höchste Bedeutung zu. Dabei wurde deutlich, daß diese Frage aktuell in den Kassen diskutiert wird. Es kristallisierten sich unterschiedliche Positionen heraus.

Teilweise wurde die Forderung nach einem geringen Spezialisierungsgrad mit Nachdruck unterstützt:

„Wir hatten einen hohen Spezialisierungsgrad. Das führte dazu, daß der Kunde natürlich sehr schön beraten wurde in diesem Spezialfach des Sachbearbeiters, führte aber leider auch dazu, daß er ständig von einem zum anderen rennen mußte, nach dem Motto: 'Mutterschaftshilfe, nein, dafür bin ich nicht zuständig. Ich kann Ihnen alles über Zahnersatz sagen, und da auch sehr fundiert und auch zu ihrer Zufriedenheit, aber bei Mutterschaftshilfe müssen sie zum Kollegen X. Der macht aber gerade Pause.' Wir haben jetzt eingeführt, sowohl für die Arbeitgeber als auch für die Versicherten, den Rundum-Service. ... Wir haben also einen ganz niedrigen Spezialisierungsgrad, wir haben einen hohen Rundum-Betreuungsgrad."[765]

„Ja, das entspricht auch dem, was wir erfahren haben in den letzten Jahren: daß Sie eben Generalisten im Einsatz haben und die möglichst eine weite Spannbreite abdecken können. Daß Sie möglichst nicht zu viele zentrale Bereiche einrichten. Das hängt auch mit der Kundenzufriedenheit wiederum zusammen. Wenn wir jetzt hier etwas zentralisieren, so Leistungsbestandteile aus den Geschäftsstellen herausnehmen und sagen, 'so, Zahnersatz machen wir jetzt nur noch zentral, schwierige Krankengeldfälle machen wir zentral', und da Spezialisten aufziehen sozusagen, dann geht das auch zu Lasten der Kundenzufriedenheit, weil sie eben die Bearbeitungszeiten verlängern - zwangsläufig, trotz PC."[766]

„Also sagen wir 'mal so: Wenn ein niedriger Spezialisierungsgrad dazu führt - ich sag das jetzt 'mal salopp -, daß es keine Fachidioten gibt, sondern Mitarbeiter, die über den Schreibtisch gucken, befürworte ich das."[767]

Zwei große Ersatzkassen sehen demgegenüber in einem niedrigen Spezialisierungsgrad eher Gefahren:

„Wer nur ins SGB V reinguckt und sieht, wie unglaublich schwierig viele Vorschriften sind, der kann nicht pauschal sagen, ein niedriger Spezialisierungsgrad sollte ein Ziel sein. Wenn wir das machen und das verinnerlichen, dann kommt es dazu, daß wir den Leuten nicht mehr eine vernünftige Auskunft geben können bzw. sogar eine falsche Auskunft geben können. ... Es muß Spe-

---

765 IKK-geöffnet-klein.

766 AOK-groß.

767 IKK-geöffnet-groß.

zialisten geben. Wir müssen dazu kommen, daß die Ausbildung die Leute flexibel macht. Man kann sicherlich darüber nachdenken, daß man innerhalb eines Teams roulierende Verfahren oder roulierende Zuordnungen schafft, daß jemand, der Krankengeld macht, nach ein bis zwei Jahren auch 'mal wieder etwas anderes macht. Aber er muß in den Bereichen ein Fachmann sein. Ich finde, es ist ein Fehler, die Fachmannschaft als etwas Negatives zu sehen. Wir werden ganz schnell sehen, daß wir damit nicht klarkommen."[768]

Es müsse daher vor allem darum gehen, die Koordination so zu gestalten, daß eine kundenorientierte Spezialisierung erreicht wird:

„Die Erwartungshaltung des Hauses geht eher dahin, von einem Sachbearbeiter in der Kundenbetreuungszone eben nicht nur abzuverlangen, daß er sich im Leistungsgeschäft auskennt, sondern daß er auch die Kompetenz gewinnt, mit dem Kunden dies so verdaulich zu verhackstücken, daß der Kunde zufrieden ist. Das ist aber kein Spezialisierungsgrad in dem Sinne, sondern das bedeutet, er braucht zusätzliche Kompetenzen. Den Spezialisten wird es um so mehr geben, als die äußeren Rahmenbedingungen ihn fordern. ... Die Frage ist: Wie weit tritt das nach außen? Also, der Kundenberater, der eine Frage an die Fachabteilung der Hauptverwaltung richtet, muß sich eben nicht durch ein Spezialistengremium hindurchfragen müssen, sondern braucht jemanden, der das koordiniert. ... Der Spezialist muß lernen, für wen er da ist. Der Spezialist muß also auch bestimmte Tugenden oder Kompetenzen hinzulernen. Es geht also nicht um eine Spezialisierung um der Spezialisierung willen, sondern sie folgt einem großen Grundmuster. Und diese Spezialisierung heißt, ich muß meine Spezialisierung auch verkaufen. Ich muß mein Spezialistenwissen an den Mann bringen. Ich erwarte von einer Beraterin, die mir ein EDV-System zurechtschneidet, daß sie nicht nur noch in ihren Kürzeln arbeitet, sondern daß sie mich abholt. Daß sie mich als ihren Kunden sieht."[769]

Die meisten Kassen vertreten demgegenüber eine vermittelnde Position. Sie befürworten einen tendenziell niedrigen Spezialisierungsgrad und machen zugleich die Notwendigkeit von Spezialisten deutlich. So sagte ein Experte in bezug auf den oben vorgestellten Vorschlag, tendenziell einen niedrigen Spezialisierungsgrad zu wählen:

„Würde ich grundsätzlich mit ja beantworten. Alleine schon, wenn es um die Frage geht, ein interessantes Arbeitsgebiet vorzufinden. Sicherlich auch, um dem Kunden komplexer, umfangreicher gerecht werden zu können. Und wenn ich jetzt 'grundsätzlich' gesagt habe, dann deckt das sicherlich den Großteil der Aufgaben ab, wo dieses praktisch Gültigkeit hat. ... Auf den Kunden zugehen und ein breites Wissen abzudecken, ja. Aber Sie werden den Spezialisten in

---

768 Ersatzkasse-groß-Q; ähnlich Ersatzkasse-groß-X.

769 Ersatzkasse-groß-Q; ähnlich Ersatzkasse-groß-X.

diversen Bereichen nach wie vor brauchen. Ich will gerne noch einmal aufzeigen: Wenn Sie praktisch Versicherte betreuen im Fall von Fallmanagement, dann brauchen Sie den Spezialisten, der sich dieser Dinge annimmt. Oder ich nehme das Vertragsrecht: Sie brauchen den absoluten Spezialisten, jemanden, der ein Grundwissen hat und das entsprechend 'rüberbringen kann. Den Generalisten werden Sie in ganz bestimmten Bereichen gezielt nicht einsetzen können; das ist einfach zu wenig. ... Sie haben kostenintensive Bereiche. ... Wenn Sie den Spezialisten nicht einsetzen in der Richtung Vertragspartner/Zahnarzt - lassen Sie das 'mal so im Raume stehen, ist ja sonst die kassenzahnärztliche Vereinigung -, Ihnen würden Gelder verlorengehen, weil Sie den Spezialisten nicht einsetzen. ... Nicht möglich ist - was einige behaupten und sie sind gescheitert -, daß ich einen Mann habe, der wirklich von A bis Z Leistungen, Beiträge, Versicherungsrecht und das Vertragsrecht in Person abdeckt. Sie sehen, vom Grundsatz her hat es Gültigkeit, einen bestimmten Komplex abzudecken, aber den Generalisten, nein."[770]

Ähnlich formulierten die Experten einer Innungs- sowie einer Betriebskrankenkasse:

„Gerade im Rahmen der Kundenorientierung ist es schon wichtig, daß ein breites Spektrum da ist, daß man sagt: 'Ok, wir können es uns nicht leisten, daß wir nur spezialisieren, und der ist dann nur für diese Fragen zuständig.' Sie haben aber im Bereich Krankenversicherung einige Bereiche, wo Sie schon nur Spezialisten haben und wo Sie die nur darauf spezialisieren können. ...
Zum Beispiel im Regreßbereich, im Arzneimittelbereich oder im Rechnungswesen."[771]

„Also, im Prinzip steht immer die Frage im Vordergrund: Spezialsachbearbeiter oder Allroundsachbearbeiter? Wir versuchen, das so zu lösen, daß wir im Kundenservice Mitarbeiter einsetzen, die ein sehr breites Wissen haben, so daß wir davon ausgehen können, daß eben 90% aller Dinge erledigt werden können. Aber sie kommen um Spezialisierung vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung wiederum nicht vorbei. Ich denke an das Beispiel Zahnersatz. Das ist in aller Munde. Die Barmer hat, glaube ich, erst gestern wieder im Radio verbreitet, daß ca. 20% aller Abrechnungen falsch sind und daß jeder Versicherte sich einen Kostenvoranschlag geben lassen soll. Wenn Sie da jetzt einen Sachbearbeiter hinsetzen, der einen niedrigen Spezialisierungsgrad hat, dann werden sie Ihrer Aufgabe nicht gerecht. Das heißt, sie müssen für bestimmte Themenbereiche Spezialisten vorrätig haben, und das ist bei uns dann eine Abteilung, die sich im wesentlichen aus Zahnarzthelferinnen zusammensetzt. ... Nach Möglichkeit sollte es eine gesunde Mischung sein. In jedem Team sollte nach

---

[770] AOK-klein.

[771] IKK-geschlossen-groß.

Möglichkeit jemand sein, der Spezialwissen hat, das er dann seinen Kollegen zur Verfügung stellen kann."[772]

Von Vertretern kleinerer Kassen wurde in diesem Zusammenhang angeführt, daß schon aufgrund der geringen Anzahl von Kassenmitarbeitern ein hoher Spezialisierungsgrad kaum zu realisieren sei. Es sei eher ein Problem, in notwendigem Umfang Spezialisten einzusetzen.[773]

Somit kann im Ergebnis festgehalten werden, daß die Organisationsstruktur in Krankenkassen zur Erreichung niedriger Durchlaufzeiten tendenziell durch einen niedrigen Spezialisierungsgrad gekennzeichnet sein sollte. Eine Absenkung des Spezialisierungsgrades muß allerdings mit einer Höherqualifikation einhergehen, damit insbesondere eine parallele Absenkung des Qualitätsniveaus in diesem Zusammenhang vermieden wird. Darüber hinaus darf auf den flankierenden Einsatz von Spezialisten nicht verzichtet werden.

3.3.2.2. Flexibilitätsorientierte Kombination verschiedener Koordinationsinstrumente bei tendenziell großer Entscheidungsdelegation

Kurze Durchlaufzeiten sind in Krankenkassen durch eine adäquate Kombination der oben in Abschnitt 2.8.1.2.2. vorgestellten Koordinationsinstrumente zu erreichen:

- Programme,
- Pläne,
- persönliche Weisung und
- Selbstabstimmung.

Eine Koordination durch Programme kann zu relativ kurzen Durchlaufzeiten beitragen, da mit diesem Instrument aufwendige vertikale oder horizontale Abstimmungsprozesse entfallen. Ist eine Standardisierbarkeit der Prozesse gegeben, kann - mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung - eine Automatisierung von Teilprozessen erfolgen, womit sich Bearbeitungs-, Transformations-, Transport- und Liegezeiten stark verkürzen lassen. Ein großer Teil der Prozesse von Krankenkassen, insbesondere Prozesse der persönlichen Beratung und Information, ist allerdings nicht derart zu standardisieren, so daß Programme in vielen Fällen nicht einsetzbar sind. So haben die Ausführungen in Abschnitt 3.3.1. gezeigt, daß Standards - die eine Form von Programmen darstellen - eher als Leitfaden verstanden werden

---

[772] BKK-geöffnet-groß; ähnlich BKK-geschlossen-groß; Erstzkasse-kleinY; Ersatzkasse-klein-Z.

[773] BKK-geschlossen-klein; Ersatzkasse-klein-Z.

müssen. Die zum Teil komplexen Situationen einer persönlichen Beratung sind jedoch vorab kaum exakt zu strukturieren.

Daher kommt den Koordinationsinstrumenten „persönliche Weisung" und vor allem „Selbstabstimmung" eine hohe Bedeutung zu. Beide haben den Vorteil, daß sie flexibel auf spezifische situative Anforderungen ausgerichtet werden können. So ist die persönliche Weisung dann einzusetzen, wenn die Entscheidungsgegenstände aufgrund ihrer Bedeutung für die Erreichung der Kassenziele von relativ großer Bedeutung sind oder eine Koordination durch Selbstabstimmung nicht in einer angemessenen Zeit zu erwarten ist. Dagegen ist die Selbstabstimmung eher geeignet für Probleme geringerer Tragweite sowie für solche Fragen, die von Führungskräften aufgrund ihrer geringen Detailkenntnis erst nach einer umfangreichen Einarbeitung fundiert zu klären wären. Eventuell notwendige Gruppenabstimmungsprozesse tragen nicht unbedingt zu einer Verlängerung der Durchlaufzeiten bei, da sie zu einer hohen Entscheidungsqualität führen und somit andere Durchlaufzeiten verkürzen können.

Die Koordination durch Pläne kann bei regulierten und bei unregulierten Prozessen zum Einsatz kommen. Das Instrument schafft einen längerfristig gültigen, an eine Periode gebundenen Rahmen für künftige Entscheidungen. Abstimmungszeiten, die sich in der Periode ergeben können, werden aufgrund der ex ante erfolgten Rahmensetzung tendenziell minimiert.

Das Problem der Kombination unterschiedlicher Koordinationsinstrumente liegt darin, daß rechtzeitig erkannt werden muß, inwieweit die Grenzen eines oder mehrerer Instrumente erreicht sind und eine Verlagerung des Instrumenteneinsatzes notwendig ist. In Krankenkassen wird teilweise - dies zeigte die Pilotstudie - versucht, Koordinationsprobleme durch einen intensivierten Einsatz scheinbar bewährter Instrumente zu lösen, obwohl eine Schwerpunktverlagerung angemessener wäre. Zum Beispiel werden detailliertere Programme oder Pläne erarbeitet, obwohl eine Koordination durch Selbstabstimmung angezeigt wäre. Das Austarieren des Systems der Koordinationsinstrumente setzt daher voraus, daß auf allen Management-Ebenen zumindest Grundkenntnisse von der Organisationslehre vorhanden sind. Außerdem ist eine Innovationskultur erforderlich, die die Veränderung von Kooperationsbeziehungen erleichtert.

Auch im Hinblick auf die Qualitätsförderung ist eine Kombination von persönlicher Weisung, Selbstabstimmung, Programmen und Plänen sinnvoll. Die persönliche Weisung ist von größter Bedeutung, um der institutionellen Lernschwäche von Krankenkassen entgegenzuwirken. Gerade mit der persönlichen Weisung kann das

„Versanden" von Innovationsprozessen verhindert werden. Oft hängt es von Führungskräften ab, inwieweit Probleme bearbeitet werden bzw. eine Problemlösung implementiert wird.

Für die mitarbeiterinitiierte Erschließung von Verbesserungspotentialen sind eigenständig denkende und agierende Mitarbeiter notwendig. Sind Mitarbeiter über Jahre darauf trainiert, ihr Verhalten an Programmen auszurichten, geht diese Eigenständigkeit verloren. Die Koordination durch Selbstabstimmung sowie eine große Entscheidungsdelegation trainieren die Eigenständigkeit und müssen deshalb zur Weiterentwicklung der Innovationsfähigkeit in Krankenkassen gefördert bzw. ausgebaut werden. Hierfür eignen sich insbesondere Arbeits- und Problemlösungsgruppen.

Programme sind tendenziell als innovationshemmend anzusehen, weil in ihnen lediglich bekannte Fakten berücksichtigt sind. Eine unter Umständen sinnvolle Weiterentwicklung der Prozeßqualität kann verzögert werden, da zunächst die Änderung des entsprechenden Programmes notwendig ist. Dennoch sind Programme auch zur Qualitätsförderung einzusetzen. So kann zum Beispiel die Prämierung von Verbesserungsvorschlägen im BVW mit einem Programm sinnvoll geregelt werden. Es läßt sich auch festlegen, wie mit wahrgenommenen Verbesserungspotentialen, wie der mündlich vorgetragenen Beschwerde eines Kunden, zu verfahren ist.

Über den Einsatz von Plänen zur Qualitätsförderung wurden bereits oben, in Abschnitt 3.3.1.2., Ausführungen gemacht. Es ist eine periodische Planung im Sinne einer Qualitätsförderung notwendig, die jedoch um kontinuierliche Verbesserungsaktivitäten ergänzt werden muß. Die kontinuierliche Verbesserung impliziert insbesondere den Einsatz von persönlicher Weisung und Selbstabstimmung.

In den Expertengesprächen wurden die Fragen der Koordination und Entscheidungsdelegation insoweit zugespitzt, als eine stärkere Gewichtung der Selbstabstimmung, die tendenziell eine größere Entscheidungsdelegation impliziert, insbesondere im Verhältnis zur Programmierung vorgeschlagen wurde. Damit wurde für eine Reduktion von Arbeits- bzw. Dienstanweisungen plädiert.

Einige Experten, vor allem die der Ortskrankenkassen, betonten in diesem Zusammenhang, daß ein Abbau entsprechender Anweisungen in den letzten Jahren bereits erfolgt sei.

„Das Dienstanweisungszeitalter ist vorbei, das kann man wirklich so sagen. ... Natürlich gibt es auch heute noch gewisse Leitlinien und gewisse Ordner darüber, aber vom Umfang her ist es heute vielleicht ¼ dessen, was wir noch vor 10 Jahren hatten. Im wesentlichen ist es eben wichtig, das so zu organisieren

und auch die Mitarbeiter so zu sozialisieren und auszubilden, daß sie vor Ort flexibel sein können. ... Wir haben vieles vereinfacht. Wir haben vieles herausgenommen. Was in 100.000 Fällen einmal vorkam, so ungefähr, das war früher säuberlich geregelt. Und da haben wir gesagt: 'Das ist so selten; und wenn es dann wirklich mal vorkommt, dann ist da noch eine Führungskraft - es kann auch ein Sachbearbeiter mit besonderer Verantwortung sein -, der das dann auch klären kann.' Da braucht man aber nicht bei jedem Kundenberater hinter seinem Rücken zwei Meter Ordner zu haben."[774]

Das Problem einer zu starken Koordination durch schriftlich fixierte Programme scheint vor allem noch in den größeren Ersatzkassen zu bestehen. Zum Teil wurde berichtet, daß eine entsprechende Deregulierung angestrebt werde:

„Ja, wir haben dies als Projekt vor. Aber wir bekommen die Ressourcen nicht zustande, um das 'mal aufzuarbeiten. Also, wir haben angefangen mit unseren Vordrucken. Die haben wir alle entstaubt und haben ein modernes Vordruckkonzept gemacht."[775]

Dabei zeigten sich Probleme, die den oben angeführten Zusammenhang belegen, daß die Koordination durch Selbstabstimmung bzw. eine Erhöhung der Entscheidungsdelegation zum Teil mit einer Erhöhung sozialer und konzeptioneller Kompetenzen verbunden werden muß:

„Ich habe zum Thema 'Arbeitsanweisungen' einen Arbeitskreis geleitet, der sich mit der Deregulierung der Arbeitsanweisung beschäftigt hat. Da sind eigentlich alle Dienststellen beteiligt worden. ... Und es hat sich herausgestellt, daß man es da niemandem recht machen konnte. Der eine möchte das viel ausführlicher haben, der andere sagt, 'mir reicht einfach ein Gesetzestext'. Machen Sie es, wie Sie es wollen, Sie machen es falsch. Und Sie können davon ausgehen, daß Sie immer einen Riesenteil von Leuten gegen sich haben. ... Es gibt jetzt einen ersten Versuch, ein bestimmtes Segment aus dem Leistungsbereich - das ist wirklich ein Versuchsballon - so zu ersetzen, daß man einen Sachverhalt kommentiert, im Rahmen eines Kurzkommentars, daß man also nur sagt: 'Das ist die rechtliche Situation, das hat der Gesetzgeber gewollt. Ende.' Da werden die einzelnen Leistungen nicht mehr aufgeführt, die es gibt oder die so und so erbracht werden sollen. Dann hat die Dienststelle komplett über dieses Spektrum alleine die Handhabe, in welchem Umfang das Ganze geleistet wird. Da wird nicht ein Deut mehr 'reingeredet. Ich bin 'mal sehr gespannt, wie das

---

[774] AOK-groß; ähnlich AOK-klein sowie Ersatzkasse-klein-Y, deren Experten ebenfalls von einer deutlichen Reduktion von Programmen bzw. Anweisungen berichteten.

[775] Ersatzkasse-groß-#.

ausgeht. Ich befürchte, daß die Masse protestieren wird, weil das dann doch zu viel 'freie Hand' bedeutet."[776]

Eine kleinere Ersatzkasse konnte bereits eine Deregulierung erzielen:

„Unsere Geschäftsstellen draußen sind sehr - auch im Vergleich zur DAK - sehr autonom. ... Im Prinzip werden die ganz klar als Profitcenter geführt. Die haben also sehr viele Freiheiten. ... Natürlich gibt es gesetzliche Regelungen, die auch eingehalten werden müssen, und innerhalb dessen können sie sich sehr, sehr frei bewegen, solange es Erfolg bringt."[777]

Auch alle befragten Experten der Innungskrankenkassen unterstützten den Vorschlag einer verstärkten Koordination durch Selbstabstimmung:

„Bin ich sehr für. Ich hasse zum Beispiel auch Stellenbeschreibungen für die einzelnen Arbeitsplätze. Wir würden viel lieber zur Teambeschreibung mit einer bestimmten Ergebnisverantwortung kommen. Aber wir konnten es bisher noch nicht umsetzen. Aber ich bin mit dem Begriff 'Koordination durch Selbstabstimmung fördern', wenn er das meint, daß dem Grunde nach die Teamfähigkeit damit gestärkt wird und damit auch die Eigenverantwortung, sehr einverstanden." Schriftliche Verfahrensanweisungen „müssen dem Grunde nach Rahmenbedingungen sein, die auch den Spielraum lassen, sich kundenorientierter verhalten zu können. Denn das ist ja das Entscheidende. Ich kann dann im Grunde keine Käfige aufbauen."[778]

Zum Teil wurden deren Vorzüge gegenüber der persönlichen Weisung hervorgehoben:

„Unterstütze ich nur, halte ich für richtig und für sinnvoll. Es hat auch die Erfahrung gezeigt, daß eine Selbstabstimmung mehr Früchte trägt als wenn immer wieder von oben gesagt wird: 'Jetzt habt Ihr das zu machen und dies zu machen' und so weiter. Das fordert auch die Kompetenzen der Mitarbeiter."[779]

Ein anderer Experte verwies in diesem Zusammenhang allerdings auf das Problem, kasseneinheitliche Entscheidungen zu erzielen:

„Sie haben es mit Ansprüchen zu tun, die gesetzlich sind. Das ist ein bißchen das Problem bei solchen Geschichten. Denn jeder Kunde muß ja entsprechend, wenn die Situation vergleichbar ist, auch vergleichbar und gesetzeskonform behandelt werden. Also, diese Selbstabstimmung ist in manchen Dingen einfach schwierig. ... Was natürlich trotzdem nicht heißt, daß man da Rie-

---

776 Ersatzkasse-groß-Q.
777 Ersatzkasse-klein-Y.
778 IKK-geöffnet-groß.
779 IKK-geschlossen-groß.

senwerke schreiben muß. Geht bei uns genauso. Da steht in den Dienstanweisungen nur nicht 'Einatmen/Ausatmen' drauf. Aber hier sind wir im Gegensatz zur DAK, glaube ich, noch ganz gut davor. Bei denen steht nämlich 'Einatmen/Ausatmen' drauf."[780]

Die Experten der befragten Betriebskrankenkassen gaben übereinstimmend an, daß umfangreiche Dienstanweisungen in ihren Kassen nie bestanden hätten. Entsprechende Programme würden vornehmlich eingesetzt, um aufsichtsrechtliche Anforderungen zu erfüllen.[781]

Nur wenige Experten hielten eine ausdifferenzierte Dienstanweisung für weiterhin notwendig. Aber auch hier wird eingewendet, daß diese Anweisungen nicht immer zu einer effizienten Prozeßgestaltung beitragen:

„Selbstverständlich müssen wir Normen schriftlich fixiert haben. Das ist überhaupt gar keine Frage. Aber ich denke, daß es auch aufgrund des Massengeschäfts, was wiederum vom Leistungs- und Meldesachbearbeiter geleistet werden muß, gar nicht möglich ist, hier großartig in Kompendien nachzuschlagen, sondern der muß arbeiten und das umsetzen, was von im abverlangt wird. ... Ich muß mich mit den Problemen vertraut machen und muß einen Großteil der Sachverhalte versuchen abzuwickeln und muß mich dann selbstverständlich in schwierigeren Fällen 'schlaugucken' und versuchen, das Problem zu lösen, respektive mich an den Spezialsachbearbeiter in dem Bereich oder an den Geschäftsstellenleiter wenden, die aufgrund unserer relativ kleinen Größe der Geschäftsstellen oftmals in Personalunion vertreten sind."[782]

Insgesamt kann die besondere Bedeutung von Selbstabstimmung und Entscheidungsdelegation als bestätigt angesehen werden. Es kommt jedoch auch darauf an, eine ausgewogene Kombination verschiedener Koordinationsinstrumente zu realisieren. Eine besondere Herausforderung besteht deshalb darin, diese Kombination adäquat vorzunehmen. Dabei müssen einerseits die diesbezüglichen Anforderungen eines Qualitätsmanagements (kurze Durchlaufzeiten, aber auch Förderung von Innovationsfähigkeit) und andererseits situative Bedingungen einer einzelnen Kasse berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang kommt der Personalentwicklung eine gewisse Bedeutung zu, da sowohl die Führungskräfte - insbesondere der unteren hierarchischen Ebenen - im Hnblick auf eine adäquate Kombination von Koordinationsinstrumenten, als auch die nachgeordneten Mitarbeiter bezüglich des

780 IKK-geschlossen-klein.
781 BKK-geöffnet-groß.
782 Ersatzkasse-klein-Z.

Treffens von Entscheidungen sowie der Abstimmung mit anderen Prozeßbeteiligten trainiert werden müssen.

3.3.2.3. Kundenorientierte, flache Stab-Linien-Konfiguration

Die Stab-Linien-Konfiguration hat im Vergleich zu Mehrliniensystemen, wie zum Beispiel der Matrixorganisation, den Vorteil, daß Zuständigkeiten eindeutig festgeschrieben werden können: Für Entscheidungen einer bestimmten Art ist genau eine Instanz zuständig, die insbesondere darüber entscheidet, inwieweit eine Abstimmung mit anderen Prozeßteilnehmern hinreichend erfolgt ist. Dies ist grundsätzlich eine günstige Voraussetzung für kurze Abstimmungszeiten.

Ein strenges Einliniensystem würde allerdings - wird die Variante der extremen Ausdifferenzierung der Hierarchie außer acht gelassen - zu einer Überlastung der Instanzen führen. Daher sollten, zumindest in größeren Kassen, Stäbe eingesetzt werden, denen die Aufgabe zukommt, Entscheidungen vorzubereiten, um die Instanzen damit zu entlasten und so zur Minimierung der Durchlaufzeiten beizutragen.[783]

Die Stab-Linien-Konfiguration muß relativ flach strukturiert sein, damit kurze Abstimmungszeiten erreicht werden können. Um dabei eine adäquate Koordination und hohe Entscheidungsqualität zu gewährleisten, muß zugleich sichergestellt sein, daß die Eigenständigkeit niedrigerer hierarchischer Ebenen den Anforderungen einer flachen Konfiguration entspricht. Dies läßt sich, wie oben gezeigt wurde, mit der Koordination durch Selbstabstimmung sowie einer relativ großen Entscheidungsdelegation erreichen. ↳ 256

Die flache Stab-Linien-Konfiguration muß zudem kundenorientiert strukturiert werden. Dies ist vor allem im Hinblick auf eine kundenorientierte Qualitätsförderung notwendig, denn „Qualitätsverantwortung kann nur übernehmen, wer weiß, für wen er arbeitet, - wer also seine Kunden kennt."[784] Die überkommene Tendenz zu zentralistischen Konfigurationen verstärkt eine Verwaltungsorientierung und erschwert kundenorientierte Innovationen. Große Kassen sollten daher, um einen regionalen Kundenbezug herzustellen, zunächst nach dem Regionalmodell organisiert werden. Der relativ klein zu dimensionierenden Hauptverwaltung obliegen danach vor allem die strategische Planung sowie die Koordination der Regional-Zentren. Taktische und operative Ziele werden regional von weitestgehend selbständigen Einheiten verfolgt. Neben einer günstigeren Kundenorientierung liegen weitere Vorteile dieser

---

[783] Vgl. Schierenbeck 1993, S. 106; Staehle 1997, S. 677.
[784] Zink 1994, S. 31 f.

Konfiguration darin, daß Abstimmungs- und die damit verbundenen Liegezeiten in Innovationsprozessen vergleichsweise kurz sind. Außerdem kann ein kreativitätsfördernder kasseninterner Wettbewerb um eine innovative Weiterentwicklung der Dienstleistungsqualität geführt werden. Auch die Implementierung und Kontrolle von Innovationen erscheinen bei dieser Konfiguration leichter.

Zur weiteren Realisierung einer kundenorientierten Konfiguration sollte - dies gilt für große sowie kleinere Kassen gleichermaßen - grundsätzlich das Prinzip des Objektmodells berücksichtigt werden, wobei als „Objekte" die Kundengruppen „Versicherte", „Arbeitgeber der Mitglieder", „Leistungserbringer" sowie - bei größeren Kassen - „Selbsthilfegruppen" herangezogen werden müssen.[785] → Schaubild 768

Die Qualitätsförderung verlangt zudem eine flexible Integration von Elementen eines Projekt- bzw. Prozeßmanagements in die Primärorganisation. Mit einem Projektmanagement können gezielt einzelne Innovationen gefördert werden (z.B. Einführung einer speziellen EDV-Lösung). Im Rahmen des Prozeßmanagements können einzelne Prozesse gezielt optimiert werden.

Im Rahmen der Expertenbefragung wurden diesen hier entwickelten und formulierten konzeptionellen Überlegungen weitgehend zugestimmt. Dabei zeigte sich, daß alle Kassen Einlinien-, alle größere Kassen Stab-Linien-Konfigurationen bereits realisiert hatten. Allgemein wurde auch die Forderung nach einer eher flachen Konfiguration unterstützt. Die Leitungsspannen verschiedener Kassen weichen derzeit - den Angaben der Experten zufolge - zum Teil erheblich voneinander ab. Dies läßt sich an folgendem Beispiel verdeutlichen: Jene Kassen, die über drei Leitungsebenen - einschließlich der Ebene des Vorstandes - verfügen, beschäftigen 700, 380, 160 bzw. 80 Mitarbeiter.

Lediglich eine Kasse wandte sich gegen eine eher flache Hierarchie:

> *„Also, ich halte es für schwierig, sage ich 'mal. Ich halte es für schwierig, gerade in den Linienabteilungen 'Verträge', 'Leistungen' und so, sehr flach zu bleiben. Ich glaube, wir werden da in dieser Stufung schon bleiben müssen."*[786]

Eine andere Kasse wandte sich gegen Stäbe, da diese nach Auffassung des Vor-

---

[785] Bei sehr kleinen Kassen erscheint es nicht sinnvoll, eine Organisationseinheit speziell für die Betreuung von Selbsthilfegruppen zu definieren. Die spezifische Betreuung von Selbsthilfegruppen erscheint - wie oben bereits angemerkt wurde - aufgrund der geringen Versichertenzahlen, aber auch aufgrund der geringen Mitarbeiterzahlen, kaum durchführbar.

[786] Ersatzkasse-groß-X.

standes zu hohe Kosten verursachten.[787] Die kleinen Betriebskrankenkassen lehnten Stäbe mit Verweis auf die geringe Größe der Gesamtorganisation ab.[788]

Das Prinzip, eine Kundenorientierung durch eine nach Kundengruppen strukturierte Konfiguration zu realisieren, wurde ebenfalls in der Tendenz unterstützt. So orientiert sich die Aufbauorganisation der meisten Kassen bereits traditionell an den Funktionen „Leistungen", „Beitragseinzug" und „Verträge". Damit ist eine Kundenorientierung insoweit strukturell berücksichtigt, als die Kunden dieser Abteilungen die Versicherten, Arbeitgeber bzw. Leistungserbringer sind.

Insgesamt kann somit der Vorschlag, eine kundenorientierte, flache Stab-Linien-Konfiguration zu realisieren, als praktikabel gelten. Zusätzlich ist die Funktion des Qualitätsmanagements institutionell zu verankern.

3.3.2.4. Institutionelle Verankerung des Qualitätsmanagements

Im Rahmen der institutionellen Verankerung des Qualitätsmanagements geht es darum, die Teilfunktionen des Qualitätsmanagements Instanzen und Stellen zuzuordnen. Die Realisierung der Qualitätsziele wird idealtypisch von allen Mitarbeitern der Kasse getragen, insbesondere jedoch von

- dem Vorstand,
- einem Steuerkreis,
- Qualitätsmanagern sowie
- Kleingruppen.

Der *Vorstand* hat Verantwortung für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Qualitätsmanagement-Strategie zu übernehmen. Er hat Strategie- und Ressourcenentscheidungen zu treffen, die Ziele festzulegen und deren Erreichung zu kontrollieren. Um die Bedeutung des Qualitätsmanagements kassenintern hervorzuheben, ist in größeren Kassen eine Vorstandsfunktion „Qualitätsmanagement" zu schaffen.

Außerdem muß für das kassenweite Qualitätsmanagement ein abteilungsübergreifender *Steuerkreis* eingerichtet werden, dessen Führung dem für das Qualitätsmanagement zuständigen Vorstandsmitglied obliegen muß. Die Zusammensetzung des Steuerkreises ist so zu bestimmen, daß eine optimale Qualitätsförderung zu erreichen ist. Dafür kann es sinnvoll sein, neben den Führungskräften der zweiten

---

[787] IKK-geschlossen-klein.

[788] BKK-geschlossen-klein; BKK-geöffnet-klein.

bzw. dritten Ebene weitere Machtpromotoren (z.B. Mitglieder des Personalrates[789]) oder Fachpromotoren, die zur Umsetzbarkeit bestimmter Vorhaben Stellung nehmen können (z.B. EDV-Spezialisten), einzubeziehen.

Ein - in größeren Kassen mehrere - *Qualitätsmanager* sind dem Vorstand als Stabsstelle(n) zuzuordnen. Dabei sollte sich die entsprechende Beratungsfunktion nicht nur auf den Vorstand, sondern auch auf den Steuerungskreis und alle anderen Organisationsmitglieder, die in Qualitätsmanagement-Aktivitäten involviert sind, beziehen.

Kleingruppen müssen eingesetzt werden, um den Einbezug der Ausführungsebenen in den Qualitätsmanagement-Prozeß zu institutionalisieren. Dabei muß der Partizipationsgrad dieser Gruppen vom Führungsstil und den Kompetenzen der Mitarbeiter abhängig gemacht werden. In jedem Fall sollten Problemlösungsgruppen, deren Arbeit überwiegend durch Führungskräfte gelenkt wird, zum Einsatz kommen. Flankierend sollten Qualitätszirkel, die weitgehend ohne unmittelbaren Einbezug von Führungskräften arbeiten, gebildet werden. Diese bedingen allerdings insbesondere hohe Selbstabstimmungsfähigkeiten im Ausführungsbereich und die ausdrückliche Unterstützung durch die Führungskräfte. Die Arbeit in den Kleingruppen sollte durch verschiedene Kreativitäts- und Visualisierungstechniken unterstützt werden. Die Koordination und damit die Integration der Kleingruppen in das kassenweite Qualitätsmanagement ist vom Steuerkreis wahrzunehmen.

Eine derartige institutionelle Verankerung wurde im Hinblick auf Qualitätsmanager sowie Kleingruppen von den befragten Experten ganz überwiegend befürwortet:

> *„Ja, da würde ich sofort zustimmen. ... Das ist etwas, das hier neu eingebaut werden muß. Also, ich sage 'mal, es sind Facetten dieser einzelnen Dinge im Entstehen, ohne daß man das vielleicht so nennt, aber es wird sicher in diese Richtung gehen. Aber es wäre tatsächlich eine Innovation, das ist klar."*[790]

> *„Kann ich komplett bejahen. ... Wünschenswert ist es, und ich würde es auch für gut halten."*[791]

Vereinzelt wurden Qualitätszirkel kritisch betrachtet:

> *„Ich sehe das Problem darin, daß sich so etwas sehr schnell totlaufen könnte. Ich habe das Problem nach dem Motto: 'Womit beschäftigt sich dann eigentlich der Qualitätszirkel fortlaufend?' Die Schwierigkeit würde ich sehen, rein prag-*

---

789 Vgl. Zink 1994, S. 35.
790 Ersatzkasse-groß-X.
791 AOK-klein.

matisch. ... Oder man hat alle Probleme aufgezeigt und ist auch dabei, diese zu lösen; man kann sich dann darüber unterhalten und sagen: 'Wie weit sind wir denn eigentlich schon gekommen? Wir sind eigentlich gut auf dem Weg. Dann gehen wir wieder schön auseinander.' Sicherlich hat das auch Sinn, unbestritten. Nur, das könnte auch schnell zu Frustrationen führen. Weil - so schnell ändert sich ja dann auch nichts. Und dann ist die Frage: Wie oft soll der Qualitätszirkel tagen? Tagt er dann zu häufig, merkt man sehr schnell, daß man im Grunde nichts erreicht, weil die Schritte so klein sind. Tagt man aber in zu großen Abständen, dann verschwimmt das Ganze wieder, dann nimmt man das gar nicht mehr wahr als zusammenhängende, fortlaufende Maßnahme. Ich habe das Problem, daß man in der Praxis das schon sehr schwer umsetzen könnte."[792]

Kleinere Kassen lehnten den Steuerkreis unter Verweis auf die geringe Kassengröße ab:

„Ich sage, das halte ich für so wichtig, ... das möchte ich gerne selber der Gruppe vortragen, damit sie weiß, was ich meine. Damit es nicht erst noch durch zwei Kanäle geht. Also, ich erzähle es dem Ressortleiter, und der erzählt es der Gruppe, dafür ist die Kasse noch klein genug, daß wir sagen: 'Paßt mal auf, Leute, jetzt holen wir Euch mal zusammen.' Und dann trage ich das selber vor, wie ich mir das vorstelle."[793]

Auch eine Vorstandsfunktion „Qualitätsmanagement" wurde von den kleinen Kassen nicht für notwendig gehalten, da dort lediglich ein Vorstand tätig sei, der somit für alle Funktionen verantwortlich zeichne. Dabei wird es für richtig und notwendig gehalten, daß der Vorstand die Qualitätsverantwortung übernehme.

Die institutionelle Verankerung des Qualitätsmanagements - wie sie in diesem Abschnitt vorgeschlagen wird - kann somit grundsätzlich als von den Experten akzeptiert und somit als praktikabel gelten. Dabei machen die kritischen Positionen zum Einsatz von Qualitätszirkeln deutlich, daß eine sorgfältige Koordination und fachliche Unterstützung der Kleingruppen sowie eine hinreichende Ausbildung der Fähigkeit, Kleingruppen zu leiten, deren Einsatz flankieren müssen. Auch der Einwand zur Sinnhaftigkeit eines Steuerkreises überzeugt nicht, denn ein Steuerkreis kann auch in kleineren Kassen als Instrument zur Integration verschiedener hierarchischer Ebenen in den Qualitätsmanagement-Prozeß dienen und zur Erhöhung der Akzeptanz getroffener Entscheidungen beitragen.

---

792 IKK-geöffnet-klein.

793 BKK-geöffnet-klein.

Neben der Gestaltung der Organisationsstruktur isteine Stärkung der Qualitätskultur notwendig.

3.3.3. Stärkung der Qualitätskultur

Eine Stärkung der Qualitätskultur ist durch „symbolische Führung" zu realisieren, wobei es darum geht, die Werte einer Qualitätskutur gegenüber den Mitarbeitern ständig zu vertreten. In diesem Zusammenhang bieten sich vier Aktionsfelder:

- Gestaltung von Artefakten,
- situativ austariertes Führungsverhalten,
- Kombination von materiellen, status- und personalentwicklungsbezogenen Anreizen sowie ein
- flexibles Arbeitszeitsystem.

3.3.3.1. Gestaltung von Artefakten

Artefakte sind als gegenständliche Symbole einer Qualitätskultur auch zu deren Gestaltung einsetzbar. Dies gilt vor allem für jene Artefakte (Objekte), in denen die Qualitätskultur besonders deutlich erkennbar ist. Diesbezügliche Beispiele sind oben in Abschnitt 3.2.3.1. benannt worden. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang auch Plakate oder Berichte in der Firmenzeitung, mit denen für die Soll-Kultur geworben werden kann. Bei diesem, unmittelbar auf die Werte der Qualitätskultur zielenden Einsatz von Artefakten ist es besonders wichtig, daß an die vorhandene Kultur angeknüpft wird. Die Differenz zwischen der zu bewerbenden Soll-Kultur und der Ist-Kultur darf nicht zu groß sein, da ansonsten die Werbung von den Mitarbeitern nicht ernst genommen wird und sie die erzielte Wirkung dann nicht entfalten kann. Grundsätzlich erscheint daher der Einbezug von Mitarbeitern bei der Artefaktgestaltung sinnvoll, weil so eine optimale Abstimmung auf die betrieblichen Erfordernisse gewährleistet werden kann.

Mit einer Artefaktgestaltung allein können jedoch noch keine Erfolge der Kulturstärkung erzielt werden. Notwendig ist, daß der Symbolgehalt enstprechender Maßnahmen von den Führungskräften erläutert wird. Dafür müssen die Führungskräfte selbst von den Werten der Soll-Kultur überzeugt sein.

In den Expertengesprächen wurden die Zweckmäßigkeit und Realisierbarkeit einer symbolischen Führung durch Artefakte übereinstimmend bestätigt, wobei der Artefaktgestaltung im Hinblick auf die Kulturentwicklung allerdings eher eine flankierende Funktion zugeschrieben wurde. In diesem Zusammenhang wurde betont, daß es

besonders wichtig sei, auf die situativen Bedingungen der Kasse einzugehen. Ein Experte erläuterte dies am Beispiel einer Plakat-Aktion:

„Ich erlebe das jetzt gerade bei einem Großbetrieb von uns. ... Die haben da Plakate nach dem Motto: 'Denke immer an unsere Qualität!' Ich lach' mich tot, ehrlich. Wenn ich da Mitarbeiter wäre, ich würde mich ja ständig fragen: 'In welchem Haufen bist Du denn hier eigentlich gelandet? Wir machen Qualitätsmanagement, jetzt hängen da überall diese Dinger.' In der Form, nicht? Auch dieser Slogan in der Primitivität und Niveaulosigkeit. Und da gebe ich Ihnen vollkommen Recht. Das muß ich ganz vorsichtig machen und darf es sogar, und das ist mein Tip an so einen Betrieb: Nicht zu lange hängen lassen!"[794]

Der Schwerpunkt der Maßnahmen - auch hierin waren die Experten weitgehend einig - müsse allerdings vor allem im Führungsverhalten liegen.

„Ich meine ... , kasseninterne Werbung für die Soll-Kultur wäre natürlich wunderbar, wenn es auch immer über die Vorgesetzten unbedingt mit 'rüberkommt; ja, damit man erkennt: 'Wir stehen dazu, aber wir beziehen Euch mit ein; wir wollen, daß wir alle dazu stehen."[795]

„Also, die Werbung, da stimme ich vollkommen mit Ihnen überein. Werbung ist für mich zum einen, wenn der Vorstand schon 'mal dahintersteht. Das ist schon 'mal eine Riesenwerbung."[796]

Auf das Aktionsfeld des Führungsverhaltens gilt es nun näher einzugehen.

3.3.3.2. Situativ austariertes Führungsverhalten

Das Führungsverhalten hat in der Praxis verschiedene Anforderungen auszutarieren. Dies wurde in Abschnitt 2.8.2.2.1. mit den „Rollendilemmata der Führung" deutlich gemacht. Im folgenden wird anhand dreier Rollenpaare aufgezeigt, wie in diesem Zusammenhang die Qualitätskultur einer Krankenkasse zielgerichtet beeinflußt werden kann. Damit soll zugleich gezeigt werden, daß es eindeutige Regeln für ein „richtiges" Führungsverhalten nicht geben kann.

Zielorientierung und Mitarbeiterorientierung

Die Zielorientierung ist von großer Bedeutung für die Stärkung der Qualitätskultur in einer Krankenkasse. Die Werte der Soll-Qualitätskultur müssen den Mitarbeitern daher nähergebracht werden, so daß sie von der Sinnhaftigkeit der Werte überzeugt

---

794 IKK-geöffnet-klein.

795 AOK-klein.

796 Ersatzkasse-klein-Y.

werden können und ihr Verhalten entsprechend ausrichten. Die Führungskräfte müssen deshalb die Soll-Qualitätskultur „vorleben". In diesem Zusammenhang ist es auch notwendig, konformes Verhalten der Mitarbeiter positiv, nonkonformes Verhalten negativ zu sanktionieren.[797]

Eine stark zielorientierte, an den Werten der Soll-Qualitätskultur ausgerichtete Führung kann allerdings auch zu einem „Kulturschock" führen. Es können Spannungen in der Kasse entstehen, wenn das über Jahre und Jahrzehnte erlernte, bisher kulturell angemessene und positiv sanktionierte Verhalten plötzlich mit negativen Sanktionen belegt wird. Solche Spannungen können demotivierend wirken und zu einer Entfremdung der Mitarbeiter von der Kasse führen. Die Stärkung der Qualitätskultur wird dadurch erschwert. Deshalb darf die Führung nicht ausschließlich von den Werten der Soll-Qualitätskultur ausgehen, sondern muß darüber hinaus an den Werthaltungen der Mitarbeiter anknüpfen.[798]

Insgesamt sind deshalb nebeneinander eine Ziel- und eine Mitarbeiterorientierung notwendig. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, das Instrument der Zielvereinbarung einzusetzen, denn dieses schafft einen organisatorischen Rahmen, um den widersprüchlichen Anforderungen gerecht werden zu können.

Emotionale Nähe und sachliche Distanz

Einfühlsamkeit gegenüber den Mitgliedern der Kasse, wie sie eine starke Dienstleistungskultur erfordert, die Wahrnehmung und Aushandlung von Qualitätsmaßstäben, die bei einer starken Kooperationskultur erfolgen, sowie Kreativität und Inspiration, die im Rahmen einer Innovationskultur von Bedeutung sind, sind eher emotionale Kategorien. Die Stärkung der Qualitätskultur muß daher auch mit einer gewissen emotionalen Nähe der Führung einhergehen. Es kommt ganz wesentlich darauf an, die Mitarbeiter mit ihren Werten und Emotionen, mit ihren Hoffnungen und Ängsten ernst zu nehmen. Dies setzt voraus, daß sich die Führungskräfte selbst als „vollständige", emotionale Menschen zeigen. „Manche Vorgesetzte verbreiten eine Aura der Unnahbarkeit und Entrücktheit, aus der alle menschlichen Schwächen, Fehler, Eigenheiten verbannt sind. Wie ihre normierte Umwelt sind sie selbst versachlicht: cool, beherrscht, distanziert, neutral".[799] Damit ist eine Veränderung von Werten im Sinne der Qualitätskultur kaum zu erreichen.

---

[797] Vgl. Hoffmann, F. 1989, S. 172.

[798] Vgl. Müri 1988, S. 83; Drumm 1989, S. 10; Müller, S./Adelt 1990, S. 240; Klages/Hippler/Haas 1991, S. 96, 107, 125 ff.; Hanselmann 1992, S. 199.

[799] Neuberger 1990, S. 92.

Andererseits ist eine sachliche Distanz notwendig, um den Anforderungen nach Gerechtigkeit und Gleichbehandlung der Mitarbeiter zu entsprechen. Sachliche Distanz fördert damit auch die Entwicklung einer Qualitätskultur, weil sie die Grundlagen der Zusammenarbeit transparent und berechenbar macht. Je berechenbarer sich das Führungsverhalten nämlich darstellt, desto geringer erscheint das Risiko, eigenverantwortlich zu handeln, denn Grenzen und Freiräume sind relativ klar erkennbar und bieten insofern einen verläßlichen Rahmen.

Die Führungskraft ist daher auch der Anforderung ausgesetzt, zwischen sachlicher Distanz und emotionaler Nähe situativ zu vermitteln.

Veränderung und Bewahrung

Die Stärkung einer Qualitätskultur bedeutet vor allem Veränderung. Zum Teil verkrustete Strukturen müssen aufgebrochen, ein kultureller Lernprozeß muß initiiert und verstärkt werden. Es ist „Aufgabe des Vorgesetzten, zu erneuern, Veränderungen auch gegen Widerstand durchzusetzen und Entwicklungen einzuleiten, die Bestehendes entwerten".[800]

Andererseits ist auch die Bewahrung von Teilen der Ist-Kultur notwendig. „Für abgestimmtes Handeln in Organisationen muß man sich aufeinander verlassen und aus der Gegenwart in die Zukunft extrapolieren können."[801] Dies bedeutet, daß handlungsbestimmende Regeln, Werte, Einstellungen und Strukturen zum Teil erhalten und verankert bleiben müssen, denn „Konstanz, Stabilität, Tradition schaffen Verhaltenssicherheit und Transparenz".[802] Bewahrung minimiert die Gefahr eines „Kulturschocks" und das Gefühl von Unüberschaubarkeit und Verunsicherung, die offenes und verdecktes Widerstandsverhalten von Organisationsmitgliedern zur Folge haben können.

Es kommt also darauf an, zwischen „Veränderung" und „Bewahrung" zu vermitteln.

Ein kulturorientiertes Führungsverhalten ist somit - wie mit den vorstehenden Ausführungen gezeigt werden konnte - dadurch gekennzeichnet, daß die Führungskraft die Werte einer Soll-Qualitätskultur in ihrem Verhalten zum Ausdruck bringt, also symbolisiert. Dies kann ganz verschiedene Verhaltensausprägungen notwendig machen, so daß konkrete Vorgaben, wie sie in der TQM-Literatur zum Teil gegeben werden, zu kurz greifen müssen. So hat die Führung grundsätzlich zugleich zielori-

---

[800] Neuberger 1990, S. 93.
[801] Staehle 1979, S. 29; Kobi 1993, S. 47.
[802] Neuberger 1990, S. 93.

entiert und mitarbeiterorientiert, emotional nah und sachlich distanziert sowie auf Veränderung und auf Bewahrung ausgerichtet zu sein.

Die befragten Experten stimmten ganz überwiegend der Aussage zu, daß ein wesentliches Moment der Kulturentwicklung in der symbolischen Führung liege und der Einbezug der Mitarbeiter in den Kulturentwicklungsprozeß notwendig sei.

„Alles andere wäre ja nur aufgesetzt."[803]

Das Wichtigste sei, daß die geforderten Verhaltensweisen auch von den Führungskräften gelebt würden:

„Das Wichtigste ist, daß man das kommuniziert als Führungskraft und daß man das lebt und daß man Vorbildfunktion hat. Es nützt nichts, wenn Sie nur ein Plakat aufhängen."[804]

„Sie sagten es ja schon. Sie müssen sehen, daß Sie da aufpassen und nicht eben einfach so rote Plakate da 'ranmachen oder sonst irgend etwas, sondern in Einzelgesprächen muß diese Überzeugungsarbeit geleistet werden. Und Sie dürfen dabei nicht unterschätzen, daß das ein unheimlicher Zeitfaktor ist. ... - qualitätsorientierter Führungsstil."[805]

„Genau. Da machen wir unsere Führungskräfte auch fit. Daß die eben in Ergebnissen und Qualität auch denken können und das eben auch praktizieren tagtäglich."[806]

Der Vorschlag eines situativ austarierten, qualitätskulturorientierten Führungsverhaltens kann somit als praktikabel gelten.

3.3.3.3. Kombination materieller, status- und personalentwicklungsbezogener Anreize

Ein qualitätskulturorientiertes, krankenkassenspezifisches Anreizsystem sollte einige materielle, status- und personalentwicklungsbezogene Anreize kombinieren. Dabei erscheint eine Kombination von Qualitätsprämien, erfolgsabhängigen Gehaltserhöhungen, organisationsöffentlicher Anerkennung sowie der Aussicht auf eine Beförderung angemessen.

Die persönliche bzw. organisationsöffentliche Anerkennung, die zum Beispiel in Form eines Lobes durch einen Vorgesetzten oder durch Würdigung einer Leistung

---

803 BKK-geöffnet-klein.
804 BKK-geöffnet-groß.
805 IKK-geschlossen-groß.
806 AOK-groß.

durch Aushang am Schwarzen Brett oder in einem Artikel der Betriebszeitung erfolgen kann, ist sehr genau auf die erbrachte Leistung abzustimmen, denn die Belohnungen und die Leistungen sind immaterieller Art. Auch kann genau begründet werden, warum eine Leistung entsprechend anerkannt wird. Dies bietet zusätzliche Möglichkeiten, die Soll-Qualitätskultur zu kommunizieren, die Realisierbarkeit der Soll-Kultur zu demonstrieren und den Willen des Managements zur Stärkung der Qualitätskultur zu bekräftigen. Die persönliche Anerkennung sollte deshalb den Kern des Anreizsystems ausmachen.

Von den materiellen und den status- sowie den personalentwicklungsbezogenen Anreizen sind die erfolgsabhängige Gehaltserhöhung sowie die Aussicht auf eine Beförderung eher für kontinuierlich erbrachte - also nicht an ein einziges Ereignis gebundene - Leistungen einzusetzen. Da Verdienste um die Stärkung einer Qualitätskultur vor allem als dauerhafte Leistungen denkbar sind, sind solche ebenfalls langfristig orientierten Anreize von besonderer Relevanz.

Qualitätsprämien sind demgegenüber eher kurzfristig orientiert und können eher im Hinblick auf abgrenzbare Leistungen, wie ein Vorschlag zur Verbesserung der Dienstleistungsqualität, eingesetzt werden.[807] Sie sind außerdem gut mit der organisationsöffentlichen Anerkennung zu kombinieren. So könnten die Mitarbeiter einer Geschäftsstelle, denen nach einer Kundenbefragung eine hervorragende Dienstleistung bescheinigt wird, kollektiv einen Zuschuß zur Weihnachtsfeier erhalten, gleichzeitig den Titel „Beste Geschäftsstelle des Jahres" erhalten und als solche in der Mitarbeiterzeitschrift gewürdigt werden, wobei die Gründe für die Belohnung ausführlich zu erläutern wären. Das Problem des materiellen Anreizes, daß der Zuschuß zur Weihnachtsfeier unter Umständen nicht als adäquater Lohn für die besondere Leistung empfunden wird, tritt mit der dominanten immateriellen Anerkennung in den Hintergrund. Gleichzeitig werden auch jene Mitarbeiter erreicht, die ausschließlich materielle Anerkennungen zu würdigen bereit sind.

Insgesamt kann die Qualitätskultur durch einen kombinierten und abgestimmten Einsatz von materiellen, status- und personalentwicklungsbezogenen Anreizen gefördert werden. Dabei kommt es - im Sinne einer symbolischen Führung - darauf an, jeweils den Zusammenhang zwischen Anreiz bzw. Belohnung und den Werten der Qualitätskultur deutlich zu machen, damit das Anreizsystem zur Stärkung der Qualitätskultur beizutragen vermag.

Aus Sicht der befragten Experten sind allerdings nicht alle der vorgeschlagenen Anreize in Krankenkassen gleichermaßen praktikabel. Schwierigkeiten wurden im Zu-

sammenhang mit materiellen Anreizen, die aufgrund geltender Rechtsnormen bestehen, herausgestellt:

„Sie haben ja wenig Möglichkeiten angesichts der strengen Aufsicht, der wir hier unterzogen sind. ... Also, wir haben in den letzten beiden Jahren einen Wettbewerb gehabt: 'Mitarbeiter werben Mitglieder'. Da haben wir beispielsweise vier Stunden freigegeben. Das ist uns von der Aufsicht untersagt worden, weil die vier Stunden über dem entsprechenden Wert lagen, der hierfür zur Verfügung gestellt wird. Das mußten wir dann wieder einstellen."[808]

Möglich und zum Teil bereits umgesetzt sei eine Anreizgestaltung im Rahmen des Betrieblichen Vorschlagswesens.[809] Die meisten Experten betonten allerdings die hohe Bedeutung immaterieller Anreize - auch im Zusammenhang mit dem Betrieblichen Vorschlagswesen:

„Was (bei einer Mitarbeiterbefragung) klar 'rausgekommen ist, ist daß der weit überwiegende Teil der Mitarbeiter keine Vorschläge macht, um die Prämie zu bekommen, sondern, weil sie glauben, sie machen einen guten Vorschlag. ... Also, der größte Schub ist gekommen, als wir begonnen haben, den Leuten ernsthafte Briefe zu schreiben. Den Leuten versucht haben, wirklich nachvollziehbar zu erklären, warum es nicht geht. Da bekommt jeder einen individuellen Brief. Das zweite war, daß wir natürlich auch sehr viel in der Hauspost geschrieben haben. In jeder Hauspost ist ein Vorschlagswesen drin, immer. Und wenn es nur ein Bericht ist."[810]

„Die persönliche Anerkennung ist ein ganz zentraler und wichtiger Punkt, auf den wir in unseren Schulungen immer wieder hinweisen und auf den der Vorstand dann ab und zu hingewiesen werden muß, daß man das nicht zu kurz kommen läßt. Man kriegt häufig nur Kontakt mit den Mitarbeitern, wenn irgend etwas schiefgelaufen ist. Wenn etwas gut gelaufen ist, dann nimmt man das häufig als Selbstverständlichkeit hin und müßte eigentlich stärker darauf reagieren - im Sinne von Loben und Anerkennen."[811]

„Ich denke auch 'mal, ein Unternehmen kann nicht gut sein, wenn die Mitarbeiter ausschließlich darauf aus sind, materielle Anreize in Anspruch nehmen zu wollen. Unternehmenskultur ist mehr, nicht?"[812]

Kaum Akzeptanz finden allerdings Anreize wie „Der Mitarbeiter des Monats":

---

807 Vgl. Ortlieb 1993, S. 101 ff.
808 Ersatzkasse-klein-Z.
809 Z.B. AOK-klein; Ersatzkasse-groß-Q; Ersatzkasse-klein-Y.
810 Ersatzkasse-klein-Y.
811 BKK-geöffnet-groß.
812 IKK-geöffnet-groß.

„Wir haben hier bei uns darüber gesprochen - über diesen 'Mitarbeiter des Monats' -, und da haben sie gesagt: 'Wollen wir nicht. Halten wir nichts davon.' ... Wir haben das nicht mit allen besprochen, wir haben das im kleineren Führungskreis 'mal besprochen."[813]

„Das ist ja wie bei Mc Donald's. Das ist ja furchtbar. Ich habe es erlebt, ich habe es selber mal gemacht, da war ich noch in X-Stadt tätig. Das war ganz drollig. Da habe ich dann den 'Mitarbeiter des Jahres' gesucht, für die Y-Kasse in meinem Bereich, für den ich zuständig war in X-Stadt. Ich wußte schon, daß das peinlich wird. Aber ich habe im Stillen gedacht: Mach' es nicht peinlich, bring' es relativ locker 'rüber!' Habe als Anreiz dann eine große Flasche Champagner ausgegeben. - Da fahren die nicht drauf ab, und zwar deswegen, weil denen das peinlich wäre vor den Kollegen - als 'Mitarbeiter des Jahres'. Das hat 'was mit Arschkriecher zu tun. Das kommt überhaupt nicht an."[814]

Akzeptiert wird demgegenüber ein offenes Ranking von Organisationseinheiten auf Basis von Daten über die Mitgliederzufriedenheit und Mitgliederentwicklung. Der Titel „Geschäftsstelle des Monats" wird wiederum abgelehnt:

„Genau, einfach nur das Ergebnis 'rausgeben. Als ich noch Geschäftsstellenleiter war, habe ich das genauso gemacht. Wenn die Ergebnisse herauskamen für die Geschäftsstellen - es war insbesondere dann bezogen auf Mitgliedergewinnung -, da waren die einfach geil drauf. Da wurde nichts zu gesagt. Die wurden kommentarlos verteilt immer. Jeder bekam die am Ende des Monats, das war ja eben der Witz. Da wurde geguckt, 'wie stehst Du, ok im Ranking an erster Stelle. Dann hast Du die Pole-Position'. ... Wenn wir die Pole-Position hatten als Geschäftsstelle, dann habe ich die Ergebnisse verteilt, habe denen auf die Schultern gehauen, habe ein Eis ausgegeben und habe gesagt: 'Kinders, wir haben die Pole-Position, die müssen wir jetzt verteidigen. Das ist so entscheidend. Da brauchen Sie nicht zu sagen, wir sind die 'Geschäftsstelle des Monats'. ... Wenn Du Letzter bist, dann willst Du nicht Letzter sein, dann willst Du die anderen überholen. Und wenn Du Erster bist, willst Du die Position halten. Es ist egal, an welcher Position Sie stehen. So motiviert man. Also: Transparenz schaffen, Informationen herausgeben. Das andere macht es schon ganz allein."[815]

Eine andere Kasse hob die motivierende Funktion personalentwicklungsbezogener Anreize hervor. Auch hier wurde ein eher implizites Anreizsystem unterstellt:

---

[813] IKK-geöffnet-groß.

[814] IKK-geöffnet-klein. Die Begriffe „X-Stadt" und „Y-Kasse" sind Verfremdungen, die der Anonymisierung des Experten dienen.

[815] IKK-geöffnet-klein.

„Also, ... wer diese Dinge (Werte der Qualitätskultur) repräsentiert, hat natürlich ein positives Image und entwickelt sich positiv. Wer diese Dinge lebt oder diese Dinge antizipiert, der ist natürlich auf der Erfolgsspur. Insofern merken die Mitarbeiter, daß das von uns als positiv empfunden wird und daß da ein positives Ergebnis herauskommt, mit der Chance der persönlichen Entwicklung. Denn die, die sich profilieren, heben den Kopf aus der Furche im Sinne von 'der Förderung würdig'. ... Und natürlich gucken wir bei Bewerbern auch darauf, ob sie das leben, was wir als Ziele verstehen. Also: eine Positiv-Auswahl in Richtung der Qualitätskultur, der Organisationskultur, die wir hier verändern wollen."[816]

Im Ergebnis kann festgehalten werden, daß eine Kombination von unterschiedlichen Anreizen zur Kulturentwickung auch von den befragten Experten befürwortet wird. Insbesondere die hohe Bedeutung immaterieller Anreize wird bestätigt. Allerdings wird die explizite Würdigung (wie „Mitarbeiter des Monats") abgelehnt. Dies verweist auf die Notwendigkeit, gerade auch das Anreizsystem auf die spezifischen Bedingungen der einzelnen Kasse abzustimmen und zur vorhandenen Kultur in bezug zu setzen.

3.3.3.4. Flexibles Arbeitszeitsystem

Unter dem Blickwinkel der Qualitätskulturentwicklung ist es notwendig, bei der Konstruktion des Arbeitszeitsystems einerseits die Bedürfnisse der Mitarbeiter und andererseits die Erfordernisse einer Soll-Qualitätskultur zu berücksichtigen. Dazu muß grundsätzlich von einem an einer „Normalarbeitszeit" orientierten Modell, bei dem Lage und Dauer der Arbeitszeit ausschließlich unternehmensseitig festgelegt sind, abgerückt werden.

Mit der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Mitarbeiter wird dem Interesse nach Zeitsouveränität Rechnung getragen. So wird der individuelle Nutzen der Nicht-Arbeitszeit erhöht, da private Vorhaben besser mit der Arbeitszeit kombiniert werden können.[817] Entspricht das Ausmaß der gewährten Zeitsouveränität weitgehend den Bedürfnissen der Mitarbeiter, so wirkt dies günstig auf die Identifikation mit der Kasse und ihren Zielen. Auf diese Weise wird tendenziell die Bereitschaft gefördert, sich ohne konkrete Vorgaben für die Zufriedenstellung der Kunden (Dienstleistungskultur), für eine reibungslose interne Zusammenarbeit (Kooperationskultur) und für Innovationen (Innovationskultur) einzusetzen.

Die Soll-Qualitätskultur erfordert es zudem, daß die Kasse für die Kunden nach deren Maßstäben optimal erreichbar ist. Es müssen Öffnungs- bzw. Sprechzeiten rea-

---

[816] BKK-geschlossen-groß.

[817] Vgl. Schuh/Schultes-Jaskolla/Stitzel 1987, S. 106.

lisiert werden, die an den Bedürfnissen der Kunden ausgerichtet sind. So entstehen Betriebszeiten, die eine „normale" tägliche Arbeitszeit übersteigen und eine Flexibilisierung der Arbeitszeit erforderlich machen. Auch Abteilungen, die in keinem unmittelbaren Kundenkontakt stehen, sind der Anforderung einer umfassenden Erreichbarkeit ausgesetzt, da sie unter Umständen als Ansprechpartner für Kundenkontaktpersonen zu Verfügung stehen müssen.

Mit flexiblen Arbeitszeiten läßt sich zudem die Eigenständigkeit der Mitarbeiter positiv beeinflussen, denn je mehr Dispositionschancen ein Arbeitszeitmodell beinhaltet, desto höher sind die Anforderungen an eine selbständige und verantwortungsbewußte Einteilung und Durchführung der Aufgaben und an eine Koordination durch Selbstabstimmung.

Für ein qualitätskulturorientiertes Arbeitszeitsystem müssen daher die Interessenlagen der Kasse und der Mitarbeiter gleichermaßen berücksichtigt werden, wobei verschiedene Modelle miteinander zu kombinieren sind. Grundsätzlich geeignet erscheinen die Halbtagsarbeit und die gleitende Arbeitszeit mit Kernarbeitszeit, die bereits - wie in Abschnitt 2.8.2.2.4. erwähnt - zu den Standardmodellen in Krankenkassen gehören. Geeignet erscheinen darüber hinaus auch die gleitende Arbeitszeit ohne Kernarbeitszeit, die freie Arbeitszeit, der Jahresarbeitsvertrag, das Sabattical und das Job Sharing, da sie eine weitergehende Flexibilisierung unter Beachtung beider Interessenlagen ermöglichen. Für eine betriebs- und abteilungsspezifische Kombination der Modelle ist es sinnvoll, neben dem Personalrat auch die betroffenen Mitarbeiter unmittelbar an der Konzeptionalisierung zu beteiligen, damit eine adäquate Berücksichtigung der Mitarbeiterbedürfnisse erfolgen kann.

Die Forderung nach einer Flexibilisierung der Arbeitszeit wurde von den befragten Experten übereinstimmend geteilt. Auch haben bereits einige Kassen ihr Arbeitszeitsystem in den letzten Jahren weiter flexibilisiert. So hat insbesondere die Gleitzeit ohne Kernarbeitszeit an Bedeutung gewonnen:

„Wir haben die Kernzeiten völlig abgeschafft. Wir haben die Möglichkeit eingeführt, Gleittage zu nehmen. Wir hatten früher ein recht veraltetes System. Man durfte zum Beispiel nur 10 Stunden in den nächsten Monat übertragen. Jetzt kann man insgesamt 100 Stunden sammeln. Und die Führungskräfte haben natürlich auch bei allen Flexibilisierungen mehr Verantwortung: Die Servicebereitschaft müssen sie selbst sicherstellen. Das heißt, sie müssen selbst dafür sorgen, daß genügend Mitarbeiter zu den Servicezeiten da sind. Man kann also mittags kommen und bis 20.00 Uhr bleiben oder morgens um 9.00 Uhr kommen und dann um 12.00 Uhr drei Stunden Pause machen und nachmittags

dann bis in den späten Abend arbeiten. Also, es ist völlig freigestellt. Keine Kernzeit mehr."[818]

Schwierigkeiten im Hinblick auf eine entsprechende Flexibilisierung werden vor allem von kleineren Kassen gesehen. So wendete der Experte einer kleineren Ersatzkasse ein, daß einer weiteren Flexibilisierung tarifliche Vereinbarungen entgegenstünden.[819] Ein anderer Experte hob Schwierigkeiten im Hinblick auf die Sicherstellung der Erreichbarkeit hervor:

„Die Funktionseinheiten müssen sicherstellen, daß die Funktion aufrechterhalten wird, was dazu führt, daß im Grunde relativ wenig Leute überhaupt gleiten können, weil es keine großen Abteilungen gibt. Wenn Sie eine Geschäftsstelle mit vier Leuten haben, dann wird es ein bißchen heftig. Die müssen dann auch noch die Öffnungszeiten 8,5 Std. sichern. Das ist nicht so leicht."[820]

Mit diesen beiden Einschränkungen wird eine weitergehende Flexibilisierung für umsetzbar gehalten. Dabei wird jedoch der Zusammenhang zu den Anforderungen eines Qualitätsmanagements nicht von allen Experten gesehen:

„Es gibt bei uns schon andere Formen von Arbeitszeit. Es gibt zum Beispiel ein Arbeitszeitkonto, mit dem man sich flexibel Zeit ansparen kann. Wir sind über die klassische Gleitzeit ein Stück hinaus. Aber ich würde nicht sagen, daß dies eine zwingende Säule innerhalb der Einführung eines Qualitätsmanagements ist, sondern dies ist ein Stückchen Mitarbeiterkultur überhaupt. ... Ich würde sagen, es ist allenfalls ein mittelbarer Teil eines solchen Systems. ... Sonst kann man den Qualitätsbegriff ganz groß machen und sagen, es ist alles Qualität: Qualität der Führung, Qualität der Arbeitszeit und dergleichen. Und das würde ich lieber nicht wollen."[821]

3.3.4. Schließung der Kompetenzlücke

Die Maßnahmen der Personalentwicklung, die zur Schließung der Kompetenzlücke eingesetzt werden, müssen möglichst genau auf vorhandene Defizite zugeschnitten werden.[822] Dafür ist zunächst die Kompetenzlücke im Rahmen des Qualitätscon-

---

818 AOK-groß.

819 Ersatzkasse-klein-Z.

820 IKK-geschlossen-klein.

821 Ersatzkasse-groß-Q; ähnlich AOK-klein.

822 „An die Stelle eines überwiegend 'nachfragerorientierten' Fortbildungsmodells muß Fortbildung als strategisches Instrument gesehen und genutzt werden, das zur gezielten Förderung wie zur Behebung von erkannten Defiziten bei bestimmten Beschäftigten(gruppen) eingesetzt werden kann." Kühnlein/Wohlfahrt 1994, S. 94.

trolling zu bestimmen. Danach sind Seminare, Einzel- und Gruppencoaching, Anleitung durch den Vorgesetzten sowie die Strategieberatung angemessen einzusetzen und entsprechend miteinander zu kombinieren. Ziel der folgenden Ausführungen ist es, eine adäquate Kombination vorzuschlagen.

3.3.4.1. Kompetenztransfer durch Seminare

Führungskräfte und Spezialisten der Qualitätsförderung können in Seminaren Qualitätsmanagement-Wissen, insbesondere Grundlagen der empirischen Sozialforschung, der Organisationsgestaltung und der Qualitätskulturentwicklung erlernen. Mit diesem Instrument der Personalentwicklung können zudem die Kompetenzen von Spezialisten der Qualitätsförderung, Sachverhalte zu vermitteln und Verhandlungen zu führen, ausgebaut werden.

Seminare sind außerdem sinnvoll für nichtleitende Mitarbeiter: Geschult werden kann Fachwissen, das mit dem Abbau der Spezialisierung an Bedeutung gewinnt. Außerdem können so Interaktionskompetenzen trainiert und die Moderation von Kleingruppen sowie das Präsentieren von Arbeitsergebnissen gelernt werden.

Diese Zuordnung wurde in den Expertengesprächen grundsätzlich für sinnvoll gehalten. Lediglich ein Experte machte den Einwand geltend, daß es nicht sinnvoll sei, Führungskräften Kenntnisse von der empirischen Sozialforschung zu vermitteln. Dieses Wissen, das für die Entwicklung von Befragungskonzeptionen sowie für die Interpretation gewonnener Ergebnisse notwendig sei, könnte kassenintern durch einen entsprechend ausgebildeten Spezialisten vorgehalten werden.[823]

3.3.4.2. Training von Führungskompetenzen durch Einzel-Coaching

Einzel-Coaching sollte zum Training der zentralen sozialen und konzeptionellen Kompetenzen der Führungskräfte eingesetzt werden: kooperativ führen, widersprüchliche Rollen austarieren, delegieren, Strategien entwickeln und umsetzen. Seminare sind für eine entsprechende Kompetenzentwicklung kaum geeignet, da es oft schwierig ist, die in einer „Laborsituation" erlernten Kompetenzen unter den spezifischen Bedingungen des Arbeitsplatzes umzusetzen.

Der Erfolg von Coaching ist an einige Voraussetzungen geknüpft. So ist es wichtig, daß die Führungskraft selbst die Notwendigkeit einer Beratung sieht und die Maßnahme freiwillig in Anspruch nimmt. Außerdem sind ein Vertrauen zum Coaching-Berater sowie dessen vertraulicher Umgang mit allen Informationen notwendig.[824]

---

[823] Ersatzkasse-klein-Y.

[824] Vgl. Kuhlmann 1989, S. 596; Mentzel 1994, S. 157 f.

Coaching erscheint in diesem Zusammenhang vor allem als externe Beratung sinnvoll, da Führungskräfte - insbesondere solche höherer Ebenen - eine interne Beratung aufgrund der hierarchischen Einbindung eines internen Beraters, die dessen Unabhängigkeit beeinflussen kann, kaum akzeptieren.[825] Persönlich geprägte Themen, in denen auch eigene Schwächen deutlich werden, Konflikte auf oberen Führungsebenen oder komplizierte soziale Beziehungen im Arbeitsfeld lassen sich besser mit einem externen Coaching-Berater reflektieren.[826]

Das Einzel-Coaching wird von den Experten einiger kleinerer Kassen zurückhaltend beurteilt. Zum einen, weil keinerlei Erfahrungen mit diesem Instrument vorliegen,[827] zum anderen, weil eine derartige Unterstützungsmaßnahme eher als „Brüskierung" gesehen wird:

„Ich finde es ein wichtiges Instrument - gerade im Führungsbereich, weil ja so viel von den Führungskräften abhängt. ... Ich habe das Problem, daß ich denjenigen unter Umständen damit bloßstelle. Nach dem Motto: 'Guck' 'mal an, der braucht einen Coach'. ... Ich brüskiere denjenigen vor sich selbst und vor den Mitarbeitern. Und da sehe ich das große Problem des Coaching. Und deswegen würde ich letztendlich dieser Maßnahme doch nicht nähertreten, obwohl das vom Grundsatz her Spitze ist."[828]

„Es sieht gerade so aus, als ob jetzt dieser eine es besonders nötig hätte - also, das ist meine persönlich Einschätzung."[829]

Außerdem werden Zeit- und Kostengründe geltend gemacht:

„Das wäre mit Sicherheit eine gute Sache. Aber das ist natürlich auch ziemlich kostenintensiv und auch relativ zeitintensiv. Das darf man nicht vernachlässigen."[830]

„Einzel-Coaching würde ich für viel zu aufwendig halten. Ich weiß auch nicht, ob das finanziell und zeitlich überhaupt machbar ist."[831]

---

825 Vgl. Böning 1994, S. 177.
826 Vgl. Böning 1994, S. 184; Mentzel 1994, S. 158.
827 Z.B. Ersatzkasse-klein-Y; Ersatzkasse-klein-Z.
828 IKK-geöffnet-klein.
829 Ersatzkasse-klein-Y.
830 IKK-geschlossen-klein.
831 Ersatzkasse-klein-Y.

Einige größere Kassen hatten demgegenüber bereits Erfahrungen mit dem Einzel-Coaching gesammelt und hielten das Instrument gerade zur Ausbildung sozialer Kompetenzen im Führungsbereich für geeignet:[832]

„Wir lassen unsere Führungskräfte durch Einzel-Coaching-Maßnahmen laufen. Also, unsere Regionaldirektoren haben jetzt gerade Einzel-Coaching wieder hinter sich. ... Wir haben es jetzt das zweite Mal gemacht, und wir wollen das eigentlich zum regelmäßigen Instrumentarium machen."[833]

Das Instrument werde auch von den Teilnehmern geschätzt:

„Sehr positiv, weil man auch im Rahmen dieses Einzel-Coaching natürlich bestimmte Probleme ansprechen kann, auch als Führungskraft, die man sonst nirgendwo ansprechen kann und wo man sagen kann, 'ok, jetzt kann ich mal meiner Seele Luft machen und bekomme auch noch Tips und Hinweise: Wie kann ich damit umgehen und welche Veränderungsprozesse kann ich dann veranlassen?' Da haben wir sehr positive Erfahrungen gemacht."[834]

Einzel-Coaching werde insbesondere nicht als „Brüskierung" gewertet:

„Wenn man das gut macht und derjenige das Gefühl hat, daß es ihm hilft, dann ist es ein hervorragendes Instrument, um jemanden auf für ihn verdauliche Weise in die Zukunft zu führen. Also, indem man ihn nicht bloßstellt in der Truppe, sondern indem man ihm sehr sanftmütig deutlich macht: 'Hier sind Deine Defizite, ich stärke Deine Stärken, ich schwäche Deine Schwächen'. Das geht. Das haben wir auch schon praktiziert. Ist aber teuer, muß man furchtbar viel Geld für ausgeben."[835]

Einer der Experten berichtete von eigenen Erfahrungen:

„Ich war vorher sehr skeptisch, bin aber angenehm überrascht von den Ergebnissen, die ich mir gar nicht habe vorstellen können. Das hängt sicher auch von der Qualität des Coach ab - und von der eigenen Bereitschaft des Gecoachten, sich zu öffnen. Und das hat in meinem Fall gute Ergebnisse, gute, positive Früchte gebracht. Den Spiegel, den man vorgehalten bekommt, und das Gespräch darüber - wie man Änderungen, die Definition des Änderungsbedarfs --. Und dann auch die konkreten Schritte. Also positiv."[836]

Somit kann das Einzel-Coaching - trotz einzelner Einwände - als geeignetes Instrument zur Entwicklung von Führungskompetenzen in Krankenkassen gelten.

---

832 AOK-groß; Ersatzkasse-groß-Q; IKK-geöffnet-groß; BKK-geöffnet-groß.
833 IKK-geschlossen-groß.
834 IKK-geschlossen-groß.
835 Ersatzkasse-groß-Q.
836 BKK-geschlossen-groß.

3.3.4.3. Training sozialer Kompetenzen durch Gruppen-Coaching

Im Rahmen des Qualitätsmanagements kann das Gruppen-Coaching eingesetzt werden, um - im sozialen Kontext der Führungssituation - Führungskompetenzen zu entwickeln. Dabei gehört es zu den Stärken der Maßnahme, daß situative Bedingungen unmittelbar berücksichtigt werden können. In Führungsseminaren ist gerade dies kaum möglich.

Gruppen-Coaching sollte darüber hinaus zum Einsatz kommen, um die Moderations- und Präsentationskompetenzen von nichtleitenden Mitarbeitern zu erhöhen. Dafür muß der Coach fallweise an Kleingruppen- bzw. Qualitätszirkel-Sitzungen teilnehmen und die Präsentation von Gruppenergebnissen begleiten.

Die meisten der befragten Experten gaben an, daß ihre Kasse bereits über Erfahrungen mit dem Gruppen-Coaching, das teilweise als Workshop im Zuge organisatorischer Veränderungen eingesetzt würde, verfüge. Dabei wurde übereinstimmend von positiven Erfahrungen berichtet:

> *„Ja, auf jeden Fall. Das Feedback der Teilnehmer ist positiv, aber auch nach den Trainings ist das nicht so der Seminareffekt - 'war ja ganz nett' und so -, sondern eher der Effekt 'ich kann etwas mitnehmen, ich kann etwas umsetzen'. Es ist auch sehr praxisorientiert gewesen."*[837]

> *„Wir haben also im vorigen Jahr damit begonnen, ein Gruppen-Coaching mit Vorstand und Regionaldirektoren zu machen, wo wir dann alle zusammensitzen und wo wir dann auch unsere Probleme besprechen, die jetzt nicht auf der Arbeitsebene liegen, sondern die jetzt auf der persönlichen Ebene liegen oder wo sich einer benachteiligt fühlt oder wie auch immer. Da haben wir sehr positive Erfahrungen gemacht. Und wir wollen das jetzt auch als ständiges Instrumentarium einführen."*[838]

Das Gruppen-Coaching kann damit als praktikables Instrument zur Entwicklung von Führungskompetenzen und zur Ausbildung sozialer Kompetenzen in nichtleitenden Bereichen gelten.

3.3.4.4. Kompetenztransfer durch Vorgesetzte

Mit einer Anleitung durch Vorgesetzte kann grundsätzlich in allen Fällen ein Kompetenztransfer stattfinden, in denen der Vorgesetzte über einen Kompetenzvorsprung verfügt. Sinnvoll erscheint eine entsprechende Anleitung im Hinblick auf Führungskompetenzen. Außerdem können nichtleitenden Mitarbeitern so Fachwis-

---

[837] AOK-groß.

[838] IKK-geschlossen-groß.

sen sowie Interaktionskompetenzen vermittelt werden. Da eine persönliche Anleitung mit einem wesentlichen Zeitbedarf verbunden sein kann, ist das Instrument allerdings vor allem flankierend zum Einsatz zu bringen.

Die befragten Experten befürworteten übereinstimmend eine Anleitung durch den Vorgesetzten in der vorgeschlagenen Form. Vielfach wurde betont, daß die Anleitung bereits traditionell zu den wesentlichen Personalentwicklungsinstrumenten gehöre.

3.3.4.5. Kompetenztransfer durch Unternehmensberater

Vor allem zu Beginn von Qualitätsmanagement-Aktivitäten müssen die Führungskräfte, insbesondere die Mitglieder des Vorstandes sowie die Mitglieder des Steuerkreises, über Qualitätsmanagement-Wissen verfügen und in der Lage sein, eine adäquate Strategie zu entwickeln und diese umzusetzen. Der für Krankenkassen zum Teil hohe Neuigkeitsgrad notwendiger Veränderungen macht die Hinzuziehung einer Unternehmensberatung sinnvoll.[839]

Der Einsatz von Unternehmensberatern wurde in diesem Zusammenhang von den meisten Experten für richtig gehalten. Vor allem größere Kassen verfügen bereits über entsprechende Erfahrungen - wenn auch, mit einer Ausnahme[840], nicht im Hinblick auf ein Qualitätsmanagement. Kleinere Kassen haben demgegenüber bislang kaum Berater engagiert. Auch halten sie dies für weniger notwendig:

> *„Wir sind bis zum heutigen Tage stolz darauf, daß wir die Dinge also wirklich eigenständig gelöst haben - ob nun zur vollsten Zufriedenheit, lasse ich 'mal außen vor."*[841]

Die größeren Kassen sammelten zum Teil positive Erfahrungen mit dem Beratereinsatz:

> *„Wir hatten die Firma X*[842] *für ein paar Monate hier, zu Anfang der Sanierungsphase. Und die haben wirklich eine Katalysatorwirkung gehabt. Die sind nicht selbst drin aufgegangen in dem Prozeß, konnten sich nachher auch wieder subjektiv lösen. Es war auch eine kurze Phase, daß sie wirklich nur den Input gegeben haben und dann eben wieder verabschiedet worden sind. ... Das ist ja auch vernünftig, daß man sich dann verabschiedet und sagt, 'das war's', bevor*

---

839 Vgl. Meyer 1993, S. 35.

840 AOK-groß.

841 AOK-klein.

842 X steht hier für den Namen der Beratungsgesellschaft, der zur Wahrung der Anonymität der Kasse nicht genannt werden soll.

man dann 100.000 DM bezahlt für Dinge, die man eigentlich so viel besser selbst weiterentwickeln kann."[843]

Der Experte einer Kasse, die eine Unterstützung durch Berater im Hinblick auf ein Qualitätsmanagement lediglich im Sinne eines Gedanken- und Erfahrungsaustausches in Anspruch genommen hatte, erläuterte, warum es sinnvoll sein könne, Berater auch für die Ausarbeitung und Implementierung eines Qualitätsmanagement-Konzeptes einzusetzen:

„Da könnte es verschiedene Motive geben. Eines könnte sein, daß der Externe mehr Erfahrung hat und weiß, wovon er redet, weil er es schon dreimal gemacht hat, schon dreimal Widerstände gehabt hat und Lösungen dafür, wie man diese Widerstände überwindet. Also, er hat ein höheres Know-how. Punkt zwei: 'Der Prophet im eigenen Lande', dieses Stichwort, daß jemand von außen imstande ist, Dinge einfach besser zu kommunizieren, auch nicht eingebunden ist in bestehende Rücksichtnahmen. Für mich ist allerdings der Schlüssel zum Erfolg, daß der Unternehmensberater zumindest zum Teil die Umsetzung begleitet und nicht hängen bleibt auf der Absolutionsebene des Handbuchs und sagt: 'So müssen Sie es machen', sondern dann auch sagt: 'Jetzt gehe ich mit Euch das Thema durch, ich mache mit Euch zusammen die Workshops, ich gehe mit Euch die Handbücher durch. Wir machen die Trainings, wir holen auch die Mitarbeiter ab, wir machen die Kundenbefragung."[844]

Hier wird deutlich, daß eine Beratung vor allem dann als sinnvoll angesehen wird, wenn im Rahmen der Strategieentwicklung ein intensiver Rückkopplungsprozeß mit der Kasse stattfindet und auch die Umsetzung der Strategie begleitet wird. Diese Aspekte wurden auch von anderen Experten hervorgehoben und teilweise durch eigene Erfahrungen bestätigt:

„Manchmal helfen Ihnen zwar die Ideen, die Unternehmensberatungen haben, nur es hapert dann häufig an der begleitenden Umsetzung. Die Unternehmensberatungen müssen dann an der Umsetzung mit beteiligt werden, damit die auch erkennen, wo sie möglicherweise schief liegen oder wo manche Dinge einfach nicht umsetzbar sind. Ansonsten - so Konzepte entwickeln, das kann ich auch hervorragend, wenn ich sie nicht umsetzen muß."[845]

„Wir haben vor zwei Jahren angefangen, Kommunikationstraining bei uns im Hause durchzuführen. ... Wir haben uns einen externen Berater geholt und haben dem gesagt: 'Wir wollen bei uns mit Bordmitteln Kommunikationstraining durchführen und wollen von Dir wissen, wie wir das Konzept schnell machen

---

[843] AOK-groß.

[844] Ersatzkasse-groß-Q.

[845] BKK-geöffnet-groß.

können.' Da hat er uns gesagt: 'Ihr braucht dazu 22 Kommunikationstrainer. Die bilde ich Euch aus.' ... Wir haben jetzt 22 Mitarbeiter bei uns im Hause, die als Kommunikationstrainer in dem Sinne ausgebildet sind, und jeder Mitarbeiter nimmt zweimal im Jahr, das sind immer Vierergruppen, an so einem Kommunikationstraining teil."[846]

Neben positiven wurde allerdings auch von negativen Erfahrungen berichtet:

„Also externe Berater, da haben wir im vergangen Jahr vier gehabt in vier Bereichen. Wir haben zwei Mißerfolge dabei gehabt, wo wir gesagt haben: 'Also das hätten wir uns vollkommen sparen können'."[847]

Als Hauptproblem wurde in diesem Zusammenhang benannt, daß sich einige Berater nicht hinreichend auf die spezifischen Bedingungen von Krankenkassen hätten einstellen können:

„Da muß man sehr aufpassen. Es gibt auch sehr viele schwarze Schafe auf dem Markt. Was wird einem alles angeboten. Jeden Tag ist hier ein Angebot auf dem Tisch. 'Wir führen ihr Qualitätsmanagement ein, Sie sagen Hüh, ich sage Hott, und Sie haben eine ISO-Zertifizierung.' Und das ist dann Qualitätsmanagement. Also, hier haben viele Leute gesessen, die mir, wie soll ich sagen, heiße Luft in Flaschen verkaufen wollten. Da wird viel gemacht. Der Markt ist voll von Gurus, ganz voll."[848]

Insgesamt kann somit davon ausgegangen werden, daß der Einsatz von Beratern im Rahmen eines Qualitätsmanagements, vor allem zur Unterstützung des Einführungsprozesses, sinnvoll ist. Zu beachten ist dabei insbesondere, daß der Berater auf die Besonderheiten einer Krankenkasse einzugehen vermag. Zudem ist es sinnvoll, daß, zumindest teilweise, auch die Umsetzung einer ausgearbeiteten Strategie von ihm begleitet wird.

Im Prinzip gilt dieses Ergebnis für große und kleine Kassen gleichermaßen. Jedoch scheint der Beratungsbedarf - den Ergebnissen nach - in kleineren Kassen tendenziell geringer zu sein. Deren vergleichsweise geringe Erfahrung mit einem Beratereinsatz läßt sich vor allem damit erklären, daß kleinere Organisation weniger komplex sind als größere. Somit sind die Ausarbeitung einer adäquaten Strategie sowie deren Implementierung in kleineren Kassen von untergeordneter Bedeutung. Im Vordergrund steht vor allem der Transfer von Qualitätsmanagement-Wissen, das allerdings auch in Seminaren erlernt werden kann, die im Vergleich zur Beratung

---

846 IKK-geöffnet-groß.

847 IKK-geschlossen-groß.

848 Ersatzkasse-groß-Q.

geringere Kosten verursachen. Da in Seminaren jedoch in der Regel nicht auf die spezifischen Bedingungen einer Organisation eingegangen werden kann, erscheint eine spezifische Beratung - wenn auch in geringerem Umfang als bei größeren Kassen - sinnvoll.

3.3.5. Zusammenfassung

Ein Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen erfordert verschiedene Kompetenzen, die dort nicht immer in ausreichendem Umfang vorhanden sind. Es ist daher notwendig, die mit den Instrumenten des Qualitätscontrolling erkennbar gewordene Kompetenzlücke entsprechend zu schließen. Hierfür sind - wie in diesem Abschnitt herausgearbeitet wurde - verschiedene Instrumente der Personalentwicklung zu kombinieren. Die folgende Abbildung faßt die oben vorgenommene Zuordnung zu den Dimensionen der Kompetenzlücke zusammen (Abb. 67):

Personengruppe	Kompetenzlücke	Instrumente der Personalentwicklung				
		Seminar	Einzel-Coaching	Gruppen-Coaching	Anleitung durch Vorgesetzten	Stategie-Beratung
Führungskräfte	Qualitätsmanagement-Wissen	●				●
	Kooperativ führen		●	●	●	
	Widersprüchliche Rollenanforderungen austarieren		●	●	●	
	Delegieren		●		●	
	Strategien entwickeln und umsetzen		●		●	●
Spezialisten der Qualitätsförderung	Qualitätsmanagement-Wissen	●				
	Sachverhalte vermitteln	●				
	Verhandlungsgeschick	●				
Nichtleitende Mitarbeiter	Sozialversicherungsrechtliches Fachwissen	●			●	
	Interaktionskompetenzen	●			●	
	Kleingruppen/Qualitätszirkel leiten/moderieren	●		●		
	Gruppenergebnisse präsentieren	●		●		

Abb. 67: Kombination von Maßnahmen zur Schließung der Kompetenzlücke
Quelle: eigene Darstellung.

Die Zweckmäßigkeit und Praxisrelevanz dieser Zuordnung wurden, zum Teil unter Verweis auf eigene entsprechende Erfahrungen, in den Expertengesprächen überwiegend bestätigt.

3.4. Zwischenergebnis

Ein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement-Konzept muß zur Erreichung der strategischen Oberziele von Krankenkassen - „Sicherstellung des Kassenfortbestandes" und „Wachstum" - beitragen. Hierfür ist die Realisierung einer Kundenorientierung notwendig, wobei als relevante Kundengruppen in diesem Zusammenhang die Versicherten einer Kasse, die Arbeitgeber der Mitglieder, die Leistungserbringer sowie Selbsthilfegruppen zu berücksichtigen sind.

Um Verbesserungspotentiale benennen sowie die Erreichung von Qualitätszielen kontrollieren zu können, ist die Messung der Kundenorientierung notwendig. Hierfür müssen - neben den zahlenmäßigen Veränderungen des Mitgliederstammes - die Erwartungen, die Zufriedenheit und die Wahrnehmungen der Kunden im Hinblick auf die Kassendienstleistung sowie das Image der Kasse gemessen werden. Ein entsprechendes Instrumentarium wurde oben vorgestellt.

Als Maßnahmen zur Erreichung einer Kundenorientierung sind zunächst vor allem - soweit dies bei gegebener Immaterialität von Beratung, Information und Service sowie der Integration des externen Faktors möglich ist - Spezifikationen, die sich insbesondere in Verhaltensstandards niederschlagen, vorzunehmen und umzusetzen. Außerdem müssen Maßnahmen der Qualitätsförderung sowohl periodenorientiert im Rahmen der Zielplanung als auch problemorientiert im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses getroffen werden.

Da eine Kundenorientierung an interne Voraussetzungen gebunden ist, gilt es zudem, die Organisation der Kasse entsprechend kundenorientiert zu strukturieren. Dabei ist insbesondere auf die Minimierung der Durchlaufzeit abzuzielen, die - wie die vorstehenden Ausführungen gezeigt haben - als wesentlicher Indikator für die Qualität der Organisationsstruktur gelten kann. In diesem Zusammenhang wurden vier Maßnahmen zur Erzielung minimaler Durchlaufzeiten vorgeschlagen:

- Erstens muß der Spezialisierungsgrad der Gesamtorganisation tendenziell niedrig gehalten werden; dies macht eine höhere Qualifikation der Mitarbeiter erforderlich. Dabei müssen allerdings einige Funktion, insbesondere auch im Hinblick auf die Qualitätsförderung, spezialisiert bleiben.
- Zweitens ist ein ausgewogener Einsatz verschiedener Koordinationsinstrumente zu realisieren. Der Einsatz von Plänen und Programmen ist vornehmlich für standardisierte Prozesse sinnvoll. Für wenig standardisierbare

Prozesse, wie die Kundenberatung oder die Qualitätsförderung, müssen aber flexiblere Instrumente, vor allem die persönliche Weisung und die Selbstabstimmung, eingesetzt werden, wobei zugleich eine tendenziell hohe Entscheidungsdelegation zu gewährleisten ist. Dabei kommt es ganz wesentlich darauf an, das Koordinationsinstrumentarium flexibel an die situativen Bedingungen anzupassen.

- Drittens ist die in Krankenkassen überwiegend vorhandene Stab-Linien-Konfiguration tendenziell flach und kundenorientiert, nach dem Prinzip des Objektmodells, zu gestalten. Dies erleichtert die Minimierung von Abstimmungszeiten und unterstützt die Bemühungen, flexibel auf Kundenanforderungen reagieren zu können. Zudem sollten die Prozesse der Qualitätsförderung - dies gilt vor allem für größere Kassen - flankierend durch Ansätze des Projekt- und Prozeßmanagements strukturiert werden.
- Viertens muß das Qualitätsmanagement institutionell verankert werden. Von besonderer Bedeutung ist, daß die Kassenführung sich ihrer Verantwortung für die Umsetzung der Qualitäts-Konzeption im klaren ist und enstprechend Verantwortung übernimmt. In größeren Kassen sollte der hohe Stellenwert des Qualitätsmanagements mit der Einführung einer Vorstandsfunktion „Qualitätsmanagement" symbolisiert werden. Zusätzlich sind für die Unterstützung und Koordination der Qualitätsförderung ein Steuerkreis zu schaffen sowie ein oder mehrere Qualitätsmanager einzusetzen. Für die operative Qualitätsförderung ist es außerdem sinnvoll, Kleingruppen zu implementieren. Dabei ist der Einsatz von Qualitätszirkeln allerdings an die Voraussetzung geknüpft, daß dieses stark partizipative Instrument von den jeweiligen Führungskräften unterstützt wird. Ist diese Voraussetzung zunächst nicht erfüllt, müssen stärker top-down-orientierte Gruppenkonzepte, die allerdings auch parallel zu Qualitätszirkeln Verwendung finden sollen, eingesetzt werden.

Eine Kundenorientierung setzt gerade in Krankenkassen, deren wesentliche Dienstleistungsbestandteile „Beratung", „Information" und „Service" in hohem Maße personengebunden sind, eine adäquate Organisationskultur voraus. Dies gilt zum einen extern: Da eine detaillierte Spezifikaton und Kontrolle der Dienstleistungserstellung oft nicht zu realisieren ist, bedarf es eines eigenverantwortlichen Agierens der Mitarbeiter im Sinne einer Kundenorientierung. Dies gilt aber auch intern, denn hier muß ein weitgehend eigenverantwortliches Kooperieren, das vom Wert einer reibungslosen Zusammenarbeit getragen ist, realisiert werden. Auch muß der Gedanke der Qualitätsförderung im Wertesystem der Mitarbeiter verankert sein, damit eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Dienstleistungsqualität erfolgen kann. Die Organisationskultur, die in ihren für das Qualitätsmanagement wesentlichen Elementen in dieser Arbeit als „Qualitätskultur" bezeichnet wird, übernimmt daher eine wesentliche koordinierende Funktion und muß deshalb gestärkt werden.

Zur Schaffung einer entsprechenden Informationsgrundlage ist zunächst eine Messung der Qualitätskultur auf den Ebenen der Artefakte, der Werte und der Verhaltensmuster notwendig; dabei sind verschiedene Instrumente - „Firmenrundgang", „Dokumentenanalyse", „Fragebogen", „Einzelinterview", „Gruppendiskussion" und „Sitzungsbeobachtung" - jeweils spezifisch auszugestalten und zu kombinieren.

Die Stärkung der Qualitätskultur kann mit einer „symbolischen Führung" erfolgen, die auf den Ebenen der Artefakte, Werte und Verhaltensmuster agiert und einen entsprechenden kulturellen Wandel initiiert und fördert. In diesem Zusammenhang erscheinen verschiedene Maßnahmen praktikabel:

- Besonders relevante Artefakte, in denen die Soll-Qualitätskultur zum Ausdruck kommen kann, müssen gezielt verändert und der Symbolgehalt entsprechend kommuniziert werden.
- Führungskräfte müssen die Werte der „Soll-Qualitätskultur" durch eigenes Verhalten „vorleben". Dabei gilt es, widersprüchliche Anforderungen auszutarieren. So muß das Führungsverhalten zum Beispiel zugleich ziel- und mitarbeiterorientiert sein.
- Einen weiteren Ansatzpunkt zur Stärkung der Qualitätskultur bietet die Gestaltung des Anreizsystems. Qualitätsprämien, die erfolgsabhängige Gehaltserhöhung, die organisationsöffentliche Anerkennung sowie die Aussicht auf eine Beförderung sind unter Berücksichtigung der situativen Bedingungen zu kombinieren. Wieder gilt es, den Symbolgehalt jeweiliger Anreize herauszustellen.
- Schließlich kann auch das Arbeitszeitsystem im Rahmen einer symbolischen Führung genutzt werden. Ziel muß es dabei sein, die Zeitsouveränität der Mitarbeiter zu erhöhen, wobei die Erreichbarkeit einzelner Organisationseinheiten extern und intern nicht gefährdet werden darf. Dies ist mit der Kombination verschiedener flexibler Arbeitszeitmodelle möglich. Eine kulturstärkende Wirkung ist dabei an die Vermittlung des Symbolgehaltes getroffener Maßnahmen gebunden.

Die Realisierung einer Kundenorientierung, einer optimalen Organisationsstruktur sowie einer starken Qualitätskultur erfordert zudem die Anpassung entsprechender Kompetenzen. Dafür müssen relevante fachliche, soziale und konzeptionelle Kompetenzen aus den Anforderungen eines krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagements abgeleitet werden. Dies erfolgte in den vorstehenden Ausführungen grundsätzlich für Führungskräfte, Spezialisten der Qualitätsförderung sowie andere nichtleitende Mitarbeiter. Zusätzlich ist für die Planung entsprechender Personalentwicklungsmaßnahmen die Messung des Kompetenzprofils notwendig.

Fachkompetenzen lassen sich in diesem Zusammenhang relativ leicht mit Hilfe von Dokumentenanalysen sowie ergänzenden Interviews bestimmen. Aufwendiger ist die Messung sozialer und konzeptioneller Kompetenzen, die mit Assessment-Centers zu ermitteln sind. Ein derartiges entsprechendes krankenkassenspezifisches Instrumentarium ist vorstehend vorgestellt worden, so daß mit einer entsprechenden Anwendung die Kompetenzlücke konkret erkennbar werden kann.

Zur Schließung dieser Kompetenzlücke sind verschiedene Instrumente der Personalentwicklung zu kombinieren:

- In Seminaren können vor allem Fachkompetenzen, Qualitätsmanagement-Wissen sowie sozialversicherungsrechtliche Kenntnisse vermittelt werden. Außerdem sind so verschiedene soziale Kompetenzen zu schulen, über die nichtleitende Mitarbeiter, insbesondere Spezialisten der Qualitätsförderung, im Rahmen eines Qualitätsmanagements verfügen müssen.
- Einzel- und Gruppencoaching sind vor allem für den Ausbau sozialer und konzeptioneller Kompetenzen geeignet und müssen insbesondere dann eingesetzt werden, wenn es gilt, soziale Beziehungen in der Organisation zu berücksichtigen. Dies ist vor allem im Hinblick auf das Verhaltenstraining für Führungskräfte der Fall.
- Die Anleitung durch Vorgesetzte kann grundsätzlich immer dann eingesetzt werden, wenn Vorgesetzte über einen entsprechenden Kompetenzvorsprung verfügen. Allerdings steht diesem Instrument - insbesondere in einer flachen Hierarchie - ein Kapazitätsproblem entgegen, so daß es faktisch oft nur flankierend zum Einsatz kommen kann.
- Gerade zu Beginn eines Qualitätsmanagement-Prozesses ist schließlich der Einsatz von Unternehmensberatern sinnvoll, die in der Entwicklung eines unternehmensspezifischen Qualitätsmanagemen-Konzeptes mitwirken und seine Implementierung begleiten sollten.

4. Fazit

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, ein Qualitätsmanagement-Konzept zu entwickeln, das geeignet ist, Krankenkassen das Erreichen komparativer Wettbewerbsvorteile zu ermöglichen.

Nach der Grundlegung im zweiten Kapitel wurden im dritten Kapitel im Rahmen der Entwicklung eines derartigen adaptiven und innovativen Konzeptes

- die strategischen Qualitätsziele einer solchen Konzeption unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen von Krankenkassen entworfen,
- ein Qualitätscontrolling generiert, dessen Instrumentarium zur Planung der Qualitätsmanagement-Maßnahmen sowie zur Bestimmung des Zielerreichungsgrades notwendig ist, sowie
- entsprechende Maßnahmen zur Zielerreichung abgeleitet.

Dabei gelang es, die bestehenden Ansätze eines Qualitätsmanagements mit dazu in Beziehung stehenden Ansätzen der Betriebswirtschaftslehre zu kombinieren, deren Rezeption von der Qualitätsmanagement-Literatur bislang weitgehend vernachlässigt worden ist. In diesem Zusammenhang wurde bewußt ein hoher Konkretisierungsgrad angestrebt, um auch dem Praktiker entsprechende Orientierungshilfen geben zu können.

Darüber hinaus konnten die praktische Relevanz und Akzeptanz der Ziele und Maßnahmen in Gesprächen mit Vorständen, Qualitätsmanagern und anderen Experten verschiedener Krankenkassen belegt werden.

Bislang sind in den gesetzlichen Krankenkassen kaum Qualitätsmanagement-Ansätze realisiert worden. Allerdings ist eine deutliche „Aufbruchsstimmung" in den Kassen wahrnehmbar, die insbesondere ihren Niederschlag darin findet, daß zunehmend auf ein betriebswirtschaftliches Instrumentarium zurückgegriffen wird. Die Qualität der Dienstleistung wird bereits - neben der Höhe des Beitragssatzes - zunehmend als Erfolgsursache erkannt. Es steht daher zu erwarten, daß Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen künftig stark an Bedeutung gewinnen wird.

Dabei werden die geschäftspolitischen Optionen von Krankenkassen auch künftig ganz wesentlich durch das Sozialrecht determiniert werden. Interessant sind in diesem Zusammenhang vor allem mögliche Veränderungen dieser rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Diskussion um eine Deregulierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht abgeschlossen und wird vermutlich in den nächsten Jahren

vor dem Hintergrund sozioökonomischer Entwicklungen einerseits und der europäischen Integration andererseits eine neue Dynamik erhalten. Die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen legen die Kassen - wie in Abschnitt 2.5. der vorliegenden Arbeit aufgezeigt wurde - im Hinblick auf eine Realisierung komparativer Wettbewerbsvorteile allerdings vor allem auf eine Qualitätspolitik fest. Daher werden kurz- und mittelfristig vor allem solche Kassen ihren Marktanteil ausbauen können, die es am besten verstehen, ein Qualitätsmanagement umzusetzen. Größere Kassen haben in dieser Hinsicht grundsätzlich eine günstigere Ausgangsposition als kleinere, da sie über mehr Ressourcen verfügen, die sie für die zunächst kostenintensive Realisierung einer entsprechenden Konzeption nutzen können. Es steht daher zu vermuten, daß viele kleinere Kassen in Zukunft verstärkt unter einen Wettbewerbsdruck geraten werden, so daß sich der bereits deutlich erkennbare Konzentrationsprozeß im Kassensektor voraussichtlich weiter fortsetzen wird. Vor diesem Hintergrund kommt dem hier entwickelten Konzept eines Qualitätsmanagements auch hohe aktuelle Praxisrelevanz zu.

Bemühungen im Hinblick auf die Implementierung eines Qualitätsmanagements sind zur Zeit verstärkt in der betrieblichen Praxis - insbesondere auch im Gesundheitswesen - zu beobachten. Es liegen aber kaum Untersuchungen darüber vor, inwieweit entsprechende Ansätze tatsächlich einen Beitrag zum Unternehmenserfolg zu leisten vermögen. Hier eröffnet sich neuer Forschungsbedarf. Im vorliegenden Fall wird es in Zukunft insbesondere darum gehen, für Krankenkassen entsprechende Erfolgsfaktoren-Studien durchzuführen.

Anhang

Anhang I: Bericht über ein Pilotprojekt zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse

Anhang II: Anschreiben für die Expertenbefragung

Anhang III: Leitfaden der Expertenbefragung

Anhang I: Bericht über ein Pilotprojekt zur Einführug eines Qualitätsmanagements in einer Krankenksse

Diplom-Sozialökonom Bernd Curtius Hamburg, im Januar 1996

Bericht über ein Pilotprojekt zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse

Das Pilotprojekt, auf das in den vorstehenden Ausführungen zahlreich Bezug genommen worden ist, wurde vom Verfasser der vorliegenden Untersuchung zwischen dem 01.04.1993 und dem 30.03.1995 durchgeführt. Ziel war es, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß zu initiieren, der wesentlich von den nichtleitenden Mitarbeitern getragen werden sollte.

Die Einführung dieses Prozesses wurde durch eine empirische Untersuchung begleitet. Dabei stand im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses, inwieweit einige der in der Qualitätsmanagement-Literatur empfohlenen TQM-Instrumente in der Praxis einer Krankenkasse erfolgreich einsetzbar sind.

I. Grundlagen

Im folgenden wird zunächst die Organisationseinheit vorgestellt, in der die Untersuchung stattfand. Dies erlaubt dem Leser fundierte Überlegungen zur Übertragbarkeit der empirischen Ergebnisse. Im Anschluß daran werden die Konzeption des Pilotprojektes sowie das Design der Untersuchung vorgestellt.

I.1. Organisationseinheit

Das Pilotprojekt wurde in einem Fachbereich der Hauptverwaltung einer größeren Ersatzkasse durchgeführt. Die Aufgabe des Fachbereiches, nachstehend mit „Regresse" bezeichnet, bestand im wesentlichen darin, Ersatzansprüche gegen Dritte geltend zu machen. In der Verwaltungspraxis verhandelte der Fachbereich in der Regel nicht unmittelbar mit den „Dritten", die den Schaden zu verantworten hatten. Verhandlungspartner waren vor allem Haftpflichtversicherungen, Berufsgenossenschaften und Ärzte. Zu den Versicherten der Kasse hatten die Mitarbeiter des Fachbereiches nur wenig Kontakt. Ein unmittelbarer Kontakt war vorwiegend bei der Bearbeitung von ärzlichen Fehlbehandlungen gegeben. Ansonsten beschränkte er sich unmittelbar auf die Klärung einzelner Fragen, die sich aus nicht eindeutig ausgefüllten Formularen ergaben. Der ganz überwiegende Teil der Mitarbeiter gehörte daher nicht zu den Kundenkontaktpersonen.

Der Fachbereich war in mehrere Sachgebiete gegliedert, von denen ein Sachgebiet eine „Spezialistengruppe" war, die sich mit Grundsatzfragen befaßte. Insgesamt waren im Fachbereich über 70 nichtleitende Mitarbeiter sowie neun Führungskräfte tätig. Der Frauenanteil war mit 72% relativ hoch. 67% der Führungskräfte und 53% der nichtleitenden Mitarbeiter waren Frauen. Die Altersstruktur war relativ jung. Rund zwei Drittel der Beschäftigten waren jünger als 40 Jahre. Im Hinblick auf den Ausbildungsstand dominierte der Abschluß des Sozialversicherungsfachangestellter. Einige Hilfskräfte verfügten über keine Berufsausbildung. Der Anteil der Teilzeitkräfte betrug im ausführenden Bereich 15%, wobei Teilzeitpositionen ausschließlich von Frauen bekleidet wurden.

Im Fachbereich wurden sieben Statusgruppen differenziert, die sich aufgrund spezifischer Aufgabenbeschreibungen, Art der Tätigkeiten (insbes. Schwierigkeitsgrad und Umfang übertragener Verantwortung) sowie der Vergütung unterschieden. 11% der Beschäftigten

waren Führungskräfte, die zwei hierarchischen Ebenen zugeordnet waren. Von den nichtleitenden Mitarbeitern waren 7% Spezialisten, die sich mit besonders schwierigen Fällen, vor allem aber mit Grundsatzfragen befaßten. 19% waren Sachbearbeiter mit besonderer Aufgabenstellung, 42% waren Sachbearbeiter, die Fälle mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad zu bearbeiten hatten. 19% waren Sachbearbeiter mit reduziertem Aufgabenbereich. Die Hilfskräfte (12%) arbeiteten allen anderen Mitarbeitern zu.

I.b. Konzeption des Pilotprojektes

Für die Einführung eines Qualitätsmanagements in der Krankenkasse wurde ein Vorgehen gewählt, daß insbesondere auf die Förderung einer „lernenden Organisation" abhob: Daher wurde in Zusammenarbeit mit den betroffenen Organisationsmitgliedern aller hierarchischen Ebenen und in Abhängigkeit von den tatsächlich vorhandenen Problemen und Spezifika ein „maßgeschneidertes" Konzept entwickelt. Die Ansätze und Instrumente der Theorie dienten als Repertoire, das vorgehalten wurde und nach Bedarf zum Einsatz kam. Um dies zu gewährleisten, wurde der Einführungsprozeß über zwei Jahre hinweg vom Verfasser dieser Untersuchung als Berater betreut, der über die entsprechenden TQM-Kenntnisse verfügte und als koordinierender Qualitätsmanager ohne Führungsfunktion fungierte.

Das Konzept konzentrierte sich auf die Entwicklung einer Qualitätskultur, deren Bestandteile „Dienstleistungs-", „Kooperations-" und „Innovationskultur" in unterschiedlicher Weise bearbeitet wurden.

Im Rahmen der Entwicklung einer *Dienstleistungskultur* ging es darum, die Bedürfnisse der Versicherten stärker zu berücksichtigen. Dies geschah vor allem durch eine intensive Kommunikation zwischen dem projektverantwortlichen Bereichsleiter und den nachgeordneten Führungskräften. Außerdem wurden die Schnittstellen zu den Versicherten überprüft. Es wurde aber darauf verzichtet, beispielsweise mit einer Kundenbefragung systematisch und unmittelbar die Versichertenperspektive einzubeziehen. Dies lag vor allem daran, daß die untersuchte Organisationseinheit kaum über Kundenkontakte verfügte. Aber auch dort, wo unmittelbare Kontakte existierten und insbesondere Beratungssituationen vorlagen, eigneten sich die in Frage kommenden Versicherten nicht dazu, am Test eines TQM-Konzeptes teilzunehmen, da es um ärztliche Fehlbehandlungen, also um grundsätzlich sensible Problembereiche ging: Einer Patientin, die sich z.B. entschlossen hatte, gegen den behandelnden Arzt zu klagen, nachdem eine problematische Entbindung eine Behinderung des Kindes zur Folge hatte, sollte nicht zugemutet werden, daß sie sich zusätzlich um ein TQM-Konzept Gedanken macht.

Die *Kooperationskultur* sollte über das Prinzip des „internen Kunden/Lieferanten" entwickelt werden. Es wurden kontinuierlich Probleme im Führungsverhältnis oder der Zusammenarbeit in verschiedener Richtung beleuchtet.

Die Entwicklung einer *Innovationskultur* sollte vor allem bei der Erhöhung der Prozeßqualität ansetzen. Im Mittelpunkt standen Fragen der Prozeßoptimierung (Formulare, Ablauforganisation usw.). Ein Grundsatz lautete, daß es besser sei, kleine Verbesserungsmöglichkeiten zu bearbeiten, als dies zu unterlassen, weil z.B. der Aufwand scheinbar nicht in einem günstigen Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen steht. Die Innovation war damit zunächst wichtiger als die Qualitätsverbesserung.

I.c. Untersuchungsdesign

Zur empirischen Untersuchung der Wirksamkeit der Instrumente wurde vom Verfasser der vorliegenden Untersuchung der Frage nachgegangen, inwieweit die Instrumente einen Organisationsentwicklungsprozeß in Richtung der drei Kulturdimensionen fördern. Als Erhebungsinstrumente kamen schriftliche Befragungen, Gruppendiskussionen, Expertengespräche und die Teilnehmende Beobachtung zum Einsatz.

- Für *schriftliche Befragungen* wurden zwei Fragebögen entwickelt, die unter anderem Fragen zur Akzeptanz der eingesetzten TQM-Instrumente Qualitätszirkel und Qualitätsgruppen enthielten.
- *Gruppendiskussionen* kamen vor allem zum Einsatz, um die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen zu konkretisieren.
- *Expertengespräche* wurden zum Teil ebenfalls zur Konkretisierung der Fragebogen-Ergebnisse eingesetzt. Zum Teil dienten sie aber auch der Konkretisierung der Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen.
- Die *Teilnehmende Beobachtung* kam zur Erhebung fast aller Untersuchungsgegenstände zum Einsatz. Die so gewonnenen Daten ergänzten die Ergebnisse aller anderen Erhebungsinstrumente und erleichtern insbesondere deren Interpretation, soweit es sich um qualitative Daten handelt. Die Anwendung dieses Instruments war möglich, da der Autor über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg im untersuchten Fachbereich tätig und in die meisten TQM-Aktivitäten involviert war.

II. Einsatz und Wirkung ausgewählter TQM-Instrumente

II.1. Qualifikationsorientierte Instrumente

Im Hinblick auf die qualitätsorientierte Anpassung der Kompetenzen wurden vom Verfasser im Rahmen des Projektes Schulungen angeregt, die auf die fachliche, aber auch auf fachübergreifende Qualifikationen abhoben. Zusätzlich wurde ein Training zur Durchführung von Qualitätszirkeln sowie ein Training von Führungskompetenzen realisiert.

Das *Zirkeltraining* fand parallel zur Zirkelarbeit statt und bezog sich auf die Moderation von Zirkeln, einschließlich des Einsatzes von Kreativitäts- und Visualisierungstechniken. Dabei zeigte sich, daß die Moderation von Zirkeln als sehr ungewohnt empfunden wurde. Dies lag offensichtlich nicht an Schwierigkeiten, sich überhaupt verständlich zu machen oder Dinge niederzuschreiben, worauf die Zirkel-Literatur für den industriellen Bereich hinweist. Es schien vielmehr die ungewohnte Rolle des „primus inter pares" zu sein, in der man sich unsicher und angreifbar fühlte. Darüber hinaus wurde es als große Belastung empfunden, Protokolle über die Zirkelarbeit zu verfassen. Auch dies war nicht mit dem Fehlen einer Basisqualifikation zu erklären, denn die meisten Sachbearbeiter waren es gewohnt, Aktennotizen zu verfassen, die Protokollen ähnlich sind. In dieser Hinsicht schien eher eine Scheu, für die Extraktion des „wesentlichen" verantwortlich zu zeichnen, ursächlich. Insgesamt dürfte auch eine Rolle spielen, daß es im untersuchten Fachbereich eine „Kultur des Protokollierens" nicht gab. Selbst die Ergebnisse der Fachbereichsbesprechungen wurden zu Beginn des Pilotprojektes nicht protokolliert.

Der Ausbau sozialer Kompetenzen im Führungsbereich wurde mit einem *Coaching* realisiert, das in unregelmäßiger Folge mit den Führungskräften der beiden unteren Ebenen stattfand und von einer Psychologin betreut wurde. Gegenstand der Sitzungen waren der

Umgang mit Kollegen, insbesondere im Kreise der Führungskräfte. Die Ausführungsebenen sowie der Qualitätsmanager hatten keinen Zugang zu den Coaching-Sitzungen. Die Führungskräfte äußerten sich im Fragebogen sowie in Gruppengesprächen positiv zum Coaching und wollten dies auch weiterhin nutzen. Das Coaching sei vor allem zur Klärung zwischenmenschlicher Probleme mit Kollegen und Vorgesetzten geeignet. Expertengespräche ergaben aber, daß die Veranstaltung nicht dazu genutzt wurden, tatsächlich Probleme dieser Art zu bearbeiten. Dies kann damit erklärt werden, daß das Coaching ein völlig neues Instrument war, daß sich überhaupt nicht in das Erfahrungsspektrum hinsichtlich prinzipiell Fortbildungsmaßnahmen einzufügen vermochte. Es war darüber hinaus auch nicht üblich, zwischenmenschliche Probleme, die die Zusammenarbeit erschwerten, offen zu besprechen. Dies galt vor allem für Führungsprobleme zwischen verschiedenen hierarchischen Ebenen. Insofern konnte kaum eine empirisch begründete Aussage darüber gemacht werden, inwieweit das Coaching positive Auswirkungen auf die Qualitätskultur hatte.

II.2. Motivationsorientierte Instrumente

Im Rahmen des Pilotprojektes wurde auf die Implementation eines monetären Anreizsystems verzichtet. Es existierte bereits seit langem ein *Betriebliches Vorschlagswesen:* Mitarbeiter konnten eine Prämie erhalten, wenn sie einen Vorschlag einreichten, der neu und kostenwirksam war, wenn das Verbessern von Prozessen nicht ohnehin zur „normalen" Tätigkeit gemäß Stellenbeschreibung gehörte. In der gesamten Kasse wurde das Vorschlagswesen relativ intensiv genutzt, wobei insbesondere Formulare einer Optimierung unterzogen wurden. Im untersuchten Fachbereich wurde das BVW allerdings nur sehr zurückhaltend genutzt. In einer Befragung gaben 84% der Mitarbeiter an, noch nie einen Vorschlag ins BVW eingebracht zu haben. Hemmend wirke in diesem Zusammenhang vor allem der bürokratische Charakter des BVW: „Wegen 20 Mark" sei man nicht bereit, sich dem Prozedere der Beantragung und Bewertung zu unterziehen, das zudem als anonym und wenig berechenbar eingeschätzt wurde. Bei einer erheblich höhere Prämienerwartung würde diese Hürde - den Befragungsergebnissen zu Folge - überwunden werden. Noch wichtiger sei aber, daß die Idee ernsthaft verfolgt und möglichst umgesetzt werde.

Die Bereitschaft, einen Qualitätszirkel zu gründen oder auch zu leiten, schien demgegenüber durch finanzielle Anreize zu fördern zu sein. Die Hälfte derer, die nicht bereit waren, einen Zirkel zu gründen, gaben an, bei größeren finanziellen Anreizen hierzu bereit zu sein. Und ein Drittel derer, die entweder nicht dazu bereit, oder aber unentschlossen waren, würde sich durch finanzielle Anreize motivieren lassen. Im Hinblick auf die Bereitschaft, einen Zirkel zu leiten, galt dasselbe, für die Bereitschaft, bei einem Zirkel mitzumachen, allerdings nicht. Demnach können finanzielle Anreize die Bereitschaft, sich aktiv für und in Zirkeln zu engagieren, erhöhen. Diese Aussage wurde dadurch unterstrichen, daß jene, die ihr Engagement von finanziellen Anreizen abhängig machten, dieses Engagement nicht von einem anderen Führungsverhalten abhängig machten. Die Gruppen- und Expertengespräche unterstützen dieses Ergebnis. Die Gründung und Leitung von Zirkeln wurde vielfach als führungsähnliche Tätigkeit betrachtet. Für Führungsfunktionen, so die Auffassung, müsse eine höhere Vergütung erfolgen.

Als zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätsmotivation kamen auf Veranlassung des Verfassers dieser Untersuchung im Rahmen des Pilotprojektes *Qualitätsgespräche* zur Anwendung. Insbesondere zu Projektbeginn wurde das TQM-Konzept sehr gründlich mit allen Beteiligten besprochen und für eine aktive Teilnahme geworben. Außerdem wurde ein

Jahr nach Projektbeginn ein *Artikel* in der Betriebszeitung geschaltet, der über die Projektziele und -maßnahmen informierte. Beide Maßnahmen führten dazu, daß das Projekt für eine gewisse Zeit diskutiert wurde. Weder die Qualitätsgespräche noch die Schaltung des Artikels führten jedoch direkt zu einem stärkeren TQM-Engagement. Eine unmittelbare Wirkung der Instrumente auf die Motivaton der Beteiligten kann daher verneint werden. Dennoch halfen die Instrumente, die Effizienz anderer Instrumente zu erhöhen.

II.3. Beteiligungsorientierte Instrumente

II.3.a. Kleingruppen

Im Rahmen des Pilotprojektes kamen Qualitätszirkel, Qualitätsgruppen und ein Workshop zum Einsatz.

Die *Qualitätszirkel* bestanden in der Regel aus nichtleitenden Mitarbeitern. Es wurden eigenständig Probleme behandelt, die der jeweilige Zirkel für wichtig erachtete. Führungskräfte und weitere Experten konnten beratend hinzugezogen werden. Die Themen für die Zirkelarbeit ergaben sich aus den Ergebnissen einer Arbeitsgruppe, die mithilfe einer Wertanalyse gezielt eine Problemsammlung vornahm. Die Qualitätszirkel bestanden zunächst aus zwei bis zu vier Mitarbeitern. In einigen Fällen veränderte bzw. erweiterte sich die Personenzahl im Laufe der Arbeit. Alle Qualitätszirkel wurden von einem Moderator (TQM-Manager) betreut und tagten normalerweise einmal in der Woche für je eine bis zwei Stunden. Die Anzahl der Sitzungen richtete sich vor allem nach dem Umfang des Problems und war daher je Zirkel sehr unterschiedlich. Die Spannbreite reichte von einer bis zu zwölf Sitzungen. Die Zirkelergebnisse wurden dem TQM-Steuerungskreis präsentiert. Nach der Präsentation war die Arbeit des Zirkels in der Regel beendet. Die Umsetzung der Ergebnisse oblag den Linienfunktionen.

Folgende Themen wurden von den Zirkeln bearbeitet:

- Ausbildung: Die langen Einarbeitungszeiten im Fachbereich waren ein Grund für die andauernde Belastungssituation.
- Dunkelheit am Fotokopierer.
- Enge im Postraum.
- Formulare: Mehrere Formulare konnten durch leichte bzw. grundlegende Veränderungen zum Teil erheblich verbessert werden.
- Freie Texte: Die relativ neue Möglichkeit, Texte eigenständig zu entwerfen und zu schreiben, brachte Schwierigkeiten mit sich.
- Perspektive: Eine Erhöhung der Dienstleistungsqualität war theoretisch möglich, erschient aber aufgrund des Arbeitsaufkommens nicht realistisch.
- Schreiben mit Antwortumschlag: Schreiben, denen ein frankierter Rückumschlag beizulegen war, wurden manuell mit einem roten „A" gekennzeichnet, was gegenüber den Versicherten einen unprofessionellen Eindruck erweckte.
- Steharbeitsplätze: An den Sortiertischen bei den Kopierern mußte in einer ungünstigen Rückenhaltung gestanden werden.
- Textbausteine: Mehrere Textbausteine konnten durch Änderung von Formulierungen verbessert werden.
- Zukunft: Durch den geplanten verstärkten Einsatz der EDV sollten einige Tätigkeiten entfallen, so daß die Mitglieder einer Statusgruppe Sorgen um die berufliche Zukunft hatten.

- Zwischenmenschliches: Zwischen einigen Kollegen zeigten sich zwischenmenschliche Probleme, die die Qualität der Zusammenarbeit beeinträchtigten.

Zu Beginn des Pilotprojektes war gegenüber Qualitätszirkeln eine ausgeprägte Zurückhaltung auszumachen. Führungskräfte und Mitarbeiter bekunden zwar ihr prinzipielles Interesse, sahen aber kaum Probleme, die ihnen für eine Zirkelarbeit geeignet erschien. Darüber hinaus wurde die zeitliche Belastung, die eine Zirkelarbeit mit sich bringt, bei einer anhaltend hohen Arbeitsbelastung kritisch bewertet. Zu einem regen Zirkel-Engagement kam es erst, nachdem eine Arbeitsgruppe gezielt zirkelfähige Probleme benannt hatte.

Nach Abschluß der zweijährigen Pilotphase äußerten sich Führungskräfte und Mitarbeiter gleichermaßen positiv zum Zirkelkonzept. In der schriftlichen Befragung gaben fast die Hälfte (49%) der nichtleitenden Mitarbeiter an, künftig in Qualitätszirkeln mitwirken zu wollten. Immerhinn 41% wollen dies „vielleicht" tun, nur 10% lehnen dies ab. Diese positive Bewertung deutet darauf hin, daß die Hauptprobleme, die zum Zirkelkonzept zu nennen sind, von den Mitarbeitern als nicht wesentlich eingestuft werden. Es zeigte sich nämlich am Rande und nach Abschluß der Zirkelarbeit, daß es sehr schwierig war, Zirkellösungen zu implementieren. Je tiefgreifender die vorgeschlagenen Veränderungen sind - und unabhängig davon, welche Folgen das Nichtlösen des Problems verursachte - desto geringer ist die Neigung des mittleren Managements, eine Zirkellösung zu akzeptieren und umzusetzen.

Die implementierten *Qualitätsgruppen* beruhten im Vergleich zu den Qualitätszirkeln weniger auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Sie waren weniger partizipations- und stärker prozeß- bzw. ergebnisorientiert, denn die Initiative für entsprechende Maßnahmen ging jeweils von Führungskräften aus (top-down-Ansatz). Insgesamt wurden im Berichtszeitraum in 14 Arbeitsgruppen Themen unterschiedlicher Wertigkeit bearbeitet. Einige Gruppen bestanden ausschließlich aus Führungskräften, einige aus Führungs- und Ausführungskräften. In der Regel wurden die Arbeitsgruppen von einem Moderator (TQM-Manager) betreut. Folgende Themen wurden in Arbeitsgruppen bearbeitet:

- Abläufe: Systematische Untersuchung der Arbeitsabläufe mithilfe einer Wertanalyse, um Ansatzpunkte für Verbesserungen zu entdecken.
- Arbeitsteilung: Püfung, inwieweit eine andere Arbeitsteilung zwischen Grundsatzbearbeitung und Sachgebietsleitung sinnvoll ist.
- Dienststellen: Ermittlung und Bearbeitung grundsätzlicher Probleme mit anderen Dienststellen der Kasse.
- Eigenständigkeit: Erhöhung von Eigenständigkeit und Verantwortungsbewußtsein auf den Ausführungsebenen.
- Ermittlungsaufwand: Verringerung des Aufwandes der Adreßermittlung.
- EDV-Intensivierung: Intensiverer Einsatz der EDV mit dem Ziel, Mengen-Routine-Arbeiten teilweise zu automatisieren.
- Neugliederung des Fachbereiches: Geklärt werden sollte, ob ein Sachgebiet, das eine im Vergleich zu den anderen Sachgebieten völlig andere Aufgabenstellung wahrnahm, besser in den Fachbereich integriert werden oder einem anderen Fachbereich zugeordnet werden sollte.
- Qualifikation: Überprüfung der Qualifikationen im Hinblick auf die neuen Bedingungen nach dem GSG.

- Standardtexte: Systematische Durchsicht und Überarbeitung aller Standardtexte.
- Versichertenunterstützung: Erhöhung der Service-Qualität.
- Wertgrenzen: Klären, inwieweit eine Konzentration der Ressourcen auf wichtige Aufgaben möglich ist.
- Zählung: Erarbeitung einer Zählung zur Erhöhung der Transparenz des Arbeitsanfalls.
- Ziele: Vorbereitung der Zieldiskussion und -vereinbarung.

Die Arbeitsgruppen waren mit ähnlichen Schwierigkeiten behaftet wie die Qualitätszirkel. Zunächst wurden keine Probleme gesehen. Als Probleme gefunden wurden, fiel deren Lösung in der Regel relativ leicht. Schwierig war dann die Implementierung, sobald sich wesentliche Neuerungen abzeichneten. Trotz dieser Schwierigkeit zeigten sich in der zum Projektende durchgeführten Befragung 61% der nichtleitenden Mitarbeiter und alle Führungskräfte „gerne" bereit, künftig bei einer Arbeitsgruppe mitzumachen, wenn sie eine Führungskraft darum bittet. Weitere 18% der nichtleitenden wollten „vielleicht" mitmachen. Die Teilnahmenbereitschaft war damit recht hoch. Auch die Problemlösungsfähigkeit von Arbeitsgruppen kann als hoch gelten. Daher sind Arbeitsgruppen nach den Erfahrungen im Pilotprojekt für den Einsatz in Krankenkassen geeignet, wenn es gelingt, das mittlere Management zu einer Förderung des TQM-Prozesses zu motivieren.

Ein zweitägiger *Workshop* wurde im Rahmen des Pilotprojektes mit allen Führungskräften des Fachbereichs sowie dem Bereichsleiter durchgeführt, noch bevor Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen existierten. Dabei ging es thematisch vor allem um eine stärkere Einbeziehung der Führungskräfte in die TQM-Aktivitäten (Managementverpflichtung). Ausgangspunkt für die zu behandelnden Fragen waren die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung, deren Ergebnisse bereits in den Sachgebieten diskutiert worden sind. Der Workshop war zugleich eine Vorbereitung auf eine Leitsatz- und Zielvereinbarung, die später vorgenommen wurde.

Die Arbeit im Rahmen des Workshops verlief insgesamt produktiv. Im Vergleich zu anderen Möglichkeiten, ein TQM-Konzept, das maßgeblich durch die Betroffenen leben soll, bekannt zu machen, erscheint der Workshop deutlich überlegen. Gleichwohl erscheint er nicht geeignet, tief verwurzelte Widerstände gegen die Konzept-Philosophie aufzubrechen. Insofern ist eine „Basis-Motivation" eine wichige Voraussetzung für die Effizienz eines Workshops.

Zur Unterstützung der Arbeit in Kleingruppen kamen im Rahmen des Pilotprojektes als Kreativitäts- und Visualisierungstechniken das *Brainstorming*, sowie die *Meta-Plan-Methode* zum Einsatz. Dabei zeigt sich, daß diese Instrumente die Kleingruppenarbeit wesentlich erleichtern. Dem TQM-Manager wird so wesentlich das strukturierte Vorgehen im Problemfindungs- und -analyseprozeß erleichtert. Allerdings war die Bereitschaft der Kleingruppenmitglieder, die Techniken eigenständig zu verwenden, sehr gering. Insbesondere das kreative Ordnen und Auswerten von Brainstorming-Ergebnissen wurde, unabhängig von der hierarchischen Position der Mitarbeiter, kaum selbständig vorgenommen. Durch eine mangelnde Akzeptanz der Techniken kann dies nicht erklärt werden, denn hierfür gab es keine Hinweise. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, daß vor Einsatz der Techniken keine externe Moderatorenschulungen durchgeführt worden waren. Noch wahrscheinlicher ist allerdings, daß folgende Erklärung zutrifft: Kreativitäts- und Visualisierungstechniken sind Instrumente, die eine eher abstrakte Problembearbeitung zulassen. Ein abstrakter Umgang ignoriert zunächst die Folgen von mögli-

chen Problemlösungen. Dieses Ignorieren stößt aber auf Widerstand bei den Mitarbeitern und wird von ihnen nicht nachvollzogen. Das Problem könnte also darin gelegen haben, daß es an dem Mut mangelte, mögliche Problemlösungen zu benennen oder Ordnungen vorzunehmen, die einen selbst dem Verdacht aussetzen, zum Zwecke der eigenen Profilierung Kollegen arbeitsmäßig belasten zu wollen. Ein Qualitätsmanager ist diesem Verdacht grundsätzlich nicht ausgesetzt.

II.3.b. Leitsätze und Zielvereinbarung

Eine Gruppe von Führungskräften formulierte Anfang 1994 erstmals Leitsätze für die Arbeit des Fachbereiches und leitete aus diesen Ziele ab, die anschließend mit dem Bereichsleiter diskutiert und vereinbart wurden. In die Zielvereinbarung 1995 wurden in einem weiteren Schritt auch die Ausführungsebenen einbezogen. Vor Beginn des Pilotprojektes verfügte der Fachbereich über keinerlei Erfahrungen mit diesem Instrument.

Die Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

Leitsätze

„Wir, die Führungskräfte aus REGRESSE, sehen für 1994 unsere vordringlichsten Aufgaben darin,

- *die Wirtschaftlichkeit der Regreßabwicklung deutlich zu erhöhen,*
- *ein versichertennahes, marktgerechtes Dienstleistungsangebot bereitzustellen und fortzuentwickeln und die Versicherten intensiv, umfassend, zeitnah und freundlich zu betreuen ('Qualität der Dienstleistung'),*
- *die Qualität der Arbeitsbedingungen auf einem hohen Niveau zu halten sowie*
- *Mitarbeiter zu fördern, die mit Ideen und persönlichem Engagement zur Verbesserung der Arbeit von REGRESSE beitragen wollen.*

1995 wurden diese Leitsätze unverändert übernommen, und es wurden Ziele formuliert, die sich auf folgende Themen bezogen:

- Ausbau der Versichertenunterstützung,
- Berücksichtigung bestimmter Qualifikationsmerkmale bei Neubesetzungen von Planstellen,
- Durchführung externer Moderatorenschulungen,
- Durchführung von Qualitätszirkeln,
- Durchführung von Coaching-Sitzungen,
- Einführung von Kennzahlen,
- Erhöhung der Bekanntheit des Fachbereiches durch kasseninterne Öffentlichkeitsarbeit,
- Erhöhung des Verantwortungsbewußtseins und der Eigenständigkeit der Mitarbeiter,
- Förderung engagierter und ideenreicher Mitarbeiter,
- Intensivierung des EDV-Einsatzes,
- Klärung von Zuständigkeiten im Fachbereich,
- Kontinuierliche Pflege von Standardtexten,
- Konzentration der Ressourcen auf wichtige Fälle,

- Reduktion der Arbeitsbelastung,
- Schaffung eines Multiplikatorenprogramms zur Erhöhung der EDV-Kompetenzen,
- Überprüfung der fachlichen Qualifikationen,
- Überprüfung der Organisationsstruktur des Fachbereiches,
- Verbesserung der „vertrauensvollen Atmosphäre" sowie
- Verbesserung der Zusammenarbeit innerhalb des Fachbereiches und zu anderen Fachbereichen bzw. Dienststellen.

In Gruppendikussionen bewerteten die Führungskräfte des Fachbereiches das Instrument der Zielvereinbarung insgesamt positiv. Es unterstütze ein planvolles Handeln und ermögliche die Fixierung eines zeitlichen Rahmens. Verhindert werde, daß Dinge, die man sich vorgenommen habe, "im Sande verlaufen", und das Erreichen von gesteckten Zielen sei motivierend. Als nachteilig sei erfahren worden, daß im Rahmen der Zielformulierung Außeneinflüsse schlecht zu berücksichtigen seien. Sowohl negativ als auch positiv wurde der "Druck" bewertet, der entstehe, wenn abzusehen sei, daß ein Ziel zum vereinbarten Termin nicht erreicht werden konnte. Diese überwiegend positive Einschätzung fand allerdings kaum eine Entsprechung in den tatsächlichen Handlungen der Akteure. Je konkreter und bindender das Instrument greifen sollte, umso stärker dominierte der Qualitätsmanager den Vereinbarungsprozeß und desto weniger wurde er von den beteiligten Führungskräften unterstützt. Dies kann damit erklärt werden, daß die Beschränkung der Handlungsautonomie, die mit einer Zielvereinbarung verbunden ist, auch dann grundsätzlich abgelehnt wird, wenn eine intensive Mitwirkung im Vereinbarungsprozeß gewährleistet ist.

Auch die Mitarbeiter der Ausführungsebenen bewerteten die Zielvereinbarung als ein sinnvolles Instrument. Positiv sei, daß man gemeinsam an der Zielerreichung arbeiten könne. So würden die Kräfte des Fachbereiches stärker gebündelt und das Verständnis von wichtigen Entscheidungen oder Tendenzen könnte weiter erhöht werden. Die schriftliche Fixierung ermögliche zudem, daß man das gesteckte Ziel nicht aus den Augen verliere. Motivierend können aber nur solche Ziele sein, an deren Formulierung die Ausführungsebenen aktiv beteiligt wurden. Da die Ausführungsebenen erst in der Endphase des Pilotprojektes in den Zielvereinbarungsprozeß einbezogen werden, ist es an dieser Stelle nicht möglich, Aussagen über die tatsächliche Wirkung des Partizipationsangebotes zu machen.

II.3.c. Mitarbeiterbefragung

Sieben Jahre vor Beginn des Pilotprojektes, 1986, wurde bereits eine anonyme schriftliche Befragung auf freiwilliger Basis in der gesamten Kasse durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug, bezogen auf die Organisationseinheit, aus der später der untersuchte Fachbereich hervorging, 45%. Im Rahmen des Pilotprojektes wurden zwei weitere Mitarbeiterbefragungen (Fragebogen, ergänzende Gruppen- und Einzelgespräche) durchgeführt. Die erste fand zu Beginn des Pilotprojektes, im Juni 1993, statt und zentrierte insbesondere Aspekte der Zufriedenheit sowie der Qualität der Zusammenarbeit im weiteren Sinne. Zum Teil wurden Fragen aus der 1986er Erhebung übernommen. Die 1993er Befragung richtete sich ausschließlich an die nichtleitenden Ebenen. Die Rücklaufquote betrug 75%. Die zweite Befragung im Rahmen des Pilotprojektes wurde im Februar 1995 durchgeführt, wobei diesmal sowohl nichtleitende Mitarbeiter als auch die Sachgebiets-

leiter/ -innen an der Befragung teilnahmen. Diese zweite Erhebung fragte im Unterschied zur ersten zusätzlich nach der Akzeptanz des TQM-Konzeptes. Die Rücklaufquote betrug 79%.

Die relativ hohen Rücklaufquoten der 1993er und 1995er Befragung ließen auf eine große Akzeptanz der Befragung durch die Befragten schließen. Um eine differenzierte Aussage über die Akzeptanz zu gewinnen, wurde das Instrument mit Führungs- und Ausführungskräften diskutiert. Dabei äußerten sich die Führungskräfte positiv: Eine Befragung sei nützlich, um eine weitere Möglichkeit zur Äußerung zu schaffen, wobei es wichtig sei, daß die Befragung anonym durchgeführt werde. Problematisch sei sie bei eine hohen Arbeitsbelastung, weil dann unter Umständen die Unzufriedenheit mit der Arbeitsbelastung auf andere abgefragte Aspekte übertragen werden könne. So entstehe ein „schiefes" Bild. Nach Ansicht der Führungskräfte sollten nicht nur die Ausführungsebenen, sondern auch die Führungsebenen in die Befragung einbezogen werden.

Aus Sicht der Ausführungsebene bietet eine anonyme Befragung für alle Ebenen die Chance, "in sich zu gehen" und das eigene Verhalten zu überdenken. Auch sie betonten, daß die Anonymität der Befragten unbedingt gewahrt werden müsse, da sonst leicht der Mut zur Äußerung fehlen könne. Andererseits führe die Anonymität dazu, daß sich nach der Auswertung kaum jemand von negativen Ergebnissen angesprochen fühle. Außerdem werde ein unter Umständen leichtfertiges "Meckern" gefördert, weil keine offene Auseinandersetzung erfolge. Insgesamt sei eine Befragung ein guter Einstieg für das Projekt gewesen.

Diese Ergebnisse zeigen, daß die Mitarbeiterbefragung als Instrument zur zusätzlichen Äußerungsmöglichkeit akzeptiert und genutzt wurde. Auch war es zur Problemerhebung im Rahmen des Pilotprojektes geeignet. Als schwierig erwies es sich allerdings, die erhobenen Problembereiche im Anschluß an die Befragung zu konkretisieren um sie einer Lösung zuführen zu können. Die Äußerungsbereitschaft, die sich zunächst in der schriftlichen Erhebung zeigt, war in der mündlichen und damit nicht mehr anonymen Form weit geinger. Daher wurde in der zweiten Erhebung versucht, einige Dimensionen differenzierter zu erheben, die sich in der ersten Befragung als bedeutsam, aber im Gespräch schlecht zu konkretisieren erwiesen. Dies gelang, führte aber dennoch nicht zu einer befriedigenden Weiterführung der Problembereiche. Problematisch war in diesem Zusammenhang, daß seitens der Führung in einigen Fällen versucht wurde, identifizierte Problembereiche „wegzudiskutieren". Es fehlte eine ausgeprägte Innovationsorientierung.

Im Ergebnis ist es daher nicht hilfreich, eine Befragung möglichst differenziert durchzuführen, um notwendige Diskussionen ersetzen zu können, denn dadurch steigt der Erhebungs- und Auswertungsaufwand erheblich, ohne daß dem ein nennenswerter Nutzen gegenüberstünde. Eine Befragung kann nur einen groben Überblick über verschiedene Dimensionen liefern.

III. Veränderung der Qualitätskultur

Die Ergebnisse der TQM-Aktivitäten werden im folgenden den Kultur-Dimensionen zugeordnet.

Im Hinblick auf die *Dienstleistungskultur* wurden folgende Verbesserungen erzielt:

- Verbesserung der Information von Versicherten durch Unterstützung des Außendienstes zum Thema "Fehlbehandlungen".

- Erarbeitung von zwei Beratungsblättern für Versicherte zu den Themen "Fehlbehandlungen" und "Silicon".

Zum Projektende waren darüber hinaus folgende Maßnahmen in Vorbereitung:

- Intensivierung der Zusammenarbeit mit Verbraucherzentralen zum Thema "ärztliche Fehlbehandlungen".
- 0130-Telefonaktion für Versicherte zum Thema "Fehlbehandlungen"

Bezüglich der *Kooperationskultur* wurde folgendes erzielt:

- Verbesserung der Zusammenarbeit innerhalb zweier Statusgruppen durch regelmäßige Koordinationsrunden.
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen der Hauptverwaltung.
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen.
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Geschäftsstellen durch Erarbeitung eines Musterarbeitsablaufes für Fehlbehandlungsfälle, Überarbeitung der internen Vorschriften, insbesondere hinsichtlich der Dokumentation, Erarbeitung eines Ausbildungsbriefes für die örtliche Ausbildung in den Geschäftsstellen und eines Praxiswegweisers zur Unterstützung der Kollegen in Fehlbehandlungsfällen.
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit den REHA-Beratern.
- Erhöhung der Zufriedenheit mit den Zugangsmöglichkeiten zum internen Weiterbildungsangebot.
- Erhöhung der konstruktiven Unzufriedenheit: Das Befragungsergebnis zeugte zum Beispiel im Hinblick auf die Informationsintensität und -geschwindigkeit von einer Erhöhung der Unzufriedenheit. Gleichzeitig wude jedoch eine hohe Bereitschaft, sich aktiv im Verbesserungsprozeß zu engagieren, angegeben.
- Stärkung des gemeinsamen Handelns durch Zielvereinbarungen.
- Verbesserte Gewährleistung einer sachgebietsübergreifend einheitlichen Information über Arbeitsanweisungen und Abstimmungen.
- Erhöhung der Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu den Kollegen.
- Verbesserung der „vertrauensvollen Atmosphäre" im Fachbereich.

Neben diesen Erfolgen konnte allerdings nicht erreicht werden, daß ein zusätzliches Engagement zur kontinuierlichen Aushandlung von Qualitätsmaßstäben entwickelt wurde. Dies mag in Ansätzen gelungen sein. Ein kontinuierlicher Ausbau dieser Qualität setzte voraus, daß die Mitarbeiter bereit und in der Lage sind, eigenständig Aushandlungsprozesse mit Kollegen zu initiieren und zu pflegen, die anderen Sachgebieten, Fachbereichen oder Bereichen zugeordnet sind. In vielen Fällen fehlte hierzu die Bereitschaft bzw. die Fähigkeit. Das größte Hindernis bestand aber darin, daß die Fachbereichsleitung nicht bereit war, Koordinationskompetenzen, die traditionell den Führungskräften vorbehalten waren, auf nichtleitende Mitarbeiter zu übertragen.

Folgende Verbesserungen sind bezüglich der Innovationskultur erzielt worden:

- Erhöhung der Transparenz über den Arbeitsanfall durch detaillierte Zählung nach Fallarten und Statusgruppen.
- Erhöhung der Transparenz über die Qualität der Zusammenarbeit, die Zufriedenheit und weiterer Aspekte durch zwei Befragungen.
- Verbesserung der Arbeitstabelle zur Verringerung von "Irrläufern".
- Verbesserung der Arbeitsverteilung.
- Verbesserung der Personaleinsatzplanung an der Schnittstelle Führungskräfte/ Vertreter.
- Verbesserung der sachgebietsübergreifenden Zusammenarbeit durch "Partnergruppen".
- Verbesserung der Zuständigkeitsregelung für die kontinuierliche Überarbeitung von Standardtexten: Eine Arbeitsgruppe aus nichtleitenden Mitarbeitern ist eigenverantwortlich zuständig.
- Verbesserung von Formularen und Standardtexten.
- Austausch aller PC-Lüfter gegen leisere Modelle.
- Bereitstellung erhöhter Arbeitstische an den Fotokopierern.
- Erhöhung der Zufriedenheit mit dem Aspekt "selbständiges Gestalten und Einteilen der Arbeit".
- Montage eines zusätzlichen Bordes im Postraum.
- Montage von Lampen an Fotokopierern.
- Erhöhung der EDV-Kompetenzen.
- Erhöhung der Qualifikation im Bereich "Fehlbehandlungen" durch Schulungen.
- Erhöhung der Sozialkompetenz zur Verbesserung der Zusammenarbeit im Führungsbereich durch Coaching.
- Erhöhung des Weiterbildungswunsches auf allen Ebenen.
- Verbesserung der Einarbeitung durch Schaffung einer "Patenregelung".
- Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu Weiterbildungsmaßnahmen.

Zum Ende des Erhebungszeitraums waren weitere Verbesserungen in Vorbereitung:

- Entlastung einer Statusgruppe zur Schaffung von Kapazitäten zur weiteren Erhöhung der Qualität der Dienstleistung.
- Erarbeitung einer EDV-Anwendung zur Entlastung von Mengen-Routinearbeiten.
- Konzentration der Ressourcen auf wichtige Aufgaben.
- Überdenken der Arbeitsteilung zwischen Sachgebietsleitern und Spezialisten.
- Verringerung des Aufwandes für die Adressen-Ermittlung.
- Zählung von Fehlbehandlungsfällen zur Ermittlung der Steigerungsrate.
- Erarbeitung eines spezifischen Schulungskonzeptes, unter anderem Ermöglichung von Moderatoren-Schulungen.

Das Pilotprojekt zur Einführung eines Qualitätsmanagements fand eine hohe Akzeptanz bei den nichtleitenden Mitarbeitern: So würde über die Hälfte von ihnen (56,3%) ein derartiges Projekt einem anderen Fachbereich weiterempfehlen.

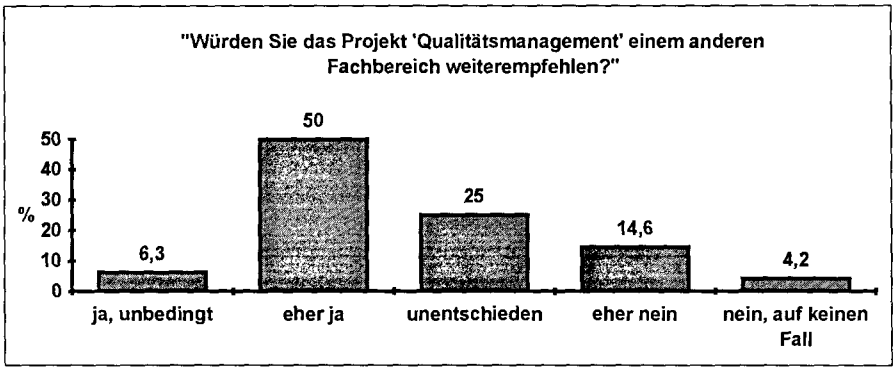


Abb.: Weiterempfehlung des Projektes als Akzeptanzmaßstab

Dennoch bereitete es erhebliche Schwierigkeiten, den Projektaktivitäten eine Eigendynamik dahingehend zu verleihen, daß sich ein Prozeß der kontinuierlichen Verbesserung abzeichnete. Es gelang insbesondere nicht, den implementierten TQM-Steuerkreis zu einer eigenständigen Arbeit zu bewegen. Qualitätsmanagement wurde zwar als wichtige, aber als im Vergleich zum Tagesgeschäft zweitrangige Aufgabe betrachtet. Bei einer konstant als „zu hoch" bewerteten Arbeitsbelastung führte dies dazu, daß das Angebot des Qualitätsmanagers, beratend tätig zu sein, im gesamten Erhebungszeitraum kaum nachgefragt wurde. Ein Beratungsbedarf wurde selten formuliert. Daher war der Qualitätsmanager gezwungen, zunächst als Motivator und Koordinator zu fungieren und sich in diesen Rollen den Beratungsbedarf zu schaffen. Ein großes Problem kann in diesem Zusammenhang in der sehr zurückhaltenden Unterstützung der Fachbereichsleitung, die das Pilotprojekt zu großen Teilen vor allem als zusätzliche Belastung, die sowohl Ressourcen bindetete, als auch (und vor allem) die Autonomie der Fachbereichsleitung gefährdete, gesehen werden. Die Bedeutung der von den TQM-Autoren übereinstimmend hervorgehobene „Managementverpflichtung" kann in diesem Zusammenhang sehr nachdrücklich bestätigt werden.

IV. Folgerung

Im Ergebnis kann festgehalten werden, daß die zum Einsatz gebrachten TQM-Instrumente geeignet waren, die Qualitätskultur im Fachbereich zu stärken. Ein hinreichend großer Teil der Mitarbeiter konnte motiviert werden, sich an Verbesserungsmaßnahmen zu beteiligen. Dabei wurde das Engagement der Beteiligten ganz überwiegend als angenehm empfunden. Auch eine zusätzliche Arbeitsbelastung wurde zunächst freiwillig in Kauf genommen. Motivierend war vor allem, eigene Ideen im „Organisationsalltag" verwirklicht zu sehen. Kaum eine Bedeutung hatte die Möglichkeit, die eigene Arbeitssituation zu verbessern. Insgesamt konnten im Erhebungszeitraum zahlreiche Verbesserungen erzielt werden.

Als besonders schwierig erwies sich die Entwicklung einer Eigendynamik sowie eine *nachhaltige* Veränderung der Qualitätskultur. Drei zentrale Problembereiche können als Ursache hierfür benannt werden:

- Erstens waren die Führungskräfte des Fachbereiches nicht überzeugt von der Sinnhaftigkeit der TQM-Aktivitäten. Sie verfügten nicht über aktuelles Management-know-how und wurden daher mit der Konfrontation mit Verbesserungspotentialen stark gefordert. Sie bezogen ihre Autorität, das gilt vor allem für die Fachbereichsleitung, überwiegend aus spezifischen Fachkompetezen sowie ihrer hierarchischen Position. Der TQM-Prozeß schwächt tendenziell beide Dimensionen. Indem nichtleitende Mitarbeiter mit dem Instrument des Qualitätszirkels ermutigt werden, selbst Verbesserungen zu erarbeiten, sehen die Führungskräfte ihre überragende Fachqualifikation in Frage gestellt. Indem nichtleitende Mitarbeiter ermutigt werden, eigeninitiativ zu denken und zu handeln, sehen sich die Führungskräfte in ihrer Leitungsfunkton beschnitten. Das Problem der schwierigen Meßbarkeit von Verwaltungshandeln begünstigte darüber hinaus die Strategie, Probleme zu ignorieren oder zu verschleiern, so daß ein Handlungsbedarf nicht immer nachweisbar war.
- Zweitens lagen keine betriebswirtschaftlichen Kennzahlen vor, ein Controlling existierte nicht. So konnten Problembereiche überwiegend nicht objektiv bewertet werden.
- Drittens lagen auch keine systematisch erhobenen Daten über Erwartungen, Zufriedenheit oder Probleme von Kunden vor. Solche Daten sind, ebenso wie die Daten des klassischen Controlling, als Maßstab für die Bewertung von Qualität einsetzbar.

Insgesamt zeigte sich damit, daß die Einführung eines Qualitätsmanagements ein ganzheitliches Qualitätsverständnis erfordert. Erfolge können vor allem dann erwartet werden, wenn es gelingt, einerseits die Integration der nichtleitenden Mitarbeitern, vor allem aber die der Führungskräfte zu realisieren und andererseits ein adäquates Instrumentarium - insbesondere auch ein Controlling-Instrumentarium - bereitzustellen.

Anhang II: Anschreiben für die Expertenbefragung

Hochschule für Wirtschaft und Politik Hamburg

Fachgebiet für Betriebswirtschaft
Lehrstuhl für Marketing
Univ. Prof. Dr. Michael P. Zerres
Dipl. Sozialökonom Bernd Curtius

HWP Fachgebiet BWL Von-Melle-Park 9 20146 Hamburg

Tel.: 040-4123 6482

Priv:
Bernd Curtius
August-Bebel-Str. 102a
21029 Hamburg
Tel.: 040-721 83 38

Kassenname
Der Vorstand
Straße
Ort

Expertenbefragung

Hamburg, den 30.03.1998

Sehr geehrter Herr Mustermann,

ich fertige zur Zeit am Lehrstuhl von Herrn Prof. Dr. Michael P. Zerres eine Dissertation zum Thema **„Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen"** an. Die weitere Betreuung der Arbeit liegt bei Herrn Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback, Fachgebiet Jura, insbesondere Sozialrecht, an der HWP. Ziel der Dissertation ist die Entwicklung einer krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagement-Konzeption, die geeignet ist, die Wettbewerbsfähigkeit einzelner Krankenkassen zu erhöhen.

Nachdem ich bereits die einschlägige Literatur ausgewertet, ein Pilotprojekt zur Einführung eines Qualitätsmanagements in einer Krankenkasse durchgeführt, sowie erste Vorschläge zur Ausgestaltung eines unternehmensweiten Qualitätsmanagements in Krankenkassen erarbeitet habe, ist zur Gewinnung zusätzlicher Erkenntnisse nunmehr eine Befragung von Krankenkassenvorständen vorgesehen. Mit der Befragung soll erstens erhoben werden, wie Krankenkassen gegenwärtig ihre Wettbewerbsfähigkeit stärken. Zweitens soll die Praktikabilität meiner Vorschläge zu einem krankenkassenspezifischen Qualitätsmanagement überprüft werden.

Ich würde mich sehr freuen, wenn ich Sie als Interviewpartner gewinnen könnte. Ich werde Ihr Büro in der nächsten Woche anrufen und würde mich dann sehr freuen, wenn ich einen Gesprächstermin mit Ihnen vereinbaren könnte.

Resultate dieser Expertenbefragung werden Anfang 1999 im Rahmen der Dissertation veröffentlicht, bei Interesse sende ich Ihnen die zusammengefaßten Befragungsergebnisse jedoch auch gern vorab zu. In jedem Fall werden die Einzelergebnisse der Befragung vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form veröffentlicht.

Mit freundlichen Grüßen

Anhang III: Leitfaden der Expertenbefragung

Leitfaden der Expertenbefragung

1. Frage (2-5): Veränderung der strategischen Ziele aufgr. Gesundheitsreform?
2. Frage (2-6): Ranking von Dienstleistungsbestandteilen *(Blatt A übergeben)*:
3. Frage (1-1): Wesentliche Maßnahmen zur Profilierung am Markt?
4. Frage (2-8): Zusammenhang Kundenorientierung Erfolg?
5. Frage (2-7): Wer sind Kunden?
6. Frage (2-9): Schwierigkeiten bei Realisierung einer Kundenorientierung?
7. Frage (1-2): Beschäftigt sich Ihre Kasse mit Qualitätsmanagement?
8. Frage (1-3): Erfahrungen mit TQM?

TQM-Prinzipien
- Kundenorientierung
- Prozeßorientierung (interne Kunden/Lieferanten)
- Managementverpflichtung
- Mitarbeiterorientierung
- Innovationsorientierung (Null-Fehler-Prinzip, kontinuierliche Verbesserung

Marktorientierte Instrumente
- Benchmarking
- Testkunde
- SERVQUAL / Kundenbefragung
- Kundenproblemanalyse

Mitarbeiterorientierte Instrumente
- Kooperativer Führungsstil
- Mitarbeiterbefragung
- Fortbildung
- Qualitätsorientiertes Anreizsystem
- Zielvereinbarung

Instrumente der Qualitätssicherung
- „Quality Function Deployment" (QFD)
- Dokumentation/Zertifizierung nach DIN ISO 9000 ff.
- Fehler-Möglichkeits- und Einfluß-Analyse
- Qualitätskennzahlen
- Qualitätskosten
- Computergestützte Qualitätssteuerung
- Qualitätsaudit

Organisationsstrukturorientierte Instrumente
- Qualitätsverantwortung auf Vorstandsebene
- TQM-Steuerungskreis
- Qualitätsmanager
- Kleingruppen/Qualitätszirkel
- Prozeßmanagement

Krankenkassenspezifischen QM-Konzeption *(Blatt B übergeben)*

9. Frage (2-1): Kundenorientierung
- Systematische Erhebung der Kundenerwartungen und -zufriedenheit, differenziert nach Kundengruppen.

  Kundenbegriff:
  - Mitglieder/Versicherte
  - Arbeitgeber
  - Vertragspartner?
  - Selbsthilfegruppen?

10. Frage (2-2): Organisationsstruktur
Unterstützung der Kundenorientierung durch Organisation *(Blatt C übergeben)*. Wo sehen Sie Chancen und Risiken?

1. Tendenziell niedriger Spezialisierungsgrad.
2. Die Koordination darf nicht zu sehr durch schriftliche Verfahrensvorschriften erfolgen. Insbesondere die Koordination durch Selbstabstimmung muß gefördert werden.
3. Flache Stab-Linienorganisation angemessen: eindeutige Entscheidungswege, hohe Entscheidungsqualität und kurze Durchlaufzeiten.
4. Institutionelle Verankerung des Qualitätsmanagements: (Steuerkreis, Qualitätsmanager, Kleingruppen auf den Ausführungsebenen.
5. Messung der Strukturqualität: Durchlaufzeiten der Kernprozesse, Durchlaufzeiten von Prozessen der Innovationsförderung.

Bibliothek
des Instituts für Weltwirtschaft

11. Frage (2-3): Qualitätskultur

Die Philosophie eines Qualitätsmanagements erfordert eine

- Dienstleistungskultur
- Kooperationskultur
- Innovationskultur

(Blatt D übergeben)

Dienstleistungskultur

- Berücksichtigung von Kundenwünschen
- Prompte Reaktion auf Kundenprobleme
- Interne Unterstützung

Kooperationskultur

- Kooperation mit Vorgesetzten
- Kooperation innerhalb der eigenen Abteilung
- Kooperation zwischen den Abteilungen
- Eigenständigkeit und Vertrauen in die Verantwortungsfähigkeit
- Information der Mitarbeiter

Innovationskultur

- Innovationsbereitschaft aller Mitarbeiter
- Innovationsfördernder Führungsstil
- Innovationsfördernde Atmosphäre

Maßnahmen der Kulturentwicklung *(Blatt E übergeben*

1. Definition einer Soll-Qualitätskultur im Kreis der Führungskräfte
2. Messung der Qualitätskultur?*)*
3. Artefakte: Kasseninterne Werbung für die Soll-Kultur?
4. Qualitätsorientierter Führungsstil, insbes. Zielvereinbarung, Einbezug der Mitarbeiter bei Veränderungen?
5. Qualitätsorientierte Anreizsystem?
6. Flexibilisierung des Arbeitszeitsystems?

12. Frage (2-4): Kompetenzen

Maßnahmen:

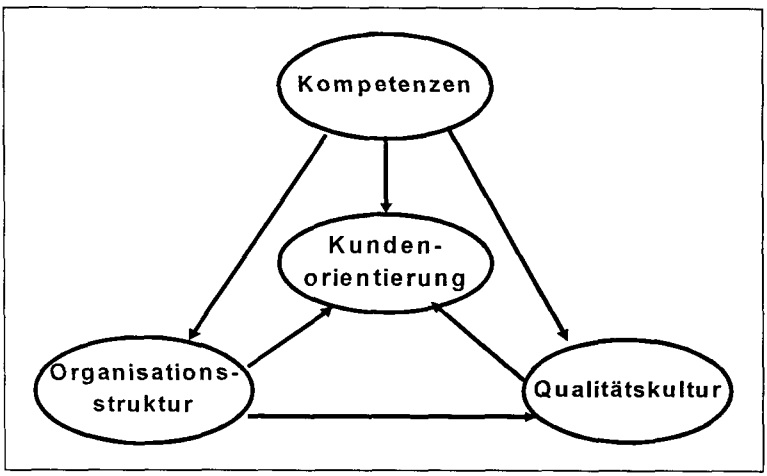
1. Entwicklung des Soll-Kompetenzprofils
2. Ermittlung der Kompetenzlücke
3. Personalentwicklung *(Blatt F übergeben)*

Blatt A

Wichtige Aufgaben einer Krankenkasse	Rang
• Ordnungsmäßige Verwaltung, Einhaltung der rechtlichen Vorschriften	
• Maßnahmen der Gesundheitsversorgung	
• Persönliche Beratung und Information der Kunden	
• Information der Kunden durch Massenmedien	
• Beratung des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung	
• Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung	
• Service gegenüber den Kunden	

Blatt B

Elemente einer Qualitätsmanagement-Konzeption



Blatt C

Qualitätsorientierte Maßnahmen der Organisationsgestaltung

- Niedriger Spezialisierungsgrad?
- Koordination durch Selbstabstimmung fördern?
- Flache Stab-Linienorganisation?
- Institutionelle Verankerung des Qualitätsmanagements?
  - Vorstandsfunktion „Qualitätsmanagement"
  - „Steuerkreis" auf Managementebene
  - „Qualitätsmanager" in Stabsfunktion
  - Kleingruppen/Qualitätszirkel
- Messung der Strukturqualität?

Blatt D

Entwicklung einer Qualitätskultur

- Definition einer Soll-Qualitätskultur im Kreis der Führungskräfte?

  Dienstleistungskultur
  - Berücksichtigung von Kundenwünschen
  - Prompte Reaktion auf Kundenprobleme
  - Interne Unterstützung

  Kooperationskultur
  - Kooperation mit Vorgesetzten
  - Kooperation innerhalb der eigenen Abteilung
  - Kooperation zwischen den Abteilungen
  - Eigenständigkeit und Vertrauen in die Verantwortungsfähigkeit
  - Information der Mitarbeiter

  Innovationskultur
  - Innovationsbereitschaft aller Mitarbeiter
  - Innovationsfördernder Führungsstil
  - Innovationsfördernde Atmosphäre

Blatt E

- Messung der Qualitätskultur?
- Kasseninterne Werbung für die Soll-Kultur?
- Qualitätsorientierter Führungsstil?
- Zielvereinbarung, Einbezug der Mitarbeiter bei organisatorischen Veränderungen?
- Qualitätsorientiertes Anreizsystem?
- Flexibilisierung des Arbeitszeitsystems?

Blatt F

Maßnahmen zur Sicherstellung der Kompetenzen

- Entwicklung des Soll-Kompetenzprofils?
- Ermittlung einer „Kompetenzlücke"?
- Personalentwicklung?

Personengruppe	Kompetenzlücke	Instrumente der Personalentwicklung				
		Seminar	Einzel-Coaching	Gruppen-Coaching	Anleitung durch Vorgesetzten	Stategie-Beratung
Führungskräfte	Qualitätsmanagement-Wissen	●				●
	Kooperativ führen		●	●	●	
	Widersprüchliche Rollenanforderungen austarieren		●	●	●	
	Delegieren		●		●	
	Strategien entwickeln und umsetzen		●		●	●
Spezialisten der Qualitätsförderung	Qualitätsmanagement-Wissen	●				
	Sachverhalte vermitteln	●				
	Verhandlungsgeschick	●				
Nichtleitende Mitarbeiter	Sozialversicherungsrechtliches Fachwissen	●			●	
	Interaktionskompetenzen	●			●	
	Kleingruppen/Qualitätszirkel leiten/moderieren	●		●		
	Gruppenergebnisse präsentieren	●		●		

Abkürzungsverzeichnis

1.NOG	1. GKV-Neuordnungsgesetz
2.NOG	2. GKV-Neuordnungsgesetz
Abb.	Abbildung
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
BEK	Barmer Ersatzkasse
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BUK	Buchdrucker-Krankenkasse Hannover
BVW	Betriebliches Vorschlagswesen
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGQ	Deutschen Gesellschaft für Qualität
DIN	Deutsche Industrienorm
DQS	Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Qualitätssicherungs-systemen
EN	Europäische Norm
et al.	et alliance
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKK	Gärtner-Krankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HKK	Handelskrankenkasse
HZK	Krankenkasse für Bau- und Holzberufe
i.d.R.	in der Regel
IKK	Innungskrankenkasse
KEH	Krankenkasse „Eintracht" Heusendamm
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
KVG	Krankenversicherungsgesetz
Mio.	Millionen
NDR	Norddeutscher Rundfunk
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB IV	Viertes Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
TQM	Total Quality Management
u.U.	unter Umständen
usw.	und so weiter
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
vgl.	vergleiche
Ziff.	Ziffer
z.T.	zum Teil

Personen- und Institutionenverzeichnis

—A—

Abholz 33
Ackermann 134
Adams 7; 119; 123; 126; 129; 130
Adelt 269
Adler 66
Aktouf 190
Alber 55
Ansoff 67
Anton 192
Antoni 4; 134; 136
AOK 35; 58; 60; 61; 62; 73; 282
Apitz 73

—B—

Bartel-Lingg 233
Bartscher 4; 136
Bätscher 7; 103; 104
Bauer, C.-O. 4
Bauer, J. 216
Becker 65; 66; 67; 68; 69
Bednarek 134
BEK 58; 61; 62; 63
Benad 73
Bergholz 104; 105; 133; 135
Bergmann 115; 116; 117
Beriger 134
Berry 95; 96; 97; 101; 102; 111; 217; 233
Bieback 14; 16; 18
BKK 38; 39; 46; 58; 60; 61; 63; 146
Bliemel 68; 84
Bloch 20
Blumentritt 6; 55; 56; 74; 78
Bollinger 4; 81; 82; 98; 99; 100; 102
Böning 193; 279
Bosetzky 5; 185; 186
Bosshard 123
Brackrock 103; 123; 129; 135
Braun 120; 121; 135
Breisig 135; 175; 177
Brickner 196
Brüggmann 178
Bruhn 50; 65; 66; 67; 71; 74; 77; 79; 86; 87; 88; 92; 118
Budäus 165
BUK 57
Bundesministerium für Gesundheit 46
Bundesversicherungsamt 21; 22; 23; 29; 73; 75; 77
Bungard 4; 134; 136
Bungart 4

—C—

Cascio 195; 196
Cassel 1; 2; 30; 72
Champy 105
Chao 195
Cooper 103; 104; 105; 125; 126; 129; 130; 134
Corsten 81; 83
Crosby 7; 82; 86; 123; 126; 132; 135
Curtius 133

—D—

DAK 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63
Dale 103; 104; 105; 125; 126; 129; 130; 134
Damkowski 165
Davenport 105
Deal 177
Deppe, H.-U. 46
Deppe, J. 133; 134; 243
Deutsche Gesellschaft für Qualität 86
Deutsche Marketing-Vereinigung 114
Dill 175
Dögl 7; 123; 126; 130
Döhler 45
Donabedian 93; 94; 100
Dopfer 7; 103; 104; 105; 135
Dornach 112; 113; 114
Dörr 7; 103; 104; 105; 135
Drumm 269

—E—

Ebsen 15
Elkeles 33
Engelhard 19; 29
Engelhardt 7; 126; 130; 132
Esser 5
European Foundation for Quality Management 88; 89; 90; 92; 93; 233

—F—

Fehlbaum 169
Ferk 105; 170; 172
Fink 7; 103; 104
Fischer 198; 216
Franke 137
Franz 137
Frehr 104; 105; 109; 119; 123; 130; 137
Freitag 170; 172
Frick 105
Friedberg 214
Fromm 105

—G—

Gabele 5
Gaitanides 105; 137; 168
Garvin 80
Gebert 48
GEK 58; 62; 63
GKK 57
Greipel 177; 178
Griesewell 17; 18; 45
Groocock 7; 107; 114; 126

—H—

Haas 269
Hackstein 134
Hahl 177
Hahn 83
Haist 105
Haller 80; 82
Hammer 105
Hanft 175; 177; 178
Hanselmann 269
Heeg 134
Heidack 104; 105; 119; 135; 137
Heinen 175; 178; 188
Heinrich 5; 185; 186
Heitmeyer 196; 197; 198; 238; 285
Henning 118
Henninger 27; 28
Hentschel 7; 50; 80; 107; 110; 111; 112; 114; 115; 116; 117; 118; 225
Herter 107; 108; 109; 119; 126; 129; 137; 262
Hilke 34; 75; 77
Hill 169
Hindringer 5
Hinterhuber 69
Hinterwäller 7; 81; 130
Hippler 269
HKK 58
Hoffmann, F. 178; 181; 269
Hoffmann, W. 46
Hopfenbeck 83
Horn 192; 195; 239
Horváth 7; 82; 84; 126; 127; 128; 129; 134; 216
Huck 193
HZK 58; 61

—I—

IKK 35; 38; 40; 58; 60; 61; 62; 63; 64
Imai 105
Ishikawa 103; 104; 129; 130; 134
Iten 196

—J—

Jacobs 17; 30; 45; 72
Jahn 87
Jeserich 196; 197; 238; 239; 242; 285
Jung 76
Juran 7; 81; 119; 124; 129; 130; 171

—K—

Kailich 100; 101
Kaltenbach 7; 103; 123; 126; 129; 132; 133; 134; 135
Kamiske 7; 85; 86
Kassebohm 87; 90; 91; 92; 103; 104; 105; 130
Käßer-Pawelka 71
Kaufmann 50; 51; 52
Kennedy 177
Kern 185; 186; 187; 188; 190; 233
Kieser 166; 167; 168; 169; 251; 252
Kirchgässler 33
Kirsch 5
KKH 58
Klages 48; 176; 269
Klimoski 196
Kluckhohn 190; 191
Klusen 194
Knieps 17
Kobi 178 185; 186; 187; 189; 191; 214; 233; 270

Köhrer 23
Kompa 181; 195
König 239
Kotler 68; 69; 84
Kraft 123
Krechting 71
Kring 123
Kromschröder 7; 51; 52; 97; 98; 102; 119; 122; 123; 134
Kubicek 166; 167; 168; 169; 251; 252
Kühlmann 71
Kühnlein 277
Küpper 198
Kürble 1
Kurtenbach 71

—L—

Laatz 140; 145; 202
Lammers 196; 197; 198; 239
Lawrence 120; 121; 135
Lehmann 7; 107; 108; 109; 112; 114; 129
Lentz 76

—M—

Magrath 71
Malorny 7; 85; 86; 87; 90; 91; 92; 103; 104; 105; 130
Marburger 6; 22; 76; 77
Masing 7; 123; 130
Meffert 2; 50; 65; 66; 67; 71; 72; 73; 74; 76; 77; 86; 88; 92
Mehdorn 103; 104; 105; 108; 114; 119; 121; 122; 123; 124; 125; 130; 134; 135; 195
Mengert 13; 14
Mentzel 192; 193; 278; 279
Merton 3
Meyer 34; 50; 72; 73; 77; 79; 112; 113; 114; 282
Mielck 33
Mollenhauer 103; 104; 122; 130; 132; 134
Morgan 175
Müller, M. 196
Müller, S. 269
Müri 269

—N—

Neubauer 197
Neuberger 180; 181; 268; 269; 270
Neuner 48
Nickel-Waninger 52; 71; 76

—O—

Oess 81; 84; 91; 92; 103; 104; 105; 119; 120; 123; 124; 126; 129; 130; 132; 133; 134
Oppen 6; 50; 51; 52; 53; 103; 104; 105; 137; 138
Oppolzer 48
Ortlieb 7; 103; 104; 105; 122; 134
Ortmann 4; 81; 82; 98; 99; 100; 102; 214
Österle 105; 170
Otala 105

—P—

Paquet 17; 72
Parasuaram 95; 96; 97; 101; 102; 111; 217; 218; 220; 221; 222; 233; 247
Peters 12; 13; 14
Pfeifer 124; 125; 126; 129; 130; 135
Pfitzinger 7; 119; 125; 126
Poth 73
Precht 165
Produkt + Markt 55; 56
Puschmann 71; 73

—R—

Rademacher 7; 119; 123; 126; 129; 130
Rebscher 18
Rehkopf 13
Reichwald 4
Reilly 195
Reiß 137
Reschke 30
Ring 103; 104; 122; 130; 132; 134
Rosenstiel 48
Rothballer 5
Runge 107; 108; 109; 123; 129; 135; 137
Ryll 55

—S—

Sabel 20; 21; 26; 28; 41

Sachverständigenrat 17; 18; 45; 48
Schanz 192
Schaper 189; 190
Schein 4; 129; 172; 175; 176; 185; 189; 190
Scheuch 50; 68; 78
Schierenbeck 76; 83; 169; 262
Schildknecht 143
Schineis 76
Schirmer 43
Schlenker 12; 13; 14; 18
Schmid, B. 105
Schmid, D. 7; 103; 104; 122; 134
Schmitt 24; 25; 26; 27
Schmitz 216
Schnapp 15; 23; 24; 42; 43; 66
Scholz, Chr. 84; 119; 175; 176; 183; 184; 193; 194; 195
Scholz, R. 105; 168; 170; 172
Schönbach 18; 45
Schrädler 194
Schreyögg 178; 179
Schuh 183; 275
Schuler 196
Schultes-Jaskolla 183; 275
Schulz 198
Schütz 7; 126; 130; 132
Seehofer 45; 72
Seghezzi 81; 82; 84; 85; 103; 104; 105; 114; 122; 123; 124; 125; 126; 129; 130; 134
Seidenschwanz 216
Sendler 45
Shostack 117
Siegwart 81
Sinus 55; 56
Sommer 47
Sprenger 182
Staal 133
Staehle 1; 10; 83; 119; 166; 167; 168; 169; 170; 175; 178; 181; 183; 193; 214; 229; 262; 270
Statistisches Bundesamt 34; 36; 37; 38; 40; 42; 45; 46; 49
Staudt 7; 81; 130; 181
Stauss 7; 103; 107; 111; 112; 114; 115; 116; 117; 118; 122; 225
Stehle 195; 196
Stitzel 183; 275
Strasser 79
Striening 103; 104; 109; 121; 123; 125; 129; 132; 134; 135; 137
Strubl 172

—T—

Tennstedt 12; 13
Thom 196; 197; 198; 238; 285
Thomann 5
TK 12; 55; 61; 73
Töns 13
Töpfer 103; 104; 105; 108; 114; 119; 121; 122; 123; 124; 125; 130; 134; 135; 195
Türk 178
Tvedt 7; 124; 129; 134; 137

—U—

Ulrich 79; 169
Urbahn 7; 82; 84; 126; 127; 128; 129; 134

—V—

Verband der privaten Krankenversicherung 44
Vogel 7; 119; 125; 126
Vogelsang 194
Volbers 43
Vrohlings 105; 168

—W—

Watson 214
Weiber 66
Weidner 170; 172
Weltz 4; 81; 82; 98; 99; 100; 102
Werne 7; 50; 51; 52; 53; 108; 116; 117; 123; 124; 126; 127; 128; 129; 130; 132; 133; 135
Wiedemann 73
Wiendieck 134
Wild 83
Witte 111
Wohlfahrt 277
Wolf 7; 129; 130
Wollert 177
Wollnik 179
Wüthrich 178; 185; 186; 187; 189; 191; 233

—Z—

Zangl 170; 172; 173; 174
Zeithaml 95; 96; 97; 101; 102; 111; 217; 218; 220; 221; 222; 233
Zerres 65; 133; 182; 216
Zink 103; 104; 122; 124; 125; 126; 132; 133; 134; 135; 137; 262; 265
Zipperer 45

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H. (1981): Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung. Ein Literaturüberblick unter besonderer Berücksichtigung der Literatur aus Großbritanien und den USA. In: Hauß, F./ Naschold, F./ Rosenbrock, R. (Hrsg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Berlin, S. 64-93.

Ackermann, M. P. (1992): Rahmenbedingungen für die Effizienz von Kleingruppenaktivitäten. In: Bungard, W. (Hrsg.): Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Göttingen, Stuttgart, S. 225-240.

Adams, H. W./ Rademacher, H. (Hrsg.) (1994): Qualitätsmanagement. Strategie, Struktur, Systeme. Frankfurt.

Aktouf, O. (1985): Wie Manager und Arbeiter sich selbst und einander in Organisationen sehen. In: Organisationsentwicklung, Nr. 4/1985, S. 35-40.

Alber, J./ Ryll, A. (1990): Die Krankenversicherung im Bewußtsein der Bevölkerung. In: Sozialer Fortschritt, Nr. 4/1990, S. 165 ff.

Ansoff, H. I. (1966): Wettbewerbs-Strategie. München.

Anton, K.-H. (1993): Soziale Kompetenz. Vom Umgang mit Mitarbeitern. Düsseldorf, Wien.

Antoni, C. H. (1990): Qualitätszirkel als Modell partizipativer Gruppenarbeit. Bern, Stuttgart, Toronto.

Antoni, C. H./ Bartscher, S./ Bungard, W. (1992): Zur Übertragbarkeit des Qualitätszirkel-Konzeptes vom Produktions- auf den Büro-/Verwaltungsbereich. In: Bungard, W. (Hrsg.): Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Göttingen, Stuttgart, S. 241-262.

AOK (1996): AOK-Bundesverband. Bilanz 1996. Bonn.

AOK (1998 a): Gesundheitsmanagement im Praxistest. AOK gestaltet hochkomplexe Dienstleistungen. In: Presseservice Gesundheit. Sonder-Ausgabe v. 16.03.1998, S. 9-13.

AOK (1998 b): Krankengeldkunden sehr zufrieden. Persönliche Betreuung beschleunigt Genesung. In: Presseservice Gesundheit. Sonder-Ausgabe v. 16.03.1998, S. 14-16.

Apitz, K./ Benad, G./ Poth, L. G. (1987): Image-Profile. Landsberg/Lech.

Bartel-Lingg, G. (1996): Die Mitarbeiterorientierung im Total Quality Management. Eine Untersuchung in der Automobilindustrie. München, Mering; zugl. Diss., Univ. München.

Bätscher, R./ Fink, H. (1995): Keine Effizienz ohne Qualität. In: Versicherungskaufmann, Nr. 2/1995, S. 12-16.

Bauer, C.-O. (1993): Qualitätsmaßnahmen bei Dienstleistern. In: Zsifkovits, H. E. (Hrsg.): Erfolgsfaktor Servicequalität. Total Quality Management (TQM) im Dienstleistungsbereich. Köln, S. 103-120.

Bauer, J./ Zerres, M. P. (1998): Qualität ist Trumpf. In: Zerres, M. P. (Hrsg.): Kooperatives Marketing-Controlling. Frankfurt, S. 169-189.

Becker, J. (1993): Marketing-Konzeption. Grundlagen des strategischen Marketing-Managements. 5. Aufl., München.

Bednarek, E. (1985): Veränderungen der Arbeitsmotivation durch Qualitätszirkel und Lernstatt. Diss., Techn. Univ. München.

BEK (1996): Barmer Ersatzkasse. Geschäftsbericht 1996. Wuppertal.

Bergholz, H.-J. (1991): Total Quality Management: Der Weg in die Zukunft. In: Qualität und Zuverlässigkeit, Nr.7/1991, S. 389-394.

Bergmann, M. (1995): Qualitätsmanagement in Kreditinstituten. Verfahren zur Messung und Steuerung der Dienstleistungs-Qualität und deren Implementierung. Frankfurt/M.; zugl. Diss., Univ. Münster.

Beriger, P. (1986): Das Quality Circle-Konzept im Rahmen der Kreativitätsförderung in der Unternehmung. Diss., Univ. Zürich.

Bieback, K.-J. (1992): Regulierungskonzepte und Regulierungsprobleme des Gesundheitsreformgesetzes. In: Bieback, K.-J. (Hrsg.): Das Gesundheitsreformgesetz. Eine gescheiterte Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung? Sankt Augustin S. 21-36.

Bieback, K.-J. (1993): Allgemeine sozial- und versicherungsrechtliche Aspekte des GSG. In: Zeitschrift für Sozialreform, Nr. 4/1993, S. 197-218.

BKK (1996): Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Berichte, Konzepte, Kommentare 96/97. Essen.

BKK (1998): Verzeichnis der Betriebskrankenkassen und ihrer Verbände. Herausgegeben vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Essen.

Bloch, E. (1994): Kreis der versicherten Personen. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 485-540.

Blumentritt, M. (1996): Imagepolitik gesetzlicher Krankenversicherungen. Bergisch Gladbach, Köln; zugl. Diss., Univ. Köln 1993.

Böning, U. (1994): Ist Coaching eine Modeerscheinung? In: Hofmann, L. M./ Regnet, E. (Hrsg.): Innovative Weiterbildungskonzepte. Trends, Inhalte und Methoden der Personalentwicklung in Unternehmen. Göttingen, S. 171-186.

Bosetzky, H./ Heinrich, P. (1989): Mensch und Organisation. Köln.

Bosetzky, H./ Heinrich, P. (1988) (ohne Jahresangabe, vermutlich 1988): Erfassung von Bürokultur. Berlin.

Brackrock, E. (1993): ISO 9000. Organisationsentwicklung und Managementqualität als Aufgabeneinheit. In: Personal, Nr. 8/1993, S. 376-379.

Braun, K./ Lawrence, Ch. (1993): TQM I: Ohne gemeinsame Werte wird es nichts. In: Harvard Business Manager, Nr. 2/1993, S. 77-85.

Breisig, Th. (1990 a): Betriebliche Sozialtechniken. Köln.

Breisig, Th. (1990 b): Unternehmenskultur. Vom kometenhaften Aufstieg eines Schlagwortes ... oder: Was hoch steigt, fällt bekanntlich tief. In: Zeitschrift für Führung + Organisation, Nr. 2/1990, S. 93-100.

Brüggmann, H. (1991): Persönlichkeitsentwicklung als Aufgabe der Personalführung. Eine Untersuchung bewußter und unbewußter Momente in der Personalführung und ihre möglichen Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung. Mering; zugl. Diss., Univ. Hamburg.

Bruhn, M. (1997): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 2. Aufl., Berlin u.a.

Bruhn, M. (Hrsg.) (1995): Internes Marketing. Integration der Kunden- und Mitarbeiterorientierung. Grundlagen, Implementierung, Praxisbeispiele. Wiesbaden.

Bruhn, M./ Henning, K. (1993): Selektion und Strukturierung von Qualitätsmerkmalen. In: GfK, Jahrbuch der Absatz und Verbrauchsforschung, Nr. 3/1993, S. 314 ff.

Budäus, D. (1994): Public Management. Konzepte und Verfahren zur Modernisierung öffentlicher Verwaltungen. Berlin.

BUK (1996): Buchdrucker-Krankenkasse Hannover. Jahresbericht 1996. Hannover.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1995): Informationen zur Kassenwahl. Bonn.

Bundesversicherungsamt (1994): Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung. Schreiben des Bundesversicherungsamtes, Berlin vom 29.11.1994, an alle bundesunmittelbaren Kassen.

Bungard, W./ Wiendieck, G. (1992): Qualitätszirkel in einem Großbetrieb der metallverarbeitenden Industrie. Ergebnisse einer Befragung von Vorgesetzten, Moderatoren und Mitarbeitern. In: Bungard, W. (Hrsg.): Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Göttingen, Stuttgart, S. 139-180.

Cascio, W. F. (1987): Applied Psychology in Personell Management. 3. Aufl., Englewood Cliffs.

Cassel, D. (1992): Organisationsreform der GKV. Anspruch und Wirklichkeit. In: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 11-12/1992, S. 4-10.

Corsten, H. (1995): Lexikon der Betriebswirtschaftslehre. 3. Aufl., München, Wien.

Crosby, Ph. B. (1986): Qualität bringt Gewinn. Hamburg, (Originalausg.: Quality is free. The Art of Making Quality Certain. New York 1979).

Curtius, B. (1993): Probleme bei der Einführung eines Qualitätsmanagements. In: Sozialökonomische Beiträge, Nr. 1/1993, S. 74-91.

DAK (1996): Deutsche Angestellten Krankenkasse. Jahresbericht und Jahresrechnung 1996. Hamburg.

Dale, B./ Cooper, C. (1992): Total Quality and Human Resources. An executive guide. Oxford.

Damkowski, W./ Precht, C. (1995): Public Management. Neuere Steuerungskonzepte für den öffentlichen Sektor. Stuttgart, Berlin, Köln.

Davenport, Th. H. (1993): Process Innovation. Reengineering Work through Information Technology. Harvard Business School Press. Boston/Massachusetts.

Deal, T. E./ Kennedy, A. A. (1987): Unternehmenserfolg durch Unternehmenskultur. Bonn.

Deppe, H.-U. (1996): Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist eine Erfindung der Politik. In: Frankfurter Rundschau v. 18.6.1996, S. 12.

Deppe, J. (1992): Quality Circle und Lernstatt. Ein integrativer Ansatz. 3. Aufl., Wiesbaden; zugl. Diss., Univ. Bochum 1988.

Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V. (1995): Begriffe zum Qualitätsmanagement. 6. Aufl., Frankfurt/M.

Deutsche Marketing-Vereinigung e.V. (1997): Das Deutsche Kundenbarometer. Krankenkassen und -versicherungen. Branchenbericht. Düsseldorf.

Dill, P. (1987): Unternehmenskultur. Bonn.

DIN EN ISO 55350-11 (1994): Begriffe zu Qualitätsmangement und Statistik. Teil 11. Grundbegriffe des Qualitätsmanagements. Herausgegeben vom Europäischen Komitee für Normung. Brüssel.

DIN EN ISO 9000-1 (1994): Normen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung/QM-Darlegung. Teil 1. Leitfaden zur Auswahl und Anwendung. Herausgegeben vom Europäischen Komitee für Normung. Brüssel.

DIN EN ISO 9001 (1994): Qualitätsmangementsysteme - Modell zur Qualitätssicherung/QM-Darlegung in Design, Entwicklung, Produktion, Montage und Wartung. Herausgegeben vom Europäischen Komitee für Normung. Brüssel.

DIN EN ISO 9002 (1994): Qualitätsmangementsysteme - Modell zur Qualitätssicherung/QM-Darlegung in Produktion, Montage und Wartung. Herausgegeben vom Europäischen Komitee für Normung. Brüssel.

DIN EN ISO 9003 (1994): Qualitätsmangementsysteme - Modell zur Qualitätssicherung/QM-Darlegung bei der Endprüfung. Herausgegeben vom Europäischen Komitee für Normung. Brüssel.

DIN EN ISO 9004-2 (1994): Qualitätsmangement und Qualitätsmanagementelemente. Teil 2 - Leitfaden für Dienstleistungen. Herausgegeben vom Europäischen Komitee für Normung. Brüssel.

Dögl, R. (1986): Strategisches Qualitätsmanagement im Industriebetrieb. Pragmatischer Ansatz zur Erklärung und methodischen Handhabung des Qualitätsphänomens. Göttingen.

Döhler, M. (1994): Gesundheitsreform als Ausstieg aus der klassischen Sozialversicherung? In: Riedmüller, B./ Olk, Th. (Hrsg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Opladen, S. 146-163.

Donabedian, A. (1980): The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality, Assessment and Monitoring. Vol I. Michigan.

Dopfer, W./ Dörr, St. (1994): Total Quality Management bei der Hypobank. Der NochBesser-Prozeß. In: Personalführung, Nr. 10/1994, S. 888-897.

Drumm, H. J. (Hrsg.) (1989): Individualisierung der Personalwirtschaft. Grundlagen, Lösungsansätze und Grenzen. Bern, Stuttgart.

Ebsen, I. (1994): Rechtsquellen. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 249-290.

Elkeles, Th./ Mielck, A. (1993): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Berlin.

Engelhard, W. (1994): Finanzierung der Krankenversicherung. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 1319-1424.

Engelhardt, W. E./ Schütz, P. (1991): Total Quality Management. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Nr. 8/1991, S. 394-399.

European Foundation for Quality Management (1998): Selbstbewertung. Richtlinien für den Öffentlichen Sektor: Gesundheitswesen. Brüssel.

Ferk, H. (1996): Geschäfts-Prozeßmanagement. Ganzheitliche Prozeßoptimierung durch Cost-Driver-Analyse. München.

Fischer, H. P. (1989): Die Beobachter im Assessment-Center, Wirkungen und wandelnde Bedeutung - Eindrücke einer zehnjährigen AC-Arbeit in einem Produktionswerk der Automobilindustrie. In: Lattmann, Ch. (Hrsg.): Das Assessment-Center-Verfahren der Eignungsbeurteilung. Heidelberg, S. 129-146.

Fischer, T. M./ Schmitz, J. (1996): Qualitätscontrolling. In: Die Betriebswirtschaft, Nr. 6/1996, S. 809-825.

Fourier, St. (1994): Human Quality Management. Mit Führungsqualität die Zukunft meistern. Wiesbaden.

Franke, R. (1994): Prozeßkostenrechnung - den Gemeinkosten auf der Spur. In: Franke, R./ Zerres, M. P.: Planungstechniken. Instrumente für zukunftsorientierte Unternehmensführung. 4. Aufl., Frankfurt/M., S. 239-252.

Franz, K.-P. (1995): Prozeßmanagement und Prozeßkostenrechnung. In: Schmalenbach-Gesellschaft (Hrsg.): Reengineering. Konzepte und Umsetzung innovativer Strategien und Strukturen. Kongress-Dokumentation 48. Deutscher Betriebswirtschafter-Tag 1994. Stuttgart, S. 117-126.

Frehr, H.-U. (1993): Total Quality Management. Unternehmensweite Qualitätsverbesserung. Ein Praxis-Leitfaden für Führungskräfte. München, Wien.

Freitag, G./ Weidner, W. (1996): Organisation in der Unternehmung. Aufbau- und Ablauforganisation. Methoden und Techniken praktischer Organisationsarbeit. 5. Aufl., München, Wien.

Frick, G./ Schmid, B. (1994): Kaizen-Arbeit im Personalbereich. Philsophie, Werkzeuge, Implementierungsansätze. In: Personalführung, Nr. 10/1994, S. 900-911.

Friedberg, E. (1988): Zur Politologie von Organisationen. In: Küpper, W./ Ortmann, G. (Hrsg.): Mikropolitik. Opladen, S. 39-52.

Gaitanides, M. (1993): Aufbau-und Ablauforganisation. In: Handbuch der Betriebswirtschaft, Sp. 192.

Gaitanides, M./ Scholz, R./ Vrohlings, A. (1994): Prozeßmanagement - Grundlagen und Zielsetzungen. In: Gaitanides, M./ Scholz, R./ Vrohlings, A./ Raster, M. (Hrsg.): Prozeßmanagement. Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München, Wien, S. 1-20.

Garvin, D. A. (1984): Product Quality: An Important Strategic Weapon. In: Business Horizons. Vol. 27, No. 3/1984, S. 40-43.

Gebert, D./ Rosenstiel, L. v. (1992): Organisationspsychologie. 3. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln.

GEK (1996): Gmünder Ersatzkasse. Jahresbericht 1996. Schwäbisch Gmünd.

GKK (1996): Gärtner-Krankenkasse. Geschäftsbericht 1996. Hamburg.

Greipel, P. (1988): Strategie und Kultur. Grundlagen und mögliche Handlungsfelder kulturbewußten strategischen Managements. Bern, Stuttgart; zugl. Diss., Univ. Wuppertal 1987.

Griesewell, G. (1994): Markt oder Staat - Wettbewerb oder Dirigismus? Zur Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 1-2/1994, S. 28-41.

Groocock, J. M. (1988): Qualitätsverbesserung. Hamburg (Originalausg.: The Chain of Quality. Market Dominance Through Product Superiority. New York 1986).

Hackstein, R./ Heeg, F. J. (1985): Über die Effizienz von Gruppenaktivitäten in deutschen Unternehmen. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr. 3/1985, S. 151-156.

Hahl, St. (1988): Qualitätssicherung lohnt sich. Die wirtschaftliche Seite der Qualitätssicherung. In: Personal, Nr. 9/1988, S. 358-361.

Hahn, D. (1985): Planungs- und Kontrollrechnung. 3. Aufl., Wiesbaden.

Haist, F./ Fromm, H. (1991): Qualität im Unternehmen. Prinzipien - Methoden -Techniken. 2. Aufl., München.

Haller, S. (1993): Methoden zur Beurteilung von Dienstleistungsqualität. Überblick zum State of the Art. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Nr. 1/1993, S. 19-40.

Hammer, M./ Champy, J. (1993): Reengineering the Corporation. Harper Business. New York.

Hanft, A. (1991): Identifikation als Einstellung zur Organisation. Eine kritische Analyse aus interaktionistischer Perspektive. München.

Hanselmann, S. (1992): Wertewandel bei Führungskräften und Führungsnachwuchs. Zur Entwicklung einer wertorientierten Unternehmensgestaltung. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Nr. 4/1992, S. 197-200.

Heidack, C. (1995): Qualifikation und Qualität - Effektivität der kooperativen Selbstqualifikation als geistig-soziale Wertschöpfung. In: Heidack, C. (Hrsg.): Arbeitsstrukturen im Umbruch. München, Mering, S. 87-124.

Heinen, E. (1987): Unternehmenskultur als Gegestand der BWL. In: Heinen, E. (Hrsg.): Unternehmenskultur. Perspektiven für Wissenschaft und Praxis. München, S. 1-48.

Heitmeyer, K./ Thom, N. (1982): Assessment Center. In: Personalwirtschaft, Nr. 10/ 1982, S. 19-26.

Heitmeyer, K./ Thom, N. (1988): Assessment-Center. Gestaltungs- und Anwendungsmöglichkeiten. 3. Aufl., Köln.

Henninger, M.-P. (1994): Beziehungen zu den übrigen Leistungserbringern. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 1082-1106.

Hentschel, B. (1990): Die Messung wahrgenommener Dienstleistungsqualität mit SERVQUAL. In: Marketing - Zeitschrift für Forschung und Praxis, Nr. 4/1990, S. 230-240.

Hentschel, B. (1992): Dienstleistungsqualität aus Kundensicht. Vom merkmals- zum ereignisorientierten Ansatz. Wiesbaden, zugl. Diss., Kath. Univ. Eichstätt.

Herter, R. N. (1993): Total Quality Management. In Das Wirtschaftsstudium, Nr. 1/1993, S. 29-32.

Hesse, J./ Zerres, M. P. (1993): Einführung in das Marketing unter besonderer Berücksichtigung des Marketing der Unternehmung Deutsche Bundespost Telekom. München, Mering.

Hilke, W. (1989): Grundprobleme und Entwicklungstendenzen des Dienstleistungs-Marketing. In: Hilke, W. (Hrsg.): Dienstleistungs-Marketing, S. 5-44.

Hill, W./ Fehlbaum, R./ Ulrich, P. (1974): Organisationslehre. Bern, Stuttgart.

Hindringer, B./ Rothballer, W./ Thomann, H. J. (1996): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Aktueller Ratgeber für alle Bereiche des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesens. Loseblattsammlung. Köln.

Hinterhuber, H. H. (1982): Wettbewerbsstrategien. Berlin, New York.

HKK (1996): Handelskrankenkasse. Geschäftsberichte 1996. Bremen.

Hoffmann, F. (1989): Erfassung, Bewertung und Gestaltung von Unternehmenskulturen. Von der Kulturtheorie zu einem anwendungsorientierten Ansatz. Zeitschrift für Führung + Organisation Nr. 3, S. 168-173.

Hoffmann, W. (1996): Auf dem Weg der Besserung. In: Die Zeit, Nr. 11 v. 8.3.1996, S. 24.

Hopfenbeck, W. (1991): Allgemeine Betriebswirtschafts- und Managementlehre. Das Unternehmen im Spannungsfeld zwischen ökonomischen und ökologischen Interessen. 4. Aufl., Landsberg/Lech.

Horn, U. (1996): Integrative Entwicklungsbegleitung statt Assessment Center. Ein neuer Ansatz zur Auswahl von Führungsnachwuchskräften. Hamburg; zugl. Diss., Univ. Hamburg.

Horváth, P. (1996): Controlling. 6. Aufl., München

Horváth, P./ Urban, G. (1990): Qualitätscontrolling. Stuttgart.

Huck, H. H. (1989): Coaching. In: Strutz, H. (Hrsg.): Handbuch Personalmarketing. Wiesbaden, S. 413-420.

HZK (1996): Krankenkasse für Bau- und Holzberufe. Jahresbericht 1996. Hamburg.

IKK (1996): Bundesverband der Innungskrankenkassen. Geschäftsbericht 1996. Bergisch Gladbach.

IKK (1998): IKK-Anschriftenverzeichnis. Herausgegeben vom Bundeverband der Innungskrankenkassen. Bergisch Gladbach.

Imai, M. (1986): Kaizen. The Key to Japan´s Competitive Success. New York.

Ishikawa, K. (1983): Qualität und Qualitätsmanagement in Japan. In: Probst, G. J. B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement - ein Erfolgspotential. Bern, S. 85-93.

Iten, J./ Müller, M. (1989): Die Assessment Center-Methode in der Praxis - Dargestellt am Beispiel einer schweizerischen Großbank. In: Lattmann, Ch. (Hrsg.): Das Assessment-Center-Verfahren der Eignungsbeurteilung. Heidelberg, S. 59-74.

Jacobs, K. (1993): Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV. In: Wirtschaftsdienst, Nr. 11/1993, S. 597.

Jacobs, K./ Reschke, P. (1992): Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs. Baden Baden.

Jahn, H. (1988): Zertifizierung von Qualitätssicherungs-Systemen. In: Masing, W. (Hrsg.): Handbuch Qualitätssicherung. 2. Aufl., München, Wien, S. 923-934.

Jeserich, W. (1989): Mitarbeiter auswählen und fördern. Assessment-Center-Verfahren. Handbuch der Weiterbildung für die Praxis in Wirtschaft und Verwaltung. Band 1. 4. Aufl., München, Wien.

Jung, H. (1982): Unternehmensexterne Öffentlichkeitsarbeit. In Haedrich, G./ Barthenheier, G./ Kleinert, H. (Hrsg.): Öffentlichkeitsarbeit. Berlin, New York, S. 105-111.

Juran, J. M. (1991): Handbuch der Qualitätsplanung. 3. Aufl., Landsberg/Lech.

Kailich, N. (1990): Qualität der Bankberatung im Firmenkundengeschäft. Theoretische Analyse der Beratungsqualität und empirische Untersuchung ihrer Beurteilung durch mittelständische Unternehmen. Bergisch Gladbach, Köln; zugl. Diss., Univ. Mannheim.

Kaltenbach, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management. 2. Aufl., Melsungen; zugl. Diss., Univ. Köln 1990.

Kamiske, G. F./ Malorny, C. (1994): TQM - ein bestechendes Führungsmodell mit hohen Anforderungen und großen Chancen. In: Kamiske, G. F. (Hrsg.): Die Hohe Schule des Total Quality Management. Berlin.

Kamiske, G. F./ Malorny, Ch. (1992): Total Quality Management. Ein bestechendes Führungsmodell mit hohen Anforderungen und großen Chancen. In: Zeitschrift für Führung + Organisation, Nr. 5/1992, S. 274-278.

Kaufmann, E. J. (1977): Marketing für Produktivdienstleistungen. Frankfurt/Zürich.

Kellner, H./ Lange, V./ Töpfer, A. (1985): Mitarbeiterbefragung in der Öffentlichen Verwaltung. Konzeption und Konsequenzen. In: Töpfer, A./ Zander, E. (Hrsg.): Mitarbeiter-Befragungen. Ein Handbuch. Frankfurt, New York, S. 344-385.

Kern, H. (1982): Empirische Sozialforschung. Ursprünge, Ansätze, Entwicklungslinien. München.

Kern, H. (1991): Analyse von Unternehmenskulturen. Eine empirische Studie. Frankfurt/ M., New York, Bern, Paris; zugl. Diss., Univ. Heidelberg.

Kieser, A./ Kubicek, H. (1992): Organisation. 3. Aufl., Berlin, New York.

Kirchgässler, K.-U. (1990): Health and Scial Inequities in the Federal Republic of Germany. In: Social Science & Medicie, No. 3/1990, S. 249-256.

Kirsch, W./ Esser, W. M./ Gabele, E. (197): Das Management des geplanten Wandels von Organisationen. Stuttgart.

KKH (1996): Kaufmännische Krankenkasse. Jahresbericht 1996. Hannover.

Klages, H. (1985): Wertorientierungen imWandel. Rückblick, Gegenwartsanalyse, Prognosen. 2. Aufl., Frankfurt, New Yox.

Klages, H./ Hippler, G./ Haas, H. (Hrsg.) (991): Mitarbeitermotivation als Modernisierungsperspektive. Gütersloh.

Klimoski, R./ Brickner, M. (1987): Why DcAssessment Centers Work? The Puzzle of Assessment Center Validity. In: Personel Psychology, Nr. 40/1987, S. 243-290.

Kluckhohn, F. (1965): Die Methode de teilnehmenden Beobachtung. In: König, R. (Hrsg.): Beobachtung und Experiment in der Sozialforschung. 3. Aufl., Köln, Berlin, S. 97-115.

Klusen, N. (1985): Zielsetzung, Planung und Kontrolle von Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung in der erwerbswirtchaftlichen Unternehmung. Diss., Techn. Univ. Berlin.

Knieps, F. (1994): Die nächste Stufe derGesundheitsreform. In: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 1-2/1994, S. 10-18.

Kobi, J. M. (1993): Management des Wandels. Bern, Stuttgart, Wien.

Kobi, J.-M./ Wüthrich, H. A. (1986): Untenehmenskultur verstehen, erfassen und gestalten. Landsberg/Lech.

Köhrer, D. (1991): Gesetzliche Krankenversicherung und Krankenhäuser: Treffpunkt Pflegesatzverhandlungen. Baden-Baden; zug. Diss., Univ. Mannheim.

Kompa, A. (1984): Personalbeschaffung und Personalauswahl. Stuttgart.

König, H. (1984): Controlling in der öffentlichen Verwaltung? In: VOP, Nr. 5/1984, S. 158-162.

König, R. (Hrsg.) (1969): Das Interview. Formen, Technik, Auswertung. 7. Aufl., Köln.

Kotler, Ph./ Bliemel, F. (1995): Marketing-Management. Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung. 8. Aufl., Stuttgart

Kraft, St./ Kring, W./ Bosshard, K. (1997): Total Quality Management. In: Zerres, M. P./ Zerres, I. (Hrsg.): Unternehmensplanung. Erfahrungsberichte aus der Praxis. Frankfurt/M. S. 213-228.

Krechting, M. J. (1998): Internationales Versandhandels-Marketing. Eine empirische Analyse strategischer Erfolgsfaktoren international übertragener deutscher Marketingkonzepte. 2. Aufl., München, Mering; zugl. Diss., Hochschule für Wirtschaft und Politik Hamburg 1996.

Kromschröder, B./ Buchwieser, S./ Gründl, H./ Haindl, A. (1992): Qualität und Qualitätsmanagement. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Nr. 1/1992, S. 43-74.

Kubicek, H. (1984): Führungsgrundsätze. Lösungen von gestern für die Probleme von morgen? In: Zeitschrift für Führung + Organisation, Nr. 2/1984, S. 81-88.

Kühnlein, G./ Wohlfahrt, N. (1994): Zwischen Mobilität und Modernisierung. Personalentwicklungs- und Qualifizierungsstrategien in der Kommunalverwaltung. Berlin.

Küpper, W. (1994): Aufbruchstimmung in der Personalentwicklung. Modetorheiten oder Strukturveränderungen? In: Grünhagen, M. (Hrsg.): Wertewandel in der Wirtschaft. Neue Perspektiven für die Hochschulen. Bielefeld.

Kürble, G. (1991): Analyse von Gewinn und Wachstum deutscher Lebensversicherungsunternehmen. Ein Beitrag zur empirischen Theorie der Versicherung. Wiesbaden.

Kurtenbach, W./ Kühlmann, K./ Käßer-Pawelka, G. (1992): Versicherungsmarketing. Eine praxisorientierte Einführung in das Marketing für Versicherungen und ergänzende Finanzdienstleistungen. 3. Aufl., Frankfurt/M.

Laatz, W. (1993): Empirische Methoden. Ein Lehrbuch für Sozialwissenschaftler. Frankfurt/M.

Lammers, F. (1992): Zur Problematik des Beobachterverhaltens im Assessment-Center. Diss., Univ. Osnabrück.

Lehmann, A. (1992): Total Quality Management made in USA. Amerika skizziert neue Wege zur Qualität. In: Versicherungswirtschaft, Nr. 7/1992, S. 405- 411.

Lehmann, A. (1993): Dienstleistungsmanagement: Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität. Reihe: Entwicklungstendenzen im Management, Institut für Betriebswirtschaft, Hochschule St. Gallen für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften. Stuttgart.

Lentz, I. (1978): Die Öffentlichkeitsarbeit der Spitzenverbände. Analyse und Möglichkeiten. Düsseldorf, Wien.

Magrath, A. J. (1986): When Marketing Services 4 Ps Are Not Enough. In: Business Horizons, No. 3/1986, S. 44-50.

Malorny, Ch./ Kassebohm, K. (1994): Brennpunkt TQM. Stuttgart.

Marburger, H./ Marburger, D. (1987): Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Vertriebspolitik, Außendienst, Rechtsgrundlagen. Sankt Augustin.

Marburger, H./ Marburger, D. (1992): Öffentlichkeitsarbeit in Krankenkassen. Sankt Augustin.

Masing, W. (1983): Qualität und Qualitätsmanagement in Europa und den USA. In: Probst, G. J. B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement - ein Erfolgspotential. Bern, S. 94-108.

Meffert, H. (1994): Marketing-Management. Analyse-Strategie-Implementierung. Wiesbaden.

Meffert, H. (1998): Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. 8. Aufl., Wiesbaden.

Meffert, H./ Bruhn, M. (1997): Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 2. Aufl., Wiesbaden.

Mentzel, W. (1994): Unternehmenssicherung durch Personalentwicklung. Mitarbeiter motivieren, fördern, weiterbilden. 6. Aufl., Freiburg.

Merton, R. K. (1968): Bürokratische Struktur und Persönlichkeit. In: Mayntz, R. (Hrsg.): Bürokratische Organisation. Köln, Berlin, S265-276.

Meyer, A. (1998): Dienstleistungs-Marketing. Band1. Grundlagen und Rahmenbedingungen des Dienstleistungs-Marketing. Stuttgat.

Meyer, A. (1983): Dienstleistungs-Marketing: Erkenntnisse und praktische Beispiele. Augsburg; zugl. Diss., Univ. Augsburg.

Meyer, A. (1991): Dienstleitungs-Marketing. In: Die Betriebswirtschaft, Nr. 2/1991, S. 195 -204.

Meyer, A./ Dornach, F. (1997): Das Deutsche Kundenbarometer 1997. Qualität und Zufriedenheit. Jahrbuch der Kundenzufriedeheit in Deutschland 1997. Herausgegeben von der Deutschen Marktingvereiigung und der Deutschen Post AG. München.

Meyer, A./ Westerbarkey, P. (1991): Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen. In Bruhn, M./ Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Konzepte, Methoden, Erfhrungen. Wiesbaden, S. 83-106.

Mielck, A. (Hrsg.) (1993): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in DeutschlandOpladen.

Möbus, M. (1998): Kundenzufriedenheit als Markenziel deutscher Bausparkassen. Eine kritische Analyse unter besonderer Berücsichtigung von Kundenclubkonzepten. München; zugl. Diss., Hochschule für Wirtchaft und Politik Hamburg.

Mollenhauer, M./ Ring, Th. (1989): Total Quality Management - das organisierte Bewußtsein. In: Little, A. D. (Hrsg.): Managemender Hochleistungsorganisation. Wiesbaden, S. 117-128.

Morgan, G. (1997): Images of organization. Interntional Version. Beverly-Hills, Newbury Park, London.

Müller, S./ Adelt, P. (1990): Veränderte Anforderugen an Führungskräfte und Mitarbeiter? In: Wiendieck, G./ Wiswede, G. (Hrsg): Führung im Wandel. Neue Perspektiven für Führungsforschung und Führungspraxis, S. 232-256.

Neubauer, R. (1989): Implizite Eignungstheorien im Assessment Center. In: Lattmann, Ch. (Hrsg.): Das Assessment-Center-Verfahre der Eignungsbeurteilung. Heidelberg, S. 191-222.

Neubauer, R. (1996): Beobachten, Interpretieren,Entscheiden. In: Arbeitskreis Assessment Center (Hrsg.): Assessment Center als Instrument der Personalentwicklung. Schlüsselkompetenzen, Qualitätsstandars, Prozeßoptimierung. Hamburg, S. 164-176.

Neuberger, O. (1990): Führen und geführt werden3. Aufl., Stuttgart.

Neuberger, O./ Kompa, A. (1987): Wir, die Firma Der Kult um die Unternehmenskultur. Weinheim.

Neuner, M. (1990): Ronald Ingleharts Theorie der'Stillen Revolution": Ein Überblick über die These und die Diskussion. Stuttgart.

Nickel-Waninger, H. (1987): Versicherungsmarketng. Frankfurt/M.

Oess, A. (1991): Total Quality Management. Die ganzheitliche Qualitätsstrategie. 2. Aufl., Wiesbaden.

Oppen, M. (1995): Qualitätsmanagement. Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen. Berlin.

Oppolzer, A. (1994): Wertewandel und Arbeitswelt. In: Gewerkschaftliche Monatshefte, Nr. 6/1994, S. 349-357.

Ortlieb, P. (1993): Qualitätsmanagement und betriebliches Anreizsystem. Pfaffenweiler; zugl. Diss., Univ. Freiburg 1992.

Ortmann, G. (1988): Macht, Spiel, Konsens. In: Küpper, W./ Ortmann, G. (Hrsg.): Mikropolitik. Opladen, S. 13-26.

Österle, H. (1995): Business Engineering. Prozeß- und Systementwicklung. Band 1. Entwurfstechniken.

Otala, M. (1994): Die lernende Organisation. In: Office Management, Nr. 12/1994, S. 14-22.

Paquet, R. (1992): Eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV. Position der Betriebskrankenkassen nach dem Gesundheitsstrukturgesetz. In: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 3/1992, S. 37-41.

Parasuaram, A./ Zeithaml, V.A./ Berry, L.L. (1988): SERVQUAL. A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. In: Journal of Retailing, Vol. 64, Spring 1988, S. 12-40.

Peters, H. (1978): Die Geschichte der sozialen Versicherung. 3. Aufl., Sankt Augustin.

Peters, H./ Mengert, G. (1988): Geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung. In: Peters, H./ Mengert, G.: Handbuch der Krankenversicherung. Loseblattsammlung, Band 1. Stand: Januar 1988. Stuttgart.

Pfeifer, T. (1993): Qualitätsmanagement. Strategien, Methoden, Techniken. München, Wien.

Pfitzinger, E./ Vogel, M. (1994): ISO 9000 als Chance. Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems. In: Personalführung, Nr. 10/1994, S. 920-925.

Produkt + Markt (1992 a): Nullmessung (Neue Bundesländer) zum Projekt "AOK - Die Gesundheitskasse". Bonn.

Produkt + Markt (1992 b): Nullmessung (Neue Bundesländer) zum Projekt "AOK - Die Gesundheitskasse", Vertragspartner. Bonn.

Puschmann, K.-H. (1986): Praxis des Versicherungsmarketing. Die Marketingarbeit der Versicherungsbetriebe und der Versicherungsvermittlerbetriebe. Karlsruhe.

Rebscher, H. (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung. Zukunftskonzept gegen staatliche Regulierung und Leistungsausgrenzung. In: Arbeit und Sozialpolitik Nr. 1-2/1994, S. 42-48.

Rehkopf, H. (1994): Geschichte und Reformperspektiven der Ersatzkassen. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 48-79.

Reichwald, R. (1985): Im Büro gelten andere Regeln. In: Office Management, Nr. 1/1985, S. 11.

Reilly, R. R./ Chao, G. T. (1982): Validity and Fairness of Some Alternative Employee Selection Procedures. In: Personel Psychology, Nr. 35/1982, S. 1-62.

Reiß, M. (1992): Integriertes Projekt-, Produkt- und Prozeßmanagement. In: Zeitschrift für Führung + Organisation, Nr. 1/1992, S. 25-31.

Runge, J. H. (1994): Schlank durch Total Quality Management. Strategien für den Standort Deutschland. Frankfurt.

Sabel, H.-J. (Hrsg.) (1996): Sozialgesetzbuch. Textausgabe mit Begründung, Anmerkungen und weiterführenden Hinweisen. Loseblattsammlung. Sankt Augustin.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Bonn.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992): Jahresgutachten 1992. Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Bonn.

Schanz, G. (1994): Organisationsgestaltung. Management von Arbeitsteilung und Koordination. 2. Aufl., München.

Schaper, K. (1992): Die Organisationskultur staatlicher Hochschulen. Eine explorative Studie in der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Idstein; zugl. Diss., Univ. Frankfurt/M.

Schein, E. H. (1965): Organizational Psychology. Englewood Cliffs, N.J.

Schein, E. H. (1985): Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View. San Francisco, Washington, London.

Schein, E. H. (1991): Organisationskultur: Ein neues unternehmerisches Konzept. In: Dülfer, E. (Hrsg.): Organisationskultur: Phänomen - Philosophie - Technologie. 2. Aufl., Stuttgart, S. 23-38.

Scheuch, F. (1982): Dienstleistungsmarketing. München.

Scheuch, F. (1993): Marketing. 4. Aufl., München.

Schierenbeck, H. (1993): Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre. 11. Aufl., München.

Schildknecht, R. (1992): Total Quality Management. Konzeption und State of the Art. Frankfurt/M., New York.

Schineis, M. (1986): Absatzwerbung und Öffentlichkeitsarbeit. In: Meyer, P. W. (Hrsg.): Integrierte Marketingfunktionen. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, S. 107-139.

Schirmer, H. (1994): Gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenversicherung. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 448-484.

Schlenker, R.-U. (1994): Geschichte und Reformperspektiven der gesetzlichen Krankenkassen. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 1-47.

Schmid, D. Ch. (1992): Qualitätsmanagement in Banken - Utopie oder Strategie? In: Bank und Markt, Nr. 5/1992, S. 28-31.

Schmitt, J. (1994): Leistungserbringungsrecht. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 811-844.

Schnapp, F. E. (1994): Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 1179-1223.

Scholz, Chr. (1993): Personalmangement. Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen. 3. Aufl., München.

Scholz, R. (1995): Geschäftsprozeßoptimierung. 2. Aufl., Bergisch Gladbach, Köln; zugl. Diss., Univ. d. Bundeswehr, Hamburg 1993.

Schönbach, K.-H. (1994): Perspektiven funktionalen Wettbewerbs in der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 1-2/1994, S. 19-27.

Schrädler, J. (1995): Unternehmensberatung aus organisationstheoretischer Sicht. Diss., Techn. Univ. München.

Schreyögg, G. (1991): Kann und darf man Unternehmenskultur ändern? In: Dülfer, E. (Hrsg.): Organisationskultur: Phänomen - Philosophie - Technologie. 2. Aufl., Stuttgart, S. 201-214.

Schuh, S./ Schultes-Jaskolla, G./ Stitzel, M. (1987): Alternative Formen der Arbeitszeitgestaltung. In: Marr, R. (Hrsg.): Arbeitszeitmanagement. Grundlagen und Perspektiven der Gestaltung flexibler Arbeitszeitsysteme. Berlin, S. 91-116.

Schuler, H. (1989): Die Validität des Assessment Centers. In: Lattmann, Ch. (Hrsg.): Das Assessment-Center-Verfahren der Eignungsbeurteilung. Heidelberg, S. 223-250.

Schulz, H. W. (1989): Das Assessment-Center als hilfreiches Instrument individueller Personalentwicklung - Dargestellt am Beispiel einer deutschen Warenhaus-Unternehmung. In: Lattmann, Ch. (Hrsg.): Das Assessment-Center-Verfahren der Eignungsbeurteilung. Heidelberg, S. 93-108.

Schütz, P. (1993): Marketing interner Dienstleister - Marketing ohne Markt? In Thelen, E. M./ Mairamhof, G. B. (Hrsg.): Dienstleistungsmarketing. Eine Bestandsaufnahme. Tagungsband zum 2. Workshop für Dienstleistungsmarketing, Innsbruck, Februar 1993. Frankfurt/M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, S. 193-201.

Seehofer, H. (1993): Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsträgern nach dem Gesundheitsstrukturgesetz. In: Die Sozialversicherung, Oktober, S. 263-267.

Seghezzi, H. D. (1994): Qualitätsmanagement. Ansatz eines St. Galler Konzepts. Integriertes Qualitätsmanagement. Stuttgart, Zürich.

Seidenschwanz, B. (1992): Entwicklung eines Controllingkonzeptes für öffentliche Institutionen. München.

Sendler, H. (1994): Zukunftsaufgaben der deutschen Gesundheitspolitik. In: Arbeit und Sozialpolitik, Nr. 1-2/1994, S. 65-76.

Shostack, G. L. (1982): How to Design a Service. In: European Journal of Marketing, No. 1/1982, S. 49 ff.

Siegwart, H./ Seghezzi, H. D. (1983): Management und Qualitätssicherung. In: Probst, G. J. B. (Hrsg.): Qualitätsmanagement - ein Erfolgspotential. Bern, S. 9-71.

Sinus (1983): Repräsentativbefragung von Versicherten im Bereich des VdO Rheinland. Heidelberg.

Sommer, B. (1992): Entwicklung der Bevölkerung bis 190. Ergebnisse der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. In: Wirtschaft und Statistik, S. 217 ff.

Sprenger, R. K. (1992): Mythos Motivation. Wege aus einer Sackgasse. 2. Aufl., Frankfurt/M., New York.

Staal, R. (1987): Qualitätszirkel-Handbuch für Praktiker. Stuttgart.

Staehle, W. H. (1979): Interessenkonflikte in Organisationsentwicklungs-Prozessen. In: Wunderer, R. (Hrsg.): Humane Personal- und Organisationsentwicklung. Festschrift für Guido Fischer zu seinem 80. Geburtstag. Berlin, S. 25-40.

Staehle, W. H. (1988): Macht- und Kontingenzforschung. In: Küpper, W./ Ortmann, G. (Hrsg.): Mikropolitik. Opladen, S. 155-165.

Staehle, W. H. (1997): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive (überarbeitet von Peter Conrad und Jörg Sydow)5. Aufl., München.

Staffelbach, B. (1988): Werte im Management. Theorie ud Praxis. In: Zeitschrift für Führung + Organisation, Nr. 1/1988, S. 25-30.

Statistisches Bundesamt (1960-1998): Fachserie 12, Reihe S.2. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1986-1998): Statistische Jahrbcher. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1998): Fachserie 13, Reihe 1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1998): Lange Reihen zur Wirtshaftsentwicklung. Wiesbaden.

Staudt, E./ Bock, J./ Mühlemeyer, P./ Kriegesmann, B. (190): Anreizsysteme als Instrument des betrieblichen Innovationsmanagement In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Nr. 11/1990, S. 1183-1204.

Staudt, E./ Hinterwäller, H. (1982): Forschungsprogrammfür eine integrale unternehmerische Qualitätspolitik. In: Biethahn, J./ Staudt, E. Hrsg.): Der Betrieb im Qualitätswettbewerb. Von der Qualitätssicherung zur offesiven Qualitätspolitik. Berlin, S. 133-150.

Stauss, B. (1991): Internes Marketing als personalrientierte Qualitätspolitik. In: Bruhn, M./ Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsqulität. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Wiesbaden S. 227-246.

Stauss, B./ Hentschel, B. (1990): Verfahren der Problementdeckung und -analyse im Qualitätsmanagement von Dienstleistungsunternhmen. In: Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung, S. 232-259.

Stehle, W. (1980): Verfahren zur Auswahl von Führunskräften. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Nr. 2/1980, S. 8997.

Strasser, H. (1993): Unternehmensberatung aus der Sicht des Kunden. Diss., Univ. Zürich.

Stratemann, I./ Wottawa, H. (1995): Bürger als Kunden. Wie Sie Reformkonzepte für den öffentlichen Dienst mit Leben füllen. Frankfurt/Main.

Striening, H.-D. (1994): Qualität im indirekten Bereich durch Prozeß-Management. In: Zink, K. J. (Hrsg.): Qualität als Managementaufgabe. Total Quality Management. 3. Aufl., Landsberg/Lech, S. 153-184.

Strubl, Chr. (1993): Systemgestaltungsprinzipien. Entwicklung einer Prinzipiengestaltungslehre und ihre Anwendung auf die Gestaltung "zeitorientierter" Unternehmen. Göttingen.

Techniker Krankenkasse (1984): 1884-1984 Techniker Krankenkasse. 100 Jahre Techniker Krankenkasse. Hamburg.

Tennstedt, F. (1975): Quellen zur Geschichte der Sozialversicherung. In: Zeitschrift für Sozialreform, Nr. 2/1975, S. 255 ff.

Tennstedt, F. (1976): Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Blohmke, M. et. al. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Band 3. Frankfurt, S. 386.

TK (1996): Techniker Krankenkasse. Geschäftsbericht 1996. Hamburg.

TK aktuell Nr. 2/1997: Neuer Telefon-Service: ein großer Erfolg! S. 25.

Töns, H. (1983): Hundert Jahre gesetzliche Krankenversicherung im Blick der Ortskrankenkassen. Bonn.

Töpfer, A./ Mehdorn, H. (1994): Total Quality Management: Anforderungen und Umsetzung im Unternehmen. 3. Aufl., Neuwied, Kriftel, Berlin.

Türk, K. (1989): Neuere Entwicklungen in der Organisationsforschung. Stuttgart.

Tvedt, A. (1994): Total Quality Management. Diss., Hochschule St. Gallen.

Ulrich, H. (1985): Plädoyer für ein ganzheitliches Denken. In: Hochschule St. Gallen (Hrsg.): Aulavorträge. St. Gallen.

Urban, C. (1990): Ein Unternehmen im Aufbruch. Strategie, Organisation, Organisation und Controlling bei Siemens. In: Horváth, P. (Hrsg.): Strategie-Unterstützung durch das Controlling. Revolution im Rechnungswesen? Stuttgart, S. 7-38.

Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (Hrsg.) (1997): Zahlenbericht 1996/1997. Köln

Vogelsang, G. (1992): Universalberatung. Konzeption und Methodik einer ganzheitlichen Unternehmensberatung. Diss., Univ. Köln.

Volbers, W. (1994): Die Krankenversicherung der Landwirte. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band 1. Krankenversicherungsrecht. München, S. 1425-1498.

Watson, G. (1975): Widerstand gegen Veränderungen. In: Bennis, W. G./ Benne, K. D./ Chin, R. (Hrsg.): Änderung des Sozialverhaltens. Stuttgart, S. 415-429.

Weiber, R./ Adler, J. (1996): Entwicklungslinien im strategischen Management. In: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, Nr. 2/1996, Februar 1996, S. 154-172.

Weltz, F./ Bollinger, H./ Ortmann, R. G. (1989): Qualitätsförderung im Büro. Konzepte und Praxisbeispiele. Frankfurt/M., New York.

Werne, U. (1994): Gestaltungsempfehlungen für ein dienstleistungsspezifisches Total-Quality-Management. Diss., Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaft St. Gallen.

Wiedemann, K.-P. (1988): Corporate Identity als Unternehmensstrategie. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Nr. 5/1988, S. 236-242.

Wild, J. (1982): Grundlagen der Unternehmensplanung. 4. Aufl., Reinbek bei Hamburg.

Witte, A. (1993): Integrierte Qualitätssteuerung im Total Quality Management. Hamburg.

Wolf, G. (1994): Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich. In: Adams, H. W./ Rademacher, H. (Hrsg.): Qualitätsmanagement. Strategie, Struktur, Systeme. Frankfurt, S. 197-208.

Wollert, A. (1986): Unternehmenskultur in Großunternehmen (Impulsreferat). In: AGP (Hrsg.): Unternehmenskultur in Deutschland - Menschen machen Wirtschaft. Gütersloh, S. 198-202.

Wollnik, M. (1991): Das Verhältnis von Organisationsstruktur und Organisationskultur. In: Dülfer, E. (Hrsg.): Organisationskultur: Phänomen - Philosophie - Technologie. 2. Aufl., Stuttgart, S. 65-92.

Zangl, H. (1987): Durchlaufzeiten im Büro. Prozeßorganisation und Aufgabenintegration als effizienter Weg zur Rationalisierung der Büroarbeit mit neuen Bürokommunikationstechniken. 2. Aufl., Berlin; zugl., Diss., Univ. d. Bundeswehr München 1985.

Zeithaml, V.A./ Berry, L.L./ Parasuraman, A. (1991): Kommunikations- und Kontrollprozesse bei der Erstellung von Dienstleistungsqualität. In: Bruhn, M./ Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Wiesbaden, S. 107-136.

Zerres, M. P. (1994): Methoden der Ideenfindung. Kreativität kann man lernen. In: Franke, R./ Zerres, M. P. (Hrsg.): Planungstechniken. Instrumente für zukunftsorientierte Unternehmensführung. 4. Aufl., Frankfurt/M. S. 27-38.

Zerres, M. P. (1997): Marketing. Eine entscheidungsorientierte Einführung unter besonderer Berücksichtigung der Planungsaspekte. München, Mering.

Zerres, M. P. (Hrsg.) (1998): Kooperatives Marketing-Controlling. Frankfurt.

Zerres, M. P./ Zerres, T. C. (1998): Recht für Manager. Rechtliche Rahmenbedingungen einer marktorientierten Unternehmensführung. Berlin usw.

Zerres, M. P./ Zerres, I. (Hrsg.) (1997): Grundlagen der Betriebswirtschaftslehre. München, Mehring.

Zink, K. J. (1994): Total Quality Management. In: Zink, K. J. (Hrsg.): Qualität als Managementaufgabe. Total Quality Management. 3. Aufl., Landsberg/ Lech, S. 9-52.

Zipperer, M. (1993): Die zweite Stufe der Gesundheitsreform: Das Gesundheits-Strukturgesetz. In: Die Krankenversicherung, Nr. 3/1993, S. 55-60.

Kontaktadresse:
e-mail: BerCurtius@aol.com

Qualitätsmanagement in gesetzlichen Krankenkassen

Krankenkassen sehen sich heute in verstärktem Maße der Anforderung ausgesetzt, ihre Wettbewerbsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Dabei sind ihre Handlungsspielräume aufgrund restriktiver Rahmenbedingungen, vor allem im Beitrags- und Leistungsrecht, stark begrenzt, so daß Wettbewerbsvorteile vor allem durch eine kundenorientierte Optimierung der Dienstleistungsqualität zu erzielen sind. Auch in der Praxis wird die Dienstleistungsqualität zunehmend als eine wesentliche Erfolgsursache erkannt. Ansätze eines umfassenden Qualitätsmanagements haben jedoch erst ansatzweise in den Kassen Verbreitung gefunden.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, ein krankenkassenspezifisches Qualitätsmanagement-Konzept zu entwerfen, mit dem auch unter restriktiven rechtlichen Bedingungen ein Wachstum erreicht werden kann.

Dazu werden entspechende Qualitätsziele, ein Qualitätscontrolling sowie Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätsziele erarbeitet. Bestehende, allerdings zunächst für die Industrie entwickelte Qualitätsmanagement-Ansätze werden mit dazu in Beziehung stehenden Ansätzen der Betriebswirtschaftslehre kombiniert und in einen marketingorientierten, dienstleistungsspezifischen Ansatz integriert. Dabei wird bewußt ein hoher Konkretisierungsgrad angestrebt, um auch dem Praktiker entsprechende Orientierungshilfen geben zu können. Die praktische Relevanz und Akzeptanz der Konzeption wird darüber hinaus mit Einschätzungen von Vorständen und anderer Experten von Krankenkassen belegt.

Bernd Curtius, geb. 1964, hat nach seinem Studium der Sozialökonomie bei einer bundesweit organisierten Ersatzkasse ein mehrjähriges Pilotprojekt zur Einführung eines Qualitätsmanagements durchgeführt und ist heute in leitender Funktion im Controlling einer größeren Ortskrankenkasse tätig. Seine akademische Ausbildung schloß er mit einer Promotion an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg ab.

Rainer Hampp Verlag 1999

ISBN 3-87988-360-2

SG: **17;14**